

# Evaluatie

## Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg

mr. dr. J.M. Cuperus-Bosma, arts<sup>1</sup>  
prof. mr. H.D.C. Roscam Abbing<sup>2</sup>  
prof. mr. J.K.M. Gevers<sup>3</sup>  
prof. mr. J.H. Hubben<sup>4</sup>  
prof. dr. G. van der Wal<sup>1</sup>  
mr. V.L. Derckx<sup>2</sup>  
mr. D. Blaas<sup>3</sup>  
mr. M.C.I.H. Biesart<sup>4</sup>  
drs. J. de Bie<sup>1</sup>  
ir. F.A.G. Hout<sup>1</sup>  
mr. H.J.C. Smink<sup>4</sup>

<sup>1</sup> EMGO-instituut/Afdeling Sociale Geneeskunde, Vrije Universiteit medisch centrum, Amsterdam

<sup>2</sup> Sectie Gezondheidsrecht, Molengraaff Instituut voor Privaatrecht, Faculteit Rechtsgeleerdheid  
Universiteit Utrecht

<sup>3</sup> Sectie Gezondheidsrecht, Afdeling Sociale Geneeskunde, AMC/Universiteit van Amsterdam

<sup>4</sup> Sectie Gezondheidsrecht, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Vrije Universiteit Amsterdam



# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>7</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>9</b>
<b>1 Achtergrond en opzet van het onderzoek</b>	<b>17</b>
1.1 Aanleiding van het onderzoek	17
1.2 Centrale vraagstelling en subvraagstellingen	17
1.3 Methoden van onderzoek	19
1.4 Inhoud rapport	20
<b>2 Inhoud en context van de Wet BIG</b>	<b>23</b>
2.1 Algemene inleiding	23
2.1.1 Inleiding	23
2.1.2 Motieven voor herziening van wetgeving	23
2.1.3 Beschermingsregime van de Wet BIG	24
2.1.4 De Wet BIG als kaderwet	26
2.1.5 De Raad BIG	26
2.1.6 Alternatieve behandelaars	26
2.2 Systeem van de Wet BIG, constitutieve registratie en titelbescherming	27
2.2.1 Inleiding	27
2.2.2 Systeem van de Wet BIG	27
2.2.3 De regeling van beroepen	28
2.3 Toelating buitenlands gediplomeerden	34
2.3.1 Inleiding	34
2.3.2 EG-richtlijnen	35
2.3.3 Toelating van buitenlands gediplomeerden volgens de Wet BIG	37
2.4 Bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen	41
2.4.1 Inleiding	41
2.4.2 De voorbehouden handelingen: artikelen 36 en 37	41
2.4.3 De niet-zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar: artikelen 35 en 38	44
2.4.4 Functionele zelfstandigheid: artikel 39	46
2.5 Artikel 40 (kwaliteitsbepaling)	47
2.5.1 Inleiding	47
2.5.2 Kwaliteitsbepaling: artikel 40	48
2.5.3 Handhaving: artikelen 86, 87, 87a, 100a en 101	49
2.5.4 Samenhang met andere (kwaliteits)wetten	50
2.6 Tuchtrect en maatregelen vanwege ongeschiktheid	50
2.6.1 Inleiding	50
2.6.2 Toegang tot de tuchtrechtspraak	51
2.6.3 De tuchtnormen: artikel 47	52
2.6.4 Vooronderzoek: artikelen 65 lid 3, 66 en 74	53

2.6.5	Samenstelling van de tuchtcolleges: artikelen 55 en 56	54
2.6.6	Behandeling ter zitting: artikelen 65 lid 6, 68 en 70	56
2.6.7	Maatregelen en tenuitvoerlegging: artikel 48	56
2.6.8	College van Medisch Toezicht (CMT): artikelen 79-85	58
2.7	Strafbepalingen	58
2.7.1	Handhaving en toezicht in de Wet BIG	58
2.7.2	Veroorzaken van (aanmerkelijke kans op) schade: artikel 96	59
2.7.3	Overtreding van de bevoegdheidsregeling inzake voorbehoudenhandelingen: artikel 97	61
2.7.4	Niet naleven van beperkingen en voorwaarden door geregistreerde: artikel 98	61
2.7.5	Ten onrechte voeren van een titel: artikelen 99 en 100; strafbepaling inzake art. 40: artikel 101	61
2.7.6	Strafmaat	62
<b>3</b>	<b>De Wet BIG in de praktijk: het vragenlijstenonderzoek</b>	<b>63</b>
3.1	Algemene inleiding	63
3.2	Constitutieve registratie en titelbescherming	63
3.2.1	Inleiding	63
3.2.2	Kennis over registratie en titelbescherming	64
3.2.3	Registratie en titelbescherming in de praktijk	66
3.2.4	Opvattingen over registratie en titelbescherming	72
3.2.5	Slot	74
3.3	Bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen	75
3.3.1	Inleiding	75
3.3.2	Kennis over de regeling voorbehouden handelingen	76
3.3.3	De regeling voorbehouden handelingen in de praktijk	77
3.3.4	Opvattingen over de regeling voorbehouden handelingen	88
3.3.5	Slot	93
3.4	Artikel 40 (kwaliteitsbepaling)	96
3.4.1	Inleiding	96
3.4.2	Kennis over artikel 40	96
3.4.3	Artikel 40 in de praktijk	97
3.4.4	Opvattingen over artikel 40	98
3.4.5	Slot	99
3.5	Tuchtrecht, maatregelen vanwege ongeschiktheid en strafbepalingen	99
3.5.1	Inleiding	99
3.5.2	Kennis over het tuchtrecht	100
3.5.3	Het tuchtrecht in de praktijk	102
3.5.4	Opvattingen over het tuchtrecht, het College van Medisch Toezicht en de strafbepalingen	111
3.5.5	Slot	117

<b>4</b>	<b>De Wet BIG in de praktijk: overige bronnen</b>	<b>121</b>
4.1	Inleiding	121
4.2	Systeem van de Wet BIG, constitutieve registratie en titelbescherming	121
4.2.1	Systeem van de Wet BIG	121
4.2.2	De regeling van beroepen: algemeen	128
4.2.3	De regeling van beroepen: de registers	130
4.3	Internationale aspecten	140
4.3.1	Europese aspecten	140
4.3.2	Buitenslands gediplomeerden in Nederland	141
4.4	Bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen	144
4.4.1	De omschrijving van voorbehouden handelingen	144
4.4.2	Bevoegdheid en bekwaamheid	147
4.4.3	Opdracht	147
4.4.4	Functionele zelfstandigheid	150
4.5	Artikel 40 (kwaliteitsbepaling)	151
4.5.1	Zelfregulering	151
4.5.2	Toezicht en handhaving	152
4.5.3	Samenhang Wet BIG en Kwaliteitswet zorginstellingen	153
4.6	Tuchtrecht en maatregelen vanwege ongeschiktheid	154
4.6.1	Inleiding	154
4.6.2	Aantal en aard klachten	154
4.6.3	Rol Inspectie voor de Gezondheidszorg	156
4.6.4	Toegang tot de tuchtrechtspraak	157
4.6.5	De tuchtnormen	158
4.6.6	Vooronderzoek	159
4.6.7	Samenstelling tuchtcollege	161
4.6.8	De deskundige	162
4.6.9	Spoedprocedure	162
4.6.10	Openbaarheid	163
4.6.11	Maatregelen	164
4.6.12	Tenuitvoerlegging	165
4.6.13	College van Medisch Toezicht	166
4.7	Strafbepalingen	167
4.7.1	Plaatsbepaling: strafrecht in de gezondheidszorg	168
4.7.2	Strafbepalingen: algemene opmerkingen	168
4.7.3	(Aanmerkelijke kans op) schade: artikel 96	168
4.7.4	Overige strafbepalingen: artikelen 97-100	170
<b>5</b>	<b>De Wet BIG voldoende effectief?</b>	<b>171</b>
5.1	Inleiding	171
5.2	Systeem van de Wet BIG, constitutieve registratie en titelbescherming	172
5.2.1	Systeem van de Wet BIG	172
5.2.2	Constitutieve registratie en titelbescherming	181

5.3	Internationale aspecten	191
5.3.1	Bevindingen	191
5.3.2	Knelpunten	193
5.3.3	Voorstellen	194
5.4	Bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen	195
5.4.1	Bevindingen	195
5.4.2	Knelpunten	197
5.4.3	Voorstellen	200
5.5	Artikel 40 (kwaliteitsbepaling)	202
5.5.1	Bevindingen	202
5.5.2	Knelpunten	203
5.5.3	Voorstellen	204
5.6	Tuchtrecht en maatregelen vanwege ongeschiktheid	204
5.6.1	Bevindingen	204
5.6.2	Knelpunten	207
5.6.3	Voorstellen	210
5.7	Strafbepalingen	213
5.7.1	Bevindingen	213
5.7.2	Knelpunten	214
5.7.3	Voorstellen	215
5.8	Samenvattende conclusies en aanbevelingen	215
5.8.1	Inleiding	215
5.8.2	Algemene impressies	216
5.8.3	Systeem van de Wet BIG voldoende effectief ingericht?	217
5.8.4	Instrumenten in de Wet BIG voldoende effectief?	219
5.8.5	Voldoende effectieve uitvoeringspraktijk Wet BIG?	221
5.8.6	Bijdrage Wet BIG aan kwaliteitsverbetering?	223
<b>6</b>	<b>De Wet BIG in toekomstperspectief</b>	<b>225</b>
	<b>Afkortingen</b>	<b>231</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>233</b>
	<b>Bijlagen</b>	
1	Begeleidingscommissie Wet BIG	241
2	Commissie evaluatie regelgeving	243
3	Wettekst	245
4	Systeem van beroepenregeling	279
5	Overzicht van totstandkomen en mogelijke AmvB's	283
6	Verantwoording methodologie van het empirisch onderzoek	287
7	Schriftelijke reacties van organisaties	297
8	Deelnemers klankbordmeeting	299

# Voorwoord

Dit rapport bevat de resultaten van het onderzoek dat tot doel had de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg te evalueren. Het onderzoek werd verricht in opdracht van ZonMw.

Het onderzoek is uitgevoerd door het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek/Afdeling Sociale Geneeskunde van het Vrije Universiteit medisch centrum Amsterdam (EMGO-instituut VUmc) en de Secties Gezondheidsrecht van de Universiteit Utrecht (UU), de Universiteit van Amsterdam (UvA) en de Vrije Universiteit Amsterdam (VUA). Het empirisch onderzoeksdeel heeft vooral vanuit het EMGO-instituut plaatsgevonden, het juridisch onderzoeksdeel vanuit de Secties Gezondheidsrecht. De Sectie Gezondheidsrecht van de UU heeft zich daarbij in het bijzonder beziggehouden met de onderwerpen systeem van de wet, constitutieve registratie en titelbescherming en internationale aspecten, de UvA met de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen en artikel 40 Wet BIG (kwaliteitsbepaling), en de Sectie Gezondheidsrecht van de VUA met het tuchtrecht, maatregelen vanwege ongeschiktheid en de strafbepalingen. De samenwerking van de onderzoeksgroepen heeft een product opgeleverd dat geen van de onderzoeksgroepen afzonderlijk tot stand had kunnen brengen.

Zeer velen hebben aan het welslagen van de evaluatie bijgedragen. Alle personen en organisaties die aan enigerlei schriftelijke of mondelinge vorm van gegevensverzameling hebben deelgenomen willen wij op deze plaats bedanken.

Voor de evaluatie is vanuit de Commissie evaluatie regelgeving van ZonMw een speciale begeleidingscommissie in het leven geroepen onder voorzitterschap van prof. dr. H.J.J. Leenen. Wij zijn deze commissie zeer erkentelijk voor de tijd die zij in het onderzoek heeft gestoken.

Tot slot zijn naast de auteurs, wier namen voorin worden genoemd, binnen de onderzoeksgroepen diverse andere personen actief geweest. In het bijzonder M. Asad (onderzoeksassistent EMGO-instituut) en O.R. de Peuter (medisch student, stagiaire EMGO-instituut) danken wij voor hun inzet en plezierige samenwerking.





# Samenvatting

## Onderzoeksopzet

Op 1 december 1997 is de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) nagenoeg geheel in werking getreden. 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 de individuele gezondheidszorg en het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening- worden bereikt. Meer kennis daarover kan bijdragen aan betere wet- en regelgeving en aan verbeteringen in de praktijk. Kernvraag was of met het stelsel van de Wet BIG een verantwoord evenwicht is gevonden tussen vrijheid en bescherming van de burger.

Het onderzoek richtte zich op de vijf aspecten van de wet die essentieel zijn te achten voor de wijziging van het stelsel van integrale beroepsbescherming naar een zeer partiële beroepsbescherming, met aandacht voor wetssystematiek: 1. Constitutieve registratie en titelbescherming, 2. Bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen, 3. Artikel 40 Wet BIG (kwaliteitsbepaling), 4. Tuchtrect en maatregelen vanwege ongeschiktheid en 5. Strafbepalingen.

Tevens is gekeken naar de afstemming tussen de normstelling en systematiek van de Wet BIG en overige relevante wetgeving, waaronder de Kwaliteitswet zorginstellingen en de WGBO. Annex aan de regeling voor toelating van buitenlands gediplomeerden in de Wet BIG zijn relevante onderwerpen op EU niveau bij het onderzoek betrokken.

Voor de evaluatie zijn drie subvraagstellingen geformuleerd, van waaruit het onderzoek per deelaspect heeft plaatsgevonden: a. Hoe zit de regeling in elkaar?, b. Hoe functioneert de regeling in de praktijk? en c. Bereikt de regeling haar doel, respectievelijk is zij effectief en zijn er neveneffecten opgetreden?

## Algemene impressies

### *Doelbereiking Wet BIG*

Uit het onderzoek blijkt dat door het veld serieus invulling is gegeven aan de Wet BIG, op onderdelen een kwaliteitsslag is gemaakt en de wet inderdaad wordt gezien als een instrument ter bescherming van de patiënt en ook als een potentieel belangrijk kwaliteitsinstrument.

Een algemene conclusie die tegelijkertijd uit de evaluatie naar voren komt is dat de Wet BIG de burger weliswaar bescherming biedt, maar dat deze niet optimaal is. Dit mede gelet op de dynamiek op het onderhavige terrein. Deze conclusie heeft betrekking op het beschermingsinstrumentarium in het kader van de Wet BIG, het gebruik dat daarvan wordt gemaakt en met name ook op de verhouding bescherming en keuzevrijheid zoals deze via de Wet BIG in het leven is geroepen.

De punten voor verbetering die uit de evaluatie naar voren zijn gekomen liggen zowel op het conceptuele niveau, het door de wetgever gekozen systeem, mede in relatie tot het wettelijk instrumentarium, als op het praktische niveau van functioneren van de wet. De uitkomsten wettigen de algemene indruk dat de overheid met het oog op verantwoorde

zorg met name actiever zou kunnen omgaan met de instrumenten die de Wet BIG biedt respectievelijk deze intensiever zou kunnen inzetten, ook voor niet BIG-gereguleerde behandelaars. Daarbij is de inzet van het veld onontbeerlijk. Een instantie speciaal voor de beroepwetgeving, zoals deze destijds is aanbevolen, zou, gelet op de complexiteit van de materie en de ontwikkelingen op het beroepenterrein, nuttige diensten kunnen bewijzen.

#### *Kennis burgers en beroepsbeoefenaren*

Een van de vereisten voor een doelmatig en doeltreffend functioneren van de Wet BIG is de aanwezigheid van voldoende kennis en inzicht in het systeem en de instrumenten van de wet, zowel bij burgers/patiënten als bij beroepsbeoefenaren. De algemene indruk is dat hierin onvoldoende is geïnvesteerd en dat bovendien onvoldoende is onderkend dat voorlichting niet een eenmalig gebeuren is. Kennis en inzicht blijken bij burgers zeer beperkt, bij BIG-gereguleerde beroepsbeoefenaren gering.

### **Effectiviteit systeem Wet BIG**

#### *Bescherming, keuzevrijheid*

De Wet BIG biedt een grotere vrijheid beroepsmatig het terrein van de geneeskunst te betreden dan voorheen. Een niet BIG-gekwalificeerde mag in principe alle handelingen op het terrein van de individuele gezondheidszorg verrichten, mits dit niet in strijd komt met de regeling voorbehouden handelingen. In een dergelijk systeem zijn afdoende flankerende maatregelen nodig om te voorkomen dat de keuzevrijheid zich keert tegen de burger. Burgers hechten aan deze keuzevrijheid. Echter, de bescherming die de regeling voorbehouden handelingen en art. 96 hen daarbij biedt blijkt in de praktijk toch te mager. Het gebrek aan directe overheidsbemoeienis wordt in de praktijk onvoldoende gecompenseerd door zelfregulering en aanpalende wetgeving. Breed heerst de opvatting dat de overheid meer controle moet uitoefenen op alternatieve behandelaars en dat het OM meer zou moeten vervolgen. Bezien vanuit de algemene overheidstaak de burger te beschermen tegen onveilige en kwalitatief benedenmaatse zorg en gezien het feit dat het in de Wet BIG anders dan voorheen bij beroepsmatige toepassing van alternatieve behandelmethoden door niet BIG-gekwalificeerden niet meer om illegale praktijken gaat, is er weinig reden directe overheidsbemoeienis met-bewaking van de kwaliteit te beperken tot de reguliere zorg. De huidige situatie geeft, ondanks kwaliteitsinspanningen van het alternatieve veld, de patiënt onvoldoende garantie voor verantwoorde zorg. Het verschil met de BIG-gekwalificeerde die zich uitsluitend toelegt op alternatieve behandelmethoden en wel onder de Wet BIG valt, is evenmin goed te rechtvaardigen.

#### *Bevoegdheid, deskundigheid, bekwaamheid*

In het systeem van de Wet BIG zijn opleiding, titel en deskundigheidsgebied nauw met elkaar verweven. Kernelement met het oog op bescherming van de patiënt is echter de bekwaamheidseis. Bekwaamheid is binnen de context van de Wet BIG een vereiste om voorbehouden handelingen te kunnen verrichten. Naar algemeen wordt aangenomen (en voortvloeiend uit de professionele standaard) geldt die eis ook voor niet voorbehouden handelingen.

Feitelijke bekwaamheid en deskundigheidsgebied waar de titel toe bevoegd verklaart vallen niet noodzakelijkerwijs samen en kunnen in de praktijk zelfs zo ver uit elkaar liggen dat dit afbreuk doet aan het beschermingsdoel van de wet. Een voorbeeld is de basisarts. Daar komt bij dat mede door veranderingen in de (medische) opleidingen de bekwaamheid van vele beroepsbeoefenaren een steeds kleiner deel van hun deskundigheidsterrein bestrijkt, waar de waarborgen van de wet te weinig op aansluiten. Worden tevens de

ontwikkelingen in de opleidingen, het ontstaan van nieuwe beroepen, veranderingen in takenpakketten en bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen (met name tekort aan voldoende bekwame artsen, meer marktwerking) in ogenschouw genomen, dan is er vanuit beschermingsperspectief des te meer behoefte aan een meer op de werkelijkheid en de dynamiek van het beroepenveld afgestemde wettelijke normering. Garanties moeten ook worden gezocht in handhaving van bekwaamheid, met adequate inzet van met name het instrument periodieke registratie (basisberoep (invoering art. 8) en specialisme). Ook zijn verschillen tussen EU-lidstaten voor wat betreft opleidings-, bij- en nascholingsseisen vanuit beschermingsperspectief niet altijd aanvaardbaar.

## **Effectiviteit instrumenten Wet BIG**

### *Voorbehouden handelingen*

De regeling voorbehouden handelingen beoogt de burger te beschermen tegen risicovol handelen door daartoe niet bevoegde hulpverleners. De daartoe benodigde precisering van voorbehouden handelingen wordt in het algemeen als zinvol ervaren. Laatstbedoelde is ook voor kritiek vatbaar. Niet alle risicovolle handelingen komen in de lijst voor en van tijdige bijstelling van de lijst is nauwelijks sprake. Het streven naar een volledige, maar toch nog hanteerbare lijst, lijkt overigens tot mislukken gedoemd, maar de regeling is wel voor verbetering vatbaar.

De Wet BIG brengt verder met zich mee dat alleen aangewezen beroepsbeoefenaren voorbehouden handelingen zonder opdracht mogen verrichten, terwijl ook anderen hiertoe in staat kunnen zijn of door omstandigheden moeten zijn. Een en ander geldt nog meer voor het functioneel zelfstandig uitvoeren van een opdracht door de opdrachtnemer. De regelgeving is tamelijk star en doet onvoldoende recht aan de gradaties van deskundigheid die in de praktijk tussen verschillende beroepsgroepen (of subcategorieën daarvan) te onderscheiden zijn.

Meer in zijn algemeenheid kan met een flexibeler regeling, bijvoorbeeld door met betrekking tot voorbehouden handelingen aan te sluiten bij de omschrijving van deskundigheidsgebieden, het beschermingsperspectief beter tot uitdrukking komen.

Voorts worden opdrachten tot voorbehouden handelingen in veel meer modaliteiten gegeven dan de wetgever voor ogen had; ook worden voorbehouden handelingen zonder opdracht verricht. Tegelijkertijd blijkt dat de wettelijke randvoorwaarden in de praktijk niet erg strikt worden ingevuld. Te verwachten is dat die ontwikkeling in de toekomst door verdergaande verschuiving van taken naar een 'lager' niveau (taakherschikking) alleen maar versterkt zal worden. Dat vraagt enerzijds om een flexibel wettelijk instrumentarium dat geen belemmeringen biedt waar dergelijke veranderingen zinvol en verantwoord zijn, anderzijds om waakzaamheid voor doorschietende delegatie en waarborgen voor de kwaliteit en veiligheid van de burger.

Tenslotte vindt binnen de reguliere zorg in toenemende mate taakdelegatie plaats van een BIG-gekwalficeerde hulpverlener naar een andere met een beperkter bevoegdheids-terrein, of naar een niet BIG-gereguleerde hulpverlener. Uit beschermingsperspectief zijn hier risico's aan verbonden nu het niet voorbehouden, maar wel risicovolle handelingen betreft. Verantwoorde zorg in die situaties vergt flankerend beleid.

### *Toezicht en handhaving*

De IGZ vervult een belangrijke rol bij de beschermende functie van de Wet BIG. Dit geldt ook voor het OM. Daar staat tegenover dat van actieve handhaving van de regels geen sprake is, de IGZ vaak pas achteraf optreedt en het vervolgingsbeleid nauwelijks actief te noemen is. Ook toezicht op naleving van tuchtmaatregelen is lacunair. Een tekort aan menskracht en mede daardoor andere prioritering lijken hier bij de IGZ met name debet

aan te zijn. Daarnaast worden de bevoegdheden om toezicht te houden op alternatieve niet BIG-gereguleerde behandelaars door de IGZ nogal eens als onvoldoende ervaren. Voor de kwaliteitshandhaving is een actief en systematisch beleid van de IGZ ten aanzien van het indienen van tuchtklachten van belang.

Aannemelijke oorzaken van schier ontbrekende strafvervolging op basis van art. 96 zijn gebrek aan kennis bij politie en justitie, onvoldoende terugkoppeling van de resultaten van het overleg tussen het College van Procureurs Generaal en de IGZ naar de officieren van justitie en het Medisch Expertisecentrum, en onvoldoende tijdige actie door IGZ richting OM naar aanleiding van fouten en misstanden.

### **Effectiviteit uitvoeringspraktijk Wet BIG**

#### *Functioneren BIG-register*

Om haar beschermende functie te kunnen vervullen die de wetgever toekent aan het BIG-register moet het bestaan van het BIG-register bekend zijn, maar moeten ook de gegevens in het register openbaar, eenvoudig toegankelijk en actueel zijn voor alle belanghebbenden, en het potentieel van het BIG-register voldoende kunnen worden benut. In dat opzicht beantwoordt het BIG-register onvoldoende aan de verwachtingen.

Daarbij komt nog dat de huidige redactie van de wet er niet in voorziet dat aantekening wordt gemaakt in het BIG-register van straffen en maatregelen die in het buitenland zijn opgelegd aan ingeschreven beroepsbeoefenaren. Bovendien kan het door een gebrekkig informatiesysteem binnen de Europese Unie gebeuren dat een migrerende hulpverlener aan wie beperkingen zijn opgelegd in de beroepsuitoefening ten onrechte onbeperkt wordt ingeschreven in het BIG-register.

#### *Rechtmatigheid titelvoering/bevoegdheid*

Voor een goed functioneren van de wet is een belangrijke voorwaarde dat burgers kunnen vertrouwen op het terecht voeren van een BIG-gereguleerde titel. De meeste burgers vertrouwen dan ook op voldoende controle door zorginstellingen op het terecht voeren van een titel, respectievelijk op eventuele beperkingen in de bevoegdheid. Dit vertrouwen is maar ten dele terecht. Weliswaar wordt door instellingen bij het aantrekken van nieuwe art. 3-beroepsbeoefenaren (en ook door verzekeraars) de inschrijfstatus nagegaan, het BIG-register geeft, zoals hiervoor is aangegeven, niet steeds de actuele situatie weer, met name niet van eventueel opgelegde maatregelen. Instellingen zijn niet automatisch op de hoogte van eventuele beperkingen in de bevoegdheid of andere opgelegde tuchtmaatregelen.

### **Bijdrage kwaliteitsverbetering Wet BIG**

#### *Kwaliteit van handelen*

In meerderlei opzicht is van de Wet BIG een kwaliteitsimpuls uitgegaan. Zo heeft een aantal beroepsverenigingen van art. 34-titelgerechtigden (de oorspronkelijke paramedische beroepen) het Kwaliteitsregister Paramedici heeft opgericht en zijn voor medisch specialistische beroepen eveneens de nodige inspanningen verricht op het terrein van periodieke registratie.

Buiten de sfeer van de wet, maar wel gelieerd aan de systematiek daarvan, zijn de hiervoor al genoemde kwaliteitsinspanningen geleverd door beroepsgroepen van alternatieve (niet BIG-gekwalficeerde) beroepsbeoefenaren. Hoewel dit tot positieve resultaten heeft geleid, is het in hoge mate afhankelijk van de ordening van het alternatieve veld of men zich aan de zelfregulering wil verbinden.

Hoewel de kennis omtrent het kwaliteitsartikel 40 onder beroepsbeoefenaren op wie dit

artikel van toepassing is, zeer beperkt is en bij slechts een klein gedeelte van hen art. 40 ertoe heeft geleid dat zij meer maatregelen hebben getroffen om de kwaliteit te waarborgen, hebben toch diverse beroepsorganisaties zich ingespannen om invulling te geven aan bedoeld artikel. Wel is er onduidelijkheid over de vraag of art. 40 zich richt op het bieden van verantwoorde zorg, dan wel op het scheppen van randvoorwaarden daartoe (zoals de IGZ als uitgangspunt lijkt te nemen bij het handhavingsbeleid).

Op het terrein van voorbehouden handelingen is meer protocollering van de grond gekomen (overigens ook voor niet-voorbehouden maar wel risicovolle handelingen), en wordt er meer gedaan aan bekwaamheidsbevordering met het oog op de uitvoering van de handelingen.

### *Tuchtrecht*

De vernieuwingen die de Wet BIG in het tuchtrecht heeft aangebracht zijn overwegend positief gebleken, ook al zijn er enkele negatieve aspecten. De gevreesde negatieve uitstraling van de openbaarheid van zittingen blijkt niet bewaarheid te zijn. Daarentegen vormt de verplichting tot een vooronderzoek soms een nodeloze doublure in geval vaststaat dat mondelinge behandeling ter zitting zal plaatsvinden. Speelt het tuchtrecht bij de 'nieuwe' beroepsgroepen een belangrijke rol om ernstige vormen van grensoverschrijding in de hulpverlening tegen te gaan, ten aanzien van de normontwikkeling over andere aspecten van de uitoefening van die beroepen speelt het tuchtrecht nog nauwelijks een rol. Desondanks is er brede steun voor het instandhouden van het tuchtrecht voor deze beroepsgroepen met het oog op de kwaliteitsimpuls die daarvan uit lijkt te gaan.

Dit neemt niet weg dat er aan de regeling en werking in de praktijk van het tuchtrecht een aantal overwegend praktische bezwaren kleven, die leiden tot de behoefte van aanpassing.

Het College van Medisch Toezicht (CMT), is een belangrijke nieuwe kwaliteitswaarborg voor de patiënt. In verhouding tot het aantal signalen over disfunctioneren van beroepsbeoefenaren is het aantal voordrachten door de IGZ voor beoordeling door het CMT overigens relatief gering. Dit wordt mede veroorzaakt door het feit dat de IGZ soms, als niet alleen ongeschiktheid maar ook tuchtnormen in het geding zijn, kiest voor het regionale tuchtcollege, omdat deze procedure sneller is en meer kans van 'slagen' heeft. De regeling dat enkel de IGZ bevoegd is tot verwijzing naar het CMT is bovendien te beperkt gebleken.

### *Toekomstperspectief Wet BIG*

In hoofdstuk 6 (De Wet BIG in toekomstperspectief) wordt nog eens teruggekeken op de evaluatie-bevindingen en een blik op de toekomst geworpen. Vanuit het perspectief van evenwicht tussen vrijheid en bescherming wordt geconstateerd dat de Wet BIG in een aantal opzichten positief naar voren komt, maar dat er vele tekortkomingen zijn in de wet zelf en in de implementatie van de wettelijke regels. De gebreken op systeemniveau lijken ernstiger. Het is te verwachten dat toekomstige ontwikkelingen in de beroepsuitoefening, ziektekostenverzekering e.d. de doelbereiking van de wet, met name waar het de bescherming van de patiënt/burger betreft (inclusief de kwaliteit van de beroepsuitoefening), bepaald niet gemakkelijker maken. Daar komt als externe factor nog bij dat het recht van vrije vestiging en dienstverlening op het terrein van de gezondheidszorg binnen de Europese Unie tot grotere instroming zal leiden, zeker na uitbreiding van de EU. Dit terwijl in de Europese regelgeving zeker niet in voldoende mate passend vorm is gegeven aan een verantwoord niveau van bescherming van de patiënt tegen ondeskundige hulpverlening. Wellicht moet daarom in de toekomst worden teruggekomen op het uitgangspunt van de wet, te weten vrijheid van beroepsuitoefening behalve voor zover het voorbehouden

handelingen zijn.

### **Aanbevelingen**

Het onderzoek is uitgemond in een groot aantal voorstellen ter verbetering. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt tussen voorstellen die op systeemniveau liggen, dan wel op meer praktisch implementatieniveau. Sommige voorstellen vergen wetsaanpassing.

Dringend wordt geadviseerd over te gaan tot de instelling van een 'College voor de Beroepen' gesitueerd in het middengebied tussen overheid en veld (ZBO), met een signalerende, adviserende en sturende rol. (voorstellen 4 en 44)

Het is dringend geboden dat de overheid voorlichting en kennisverbetering actief en gericht ter hand neemt. (voorstellen 1, 10, 17, 32, 43, 48 en 50)

Om de patiënt die medische hulp zoekt buiten het reguliere circuit voldoende bescherming te bieden tegen onverantwoorde zorg is actiever optreden en directer beleidsvoering door de overheid in relatie tot alternatieve behandelaars nodig. Aangewezen instrumenten daartoe zijn met name:

- toepassen van art. 34 Wet BIG;
- van toepassing verklaren van de Kwaliteitswet zorginstellingen op desbetreffende instellingen waar alternatieve behandelmethoden worden toegepast;
- van toepassing verklaren van de Wet klachtrecht op de desbetreffende alternatieve behandelaars;
- aanmerken van bepaalde risicovolle handelingen als voorbehouden;
- activeren handhaving. (voorstellen 5-10 en 43)

Om flexibeler en actiever te kunnen inspelen op de ontwikkelingen op het terrein van de beroepen in de individuele gezondheidszorg wordt geadviseerd de wet te wijzigen dusdanig dat:

- de criteria voor aanwijzing als art. 3- respectievelijk art. 34-beroep in de wet worden vastgelegd, zodat de toelating voor alle beroepen via AMvB kan verlopen;
- bij AMvB nadere voorwaarden en beperkingen gesteld kunnen worden aan de uitoefening van bepaalde beroepen indien het belang van de gezondheidszorg dit nodig maakt;
- art. 96 ook van toepassing is indien een BIG-gekwalificeerde beroepsbeoefenaar buiten noodzaak binnen diens deskundigheidssterrein handelt (onverlet handelen dat past binnen de professionele standaard). (voorstellen 2, 3 en 13)

De overheid moet met voortvarendheid de invoering van periodieke registratie voor de art. 3-beroepen ter hand nemen en zich vergewissen van de kwaliteit van de vereisten van periodieke registratie van specialismen. (voorstellen 27 en 28)

Krachtige inzet van Nederland bij de Europese instanties is nodig ter bereiking van noodzakelijke beschermingswaarborgen met het oog op verantwoorde zorg door beroepsbeoefenaren in Europees verband, bij voorkeur met ondersteuning van een speciale task force Europese beroepen. (voorstellen 35 en 36)

Om tegemoet te komen aan de uit beschermingsperspectief gevoelde noodzaak van slagvaardige en flexibele toepassing van de wet ten aanzien van het systeem van voorbehouden handelingen, mede in relatie tot deskundigheidsgebieden en bekwaamheid, en

tegelijkertijd actievere betrokkenheid van de overheid bij implementatie van de wet te bewerkstelligen, worden met name de volgende oplossingen aangereikt:

- in de wet een algemene definitie van voorbehouden handelingen opnemen, de lijst zelf bij AMvB vaststellen;
- nadere uitwerking van bij voorkeur enkel bij AMvB te omschrijven deskundigheidsgebieden van de in de wet geregelde beroepen. Dit zou gedifferentieerd moeten worden naar specialismen, die waar aangewezen op zo kort mogelijke termijn (en uiteraard voor zover nodig ook in de toekomst) moeten worden ingevoerd;
- aanpassing van de opdrachtregeling in die zin dat ruimte ontstaat voor meer generieke opdrachten en door een verbinding tussen randvoorwaarden voor de uitvoering van voorbehouden handelingen en de concrete situatie aan te brengen.  
(voorstellen 14, 22, 23 en 40-42)

Het monitoren en 'evidence based' introduceren van nieuwe praktijken in de beroepsuitoefening moet worden gefaciliteerd door opname van een artikel in de Wet BIG waarmee de mogelijkheid wordt gecreëerd bij wijze van proef nieuwe initiatieven te exploreren, ook buiten de regels van de wet om.  
(voorstellen 15 en 16)

Om te veel terughoudendheid van de IGZ bij indienen van klachten tegen te gaan behoeven taak en verantwoordelijkheid van de IGZ in relatie tot het tuchtrecht verduidelijking. Gezocht moet worden naar modaliteiten om zowel de IGZ als het OM aan te sporen tot een (pro)actiever beleid. (voorstellen 43, 49, 64, 71 en 72)

Aan de kanttekeningen bij het functioneren van het BIG-register kan op verschillende manieren tegemoet worden gekomen, en wel door:

- het formuleren van criteria om te kunnen bepalen welke gegevens openbaar kunnen zijn;
- het creëren van de mogelijkheid tot opname in het register van meer gegevens waaraan in de praktijk gerechtvaardigde behoefte bestaat (waaronder met name het werkadres van betrokkene);
- het faciliteren van koppeling tussen diverse relevante bestanden, inclusief de tuchtcolleges en specialistenregisters;
- het aanpassen van de wet voor zover deze in de weg staat aan het maken van een aantekening in het register van in het buitenland opgelegde beperkende maatregelen;
- het zo spoedig mogelijk indienen van een voorstel bij de Europese instanties ter verbetering van het huidige informatiesysteem met betrekking tot kwalificaties van migrerende beroepsbeoefenaren en eventuele beperkingen in de beroepsuitoefening;
- het voeren van een gericht beleid -met name terzake van supervisie- waardoor inschrijving van buitenlands gediplomeerden wordt gefaciliteerd, met gelijktijdig behoud van het noodzakelijke beschermingsniveau. (voorstellen 18-20, 34, 37-39 en 69)

De overheid zou een beleid moeten voeren gericht op het hanteerbaar maken van controle op rechtmatigheid van titelvoering en bevoegdheidsbepeking (art. 3- en art. 34-beroepsbeoefenaren).(voorstellen 11, 12, 21, 26 en 69)

De overheid dient het beroepenveld actief aan te zetten tot het treffen van maatregelen binnen eigen kring, dusdanig dat beroepsbeoefenaren voldoende tegemoet komen aan de voor de patiënt noodzakelijke kenbaarheid. (voorstellen 29-31 en 33)

De overheid zou om zich een oordeel te kunnen vormen over de kwaliteitsverbetering die uitgaat van het Kwaliteitsregister Paramedici op het geëigende moment tot evaluatie daarvan moeten overgaan. (voorstel 25)

Van de overheid mag vanuit kwaliteitsperspectief worden verlangd meer betrokkenheid te tonen met betrekking tot de inhoud van de periodieke registratiesystemen van specialisten; ook op Europees niveau moeten de nodige inspanningen worden verricht. (voorstellen 28, 35 en 36)

In relatie tot art. 40 is er enkel behoefte aan verheldering van de strekking van de hoofdverplichtingen en aan meer aandacht in opleiding, bij- en nascholing voor de mede uit bedoeld artikel voortvloeiende verplichtingen terzake van (zorg voor) kwaliteit. (voorstellen 45-47)

Om tegemoet te komen aan de praktische bezwaren op het terrein van de toegankelijkheid, de tuchtnormen, het vooronderzoek, de samenstelling van tuchtcolleges en het inschakelen van deskundigen, dienen aanpassingen te worden gedaan. (voorstellen 51-63 en 65-68).

De bevoegdheid voor verwijzing naar het CMT heeft heroverweging. (voorstel 70)



# 1

## Achtergrond en opzet van het onderzoek

### 1.1 Aanleiding van het onderzoek

Op 1 december 1997 is de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) nagenoeg geheel in werking getreden. Artikel 95 Wet BIG bepaalt dat de minister van VWS binnen vijf jaar na inwerkingtreding van de wet (d.i. uiterlijk 1 december 2002) aan de Staten Generaal verslag moet uitbrengen over de wijze waarop de wet is toegepast. De minister van VWS heeft het toenmalige ZorgOnderzoek Nederland (thans ZonMw) verzocht de evaluatie nader uit te werken en te coördineren. ZonMw heeft aan het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek/Afdeling Sociale Geneeskunde van het Vrije Universiteit medisch centrum Amsterdam de opdracht gegeven om de evaluatie uit te voeren in samenwerking met de Secties Gezondheidsrecht van de Universiteit Utrecht, de Universiteit van Amsterdam en de Vrije Universiteit. De evaluatie heeft plaatsgevonden in de periode juni 2000 tot en met augustus 2002.

### 1.2 Centrale vraagstelling en subvraagstellingen

De Wet BIG beoogt enerzijds burgers zoveel mogelijk te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelende beroepsbeoefenaren en anderzijds burgers zoveel mogelijk vrij te laten in de keuze tot welke hulpverlener(s) zij zich wenden. Uitgangspunt van de wet is dat het eenieder in beginsel vrijstaat om handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg te verrichten. Daarmee is het voorheen geldende integrale verbod tot uitoefening van de geneeskunst door onbevoegden komen te vervallen. Om echter een evenwichtige verhouding tussen bescherming en keuzevrijheid te bereiken en te voorkomen dat burgers teveel risico lopen, zijn in de wet beschermende instrumenten ingebouwd ter bevordering en bewaking van de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

#### **Centrale vraagstelling**

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 worden bereikt. Meer kennis daarover kan bijdragen aan betere wet- en regelgeving en aan verbeteringen in de praktijk. Hoofdvraag was of met het stelsel van de Wet BIG een verantwoord evenwicht is gevonden tussen vrijheid en bescherming van de burger, mede gelet op andere relevante wetgeving. Het onderzoek richtte zich op de vijf aspecten van de wet die essentieel zijn te achten voor de wijziging van het stelsel van integrale beroepsbescherming naar een zeer partiële beroepsbescherming, met aandacht voor wetsystematiek: 1. Constitutieve registratie en titelbescherming, 2. Bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen, 3. Artikel 40 Wet BIG (kwaliteitsbepaling), 4. Tuchtrect en maatregelen vanwege ongeschiktheid en 5. Strafbepalingen.

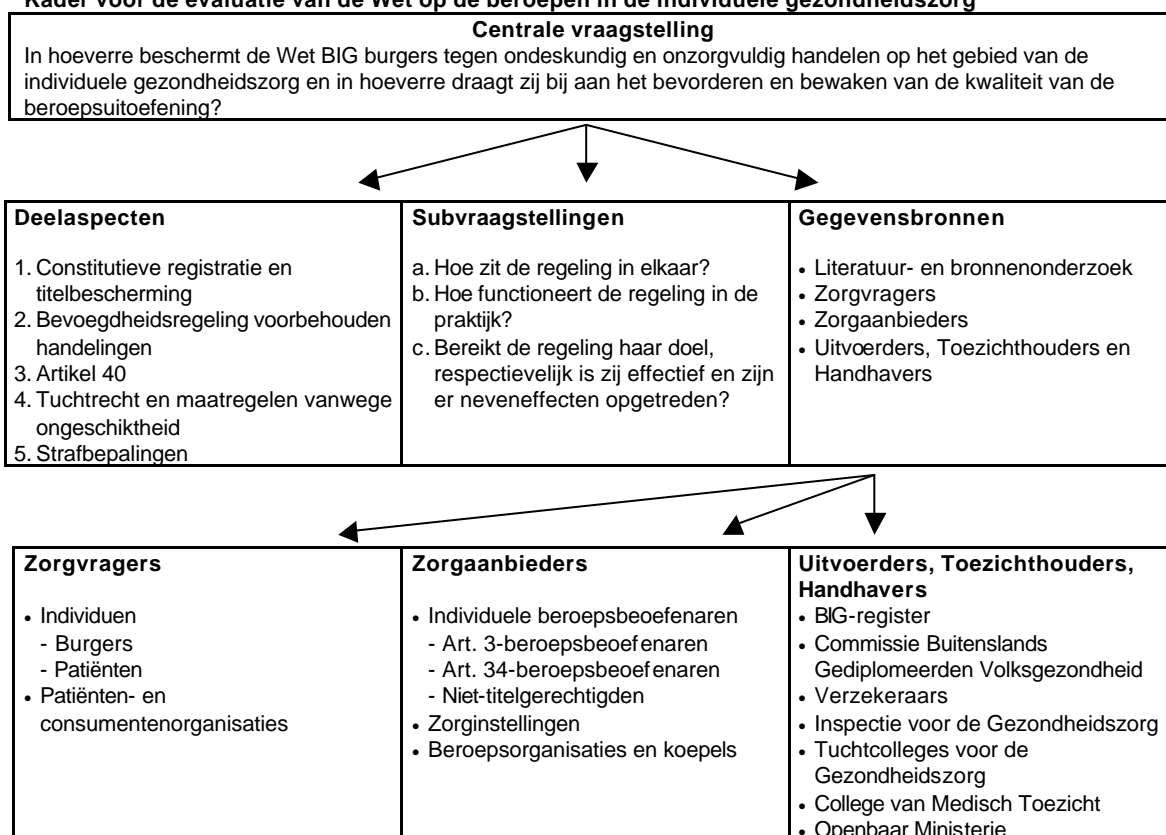
## Subvraagstellingen

In de programmatekst van de evaluatie waren door ZonMw zowel algemene vragen (die de concrete basis vormen van ieder onderzoek van het Programma evaluatie regelgeving) als een groot aantal specifieke vragen met betrekking tot de Wet BIG opgesteld, die met het onderzoek moesten worden beantwoord. Aan de hand van deze vraagstellingen zijn vervolgens drie subvraagstellingen voor de evaluatie geformuleerd, van waaruit het onderzoek per deelaspect heeft plaatsgevonden: a. Hoe zit de regeling in elkaar?, b. Hoe functioneert de regeling in de praktijk? en c. Bereikt de regeling haar doel, respectievelijk is zij effectief en zijn er neveneffecten opgetreden?(schema 1)

Daarbij heeft het onderzoek zich vooral toegespitst op de relevante veranderingen in de Wet BIG ten opzichte van de voorheen geldende regelgeving (Wet uitoefening geneeskunst (WUG), Medische Tuchtwet e.d.). De deelaspecten 1 t/m 3 zijn met name ten aanzien van het toezicht op en de handhaving van de regeling niet los te zien van de deelaspecten 4 en 5. Deze zijn dan ook mede in relatie tot elkaar onderzocht. Voorts is gekeken naar de afstemming tussen de normstelling en systematiek van de Wet BIG en overige relevante wetgeving, waaronder de Kwaliteitswet zorginstellingen en de WGBO. Annex aan de regeling voor toelating van buitenlandse gediplomeerden in de Wet BIG zijn relevante onderwerpen op EU niveau bij het onderzoek betrokken. Verder zijn de door ZonMw geformuleerde algemene en specifieke vragen met het onderzoek zoveel mogelijk beantwoord. Teneinde ten slotte conclusies te kunnen trekken over de kwaliteit van de Wet BIG, zijn de resultaten die uit de verschillende onderdelen van het onderzoek naar voren kwamen, in onderlinge samenhang bestudeerd.

### Schema 1

#### Kader voor de evaluatie van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg



### 1.3 Methoden van onderzoek

Het onderzoek had ten doel betrouwbare informatie te leveren over de mate waarin de Wet BIG doeltreffend is en voldoende instrumentarium biedt om een verantwoord evenwicht tussen keuzevrijheid en bescherming te bereiken. Om een dergelijke evaluatie uit te voeren is het nodig om naast een juridische analyse de praktijk zo goed mogelijk in kaart te brengen. De evaluatie van de Wet BIG is dan ook te zien als een combinatie van een wets- en een beleidsevaluatie.

Bij het uitwerken van de onderzoeksopzet moest enerzijds rekening worden gehouden met het korte tijdsbestek waarbinnen de evaluatie moest plaatsvinden en de relatief beperkte menskracht die hiervoor kon worden ingezet. Anderzijds diende het onderzoek breed te worden opgezet om zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie te verkrijgen van de verschillende betrokkenen bij de uitvoering van de Wet BIG, t.w.: zorgvragers, zorgaanbieders en uitvoerderende, toezichthoudende en handhavende instanties. (schema 1) Dit biedt de meeste garantie voor betrouwbare resultaten en vergroot de kans op implementatie van mogelijke aanbevelingen die uit het onderzoek naar voren komen. Een en ander vereiste een nauwgezette prioritering bij de uitwerking van de onderzoeksopzet.

In de beginperiode van de evaluatie is gestart met literatuur- en bronnenonderzoek en is contact gelegd met een groot aantal sleutelfiguren en instanties, waaronder de belangrijkste beroepsorganisaties van de art. 3-beroepen en enkele art. 34-beroepen, het BIG-register, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), het ministerie van VWS, het centrale tuchtcollege en enkele patiëntenorganisaties. De gesprekken met deze personen hadden vooral ten doel draagvlak voor de evaluatie te creëren, de technische en logistieke mogelijkheden te verkennen en te inventariseren welke (knel)punten meegenomen zouden moeten worden bij de evaluatie. Op basis van het literatuur- en bronnenonderzoek en de gesprekken is ervoor gekozen de gegevens over het functioneren van de Wet BIG op de volgende manieren te verzamelen<sup>1</sup>:

#### 1. Literatuur- en bronnenonderzoek

Naast het bovengenoemde oriënterende literatuur- en bronnenonderzoek heeft diepergaand literatuur- en bronnenonderzoek plaatsgevonden. Gegevens zijn verkregen uit onder meer parlementaire stukken, adviezen en beleidsdocumenten. Voorts zijn jaarverslagen en andere documenten van o.a. het BIG-register, de IGZ en de tuchtcolleges gezondheidszorg en artikelen in wetenschappelijke tijdschriften en vakbladen bestudeerd. Tenslotte is de jurisprudentie met betrekking tot de Wet BIG nagegaan.

#### 2. Schriftelijke vragenlijst aan individuele respondenten (steekproef-kwantitatief)

Vragenlijsten zijn gestuurd naar representatieve steekproeven van burgers (Consumentenpanel Nivel), artsen (huisartsen, gynaecologen, internisten en psychiaters), verpleegkundigen, verloskundigen, fysiotherapeuten, tandartsen, mondhygiënisten en zorginstellingen. Daarnaast zijn alle leden van de tuchtcolleges gezondheidszorg en een representatieve groep van advocaten schriftelijk benaderd met een vragenlijst. De respons op deze vragenlijsten was, behalve van de tandartsen (56%), steeds 60% of meer. Tot slot is door telefonisten van het BIG-register een vragenlijst voorgelegd aan ongeveer 130 personen (particuliere burgers, werkgevers

<sup>1</sup> Zie voor een uitvoeriger bespreking van het empirisch onderzoeksdeel bijlage 6.

en verzekeraars) die in de periode oktober 2001 tot februari 2002 het BIG-register raadpleegden over een specifieke beroepsbeoefenaar.

Aan de burgers en beroepsbeoefenaren zijn vragen voorgelegd over hun kennis, ervaringen met en opvattingen over de Wet BIG. Instellingen is vooral gevraagd naar de praktijk in de instelling en naar ervaren knelpunten met de Wet BIG. De leden van de tuchtcolleges en advocaten kregen met name vragen over hun ervaringen met en opvattingen over het huidige tuchtrecht voorgelegd. De vragen aan de raadplegers van het BIG-register gingen onder meer over de reden van en de ervaringen met het raadplegen van het BIG-register. Voor de vergelijkbaarheid kwamen de verschillende vragenlijsten waar mogelijk met elkaar overeen, waar nodig waren zij aangepast en uitgebreid met specifieke vragen voor de betreffende respondentgroep.

3. *Schriftelijke vragenlijst op organisatieniveau (kwalitatief)*

Daarnaast is aan patiënten- en consumentenorganisaties, relevante art. 3-, art. 34- en overige beroepsorganisaties, waaronder enkele organisaties van alternatieve beroepsbeoefenaren, en aan koepels schriftelijk gevraagd, om hun ervaringen met en opvattingen over de Wet BIG te melden.

4. *Interview op organisatieniveau of groepsinterview (kwalitatief)*

Met het BIG-register, de Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV), de IGZ en een speciaal ten behoeve van de evaluatie van de Wet BIG ingestelde werkgroep van de tuchtcolleges gezondheidszorg hebben interviews plaatsgevonden. Ook met het College van Medisch Toezicht (CMT) en het Openbaar Ministerie (OM) zijn er contacten geweest. Gevraagd is naar hun ervaringen en opvattingen met betrekking tot de uitvoering, het toezicht op en de handhaving van de Wet BIG. Door zowel het BIG-register als de werkgroep van de tuchtcolleges was ten behoeve van deze interviews een notitie opgesteld met (knel)punten voor de evaluatie.

Voorts is om de tuchtrechtspraak van vóór en na de Wet BIG met elkaar te kunnen vergelijken gebruik gemaakt van de verzamelde tuchtuitspraken in het archief en in het geautomatiseerde gegevensbestand van de IGZ.

Tot slot is eind juni 2002 een klankbordmeeting georganiseerd waarvoor een aantal deskundigen op persoonlijke titel was uitgenodigd. Aan hen zijn voorlopige bevindingen van het evaluatieonderzoek voorgelegd in de vorm van stellingen en vragen.

## 1.4 Inhoud rapport

Dit rapport bestaat uit 6 hoofdstukken.

In hoofdstuk 1 zijn de aanleiding van het onderzoek, de centrale vraagstelling en subvraagstellingen en de onderzoeksmethoden beschreven.

Hoofdstuk 2 gaat over subvraagstelling a: Hoe zit de regeling in elkaar? In dit hoofdstuk wordt ten aanzien van de verschillende deelaspecten kort uitgelegd hoe de regeling in elkaar steekt en hoe dit voor de Wet BIG was, en worden de achtergronden van de Wet BIG en de bedoeling van de wetgever beschreven.

De hoofdstukken 3 en 4 betreffen subvraagstelling b: Hoe functioneert de regeling in de praktijk? In hoofdstuk 3 worden voor ieder deelaspect de belangrijkste bevindingen uit het vragenlijstenonderzoek (burgers, beroepsbeoefenaren, instellingen, raadplegers BIG-register, leden tuchtcolleges en advocaten) weergegeven en wordt empirisch materiaal uit andere bronnen (o.a. jaarverslagen BIG-register, gegevensbestanden IGZ) gepresenteerd. In hoofdstuk 4 worden per deelaspect de ervaringen en opvattingen van geïnterviewden (BIG-register, CBGV, IGZ, werkgroep tuchtcolleges, CMT en OM),

patiënten- en beroepsorganisaties en koepels beschreven. Voorts worden de opvattingen in de literatuur en de jurisprudentie in relatie tot de Wet BIG weergegeven.

Hoofdstuk 5 gaat over subvraagstelling c: Bereikt de regeling haar doel, respectievelijk is zij effectief en zijn er neveneffecten opgetreden? In dit hoofdstuk worden per deelaspect de belangrijkste bevindingen (uit de hoofdstukken 2 t/m 4) in onderlinge samenhang weergegeven. Er vindt een bespreking van de gevonden knelpunten plaats en voorstellen voor aanpassing van de wet of de praktijk worden gedaan. Het hoofdstuk eindigt met de beantwoording van de centrale onderzoeksvragen. Voorts wordt een aantal aanbevelingen geformuleerd.

In hoofdstuk 6 tenslotte volgt een slotbeschouwing. Hierin worden enkele afsluitende opmerkingen van een meer algemeen karakter gemaakt, waarin vanuit het perspectief van het te bereiken en te bewaren evenwicht tussen vrijheid en bescherming nog eens naar de evaluatie en de uitkomsten daarvan wordt gekeken.



# 2

## Inhoud en context van de Wet BIG

### 2.1 Algemene inleiding

#### 2.1.1 Inleiding

Na een olifantsdracht<sup>2</sup> is in 1997 de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) behoudens art. 8 in werking getreden.<sup>3</sup> Aan de Wet BIG gingen verschillende wetten op het gebied van de beroepen in de gezondheidszorg vooraf, waaronder de Wet uitoefening geneeskunst (WUG).<sup>4</sup> De Wet BIG heeft één uniforme regeling van bevoegdheden in het leven geroepen voor daarvoor in aanmerking komende beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Doelstellingen van de Wet BIG zijn het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen op het terrein van de individuele gezondheidszorg met -voor zover verantwoord- voor de patiënt vrijheid van keuze van hulpverlener, al dan niet bevoegd. Uitgangspunt van de Wet BIG is dat het een ieder in beginsel vrijstaat om handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg te verrichten, behoudens indien voorbehouden aan desbetreffende categorieën hulpverleners.

#### 2.1.2 Motieven voor herziening van wetgeving

Uitgangspunt van de WUG was het verbod op onbevoegde uitoefening van de geneeskunst (beroepsbescherming). Onder de WUG gold de exclusieve bevoegdheid van de arts. Het beroep van geneeskundige was een beroep, waarvoor de wet een toelating vorderde. De gekwalificeerde arts werd als enige de bevoegdheid toegekend om de geneeskunst in volle omvang uit te oefenen en de titel te voeren. Op het -buiten noodzaak- onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst stond een strafsancie. Ondanks

<sup>2</sup> De herziening van de beroepenwetgeving nam een aanvang door het in 1973 verschenen rapport van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening (Staatscommissie De Vreeze), ingesteld in 1967. In mei 1981 is een voorontwerp van een Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg gepubliceerd. Dit voorontwerp was in belangrijke mate gebaseerd op de voorstellen van de Staatscommissie. In 1986 werd het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer ingediend.

<sup>3</sup> Stb. 1993, 65. De wet is gefaseerd in werking getreden.

<sup>4</sup> Stb. 1865, 60. Andere wetten die de Wet BIG verving of wijzigde waren onder meer:

- De Wet inzake de uitoefening van de tandheelkunst (WUT, Stb. 1876, 117). Deze wet kende de tandarts exclusieve bevoegdheden op het gehele terrein van de tandheelkunst toe. Onbevoegde uitoefening van de tandheelkunst was strafbaar.
- De Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige (Stb. 1921, 702). Deze wet kende titelbescherming en erkende dat de verpleegkundige zelfstandig bevoegd was de verpleegkunde uit te oefenen.
- De Wet inzake de tandprothetici (Stb. 1989, 329). Deze wet kende titelbescherming voor tandprothetici.
- De Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG, Stb. 1958, 408). Volgens deze wet was de apotheker bevoegd tot uitoefening van artsenijbereidkunst.
- De Wet op de paramedische beroepen (WPB, Stb. 1963, 113). Deze wet kende zowel een stelsel van beroepsbescherming als van titelbescherming. De bevoegdheid werd afhankelijk gesteld van een AMvB. De wet was slechts van toepassing op die paramedische beroepen, waarvoor een AMvB was vastgesteld. Een ander kenmerk was dat de paramedische beroepen slechts bevoegd waren tot het verrichten van geneeskundige handelingen onder leiding van of op aanwijzing en controle van, dan wel ingevolge van verwijzing door een arts of tandarts (art. 1 lid 1 WPB). Wel oefende een paramedicus zijn beroep zelfstandig uit.
- De Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters (WZZ, Stb. 1963, 289). Deze wet kende titelbescherming.
- Door wijziging van de WUG in 1978 werd de titel van verloskundige (voorheen vroedvrouw) beschermd en kreeg de verloskundige een beperkte welomschreven exclusieve bevoegdheid.

dit verbod bleef onbevoegde uitoefening van de geneeskunst (en tandheelkunst) op ruime schaal voorkomen. Al in 1916 constateerde de toenmalige Centrale Gezondheidsraad in zijn advies aan de regering dat onbevoegde uitoefening van de geneeskunst kennelijk niet te voorkomen is en dat er ook sprake is van een veranderde rechtsovertuiging in brede lagen van de bevolking. Tot strafvervolging kwam het in het algemeen slechts in een beperkt aantal gevallen, waarin aan patiënten kennelijke schade was berokkend.<sup>5</sup> Er waren meer argumenten om het integrale verbod van de WUG niet langer te handhaven. De WUG bleek niet meer berekend te zijn op de ontwikkelingen binnen de geneeskunst. Er was sprake van een aanzienlijke spanning tussen wet en praktijk doordat het aantal nieuwe beroepen, uitgeoefend door voor hun beroep gekwalificeerden, voortdurend toenam. Daarnaast bleek het onder het oude regime onmogelijk om het begrip bevoegdheid exact wettelijk te omschrijven. Als het al zou kunnen zou het verstarrend werken en belemmerend voor nieuwe initiatieven zijn.<sup>6</sup> Bovendien werd het doel van het algemene verbod -het uitbannen van de kwakzalverij- niet bereikt.<sup>7</sup> Behoeftte aan meer keuzevrijheid voor de patiënt en verandering in opvatting over alternatieve behandelwijzen waren de voornaamste factoren voor de totstandkoming van de Wet BIG.<sup>8</sup>

Andere motieven voor herziening van de beroepenwetgeving waren<sup>9</sup>:

- de verouderde regelgeving met betrekking tot medische beroepen, die verschillende leemten en gebrek aan systematiek vertoonde en verspreid was over een aantal wetten;
- het ontbreken van een adequate regeling om nieuwe beroepen in het systeem op te nemen;
- het ontbreken van een wettelijke regeling voor specialismen;
- de behoefte aan herziening van het wettelijk tuchtrecht.

### 2.1.3 Beschermingsregime van de Wet BIG

Met de Wet BIG is het algemene verbod op onbevoegde uitoefening van de geneeskunst opgeheven en wordt het aan de verantwoordelijkheid van de burger overgelaten om daar hulp te zoeken waar hij dat wenst. Na een langdurige periode van advisering over hoe het beste kan worden vormgegeven aan zowel de keuzevrijheid (voor wel respectievelijk niet reguliere hulpverlener) als de bescherming van de burger (namelijk tegen de niet-gekwalificeerde hulpverlener), is uiteindelijk gekozen voor een zogenoemd gemengd systeem van beroepenwetgeving<sup>10</sup>: niet-titelgerechtigden mogen in beginsel geneeskundige handelingen verrichten<sup>11</sup>, maar zijn strafbaar als zij ten onrechte een titel voeren. Ook het voeren van een misleidende titel is strafbaar. Een aantal geneeskundige handelingen mag alleen door daartoe bevoegden worden verricht, de voorbehouden handelingen (monopolistisch kenmerk). Dit zijn handelingen die naar het oordeel van de wetgever een aanmerkelijk gevaar opleveren als ze worden verricht door een ondeskundige. Niet-gekwalificeerden die buiten noodzaak beroepsmatig zelfstandig (op eigen initiatief) tot de verrichting van voorbehouden handelingen overgaan zijn strafbaar. Door het systeem van de voorbehouden handelingen is in vergelijking met de WUG voor een aantal deelgebieden een systeem van beroepsbescherming gehandhaafd. Men spreekt ook wel van een partieel verbod: alles wat niet is voorbehouden, is vrijgegeven.

<sup>5</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 14.

<sup>6</sup> Brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Kamerstukken II 1975/76*, 13 768, nr. 1, p. 2.

<sup>7</sup> *Kamerstukken II 1975/76*, 13 768, nr. 1, p. 2.

<sup>8</sup> De Bijl 2000, p. 16.

<sup>9</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 2-3.

<sup>10</sup> De Commissie Peters heeft op zoek naar een stelsel waarin niet-reguliere behandelaars een plek zouden kunnen krijgen, gewogen en vervolgens afgewezen een vergunningstelsel, een stelsel van volledige vrijheid, een registratiestelsel, een verwijzingstelsel, een stelsel van medische supervisie en een stelsel van indirecte medische controle (zie bijlage 4).

<sup>11</sup> Te weten verrichtingen op het terrein van de individuele gezondheidszorg.



Het stelsel van titelbescherming dient ertoe de burger duidelijkheid te verschaffen over de vraag of hij te maken heeft met een hulpverlener die volgens de wettelijke eisen is opgeleid en door de wetgever als deskundige is erkend. De Wet BIG kent twee mogelijkheden om beroepen wettelijk te regelen: een 'zware' regeling bij wet (art. 3) en een 'lichte' regeling bij AMvB (art. 34). Titelgerechtigdheid is gekoppeld aan deskundigheidsgebieden. Van elk beroep wordt een algemene omschrijving gegeven van de handelingen die tot het vakgebied behoren. Van vier art. 3-beroepen is het deskundigheidsgebied in de Wet BIG omschreven, voor de overige art. 3-beroepen en voor alle art. 34-beroepen is het deskundigheidsgebied bij AMvB geregeld. Soms bestaat er een overlap tussen de deskundigheidsgebieden van verschillende beroepen.<sup>12</sup>

Strafbepalingen vormen één van de instrumenten ter indirecte begrenzing van de vrijheid van de patiënt. Handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg waarbij buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander wordt veroorzaakt, zijn strafbaar (art. 96 Wet BIG). Deze strafbepaling -wel het sluitstuk van de wet genoemd- geldt zowel voor niet-gekwalficeerden, als voor BIG-geregistreerden die buiten de grenzen van hun deskundigheidsgebied treden. Een andere strafbepaling vervat in art. 97 sanctioneert het niet voldoen aan de wettelijke voorwaarden voor het in opdracht geven of zelf verrichten van een voorbehouden handeling. Ook deze bepaling geldt zowel voor niet-gekwalficeerden als voor de reguliere beroepsbeoefenaar die buiten de bevoegdheidsregeling met betrekking tot voorbehouden handelingen voor die desbetreffende groep treedt. De gekwalficeerde die binnen de bevoegdheidsregeling zelf de voorbehouden handeling verricht, moet daarbij voldoen aan de bekwaamheidseis. Voorts zijn de uit hoofde van art. 3 Wet BIG geregelde beroepen aan het wettelijk tuchtrecht onderworpen. Daardoor kan hun handelen of nalaten door de tuchtrechter worden gesanctioneerd.

Het kwaliteitsartikel (art. 40 Wet BIG) is een andere voorziening die de wetgever heeft getroffen ter bescherming van de burger. Bedoeld artikel dient ter handhaving en bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening door individuele beroepsbeoefenaren die niet onder het regime van de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen.

Een waarborg is ook gelegen in hetgeen door de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening (Staatscommissie) is aangeduid als het maatschappelijk kader waarin de beroepsuitoefening plaatsvindt.<sup>13</sup> De gezondheidszorg wordt grotendeels in georganiseerd verband uitgeoefend, zoals bij de ziekenfondsverzekering, in ziekenhuizen en overheidsorganen. De Staatscommissie ging ervan uit dat de wetgever in de regelingen die de institutionalisering betreffen, zoveel mogelijk garanties zou inbouwen ten behoeve van de kwaliteit van de gezondheidszorg en het beschikken over gekwalficeerde krachten.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Zie ook Raad BIG 1996(B11/96), p. 20-21.

<sup>13</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 15.

<sup>14</sup> *Kamerstukken II 1975/76*, 13 768, nr. 1, p. 3.

#### 2.1.4 De Wet BIG als kaderwet

De Wet BIG is deels een kaderwet, wat inhoudt dat de wet de grote lijnen regelt. De voornaamste onderwerpen die de wet regelt zijn de constitutieve registratie en titelbescherming, de voorbehouden handelingen (inclusief de opdracht daartoe), het tucht- en strafrecht en voorts specialismen en de toelating van buitenslands gediplomeerden. Veel zaken kunnen nader worden uitgewerkt in AMvB, zoals opleidingseisen, deskundigheidsgebieden, het systeem van periodieke registratie en kwaliteitseisen.<sup>15</sup> De wetgever heeft bovendien een aanzienlijk aantal onderwerpen aan zelfregulering door de beroepsgroepen overgelaten binnen de kaders die de wet stelt, waaronder het instellen van specialismen.

#### 2.1.5 De Raad BIG

Over het voorontwerp en vraagstukken met betrekking tot het wetsvoorstel van de Wet BIG is geadviseerd door de Raad voor de Volksgezondheid.<sup>16</sup> De Staatscommissie raadde de instelling van een permanent adviesorgaan aan, dat de verantwoordelijke minister zou adviseren over de te regelen beroepen, de titels, de taakomschrijving van de beroepen en de afgrenzing daarvan.<sup>17</sup> Een dergelijk orgaan zou het veranderingsproces, zoals het ontstaan van nieuwe beroepen en specialismen, voortdurend kunnen bewaken. Een centraal orgaan zou naar de mening van de Staatscommissie een veel betere kijk hebben op de totale problematiek en ook veel beter de taken van de beroepsbeoefenaren op elkaar kunnen afstemmen, dan allerlei afzonderlijke organen voor de diverse beroepen.<sup>18</sup>

Op verzoek van de staatssecretaris van het toenmalige WVC besloot de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) in zijn vergadering van 13 januari 1994 de Raad BIG in te stellen. In het (inmiddels vervallen) art. 116 van de Wet BIG werd de taak van de Raad omschreven, inhoudende dat de Raad zowel op verzoek als uit eigen beweging diende te adviseren over de uit de Wet BIG voortvloeiende AMvB's en het opstellen en openbaar maken van aanbevelingen omtrent gedragsregels. De wet bepaalde dat de Raad BIG alvorens een advies uit te brengen, de representatieve organisaties van beroepsbeoefenaren en patiënten diende te horen en voor adviezen inzake opleidingen eveneens de representatieve organisaties van onderwijsinstellingen. De Raad BIG was samengesteld uit kroonleden en een deskundigenraad. De Raad BIG is per 1 januari 1997 opgeheven. De taken van de Raad BIG werden in het kader van de operatie 'Raad op Maat' door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) overgenomen. De adviezen van de Raad BIG hebben een grote rol gespeeld bij de implementatie van de Wet BIG.

#### 2.1.6 Alternatieve behandelaars

Door opheffing van het verbod op onbevoegde uitoefening van de geneeskunst, staat het een ieder in beginsel vrij beroepsmatig een diagnose te stellen en geneeskundige handelingen te verrichten. Dit behoudens die handelingen die zijn voorbehouden aan daartoe door de wet aangewezen bevoegden die ingeschreven zijn. De patiënt heeft de vrijheid te kiezen voor een niet-gekwalficeerde die een complementaire/alternatieve behandelmethodete toepast, tegelijkertijd kan hij kiezen voor een wel gekwalficeerde die een complementaire/alternatieve behandelmethodete toepast.<sup>19</sup> In de Wet BIG is gekozen voor een systeem waarbij alleen voor wettelijk geregelde beroepsbeoefenaren van

<sup>15</sup> Zie bijlage 5.

<sup>16</sup> Over het voorontwerp door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, die een Commissie BIG instelde. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid ging over in de Nationale Raad voor de Volksgezondheid.

<sup>17</sup> *Kamerstukken II 1975/76*, 13 768, nr. 1, p. 4.

<sup>18</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 16.

<sup>19</sup> Hierna met name aangeduid als alternatieve behandelaars.

overheidswege inhoudelijke eisen worden gesteld. Bescherming wordt geboden door strafbaarstelling van het onbevoegd verrichten van voorbehouden handelingen en van het toebrengen van (kans op) schade buiten noodzaak (art. 96 Wet BIG). Niet-gekwalificeerden vallen niet onder het tuchtrecht en het kwaliteitsregime van de reguliere zorg. Zonder wettelijk voorschrift zijn zij geheel zelf verantwoordelijk voor het kwaliteitsregime.

## 2.2 **Systeem van de Wet BIG, constitutieve registratie en titelbescherming**

### 2.2.1 **Inleiding**

De Wet BIG biedt de patiënt waarborgen via onder andere een stelsel van constitutieve registratie en titelbescherming. Het stelsel van titelbescherming is erop gericht dat alleen die beroepsbeoefenaren die op grond van de opleiding deskundig worden geacht op een bepaald terrein van de gezondheidszorg, een wettelijk erkende titel mogen voeren. De juridische bevoegdheid een wettelijk beschermde titel te voeren krijgt op twee manieren vorm: via constitutieve registratie annex titelbescherming (art. 3-beroepen) en via de opleidingstitelbescherming (art. 34-beroepen). In dit hoofdstuk worden deze regelingen besproken alsmede de regeling van specialismen en de periodieke registratie. Tevens wordt de juridische (door)werking van het systeem van constitutieve registratie en titelbescherming beschreven.

### 2.2.2 **Systeem van de Wet BIG**

#### 2.2.2.1 **Bevoegdheid, deskundigheid, bekwaamheid**

Het met goed gevolg afgerond hebben van de respectievelijke opleiding geeft juridische bevoegdheden en heeft ook overigens juridische betekenis. Het vormt een rechtstitel voor inschrijving in het zogenoemde BIG-register uit hoofde van art. 3 of voor opleidingstitelbescherming krachtens art. 34. Van alle in of krachtens de wet geregelde beroepen zijn de opleidingseisen in of krachtens de wet omschreven. Inschrijving in het art. 3-register<sup>20</sup> geeft *de bevoegdheid* de bij de gevolgde opleiding behorende titel te voeren. Dit ligt anders bij art. 34-beroepen waar de opleidingstitel is beschermd en zonder voorwaarde van registratie mag worden gevoerd. Niet-geregistreerden zijn niet-bevoegd de titel te voeren. Het ten onrechte voeren van een beschermde titel of een daarop gelijkende benaming, is strafbaar.<sup>21</sup> Op het beroepsmatige verrichten van handelingen op het terrein van de individuele gezondheidszorg door art. 3-geregistreerden is publiek tuchtrecht van toepassing. Art. 40 Wet BIG (verantwoorde zorg) is van toepassing op art. 3- en art. 34-beroepsbeoefenaren, voor zover buiten een instelling werkzaam. Inherent aan de inschrijving in het BIG-register is de bevoegdheid zich zelfstandig op het terrein van de voorbehouden handelingen te begeven voor zover die ingevolge de wet behoren bij het desbetreffende beroep. De inschrijving is tevens een formele erkenning van *deskundigheid* op het desbetreffende bij het beroep (respectievelijk de specialisatie) behorende terrein. Per beroepsgroep (art. 3- en art. 34-beroepen) zijn de deskundigheidsgebieden omschreven. Omschrijving van het deskundigheidsgebied is in de eerste plaats van belang ter voorlichting van het publiek. Daarnaast speelt het deskundigheidsgebied een rol bij het tuchtrecht (voor art. 3-beroepen) en de strafbepalingen. De respectievelijke deskundigheidsgebieden van de arts, tandarts, apotheker en verpleegkundige zijn -zij het summier- in de Wet BIG omschreven.<sup>22</sup> Voor de

<sup>20</sup> Hierna worden 'art. 3-register' en 'BIG-register' afwisselend gebruikt.

<sup>21</sup> Respectievelijk artikelen 4 lid 2, 17, 34 lid 4, 99 en 100 Wet BIG.

<sup>22</sup> In de artikelen 19, 21, 23, en 33 Wet BIG. De omschrijving is summier omdat er bij het deskundigheidsgebied van deze beroepen weinig kans op misverstand bestaat, *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 33.

overige art. 3-beroepen is het deskundigheidsgebied bij AMvB geregeld<sup>23</sup>, dit omdat het vakgebied van deze beroepen minder is uitgekristalliseerd en hierdoor rekening kan worden gehouden met ontwikkelingen die deze beroepen kunnen doormaken.<sup>24</sup> Voor alle art. 34-beroepen is het deskundigheidsgebied bij AMvB geregeld.<sup>25</sup> Een art. 3-beroepsbeoefenaar of een art. 34-beroepsbeoefenaar die buiten de grenzen van zijn deskundigheidsgebied treedt en bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, is strafbaar op grond van art. 96 Wet BIG.

Bekwaamheid voor het verrichten van voorbehouden handelingen is -als sluitstuk- de wettelijke beperking ten aanzien van het beroepsmatig handelen door bevoegden (art. 36 lid 14 Wet BIG). De bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen mag men in de praktijk zelfstandig gebruiken mits men door ervaring bekwaam is. Is men bevoegd, maar niet bekwaam tot het verrichten van de voorbehouden handelingen, dan mag men wel een opdracht geven daartoe. De beoordeling van de bekwaamheid wordt aan de desbetreffende beroepsbeoefenaar respectievelijk beroepsgroep zelf overgelaten.

### 2.2.2.2 Regulier versus alternatief

Iedereen kan beroepsmatig het terrein van de individuele gezondheidszorg betreden, ook indien niet gereguleerd binnen het kader van de wet. Echter, niet-geregistreerden is het verboden buiten noodzaak beroepsmatig op eigen gezag voorbehouden handelingen te verrichten. Op niet-gereguleerde beroepen zijn publiek tuchtrecht noch art. 40, maar wel strafbepalingen van toepassing, met name art. 96 Wet BIG dat zonder meer (ongeacht of betrokkene binnen het eigen deskundigheidsgebied handelt) van toepassing is op beroepen die niet in het kader van de Wet BIG zijn geregeld.

## 2.2.3 De regeling van beroepen

### 2.2.3.1 Constitutieve registratie: artikel 3

Om de patiënt te beschermen tegen ondeugdelijk handelen is onder meer gekozen voor een systeem van constitutieve registratie annex titelbescherming van de in de wet aangegeven beroepen. Constitutieve registratie wil zeggen dat er rechtsgevolgen verbonden zijn aan de registratie: de ingeschrevene krijgt (onder meer) het recht op het voeren van de betreffende beroepstitel, de bevoegdheid om werkzaam te zijn op bepaalde gebieden van de individuele gezondheidszorg en is onderworpen aan publiek tuchtrecht.<sup>26</sup> De constitutieve registratie is ingesteld met het oog op het scheppen van waarborgen tot het handhaven van een verantwoord niveau van beroepsuitoefening, dit ter bescherming van de patiënt.<sup>27</sup> In art. 3 Wet BIG is deze zogenoemde 'zware' beroepsregeling vastgelegd. Momenteel vallen acht beroepen onder het stelsel van de constitutieve registratie. Het betreft de beroepen arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut<sup>28</sup>, fysiotherapeut, verloskundige en verpleegkundige. Voor elk van deze beroepen (ook wel art. 3-beroepen genoemd) houdt de minister van VWS een register bij. Primaire doel van het register is het verschaffen van duidelijkheid aan de patiënt over de bevoegdheid en het deskundigheidsterrein van een hulpverlener.

<sup>23</sup> Op basis van de artikelen 25, 27, 29 en 31 Wet BIG.

<sup>24</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 33.

<sup>25</sup> Op basis van art. 34 lid 2 Wet BIG.

<sup>26</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 23.

<sup>27</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 22.

<sup>28</sup> Het beroep psychotherapeut zal als zelfstandig beroep uit art. 3 Wet BIG verdwijnen, zie brieven van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 11 juli 2001 (GVM/2174793) en d.d. 6 maart 2002 (*Kamerstukken II 2001/02*, 25 424, nr. 40).

Tijdens de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel is veel aandacht besteed aan de vraag welke motieven de regeling van een beroep in de Wet BIG zouden rechtvaardigen. In het voorontwerp van de wet was sprake van 24 beroepen waarvoor constitutieve registratie zou moeten gelden, in het wetsvoorstel 16. Dit zijn er uiteindelijk 8 geworden. Deze keuze hangt samen met het feit dat de motieven voor de regeling van beroepen in de loop der tijd zijn aangescherpt.

In het interimadvies van 1984<sup>29</sup> van de NRV werd een elftal hoofdcriteria (aandachtspunten) genoemd voor de regeling van beroepen in de Wet BIG.<sup>30</sup> Dit advies stuitte op bezwaren van de Commissie vermindering en vereenvoudiging van overheidsregelingen (Commissie Geelhoed) die meende dat opname in de wet van een beroep gerechtvaardigd was als was voldaan aan één van de volgende criteria: de betreffende beroepsgroep mag bepaalde in de wet genoemde voorbehouden handelingen verrichten en de behoefte aan invoeren van publiekrechtelijk tuchtrecht. De wetgever gaf echter de voorkeur aan duidelijke publiekrechtelijke erkenning en waarborg van deskundigheid in een aantal gevallen.<sup>31</sup> Dit heeft geresulteerd in twee globale motieven (voorwaarden) voor het in het leven roepen van een stelsel van constitutieve registratie ten aanzien van een bepaald beroep<sup>32</sup>:

1. Het motief van publieksvoorlichting (door middel van een beschermde titel kan het publiek de deskundigheid van degene waar hij hulp zoekt, onderkennen);
2. De behoefte om
  - a. voor een beroepsgroep tuchtrecht in het leven te roepen;
  - b. aan categorieën van beroepsbeoefenaren van een bepaald beroep het verrichten van bepaalde handelingen op het terrein van de individuele gezondheidszorg voor te behouden;
  - c. voor een bepaalde groep van beroepsbeoefenaren een stelsel in te voeren, waarin aan de beroepsbeoefenaren de eis wordt gesteld dat hun bekwaamheid en ervaring voldoende recent is (periodieke registratie).

Ook andere aandachtspunten speelden een rol bij de afweging van de vraag of een beroep bij wet geregeld moet worden, onder meer of het beroep enigszins is uitgekristalliseerd. Deze aandachtspunten in overweging genomen kwam het wetsvoorstel uit op 16 beroepen die voor regeling in de Wet BIG in aanmerking kwamen.

Ten opzichte van het voorontwerp bevatte het in 1986 ingediende wetsvoorstel een belangrijke wijziging door de mogelijkheid te bieden om via art. 34<sup>33</sup> opleidingseisen te stellen voor beroepen die voorheen op wetsniveau geregeld waren (zie verder paragraaf 2.2.3.6).

Tijdens de parlementaire behandeling kwam de behoefte aan stringentere motieven aan de orde, mede om te voorkomen dat een groot aantal beroepen in de wet opgenomen zou worden en vanwege het dereguleringsbeleid in het algemeen. Opname in de Wet BIG behoefde bijzondere rechtvaardiging zonder dat dit een waarde-oordeel over het betreffende beroep inhoudt.<sup>34</sup>

In de nota naar aanleiding van het eindverslag zijn de motieven voor regeling van een art. 3-beroep uiteindelijk samengevat<sup>35</sup>:

- a. de behoefte aan publiekrechtelijk tuchtrecht;
- b. de behoefte aan het verlenen van zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden

---

<sup>29</sup> NRV. Interimadvies inzake de regeling van beroepen in het kader van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). 1984.

<sup>30</sup> Te weten:

de uitoefening van het beroep dient overwegend gericht te zijn op het verlenen van gezondheidszorg aan individuele personen; de beoefenaren van het beroep dienen te beschikken over professionele zelfstandigheid ten opzichte van andere beroepsbeoefenaren en dienen een rechtstreekse verantwoordelijkheid te dragen jegens de patiënten; de beroepsbeoefenaar zal als zodanig herkenbaar moeten zijn voor het publiek en zelfstandig naar buiten moeten kunnen treden; er dient behoefte te bestaan aan bescherming van de titel van het beroep, als garantie voor deskundigheid en herkenbaarheid; aan een regeling van het beroep in het kader van de Wet BIG dient met het oog op het belang van de volksgezondheid behoefte te bestaan; het effect van de door de beoefenaren van een beroep in het kader van hun beroepsuitoefening toegepaste behandelmethoden dient voldoende te zijn aangetoond; het werkterrein van het beroep dient nauwkeurig omlind te zijn; de tot het werkterrein van het beroep behorende verrichtingen dienen zo duidelijk mogelijk omschreven te kunnen worden; het beroep dient een duidelijke eigen identiteit te hebben; er dient sprake te zijn van het beschikken over een bepaalde, voor het beroep kenmerkende, deskundigheid, die toetsbaar is; een beroep komt alleen dan in aanmerking voor opname in de Wet BIG wanneer het niet als een specialisatie van een bestaand basisberoep kan worden aangemerkt.

<sup>31</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 9.

<sup>32</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 9-10.

<sup>33</sup> Destijds art. 51, om verwarring te voorkomen hier art. 34 genoemd.

<sup>34</sup> Kamerstukken II 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 7.

<sup>35</sup> Kamerstukken II 1991/92, 19 522, nr. 20, p. 5 e.v.

handelingen.

Het voldoen aan één van beide motieven is voldoende om in de wet opgenomen te worden. Volgens de wetgever is hiermee een consistent stelsel van motieven ontwikkeld.<sup>36</sup> Overigens zijn de motieven voor regeling als art. 3-beroep niet in de Wet BIG opgenomen.

### 2.2.3.2 De individuele registratie

De vereisten om te worden ingeschreven in het betreffende register, zijn een schriftelijk verzoek bij de minister van VWS<sup>37</sup> en voldoen aan de opleidingseisen die de wet stelt.<sup>38</sup>

Laatstbedoelde eis is van belang omdat men over de in de wet bepaalde deskundigheid dient te beschikken. Inschrijving in meerdere registers is mogelijk als is voldaan aan de opleidingseisen voor elk van de respectievelijke beroepen afzonderlijk.

Inschrijving kan daarnaast nog worden geweigerd als de aanvrager<sup>39</sup>:

- als gevolg van een rechterlijke uitspraak onder curatele is gesteld wegens een geestelijke stoornis;
- ingevolge een (straf)rechterlijke uitspraak uit het recht is ontzet om het betrokken beroep uit te oefenen;
- een maatregel opgelegd is, die inschrijving onmogelijk maakt. Dit is het geval als de inschrijving krachtens de wet is doorgehaald of als het recht om ingeschreven te worden is ontzegd.

Op de beschikkingen van de minister is de Algemene wet bestuursrecht van toepassing.

Doorhaling van de registratie vindt onder meer plaats indien dit voortvloeit uit een tuchtmaatregel.<sup>40</sup> Indien de tuchtrechter deze maatregel oplegt, wordt bij wege van voorlopige voorziening de inschrijving geschorst.

### 2.2.3.3 Specialismen: artikelen 14-17

Beroepsorganisaties stellen specialistenregisters in. In aansluiting daarop kan de minister van VWS een regeling voor specialismen van een beroepsorganisatie wettelijk erkennen mits deze aan bepaalde eisen voldoet.<sup>41</sup> De minister is hiertoe niet verplicht. Redenen om een specialistentitel niet te erkennen kunnen bijvoorbeeld zijn dat erkenning niet in het belang is van de individuele gezondheidszorg, dat het specialisme nog niet voldoende is uitgekristalliseerd of dat erkenning leidt tot ongewenste fragmentatie van de gezondheidszorg.<sup>42</sup> Daarnaast heeft de minister de bevoegdheid om bij AMvB specialismen aan te wijzen indien dit in het belang van de individuele gezondheidszorg is.<sup>43</sup> Voor de inwerkingtreding van de Wet BIG bestond er geen wettelijke voorziening voor erkenning van specialisaties.

De regeling in de Wet BIG sluit aan op de situatie zoals die voor de Wet BIG bestond, waarbij de beroepsorganisaties privaatrechtelijke regelingen tot stand brachten en betekent in zeker opzicht een versterking van het overheidstoezicht in vergelijking met de situatie voor de Wet BIG.<sup>44</sup> Het recht om de specialistentitel te voeren is voorbehouden aan degene die de opleiding van een wettelijk erkend specialisme met goed gevolg heeft voltooid.<sup>45</sup> Van de individuele erkenning als specialist wordt een gedagtekende

<sup>36</sup> *Kamerstukken II* 1991/92, 19 522, nr. 20, p. 2.

<sup>37</sup> Art. 5 lid 1 Wet BIG jo art. 6 Registratiebesluit BIG. De kosten van de inschrijving zijn € 59.

<sup>38</sup> De regeling van de opleidingseisen vindt plaats bij of krachtens AMvB.

<sup>39</sup> Art. 6 Wet BIG.

<sup>40</sup> Andere gronden voor doorhaling zijn overlijden van de ingeschrevene, eigen verzoek van de ingeschrevene en curatele of ontzetting, art. 7 Wet BIG.

<sup>41</sup> Art. 14 Wet BIG.

<sup>42</sup> *Kamerstukken II* 1987/88, nr. 7, p. 41.

<sup>43</sup> Art. 16 Wet BIG.

<sup>44</sup> *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 29.

<sup>45</sup> Art. 17 lid 2 Wet BIG.

aantekening in het register gemaakt.<sup>46</sup> Wordt een art. 3-bevoegde geschorst of uit het beroep gezet dan heeft dit een zelfde gevolg voor een specialistenregistratie.<sup>47</sup> Doorhaling in het specialistenregister heeft daarentegen geen gevolg voor de juridische bevoegdheid als zodanig om een basisberoep uit te oefenen. In het BIG-register wordt geen aantekening gemaakt van differentiaties of subspecialismen. Dit gebeurt evenmin in de specialistenregisters.

Bij de parlementaire behandeling zijn kanttekeningen geplaatst over de positie van de basisarts. De titel arts zegt op zichzelf niet veel over de vaardigheden en als basisarts zonder meer zonder toezicht werkzaam (kunnen) zijn zou conflicteren met de bedoeling van de wetgever en de consumentenbescherming. Zo is bijvoorbeeld de vraag gesteld of een asielzoekerscentrum aan een basisarts kan worden overgelaten. De wetgever erkende dat het zijn van basisarts op zichzelf niet betekent dat men steeds over de nodige vaardigheden beschikt tot het verrichten van voorbehouden handelingen, maar stelde dat de basisarts een eigen verantwoordelijkheid heeft voor zijn medisch handelen. Het zou te ver gaan om te beweren dat een basisarts alleen maar onder toezicht zou (kunnen) werken al dan niet in het kader van een vervolgopleiding, en in feite geen zelfstandig beroepsbeoefenaar zou zijn. Bij zijn handelen dient de basisarts zich bewust te zijn van de grenzen van zijn kennen en kunnen.<sup>48</sup> De gedachte dat de regels van 'delegatie' van toepassing zouden moeten zijn in een stelsel waarin de basisarts niet bevoegd zou zijn zelfstandig voorbehouden handelingen te verrichten is door de regering niet overgenomen.

Naar aanleiding van de opmerking dat het gezien het veranderde initiële studieprogramma van de medische opleidingen achterhaald zou zijn om vanuit het basisberoep de specialismen te regelen, meende de wetgever dat er altijd basisberoepen zullen moeten zijn omdat een specialisme alleen maar vanuit een basisberoep kan worden ontwikkeld. Daarbij is wel gewezen op het initiatief tot verbetering van de opleiding tot basisarts.<sup>49</sup>

#### **2.2.3.4 De functies van het basisregister**

Het art. 3-register heeft met het oog op het constitutieve karakter daarvan een informatieve functie. In het register worden in elk geval de volgende gegevens van een ingeschrevene opgenomen: naam, voornamen, geslacht, geboortedatum, nationaliteit en (woon)adres<sup>50</sup>, het registratienummer en het tijdstip van inschrijving.<sup>51</sup> Deze gegevens zijn bedoeld om de ingeschrevene te kunnen identificeren. De informatieve functie van het register brengt met zich mee dat het register de actualiteit van de gegevens met betrekking tot de rechtspositie van de ingeschrevene weergeeft. In het register worden daarom ook mutaties aangetekend zoals schorsing van een inschrijving, voorwaarden die een ingeschrevene zijn opgelegd en gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid het betreffende beroep uit te oefenen.<sup>52</sup> Voorts in een voorkomend geval de verklaring van de minister van VWS ten aanzien van een buitenslands gediplomeerde.<sup>53</sup> Bepaalde mutaties in de registers zijn van belang voor het publiek en worden daarom door de minister van VWS via de Staatscourant openbaar gemaakt.<sup>54</sup> Het gaat hier om bepaalde tuchtrechtelijke maatregelen en maatregelen wegens ongeschiktheid. Van voorwaarden die een beperking van de beroepsuitoefening door de ingeschrevene inhouden, wordt schriftelijk kennis gegeven aan de werkgever of instelling waar de betrokkene werkzaam is.<sup>55</sup> Het register is in principe openbaar, dat wil zeggen dat een ieder op verzoek gegevens omtrent de rechtspositie van de ingeschrevene beroepsbeoefenaar kan ontvangen, te weten<sup>56</sup>:

---

<sup>46</sup> Art. 15 lid 3 Wet BIG.

<sup>47</sup> Art. 15 lid 5 Wet BIG.

<sup>48</sup> *Kamerstukken II* 1991/92, 19 522, nr. 20, p. 24.

<sup>49</sup> *Kamerstukken II* 1991/92, 19 522, nr. 20, p. 25.

<sup>50</sup> In de Memorie van Toelichting werd aangegeven dat onder adres zowel het woon- als het werkadres kan worden gebracht, *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 88. Gekozen is uiteindelijk voor opname van het woonadres.

<sup>51</sup> Art. 3 lid 2 Wet BIG.

<sup>52</sup> Art. 9 Wet BIG.

<sup>53</sup> Respectievelijk artikelen 80, 15 lid 3 en 42 lid 4 Wet BIG.

<sup>54</sup> Art. 11 Wet BIG jo art. 5 lid 2 Registratiebesluit BIG.

<sup>55</sup> Art. 5 Registratiebesluit BIG.

<sup>56</sup> Art. 12 lid 2 Wet BIG jo art. 8 Registratiebesluit BIG. De geregistreerde kan kosteloos gegevens ontvangen die hemzelf betreffen (art. 12 lid 1 Wet BIG). Anderen kan € 4,54 in rekening worden gebracht indien dit schriftelijk geschiedt (art. 8 Registratiebesluit BIG). Dit gebeurt in de praktijk niet.

- a. of een persoon in een register ingeschreven staat;
- b. of de inschrijving van een persoon in een register geschorst is;
- c. of ten aanzien van de ingeschrevene een (gedeeltelijke) ontzegging van kracht is om het beroep uit te oefenen, met een omschrijving van de inhoud van de maatregel;
- d. gegevens over opgelegde voorwaarden, echter alleen in de in art. 6 van het Registratiebesluit aangegeven gevallen.<sup>57</sup>

Gezien het doel van het register werd het niet noodzakelijk geacht om gegevens op te nemen betreffende de vraag of het beroep wordt uitgeoefend en zo ja, op welk terrein en in welk kader.<sup>58</sup> Om dezelfde reden is de suggestie van de hand gewezen om informatie uit het register in de beroepspraktijk ter inzage te leggen.<sup>59</sup> De privacy van de ingeschrevenen is volgens de wetgever voldoende gewaarborgd door de limitatieve opsomming van de gegevens in het register.<sup>60</sup>

In het onlangs gewijzigde art. 13 Wet BIG waren drie nevenfuncties van de registratie vermeld.<sup>61</sup> Het gebruik van de in de registers opgenomen gegevens is thans beperkt tot uitvoering van de Noodwet geneeskundigen en toezending van informatie over de volksgezondheid door het Staatstoezicht op de volksgezondheid en andere door de minister aangewezen bestuursorganen aan de ingeschrevenen.

### 2.2.3.5 Periodieke registratie: artikel 8

Art. 8 Wet BIG (nog niet in werking getreden) bevat de mogelijkheid om voor bij AMvB aangewezen beroepen periodieke registratie voor te schrijven. Periodieke registratie houdt in dat de inschrijving in het register van het basisberoep na verloop van een bij de maatregel aangegeven periode automatisch wordt doorgehaald. Met deze bepaling wordt beoogd dat in het register uitsluitend personen zijn ingeschreven die beschikken over voldoende recente bekwaamheid, verkregen door (bij)scholing of praktijkervaring in het betrokken vakgebied.<sup>62</sup> Voortzetting van de inschrijving is alleen mogelijk als de betrokkene over voldoende vakbekwaamheid beschikt die hij hetzij door werkervaring, hetzij door (bij)scholing heeft verkregen.<sup>63</sup> Het tijdvak waarin ononderbroken werkzaamheden moeten zijn verricht, wordt bij de genoemde AMvB geregeld evenals het stellen van regels aan de te verrichten werkzaamheden. Ook in de specialistenregeling kan een regeling inzake periodieke erkenning zijn opgenomen naar analogie van die voor de 'basis'beroepen.<sup>64</sup>

Achtergrond van een periodieke registratie vormt de daaraan gebleken behoefte voor verpleegkundigen. In het wetsontwerp werd nog uitgegaan van facultatieve periodieke registratie: per beroepsgroep zou moeten worden bekeken of uit volksgezondheidsbelang periodieke registratie nodig is.<sup>65</sup> De wetgever stelde zich terughoudend op, mede gezien de financiële lasten van een periodiek registratiesysteem, de bureaucratische lasten en het uitgangspunt dat de overheid niet wettelijk dient te regelen wat door het veld zelf tot stand kan worden gebracht.<sup>66</sup> Hiertegenover is opgemerkt dat de kosten voor herregistratie door de beroepsgroep zelf zouden moeten worden opgebracht, de periodieke registratie aan de beroepsgroepen zelf zou kunnen worden overgelaten en dat als alternatief voor periodieke registratie een regeling getroffen zou kunnen worden voor periodieke her- en bijscholing in de gedrags- en beroepscode.<sup>67</sup>

<sup>57</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 101.

<sup>58</sup> *Kamerstukken II 1987/88*, 19 522, nr. 7, p. 39. Het voorontwerp bevatte wel een regeling met betrekking tot opneming van deze gegevens, *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 25, maar hierop was de nodige kritiek uitgeoefend. Het voldoende up to date houden van deze gegevens zou bovendien te veel kosten met zich meebrengen.

<sup>59</sup> *Kamerstukken II 1991/92*, 19 522, nr. 20, p. 20.

<sup>60</sup> *Kamerstukken II 1987/88*, 19 522, nr. 7, p. 36.

<sup>61</sup> De in de registers opgenomen gegevens konden worden gebruikt voor a. het samenstellen van geanonimiseerde overzichten, b. het met toestemming van de minister aanschrijven van ingeschrevenen voor beleidsondersteunend of wetenschappelijk onderzoek, de volksgezondheid betreffende en c. toezending van informatie over de volksgezondheid door het Staatstoezicht op de volksgezondheid of andere door de minister aangewezen bestuursorganen.

<sup>62</sup> *Kamerstukken II 1991/92*, 19 522, nr. 21, p. 10.

<sup>63</sup> Art. 8 lid 2 Wet BIG.

<sup>64</sup> Art. 15 leden 1 en 2 Wet BIG.

<sup>65</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 28.

<sup>66</sup> *Kamerstukken II 1987/88*, 19 522, nr. 7, p. 35, *Kamerstukken II 1991/92*, 19 522, nr. 20, p. 21.

<sup>67</sup> *Kamerstukken II 1989/90*, 19 522, nr. 19, p. 15-16 en p. 20.



Bij amendement, dat ertoe strekte periodieke registratie verplicht te maken, is de tekst van art. 8 Wet BIG veranderd in 'bij AMvB wordt bepaald'.<sup>68</sup> Dit met de kanttekening dat dit in de praktijk zal leiden tot een zeer gefaseerde invoering van periodieke registratie en dat er voortdurend een afweging plaats zal vinden over tempo, baten en lasten.<sup>69</sup>

De wetgever achtte het om twee redenen noodzakelijk noch gewenst om te toetsen of de registratie in het basisregister bij het doorhalen van de registratie in het specialistenregister gehandhaafd kon blijven: het feit dat een specialisme niet regelmatig wordt uitgeoefend hoeft niet te betekenen dat het basisberoep niet regelmatig wordt uitgeoefend en bovendien voorziet de herregistratie voor het basisberoep ex art. 8 Wet BIG al in deze toets.<sup>70</sup>

### 2.2.3.6 Opleidingstitelbescherming: artikel 34

De zogenoemde 'lichte' regeling van beroepen is te vinden in art. 34 Wet BIG. Alleen degenen die de door de minister geregelde of aangewezen opleiding tot het betreffende beroep met goed gevolg hebben afgelegd, mogen de opleidingstitel gebruiken. Ratio hierachter is dat het publiek erop kan vertrouwen dat de desbetreffende beroepsbeoefenaar een opleiding heeft genoten die aan bepaalde kwaliteitseisen voldoet. De opleidingstitel kan in principe niet worden afgenomen, aangezien deze is gekoppeld aan een opleiding. Anderen is het toegestaan om op hetzelfde terrein beroepsmatig werkzaam te zijn, maar het is hun verboden daarbij de wettelijk beschermde titel te voeren. De belangrijkste verschillen met art. 3-beroepen zijn, dat art. 34 geen stelsel van constitutieve registratie kent, dat art. 34-beroepsbeoefenaren niet onderworpen zijn aan het tuchtrecht en dat geen enkel art. 34-beroep een zelfstandige bevoegdheid heeft om voorbehouden handelingen te verrichten. Voorts zijn de art. 34-beroepen -in tegenstelling tot de art. 3-beroepen- niet in de wet opgenomen. Criterium voor aanwijzing van een art. 34-beroep is 'indien het belang van de individuele gezondheidszorg dat vordert'.<sup>71</sup>

Momenteel zijn er 13 art. 34-beroepen. Het betreft de beroepen tandprotheticus, apothekersassistent, diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut, radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laborant, verzorgende in de individuele gezondheidszorg en optometrist.<sup>72</sup>

De 'lichte' regeling van beroepen was een belangrijke wijziging in het in 1986 ingediende wetsvoorstel ten opzichte van het voorontwerp. Daarmee werd de mogelijkheid geboden om via art. 34 voor beroepen, die niet in aanmerking kwamen voor titelbescherming en registratie, regels te stellen met betrekking tot de opleiding en het werkterrein. Daartoe kon aanleiding zijn als er op andere (particuliere) wijze niet was voorzien in een toereikende regeling, terwijl er een publiek belang was om de opleiding van overheidswege te regelen. Het werd toen nog onnodig gevonden om aan de opleiding tot het desbetreffende beroep een opleidingstitel te verbinden, aangezien het zou gaan om categorieën van beroepsbeoefenaren die zich in het algemeen niet of nauwelijks zelfstandig tot het publiek richten. Aangenomen werd dat het maatschappelijk gevolg van de publiekrechtelijke opleidingsregeling zou zijn dat instellingen en beroepsbeoefenaren vooral personen met een erkende opleiding in dienst zouden nemen.<sup>73</sup>

Pas in de derde nota van wijziging<sup>74</sup> was de regeling van opleidingstitelbescherming voor art. 34-beroepen opgenomen.<sup>75</sup> In deze nota worden de volgende drie niet cumulatieve motieven voor regeling krachtens art. 34

<sup>68</sup> Amendement Netelenbos en Vriens-Auerbach d.d. 28 januari 1992, *Kamerstukken II* 1991/92, 19 522, nr. 40.

<sup>69</sup> *Kamerstukken II* 1991/92, 19 522, nr. 48, p. 6. Over de toepassing van de periodieke registratie is door de Raad BIG vrij negatief geadviseerd (Raad BIG 1996(B3/96)). De Raad achtte de uitvoeringslasten verbonden aan een verplicht stelsel van herregistratie hoog in verhouding tot de te behalen kwaliteitswinst, die naar verwachting niet groot zou zijn. De Raad heeft vervolgens overwogen art. 8 te vereenvoudigen, te schrappen of weer facultatief te maken. Uiteindelijk concludeerde de Raad dat art. 8 gewijzigd zou moeten worden in een facultatieve bepaling met de mogelijkheid om ook kwalitatieve eisen te stellen aan de werkervaring, zoals deelname aan intercollegiale toetsing en het volgen van bij- en nascholing. Hiermee zouden de eisen optimaal kunnen worden toegesneden op de specifieke eisen van het beroep en eerst dan worden toegepast indien het belang van de volksgezondheid dit vereist.

<sup>70</sup> *Kamerstukken II* 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 113.

<sup>71</sup> Art. 34 lid 1 Wet BIG.

<sup>72</sup> Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus (Stb. 1997, 477), Besluit opleiding en deskundigheidsgebied apothekers-assistent (Stb. 1997, 501), Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut (Stb. 1997, 523), Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied radiodiagnostisch laborant en radiotherapeutisch laborant (Stb. 1997, 551), Besluit verzorgende in de individuele gezondheidszorg (Stb. 1999, 463), Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied optometrist (Stb. 2000, 297). De laatste twee besluiten zijn van na de inwerkingtreding van de Wet BIG.

<sup>73</sup> *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 10, 30, 83 en 109.

<sup>74</sup> *Kamerstukken II* 1989/90, 19 522, nr. 18, p. 2; in art. 51 leden 3 en 4.

<sup>75</sup> De NRV bracht eind 1986 al een advies uit over de criteria voor beroepenregeling in het kader van de Wet BIG, dat afweek van de tot dan toe uitgezette lijnen. De NRV zag het belang van publiekvoorlichting niet als motief voor regeling krachtens art. 3. Voorgesteld werd

genoemd, die ook in de nota naar aanleiding van het eindverslag zijn opgenomen<sup>76</sup>:

1. Publiek belang: de opleiding tot het betrokken beroep is niet op andere (bijv. particuliere) wijze toereikend geregeld, terwijl er een publiek belang aanwezig is om de opleiding tot dat beroep van overheidswege te regelen;
2. Publieksvoorlichting: met het oog op de voorlichting van het publiek dient voor personen die de opleiding hebben voltooid een (opleidings)titel te worden geregeld;
3. Functionele zelfstandigheid: ten aanzien van het betrokken beroep dient toepassing te worden gegeven aan de regeling met betrekking tot het functioneel zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen (art. 39).

De Raad BIG heeft verschillende malen geadviseerd over de krachtens art. 34 te regelen beroepen.<sup>77</sup> De Raad paste met betrekking tot deze advisering steeds de volgende prealabele vragen en criteria toe:

- a. Valt het desbetreffende beroep binnen de reikwijdte van de Wet BIG:
  - Valt de beroepsuitoefening te kwalificeren als hoofdzakelijk en specifiek gericht op de gezondheid van individuen?
  - Betreft het een basisberoep of is er sprake van een functiebenaming, een differentiatie of een specialisme?
  - Laat het werkterrein zich voldoende onderscheiden van dat van andere beroepsbeoefenaren?
- b. Is regeling krachtens art. 34 aangewezen op grond van de volgende criteria:
  - De behoefte aan publieksvoorlichting;
  - De behoefte aan toepassing van de regeling omtrent het zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen;
  - De behoefte aan een publiekrechtelijke opleidingsregeling.
- c. Is met het wettelijk regelen van het beroep het volksgezondheidsbelang in betekende mate gediend?

Op grond van de parlementaire stukken zou elk van de drie genoemde motieven afzonderlijk kunnen leiden tot regeling krachtens art. 34. De Raad meende echter dat de criteria in onderlinge samenhang en zwaarte moesten worden gewogen vanwege de opvatting dat met regeling de individuele gezondheidszorg in betekende mate moest zijn gediend en dat bij de uitvoering van de Wet BIG het terughoudende overheidsbeleid in acht diende te worden genomen.<sup>78</sup> Om tot een oordeel te komen raadpleegde de Raad BIG steeds het veld, waaronder representatieve organisaties van betrokken beroepsbeoefenaren alsmede van patiënten/consumenten. Het merendeel van de adviezen werd door de minister van VWS overgenomen. Soms kwam deze met nadere overwegingen en andere gedachten.<sup>79</sup>

## 2.3 Toelating buitenlands gediplomeerden

### 2.3.1 Inleiding

De Wet BIG stelt tevens de regels voor toelating van buitenlands gediplomeerden (zowel van binnen de EER als van daarbuiten) tot het art. 3-register respectievelijk tot het voeren van de art. 34-opleidingstitel. Mede gezien de toenemende mobiliteit van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, is een adequaat toelatingsbeleid van groot belang in verband met de bewaking van de kwaliteit van de gezondheidszorg. De Nederlandse overheid is bij toelating van beroepsbeoefenaren met diploma's behaald in een EU/EER-lidstaat gebonden aan EG-richtlijnen betreffende de wederzijdse erkenning

---

daarom om 9 van de 16 beroepen van art. 3 te 'verhuizen' naar art. 34. De NRV achtte het in verband hiermee wel aangewezen het (lichte) instrumentarium van art. 34 te verzwaren met de regeling van een opleidingstitel, waarvan het onbevoegd dragen strafrechtelijk gesanctioneerd zou moeten worden. NRV. *Advies regeling en criteria beroepen in de Wet BIG*. 1986, zie ook *Kamerstukken II 1987/88*, 19 522, nr. 7, p. 9-11.

<sup>76</sup> *Kamerstukken II 1989/90*, 19 522, nr. 18, p. 7 en *Kamerstukken II 1991/92*, 19 522, nr. 20, p. 5.

<sup>77</sup> O.a. Raad BIG 1994(B4/'94), Raad BIG 1994(B5/'94), Raad BIG 1996(B10/'96), Raad BIG 1996(B11/'96).

<sup>78</sup> Raad BIG 1994(B4/'94), p. 10.

<sup>79</sup> Raad BIG 1994(B5/'94), bijlage II.

van de diploma's op het terrein van de beroepen in de gezondheidszorg. Daarbuiten bestaat beleidsvrijheid met betrekking tot het verlenen van toegang als art. 3- of art. 34-beroepsbeoefenaar. Hoofdstuk VI van de Wet BIG regelt de toelating van zowel art. 3- als art. 34-beroepen. Gezien de invloed van Europees recht op dit gebied, wordt eerst kort ingegaan op de relevante EG-richtlijnen en de achtergrond daarvan.

## 2.3.2 EG-richtlijnen

### 2.3.2.1 Algemeen

Het EG-Verdrag heeft een vrij verkeer van personen en diensten binnen de Europese Unie bewerkstelligd. Op grond van het EG-Verdrag heeft een beroepsbeoefenaar (zowel een werknemer als een zelfstandige beroepsbeoefenaar) die onderdaan is van een lidstaat, het recht om in een andere lidstaat zijn beroep uit te oefenen gelijk de onderdanen van die lidstaat via het recht van vestiging (artt. 43-48 EG-Verdrag) en het recht van dienstverrichting (artt. 49-55 EG-Verdrag). Het vrije verkeer van personen houdt in dat discriminatie (zowel directe als indirecte) op grond van nationaliteit verboden is (non-discriminatiebeginsel). Maatregelen die een discriminerend effect hebben, zoals kennis van de landstaal, zijn in principe verboden.

Voor de realisering van een vrij verkeer van personen en diensten op het terrein van beroepen in de gezondheidszorg, is wederzijdse erkenning van diploma's binnen de Europese Gemeenschap noodzakelijk.<sup>80</sup> In EG-verband zijn met betrekking tot de wederzijdse erkenning van diploma's sectorale (verticale) richtlijnen en twee algemene (horizontale) richtlijnen tot stand gekomen. Sectorale richtlijnen regelen wederzijdse automatische erkenning van diploma's per beroep na een voorafgaande minimale harmonisatie of coördinatie van de opleiding en training in de diverse lidstaten.<sup>81</sup> De algemene wijze betekent erkenning van diploma's zonder voorafgaande coördinatie van de opleidingseisen, waarbij het gastland zonodig aanvullende eisen kan stellen.

Dit systeem geldt binnen het kader van de zogenoemde Europese Economische Ruimte (de EER, zijnde de EG-lidstaten plus Liechtenstein, Noorwegen, IJsland en Zwitserland). Hierna zal worden gesproken van EER-landen (lidstaten van de EU en van de EER) en van derde landen, zijnde landen die niet tot de EU of EER behoren.

Voor zowel de beroepen die onder de sectorale richtlijnen vallen als voor beroepen die onder de horizontale richtlijnen vallen, is onlangs een nieuwe richtlijn vastgesteld en is een richtlijnvoorstel gedaan. In zijn streven naar vereenvoudiging van wetgeving en procedures inzake de erkenning van beroepskwalificaties is de zogenoemde SLIM-richtlijn<sup>82</sup> vastgesteld. Deze bevat wijzigingen in zowel de horizontale als de verticale richtlijnen.

### 2.3.2.2 Sectorale richtlijnen

Er zijn sectorale richtlijnen voor de beroepen arts, tandarts, apotheker, verloskundige en verpleegkundige waarin onder meer opleidingseisen, onderlinge erkenning van diploma's, wederzijdse informatie over de beperking in de beroepsuitoefening en het recht van

<sup>80</sup> Roscam Abbing 1993, p. 87.

<sup>81</sup> Schneider 1996, p. 174.

<sup>82</sup> Richtlijn 2001/19/EG van het Europees Parlement en de Raad van 14 mei 2001 tot wijziging van de Richtlijnen 89/48/EEG en 92/51/EEG van de Raad betreffende het algemeen stelsel van erkenning van beroepskwalificaties en de Richtlijnen 77/452/EEG, 77/453/EEG, 78/686/EEG, 78/687/EEG, 78/1026/EEG, 78/1027/EEG, 80/155/EEG, 85/384/EEG, 85/433/EEG en 93/16/EEG van de Raad betreffende de beroepen van verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger (verpleegkundige), beoefenaar der tandheelkunde, dierenarts, verloskundige, architect, apotheker en arts, PB L 206 van 31.7.2001, p. 1. De richtlijn dient per 1 januari 2003 geïmplementeerd te zijn.

vestiging en dienstverlening zijn neergelegd.<sup>83</sup> Het gaat hierbij om het Europese rechtsgevolg dat aan de erkenning van het diploma kan worden ontleend, namelijk het recht van vestiging en dat van dienstverlening voor de betrokken beroepsbeoefenaren, en niet om de wetenschappelijke gelijkwaardigheid van het opleidingsniveau.<sup>84</sup> Het erkennen van elkaars diploma's betekent dat men daaraan hetzelfde rechtsgevolg moet toekennen als aan het diploma in eigen land (waaronder het voeren van de in dat land gebruikelijke beroepstitel), dat men op voet van gelijkheid moet kunnen mededingen naar een bepaalde functie, en dat men de mogelijkheid moet hebben ten laste van het ziektekostenverzekeringsstelsel werkzaamheden te verrichten.<sup>85</sup> Voor de opleidingseisen tot basisarts zijn alleen globale, summier kennis- en vaardigheidseisen geformuleerd. Voor de beroepen verpleegkundige, tandarts, verloskundige zijn daarnaast ook studieprogramma's geformuleerd en voor de verloskundigen ook minimum beroepswerkzaamheden. Voor medisch specialisten is enkel de minimum opleidingsduur aangegeven en geldt de eis dat de opleiding onder toezicht wordt gegeven van bevoegde instanties of instellingen. Voor de huisartsenopleiding is vanaf 2006 een vervolgopleiding van tenminste drie jaar vereist. De bevoegde instanties in de lidstaat van oorsprong dienen documenten af te geven als bewijs dat aan voorwaarden is voldaan ingeval de ontvangende lidstaat de beroepsuitoefening bij straf- of tuchtzaken tijdelijk of permanent verbiedt.<sup>86</sup>

De SLIM-richtlijn legt vast binnen welke termijn de lidstaten een besluit moeten nemen over verzoeken om erkenning van diploma's, certificaten of andere titels van verpleegkundigen, tandartsen, verloskundigen, apothekers of artsen die in een derde land zijn behaald. Voorts dient volgens de SLIM-richtlijn ieder besluit van de lidstaten inzake de erkenning van diploma's e.d. met redenen te worden omkleed en dient er een beroepsmogelijkheid te bestaan wanneer een verzoek wordt afgewezen of wanneer binnen de gestelde termijn geen besluit wordt genomen.<sup>87</sup> De SLIM-richtlijn bepaalt verder dat aan de lidstaten wordt overgelaten hoe zij er voor zorgen dat artsen na hun opleiding door passende nascholing hun kennis van de vooruitgang in de geneeskunde bijhouden.<sup>88</sup>

### 2.3.2.3 Algemeen stelsel

Sinds 1989 zijn er horizontale richtlijnen. Deze bevatten een nieuwe methode, namelijk een algemeen stelsel van erkenning van hoger-onderwijsdiploma's en de erkenning van diploma's van beroepsopleidingen.<sup>89</sup> De grondgedachte achter de desbetreffende richtlijnen is het beginsel van wederzijds vertrouwen in de kwaliteit van de onderwijssystemen en de beroepsopleidingen in de lidstaten.<sup>90</sup> Het niveau van de ontvangende lidstaat is het uitgangspunt. Deze mag de toegang tot een beroep, waarvoor in die lidstaat bij of krachtens de wet een nationale opleidingstitel wordt vereist, niet weigeren, tenzij blijkt dat de 'migrant' over onvoldoende kwalificaties beschikt. De ontvangende lidstaat kan slechts aanvullende eisen stellen in de vorm van een proeve van bekwaamheid of een aanpassingsstage ter compensatie indien er essentiële verschillen bestaan tussen de genoten opleiding en de voor de toetreding tot het desbetreffende beroep vereiste opleiding.

De beroepen die onder dit stelsel van erkenning vallen zijn fysiotherapeut, ergotherapeut,

<sup>83</sup> Voor artsen Richtlijn 93/16/EEG, PB L 165; voor tandartsen Richtlijnen 78/686/EEG en 78/687/EEG, PB EG L 233, 1, herzien bij Richtlijn 89/594/EEG, PB EG L 341, 19; voor apothekers Richtlijnen 85/432/EEG en 85/433/EEG, PB EG L 253, 34, 37 en 42; voor verloskundigen Richtlijnen 80/154/EEG en 80/155/EEG, PB EG L 33, 1, herzien bij Richtlijn 89/594/EEG, PB EG L 341, 19; voor verpleegkundigen de Richtlijnen 77/452/EEG en 77/453/EEG, PB EG L 176, herzien bij Richtlijn 90/658/EEG, PB EG L 353, 73.

<sup>84</sup> Roscam Abbing 1997(b), p. 468.

<sup>85</sup> Roscam Abbing 1993, p. 75.

<sup>86</sup> Bijv. art. 12 artsenrichtlijn.

<sup>87</sup> Overweging nr. 9 SLIM-richtlijn.

<sup>88</sup> Overweging nr. 8 SLIM-richtlijn.

<sup>89</sup> Mede doordat de weg van sectorale richtlijnen voor de onderlinge erkenning van diploma's e.d. te ingewikkeld werd, Roscam Abbing 1993, p. 33.

<sup>90</sup> Schneider 1996, p. 179.

logopedist, diëtist, orthoptist, oefentherapeut Mensendieck/cesar, mondhygiënist, podotherapeut, psychotherapeut/niet arts.<sup>91</sup> Een belangrijke wijziging in de SLIM-richtlijn betreffende het algemeen stelsel is de verplichting dat de ontvangende lidstaat naast het getuigschrift, de opgedane beroepservaring die de aanvrager na het behalen van diens opleidingstitel(s) heeft verworven, in aanmerking dient te nemen.

#### **2.3.2.4 Nieuwe ontwikkelingen**

In maart 2002 is als onderdeel van de vereenvoudigingsactie een richtlijnvoorstel ingediend betreffende de erkenning van beroepskwalificaties.<sup>92</sup> Het richtlijnvoorstel beoogt een eenvoudigere structuur en betere werking van het stelsel en flexibiliteit tot stand te brengen. De in de algemene en sectorale richtlijnen vastgelegde beginselen en waarborgen zijn overgenomen, de voorgestelde wijzigingen zijn gericht op vereenvoudiging. Nieuw ten opzichte van de huidige richtlijnen is dat geëist mag worden dat de begunstigden van de erkenning van beroepskwalificaties beschikken over de talenkennis die voor de uitoefening van het beroep in de ontvangende lidstaat vereist is. De lidstaten moeten ervoor zorg dragen dat in voorkomend geval de begunstigden de benodigde talenkennis verwerven.<sup>93</sup> Voorts wordt met het oog op de uitbreiding van de EU de wederzijdse erkenning van de specialistentitels beperkt tot die specialismen die in alle lidstaten erkend zijn. De overige, gemeenschappelijk aan een paar landen, vallen er buiten en vallen onder het regime van het algemene stelsel. Van de lidstaten wordt verlangd dat zij voorschriften ter zake bij- en nascholing vaststellen.<sup>94</sup>

### **2.3.3 Toelating van buitenslands gediplomeerden volgens de Wet BIG**

#### **2.3.3.1 Algemeen**

Werd voorheen algehele of tijdelijke bevoegdheid tot uitoefening van het beroep in Nederland verleend, door het systeem van titelbescherming van de Wet BIG kwam hieraan een einde en is de aan een buitenslands gediplomeerde te bieden faciliteit het verlenen van de toegang tot het register indien het een art. 3-beroep en het recht de opleidingstitel te voeren indien het een art. 34-beroep betreft.

De inschrijving in het BIG-register respectievelijk het mogen voeren van een opleidingstitel geven de buitenslands gediplomeerde afkomstig van buiten de EER, op zichzelf niet het recht op beroepsuitoefening in Nederland. Daartoe dient deze een verblijfsvergunning en meestal ook een werkvergunning te hebben.

Vóór de inwerkingtreding van de Wet BIG was de regeling voor buitenslands gediplomeerden in diverse wetten en op uiteenlopende wijze geregeld.<sup>95</sup> Ingevolge de diverse regelingen kon de minister de buitenslands gediplomeerde algehele bevoegdheid verlenen, indien hij op grond van een daar verkregen gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardige opleiding tot uitoefening van zijn beroep bevoegd was. Buiten de gevallen van verplichtingen op grond van het EG-Verdrag en -Richtlijnen, was de minister niet verplicht de buitenlandse beroepsbeoefenaar bij algehele gelijkwaardigheid meteen de bevoegdheid te verlenen. De minister had de mogelijkheid om de buitenslands gediplomeerde tijdelijk toe te laten indien zijn opleiding nagenoeg gelijkwaardig was. Er werden dan beperkingen gesteld naar tijd en inhoud, zoals het gedurende een bepaalde periode onder supervisie werken. Het toelatingsbeleid van vóór de Wet BIG werd laatstelijk gewijzigd in 1993.<sup>96</sup>

<sup>91</sup> De eerste richtlijn geldt voor hoger-onderwijsdiploma's (Richtlijn 89/48/EEG, PB EG L 19, 16) de tweede richtlijn geldt voor beroepsopleidingen (Richtlijn 92/52/EEG, PB EG L 209, 25), de derde richtlijn consolideert overgangsrichtlijnen (Richtlijn 99/42/EG, PB L 201, 77).

<sup>92</sup> Richtlijnvoorstel betreffende de erkenning van beroepskwalificaties, COM(2002)199, 2002/0061.

<sup>93</sup> Art. 49 richtlijnvoorstel.

<sup>94</sup> Overweging 29 richtlijnvoorstel.

<sup>95</sup> Art. 5 Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige, art. 8 van de WPB, art. 2 e.v. WUG, art. 7a e.v. WUT.

<sup>96</sup> Bij Circulaire toelating buitenlandse diplomahouders, 20 augustus 1993.

### 2.3.3.2 Toelating van buitenlands gediplomeerde art. 3-beroep

#### *Diploma en nationaliteit EER-land: inschrijving van rechtswege*

Art. 41 Wet BIG regelt de toelating van buitenlands gediplomeerden die alhier een art. 3-beroep wensen uit te oefenen. De Regeling aanwijzing buitenlandse diploma's gezondheidszorg<sup>97</sup> (hierna de Regeling) noemt de getuigschriften die ingevolge Europese richtlijnen van hetzelfde vakbekwaamheidsniveau getuigen tussen de lidstaten van de EG onderling. Bezitters van een getuigschrift dat vermeld staat in de Regeling (zogenoemde aangewezen getuigschriften<sup>98</sup>) kunnen zich rechtstreeks tot het BIG-register wenden. Vereist is dat zij de opleiding voor het overgrote deel in een of meer EER-landen hebben gevolgd en reeds ten tijde van die opleiding de nationaliteit hadden van een van de EER-landen.<sup>99</sup> Voor verpleegkundigen zijn tevens diploma's aangewezen die behaald zijn in staten die geen partij zijn van de EER-overeenkomst.<sup>100</sup> Voor fysiotherapeuten is alleen een diploma behaald in België aangewezen. Fysiotherapie, in Nederland een art. 3-beroep, valt binnen de EU niet zoals de andere art. 3-beroepen onder een sectorale richtlijn. Volgens de Wet BIG heeft een houder van een diploma dat in Nederland een art. 3-beroep is, maar niet onder een sectorale richtlijn valt en wel behaald in een EER-land door een onderdaan van dat EER-land, eveneens recht op inschrijving van rechtswege indien hem een zogenoemde EG-verklaring is afgegeven.<sup>101</sup>

De wetgever heeft slechts die getuigschriften willen aanwijzen waarvoor een internationale verplichting tot aanwijzing geldt, aangezien een aanwijzing de mogelijkheden beperkt om een toelatingsbeleid te voeren dat rekening houdt met de verschillende tot de volksgezondheid behorende belangen, zoals kennis van de taal, bekendheid met de situatie in de Nederlandse gezondheidszorg en de Nederlandse arbeidsmarkt. De aanwijzing sluit bovendien de mogelijkheid uit om betrokkene, zoals in het verleden kon, door een tijdelijke toelating, eerst enige tijd onder supervisie te laten werken.<sup>102</sup>

De wetgever achtte het vanuit het oogpunt van kwaliteit van de gezondheidszorg niet wenselijk dat alle onderdanen van derde landen die in het bezit zijn van een binnen de EER behaald getuigschrift, zonder meer voor inschrijving in het BIG-register in aanmerking komen.<sup>103</sup> Achterliggende gedachte hiervan is dat in de meeste gevallen waarin een onderdaan van een derde land een getuigschrift heeft behaald in een lidstaat van de EG of een andere staat die partij is bij de EER-overeenkomst, het opleidingstraject niet of grotendeels niet in het desbetreffende EER-land is gevolgd.

#### *Diploma of nationaliteit niet EER-land: vakbekwaamheidsverklaring*

Buitenlands gediplomeerden die een art. 3-beroep in Nederland willen uitoefenen die niet in het bezit zijn van een in de Regeling genoemd diploma of wel zo'n diploma bezitten maar niet de nationaliteit hebben van een EER-land, kunnen een vakbekwaamheidsverklaring bij de minister van VWS aanvragen.<sup>104</sup> In de Circulaire Verklaring vakbekwaamheid buitenlands gediplomeerden<sup>105</sup> is het beleid van de minister met betrekking tot de behandeling van dergelijke verzoeken neergelegd. Op grond daarvan heeft de minister beleidsvrijheid al dan niet advies te vragen aan de Commissie Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV).<sup>106</sup> Bij de beoordeling van de aanvraag wordt getoetst of het diploma of getuigschrift voldoet aan de opleidingseisen

<sup>97</sup> Stcrt. 1998, nr. 141.

<sup>98</sup> Art. 41 lid 1 sub a Wet BIG.

<sup>99</sup> Art. 10 van de Regeling. Art. 10 is niet van toepassing ten aanzien van bezitters van buitenlandse diploma's van in de Regeling aangewezen verpleegkundigen, toelichting bij de Regeling, p. 6.

<sup>100</sup> Zo worden in de Regeling getuigschriften uit bijvoorbeeld Indonesië en Nigeria genoemd die van een vakbekwaamheidsgetuigen die gelijkwaardig is aan die welke uit het Nederlandse diploma van verpleegkundigen kan worden afgeleid. Deze getuigschriften waren reeds vervat in de bijlage bij de Regeling aanwijzing buitenlandse diploma's van verpleegkundigen van 21 november 1995, toelichting bij de Regeling, p. 6.

<sup>101</sup> Art. 41 lid 1 sub c Wet BIG. Het gaat om een EG-verklaring als bedoeld om de Algemene wet erkenning EG-hoger-onderwijsdiploma's dan wel de Algemene wet erkenning EG-beroepsopleidingen.

<sup>102</sup> *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 63.

<sup>103</sup> Toelichting bij de Regeling, p. 6.

<sup>104</sup> Art. 41 lid 1 sub b Wet BIG.

<sup>105</sup> Stcrt. 1998, nr. 141.

<sup>106</sup> Ingesteld bij Besluit van 12 mei 1995, Stb. 1996, 96.

van het betreffende beroep. Ook de eventueel opgedane werkervaring, specialisatie of aanvullende opleiding worden in aanmerking genomen. Na beoordeling zijn drie besluiten mogelijk: de vakbekwaamheid is 1. gelijkwaardig aan het Nederlandse opleidingsniveau, 2. nagenoeg gelijkwaardig of 3. niet gelijkwaardig.

Ad 1. Gelijkwaardigheid leidt tot afgifte van vakbekwaamheidsverklaring waarmee betrokkene in aanmerking kan komen voor ongeclausuleerde inschrijving in het BIG-register.

Ad 2. Nagenoeg gelijkwaardigheid leidt tot geclausuleerde inschrijving in het BIG-register. De daarmee op te leggen beperkingen zijn gericht op het belang van de volksgezondheid en kunnen betrekking hebben op onder andere de arbeidsduur, de plaats waar en de groepen personen ten aanzien van wie het beroep onder supervisie mag worden uitgeoefend, dan wel op de duur waarvoor de inschrijving geldt. De beroepsbeoefenaar mag het beroep slechts uitoefenen met inachtneming van de in het toelatingsbesluit opgenomen beperkingen. Tevens is aangegeven aan welke voorwaarden moet zijn voldaan om het niveau van gelijkwaardigheid te kunnen verkrijgen. De periode van geclausuleerde inschrijving kan maximaal twee jaar duren, waarna een ongeclausuleerde inschrijving kan volgen.

Ad 3. Geen gelijkwaardige vakbekwaamheid leidt tot afwijzing van het verzoek. De betrokkene wordt in principe geadviseerd om contact op te nemen met een opleidingsinstelling teneinde het benodigde diploma alsnog te behalen.

De wetgever achtte het ongewenst een hier te lande vrijwel onbekend persoon onbeperkt toegang tot het BIG-register te verlenen, zolang niet aan de hand van een voorlopig (geclausuleerde) inschrijving is komen vast te staan dat de persoonlijke gedragswijze van de betrokkene in de uitoefening van zijn beroep geen bijzondere reden oplevert om een ongeclausuleerde inschrijving te weigeren.<sup>107</sup>

### **2.3.3.3 Toelating van buitenlandse medisch specialisten**

Een in het buitenland opgeleide medisch specialist die zich in één van de Nederlandse registers van medisch specialisten wenst te laten inschrijven, dient zich schriftelijk te wenden tot de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC). Het Besluit Centraal College Medische Specialismen geeft regels voor inschrijving.<sup>108</sup> Een houder van een diploma<sup>109</sup> behaald in een EER-land met nationaliteit van een EER-land die ongeclausuleerd is ingeschreven in het artsregister als bedoeld in art. 3 Wet BIG, wordt op zijn verzoek ingeschreven in het betreffende register van erkende specialisten (art. 2). Een taalttest is niet verplicht<sup>110</sup>, maar in de toelichting op het Besluit wordt aangegeven dat de MSRC zonodig dringend adviseert een cursus Nederlands te doen of de taalttest af te leggen, gezien het belang van een goede kennis van de Nederlandse taal voor een goede praktijkuitoefening.

Voor overige diplomahouders (die niet vallen onder de richtlijn 93/16/EEG) geldt als voorwaarde voor inschrijving dat de beroepsbeoefenaar in Nederland in volledige dagtaak met toestemming van de MSRC een stage in het betreffende specialisme heeft gevolgd bij een erkende opleider in een erkende opleidingsinstelling, waaruit is gebleken dat de kennis en kunde van de arts gelijkgesteld kan worden aan die van in Nederland opgeleide medisch specialisten (art. 3 Besluit). Betrokkene kan verplicht worden een taalttest te

<sup>107</sup> *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 63.

<sup>108</sup> No. 9-2000.

<sup>109</sup> Indien het een in de richtlijn 93-16/EEG vermeld diploma van arts betreft alsmede de in deze richtlijn vermelde diploma's, certificaten of andere titels van specialist.

<sup>110</sup> Door het richtlijnvoorstel zou dit kunnen wijzigen, zie paragraaf 2.3.2.4.

doen.<sup>111</sup>

#### **2.3.3.4 Incidentele werkzaamheden**

Art. 43 Wet BIG bevat bepalingen met betrekking tot incidentele werkzaamheden van personen uit EG/EER-landen hier te lande die over een door de minister aangewezen getuigschrift beschikken maar niet in het register ingeschreven staan. Betrokkene dient aan de minister te melden dat hij in Nederland diensten verleent met overlegging van bepaalde stukken.<sup>112</sup> Ten aanzien van het tuchtrecht en de strafbepaling art. 96 (lid 3) worden zij gelijkgesteld met ingeschrevenen.<sup>113</sup>

#### **2.3.3.5 Toelating van buitenslands gediplomeerde art. 34-beroep**

##### *Algemeen*

Paragraaf 2 van Hoofdstuk VI<sup>114</sup> van de wet stelt regels voor toelating van buitenslands gediplomeerden die een art. 34-beroep uitoefenen. Het gaat hierbij niet om inschrijving in een register maar om het recht tot het voeren van de opleidingstitel. Houders van een dergelijk diploma dienen altijd een verzoek voor een verklaring van vakbekwaamheid in te dienen bij de minister van VWS, waarbij de CBGV om advies kan worden verzocht.

##### *Diploma en nationaliteit EER-land*

Een buitenslands gediplomeerde die een art. 34-beroep uitoefent is gerechtigd tot het voeren van de desbetreffende opleidingstitel als het gaat om een getuigschrift dat door de minister is aangewezen.<sup>115</sup> Tot op heden is geen getuigschrift voor een art. 34-beroep aangewezen. Bij een getuigschrift dat niet is aangewezen, kan op grond van Algemene wet erkenning EG-hoger-onderwijsdiploma's en Algemene wet erkenning EG-beroepsopleidingen, waarin implementatie van de richtlijnen 89/48/EEG en 92/51/EE voor art. 34-beroepen heeft plaatsgevonden, een EG-verklaring (vakbekwaamheidsverklaring) worden aangevraagd bij de minister. Voor aanvragers van toelating met de nationaliteit van een EER-land die in het bezit zijn van een diploma dat valt onder de werking van één van de Richtlijnen Algemeen Stelsel, zijn er twee mogelijkheden:

1. De vakbekwaamheid wordt gelijkwaardig geacht aan de vakbekwaamheid van een Nederlandse beroepsbeoefenaar. De verklaring van vakbekwaamheid wordt direct afgegeven waardoor het recht op het voeren van de betreffende opleidingstitel ontstaat.
2. De opleiding van de aanvrager vertoont wezenlijke verschillen met de overeenkomstige Nederlandse opleiding. De minister van VWS kan nadere voorwaarden stellen aan het inwilligen van een verzoek om een verklaring van vakbekwaamheid af te geven, zoals het volgen van een aanpassingsstage of het afleggen van een proeve van bekwaamheid.

##### *Diploma of nationaliteit niet EER-land*

Vraagt een diplomahouder die geen getuigschrift heeft behaald in een EER-land of niet de nationaliteit van een EER-land heeft om toelating, dan kan eveneens een vakbekwaamheidsverklaring bij de minister worden aangevraagd.<sup>116</sup> Deze beoordeelt of de vakbekwaamheid van betrokkene gelijkwaardig kan worden geacht aan die van de desbetreffende in Nederland afgestudeerde beroepsbeoefenaar en geeft als oordeel dat de vakbekwaamheid gelijkwaardig dan wel niet gelijkwaardig is. Een positief besluit van

<sup>111</sup> Art. 3 lid 1 sub b en c Besluit.

<sup>112</sup> Art. 43 lid 2 sub c.

<sup>113</sup> Art. 43 lid 3.

<sup>114</sup> Toegevoegd bij de vierde nota van wijziging, *Kamerstukken II 1991/92*, 19 522, nr. 21, p. 5 en 15.

<sup>115</sup> Art. 45 lid 1 sub a Wet BIG.

<sup>116</sup> Art. 45 lid 1 sub b Wet BIG.



de minister op een dergelijk verzoek heeft tot gevolg dat betrokkene de desbetreffende opleidingstitel mag voeren. Wanneer het opleidingsniveau niet gelijkwaardig is, zal de aanvrager de opleiding alsnog geheel of gedeeltelijk in Nederland moeten volgen. Het is niet mogelijk om een verklaring van 'nagenoeg gelijkwaardig' af te geven.<sup>117</sup>

### **2.3.3.6 Bijzondere weigeringsgrond/verbod tot voeren opleidingstitel**

Voor buitenslands gediplomeerden die zich in het BIG-register willen inschrijven, geldt naast de algemene weigeringsgronden voor inschrijving<sup>118</sup> een bijzondere weigeringsgrond.<sup>119</sup> Inschrijving wordt geweigerd als ten aanzien van de beroepsbeoefenaar een maatregel, berustend op een in het buitenland gegeven rechterlijke, tuchtrechtelijke of bestuursrechtelijke beslissing, van kracht is, op grond waarvan bevoegdheid tot beroepsuitoefening geheel of gedeeltelijk, tijdelijk of blijvend is ontnomen.

Voor art. 34-beroepen geldt dat de opleidingstitel niet mag worden gevoerd als de betrokkene als gevolg van een rechterlijke uitspraak in het buitenland is beperkt of ontzet uit zijn beroepsuitoefening.<sup>120</sup>

De bijzondere weigeringsgronden voor inschrijving in het BIG-register dan wel het mogen voeren van een opleidingstitel zijn in de wet opgenomen ondanks dat het kan vóórkomen dat iemand in het buitenland zijn recht op beroepsuitoefening verliest op grond van een in het buitenland gegeven beslissing om redenen die in Nederland niet tot een zodanig oordeel zouden hebben geleid. Door de weigeringsgronden wordt voorkomen dat in elk concreet geval waarin sprake is van een in het buitenland genomen maatregel tot ontzetting uit het beroep, door de betrokkene een poging wordt gedaan zich in Nederland in te schrijven om aldaar werkzaam te zijn. Dit belang achtte de wetgever groter dan de kans dat iemand die in Nederland niet uit zijn beroep zou zijn ontzet, inschrijving wordt geweigerd.<sup>121</sup>

## **2.4 Bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen**

### **2.4.1 Inleiding**

Uitgangspunt van de Wet BIG is dat het in beginsel iedereen vrijstaat handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg te verrichten. Dit geldt echter niet voor de zogenaamde voorbehouden handelingen. Alleen de daartoe in de wet aangewezen beroepsbeoefenaren zijn bevoegd deze handelingen zelfstandig te verrichten. De bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen is geregeld in de artikelen 35 tot en met 39 van de Wet BIG.<sup>122</sup>

### **2.4.2 De voorbehouden handelingen: artikelen 36 en 37**

Art. 36 Wet BIG geeft een limitatieve opsomming van 13 (groepen van) handelingen (schema 2). Hierbij is per handeling aangegeven welke beroepsbeoefenaren (artsen, tandartsen en/of verloskundigen) bevoegd zijn deze handelingen zelfstandig te verrichten. Deze bevoegdheid omvat zowel de indicatiestelling als de uitvoering van de handeling.<sup>123</sup> Alleen artsen hebben de bevoegdheid alle voorbehouden handelingen ongeclausuleerd zelfstandig te verrichten. Tandartsen en verloskundigen zijn slechts voor een aantal handelingen zelfstandig bevoegd. Bovendien is deze bevoegdheid geclausuleerd; zij zijn slechts bevoegd de desbetreffende handelingen te verrichten voor zover deze wordt

<sup>117</sup> Anders dan bij art. 3-beroepen. Er is een voorgenomen wetswijziging op dit punt, *Kamerstukken II 2000/02*, 28 456, A.

<sup>118</sup> Art. 6 sub b t/m d Wet BIG.

<sup>119</sup> Art. 42 lid 1 Wet BIG.

<sup>120</sup> Art. 45 lid 2 Wet BIG.

<sup>121</sup> *Kamerstukken II 1987/88*, 19 522, nr. 7, p. 73.

<sup>122</sup> Een enkele maal is ook in andere wetgeving (bijvoorbeeld in de WOG) sprake van handelingen die zijn voorbehouden aan bepaalde beroepsbeoefenaren.

<sup>123</sup> Raad BIG 1995(B2/ '95), p. 16.

gerekend tot hun gebied van deskundigheid.<sup>124</sup> Voor zowel artsen, tandartsen als verloskundigen geldt dat zij de betreffende voorbehouden handelingen slechts mogen verrichten indien zij daartoe bekwaam zijn. Indien zij niet bekwaam zijn tot het verrichten van deze handelingen, zijn zij wel bevoegd hiertoe aan andere, daartoe bekwame, beroepsbeoefenaren een opdracht te geven. Zouden zij deze bevoegdheid niet hebben, dan zou dit in de praktijk onnodige belemmeringen opwerpen.<sup>125, 126</sup>

#### Schema 2

##### Voorbehouden handelingen ex art. 36 Wet BIG

1. Het verrichten van heelkundige handelingen
2. Het verrichten van verloskundige handelingen
3. Het verrichten van endoscopieën
4. Het verrichten van katheterisaties
5. Het geven van injecties
6. Het verrichten van punkties
7. Het brengen onder narcose
8. Het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg waarbij gebruik wordt gemaakt van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden
9. Het verrichten van electieve cardioversie
10. Het toepassen van defibrillatie
11. Het toepassen van electroconvulsieve therapie
12. Steenvergruizing voor geneeskundige doeleinden
13. Het verrichten van handelingen ten aanzien van menselijke geslachtscellen en embryo's gericht op het anders dan op natuurlijke wijze tot stand brengen van een zwangerschap

De geneeskunst is continu in beweging. Om snel in te kunnen spelen op nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg die een onmiddellijke voorziening vereisen, is in art. 37 de mogelijkheid opgenomen om bij AMvB een voorlopige aanvulling op de in art. 36 genoemde handelingen tot stand te brengen. Voorts voorziet art. 37 in de mogelijkheid om bij AMvB wijzigingen aan te brengen met betrekking tot de in art. 36 vervatte toekenning van bevoegdheid en/of te bepalen dat de artikelen 35 en 36 voor bepaalde handelingen niet langer gelden. Lid 3 van art. 37 tenslotte bepaalt dat in het geval dat een dergelijke AMvB in werking treedt, binnen zes maanden daarna een wetsvoorstel tot wijziging van art. 36 overeenkomstig die maatregel moet worden ingediend. Bij gebreke dan wel bij intrekking of verwerping van een dergelijk voorstel wordt de AMvB onverwijld ingetrokken.<sup>127</sup>

Om te kunnen bepalen wat zou moeten worden aangewezen als voorbehouden gebied, had de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening een aantal criteria opgesteld<sup>128</sup>:

- a. er moet sprake zijn van een aanmerkelijk gevaar voor leven en gezondheid<sup>129</sup> van patiënten bij het betreden van dit gebied door ondeskundigen;
- b. het gebied moet duidelijk af te grenzen zijn, dat wil zeggen wat men voorbehouden wil, moet uit de omschrijving zelf duidelijk blijken;
- c. in de praktijk moet het gebied ook daadwerkelijk door onbevoegden (lees: ondeskundigen) worden betreden; het heeft geen zin gebieden voor te behouden waarop ondeskundigen nimmer zullen en, door gebrek aan faciliteiten, kunnen komen.

De regering liet bij indiening van het wetsvoorstel weten zich grotendeels met deze drie criteria te kunnen verenigen, zeker voor wat betreft de criteria a en c. Ter aanvulling op deze twee criteria stelde zij dat een bepaald gebied alleen aan die beroepsbeoefenaren wordt voorbehouden die dat gebied bestrijken in een relatief aanzienlijke mate van autonomie. Zij achtte het niet aangewezen zelfstandige bevoegdheden toe te delen aan beroepsbeoefenaren die uitsluitend als hulpkracht van een andere categorie fungeren. Bij de aanwijzing van een voorbehouden handeling aan een bepaalde categorie van beroepsbeoefenaren heeft de

<sup>124</sup> Voor het gebied van deskundigheid van de verloskundige, zie art. 31 Wet BIG jo art. 19 Besluit Opleidingseisen en deskundigheidsgebied verloskundige van 19 november 1997, Stb. 1997, 552. Voor het deskundigheidsgebied van de arts en de tandarts, zie art. 19 respectievelijk art. 21 Wet BIG.

<sup>125</sup> *Kamerstukken II 1988/89*, 19 522, nr. 15, p. 5.

<sup>126</sup> Hoewel de toelichting bij de tweede nota van wijziging (*Kamerstukken II 1988/89*, 19 522, nr. 15) dit niet expliciet vermeldt, gaat de Raad BIG (B2/95, p. 16) er vanuit dat de zelfstandig bevoegde in dit laatste geval wel dient te beschikken over de bekwaamheid om de indicatie te stellen.

<sup>127</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 42 en 111, *Kamerstukken II 1987/88*, 19 522, nr. 7, p. 59.

<sup>128</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 40.

<sup>129</sup> De Gezondheidsraad (1988/30, p. 19) interpreteerde dit als 'leven of gezondheid'.

regering, zich aansluitend bij de aanbevelingen van de Staatscommissie, geen differentiatie aangebracht naar specialismen; elke arts is tot het verrichten van alle voorbehouden handelingen bevoegd verklaard. Overwegingen hierbij waren dat een toekenning van bevoegdheden tot het verrichten van voorbehouden handelingen uitsluitend aan specialisten, niet goed te realiseren is. Het werkterrein van de verscheidene specialismen staat immers niet exact vast. Bovendien kan eveneens sprake zijn van handelingen die niet alleen door specialisten, maar ook door generalisten (zoals de huisarts) worden uitgevoerd.<sup>130</sup>

Het onder b genoemde criterium zag de regering niet zozeer als een criterium, maar meer als een aansporing om tot een goede omschrijving te komen.<sup>131</sup> Zij gaf aan dat daarbij ook gelet diende te worden op de praktische hanteerbaarheid van de aanwijzing als voorbehouden handeling en dat het een goed handhavingsbeleid mogelijk moest maken.<sup>132</sup>

De criteria voor aanwijzing van voorbehouden handelingen zijn niet in de wettekst opgenomen. De staatssecretaris van Volksgezondheid lichtte tijdens de parlementaire behandeling toe, dat de regering opname van de criteria in de wet niet nodig achtte aangezien voorbehouden handelingen op wetsniveau worden aangewez-  
zen.<sup>133</sup>

Ten aanzien van het gevaarscriterium (criterium a) concludeerde de Gezondheidsraad dat aan de stand van de wetenschap geen objectieve maatstaven kunnen worden ontleend om de ene groep handelingen wel en de andere niet tot voorbehouden te verklaren. De Raad wees erop dat elke medische handeling een gevaar op kan leveren voor het leven of de gezondheid van patiënten. Alhoewel dit zou pleiten voor een aanzienlijke uitbreiding van de lijst voorbehouden handelingen, achtte de Raad dit geen goede oplossing.<sup>134</sup>

De Raad deed in dit verband enige suggesties voor een andere invulling of benaderingswijze van de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen: 1. Een regeling waarin de voorbehouden gebieden ruim worden omschreven. Nuancering en detaillering dient vervolgens te worden aangebracht via zelfordening door de beroepsverenigingen, 2. Een regeling waarin wordt uitgegaan van een verbod op de uitoefening van geneeskundige handelingen met een omschrijving van de uitzonderingen op dit verbod, 3. Een regeling waarin wordt uitgegaan van een verbod, tenzij de betrokken beroepsbeoefenaar bekwaam is tot uitvoering van de handeling. De bekwaamheidseis kan worden ingevuld door de verplichting van een registratie of het met goed gevolg doorlopen hebben van een erkende opleiding. Zelfordening kan hier een plaats krijgen, eventueel van overheidswege aangevuld met een AMvB.<sup>135</sup>

De regering heeft deze opties bij de zesde nota van wijziging alle drie afgewezen. In optie 1 voorzag zij het in gevaar komen van de keuzevrijheid van de patiënt. Voor wat betreft optie 2 stelde de regering dat het net zo moeilijk zal zijn om te komen tot een goede omschrijving van de vrij te laten handelingen als een omschrijving van de voorbehouden handelingen. Optie 3 zou volgens de regering onvoldoende duidelijk zijn, niet goed zijn te handhaven en de patiënt onvoldoende bescherming geven.<sup>136</sup> Wel is, mede naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad het aantal in het wetsvoorstel opgesomde voorbehouden handelingen uitgebreid met vijf handelingen tot een totaal van 13. Een en ander uit oogpunt van bescherming van de patiënt.<sup>137</sup> De staatssecretaris van Volksgezondheid lichtte toe dat deze uitbreiding berustte op een redelijk pragmatische keuze.<sup>138</sup>

Niet alle in de lijst genoemde voorbehouden handelingen voldoen aan de hiervoor onder a en c genoemde criteria voor aanwijzing als voorbehouden handeling. Aan de andere kant zijn er handelingen die wel aan beide criteria voldoen, maar desalniettemin niet in de lijst zijn opgenomen.<sup>139</sup> Voorbeelden van dit laatste zijn acupunctuur<sup>140</sup> en psychotherapie<sup>141</sup>. De regering zag echter geen aanleiding deze handelingen voor te behouden. Voor psychotherapie zou dit ook niet goed doenlijk zijn, aldus de staatssecretaris van Volksgezondheid.<sup>142</sup>

<sup>130</sup> *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 41-42.

<sup>131</sup> Later gaf de regering aan dit criterium wel een noodzakelijke voorwaarde te achten voor het kunnen aanmerken van (bepaalde) psychotherapeutische behandelingsmethoden als voorbehouden handeling (*Kamerstukken II* 1991/92, 19 522, nr. 20, p. 28).

<sup>132</sup> *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 40-41.

<sup>133</sup> *Handelingen I*, 9 november 1993, 7, p. 287.

<sup>134</sup> Gezondheidsraad 1992(1992/05), p. 6-7.

<sup>135</sup> Gezondheidsraad 1992(1992/02) aanbiedingsbrief d.d. 17 maart 1992 (U-1134/BE/NF/90-V18), p. 3-4. Ook in de literatuur is op deze laatstgenoemde mogelijkheid gewezen, zie paragraaf 4.4.1.

<sup>136</sup> *Kamerstukken II* 1991/92, 19 522, nr. 46, p. 4.

<sup>137</sup> Toegevoegd zijn: het verrichten van electieve cardioversie, het toepassen van defibrillatie, het toepassen van electroconvulsieve therapie, steenvergruizing voor geneeskundige doeleinden en het verrichten van handelingen ten aanzien van menselijke geslachtsellen en embryo's, gericht op het anders dan op natuurlijke wijze tot stand brengen van een zwangerschap. *Kamerstukken II* 1991/92, 19 522, nr. 46, p. 2-6.

<sup>138</sup> *Kamerstukken II* 1991/92, 19 522, nr. 48, p. 11.

<sup>139</sup> *Handelingen II*, 11 juni 1992, 88, p. 5339-5340.

<sup>140</sup> De Gezondheidsraad (1992/05, p. 25-29) wees erop dat (naald)acupunctuur beslist niet zonder risico is (onder andere gevaar voor besmetting) en gepaard kan gaan met ernstige complicaties, zeker bij ondeskundige uitvoering. Voorts staat vast dat acupunctuur kan worden gepraktiseerd door ondeskundigen (*Handelingen II*, 11 juni 1992, 88, p. 5340).

<sup>141</sup> De Gezondheidsraad (1992/10, p. 6-7, 25-26) kwam tot de slotsom dat ondeskundig toegepaste psychotherapie tot ernstige schade bij de patiënt kan leiden. Alhoewel (bepaalde) psychotherapie gelet op de twee criteria zeker in aanmerking zou komen voor de kwalificatie voorbehouden handeling, meende de Raad dat het criterium 'het gebied moet duidelijk af te grenzen zijn, wat men voorbehouden wil, moet uit de omschrijving zelf duidelijk blijken', aanwijzing tot voorbehouden handeling in de weg stond.

<sup>142</sup> *Kamerstukken II* 1991/92, 19 522, nr. 48, p.12, *Handelingen II*, 11 juni 1992, 88, p. 5377.

## 2.4.3 De niet-zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar: artikelen 35 en 38

Voorbehouden handelingen worden niet alleen verricht door artsen, tandartsen en verloskundigen. Ook anderen mogen voorbehouden handelingen verrichten, zij het onder bepaalde voorwaarden. De zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar wordt in de wet aangeduid als opdrachtgever. De niet-zelfstandig bevoegde wordt aangeduid als opdrachtnemer.

### 2.4.3.1 De opdrachtnemer: artikel 35

In art. 35 worden de voorwaarden opgesomd waaronder een niet-zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar voorbehouden handelingen mag verrichten<sup>143</sup>. Voor het verkrijgen van bevoegdheid is allereerst een opdracht van een zelfstandig bevoegde noodzakelijk. Deze stelt de diagnose en de indicatie. Voorts dient de opdrachtnemer bekwaam te zijn (dat wil zeggen dat hij blijft binnen de grenzen van zijn kennen en kunnen) om de opdracht naar behoren te kunnen uitvoeren.<sup>144</sup> Tenslotte geldt dat voor zover de opdrachtgever aanwijzingen heeft gegeven, de opdrachtnemer dient te handelen overeenkomstig die aanwijzingen. De opdrachtnemer mag de opdracht niet uitvoeren als hij niet voldoet aan deze wettelijke vereisten. Hij heeft hierin een eigen verantwoordelijkheid. Houdt hij zich bij het uitvoeren van de opdracht niet aan de gestelde voorwaarden dan is hij strafbaar op grond van art. 97 Wet BIG.<sup>145</sup>

De opdrachtnemer is niet verplicht een opdracht aan te nemen. Naast het feit dat hij hoort af te zien van het uitvoeren van een opdracht indien de opdracht in strijd met de wet is gegeven<sup>146</sup>, dient hij de opdracht eveneens te weigeren indien hij naar objectieve maatstaven niet kan worden beschouwd als bekwaam tot het verrichten van die handeling.<sup>147</sup> Ook indien de opdrachtnemer gewetensbezwaren ten aanzien van een bepaalde handeling heeft mag hij de opdracht weigeren.<sup>148</sup>

De in art. 35 opgesomde voorwaarden zijn slechts van toepassing indien het gaat om het *buiten noodzaak* verrichten van voorbehouden handelingen. Indien sprake is van een noodsituatie mag ook een onbevoegde beroepsmatig een voorbehouden handeling verrichten. In het algemeen zal van noodzaak sprake zijn als plotselinge hulpverlening noodzakelijk blijkt en zodanig hulp niet meteen van een bevoegde is te verkrijgen.<sup>149</sup>

Tenslotte dient het voor toepassing van art. 35 te gaan om het *beroepsmatig* verrichten van een voorbehouden handeling. Incidentele hulpverlening binnen bijvoorbeeld gezinsverband en door de patiënt bij zichzelf (injectie door een diabetespatiënt) vallen niet onder het verbod. Of sprake is van beroepsmatig handelen kan aan de hand van allerlei omstandigheden worden bepaald. Het regelmatig verrichten van een voorbehouden handeling, het zich naar buiten als beroepsbeoefenaar kenbaar maken of het bedingen en ontvangen van een honorarium kunnen aanwijzingen zijn dat sprake is van beroepsmatig handelen.<sup>150</sup>

<sup>143</sup> De NRV stelde voor om daar waar het gaat om handelen door opdrachtnemers te spreken van 'uitvoeren' in plaats van 'verrichten', teneinde het onderscheid tussen degene die op voorschrift een voorbehouden handeling uitvoert en degene die bevoegd is de indicatie tot een voorbehouden handeling te stellen duidelijker tot uitdrukking te brengen. Naar het oordeel van de staatssecretaris van Volksgezondheid blijkt dit onderscheid echter reeds duidelijk uit de eis dat sprake moet zijn van handelen 'ingevolge opdracht'. Deze woorden impliceren dat de betrokkene niet de indicatie tot de voorbehouden handeling mag stellen (*Kamerstukken II* 19 522, nr. 14, p. 6-7).

<sup>144</sup> *Kamerstukken II*, 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 42.

<sup>145</sup> Biesart 1999 (T&C Gezondheidsrecht), art. 35 Wet BIG, aant. 1, p. 87.

<sup>146</sup> Dit doet zich bijvoorbeeld voor wanneer de zelfstandig bevoegde een onbekwame onbevoegde inschakelt zonder toezicht op diens handelingen te willen of te kunnen uitoefenen (*Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 46).

<sup>147</sup> *Kamerstukken II* 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 52.

<sup>148</sup> *Kamerstukken II* 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 60, *Kamerstukken II* 1991/92, 19 522, nr. 20, p. 33.

<sup>149</sup> *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 41, *Kamerstukken II* 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 58.

<sup>150</sup> *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 41.

Onder het oude stelsel van de WUG was slechts de arts bevoegd tot het verrichten van geneeskundige handelingen. Omdat in de praktijk toch behoefte was aan een regeling voor het opdragen van bepaalde handelingen aan andere beroepsbeoefenaren, is in de jurisprudentie de zogenaamde verlengde-arm constructie ontwikkeld. De basis voor de constructie werd in 1952 door de Hoge Raad gelegd.<sup>151</sup> Op grond van de jurisprudentie en in de literatuur werden voorwaarden ontwikkeld waaronder de arts geneeskundige handelingen aan anderen (bijv. verpleegkundigen) mocht opdragen: 1. de arts bleef de wettelijke en morele verantwoordelijkheid behouden voor wat de verpleegkundige in zijn opdracht op geneeskundig gebied deed, 2. de arts behoorde toezicht te houden op de wijze van uitvoering, althans diende zich ervan te verzekeren dat de uitvoering zorgvuldig zou plaatsvinden, 3. de arts wees de verpleegkundige op eventuele bijverschijnselen en complicaties en gaf aan hoe dan te handelen, 4. de arts droeg slechts die handelingen op c.q. vertrouwde slechts die handelingen toe welke de verpleegkundige krachtens opleiding en ervaring beheerste, hetgeen deze de vrijheid gaf een opdracht te weigeren indien hij de technische bekwaamheid daartoe miste, 5. de arts stelde de verpleegkundige op zodanige wijze in kennis respectievelijk hield hem op zodanig wijze op de hoogte van de toestand van de patiënt dat hij voor de arts niet alleen verlengde arm, maar ook oog, oor en geweten kon zijn.<sup>152, 153</sup> De onder de verlengde-armconstructie werkende verpleegkundige werd hiermee niet zelfstandig bevoegd, maar handelde als het ware als 'verlengde arm' van de arts. De handeling werd geacht te zijn verricht door de arts. De opdrachtnemer/feitelijk uitvoerder had wel een eigen verantwoordelijkheid voor de technisch juiste uitvoering van de handeling in overeenstemming met diens bekwaamheid.<sup>154</sup>

Met de huidige wetgeving onder de Wet BIG is een einde gekomen aan het gebruik van de verlengde-armconstructie. Hoewel de memorie van toelichting aanvankelijk nog spreekt van een 'wettelijke omlijning van de verlengde-armconstructie'<sup>155</sup>, is in de loop van de wetgeschiedenis afstand genomen van deze opvatting.<sup>156</sup> Het handelen van de opdrachtnemer wordt onder de Wet BIG niet meer toegerekend aan de opdrachtgever. De niet-zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar die in opdracht van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar een voorbehouden handeling verricht en ook overigens voldoet aan de vereisten van art. 35, heeft op grond van de Wet BIG onder voorwaarden een eigen bevoegdheid tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen. Met de toekenning van deze bevoegdheid is de verlengde-armconstructie niet meer nodig.<sup>157</sup>

#### 2.4.3.2 De opdrachtgever: artikel 38

Art. 38 regelt de voorwaarden waaronder een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar bevoegd is om voorbehouden handelingen op te dragen aan een ander. Deze bepaling vormt het spiegelbeeld van art. 35 Wet BIG, dat de voorwaarden bevat voor degene die de opdracht ontvangt. Deze voorwaarden houden in dat indien nodig aanwijzingen worden gegeven omtrent het verrichten van de handeling en dat toezicht door de opdrachtgever en de mogelijkheid tot tussenkomst voldoende is verzekerd. Voorts mag slechts opdracht worden gegeven indien de opdrachtgever redelijkerwijs mag aannemen dat degene aan wie de opdracht wordt gegeven beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van de handeling. Deze bekwaamheid kan blijken uit het gevolgd hebben van een op het uitvoeren van die handelingen gerichte scholing en uit verkregen praktijkervaring.<sup>158</sup> Een beroepsbeoefenaar die een opdracht geeft in strijd met de voorwaarden van art. 38, is strafbaar op grond van art. 97 Wet BIG.

De opdracht kan worden gegeven aan 'een ander'. De opdracht kan worden verstrekt aan een ieder, mits die persoon tot uitvoering daarvan bekwaam is. Dit kan een beoefenaar

<sup>151</sup> HR 4 november 1952, NJ 1953, 149: De HR aanvaarde impliciet dat het onder zekere omstandigheden (bijv. het handelen onder onmiddellijk toezicht van een arts) aan bepaalde groepen van personen (onder meer semi-artsen, medische studenten, wijkverpleegsters en in het algemeen aan verplegend personeel) is toegestaan injecties toe te dienen.

<sup>152</sup> Van der Mijn 1989, p. 175, Leenen 1996, p. 74.

<sup>153</sup> Bij uitspraak van 20 februari 1955 oordeelde de Rb. Arnhem (NJ 1956, 463) dat de arts, nu geen sprake was van bijzondere omstandigheden, geen toezicht hoefde te houden op het toedienen van penicilline-injecties.

<sup>154</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 42, *Kamerstukken II 1988/89*, 19 522, nr. 13, bijlage 1, p. 2, Van Wijmen, De Vreese en Hagenouw 1993, p. 421.

<sup>155</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 45.

<sup>156</sup> *Kamerstukken II 1988/89*, 19 522, nr. 13, p. 1-2.

<sup>157</sup> Biesart 1999 (T&C Gezondheidsrecht), art. 35 Wet BIG, aant. 6, p. 89.

<sup>158</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 44.

van een in de wet geregeld beroep zijn, zoals een verpleegkundige, maar noodzakelijk is dat niet.<sup>159</sup>

Of aanwijzingen, toezicht en tussenkomst van de opdrachtgever noodzakelijk zijn is afhankelijk van de omstandigheden van het geval. Van belang zal hierbij zijn wat de aard van de verrichting is en in welke mate de opdrachtnemer beschikt over vakbekwaamheid.<sup>160</sup>

De wet lijkt uit te gaan van een rechtstreekse relatie tussen opdrachtgever en opdrachtnemer. Dat komt lang niet altijd overeen met de praktijk. De Raad BIG gaf in haar Stappenplan voorbehouden handelingen aan dat indien een instelling waarborgen heeft gecreëerd voor het zorgvuldig verstrekken en doen uitvoeren van opdrachten, een rechtstreekse relatie tussen opdrachtgever en opdrachtnemer niet altijd noodzakelijk is. Een opdracht mag in die situaties verstrekt worden aan een meer in algemene termen omschreven categorie beroepsbeoefenaren. Volgens de Raad dient dit altijd een in potentie bekwame beroepsbeoefenaar te zijn en niet, bijvoorbeeld, de afdelingssecretaresse of de telefonist.<sup>161</sup> Wanneer een handeling meermalen per dag moet worden uitgevoerd, kan het voorkomen dat opdrachten moeten worden doorgegeven (bijvoorbeeld bij de overgang van dag- naar nachtdienst). De wet regelt niets op dit punt, maar sluit het ook niet uit. Het doorgeven van opdrachten moet worden gezien in de context van werkoverdracht en continuïteit van zorg. De opdrachtnemer wordt bij het doorgeven geen opdrachtgever, aldus de Raad BIG. Zeker in de situaties waarin opdrachten worden doorgegeven achtte de Raad het van belang dat de opdrachten schriftelijk worden vastgelegd. Een wettelijk vereiste is dit echter niet.<sup>162</sup>

Tenslotte hoeft een opdracht niet noodzakelijkerwijs specifiek en uitdrukkelijk te worden gegeven; een opdracht kan ook in algemene termen luiden (bijvoorbeeld 'als-dan'), mits de opdracht voldoende duidelijk is.<sup>163</sup>

#### 2.4.4 Functionele zelfstandigheid: artikel 39

De functioneel zelfstandige bevoegdheid is geregeld in art. 39 Wet BIG. Met dit artikel wordt de mogelijkheid geboden om bij AMvB vast te leggen dat bepaalde categorieën van beroepsbeoefenaren beschikken over specifieke deskundigheid om zonder toezicht door of tussenkomst van de opdrachtgever bepaalde voorbehouden handelingen uit te voeren. Voor het overige blijft art. 35 van toepassing. Dit brengt mee dat voor het functioneel zelfstandig kunnen uitvoeren van een voorbehouden handeling een opdracht van een zelfstandig bevoegde noodzakelijk is. Bovendien blijft de individuele bekwaamheid van de opdrachtnemer vereist.<sup>164</sup>

Het uitvoeringsbesluit behorende bij art. 39 Wet BIG is het Besluit functionele zelfstandigheid.<sup>165</sup> Dit besluit regelt aan welke beroepsgroepen en voor welke handelingen een functionele zelfstandigheid wordt verleend. Op grond van art. 39 lid 2 Wet BIG kunnen slechts bepaalde categorieën van personen als functioneel zelfstandig worden aangewezen. Het kan gaan om een art. 3-beroep, een art. 34-beroep of een subcategorie van een in die artikelen bedoeld beroep. In het Besluit functionele zelfstandigheid is functionele zelfstandigheid toegekend aan verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen en mondhygiënisten.

Over de vraag of een wettelijke bepaling voor functionele zelfstandigheid wel noodzakelijk was, de artikelen 35 en 38 boden immers ook de mogelijkheid om toezicht en tussenkomst voorbehouden handelingen uit te voeren, is uitvoerig discussie gevoerd.<sup>166</sup> Uiteindelijk is de functionele zelfstandigheid met de derde nota van wijziging in de wettekst opgenomen.<sup>167</sup> De verpleegkundige beroepsgroep zag in de bepaling de mogelijkheid om een wettelijke erkenning te krijgen van haar bekwaamheid tot het zelfstandig verrichten van voorbehouden

<sup>159</sup> *Kamerstukken II 1988/89*, 19 522, nr. 13, bijlage 1, p. 3, 4 en 8, Biesart 1999 (T&C Gezondheidsrecht), art. 38 Wet BIG, aant. 2, p. 95.

<sup>160</sup> *Kamerstukken II 1988/89*, 19 522, nr. 13, bijlage 1, p. 4-5 en 9.

<sup>161</sup> Raad BIG 1996(a), p. 22.

<sup>162</sup> Raad BIG 1996(a), p. 22, 23 en 28.

<sup>163</sup> *Kamerstukken II 1988/89*, 19 522, nr. 13, bijlage 1, p. 7, Raad BIG 1996(a), p. 23.

<sup>164</sup> Besluit van 29 oktober 1997, Stb. 1997, 524, nota van toelichting, p. 3.

<sup>165</sup> Besluit van 29 oktober 1997, Stb. 1997, 524.

<sup>166</sup> *Kamerstukken II 1988/89*, 19 522, nr. 14, p. 7-8.

<sup>167</sup> *Kamerstukken II 1989/90*, 19 522, nr. 18, art. 55a.

handelingen zoals injecties en katheterisaties.<sup>168</sup>

Art. 39 Wet BIG regelt geen bevoegdheid; deze wordt ontleend aan art. 35. Voorts laat art. 39 de mogelijkheid onverlet dat de opdrachtgever de desbetreffende handeling zelf uitvoert dan wel dat toch toezicht en tussenkomst geregeld wordt indien dit noodzakelijk wordt geacht.<sup>169</sup> De zelfstandigheid heeft betrekking op de uitvoering. De functioneel zelfstandige is niet bevoegd tot het stellen van de indicatie; dat behoort de opdrachtgever te doen.<sup>170</sup>

Bij de aanwijzing van categorieën van beroepsbeoefenaren als functioneel zelfstandig wordt een terughoudend wetgevingsbeleid gevoerd. In de tekst van de wet is dit tot uitdrukking gebracht in de zinsnede: 'indien een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg zulks vordert'. Voor de aanwijzing is van belang dat de opleiding opleidt tot het 'toezichtloos verantwoord verrichten van voorbehouden handelingen' en dat het onderdeel voorbehouden handelingen een belangrijk onderdeel van de opleiding is.<sup>171</sup> In de toelichting bij het Besluit functionele zelfstandigheid gaf de minister aan dat, overeenkomstig het advies van de Raad BIG, voor de toepassing van art. 39 naast een toetsing van de vereiste deskundigheid<sup>172</sup> tevens getoetst dient te worden of toepassing van art. 39 meerwaarde heeft ten opzichte van de mogelijkheden die de artikelen 35 en 38 van de wet al bieden.<sup>173</sup>

Een meerwaarde van een regeling krachtens art. 39 kon volgens de Raad BIG onder andere gelegen zijn in het expliciteren van de deskundigheid van beroepsbeoefenaren met betrekking tot de voorbehouden handelingen. De bekwaamheid wordt hiermee als het ware geobjectiveerd, al blijft hiernaast voor de opdrachtnemer de beoordeling van zijn individuele bekwaamheid noodzakelijk. Het expliciteren van deskundigheid en het objectiveren van bekwaamheid is vooral van belang in situaties waar sprake is van voortdurende discussie over de deskundigheid van beroepsbeoefenaren, aldus de Raad BIG. Andere meerwaarden van art. 39 waren volgens de Raad dat 1. het de opdrachtgever houvast en in zekere mate ook bescherming biedt, daar de opdrachtgever er redelijkerwijs vanuit mag gaan dat de bij AMvB aangewezen beroepsbeoefenaren beschikken over de vereiste deskundigheid en bekwaamheid, wat meebrengt dat een individuele toets hiervoor niet noodzakelijk is, 2. door het expliciteren van de deskundigheid enig houvast aan de tuchtrechter wordt geboden bij zijn beoordeling van bepaald handelen van opdrachtgever of opdrachtnemer, 3. door specificatie van de deskundigheid administratieve rompslomp voor instellingen beperkt wordt, 4. toepassing van art. 39 de doelmatigheid en flexibiliteit in de zorgverlening kunnen vergroten en 5. toepassing van art. 39 duidelijkheid zal scheppen voor door opleidingsinstellingen te stellen eisen aan de opleiding.<sup>174</sup>

De Raad BIG was, in tegenstelling tot hetgeen uit de parlementaire stukken volgt<sup>175</sup>, van mening dat de enkele aanwijzing van een categorie van personen voor toepassing van art. 39 geen zelfstandig criterium kan zijn voor toepassing van art. 34. De Raad stelde dat art. 39 pas aan de orde zou kunnen komen als een beroep reeds om andere redenen is geregeld in art. 3 of krachtens art. 34. Anders zou de indruk kunnen ontstaan dat het uitvoeren van slechts één soort voorbehouden handeling door een categorie beroepsbeoefenaren op zich al voldoende aanleiding zou zijn voor een regeling van het beroep bij of krachtens art. 3 respectievelijk art. 34.<sup>176</sup>

## 2.5 Artikel 40 (kwaliteitsbepaling)

### 2.5.1 Inleiding

Een van de doelstellingen van de Wet BIG is de bevordering en bewaking van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. De regelingen omtrent titelbescherming, de voorbehouden handelingen en het tuchtrecht zijn alle (mede) gericht

<sup>168</sup> Biesart 1999 (T&C Gezondheidsrecht), art. 39 Wet BIG, aant. 1, p. 96.

<sup>169</sup> Raad BIG 1995(B2/95), p. 17.

<sup>170</sup> Raad BIG 1995(B2/95), p. 18, Leenen 1996, p. 76.

<sup>171</sup> *Kamerstukken II* 1989/90, 19 522, nr. 18, p. 8.

<sup>172</sup> De voor het functioneel zelfstandig kunnen uitvoeren van voorbehouden handelingen benodigde deskundigheid heeft volgens de Raad BIG (B2/95, p. 19-20) een bredere strekking dan de deskundigheid m.b.t. de uitvoering als zodanig. Er dient volgens de Raad aan drie extra deskundigheden te zijn voldaan: 1. De opdrachtnemer beschikt over de deskundigheid om de context te beoordelen waarin de handeling moet worden uitgevoerd, 2. De opdrachtnemer is in staat adequaat te reageren als dat nodig is, 3. De opdrachtnemer beschikt over deskundigheid om binnen de marges van de desbetreffende opdracht zelfstandig te oordelen en/of beslissingen te nemen met betrekking tot de uitvoering van voorbehouden handelingen.

<sup>173</sup> Stb. 1997, 524, nota van toelichting, p. 4, Raad BIG 1995(B2/95), p. 22-23.

<sup>174</sup> Raad BIG 1995(B2/95), p. 20-22.

<sup>175</sup> *Kamerstukken II* 1989/90, 19 522, nr. 18, p. 8-9.

<sup>176</sup> Raad BIG 1995(B2/95), p. 17.

op de verbetering van de kwaliteit. Hiernaast is in Hoofdstuk V van de wet een aparte kwaliteitsbepaling, artikel 40, opgenomen.

## 2.5.2 Kwaliteitsbepaling: artikel 40

Art. 40 Wet BIG bepaalt dat een solistisch werkende art. 3- of art. 34-beroepsbeoefenaar zijn beroepsuitoefening op zodanige wijze dient te organiseren en zich zodanig van materieel dient te voorzien, dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg. Onderdeel van deze eis is de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg (lid 2). De wijze waarop deze eis wordt uitgewerkt wordt overgelaten aan de beroepsbeoefenaren zelf en is afhankelijk van de aard en inhoud van de beroepsuitoefening.<sup>177</sup> Indien het niveau van de uitoefening van de individuele gezondheidszorg dit vereist, kan de overheid op grond van lid 3 ingrijpen door bij AMvB regels te stellen met betrekking tot de uitvoering van het eerste en tweede lid. Lid 4 tenslotte, geeft de minister de mogelijkheid om bij AMvB regels te stellen met betrekking tot de informatieverstrekking aan de inspecteur voor de gezondheidszorg, de vermelding van gegevens op recepten, het aangaan van overeenkomsten die beogen bijzondere bevoordeling te verschaffen en de rechten van patiënten. De onder lid 4 genoemde mogelijkheid tot overheidsingrijpen bestaat alleen indien dit noodzakelijk is ter bevordering van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg en geldt voor alle art. 3- of art. 34- beroepsbeoefenaren, ongeacht het feit of deze solistisch dan wel in een instelling werkzaam zijn.<sup>178</sup> Van de mogelijkheid tot nadere regeling bij AMvB is tot nu toe geen gebruik gemaakt.

Tijdens de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel<sup>179</sup> is de vraag aan de orde geweest wat de verantwoordelijkheid van de overheid is ten aanzien van de bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg.<sup>180</sup> Naar aanleiding hiervan stelde de regering zich op het standpunt dat de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening weliswaar bij de overheid berust, maar dat zij zich daarbij terughoudend op dient te stellen. Het zijn primair de zorgverleners zelf die er voor zorg dienen te dragen dat hun werkzaamheden van kwalitatief voldoende niveau zijn. Pas als blijkt dat de betrokken beroepsgroepen niet in staat of bereid zijn om via zelfregulering op genoegzame wijze de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen, dient de overheid over te gaan tot het treffen van wettelijke maatregelen.<sup>181</sup>

In het in 1986 ingediende wetsvoorstel bevatte art. 40 de grondslag voor het treffen van een aantal specifieke maatregelen ter bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg. Deze maatregelen waren het stellen van eisen met betrekking tot de technische uitrusting van praktijkruimten, het uitvaardigen van een verbod om bepaalde handelingen op andere dan de aangegeven plaatsen te verrichten, het geven van voorschriften ten aanzien van het houden van aantekening van patiëntengegevens en over de inrichting, het beheer en de bewaring van dossiers, een verplichting om in bepaalde gevallen bij de inspecteur voor de gezondheidszorg opgave te doen van een behandeling, een verplichting om bepaalde gegevens te vermelden op het recept, het stellen van regels ten aanzien van waarneming, een verbod om bepaalde overeenkomsten aan te gaan die bijzondere voordelen verschaffen, voorschriften ten aanzien van deelneming aan toetsing en regels omtrent het volgen van bijscholing.<sup>182</sup>

Art. 40 is bij art. 25 van de Kwaliteitswet zorginstellingen gewijzigd in de huidige vorm.<sup>183</sup> Met deze wijziging werd beoogd om aan niet in instellingen werkende beroepsbeoefenaren dezelfde eisen te stellen als de Kwaliteitswet aan instellingen oplegt, te weten: het bieden van verantwoorde zorg, het treffen van de daartoe benodigde organisatorische maatregelen en het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van zorg.<sup>184</sup> De enige verschillen tussen de eisen van art. 40 Wet BIG en die van de Kwaliteitswet

<sup>177</sup> Kamerstukken II 1993/94, 23 633, nr. 3, p. 33.

<sup>178</sup> Kamerstukken II 1994/95, 23 633, nr. 9, p. 2.

<sup>179</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nrs. 1-2.

<sup>180</sup> Kamerstukken II 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 62.

<sup>181</sup> Kamerstukken II 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 62-63.

<sup>182</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nrs. 1-2, art. 56, Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 51-57.

<sup>183</sup> Stb. 1996, 80.

<sup>184</sup> Raad BIG1994(B6/'94), p. 4.



zorginstellingen zijn, dat van een solistisch werkzame beroepsbeoefenaar geen uitgebreid kwaliteitssysteem wordt verwacht (wel moet hij kunnen aantonen dat de kwaliteit van de door hem verleende zorg op een systematische wijze wordt ondersteund, bijvoorbeeld door een verantwoorde administratie van patiëntendossiers) en hij niet verplicht is een kwaliteitsjaarverslag op te stellen.<sup>185, 186</sup> Met deze wijziging werd tevens duidelijkheid verschaft over de vraag op welke beroepsbeoefenaren het artikel betrekking heeft, te weten: beroepsbeoefenaren niet werkzaam in een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen (op grond van de eerdere versie kon het artikel ook betrekking hebben op in instellingen werkende beroepsbeoefenaren).<sup>187</sup> Bij art. 25 van de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn tevens de aan art. 40 gekoppelde artikelen 87a, 100a en 100b<sup>188</sup> aan de Wet BIG toegevoegd.

Ten aanzien van lid 3 van art. 40 gaf de Raad BIG tenslotte in overweging om de mogelijkheid om bij AMvB regels te stellen expliciet te beperken tot een bepaalde categorie beroepsbeoefenaren. Het lijkt immers niet de bedoeling dat voor een enkeling een AMvB zou worden uitgevaardigd.<sup>189</sup>

### 2.5.3 Handhaving: artikelen 86, 87, 87a, 100a en 101

De artikelen 86, 87, 87a, 100a en 101 regelen de handhaving van art. 40. De IGZ is belast met het toezicht op de naleving van de bij of krachtens art. 40 leden 1, 3 en 4 gestelde voorschriften.<sup>190</sup> Afdeling 5.2 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) is van toepassing op de inspecteurs, een en ander met uitzondering van de bevoegdheden genoemd in de artikelen 5:18 en 5:19 Awb.<sup>191</sup> Op grond van art. 87a heeft de IGZ de bevoegdheid om bij niet, onvoldoende of onjuiste naleving van art. 40 eerste tot en met derde lid door een individuele beroepsbeoefenaar, een schriftelijk bevel te geven. Ter handhaving van de verplichtingen in een krachtens art. 87a gegeven bevel, heeft de minister de bevoegdheid bestuursdwang toe te passen<sup>192</sup> of een dwangsom op te leggen.<sup>193</sup> Art. 101 regelt de strafrechtelijke handhaving van het vierde lid van art. 40. Dit artikel is van toepassing voor zover de overtreding van het desbetreffende voorschrift als strafbaar feit is aangeduid.<sup>194</sup>

Middels een bevel kan vroegtijdig worden ingegrepen indien de gezondheid van patiënten zou worden bedreigd door de handelwijze van de beoefenaar van een art. 3- of art. 34-beroep.<sup>195</sup>

De wet stelt niet het vereiste van een 'gevaar voor de veiligheid of gezondheid' zoals art. 7 lid 4 van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Ook indien geen direct gevaar aanwezig is mag de inspecteur overgaan tot het geven van een schriftelijk bevel. Voorts wordt in art. 87a geen termijn voor de geldigheid van het bevel genoemd, zoals in de Kwaliteitswet; het bevel zelf bevat de termijn.<sup>196</sup>

De Raad BIG kon zich vinden in dit handhavingmechanisme. De Raad ging er wel vanuit dat het geven van een bevel ex art. 87a een ultimum remedium zou zijn. Als geen sprake is van een acute situatie, mag aangenomen worden dat de IGZ de betrokken beroepsbeoefenaar eerst waarschuwt alvorens een bevel te geven, aldus de Raad. De Raad gaf aan dat een dergelijke gang van zaken ook voortvloeit uit de algemene beginselen van behoorlijk bestuur.<sup>197</sup> De Raad vroeg zich wel af op welke wijze de IGZ het toezicht op solistisch werkende beroepsbeoefenaren zou kunnen realiseren; de vestigingsplaatsen van art. 34-beroepen zullen immers niet systematisch toegankelijk zijn. Intercollegiale toetsing en een meldingsplicht aan een vertrou-

<sup>185</sup> Ministerie VWS, Nieuwsbrief De Wet BIG, nr. 5, 1996, p. 7.

<sup>186</sup> Opvallend is echter dat, anders dan in de Kwaliteitswet zorginstellingen, de norm 'het bieden van verantwoorde zorg' niet expliciet en afzonderlijk in art. 40 is opgenomen. Dit is wel het geval voor de andere twee normen: 'het zodanig organiseren van de beroepsuitoefening en zich zodanig van materieel voorzien dat dit leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg' en 'de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg' (Sluifjters 1999 (T&C Gezondheidsrecht) art. 2 Kwaliteitswet zorginstellingen, aant. 1, p. 567-568).

<sup>187</sup> Raad BIG 1994(B6/94), p. 4.

<sup>188</sup> Art. 100b is vervallen bij Stb. 1999, 30 (reparatiewet I).

<sup>189</sup> Raad BIG 1994(B6/94) p. 5.

<sup>190</sup> Art. 86 Wet BIG.

<sup>191</sup> De inspecteurs voor de gezondheidszorg zijn derhalve niet bevoegd zaken te onderzoeken, aan opname te onderwerpen en daarvan monsters te nemen (art. 5:18 Awb). Ook zijn zij niet bevoegd vervoermiddelen te onderzoeken (art. 5:19 Awb).

<sup>192</sup> Art. 100a Wet BIG.

<sup>193</sup> De bevoegdheid tot het opleggen van een last onder dwangsom volgt uit art. 5:32 Awb (ieder bestuursorgaan dat beschikt over de bevoegdheid tot het toepassen van bestuursdwang heeft tevens de bevoegdheid tot het opleggen van een last onder dwangsom). De twee bevoegdheden, bestuursdwang en dwangsom, kunnen niet tegelijkertijd worden toegepast. De in art. 5:32 neergelegde koppeling tussen bestuursdwang en dwangsom betekent dat de bevoegdheid tot oplegging van een last onder dwangsom niet meer uitdrukkelijk in de bijzondere wet hoeft te worden geregeld (*Kamerstukken II 1996/97*, 25 280, nr. 3, p. 55).

<sup>194</sup> Of overtreding van een krachtens art. 40 gegeven voorschrift als een strafbaar feit wordt aangeduid zal van geval tot geval moeten worden bezien, aldus de regering (*Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 53).

<sup>195</sup> *Kamerstukken II 2000/01*, 27 669, nr. 3, p. 2.

<sup>196</sup> Biesart 1999 (T&C Gezondheidsrecht), art. 87a Wet BIG, p. 151.

<sup>197</sup> Raad BIG 1994(B6/94), p. 6.

wenspersoon zou hier volgens de Raad wellicht uitkomst kunnen bieden.<sup>198</sup>

Het niet opvolgen van een bevel kan tevens worden beschouwd als een schending van de tweede tuchtnorm ex art. 47 Wet BIG, aldus de Raad BIG.<sup>199</sup> De IGZ kan op deze grond indien nodig een spoedprocedure aanhangig maken zoals bedoeld in art. 65 lid 6 Wet BIG.<sup>200</sup>

#### 2.5.4 Samenhang met andere (kwaliteits)wetten

Een in een instelling werkende beroepsbeoefenaar valt, behoudens voor zover het betreft de in het vierde lid genoemde mogelijkheid, niet onder de werking van art. 40 Wet BIG. Naast het feit dat tegen deze beroepsbeoefenaar, indien het een art. 3-beroepsbeoefenaar betreft, bij disfunctioneren een tuchtrechtelijke procedure aanhangig kan worden gemaakt, zal in zo'n geval doorgaans tevens de instelling kunnen worden aangesproken op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen.<sup>201</sup>

Stellen de Wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen eisen aan beroepsbeoefenaren en zorginstellingen, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector beoogt de positie van de patiënt te versterken door zorgaanbieders<sup>202</sup> te verplichten een klachtenregeling in het leven te roepen.<sup>203</sup> Een goede klachtbehandeling zal tevens bijdragen aan een goede kwaliteit van de zorgverlening, waaronder begrepen een goede afstemming van de zorg op de behoeften en wensen van de patiënt.<sup>204</sup>

Tenslotte bestaat een relatie tussen de Wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen enerzijds en de WGBO anderzijds, in die zin dat wanneer een beroepsbeoefenaar of instelling niet voldoet aan in de twee eerstgenoemde wetten opgenomen normen, tevens de in de WGBO opgenomen norm van 'goed hulpverlenerschap' (art. 7:453 BW) wordt geschonden. De patiënt kan in dat geval de beroepsbeoefenaar of instelling ook op grond van het burgerlijk recht aanspreken.<sup>205</sup>

## 2.6 Tuchtrecht en maatregelen vanwege ongeschiktheid

### 2.6.1 Inleiding

In Hoofdstuk VII van de Wet BIG is een regeling opgenomen voor het tuchtrecht. Deze is in de plaats getreden van de regeling in de Medische Tuchtwet.<sup>206</sup> De kritiek op de Medische Tuchtwet richtte zich op de volgende onderwerpen<sup>207</sup>:

- de samenstelling van de tuchtcolleges in eerste aanleg, die -behalve de voorzitter- uit beroepsgenoten bestond leek in het voordeel van de aangeklaagde te zijn;
- het besloten karakter van het tuchtrecht (zitting, uitspraak) belemmerde het zicht op de werking van het tuchtrecht;
- de positie van de klager in de procedure leidde volgens sommigen tot het grote percentage ongegrondverklaringen;
- het feit dat niet alle uitspraken behoorlijk waren gemotiveerd;
- de te lange duur van de behandeling van tuchtzaken;
- het feit dat de IGZ slechts sporadisch een klacht bij de colleges indiende.

<sup>198</sup> Raad BIG 1994(B6/94), p. 6-8.

<sup>199</sup> De tweede tuchtnorm heeft betrekking op handelen of nalaten in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg.

<sup>200</sup> Raad BIG 1994(B6/94), p. 7-8.

<sup>201</sup> *Kamerstukken I*, 1992/93, 19 522, nr. 103b, p. 12, *Kamerstukken II* 1993/94, 23 633, nr. 3, p. 15.

<sup>202</sup> Dit kan zowel een instelling zijn als een zelfstandig praktijk voerende beroepsbeoefenaar binnen of buiten een instelling (Sluijters 1999 (T&C Gezondheidsrecht), art. 1 Wet klachtrecht, aant. 4, p. 551).

<sup>203</sup> *Kamerstukken I*, 1992/93, 19 522, nr. 103b, p. 13, Sluijters 1999 (T&C Gezondheidsrecht), art. 2 Wet klachtrecht, aant. 1, p. 553.

<sup>204</sup> *Kamerstukken I*, 1992/93, 19 522, nr. 103b, p. 13.

<sup>205</sup> *Kamerstukken I*, 1992/93, 19 522, nr. 103b, p. 13.

<sup>206</sup> Stb.1928, 222; gewijzigd bij Stb.1972, 493.

<sup>207</sup> *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 64.

In de nieuwe regeling voor het tuchtrecht is getracht aan een aantal van deze bezwaren tegemoet te komen.

Onder de Medische Tuchtwet gold het medisch tuchtrecht voor artsen, tandartsen, apothekers en verloskundigen. In de Wet BIG wordt gesproken van tuchtrecht voor de gezondheidszorg; het geldt nu ook voor fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten en verpleegkundigen. In navolging van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening noemt de Memorie van Toelichting de criteria, die van belang zijn voor beantwoording van de vraag of voor een bepaalde beroepsgroep tuchtrecht moet worden ingevoerd<sup>208</sup>:

- is de patiënt gezien de aard van de behandeling in hoge mate afhankelijk van de beroepsbeoefenaar?
- zijn er voldoende andere correctiemiddelen in de sfeer van de arbeidsverhoudingen of werkt de beroepsbeoefenaar zelfstandig?
- zijn voor dit beroep goed hanteerbare gedragsnormen tot ontwikkeling gekomen, waardoor sprake is van een zekere 'rijpheid' voor een behoorlijk vervullen van de rechtsprekende functies?
- is er door de organisatie van beroepsbeoefenaren al voor de eigen leden een vorm van tuchtrechtspraak ingevoerd?

Daarbij moet vaststaan dat het algemeen belang voldoende wordt gediend met invoering van tuchtrecht voor een bepaalde beroepsgroep.<sup>209</sup>

Dat een klacht reeds in een ander circuit wordt behandeld -civielrechtelijk, strafrechtelijk, klachtencommissie- is geen reden om de klacht niet te behandelen. De staatssecretaris van Volksgezondheid zei hierover desgevraagd<sup>210</sup> dat er een directe mogelijkheid moest zijn voor de klager om, met voorbijgaan aan enige klachtinstantie, naar het tuchtcollege te gaan. De minister schreef in 1995<sup>211</sup> aan de Tweede Kamer, naar aanleiding van de behandeling van de Wet klachtrecht, dat de evaluatie van de Wet BIG zou moeten uitwijzen of klachtenbehandeling zou leiden tot ontlasting van de tuchtrechter, met name omdat daar veel klachten terecht kwamen die te licht waren voor het tuchtrecht.

## 2.6.2 Toegang tot de tuchtrechtspraak

Onder de Medische Tuchtwet gold onder de vigeur van de artikelen 31 en 87 van het Reglement Medisch Tuchtrecht een zekere 'selectie aan de poort'. Het tuchtcollege in eerste aanleg kon een kennelijk ongegronde klacht of een klacht van onbeduidende aard buiten een zitting afdoen (art. 31 Reglement Medisch Tuchtrecht). Ook het centraal medisch tuchtcollege kon op die wijze een selectie in de klachten aanbrengen door een kennelijk ongegrond beroep buiten een zitting af te doen. Achterliggende gedachte hierbij was dat de aangeklaagde beroepsbeoefenaar op die wijze een tijdrovende en emotioneel beladen gang naar de tuchtrechter bleef bespaard. Om de rol van de klager te versterken, heeft de wetgever een andere wijze van afdoening in de Wet BIG geïntroduceerd.

Voor het regionale tuchtcollege is de mogelijkheid behouden om bepaalde klachten buiten zitting af te doen, echter in alle gevallen na een verplicht vooronderzoek.<sup>212</sup> Tijdens dit vooronderzoek worden beide partijen in de gelegenheid gesteld te worden gehoord. Het regionale tuchtcollege kan in dat geval twee verschillende eindbeslissingen geven:

1. de klager wordt niet ontvankelijk verklaard in de gevallen waarin hij niet bevoegd is tot

<sup>208</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 70, Kamerstukken II 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 94.

<sup>209</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 71.

<sup>210</sup> Handelingen II, 11 juni 1992, 88, p. 5373.

<sup>211</sup> Kamerstukken II 1994/95, 23 040, nr. 23.

<sup>212</sup> Art. 66 lid 4 Wet BIG. Het vooronderzoek kan ook leiden tot een minnelijke schikking. De klager trekt zijn klacht dan in. Zie paragraaf 2.6.4.

klagen (geen rechtstreeks belanghebbende, opdrachtgever, werkgever of Inspecteur) of als zijn klaagschrift niet voldoet aan de wettelijke eisen (bijv. adresgegevens van de aangeklaagde kloppen niet<sup>213</sup>). Overigens mag een onvolledig klaagschrift worden aangevuld.<sup>214</sup>

2. de klacht wordt afgewezen als de klacht kennelijk ongegrond is of van onvoldoende gewicht.

Geeft het regionale tuchtcollege geen eindbeslissing dan verwijst het de zaak naar de terechtzitting.

De klager kan in beroep gaan tegen een eindbeslissing van het regionale tuchtcollege voor zover zijn klacht is afgewezen, of voor zover hij niet-ontvankelijk is verklaard (art. 73 lid 1 sub a). Bij niet-ontvankelijkheid van de klager geldt niet het ne bis in idem-principe: omdat de beslissing van de tuchtrechter niet de zaak zelf raakt, kan een nieuwe klacht over hetzelfde feit worden ingediend, bijvoorbeeld door de IGZ.<sup>215</sup>

Art. 74 lid 1 bevat de regeling voor het centrale tuchtcollege; hier draagt het vooronderzoek echter een facultatief karakter. Het centrale tuchtcollege kan op voorstel van de voorzitter zonder verder onderzoek in raadkamer een beslissing geven, die inhoudt dat appellant niet ontvankelijk wordt verklaard. Dat kan slechts in een aantal, limitatief opgesomde, gevallen: een niet-bevoegde klager, een te laat ingediend beroepschrift, of een beroepschrift dat niet voldoet aan de wettelijke eisen.<sup>216</sup> Het centrale tuchtcollege legt dit aldus uit dat de situaties van ne bis in idem, verjaring en normoverschrijding ook kunnen leiden tot het afdoen van een beroep buiten zitting.

Ook al is het merendeel van de klachten van belanghebbenden ongegrond, dit vormde geen reden voor het creëren van een klachtmonopolie van de IGZ, aldus de Memorie van Toelichting.<sup>217</sup> Dit is als bevoogdend voor de patiënt van de hand geweest. Daarbij komt dat een zo ruime klachtbevoegdheid van de IGZ een nieuw beroepsrecht van de patiënt tegen deze beslissingen van de IGZ bij het centrale tuchtcollege met zich mee zou brengen. Dit zou een te grote belasting voor het centrale tuchtcollege gaan vormen.

### 2.6.3 De tuchtnormen: artikel 47

Onder de Medische Tuchtwet was ondermijning van het vertrouwen in de stand der beroepsgenoten verreweg de meest gehanteerde norm. Volgens de Staatscommissie die de Wet BIG voorbereidde, werd met die norm niet de kern van de zaak geraakt; het was een norm die in het intern tuchtrecht thuishoorde. Naar haar mening ging het vooral om de vraag of de beroepsbeoefenaar de vereiste zorg in acht nam voor de mens, voor wie hij zorgen moet.<sup>218</sup> Dit is tot uiting gebracht in de nieuwe tuchtnorm, die -kort gezegd- tekortschiet in zorg ten opzichte van de patiënt en diens naasten behelst (art. 47 lid 1 sub a). Deze norm is 'gebaseerd op de relatie tussen hulpverlener en degene die de hulp behoeft alsmede personen uit diens naaste omgeving'. Privé-gedragingen vallen niet (meer) onder het tuchtrecht. Daarnaast is een tweede, meer algemene, tuchtnorm in de Wet BIG opgenomen (art. 47 lid 2 sub b), die betreft 'enig ander handelen of nalaten in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg'. De tuchtnormen zijn abstract geformuleerd. 'Tal van facetten van zorg -ethisch, technisch, economisch, communicatief e.a.- worden door de norm bestreken'.<sup>219</sup> Uit de formulering van de tweede norm blijkt dat tuchtrecht ook van toepassing is op

<sup>213</sup> Deze kunnen niet via het BIG-register worden achterhaald (slechts de in art. 12 lid 2 Wet BIG genoemde gegevens).

<sup>214</sup> Art. 65 lid 2 jo. artt. 4 en 5 Tuchtrechtbesluit.

<sup>215</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 118-119.

<sup>216</sup> Het moet schriftelijk worden ingediend en voldoen aan de eisen van art. 19 Tuchtrechtbesluit.

<sup>217</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 67-68.

<sup>218</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 73-74.

<sup>219</sup> Kamerstukken II 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 96.

handelen, dat niet is ingebed in de relatie beroepsbeoefenaar-patiënt.<sup>220</sup> Overigens blijkt dit ook uit de wetstoelichting, waarin erop wordt gewezen dat 'een geregistreerde, behorende tot een der in art. 47<sup>221</sup> genoemde categorieën enerzijds niet verplicht is het betrokken beroep 'uit te oefenen', maar anderzijds, ook als hij dit niet doet, wel aan het tuchtrechtelijk toezicht onderworpen is'.<sup>222</sup> Elders in de Memorie van Toelichting wordt geconstateerd dat de tekortkomingen, waarvoor de geregistreerde tuchtrechtelijk ter verantwoording kan worden geroepen, niet alleen fouten betreffen die in de uitoefening van dat beroep worden begaan. Hoewel de verschillende registers worden ingesteld met het oog op de diverse beoefenaren van beroepen, 'is een ingeschrevene niet verplicht het beroep waarop de inschrijving doelt daadwerkelijk uit te oefenen'.<sup>223</sup> Iedereen die door zijn opleiding de vereiste deskundigheid heeft verworven, heeft het recht als gekwalificeerde te worden ingeschreven, ook als hij zich van een beroepsmatige activiteit onthoudt of daarmee op een gegeven moment is opgehouden, aldus de Memorie van Toelichting. '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 ingeschreven staat duidt, aan dezelfde normen en sancties te binden, die op de geregistreerde 'beoefenaren' van het betrokken beroep van toepassing zijn', aldus de wetstoelichting.<sup>224</sup> Dat geldt ook voor de geregistreerden die wél beroepsmatig in 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. De wetstoelichting geeft aan dat het, met het oog op de omlining van de kring van personen die vallen onder het tuchtrecht, beter is te spreken van geregistreerden dan van beroepsbeoefenaren.

In de memorie van antwoord wordt op vragen van kamerleden of ook de meer bedrijfsmatige, financieel-administratieve kant van het beroep onder de tuchtnormen valt geantwoord dat dit inderdaad het geval is. Voorbeelden van handelingen die onder beide tuchtnormen kunnen vallen: het ten onrechte indienen van declaraties, het niet goed beheren van patiëntendossiers in het algemeen. Voorbeelden van gedrag dat onder de tweede tuchtnorm kan vallen: het in het openbaar uitlatingen doen waarbij ten onrechte een bepaalde behandeling in een kwaad daglicht wordt gesteld, tekorten in de collegiale samenwerking 'die geen schade toebrengen aan de patiënt'.<sup>225</sup> In de artikelsgewijze toelichting<sup>226</sup> staat bij art. 1 Wet BIG dat het in het eerste lid vermelde begrip individuele gezondheidszorg van belang is aangezien daardoor de reikwijdte van de wet wordt bepaald, hetgeen ook de plaatsing van het artikel voorop verklaart.<sup>227</sup>

#### 2.6.4 Vooronderzoek: artikelen 65 lid 3, 66 en 74

Bepalingen over het vooronderzoek vindt men voor het regionale en het centrale tuchtcollege respectievelijk in de artikelen 65 lid 3, 66 en 74 Wet BIG. Voordat de behandeling van de klacht ter zitting plaatsvindt wordt een vooronderzoek verricht: nieuw is dat dit bij het regionale tuchtcollege verplicht is. Doel van het vooronderzoek is het bijeenbrengen van zoveel mogelijk gegevens teneinde een voorlopig inzicht te verkrijgen in de gedragingen waarover is geklaagd, zodat de plenaire behandeling die ter terechtzitting plaatsvindt slagvaardiger en efficiënter kan plaatsvinden.<sup>228</sup> Degene die het vooronderzoek leidt kan, indien de zaak hem daartoe geschikt lijkt, bij het horen van partijen trachten een minnelijke schikking tot stand te brengen. Met de (schriftelijke) vaststelling van een minnelijke schikking geeft de klager aan zijn klacht in te trekken en is

<sup>220</sup> Zie voor hier niet mee in overeenstemming zijnde jurisprudentie paragraaf 4.6.5.

<sup>221</sup> In de tekst: art. 62; later omgenummerd tot art. 47. Het gaat om de art. 3-beroepen.

<sup>222</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 120.

<sup>223</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 74.

<sup>224</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 74.

<sup>225</sup> *Kamerstukken II 1987/88*, 19 522, nr. 7, p. 97-8.

<sup>226</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 86.

<sup>227</sup> In de hoofdstukken 4 en 5 wordt aandacht besteed aan het feit dat dit artikel in stelling is gebracht ten bewijze van het feit dat het handelen van een geregistreerde buiten de individuele gezondheidszorg (de medisch directeur die organisatorische taken verricht) niet onder de reikwijdte van het tuchtrecht zou vallen.

<sup>228</sup> *Kamerstukken II 1985/86*, 19 522, nr. 3, p. 129.

de tuchtrechtelijke procedure beëindigd. Omdat geen sprake is van een onherroepelijke eindbeslissing is het mogelijk dat over dezelfde feiten nogmaals wordt geklaagd.

De vooronderzoeker (een of meer leden of de secretaris; niet de voorzitter) kan niet deelnemen aan de mondelinge behandeling van de zaak ter zitting van het college, omdat art. 6 EVRM een onpartijdige rechterlijke instantie vereist.<sup>229</sup> Klager en aangeklaagde worden tijdens het vooronderzoek in de gelegenheid gesteld mondeling en schriftelijk te worden gehoord. Ook anderen, zoals de IGZ, deskundigen en getuigen kunnen worden gehoord. De Wet BIG bevat een regeling van de bevoegdheid van de vooronderzoeker om plaatsen te betreden. De bevoegdheid van de vooronderzoeker tot inzage in dossiers is niet in de wet opgenomen, omdat zich in de praktijk hierbij zelden problemen voordoen.<sup>230</sup> Het vooronderzoek kan eindigen in een eindbeslissing: niet-ontvankelijkverklaring of afwijzing van de klacht. Het verplichte karakter van het vooronderzoek heeft tot gevolg dat elke ingediende klacht -ook al staat op voorhand vast dat de klacht niet ontvankelijk is- aan een vooronderzoek wordt onderworpen. (art. 66 lid 4). Bij de openbare behandeling van de Wet BIG verdedigde de staatssecretaris van volksgezondheid dit verplichte karakter met het argument dat het 'risico van het beperken van het vooronderzoek aanmerkelijk groter is dan de verlichting die het brengt door het niet in alle gevallen verplicht te stellen'.<sup>231</sup>

In tegenstelling tot het vooronderzoek bij het regionale tuchtcollege is het vooronderzoek bij het centrale tuchtcollege niet verplicht gesteld. Reden hiervoor was dat als regel de processtukken en het beroepschrift voldoende gegevens bevatten voor een behandeling ter zitting. Bovendien kan het centrale tuchtcollege het regionale tuchtcollege uitnodigen om inlichtingen te verstrekken. Dat betekent ook dat geen vooronderzoek plaatsvindt bij niet-ontvankelijkverklaring overeenkomstig art. 74 lid 1. Hier kan de voorzitter dus wel een klacht afdoen zonder vooronderzoek (zie paragraaf 2.6.2).

## 2.6.5 Samenstelling van de tuchtcolleges: artikelen 55 en 56

### De regeling in de Wet BIG

Art. 55 Wet BIG regelt de samenstelling van de vijf regionale tuchtcolleges en de benoeming en ontslag van de leden ervan. Art. 56 bevat een soortgelijke regeling voor het centrale tuchtcollege. Het regionale tuchtcollege bestaat uit twee rechtsgeleerde leden (juristen), van wie een de voorzitter is, en uit drie leden-beroepsgenoten. Het centrale tuchtcollege bestaat uit drie juristen, van wie een de voorzitter is, en uit twee leden-beroepsgenoten. De beroepsgenoten worden benoemd voor de categorie waartoe degene over wie is geklaagd behoort (art. 55 lid 2 jo art. 56 lid 3). Zij dienen BIG-geregistreerd te zijn (art. 55 lid 4 jo art. 56 lid 3). Bovendien maken alle plaatsvervangers deel uit van de colleges. Alle colleges hebben een secretaris-jurist (art. 55 lid 5 jo 56 lid 4), die een adviserende stem heeft in het college (art. 16 lid 2 Tuchtrechtbesluit). Vanaf de eerste behandeling ter zitting tot de beslissing in raadkamer blijft het college gelijk van samenstelling.

De voorzitter van een regionaal tuchtcollege kan bepalen dat het college in beperkte samenstelling rechtspreekt. In dat geval nemen alleen de voorzitter en twee leden-beroepsgenoten deel aan de zitting. De voorzitter kan hiertoe overgaan als 'een zaak hem

<sup>229</sup> *Kamerstukken II* 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 100, *Kamerstukken I* 1992/93, nr. 103d, p. 4: gebaseerd op arrest van Europese Hof De Cubber, *Publications de la Cour Européenne des Droits de l'homme*, 26 oktober 1984, vol. 86.

<sup>230</sup> *Kamerstukken II* 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 132.

<sup>231</sup> *Handelingen II*, 29 januari 1992, 45, p. 2946.

daartoe geschikt voorkomt' (art. 55 lid 2). Als een van de twee leden-beroepsgenoten het niet eens is met behandeling van de zaak in beperkte samenstelling, vindt behandeling plaats door het voltallige college. Het centrale tuchtcollege spreekt altijd recht in brede samenstelling.

Art. 55 lid 3 bepaalt dat de voorzitter (en plaatsvervanger(s)) voor het leven wordt benoemd bij KB op voordracht van de ministers van justitie en VWS. De overige leden worden bij KB benoemd op voordracht van de minister van VWS voor een periode van zes jaar (art. 55 lid 4); ze kunnen worden herbenoemd voor zes jaar. Er geldt een leeftijdsgrens van 70 jaar. Voor allen geldt dat op eigen verzoek tussentijds ontslag bij KB mogelijk is. De beroepsorganisatie speelde op grond van de wet een formele rol in de benoemingsprocedure, maar die is in de Wet BIG verdwenen. De Wet BIG stelt geen eisen aan de leden beroepsgenoten, behalve dat ze zijn ingeschreven in een BIG-register. Niet is vereist dat betrokkene het beroep ook uitoefent.<sup>232</sup>

De voorzitter-jurist wordt blijkens de wetstoelichting geacht een goede procesorde te bewaken, waarbij ook wordt gelet op de rechtspositie van klager en aangeklaagde. Aan de juristen is met name het oordeel of sprake is van een schending van het publieke belang bij een goede beroepsbeoefening. De beroepsgenoten hebben de vakinhoudelijke kennis om feiten en omstandigheden te toetsen aan de 'beroepsethiek en aan dat wat in de beroepsgroep leeft'.<sup>233</sup>

Als gevolg van deze gewijzigde samenstelling kan het eerder voorkomen dat de beklagde geen vakgenoot uit het eigen specialisme tegenover zich vindt. Hierin kan worden voorzien door bij de benoeming van plaatsvervangende leden beroepsgenoten een 'spreiding toe te passen over de verschillende specialismen', aldus de Memorie van Antwoord.<sup>234</sup> De samenstelling van een tuchtcollege in een bepaalde zaak kan dan worden afgestemd op de vereiste deskundigheid.

### Voor de Wet BIG

Voordat de Wet BIG in werking trad bestond het tuchtcollege in eerste aanleg uit een jurist, tevens voorzitter, en vier leden-beroepsgenoten. Ook het Voorontwerp ging nog uit van deze samenstelling van het regionale tuchtcollege. De beroepsinstantie bestond uit twee juristen, van wie een tevens voorzitter was, en drie leden-beroepsgenoten.

De gewijzigde samenstelling van de colleges -het vervangen van een beroepsgenoot door een jurist- is een van de vernieuwingen in het tuchtrecht met als doel de klager een sterkere positie te geven. Het is, aldus de Memorie van Antwoord, niet zozeer een reactie op 'berichten uit de samenleving' dat beroepsgenoten elkaar in het tuchtrecht de hand boven het hoofd houden. Hierover wordt in de Memorie van Antwoord opgemerkt dat 'onterechte gevoelens in de samenleving niet gehonoreerd moeten worden'.<sup>235</sup> Aan de gewijzigde samenstelling lag met name ten grondslag de opvatting dat, naast het toetsen van het handelen in de gezondheidszorg aan de beroepsethiek, ook de vraag aan de orde is wat de maatschappij mag verwachten van beroepsbeoefenaren. Daarbij is aangevoerd dat juridische vraagstukken een steeds grotere rol spelen in het tuchtrecht (WGBO, WPR etc). Overigens hebben de voorzitters van de tuchtcolleges tijdens de parlementaire behandeling hun bezwaren tegen de uitbreiding met juristen kenbaar gemaakt, vanwege vermindering van de beroepsinhoudelijke inbreng. De staatssecretaris meende echter dat dit zou kunnen worden opgevangen door het horen van deskundigen.<sup>236</sup>

Het onder de Medische Tuchtwet geldende beroep bij het gerechtshof (voor de zwaardere maatregelen) en de cassatiemogelijkheid bij de Hoge Raad voor arresten van het Hof zijn vervallen.<sup>237</sup>

<sup>232</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 120.

<sup>233</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 79.

<sup>234</sup> Kamerstukken II 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 102.

<sup>235</sup> Kamerstukken II 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 102.

<sup>236</sup> Brief van de staatssecretaris van WVC, Kamerstukken II 1991/92, 19 522, nr. 49, p. 8.

<sup>237</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 80; vóór de BIG fungeerde het gerechtshof als beroepsinstantie voor beslissingen in eerste aanleg waarbij geldboete, schorsing of ontzegging was opgelegd.

Mèt dit vervallen van het rechtsmiddel cassatie en de concentratie van het hoger beroep bij één instantie, heeft in de Wet BIG de juridische deskundigheid binnen het centrale tuchtcollege een zwaarder accent gekregen. Door deze wijziging kunnen in het centrale tuchtcollege de juristen nu de beroepsgenoten overstemmen. Enerzijds moet de beslissing van het centrale tuchtcollege een goed gefundeerd oordeel zijn, dat de steun van de beroepsgroep heeft. Anderzijds pleit het feit dat tuchtrecht recht kan zijn in de zin van art. 6 EVRM<sup>238</sup> niet voor een samenstelling waarbij de meerderheid uit beroepsgenoten bestaat, aldus de toelichting. Dit is in overeenstemming met andere, vergelijkbare van overheidswege getroffen tuchtregelingen.<sup>239</sup> Aldus wordt in hoger beroep gewaarborgd dat een juridisch verantwoorde behandeling zal plaatshebben. Anders dan in eerste instantie zal het accent in appel niet zozeer liggen op de vaststelling van feiten en omstandigheden als wel op hetgeen de beroepsgroep als norm ervaart en wat de samenleving in redelijkheid mag verlangen.<sup>240</sup>

## 2.6.6 Behandeling ter zitting: artikelen 65 lid 6, 68 en 70

### Spiedprocedure (art. 65 lid 6)

Als de IGZ van mening is dat de gezondheidszorg schade ondervindt van uitstel van behandeling van een klacht kan zij het tuchtcollege verzoeken om de klacht met spoed te behandelen. Dit geldt niet alleen voor klachten die van de IGZ afkomstig zijn maar ook voor klachten van andere klagers; zij kunnen de IGZ verzoeken om een verzoek tot een spoedprocedure te doen. De wettelijke termijnen worden dan bekort (art. 9 Tuchtrechtbesluit).

### Het raadplegen van externe deskundigen (art. 68)

In de Wet BIG is een regeling voor deskundigen en getuigen opgenomen. Het regionale tuchtcollege kan deskundigen oproepen en horen; zij zijn verplicht te verschijnen. Omwille van een versterking van de positie van de klager is bij amendement<sup>241</sup> de mogelijkheid toegevoegd dat ook klager en beklagde zelf deskundigen en getuigen kunnen oproepen of uitnodigen. Bij oproeping bestaat een plicht te verschijnen, bij uitnodiging niet. Deskundigen zijn verplicht te antwoorden maar kunnen zich beroepen op hun verschoningsrecht (artt. 217-219 Wetboek van Strafrecht).

### Openbaarheid (art. 70)

Een vernieuwing vergeleken bij de Medische Tuchtwet is dat als uitgangspunt in de wet de openbaarheid van zitting is opgenomen. Zowel het bevorderen van vertrouwen in het tuchtrecht als de eisen van art. 6 EVRM -publieke controleerbaarheid van de rechtspraak- lagen aan deze wijziging ten grondslag.<sup>242</sup> Naar aanleiding van een verzoek daartoe beslist de tuchtrechter of behandeling in het openbaar dan wel in beslotenheid plaatsvindt, en tevens of dat geldt voor de duur van de gehele zitting of voor een gedeelte daarvan.<sup>243</sup> Het besluit tot behandeling achter gesloten deuren wordt genomen als een van de in art. 6 EVRM genoemde gewichtige redenen zich voordoet.

## 2.6.7 Maatregelen en tenuitvoerlegging: artikel 48

Het arsenaal maatregelen uit de Medische Tuchtwet heeft een aantal wijzigingen ondergaan. Als gevolg van het wegvallen van de onbeperkte beroepsbescherming van de

<sup>238</sup> Dat is het geval bij een doorhaling of schorsing van de inschrijving.

<sup>239</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 79.

<sup>240</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 79.

<sup>241</sup> Kamerstukken II 1991/92, 19 522, nr. 35.

<sup>242</sup> Handelingen II, 29 januari 1992, 45, p. 2957.

<sup>243</sup> Kamerstukken II 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 137.



WUG zijn de schorsing in de uitoefening van het beroep en de ontzegging van de bevoegdheid niet langer gehandhaafd als maatregelen.<sup>244</sup> De in het stelsel van de nieuwe wet passende equivalenten van deze maatregelen zijn de schorsing (maximaal een jaar) en de doorhaling van de inschrijving in het BIG-register. Deze maatregelen houden overigens geen verbod in tot het uitoefenen van het beroep. Bij het opleggen van een doorhaling kan het college tevens als voorlopige voorziening een schorsing van de inschrijving opleggen; deze wordt direct van kracht (art. 48 lid 8). Deze voorziening houdt in dat de inschrijving geschorst blijft tot de beslissing tot doorhaling onherroepelijk is geworden of in beroep is vernietigd. Nieuw is de gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid ingeschreven in het register staand het beroep uit te oefenen. Nieuw zijn tevens de mogelijkheid van een voorwaardelijke schorsing van de inschrijving in het register (proeftijd maximaal twee jaar), de combinatie van boete en schorsing van de inschrijving (art. 48 lid 1) en de ontzegging van het recht wederom in het register te worden ingeschreven (art. 48 lid 3). De laatste maatregel is bedoeld voor degene die niet meer ingeschreven staat in het BIG-register (als gevolg van een doorhaling of omdat hij zijn registratie zelf heeft beëindigd), maar die een maatregel krijgt opgelegd voor handelen gedurende de tijd dat hij nog wel ingeschreven stond. Met deze bepaling wordt onder meer voorkomen dat iemand een doorhaling of schorsing ontloopt door zich uit het register te laten uitschrijven. Gehandhaafd zijn de waarschuwing, berisping en geldboete.

Tijdens de parlementaire behandeling is wel opgemerkt dat de maatregelen waarschuwing (zakelijke terechtwijzing) en berisping (verwijt, veroordeling) kinderachtig zijn. Daar staat volgens de Memorie van Toelichting tegenover dat degenen, die een waarschuwing of berisping krijgen opgelegd, dit in het algemeen ernstig opvatten en er diep van onder de indruk zijn.<sup>245</sup> Daarmee zouden deze maatregelen op zijn minst een corrigerende en voorlichtende werking hebben. Overigens verschillen ze slechts gradueel van elkaar, niet in essentie.<sup>246</sup>

Na een schorsing of doorhaling van de inschrijving kan degene, aan wie deze maatregel is opgelegd, in theorie werkzaam blijven op het gebied van de individuele gezondheidszorg, zolang hij maar niet zijn titel gebruikt en zich niet zelfstandig begeeft op voorbehouden terreinen. In de wetstoelichting spreekt de minister de verwachting uit dat het dan de facto niet mogelijk zal blijken het werk op de oude voet voort te zetten, gezien de wijze waarop de gezondheidszorg is georganiseerd en het stelsel van sociale verzekeringen. Alleen een strafrechtelijke veroordeling kan een persoon geheel en al beletten om nog zijn beroep uit te oefenen.<sup>247</sup>

Als een klacht gegrond wordt verklaard, moet een maatregel worden opgelegd. De Wet BIG bevat geen mogelijkheid de beklagde schuldig te verklaren zonder toepassing van een maatregel. De minister wees die suggestie van kamerleden af met het argument dat het gegrond verklaren zonder toepassing van een maatregel in feite neerkwam op het geven van een waarschuwing of -bij een zwaarder vergrijp- een berisping.<sup>248</sup> De wel geopperde mogelijkheid van een verplichting tot vergoeding van de schade door beklagde aan klager is door de minister van de hand gewezen, omdat een dergelijke, op individuele genoegdoening van de klager gerichte maatregel zich niet goed verdraagt met het doel van het tuchtrecht, hetgeen niet is het verschaffen van individuele genoegdoening aan de klager, maar handhaving van gedragsregels van beroepsbeoefenaren die het openbaar belang dienen.

<sup>244</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 104-105.

<sup>245</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 64-65, 76.

<sup>246</sup> Kamerstukken II 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 99.

<sup>247</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 77.

<sup>248</sup> Kamerstukken II 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 99.

Art. 48 lid 5 bepaalt dat de tenuitvoerlegging van de maatregelen van schorsing en doorhaling van de inschrijving in het register 'vanwege onze minister' plaatsvindt. Niet in de wet is geregeld wie bij niet-naleving van de voorwaarden, die bij een voorwaardelijke schorsing zijn opgelegd, de tenuitvoerlegging vordert. Evenmin bevat de wet een regeling voor het ten uitvoer leggen van de maatregel gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid ingeschreven in het register staand het beroep uit te oefenen.

### 2.6.8 College van Medisch Toezicht (CMT): artikelen 79-85

Anders dan in de Medische Tuchtwet is in de Wet BIG de regeling inzake het opleggen van maatregelen wegens ongeschiktheid afzonderlijk geregeld, in Hoofdstuk VIII. Een apart college oordeelt over geregistreerden die als gevolg van lichamelijke of geestelijke ziekte of als gevolg van verslaving (alcohol, verdovende middelen) niet geschikt zijn het beroep uit te oefenen. De reden voor deze aparte status is dat het, anders dan in het tuchtrecht, niet zozeer gaat om sancties op misdragingen. De maatregelen die het CMT kan nemen vervullen vooral een preventieve en beveiligende functie.<sup>249</sup> Beoordeling van de geschiktheid vindt niet plaats bij de eerste inschrijving in het register, met uitzondering van de weigering een geestelijk gestoorde curandus in te schrijven.

Volstaan is met één college voor het gehele land, omdat het aantal procedures naar verwachting aan de lage kant zal zijn.<sup>250</sup> De regeling is van toepassing op alle BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren. Ten aanzien van degenen die niet (meer) zijn ingeschreven bestaat geen behoefte aan bescherming van het publiek tegen ongeschiktheid, aldus de wetstoelichting, omdat deze lieden niet (meer) de vertrouwenwekkende wettelijk beschermde titel voeren.<sup>251</sup>

Alleen de regionale inspecteur of de hoofdinspecteur van de IGZ kan een schriftelijke voordracht bij het CMT doen. Deze beperking van het doen van voordrachten tot de IGZ wordt niet nader toegelicht in de Memorie van Toelichting. De (hoofd)inspecteur doet hierin tevens een voorstel voor een maatregel. Het CMT kan 1. betrokkene binden aan bijzondere voorwaarden, 2. een gedeeltelijke ontzegging opleggen van de bevoegdheid in het register ingeschreven staande het beroep uit te oefenen en 3. de inschrijving in het BIG-register doorhalen (art. 80). Beroep tegen een beslissing van het CMT kan worden ingesteld bij het centrale tuchtcollege. Een spoedprocedure werd niet nodig geacht<sup>252</sup>; het college kan bij de beslissing bepalen dat deze onmiddellijk van kracht wordt (art. 80 lid 3). Het hoofdstuk bevat voorts bepalingen over herstel, samenstelling van het CMT (twee juristen, drie artsen<sup>253</sup>), benoeming en ontslag, de inhoud van de voordracht, het vooronderzoek, het geneeskundig onderzoek van betrokkene, het inzien van processtukken, de zitting en de uitspraak.

## 2.7 Strafbepalingen

### 2.7.1 Handhaving en toezicht in de Wet BIG

De met de Wet BIG geïntroduceerde afschaffing van het integrale verbod tot uitoefening van de geneeskunst is voorzien van een aantal waarborgen. Eén daarvan is het voorbehouden van een aantal risicovolle handelingen aan gekwalificeerden (artt. 35-38). Daarnaast diende, aldus de Memorie van Toelichting, 'een in de strafrechtelijke sfeer liggende bepaling in het leven te worden geroepen, die het mogelijk maakt de ongekwalificeerde die schade of een aanmerkelijke kans daarop doet ontstaan, te

<sup>249</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 137.

<sup>250</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 141.

<sup>251</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 137.

<sup>252</sup> Kamerstukken II 1991/92, 19 522, nr. 20, p. 50.

<sup>253</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 141.

vervolgen, ongeacht of hij -onbevoegdlijk- een voorbehouden gebied heeft betreden'.<sup>254</sup> Art. 436 Wetboek van Strafrecht, dat een verbod inhoudt tot het uitoefenen van een beroep waarvan de wet toelating vordert, zou immers geen soelaas meer bieden, na het wegvallen van het verbod van onbevoegde uitoefening van de geneeskunst, zoals dat was neergelegd in de WUG.

Deze strafbepalingen zijn te vinden in Hoofdstuk X, dat uit acht artikelen bestaat (artt. 96-103).<sup>255</sup> Voor de acht art. 3-beroepen bestaat daarnaast het tuchtrecht (artt. 47-85). De ratio van het bestaan van strafbepalingen naast het tuchtrecht is het verschil tussen beide in doelstelling, norm en sancties. Zo is het bewijs in strafzaken aan strengere regels gebonden (bewijs van alle delictselementen, causaal verband-vereiste) dan in het tuchtrecht en kent het strafrecht ook de schuldigverklaring zonder toepassing van straf, die onbekend is in het tuchtrecht. Bovendien geldt het tuchtrecht niet voor alle beroepen.

Met de bestuursrechtelijke handhaving is de IGZ belast (artt. 86-87a). Zij beschikt over de bevoegdheid een bevel te geven als art. 3- en art. 34-beroepsbeoefenaren niet, onvoldoende of onjuist voldoen aan de eisen van art. 40, het kwaliteitsartikel.<sup>256</sup> Bij overtreding van dat bevel kan de minister bestuursdwang toepassen of een dwangsom opleggen. Bij AMvB kunnen op grond van art. 40 regels worden gesteld waarvan de overtreding een strafbaar feit oplevert.

## 2.7.2 Verorzaken van (aanmerkelijke kans op) schade: artikel 96

Achtereenvolgens worden de diverse delictsbestanddelen beschreven.

### Normadressaat

Art. 96 is allereerst gericht tot degenen die niet in het BIG-register zijn ingeschreven. Daarnaast is art. 96 gericht tot degenen die wèl staan ingeschreven in een register maar die in de uitoefening van de individuele gezondheidszorg kennelijk treden buiten hun, in de wet omschreven, deskundigheidsgebied.<sup>257</sup> Doel van het artikel is het strafbaar stellen van het veroorzaken van schade en de kans daarop door ongekwalificeerden, dat wil zeggen alle niet-geregistreerden maar ook 'grensoverschrijdende' geregistreerden èn art. 34-beroepsbeoefenaren. Voor de laatste categorie is een vierde lid aan het artikel toegevoegd. Omdat art. 34-beroepsbeoefenaren niet geregistreerd zijn, zou art. 96 ook van toepassing op het handelen van deze beroepsgroep binnen hun deskundigheidsgebied. In de wetstoelichting wordt opgemerkt dat dit 'te ver' zou gaan.<sup>258</sup> Net als de art. 3-beroepsbeoefenaren zijn art. 34-beroepsbeoefenaren alleen strafbaar wanneer zij buiten hun deskundigheidsgebied treden.<sup>259</sup>

### Het verbod

Strafbaar is het veroorzaken van schade aan de gezondheid van een ander èn het veroorzaken van een aanmerkelijke kans daarop bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg (art. 96 lid 1). Als de beroepsbeoefenaar weet of ernstige reden heeft om te vermoeden dat hij schade of een aanmerkelijke kans op schade veroorzaakt, is de straf hoger (art. 96 lid 2) en wordt het feit zelfs als misdrijf aangemerkt (art. 102). De beroepsbeoefenaar kan in zo'n geval worden ontzet uit het

<sup>254</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 149.

<sup>255</sup> Art. 100a wordt hier niet behandeld. Art. 100b is vervallen bij Stb. 1999, 30 (Reparatiewet I)

<sup>256</sup> Art. 40 verplicht de solistisch werkende beroepsbeoefenaar tot het bieden van verantwoorde zorg.

<sup>257</sup> Voor artsen is het deskundigheidsgebied omschreven in art. 19, voor tandartsen in art. 21, voor apothekers in art. 23, voor gezondheidszorgpsychologen in art. 25, voor psychotherapeuten in art. 27, voor fysiotherapeuten in art. 29, voor verloskundigen in art. 31 en voor verpleegkundigen in art. 33 Wet BIG

<sup>258</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 151.

<sup>259</sup> Voor de art. 34-beroepen is het deskundigheidsgebied omschreven in de krachtens art. 34 tot stand gekomen AMvB's.

recht zijn beroep uit te oefenen (art. 96 lid 3). Niet strafbaar is het treden buiten het deskundigheidsgebied zonder dat sprake is van (een kans op) schade. In theorie kan dit handelen wel onder de (ruimere) norm van het tuchtrecht vallen.

De strafbepaling is beperkt tot het 'verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg'.<sup>260</sup> In de toelichting bij art. 96 staat dat dit 'ruim moet worden opgevat'. Het gehele doen en laten van de zorgverlener wordt eronder verstaan, ook advisering en het achterwege blijven van behandeling of advisering.<sup>261</sup> Art. 96 is niet alleen van toepassing op degenen die zich beroepsmatig bezighouden met gezondheidszorg, maar ook op degenen die slechts incidenteel individuele gezondheidszorg verlenen.<sup>262</sup>

### **Schade**

Op vragen van kamerleden naar een nadere precisering van 'schade' antwoordde de minister dat dit een moeilijk te omschrijven begrip is. Hij wees erop dat ook in (het toenmalige) art. 1401 BW het begrip schade niet was geconcretiseerd: 'het begrip is in de jurisprudentie verder uitgewerkt'.<sup>263</sup> Duidelijk is wel, zoals gezegd, dat de bepaling van toepassing is op het doen en laten van de beroepsbeoefenaar. Zo valt het niet of niet tijdig doorverwijzen door een niet-gekwaliceerde beroepsbeoefenaar van een patiënt naar een wél gekwalificeerde er in principe onder. De schade hoeft niet het gevolg te zijn van een behandeling, maar kan ook uit een verkeerd advies voortkomen. Handelen in een noodsituatie valt niet onder art. 96.<sup>264</sup> Van nood is sprake als plotselinge hulpverlening noodzakelijk is en deze niet meteen van een gekwalificeerde te verkrijgen is.

### **Aanmerkelijke kans op schade**

Het element 'aanmerkelijke kans op schade' was al in het voorontwerp opgenomen, maar is in 1986 geschrapt op advies van de Commissie Geelhoed die wees op de relatieve nadelen van die formulering, onder andere gelegen in een meer complexe bewijslast.<sup>265</sup> Niettemin is de passage bij amendement weer opgenomen in de wet. De minister antwoordde op vragen van verontruste kamerleden, die het een 'vaag begrip' achtten, dat het 'niet zo'n 'dramatisch' amendement' betrof. Het begrip aanmerkelijke kans op schade was, aldus de minister, een begrip waarmee onze strafrechter al gewend is om te gaan. 'Het heeft niets willekeurigs en past in de algemene leer van het voorwaardelijk opzet'.<sup>266</sup> Dat wordt, blijkens jurisprudentie, aanwezig geacht als de verdachte een aanmerkelijke kans heeft aanvaard dat het in de delictsomschrijving bedoelde gevolg zal optreden. Het amendement werd ingegeven door de vrees dat vervolging van alternatieve behandelaars met bedenkelijke praktijken die (nog) geen schade hadden teweeggebracht moeilijker zou zijn dan voorheen, als gevolg van het wegvallen van de bescherming van de geneeskunst.

### **(Aanmerkelijke kans op) schade door alternatieve behandelaars**

Op een vraag van kamerleden naar de werking van art. 96 ten aanzien van de alternatief werkende (geregistreerde) arts antwoordde de minister destijds: 'Gezien het feit dat het deskundigheidsterrein van de arts het gehele gebied van de geneeskunst omvat, zal van

<sup>260</sup> Definitie in art. 1 Wet BIG.

<sup>261</sup> *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 150.

<sup>262</sup> *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 149.

<sup>263</sup> *Kamerstukken II* 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 138.

<sup>264</sup> Dat wil zeggen: er is 'dringend geneeskundige hulp nodig maar niet terstond van een bevoegde te krijgen', HR 26 maart 1957, NJ 1957, 473.

<sup>265</sup> *Handelingen II*, 29 januari 1992, 45, p. 2945 en 2960.

<sup>266</sup> *Handelingen II*, 29 januari 1992, 45, p. 2946.

overschrijding evenwel geen sprake zijn en is art. 96 niet van toepassing'.<sup>267</sup> Geneeskunst is historisch gezien een ruim begrip: elke raad of daad met de werkelijke of vermeende strekking een genezende werking op een zieke mens uit te oefenen. Geen enkele arts is bekwaam op dat gehele gebied. Daarom was er behoefte aan een bepaling zoals art. 36 lid 14. Dit bepaalt dat de arts bevoegd is tot datgene waartoe hij bekwaam is, dat wil zeggen hij moet handelen binnen de grenzen van zijn kennen en kunnen. Een strafsanctie is op die bepaling niet gesteld, maar art. 96 zou hier van toepassing kunnen zijn. Zo niet, dan zal slechts sprake kunnen zijn van een tuchtrechtelijke toetsing. Dit zal zich niet snel voordoen bij andere alternatief werkende geregistreerden (bijvoorbeeld de fysiotherapeut die haptotherapie of haptonomie bedrijft) omdat het deskundigheidsgebied nauwer is omschreven.

### **Deskundigheidsgebied**

Hoe kunnen het OM en de strafrechter beoordelen dat een art. 3- of art. 34-beroepsbeoefenaar buiten zijn deskundigheidsgebied is getreden?<sup>268</sup> De deskundigheidsgebieden van de arts, tandarts, apotheker en verpleegkundige zijn ruim omschreven. De rechter zal in het algemeen varen op hetgeen gebruikelijk is in de kring der beroepsgenoten.

### **2.7.3 Overtreding van de bevoegdheidsregeling inzake voorbehoudenhandelingen: artikel 97**

Art. 97 stelt strafbaar het verrichten van voorbehouden handelingen zonder daartoe bevoegd te zijn, omdat dit een aanmerkelijk gevaar voor de gezondheid van de patiënt kan opleveren. Onbevoegd is degene die niet voldoet aan de eisen die worden gesteld in de artikelen 35 en 38. In art. 35 zijn de voorwaarden vastgelegd waaraan de opdrachtnemer van een voorbehouden handeling moet voldoen, in art. 38 liggen de voorwaarden voor de opdrachtgever vast. De strafbepaling werd nodig geacht omdat als gevolg van het wegvallen van het stelsel van beroepsbescherming art. 436 Wetboek van Strafrecht in feite geen betekenis meer had.

### **2.7.4 Niet naleven van beperkingen en voorwaarden door geregistreeerde: artikel 98**

Een tuchtcollege, het CMT of de minister kan voorwaarden opleggen aan een geregistreeerde beroepsbeoefenaar of beperkingen opleggen terzake van zijn bevoegdheid. Het niet naleven van deze voorwaarden of beperkingen is strafbaar gesteld in art. 98. Het gaat daarbij om door de minister opgelegde beperkingen in de bevoegdheid van een buitenlands gediplomeerde, om een door het tuchtcollege of het CMT opgelegde gedeeltelijke ontzegging en om door het CMT opgelegde voorwaarden.<sup>269</sup>

### **2.7.5 Ten onrechte voeren van een titel: artikelen 99 en 100; strafbepaling inzake artikel 40: artikel 101**

De strafrechtelijke handhaving van de titelbescherming is te vinden in de artikelen 99 en 100. Art. 99 stelt strafbaar het voeren van een (specialisten)titel of bijbehorend onderscheidingsteken na een onherroepelijke beslissing tot schorsing of doorhaling van de inschrijving in het register door het tuchtcollege. Ook het voeren van een titel die lijkt op de oorspronkelijke titel is verboden. Alle overige gevallen van het ten onrechte voeren van een titel zijn strafbaar gesteld in art. 100. De bepaling is tot eenieder gericht.

Art.101 is van toepassing als de overtreding van een voorschrift krachtens art. 40 als

<sup>267</sup> *Kamerstukken II 1987/88, 19 522, nr. 7, p. 138; toen nog art. 109; later omgenummerd tot art. 96.*

<sup>268</sup> *Vragen Raad BIG, Bundel Symposium Toezicht en Sancties Wet BIG, 16-11-1995, p. 2.*

<sup>269</sup> *Respectievelijk in de artikelen 41 lid 3 sub b, 48 lid 1 sub e, 80 lid 1 sub b en 105 lid 3.*

strafbaar feit is aangeduid<sup>270</sup> (zie paragraaf 2.7.1).

### **2.7.6 Strafmaat**

De op de artikelen 96 lid 1, 97, 98 en 99 gestelde straffen zijn gelijk: hechtenis van ten hoogste drie maanden of geldboete van de tweede categorie, dat wil zeggen maximaal €2.250. Overtreding van art. 96 lid 2 kan worden bestraft met gevangenisstraf van ten hoogste zes maanden of een geldboete van de derde categorie, dat wil zeggen €4.500. Art. 96 lid 3 maakt het mogelijk overtreding van art. 96 lid 1 of 2 te bestraffen met de bijkomende straf ontzetting uit het recht het beroep uit te oefenen. De in de artikelen 100 en 101 genoemde sanctie is een geldboete van de tweede categorie. Alle strafbaar gestelde feiten zijn gekwalificeerd als overtredingen, met uitzondering van art. 96 lid 2 (art. 102). Art. 103 verzwaart de straffen als sprake is van recidive.

---

<sup>270</sup> *Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 150.*

# 3

## De Wet BIG in de praktijk: het vragenlijstenonderzoek

### 3.1 Algemene inleiding

Om te onderzoeken hoe de Wet BIG in de praktijk functioneert zijn vragenlijsten gestuurd naar representatieve steekproeven van 1.455 burgers (Consumentenpanel Nivel), 1.700 artsen (2 maal 400 huisartsen, 350 gynaecologen, 250 internisten en 300 psychiaters), 3.200 verpleegkundigen, 300 verloskundigen, 475 fysiotherapeuten, 600 tandartsen, 300 mondhygiënisten en ongeveer 500 zorginstellingen. Daarnaast zijn alle 388 leden van de tuchtcolleges gezondheidszorg en 43 advocaten schriftelijk benaderd met een vragenlijst. De respons op deze vragenlijsten was hoog. Behalve van de tandartsen (56%) was deze steeds 60% of meer. Van de leden van de tuchtcolleges was de respons het hoogst: 89%. Tot slot is door telefonisten van het BIG-register een vragenlijst voorgelegd aan ongeveer 130 personen (particuliere burgers, werkgevers en verzekeraars) die in de periode oktober 2001 tot februari 2002 het BIG-register raadpleegden over een specifieke beroepsbeoefenaar.<sup>271</sup>

Aan de burgers en beroepsbeoefenaren zijn vragen voorgelegd over hun kennis, ervaringen met en opvattingen over de Wet BIG. Door te onderzoeken of bepaalde kennis bij burgers en beroepsbeoefenaren aanwezig is, wat concrete ervaringen of gedragingen zijn (geweest) en welke attitude en opvattingen zij hebben, kunnen knelpunten en verbeterpunten in kaart worden gebracht. Instellingen zijn vooral gevraagd naar de praktijk in de instelling en naar ervaren knelpunten met de Wet BIG. De leden van de tuchtcolleges en advocaten kregen met name vragen over hun ervaringen met en opvattingen over het huidige tuchtrecht voorgelegd. De vragen aan de raadplegers van het BIG-register gingen onder meer over de reden van en de ervaringen met het raadplegen van het BIG-register. In dit hoofdstuk worden de resultaten van het vragenlijstenonderzoek beschreven, alsmede empirisch materiaal dat uit andere bronnen is verkregen (o.a. jaarverslagen BIG-register, bestanden IGZ).<sup>272</sup>

### 3.2 Constitutieve registratie en titelbescherming

#### 3.2.1 Inleiding

In hoofdstuk 2 is beschreven hoe en waarom registratie en titelbescherming in de Wet BIG zijn geregeld. Vragen over registratie en titelbescherming zijn aan burgers en alle werkzame en niet-werkzame beroepsbeoefenaren voorgelegd.

<sup>271</sup> Zie voor een uitgebreide beschrijving en de verantwoording van het vragenlijstenonderzoek bijlage 6.

<sup>272</sup> Afronding: Percentages zijn vrijwel altijd tot gehele getallen afgerond. Dat impliceert dat de som van alle percentages die op een zelfde totaal betrekking hebben niet altijd precies 100 is. Een getal dat (bij afronding) op 0 uitkwam is als '-' weergegeven. Wanneer een bepaalde vraag niet is voorgelegd aan een respondentgroep is dit in de tabellen opengelaten.

Ontbrekende gegevens: Daar waar in het vragenlijstenonderzoek het aantal ontbrekende gegevens (zgn. usermissings) relatief gering was en waarschijnlijk niet tot vertekening aanleiding zou geven, zijn ze genegeerd en evenredig verdeeld over de andere categorieën.

In deze paragraaf wordt weergegeven in hoeverre burgers en beroepsbeoefenaren op de hoogte waren van registratie en titelbescherming.(3.2.2) Beschreven wordt voorts hoeveel beroepsbeoefenaren inmiddels zijn ingeschreven in het BIG-register en het Kwaliteitsregister Paramedici<sup>273</sup>, wat redenen van beroepsbeoefenaren waren om zich te laten inschrijven en of zij van plan zijn zich te zijner tijd te laten herregistreren. Daarna komt aan de orde in hoeverre burgers en huisartsen in de praktijk beschermde titels laten meewegen bij de keuze om naar een bepaalde beroepsbeoefenaar te gaan respectievelijk bij een verwijzing. Ten aanzien van instellingen wordt weergegeven of en, zo ja, hoe zij nagaan of bij hen (nieuwe) werkzame beroepsbeoefenaren terecht hun titel voeren. Beschreven wordt ook waarom particuliere burgers, werkgevers en verzekeraars het BIG-register raadpleegden, of zij de gewenste informatie verkregen en wat hun ervaringen waren met het raadplegen van het BIG-register(3.2.3). Tenslotte worden de opvattingen van burgers en beroepsbeoefenaren over (her)registratie en titelbescherming weergegeven(3.2.4).

Het aantal niet-werkzame beroepsbeoefenaren onder de respondenten was, behalve onder de verpleegkundigen, verwaarloosbaar klein (1-8% resp. 33% niet meer werkzaam). Uitsluitend bij de verpleegkundigen is daarom gekeken naar verschillen tussen werkzame en niet-werkzame verpleegkundigen in de beantwoording van de vragen. Daar waar er verschillen waren, worden deze vermeld.

Voorafgaand aan de vragen over registratie en titelbescherming is aan burgers gevraagd of zij, voor zij de vragenlijst ontvingen, wel eens hadden gehoord van wettelijk beschermde titels in de gezondheidszorg en van het BIG-register. De vragen zijn alleen beantwoord door burgers die deze vragen beantwoordden met 'ja, zeker wel' of 'ja, ik geloof van wel'. Burgers die aangaven nog nooit te hebben gehoord van beschermde titels in de gezondheidszorg of van het BIG-register zijn bij de kennisvragen meegerekend met degenen die het antwoord 'weet niet' gaven (3.2.2).

### **3.2.2 Kennis over registratie en titelbescherming**

#### **Titelbescherming**

Om na te gaan in hoeverre burgers op de hoogte zijn van wettelijk beschermde titels is hierover aan hen een aantal beweringen voorgelegd. Tweederde van hen (68%) had wel eens van dergelijke titels gehoord. Uit tabel 3.2.1 blijkt dat van de titels arts en tandarts het best bekend was, dat deze beschermd zijn (66% resp. 64% juiste antwoorden). Ruim de helft wist dat de titel fysiotherapeut beschermd is en dat de titel paranormaal genezer dat niet is (beide 55% juiste antwoorden). Ten aanzien van de andere gevraagde beschermde en niet-beschermde titels was men (veel) minder goed op de hoogte (5-47% juiste antwoorden) en gaf 40-59% aan niet te weten of deze titels al dan niet beschermd zijn. Dat de titel psycholoog geen beschermd titel is, was vrijwel niet bekend onder burgers (5% juiste antwoorden).

<sup>273</sup> Het Kwaliteitsregister Paramedici is geen wettelijk register maar een vrijwillig register, dat is ingesteld door de beroepsverenigingen van een aantal paramedische beroepen. Het bestaat uit een basisregistratie en een kwaliteitsregistratie. De basisregistratie is de eerste inschrijving in het register (dit was mogelijk vanaf juni 2000). Inschrijving in het kwaliteitsregister is mogelijk na 5 jaar, wanneer de beroepsbeoefenaar voldoet aan de door de beroepsvereniging vastgestelde kwaliteitscriteria (zie verder paragraaf 4.2.3).



Tabel 3.2.1

Kennis van burgers over wettelijk beschermde titels: percentage juiste, onjuiste en 'weet niet' antwoorden betreffende het al dan niet beschermd zijn van een titel.

Gevraagde titels		COPA n=909 %	
Beschermd	Juist	Onjuist	Weet niet
• Arts	66	1	33
• Tandarts	64	1	35
• Fysiotherapeut	55	6	40
• Verpleegkundige	47	13	40
• Gezondheidszorgpsycholoog	30	12	58
Artikel 34			
• Logopedist	44	8	48
• Diëtist	31	18	50
• Ergotherapeut	29	14	57
• Mondhygiënist	27	20	54
Niet-beschermd			
• Paranormaal genezer	55	1	44
• Iriscopist	37	8	56
• Tandartsassistent	36	18	46
• Voedingsdeskundige	35	11	55
• Acupuncturist	35	9	56
• Doktersassistent	33	20	48
• Opticien	25	27	48
• Chiropractor	22	19	59
• Psycholoog	5	55	40

Ook is aan beroepsbeoefenaren gevraagd of de titels van beroepsgroepen met wie zij regelmatig samenwerken (bijv. in een ziekenhuis) of naar wie zij verwijzen volgens hen beschermd zijn. Dat de titels van art. 3-beroepen beschermd zijn was redelijk tot goed bekend bij beroepsbeoefenaren. Nagenoeg alle beroepsbeoefenaren wisten dat de titel arts beschermd is (98-100% juiste antwoorden). Van de verpleegkundigen, artsen en verloskundigen wist ook het merendeel dat de titel verpleegkundige een beschermde titel is (90-95% juiste antwoorden). Van de verloskundigen, gynaecologen en internisten wist zo'n 95% dat van de titel verloskundige (95-98% juiste antwoorden). Dat de titel diëtist een beschermde titel is, was bij minder dan de helft van de artsen, verpleegkundigen en verloskundigen bekend (37-48% juiste antwoorden), dat de titel voedingsdeskundige geen beschermde titel is was bij zo'n tweederde van hen bekend (63-69% juiste antwoorden). Van de psychiaters wist bijna driekwart dat de titel gezondheidszorgpsycholoog een beschermde titel is (72% juiste antwoorden), 46% dat de titel psycholoog dat niet is.

### Functies BIG-register

Aan burgers en beroepsbeoefenaren (m.u.v. huisartsen en mondhygiënisten) is voorts in de vorm van beweringen gevraagd naar de functies van het BIG-register. Een kwart van de burgers (26%) had wel eens gehoord van het bestaan van het BIG-register. Veel burgers waren derhalve niet op de hoogte van de functies van het BIG-register. Bij beroepsbeoefenaren was alleen de functie 'het registreren van beroepsbeoefenaren die aan bepaalde eisen voldoen' goed bekend (96-99% juiste antwoorden). Dat het BIG-register ook desgevraagd aan een ieder informatie verstrekt over beroepsbeoefenaren was bij hen minder goed bekend (20-53% juiste antwoorden). Ook was bij een groot aantal van hen niet bekend dat bij het BIG-register niet kan worden nagegaan of iemand een waarschuwing of berisping heeft gekregen (33-53% juiste antwoorden). Wel wist steeds een meerderheid dat een ieder bij het BIG-register over een ingeschreven beroepsbeoefenaar kan nagaan of deze een bepaalde handeling niet (meer) mag verrichten (55-70% juiste antwoorden). (tabel 3.2.2)

Tabel 3.2.2

Kennis over de functies van het BIG-register: percentage respondenten dat terecht juist of onjuist antwoordde op de voorgelegde beweringen

Functies van het BIG-register zijn*:	COPA n=929 %	G/I n=363 %	PSY n=180 %	VPLK n=2215 %	VLK n=229 %	FYS n=224 %	TA n=326 %
<b>Algemeen:</b>							
• Het registreren van beroepsbeoefenaren die aan bepaalde eisen voldoen ( <i>juist</i> )	23	98	99	97	99	98	96
• Desgevraagd aan een ieder informatie verstrekken over beroepsbeoefenaren ( <i>juist</i> )	9	39	53	20	28	35	41
<b>Het bijhouden van:</b>							
• De gevolgde bij- en nascholing door beroepsbeoefenaren ( <i>onjuist</i> )	4	69	68	49	39	60	62
• Het aantal jaren werkervaring van beroepsbeoefenaren ( <i>onjuist</i> )	7	60	62	56	47	60	62
• Aantallen beroepsbeoefenaren in de zorg t.b.v. de beroepskrachtenplanning ( <i>onjuist</i> )	6	52	44	38	35	30	31
<b>Dat een ieder over een ingeschreven beroepsbeoefenaar kan nagaan of deze:</b>							
• Een bepaalde handeling niet (meer) mag verrichten ( <i>juist</i> )	14	62	70	57	68	66	55
• Een waarschuwing of berisping heeft gekregen van de tuchtrechter ( <i>onjuist</i> )	7	53	37	33	34	42	51
• Een overtreding of misdrijf heeft begaan* ( <i>onjuist</i> )	12	66	72	51	60	62	67

\* Bij burgers (COPA) is naar het doel van het BIG-register gevraagd en is bij de laatste bewering 'buiten de beroepsuitoefening' toegevoegd.

### Strafbaarheid

Tot slot is aan artsen nog de bewering voorgelegd: beroepsbeoefenaren die zich voordoen als arts, maar dat niet zijn, zijn strafbaar. Aan verpleegkundigen, verloskundigen, tandartsen en mondhygiënisten is een vergelijkbare bewering voorgelegd ten aanzien van het eigen beroep. Met uitzondering van mondhygiënisten (82%) wisten minimaal 9 van de 10 respondenten (90-96%) dat deze beroepsbeoefenaren strafbaar zijn.

### 3.2.3 Registratie en titelbescherming in de praktijk

#### Aantallen inschrijvingen BIG-register en Kwaliteitsregister Paramedici

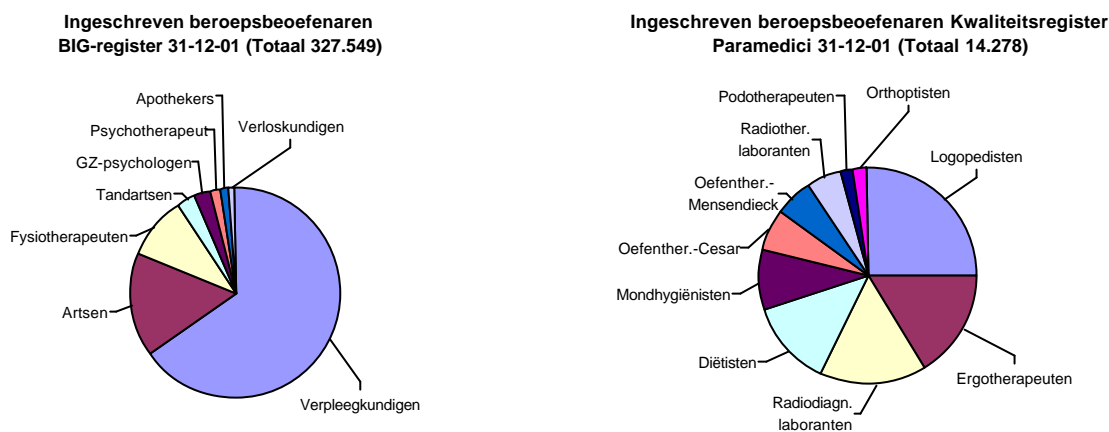
Uit het jaarverslag van het BIG-register van 2001 blijkt, dat het BIG-register eind december 2001 327.549 ingeschreven beroepsbeoefenaren telde: 213.128 verpleegkundigen, 52.602 artsen (waarvan 29.111 specialisten), 31.461 fysiotherapeuten, 9.139 tandartsen (waarvan 553 specialisten), 8.636 gezondheidszorgpsychologen, 5.623 psychotherapeuten, 4.453 apothekers en 2.507 verloskundigen. De meeste inschrijvingen vonden rond de inwerkingtreding van de Wet BIG plaats. In 2001 waren er 10.162 inschrijvingen van met name nieuw afgestudeerden. Doorhalingen kunnen op dit moment nog alleen plaatsvinden als gevolg van overlijden, op eigen verzoek en als gevolg van een tucht- of strafrechtelijke uitspraak (zie voor doorhalingen als gevolg van uitspraken paragraaf 3.5.3).

In het basisregister van het Kwaliteitsregister Paramedici waren eind 2001 14.278 beroepsbeoefenaren ingeschreven: 3.627 logopedisten, 2.261 ergotherapeuten, 2.196 radiodiagnostisch laboranten, 1.882 diëtisten, 1.291 mondhygiënisten, 878 oefentherapeuten-Cesar, 845 oefentherapeuten-Mensendieck, 734 radiotherapeutisch laboranten, 282 podotherapeuten en 282 orthoptisten.

#### Redenen inschrijving

Aan tandartsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten is gevraagd naar de reden(en) van inschrijving in het BIG-register. Deze vraag is niet aan huisartsen, internisten,

gynaecologen en psychiaters voorgelegd, omdat voor hen de reden voor inschrijving erg voor de hand ligt: zij konden alleen hun specialistentitel blijven behouden wanneer zij zich lieten inschrijven in het BIG-register. Uit tabel 3.2.3 blijkt dat veruit de belangrijkste reden van de tandartsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten om zich in te laten schrijven in het BIG-register was, dat dit nodig was voor hun beroepsuitoefening (71-91%). Een andere veel genoemde reden door de fysiotherapeuten en verpleegkundigen was, dat zij inschrijving zagen als een kwaliteitskenmerk van de door hen geleverde zorg (45% resp. 44%). Enkele tandartsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten hadden zich laten inschrijven, omdat zij dachten dat dit verplicht was (niet in tabel). Onder de niet-werkzame verpleegkundigen was de meest genoemde reden dat zij de mogelijkheid wilden openhouden om in de toekomst het beroep van verpleegkundige uit te oefenen (77%).



**Tabel 3.2.3**

**Redenen van tandartsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten om zich te laten inschrijven in het BIG-register**

Redenen inschrijving	TA	VPLK	FYS
	n=325 %	n=2223 %	n=225 %
• Dit was nodig voor mijn beroepsuitoefening	91	71	83
• De titel die ik sinds mijn opleiding gebruik wilde ik blijven gebruiken	29	35	31
• Ik zag inschrijving in het BIG-register als een kwaliteitskenmerk van de door mij geleverde zorg	12	44	45
• Ik wilde de mogelijkheid openhouden om in de toekomst het beroep van tandarts/verpleegkundige/fysiotherapeut uit te oefenen	21	44	22
• Mijn beroepsorganisatie raadde mij dit aan	23	13	34
• Dit was nodig om een contract met een zorgverzekeraar te kunnen afsluiten	11		31
• De toepasselijkheid van het wettelijk tuchtrecht na inschrijving		12	

Aan mondhygiënisten is eenzelfde soort vraag gesteld ten aanzien van inschrijving in het basisregister van het Kwaliteitsregister Paramedici. Van hen had 79% zich laten inschrijven in het basisregister omdat zij herkenbaar wilden zijn als deskundig beroepsbeoefenaar, 57% zag inschrijving in het register als een kwaliteitskenmerk van de door hem of haar geleverde zorg en 53% wilde zich na 5 jaar in het kwaliteitsregister kunnen inschrijven.

### Herregistratie

Aan de tandartsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten is voorts gevraagd of zij van plan waren zich te zijner tijd te laten herregistreren. Een ruime meerderheid (72-84%) was dit van plan, van de niet-werkzame verpleegkundigen 52% (35% weet niet). De drie meest gegeven toelichtingen door de tandartsen en werkzame verpleegkundigen waren: als dit

verplicht is of dit zal wel verplicht worden, dit zal nodig zijn voor mijn beroepsuitoefening en het is belangrijk voor de kwaliteit. De fysiotherapeuten noemden naast de laatste twee toelichtingen vooral dat dit nodig zal zijn om een contract met een zorgverzekeraar af te sluiten of te behouden. De niet-werkzame verpleegkundigen die aangaven van plan te zijn zich te zijner tijd te laten herregistreren, waren dat vooral van plan omdat zij de mogelijkheid wilden openhouden om in de toekomst weer als verpleegkundige aan de slag te gaan of om de titel te houden. Sommigen gaven aan dat dit afhankelijk zal zijn van de eisen voor herregistratie. Degenen die aangaven zich niet te laten herregistreren (4-7%) waren onder meer beroepsbeoefenaren die binnenkort zouden stoppen met werken, die inmiddels een andere functie hadden of die om andere redenen het nut van herregistratie niet inzagen. Van de mondhygiënist was 81% van plan zich te zijner tijd te laten inschrijven in het kwaliteitsregister. De meest genoemde toelichtingen waren dat zij inschrijving zagen als een kwaliteitskenmerk, dat zij herkenbaar wilden zijn als deskundig beroepsbeoefenaar en dat zij zich zouden laten inschrijven als dit haalbaar was.

### **Meewegen beschermde titels, navraag kwaliteit**

Van de burgers die wel eens van wettelijk beschermde titels hadden gehoord voordat zij de vragenlijst ontvingen (68%) liet ongeveer de helft (49%) bij de keuze om naar een bepaalde beroepsbeoefenaar te gaan altijd of meestal meewegen of deze een beschermde titel heeft. Een enkeling had wel eens het BIG-register geraadpleegd (1%). Van de burgers had 13% wel eens navraag gedaan naar de kwaliteit en/of deskundigheid van een medisch specialist, fysiotherapeut, alternatieve behandelaar of andere beroepsbeoefenaar. De meest genoemde redenen om geen navraag te doen waren, dat zij erop vertrouwden dat de beroepsbeoefenaar naar wie zij verwezen werden goed was (63%) en dat zij nooit klachten hadden gehad over een beroepsbeoefenaar (30%). Desgevraagd gaf driekwart van de huisartsen aan bij hun verwijzing naar een bepaalde beroepsbeoefenaar (buiten het ziekenhuis) mee te laten wegen of deze een beschermde titel heeft (42% in belangrijke mate en 33% enigszins).

### **Nagaan inschrijfstatus en diploma's**

Uit tabel 3.2.4 blijkt dat vrijwel alle instellingen (90-100%) bij *nieuwe* art. 3-beroepsbeoefenaren op de een of andere manier nagingen of en hoe zij waren ingeschreven bij het BIG-register. Het merendeel van de instellingen (81-97%) gaf aan de beroepsbeoefenaar naar een bewijs van inschrijving in het BIG-register te vragen, 7-31% gaf aan dit voor iedere nieuwe beroepsbeoefenaar na te gaan bij het BIG-register. Van *al* in de instelling *werkzame* art. 3-beroepsbeoefenaren werd door nogal wat instellingen (23-58%) niet (meer) nagegaan of de inschrijfstatus in het BIG-register was gewijzigd. Van de instellingen die van *al* werkzame beroepsbeoefenaren niet (meer) de inschrijfstatus nagingen, gaven enkele (3%) aan dat zij dit eenmalig hadden gedaan bij de invoering van de Wet BIG. (tabel 3.2.5)

**Tabel 3.2.4**

**Manieren waarop instellingen voor *nieuwe* art. 3-beroepsbeoefenaren nagaan of en hoe zij in het BIG-register zijn ingeschreven**

	Totaal n=401 %	ZH n=84 %	APZ n=29 %	VPLH n=135 %	PK n=26 %	RIAGG n=32 %	GGD n=32 %	TZ n=63 %
• Voor iedere nieuwe beroepsbeoefenaar wordt dit nagegaan bij het BIG-register	14	17	7	12	31	16	16	8
• Steekproefsgewijs wordt dit nagegaan bij het BIG-register	4	4	14	2	4	3	6	2
• Iedere nieuwe beroepsbeoefenaar wordt gevraagd naar bewijs van inschrijving in het BIG-register	87	91	97	82	81	94	84	87
• Bij twijfel of onduidelijkheid over de registratie wordt dit nagegaan bij het BIG-register	19	21	31	22	-	19	9	16
• Wordt niet nagegaan	5	1	-	8	4	-	3	10

**Tabel 3.2.5**

**Manieren waarop instellingen voor bij hen *al* werkzame art. 3-beroepsbeoefenaren nagaan of de inschrijfstatus in het BIG-register is gewijzigd**

	Totaal n=396 %	ZH n=83 %	APZ n=29 %	VPLH n=132 %	PK n=26 %	RIAGG n=32 %	GGD n=32 %	TZ n=62 %
• Periodiek wordt dit van alle beroepsbeoefenaren nagegaan	12	11	14	11	19	13	25	5
• Periodiek wordt voor elke medisch specialist nagegaan of deze een herregistratie heeft verkregen	4	12	7	1	8	3	-	-
• Periodiek wordt dit van een steekproef van beroepsbeoefenaren nagegaan	3	2	10	2	8	3	3	2
• Bij twijfel of klachten over een beroepsbeoefenaar wordt dit nagegaan	26	35	38	27	12	28	16	18
• Indien de zorgverzekeraar hiernaar informeert in het kader van een te sluiten overeenkomst met een beroepsbeoefenaar wordt dit nagegaan	6	4	7	3	35	3	3	5
• Voor elke buitenslands gediplomeerde beroepsbeoefenaar wordt nagegaan of deze (on)geclausuleerd is ingeschreven	10	25	14	5	19	9	-	2
• Wordt niet nagegaan	45	34	28	55	23	38	53	58

In tabel 3.2.6. is te zien dat de meeste instellingen (62-93%) aangaven, dat zij *nieuwe* art. 34-beroepsbeoefenaren vragen naar een bewijs van afronding van de gevolgde opleiding, om na te gaan of zij terecht hun titel gebruiken. Met uitzondering van verpleeghuizen (53%) werd door minder dan de helft van de instellingen (14-49%) gevraagd naar een bewijs van inschrijving in het Kwaliteitsregister Paramedici. Een enkele instelling gaf aan zelf bij het Kwaliteitsregister Paramedici na te gaan of de beroepsbeoefenaar is ingeschreven.

Van de instellingen gaf 12% aan knelpunten te ervaren ten aanzien van registratie en titelbescherming. Door hen werd onder meer aangegeven dat het nogal tijdrovend is om veranderingen in de inschrijfstatus van art. 3-beroepsbeoefenaren bij te houden en dat het BIG-register maar beperkte informatie over beroepsbeoefenaren heeft. Ook werd genoemd dat er behoefte is aan duidelijkheid over de criteria voor herregistratie (i.v.m. bij- en nascholing en kosten) en dat het Kwaliteitsregister Paramedici bij de instelling niet bekend is.

**Tabel 3.2.6**

**Manieren waarop instellingen voor *nieuwe* art. 34-beroepsbeoefenaren nagaan of zij hun titel terecht gebruiken**

	Totaal n=395 %	ZH n=84 %	APZ n=29 %	VPLH n=135 %	PK n=25 %	RIAGG n=29 %	GGD n=32 %	TZ n=61 %
<b>Algemeen</b>								
• Iedere nieuwe beroepsbeoefenaar wordt gevraagd naar een bewijs van afronding van de gevolgde opleiding	88	91	93	93	68	62	88	89
• Steekproefsgewijs wordt bij het opleidingsinstituut nagegaan of nieuwe beroepsbeoefenaren de betreffende opleiding daadwerkelijk hebben voltooid	1	1	-	1	-	3	-	-
• Bij twijfel of onduidelijkheid over de gevolgde opleiding van een nieuwe beroepsbeoefenaar wordt bij het opleidingsinstituut nagegaan of deze de betreffende opleiding daadwerkelijk heeft voltooid	10	11	14	10	8	7	-	16
• Van ieder voor de instelling onbekend opleidingsinstituut wordt nagegaan of deze een door het ministerie erkende opleiding verzorgt	6	10	3	7	12	3	3	2
<b>Paramedische functies</b>								
• Van iedere nieuwe beroepsbeoefenaar wordt bij het Kwaliteitsregister Paramedici nagegaan of deze is ingeschreven	2	5	-	-	12	-	6	-
• Iedere nieuwe beroepsbeoefenaar wordt gevraagd naar een bewijs van inschrijving in het Kwaliteitsregister Paramedici	41	49	31	53	40	14	34	23
• Steekproefsgewijs wordt nagegaan of nieuwe beroepsbeoefenaren in het Kwaliteitsregister Paramedici zijn ingeschreven	-	-	-	1	-	-	-	-
• Bij twijfel of onduidelijkheid over de gevolgde opleiding van een nieuwe beroepsbeoefenaar wordt nagegaan of deze in het Kwaliteitsregister Paramedici is ingeschreven	13	18	10	16	4	7	13	5
Wordt niet nagegaan*	11	8	7	7	20	35	9	12

\* Enkele keren werd hierbij als reden aangegeven, dat men geen art. 34-beroepsbeoefenaren in dienst had.

**Aantallen raadplegingen BIG-register, redenen en ervaringen**

Het BIG-register kan via de website van het BIG-register, telefonisch, per e-mail of schriftelijk worden geraadpleegd over de inschrijfstatus van beroepsbeoefenaren. Uit het jaarverslag van het BIG-register van 2001 blijkt dat de website in 2001 40.053 maal werd bezocht. Informatie *uit* het register werd 9.364 maal telefonisch gevraagd, 1.446 maal per e-mail en 280 maal schriftelijk. Telefonische vragen over informatie *uit* het register kwamen onder anderen van beroepsbeoefenaren zelf, werkgevers, zorgverzekeraars, burgers en tuchtcolleges.

In ons deelonderzoek in de periode oktober 2001 tot februari 2002 is op willekeurige wijze aan 29 particuliere burgers, 46 werkgevers (41 instellingen en 5 uitzendbureau's) en 57 verzekeraars die het BIG-register raadpleegden over een specifieke beroepsbeoefenaar een vragenlijst voorgelegd. Van de burgers had ongeveer een kwart via een beroepsbeoefenaar in de zorg van het BIG-register gehoord (28%) en 21% via een verzekeraar. Personen die namens een instelling, een uitzendbureau of een verzekeraar belden hadden vooral via hun werk (werkgever, collega etc.) over het BIG-register gehoord. De meeste raadplegers (87-100%) wilden weten of een bepaalde beroepsbeoefenaar was ingeschreven, sommigen of aan een beroepsbeoefenaar een waarschuwing of berisping was opgelegd (2 verzekeraars, 5 burgers, 10 werkgevers) en

een enkeling of een beroepsbeoefenaar bepaalde handelingen wel of niet mocht verrichten (2 burgers, 4 werkgevers) of deze een strafblad had (1 burger, 3 werkgevers) of wat het werkadres van een beroepsbeoefenaar was (2 burgers). Ongeveer de helft van de burgers (48%) belde over een psychotherapeut, eenderde over een arts (35%). Een enkele zorginstelling vroeg informatie over een zieken- of bejaardenverzorgende. Van de raadplegers had 72-89% alle informatie die zij zochten verkregen. Degenen die de informatie ten dele of niet hadden verkregen, hadden niet voldoende gegevens over de beroepsbeoefenaar (bijv. geen woonadres of volledige naam) of vroegen om informatie die niet in het BIG-register staat (bijv. waarschuwing/berisping of werkadres beroepsbeoefenaar, informatie over verzorgenden, zie boven). Aan verzekeraars is nog gevraagd wanneer door hen (of hun collega's) het BIG-register wordt geraadpleegd. Door 60% werd aangegeven dat dit gebeurde bij twijfel of onduidelijkheid over de gegeven informatie door een beroepsbeoefenaar of over de registratie, 28% ging dit na voor elke beroepsbeoefenaar met wie zij een contract wilden aangaan, 11% alleen voor een bepaalde groep beroepsbeoefenaren (gezondheidszorgpsychologen 3 maal, psychotherapeuten 2 maal, fysiotherapeuten 1 maal), 5% bij declaraties. Rond de 80% van de raadplegers vond het verkrijgen van informatie uit het BIG-register eenvoudig (76-87%) en vond de informatie die over beroepsbeoefenaren verkrijgbaar is bij het BIG-register voldoende (burgers minder mee eens, nl. 62%). Van de burgers vond bijna eenderde dat er teveel gegevens nodig zijn om informatie te verkrijgen uit het BIG-register en dat deze gegevens moeilijk zijn te achterhalen (tabel 3.2.7).

**Tabel 3.2.7**

**Opvattingen over het (raadplegen van het) BIG-register: aantal en percentage raadplegers dat het met de beweringen eens is**

	Totaal n=132 abs. (%)	Burgers n=29 abs.	Instellingen n=46 abs.	Verzekeraars n=57 abs.
• Het verkrijgen van informatie uit het BIG-register is eenvoudig	106 (80)	22	40	44
• Er zijn teveel gegevens van een beroepsbeoefenaar nodig om informatie te verkrijgen uit het BIG-register	27 (20)	9	5	13
• De gegevens die nodig zijn om informatie te kunnen verkrijgen uit het BIG-register zijn moeilijk te achterhalen	30 (23)	10	4	16
• De informatie die verkrijgbaar is bij het BIG-register over beroepsbeoefenaren is voldoende	110 (83)	18	41	51

### **Buitenlands gediplomeerden<sup>274</sup>**

Door 23% van de instellingen waar buitenlands gediplomeerden van *buiten de EU* werkzaam waren of dat in de afgelopen 12 maanden waren geweest werden knelpunten ervaren ten aanzien van de supervisie. Genoemd werden onder meer cultuurverschillen, de beheersing van de Nederlandse taal, de lange procedure en het verschil in opleidingsniveau. Eenderde van de instellingen (33%) waar gediplomeerden van *binnen de EU* werkzaam waren of dat in de afgelopen 12 maanden waren geweest ervoer het als een probleem dat het voor deze beroepsbeoefenaren niet wettelijk verplicht is om de Nederlandse taal te beheersen. Als toelichting werd het meest genoemd dat het beheersen van de Nederlandse taal essentieel is voor de communicatie met patiënten en de rapportage, dat het beheersen van de Nederlandse taal een voorwaarde is voor het werken in hun instelling (selectie criterium bij sollicitatiegesprekken) en dat beroepsbeoefenaren verplicht zijn een taalcursus te volgen. Instellingen die geen knelpunten ervoeren noemden onder andere als redenen daarvoor dat de

<sup>274</sup> Gevraagd is naar buitenlands gediplomeerden van buiten en van binnen de EU. Niet specifiek is ingegaan op EER-landen.

beroepsbeoefenaren het Nederlands redelijk beheersen, dat alleen beroepsbeoefenaren worden aangenomen die de Nederlandse taal beheersen en dat het afhankelijk is van de functie of beheersing van de Nederlandse taal nodig is.

Door 18% van de instellingen met gediplomeerden van *buiten de EU* en 10% van de instellingen met gediplomeerden van *binnen de EU* werden nog andere knelpunten ervaren ten aanzien van buitenslands gediplomeerden. Onder meer werd genoemd dat het registratie-traject erg lang duurt.

### 3.2.4 Opvattingen over registratie en titelbescherming

Aan alle beroepsbeoefenaren is ook gevraagd naar hun opvattingen over (her)registratie en titelbescherming. (tabel 3.2.8) De meeste respondenten vonden het goed dat er een BIG-register is (63-94%). Een herkenningsteken of het zetten van het registratienummer op recept- en briefpapier vonden de meeste beroepsbeoefenaren een minder goed idee. Herregistratie werd door bijna driekwart van de respondenten nodig gevonden om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen (72-75%). De tandartsen en fysiotherapeuten waren het met deze bewering in mindere mate eens (39% resp. 63%). Een meerderheid van de respondenten vond het een slechte zaak dat de eisen voor herregistratie nog niet bekend zijn (53-66% mee eens).

Tabel 3.2.8

**Opvattingen over (her)registratie en titelbescherming: percentage beroepsbeoefenaren dat het met de beweringen helemaal eens of meer eens dan oneens is**

	HA n=241 %	G/I n=362 %	PSY n=180 %	VPLK n=2203 %	VLK n=229 %	FYS n=225 %	TA n=324 %	MH n=212 %
<b>Registratie en titelbescherming</b>								
• Het is goed dat het BIG-register er is <sup>1</sup>	79	66	84	94	93	89	63	86
• Beroepsbeoefenaren dienen op hun recept- en briefpapier hun BIG-registratienummer <sup>3</sup> te vermelden	23	18	34	29	19	21	20	49
• Beroepsbeoefenaren met een beschermd titel zouden een herkenningsteken (bijv. een speld of badge) moeten dragen	5	7	6	37	14	9	6	36
• Een wettelijk geregelde registratie is te verkiezen boven een vanuit de beroepsgroep geregelde registratie						46		65
<b>Herregistratie</b>								
• Herregistratie is nodig om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen <sup>4</sup>	72	75	73	75	73	63	39	72
• Het is een slechte zaak dat de eisen voor herregistratie <sup>5</sup> nog niet bekend zijn	66	62	62	57	53	59	45	
• Herregistratie zal ertoe moeten bijdragen dat alleen kwalitatief goede verpleegkundigen <sup>6</sup> ingeschreven blijven in het BIG-register				58	67	62	39	
• Herregistratie als specialist <sup>7</sup> zou voldoende moeten zijn voor continuering van de registratie als arts	88	94	87					

<sup>1</sup> Aan mondhygiënisten is tevens gevraagd: Het is goed dat het Kwaliteitsregister Paramedici er is (86% helemaal mee eens of meer eens dan oneens).

<sup>3</sup> Bij mondhygiënisten is gevraagd naar registratienummer.

<sup>4</sup> Bij mondhygiënisten is gevraagd: Inschrijving in het kwaliteitsregister (na 5 jaar) is nodig om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen.

<sup>5</sup> Bij artsenberoepen is toegevoegd als arts.

<sup>6</sup> Bij verloskundigen is gevraagd naar verloskundigen, bij fysiotherapeuten naar fysiotherapeuten en bij tandartsen naar tandartsen.

<sup>7</sup> Bij huisartsen is gevraagd naar huisarts, bij gynaecologen naar gynaecoloog, bij internisten naar internist en bij psychiaters naar psychiater.

Van de huisartsen vond 62% dat de titel doktersassistent een wettelijk beschermd titel zou moeten zijn. Van de tandartsen vond slechts 11% dat ten aanzien van de titel tandartsassistent. Vrijwel alle mondhygiënisten (99%) waren van mening dat de titel mondhygiënist voor de herkenbaarheid naar het publiek een wettelijk beschermd titel moet blijven.



Aan burgers is een aantal uitspraken voorgelegd, waarbij gevraagd is in hoeverre deze op hen van toepassing waren. In tabel 3.2.9 is te zien dat burgers een groot vertrouwen hadden in gezondheidszorginstellingen en in beroepsbeoefenaren zelf. Het merendeel vertrouwde erop dat gezondheidszorginstellingen controleren of hun medewerkers terecht een beschermd titel gebruiken en ook of aan hun medewerkers een beperking in de bevoegdheid is opgelegd door een tuchtcollege (90% resp. 84%). Zij vertrouwden er voorts op dat een beroepsbeoefenaar die een beschermd titel gebruikt dit terecht doet (85%). In tegenstelling tot beroepsbeoefenaren vonden de meeste burgers (66%) dat beroepsbeoefenaren hun registratie kenbaar moeten maken aan patiënten. Driekwart van de burgers (73%) had behoefte aan een kwaliteitskenmerk voor alternatieve behandelaars.

**Tabel 3.2.9**  
**Meningen van burgers over de mate waarin de volgende uitspraken op hen van toepassing zijn**

Uitspraken	COPA n=932 %		
	Ja	Nee	Neutraal
• Ik voel mij beschermd door het bestaan van een dergelijk* register	55	10	35
• Ik wil over een beroepsbeoefenaar waar ik naar toe ga een register kunnen raadplegen	46	16	38
• Ik wil kunnen nagaan of er tegen een beroepsbeoefenaar een gegronde klacht is ingediend	54	15	32
• Ik vertrouw erop dat een beroepsbeoefenaar die een beschermd titel gebruikt dit terecht doet	85	4	11
• Ik vertrouw erop dat gezondheidszorginstellingen controleren of hun medewerkers terecht een beschermd titel gebruiken	90	3	6
• Ik vertrouw erop dat gezondheidszorginstellingen controleren of aan hun medewerkers een beperking in de bevoegdheid is opgelegd door een tuchtcollege	84	6	10
• Ik vind dat beroepsbeoefenaren hun registratie kenbaar moeten maken aan patiënten	66	10	25
• Ik vind dat beroepsbeoefenaren met een beschermd titel een herkenningsteken (bijv. een speld of badge) moeten dragen	41	28	32
• Ik heb behoefte aan een kwaliteitskenmerk voor alternatieve behandelaars	73	9	19

\* Voorafgaand aan de vraag is een korte omschrijving van het BIG-register gegeven.

Aan burgers is tot slot gevraagd in hoeverre zij zich beschermd zouden voelen indien zij bepaalde informatie over een beroepsbeoefenaar zouden kunnen nagaan bij een register. Het merendeel van de burgers voelde zich bij alle informatie die men zou kunnen nagaan voldoende of enigszins beschermd. De meeste burgers voelden zich beschermd wanneer zij een beschermd titel, bij- en nascholing, oordeel overheid over kwaliteit van zorg, handelingen die een beroepsbeoefenaar niet mag uitvoeren en zijn of haar werkervaring zouden kunnen nagaan (86-96% voldoende of enigszins beschermd).(tabel 3.2.10)

Tabel 3.2.10

Meningen van burgers over de mate waarin zij zich beschermd voelen indien zij de volgende informatie over een beroepsbeoefenaar zouden kunnen nagaan bij een register

Informatie	COPA n=931 %		
	Voldoende beschermd	Enigszins beschermd	Niet beschermd
• Of de beroepsbeoefenaar een beschermde titel mag gebruiken	52	44	4
• De bij- en nascholing die de beroepsbeoefenaar heeft gevolgd	41	50	9
• Een oordeel van de overheid over de door de beroepsbeoefenaar geleverde kwaliteit van zorg	39	50	12
• Eventuele handelingen die de beroepsbeoefenaar niet mag uitvoeren	40	47	13
• De werkervaring die de beroepsbeoefenaar heeft	35	51	14
• De inhoud van een eventuele gegronde klacht die is ingediend	30	47	23
• Een eventuele waarschuwing of berisping die de beroepsbeoefenaar heeft gekregen	30	47	23
• De Universiteit of Hogeschool waar de beroepsbeoefenaar is afgestudeerd	31	43	26
• Het eventuele strafblad van de beroepsbeoefenaar	33	36	31

### 3.2.5 Slot

Bij beroepsbeoefenaren is redelijk tot goed bekend dat de titels van art. 3-beroepen beschermd zijn, van andere beroepen weten zij minder goed of deze wel of niet een beschermde titel hebben (bijv. diëtist, psycholoog). Bij hen is van de functies van het BIG-register alleen 'het registreren van beroepsbeoefenaren die aan bepaalde eisen voldoen' goed bekend. Onder burgers is zowel de kennis over wettelijk beschermde titels als de kennis over de mogelijkheden van het BIG-register zeer beperkt. Dat slechts een kwart van de burgers wel eens van het BIG-register heeft gehoord is erg weinig. Een enkeling heeft wel eens het BIG-register geraadpleegd (zie ook het einde van deze paragraaf). Daarbij vertrouwen de meeste burgers erop dat gezondheidszorginstellingen controleren of hun medewerkers terecht een beschermde titel gebruiken en ook of aan hun medewerkers een beperking in de bevoegdheid is opgelegd door een tuchtcollege. Uit het onderzoek onder instellingen blijkt dat het merendeel van de instellingen bij *nieuwe* art. 3-beroepsbeoefenaren vraagt naar een bewijs van inschrijving in het BIG-register. Van *al* in de instelling *werkzame* art. 3-beroepsbeoefenaren wordt door nogal wat instellingen (23-58%) niet (meer) nagegaan of de inschrijfstatus in het BIG-register is gewijzigd. De meeste instellingen vragen *nieuwe* art. 34-beroepsbeoefenaren naar een bewijs van afronding van de gevolgde opleiding, om na te gaan of zij terecht hun titel gebruiken. Met uitzondering van verpleeghuizen (53%) vraagt minder dan de helft van de instellingen naar een bewijs van inschrijving in het Kwaliteitsregister Paramedici. Door ongeveer een kwart van de instellingen waar buitenslands gediplomeerden van *buiten de EU* werkzaam zijn worden knelpunten ervaren ten aanzien van de supervisie. Eenderde van de instellingen waar gediplomeerden van *binnen de EU* werkzaam zijn ervaart het als een probleem dat het voor deze beroepsbeoefenaren niet wettelijk verplicht is om de Nederlandse taal te beheersen. Veel burgers vinden in tegenstelling tot beroepsbeoefenaren dat beroepsbeoefenaren hun registratie kenbaar moeten maken aan patiënten. Driekwart van hen heeft behoefte aan een kwaliteitskenmerk voor alternatieve behandelaars. Veruit de belangrijkste reden van tandartsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten om zich in te laten schrijven in het BIG-register was, dat dit nodig was voor hun beroepsuitoefening. Een andere veel genoemde reden door fysiotherapeuten en verpleegkundigen was, dat zij inschrijving zagen als een kwaliteitskenmerk van de door hen geleverde zorg. Onder de niet-werkzame verpleegkundigen was de meest genoemde reden dat zij de mogelijkheid wilden openhouden om in de toekomst het beroep van

verpleegkundige uit te oefenen. Beroepsbeoefenaren zijn redelijk tot zeer positief over het BIG-register. Dat van de gynaecologen, internisten en tandartsen de percentages iets lager zijn, kan er mogelijk mee te maken hebben dat zij al een vorm van registratie kenden. Uit het onderzoek blijkt dat het concept van herregistratie door het merendeel van de beroepsbeoefenaren (m.u.v. tandartsen) wordt gedragen. Zij achten dit nodig om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen en vinden het een slechte zaak dat de eisen voor herregistratie nog niet bekend zijn. Herregistratie als specialist (in geval van artsen) zou hierbij voldoende moeten zijn voor continuering van de registratie als arts. Tweederde van de mondhygiënisten verkiest een wettelijk geregelde registratie boven een vanuit de beroepsgroep geregelde registratie.

Van de huisartsen vindt een meerderheid dat de titel doktersassistent een wettelijk beschermde titel zou moeten zijn, van de tandartsen vindt slechts een klein deel dat ten aanzien van de titel tandartsassistent. Deze verschillen hebben waarschijnlijk te maken met het verschil in taken tussen dokters- en tandartsassistenten.

De meeste particuliere burgers, werkgevers (instellingen en uitzendbureau's) en verzekeraars die het BIG-register raadplegen vinden het verkrijgen van informatie uit het BIG-register eenvoudig. Ook vinden zij de informatie die over beroepsbeoefenaren verkrijgbaar is bij het BIG-register voldoende. Van de burgers vindt echter bijna eenderde dat er teveel gegevens nodig zijn om informatie te verkrijgen uit het BIG-register en dat deze gegevens moeilijk zijn te achterhalen.

### **3.3 Bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen**

#### **3.3.1 Inleiding**

In hoofdstuk 2 is het doel van de regeling voorbehouden handelingen uitgelegd en is weergegeven hoe deze regeling in elkaar steekt.

In deze paragraaf wordt eerst de kennis onder beroepsbeoefenaren over de regeling voorbehouden handelingen beschreven.(3.3.2) Vervolgens wordt ingegaan op de wijze waarop beroepsbeoefenaren in de praktijk omgaan met de regeling: onder meer hoe vaak (opdrachten tot) voorbehouden handelingen voorkomen, hoe en waarom opdrachten worden gegeven, hoe de daarvoor geldende eisen worden ingevuld en welke eventuele problemen zich hebben voorgedaan. Ook wordt aangegeven in hoeverre instellingen beleid en schriftelijke richtlijnen of protocollen hebben ontwikkeld ten aanzien van voorbehouden en risicovolle handelingen.(3.3.3) Daarna wordt beschreven welke opvattingen beroepsbeoefenaren en instellingen hebben over de regeling voorbehouden handelingen en in hoeverre zij deze regeling nuttig en voldoende vinden onder meer om burgers te beschermen tegen onzorgvuldig handelende beroepsbeoefenaren.(3.3.4)

De vragen over de regeling voorbehouden handelingen zijn alleen voorgelegd aan werkzame beroepsbeoefenaren en niet aan burgers. Omdat de ene beroepsgroep meer dan de andere te maken heeft met voorbehouden handelingen zijn soms meer of minder, of andere vragen (bijv. aan psychiaters) voorgelegd.

### 3.3.2 Kennis over de regeling voorbehouden handelingen

#### (On)bevoegden

Om de kennis onder beroepsbeoefenaren te meten ten aanzien van de regeling voorbehouden handelingen, is de respondenten gevraagd van verschillende soorten beroepsbeoefenaren aan te geven of deze volgens hen bevoegd of onbevoegd zijn om buiten noodzaak op eigen initiatief (*zonder opdracht*) voorbehouden handelingen te verrichten (of aangeven dat zij dat niet wisten). Bij het merendeel van de respondenten (aan wie dat gevraagd werd) was bekend dat artsen, tandartsen en verloskundigen bevoegd zijn voorbehouden handelingen te verrichten (85-99% juiste antwoorden). Een minderheid van de artsen (35-48% juiste antwoorden) en rond de 60% van de verpleegkundigen en verloskundigen (58% resp. 61%) wisten dat verpleegkundigen onbevoegd zijn op eigen initiatief voorbehouden handelingen te verrichten. Dat verzorgenden onbevoegd zijn voorbehouden handelingen te verrichten was bij hen beter bekend (79-89% juiste antwoorden). Er waren meer mondhygiënisten dan tandartsen die wisten dat een mondhygiënist niet op eigen initiatief voorbehouden handelingen mag verrichten (62% vs. 45% juiste antwoorden). (tabel 3.3.1)

Tabel 3.3.1

Kennis van beroepsbeoefenaren over de bevoegdheid van beroepsbeoefenaren om buiten noodzaak op eigen initiatief voorbehouden handelingen te verrichten: percentage juiste antwoorden betreffende het al dan niet bevoegd zijn van beroepsbeoefenaren

Gevraagde beroepsbeoefenaren	HA n=235 %	GYN n=149 %	INT n=187 %	PSY n=173 %	VPLK n=1482 %	VLK n=228 %	TA n=302 %	MH n=201 %
<b>Bevoegd</b>								
• Artsen	99	95	93	98	98	96	98	99
• Verloskundigen	95	85			86	90		
• Tandartsen							97	98
<b>Onbevoegd</b>								
• Verpleegkundigen	44	48	43	35	58	61		
• Verzorgenden*	89	80	79	84	88	88		
• Mondhygiënisten							45	62
• Doktersassistenten**	76						91	93

\* Bij verpleegkundigen is gevraagd naar gezinsverzorgenden, bij gynaecologen en verloskundigen naar (kraam)verzorgenden.

\*\* Bij tandartsen en mondhygiënisten is gevraagd naar tandartsassistenten.

#### Strafbaarheid

Aan de beroepsbeoefenaren (uitgezonderd psychiaters) is voorts een drietal beweringen over de strafbepalingen van de Wet BIG met betrekking tot de voorbehouden handelingen voorgelegd. Een ruime meerderheid wist dat het buiten noodzaak onbevoegd uitvoeren van een voorbehouden handeling strafbaar is (75-88% juiste antwoorden). Bij tweederde tot driekwart van de artsen, verloskundigen en tandartsen (opdrachtgevers) was bekend, dat het uitvoeren van een voorbehouden handeling in opdracht zonder hiertoe bekwaam te zijn, strafbaar is (66-78% juiste antwoorden). Van de verpleegkundigen en mondhygiënisten (opdrachtnemers) was ruim 80% hiervan op de hoogte (82% resp. 85%). Nog meer van hen wisten (beide 91%) dat het weigeren van een opdracht van een (tand)arts niet strafbaar is. Bij de artsen, verloskundigen en tandartsen was dit bij 77-87% bekend.

#### (On)duidelijkheden

Respondenten is ook gevraagd naar de mate van (on)duidelijkheid van bepaalde onderdelen van de regeling voorbehouden handelingen. Het meest duidelijk vonden zij welke handelingen voorbehouden zijn. Andere onderdelen van de regeling waren voor veel respondenten minder duidelijk: bij ongeveer de helft waren de manier waarop

aanwijzingen dienen te worden gegeven en de verdeling van de verantwoordelijkheid bij het geven (en aannemen) van opdrachten onduidelijk (44-58% resp. 44-59% onduidelijk), bij nog meer respondenten was onduidelijk hoe bekwaamheid dient te worden bepaald (37-75% onduidelijk) en hoe toezicht en tussenkomst dienen te worden geboden (49-73% onduidelijk). (tabel 3.3.2) Voor eenderde van de verpleegkundigen (34%) en bijna de helft van de mondhygiënisten (47%) waren de voorwaarden voor het aannemen van een opdracht onduidelijk.

**Tabel 3.3.2**

**(On)duidelijkheid van bepaalde onderdelen van de regeling voorbehouden handelingen: percentages van beroepsbeoefenaren die ten aanzien van de gevraagde onderdelen 'onduidelijk' antwoordden**

Gevraagde onderdelen	HA	GYN	INT	VPLK	VLK	TA	MH
	n=233 %	n=145 %	n=189 %	n=1426 %	N=227 %	n=294 %	n=196 %
• Welke handelingen voorbehouden zijn aan artsen*	31	15	30	17	13	13	12
• Welke handelingen zonder toezicht en tussenkomst door een verpleegkundige** mogen worden uitgevoerd	64	43	59	31	52	39	26
• De manier waarop opdrachten dienen te worden gegeven	45	40	32	28	44	50	40
• De manier waarop bekwaamheid dient te worden bepaald	75	70	69	37	67	65	39
• De manier waarop aanwijzingen dienen te worden gegeven	58	54	44	48	53	52	48
• De manier waarop toezicht en tussenkomst dienen te worden geboden	60	63	59	57	73	61	49
• De verdeling van de verantwoordelijkheid bij het geven (en aannemen***) van opdrachten	59	47	50	44	48	54	52

\* Bij tandartsen en mondhygiënisten is naar tandartsen gevraagd i.p.v. naar artsen, bij verloskundigen naar verloskundigen.

\*\* Bij tandartsen en mondhygiënisten is naar mondhygiënisten gevraagd i.p.v. naar verpleegkundige.

\*\*\* Het deel tussen haken is alleen bij verpleegkundigen en mondhygiënisten toegevoegd.

### 3.3.3 De regeling voorbehouden handelingen in de praktijk

#### Aantallen handelingen

Aan de gynaecologen, internisten, huisartsen, tandartsen en verloskundigen is van een aantal (niet als zodanig aangegeven) voorbehouden handelingen gevraagd hoe vaak zij naar schatting deze handelingen zelf per maand verrichtten en hoe vaak zij hiervoor opdrachten gaven aan verpleegkundigen, mondhygiënisten, dokters-, tandarts- of praktijkassistenten. Aan de verpleegkundigen en mondhygiënisten is gevraagd hoe vaak zij naar schatting bepaalde handelingen in opdracht van een (tand)arts verrichtten en hoe vaak zij dat op eigen initiatief (=zonder opdracht) deden.

#### *Gynaecologen, internisten en ziekenhuisverpleegkundigen*

Van de gynaecologen gaf zo'n 90% opdrachten aan verpleegkundigen voor intramusculair injecteren (mediaan 20 keer per maand<sup>275</sup>) en voor het katheteriseren van de blaas (mediaan 10 keer per maand). De andere gevraagde handelingen verrichtten meer gynaecologen zelf dan dat zij daartoe opdrachten aan verpleegkundigen gaven. Degenen die opdrachten gaven aan verpleegkundigen voor het inbrengen van een perifere infuus (44%) deden dat zo'n 10 keer per maand, degenen die dat deden voor intraveneus injecteren (34%) 8 keer per maand. Het percentage internisten dat de handelingen intraveneus injecteren en het inbrengen van een perifere infuus zelf verrichtte was nagenoeg gelijk aan het aantal dat daartoe opdrachten gaf aan verpleegkundigen (60% resp. 57% en 73% resp. 69%). Echter zij verrichtten deze handelingen minder vaak dan zij opdrachten aan verpleegkundigen gaven (3-4 keer zovaak opdrachten). Desgevraagd

<sup>275</sup> De mediaan is de middelste waarde van een verzameling getallen die naar opklimmende grootte is gerangschikt.

gaf zo'n 80% van de verpleegkundigen werkzaam in een ziekenhuis (83% resp. 80%) aan dat zij opdrachten tot intramusculair en subcutaan injecteren kregen (mediaan 8 resp. 12 keer per maand). Opvallend is dat er ook verpleegkundigen waren die de handelingen op eigen initiatief verrichtten (17-53%, mediaan 2-10 keer per maand).(tabel 3.3.3)

**Tabel 3.3.3**

**Aantal keren dat gynaecologen en internisten voorbehouden handelingen zelf verrichtten en hiervoor opdrachten gaven aan een verpleegkundige, en aantal keren dat ziekenhuisverpleegkundigen deze handelingen in opdracht van een arts en op eigen initiatief (zonder opdracht) verrichtten (schattingen per maand)**

	GYN (n=147) Aantal keren/maand		INT (n=190) Aantal keren/maand		ZHVPLK (n=656) Aantal keren/maand	
	Zelf verricht n=144-147	Opdracht VPLK n=145-147	Zelf verricht n=184-186	Opdracht VPLK n=185-190	Opdracht arts n=628-656	Eigen initiatief n=558-587
	> 0 mediaan/ % min-max	> 0 mediaan/ % min-max	> 0 mediaan/ % min-max	> 0 mediaan/ % min-max	> 0 mediaan/ % min-max	> 0 mediaan/ % min-max
• Injecteren i.v. (rechtstreeks)	65 2/1-25	34 8/1-70	60 5/1-100	57 15/1-800	59 15/1-900	17 5/1-500
• Inbrengen perifeer infuus	79 4/1-30	44 10/1-100	73 5/1-60	69 20/1-200	37 6/1-300	29 5/1-100
• Injecteren i.m.	31 2/1-25	92 20/1-400			83 8/1-500	22 5/1-300
• Injecteren s.c.			11 2/1-20	86 20/1-240	80 12/1-560	22 10/1-200
• Blaaskatheterisatie (vrouw)	78 5/1-25	90 10/1-80	13 1/1-3	79 5/1-100	65 3/1-130	53 2/1-70

### Huisartsen

Vrijwel alle huisartsen (94%) gaven opdrachten tot injecteren aan doktersassistenten (mediaan 15 keer per maand). Voor hechten werden nauwelijks opdrachten aan doktersassistenten gegeven (4% minimaal 1 keer per maand). Opdrachten aan wijkverpleegkundigen werden vooral voor injecteren en het katheteriseren van de blaas gegeven (70% minimaal 1 keer per maand, mediaan 2 resp. 59%, mediaan 1).(tabel 3.3.4)

**Tabel 3.3.4**

**Aantal keren dat huisartsen voorbehouden handelingen zelf verrichtten en hiervoor opdrachten gaven aan de doktersassistent en een wijkverpleegkundige (thuiszorgorganisatie) (schattingen per maand)**

	HA (n=235) Aantal keren/maand					
	Zelf verricht n=218-235		Opdracht DA n=222-230		Opdracht Wijk-VPLK n=201-225	
	> 0 %	mediaan/min-max	> 0 %	mediaan/min-max	> 0 %	mediaan/min-max
• Injecteren	97	10/1-100	94	15/1-100	70	2/1-60
• Venapunctie	57	2/1-30	39	5/1-60		
• Hechten	93	5/1-25	4	1/1-4		
• Blaaskatheterisatie	78	1/1-5			59	1/1-20
• Inbrengen maagsonde	5	1/1-1			12	1/1-6

### Tandartsen

Uit tabel 3.3.5 blijkt dat de meeste tandartsen geen opdrachten gaven aan mondhygiënisten voor boren (melkgebit en/of blijvend gebit), locale anesthesie en het maken van röntgenfoto's. Het vaakst werden opdrachten gegeven voor het maken van röntgenfoto's (25% minimaal 2 patiënten per maand, mediaan 10) en locale anesthesie (22% minimaal 1 patiënt per maand, mediaan 10). Aan tandartsassistenten werden eigenlijk alleen opdrachten voor het maken van röntgenfoto's gegeven (40% minimaal 1 patiënt per maand, mediaan 40). Van de mondhygiënisten verrichtte 58% locale anesthesie (=voorbehouden handeling) bij 1 patiënt of meer per maand op eigen initiatief

(mediaan 6), 48% maakte op eigen initiatief röntgenfoto's (mediaan 10). Van de mondhygiënisten die lokale anesthesie op eigen initiatief verrichtten, werkte tweederde (67%) in een algemene tandartsenpraktijk, bijna eenderde (30%) als vrijgevestigd mondhygiënist en 3% in een instelling. Van de mondhygiënisten die op eigen initiatief röntgenfoto's maakten, werkte 78% in een algemene tandartsenpraktijk, 16% in een instelling en was 17% vrijgevestigd.

**Tabel 3.3.5**

**Aantal patiënten bij wie tandartsen voorbehouden handelingen zelf verrichtten en hiervoor opdrachten gaven aan de mondhygiënist en tandartsassistent, en aantal patiënten bij wie mondhygiënisten deze handelingen in opdracht van een tandarts en op eigen initiatief (zonder opdracht) verrichtten (schattingen per maand)**

	TA (n=304)						MH (n=196)					
	Aantal patiënten/maand											
	Zelf verricht n=271-277		Opdracht MH n=256-304		Opdracht TAA n=260-274		Opdracht TA n=178-196		Eigen initiatief n=183-191			
	> 0 %	mediaan/ min-max	> 0 %	mediaan/ min-max	> 0 %	mediaan/ min-max	> 0 %	mediaan/ min-max	> 0 %	mediaan/ min-max		
• Boren in melkgebit	92	15/1-150	4	8/2-30	1	5/5-10	13	8/1-70	9	5/1-100		
• Boren in blijvend gebit	96	100/8-800	3	10/2-20	1	10/10-20	13	5/1-80	8	2/1-80		
• Locale anesthesie	98	80/4-500	22	10/1-99	1	20/10-20	40	6/1-140	58	6/1-300		
• Röntgenfoto's maken	97	50/1-300	25	10/2-90	40	40/1-400	55	10/1-140	48	10/1-300		

### *Verloskundigen*

Desgevraagd bleken verloskundigen nauwelijks opdrachten te geven aan praktijkassistenten voor venapuncties, injecteren en blaaskatheterisaties (1-9% van hen gaf 4-10 opdrachten per maand). Aan verpleegkundigen werd door 68% van de verloskundigen minimaal 1 keer per maand een opdracht gegeven voor injecteren (mediaan 4) en door ongeveer eenderde (31%) voor het katheteriseren van de blaas (mediaan 1). Het aantal verloskundigen dat de handelingen zelf verrichtte (72-97% minimaal 1 keer per maand) was telkens groter dan het aantal verloskundigen dat hiervoor opdrachten gaf aan verpleegkundigen of praktijkassistenten.

### **Werkwijze bij opdrachten**

Bij de artsen, verpleegkundigen, tandartsen en mondhygiënisten is van twee voorbehouden handelingen uitgevraagd hoe in de praktijk opdrachten werden gegeven of gekregen, hoe vaak en waarover aanwijzingen werden gegeven en hoe vaak welke mogelijkheden voor toezicht en tussenkomst werden geboden. Deze vragen zijn alleen voorgelegd indien respondenten bij de aantallenvraag hadden aangegeven opdrachten voor deze handelingen te geven of te krijgen.

### *Gynaecologen, internisten en ziekenhuisverpleegkundigen*

Uit tabel 3.3.6 blijkt dat de door de gynaecologen en internisten meest genoemde redenen waren om een opdracht aan een verpleegkundige te geven tot injecteren i.v./i.m. of het katheteriseren van de blaas bij een vrouw, dat de verpleegkundige dat net zo goed (beide 83% reden opdracht injecteren, gynaecologen 86% blaaskatheterisatie) of zelfs beter kon (internisten 72% blaaskatheterisatie). Tweederde van hen (63-66%) noemde (ook) als reden 'ik heb het doorgaans te druk om dit te doen'. De antwoorden van de internisten en de verpleegkundigen werkzaam in een ziekenhuis over de wijze waarop een opdracht tot injecteren of het katheteriseren van de blaas werd gegeven of gekregen kwamen redelijk overeen. Opdrachten tot injecteren werden door ongeveer 70% van hen altijd of meestal schriftelijk gegeven of gekregen. Rond eenderde van de internisten en verpleegkundigen gaf of kreeg opdrachten tot het katheteriseren van de blaas altijd of meestal mondeling zonder schriftelijke bevestiging (39% resp. 37%), van de gynaecologen 62%. Gevraagd

naar de soorten opdrachten gaf 21-39% van de gynaecologen, internisten en ziekenhuisverpleegkundigen aan voor injecteren meestal één opdracht voor meerdere keren te geven of te krijgen. Van de gynaecologen gaf ongeveer eenderde (35%) voor het katheteriseren van de blaas meestal 'zo-nodig' of 'als-dan' opdrachten. Ongeveer eenderde van de ziekenhuisverpleegkundigen kreeg de opdracht tot injecteren of het katheteriseren van de blaas meestal via een protocol (36% resp. 34%). Ruim de helft van hen (60% resp. 57%) gaf aan soms via een andere verpleegkundige opdrachten voor deze handelingen te krijgen en driekwart (beide 75%) gaf aan zelden of nooit een opdracht overgedragen te krijgen via een leidinggevende. (tabel 3.3.7) Aanwijzingen over de handelwijze of de eventuele complicaties en bijwerkingen werden niet vaak gegeven (4%-28%). De geboden mogelijkheden voor toezicht en tussenkomst bestonden voornamelijk uit het op afstand bereikbaar zijn (63%-83%). (tabel 3.3.6)

**Tabel 3.3.6**

**Opdrachten van artsen aan ziekenhuisverpleegkundigen tot injecteren i.m., injecteren i.v. (rechtstreeks) en het katheteriseren van de blaas (vrouw): reden, wijze en soort opdracht, aanwijzingen en mogelijkheden voor toezicht en tussenkomst**

	GYN		INT		ZHVPLK	
	Injecteren i.m. n=136	Blaaskatheterisatie n=133	Injecteren i.v. n=108	Blaaskatheterisatie n=145	Injecteren i.m. n=551	Blaaskatheterisatie n=444
<b>Reden opdracht (% ja):</b>						
• Een verpleegkundige kan dit net zo goed als ik	83	86	83	57		
• Een verpleegkundige kan dit beter dan ik	33	10	15	72		
• Ik heb het doorgaans te druk om dit te doen	64	63	65	66		
• Ik vind dit geen uitdaging om te doen	31	30	32	35		
<b>Wijze opdracht (% altijd/meestal):</b>						
• Schriftelijk	27	12	70	37	72	35
• Mondeling, zonder schriftelijke bevestiging	38	62	13	39	15	37
• Mondeling, waarna schriftelijke bevestiging	40	20	42	34	35	27
<b>Soorten opdrachten (% meestal):</b>						
• 'Zo-nodig' of 'als-dan' opdracht	22	35	9	15	38	25
• Eén opdracht voor meerdere keren	21	15	30	9	39	12
<b>Aanwijzingen over (% altijd/meestal):</b>						
• De handelwijze in het algemeen	5	6	11	4	6	5
• De handelwijze bij deze patiënt	9	11	13	6	5	6
• De eventuele complicaties en bijwerkingen	5	4	28	4	5	5
<b>Mogelijkheden toezicht en tussenkomst (% altijd/meestal):</b>						
• Direct toezicht houden op de plaats van handeling	5	6	9	1	8	12
• Fysiek kunnen ingrijpen als er iets mis gaat	13	15	30	17	20	20
• Op afstand bereikbaar zijn	80	79	83	77	65	63
• Controle achteraf	16	19	26	17	12	11



**Tabel 3.3.7**

**Soorten opdrachten aan ziekenhuisverpleegkundigen tot injecteren i.m. en het katheteriseren van de blaas (vrouw)**

	ZHVPLK					
	Injecteren i.m. n=549 %			Blaaskatheterisatie n=444 %		
	Meestal	Soms	Zelden/ Nooit	Meestal	Soms	Zelden/ Nooit
• Een opdracht voor één keer	24	53	23	43	40	17
• Eén opdracht voor meerdere keren	39	35	26	12	31	57
• Opdracht via protocol	36	32	32	34	32	35
• 'Zo-nodig' of 'als-dan' opdracht	38	39	23	25	38	38
• Opdracht overgedragen via andere verpleegkundige	7	60	33	7	57	36
• Opdracht overgedragen via leidinggevende	6	20	75	5	20	75

#### Huisartsen

De door de huisartsen meest genoemde reden(en) om een opdracht aan de doktersassistent te geven tot injecteren of het verrichten van een venapunctie waren: 'de dokterassistent kan dit net zo goed als ik' (93% resp. 67%) en 'ik heb het doorgaans te druk om dit te doen' (71% resp. 72%). Bijna de helft noemde ook als reden 'ik vind dit geen uitdaging om te doen' (47% resp. 48%). De door de huisarts geboden mogelijkheden voor toezicht en tussenkomst aan de dokterassistent bestonden voornamelijk uit het fysiek kunnen ingrijpen als er iets mis gaat (74% resp. 66%) en het op afstand bereikbaar zijn (71% resp. 67%).(tabel 3.3.8)

**Tabel 3.3.8**

**Opdrachten van huisartsen aan doktersassistenten tot injecteren en het verrichten van een venapunctie: reden opdracht, mogelijkheden voor toezicht en tussenkomst**

	HA	
	Injecteren n=215	Venapunctie n=92
<b>Reden opdracht (% ja):</b>		
• De doktersassistent kan dit net zo goed als ik	93	67
• De doktersassistent kan dit beter dan ik	9	16
• Ik heb het doorgaans te druk om dit te doen	71	72
• Ik vind dit geen uitdaging om te doen	47	48
<b>Mogelijkheden toezicht en tussenkomst (% altijd/meestal):</b>		
• Direct toezicht houden op de plaats van handeling	18	16
• Fysiek kunnen ingrijpen als er iets mis gaat	74	66
• Op afstand bereikbaar zijn	71	67
• Controle achteraf	10	11

#### Tandartsen

In tabel 3.3.9 is te zien dat de door tandartsen meest genoemde reden om de mondhygiënist een opdracht te geven tot boren of het geven van locale anesthesie was, dat zij vonden dat de mondhygiënist dat net zo goed kon als zij zelf (67% resp. 87%). Tandartsen en mondhygiënisten beantwoordden de vraag over de wijze waarop een opdracht werd gegeven redelijk overeenkomstig, zij het voor boren iets minder dan voor locale anesthesie. De door de tandarts geboden mogelijkheden voor toezicht en tussenkomst aan de mondhygiënist bestonden volgens de tandartsen en mondhygiënisten voornamelijk uit het fysiek kunnen ingrijpen als er iets mis gaat (57%-79%) en het op afstand bereikbaar zijn (57-77%). Bij boren vond volgens de tandartsen en mondhygiënisten vaker controle achteraf plaats (36-50% vs. 25-29%) en werd vaker direct toezicht gehouden op de plaats van handeling dan bij het geven van locale anesthesie (39-43% vs. 19-29%). (Bedacht moet worden dat het hier om kleine absolute aantallen gaat.)

**Tabel 3.3.9**

**Opdrachten van tandartsen aan de mondhygiënist tot boren en het geven van locale anesthesie: reden en wijze opdracht, aanwijzingen, mogelijkheden voor toezicht en tussenkomst**

	TA*		MH	
	Boren n=15	Locale anesthesie n=70	Boren n=33	Locale anesthesie n=85
<b>Reden opdracht (% ja):</b>				
• <i>De mondhygiënist kan dit net zo goed als ik</i>	67	87		
• <i>De mondhygiënist kan dit beter dan ik</i>	-	2		
• <i>Ik heb het doorgaans te druk om dit te doen</i>	33	21		
• <i>Ik vind dit geen uitdaging om te doen</i>	13	12		
<b>Wijze opdracht (% altijd/meestal):</b>				
• Schriftelijk, eenmalige opdracht	43	13	25	14
• Schriftelijk, doorlopende opdracht	14	14	19	21
• Mondeling, zonder schriftelijke bevestiging	36	47	50	51
• Mondeling, waarna schriftelijke bevestiging	-	1	9	4
<b>Aanwijzingen over (% altijd/meestal):</b>				
• De handelwijze in het algemeen	43	19	23	10
• De handelwijze bij deze patiënt	21	34	27	14
• De eventuele complicaties en bijwerkingen	29	31	33	21
<b>Mogelijkheden toezicht en tussenkomst (% altijd/meestal):</b>				
• Direct toezicht houden op de plaats van handeling	43	19	39	29
• Fysiek kunnen ingrijpen als er iets mis gaat	71	57	79	60
• Op afstand bereikbaar zijn	57	73	73	77
• Controle achteraf	50	25	36	29

\* Aan tandartsen is aangegeven dat zij bij de beantwoording van de vragen, indien zij met meerdere mondhygiënisten samenwerken, moesten denken aan de mondhygiënist met wie zij het meeste samenwerken.

### Bepaling bekwaamheid

Aan de gynaecologen, internisten, huisartsen en tandartsen (=opdrachtgevers) is ook gevraagd op welke wijze zij de bekwaamheid tot het uitvoeren van een voorbehouden handeling van een verpleegkundige, verloskundige, doktersassistent, mondhygiënist of tandartsassistent (=opdrachtnemer) bepaalden. Van de gynaecologen gaf 9% aan nooit opdrachten tot voorbehouden handelingen te geven aan verpleegkundigen en 20% nooit aan verloskundigen. Van de internisten en huisartsen gaf zo'n 3% nooit een opdracht aan een verpleegkundige of doktersassistent en van de tandartsen 36% niet aan mondhygiënisten en 51% niet aan tandartsassistenten. De meest genoemde wijze door de gynaecologen en internisten, die wel opdrachten tot voorbehouden handelingen gaven aan verpleegkundigen, was dat zij ervan uitgingen, dat de instelling had gewaarborgd dat de verpleegkundigen bekwaam zijn (58% resp. 65%). Daarnaast gingen zij uit van de bekwaamheid op grond van de gevolgde opleiding of beoordeelden zij de bekwaamheid per handeling (55% resp. 54%, 53% resp. 41%).(tabel 3.3.10)

Van de huisartsen ging een ruime meerderheid ervan uit (82%) dat de thuiszorgorganisatie of zorginstelling had gewaarborgd dat de verpleegkundigen bekwaam zijn. Zij veronderstelden de bekwaamheid van verpleegkundigen verder vooral op grond van de gevolgde opleiding (64%). Dit laatste was ook zo bij de tandartsen ten aanzien van mondhygiënisten (60%). Wat betreft doktersassistenten werd door de huisartsen het meest genoemd dat de bekwaamheid vooraf eenmaal werd vastgesteld (59%). Voorts beoordeelden zij per handeling of de dokterassistent bekwaam was of werd de bekwaamheid verondersteld op grond van de gevolgde opleiding (beide 46%).(tabel 3.3.10)

**Tabel 3.3.10**

**Wijze waarop gynaecologen, internisten, huisartsen en tandartsen aangaven de bekwaamheid van een opdrachtnemer te bepalen bij het geven van een opdracht tot een voorbehouden handeling**

	GYN n=149 %		INT n=186 %		HA n=236 %		TA n=296 %	
	Opdrachtnemers							
	VPLK n=135	VLK n=120	VPLK n=180	VPLK n=227	DA n=230	MH n=190	TAA n=145	
• Ik veronderstel de bekwaamheid van de beroepsbeoefenaar op grond van de gevolgde opleiding	55	45	54	64	46	60	26	
• Ik ga ervan uit dat de instelling waar ik werk* heeft gewaarborgd dat de verpleegkundigen bekwaam zijn	58		65	82				
• Ik beoordeel per handeling of de beroepsbeoefenaar bekwaam is om de handeling te verrichten	53	34	41	23	46	30	44	
• Ik beoordeel per patiënt of de beroepsbeoefenaar bekwaam is om de handeling te verrichten	22	15	12	12	19	38	48	
• Ik stel vooraf eenmaal vast voor welke handelingen de beroepsbeoefenaren met wie ik samenwerk bekwaam zijn				19	59	26	33	
• Ik bepaal periodiek (bijv. eens per jaar) voor welke handelingen de beroepsbeoefenaren met wie ik samenwerk bekwaam zijn				4	17	25	26	
• Dit laat ik aan de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar over	24	22	21	30	13	19	1	

\* Bij huisartsen: Ik ga ervan uit dat de thuiszorgorganisatie/zorginstelling heeft gewaarborgd dat etc.

Een vergelijkbare vraag is voorgelegd aan de verpleegkundigen en mondhygiënisten. Aan hen is gevraagd op welke wijze zij hun eigen bekwaamheid bepaalden wanneer zij een opdracht van een (tand)arts kregen om een voorbehouden handeling te verrichten. Circa 10% verrichtte geen voorbehouden handelingen (13% resp. 11%). Zowel de verpleegkundigen als de mondhygiënisten die wel voorbehouden handelingen verrichtten noemden het vaakst dat zij hun bekwaamheid per handeling bepaalden (81% resp. 70%). Daarnaast gaven bijna evenveel mondhygiënisten (69%) aan hun bekwaamheid te veronderstellen op grond van de door hen gevolgde opleiding. Van de verpleegkundigen had 44% een bekwaamheidsverklaring voor een of meer voorbehouden handelingen. (tabel 3.3.11)

**Tabel 3.3.11**

**Wijze waarop verpleegkundigen en mondhygiënisten (opdrachtnemers) aangaven hun eigen bekwaamheid te bepalen bij het krijgen van een opdracht van een (tand)arts om een voorbehouden handeling te verrichten**

	VPLK n=1295 %	MH n=177 %
• Ik beoordeel per handeling of ik bekwaam ben om de handeling te verrichten	81	70
• Ik beoordeel per patiënt of ik bekwaam ben om de handeling te verrichten	25	53
• Ik veronderstel mijn bekwaamheid op grond van de door mij gevolgde opleiding	48	69
• Ik bepaal periodiek (bijv. eens per jaar) voor welke handelingen ik bekwaam ben (evt. in overleg met mijn leidinggevende*)	20	4
• Dit laat ik aan de verantwoordelijkheid van de (tand)arts over	6	9
• Dit laat ik aan de verantwoordelijkheid van mijn leidinggevende over	3	
• Ik heb een bekwaamheidsverklaring voor een of meer voorbehouden handelingen	44	
• Ik bepaal aan de hand van een protocol of ik bekwaam ben	35	

\* Het deel tussen haken is alleen toegevoegd bij verpleegkundigen.

## Problemen, weigeringen en overwogen weigeringen

Aan de beroepsbeoefenaren is gevraagd of er de afgelopen 12 maanden wel eens een probleem was opgetreden, wanneer zij een opdracht hadden gegeven of gekregen om een voorbehouden of andere handeling te verrichten (Letterlijk is gevraagd naar problemen bij opdrachten tot de handelingen die in de voorafgaande vraag waren genoemd. Deze handelingen staan vermeld in de tabellen 3.3.15 t/m 3.3.18). Bij minder dan een vijfde (2-17%) was wel eens een probleem opgetreden (mediaan 1-4 keer). Bij de overigen was nooit een probleem opgetreden (55-84%) of zij hadden nooit een opdracht gegeven of gekregen (4-44%). (tabel 3.3.12) Aan degenen die aangaven dat er wel eens een probleem was opgetreden is gevraagd de laatste keer te beschrijven. De door de gynaecologen, internisten en ziekenhuisverpleegkundigen aangegeven problemen betroffen vooral het inbrengen van een perifere infuus (o.a. niet gelukt), het toedienen van medicatie i.v. of via een infuus (o.a. geweigerd door verpleegkundige of verkeerde dosering), het bedienen van de oxytocinepomp of spuitpomp (o.a. verkeerde dosering) of het katheteriseren van de blaas (o.a. niet gelukt). Eenmaal werd door een ziekenhuisverpleegkundige aangegeven dat een comateuze patiënt was overleden, omdat een maagsonde in de keel was terechtgekomen. Door de huisartsen werd het meest genoemd dat de doktersassistent bij het maken van een cervixuitstrijkje de portio niet à vue kreeg. De door de mondhygiënisten aangegeven problemen betroffen met name het geven van lokale anesthesie (o.a. verdoving niet goed of patiënt onwel) of extracties van melkelementen (o.a. niet gelukt).

Tabel 3.3.12

Vóórkomen van problemen, weigeringen en overwogen weigeringen bij opdrachten voor voorbehouden en andere handelingen in de afgelopen 12 maanden

	HA %	GYN %	INT %	VPLK* %	VLK %	TA %	MH %
<b>Problemen</b>	n=234	n=147	n=190	n=1471	n=222	n=299	n=194
• Ja (mediaan aantal maal)	12 (2)	14 (2)	17 (4)	7 (2)	2 (1)	2 (2)	6 (1)
• Nee, nooit probleem opgetreden	84	81	76	67	60	55	76
• Nee, nooit opdracht gegeven/gekregen**	4	5	6	26	38	44	18
<b>Weigeringen</b>	n=224	n=140	n=177	n=1073		n=168	n=161
• Ja (mediaan aantal maal)	5 (1)	16 (2)	19 (3)	20 (2)		4 (2)	14 (2)
<b>Overwogen weigeringen</b>							
• Ja (mediaan aantal maal)				15 (1)			8 (3)

\* Door 11% van de ziekenhuisverpleegkundigen werden problemen gemeld (bij 80% nooit probleem opgetreden), door 28% weigeringen en door 16% overwogen weigeringen. Van de overige verpleegkundigen meldde 4% problemen (56% nooit probleem, 41% nooit opdracht), 11% weigeringen en 13% overwogen weigeringen.

\*\* Bij verpleegkundigen en mondhygiënisten is gevraagd naar gekregen opdrachten, bij de andere beroepsbeoefenaren naar gegeven opdrachten.

Aan de beroepsbeoefenaren (m.u.v. verloskundigen) die wel eens een opdracht hadden gegeven is vervolgens gevraagd of het de afgelopen 12 maanden wel eens was voorgekomen dat een opdrachtnemer een opdracht tot een van de genoemde handelingen had geweigerd uit te voeren. Aan de verpleegkundigen en mondhygiënisten is gevraagd of zij wel eens een opdracht hadden geweigerd. Van de (tand)artsen had 4-19% meegemaakt dat een door hen gegeven opdracht was geweigerd (mediaan 1-3 keer). Van de verpleegkundigen en mondhygiënisten had 20% resp. 14% wel eens een opdracht geweigerd (mediaan 2 keer). (tabel 3.3.12) Ook hier is gevraagd het laatste geval te beschrijven. De geweigerde opdrachten bij de gynaecologen, internisten en verpleegkundigen betroffen met name het toedienen van medicatie i.v. of via infuus en het inbrengen van een perifere infuus. Na de weigering had vervolgens de arts de handeling vrijwel altijd zelf verricht. Mondhygiënisten noemden vooral het geven van lokale anesthesie en extraheren als handelingen die zij hadden geweigerd, omdat zij zich niet bekwaam achtten. Meestal had de tandarts de handeling daarna zelf uitgevoerd.

Van de verpleegkundigen had 15% in de afgelopen 12 maanden wel eens *overwogen* een opdracht te weigeren (mediaan 1 keer). Van de mondhygiënisten waren dat er minder (8%), maar zij hadden het wel vaker overwogen (mediaan 3 keer). (tabel 3.3.12) Gevraagd naar de handeling bij de laatste keer noemden zowel de verpleegkundigen als mondhygiënisten vooral de bovengenoemde handelingen. In deze gevallen hadden zij de handeling veelal toch verricht, al dan niet in bijzijn van de (tand)arts of een andere verpleegkundige.

### **Richtlijnen en protocollen**

Aan de verpleegkundigen is ook gevraagd of er in de instelling of op de afdeling schriftelijke richtlijnen of protocollen ten aanzien van voorbehouden handelingen waren. Van hen gaf 80% aan dat deze er waren, van de verpleegkundigen werkzaam in ziekenhuizen was dat 87%. Er waren weinig verschillen tussen de ziekenhuisverpleegkundigen en de overige verpleegkundigen in de onderdelen die volgens hen in de richtlijnen of protocollen werden beschreven. Door het merendeel van de verpleegkundigen (82%) werd aangegeven dat in de richtlijnen of protocollen de handelingen werden beschreven die zonder toezicht en tussenkomst door een verpleegkundige mogen worden uitgevoerd. Volgens rond de 40-50% van hen werden (daarnaast) de volgende onderdelen in de richtlijnen of protocollen beschreven: 'de manier waarop een opdracht dient te worden gegeven' (53%), 'de manier waarop bekwaamheid dient te worden bepaald' (43%), 'de handelingen die zijn voorbehouden aan artsen' (41%) en 'de voorwaarden voor het aannemen van een opdracht' (38%). Van de verpleegkundigen gaf voorts ongeveer een kwart aan dat in de richtlijnen of protocollen de manier waarop toezicht en tussenkomst dienen te worden geboden en de verdeling van de verantwoordelijkheid bij het geven en aannemen van opdrachten werden beschreven (24% resp. 25%). De manier waarop aanwijzingen dienen te worden gegeven werd volgens 21% van de verpleegkundigen beschreven. Van de verpleegkundigen gaf 64% aan bij het verrichten van voorbehouden handelingen volledig volgens de schriftelijke richtlijnen of protocollen te handelen, 35% deed dat ten dele en 1% handelde niet volgens de richtlijnen of protocollen. De meest genoemde reden om van de richtlijnen of protocollen af te wijken was 'de situatie van de patiënt' (72%). Andere genoemde redenen waren: 'de richtlijnen/protocollen zijn niet praktisch genoeg' (37%), 'ik ben niet (volledig) op de hoogte van de inhoud van de richtlijnen/ protocollen' (26%), 'tijdgebrek' (23%) en 'de richtlijnen/protocollen zijn niet helder geformuleerd' (9%).

### **Instellingsbeleid**

Aan de instellingen is gevraagd op welke wijze in de instelling het beleid ten aanzien van voorbehouden handelingen was uitgewerkt. Alle ziekenhuizen en vrijwel alle verpleeghuizen, algemeen psychiatrisch ziekenhuizen, GGD-en en thuiszorginstellingen gaven aan dat er beleid was uitgewerkt (92-100%). Van de RIAGG's had 13% geen beleid uitgewerkt, van de privé-klinieken eenderde (33%). Bij de instellingen die beleid hadden uitgewerkt, was het beleid afhankelijk van het soort instelling op bepaalde punten meer of minder uitgewerkt. De ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorginstellingen hadden het beleid vrijwel altijd meer uitgewerkt dan de overige instellingen.

Bekwaamheidsverklaringen voor individuele beroepsbeoefenaren voor het verrichten van voorbehouden handelingen waren het meest aanwezig bij GGD-en (87%), in verpleeghuizen (81%) en in ziekenhuizen (69%). (tabel 3.3.13) Het Stappenplan voorbehouden handelingen van de Raad BIG was (m.u.v. privé-klinieken 7%) door 46-84% van de instellingen gebruikt bij het uitwerken van de regeling voorbehouden handelingen (zie hoofdstuk 2).

## Risicovolle handelingen

Ongeveer 40% van de ziekenhuizen en algemeen psychiatrisch ziekenhuizen (42% resp. 38%), 18-28% van de RIAGG's, verpleeghuizen en thuiszorginstellingen, 13% van de privé-klinieken en 6% van de GGD-en gaf aan dat er binnen de instelling handelingen voorkwamen die zo risicovol zijn, dat zij uitsluitend door artsen of in opdracht van hen zouden mogen worden verricht. Desgevraagd welke handelingen dat waren, werden opvallend vaak voorbehouden handelingen genoemd. Gevraagd naar de wijze(n) waarop op dit moment met deze handelingen werd omgegaan antwoordde vrijwel elke instelling dat hiervoor extra maatregelen waren getroffen (92-100%). Bijna de helft tot ruim tweederde van de instellingen (46-71%, thuiszorginstellingen 83%) gaf aan, dat hiermee werd omgegaan alsof het voorbehouden handelingen betrof. Zo'n driekwart van de instellingen (50-100%) had voor deze handelingen richtlijnen of protocollen opgesteld. Door enkele ziekenhuizen en verpleeghuizen is genoemd, dat deze handelingen alleen door artsen werden uitgevoerd. (Bedacht moet worden dat het hier om kleine absolute aantallen gaat.)

**Tabel 3.3.13**

**Manieren waarop instellingen beleid ten aanzien van voorbehouden handelingen hadden uitgewerkt**

	Totaal n=380 %	ZH n=84 %	APZ n=28 %	VPLH n=134 %	PK n=16 %	RIAGG n=28 %	GGD n=31 %	TZ N=59 %
• Beleidsnotitie ten aanzien van voorbehouden handelingen	68	71	61	77	19	61	42	75
• Beschrijving van de in de instelling voorkomende voorbehouden handelingen	75	82	79	84	31	57	52	76
• Functionaris/commissie die zorg draagt voor het beleid rond voorbehouden handelingen	59	68	50	68	25	32	39	61
• Trainings- en scholingsbeleid voor beroepsbeoefenaren voor het verrichten van voorbehouden handelingen	81	87	75	87	56	50	58	93
• Protocollen/richtlijnen voor bepaalde voorbehouden handelingen	62	67	68	64	50	75	48	53
• Protocollen/richtlijnen voor alle voorbehouden handelingen	53	56	29	60	44	11	48	68
• Bekwaamheidsverklaringen voor individuele beroepsbeoefenaren voor het verrichten van voorbehouden handelingen	65	69	36	81	19	32	87	56
• Bekwaamheidsverklaringen voor groepen beroepsbeoefenaren voor het verrichten van voorbehouden handelingen	16	23	18	18	13	14	3	10
• Schriftelijk toetsings- en bijstellingsbeleid ten aanzien van het omgaan met voorbehouden handelingen	32	41	7	42	6	4	23	36

## Zeeffunctie doktersassistent

Desgevraagd gaf bijna een kwart van de huisartsen (24%) aan in de praktijk knelpunten te ervaren ten aanzien van de vervulling van de 'zeeffunctie' door de doktersassistent. Door deze huisartsen werd onder meer genoemd, dat deze niet wordt geaccepteerd door de patiënt, dat de deskundigheid van de doktersassistent niet altijd toereikend is, dat er teveel drukte is om te kunnen 'zeven', dat de telefonische adviezen te lang duren waardoor de bereikbaarheid van de praktijk minder wordt, dat telefonische triage moeilijk is en dat een enkele keer een verkeerde beoordeling wordt gemaakt. De huisartsen die geen knelpunten ervoeren gaven onder andere aan dat zij een goed opgeleide of ervaren

doktersassistent in de praktijk hebben, dat er goede afspraken zijn gemaakt en dat bij twijfel overleg plaatsvindt. Kanttekeningen die zij noemden waren dat patiënten de klacht niet altijd met de doktersassistent willen bespreken en dat de ene assistent het beter kan dan de andere. Van de huisartsen was 80% van mening dat het terecht is dat een arts (mede)verantwoordelijk is voor het onjuist vervullen van de zeeffunctie door de doktersassistent.

### **Uitvoerbaarheid voorwaarden, overige knelpunten**

Tot slot is aan de beroepsbeoefenaren gevraagd of de voorwaarden die in de regeling voorbehouden handelingen worden gesteld aan het geven en aannemen van opdrachten volgens hen in de praktijk uitvoerbaar zijn. Van de artsen, verpleegkundigen en mondhygiënistenvond 61-71% de voorwaarden helemaal of enigszins uitvoerbaar, van de tandartsen en verloskundigen 54% resp. 43%. Rond de 10% van de beroepsbeoefenaren vond de regeling niet uitvoerbaar (2-14%). De overigen antwoordden 'weet niet' (19-55%). Door de huisartsen die de voorwaarden voor het geven van opdrachten enigszins of niet uitvoerbaar vonden, werd in de toelichting aangegeven dat de regeling veel papierwerk en administratieve rompslomp met zich meebrengt (o.a. uitvoeringsverzoeken thuiszorg) en dat het bepalen van de bekwaamheid van verpleegkundigen en het bieden van toezicht en tussenkomst in de thuiszorg en verzorgingshuizen niet altijd realiseerbaar zijn. Door de internisten en gynaecologen werden onder meer knelpunten genoemd ten aanzien van het schriftelijk bevestigen van mondelinge opdrachten, de administratieve rompslomp, de bekwaamheidsbepaling van verpleegkundigen en het fysiek bieden van toezicht en tussenkomst. Aangegeven werd voorts dat de regels niet altijd strikt te volgen zijn vanwege tijdgebrek en dat de Wet BIG te ver afstaat van de praktijk. Door de ziekenhuisverpleegkundigen die de voorwaarden helemaal uitvoerbaar vonden, werd vooral genoemd dat de regeling duidelijk is en dat dit in de instelling goed is geregeld (protocollen e.d.). De ziekenhuisverpleegkundigen die de regeling enigszins of niet uitvoerbaar vonden gaven met name aan dat zij problemen ervoeren met telefonische en mondelinge opdrachten (o.a. met het krijgen van een schriftelijke bevestiging). Ook gaven zij aan dat de voorwaarden door drukte of personeelstekort niet altijd uitvoerbaar zijn, dat de voorwaarden niet (helemaal) duidelijk zijn en noemden zij problemen ten aanzien van de bekwaamheidsbepaling en het bieden van toezicht en tussenkomst. De tandartsen noemden vooral ruimtegebrek in de praktijk als beperking (bijv. slechts 1 behandelstoel). Door de meeste mondhygiënistenvonden problemen aangegeven met het krijgen van schriftelijke opdrachten van tandartsen en het bieden van toezicht en tussenkomst door hen (met name door vrijevestigde mondhygiënistenvonden). Vooral door de beroepsbeoefenaren die niet wisten of de voorwaarden uitvoerbaar zijn is aangegeven dat zij niet goed op de hoogte waren van de regeling voorbehouden handelingen en de voorwaarden voor het geven en aannemen van opdrachten. Door veel verloskundigen werd gemeld dat zij weinig opdrachten aan verpleegkundigen gaven; door veel verpleegkundigen die niet in een ziekenhuis werkzaam waren, dat zij weinig opdrachten krijgen.

Instellingen ervoeren in uiteenlopende mate knelpunten ten aanzien van de regeling voorbehouden handelingen: privé-klinieken 0%, GGD-en 16%, verpleeghuizen 18%, RIAGG's 22%, algemeen psychiatrisch ziekenhuizen en ziekenhuizen 35% en thuiszorginstellingen 42%. Genoemd werden vooral het bijhouden van de bekwaamheid bij weinig voorkomende handelingen (en het verloop van en tekort aan personeel), onduidelijkheid over de eisen ten aanzien van het documenteren van opdrachten (schriftelijke opdracht in de praktijk niet altijd mogelijk) en in verband met deze twee

punten de administratieve rompslomp door de Wet BIG vanwege de bekwaamheidsverklaringen en -registratie en het paraferen van opdrachten (specialisten hiertoe niet altijd bereid en huisartsen ook niet bij uitvoeringsverzoek thuiszorg). Veel thuiszorginstellingen noemden ook dat de normen voor het bieden van toezicht en tussenkomst door de huisarts of specialist in de thuissituatie lastig zijn en dat het bieden van toezicht en tussenkomst niet haalbaar of moeilijk te organiseren is. Door een enkele instelling is tenslotte nog genoemd dat de omschrijvingen van de voorbehouden handelingen niet altijd duidelijk zijn. Aangegeven is bijvoorbeeld dat een handeling vaak is te splitsen in inbrengen, verzorgen en verwijderen (bijv. van een katheter). Inbrengen is meestal helder, verzorgen en verwijderen vaak veel minder.

### 3.3.4 Opvattingen over de regeling voorbehouden handelingen

#### Algemeen

Van de huisartsen, gynaecologen en internisten vond rond de 70% dat de regeling voorbehouden handelingen patiënten voldoende beschermt (69-76%). Bij de tandartsen en mondhygiënisten was dat rond de 55% (52% resp. 58%). Dat de regeling voorbehouden handelingen een verbetering is ten opzichte van eerdere regelgeving op dit gebied werd door driekwart van de verpleegkundigen beaamd (77%). Bij de andere groepen was dat rond de 50% (tandartsen 37%). Rond de 45% van de respondenten (37-53%) vond de regeling voorbehouden handelingen goed aansluiten op de praktijk, een kwart tot de helft had hierover een neutrale opvatting (26-50%) en 7-30% vond de regeling niet goed aansluiten. Driekwart van de verloskundigen (74%) en ongeveer de helft van de andere respondentengroepen (46-59%) gaven aan in hun werk geen verandering te merken door de regeling voorbehouden handelingen. Met uitzondering van gynaecologen (47%) vond een meerderheid van de respondenten (54-66%) dat de lijst van voorbehouden handelingen voor hun werksituatie toereikend was. Een minderheid van de respondenten (8-26%) was van mening dat de regeling voorbehouden handelingen hen teveel beperkingen oplegt. (tabel 3.3.14)

Tabel 3.3.14

**Opvattingen over de regeling voorbehouden handelingen: percentages van beroepsbeoefenaren die het met de beweringen helemaal eens of meer eens dan oneens zijn**

	HA n=234 %	GYN n=148 %	INT n=187 %	VPLK n=1470 %	VLK n=228 %	TA n=300 %	MH* n=200 %
• Patiënten zijn voldoende beschermd door de regeling voorbehouden handelingen	76	72	69	60	62	52	58
• De regeling voorbehouden handelingen is een verbetering t.o.v. eerdere regelgeving op dit gebied	46	50	55	77	50	37	
• De regeling voorbehouden handelingen sluit goed aan op de praktijk	44	41	42	46	53	37	45
• In mijn werk merk ik geen verandering door de regeling voorbehouden handelingen	52	47	53	46	74	59	
• De lijst van voorbehouden handelingen is voor mijn werksituatie toereikend	57	47	55	66	62	54	
• De regeling voorbehouden handelingen legt mij teveel beperkingen op	21	23	26	10	8	8	21

\* Aan mondhygiënisten zijn minder beweringen voorgelegd, omdat deze wat minder op hen van toepassing zijn en de vragenlijst al erg lang was.

#### Bescherming patiënten

Door bijna driekwart van de instellingen (74%) werd de regeling voorbehouden handelingen ervaren als een instrument dat patiënten voldoende bescherming biedt (56% RIAGG-82% verpleeghuizen), door 5-9% niet en 12-34% wist dat niet. In de toelichting werd door deze instellingen onder meer aangegeven dat de Wet BIG



kwaliteitsbevorderend werkt doordat er meer wordt getoetst (kennis en vaardigheden), geschoold (deskundigheids- en bekwaamheidsbevordering) en geprotocolleerd. Zowel de instellingen die vonden dat de regeling voorbehouden handelingen patiënten voldoende bescherming biedt als instellingen die dat niet vonden, gaven ook vaak aan dat de regeling voorbehouden handelingen slechts één van de instrumenten is in combinatie met andere wet- en regelgeving, instellingsbeleid, goed personeel, scholing en protocollen. Van de instellingen die vonden dat de regeling niet voldoende bescherming biedt, noemde een enkele nog 'als het bescherming moet bieden aan de patiënt, moet de controle op naleving veel strakker plaatsvinden'; 'levert schijnveiligheid op'; 'het is moeilijk te toetsen hoe bekwaamheid van de verpleegkundige op het moment is'; en 'het wordt door beroepsbeoefenaren eerder als instrument voor de eigen bescherming ervaren'.

### **Vermindering voorbehouden handelingen**

Van de instellingen had zo'n 5% (0% RIAGG-13% GGD) behoefte aan vermindering van het aantal handelingen dat onder de regeling voorbehouden handelingen valt. De meest genoemde handelingen die volgens deze niet voorbehouden hoefden te zijn, waren subcutaan en intramusculair injecteren. Er werden ook handelingen genoemd die geen voorbehouden handelingen zijn, zoals het verwijderen van hechtingen en het verrichten van een vingerprik. Sommige instellingen noemden meer dan één handeling.

### **Uitbreiding functionele zelfstandigheid**

Bij een kwart van de ziekenhuizen (25%) en 3-22% van de andere instellingen was er behoefte aan uitbreiding van het aantal handelingen dat verpleegkundigen functioneel zelfstandig (=zonder toezicht en tussenkomst) mag verrichten. Het meest genoemd werden nurse practitioner-taken en handelingen voorkomend op specialistische afdelingen door specialistische verpleegkundigen. Daarnaast werden nogal wat handelingen genoemd waarvoor verpleegkundigen reeds een functionele zelfstandigheid hebben, zoals subcutaan en intramusculair injecteren en het katheteriseren van de blaas. Ook werden handelingen genoemd die niet voorbehouden zijn (bijv. het verwijderen van hechtingen, of die geregeld zijn via andere wetten (bijv. toepassing dwangmiddelen en medicatieverstrekking).

### **Verantwoord-zijn van handelingen door anderen**

Van een groot aantal voorbehouden en niet voorbehouden handelingen is gevraagd in hoeverre beroepsbeoefenaren het verantwoord vonden om deze door anderen (o.a. verpleegkundigen, mondhygiënist, tandarts- of doktersassistenten) te laten verrichten. Dit kan inzicht geven in handelingen die wel of niet onder de regeling voorbehouden handelingen zouden moeten (blijven) vallen.

#### *Gynaecologen, internisten en verpleegkundigen*

De meningen van de gynaecologen en internisten waren ongeveer gelijk over de mate waarin het verantwoord is om een verpleegkundige een venapunctie of een intraveneuze injectie (rechtstreeks) te laten verrichten, een perifeer infuus te laten inbrengen of geneesmiddelen te laten toedienen via een infuus. (tabel 3.3.15) De meesten van hen vonden dat een verpleegkundige deze handelingen verantwoord kon verrichten, mits in opdracht van een arts volgens de regeling voorbehouden handelingen (gynaecologen 75-96%, internisten 70-95%). Van de gynaecologen vond 16-36% het bieden van toezicht en tussenkomst daarbij niet nodig als vereiste, van de internisten 21-42%. Een kwart tot eenderde van de verpleegkundigen vond ten aanzien van de eerste drie handelingen dat deze handelingen alleen verantwoord door artsen kunnen worden verricht. Op dit moment mogen verpleegkundigen deze voorbehouden handelingen functioneel zelfstandig

uitvoeren.

De antwoorden van de internisten en verpleegkundigen verschilden ten aanzien van het bedienen van de spuitpomp: 43% van de internisten vond dat alleen artsen dat verantwoord kunnen doen tegenover 3% van de verpleegkundigen. Het ophogen van de oxytocinepomp kon volgens het merendeel van de gynaecologen verantwoord door een verpleegkundige worden gedaan volgens de regeling voorbehouden handelingen. De gynaecologen en verpleegkundigen hadden ongeveer dezelfde mening over het verantwoord-zijn van het verrichten van intramusculaire injecties door verpleegkundigen. Ongeveer de helft van beide groepen vond dat verpleegkundigen deze voorbehouden handeling verantwoord functioneel zelfstandig kunnen verrichten. De meningen van de internisten en de verpleegkundigen over het inbrengen van een maagsonde door een verpleegkundige en het katheteriseren van de blaas waren ook ongeveer gelijk. Zij vonden dat deze handelingen verantwoord zijn, mits in opdracht van een arts volgens de regeling voorbehouden handelingen (internisten 83-86%, verpleegkundigen 78-80%). Van de internisten vond 39-52% en van de verpleegkundigen 35-48% het bieden van toezicht en tussenkomst daarbij niet nodig als vereiste. Op dit moment mogen verpleegkundigen deze voorbehouden handelingen functioneel zelfstandig verrichten. Eenderde van de gynaecologen vond dat verpleegkundigen een blaaskatheterisatie bij de vrouw ook zonder opdracht verantwoord kunnen doen (dus geen voorbehouden handeling).

Wat betreft de verloskundige handelingen vond ruim 80% van de gynaecologen dat het niet verantwoord is wanneer verpleegkundigen een amniotomie of episiotomie verrichten, ook niet wanneer dat in opdracht van een arts volgens de regeling voorbehouden handelingen gebeurt, 69% vond dat ten aanzien van een vaginaal toucher tijdens de bevalling, ongeveer de helft ten aanzien van het begeleiden van de uitdrijving en de geboorte van de placenta (49% en 52%) en eenderde ten aanzien van het beoordelen van een CTG (32%).

Van de verpleegkundigen vond bijna driekwart dat het beoordelen van een ECG alleen verantwoord door een arts kan worden gedaan (73%), bijna 60% vond dat van hechten. Het beoordelen van de noodzaak van toediening van sedativa kon volgens 45% van de verpleegkundigen alleen verantwoord door een arts worden gedaan. Het beoordelen van een bloedsuikerwaarde kon volgens 22% van hen verantwoord worden verricht door verpleegkundigen zonder opdracht van een arts.

### *Huisartsen*

Van de huisartsen vond 80% dat het plaatsen van een spiraal alleen verantwoord door een arts kan worden gedaan, de helft vond dat ten aanzien van hechten. (tabel 3.3.16) Rond de 55% van hen vond dat desensibiliseren en het afnemen van een allergietest verantwoord door een doktersassistent kunnen worden gedaan, mits in opdracht van een arts, volgens de regeling voorbehouden handelingen. Ten aanzien van spirometrie, vaccineren, cervixuitstrijkje maken, beoordelen noodzaak consult en wratten aanstippen vond een kwart tot ruim eenderde (23-37%) van de huisartsen het verantwoord wanneer doktersassistenten deze handelingen zonder opdracht zouden verrichten (dus geen voorbehouden handeling).

**Tabel 3.3.15**

**Opvattingen van gynaecologen, internisten en verpleegkundigen over de mate waarin het verantwoord is om bepaalde handelingen te laten verrichten door een verpleegkundige**

Handelingen*	GYN n=150 %				INT n=190 %				VPLK n=1417 %			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
• Venapunctie (3)	3	46	30	20	3	30	40	28	35	39	18	9
• Inbrengen perifeer infuus (3)	3	62	22	13	3	49	36	12	23	52	18	7
• Intraveneus injecteren (rechtstreeks) (3)	19	59	16	6	18	59	21	3	34	47	15	4
• Geneesmiddelen toedienen via infuus (fles/zak) (3)	-	60	36	5	1	53	42	5	2	50	40	8
• Ophogen oxytocinepomp (3)	3	58	29	10								
• Bedienen spuitpomp (3)					43	-	47	11	3	40	39	18
• Intramusculair injecteren (3)	1	32	51	15					2	21	56	21
• Inbrengen maagsonde (3)					2	43	43	13	3	30	48	20
• Blaaskatheterisatie man (3)					4	49	39	9	10	43	35	12
• Blaaskatheterisatie vrouw** (3)	1	18	48	33	2	31	52	15	3	35	45	18
• Verwijderen epiduraal katheter (2)	12	49	24	16					34	41	20	5
• Beoordelen cardiocogram (CTG)	32	50	14	4								
• Vaginaal toucher tijdens bevalling (2)	69	22	5	5								
• Amniotomie (2)	81	10	5	4								
• Episiotomie (2)	84	7	4	5								
• Uitdrijving begeleiden (2)	49	41	7	3								
• Geboorte placenta (2)	52	38	6	4								
• Hechten (2)									59	29	9	4
• Beoordelen electrocardiogram									73	20	3	3
• Beoordelen bloedsuikerwaarde									20	37	21	22
• Beoordelen noodzaak sedativa									45	36	13	6

1=Niet verantwoord, alleen door de arts te verrichten

2=Verantwoord, mits in opdracht van een arts, volgens de regeling voorbehouden handelingen\*\*\*

3=Verantwoord, als bij 2, maar bieden van toezicht en tussenkomst geen vereiste

4=Verantwoord, géén opdracht van een arts nodig

\* Achter de handeling is (2) toegevoegd wanneer het op dit moment een voorbehouden handeling betreft en (3) wanneer het een voorbehouden handeling betreft die verpleegkundigen functioneel zelfstandig mogen uitvoeren.

\*\* Bij gynaecologen stond het woord 'vrouw' er niet achter.

\*\*\* Bij verpleegkundigen was hierachter voor de duidelijkheid toegevoegd: (met mogelijkheid van toezicht en tussenkomst)

**Tabel 3.3.16**

**Opvattingen van huisartsen over de mate waarin het verantwoord is om bepaalde handelingen te laten verrichten door een gemiddeld ervaren en bekwaam\* doktersassistent**

Handelingen**	HA n=236 %			
	1	2	3	4
• Spiraal plaatsen	80	16	3	1
• Hechten (2)	50	47	2	1
• Desensibiliseren (2)	36	55	7	2
• Allergietest afnemen	21	54	18	8
• Wondtoilet (2)	18	40	25	17
• Venapunctie (2)	17	51	23	10
• Cervixuitstrijkje maken	5	44	28	24
• Spirometrie	5	36	36	23
• Beoordelen noodzaak consult	3	39	22	36
• Wratten aanstippen	2	27	34	37
• Vaccineren (2)	1	48	28	23

1=Niet verantwoord, alleen door de arts te verrichten

2=Verantwoord, mits in opdracht van een arts, volgens de regeling voorbehouden handelingen

3=Verantwoord, als bij 2, maar bieden van toezicht en tussenkomst geen vereiste

4=Verantwoord, géén opdracht van een arts nodig

\* Gemiddeld ervaren en bekwaam toegevoegd omdat de titel doktersassistent geen beschermde titel is (geen vaststaande verplichte opleiding).

\*\* Achter de handeling is (2) toegevoegd wanneer het op dit moment een voorbehouden handeling betreft.

### Tandartsen

Van de tandartsen en mondhygiënisten vond een meerderheid dat alleen tandartsen verantwoord kunnen extraheren (88% en 66%).(tabel 3.3.17) Ten aanzien van boren (blijvend gebit en melkgebit) vonden meer tandartsen dan mondhygiënisten dat alleen

tandartsen dat verantwoord kunnen doen (49-70% vs. 18-33%). Boren door mondhygiënisten volgens de regeling voorbehouden handelingen zonder het vereiste van het bieden van toezicht en tussenkomst vond vrijwel geen enkele tandarts verantwoord. Meer mondhygiënisten dan tandartsen vonden het verantwoord om mondhygiënisten zonder opdracht van een tandarts periodieke controles te laten doen en lokale anesthesie te laten geven (50% vs. 11-18%). Van de tandartsen vond iets meer dan de helft (54%) en van de mondhygiënisten bijna 90% het verantwoord wanneer mondhygiënisten zonder opdracht van een tandarts subgingivaal tandsteen verwijderen. Aan tandartsen is van dezelfde handelingen gevraagd in hoeverre het verantwoord is deze door een tandartsassistent te laten verrichten. Ten aanzien van boren en extraheren vond rond de 90% van hen dat het niet verantwoord is deze handelingen door tandartsassistenten te laten verrichten (88-95%), ongeveer driekwart vond dat ten aanzien van periodieke controles en het geven van locale anesthesie (72% resp. 78%) en tweederde (66%) resp. 56% ten aanzien van vullingen aanbrengen en subgingivaal tandsteen verwijderen. Van de overige tandartsen noemden de meesten (3-35%) dat deze handelingen verantwoord kunnen worden uitgevoerd door een tandartsassistent, mits in opdracht van een tandarts, volgens de regeling voorbehouden handelingen.

**Tabel 3.3.17**

**Opvattingen van tandartsen en mondhygiënisten over de mate waarin het verantwoord is om bepaalde handelingen te laten verrichten door een mondhygiënist**

Handelingen*	TA n=292 %				MH n=200 %			
	1	2	3	4	1	2	3	4
• Extraheren (2)	88	11	-	-	66	25	7	2
• Boren in blijvend gebit (2)	70	28	1	1	33	47	15	5
• Boren in melkgebit (2)	49	45	5	2	18	57	17	8
• Vullingen aanbrengen	41	50	8	2	14	54	24	9
• Periodieke controle	29	41	18	11	3	27	20	50
• Lokale anesthesie (3)	20	43	19	18	3	26	22	50
• Subgingivaal tandsteen verwijderen	4	23	19	54	1	3	8	89

1=Niet verantwoord, alleen door de tandarts te verrichten

2=Verantwoord, mits in opdracht van een tandarts, volgens de regeling voorbehouden handelingen

3=Verantwoord, als bij 2, maar bieden van toezicht en tussenkomst geen vereiste

4=Verantwoord, géén opdracht van een tandarts nodig

\* Achter de handeling is (2) toegevoegd wanneer het op dit moment een voorbehouden handeling betreft en (3) wanneer het een voorbehouden handeling betreft die mondhygiënisten functioneel zelfstandig mogen uitvoeren.

### *Psychiaters*

In tabel 3.3.18 is te zien dat de psychiaters met name ten aanzien van het beoordelen van de noodzaak om een patiënt te separeren, de noodzaak van behandeling in een crisissituatie en het beoordelen van de beëindiging van een behandeling vonden dat dit alleen verantwoord door een psychiater kan worden gedaan of in opdracht van een arts, volgens de regeling voorbehouden handelingen. Ten aanzien van individuele psychotherapie en groepstherapie vond ruim 40% dat gezondheidszorgpsychologen dat verantwoord zonder opdracht van een psychiater kunnen verrichten. Sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werkers daarentegen konden volgens het merendeel van de psychiaters deze handelingen niet verantwoord verrichten of alleen volgens de regeling voorbehouden handelingen. Op dit moment zijn deze handelingen geen voorbehouden handelingen. Aan de psychiaters is daarnaast ook gevraagd of psychotherapie volgens hen zou moeten worden aangemerkt als een voorbehouden handeling. Door tweederde van hen (66%) werd deze vraag bevestigend beantwoord. Als toelichting werd hierbij het meest genoemd dat een specialistische opleiding nodig is vanwege de vereiste specifieke deskundigheid. Daarnaast werd genoemd dat de indicatie goed moet worden gesteld, dat de therapie moet passen bij de diagnose en dat psychotherapie niet zonder risico's is. Door de psychiaters die van mening waren dat

psychotherapie niet zou moeten worden aangemerkt als voorbehouden handeling (25%) werd onder andere aangegeven dat psychotherapie ook door gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten kan worden gegeven. Verder werd genoemd dat de indicatiestelling voor psychotherapie wel voorbehouden zou moeten zijn en dat het begrip psychotherapie moeilijk te definiëren is. Van de psychiaters antwoordde 9% dat zij niet wisten of psychotherapie een voorbehouden handeling zou moeten zijn.

**Tabel 3.3.18**

**Opvattingen van psychiaters over de mate waarin het verantwoord is om bepaalde handelingen te laten verrichten door een gezondheidszorgpsycholoog, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en/of een maatschappelijk werker**

Handelingen*	PSY n=172 %											
	Gezondheidszorg- psycholoog				Sociaal psychiatrisch verpleegkundige				Maatschappelijk werker			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
• Beoordelen noodzaak separatie patiënt	60	32	5	4	40	44	10	5	78	18	4	1
• Beoordelen noodzaak behandeling in crisissituatie	35	42	13	10	20	54	17	10	58	30	10	2
• Beoordelen beëindiging behandeling	32	33	22	13	32	41	20	8	48	26	19	8
• Beoordelen noodzaak consult psychiater in crisissituatie	13	39	15	34	4	42	17	37	36	31	11	22
• Intake gesprek	12	38	22	29	18	38	22	23	31	30	20	18
• Groepstherapie	6	24	25	45	32	30	25	14	35	26	24	15
• Individuele psychotherapie	5	26	27	41	42	29	19	10	44	25	20	11

1=Niet verantwoord, alleen door de arts te verrichten

2=Verantwoord, mits in opdracht van een arts, volgens de regeling voorbehouden handelingen

3=Verantwoord, als bij 2, maar bieden van toezicht en tussenkomst geen vereiste

4=Verantwoord, géén opdracht van een arts nodig

\* Deze handelingen zijn op dit moment geen voorbehouden handelingen.

### 3.3.5 Slot

Er bestaat bij nogal wat beroepsbeoefenaren onduidelijkheid over bepaalde onderdelen van de regeling voorbehouden handelingen, met name over de manier waarop bekwaamheid dient te worden bepaald en toezicht en tussenkomst dienen te worden geboden. De kennis over 'wie wat mag' is niet voldoende (o.a. dat verpleegkundigen onbevoegd zijn op eigen initiatief voorbehouden handelingen te verrichten wisten veel respondenten niet of beantwoordden zij verkeerd), de kennis over de strafbepalingen daarentegen is redelijk tot goed.

Hoewel veel beroepsbeoefenaren onduidelijkheden ervaren ten aanzien van de regeling voorbehouden handelingen vinden de meesten de voorwaarden die worden gesteld aan het geven en aannemen van opdrachten in de praktijk redelijk uitvoerbaar en de lijst van voorbehouden handelingen voor hun werksituatie toereikend. Aan de andere kant is 10-25% van mening dat de regeling hen teveel beperkingen oplegt. De helft van de beroepsbeoefenaren (verloskundigen driekwart) heeft weinig verandering gemerkt na invoering van de Wet BIG. Rond de 70% van de artsen vindt dat de regeling voorbehouden handelingen patiënten voldoende bescherming biedt, van de tandartsen en mondhygiënisten is dat iets meer dan de helft en van de instellingen bijna driekwart. Dat de regeling voorbehouden handelingen een verbetering is ten opzichte van eerdere regelgeving op dit gebied wordt door driekwart van de verpleegkundigen beaamd.

Een meerderheid van de ziekenhuisverpleegkundigen krijgt van een arts opdrachten tot subcutaan en intramusculair injecteren (mediaan 12 resp. 8 keer per maand). Vrijwel alle huisartsen geven opdrachten aan de doktersassistent tot injecteren (mediaan 15 keer per maand). Zo'n kwart van de tandartsen geeft aan mondhygiënisten opdrachten tot het geven van locale anesthesie en het maken van röntgenfoto's (mediaan beide 10 patiënten per maand). Van hen geeft 40% voor de laatstgenoemde handeling (ook) opdrachten aan

tandartsassistenten (mediaan 40 patiënten per maand). Opvallend is dat er ziekenhuisverpleegkundigen maar ook mondhygiënisten zijn, die bepaalde voorbehouden handelingen ook zonder opdracht (=op eigen initiatief) verrichten. Van de ziekenhuisverpleegkundigen verricht ongeveer de helft blaaskatheterisaties bij een vrouw op eigen initiatief (mediaan 2 keer per maand). Van de mondhygiënisten geeft bijna 60% op eigen initiatief locale anesthesie en bijna de helft maakt op eigen initiatief röntgenfoto's (mediaan 6 resp. 10 patiënten per maand). Ten aanzien van ziekenhuisverpleegkundigen kan het zijn dat een aantal verpleegkundigen het krijgen van een opdracht via een protocol hebben geïnterpreteerd als het verrichten van een handeling zonder opdracht. Redenen van opdrachtgevers om opdrachten te geven zijn doorgaans dat de opdrachtnemer dat net zo goed kan als zichzelf of dat zij het zelf te druk hebben. Opdrachten worden in allerlei modaliteiten gegeven of gekregen: schriftelijk of mondeling al dan niet met schriftelijke bevestiging, voor één keer of voor meerdere keren, via een protocol, via een andere verpleegkundige of in de vorm van een 'zo-nodig' of 'als-dan' opdracht. Aanwijzingen over de handelwijze en de eventuele complicaties en bijwerkingen worden door gynaecologen en internisten niet vaak gegeven voor injecteren en blaaskatheterisaties. De geboden mogelijkheden voor toezicht en tussenkomst bestaan voornamelijk uit het op afstand bereikbaar zijn en bij huisartsen en tandartsen ook uit het fysiek kunnen ingrijpen als er iets mis gaat. Dit laatste wellicht omdat de huisarts of tandarts in de directe nabijheid van de doktersassistent of mondhygiënist werkzaam is. Overigens is het bieden van toezicht en tussenkomst bij verpleegkundigen geen vereiste voor blaaskatheterisaties en injecteren (functionele zelfstandigheid) en bij mondhygiënisten niet voor het geven van locale anesthesie. Bij opdrachten tot boren door tandartsen vindt vaker controle achteraf plaats en wordt vaker direct toezicht gehouden op de plaats van de handeling dan bij opdrachten tot het geven van locale anesthesie. Ten aanzien van de bepaling van de bekwaamheid gaan de meeste gynaecologen en internisten die opdrachten tot voorbehouden handelingen geven aan verpleegkundigen ervan uit, dat de instelling heeft gewaarborgd dat de verpleegkundigen bekwaam zijn. Daarnaast gaan zij uit van de bekwaamheid op grond van de gevolgde opleiding of beoordelen zij de bekwaamheid per handeling. Wat betreft doktersassistenten wordt door een meerderheid van de huisartsen de bekwaamheid vooraf eenmaal werd vastgesteld. Verder beoordelen zij per handeling of de dokterassistent bekwaam is of wordt de bekwaamheid verondersteld op grond van de gevolgde opleiding. Tandartsen die opdrachten geven aan mondhygiënisten voor voorbehouden handelingen veronderstellen de bekwaamheid van deze mondhygiënisten vooral op grond van de gevolgde opleiding. Zowel verpleegkundigen als mondhygiënisten die voorbehouden handelingen verrichten bepalen hun bekwaamheid vooral per handeling. Daarnaast veronderstelt een meerderheid van de mondhygiënisten hun bekwaamheid op grond van de door hen gevolgde opleiding. Bij de vragen over de bepaling van de bekwaamheid hebben minder respondenten aangegeven geen opdrachten tot voorbehouden handelingen te geven of opdrachten te verrichten dan op grond van de eerder gegeven antwoorden op de vragen naar het aantal keren of patiënten per maand kon worden verwacht (omdat de daar genoemde voorbehouden handelingen in de praktijk het vaakst voorkomen). Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk. Het meest waarschijnlijk is dat de respondenten bij het beantwoorden van de vraag naar de bekwaamheidsbepaling meer handelingen in hun hoofd hadden dan alleen de door ons gevraagde voorbehouden handelingen. Problemen en weigeringen bij opdrachten tot voorbehouden handelingen treden niet vaak op. Deze problemen betreffen bij gynaecologen, internisten en ziekenhuisverpleegkundigen vooral het inbrengen van een perifere infuus (o.a. niet

gelukt), het toedienen van medicatie i.v. of via een infuus (o.a. geweigerd door verpleegkundige of verkeerde dosering), het bedienen van de oxytocinepomp of spuitpomp (o.a. verkeerde dosering) of het katheteriseren van de blaas (o.a. niet gelukt). Eenmaal werd aangegeven dat een patiënt was overleden. Bij de andere genoemde problemen is echter niet duidelijk wat de afloop is geweest, omdat dat niet is gevraagd. Geweigerde opdrachten betreffen met name het toedienen van medicatie i.v. of via infuus en het inbrengen van een perifere infuus.

In de instelling of op de afdeling zijn er volgens een ruime meerderheid van de verpleegkundigen schriftelijke richtlijnen of protocollen ten aanzien van voorbehouden handelingen. Hierin worden niet alle onderdelen van de regeling voorbehouden handelingen beschreven. Bijna tweederde van de verpleegkundigen zegt volledig volgens deze protocollen te handelen, eenderde ten dele of niet. Wanneer verpleegkundigen van de richtlijnen of protocollen afwijken is dat meestal vanwege de situatie van de patiënt. Vrijwel alle instellingen (privé-klinieken in mindere mate) hebben beleid ten aanzien van voorbehouden handelingen ontwikkeld. Ziekenhuizen, verpleeghuizen en thuiszorginstellingen hebben het beleid meer uitgewerkt dan andere instellingen. Bekwaamheidsverklaringen voor individuele beroepsbeoefenaren voor het verrichten van voorbehouden handelingen zijn het meest aanwezig bij GGD-en, in verpleeghuizen en in ziekenhuizen. Het Stappenplan voorbehouden handelingen van de Raad BIG is door een meerderheid van de instellingen (m.u.v. privé-klinieken) gebruikt bij het uitwerken van de regeling voorbehouden handelingen. Binnen instellingen komen niet voorbehouden handelingen voor die volgens deze instellingen zo risicovol zijn, dat zij uitsluitend door artsen of in opdracht van hen zouden mogen verricht. Vrijwel alle instellingen hebben voor deze handelingen extra maatregelen getroffen.

Knelpunten zijn genoemd door ongeveer een kwart van de instellingen. Het betreft vooral het bijhouden van de bekwaamheid bij weinig voorkomende handelingen, onduidelijkheid over de eisen ten aanzien van het documenteren van opdrachten en in verband hiermee de administratieve rompslomp door de Wet BIG. Veel thuiszorginstellingen noemden ook dat de normen voor het bieden van toezicht en tussenkomst door de huisarts en specialist in de thuissituatie lastig zijn of dat het bieden van toezicht en tussenkomst niet haalbaar of moeilijk te organiseren is.

Slechts een klein deel van de instellingen heeft behoefte aan vermindering van het aantal handelingen dat onder de regeling voorbehouden handelingen valt. Genoemde handelingen die volgens hen uit de lijst van voorbehouden handelingen kunnen worden verwijderd zijn subcutaan en intramusculair injecteren. Er werden ook handelingen genoemd die nu al niet voorbehouden zijn. Bij een kwart van de ziekenhuizen en in (iets) mindere mate bij andere instellingen is er behoefte aan uitbreiding van het aantal handelingen die verpleegkundigen functioneel zelfstandig (=zonder toezicht en tussenkomst) mogen verrichten. Het meest genoemd werden nurse practitioner-taken en handelingen op specialistische afdelingen.

Van een groot aantal voorbehouden en niet voorbehouden handelingen is aan de respondenten gevraagd in hoeverre zij het verantwoord vinden om deze door verpleegkundigen en anderen te laten verrichten. Een ruime meerderheid van de gynaecologen vindt het niet verantwoord wanneer verpleegkundigen een amniotomie of episiotomie verrichten, ook niet wanneer dat in opdracht van een arts volgens de regeling voorbehouden handelingen gebeurt. Van de verpleegkundigen vindt bijna driekwart dat het beoordelen van een ECG alleen verantwoord door een arts kan worden gedaan. Het plaatsen van een spiraal kan volgens de meeste huisartsen alleen verantwoord door een arts worden gedaan. De helft van de mondhygiënisten vindt het verantwoord om mondhygiënisten zonder opdracht van een tandarts periodieke controles te laten doen en

lokale anesthesie te laten geven. Tweederde van de psychiaters is van mening dat psychotherapie moet worden aangemerkt als een voorbehouden handeling.

### **3.4 Artikel 40 (kwaliteitsbepaling)**

#### **3.4.1 Inleiding**

In art. 40 van de Wet BIG worden voor solistisch werkende art. 3- en art. 34-beroepsbeoefenaren kwaliteitseisen beschreven. In hoofdstuk 2 zijn het doel en de inhoud van art. 40 weergegeven.

Aan burgers en (grotendeels) binnen instellingen werkzame beroepsgroepen zijn geen vragen over art. 40 voorgelegd. Wel aan tandartsen, mondhygiënisten en psychiaters, wanneer zij niet uitsluitend werkzaam waren in een instelling (vallend onder de Kwaliteitswet zorginstellingen) en aan huisartsen en fysiotherapeuten indien zij werkzaam waren in een solopraktijk.

In deze paragraaf wordt eerst beschreven in hoeverre de bovengenoemde beroepsbeoefenaren op de hoogte waren van (de inhoud van) art. 40.(3.4.2) Vervolgens komt de praktijk aan bod. Aangegeven wordt in hoeverre beroepsbeoefenaren door art. 40 meer maatregelen hebben getroffen om de kwaliteit te waarborgen en hoe vaak en waarom door de IGZ een bevel is gegeven.(3.4.3) Daarna worden de opvattingen van de respondenten over art. 40 weergegeven.(3.4.4)

Voorafgaand aan de vragen over art. 40 is gevraagd of respondenten, voor zij de vragenlijst ontvingen, wel eens hadden gehoord van de kwaliteitseisen van art. 40 van de Wet BIG. De vragen zijn alleen beantwoord door respondenten die deze vraag beantwoordden met 'ja, zeker wel' of 'ja, ik geloof van wel'. Beroepsbeoefenaren die de vragen niet hoefden te beantwoorden (hadden er nooit van gehoord) zijn meegerekend met degenen die het antwoord 'weet niet' gaven bij de 'kennisvraag' (3.4.2) en 'nee' bij de praktijkvraag naar het treffen van meer maatregelen om de kwaliteit te waarborgen (3.4.3).

#### **3.4.2 Kennis over artikel 40**

De tandartsen en huisartsen hadden het minst vaak van de kwaliteitseisen van art. 40 gehoord (56% resp. 58% had ervan gehoord), de fysiotherapeuten en mondhygiënisten het vaakst (87% resp. 78%). Van de psychiaters had 69% ervan gehoord. Om na te gaan in hoeverre de respondenten op de hoogte waren van de inhoud van art. 40 is hen hierover een drietal beweringen voorgelegd. Uit tabel 3.4.1 blijkt dat ongeveer een kwart van de huisartsen, psychiaters, tandartsen en mondhygiënisten de beweringen juist beantwoordde (17-29% juiste antwoorden). Van de fysiotherapeuten was dat ongeveer een derde tot ruim de helft (34-57% juiste antwoorden).



**Tabel 3.4.1**

**Kennis over art. 40: percentage beroepsbeoefenaren dat terecht juist of onjuist antwoordde op de voorgelegde beweringen**

	HA n=108 %	PSY n=49 %	FYS n=148 %	TA n=296 %	MH n=187 %
Volgens art. 40 is het opstellen van een kwaliteitsjaarverslag verplicht ( <i>onjuist</i> )	27	22	37	27	17
De inspecteur voor de gezondheidszorg kan in het kader van het toezicht op de naleving van art. 40 een schriftelijk bevel geven ( <i>juist</i> )	25	25	34	22	28
Het NHG geeft in het voorlichtingsmateriaal invulling aan art. 40/Het KNGF geeft in haar beleid invulling aan art. 40/De gedragsregels van de NMT bevatten een aantal regels die invulling geven aan art. 40 ( <i>juist</i> )	24	*	57	29	*

\* Aan psychiaters en mondhygiënisten is geen kennisbewering over voorlichtingsmateriaal, beleid en/of gedragsregels voorgelegd, omdat dat er niet specifiek is (via NVvP en NVM vernomen).

### 3.4.3 Artikel 40 in de praktijk Maatregelen

Bij een klein deel van de respondenten had art. 40 ertoe geleid dat zij meer maatregelen hadden getroffen om de kwaliteit te waarborgen. De fysiotherapeuten gaven het vaakst aan meer maatregelen te hebben getroffen (31%), de huisartsen het minst vaak (6%). Aan de respondenten die meer maatregelen hadden getroffen is gevraagd deze maatregelen te noemen. Een betere documentatie en administratie werd door alle beroepsgroepen genoemd; het volgen van bij- of nascholing door de fysiotherapeuten, mondhygiënisten en tandartsen. De psychiaters (22% meer maatregelen getroffen) noemden ook intervisie en het geven van meer informatie aan betrokkenen (o.a. over klachtrecht en organisatie), de mondhygiënisten (17% meer maatregelen) intercollegiale toetsing en inschrijving in het kwaliteitsregister. De tandartsen (9%, meer maatregelen) noemden verder het gebruik maken van protocollen, het verbeteren van de praktijkhygiëne of infectiepreventie en meer algemeen een grotere bewustwording of het kritisch evalueren en toetsen van de praktijk. Door de huisartsen werd o.a. het maken van duidelijke afspraken of richtlijnen met de assistenten genoemd.

### Bevelen IGZ

Uit gegevens van de IGZ blijkt dat de IGZ sinds de inwerkingtreding van de Wet BIG tot en met juli 2002 7 maal van haar bevelsbevoegdheid ex art. 87a Wet BIG gebruik heeft gemaakt wegens onvoldoende naleving van de verplichtingen van art. 40. Deze bevelen zijn gegeven aan 4 huisartsen, 2 tandartsen en 1 verloskundige. De bevelen werden opgelegd wegens disfunctioneren als gevolg van alcoholmisbruik (2 maal), ontbrekende waarborgen voor een verantwoorde hygiëne of onverantwoorde zorg en vermoeden alcoholmisbruik (2 maal), opiumwet middelen misbruik (2 maal) en het ontbreken van een waarneemregeling (1 maal). In 6 van de 7 gevallen werd tegelijk met het bevel of later een procedure gestart bij het regionale tuchtcollege of het CMT. In 1 geval was een procedure gestart bij het CMT, maar werd na enkele maanden een bevel nodig geacht, omdat de beroepsbeoefenaar zich niet aan zijn toezegging hield om geen waarneming te doen en geen recepten voor opiummiddelen uit te schrijven. Tweemaal resulteerde de procedure in een doorhaling van de inschrijving van de beroepsbeoefenaar in het BIG-register, 1 maal werden nadere voorwaarden aan de beroepsuitoefening verbonden, 1 maal werd de inspecteur niet-ontvankelijk verklaard en 1 maal heeft de inspecteur de voordracht bij het CMT ingetrokken aangezien de betrokkene zich onder behandeling had gesteld. Eén voordracht bij het CMT en 1 hoger beroep bij het centraal tuchtcollege (na procedure CMT met als uitspraak doorhaling van de inschrijving) waren nog niet afgerond (tabel 3.4.2).

**Tabel 3.4.2**

**Bevelen IGZ ex art. 87a BIG: jaartal, reden en inhoud bevel, procedure RTC/CTG/CMT en uitspraken**

Jaartal bevel	Reden bevel	Inhoud bevel	Procedure RTC/CTG/CMT	Uitspraak
• 1998	Disfunctioneren als gevolg van alcoholmisbruik (en psychiatrische problemen)	Verbod op praktijkvoering tot uitspraak CMT	RTC, daarna CMT <sup>1,2</sup>	RTC: Niet-ontvankelijk CMT: Beroeps-uitoefening onder voorwaarden
• 1999	Ontbrekende waarborgen verantwoorde hygiëne en vermoeden alcoholmisbruik en psychiatrische problemen	Praktijkvoering staken en gestaakt houden tot uit IGZ-onderzoek is gebleken dat voor praktijkvoering en –hygiëne wordt voldaan aan vigerende beroepsnormen	Spoedprocedure RTC, daarna CTG <sup>3</sup>	RTC: Voorwaardelijke schorsing CTG: Doorhaling inschrijving
• 2000	Opiumwet middelen misbruik	Direct patiëntgebonden werkzaamheden als arts neerleggen tot uitspraak CMT	CMT, daarna CTG	CMT: Doorhaling inschrijving CTG: Nog geen uitspraak
• 2001	Ontbreken waarneemregeling	Vóór 1-12-01 adequate regeling treffen inzake 7x24uurs continuïteit patiëntenzorg	Spoedprocedure RTC	Niet-ontvankelijk <sup>4</sup>
• 2001	Disfunctioneren als gevolg van alcoholmisbruik	Praktijkvoering staken tot IGZ o.b.v. psychiatrisch rapport van oordeel is dat tandarts verantwoorde zorg kan bieden	CMT <sup>1</sup>	Voordracht ingetrokken door IGZ waarna CMT behandeling heeft gestaakt (i.v.m. beroepsbeoefenaar onder behandeling)
• 2001	Onverantwoorde zorg en vermoeden alcoholmisbruik	Per direct praktijk beëindigen	RTC	Doorhaling inschrijving
• 2002	Opiumwet middelen misbruik	Verbod als huisarts werkzaam te zijn en verbod voorschrijven middelen Opiumwet tot uitspraak CMT <sup>5</sup>	CMT	Nog geen uitspraak

<sup>1</sup> Door de IGZ is gevraagd om een spoedbehandeling.

<sup>2</sup> Tevens bezwaarschriftenprocedure en verzoek aan Pres. Rb. Assen tot opschorting bevel tot beslissing op bezwaar. Verzoek afgewezen, bezwaar ongegrond (Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1998;22:529-532). RTC achtte zich niet bevoegd om te oordelen (t.t.v. indien klacht nog geen CMT). De belangrijkste verbonden voorwaarde aan de beroepsuitoefening was, dat de beroepsbeoefenaar de praktijk alleen mag uitoefenen in een samenwerkingsverband met een collega die hem begeleidt en toezicht houdt.

<sup>3</sup> Tevens bezwaarschriftenprocedure en verzoek tot opschorting bevel tot beslissing op bezwaar. Verzoek afgewezen, bezwaar ongegrond en beroep bij de bestuursrechter ook ongegrond verklaard.

<sup>4</sup> Tijdens hoorzitting bleek beroepsbeoefenaar bereid aan het bevel gehoor te geven. Daarmee was volgens RTC grondslag aan verzoek om spoedbehandeling ontvallen.

<sup>5</sup> In eerste instantie geen bevel opgelegd maar voordracht gedaan bij CMT met verzoek eventuele maatregel op te leggen bij voorraad.

Beroepsbeoefenaar had toezegging gedaan geen waarneming te doen en geen recepten voor opiummiddelen uit te schrijven.

Beroepsbeoefenaar recidiveerde, waarna alsnog bevel.

### 3.4.4 Opvattingen over artikel 40

Aan de huisartsen, psychiaters, fysiotherapeuten, tandartsen en mondhygiënist die wel eens van art. 40 hadden gehoord, is ook een aantal opvattingen over art. 40 voorgelegd. (tabel 3.4.3) Van hen was een klein deel (circa 15%, mondhygiënist 37%) van mening dat zonder art. 40 onverantwoorde zorg ontstaat. Ongeveer de helft van hen (fysiotherapeuten 37%) was het met deze bewering noch eens, noch oneens. Bijna de helft van de huisartsen en fysiotherapeuten vond het moeilijk om de eisen van art. 40 in de praktijk in te vullen (46% resp. 43%). Voor de psychiaters, tandartsen en mondhygiënist gold dit in veel mindere mate (waarbij zij aangetekend dat circa 60-75% van hen het met deze bewering noch eens noch oneens was). Bij rond tot ruim de helft van de beroepsbeoefenaren (46-63%) bestond behoefte aan nadere invulling van art. 40 door de eigen beroepsorganisatie(s). Behoefte aan nadere invulling door de overheid was er in mindere mate (19-42%), vooral niet bij de psychiaters.

**Tabel 3.4.3****Opvattingen over art. 40: percentage beroepsbeoefenaren dat het met de beweringen helemaal eens of meer eens dan oneens is**

	HA n=59 %	PSY n=33 %	FYS n=125 %	TA n=156 %	MH n=135 %
• Ik vind het moeilijk om de eisen van art. 40 in de praktijk in te vullen	46	16	43	16	20
• Ik heb behoefte aan nadere invulling van de eisen van art. 40 door het NHG en/of de LHV/de NVvP/het KNGF/de NMT/de NVM	63	55	52	46	59
• Ik heb behoefte aan nadere invulling van de eisen van art. 40 door de overheid	40	19	40	35	42
• Zonder art. 40 ontstaat onverantwoorde zorg	14	13	17	18	37

### 3.4.5 Slot

De kennis over (de inhoud van) art. 40 onder de beroepsbeoefenaren op wie dit artikel van toepassing is, is zeer beperkt. Slechts een kwart van de huisartsen, psychiaters, tandartsen en mondhygiënisten beantwoordde de vragen hierover juist. Van de fysiotherapeuten was dat eenderde tot ruim de helft.

Art. 40 heeft er in geringe mate toe geleid dat beroepsbeoefenaren meer maatregelen hebben getroffen om de kwaliteit te waarborgen. Fysiotherapeuten troffen het vaakst meer maatregelen (31%), huisartsen het minst vaak (6%). Vooral een betere documentatie en administratie en het volgen van bij- of nascholing werden genoemd.

Van de bevelsbevoegdheid ex art. 87a Wet BIG wegens onvoldoende naleving van de verplichtingen van art. 40, wordt door de IGZ incidenteel gebruikgemaakt. Bevelen zijn gegeven in verband met disfunctioneren als gevolg van alcoholmisbruik, ontbrekende waarborgen voor een verantwoorde hygiëne of onverantwoorde zorg en vermoeden alcoholmisbruik, opiumwet middelen misbruik en het ontbreken van een waarneemregeling. In alle gevallen is voorafgaand aan het bevel, tegelijk met het bevel, of later een procedure bij het regionale tuchtcollege of het CMT gestart, 3 van de 7 maal resulterend in een doorhaling van de inschrijving in het BIG-register (1 hoger beroep tegen uitspraak CMT is nog niet afgerond).

Weinig beroepsbeoefenaren zijn van mening dat zonder art. 40 onverantwoorde zorg ontstaat. In de behoefte aan nadere invulling van de eisen van art. 40 dient volgens hen vooral door de eigen beroepsorganisatie(s) en in mindere mate door de overheid te worden voorzien.

## 3.5 Tuchtrecht, maatregelen vanwege ongeschiktheid en strafbepalingen

### 3.5.1 Inleiding

In hoofdstuk 2 zijn het doel en de inhoud van het wettelijk tuchtrecht en de strafbepalingen van de Wet BIG beschreven.

Vragen over het tuchtrecht, de strafbepalingen en keuzevrijheid en bescherming zijn voorgelegd aan burgers, werkzame beroepsbeoefenaren, leden van tuchtcolleges en advocaten.

In deze paragraaf wordt eerst beschreven in hoeverre burgers en beroepsbeoefenaren op de hoogte zijn van (het doel van) het wettelijk tuchtrecht.(3.5.2) Vervolgens wordt nagegaan in hoeverre burgers wel eens een tuchtklacht hebben ingediend of dat hebben overwogen te doen. Weergegeven wordt ook hoeveel en wat voor tuchtzaken er sinds de invoering van de Wet BIG zijn geweest en het aantal, de inhoud en de uitkomst van de voordrachten die zijn ingediend bij het CMT. Daarna wordt beschreven hoe instellingen op de hoogte komen van tuchtklachten/-maatregelen tegen beroepsbeoefenaren (incl. in het

buitenland opgelegde sancties bij buitenslands gediplomeerden) en hoe zij omgaan met beroepsbeoefenaren die te maken krijgen met een tuchtmaatregel.(3.5.3) Voorts worden de opvattingen van burgers, beroepsbeoefenaren, leden van tuchtcolleges en advocaten over het wettelijk tuchtrecht (m.n. over de wijzigingen door de Wet BIG) en de strafbepalingen van de Wet BIG (incl. keuzevrijheid en bescherming) weergegeven en wordt aangegeven in hoeverre het wettelijk tuchtrecht en de strafbepalingen volgens hen nuttig en voldoende zijn onder meer om burgers te beschermen tegen onzorgvuldig handelende beroepsbeoefenaren.(3.5.4)

Aan burgers is voorafgaand aan de vragen over het tuchtrecht gevraagd of zij, voor zij de vragenlijst ontvingen, wel eens hadden gehoord van het wettelijk tuchtrecht. De vragen zijn alleen beantwoord door burgers die deze vraag beantwoordden met 'ja, zeker wel' of 'ja, ik geloof van wel'. Burgers die de vragen niet hoefden te beantwoorden (hadden er nooit van gehoord) zijn meegerekend met degenen die het antwoord 'weet niet' gaven bij de kennisvragen (3.5.2) en 'nee' bij de praktijkvragen naar (het overwegen van) het indienen van een klacht (3.5.3). Kennisvragen over de strafbepalingen zijn in de onderdelen registratie en titelbescherming en voorbehouden handelingen opgenomen (3.2.2 en 3.3.2).

### 3.5.2 Kennis over het tuchtrecht

#### Doel tuchtrecht

Om na te gaan in hoeverre burgers en beroepsbeoefenaren op de hoogte zijn van (het doel van) het wettelijk tuchtrecht is hierover aan hen een aantal beweringen voorgelegd. In tabel 3.5.1 is te zien dat het doel van het tuchtrecht ruim bekend was onder beroepsbeoefenaren. Van hen wist 84% of meer dat het doel van het tuchtrecht is 'het corrigeren van beroepsbeoefenaren die fouten hebben gemaakt' (84-93% juiste antwoorden). Ook het grootste deel wist dat het doel 'het bewaken en bevorderen van de beroepsuitoefening' is (60-90% juiste antwoorden). De bekendheid over wat het doel van het tuchtrecht *niet* is (schadevergoeding, herstel hulpverleningsrelatie) was wisselend bekend onder beroepsbeoefenaren (60-96% juiste antwoorden). Van de burgers had 73% wel eens van het wettelijk tuchtrecht gehoord. Bij hen was het doel van het tuchtrecht minder bekend (door 63% resp. 58% juist beantwoord) en wat het doel van het tuchtrecht *niet* is nog minder (door 28% resp. 35% juist beantwoord).

#### Tuchtrecht algemeen

Ten aanzien van de andere kennisbeweringen over het tuchtrecht was het best bekend dat een tuchtcollege ervoor kan zorgen dat een beroepsbeoefenaar diens beschermde titel niet meer mag gebruiken (door 62% van de burgers juist beantwoord en door 82-95% van de beroepsbeoefenaren). Artsen beantwoordden de overige kennisbeweringen over juridische bijstand en kosteloosheid indiening tuchtklacht beter dan andere beroepsgroepen. Burgers scoorden laag: de beweringen werden door 17% resp. 12% juist beantwoord.(tabel 3.5.1)

#### Beroepsgroepen onder tuchtrecht

Aan burgers en beroepsbeoefenaren is voorts over een aantal beroepsgroepen gevraagd of deze volgens hen onder het wettelijk tuchtrecht vallen. De meerderheid van de burgers wist dat artsen en tandartsen onder het wettelijk tuchtrecht vallen (door 72% resp. 64% juist beantwoord). Ten aanzien van alle andere gevraagde reguliere en alternatieve beroepen was men (veel) minder goed op de hoogte (21-51% juiste antwoorden) en gaf circa 40-60% aan niet te weten of deze onder het wettelijk tuchtrecht vallen. Wel was het

percentage burgers dat het juiste antwoord gaf voor nagenoeg alle beroepsgroepen hoger dan het percentage dat het onjuiste antwoord gaf. (tabel 3.5.2)

**Tabel 3.5.1**

**Kennis over (het doel van) het tuchtrecht: percentage respondenten dat terecht juist of onjuist antwoordde op de voorgelegde beweringen**

	COPA n=926 %	HA n=271 %	G/I n= 339 %	PSY n=173 %	VPLK n=1492 %	VLK n=228 %	FYS n=221 %	TA n=303 %
<b>Doel van het tuchtrecht is:</b>								
• Het corrigeren van beroepsbeoefenaren die fouten hebben gemaakt ( <i>juist</i> )	63	85	84	84	84	90	93	89
• Het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening ( <i>juist</i> )	58	90	83	86	89	85	60	73
• Het bieden van genoegdoening aan patiënten in de vorm van een schadevergoeding ( <i>onjuist</i> )	28	91	87	96	66	81	72	61
• Het herstellen van de hulpverleningsrelatie met de patiënt ( <i>onjuist</i> )	35	80	77	90	60	64	73	67
<b>Algemeen</b>								
• Het tuchtcollege kan ervoor zorgen* dat een beroepsbeoefenaar diens beschermde titel niet meer mag gebruiken ( <i>juist</i> )	62	85	91	95	93	91	87	82
• Een klager is verplicht zich tijdens de tuchtprocedure te laten bijstaan door een advocaat ( <i>onjuist</i> )	17	80	70	64	37	54	48	66
• Het indienen van een tuchtklacht is kosteloos** ( <i>juist</i> )	12	72	64	66	44	64	47	26
• De zittingen van tuchtcolleges zijn openbaar*** ( <i>juist</i> )	8							

\* Aan burgers (COPA) is gevraagd 'Het tuchtcollege kan bepalen dat'.

\*\* Aan burgers (COPA) is gevraagd 'De gang naar de tuchtrechter is kosteloos'.

\*\*\* Deze bewering is niet voorgelegd aan beroepsbeoefenaren, omdat aan hen ook een bewering is voorgelegd over hun opvattingen t.a.v. de openbaarheid. Deze bewering zou impliciet antwoord geven op de kennisvraag.

**Tabel 3.5.2**

**Kennis van burgers over beroepsgroepen die onder het wettelijk tuchtrecht vallen: percentage juiste, onjuiste en 'weet niet' antwoorden betreffende het al dan niet onder het tuchtrecht vallen van een beroepsgroep**

Gevraagde beroepsgroepen	COPA n=926 %		
	Juist	Onjuist	Weet niet
<b>Vallen <i>wel</i> onder het tuchtrecht</b>			
• Artsen	72	0	28
• Tandartsen	64	2	34
• Verpleegkundigen	51	10	40
• Fysiotherapeuten	46	9	45
• Gezondheidszorgpsychologen	30	15	55
<b>Vallen <i>niet</i> onder het tuchtrecht</b>			
• Diëtisten	31	14	55
• Ergotherapeuten	21	18	62
• Chiropractoren	25	17	58
• Logopedisten	22	23	56
• Doktersassistenten	33	18	49
• Opticiens	38	9	53
• Paranormaal genezers	48	6	47
• Iriscopisten	36	8	55

Aan de beroepsbeoefenaren is steeds van beroepsgroepen met wie zij regelmatig samenwerken (bijv. binnen een ziekenhuis) of naar wie zij verwijzen gevraagd of deze volgens hen onder het wettelijk tuchtrecht vallen. De kennis onder beroepsbeoefenaren over de beroepsgroepen die wel vallen onder het tuchtrecht was beter dan over de beroepsgroepen die dat niet doen (m.u.v. gezondheidszorgpsychologen). Nagenoeg alle beroepsbeoefenaren wisten dat artsen onder het tuchtrecht vallen (99-100% juiste antwoorden). Van de verpleegkundigen, artsen en verloskundigen wist een ruime meerderheid dat verpleegkundigen onder het tuchtrecht vallen (77-97% juiste antwoorden). Van de verloskundigen, gynaecologen en verpleegkundigen wist zo'n 95% dat verloskundigen dat doen (92-100% juiste antwoorden). Van de psychiaters bleek ruim de helft te weten dat gezondheidszorgpsychologen onder het tuchtrecht vallen (57% juiste antwoorden) en 41% dat psychologen dat niet doen. Dat diëtisten niet onder het tuchtrecht vallen was bekend bij minder dan de helft van de artsen, verpleegkundigen en verloskundigen (42-47% juiste antwoorden), dat voedingsdeskundigen dat ook niet doen bij rond de 60% (51-68% juiste antwoorden).

### **3.5.3 Het tuchtrecht in de praktijk**

#### **(Overwogen) klachten onder burgers**

Van de burgers hadden er 6 (0,7%) wel eens een klacht tegen een beroepsbeoefenaar ingediend bij een tuchtcollege en 87 (9%) hadden dat wel eens overwogen. De meest genoemde redenen waarom zij hadden overwogen een klacht in te dienen, waren nalatige en foutieve behandeling, diagnostiek of verpleging/verzorging (62% resp. 53%). Redenen om (uiteindelijk) geen tuchtklacht in te dienen waren vooral 'wat mis is gegaan kan toch niet worden teruggedraaid' (38%), 'ik ben niet een type dat snel klaagt' (30%) en 'ik ben naar een andere beroepsbeoefenaar gegaan' (26%).

#### **Aantal en aard tuchtklachten en -maatregelen 'oude' beroepsgroepen (artsen, tandartsen apothekers en verloskundigen)**

Om na te gaan of er verschillen zijn in het aantal en de aard van de tuchtklachten, de klagers en de aangeklaagden en de getroffen maatregelen sinds de inwerkingtreding van de Wet BIG, zijn tuchtklachten die in de periode 1995-1997 (vóór Wet BIG) werden behandeld door de tuchtcolleges in eerste aanleg vergeleken met klachten die in de periode 1999-2001 (na Wet BIG) werden behandeld. Hierbij is gekeken naar de vier beroepen die zowel voor de Wet BIG wettelijk tuchtrecht kenden als daarna. Er is gebruik gemaakt van de verzamelde tuchtuitspraken in het archief en het geautomatiseerde gegevensbestand van de IGZ. Het jaar 1998 is buiten beschouwing gelaten, omdat in dat jaar door de regionale tuchtcolleges zowel tuchtklachten volgens de Medische Tuchtwet uit 1928 als volgens de tuchtbepalingen in de Wet BIG zijn behandeld.

#### *Aantal klachten*

In de periode 1995-1997 werden door de tuchtcolleges 2.453 tuchtklachten behandeld (1995: 793, 1996: 809 en 1997: 851), in de periode 1999-2001 waren dat 74 klachten meer, namelijk 2.527 (1999: 872, 2000: 874 en 2001: 781). Het aantal klachten tegen apothekers bleef gelijk, tegen verloskundigen daalde het aantal klachten iets en het aantal steeg tegen artsen en tandartsen. Het totale aantal werkzame artsen steeg in die jaren met 5%, van 34.107 naar 35.918. Verreweg de meeste klachten waren in beide periodes tegen artsen gericht. Ook de klachtendichtheid was in beide periodes voor artsen het hoogst, namelijk 2,2 resp. 2,1 klachten per jaar per 100 artsen. (tabel 3.5.3) Bijna de helft van de klachten tegen artsen was in beide periodes gericht tegen medisch specialisten (47% resp. 45%) en ongeveer eenderde tegen huisartsen (34% resp. 32%). (tabellen 3.5.4 en 3.5.5)

Tabel 3.5.3

Gemiddelde jaarlijkse aantallen klachten tegen artsen, tandartsen, apothekers en verloskundigen bij de tuchtcolleges in eerste aanleg over de periode 1995-1997 en de periode 1999-2001

Beroeps- beoefenaar	1995-1997			1999-2001		
	Klachten	Aantal (%) Beoefenaren *	Aantal klachten per 100 beoefenaren	Klachten	Aantal (%) Beoefenaren *	Aantal klachten per 100 beoefenaren
• Arts	756 (92)	34107 (75)	2.2	771 (92)	35918 (75)	2.1
• Tandarts**	49 ( 6)	7250 (16)	0.7	60 ( 7)	7394 (15)	0.8
• Apotheker	4.3 (0.5)	2595 ( 6)	0.2	4.3 (0.5)	2954 ( 6)	0.1
• Verloskundige	9 ( 1)	1351 ( 3)	0.7	7.3 (0.9)	1586 ( 3)	0.5
Totaal/gemiddeld	818.3 (100)	45303 (100)	1.8	842.6 (100)	47852 (100)	1.8

\* De gegevens over artsen zijn gebaseerd op de Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn van het Nivel, Prismant en OSA, de gegevens over tandartsen, apothekers en verloskundigen op het Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland van het CBS. Het betreft aantallen werkzame beroepsbeoefenaren (deels schattingen).

\*\* Inclusief kaakchirurgen en orthodontisten.

### Aard klachten

In de tabellen 3.5.4 en 3.5.5 is te zien dat in beide periodes een groot deel van de klachten betrof 'geen of onvoldoende zorg' (600/2453; 24% resp. 764/2527; 30%) of 'onjuiste behandeling' (587/2453; 24% resp. 531/2527; 21%). Dit laatste gold vaker voor medisch specialisten (298/1066; 28% resp. 246/1038; 24%) dan voor huisartsen (155/760; 20% resp. 121/746; 16%). 'Niet of te laat komen op verzoek' was een klacht die vrijwel uitsluitend tegen huisartsen werd ingediend (100/110; 91% resp. 70/76; 92%), in het bijzonder tegen waarnemend huisartsen (rond tweederde van de tegen hen gerichte klachten, niet in tabel). In de periode 1999-2001 waren er meer klachten over grensoverschrijdend gedrag en onjuiste declaraties dan in de periode 1995-1997 (18 vs. 1 resp. 15 vs. 3 klachten). De rubriek 'overige klachten' is groot, omdat veel klachten moeilijk te rubriceren zijn en omdat meervoudige klachten zonder duidelijke hoofdklacht door de IGZ in deze rubriek worden ondergebracht.

### Aantal maatregelen

Uit de tabellen 3.5.4 en 3.5.5 blijkt ook dat het aantal klachten dat tot een maatregel leidde is afgenomen van 19% in de periode 1995-1997 naar 15% in de periode 1997-2001 (1995 en 1996: 18%, 1997: 20%, 1999: 16%, 2000: 14%, 2001: 15%). Alleen klachten tegen sociaal-geneeskundigen resulteerden vaker in een maatregel dan in de periode 1995-1997 (van 10% naar 16%). Klachten tegen huisartsen leidden vaker tot een maatregel dan tegen medisch specialisten (26% en 19% vs. 17% en 14%). Dit verschil kan grotendeels worden toegeschreven aan het hoge percentage klachten tegen waarnemend artsen dat tot een maatregel leidde (39% resp. 31%, niet in tabel). In de periode 1995-1997 kregen apothekers en verloskundigen de meeste maatregelen opgelegd (31% resp. 30%), in de periode 1999-2001 verloskundigen en tandartsen (23% resp. 21%). 'Grensoverschrijdend gedrag', 'schending van het beroepsgeheim' en 'niet of te laat komen op verzoek' hadden in beide periodes het vaakst een maatregel tot gevolg.

**Tabel 3.5.4**

**Klachten en maatregelen (tussen haakjes) naar aard van de klacht per beroepsbeoefenaar over de periode 1995-1997; absolute aantallen**

Aard klacht	Huisarts	Medisch- specialist	Sociaal genees- kundige	Overige artsen*	Tandarts	Apothe- ker	Verlos- kundige	Totaal***
• Niet of te laat komen op verzoek	100 (37)	2 ( 2)	-	8 ( 1)	-	-	-	110 ( 40) [36]
• Onjuiste behandeling	155 (56)	298 (54)	5 (2)	57 ( 6)	61 (21) **	-	11 (3)	587 (142) [24]
• Geen of onvoldoende zorg	188 (45)	278 (62)	16 (-)	78 ( 7)	24 ( 9)	2 (1)	14 (5)	600 (129) [22]
• Onvoldoende informatie	1 ( -)	48 (12)	1 (-)	4 ( 1)	2 ( -)	-	-	56 ( 13) [23]
• Onheuse bejegening	33 ( 9)	17 ( 4)	3 (-)	9 ( -)	3 ( -)	-	-	65 ( 13) [20]
• Niet of te laat verwijzen	26 ( 7)	3 ( 1)	-	13 ( 2)	-	-	-	42 ( 10) [24]
• Onjuiste verklaring of rapportage	10 ( 4)	31 ( 6)	7 (1)	5 ( 1)	-	-	-	53 ( 12) [23]
• Onjuiste declaratie	-	2 ( -)	-	-	1 ( -)	-	-	3 ( -) [ -]
• Schending beroepsgeheim	21 (14)	14 ( 5)	10 (2)	4 ( 2)	-	-	-	49 ( 23) [47]
• Grensoverschrijdend gedrag	-	-	1 (1)	-	-	-	-	1 ( 1) [100]
• Overige klachten	226 (25)	373 (35)	50 (3)	170 (10)	55 ( 3)	11 (3)	2 (-)	887 ( 79) [ 9]
Totaal***	760 (197) [26]	1066 (181) [17]	93 (9) [10]	348 (30) [9]	146 (33) [23]	13 (4) [31]	27 (8) [30]	2453 (462) [19]

\* Dit betrof onder anderen basisartsen, assistent-geneeskundigen in opleiding, rustend artsen, gevangenisartsen, verpleeghuisartsen en artsen zonder nadere aanduiding.

\*\* Vier klachten betroffen dezelfde tandarts. Deze klachten resulteerden in een geldboete.

\*\*\* Tussen vierkante haken het percentage klachten dat tot maatregelen leidde.

### *Klagers*

Tabel 3.5.6 laat zien dat het aantal door de inspecteur ingediende klachten in de periode 1999-2001 minder dan de helft was ten opzichte van de periode 1995-1997 (van 47 naar 19 klachten). Tweederde van alle klachten werd ingediend door de patiënt zelf (69% resp. 67%) en bijna eenderde door een ander persoon, meestal een familielid van de patiënt (29% resp. 32%).

### *Aard uitspraken*

Veel van de door de inspecteur ingediende klachten eindigden in een maatregel (37/47; 79% resp. 15/19; 79%). Vooral de zwaarste maatregel, doorhaling van de inschrijving in het BIG-register (in de periode 1995-1997 ontzegging van de bevoegdheid) kwam op rekening van klachten ingediend door de inspecteur (9/11; 82% resp. 4/7; 57%). (tabel 3.5.6) In de periode 1999-2001 werd de zwaarste maatregel wel minder vaak opgelegd en ook werd (de inschrijving van) een beroepsbeoefenaar minder vaak geschorst. De nieuwe maatregel in de Wet BIG 'gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid' werd in de periode 1999-2001 in eerste aanleg niet opgelegd aan de 'oude' beroepsgroepen. De nieuwe maatregelen 'voorwaardelijke schorsing van de inschrijving in het BIG-register' en 'schorsing van de inschrijving in het BIG-register met een geldboete' werden opgelegd aan respectievelijk 14 en 4 beroepsbeoefenaren. Een geldboete zonder schorsing van de inschrijving werd in de periode 1999-2001 slechts 1 maal opgelegd. De waarschuwing was in beide periodes de vaakst getroffen maatregel (311/462; 67% resp. 269/376; 72%). Bijna tweederde van de klachten bleek ongegrond (1561/2453; 64% resp. 1633/2527; 65%), waarvan een meerderheid zonder dat er een zitting had plaatsgevonden (810/1561;



52% resp. 1026/1633; 63%). In beide periodes werden nogal wat klachten niet voortgezet of ingetrokken, vooral door patiënten zelf. In de periode 1999-2001 werden meer klagers niet ontvankelijk verklaard dan in de periode 1995-1997 (8% vs. 4%).

**Tabel 3.5.5**

**Klachten en maatregelen (tussen haakjes) naar aard van de klacht per beroepsbeoefenaar over de periode 1999-2001<sup>1</sup>; absolute aantallen**

Aard klacht	Huisarts	Medisch-specialist	Sociaal geneeskundige	Overige artsen <sup>2</sup>	Tandarts	Apotheker	Verloskundige	Totaal <sup>3</sup>
• Niet of te laat komen op verzoek	70 (18)	3 ( -)	-	3 ( 1)	-	-	-	76 ( 19) [25]
• Onjuiste behandeling	121 (26)	246 (30)	17 ( 1)	82 ( 5)	58 (13)	-	7 ( -)	531 ( 75) [14]
• Geen of onvoldoende zorg	239 (41)	310 (56)	24 ( 5)	135 (14)	42 (10)	4 (2)	10 (2)	764 (130) [17]
• Onvoldoende informatie	9 ( 1)	51 ( 4)	1 ( 1)	9 ( -)	2 ( -)	-	-	72 ( 6) [ 8]
• Onheuse bejegening	29 ( 5)	31 ( 3)	6 ( -)	3 ( 1)	9 ( 2)	-	-	78 ( 11) [14]
• Niet of te laat verwijzen	28 ( 4)	5 ( -)	-	7 ( -)	3 ( 2)	-	1 (1)	44 ( 7) [16]
• Onjuiste verklaring of rapportage	8 ( 4)	24 ( 4)	14 ( 2)	8 ( 1)	1 ( -)	-	-	55 ( 11) [20]
• Onjuiste declaratie	-	-	-	2 ( -)	13 ( 1)	-	-	15 ( 1) [ 7]
• Schending beroepsgeheim	17 ( 5)	22 ( 6)	9 ( 2)	5 ( -)	3 ( -)	-	-	56 ( 13) [23]
• Grensoverschrijdend gedrag	5 ( 5)	10 ( 3)	-	2 ( 2)	1 ( -)	-	-	18 ( 10) [56]
• Overige klachten	220 (32)	336 (35)	50 ( 8)	152 ( 7)	47 ( 9) <sup>4</sup>	9 (-)	4 (2)	818 ( 93) [11]
Totaal <sup>3</sup>	746(141) <sup>5</sup> [19]	1038 (141) [14]	121 (19) [16]	408 (31) [ 8]	179 (37) <sup>6</sup> [21]	13 (2) [15]	22 (5) [23]	2527 (376) [15]

<sup>1</sup> Exclusief 'nieuwe' beroepsgroepen. In 1999 werden nog 40 klachten volgens de Medische Tuchtwet behandeld. Deze zijn wel in de tabel opgenomen.

<sup>2</sup> Dit betrof onder anderen basisartsen, assistent-geneeskundigen in opleiding, rustend artsen, gevangenisartsen, verpleeghuisartsen en artsen zonder nadere aanduiding. In 1999 werden 33 klachten tegen dezelfde gevangenisarts ingediend.

<sup>3</sup> Tussen vierkante haken het percentage klachten dat tot maatregelen leidde.

<sup>4</sup> Twee klachten betroffen dezelfde tandarts. Deze klachten resulteerden in een doorhaling van de inschrijving.

<sup>5</sup> Zeven klachten van verschillende aard betroffen dezelfde huisarts. Deze klachten resulteerden in een schorsing van de inschrijving.

<sup>6</sup> Twee klachten van verschillende aard betroffen dezelfde tandarts. Deze klachten resulteerden in een voorwaardelijke schorsing van de inschrijving.

**Tabel 3.5.6**

**Aard en aantal van de beslissingen genomen door de regionale tuchtcolleges naar aanleiding van klachten ingediend door de inspecteur, een patiënt of een ander persoon over de perioden 1995-1997 en 1999-2001<sup>1</sup>**

Beslissing	Inspecteur		Patiënt		Ander persoon <sup>2</sup>		Totaal (%)	
	1995-1997	1999-2001	1995-1997	1999-2001	1995-1997	1999-2001	1995-1997	1999-2001
• Doorhaling inschrijving <sup>3</sup>	9	4	1	2	1	1	11 (0.4)	7 <sup>5</sup> (0.3)
• Gedeeltelijke ontzegging bevoegdheid <sup>4</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-
• Schorsing inschrijving en geldboete <sup>4</sup>	-	-	-	2	-	2	-	4 (0.2)
• Schorsing inschrijving <sup>3</sup>	13	2	10	10	1	5	24 ( 1)	17 <sup>6</sup> (0.7)
• Voorwaardelijke schorsing inschrijving <sup>4</sup>	-	4	-	6	-	5	-	15 <sup>7</sup> (0.6)
• Geldboete	3	1	11	-	2	-	16 <sup>8</sup> (0.7)	1 (0.0)
• Berisping	9	2	47	29	44	32	100 ( 4)	63 ( 2)
• Waarschuwing	3	2	160	153	148	114	311 (13)	269 (11)
• Ongegrond na behandeling	10	2	452	344	289	261	751 (31)	607 (24)
• Ongegrond zonder nader onderzoek	-	1	642	722	168	303	810 (33)	1026 (41) <sup>9</sup>
• Niet ontvankelijk	-	-	80	175	28	38	108 ( 4)	213 ( 8)
• Behandeling niet voortgezet of ingetrokken	-	1	299	250	23	54	322 (13)	305 (12)
<b>Totaal (%)</b>	<b>47 (2)</b>	<b>19 (0.8)</b>	<b>1702 (69)</b>	<b>1693 (67)</b>	<b>704 (29)</b>	<b>815 (32)</b>	<b>2453 (100)</b>	<b>2527 (100)</b>

<sup>1</sup> Exclusief 'nieuwe' beroepsgroepen. In 1999 werden nog 40 klachten volgens de Medische Tuchtwet behandeld. Deze zijn wel in de tabel opgenomen.

<sup>2</sup> Meestal familieleden van patiënten.

<sup>3</sup> De maatregelen 'doorhaling inschrijving' en 'schorsing inschrijving' moeten voor de periode 1995-1997 gelezen worden als 'ontzegging van de bevoegdheid' en 'schorsing'.

<sup>4</sup> Deze maatregelen bestonden nog niet in de periode 1995-1997.

<sup>5</sup> Het betrof 6 beroepsbeoefenaren. Tegen 1 tandarts werd zowel door de inspecteur als een patiënt een klacht ingediend.

<sup>6</sup> Het betrof 11 beroepsbeoefenaren. Tegen 1 huisarts werden 7 klachten ingediend (4 maal door een patiënt en 3 maal door een ander persoon).

<sup>7</sup> Het betrof 14 beroepsbeoefenaren. Tegen 1 tandarts werden 2 klachten door een patiënt ingediend.

<sup>8</sup> Het betrof 13 beroepsbeoefenaren. Tegen 1 tandarts werden 4 klachten door een patiënt ingediend.

<sup>9</sup> In 1999 werden 33 klachten tegen dezelfde gevangenisarts ingediend. Deze klachten resulteerden alle in een ongegrondverklaring zonder nader onderzoek.

### *Aantal beroepen*

In de periode 1995-1997 werd tegen 31% (766/2453) van de uitspraken van de tuchtcolleges in eerste aanleg beroep aangetekend. Van deze beroepszaken behandelde het centraal medisch tuchtcollege 97% (746/766) en de gerechtshoven 3% (20/766). De Hoge Raad deed in 5 zaken uitspraak; 2 maal werd een uitspraak gewijzigd. Door het centraal medisch tuchtcollege werd de uitspraak gewijzigd in 11% (84/746) van de zaken waarin beroep was aangetekend. In 42% van de gevallen (35/84) betrof het een waarschuwing die werd omgezet in een ongegrondverklaring en in 27% (23/84) ging het om het omgekeerde. Het gerechtshof wijzigde de uitspraak in de helft (9/20) van de gevallen (exclusief veranderingen in de duur van de schorsingen); in 8 hiervan werd de maatregel lichter.

In de periode 1999-2001 werd tegen 30% (757/2527) van de uitspraken van de regionale tuchtcolleges in beroep gegaan. Het centrale tuchtcollege heeft in 8 beroepszaken uit 2000 en in 39 uit 2001 nog geen uitspraak gedaan. Van de overige 710 beroepszaken in de periode 1999-2001 werd de uitspraak door het centrale tuchtcollege in 12% (87/710) van de beroepszaken gewijzigd. In 28% van de gevallen (24/87) betrof het een waarschuwing die werd omgezet in een ongegrondverklaring en in 33% (29/87) ging het om het omgekeerde. Cassatie in belang der wet tegen een beslissing van het centrale

tuchtcollege heeft niet plaatsgevonden.

#### *Aantal ontzeggingen en doorhalingen*

In de periode 1995-1997 werd de maatregel ontzegging van de bevoegdheid 11 maal opgelegd. Daartegen werd 4 maal beroep aangetekend bij het Hof, hetgeen in 3 gevallen resulteerde in een lichtere maatregel. Eén maal vond beroep in cassatie bij de Hoge Raad plaats. Dit leidde niet tot een wijziging in de uitspraak.

De maatregel doorhaling van de inschrijving werd in de periode 1999-2001 aan 6 beroepsbeoefenaren opgelegd. Twee beroepsbeoefenaren gingen hiertegen in beroep. Door het centrale tuchtcollege werd beide keren een lichtere maatregel opgelegd (2 maal gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid).

#### **Aantal en aard tuchtklachten en -maatregelen 'nieuwe' beroepsgroepen (fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten en verpleegkundigen)**

Naast de tuchtklachten tegen de beroepen die al tuchtrecht kenden vóór de Wet BIG zijn ook de tuchtklachten tegen de 'nieuwe' beroepsgroepen in kaart gebracht. Hierbij is eveneens naar de periode 1999-2001 gekeken, omdat 1998 duidelijk een aanloopjaar is geweest. In de periode 1999-2001 zijn 217 klachten tegen verpleegkundigen (143 maal), fysiotherapeuten (23 maal), gezondheidszorgpsychologen (33 maal) en psychotherapeuten (18 maal) ingediend (in 1999: 30, in 2000: 91 en in 2001: 96). In tabel 3.5.7 is de klachtendichtheid voor deze beroepsgroepen te zien. Vooral voor verpleegkundigen en fysiotherapeuten was deze laag (0,02 resp. 0,03 klachten per 100 beroepsbeoefenaren per jaar). Tabel 3.5.8 geeft inzicht in de aard van de klachten. De klachten tegen verpleegkundigen betroffen vooral 'geen of onvoldoende zorg' (31/143; 22%). Van alle klachten leidde 20% tot een maatregel, echter 1 verpleegkundige kreeg 10 klachten feitelijk resulterend in 1 doorhaling van de inschrijving. Indien hiermee rekening wordt gehouden resulteerde 16% van de klachten tot een maatregel. Het percentage nam in de onderzoeksperiode toe van 10% in 1999, 15% in 2000 tot 27% in 2001 (indien rekening wordt gehouden met de eerdergenoemde verpleegkundige tot 20% in 2001). Klachten tegen fysiotherapeuten en psychotherapeuten resulteerden vaker in een maatregel dan klachten tegen verpleegkundigen en gezondheidszorgpsychologen (35% resp. 28% vs. 18% resp. 12%). 'Grensoverschrijdend gedrag' en 'schending beroepsgeheim' hadden het vaakst een maatregel tot gevolg, namelijk in 93% en 36% van de gevallen (zie ook paragraaf 4.6.2).

**Tabel 3.5.7**

**Gemiddelde jaarlijkse aantallen klachten tegen de 'nieuwe' beroepen bij de tuchtcolleges in eerste aanleg over de periode 1999-2001\***

Beroepsbeoefenaar	1999-2001		
	Klachten	Aantal (%) Beoefenaren**	Aantal klachten per 100 beoefenaren
• Verpleegkundige	48 (66)	200092 (83)	0.02
• Fysiotherapeut	7.7 (11)	28157 (12)	0.03
• Gezondheidszorgpsycholoog	11 (15)	7644 ( 3)	0.1
• Psychotherapeut	6 ( 8)	5229 ( 2)	0.1
<b>Totaal/gemiddeld</b>	<b>72.7 (100)</b>	<b>241122 (100)</b>	<b>0.03</b>

\* In 1998 werden 59 klachten tegen verpleegkundigen ingediend (waarvan 34 klachten tegen dezelfde verpleegkundige), 1 klacht tegen een gezondheidszorgpsycholoog en 1 klacht tegen een psychotherapeut.

\*\* Deze gegevens zijn gebaseerd op de jaarverslagen van het BIG-register. Dit betreft zowel werkzame als niet-werkzame beroepsbeoefenaren. Het aantal niet-werkzame verpleegkundigen was circa 30-40%, het aantal extramuraal werkzame fysiotherapeuten ongeveer 12.215 (Nivel).

**Tabel 3.5.8**  
**Klachten en maatregelen (tussen haakjes) naar aard van klacht per verpleegkundige, fysiotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog en psychotherapeut over de periode 1999-2001<sup>1</sup>; absolute aantallen**

Aard klacht	Verpleegkundige	Fysiotherapeut	Gezondheidszorg- psycholoog	Psychotherapeut	Totaal <sup>2</sup>
• Niet of te laat komen op verzoek	-	-	1 (-)	-	1 ( - ) [ - ]
• Onjuiste behandeling	14 ( 1)	3 (1)	-	2 (1)	19 ( 3) [16]
• Geen of onvoldoende zorg	31 ( 2)	4	3 (-)	3	41 ( 2) [ 5]
• Onvoldoende informatie	2 ( -)	1 (1)	-	-	3 ( 1) [33]
• Onheuse bejegening	20 (11)	-	-	-	20 (11) [55] <sup>3</sup>
• Niet of te laat verwijzen	-	-	-	-	-
• Onjuiste verklaring of rapportage	2 ( -)	-	2 (1)	-	4 ( 1) [25]
• Onjuiste declaratie	-	-	-	-	-
• Schending beroepsgeheim	5 ( -)	-	5 (3)	1 (1)	11 ( 4) [36]
• Grensoverschrijdend gedrag	7 ( 7)	5 (4)	-	2 (2)	14 (13) [93]
• Alcoholmisbruik	-	1 (1)	-	-	1 ( 1) [100]
• Overige klachten	62 ( 5)	9 (1)	22	10 (1)	103 ( 7) [ 7]
Totaal <sup>2</sup>	143 (26) [18] <sup>3</sup>	23 (8) [35]	33 (4) [12]	18 (5) [28]	217 (43) [20] <sup>4</sup>

<sup>1</sup> In 1998 leidde geen enkele klacht tot een maatregel.

<sup>2</sup> Tussen vierkante haken het percentage klachten dat tot maatregelen leidde.

<sup>3</sup> Tien klachten betroffen dezelfde verpleegkundige. Deze klachten resulteerden in een doorhaling van de inschrijving. Indien hiermee rekening wordt gehouden is het percentage maatregelen bij onheuse bejegening 18% (2/11) i.p.v. de in de tabel genoemde 55% (11/20) en het percentage maatregelen tegen verpleegkundigen 13% (17/134) i.p.v. de in de tabel genoemde 18% (26/143).

<sup>4</sup> Indien rekening wordt gehouden met de 10 klachten tegen dezelfde verpleegkundige resulterend in 1 doorhaling van de inschrijving leidde 16% (34/208) van de klachten tot een maatregel i.p.v. de in de tabel genoemde 20% (43/217).

Tabel 3.5.9 laat zien dat 60% van de klachten werd ingediend door patiënten zelf (131/217) en 37% door een ander persoon, meestal een familielid (81/217). De inspecteur diende verhoudingsgewijs een beperkt aantal klachten in (5/217; 2%), maar deze werden wel alle gegrondverklaard. Van 4 beroepsbeoefenaren werd de inschrijving in het BIG-register doorgehaald. Het vaakst werd een waarschuwing of berisping opgelegd (beide 12/217; 6%). Van de klachten bleek 44% ongegrond (96/217), waarvan driekwart (71/96) zonder dat er een zitting had plaatsgevonden. Een kwart van de klagers (25%) werd niet ontvankelijk verklaard. Tegen 26% (55/217) van de uitspraken werd in beroep gegaan bij het centrale tuchtcollege. Het centrale tuchtcollege heeft in 5 beroepszaken uit 2001 nog geen uitspraak gedaan. Van de overige 50 beroepszaken werd 2 maal een berisping omgezet in een waarschuwing. In de andere gevallen trad geen wijziging op in de uitspraak.

**Tabel 3.5.9**

**Aard en aantal van de beslissingen genomen door de regionale tuchtcolleges naar aanleiding van klachten over verpleegkundigen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen en psychotherapeuten ingediend door de inspecteur, een patiënt of een ander persoon over de periode 1999-2001\***

Beslissing	Inspecteur	Patiënt	Ander persoon**	Totaal (%)
• Doorhaling inschrijving	3	-	10	13 ( 6)***
• Gedeeltelijke ontzegging bevoegdheid	-	-	1	1 (0.5)
• Schorsing inschrijving en geldboete	-	1	-	1 (0.5)
• Schorsing inschrijving	-	2	1	3 ( 1)
• Voorwaardelijke schorsing inschrijving	-	-	1	1 (0.5)
• Geldboete	-	-	-	-
• Berisping	1	9	2	12 ( 6)
• Waarschuwing	1	4	7	12 ( 6)
• Ongegrond na behandeling	-	16	9	25 (12)
• Ongegrond zonder nader onderzoek	-	42	29	71 (33)
• Niet ontvankelijk	-	44	11	55 (25)
• Behandeling niet voortgezet of ingetrokken	-	13	10	23 (11)
<b>Totaal (%)</b>	<b>5</b>	<b>131</b>	<b>81</b>	<b>217 (100)</b>

\* Van de 59 klachten in 1998 werden 43 klachten ongegrond verklaard, waarvan 42 zonder nader onderzoek, 9 klagers werden niet ontvankelijk verklaard (waarvan 4 omdat het handelen van vóór de Wet BIG betrof) en 7 klachten werden niet voortgezet of ingetrokken.

\*\* Meestal familieleden van patiënten.

\*\*\* Tien klachten van andere personen betroffen dezelfde verpleegkundige, resulterend in een doorhaling van de inschrijving. Het totaal aantal doorhalingen was 4. Indien hiermee rekening wordt gehouden is het percentage doorhalingen 2% (4/208).

### **Voordrachten College van Medisch Toezicht**

Volgens de gegevens van de IGZ en het CMT zijn sinds de inwerkingtreding van de Wet BIG tot mei 2002 10 voordrachten door de IGZ gedaan bij het CMT. Op 5 daarvan is uitspraak gedaan, waarbij in alle gevallen de voordracht geheel of gedeeltelijk werd toegewezen: 3 maal doorhaling van de inschrijving van de beroepsbeoefenaar in het BIG-register, 1 maal gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid en 1 maal werden nadere voorwaarden voor de beroepsuitoefening opgelegd. Het betrof 2 huisartsen, 1 verloskundige, 1 verpleegkundige en 1 fysiotherapeut. De voordrachten werden gedaan wegens opiumwet middelen misbruik (2 maal), wegens alcoholmisbruik (2 maal) en wegens de geestelijke toestand van de beroepsbeoefenaar (1 maal). Tweemaal werd tegen de uitspraak van het CMT hoger beroep ingesteld. In 1 van deze zaken is het hoger beroep nog lopende, in de andere zaak bleef de uitspraak in hoger beroep onveranderd. In 1 zaak heeft de beroepsbeoefenaar zich onder behandeling gesteld, waarna de IGZ de voordracht heeft ingetrokken en het CMT de behandeling heeft gestaakt. Mei 2002 waren nog 4 voordrachten aanhangig, waarvan 3 uit 2002. De behandeling van de vierde voordracht (uit 2001) is gestagneerd vanwege een gedwongen opname van de betrokken beroepsbeoefenaar.

### **Instellingen**

Aan instellingen is gevraagd hoe zij op de hoogte kwamen van het bestaan van tuchtklachten en -maatregelen tegen beroepsbeoefenaren. (tabel 3.5.10) Het varieerde nogal per soort instelling of de instelling op de hoogte kwam van tuchtklachten en -maatregelen. De thuiszorginstellingen en verpleeghuizen kwamen het minst op de hoogte van tuchtklachten (68% resp. 58% niet op de hoogte), de RIAGG's, algemeen

psychiatrisch ziekenhuizen en ziekenhuizen het vaakst (16-22% niet op de hoogte). Driekwart van de RIAGG's en algemeen psychiatrisch ziekenhuizen (75% resp. 76%) en rond de 40% van de ziekenhuizen en GGD-en (40% resp. 41%) gaven aan op de hoogte te komen van tuchtklachten doordat de beroepsbeoefenaar rechtsbijstand vraagt. Van de ziekenhuizen noemde 44% ook dat in de arbeids-/toelatingsovereenkomst afspraken zijn opgenomen over een meldingsplicht voor beroepsbeoefenaren. Door bijna eenderde van de privé-klinieken (31%) werd bij het aannemen van beroepsbeoefenaren expliciet gevraagd naar tuchtklachten.

Ongeveer driekwart van de GGD-en, verpleeghuizen en thuiszorginstellingen (70-80%) en bijna de helft van de privé-klinieken (48%) kwam niet op de hoogte van het bestaan van tuchtmaatregelen. Van de ziekenhuizen kwam 37% op de hoogte van tuchtmaatregelen via een meldingsplicht in de arbeids-/toelatingsovereenkomst en 20% door dit voor schorsingen, gedeeltelijke ontzeggingen en doorhalingen na te gaan bij het BIG-register. Van de algemeen psychiatrisch ziekenhuizen gaf 18% aan dit na te gaan bij het BIG-register, 21% rapporteerde bij het aannemen van nieuwe beroepsbeoefenaren hier expliciet naar te vragen. Van de RIAGG's kwam 20% op de hoogte van een tuchtmaatregel doordat een bekende tuchtklacht wordt gevolgd. (Bedacht moet worden dat het hier om kleine absolute aantallen gaat.)

**Tabel 3.5.10**

**Manieren waarop instellingen op de hoogte komen van het bestaan van tuchtklachten en tuchtmaatregelen tegen beroepsbeoefenaren**

	Totaal n=395 %	ZH n=82 %	APZ n=29 %	VPLH n=132 %	PK n=26 %	RIAGG n=32 %	GGD n=32 %	TZ n=63 %
<b>Tuchtklachten*</b>								
• Niet op de hoogte van tuchtklachten	44	22	17	58	42	16	47	68
• Doordat de beroepsbeoefenaar rechtsbijstand vraagt	37	40	76	29	19	75	41	16
• In de arbeids-/toelatingsovereenkomst zijn afspraken opgenomen over een meldingsplicht voor beroepsbeoefenaren	14	44	10	1	23	9	3	8
• Bij het aannemen van nieuwe beroepsbeoefenaren wordt hier expliciet naar gevraagd	9	14	14	7	31	6	-	-
• Doordat de beroepsbeoefenaar dit meldt, al dan niet via de leidinggevende	6	4	10	8	-	9	9	3
<b>Tuchtmaatregelen**</b>								
• Niet op de hoogte van tuchtmaatregelen	59	33	36	74	48	43	70	80
• In de arbeids-/toelatingsovereenkomst zijn afspraken opgenomen over een meldingsplicht voor beroepsbeoefenaren	12	37	7	1	24	-	7	7
• Bij het aannemen van nieuwe beroepsbeoefenaren wordt hier expliciet naar gevraagd	11	13	21	8	36	7	-	5
• Dit wordt voor schorsingen, gedeeltelijke ontzeggingen en doorhalingen nagegaan bij het BIG-register***	10	20	18	6	4	13	7	2
• Voor schorsingen, gedeeltelijke ontzeggingen en doorhalingen geeft het BIG-register dit door aan de instelling	6	2	4	9	-	10	3	7
• Doordat een bekende tuchtklacht wordt gevolgd	5	9	11	2	-	20	7	2
• Doordat de beroepsbeoefenaar dit meldt, al dan niet via de leidinggevende	2	5	-	2	-	-	3	-

\* Van de instellingen gaf 8% aan (ook) op een andere manier op de hoogte te komen van tuchtklachten. In ongeveer de helft van deze gevallen werd genoemd dat de klacht of claim tevens bij (de directie van) de instelling werd ingediend.

\*\* Van de instellingen gaf (ook) 6% aan op de hoogte te komen van tuchtmaatregelen via de staatscourant of de krant/media.

\*\*\* Door een aantal instellingen is hieraan toegevoegd 'bij aannemen beroepsbeoefenaar'.

Aan de instellingen is ook gevraagd of en, zo ja, hoe zij op de hoogte komen van sancties die in het buitenland zijn opgelegd aan buitenslands gediplomeerden. Van hen gaf 19% aan hiervan of de hoogte te komen door het te vragen bij de aanstelling of een verklaring

te eisen, via VWS, het MSRC of het BIG-register, via het ministerie van volksgezondheid in het buitenland of het bureau dat personeel aanbiedt, of door toevalligheden. Door 17% van de ziekenhuizen, 12% van de GGD-en, 10% van de RIAGG's en 3-5% van de thuiszorginstellingen, algemeen psychiatrisch ziekenhuizen en verpleeghuizen werden bepaalde knelpunten ervaren ten aanzien van het wettelijk tuchtrecht. Het meest genoemd werd het probleem dat beroepsbeoefenaren niet altijd melden dat er een tuchtklacht is ingediend of een maatregel is opgelegd. Ondanks afspraken in de toelatingsovereenkomst blijft de instelling afhankelijk van de bereidheid van de beroepsbeoefenaar om dit te melden. Ook genoemd werd de grote druk die een tuchtklacht (ook al is deze onterecht) heeft op een aangeklaagde arts, de onduidelijkheid van de positie van BIG-geregistreerden in niet BIG-registratie vereiste functies (bijv. verpleegkundige werkzaam als verzorgende, leidinggevende functies), onbekendheid van het tuchtrecht onder beroepsbeoefenaren en arbeidsrechtelijke problemen bij zware maatregelen.

### **3.5.4 Opvattingen over het tuchtrecht, het College van Medisch Toezicht en de strafbepalingen**

Aan burgers die, voor zij de vragenlijst ontvingen, van het tuchtrecht hadden gehoord (73%), beroepsbeoefenaren, leden van tuchtcolleges en advocaten is in de vorm van beweringen ook gevraagd naar hun opvattingen over het wettelijk tuchtrecht.

#### **Normstelling en sancties**

Het meest opvallend zijn de verschillen tussen burgers en de overige respondenten ten aanzien van de beweringen 'Het tuchtcollege houdt beroepsbeoefenaren de hand boven het hoofd' (burgers 36% mee eens vs. 1-12% overige respondenten) en 'Een beroepsbeoefenaar is over het algemeen nauwelijks onder de indruk van een waarschuwing' (burgers 59% vs. 2-8% overige respondenten). (tabel 3.5.11) Ongeveer de helft van de respondenten was van mening dat het tuchtrecht burgers beschermt tegen fouten in de gezondheidszorg, bij de advocaten was dat minder dan de helft (31%) en bij de verpleegkundigen en fysiotherapeuten meer (68%). De leden van de tuchtcolleges en de advocaten verschilden nogal met de beroepsbeoefenaren van mening over de bewering dat het tuchtcollege bij het beoordelen van tuchtklachten voldoende aansluit bij wat in de beroepsgroep als zorgvuldig handelen wordt aangemerkt (92-93% mee eens vs. 15-58%). Vooral de huisartsen waren het met de bewering oneens (68%). Een ruime meerderheid van de leden van de tuchtcolleges en advocaten vond het een gemis dat het niet mogelijk is een klacht gegrond te verklaren zonder het opleggen van een maatregel (79% resp. 89%). Driekwart van de advocaten (73%) was van mening dat het aantal gegrondverklaringen zal toenemen wanneer in de wet wel deze mogelijkheid wordt opgenomen tegenover ruim de helft (57%) van de leden van de tuchtcolleges.

#### **Openbaarheid tuchtrechtspraak**

Veel beroepsbeoefenaren vonden dat aangeklaagde beroepsbeoefenaren door de openbaarheid van de tuchtrechtspraak al bij voorbaat zijn beschadigd (60-79% mee eens). (tabel 3.5.11) Desgevraagd waren 61% van de leden van de tuchtcolleges en 77% van de advocaten het er mee *oneens* dat de openbaarheid van zittingen aangeklaagde beroepsbeoefenaren remt in het prijsgeven van gegevens. Op dezelfde bewering ten aanzien van klagers was dat 71% van de leden van de tuchtcolleges en 92% van de advocaten.

### **Drempels bij indienen tuchtklachten**

Tweederde van de burgers (66%) vond dat klagers verplicht zouden moeten zijn om een tuchtklacht via de IGZ in te dienen, bij de beroepsbeoefenaren was dat 15-32%. (tabel 3.5.11) Het merendeel van de respondenten was het er mee eens, dat een klager verplicht zou moeten zijn om voorafgaand aan het indienen van een tuchtklacht deze te bespreken met de betrokken beroepsbeoefenaar (68-85%). Minder respondenten, maar wel een meerderheid, vonden dat een klager verplicht zou moeten zijn de klacht eerst in te dienen bij een klachtencommissie (55-66%). Ruim tweederde van de burgers (70%) was het er mee eens dat men sterk in zijn schoenen moet staan om een klacht bij een tuchtcollege in te dienen. Voor minder dan eenderde van de burgers (31%) was het duidelijk wat voor soort klachten bij een tuchtcollege kunnen worden ingediend. Van de burgers en advocaten vond ongeveer eenderde dat een klager geen griffiegeld zou moeten betalen voor het indienen van een tuchtklacht (37% resp. 31%), van de leden van de tuchtcolleges 56% (dit bedrag wordt terugbetaald, indien de klacht terecht is ingediend). Van de advocaten vond 61% dat een klager maximaal 150 tot 250 gulden zou moeten betalen (1 gulden is €0,45), van de burgers en leden van de tuchtcolleges was dit zo'n 20% (20% resp. 19%). Eenderde van de burgers en een vijfde van de leden van de tuchtcolleges noemde een bedrag van maximaal 50 of 100 gulden (31% resp. 19%). (tabel 3.5.12) Door de leden van de tuchtcolleges en advocaten die vonden dat klagers griffiegeld zouden moeten betalen voor het indienen van een tuchtklacht werd vooral aangegeven dat dit drempelverhogend zal werken voor ongegronde, lichtvaardige klachten en dat veel klachten zonde van de tijd, het geld en de energie van de tuchtcolleges en de aangeklaagden zijn, naast de psychische belasting van aangeklaagden. Degenen die het heffen van griffiegeld niet nodig vonden noemden onder meer dat het tuchtcollege laagdrempelig dient te zijn, dat het heffen van griffiegeld in strijd is met het doel van het tuchtrecht, namelijk handhaving van de kwaliteit van de beroepsuitoefening, dat voor klagers niet te overzien is of een klacht terecht is en dat querulanten zich waarschijnlijk niet laten weerhouden van het indienen van een klacht door griffiegeld, terwijl wellicht wel een drempel ontstaat voor serieuze klachten. Bijna eenderde van de advocaten (31%) vond het nodig om in de Wet BIG de mogelijkheid te scheppen om een klager te veroordelen tot betaling van een schadevergoeding aan de aangeklaagde beroepsbeoefenaar in geval van ongegronde klachten. De meest genoemde toelichtingen daarbij waren dat het drempelverhogend werkt en dat het een tegemoetkoming is voor de tijd en het geld die het beroepsbeoefenaren kost. Zij noemden vooral dat de proceskosten zouden moeten worden vergoed. Bijna tweederde (65%) van de advocaten was van mening dat in de Wet BIG deze mogelijkheid niet moet worden geboden. Zij gaven onder meer aan dat de drempel om te klagen daarmee te hoog wordt, dat klagers niet kunnen beoordelen of een klacht terecht is en dat een schadevergoeding in strijd is met het doel van het tuchtrecht.

### **'Nieuwe' beroepsgroepen**

De meeste verpleegkundigen (79%) en fysiotherapeuten (88%) vonden niet dat het tuchtrecht voor hun beroepsgroep moet worden afgeschaft. De meeste leden van de tuchtcolleges (80-88%) en advocaten (89-96%) vonden niet dat het tuchtrecht voor de vier 'nieuwe' beroepsgroepen moet worden afgeschaft. De leden van de tuchtcolleges en advocaten gaven als toelichting met name aan dat het tuchtrecht ook voor deze beroepen een kwaliteitsbevorderend instrument is, dat ook deze beroepsbeoefenaren zich toetsbaar moeten opstellen en dat fouten van deze beroepsgroepen ingrijpend kunnen zijn. Bijna tweederde van de leden van de tuchtcolleges en advocaten (64% resp. 62%) was het eens met de bewering dat de klachtmogelijkheid tegen de 'nieuwe' beroepsgroepen bij



burgers te weinig bekend is. Een kwart van de leden van de tuchtcolleges (26%) en 42% van de advocaten was van mening dat het aantal ingediende klachten tegen de 'nieuwe' beroepsgroepen laag zal blijven (50% resp. 46% 'noch eens noch oneens').

Tabel 3.5.11

**Opvattingen over het wettelijk tuchtrecht: percentage respondenten dat het met de beweringen helemaal eens of meer eens dan oneens is**

	COPA n=668 %	HA n=271 %	G/I n=339 %	PSY n=174 %	VPLK n=1487 %	VLK n=228 %	FYS n=223 %	TA n=304 %	TC n=334 %	ADV n=26 %
<b>Normstelling</b>										
• Het tuchtrecht beschermt burgers tegen fouten in de gezondheidszorg	55	46	46	55	68	60	68	57	56	31
• Het tuchtcollege sluit bij de beoordeling van tuchtklachten voldoende aan bij wat in de huisartsgeneeskunde* als zorgvuldig handelen wordt aangemerkt		15	41	44	41	58	53	54	93	92
• Een gepubliceerde tuchtuitspraak over een andere huisarts** heeft invloed op mijn beroepsuitoefening		80	76	83	51	69	48	66	87	89
• Het tuchtcollege houdt beroepsbeoefenaren de hand boven het hoofd	36	2	2	2	6	4	5	2	2	12
<b>Openbaarheid tuchtrechtspraak</b>										
• Door de openbaarheid van de tuchtrechtspraak is een aangeklaagde beroepsbeoefenaar al bij voorbaat beschadigd		76	79	60	64	69	76	71	43	39
<b>Sancties</b>										
• Een beroepsbeoefenaar is over het algemeen nauwelijks onder de indruk van een waarschuwing***	59	3	2	4	8	6	6	8	3	8
<b>Mogelijke drempels****</b>										
Een klager zou verplicht moeten zijn om:										
• Een tuchtklacht via de IGZ in te dienen	66	24	27	25	32	30	27	15	20	4
• De klacht eerst in te dienen bij een klachtencommissie	64			66	62		55		58	62
• Voorafgaand aan het indienen van een tuchtklacht deze te bespreken met de betrokken beroepsbeoefenaar	70	79	71	68	68	88	74	73	68	85

\* Bij gynaecologen stond hier obstetrie en gynaecologie, bij internisten inwendige geneeskunde etc. Bij leden van tuchtcolleges en advocaten stond hier 'bij wat door beroepsbeoefenaren'.

\*\* Bij gynaecologen stond hier gynaecoloog, bij internisten internist etc. Bij leden van tuchtcolleges en advocaten stond hier 'van andere beroepsbeoefenaren'.

\*\*\* Aan burgers (COPA) is gevraagd: Het geven van een waarschuwing is een te lichte maatregel.

\*\*\*\* Bij burgers (COPA), TC en ADV in de vorm van mogelijke drempels gevraagd, bij de andere respondentgroepen niet.

Tabel 3.5.12

**Maximum bedrag in guldens (euro's) dat een klager volgens burgers, leden van tuchtcolleges en advocaten zou moeten betalen voor het indienen van een tuchtklacht**

	COPA n=650 %	TC n=330 %	ADV n=26 %
• 0 (0)	37	56	31
• 50 (23)	13	6	-
• 100 (45)	18	13	4
• 150 (68)	6	7	23
• 250 (113)	14	12	38
• 500 (227)	6	4	4
• Anders	6	3*	-

\* Onder meer werd hier genoemd dat dit bedrag inkomensafhankelijk moet zijn.

### **Samenstelling tuchtcolleges en inschakelen deskundigen**

Ten aanzien van de samenstelling van de tuchtcolleges waren de leden van de tuchtcolleges en advocaten het meest eens met de bewering 'Bij de beoordeling van een klacht dient altijd een vakgenoot op het betreffende gebied betrokken te zijn' (90% resp. 96%). (tabel 3.5.13) Circa tweederde van de leden van de tuchtcolleges en advocaten (66% resp. 62%) was het eens met de bewering dat het opnemen van meer beroepsbeoefenaren in de tuchtcolleges het inschakelen van deskundigen minder noodzakelijk maakt. De leden van de tuchtcolleges en advocaten verschilden het meest van mening over de beweringen dat het tuchtcollege meestal het oordeel van de ingeschakelde deskundigen volgt (45% leden tuchtcolleges mee eens vs. 77% advocaten), dat de samenstelling van het centrale tuchtcollege zou moeten worden gewijzigd (van 3 juristen) in 2 juristen (w.o. de voorzitter) en (van 2 in) 3 leden-beroepsgenoten (55% leden tuchtcolleges vs. 28% advocaten) en dat de meeste klachten bij de regionale tuchtcolleges adequaat kunnen worden behandeld door 1 jurist en 2 leden-beroepsgenoten (51% leden tuchtcolleges vs. 85% advocaten) (i.p.v. 2 juristen en 3 leden-beroepsgenoten). De leden van de tuchtcolleges en de advocaten is ook gevraagd wat de termijn zou moeten zijn om na het neerleggen van de praktijk nog te kunnen participeren in het tuchtcollege als lid-beroepsgenoot. De antwoorden op deze vraag varieerden van direct aftreden bij neerleggen praktijk (beide 12%) tot maximaal 5 jaar respectievelijk tot de registratie wordt beëindigd (27% resp. 20%). Enkele leden van de tuchtcolleges vonden dat een lid-beroepsgenoot kan blijven participeren in het tuchtcollege na het neerleggen van de praktijk zolang deze voeling houdt met de praktijk.

Van de leden van de tuchtcolleges en advocaten vond 45% resp. 46% dat de maximumleeftijd tot waarop een lid-beroepsgenoot deel kan uitmaken van het tuchtcollege 65 jaar zou moeten zijn, 34% resp. 43% noemde als maximumleeftijd 70 jaar. De overigen (21% resp. 11%) noemden andere leeftijdsgrenzen (bijv. 60 of 75 jaar) of gaven aan dat leeftijd geen criterium moet zijn om deel te kunnen uitmaken van een tuchtcollege maar het neerleggen van de praktijk. Zij gaven daarbij een maximumtermijn aan om na het neerleggen van de praktijk nog te kunnen participeren in het tuchtcollege, variërend van direct aftreden bij neerleggen praktijk tot maximaal 5 jaar na neerleggen praktijk.

### **Verjaringstermijn en rol IGZ**

Vrijwel alle leden van de tuchtcolleges en de advocaten vonden het goed dat er een verjaringstermijn is voor het indienen van tuchtklachten. Tweederde van de leden van de tuchtcolleges (65%) vond de termijn van 10 jaar te lang tegenover minder dan de helft (46%) van de advocaten. Van de leden van de tuchtcolleges en advocaten vond een ruime meerderheid dat het toezicht op de tenuitvoerlegging van opgelegde maatregelen door de IGZ dient te worden uitgeoefend (79% resp. 89%). (tabel 3.5.14)

Tabel 3.5.13

**Opvattingen van leden van tuchtcolleges en advocaten over de samenstelling van de tuchtcolleges en het inschakelen van deskundigen**

	TC n=331 %			ADV n=26 %		
	Mee eens *	Eens noch oneens	Mee oneens *	Mee eens *	Eens noch oneens	Mee oneens *
• De gewijzigde samenstelling van de regionale tuchtcolleges, i.c. de versterking van het juridische element, heeft de positie van de klager versterkt	29	38	33	16	32	52
• De gewijzigde samenstelling van het centrale tuchtcollege, i.c. de versterking van het juridische element, heeft de positie van de klager versterkt	32	38	30	12	44	44
• Het regionale tuchtcollege zou weer terug moeten naar de oude samenstelling van 1 jurist (voorzitter) en 4 leden-beroepsgenoten	40	21	40	48	12	40
• Het centrale tuchtcollege zou weer terug moeten naar de oude samenstelling van 1 jurist (voorzitter) en 4 leden-beroepsgenoten	34	26	41	44	8	48
• De samenstelling van het centrale tuchtcollege zou moeten worden gewijzigd in 2 juristen (w.o. de voorzitter) en 3 leden-beroepsgenoten	55	23	22	28	28	44
• Het opnemen van een beroepsbeoefenaar in plaats van een lid-jurist bij de regionale tuchtcolleges is nodig om de consistentie van beslissingen over het professionele handelen te bevorderen	54	24	23	40	16	44
• Het opnemen van een beroepsbeoefenaar in plaats van een lid-jurist bij het centrale tuchtcollege is nodig om de consistentie van beslissingen over het professionele handelen te bevorderen	56	25	19	46	13	42
• De meeste klachten bij de regionale tuchtcolleges kunnen adequaat worden behandeld door 1 jurist (voorzitter) en 2 leden-beroepsgenoten (beperkte samenstelling)	51	19	30	85	8	8
• Bij de beoordeling van een klacht dient altijd een vakgenoot op het betreffende vakgebied betrokken te zijn	90	5	5	96	4	0
• Het opnemen van meer beroepsbeoefenaren in de tuchtcolleges maakt het inschakelen van deskundigen minder noodzakelijk	66	15	19	62	15	23
• Het inschakelen van deskundigen leidt vaak tot vertraging van de procedure	48	36	17	46	23	31
• Het tuchtcollege volgt meestal het oordeel van de ingeschakelde deskundigen	45	47	8	77	23	-
• De kwaliteit van het oordeel van door het tuchtcollege ingeschakelde deskundigen is beter dan van deskundigen die door klagers en aangeklaagden zijn ingeschakeld	25	63	12	15	39	46

\* 'Mee eens' betreft de antwoordcategorieën Helemaal mee eens en Meer eens dan oneens, 'Mee oneens' betreft de antwoordcategorieën Meer oneens dan eens en Helemaal mee oneens.

Tabel 3.5.14

**Opvattingen van leden van tuchtcolleges en advocaten over de verjaringstermijn en de rol van de IGZ**

	TC n=334 %			ADV n=26 %		
	Mee eens *	Eens noch oneens	Mee oneens *	Mee eens *	Eens noch oneens	Mee oneens *
<b>Verjaringstermijn</b>						
• <i>Het is goed dat er een verjaringstermijn voor het indienen van tuchtklachten bestaat</i>	95	2	3	100	-	-
• <i>De verjaringstermijn van 10 jaar voor het indienen van een tuchtklacht is te lang</i>	65	7	28	46	15	38
<b>Rol IGZ</b>						
• De IGZ zou een ruimer criterium moeten hanteren voor het indienen van tuchtklachten	47	38	16	35	15	50
• Het toezicht op de tenuitvoerlegging van opgelegde maatregelen dient door de IGZ te worden uitgeoefend	79	15	6	89	4	8

\* 'Mee eens' betreft de antwoordcategorieën Helemaal mee eens en Meer eens dan oneens, 'Mee oneens' betreft de antwoordcategorieën Meer oneens dan eens en Helemaal mee oneens.

## **Cassatie**

Een meerderheid van de leden van de tuchtcolleges en de advocaten (55% resp. 56%) vond het niet nodig om de mogelijkheid van beroep in cassatie weer in te voeren, 11% respectievelijk 40% vond dit wel nodig. Door degenen die dat niet nodig vonden werd met name genoemd dat de huidige procesgang voldoende waarborg is voor een zorgvuldige beoordeling, dat een derde gang de periode waarin klager en aangeklaagde in onduidelijkheid verkeren hierdoor wordt verlengd en dat het CTG voldoende is toegerust met juristen. Argumenten voor het weer invoeren van beroep in cassatie waren met name dat dit nodig is om ongelijkheid in de rechtspraak te voorkomen, dat dit goed zou passen bij het verminderen van het aantal juristen in het CTG en dat dit mogelijk moet zijn bij een ernstige discrepantie tussen uitspraken van het RTC en het CTG. De advocaten noemden ook dat het CTG de beslissingen dan zorgvuldiger zal nemen en beter zal motiveren en dat het ontbreken van cassatie een gemis is bij schending van de beginselen van een goede procesorde.

## **College van Medisch Toezicht**

Aan de leden van de tuchtcolleges en advocaten is ook nog gevraagd of zij het een verbetering vinden dat er een CMT naast het regionale tuchtcollege bestaat. Ongeveer tweederde van de leden van de tuchtcolleges en advocaten gaven aan dat zij dit niet wisten (66% resp. 62%). Zij hadden er geen ervaring mee of zicht op, of de werkwijze en procedure van het CMT waren hen niet (voldoende) bekend. Ongeveer een kwart gaf aan het wel een verbetering te vinden (23% leden tuchtcolleges resp. 27% advocaten). Door hen werd met name genoemd dat ongeschiktheid los staat van een aan de beroepsbeoefenaar te maken verwijt, dat de tuchtcolleges en het CMT verschillende functies hebben en dat het CMT de mogelijkheid heeft om uitvoerig en nauwkeurig onderzoek te doen. Circa 10% van de leden van de tuchtcolleges en advocaten gaven aan dat het CMT geen verbetering is. Zij gaven vooral aan dat de regionale tuchtcolleges ook in staat zijn om over ongeschiktheid te oordelen. Daarnaast werden onder genoemd, dat wanneer ongeschiktheid blijkt tijdens een zaak, een nieuwe procedure moet worden gestart, dat minder instanties meer duidelijkheid geeft en dat de procedure te lang duurt.

De leden van de tuchtcolleges en advocaten is gevraagd of het regionale tuchtcollege de mogelijkheid dient te hebben een zaak te verwijzen naar het CMT in geval van vermoeden van ongeschiktheid op grond van lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid of wegens gewoonte van drank- of drugsgebruik van de aangeklaagde beroepsbeoefenaar. Hierop werd door 56% van de leden van de tuchtcolleges en 76% van de advocaten bevestigend geantwoord (11% resp. 8% antwoordde 'nee'). Naast een verwijzing door het regionale tuchtcollege is gevraagd of ook nog andere klachtgerechtigden dan de inspecteur de mogelijkheid zouden moeten hebben om een klacht (voordracht) bij het CMT in te dienen. Van de leden van de tuchtcolleges beantwoordde 16% en van de advocaten 29% deze vraag bevestigend (35% resp. 54% antwoordde 'nee'). Als andere klachtgerechtigden werden genoemd: collega beroepsgenoten, werkgevers, patiënten en belanghebbenden volgens de Wet BIG.

## **Strafbepalingen, keuzevrijheid en bescherming**

Aan burgers, beroepsbeoefenaren die in hun beroepsuitoefening te maken hebben met alternatieve behandelwijzen, de leden van de tuchtcolleges en advocaten is een aantal beweringen voorgelegd over de strafbepalingen in de Wet BIG en keuzevrijheid en bescherming. De meeste respondenten waren van mening dat de overheid meer controle moet uitoefenen op alternatieve behandelaars (81-93%). Een klein deel (8-19%) vond dat

het Openbaar Ministerie voldoende optreedt tegen alternatieve behandelaars die (een aanmerkelijke kans op) schade aan de gezondheid veroorzaken. (tabel 3.5.15) De opvattingen van burgers verschilden op diverse punten met die van de andere respondenten. Zo vond 66% van de burgers dat zij kritisch genoeg zijn om zelf te bepalen naar welke beroepsbeoefenaar zij gaan tegenover eenderde tot de helft van de andere respondenten (28-54%). Ook vond 63% van de burgers dat burgers door de overheid onvoldoende worden beschermd tegen fouten van beroepsbeoefenaren tegenover 12-28% van de andere respondenten.

Hoewel 62% van de burgers vond dat burgers onvoldoende in staat zijn om de kwaliteit van alternatieve behandelwijzen te beoordelen, vonden zij het wel belangrijk dat burgers zelf kunnen bepalen of zij een alternatieve behandelaar bezoeken (87% mee eens). Van hen vond 84% het onduidelijk hoe de overheid toezicht houdt op beroepsbeoefenaren. Van de leden van de tuchtcolleges en advocaten was rond de 60% van mening dat het strafrecht en het tuchtrecht samen krachtig genoeg zijn om burgers te beschermen tegen onzorgvuldig handelende beroepsbeoefenaren (63% resp. 58%). Tweederde van hen (66% resp. 69%) en ongeveer de helft van de beroepsbeoefenaren (46-52%) vond de norm in de Wet BIG voor strafrechtelijke vervolging, nl. (een aanmerkelijke kans op) schade aan de gezondheid, voldoende scherp.

**Tabel 3.5.15**

**Opvattingen over de strafbepalingen, keuzevrijheid en bescherming: percentage respondenten dat het met de beweringen helemaal eens of meer eens dan oneens is**

	COPA n=936 %	HA n=270 %	G/I n= 338 %	PSY n=173 %	FYS n=222 %	TC n=335 %	ADV n=26 %
• De overheid moet meer controle uitoefenen op alternatieve behandelaars	83	86	93	90	81	90	92
• Burgers worden door de overheid onvoldoende beschermd tegen fouten van beroepsbeoefenaren	63	12	12	28	27	25	27
• Burgers zijn kritisch genoeg om zelf te bepalen naar welke beroepsbeoefenaar zij gaan	66	32	34	28	54	39	42
• De norm in de Wet BIG voor strafrechtelijke vervolging, nl. (een <i>aanmerkelijke</i> kans op) schade aan de gezondheid, is voldoende scherp		46	50	51	52	66	69
• Het Openbaar Ministerie treedt voldoende op tegen alternatieve behandelaars die een aanmerkelijke schade aan de gezondheid veroorzaken		15	10	9	13	8	19

### 3.5.5 Slot

Hoewel veel burgers wel eens van het wettelijk tuchtrecht hebben gehoord, weten zij er verder vrij weinig van af. Een groot deel van hen is niet goed op de hoogte van het doel en de inhoud van het tuchtrecht, weet niet met welke klachten men naar een tuchtcollege kan gaan en vindt dat men sterk in zijn schoenen moet staan om een tuchtklacht in te dienen (overigens had slechts 1 op de 10 ooit overwogen een klacht in te dienen). Onder beroepsbeoefenaren zijn het doel en de inhoud van het tuchtrecht beter bekend. Hun kennis over beroepsgroepen die wel vallen onder het tuchtrecht is beter dan over beroepsgroepen die dat niet doen (m.u.v. gezondheidszorgpsychologen). Het varieert nogal per soort instelling of de instelling op de hoogte komt van tuchtklachten en -maatregelen tegen beroepsbeoefenaren. Een vijfde van de ziekenhuizen komt niet op de hoogte van tuchtklachten tegen beroepsbeoefenaren, eenderde niet van tuchtmaatregelen. Wanneer ziekenhuizen hiervan wel op de hoogte komen is dat vooral omdat in de arbeids-/toelatingsovereenkomst afspraken zijn opgenomen over een meldingsplicht voor beroepsbeoefenaren, of, in geval van klachten, doordat de

beroepsbeoefenaar rechtsbijstand vraagt.

Vrijwel alle leden van de tuchtcolleges en advocaten vinden in tegenstelling tot beroepsbeoefenaren (m.n. huisartsen) dat het tuchtcollege bij de beoordeling van tuchtklachten voldoende aansluit bij wat in de beroepsgroep als zorgvuldig handelen wordt aangemerkt. De leden van de tuchtcolleges en advocaten vinden wel dat bij de beoordeling van een tuchtklacht altijd een vakgenoot op het betreffende gebied betrokken dient te zijn. Met name advocaten zijn kritisch over de beschermingsfunctie van het tuchtrecht tegen fouten in de gezondheidszorg. Ten aanzien van de termijn die een lid-beroepsgenoot nog zou kunnen participeren in het tuchtcollege na het neerleggen van de praktijk variëren de opvattingen van de leden van de tuchtcolleges en de advocaten van direct aftreden bij het neerleggen van de praktijk tot maximaal 5 jaar respectievelijk tot de registratie wordt beëindigd. Van de leden van de tuchtcolleges en advocaten vindt een ruime meerderheid dat de maximumleeftijd waarop een lid-beroepsgenoot deel kan uitmaken van het tuchtcollege 65 of 70 jaar zou moeten zijn.

Bij beroepsbeoefenaren die voor de Wet BIG reeds tuchtrecht kenden is het aantal tuchtklachten dat tot een maatregel leidde in de periode 1999-2001 ten opzichte van de periode 1995-1997 afgenomen van 19% naar 15%. Het percentage gegrondverklaringen in de periode 1999-2001 bij de 'nieuwe' beroepsgroepen was gemiddeld 16%. Dit percentage is in de onderzoeksperiode toegenomen van 10% tot 20%. Zowel de betreffende beroepsbeoefenaren als de leden van de tuchtcolleges en advocaten vinden dat het tuchtrecht voor deze groepen moet blijven bestaan. De zwaarste maatregel 'doorhaling van de inschrijving in het BIG-register' is in de periode 1999-2001 door de regionale tuchtcolleges aan 10 beroepsbeoefenaren opgelegd, waarvan 4 maal aan de 'nieuwe' beroepsgroepen. De nieuwe maatregel in de Wet BIG 'gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid' is in die periode aan 1 beroepsbeoefenaar opgelegd door de regionale tuchtcolleges en de nieuwe maatregelen 'voorwaardelijke schorsing van de inschrijving in het BIG-register' en schorsing van de inschrijving in het BIG-register met een geldboete' aan respectievelijk 15 en 5 beroepsbeoefenaren.

Een ruime meerderheid van de leden van de tuchtcolleges en advocaten vindt het een gemis, dat het niet mogelijk is een klacht gegrond te verklaren zonder het opleggen van een maatregel. De meesten van hen denken dat het aantal gegrondverklaringen zal toenemen wanneer in de wet deze mogelijkheid wordt opgenomen. Door beroepsbeoefenaren wordt het opleggen van een waarschuwing als zeer ernstig ervaren. De meerderheid van de burgers denkt daarentegen dat een beroepsbeoefenaar hiervan in het algemeen nauwelijks onder de indruk is.

Het merendeel van de burgers, beroepsbeoefenaren, leden van de tuchtcolleges en advocaten vindt dat een klager verplicht zou moeten worden voorafgaand aan het indienen van de klacht deze te bespreken met de beroepsbeoefenaar. Ook vindt een meerderheid dat een klager verplicht zou moeten zijn de klacht eerst in te dienen bij een klachtencommissie.

Een meerderheid van de burgers en advocaten, maar een minderheid van de leden van de tuchtcolleges vinden dat klagers griffiegeld zouden moeten betalen voor het indienen van een tuchtklacht. Bijna eenderde van de advocaten vindt het nodig om in de Wet BIG de mogelijkheid te scheppen om een klager te veroordelen tot betaling van een schadevergoeding aan de aangeklaagde beroepsbeoefenaar in geval van ongegronde klachten.

Veel beroepsbeoefenaren vinden dat een aangeklaagde beroepsbeoefenaar door de openbaarheid van de tuchtrechtspraak al bij voorbaat is beschadigd. Volgens veel leden van de tuchtcolleges en advocaten daarentegen remt de openbaarheid van zittingen aangeklaagden en klagers niet in het prijsgeven van gegevens. Leden van tuchtcolleges

en advocaten vinden het goed dat er een verjaringstermijn voor het indienen van tuchtklachten bestaat. Een meerderheid van de leden van de tuchtcolleges vindt de termijn van 10 jaar voor het indienen van een tuchtklacht te lang. Het merendeel van de leden van de tuchtcolleges en advocaten vindt dat de IGZ het toezicht op de tenuitvoerlegging van opgelegde maatregelen dient uit te oefenen.

Het CMT heeft sinds de inwerkingtreding van de Wet BIG 5 uitspraken gedaan. Hierbij werden in het algemeen zware maatregelen opgelegd. Een meerderheid van de leden van de tuchtcolleges en advocaten vindt dat het regionale tuchtcollege zelf een zaak zou moeten kunnen verwijzen naar het CMT in geval van vermoeden van ongeschiktheid op grond van lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid of wegens gewoonte van drank- of drugsgebruik van de aangeklaagde beroepsbeoefenaar. Indiening van klachten (voordrachten) door anderen wordt door hen minder nodig geacht.

De meeste burgers, beroepsbeoefenaren die in hun beroepsuitoefening met alternatieve behandelwijzen te maken hebben, leden van de tuchtcolleges en advocaten zijn van mening dat de overheid meer controle moet uitoefenen op alternatieve behandelaars. Slechts een klein deel vindt dat het Openbaar Ministerie voldoende optreedt tegen alternatieve behandelaars die (een aanmerkelijke kans op) schade aan de gezondheid veroorzaken. Burgers vinden zowel keuzevrijheid als bescherming erg belangrijk. Van de leden van de tuchtcolleges en advocaten is een meerderheid van mening dat het strafrecht en het tuchtrecht samen krachtig genoeg zijn om burgers te beschermen tegen onzorgvuldig handelende beroepsbeoefenaren en dat de norm in de Wet BIG voor strafrechtelijke vervolging, nl. (een aanmerkelijke kans op) schade aan de gezondheid, voldoende scherp is.





# 4

## De Wet BIG in de praktijk: overige bronnen

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden opvattingen uit de literatuur, alsmede jurisprudentie in relatie tot de Wet BIG weergegeven. Tevens komen in het veld gesignaleerde knelpunten en ervaringen met de wet aan de orde. De desbetreffende informatie is verkregen middels interviews (o.m. IGZ, tuchtcolleges, CMT, CIBG en CBGV), alsmede uit schriftelijke reacties op vragen gericht aan de patiënten-, beroeps- en koepelorganisaties.

Achtereenvolgens komen de volgende onderwerpen aan de orde: systeem der wet, constitutieve registratie en titelbescherming, internationale aspecten, bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen, artikel 40 Wet BIG, tuchtrecht en maatregelen vanwege ongeschiktheid en tenslotte strafbepalingen.

### 4.2 Systeem van de Wet BIG, constitutieve registratie en titelbescherming

#### 4.2.1 Systeem van de Wet BIG

##### 4.2.1.1 Voorlichting

De verandering van een verbodstelsel naar een gemengd systeem (keuzevrijheid voor de patiënt voor wat niet verboden is) vereist, zoals in de parlementaire geschiedenis nadrukkelijk is beklemtoond<sup>276</sup>, voorlichting. Voorlichting over de Wet BIG in het algemeen is een taak van het ministerie van VWS. Voorlichting kan vorm krijgen door consumentenvoorlichting en door voorlichting aan beroepsgroepen, instellingen, zorgverzekeraars en werkgevers in de gezondheidszorg. Diverse beroepsgroepen hebben inspanningen verricht om hun leden over de Wet BIG te informeren, zoals de KNMG.

De voorlichting vanuit het ministerie van VWS is primair gericht geweest op het veld, omdat de burger voldoende zou worden beschermd als intermediairs voorlichting zouden krijgen met als doel het controleren van beroepsbeoefenaren. Diverse organisaties gaven daarentegen aan dat voorlichting aan de burger belangrijk is in verband met diens bescherming.

##### 4.2.1.2 Bevoegdheid, deskundigheid, bekwaamheid

Degene die zich inschrijft in één van de art. 3-registers respectievelijk in het bezit is van het getuigschrift van een art. 34-beroep ontleent daaraan de bevoegdheid een beschermde titel te voeren. Die titel heeft betrekking op een deskundigheidsgebied. Als zodanig

---

<sup>276</sup> Bijvoorbeeld in de brief van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, *Kamerstukken II 1975/76*, 13 768, nr. 1, p. 3.

geeft dit gebied de patiënt een zeker inzicht in hetgeen verwacht kan worden van een beroepsbeoefenaar. Met een stelsel van 'vrije deelgebieden' naast de voorbehouden handelingen zal de titelbescherming een essentiële rol gaan spelen dan onder de WUG, aldus de Staatscommissie. Door middel van een beschermde titel moet de patiënt de gekwalificeerde op het betrokken gebied kunnen onderkennen.<sup>277</sup> Voor de beroepsbeoefenaar vormt het deskundigheidsgebied een kader voor diens handelen.<sup>278</sup> De titel zegt iets over de gevolgde opleiding, maar als zodanig niet over de vraag in hoeverre iemand daadwerkelijk beroepsmatig op het bijbehorende deskundigheidsterrein actief is en via bij- en nascholing bekwaamheid heeft behouden en verworven.<sup>279</sup> Daar is een herregistratie systeem voor nodig. Voor de art. 3-beroepen is die nog niet ingevoerd, voor art. 8 specialismen grotendeels wel, voor art. 34-beroepen voor zover beroepen zich aansluiten bij het vrijwillige door betrokken beroepsgroepen ingestelde Kwaliteitsregister Paramedici.

In de literatuur zijn dan ook bezwaren gerezen tegen het feit dat artsen zich laten registreren indien zij het beroep niet daadwerkelijk uitoefenen om de titel (arts) te kunnen voeren.<sup>280</sup> Zonder herregistratie brengt het systeem van de wet immers met zich mee dat niet praktiserende artsen in principe gerechtigd zijn de geneeskunst in volle omvang te bedrijven.<sup>281</sup> Hoewel artsen die de bekwaamheid tot het zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen ontberen zich hieraan niet zullen wagen, kan volgens Leenen toch van een lacune worden gesproken omdat de titel arts bij het publiek de verwachting van vakbekwaamheid wekt.<sup>282</sup> Voor de tuchtrechter maakt het bovendien soms verschil uit of men al dan niet praktiserend is. Er is overigens geen duidelijkheid over de vraag wanneer een arts die werkzaam is als bijvoorbeeld manager of voorzitter van de Raad van Bestuur van een instelling in de uitoefening van die taken onderworpen is aan tuchtrechtspraak (zie paragraaf 4.6.5).

Uit de bevoegdheid een titel te voeren, mag ook niet worden afgeleid dat de titelgerechtigde bekwaam kan worden geacht op ieder (niet) voorbehouden onderdeel van het deskundigheidsterrein. Al in 1971 stelde Van der Mijn in een preadvies<sup>283</sup> dat de tijd waarin een persoon de gehele geneeskunst in al zijn facetten en schakeringen kon beheersen al lang voorbij was. Het is, aldus Van der Mijn, niemand meer gegeven de bekwaamheid te verwerven die nodig is om de geneeskunst in volle omvang uit te oefenen. Voor bepaalde beroepen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) speelt, zo blijkt uit de schriftelijke reacties, met name de vraag wie nu deskundig is op welk gebied.

Daar komt bij dat er naast de Wet BIG andere regelingen zijn die beperkende voorwaarden opleggen aan het verrichten van bepaalde handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg.<sup>284</sup> Is het buiten het terrein van voorbehouden handelingen (ten aanzien waarvan de bekwaamheidseis in de wet is opgenomen) en de beperkingen in overige regelgeving in principe een ieder toegestaan beroepsmatig handelingen op het terrein van de individuele gezondheidszorg te verrichten, de bekwaamheidseis speelt voor handelingen wel een rol voor BIG-gekwalificeerden. Zo kan men dit ontlenen aan de verplichting verantwoorde zorg te verlenen. Leenen heeft opgemerkt dat de bekwaam-

<sup>277</sup> Kamerstukken II 1975/76, 13 768, nr. 1, p. 3.

<sup>278</sup> Kamerstukken II 2001/02, 27 669, nr. 5, p. 13.

<sup>279</sup> Herintreders bijvoorbeeld voelen zich vaak wel deskundig, maar niet bekwaam, Verpleegkunde Nieuws 09/12/1999.

<sup>280</sup> Leenen 1996, p. 65.

<sup>281</sup> Roscam Abbing 1981, p. 811.

<sup>282</sup> Leenen 1996, p. 65.

<sup>283</sup> Van der Mijn 1971, p. 10. Van der Mijn wees er op dat differentiaties binnen de artsenopleiding (zoals een richting algemene gezondheidszorg en een richting medische technologie) het vraagstuk 'algemene bevoegdheid' in discussie kunnen brengen.

<sup>284</sup> Leenen noemt onder andere de WOG (voorschrijven geneesmiddelen op recept), de Wet op de lijkbezorging (verklaring van overlijden) en de Wet afbreking zwangerschap (afbreking zwangerschap door een arts enkel in een kliniek die beschikt over een vergunning). Leenen 1996, p. 74.

heidseis voor het stellen van de indicatie als zodanig niet in de wet is terug te vinden, maar een deel is van het medisch handelen.<sup>285</sup> De Raad BIG heeft gewezen op de eis van verantwoorde zorg in de Kwaliteitswet zorginstellingen<sup>286</sup>, een eis die ook tot uitdrukking komt in art. 40 Wet BIG. Aan dit vereiste wordt in de praktijk via zelfregulering vorm gegeven. Zo is de bekwaamheidseis (zij het indirect) ook voor niet voorbehouden handelingen binnen het deskundigheidsgebied van toepassing op titelgerechtigden. Roscam Abbing spreekt van een bekwaamheidstrechter waarin de bevoegdheid handelingen te verrichten in het kader van het respectievelijke deskundigheidsgebied is gevat: 'Onbekwaam maakt onbevoegd'.<sup>287</sup> De zelfstandige handelingsbevoegdheid is materieel ingeperkt door de feitelijke bekwaamheid, professionele gebruiken en specifieke wet- en regelgeving, waaronder ook de WGBO (professionele standaard). Dat de bekwaamheidseis van toepassing is op niet voorbehouden (risicovolle) handelingen, inclusief indicatiestelling, is ook in de jurisprudentie tot uitdrukking gekomen.<sup>288</sup>

In de literatuur is -evenals in de Tweede Kamer- de algemene bevoegdheid van met name de arts bekritiseerd vanwege het ontbreken van bekwaamheid van de arts op het gehele terrein van de geneeskunst.<sup>289</sup> Roscam Abbing had het meer in de lijn van de praktijk gevonden als de wetgever in plaats van het verbinden van de volledige bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunst aan het behalen van een artsdiploma door handhaving van het artsenregister, zou hebben gekozen voor het instellen van alleen specialistenregisters.<sup>290</sup> Het basisberoep heeft volgens haar weinig betekenis meer. Het behalen van het artsdiploma wordt niet meer als eindpunt beschouwd, men moet een vervolgopleiding volgen om de geneeskunde zelfstandig uit te kunnen oefenen.<sup>291</sup> In de praktijk is de benaming van het art. 3-beroep arts dan ook basisarts of assistent-geneeskundige. Bovendien werkt de basisarts in de praktijk onder supervisie. De positie van de basisarts is ook wel hybride genoemd: enerzijds is hij als (basis)arts zelfstandig bevoegd voorbehouden handelingen te verrichten, anderzijds staat hij onder supervisie van een of meer specialisten.<sup>292</sup> Roscam Abbing heeft de vraag gesteld of de algemene bevoegdheid van de arts nog wel voldoende effectieve betekenis heeft en in de toekomst kan hebben, mede gezien de voorgenomen bekorting van initiële en vervolgopleidingen, waarbij koppeling wordt aangebracht met taakdelegatie en substitutie (zie verder paragraaf 4.2.2.2). Volgens haar moet de burger -zo er voldoende valide argumenten zijn de algemene bevoegdheid te handhaven- tenminste via het BIG-register informatie kunnen krijgen over het (functionele) aandachtsgebied van de behandelend arts.<sup>293</sup> De Bijl heeft opgemerkt dat basisartsen in toenemende mate werkzaam zijn als artsen bij ARBO-diensten, keuringsdiensten en bij de Spoedeisende hulp-afdelingen van ziekenhuizen. Dat pleit voor een op de toelating tot de desbetreffende functies toegespitste specialisatie, aldus De Bijl.<sup>294</sup> Ook vraagt zij zich af of het voor de patiënt voldoende kenbaar is wat men van de algemeen bevoegde arts zonder vervolgopleiding mag verwachten. Patiënten zijn volgens haar meer vertrouwd met de 'huisarts' en de 'specialist'. Volgens De Bijl zou de overheid patiënten hierover moeten voorlichten.<sup>295</sup>

---

<sup>285</sup> Leenen 1996, p. 71.

<sup>286</sup> Raad BIG 1996(B11/96) p. 20.

<sup>287</sup> Roscam Abbing 2002, p. 95.

<sup>288</sup> Bijvoorbeeld CTG 16 januari 2001, *Medisch Contact* 2001;56:875-876, waarin het CTG het tuchtrechtelijk verwijtbaar achtte dat een basisarts, werkzaam in een privékliniek voor medisch-cosmetische behandelingen, de indicatie stelde en informed consent verkreeg inzake een behandeling waarvoor hij niet bekwaam, niet bevoegd en niet deskundig was.

<sup>289</sup> O.m. Roscam Abbing 1992(b), p. 1743, De Bijl 2000, p. 97.

<sup>290</sup> Roscam Abbing 1992(b), p. 1743.

<sup>291</sup> De Lange 2000, p. 232.

<sup>292</sup> Van der Helm 2001, p. 1416.

<sup>293</sup> Roscam Abbing 2002, p. 97.

<sup>294</sup> De Bijl 2000, p. 97.

<sup>295</sup> De Bijl 2000, p. 142.

Zowel voor voorbehouden handelingen als voor niet voorbehouden handelingen moet de mate van bekwaamheid (afhankelijk van werkervaring en bijscholing en te beoordelen op de situatie waarin de patiënt zich bevindt) worden ingeschat door de hulpverlener zelf. Bekwaamheid is ter individuele beoordeling, ook als opdrachtnemer. Vanuit het veld zijn signalen gekomen dat de invulling van het begrip bekwaamheid als lastig wordt ervaren. Als instrumenten voor de bepaling van de bekwaamheid worden veelal protocollen gebruikt (zelfregulering). De positie van de assistent-geneeskundige is bijvoorbeeld uitgewerkt in de 'Instructie assistent-geneeskundigen'. Deze instructie (een vorm van zelfregulering) werd nodig geacht om in de praktijk de bekwaamheid met het deskundigheidsterrein te verbinden. De verantwoordelijkheid voor het handelen van een arts-assistent wordt in deze instructie in vergaande mate bij de supervisor gelegd.<sup>296</sup> Ook andere vormen van zelfregulering komen voor, zoals in de ambulancezorg waar werkgevers afspraken hebben gemaakt over het vastleggen van de bekwaamheid van medewerkers.<sup>297</sup> Diverse beroepsorganisaties, met name van paramedici die het Kwaliteitsregister Paramedici hebben ingesteld, gaven aan beleid te hebben gevormd om de bekwaamheid van de leden te handhaven, bijvoorbeeld de organisatie van bij- en nascholing.

Niet voorbehouden handelingen kunnen door iedereen worden verricht. Zo wordt, mede door een gebrek aan voldoende BIG-gekwalificeerden, indicatiestelling -een niet voorbehouden handeling- steeds meer door niet-artsen verricht.<sup>298</sup> Huisartsenposten bijvoorbeeld worden bemand door niet tot huisartsenhulp opgeleide personen, ondersteund door computerprogramma's. Aan de organisatie van de telefonische triage blijkt in de praktijk nog al eens wat te schorten. Tuchtrechtelijk gezien kan onduidelijkheid bestaan over de vraag wie kan worden aangesproken.<sup>299</sup> De tuchtrechter heeft zich al meerdere malen uitgesproken over de zogenoemde zeeffunctie van de praktijkassistent.<sup>300</sup> Glimmerveen heeft voorgesteld om de voorwaarden die de Wet BIG stelt aan het opdragen van voorbehouden handelingen, ook van toepassing te laten zijn op de zeeffunctie.<sup>301</sup> De KNMG (resp. LHV) en NHG ontwikkelen kwaliteits-randvoorwaarden voor verschuiving van taken naar doktersassistent, verpleegkundige etc. In de praktijk worden met het oog op verantwoorde zorg (art. 40 Wet BIG en Kwaliteitswet) protocollen opgesteld. In de schriftelijke reacties is nog gewezen op de beperkte bescherming die de patiënt wordt geboden in de GGZ, niet alleen doordat diagnostiek een vrij terrein is, maar ook doordat op het terrein van de GGZ geen voorbehouden handelingen zijn.

#### 4.2.1.3 Regulier versus alternatief

In Nederland bestaat een grote verscheidenheid aan alternatieve behandelwijzen. Alternatief slaat op het feit dat de betreffende vakopleidingen niet aan erkende universiteiten of hogescholen wordt onderwezen. Bekende alternatieve geneeswijzen zijn bijvoorbeeld acupunctuur, homeopathie, natuurgeneeswijzen, yoga, manuele therapie, antroposofische geneeskunde en paranormale geneeswijzen, minder bekend zijn bijvoorbeeld bio-elektrische therapieën, chiropractie, reïncarnatietherapie, rebirthing of zijnsoriëntatie. Naar schatting van het Nivel bestaat meer dan de helft van de georganiseerde alternatieve beroepsbeoefenaars uit artsen, fysiotherapeuten of ander regulier opgeleiden die zich in

<sup>296</sup> De supervisor is tuchtrechtelijk verantwoordelijk indien hij tekort schiet in zijn hoedanigheid van supervisor. Zie bijvoorbeeld RTC Amsterdam 30 oktober 2001, Stcr. 2002, nr. 42, p. 24.

<sup>297</sup> Er worden bekwaamheidsverklaringen opgesteld die precies aangeven welke opleidingen iemand heeft gevolgd, welke ervaringen betrokkene heeft en tot het verrichten van welke handelingen hij in staat moet zijn.

<sup>298</sup> Zoals doktersassistent, ambulanceverpleegkundige, huisartsenposten, waarnemcentrale, verpleegkundige GGD/asielzoekers etc. Hierover o.m. Pronk 2002, p. 360-362.

<sup>300</sup> Bijvoorbeeld CTG 25 mei 2000, Stcr. 2000, nr. 131, p. 11, waarin werd geoordeeld dat de arts tekort is geschoten in het geven van goede instructies aan zijn assistente met betrekking tot de door haar te vervullen zeeffunctie.

<sup>301</sup> Glimmerveen (co-auteur E. Sietsma) 1999.

één of meer alternatieve genees- of behandelwijzen hebben bekwaamd.<sup>302</sup>

Door het systeem van de Wet BIG kan iedereen beroepsmatig het terrein van de geneeskunst betreden, behoudens de voorbehouden handelingen. Leenen heeft erop gewezen dat alternatieve behandelwijzen niet van risico's zijn ontbloot. Met name wees hij er in dat kader op dat cruciaal voor een verantwoorde behandeling is het stellen van een juiste diagnose. Een veel voorkomende fout is het niet of niet tijdig doorverwijzen naar een reguliere behandelaar. Bescherming van de burger is nodig temeer omdat alternatieve behandelwijzen geen wetenschappelijke basis hebben.<sup>303</sup> Gevers heeft erop gewezen dat de Wet BIG voor niet-reguliere beroepsbeoefenaren principieel meer ruimte biedt dan de voormalige beroepenwetgeving. Voor de mogelijkheid van het toepassen van alternatieve behandelwijzen door BIG-titelgerechtigden heeft de Wet BIG daarentegen geen directe gevolgen. Vooral de tuchtrechtspraak is voor art. 3-beroepen bepalend.<sup>304</sup> Van belang in dit opzicht is volgens de tuchtrechter dat patiënten die zich tot een arts wenden, erop dienen te kunnen vertrouwen dat deze hen de noodzakelijke en gebruikelijke medische hulp biedt. Dit is niet anders als een arts een alternatieve praktijk voert.<sup>305</sup>

De maatschappelijke positie van alternatieve beroepsorganisaties is volgens het Nivel op verschillende punten aanzienlijk veranderd. Ten eerste door het inwerkingtreden van de Wet BIG waardoor geen sprake meer is van het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst, zoals voorheen formeel wel het geval was. In de tweede plaats hebben zorgverzekeraars meer vrijheid in de zorg die zij kunnen contracteren, in het kader van het dereguleringsbeleid van de overheid. Veel zorgverzekeraars hebben inmiddels alternatieve genees- of behandelwijzen in het (aanvullende) pakket opgenomen. Ten derde beraadt men zich op Europees niveau op het erkennen van enkele alternatieve genees- en behandelwijzen. Men streeft naar gelijktrekking van de regelgeving in Europa en naar maximale keuzevrijheid voor de patiënt.<sup>306</sup>

De overheid heeft voor de kwaliteitsverbetering en de betere voorlichting door alternatieve behandelaars aan het publiek vooral gekozen voor zelfregulering. Beroepsverenigingen in de niet-reguliere gezondheidszorg worden ondersteund bij de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsbeleid. Het doel hiervan is bij te dragen aan de transparantie van dit deel van de gezondheidszorg. De overheid ondersteunt het programma Ondersteuning Kwaliteitszorg Alternatieve Behandeling/geneeswijzen (OKAB). Hierin worden de beroepsverenigingen die werkzaam zijn in de niet-reguliere gezondheidszorg bijgestaan bij de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsbeleid. Er zijn o.a. modelproducten ontwikkeld voor klachtenreglementen, beroepsprofiel, cliëntendossier en een raamwerk kwaliteitsbeleid. In het kader van dit programma zijn verschillende organisaties voor alternatieve behandelwijzen -er zijn er meer dan 70- actief met het ontwikkelen van kwaliteitsinstrumenten zoals gedragscodes, richtlijnen en visitatiesystemen. Het Landelijk Overleg Patiënten Alternatieve Geneeswijzen (LOPAG) is overgegaan tot het formuleren van criteria beroepsuitoefening alternatieve gezondheidszorg met inbegrip van criteria voor de opleidingen (o.a. met betrekking tot aanvullende opleiding reguliere artsen, toegangsniveau van niet artsen voor de beroepsopleiding, kernelementen voor de basisvorming waaronder medische basisvakken).

---

<sup>302</sup> Nivel 2000.

<sup>303</sup> Leenen 1996, p. 96-97.

<sup>304</sup> Gevers 1999(a), p. 213. Niet-regulier werkende artsen zijn onderworpen aan het wettelijk tuchtrecht. Een voorbeeld is de berisping door het CTG van een arts voor natuurgeneeskunde die onder meer werd verweten een middel te verstrekken waarvan de werking wetenschappelijk niet is bewezen, CTG 13 april 2002, *Medisch Contact* 2000;55:1688-1689.

<sup>305</sup> CTG 26 februari 2002, *Medisch Contact* 2002;57:830-833 onder verwijzing naar HR 6 december 1996, NJ 1998, 543.

<sup>306</sup> Nivel 2000.

Daarnaast publiceert de Consumentenbond ieder jaar over de vorderingen in het kwaliteitsbeleid van beroepsverenigingen in het alternatieve circuit. Het aantal beroepsorganisaties dat deelneemt aan de periodieke toets van de Consumentenbond beslaat ruim 50. Uit het onderzoek van de Consumentenbond in 2001 blijkt dat zelfregulering op punten van beroepsregister, herkenbaarheid, klachtenregeling, privacy, opleiding, beroeps- en aansprakelijkheidsverzekering en toetsing door collega-behandelaars is verbeterd ten opzichte van het jaar daarvoor. Tevens is gebleken dat menig alternatief behandelaar weinig aandacht besteedt aan contacten met de reguliere geneeskunde: één op de vijf onderhoudt dit soort contacten niet.<sup>307</sup> De Consumentenbond verzoekt verzekeraars aandacht te schenken aan de toetsing. Inmiddels gebruiken twaalf verzekeraars de resultaten van de toetsing bij hun contracteerbeleid.<sup>308</sup>

Bij de organisaties overweegt het oordeel dat, nu de wet zich uitsluitend richt tot gekwalificeerden, de balans teveel is doorgeschoten naar de keuzevrijheid van de burger ten nadele van diens veiligheid. Met name wordt gewezen op het feit dat er onvoldoende waarborgen zijn voor de bevordering en bewaking van zorg, dat er onvoldoende voorlichting heeft plaatsgevonden, dat de informatie die wordt verstrekt door het alternatieve veld onvoldoende betrouwbaar is en dat de communicatie met reguliere hulpverleners onvoldoende is. Ook wordt de controle van de overheid op niet-reguliere (alternatieve) behandelaars als onvoldoende ervaren, en geeft men aan dat het OM onvoldoende overgaat tot vervolging. De kring van georganiseerde patiënten op het gebied van alternatieve geneeswijzen is eveneens kritisch. Het strafrecht wordt gezien als een te zwaar middel, voor de zorgvrager is er onvoldoende bescherming, de kwaliteit is afhankelijk van de opstelling van beroepsverenigingen. Voorts wordt de afzijdige houding van de IGZ gezien als een ongewenst neveneffect van het registratiesysteem van de Wet BIG. Ronduit kritisch zijn ook de geluiden over acupunctuur vanuit 'eigen kring' (arts-acupunctuur). Voor ziekten die regulier eigenlijk alleen behandeld (zouden moeten) worden door een specialist, kan acupunctuurbehandeling worden verleend zonder dat de indicatiestelling door een arts heeft plaatsgevonden. Ook is gewezen op de risico's van acupunctuur.<sup>309</sup>

De regering is verzocht om criteria te ontwikkelen op grond waarvan het optreden tegen schadelijke kwakzalvers door de IGZ kan worden bevorderd.<sup>310</sup> Dit omdat de nieuwe voorlopige maatregel ex art. 96 Wet BIG niet voldoende wordt geacht om burgers tegen gevaarlijke alternatieve behandelaars te beschermen, nu vervolging ex art. 96 Wet BIG niet of nauwelijks plaatsvindt (zie paragraaf 4.7.3). Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer zijn de volgende suggesties gedaan: diagnosestelling alleen toestaan aan erkende beroepsbeoefenaren, het registreren van alle personen die zich beroepshalve bezighouden met de individuele gezondheidszorg, het oprichten van een 'meldpunt klachten alternatieve behandelwijzen' (het MKAB), het van toepassing doen zijn van het tuchtrecht op alternatieve behandelaars. Het publiek hecht waarde aan kwaliteitscriteria of een keurmerk. Ook kan worden gedacht aan een Inspectie voor de Alternatieve Gezondheidszorg.<sup>311</sup>

Sluijters is voorstander van het verbieden van het beroepsmatig uitoefenen van de geneeskunst door alternatieve behandelaars zonder dat zij geregistreerd zijn. Hij spreekt van de anomalie dat bij gekwalificeerden wel maar bij ongekwalificeerden de beroepsuit-

<sup>307</sup> Consumentenbond 2001, p. 58-60.

<sup>308</sup> Kamerstukken II 2001/02, 27 669, nr. 5, p. 9.

<sup>309</sup> Het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* meldde een geval van een vrouw die door een acupuncturist in beide longen was geprikt en daarbij een zeldzame complicatie opliep (dubbelzijdige pneumothorax), *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2002;146:172-175.

<sup>310</sup> Motie Weekers, Kamerstukken II 2001/02, 27 669, nr. 8.

<sup>311</sup> *Handelingen II*, 2001/02, 58, p. 3970-3998.

oefening niet ingrijpend kan worden aangepakt en zondig stilgelegd.<sup>312</sup> Het LOPAG heeft inmiddels het voornemen te kennen gegeven om een kwaliteitsregister voor alternatieve behandelaars op te richten.

Roscam Abbing heeft aangegeven het als de wettelijke plicht van de overheid te zien, om het publiek directer te beschermen. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door wijziging van art. 40 Wet BIG (nu alleen geldend als gekwalificeerden een alternatieve behandeling geven) of van de Kwaliteitswet zorginstellingen of door het treffen van andere maatregelen. 'Dit laatste kan zelfs indien het afbreuk zou doen aan het in de Wet BIG neergelegde beginsel van gedeeltelijke opheffing van het verbod van onbevoegde uitoefening van de geneeskunst. Het alternatieve veld kan dergelijke overheidsbemoeienis voorkomen door zelf orde op zaken te stellen', aldus Roscam Abbing.<sup>313</sup> Gevers heeft ervoor gepleit om art. 40 ook van toepassing te verklaren op niet-gekwalificeerde beroepsbeoefenaren.<sup>314</sup> In afwachting van de evaluatie van de Wet BIG wordt door de verantwoordelijke bewindslieden met de toevoeging van een preventieve mogelijkheid tot ingrijpen bij overtreding van de strafbepaling in art. 96 van de wet (mogelijkheid met onmiddellijke ingang stilleggen van de praktijk) de situatie vooralsnog als evenwichtig en voldoende effectief beschouwd.<sup>315</sup>

In België<sup>316</sup> heeft men dit opgelost door de eis dat niet-gekwalificeerden die alternatieve behandelmethoden toepassen voor zij mogen behandelen een diagnose moeten hebben van een arts en reguliere behandelaars op de hoogte moeten houden van de toestand van de patiënt. Patiënten die geen arts willen bezoeken voor zij naar een niet-gekwalificeerde gaan moeten dit schriftelijk kenbaar maken. In het Verenigd Koninkrijk is het recht alternatieve behandelmethoden toe te passen bij wet bepaald. Niet geregistreerde personen mogen chirurgische handelingen verrichten als ze toestemming hebben van de patiënt. Een alternatieve behandelaar mag kanker wel behandelen, maar mag niet claimen de ziekte te kunnen genezen. In Duitsland zijn de enigen die zonder vergunning de geneeskunst mogen beoefenen de zogenaemde Heilpraktiker. Dit zijn niet-reguliere behandelaars die met toestemming van de overheid van de betreffende deelstaat de geneeskunst mogen beoefenen. In Frankrijk is de geneeskunst voorbehouden aan artsen met een diploma. Het gebruik van alternatieve behandelmethoden is voorbehouden aan artsen waardoor het artsen met een gebrekkige kennis van alternatieve behandelmethoden is toegestaan deze methoden te gebruiken, maar beroepsbeoefenaars met een serieuze opleiding (niet-artsen) niet. De laatsten kunnen strafrechtelijk worden vervolgd indien zij alternatieve behandelmethoden toepassen, maar velen gaan desondanks door met hun praktijken.<sup>317</sup>

Een voorbeeld van uiteenlopende benaderingen ten aanzien van een alternatieve behandelwijze is de regeling van het beroep chiropractie. Chiropractie is in vele Europese landen erkend en gereguleerd, zoals in België, Cyprus, Denemarken, Finland, Frankrijk, Liechtenstein, Noorwegen, Zweden, Zwitserland en het Verenigd Koninkrijk. Als er wetge-

---

<sup>312</sup> Sluijters 2001, p. 32-33.

<sup>313</sup> Roscam Abbing 1994, p. 287-289.

<sup>314</sup> Gevers 1999(b), p. 1.

<sup>315</sup> *Kamerstukken II* 2001/02, 27 669, nr. 366a, p. 4.

<sup>316</sup> In België is een wet van kracht inzake alternatieve behandelmethoden, moeten alternatieve behandelaars geregistreerd zijn en hebben alternatieve behandelaars een vergunning nodig voor het toepassen van de behandelmethoden.

<sup>317</sup> Informatie ontleend aan Van Gelder 2002. Hierin worden tevens aanbevelingen gedaan ten aanzien van alternatieve behandelaars, te weten:

Alternatieve behandelaars mogen niet claimen kanker, maar mogelijk ook andere ziekten, te kunnen genezen, maar hoogstens het lijden van de patiënt met specifieke behandelwijzen te verlichten;  
Het erkennen van bepaalde alternatieve behandelmethoden en het registreren van beroepen die aansluiting hebben met de reguliere zorg;  
Het stimuleren van de communicatie tussen alternatieve/reguliere behandelaars en patiënt en het wetenschappelijk onderzoek naar de werkzaamheid en effectiviteit van bepaalde alternatieve/complementaire behandelmethoden;  
Het instellen van een mechanisme voor coördinatie, kwaliteitsbevordering, stimulatie en de bevordering van communicatie.

ving is, is deze gericht op titelbescherming. Eén van de hoofdoverwegingen om in Nederland niet tot erkenning over te gaan is geweest dat er geen opleiding tot chiropractie in Nederland is. De beroepsorganisatie voert zelf een intensief kwaliteitsbeleid.<sup>318</sup>

## 4.2.2 De regeling van beroepen: algemeen

### 4.2.2.1 Titelgerechtigden

Ook al is tijdens de parlementaire geschiedenis benadrukt dat opname in de Wet BIG geen waarde-oordeel over het beroep inhoudt, uit de literatuur en reacties van beroepsorganisaties blijkt dat men toch status ontleent aan opname van het beroep in de Wet BIG, en met name aan registratie volgens art. 3. Veel organisaties streven al jarenlang naar opname in de wet van het betreffende beroep. In een schriftelijke reactie werd als neven-effect van de Wet BIG genoemd dat het niet opgenomen zijn in de Wet BIG ertoe leidt dat men als beroepsvereniging minder serieus wordt beschouwd en dat men geen subsidiegelden ontvangt van de overheid om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen. Ook werd aangegeven dat in de CAO-Ziekenhuizen de afgelopen twee jaar steeds meer gunstige regelingen zijn opgenomen voor die beroepsgroepen die wel in de Wet BIG zijn geregeld.

Sinds de invoering van de Wet BIG -waarbij o.a. flexibiliteit een oogmerk was- hebben zich vele ontwikkelingen voorgedaan in taakuitoefening binnen en tussen beroepen maar zijn nauwelijks wijzigingen aangebracht in de lijst van beroepen ex art. 3.<sup>319</sup> Art. 3 zal wel naar verwachting worden aangepast aan vernieuwing van de beroepenstructuur in de GGZ.<sup>320</sup> Tevens onderzoekt de wetgever in hoeverre het wenselijk of noodzakelijk is deskundigen met een sociale of sociaal-agogische opleiding werkzaam binnen de gezondheidszorg te laten vallen onder de reikwijdte van de Wet BIG.<sup>321</sup> Nieuwe art. 34-beroepen sinds de inwerkingtreding van de Wet BIG zijn de verzorgende individuele gezondheidszorg en de optometrist.<sup>322</sup> De Raad BIG heeft negatief geadviseerd over de opname van bepaalde beroepen als art. 34-beroep.<sup>323</sup> Naar verwachting zal najaar 2002 een AMvB voor de huidtherapeut verschijnen. Regelingen voor de klinisch chemicus, klinisch fysicus en de medisch nucleair werker zijn nog in departementale voorbereiding. In een interview werd overigens opgemerkt dat voor opname van een art. 3- dan wel art. 34-beroep geen eenduidig beleid is gevoerd.

### 4.2.2.2 Veranderingen in takenpakket en ontwikkelingen in opleidingen

In de gezondheidszorg vinden continu ontwikkelingen plaats die relevant zijn voor toepassing van de Wet BIG. Ook opleidingen passen zich aan aan de maatschappelijke ontwikkelingen. Deze veranderingen staan nauw met elkaar in verband. De Raad BIG wees al op de groeiende diversiteit en veelheid aan beroepen en het belang van gerichte beleidskeuzes ten aanzien van deze beroepen.<sup>324</sup>

<sup>318</sup> Kuipers J.A., The regulation of chiropractic practice in the Netherlands. Legal and professional issues in a country where chiropractic has no specific regulation. A presentation to the World Medical Law Congress in Maastricht, 2002.

<sup>319</sup> De enige wijziging tot nu toe betreft het schrappen in 1997 van het beroep van klinisch-psycholoog uit art. 3, in plaats waarvan het beroep van gezondheidszorgpsycholoog is opgenomen.

<sup>320</sup> Brieven van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer d.d. 11 juli 2001 (GVM/2174793) en d.d. 6 maart 2002 (*Kamerstukken II* 2001/02, 25 424, nr. 40). Het in art. 3 geregelde basisberoep van psychotherapeut komt te vervallen en wordt vervangen door het specialisme van psychotherapeutische deskundigheid dat wordt toegevoegd aan het vakgebied psychiater en klinisch psycholoog. De voornaamste reden voor deze wijziging is dat er volgens de minister veel onduidelijkheid bestaat over de taakverdeling en deskundigheid van de gezondheidszorgpsycholoog, de psychotherapeut en de psychiater. Dit leidt tot onduidelijkheid en verwarring bij de burger die hulp zoekt.

<sup>321</sup> Motie Rouvoet, *Kamerstukken II* 2001/02, 27 669, nr. 9. De reden hiervoor is dat deze deskundigen zorg verlenen en adviezen verstrekken die van grote invloed kunnen zijn op de zorgontvanger en zijn/haar naasten.

<sup>322</sup> Besluit verzorgende in de individuele gezondheidszorg (Stb. 1999, 463), Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied optometrist (Stb. 2000, 297).

<sup>323</sup> O.m. de beroepen geestelijk verzorger, doktersassistent, operatieassistent, anesthesiemedewerker, Raad BIG 1996(B11/96).

<sup>324</sup> Raad BIG 1996(B11/96).



In de eerste plaats ontstaan nieuwe functies en differentiaties binnen een beroep (=functiedifferentiatie).<sup>325</sup> Verder verschuiven taken van de ene art. 3-geregistreerde naar een andere respectievelijk naar een niet BIG-geregistreerde of een art. 34-beroepsbeoefenaar (in dit verband wordt wel gesproken van horizontale en verticale substitutie). Zo is er taakverschuiving van artsen naar verpleegkundigen (deze komt het meest voor)<sup>326</sup> en van verpleegkundigen naar verzorgers en assistenten.<sup>327</sup> Andere nieuwe ontwikkelingen zijn de nurse practitioner<sup>328</sup> en technisch medicus<sup>329</sup>. Taakherschikking wordt gezien als (een) oplossing voor capaciteitsproblemen in de gezondheidszorg. Bij overcapaciteit aan artsen -zoals thans in België- is die behoefte minder groot. Onder artsen bestaat bereidheid om medische taken te delegeren aan paramedici. Tweederde van de artsen vindt dat ongeveer 20 procent van hun werk overdraagbaar is.<sup>330</sup> Taakherschikking kan leiden tot vragen over verantwoordelijkheid. Aan de RVZ is door de minister van VWS advies gevraagd over de problematiek rond taakherschikking.<sup>331</sup> De Werkgroep Taakverdeling houdt zich in het kader van het project 'De arts van straks' met de ontwikkelingen rondom taakverschuiving bezig. De werkgroep heeft na analyse van de huidige ontwikkelingen en de criteria voor opname in art. 3, geconcludeerd, dat vooralsnog moet worden gesproken van nieuwe functies. Vooralsnog zijn de ontwikkelingen nog niet zo ver uitgekristalliseerd dat wettelijke regulering van nieuwe beroepen in art. 3 aan de orde is. Desondanks acht de werkgroep het van groot belang om vooruit te zien.<sup>332</sup> De KNMG vraagt zich af of het systeem van de Wet BIG voldoende handvatten biedt om adequaat te kunnen reageren op veranderingen in de zorg waarbij allerlei taken niet meer door artsen worden uitgevoerd maar worden verschoven naar niet-artsen. Het gaat vooral om handelingen die voorheen tot het deskundigheidsgebied van de arts werden gerekend. Volgens de KNMG is niet altijd gegarandeerd dat bij de beroepsbeoefenaren die dergelijke taken overnemen voldoende deskundigheid aanwezig is. Daarnaast vindt verdere subspecialisatie plaats doordat specialisten aandachtsgebieden hebben, zoals bijvoorbeeld de kinderarts-oncoloog.<sup>333</sup> Deze en vergelijkbare veranderingen in beroepsuitoefening en beroepenstructuur werken door in aard en inhoud van de respectievelijke opleidingen (basis, specialismen), deskundigheidsgebieden e.d.

Taakherschikking van 'zwaarder' naar 'lichter' niveau kan ook leiden tot het ontstaan van nieuwe beroepen, een tweede ontwikkeling die van belang is.<sup>334</sup> Een nieuw beroep is bijvoorbeeld de Physician assistant (PA), een beroep dat zijn oorsprong vindt in de Verenigde Staten. Het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC) is op 1 oktober 2001 gestart met de driejarige opleiding tot PA. De PA kan met name routinematige taken van de arts overnemen, maar werkt wel altijd onder supervisie van een arts.<sup>335</sup> Het UMC pleit voor regeling van het beroep PA in de Wet BIG. Ook veranderingen in de zorgvraag kunnen leiden tot nieuwe functies, zoals de ziekenhuisarts. De ziekenhuisarts werkt specialisme overstijgend en is breed inzetbaar.<sup>336</sup>

<sup>325</sup> Het rapport Signalement functiedifferentiatie van het Academisch Ziekenhuis Groningen in opdracht van het CVZ, bevat een overzicht van de ontwikkelingen op het gebied van functiedifferentiatie.

<sup>326</sup> Zo gaan speciaal opgeleide verpleegkundigen de triage van patiënten op de afdeling Spoedeisende Hulp van het Haagse Westeinde Ziekenhuis en Antoniushove in Leidschendam op zich nemen.

<sup>327</sup> Van Offenbeek 2002, p. 818.

<sup>328</sup> Een nurse-practitioner is een speciaal opgeleide verpleegkundige die een deel van de taken van een arts kan overnemen.

<sup>329</sup> De Universiteit Twente gaat de opleiding Technische Geneeskunde verzorgen.

<sup>330</sup> Rapport 'Gaten in de zorg'. Dreigend artsentekort vóór 2001 in Noord-Nederland, *Medisch Contact* 2002;57:308.

<sup>331</sup> Adviesaanvraag taakherschikking in de gezondheidszorg, RVZ.

<sup>332</sup> Interim-rapportage Taakverdeling tussen artsen, verpleegkundigen en paramedici, De arts van straks, werkgroep taakverdeling, concept 7 maart 2002, p. 83 en 86.

<sup>333</sup> Bijgestelde rapportages werkgroepen Project Medisch Opleidingscontinuüm de arts van straks, 18 maart 2002, p. 15.

<sup>334</sup> De Raad BIG heeft erop gewezen dat de ontwikkeling van een nieuwe functie of een aparte opleiding na de opleiding tot basisberoep waarmee men een bepaalde behandelmethode kan toepassen, nog niet betekent dat sprake is van een nieuw beroep. Raad BIG 1996(B11/96), p. 21. De Raad opteerde voor het terugbrengen tot 'kernberoepen' van (deels) elkaar in deskundigheid overlappende beroepen.

<sup>335</sup> Zie over het beroep PA en de opleiding Commentuyn 2002, p. 698-700.

<sup>336</sup> Het Academisch Ziekenhuis Groningen is in 1999 gestart met de opleiding tot ziekenhuisarts, Bijgestelde rapportages werkgroepen Project Medisch Opleidingscontinuüm de arts van straks, 18 maart 2002, p. 61.

De derde ontwikkeling die de praktijk onder de Wet BIG mede bepaalt is de totstandkoming van vernieuwing in de opleidingen en veranderingen in de opleidingsstructuur. In het project Medisch Opleidingscontinuüm<sup>337</sup> wordt met steun van het ministerie van VWS de toekomst van het medisch onderwijs verkend en wordt onder meer onderzocht of en hoe de opleidingsduur kan worden verkort en of een andere taakverdeling tussen artsen, verpleegkundigen en andere paramedici mogelijk is. Hoewel de EU-regelgeving zes jaar voorschrijft als duur voor opleiding tot arts, wordt overwogen om van het zesde jaar een schakeljaar naar vervolgoopleidingen te maken.<sup>338</sup> Van de specialistische opleidingen kan volgens de Europese norm overal een jaar af. Vanuit de specialistische opleidingen zouden artsen ook zijwaarts kunnen uitstromen naar een nieuwe functie, zoals na een jaar naar de functie algemeen ziekenhuisarts of na drie jaar naar de functie algemeen chirurg of algemeen internist.<sup>339</sup> De MDW werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen heeft geadviseerd meer differentiatie aan te brengen in het aanbod van opleidingen.<sup>340</sup> Het kabinet steunt dit. Er is een Platform gezondheidszorg beroepen en opleidingen in oprichting.<sup>341</sup> Ook de invoering van de bachelor-masterstructuur (BAMA) zal van invloed zijn op de ontwikkeling van de opleidingen. De KNMG kan de consequenties van invoering van de BAMA-structuur op dit moment niet overzien. Wel is duidelijk dat invoering een 'knip' met zich zal meebrengen.<sup>342</sup> In geen van de stukken wordt ingegaan op mogelijke consequenties voor de praktijk onder de Wet BIG.

### 4.2.3 De regeling van beroepen: de registers

#### 4.2.3.1 Artikel 3-registers

De feitelijke registratie van de art. 3-beroepsbeoefenaren wordt, in opdracht van de minister van VWS, uitgevoerd door de IGZ. Het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) beheert het BIG-register en functioneert als zelfstandig onderdeel van de IGZ binnen een vastgesteld mandaat.<sup>343</sup>

Om de informatieve (primaire) functie te kunnen vervullen, is het noodzakelijk dat de gegevens van de registers voor een ieder toegankelijk en up to date zijn. Het BIG-register is aangesloten op de Gemeentelijke Basisadministratie persoonsgegevens. Mutaties in persoonsgegevens worden automatisch aan het BIG-register doorgegeven. Toch komt het voor dat het BIG-register niet het actuele beeld van de rechtspositie van de ingeschrevene weergeeft. Zo bereiken verzoeken om over te gaan tot aantekening in het BIG-register van onherroepelijk geworden tuchtrechtbeslissingen (o.a. schorsingen van de inschrijving) het BIG-register volgens het CIBG wel eens zo laat, dat pas ver na het ingaan van de maatregel tot een aantekening in het BIG-register kan worden overgegaan. Daarnaast wordt het CIBG niet altijd of soms zo laat op de hoogte gesteld van ontzettelingen in het kader van strafrechtelijke uitspraken, dat de inschrijving van de betreffende beroepsbeoefenaar niet (tijdig) wordt doorgehaald.<sup>344</sup> Het BIG-register geeft geen informatie over opgelegde 'lichte' maatregelen zoals waarschuwing. De tuchtcolleges hebben aangegeven wel behoefte te hebben aan deze informatie, omdat bij de oplegging van een maatregel rekening kan worden gehouden met eerder opgelegde maatregelen.

<sup>337</sup> Het gehele traject, van opleiding tot arts, vervolgoopleiding en activiteiten in het kader van bij- en nascholingen, wordt het medisch opleidingscontinuüm genoemd.

<sup>338</sup> *Kamerstukken II* 2000/01, 27 400, nr. 36, p. 3.

<sup>339</sup> *Kamerstukken II* 2000/01, 27 401, nr. 70, p. 6.

<sup>340</sup> MDW werkgroep 2001.

<sup>341</sup> *Kamerstukken II* 2001/02, 24 036, nr. 230, p. 3.

<sup>342</sup> KNMG reageert op bachelor- en masterstelsel (BAMA), <http://www.knmg.artsennet.nl>.

<sup>343</sup> Het BIG-register is één van de zeven units van het CIBG.

<sup>344</sup> Het verbeteren van de berichtgeving over voor het BIG-register relevante uitspraken is een aandachtspunt van het nieuw opgericht Medisch Expertisecentrum bij het OM, CIBG. Kwartaalrapportage 2<sup>e</sup> kwartaal 2002. Den Haag, p. 4.

Het CIBG heeft aangegeven dat het wel voorkomt dat de IGZ afziet van een tuchtzaak indien de betreffende beroepsbeoefenaar toezegt dat hij zijn beroep niet meer zal uitoefenen en zelf een verzoek tot doorhaling in het BIG-register indient. Indien de betrokkene zich na doorhaling weer meldt bij het BIG-register, wordt hij bij voldoen aan de voorwaarden wederom geregistreerd. Dit komt omdat bij registratie louter naar de opleidingseisen wordt gekeken. In schriftelijke reacties is de suggestie gedaan om voor de registratie behalve de huidige eisen ook eisen te stellen die betrekking hebben op kennis en vaardigheden van de aanvrager.

Het BIG-register dient voorts antwoord te geven op de vraag of aan de beroepsbeoefenaar voorwaarden zijn opgelegd en daarmee op de vraag of zijn beroepsuitoefening al dan niet is beperkt. Deze voorwaarden kunnen ofwel door de tuchtrechter zijn opgelegd, ofwel deel uitmaken van een geclausuleerde inschrijving. Soms is er volgens het CIBG onduidelijkheid over de vraag of een door de tuchtrechter opgelegde voorwaarde wel of geen beperking inhoudt op de beroepsuitoefening.<sup>345</sup> Dan is toezicht op de opgelegde voorwaarden niet mogelijk. Dienen werkgevers op grond van art. 5 Registratiebesluit op de hoogte te worden gesteld van opgelegde voorwaarden, vaak is het CIBG niet op de hoogte van de werkgever/instelling waar de beroepsbeoefenaar werkzaam is. Gewezen is ook op de beperkte informatie die vermeld staat in de Staatscourant bij het openbaar maken van mutaties.<sup>346</sup> Hierin wordt de naam en de woonplaats van betrokkene vermeld, maar niet het werkadres van betrokkene.<sup>347</sup>

Het CIBG heeft geconstateerd dat behoefte bestaat aan uitbreiding van de op te nemen gegevens van de geregistreerde, met name:

- aantekening van de naam en locatie van de opleidingsinstelling, waar betrokkene zijn diploma of getuigschrift heeft behaald;
- in plaats van of als aanvulling op de datum van de aantekening van het specialisme in het BIG-register aantekening van de datum van inschrijving bij de Specialisten Registratie Commissie;
- (ingeval van buitenslands gediplomeerden): land van diplomering;
- aantekening van het niveau van de genoten opleiding (hbo of mbo) bij de registratie van verpleegkundigen;
- het werkadres van betrokkene.

Mochten deze gegevens geregistreerd gaan worden, dan blijft het volgens het CIBG de vraag of deze al dan niet openbaar moeten zijn of alleen openbaar voor nader te bepalen derden.

Voorts blijkt in de praktijk volgens het CIBG het soort gegevens uit het register dat openbaar is te beperkt te zijn. De tuchtcolleges klagen al jaren dat zij geen toegang hebben tot de (woon)adressen van aangeklaagden. De adresgegevens van een aangeklaagde zijn soms niet te achterhalen, bijvoorbeeld na een verhuizing of verandering van werk. De Nationale ombudsman oordeelde dat de IGZ het BIG-register mag gebruiken voor het achterhalen van het privé-adres van een geregistreerde vanwege diens publiekrechtelijke taak.<sup>348</sup> Naar aanleiding van deze zaak is er een ministeriële beslissing geweest waarin

<sup>345</sup> Een voorbeeld betreft de uitspraak van het CTG van 22 juni 2000, *Medisch Contact* 2001;56:103-106, waarin een chirurg een voorwaardelijke schorsing van de inschrijving in het register van drie maanden kreeg opgelegd met een proeftijd van twee jaar. De schorsing wordt niet ten uitvoer gelegd als de betrokkene heeft voldaan aan de voorwaarden dat hij zijn beroep uitoefent op het niveau van redelijk bekwaam chirurg en dat hij zich onderwerpt aan het toezicht en aanwijzingen van de IGZ.

<sup>346</sup> Dit geldt ook voor volgens art. 5 lid 2 Registratiebesluit BIG vereiste publicatie in dag- of weekbladen.

<sup>347</sup> Het probleem is dat voor de burger niet kenbaar is dat bijvoorbeeld Jansen, woonachtig te Amsterdam, in een ziekenhuis in Rotterdam werkzaam is.

<sup>348</sup> Openbaar rapport d.d. 23 augustus 2000, 2000/280.

wordt bepaald dat de inspecteur toegang behoort te krijgen tot de niet-openbare BIG-gegevens. Onder meer met een beroep op art. 12 lid 2 Wet BIG, art. 18 WPR en art. 8 WBP wordt toegang van de tuchtcolleges tot woonadressen niet toelaatbaar geacht.<sup>349</sup> Sluijters acht dit een ongewenste situatie, gezien de consequentie dat de klager noodgedwongen niet-ontvankelijk moet worden verklaard.<sup>350</sup> Hij pleit dan ook voor wetswijziging ten aanzien van de openbaarheid van naam- en adresgegevens. Het CIBG heeft voorgesteld om criteria te formuleren aan de hand waarvan wordt bepaald welke gegevens die thans niet-openbaar zijn, dat eventueel wel worden en vice versa. Denkbaar is dat een in principe niet-openbaar gegeven, zoals het woonadres van de geregistreerde, voor bepaalde derden toegankelijk moet zijn, bijvoorbeeld voor de tuchtcolleges.

Voor de burger is het in de praktijk niet altijd eenvoudig om toegang te krijgen tot bepaalde gegevens in het BIG-register, met name niet indien men tracht via internet de gegevens van de beroepsbeoefenaar te verkrijgen.<sup>351</sup> In dit laatste geval dienen bepaalde velden verplicht te worden ingevuld. Naast de beroepsgroep, dient de raadpleger in elk geval te beschikken over één van de volgende combinaties: het BIG-registratienummer en geboortenaam, geboortenaam en geboortedatum, geboortenaam en postcode of geboortenaam en straatnaam plus huisnummer en woonplaats (privé) van de beroepsbeoefenaar. Het is voor een burger minder eenvoudig dan voor een verzekeraar om een woonadres of geboortedatum van een beroepsbeoefenaar te achterhalen. Legemaate heeft geopperd dat een geregistreerde beroepsbeoefenaar zijn registratienummer aan de patiënt kenbaar moet maken. Hiermee zou de patiënt altijd over voldoende gegevens beschikken om informatie uit het register te krijgen. Doet een beroepsbeoefenaar dat niet, dan zou dat al een aanwijzing kunnen zijn dat er iets niet deugt.<sup>352</sup> Ook het CIBG is hier voorstander van.

In het onlangs gewijzigde art. 13 Wet BIG (zie paragraaf 2.2.3.4) waren drie nevenfuncties van de registratie vermeld, waarvan in de praktijk geregeld gebruik werd gemaakt. Met name verzoeken om het verstrekken van woonadressen werden door het CIBG regelmatig afgewezen. Hierdoor kon het BIG-register volgens het CIBG niet ten volle worden benut, bijvoorbeeld in het kader van werving van beroepsbeoefenaren.<sup>353</sup>

Tenslotte is het CIBG van mening dat het BIG-register technisch gezien veel meer mogelijkheden heeft dan tot nu toe door de wet wordt toegestaan.<sup>354</sup> Er zou veel meer voor bepaalde onderdelen van het gezondheidszorgbeleid nuttige informatie uit het BIG-register te halen zijn, bijvoorbeeld ten behoeve van het werven van herintreders. Voorts zouden relevante gegevens kunnen worden vastgelegd over beroepsuitoefening, te leveren door beroepsverenigingen of betrokkene zelf. Ook kan worden gedacht aan het tot stand brengen van koppelingen met andere systemen zoals specialistenregisters. Zo zou het BIG-register veel meer een kwaliteitsregister kunnen worden. Technisch en qua capaciteit is dat volgens het CIBG goed mogelijk.

#### **4.2.3.2 Specialismen en specialistenregisters**

Met betrekking tot de opleiding en (her)registratie van specialisten functioneren voor elk van de drie geneeskundige hoofdstromen (medisch specialismen, sociaal-geneeskundige

<sup>349</sup> Zie onder meer CIBG. Kwartaalrapportage 2<sup>e</sup> + 3<sup>e</sup> kwartaal 2001. Den Haag, p. 11.

<sup>350</sup> Sluijters 2001, p. 34.

<sup>351</sup> Via <http://www.bigregister.nl>.

<sup>352</sup> Legemaate 1996, p. 32.

<sup>353</sup> De minister van VWS wil gebruik maken van de bestanden van het BIG-register voor het project Herintreders, Zorgnota 2001, *Kamerstukken II* 2000/01, 27 401, nr. 44.

<sup>354</sup> O.m. BIG-register. Borging kwaliteit centraal houden. Arts & Auto, 15-2001, p. 28.

specialismen en de huisarts- en verpleeghuisartsgeneeskunde) binnen de KNMG drie organen<sup>355</sup>: een College dat belast is met de aanwijzing, erkenning en regeling van de opleiding van specialismen en een Registratiecommissie die onder meer toeziet op het instellen van registers van specialisten, registratie van specialisten en het erkennen van opleiders en opleidingsinstellingen en een Adviescommissie voor bezwaren tegen beslissingen van een college of registratiecommissie.<sup>356</sup> Ook de bestaande regelingen voor tandartsen kennen een college met regelgevende bevoegdheden, een registratiecommissie en een college van beroep dat adviseert over beschikkingen van de registratiecommissie.

Een specialismenregeling kan zowel op initiatief van de beroepsorganisaties zelf als op initiatief van de overheid tot stand komen. Dit laatste is tot nu toe nog niet gebeurd. De minister heeft op grond van art. 14 Wet BIG diverse specialismenregelingen goedgekeurd.<sup>357</sup> De minister heeft tot nu toe eenmaal gebruik gemaakt van de mogelijkheid een erkenning te weigeren.<sup>358</sup>

Voor verpleegkundigen is nog geen specialismenregeling tot stand gekomen. De organisaties van verpleegkundigen zijn wel bezig met het ontwerpen van een regeling verpleegkundig specialismen om voor erkenning krachtens art. 14 Wet BIG in aanmerking te komen. Een probleem daarbij vormt de inhoud van het begrip 'verpleegkundig specialisme'. Belangrijk is het operationaliseren van de bijzondere deskundigheid.<sup>359</sup>

De colleges en registratiecommissies zijn te beschouwen als bestuursorgaan in de zin van de Algemene wet bestuursrecht. Tegen een besluit van een bestuursorgaan staat beroep open bij de bestuursrechter. Er is een voorgenomen wetswijziging die beoogt de Wet BIG aan te passen aan de Aanwijzingen voor de regelgeving inzake zelfstandige bestuursorganen (ZBO's). De artikelen 14-17 Wet BIG zullen daartoe worden gewijzigd. Ook bestaat het voornemen de systematiek van de wettelijke erkenning van specialistentitels in die zin te wijzigen, dat de minister in het vervolg per specialisme een besluit dient te nemen over de wettelijke erkenning van de bij dat specialisme behorende titel.<sup>360</sup>

Een voorwaarde voor inschrijving in een van de wettelijke specialistenregisters is inschrijving in het BIG-register. De specialistenregistratiecommissies zijn verplicht het BIG-register op de hoogte te brengen van inschrijving en beëindiging van de inschrijving. De specialisatie wordt aangetekend in het BIG-register. Subspecialisaties zijn hierbij niet zichtbaar (in de specialistenregisters evenmin). De aantekening van de specialisatie in het BIG-register heeft geen zelfstandige status, de gegevens in de specialistenregisters zijn

<sup>355</sup> Zie over de (mogelijke) rol van deze organen met betrekking tot periodieke toetsing van de kwaliteit van zorg van de medisch specialist Kahn 2001, Hoofdstuk IX.

<sup>356</sup> Voor de medisch specialismen het Centraal College Medisch Specialisten (CCMS), de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) en de Bezwaarschriftenadviescommissie (ACO). Voor de opleiding tot huisarts of verpleeghuisarts en voor de sociaal-geneeskundige specialisaties bestaan analoge organen, te weten het College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde (CHVG), de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC), het College voor Sociale Geneeskunde (CSG) en de Sociaal-geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC). Per 1 december 2000 heeft de HVRC besloten een specialistenregister voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten in te stellen. Dit vindt plaats conform de erkende Regeling inzake de opleiding en registratie van specialisten van de KNMG.

<sup>357</sup> -De Regeling inzake de opleiding en registratie van specialisten van de KNMG, Stcrt. 1998, nr. 170, p. 7;

De Regeling specialisten Pharmacie van de KNMP, Stcrt. 1998, nr. 247/pag. 10;

Het Besluit titelaanduiding huisartsgeneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde van de CHVG, Stcrt. 1999, nr. 100, p. 5;

Het Besluit titelaanduiding medisch-specialistische geneeskunde van de CCMS, Stcrt. 1999, nr. 100, p. 17;

Het Besluit aanwijzing tandheelkundige specialisaties van de NMT, Stcrt. 2000, nr. 106, p. 10;

De Besluiten Bijzondere eisen specialisten Mondziekten en Kaakchirurgie, Protocol Dento-Maxillaire Orthopaedie, Verrichtingenlijst Mondziekten en Kaakchirurgie van de NMT, Stcrt. 2001, nr. 34, p. 12;

De Besluiten Aanwijzing specialisme ziekenhuisfarmacie, Opleidingseisen ziekenhuisfarmacie, Besluit inzake de arts in opleiding tot sociaal-geneeskundige en tot onderzoeker (AIOSO), Stcrt. 2001, nr. 82, p. 38.

<sup>358</sup> Dit is gebeurd met het verzoek om aanwijzing als medisch specialisme van sportgeneeskunde, Stcrt. 2001, nr. 244, p. 19. De motivering was dat sportgeneeskundigen bij uitstek preventief werk verrichten en onvoldoende curatief en diagnostisch actief zijn. Ook is niet duidelijk wat het werkterrein van de sportarts in de klinische setting omvat en is sportgeneeskunde als wetenschapsdomein onvoldoende ontwikkeld.

<sup>359</sup> Vlaskamp 1998, p. 423.

<sup>360</sup> Bron: KNMG.

formeel bepalend. Omgekeerd verstrekt het CIBG de registratiecommissies informatie over schorsing of doorhaling van een inschrijving in het BIG-register. Doordat de bestanden niet automatisch aan elkaar zijn gekoppeld, kunnen de gegevens in het ene register afwijken van het andere. Iemand die wil nagaan of een beroepsbeoefenaar terecht een specialistentitel gebruikt, moet twee registers raadplegen.

Doorhaling in het specialistenregister laat de registratie in het basisregister onverlet waardoor de bevoegdheid tot bijvoorbeeld het verrichten van heelkundige handelingen ongemoeid blijft. Hierop is in de literatuur kritiek geuit, het wordt als een onduidelijke situatie beschouwd.<sup>361</sup> Een voorbeeld is een uitspraak van het centrale tuchtcollege waarin de arts de bevoegdheid het beroep van arts uit te oefenen gedeeltelijk werd ontzegd hierin bestaande dat hem het recht werd ontzegd als huisarts werkzaam te zijn.<sup>362</sup> De betrokkene bleef ingeschreven in het BIG-register met de aantekening van de maatregel en kon dus als basisarts werkzaam blijven.

#### 4.2.3.3 Kwaliteitsregister Paramedici

Bij de invoering van de Wet BIG is voor de paramedische beroepen de registratie van de bewijzen van bevoegdheid bij de IGZ komen te vervallen. In dit register werd eenmalig aangetekend dat men het bewijs van bevoegdheid had gehaald. Het register kende geen kwaliteitsaspecten. Het Paramedisch Verband (een samenwerkingsverband tussen tien paramedische beroepsverenigingen) heeft najaar 1997 de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici ex art. 34 Wet BIG opgericht. Deze Stichting heeft als taak een vrijwillig register in te richten en in stand te houden ter vervanging van het voormalige register van de IGZ. Het Stichtingsbestuur bestaat uit vertegenwoordigers van de betrokken beroepsverenigingen.<sup>363</sup> Het gaat om 10 van de 13 art. 34-beroepen. Van de verzorgenden in de individuele gezondheidszorg is slechts 10% georganiseerd. Een vrijwillig register zal daarom volgens de IGZ voor deze groep niet snel tot stand komen.<sup>364</sup>

Het Kwaliteitsregister Paramedici bestaat uit een basisregistratie en een kwaliteitsregistratie.<sup>365</sup> De basisregistratie is de eerste inschrijving in het register die vanaf juni 2000 is gestart. Iedereen die beschikt over een erkend getuigschrift en die tevens de door de beroepsvereniging vastgestelde beroepscode onderschrijft, kan zich laten inschrijven in het basisregister. De basisregistratie wordt beschouwd als een basisgarantie voor de deskundigheid en de kwaliteit van de ingeschreven beroepsbeoefenaren. Deze basisregistratie is éénmalig en vindt plaats voor onbepaalde duur. De basisregistratie is tevens een voorwaarde voor registratie in het kwaliteitsregister. Vijf jaar na de basisregistratie kunnen beroepsbeoefenaren een verzoek doen tot inschrijving in het kwaliteitsregister. Zij moeten daarbij voldoen aan de door de beroepsvereniging voor deze periode vastgestelde kwaliteitscriteria op het gebied van deskundigheidsbevordering en werkervaring. Het kwaliteitsregister heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te garanderen. In tegenstelling tot het basisregister is het kwaliteitsregister daarom alleen toegankelijk voor paramedici die hun beroep daadwerkelijk uitoefenen. De eerste kwaliteitsregistratie zal plaatsvin-

<sup>361</sup> Roscam Abbing 1981, p. 811, idem 1992(a), p. 143 en 1992(b), p. 1743, Leenen 1996, p. 68.

<sup>362</sup> CTG 5 april 2001, Stcr. 2001, nr. 77, p. 18.

<sup>363</sup> De Nederlandse Vereniging van Diëtisten, de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie, Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie, de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist, de Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten-Mensendieck, de Nederlandse Vereniging van Radiologisch Laboranten (NVRL), de Nederlandse Vereniging van Orthoptisten, de Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten en de Vereniging Bewegingsleer Cesar. De NVRL vertegenwoordigt zowel de radiodiagnostisch- als de radiotherapeutisch laboranten. Er zijn derhalve 10 registers ingesteld.

<sup>364</sup> Het ontbreken van een register voor deze beroepsbeoefenaren geeft volgens de IGZ ook problemen voor de beroepskrachtenplanning, omdat het overzicht over het aantal 'VIG-ers' verdwijnt.

<sup>365</sup> In dat opzicht is de benaming van het Kwaliteitsregister Paramedici misleidend. Daar waar in de tekst onderscheid wordt gemaakt tussen de basis- en kwaliteitsregistratie in het Kwaliteitsregister Paramedici, wordt dit aangeduid met het basisregister of het kwaliteitsregister van het Kwaliteitsregister Paramedici.

den in juni 2005.<sup>366</sup>

Inschrijving in het kwaliteitsregister is een kwaliteitskenmerk: men voldoet aan de door zijn of haar beroepsgroep geformuleerde kwaliteitseisen. Inschrijving in het Kwaliteitsregister Paramedici is -in tegenstelling tot inschrijving in het BIG-register- geen voorwaarde om de titel te mogen voeren.

Van (de inschrijving in) het register wordt op grote schaal gebruik gemaakt. Een genoemd neveneffect is dat er aantoonbaar meer gebruik wordt gemaakt van het scholingsaanbod dat punten oplevert voor de kwaliteitsregistratie. In de CAO 2001-2002 voor de algemene ziekenhuizen is bovendien opgenomen dat de kosten van de kwaliteitsregistratie door de werkgever zullen worden vergoed en dat medewerkers (onder speciale condities) in aanmerking komen voor een geldelijke bijdrage voor scholing. Specifiek is erop gewezen dat niet duidelijk is waarom de overheid zich niet heeft ingezet voor een register. Uit regelmatig vragen naar het BIG-registratienummer, blijkt dat verzekeraars niet steeds op de hoogte zijn van het verschil tussen art. 3-en art. 34-beroepsbeoefenaren.

De Organisatie van Nederlandse Tandprothetici kent sinds de oprichting van de opleiding in 1973 het Register van Tandprothetici waarin alle afgestudeerde tandprothetici worden geregistreerd. De Optometristen Vereniging Nederland en de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten hebben de intentie ook een register uit te geven.

In het jaarverslag 2000 heeft de IGZ zich positief uitgesproken over het initiatief van de paramedische beroepsverenigingen tot oprichting van het Kwaliteitsregister Paramedici.<sup>367</sup> Wel heeft de IGZ aangegeven, dat zij voor de handhaafbaarheid afhankelijk is geworden van particuliere registers. Bij het verheffen van nieuwe beroepen tot art. 34-beroep zou er volgens de IGZ rekening mee moeten worden gehouden dat toezicht door de IGZ ook mogelijk moet zijn.

#### **4.2.3.4 Controle en toezicht op registratie en titelgebruik**

In de praktijk zijn meerdere instanties betrokken bij de controle op registratie en titelgebruik. In de eerste plaats is dat de IGZ, vanwege diens algemene toezichhoudende taak. Het is de eigen verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar om zich in te schrijven in het BIG-register. Volgens de IGZ levert deze eigen verantwoordelijkheid problemen op. Er zijn mensen die zich vergeten in te schrijven. Dit kan leiden tot problemen bij tuchtklachten, omdat de klacht dan niet ontvankelijk wordt verklaard.<sup>368</sup> Beroepsbeoefenaren die zonder BIG-registratie werkzaam zijn, zijn volgens het CIBG met name buitenslands gediplomeerden. Volgens verschillende beroepsorganisaties zijn ook andere beroepsbeoefenaren zonder BIG-registratie werkzaam, bijvoorbeeld verloskundigen. Als redenen voor niet-inschrijving werden door een beroepsorganisatie aangevoerd: uit principe (het BIG-register is een bureaucratische maatregel), kosten, vergeten, niet bereikt door de beroepsorganisatie of VWS en niet op de hoogte van de noodzaak van registratie. Ook komt het voor dat specialisten werkzaam zijn zonder registratie in het specialistenregister. Zo praktiseren naar schatting enkele tientallen huisartsen per jaar zonder registratie bij de HVRC.<sup>369</sup> De IGZ controleert niet standaard de registratie van alle beroepsbeoefenaren, voornamelijk vanwege gebrek aan menskracht. De IGZ heeft in 2000 tien meldingen ontvangen van het ongeoorloofd voeren van een in de Wet BIG beschermde titel. Het ging

<sup>366</sup> Informatie over het kwaliteitsregister is te vinden op <http://www.kwaliteitsregisterparamedici.nl>.

<sup>367</sup> IGZ. Jaarrapportage 2000. Den Haag, 2001, p. 35.

<sup>368</sup> IGZ. Jaarrapportage 2000. Den Haag, 2001, p. 89.

<sup>369</sup> *Medisch Contact* 2002;56:533.

hierbij bijvoorbeeld om niet-reguliere zorgverleners die ten onrechte de titel van psychoterpapeut voeren.<sup>370</sup> Sluijters heeft zijn twijfels over de beschermende werking die zou moeten uitgaan van de titelbescherming.<sup>371</sup> Hij wijst erop dat het lang duurt voordat het onder de aandacht van de autoriteiten komt als iemand ten onrechte een beschermd titel voert.<sup>372</sup>

Niet alleen de IGZ maar ook instellingen moeten bij het aanstellingsbeleid (al dan niet in loondienst) letten op titelvoering. Van wettelijke ziektekostenverzekeraars mag in het kader van het contracteerbeleid worden verwacht dat zij controleren of de bij hen werkzame of gecontracteerde beroepsbeoefenaren (onvoorwaardelijk) BIG-geregistreerd zijn. Volgens de IGZ controleren instellingen over het algemeen niet of een arts zijn of haar specialistentitel wel terecht voert. Voorts is erop gewezen dat sommige instellingen zich niet bewust zijn van de titelbescherming van de verpleegkundige. Zo worden sommigen als verpleegkundige aangesteld en ook als zodanig genoemd die geen verpleegkundig diploma hebben (bijvoorbeeld een VIG-er in een abortuskliniek).

Tenslotte blijkt het volgens de IGZ in de praktijk moeilijk te zijn om beroepsbeoefenaren die zich uit het register laten schrijven, ervan te overtuigen dat zij hun titel niet meer mogen gebruiken.

#### 4.2.3.5 Periodieke registratie

De in art. 8 in het vooruitzicht gestelde AMvB voor periodieke registratie is juli 2002 nog niet verschenen. Als reden hiervoor is genoemd dat nog geen overeenstemming is bereikt met de beroepsgroepen over de criteria voor herregistratie. De KNMG was van meet af aan tegen periodieke registratie van artsen en heeft destijds het standpunt ingenomen aan een stelsel van periodieke registratie geen medewerking te verlenen.<sup>373</sup> De KNMG achtte geen noodzaak voor periodieke registratie aanwezig en meende bovendien dat periodieke registratie voor basisartsen praktisch gezien geen kwaliteitswinst zou opleveren. Het gegeven dat sprake is van grote diversiteit van functies waarin artsen werkzaam zijn leidt tot twijfels over de bijdrage van herregistratie aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening, alsmede tot twijfels over de praktische uitvoerbaarheid van een en ander. Volgens de KNMG zou periodieke registratie slechts rechtsongelijkheid, onrust en onnodige kosten met zich meebrengen. De KNMG achtte het bijvoorbeeld onrechtvaardig dat rustende artsen hun titel zouden verliezen, niet alleen vanwege het feit dat een arts over het algemeen zeer veel emotionele waarde aan zijn of haar titel hecht, maar vooral ook omdat de artsen die dit eventueel op relatief korte termijn zou treffen allen zijn opgeleid onder het regime van de WUG. De titel die men destijds verwierf was een titel voor het leven.<sup>374</sup> Volgens het CIBG is herregistratie niet haalbaar binnen de lopende termijn van 10 jaren voor de financiering van de BIG-registers. De financiering van de periodieke registratie baart ook menige beroepsorganisatie zorgen.

Organisaties en koepels waren vrijwel unaniem van mening dat het feit dat periodieke registratie nog niet van de grond is gekomen, tot rechtsonzekerheid leidt. Bovendien wordt het doel van de Wet BIG daardoor niet behaald. Ook het CIBG is van mening dat het voor de kwaliteit en de geloofwaardigheid van het BIG-register van cruciale betekenis

<sup>370</sup> IGZ. Jaarrapportage 2000. Den Haag 2001, p. 89.

<sup>371</sup> Door middel van een beschermd titel moet de patiënt de gekwalificeerde op het betrokken gebied kunnen onderkennen, *Kamerstukken II* 1975/76, 13 768, nr. 1 p. 3.

<sup>372</sup> Sluijters 2001, p. 30.

<sup>373</sup> *Medisch Contact* 1999;54:671 en Standpunt federatiebestuur KNMG ten aanzien van invoering van een stelsel van periodieke registratie van artsen, 1999, Utrecht.

<sup>374</sup> Van Berkestijn 1997.



is dat herregistratie op korte termijn wordt ingevoerd.

In de literatuur wordt periodieke registratie in het algemeen als belangrijk instrument beschouwd om de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onbekwaam handelen, temeer nu de regeling voor periodieke registratie van specialisten geen invloed heeft op de registratie van het basisberoep.<sup>375</sup> Een kritische noot kwam van Legemaate, die vond dat de periodieke registratie van een basisberoep een geringe kwaliteitswinst biedt.<sup>376</sup> Hij pleitte ervoor terughoudend om te gaan met periodieke registratie en het vooral te gebruiken voor die art. 3-beroepen waarvan de beoefenaren niet in belangrijke mate zijn ondergebracht in specialisaties als bedoeld in art. 14 Wet BIG. Wel stelde hij voor te overwegen om een algemene verplichting in de Wet BIG op te nemen inzake het up to date houden van kennis en ervaring. De Bijl heeft hiertegen ingebracht dat zolang de basisarts zelfstandig bevoegd is tot het verrichten van voorbehouden handelingen, periodieke registratie wel nodig is in ieder geval met het oog op bescherming van de patiënt. Dit geldt volgens haar te meer vanwege de plaatsen waarop de basisarts wordt ingezet.<sup>377</sup> Wel wordt de tekst van art. 8 Wet BIG in de literatuur en door de KNMG ingewikkeld geacht, mede omdat in deze bepaling uiteenlopende criteria en omschrijvingen worden gebruikt.<sup>378</sup> De formulering van art. 8 naar aanleiding van het amendement (van kanbepaling naar een moet-bepaling) laat ruimte om bepaalde art. 3-beroepen buiten een periodieke registratie te laten, terwijl was beoogd om voor alle art. 3-beroepen een verplichte periodieke registratie te introduceren. Ook de eisen voor periodieke registratie worden onduidelijk geacht, zoals bijvoorbeeld wat de lengte van het tijdvak van registratie zal zijn, wat wordt bedoeld met ononderbroken werkzaam zijn geweest etc. De eisen zoals geformuleerd in de wet worden niet geschikt geacht voor herintreders, die immers niet aan de voornamelijk kwantitatieve voorwaarden kunnen voldoen. De periodieke registratie zegt niets over bekwaamheid van de betreffende beroepsbeoefenaar gezien de huidige wettelijke criteria. Veel beroepsorganisaties pleiten voor het instellen van kwalitatieve eisen naast de kwantitatieve, mede gezien de tekorten in de zorg.

Er zijn dan ook diverse alternatieven aangedragen voor de periodieke registratie ex art. 8, zoals herintreders in de zorg te onderwerpen aan een verplichte keuring, te vergelijken met een APK-keuring.<sup>379</sup> Het BIG-register zou de 'keuring' steekproefsgewijs moeten controleren. Een ander voorstel is een registratiesysteem waaraan een puntensysteem is gekoppeld<sup>380</sup>, en het invoeren van aparte procedures voor herregistratie en herintreding (KNMG). Herregistratie louter op basis van het volgen van scholing zonder het onderhouden van de vaardigheden in de praktijk, wordt door de KNMG niet wenselijk geacht. In het rapport 'Gezondheidszorgberoepen in beweging' van de gelijknamige projectgroep wordt gesteld dat het systeem van 'éducation permanente' op het gebied van beroepsinhoud en beroepsuitoefening geïntensiveerd dient te worden, zodat de scholing van de beroepsbeoefenaar gelijke tred houdt met de ontwikkelingen binnen en tussen beroepen.<sup>381</sup>

<sup>375</sup> O.m. Roscam Abbing 1992(a), p. 142-143, Sluijters 2001, p. 35.

<sup>376</sup> Legemaate 1996, p. 35-36. De volgende argumenten pleiten volgens hem tegen toepassing van art. 8 in de huidige vorm: Art. 8 Wet BIG zal onevenredig veel uitvoeringslasten met zich brengen, in relatie tot het daarmee te bereiken rendement. Alle ingeschrevenen in het register moeten periodiek worden gescreend om een klein aantal 'ondeskundigen' op te sporen. De diversiteit aan functies binnen sommige basisberoepen bemoeilijkt het operationaliseren van art. 8 Wet BIG op het punt van eisen inzake praktijkervaring en bijscholing. Dit zal noodzakelijkerwijs leiden tot globale eisen. De handelingen die bij toepassing van een ondeskundige uit een beroepsgroep het meeste schade voor een patiënt kunnen opleveren, zullen in veel gevallen door een 'specialist' worden verricht. De Wet BIG biedt in de artikelen 14 en 15 de mogelijkheid specialisten binnen een basisberoep te onderwerpen aan een eigen stelsel van periodieke registratie. Door de BIG-regeling inzake de specialismen (art. 14 e.v.) en de andere wetgeving (Kwaliteitswet, artikelen 40 en 87a Wet BIG, de professionele standaard uit de WGBO) zal de kwaliteit van de beroepsbeoefenaren waarschijnlijk voldoende kunnen worden gegarandeerd.

<sup>377</sup> De Bijl 2000, p. 98.

<sup>378</sup> O.m. Legemaate 1996, p. 32-34 en idem, 1998, p. 410-411.

<sup>379</sup> Voorstel van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, AD 2 februari 2001.

<sup>380</sup> Bepleit door de Zorgvakbond AbvaKabo FNV, AD 2 februari 2001.

<sup>381</sup> Bijgestelde rapportages werkgroepen Project Medisch Opleidingscontinuüm de arts van straks, 18 maart 2002, p. 14.

Leenen heeft zich afgevraagd of aan de patiënt wel voldoende bescherming wordt geboden nu periodieke registratie voor specialisten niet verplicht is gesteld. Weliswaar kennen de specialistenregistraties van de KNMG de vijf jaren praktiseren-eis, maar door het facultatieve karakter van art. 15 Wet BIG is het theoretisch gezien mogelijk dat een specialist zich gedurende zijn hele loopbaan specialist kan blijven noemen (tenzij de titel wordt verloren door een sanctie of doorhaling in het basisregister).<sup>382</sup>

In de praktijk is specialistenherregistratie wel van de grond gekomen. Worden in de Wet BIG geen kwalitatieve eisen gehanteerd voor periodieke registratie van specialisten, dit wordt soms wel gedaan via zelfregulering. Specialismen die vallen onder de CHVG kennen herregistratie met zowel kwantitatieve als kwalitatieve eisen. Voor sociaal-geneeskundigen gelden ook kwalitatieve eisen. De registratiecommissies van huis- en verpleeghuisartsen en sociaal-geneeskundigen gebruiken het aantal geaccrediteerde nascholingsuren bij de herregistratie. Voor de (18) medisch specialismen bestaan tot nog toe alleen kwantitatieve eisen, een simpele eigen verklaring van het aantal gewerkte patiëntgebonden uren is nog steeds voldoende. De voorzitter van de MSRC constateert dat er op dit moment onvoldoende mogelijkheden zijn om accreditatiepunten en -uren op waarde te kunnen schatten.<sup>383</sup> Met het besluit dat de eisen voor herregistratie van huisartsen vaststelt<sup>384</sup>, is de mogelijkheid van geclausuleerde inschrijving (waarbij men de bevoegdheid had de titel 'medisch-specialist niet-praktiserend' te voeren, doch niet de bevoegdheid had als medisch specialist te handelen) komen te vervallen. Volgens de eisen moeten huisartsen (o.a.) ervaring hebben met een praktijk van minimaal 800 patiënten.<sup>385</sup> In Arnhem diende een huisarts zijn praktijk te sluiten omdat betrokkene weigerde de verplichte bij- en nascholing te volgen.<sup>386</sup> Herregistratie voor een basisberoep loopt overigens niet noodzakelijkerwijs synchroon met de specialisten-herregistratie.

Nederland staat in Europa alleen met een systeem van periodieke registratie zoals dat in de Wet BIG is neergelegd. Andere landen hebben hier andere oplossingen voor, zoals de 'éducation permanente'. Artsenorganisaties pleiten voor de ontwikkeling van een Europees accreditatiesysteem waaraan sancties zijn verbonden voor artsen die niet bijblijven. Het Comité Permanent des Médecins Européens (CPME) heeft inmiddels richtlijnen uitgevaardigd inzake accreditatie van bij- en nascholingsactiviteiten.<sup>387</sup>

#### 4.2.3.6 Kenbaarheid voor de patiënt

Een belangrijk aspect van de wet is kenbaarheid voor de patiënt. In de brief van de minister aan de Tweede Kamer over de GGZ van 6 maart 2002<sup>388</sup> is gewezen op de onduidelijkheden voor de patiënt als gevolg van de weinig heldere afbakening van competenties en deskundigheidsgebieden in de GGZ-beroepen. Eerder was al gewezen op de ondoorzichtigheid die het zicht op verantwoordelijkheden en taken ontnemt.<sup>389</sup> Volgens de NPCF is het wenselijk dat een titelgerechtigde als zodanig herkenbaar is voor de patiënt en andere belanghebbenden, aangezien titelbescherming als garantie voor deskundigheid wordt ervaren. Voor patiënten is informatie erg belangrijk, de titel geeft de patiënt vertrouwen en maakt duidelijk bij wie de patiënt voor informatie terecht kan en

<sup>382</sup> Leenen 1996, p. 68.

<sup>383</sup> Crul 2002, p. 1139.

<sup>384</sup> Besluit van College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisartsgeneeskunde no. 7-2000 van 25 mei 2000 goedgekeurd door minister, bij Besluit van 29 november 2001, Stcrt. 28 februari 2001.

<sup>385</sup> Huisartsen in psychiatrische inrichtingen -die voorheen een geclausuleerde inschrijving kregen- voldoen hier niet aan. De beroepsverenigingen waren van mening dat het besluit nadelig zal uitwerken voor de somatische zorg aan psychiatrische patiënten omdat het aantal huisartsen dat in dergelijke instellingen zal willen werken, zal afnemen. Zij werden echter niet-ontvankelijk verklaard omdat het herregistratiebesluit een besluit is dat algemeen verbindende regels inhoudt. Rb. Utrecht 16 juli 2001, ELRO-nummer: AB2662.

<sup>386</sup> De Volkskrant, 14 juni 2002.

<sup>387</sup> In een statement inzake continuing medical education and continuing professional development.

<sup>388</sup> Kamerstukken II 2001/02, 25 424 nr. 40, p. 2.

<sup>389</sup> Kamerstukken II 2000/01, 25 424, nr. 35, p. 5.

welk type behandeling kan worden verwacht.

Geregistreeerde beroepsbeoefenaren zijn niet altijd in die hoedanigheid werkzaam. Verpleegkundigen zijn bijvoorbeeld nogal eens werkzaam in een niet-verpleegkundige functie zoals doktersassistent, verzorgende, operatie-assistent etc. De tuchtrechter maakt een onderscheid tussen verpleegkundigen die handelingen verrichten in hun functie als verpleegkundige of in die van een andere beroepsbeoefenaar. Zo werd een tuchtklacht tegen een verpleegkundige die werkzaam was in de functie van bejaardenverzorgster door het centrale tuchtcollege niet-ontvankelijk verklaard.<sup>390</sup> De verpleegkundige is volgens de tuchtrechter op grond van art. 47 Wet BIG alleen onderworpen aan tuchtrecht als zij gehandeld heeft in strijd met de zorg die zij in haar functie van verpleegkundige had moeten verlenen.

De KNMG heeft gewezen op het verschijnsel van pseudotitels. Soms komt het voor dat basisartsen gebruik maken van een toevoeging bij de titel arts die geen specialistentitel is, bijvoorbeeld 'arbo-arts'. Daardoor wordt dan ten onrechte de indruk gewekt dat het een erkend specialisme is waarvoor men gekwalificeerd is. De pseudotitels vallen niet onder het verbod in de artikelen 4 lid 2, 17 en 34 lid 4 Wet BIG, maar zijn wel misleidend voor het publiek. Een zelfde probleem is gesignaleerd voor art. 34-beroepen. Gewezen is o.a. op het gebruik van woorden afgeleid van podotherapeut door niet-titelgerechtigden.

Ook door het veld is gesignaleerd dat de laatste jaren in toenemende mate ten onrechte gebruik wordt gemaakt van de titel chirurg in combinatie met voorvoegsels als cosmetisch-, aesthetisch- of dermato-(chirurg). Het betreft veelal basisartsen die zich toeleggen op cosmetische operaties, zonder opgeleid te zijn in een erkend chirurgisch specialisme. In een niet onaanzienlijk aantal gevallen zou dit hebben geleid tot grote medische rampen met in enkele gevallen zelfs een fatale afloop. Voorts is erop gewezen dat door de wijzigingen van de beroepen in de GGZ, het steeds moeilijker zal worden om misbruik van de titel psychotherapeut aan te pakken. Sommige opleidingen gaan over tot het invoeren van de titel 'psychotherapeut'.

Kenbaarheid is ook met name van belang voor alternatieve behandelaars. Daarbij speelt gebruik van internet een grote rol. Art. 2.8 WHO verklaring on the promotion of patients' rights in Europe, 1994, bevat een informatieverplichting over identiteit, professionele status en van toepassing zijn regels. De Richtlijn elektronische handel<sup>391</sup> eist informatie over de aanbieder van medische diensten en gedragscodes van professionele organisaties ter invulling daarvan.<sup>392</sup> In de Verenigde Staten, waar veel gebruik wordt gemaakt van het alternatieve circuit, zijn aanbevelingen geformuleerd voor de kwaliteit en juistheid van informatie over aanvullende en alternatieve behandelwijzen via internet, waarnaast ook een aanbeveling over informatie inzake opleiding en ervaring die eenvoudig toegankelijk moet zijn.<sup>393</sup> In relatie daarmee signaleert Bonakdar met name de toenemende belangstelling via internet informatie te krijgen over alternatieve behandelmethoden in relatie tot kanker.<sup>394</sup> Het RVZ rapport over e-health en cybermedicine<sup>395</sup> meldt dat hulp via internet voor psychische problemen wordt aangeboden. Cliënten zouden aan deze anonimiteit de

<sup>390</sup> CTG 9 november 2000, Stcrt. nr. 17, p. 14.

<sup>391</sup> 2000/31/EG.

<sup>392</sup> Het CPME heeft dit vervolgens follow up gegeven in twee policy statements (16 maart 2002) inzake the practice of telemedicine in Europe en good practice guide for marketing professional medical service over the net. Enkel erkende diploma's en beroepskwalificaties van belang voor de aangeboden dienst, mogen worden vermeld.

<sup>393</sup> White house commission on complementary and alternative medicine policy, Ch. 10, Recommendations and Actions, 2002, p. 7.

<sup>394</sup> Robert Alan Bonakdar, Scripts Center for Integrative Medicine, International conference on complementary alternative and integrative medicine research, May 2001, San Fransisco, CA Abstract.

<sup>395</sup> Achtergrondstudie bij het advies Patiënt en internet, Zoetermeer maart 2002, p. 118.

voorkeur geven. Het monitoren van kwaliteit van zorg is nog een probleem.

## 4.3 Internationale aspecten

### 4.3.1 Europese aspecten

De automatische wederzijdse erkenning van diploma's op basis van de sectorale richtlijnen binnen de EU is gebaseerd op minimum opleidingseisen, waaraan overwegend een kwantitatieve benadering ten grondslag ligt (duur van de opleiding).<sup>396</sup> In de praktijk leidt dit tot verschillen in opleidingsniveau. De minimumduur van de respectievelijke opleidingen is, zo blijkt uit een overzicht in het kader van het KNMG project Medisch Opleidingscontinuüm, (soms aanzienlijk) lager dan de maatstaf in eigen land. Het ministerie van VWS noemde als voorbeeld de verloskundige opleiding die bijvoorbeeld in België 1-jarig is en in Nederland 4-jarig inclusief praktijkervaring, met name op het gebied van thuisbevallingen. Niet alleen het verschil in opleidingsduur, ook het gebrek aan inhoudelijke afstemming van opleidingen is vanuit het perspectief van de bescherming van de patiënt als punt van zorg in reacties en literatuur<sup>397</sup> naar voren gekomen. Dit geldt vooral voor artsen (inclusief specialisten). De summiere beschrijving van de kennis en bekwaamheid van artsen biedt geen garantie voor inhoudelijke coördinatie. In dat verband is met name ook gewezen op de te verwachten toestroom van beroepsbeoefenaren uit kandidaat lidstaten. De SRC acht het een zorgelijke ontwikkeling dat steeds meer artsen met een mogelijk deficiënte opleiding worden geregistreerd, alleen op grond van het feit dat zij ingezetene zijn van de EER.<sup>398</sup> Bij de IGZ bestaan twijfels over het deskundigheidsniveau dat in sommige landen en in sommige opleidingsinstituten wordt bereikt. Het komt voor dat er aanzienlijke verschillen zijn in medisch-specialistische vaardigheden. Als knelpunt is bijvoorbeeld genoemd het gebrek aan restrictieve bepalingen die kunnen voorkómen dat kwalitatief onvoldoende opgeleide kinderartsen uit EU landen in Nederland de praktijk gaan uitoefenen. In de reacties zijn dan ook pleidooien te vinden om in ieder geval voor specialisten minimale opleidingseisen te hanteren, geformuleerd door de desbetreffende beroepsorganisatie op Europees niveau, en daar een kwaliteitscontrole systeem aan te koppelen. Een Europees beroepsregister is een volgende stap die in de praktijk een enkele keer ook al wel is gezet.

Een belangrijk signaal in de literatuur is voorts dat de EG-regels met betrekking tot wederzijdse erkenning van diploma's primair zijn gericht op eisen die gelden om toegelaten te worden tot de beroepsuitoefening (preventieve maatregelen), maar geen waarborgen bieden voor behoud en verbetering van de kwaliteit van de feitelijk door de hulpverleners verleende zorg.<sup>399</sup> De kwaliteit van zorg is primair een nationale zaak. Voorschriften ter zake bij- en nascholing van beroepsbeoefenaren en herregistratie worden aan de lidstaten zelf overgelaten. Het CPME is van mening dat de beroepsgroep zelf eveneens verantwoordelijkheid moet nemen ten aanzien van bij- en nascholing op Europees niveau.<sup>400</sup>

Tevens wordt in de literatuur aandacht gevraagd voor het gebrekkig functioneren van de wederzijdse informatie over beperkingen in de beroepsuitoefening die zijn opgelegd aan een gekwalificeerde hulpverlener. In de sectorale richtlijnen is neergelegd dat tucht-, strafrechtelijke en administratieve correctie van artsen in het ene land ook rechtsgevolg dient te hebben in andere lidstaten.<sup>401</sup> In de praktijk is echter gebleken dat de wederzijdse

<sup>396</sup> Het richtlijnvoorstel brengt hierin geen verandering.

<sup>397</sup> O.m. Roscam Abbing 2001(a), p. 73.

<sup>398</sup> Wildevuur 1998, p. 384.

<sup>399</sup> O.m. Roscam Abbing 1993, idem 1997(b) en 2001(c).

<sup>400</sup> CPME, Statement on Continuing Medical Education (CME) and Continuing Professional Development (CPD), CPME 2001/082.

<sup>401</sup> Volgens het Richtlijnvoorstel geldt dit ook voor andere beroepen.

informatieuitwisseling weinig adequaat is en door de EC onvoldoende op naleving wordt gecontroleerd.<sup>402</sup> Een tijdens het Nederlands voorzitterschap EU in 1997 aan dit onderwerp gewijd symposium heeft niet geleid tot substantiële veranderingen.<sup>403</sup> Slechts enkele landen geven de relevante informatie automatisch door. Daar komt bij dat niet altijd duidelijk is wanneer gesproken kan worden van een beperking, dat er niet onaanzienlijke verschillen zijn in nationale systemen voor wat betreft de aard van sancties behorende bij een bepaalde gedraging en dat de instanties die sancties kunnen opleggen qua juridische status verschillen (publiekrechtelijk, privaatrechtelijk, mengvorm). Vertaald naar de Wet BIG is het bijvoorbeeld lastig om gevolg te geven aan beslissingen elders, die de Nederlandse wet niet kent.<sup>404</sup> Het is dan ook voorgekomen dat een beroepsbeoefenaar uit Nederland zich ten onrechte als gekwalificeerd heeft kunnen vestigen in een andere lidstaat, en ook omgekeerd.

Doordat de wederzijdse informatiewisseling te wensen overlaat, heeft De Bijl gereede twijfels over de vraag of de patiënt in dit opzicht voldoende bescherming wordt geboden.<sup>405</sup> Roscam Abbing heeft gepleit voor het verplicht stellen naar het vragen naar een bewijs van good professional conduct in geval van migrerende of bezoekende artsen in de EU.<sup>406</sup>

Roscam Abbing wijst nog op een andere lacune in de Wet BIG, namelijk dat geen aantekening plaatsvindt van straffen en/of maatregelen die in het buitenland zijn opgelegd aan Nederlanders die nog ingeschreven zijn. Zo is het voorgekomen dat een in Nederland geregistreerde arts elders binnen de EU is geschorst of uit het beroep is gezet, terwijl de beroepsuitoefening in Nederland ongemoeid bleef.<sup>407</sup>

Regelt de Wet BIG enkel de toelating van elders gediplomeerden in Nederland, de twee titelbeschermingsmodaliteiten in die wet (beroeps- en titelbescherming en opleidingstitelbescherming) zijn daarmee ook van invloed op Nederlandse diplomahouders die beroepsmatig in een EER-land werkzaam willen zijn. De art. 34-beroepen bestaan niet overal in de EER als zodanig (vergelijkbaar met specialismen van art. 3-beroepen). Het komt hierdoor volgens het ministerie van VWS voor dat art. 34-beroepsbeoefenaren die in het buitenland gaan werken lager worden ingeschaald omdat zij een niet door de overheid erkende registratie hebben.

Tenslotte zij nog vermeld dat het CPME de reductie van het aantal specialismen dat door het richtlijnvoorstel wordt erkend tot die welke in alle lidstaten zijn erkend, onacceptabel acht.<sup>408</sup>

## 4.3.2 Buitenslands gediplomeerden in Nederland

**4.3.2.1 Aanvragen vakbekwaamheidverklaringen beroepsbeoefenaren buiten de EER**  
Beroepsbeoefenaren die een diploma hebben behaald buiten de EER of niet de nationaliteit van een EER-land bezitten, dienen bij het ministerie van VWS een verzoek in te dienen voor het verkrijgen van een verklaring van vakbekwaamheid.<sup>409</sup> Hoewel niet

<sup>402</sup> O.m. Roscam Abbing 1997(a), idem 1997(b), Sluijters 2001, p. 35.

<sup>403</sup> Roscam Abbing 1997(a).

<sup>404</sup> Roscam Abbing 2001(a), p. 79.

<sup>405</sup> De Bijl 2000, p. 107.

<sup>406</sup> Roscam Abbing 2001(a), p. 79.

<sup>407</sup> Hierdoor heeft het kunnen voorkomen dat een in Nederland opgeleide arts in Engeland is geschorst en vervolgens in Nederland weer aan de slag is gegaan. De betreffende arts was ingeschreven gebleven in het BIG-register, Roscam Abbing 2001(a), p. 73.

<sup>408</sup> CPME, Reaction of CPME and its associated independent organisations on the proposal on the recognition of professional qualifications (CPME 2002/069/EN).

<sup>409</sup> Ter illustratie: in 2000 is de vakbekwaamheid gelijkwaardig beschouwd van 44 artsen, 13 tandartsen en 2 fysiotherapeuten van buiten de EER. De verzoeken zijn afgewezen van 117 artsen, 24 tandartsen, 4 fysiotherapeuten en 4 verloskundigen (niet-EER). De vakbekwaamheid werd nagenoeg gelijkwaardig geacht van 97 artsen, 9 tandartsen en 3 fysiotherapeuten (niet-EER). De meeste afwijzingen zijn

verplicht wordt in de praktijk in alle daarvoor in aanmerking komende gevallen door de minister advies gevraagd aan de CBGV met uitzondering van 'aanvragen die op grond van eerdere adviezen kansloos zijn te achten'.<sup>410</sup> De diplomawaardering door de Nuffic is een belangrijk onderdeel bij het tot stand komen van het advies van de CBGV aan de minister. Overigens blijkt ook diploma-verificatie in de praktijk nuttig, al was het maar door toename van vervalsingen van diploma's. De Nuffic speelt hierbij een steeds grotere rol.<sup>411</sup>

Geeft de Wet BIG in art. 41 in algemene bewoordingen aan onder welke voorwaarden een houder van een in het buitenland behaald diploma in het BIG-register kan worden ingeschreven, met het oog op de implementatie daarvan heeft de CBGV aan de hand van de opleidingseisen toetsingscriteria voor een aantal beroepsgroepen opgesteld.<sup>412</sup> Voor verpleegkundigen bijvoorbeeld zijn deze eisen heel nauwkeurig (en daardoor toetsbaar) omschreven. Voor de andere beroepsgroepen zijn deze eisen minder uitgewerkt. De CBGV is voorstander van het maken van voorstellen ter bij- of vaststelling van deze beoordelingscriteria om rechtsongelijkheid bij het vaststellen van de vakbekwaamheid te voorkomen.

Het oordeel over het deskundigheidsniveau van een buitenslands gediplomeerde (zowel van een art. 3- als een art. 34-beroepsbeoefenaar) wordt tot nu toe gebaseerd op de waardering van het in het buitenland behaald getuigschrift. Met de richtlijn 2000/119 komt hier verandering in. Naar aanleiding van jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie bepaalt de richtlijn dat bij de behandeling van verzoeken om erkenning rekening dient te worden gehouden met de beroepservaring die na het verwerven van het diploma is opgedaan. In de praktijk wordt hier al rekening mee gehouden. Er is een wetsvoorstel in voorbereiding ter implementatie van de richtlijn.<sup>413</sup>

Als de CBGV twijfelt of de vakbekwaamheid van een buitenslands gediplomeerde al dan niet gelijkwaardig dan wel nagenoeg gelijkwaardig is aan dat van een beoefenaar van een vergelijkbaar beroep in Nederland, kan de buitenslands gediplomeerde worden verzocht een kennis- en vaardigheidstoets af te leggen. Weigering daaraan deel te nemen leidt tot weigering van afgifte van een verklaring. Het genoemde wetsvoorstel beoogt deze kennis- en vaardigheidstoets een wettelijke basis te geven.

Het voorgaande zal wellicht geen doorgang vinden vanwege het voornemen een toelatingsexamen voor alle beroepsbeoefenaren van buiten de EER in te voeren.<sup>414</sup> Dit op voorstel van de MDW werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen die de invloed van de beroepsgroep op de toelating van buitenslands gediplomeerden van buiten de EG/EER te groot achtte.<sup>415</sup> Deze toets zou gericht moeten zijn op het onderkennen van de actuele kennis en vaardigheden van de buitenslands gediplomeerde en zou de advisering van de CBGV vervangen. Als dan leemten in die kennis en vaardigheden worden geconstateerd zouden individueel toegesneden onderwijsprogramma's beschikbaar moeten zijn om de verschillen te overbruggen. De CBGV is verzocht te onderzoeken wat de consequenties en mogelijkheden voor het bedoelde toelatingsexamen en de daaraan te koppelen onderwijsprogramma's zijn.

---

aanvragen van beroepsbeoefenaren uit het Midden- en Verre Oosten (Afghanistan, Irak, Iran, India) en de landen van de voormalige Sovjet-Unie (CIBG). Vakbekwaamheidsverklaringen voor in het buitenland gediplomeerden in de gezondheidszorg. Jaarverslag 2000. Den Haag, 2001).

<sup>410</sup> CBGV. Jaarverslag 2000. Den Haag, 2001, p. 8.

<sup>411</sup> CBGV. Jaarverslag 2000. Den Haag, 2001, p. 8.

<sup>412</sup> CBGV. Jaarverslag 2000. Den Haag, 2001.

<sup>413</sup> Kamerstukken II 2001/02, 28 456, nr. 1.

<sup>414</sup> Kamerstukken II 2001/02, 24 036, nr. 262.

<sup>415</sup> MDW werkgroep 2001, p. 72.

Om de procedures te versnellen die de beroepsbeoefenaar van buiten de EG/EER moet volgen om in Nederland aan de slag te kunnen gaan, heeft het Ministerie van VWS in januari 2002 het Verwijspunt Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid opgericht. Het Verwijspunt -een onderdeel van het CIBG- informeert de buitenlands gediplomeerden over regels en procedures en wijst hen de weg naar de juiste instanties. Ook wordt begeleiding geboden, bijvoorbeeld ten aanzien van het nacholings- of inwerktraject.

Onbekendheid met de Nederlandse cultuur en taal is in de praktijk één van de grootste struikelblokken voor buitenlanders die in Nederland willen werken. Dit blijkt bijvoorbeeld uit drempels voor gevluchte artsen.<sup>416</sup> De MDW werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen is van oordeel dat de toetredingsbelemmeringen voor buitenlands gediplomeerden te rechtvaardigen is vanuit het publiek belang van de bescherming van de consument.<sup>417</sup> Wordt op grond van de Wet BIG een taaltest niet voorgeschreven, het beheersen van de Nederlandse taal wordt door de minister wel van wezenlijk belang geacht.<sup>418</sup> Het ontbreken van de taaleis wordt volgens de CBGV in de praktijk als een knelpunt ervaren. De taaleis kan wel worden gesteld door de supervisor, een opleidingsinstelling alsmede door de toekomstige werkgever van de buitenlandse beroepsbeoefenaar. Dit probleem zal worden opgelost indien het richtlijnvoorstel<sup>419</sup> wordt aanvaard.

Overigens is gebleken dat buiten de EER gediplomeerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg in Nederland een verzoek om een verklaring van vakbekwaamheid indienen, om het beroep in een ander EER-land uit te oefenen. Ongeveer een op de drie aanvragen van artsen en tandartsen kan wegens het ontbreken van een geldige verblijfsstatus niet tot beroepsuitoefening in Nederland leiden.<sup>420</sup> Een wetsvoorstel om de aanvraag te koppelen aan een rechtmatig verblijf in Nederland in de zin van Vreemdelingenwet 2000, is echter gestrand op advies van de Raad van State.<sup>421</sup>

#### 4.3.2.2 Supervisie

Supervisie is een maatregel die als beperking kan worden opgelegd indien de vakbekwaamheid van een art. 3-beroepsbeoefenaar nagenoeg gelijkwaardig wordt beschouwd. Supervisie kan worden opgelegd om onder meer bepaalde deficiënties in de opleiding weg te werken, een beoordelingsstage te volgen en om kennis te maken met het Nederlandse zorgstelsel. In de Wet BIG komt supervisie als term niet voor, dit is overgelaten aan het veld. In de praktijk bestaan wel onduidelijkheden over de uitwerking van dit begrip, zowel ten aanzien van eisen aan de supervisor als ten aanzien van eisen aan de gesuperviseerde. Ook blijkt het voor betrokkene moeilijk te zijn een supervisor te vinden (schaarsteprobleem). Van de onderhavige situatie is de juridische verhouding tussen supervisor en supervisant niet geregeld. Zo zijn soms onduidelijkheden over de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van een supervisor bij een tekortschietende supervisant. Alleen de duur van supervisie kan worden bewaakt.<sup>422</sup> Het ministerie van VWS acht een inhoudelijke controle op de supervisieperiode voor het ministerie een oneigenlijke (en moeilijk uitvoerbare) taak. Er zijn geen instrumenten om inhoudelijk de kwaliteit van supervisie en de resultaten daarvan te controleren en er gelden geen wettelijke eisen ten aanzien van de supervisor. Ieder ziekenhuis voert een eigen beleid. Uit dossieronderzoek

<sup>416</sup> O.m. Motie-Van Gent, *Kamerstukken II*, 27 223, nr. 7, Wildevuur 1998.

<sup>417</sup> MDW werkgroep 2001, p. 6.

<sup>418</sup> Aanhangsel van de Handelingen, *Kamerstukken II* 1998/99, nr. 1483.

<sup>419</sup> COM (2000)199, 2002/0061.

<sup>420</sup> Ministerie van VWS.

<sup>421</sup> *Kamerstukken II* 2001/02, 28 456, A, p. 2-3.

<sup>422</sup> Merkelbach 1999(b).

naar tandartsen die onder supervisie werken blijkt dat supervisie niet het ideale middel is om een tandarts tot de vereiste graad van vakbekwaamheid te brengen.<sup>423</sup>

Het CIBG ervaart het als gemis dat de Wet BIG niet de mogelijkheid kent om getuigschriften van art. 34-beroepen als nagenoeg gelijkwaardig te beoordelen, zoals bij art. 3-beroepen wel mogelijk is. In de praktijk blijkt behoefte te bestaan aan de mogelijkheid deze beroepsbeoefenaren een periode onder supervisie te laten werken. Dit bezwaar vervalt met het genoemde wetsvoorstel.

#### **4.3.2.3 Toelating buitenlandse medisch specialisten**

Als knelpunt met betrekking tot medisch specialisten is naar voren gekomen dat specialisten afkomstig uit een EG/EER-land zich in Nederland kunnen vestigen zonder de taal van ontvangende land te beheersen en zonder dat rekening wordt gehouden met verschillen in medisch-specialistische vaardigheden.<sup>424</sup> Een Griekse psychiater bijvoorbeeld kan zich op grond van de Europese regelgeving als vrijgevestigd specialist vestigen, ondanks dat hij de Nederlandse taal niet beheerst. Indien het richtlijnvoorstel wordt aanvaard, zal dit knelpunt worden opgelost.

Voor medisch-specialisten van buiten de EER wordt per geval bekeken of de opleiding gelijkwaardig is aan de Nederlandse. De SRC beoordeelt de kwaliteit van de specialistenopleiding. Het kan voorkomen dat de arts de hele opleiding, en soms ook een gedeelte van de studie geneeskunde moet overdoen, ook al heeft hij jarenlange werkervaring als specialist in eigen land. Als de specialistenstatus niet wordt erkend, wordt ook het artsen-diploma getoetst. Dit kan leiden tot een langdurige procedure.<sup>425</sup>

De KNMG wenst ook voor buitenlandse specialisten een strikte scheiding tussen de registratie als basisarts en de registratie als specialist te hanteren. Bij een door het ministerie van VWS geconstateerde deficiëntie in de basisartsopleiding, dient deze deficiëntie allereerst te worden hersteld alvorens een verzoek bij een specialistenregistratiecommissie kan worden ingediend. Dit zou tevens tot betere informatie over de status van een buitenlands specialistencertificaat leiden, de beoordeling door een registratiecommissie vergemakkelijken en onnodige beoordelingsstages kunnen voorkomen.

## **4.4 Bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen**

### **4.4.1 De omschrijving van voorbehouden handelingen**

De voorbehouden handelingen zijn in de wet globaal omschreven. De Raad BIG constateerde dat ook uit de parlementaire behandeling niet in alle gevallen duidelijk wordt wat nu precies onder een bepaalde categorie voorbehouden handelingen moet worden verstaan.<sup>426</sup>

Deze onduidelijkheid heeft er in de praktijk toe geleid, dat iedere instelling of organisatie

<sup>423</sup> Merkelbach 1999(a).

<sup>424</sup> Wildevuur 1998, p. 383.

<sup>425</sup> Een voorbeeld hiervan betreft een casus waarover de Raad van State, afdeling Bestuursrechtspraak uitspraak heeft gedaan op 4 januari 2000 (H01.99.0292). Betrokkene had in 1994 onder het regime van de toenmalige WUG een aanvraag ingediend om verlening van de bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunst in Nederland. De aanvraag werd afgewezen op grond van het feit dat de opleiding niet (nagenoeg) gelijkwaardig was aan de Nederlandse basisopleiding geneeskunde. De door betrokkene gevolgde opleiding tot allergoloog/immunoloog was volgens de CBGV niet gelijk te stellen aan een Nederlandse specialistenopleiding. Een beoordelingsstage onder supervisie was op grond daarvan niet mogelijk. De minister achtte compensatie van het tekort aan opleiding niet mogelijk, nu de door betrokkene gevolgde opleiding tot allergoloog niet gelijkwaardig was aan de Nederlandse. Compensatie door middel van werkervaring werd eveneens uitgesloten, reeds omdat de basisopleiding geneeskunde is gewaardeerd op vier jaar. De Raad van State acht dit beleid niet kennelijk onredelijk. Over deze casus: Wildevuur 1998.

<sup>426</sup> Zo komt 'intuberen' niet voor in de wettelijke lijst, maar moet dit volgens de Raad BIG (B2/95, p. 8, 10) wel worden gerekend tot de categorie catheterisaties.



een eigen invulling gaat geven aan de voorbehouden handelingen, aldus de Raad.<sup>427</sup> Het bleek de Raad dat in de praktijk veel gebruik wordt gemaakt van de zogenoemde VAR-rapporten (1982 en 1985)<sup>428</sup>. In deze rapporten is een opsomming gegeven van medisch technische handelingen die veel door verpleegkundigen worden verricht. De handelingen zijn voorzien van een code (1 t/m 4), waarmee wordt aangeduid welke handeling door welke (categorie van) verpleegkundigen kan worden uitgevoerd. De Raad gaf aan dat een aantal van de in deze rapporten genoemde handelingen niet is aan te merken als voorbehouden handeling in de zin van de Wet BIG. Ten behoeve van de in de praktijk gewenste duidelijkheid heeft de Raad een overzicht gemaakt van handelingen die naar zijn oordeel tot één van de categorieën moeten worden gerekend.<sup>429</sup> Dit overzicht is echter niet uitputtend en kan door jurisprudentie verder worden gespecificeerd, aldus de Raad.<sup>430, 431</sup>

Voor wat betreft de in de wettelijke lijst genoemde voorbehouden handeling defibrillatie is inmiddels, naar aanleiding van een advies van de Gezondheidsraad<sup>432</sup>, een procedure in gang gezet tot het treffen van een regeling ex art. 37 lid 2 van de Wet BIG. Bij AMvB zal worden bepaald dat het zelfstandig toepassen van defibrillatie met behulp van een automatische uitwendige defibrillator wordt uitgesloten van de thans uitsluitend aan artsen ter zake toegekende bevoegdheid. Handelen middels de automatisch externe defibrillator wordt, ook bij toepassing door leken, zó veilig geacht, dat het wenselijk is dit niet meer als voorbehouden handeling aan te merken. In het verlengde daarvan zal de Wet BIG op dit punt worden aangepast.<sup>433</sup>

Naast het feit dat de voorbehouden handelingen in de wet globaal zijn omschreven, zijn vraagtekens geplaatst bij het feit dat niet elke medische handeling die risicovol is, is voorbehouden. De opgesomde handelingen zijn vooral medisch-technisch van aard. Zo zijn bijvoorbeeld geen handelingen op het gebied van de GGZ in de lijst opgenomen, ook al kunnen deze risico's met zich meebrengen.<sup>434</sup> De Bijl is van mening dat het niet als voorbehouden formuleren omdat er problemen zijn met de typering van handelingen als zodanig, vanuit beschermingsperspectief geen juist argument is. Zij geeft aan dat de aard van de behandelingsmethode in relatie tot de ingrijpendheid daarvan en de daarmee gepaard gaande risico's bepalend zouden moeten zijn voor het al dan niet rechtmatig mogen verrichten van bepaalde handelingen.<sup>435</sup> Ze suggereert hiertoe een objectief en onafhankelijk beeld te laten schetsen door bijvoorbeeld de Gezondheidsraad en/of de respectievelijke beroepsgroep.<sup>436</sup> Ook in de achtergrondstudie bij het in 1988 uitgebrachte advies Voorbehouden handelingen van de Gezondheidsraad<sup>437</sup> gaf deze auteur aan dat de beroepsbeoefenaren zelf bij uitstek degenen zijn die kunnen aangeven wat de mate van risico van een bepaalde handeling voor de patiënt is en welke specifieke deskundigheid voor de uitvoering van een dergelijke handeling vereist is.<sup>438</sup> De wetgever zou op basis

<sup>427</sup> De neiging bestaat handelingen waaraan risico's verbonden zijn maar die in de wet niet als voorbehouden handelingen zijn benoemd, toch onder een categorie van voorbehouden handelingen te brengen. Dit is door de wetgever niet beoogd omdat daarmee de essentie van de wet, het vrijgeven van handelingen op het gebied van de geneeskunst, wordt doorkruist, aldus de Raad.

<sup>428</sup> Eerste interimrapport van de Commissie verantwoordelijkheid verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen, 1982 en Tweede rapport van de Commissie verantwoordelijkheid verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen, 1985.

<sup>429</sup> Zie voor het overzicht: Raad BIG 1995(B2/95), bijlage 4.

<sup>430</sup> Zo bepaalde het RTC Amsterdam (31 oktober 2000, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2001;25:126-9 (2001/8)) inmiddels dat het doorspuiten van een stilstaand infuus géén voorbehouden handeling is.

<sup>431</sup> Raad BIG 1995(B2/95), p. 7-11, Raad BIG 1996(a), p. 12-13.

<sup>432</sup> Gezondheidsraad 2002(2002/02).

<sup>433</sup> Brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer, d.d. 10 april 2002 (IBE/BO/2270396).

<sup>434</sup> De Bijl 2000, p. 137, Roscam Abbing 2002, p. 101.

<sup>435</sup> Ook in de achtergrondstudie bij het in 1988 uitgebrachte advies van de Gezondheidsraad gaf deze auteur aan dat de Gezondheidsraad tot een categorie-indeling van aard en mate van risico's zou kunnen overgaan op basis van de aard van de ziekte/aandoening en de aard van de diagnostische/therapeutische handeling, een en ander mede geleid op de psychische belasting voor de patiënt. Ook is hierbij aandacht nodig voor de vraag of onbevoegden/ondeskundigen inderdaad het terrein betreden en voor de pijn en het ongemak voor de patiënt bij ondeskundig handelen. Deze methode zou de flexibiliteit van de omschrijving van de voorbehouden handeling bevorderen en onnodige detaillering voorkomen (Gezondheidsraad 1988(1988/30), bijlage B, p. 54, 57).

<sup>436</sup> De Bijl 2000, p. 137.

<sup>437</sup> Gezondheidsraad 1988(1988/30), bijlage B.

<sup>438</sup> De beroepsgroepen zouden hiertoe regelmatig hun deskundigheidsgebied en de daarbij behorende handelingen aan een kritische

van die gegevens kunnen afwegen of het in het kader van de bescherming van de patiënt noodzakelijk is om die handelingen wettelijk voor te behouden. Anderzijds, zo wordt in de achtergrondstudie aangegeven, zou de beroepsgroep zelf de wetgever kunnen verzoeken in te grijpen.

Ook vanuit de beroepsorganisaties zijn kritische noten geplaatst met betrekking tot de volledigheid van de lijst van voorbehouden handelingen. Zo werd onder meer een heroerverweging van de lijst noodzakelijk geacht, aangezien er meer risicovolle handelingen zijn dan in de lijst zijn opgenomen. Voorts is gewezen op de beperkte bescherming van de patiënt tegen ondeskundig handelen in de GGZ, nu voorbehouden handelingen op dit terrein ontbreken en een ieder diagnostiek mag verrichten. Tenslotte heeft ook de IGZ de risico's van diagnose- en indicatiestelling benadrukt. Het is echter lastig om deze handelingen te omschrijven, wat het aanwijzen als voorbehouden handeling in de weg staat, aldus de IGZ.

De Gezondheidsraad uitte in 1988 reeds kritiek op de lijst voorbehouden handelingen. De lijst was naar mening van de Raad weinig systematisch. Doordat geen inventarisatie van handelingen in de individuele gezondheidszorg is gemaakt, bleef volgens de Raad onduidelijk waarom de wetgever bepaalde handelingen niet als voorbehouden had aangewezen.<sup>439</sup> Ook door Roscam Abbing is op dit gebrek aan systematiek gewezen.<sup>440</sup> De wet somt alleen op en noemt geen criteria waarop de opsomming berust (en gaat daardoor een rangschikking naar aan de handeling verbonden risico's uit de weg). Daardoor blijft volgens de auteur het in de toekomst te voeren beleid met betrekking tot uitbreiding en beperking van de lijst van voorbehouden handelingen onduidelijk.

In plaats van een lijst met voorbehouden handelingen is zowel door de Gezondheidsraad als in de literatuur gewezen op de mogelijkheid van een regeling waarbij wordt uitgegaan van een verbod op de uitoefening van geneeskundige handelingen, tenzij de betrokken beroepsbeoefenaar bekwaam is tot uitvoering van de handeling.<sup>441</sup> Kastelein en Legemaate stelden hierbij voor wettelijk vast te leggen dat de bekwaamheid in dit geval bepaald wordt door opleiding, registratie, deskundigheidsgebied behorende bij het beroep en de kennis en ervaring van de beroepsbeoefenaar. De overheid zou als stok achter de deur bij AMvB nadere regels kunnen stellen (zo zou bepaald kunnen worden dat bepaalde handelingen uitsluitend mogen worden verricht door bepaalde categorieën personen of onder bepaalde voorwaarden). Volgens de auteurs zou een dergelijke regeling meer en flexibeler waarborgen bieden tegen de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst dan de Wet BIG; er zou beter kunnen worden ingespeeld op nieuwe ontwikkelingen en het zou een betere bescherming bieden tegen risicovolle handelingen die niet onder het regime van voorbehouden handelingen vallen c.q. te brengen zijn.<sup>442</sup>

Bersee en Scheerder brachten tegen dit voorstel in dat het een te hoog niveau van abstractie zou hebben. De voorgestelde regeling bood naar hun mening geen duidelijkheid over wie wat wel en wie wat niet kan en mag, terwijl het uit het oogpunt van patiëntenbescherming juist noodzakelijk is dat helder is wie welke handelingen niet mogen verrichten. Zij betwijfelden of aan het bezwaar van abstractheid van de algemene bekwaamheidseis tegemoet zou kunnen worden gekomen door uitwerking van die eis via zelfregulering,

---

beschouwing moeten onderwerpen. De Gezondheidsraad zou dergelijke inventarisaties kunnen stimuleren en initiëren, aldus De Bijl (Gezondheidsraad 1988(1988/30), bijlage B, p. 57).

<sup>439</sup> Gezondheidsraad 1988(1988/30), p. 23.

<sup>440</sup> Roscam Abbing 1992(b), p. 1744.

<sup>441</sup> Gezondheidsraad 1992(1992/05), aanbiedingsbrief p. 4, Kastelein en Legemaate 1992(a), p. 360.

<sup>442</sup> Kastelein en Legemaate 1992(a) p. 359-360, Kastelein en Legemaate 1992(b), p. 422.

zonder dat telkens conflicten ontstaan over de micronormen die voortvloeien uit een dergelijke algemene bekwaamheidseis. Het zou de handhaving van de algemene eis problematisch maken en mede daardoor ook de bescherming die deze eis de patiënt moet bieden.<sup>443</sup>

Ook de IGZ heeft aangegeven geen voorstander te zijn van de invoering van een systeem waarbij wordt uitgegaan van onbevoegdheid, tenzij men bekwaam is. Om te voorkomen dat bepaalde (risicovolle) handelingen door beoefenaren van niet geregelde beroepen worden uitgevoerd zou volgens de IGZ een dynamisch lijstje van voorbehouden handelingen moeten blijven bestaan. Deze lijst zou dan wel op bepaalde punten moeten worden aangepast.

Anderzijds is door Roscam Abbing de vraag opgeworpen of het probleem niet groter lijkt dan het daadwerkelijk is.<sup>444</sup> Indien het wettelijk stelsel functioneert zoals beoogd zullen garanties van goed verzekeraarschap, goed medewerkerschap, goed hulpverlenerschap en de daarbij behorende handavingsmechanismen als het goed is meebrengen dat, bij ten laste van de wettelijke ziektekostenverzekering komende voorzieningen of particulier bekostigde voorzieningen die onder de Kwaliteitswet zorginstellingen vallen, niet bevoegden in de praktijk in principe niet beroepsmatig medische handelingen verrichten die een gevaar voor de patiënt vormen. Het probleem blijft volgens de auteur dan in de praktijk beperkt tot sommige vormen van risicovolle alternatieve behandelwijzen die worden verricht door solistisch werkende beroepsbeoefenaren. Zelfregulering door de beroepsgroep in combinatie met een adequaat handavingsmechanisme van de Wet BIG kan hier naar haar mening wellicht een oplossing bieden.

#### 4.4.2 Bevoegdheid en bekwaamheid

Bevoegdheid en bekwaamheid hoeven niet in alle gevallen noodzakelijkerwijs samen te gaan. Zo heeft de wetgever het bij het verlenen van een opdracht tot het verrichten van een voorbehouden handeling voor een goede zorgverlening niet nodig geacht dat een opdrachtgever ook steeds zelf bekwaam dient te zijn om de desbetreffende handeling te verrichten.<sup>445</sup> In de literatuur is opgemerkt dat echter een probleem kan optreden als in een dergelijk geval de tussenkomst van de opdrachtgever gewenst is.<sup>446</sup>

Voor de basisarts (assistent-geneeskundige) zal veelal gelden dat hij bevoegd is, maar niet bekwaam (zie ook paragraaf 4.2.1.2). De Bijl vraagt zich af of het toelaten van basisartsen in de praktijk op verantwoordelijke functies, bijvoorbeeld als poortarts op de afdelingen voor spoedeisende hulp, wel steeds tot verantwoorde zorg leidt. Naar haar mening zou vanuit de overheid moeten worden bevorderd dat op de situaties toegesneden richtlijnen worden ontwikkeld uit hoofde van de Kwaliteitswet zorginstellingen en dat wordt voorzien in voldoende toezicht. Een andere optie is volgens de auteur dat de basisarts in het kader van de Wet BIG slechts beperkte toelating tot het terrein van voorbehouden handelingen wordt verleend, met daarbij diens bekwaamheid als uitgangspunt.<sup>447</sup>

#### 4.4.3 Opdracht

Niet alleen voor het zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen, maar ook aan het hiertoe opdracht geven of het mogen aannemen van een opdracht, stelt de wet eisen aan bekwaamheid. Voor wat betreft de opdrachtnemer, heeft de Raad BIG in het Stap-

<sup>443</sup> Bersee en Scheerder 1992, p. 394.

<sup>444</sup> Roscam Abbing 1992(a), p. 144.

<sup>445</sup> Zie hierover paragraaf 2.4.2.

<sup>446</sup> Roscam Abbing 1992(b), p. 1743, De Bijl 2000, p. 82.

<sup>447</sup> De Bijl 2000, p. 138-139.

penplan voorbehouden handelingen een viertal criteria geformuleerd waaraan deze zijn eigen bekwaamheid kan toetsen.<sup>448</sup> Beroepsorganisaties signaleerden dat in de praktijk onduidelijkheden bestaan met betrekking tot de wijze waarop een opdrachtgever de bekwaamheid van een potentiële opdrachtnemer moet toetsen.

In de literatuur<sup>449</sup> wordt algemeen erkend dat het in de dagelijkse medische praktijk, waar het nogal eens ontbreekt aan een rechtstreekse relatie tussen opdrachtgever en opdrachtnemer, voor de arts niet altijd haalbaar is zich er persoonlijk van te vergewissen dat de opdrachtnemer voldoende bekwaam is tot het verrichten van een bepaalde handeling.<sup>450</sup> Volgens de Raad BIG is dat ook niet nodig. Zo kan informatie over de feitelijk bekwaamheid van potentiële opdrachtnemers ook verschaft worden via een verklaring van bekwaamheid door de instelling.<sup>451</sup> Een dergelijke verklaring biedt de opdrachtgever houvast bij het redelijkerwijs mogen aannemen van bekwaamheid van de opdrachtnemer, aldus de Raad.

Over de voordelen van bekwaamheidsverklaringen is men in de literatuur niet eensgezind. Volgens Biesart wordt door een systeem van bekwaamheidsverklaringen voorkomen dat de verpleegkundige een handeling verricht waarvoor ze de deskundigheid mist en wordt helder wie wat kan.<sup>452</sup> De Jong echter, is het met deze argumenten niet eens. Volgens hem heeft het werken met bekwaamheidsverklaringen onder meer tot gevolg dat men er vanuit gaat dat een handeling waarvoor een bekwaamheidsverklaring is afgegeven zonder slag of stoot door de betrokkene zal worden uitgevoerd. Het weigeren van een dergelijke handeling zal moeilijker worden, mede omdat dit door sommigen wordt gezien als werkweigering. Ook hebben bekwaamheidsverklaringen naar zijn mening niet tot gevolg dat een verpleegkundige, die niet in het bezit is van een dergelijke verklaring, de betreffende handelingen nooit zal verrichten.<sup>453</sup>

Ook is wel betoogd dat de verklaringen de civielrechtelijke aansprakelijkheid van de verpleegkundige, bij onjuiste verrichting van een bepaalde handeling, zouden vergroten.<sup>454</sup> Evenzogoed is deze stelling bestreden: de aansprakelijkheid wordt er niet door uitgebreid, noch biedt het extra bescherming bij fouten.<sup>455</sup> De aansprakelijkheid wordt niet getoetst aan het al dan niet bestaan van een bekwaamheidsverklaring, maar aan de feitelijke (uit opleiding en ervaring voortvloeiende) bekwaamheid van de opdrachtnemer.

<sup>456, 457</sup>

Naast bekwaamheidsverklaringen zijn in de praktijk meer instrumenten ontwikkeld om de opdracht van voorbehouden handelingen in goede banen te leiden. Hierbij kan worden

<sup>448</sup> Genoemd worden de volgende criteria: Bezit ik de kennis en vaardigheden voor het uitvoeren van deze voorbehouden handeling? Ben ik op de hoogte van het geldende protocol voor de desbetreffende handeling? Is mij duidelijk wat ik moet doen als er onverwachte reacties optreden? Ben ik bekwaam in de specifieke context/situatie? (Raad BIG 1996(a), p. 27).

<sup>449</sup> Zie onder meer Van den Boomen 1995(a), Van den Boomen 1995(b), Roscam Abbing 2001(b), Van Wijmen 1997, Schouten en Knook 1997, Raad BIG 1996(a), p. 13.

<sup>450</sup> Ook komt het veelvuldig voor dat de arts een zogenaamde 'zo-nodig' opdracht verstrekt, met binnen die context indicatiestelling door de verpleegkundige. De indicatiestelling schuift hierdoor steeds meer naar de verpleegkundige. Of een dergelijke opdracht verantwoord is hangt af van de mate van het risico dat verbonden is aan de voorbehouden handeling en van de deskundigheid en bekwaamheid van de opdrachtnemer (Roscam Abbing 2001(b), p. 36-37, Roscam Abbing 2002, p. 94).

<sup>451</sup> De Raad BIG (1996(a), p. 21-22) wees in dit verband op de verantwoordelijkheid van instellingen op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen om verantwoorde zorg te bieden. Het bieden van waarborgen voor de bekwaamheid van beroepsbeoefenaren die in opdracht voorbehouden handelingen verrichten kan tegen deze achtergrond worden beschouwd. Wanneer een instelling goede waarborgen heeft gecreëerd voor (het onderhouden van) de bekwaamheid van deze beroepsbeoefenaren, bijvoorbeeld middels bekwaamheidsverklaringen, mag de opdrachtgever er in 'normale' omstandigheden redelijkerwijs vanuit uitgaan dat de door de instelling als bekwaam aangewezen personen personen beschikken over de vereiste bekwaamheid.

<sup>452</sup> Biesart 1991, p. 346.

<sup>453</sup> De Jong 1991, p. 538-539.

<sup>454</sup> Zo bijvoorbeeld De Jong 1991, p. 539, Van Aller 1988, p. 902.

<sup>455</sup> Onder meer: Biesart 1991, p. 346-347, Buiting en Van Veen 1988, p. 1381, Van Weerd 1988, p. 1382, Buiting 1990, p. 720.

<sup>456</sup> Van Weerd 1988, p. 1382.

<sup>457</sup> Zo zal een ervaren verpleegkundige voor dezelfde handeling in principe eerder aansprakelijk worden gehouden dan een onervaren leerling (Biesart 1991, p. 347).

gedacht aan bijscholingsprogramma's, werkafspraken en protocollen.<sup>458</sup> Deze instrumenten zijn een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid van een instelling met het oog op het verlenen van verantwoorde zorg.<sup>459, 460</sup>

De wet vereist dat de opdrachtgever indien nodig aanwijzingen geeft en dat toezicht en de mogelijkheid tot tussenkomst voldoende is verzekerd. De IGZ heeft aangegeven dat het begrip 'toezicht' in de praktijk echter steeds verder wordt opgerekt, bijvoorbeeld tot 'het in de buurt zijn'. Ook vanuit de beroepsorganisaties is aangegeven dat de open eisen van toezicht en tussenkomst in de praktijk onduidelijkheden veroorzaken. Hoewel taken steeds meer worden overgedragen aan niet-zelfstandig bevoegden, zijn de organisatorische omstandigheden niet altijd zodanig dat de verantwoordelijkheden rondom de opdrachtverlening voldoende 'waargemaakt' kunnen worden. Toezicht en tussenkomst zijn niet altijd gegarandeerd. In een schriftelijke reactie is aangegeven dat sommige beroepsbeoefenaren zover gaan dat zij alle (voorbehouden) handelingen door anderen laten uitvoeren zonder daarbij enige waarborgen in te bouwen.

Volgens Van Wijmen zou de bevoegdheidsregeling in overeenstemming gebracht moeten worden met de praktijk. Teneinde dit te realiseren stelde hij voor art. 38 te wijzigen in een regeling waarbij het een bevoegde verboden is een opdracht te geven, tenzij a. de opdracht schriftelijk wordt gegeven, indien nodig vergezeld van aanwijzingen omtrent het verrichten van de handeling en b. de opdrachtgever zich ervan vergewist heeft dat degenen die belast kunnen worden met de uitvoering van de opdracht werkzaam zijn binnen een systeem dat de nodige elementen en procedures bevat om een bekwame en deskundige uitvoering te waarborgen. Concreet kan dit zijns inziens inhouden: opleiding, na- en bijscholing, toezicht en de mogelijkheid van tussenkomst, schriftelijke rapportage over de uitvoering van de handeling met vermelding van eventuele incidenten, controle op en nabespreking van deze rapportage en de mogelijkheid van maatregelen bij gebleken tekortkomingen in de bekwaamheid van de uitvoerder.<sup>461</sup>

Volgens De Bijl zou dit voorstel meer dan de huidige regeling tegemoet komen aan de eisen van adequate bescherming van de patiënt, zeker als hieraan nog de voorwaarde zou worden toegevoegd dat ook de concrete werkomstandigheden in de gegeven situatie het aanvaarden van de opdracht verantwoord maken. Een systeem van garanties voor een bekwame en deskundige uitvoering zou naar haar mening zonder meer wenselijk zijn. Een bezwaar tegen het voorstel van Van Wijmen is volgens De Bijl echter wel dat de verantwoordelijkheid van de arts voor een groot deel wordt verschoven naar de organisatie. Dit terwijl het verstrekken van een opdracht tot het verrichten van een bepaalde handeling een individuele verantwoordelijkheid van de arts is, die niet kan worden afgeschoven op de instelling en waarvoor hij individueel aansprakelijk blijft.<sup>462, 463</sup>

Buiten opdrachtsituaties mag door een ander dan een zelfstandig bevoegde alleen in geval van nood een voorbehouden handeling worden verricht. Uit een onderzoek onder obstetrische en gynaecologische verpleegkundigen bleek echter dat het begrip 'noodsituatie' in de praktijk (te) breed gedefinieerd werd. Er bleken vaak organisatorische tekortkomingen aan de noodsituatie ten grondslag te liggen.<sup>464</sup>

<sup>458</sup> De Raad BIG (1996(a), p. 25) stelde dat indien in een instelling aanwijzingen, instructies en/of aandachtspunten voor het verantwoord verrichten van voorbehouden handelingen in een protocol zijn vastgelegd, de opdrachtgever er redelijkerwijs van uit mag gaan dat in de regel dan geen aanwijzingen nodig zijn. De opdrachtgever mag erop vertrouwen dat de (bekwame) opdrachtnemer de aanwijzingen in het protocol in acht neemt.

<sup>459</sup> De zorgaanbieder is op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht verantwoorde zorg te bieden. Voor de solistisch werkende beroepsbeoefenaar vloeit deze verplichting voort uit art. 40 Wet BIG.

<sup>460</sup> Roscam Abbing 2001(b), p. 37-38.

<sup>461</sup> Van Wijmen 1996, p. 82-83.

<sup>462</sup> Dit laat de verantwoordelijkheid van de instelling om het opdrachtsysteem inhoudelijk kwalitatief verantwoord vorm te geven onverlet, maar dat is een andere verantwoordelijkheid, eigen aan de instelling, aldus De Bijl.

<sup>463</sup> De Bijl 2000, p. 94.

komingen aan de noodsituatie ten grondslag te liggen.<sup>464</sup>

#### 4.4.4 Functionele zelfstandigheid

In de literatuur is discussie gevoerd over de vraag of het wettelijk toekennen van functionele zelfstandigheid wel nodig en/of nuttig is. Sanders meende van niet. Als de opleidingseisen van de art. 3- en de art. 34-beroepen en de daarbij behorende gebieden van deskundigheid voldoende concreet zijn omschreven en als aanvullende opleidingen en nascholingscursussen zijn geautoriseerd, zou toepassing van art. 39 van de wet volgens hem niets wezenlijks toevoegen aan de artikelen 35 en 38. Voor acute gevallen en ernstige situaties waarin de tijdige aanwezigheid van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar niet gewaarborgd kan zijn (bijvoorbeeld intensive care, eerste hulp en ambulancevervoer), zou het noodzakelijk zijn dat, naast het werken op basis van heldere instructies bij duidelijk omschreven indicaties, achteraf verantwoording aan en controle door de formele opdrachtgever of behandelend arts plaatsvindt. Nadere uitwerking van de handelwijze in deze gevallen en de implementatie ervan in de praktijk zou kunnen plaatsvinden binnen het kader van de artikelen 35 en 38. Een deskundigheidsverklaring via een AMvB, zoals art. 39 beoogt, zou hiervoor zijns inziens niet nodig en gezien de snelle ontwikkelingen wat betreft diagnostiek en therapie op de betreffende terreinen ook niet wenselijk zijn.<sup>465</sup>

Van den Boomen vond echter dat art. 39 wel degelijk voordelen heeft naast de artikelen 35 en 38. Deze liggen volgens haar voornamelijk in het expliciteren van het deskundigheidsgebied, hetgeen voorkomt dat de deskundigheden telkens op lokaal niveau en instellingsniveau moeten worden vastgesteld. Dat door de snelle ontwikkelingen van diagnostiek en therapie een AMvB krachtens art. 39 niet wenselijk zou zijn wees zij van de hand: het takenpakket van verpleegkundigen bevat van oudsher de handelingen injecties, katheterisaties en puncties. Door nadere specificatie van deze handelingen zouden onderwijsinstututen beter op de bijbehorende vaardigheden kunnen anticiperen. Indien verpleegkundigen de vaardigheden voor het verrichten van voorbehouden handelingen tijdens de opleiding aanleren, zou dit volgens Van den Boomen bovendien niet alleen duidelijkheid bieden voor de beroepsgroep zelf, maar ook voor de disciplines waarmee wordt samengewerkt. Tenslotte noemde zij nog het belang van art. 39 voor de dubbele toets van bekwaamheid: 'Als iedere verpleegkundige de vaardigheden voor het verrichten van voorbehouden handelingen tijdens de opleiding krijgt aangeleerd, kan de arts als het ware veronderstellen dat verpleegkundigen deskundig en bekwaam zijn om de in art. 39 van de wet omschreven handelingen te verrichten, tenzij de verpleegkundige anders aangeeft'.<sup>466</sup>

Ook de Raad BIG gaf als één van de voordelen van art. 39 aan dat de opdrachtgever in dat geval niet meer per individu hoeft te toetsen of de betrokken art. 39-beroepsbeoefenaar beschikt over de vereiste bekwaamheid om een bepaalde bij AMvB genoemde handeling uit te voeren.<sup>467</sup> Deze opvatting wordt echter niet algemeen gedeeld. Zo was Van Wijmen van mening dat art. 39 de toets van bekwaamheid als bedoeld in art. 38 niet uitschakelt.<sup>468</sup>

Art. 39 is uiteindelijk met de derde nota van wijziging aan de wet toegevoegd.<sup>469</sup> Bij AMvB

---

<sup>464</sup> Van Mierlo 1999, p. 94-97.

<sup>465</sup> Sanders 1995, p. 977-980.

<sup>466</sup> Van den Boomen 1996, p. 49-50.

<sup>467</sup> Raad BIG 1995(B2/95), p. 20-22.

<sup>468</sup> Van Wijmen 1996, p. 85.

<sup>469</sup> Kamerstukken II 1989/90, 19 522, nr. 18, art. 55a.

is functionele zelfstandigheid toegekend aan verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen en mondhygiënisten.<sup>470</sup>

Voor wat betreft de ambulanceverpleegkundigen geldt dat zij in de praktijk aan de hand van protocollen vaststellen welke handelingen vereist zijn. De in zo'n protocol opgenomen algemene opdracht hoe in voorkomende situaties te handelen, wordt beschouwd als een opdracht van een arts.<sup>471</sup> In een schriftelijke reactie vanuit de ambulancezorg is aangegeven dat deze manier van indicatiestelling gekunsteld overkomt en geen recht doet aan de dagelijkse uitvoering van zorg door de ambulanceverpleegkundigen. De feitelijke diagnostiek ter plaatse wordt immers door de ambulanceverpleegkundigen gedaan. Voorts is aangegeven dat, indien bij de patiënt tevens een arts aanwezig is, knelpunten kunnen ontstaan wanneer arts en ambulancepersoneel een andere mening zijn toegedaan ten aanzien van de te volgen handelwijze. Het ambulancepersoneel zal niet aan eventuele instructies van de aanwezige arts voorbij mogen gaan. Wanneer de ambulanceverpleegkundige echter meent dat het landelijk protocol afwijkt van wat bijvoorbeeld de arts ter plekke meent dat moet gebeuren, kunnen moeilijke situaties ontstaan.

Teneinde wet en praktijk meer met elkaar in overeenstemming te brengen heeft Van Wijmen geopteerd voor een regeling waarin voor ambulanceverpleegkundigen zou worden bepaald dat het onder bepaalde omstandigheden werken volgens protocollen *in de plaats komt* van de opdracht. Een dergelijke regeling zou zijns inziens kunnen luiden: 'indien een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg zulks vordert, wordt bij algemene maatregel van bestuur bepaald dat tot het gebied van de deskundigheid van personen die in een bij de maatregel aangewezen register staan ingeschreven, wordt gerekend het verrichten van bij de maatregel aangewezen categorieën van handelingen, behorende tot de bij of krachtens de artikelen 36 en 37 omschreven categorieën van handelingen, indien, in afwijking van het bepaalde in art. 38 onder a (nieuw)<sup>472</sup>, in bepaalde gevallen wordt gehandeld volgens bij de maatregel aangewezen protocollen'.<sup>473</sup> Een andere in de literatuur genoemde oplossing voor voornoemde discrepantie tussen wet en praktijk is het zelfstandig bevoegd verklaren van de ambulanceverpleegkundige. Hieraan gekoppeld zou dan de opleiding erin dienen te voorzien dat ambulanceverpleegkundigen over de vereiste bekwaamheden beschikken met betrekking tot indicatiestelling en uitvoering van de handelingen.<sup>474</sup>

## 4.5 Artikel 40 (kwaliteitsbepaling)

### 4.5.1 Zelfregulering

De wijze waarop verantwoorde zorg wordt geboden wordt primair aan de beroepsgroepen zelf overgelaten. Mogelijke kwaliteitsaspecten zijn regels voor waarneming, gedragsregels en beroepscode, bij- en nascholingsfaciliteiten en intercollegiale of andere toetsingsprocedures.<sup>475</sup> Roscam Abbing heeft erop gewezen dat ook de professionele standaard en op basis daarvan protocollair werken de verplichting verantwoorde zorg te leveren ondersteunt.<sup>476</sup> Volgens verschillende beroepsorganisaties en de IGZ is in de praktijk ook inderdaad veelal kwaliteitsbeleid ontwikkeld, echter de relatie met art. 40 wordt niet altijd gelegd.

<sup>470</sup> Besluit van 29 oktober 1997, Stb. 1997, 524.

<sup>471</sup> In situaties waarin de protocollen niet voorzien is sprake van handelen in noodsituaties (Stb. 1997, 524, nota van toelichting, p. 5).

<sup>472</sup> Zie het hierboven in paragraaf 4.4.3 genoemde voorstel van Van Wijmen tot wijziging van art. 38.

<sup>473</sup> Van Wijmen 1996, p. 83, 93 en 94.

<sup>474</sup> Van Wijmen, De Vreese en Hagenouw 1993, p. 429.

<sup>475</sup> Biesart 1999, (T&C Gezondheidsrecht) art. 40 Wet BIG, aant. 4, p. 98.

<sup>476</sup> Roscam Abbing 2002, p. 96.

De verplichting verantwoorde zorg te bieden als bedoeld in art. 40 Wet BIG wordt niet steeds hetzelfde uitgelegd. Gaf de Raad BIG aan dat met het artikel is beoogd aan solistisch werkende beroepsbeoefenaren dezelfde eisen te stellen met betrekking tot het bieden van verantwoorde zorg als de Kwaliteitswet zorginstellingen aan instellingen oplegt<sup>477</sup>, de IGZ legt het artikel beperkter uit. Volgens haar ziet art. 40 niet op de kwaliteit van de beroepsuitoefening zelf, maar op het waarborgen van de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg (bijvoorbeeld de hygiëne in een praktijk). Dit heeft gevolgen voor de wijze van handhaving door de IGZ. In art. 40 zelf wordt de norm 'het bieden van verantwoorde zorg' overigens niet expliciet en afzonderlijk genoemd.

#### 4.5.2 Toezicht en handhaving

Het toezicht op de naleving van art. 40 Wet BIG wordt gehouden door de IGZ.

Eén van de acties die de IGZ kan ondernemen tegen een disfunctionerende solistisch werkende art. 3- of art. 34-beroepsbeoefenaar is het opleggen van een bevel op grond van art. 87a van de wet. Hiernaast kan zij, wanneer het een art. 3-beroepsbeoefenaar betreft, er tevens voor kiezen tegen een beroepsbeoefenaar een klacht bij de tuchtrechter in te dienen. Maar wanneer gebruikt de IGZ nu het bevel, wanneer het tuchtrecht en wanneer wellicht beide bevoegdheden? Volgens Legemaate zou het bevel in aanmerking kunnen komen als onheil dreigt maar nog niet is geschied (preventief). Het tuchtrecht zou dan kunnen worden aangewend als er daadwerkelijk brokken zijn gemaakt (sanctionerend). Wanneer de IGZ zowel corrigerend, ten aanzien van handelen dat reeds heeft plaatsgevonden, als preventief wil optreden, zou een combinatie van beide bevoegdheden volgens Legemaate aangewezen kunnen zijn. Het bevel zou kunnen dienen om mogelijke schade tijdens de duur van de tuchtrechtelijke procedure tegen te gaan.<sup>478</sup>

De inhoud van een bevel ex art. 87a kan zijn het nemen van bepaalde maatregelen (bijvoorbeeld met betrekking tot hygiëne) of zelfs het staken van de praktijk. Sluijters meent dat het vreemd en onrechtvaardig is dat een gekwalificeerde naast eventueel tuchtrechtelijke sancties, tevens een bevel tot staking van de beroepsuitoefening kan worden opgelegd, terwijl ongekwalificeerden niet op deze manier kunnen worden aangepakt. Daar komt bij dat gekwalificeerden door de werking van het tuchtrecht en de, in het algemeen, grotere controle binnen de beroepsgroep en door verzekeraars toch al beter in toom kunnen worden gehouden dan ongekwalificeerden. Het lijkt hem dan ook nodig de wet zo te wijzigen dat ook aan een ongekwalificeerde die een beroep op het terrein van de gezondheidszorg uitoefent een bevel ex art. 87a kan worden gegeven indien geen verantwoorde zorg in de zin van art. 40 wordt geboden.<sup>479</sup>

Ook Gevers heeft gepleit voor meer mogelijkheden voor de IGZ om in te grijpen als sprake is van evident onverantwoorde situaties. Dit zou volgens hem kunnen worden gerealiseerd door in de Wet BIG te voorzien in de mogelijkheid van een bevel jegens eenieder die zich op het gebied van de individuele gezondheidszorg begeeft en daarbij een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt.<sup>480</sup>

Een bezwaar van een het gebruik van het criterium 'het veroorzaken van een aanmerkelijke kans op schade' zou volgens Sluijters zijn dat ongekwalificeerden dan nog steeds moeilijker aangepakt zouden kunnen worden dan gekwalificeerden. Bovendien hanteert ook art. 96 Wet BIG het 'aanmerkelijke kans criterium', waardoor in dat geval minder behoefte is aan het bevel, aldus Sluijters. Het criterium 'het niet bieden van verantwoorde

<sup>477</sup> Raad BIG 1994(B6/94), p. 4.

<sup>478</sup> Legemaate 1997, p. 88-89, Legemaate 1998, p. 415.

<sup>479</sup> Sluijters 2001, p. 31-32.

<sup>480</sup> Gevers 1999(b), p. 1.



zorg' verdient naar zijn mening dan ook de voorkeur.<sup>481</sup>

Om op te kunnen treden tegen alternatieve behandelaars die schade veroorzaken heeft De Bijl tenslotte de mogelijkheid genoemd om op grond van art. 94<sup>482</sup> van de wet bij AMvB een nadere bevoegdhedenregeling voor de IGZ te treffen.<sup>483</sup>

Bij amendement van 19 maart 2002 heeft Weekers voorgesteld na art. 87a een nieuw art. 87b in te voegen dat de IGZ de bevoegdheid zou geven ook aan niet reguliere beroepsbeoefenaren een bevel op te leggen. Deze bevoegdheid zou echter alleen bestaan indien de IGZ gelijktijdig aangifte doet bij het OM van overtreding van art. 96 van de Wet BIG.<sup>484</sup>

Voorts is inmiddels een wetsvoorstel ingediend waarmee de officier van justitie dan wel de rechter de bevoegdheid krijgt om, zolang de behandeling ter terechtzitting nog niet is aangevangen, een verdachte van overtreding van art. 96 Wet BIG te bevelen zich van bepaalde handelingen te onthouden.<sup>485</sup> Legemaate heeft zich afgevraagd of deze oplossing adequaat is, nu de IGZ in het algemeen eerder en sneller zal kunnen optreden dan het OM. Een goed stelsel van bevoegdheden zou volgens hem kunnen bestaan uit mogelijkheden van de IGZ zelf, maar ook uit een combinatie van bevoegdheden van de IGZ en mogelijkheden van andere instanties. Hierbij zou gedacht kunnen worden aan een combinatie van een bevel van de IGZ en een snel daarop volgende voorlopige rechterlijke voorziening zoals een spoedprocedure op grond van art. 65 lid 6 Wet BIG. Bezien zou moeten worden of op dit terrein nog verdergaande regelingen nodig zijn, aldus Legemaate.<sup>486</sup>

In de praktijk blijkt de IGZ betrekkelijk weinig gebruik te maken van haar bevelsbevoegdheid.<sup>487</sup> Zij geeft er de voorkeur aan eerst een waarschuwing te geven (officieus bevel), hetgeen veelal afdoende is. Pas als dit niet het gewenste effect heeft wordt (als ultimum remedium) overgegaan tot het geven van een bevel. De IGZ heeft aangegeven niet zoveel behoefte te hebben aan opname in de Wet BIG van meer c.q. eenvoudiger handhavinginstrumenten dan het bevel.

#### 4.5.3 Samenhang Wet BIG en Kwaliteitswet zorginstellingen

Art. 40 Wet BIG is, met uitzondering van het vierde lid, gericht op solistisch werkende beroepsbeoefenaren, de Kwaliteitswet zorginstellingen op instellingen. In de literatuur (en ook door een enkele beroepsorganisatie) is wel gepleit voor het opheffen van het onderscheid tussen een solistisch werkende en een in een instelling werkende beroepsbeoefenaar. Voor de manier waarop dit dan zou moeten gebeuren zijn verschillende voorstellen gedaan. Zo hebben zowel Hubben als Legemaate voorgesteld om art. 40 over te hevelen respectievelijk te schrappen en de reikwijdte van de Kwaliteitswet uit te breiden tot instellingen en individuele beroepsbeoefenaren.<sup>488</sup> Hiermee zou één kader voor normstelling en ontwikkeling ontstaan, hetgeen een integraal kwaliteitsbeleid bevordert, aldus Legemaate.

Zonneveld echter, heeft gepleit voor het van toepassing verklaren van art. 40 op alle

<sup>481</sup> Sluijters 2001, p. 33.

<sup>482</sup> Dit artikel biedt de mogelijkheid om bij AMvB een nadere regeling te treffen indien dit nodig is in het belang van een goede uitvoering van de wet.

<sup>483</sup> De Bijl 2000, p. 146.

<sup>484</sup> Kamerstukken II 2001/02, 27 669, nr. 6.

<sup>485</sup> Kamerstukken II 2000/01, 27 669, nrs. 1-2, artt. 96a en 96b.

<sup>486</sup> Legemaate 2001, p. 364.

<sup>487</sup> Er is wel een aantal keer een bevel gegeven. Zie onder meer de uitspraak van de Pres. Rb. Assen, 8 juli 1998, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1998;22:529-32 (1998/79): de IGZ had aan een huisarts een verbod tot verdere uitoefening van zijn praktijk opgelegd omdat niet kon worden gesproken van het uitoefenen van verantwoorde huisartsenzorg; volgens de President is de inspecteur hiermee niet getreden buiten de grenzen van de hem in art. 87a verleende bevoegdheid.

<sup>488</sup> Hubben 1991, p. 71-72, Legemaate 1992, p. 2383.

beoefenaren van een bij of krachtens de Wet BIG geregeld beroep, ongeacht de vraag of deze al dan niet binnen een instelling werkzaam zijn. Het overhevelen van dit gewijzigde art. 40 naar de Kwaliteitswet zou qua systematiek de meest consequente optie zijn, maar was volgens haar, gelet op de vergaande wijzigingen die dit voor de Kwaliteitswet met zich mee zou brengen een minder aantrekkelijke optie. Tenslotte stipte de auteur nog de mogelijkheid aan om art. 40 van toepassing te verklaren voor eenieder die zich beroepsmatig bezighoudt met de individuele gezondheidszorg, al dan niet als beoefenaar van een bij of krachtens de Wet BIG geregeld beroep en al dan niet werkzaam in een instelling.<sup>489</sup> Deze optie riep echter volgens haar tegelijkertijd vele vragen op.<sup>490</sup>

Wanneer onverantwoorde zorg een gevolg is van, of gerelateerd is aan het disfunctioneren van een in een instelling werkende art. 3-beroepsbeoefenaar, staan de IGZ verschillende mogelijkheden om in te grijpen ter beschikking. Dient de IGZ in dat geval de instelling aan te spreken op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen, een klacht bij de tuchtrechter in te dienen tegen de individuele beroepsbeoefenaar op grond van de Wet BIG, of kunnen en moeten beide wegen worden bewandeld?<sup>491</sup> Volgens Legemaate zou bij de keuze voor een van beide of zelfs beide mogelijkheden onder meer de mate van 'schuld' van de betrokkenen (directie van de instelling en/of de individuele beroepsbeoefenaar) bepalend zijn. Is er sprake van een ernstig disfunctionerende beroepsbeoefenaar, en onderneemt de instelling daar naar mening van de IGZ te weinig tegen, dan zou volgens de auteur zowel de instelling als de beroepsbeoefenaar aangesproken kunnen worden.<sup>492</sup>

## 4.6 Tuchtrecht en maatregelen vanwege ongeschiktheid

### 4.6.1 Inleiding

Met de inwerkingtreding van de Wet BIG is het tuchtrecht geïncorporeerd in de wettelijke regeling van de individuele beroepsuitoefening in de gezondheidszorg. Voordien was dit tuchtrecht neergelegd in een afzonderlijke regeling, de Medische Tuchtwet. Achtereenvolgens komen in deze paragraaf aan de orde het aantal en de aard van de klachten, de rol van de IGZ, de toegang tot de tuchtrechtspraak, de tuchtnormen, het vooronderzoek, de samenstelling van het tuchtcollege, de taak van de deskundige, de spoedprocedure, de openbaarheid, de maatregelen en tenuitvoerlegging daarvan, en, tot slot, het College van Medisch Toezicht (CMT).

### 4.6.2 Aantal en aard klachten

Uit hoofdstuk 3 blijkt dat het totaal aantal klachten dat per jaar bij de tuchtcolleges in de gezondheidszorg wordt ingediend, de laatste jaren 850-875 beloopt (tegen de 'oude' beroepsgroepen). Dit aantal is vrij stabiel, hoewel in 2001 'slechts' 781 klachten zijn ingediend. Over de 'nieuwe' beroepsgroepen is in de periode 1999-2001 217 maal geklaagd (zie ook hoofdstuk 3): 23 maal over fysiotherapeuten, 33 maal over gezondheidszorgpsychologen, 18 maal over psychotherapeuten en 143 maal over verpleegkundigen<sup>493</sup>.

<sup>489</sup> Aldus zouden beroepsbeoefenaren die nu zowel buiten het bereik van de kwaliteitsbepalingen van de Wet BIG als buiten het bereik van de Kwaliteitswet blijven, onder art. 40 gebracht worden.

<sup>490</sup> Zonneveld 1997, p. 21-23.

<sup>491</sup> Bij uitspraak van 16 december 1999 RTC Zwolle, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2000;24:237-241 (2000/32) gaf het tuchtcollege aan zich erover te hebben verbaasd waarom de IGZ, die een klacht had ingediend tegen een verpleeghuisarts, vanuit haar op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen toezichthoudende taak op de kwaliteitsbewaking van de zorginstelling niet (ook) zelf de nodige aanwijzingen had gegeven om de signaleerde tekortkomingen in de organisatie van de (huisarts)geneeskundige zorg bij de instelling te voorkomen of in ieder geval te minimaliseren.

<sup>492</sup> Legemaate 2001, p. 364, Legemaate 1997, p. 87.

<sup>493</sup> Tien klachten betroffen dezelfde verpleegkundige.

In bijgaand kader is te zien dat de gegrond verklaarde klachten over de 'nieuwe' beroepsgroepen (totaal 34 beroepsbeoefenaren) vooral gingen over twee aspecten: seksuele intimiteiten binnen de hulpverleningsrelatie en onprofessioneel handelen bij rapportage en informatieverschaffing aan derden. De helft van de gegrond verklaarde klachten over fysiotherapeuten had betrekking op seksuele intimiteiten in de fysiotherapeut-patiëntrelatie (4/8). De 4 gegrond verklaarde klachten over gezondheidszorgpsychologen hadden alle betrekking op rapportage of informatieverschaffing aan derden. Bij psychotherapeuten hadden de 5 gegrond verklaarde klachten alleen betrekking op seksuele intimiteiten, rolvermenging en rapportage. Ongeveer eenderde van de klachten die leidden tot een veroordeling van een verpleegkundige (6/17) betrof seksuele handelingen in de hulpverleningsrelatie. In deze gevallen zijn relatief vaak de zwaarste tuchtrechtelijke maatregelen (doorhaling en schorsing van de inschrijving) opgelegd.

#### Kader

#### Gegrond verklaarde klachten over fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten en verpleegkundigen 1999-2001\*

Beroepsbeoefenaar	Aard klacht	Maatregel
Fysiotherapeut 1	Seksuele intimiteiten	Doorhaling inschrijving
Fysiotherapeut 2	Onnodig intiem onderzoek	Berisping
Fysiotherapeut 3	Alcoholverslaving	Doorhaling inschrijving
Fysiotherapeut 4	Seksuele intimiteiten	Schorsing inschrijving 1 maand
Fysiotherapeut 5	Seksuele intimiteiten	Waarschuwing
Fysiotherapeut 6	Rolvermenging	Berisping
Fysiotherapeut 7	Niet aanvaarde behandeling	Berisping
Fysiotherapeut 8	Schending privacy	Berisping
Gezondheidszorgpsycholoog 1	Informatie aan politie	Berisping
Gezondheidszorgpsycholoog 2	Informatie aan advocaat	Berisping
Gezondheidszorgpsycholoog 3	Rapportage	Waarschuwing
Gezondheidszorgpsycholoog 4	Rapportage	Waarschuwing
Psychotherapeut 1	Seksuele relatie	Schorsing inschrijving 6 maanden
Psychotherapeut 2	Rolvermenging	Berisping
Psychotherapeut 3	Rapportage	Waarschuwing
Psychotherapeut 4	Seksuele intimiteiten	Berisping
Psychotherapeut 5	Informatie aan advocaat	Waarschuwing
Verpleegkundige 1	Seksuele relatie	Voorw. schorsing inschrijving en boete
Verpleegkundige 2	Doorspuiten infuus	Berisping
Verpleegkundige 3	Afgeven verklaring	Waarschuwing
Verpleegkundige 4	Tekortschieten in zorg	Waarschuwing
Verpleegkundige 5	Handelen tegen afspraak	Berisping
Verpleegkundige 6	Seksuele intimiteiten	Schorsing inschrijving 4 maanden/2vw
Verpleegkundige 7	Seksuele relatie	Berisping
Verpleegkundige 8	Mishandeling patiënten	Doorhaling inschrijving
Verpleegkundige 9	Verwaarlozing	Waarschuwing
Verpleegkundige 10	Te laat primaire controles	Waarschuwing
Verpleegkundige 11	Seksuele relatie	Voorw. schorsing inschrijving 1 jaar
Verpleegkundige 12	Onvoldoende dossier	Waarschuwing
Verpleegkundige 13	Bewaking cardiogram	Waarschuwing
Verpleegkundige 14	Onvoldoende onderzoek	Waarschuwing
Verpleegkundige 15	Onvoldoende actie	Berisping
Verpleegkundige 16	Seksuele intimiteiten	Gedeeltelijke ontzegging bevoegdheid
Verpleegkundige 17	Seksuele intimiteiten	Doorhaling inschrijving

\* In 1998 leidde geen enkele klacht tot een maatregel.

Klachten kunnen ook bij andere instanties worden ingediend en daardoor het aantal klachten bij de tuchtcolleges verminderen. Zo bestaat voor gezondheidszorgpsychologen en fysiotherapeuten naast het tuchtrecht ook intern verenigingstuchtrecht. De Commissie van Toezicht van de beroepsorganisatie van fysiotherapeuten (KNGF) behandelde in 1999 12 klachten waarvan 6 betrekking hadden op seksuele handelingen in de hulpverleningsrelatie. Verder hebben, als gevolg van de op 1 augustus 1995 van kracht geworden Wet klachtrecht cliënten zorgsector, inmiddels op vrij grote schaal klachtencommissies in de gezondheidszorg hun intrede gedaan. Ook vrijgevestigde beroepsbeoefenaren, zoals huisartsen, zijn aangesloten bij een (regionale) klachtencommissie. Zo zijn bij de Klach-

tencommissie Huisartsen Zuid-Nederland in het jaar 2000 128 klachten ingediend, waarvan 46 klachten (deels) gegrond zijn verklaard.<sup>494</sup> Dit neemt niet weg dat het vrij veel voorkomt dat na een beslissing van de klachtencommissie alsnog een klacht wordt ingediend bij het regionaal tuchtcollege.<sup>495</sup> Verder blijkt de mogelijkheid tot civielrechtelijke aansprakelijkstelling steeds meer bekend te zijn. Aan die drempelverlaging heeft bijgedragen de instelling van de Geschillencommissie Ziekenhuizen voor de afdoening van schadeclaims tot een bedrag van € 4.538 (f 10.000).<sup>496</sup>

#### 4.6.3 Rol Inspectie voor de Gezondheidszorg

In de jaarrapportage van 2001 schrijft de IGZ dat in de periode 1990 tot eind 2001 door de IGZ gemiddeld 13 klachten per jaar zijn ingediend bij de tuchtcolleges.<sup>497</sup> In de periode sedert de invoering van de Wet BIG is het aantal gevallen waarin de IGZ het initiatief tot een tuchtrechtelijke procedure heeft genomen geleidelijk gedaald. Het beeld is, uitgaande van het jaar waarin de betreffende uitspraak is gedaan, als volgt: 1997: 12, 1998: 14, 1999: 10, 2000: 10, 2001: 8.<sup>498</sup>

De IGZ heeft deze teruggang ook zelf geconstateerd en noemt dit 'vooral een gevolg van het stellen van prioriteiten in de inspectiewerkzaamheden' en voegt daaraan toe: 'Het indienen van een tuchtklacht is, vooral bij de relatief zware zaken, die over het algemeen door de IGZ worden aangespannen, zeer arbeidsintensief'.<sup>499</sup>

Gegeven de eerder genoemde uitbreiding van het aantal beroepsgroepen dat sinds de Wet BIG onder het tuchtrecht valt -in aantallen beroepsbeoefenaren gaat het om een groei met in totaal ruim 240.000 verpleegkundigen, fysiotherapeuten, psychotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen- spreekt de daling van het aantal door de IGZ aanhangig gemaakte klachtprocedures nog sterker.

Van het betrekkelijk lage aantal door de IGZ ingediende klachten wordt wel een relatief hoog percentage (circa 80%) gegrond verklaard met oplegging van één van de zwaardere maatregelen. De Leidraad onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg geeft aan dat de IGZ een klacht indient bij het tuchtcollege indien 'het algemeen belang -en derhalve niet het particuliere belang van de rechtstreeks belanghebbende- bij de zaak in overwegende mate is betrokken'.<sup>500</sup> Volgens de Leidraad zijn de volgende omstandigheden daarbij van belang: de ernst van de melding, recidive van de zijde van de beroepsbeoefenaar en 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. De tuchtrechter heeft de IGZ overigens bij herhaling ontvankelijk geacht indien een klacht werd ingediend die niet aan deze criteria voldeed.<sup>501</sup>

Naast de in de jaarrapportage van 2001 genoemde beleidsmatige keuze, verklaart de IGZ dit lage aantal mede uit het feit dat zij geen klachten meer behandelt en als gevolg daarvan minder van incidenten op de hoogte raakt. De IGZ heeft sedert de inwerkingtreding van bovengenoemde Leidraad geen taak meer bij de behandeling van klachten. Deze wijziging is van verschillende zijden bekritiseerd. Met name de Nationale Ombudsman heeft bij meerdere gelegenheden gewaarschuwd dat een terugtreden van de IGZ als klachtenbehandelende instantie ertoe zou kunnen leiden dat de IGZ minder signalen over mogelijke knelpunten in de gezondheidszorg gaat ontvangen, waardoor zij van waardevol-

<sup>494</sup> Klachtencommissie Huisartsen Zuid-Nederland. Jaarrapportage 2000. Eindhoven, 2001, m.n. p. 20 en 23.

<sup>495</sup> Het RTC Amsterdam heeft melding gemaakt van het feit dat in 20% van de klachtzaken al een procedure bij een klachtencommissie heeft plaatsgevonden (RTC Amsterdam. Jaarverslag 2000. Amsterdam, 2001, p. 1).

<sup>496</sup> Hubben 2000, p. 1447-1449.

<sup>497</sup> IGZ. Jaarrapportage 2001. Den Haag, 2002, m.n. p. 163.

<sup>498</sup> IGZ. Jaarrapportages 1997 t/m 2001. Den Haag.

<sup>499</sup> IGZ. Jaarrapportage 2001. Den Haag, 2002, p. 163.

<sup>500</sup> Stcrt. 1996, nr. 6, p. 6.

<sup>501</sup> Zie o.a. RTC Amsterdam 18 januari 2000, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2000;24:387-388 (2000/54) en 31 oktober 2000, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2001;25:273-275 (2001/28).

le informatie verstoken blijft.<sup>502</sup>

Ongetwijfeld leidt deze terughoudende opstelling van de IGZ tegenover het doen van onderzoek tot een geringer gebruik van haar bevoegdheid om een klacht in te dienen bij het tuchtcollege. Een illustratie daarvan vormt het rapport van de Nationale Ombudsman over de wijze waarop de IGZ reageerde op meldingen van grensoverschrijdend seksueel gedrag van een psychiatrisch verpleegkundige.<sup>503</sup> In zijn rapport achtte de Nationale Ombudsman het, gezien de aard en de ernst van de melding van de directie van het psychiatrisch ziekenhuis, niet juist dat 'de IGZ het onderzoek geheel in handen van de leiding van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis had gelaten, en zich niet eens had vergewist van de zorgvuldigheid en de volledigheid van het interne onderzoek of van de houdbaarheid van de uitkomsten daarvan'. Verder overwoog de Nationale Ombudsman dat het op de weg had gelegen van de IGZ om contact op te nemen met het Openbaar Ministerie en dat zij, gezien de ernst van de melding, er bovendien beter aan had gedaan de zaak aan het regionaal tuchtcollege voor te leggen.

Bij de tuchtcolleges bestaat de indruk dat de IGZ zich heeft teruggetrokken en in de tuchtrechtspraak 'onzichtbaar is geworden'. In kringen van de tuchtcolleges leeft de opvatting dat, wanneer de overheid de kwaliteit van de gezondheidszorg wil handhaven, die handhaving niet afhankelijk mag zijn van de toevallige klacht die wordt ingediend. Een meer systematisch beleid bij de IGZ voor de indiening van klachten zou dan, aldus de tuchtcolleges, mogen worden verwacht.

Indien de IGZ wel een klachtprocedure aanhangig maakt ontslaat dit de IGZ overigens niet van de verantwoordelijkheid na te gaan of andere maatregelen daarnaast nodig zijn. Het regionaal tuchtcollege Zwolle overwoog dat de inspecteur weliswaar op goede gronden een klacht had ingediend, maar stelde de kritische vraag waarom de IGZ niet (ook) vanuit haar toezichthoudende taak op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen de nodige aanwijzingen had gegeven om de gesignaleerde tekortkomingen te voorkomen.<sup>504</sup>

#### 4.6.4 Toegang tot de tuchtrechtspraak

Aan het vrij hoge percentage klachten dat ongegrond wordt verklaard (zie paragraaf 4.6.11) is wel het argument ontleend om een drempel voor de klager op te werpen in de vorm van griffierecht.<sup>505</sup> Als argumenten voor het heffen van griffiegeld worden aangevoerd dat daarmee de stroom van onzinnige klachten van psychiatrische patiënten en gedetineerden kan worden ingedamd; dat impulsieve klachten worden voorkomen en een rem wordt gezet op 'het klagen om het klagen'. In dat verband wordt verwezen naar de praktijk in andere sectoren van de rechtspraak, met name de bestuursrechtspraak. Tegen het heffen van griffiegeld wordt aangevoerd dat daarmee geen barrière wordt geschapen tegen notoire querulanten omdat de ervaring op andere rechtsgebieden leert dat vlak na invoering weliswaar een daling van het aantal klachten optreedt, maar dat dit effect na verloop van tijd niet meer merkbaar is. Verder is met name door de tuchtcolleges naar voren gebracht dat de kwaliteit van de gezondheidszorg een maatschappelijk belang is, waarbij het niet past om een drempel op te werpen voor degene die de moeite neemt om een klacht in te dienen die kan leiden tot toetsing van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Ofschoon voor een bepaalde categorie klachten een rem in de vorm van griffierecht op zijn plaats zou zijn, brengt de introductie van griffierecht mee dat daarmee een rem op alle zaken wordt gezet en de toegang tot de tuchtrechtspraak voor iedereen minder wordt.

<sup>502</sup> Zie o.a. *Kamerstukken II 1997/98*, 25 920, nrs. 1-2, m.n. p. 385 en het wetsvoorstel *Kamerstukken II 2001/02*, 28 489, nrs 1-2, dat voorziet in wijziging van de Kwaliteitswet en de Wet klachtrecht om te bevorderen dat de IGZ via meldingen beter wordt voorzien van informatie over incidenten in de gezondheidszorg.

<sup>503</sup> Nationale Ombudsman 2001/34, JB 2001, nr. 266.

<sup>504</sup> RTC Zwolle 16 december 1999, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2000;24:237-241 (2000/32).

<sup>505</sup> Zie o.a. het pleidooi van de oud-voorzitter van het CTG, Bakker 2000, p. 418-424.

Advocaten blijken verdeeld te oordelen over de vraag of griffiegeld dient te worden geïntroduceerd (zie hoofdstuk 3). De voorstanders verwijzen naar het feit dat dit middel in de rechtspraak algemeen gebruikelijk is om het lichtzinnig starten van procedures te voorkomen.

Voorstanders van griffiegeld zijn overigens van mening dat dit alleen passend is indien de regeling gepaard gaat met terugstorting indien de klacht gegrond blijkt te zijn. Daarom bestaat op het terrein van de tuchtrechtspraak van de NMT een regeling die voorziet in de mogelijkheid van terugstorting van griffiegeld.

Om het percentage ongegronde klachten terug te dringen is in de kring van tuchtcolleges en door bij de tuchtrechtspraak betrokken advocaten ook wel geopperd om de mogelijkheid te introduceren van een kostenveroordeling van de in het ongelijk gestelde partij.

Ook hier is het hierboven aangegeven bezwaar genoemd tegen het opwerpen van een drempel voor het indienen van een klacht, terwijl met het tuchtrecht een publiek belang wordt behartigd (kwaliteitsbewaking en -bevordering van de gezondheidszorg).

#### 4.6.5 De tuchtnormen

De tuchtrechtspraak heeft tot doel het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Voorts beoogt het tuchtrecht de bescherming van de patiënt. Ofschoon de toetsingsnorm zoals die is neergelegd in art. 47 lid 1 Wet BIG anders en moderner is geformuleerd dan de toetsingsnorm uit de Medische Tuchtwet, wordt algemeen aangenomen dat hiermee materieel geen verandering is opgetreden.<sup>506</sup> Die opvatting is echter discutabel geworden door recente uitspraken van het centrale tuchtcollege.<sup>507</sup> Die rechtspraak spitst zich toe op de vraag of de directeur patiëntenzorg-arts, en meer in het algemeen een in het BIG-register geregistreerd beroepsbeoefenaar die een organisatorische functie uitoefent in de gezondheidszorg, ook onder de toetsingsnorm van art. 47 lid 1 sub b valt.

In dit verband is van belang dat onder de Medische Tuchtwet de medisch directeur/directeur-patiëntenzorg tuchtrechtelijk verantwoordelijk kon worden gehouden voor de organisatie van de zorg, onverminderd de eigen verantwoordelijkheid van de betrokken arts.<sup>508</sup> Zo hield het tuchtcollege de directeur-patiëntenzorg tuchtrechtelijk verantwoordelijk 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 regionale tuchtcolleges aangenomen dat de directeur-patiëntenzorg tuchtrechtelijk kan worden aangesproken voor tekortkomingen in zijn functie-uitoefening. Een voorbeeld daarvan vormt de beslissing van het regionaal tuchtcollege Amsterdam waarin werd overwogen dat de directeur-patiëntenzorg, onverlet de eigen professionele verantwoordelijkheid van de aan het ziekenhuis verbonden medici, mede verantwoordelijk is voor tekortkomingen in de organisatiestructuur en het functioneren van de zorgverlening in het ziekenhuis.<sup>509</sup> Een andere illustratie vormt een beslissing van het regionaal tuchtcollege Zwolle.<sup>510</sup>

De opvatting dat het handelen van de directeur-patiëntenzorg/arts valt onder de werking van het tuchtrecht is gebaseerd op de tekst van de in art. 47 lid 1 sub b geformuleerde toetsingsnorm, luidende: *'Enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg'*. In de tweede plaats kan die basis worden gevonden in de toelichting, die luidt:

<sup>506</sup> Zie o.a. *Kamerstukken II* 1985/86, 19 522, nr. 3.

<sup>507</sup> Met name CTG 18 december 2001, *Medisch Contact* 2002;57:428-430 en CTG 9 april 2002. Laatstgenoemde beslissing was bij het afsluiten van deze tekst nog niet gepubliceerd.

<sup>508</sup> Deze lijn is ingezet met een beslissing van het MT Zwolle 3 november 1990, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1991;15:234-236 (1991/36).

<sup>509</sup> RTC Amsterdam 16 februari 1999, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1999;23:259-262 (1999/35).

<sup>510</sup> RTC Zwolle 2 december 1999, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1999;23:136-138 (2000/17).

*'De tweede tuchtnorm betreft gedragingen die niet door de eerste tuchtnorm worden bestreken, maar niettemin in strijd zijn met het algemeen belang gelegen in een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg'.*

De hiervan in de wetsgeschiedenis genoemde voorbeelden zijn het zich oncollegiaal uiten over andere beroepsbeoefenaren, het niet toelaten van een collega in een waarnemingsregeling en frauderen ten opzichte van de zorgverzekeraar. In verschillende beslissingen heeft het centrale tuchtcollege echter twijfel doen rijzen over de vraag of dit door de regionale tuchtcolleges aanvaarde beginsel van tuchtrechtelijke aansprakelijkheid gehandhaafd kan blijven. In een klacht over een directeur-patiëntenzorg terzake van de organisatie van de afdeling spoedeisende hulp, overwoog het centrale tuchtcollege in hoger beroep niet tot een inhoudelijke beoordeling te kunnen komen omdat het verwijt aan de directeur betreft 'het functioneren van de arts in zijn hoedanigheid van directeur-patiëntenzorg en in dit geval niet raakt zijn hoedanigheid van arts omdat de klacht in hoofdzaak zijn functioneren als organisator en manager betreft. In die hoedanigheid is verweerder (lees: de directeur-patiëntenzorg) niet onderworpen aan tuchtrechtspraak op grond van de Wet BIG'.<sup>511</sup>

In zijn beslissing van 18 december 2001 overwoog het centrale tuchtcollege opnieuw dat een directeur-patiëntenzorg 'in de uitoefening van zijn taken niet onderworpen is aan tuchtrechtspraak op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)'.<sup>512</sup> Het centrale tuchtcollege motiveerde dit hier met het argument dat de directeur-patiëntenzorg geen handelingen op het gebied van de geneeskunst verricht als bedoeld in art. 1 Wet BIG. Omdat de directeur in casu echter brieven van klager had ontvangen en haar enige reactie op die brieven (overdracht aan de behandelend arts) rechtvaardigde met de toelichting dat die brieven pasten in het ziektebeeld van klager, oordeelde het centrale tuchtcollege dat daarmee sprake was van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg als bedoeld in art. 1 Wet BIG. Deze redenering van het centrale tuchtcollege toont grote gelijkenis met de benadering die de Hoge Raad volgde in zijn arrest met betrekking tot het beroepsgeheim/verschoningsrecht van de vertrouwensarts.<sup>513</sup>

In zijn beslissing van 9 april 2002 voegde het centrale tuchtcollege nog toe de overweging dat hetgeen in de Memorie van Toelichting ten aanzien van de ruime reikwijdte van art. 47 is opgemerkt onverlet laat dat gehandeld moet zijn in een van de in het tweede lid van art. 47 van de Wet BIG opgesomde hoedanigheden. Het centrale tuchtcollege volgt daarbij de redenering dat een bestuurder niet optreedt als arts, respectievelijk in een van de andere in het BIG-register geregistreerde beroepen die onder het tuchtrecht vallen, terwijl het volgens de Memorie van Toelichting alleen gaat om het zijn van geregistreerd beroepsbeoefenaar.<sup>514</sup>

Dat de grens die het centrale tuchtcollege hier trekt weinig scherp is, blijkt uit de beslissing van 7 maart 2002.<sup>515</sup> Hierin oordeelde het centrale tuchtcollege de klacht over een arts/hoofd GGD wel ontvankelijk op de enkele grond dat hij het advies van een verpleegkundige over de noodzaak van een tweede toilet met een begeleidend briefje had doorgestuurd aan de betrokken gemeentelijke dienst.

#### 4.6.6 Vooronderzoek

De voorzitter van het regionale tuchtcollege moet klager en aangeklaagde in de gelegenheid stellen om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek (art. 66 lid 2).

<sup>511</sup> CTG 13 februari 2001, zaaknr. 00/195, ongepubliceerd.

<sup>512</sup> Medisch Contact 2002;57:428-430.

<sup>513</sup> HR 15 oktober 1999, Rechtspraak van de Week 1999;31:951-690 (1999/141).

<sup>514</sup> Bij het afsluiten van deze tekst was deze beslissing nog niet gepubliceerd.

<sup>515</sup> CTG 7 maart 2002, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2002;26:368-372 (2002/47).

Gebeurt dit niet dan brengt dat met zich mee dat de beslissing in beroep kan worden vernietigd.

Er is kritiek op de wijze waarop de tuchtcolleges met het vooronderzoek omgaan, omdat sommige regionale tuchtcolleges aanvankelijk het vooronderzoek achterwege bleken te laten. Het regionaal tuchtcollege Groningen is van mening dat de verplichting tot vooronderzoek beperkt zou dienen te worden tot de gevallen waarin het college het voornemen heeft de klacht als kennelijk ongegrond af te doen na raadkamerbehandeling zonder zitting. De klager zou dan in elk geval de gelegenheid hebben zijn klacht éénmaal aan een rechter voor te leggen. In andere gevallen zou het college vrij moeten zijn om partijen al dan niet uit te nodigen om in het kader van het vooronderzoek te worden gehoord.<sup>516</sup>

De regionale tuchtcolleges Amsterdam en Zwolle laten vaker een vooronderzoek plaatsvinden. Het bestaan van een verplichting tot vooronderzoek voor het regionale tuchtcollege heeft echter tot gevolg dat ook in gevallen waarin reeds vaststaat dat een mondelinge behandeling ter zitting zal plaatsvinden, partijen nog in de gelegenheid worden gesteld in het vooronderzoek te worden gehoord. Dit wordt door beroepsbeoefenaren die zich moeten verantwoorden, door klagers en door advocaten ervaren als een vrij zinloze doublure, mede omdat in dergelijke gevallen de mogelijkheid van een schikking illusoir is geworden.

Daarnaast zijn de tuchtcolleges van mening dat het vooronderzoek in veel gevallen een nuttige functie kan vervullen. Mede gezien het besloten karakter daarvan, kan het vooronderzoek de aangeklaagde de gelegenheid bieden om in het kader van zijn verdediging gegevens over klager of over derden zonder terughouding te vermelden, die hij anders op een openbare zitting niet naar voren zou brengen. Een andere reden om vooronderzoek te vragen kan zijn dat op die manier wellicht te voorkomen valt dat een zaak op een openbare zitting wordt gebracht (na een goed en deugdelijk vooronderzoek zal een tuchtcollege veelal geen behoefte meer hebben aan een mondelinge behandeling, zodat op die manier de openbaarheid van een zitting kan worden vermeden). Het vooronderzoek biedt voorts volgens de tuchtcolleges een goede gelegenheid om tot een minnelijke regeling tussen partijen te komen, waarmee de klacht als ingetrokken kan worden beschouwd.<sup>517</sup> Aan dit laatste kan bijdragen indien degene die het vooronderzoek leidt beschikt over technieken op het terrein van mediation.

De tuchtcolleges hebben erop gewezen dat het centrale tuchtcollege jaarlijks een aanzienlijk aantal zaken (± 150 per jaar) ter zitting heeft moeten behandelen 'hoewel reeds bij eerste kennisneming van het dossier volstrekt duidelijk was dat sprake was van een zinloos beroep'. Het gaat hier volgens de tuchtcolleges om zaken waarin partijen in eerste aanleg in de gelegenheid zijn gesteld te worden gehoord, waarin het regionale tuchtcollege van oordeel is dat de klacht kennelijk ongegrond is en beslist heeft tot afwijzing van de klacht en vervolgens het beroepschrift geen enkel aanknopingspunt bevat voor een andersluidend oordeel. Gesignaleerd is daarbij dat de huidige redactie van art. 74 lid 1, eerste volzin het centrale tuchtcollege alleen de mogelijkheid geeft om een beroep zonder verder onderzoek, in raadkamer, af te doen indien dit beroep niet tijdig is ingediend of niet voldoet aan de krachtens art. 73 lid 2 gestelde eisen. Door de tuchtcolleges is voorgesteld om art. 74 lid 1 in die zin te wijzigen dat het centrale tuchtcollege ook de mogelijkheid heeft om, op voorstel van de voorzitter, kennelijk ongegronde zaken buiten zitting af te doen. Met een dergelijk voorstel hebben de tuchtcolleges zich tot de minister van VWS gewend en de minister heeft daarop aan de tuchtcolleges laten weten dat indiening van een wetsvoorstel tot wijziging van art. 74 van

<sup>516</sup> RTC Groningen. Jaarverslag 2000. Groningen 2001, p. 4.

<sup>517</sup> Het RTC Zwolle maakt o.a. in het jaarverslag 1999 melding van positieve effecten van het vooronderzoek, p. 6. Wel wordt in dit verband als een tekortkoming gesignaleerd dat de aangeklaagde beroepsbeoefenaar onder de Wet BIG geen verschijningsplicht meer heeft.



een wetsvoorstel tot wijziging van art. 74 van de Wet BIG in de zojuist genoemde zin zal worden bevorderd.<sup>518</sup>

Voorts is gewezen op de formele opstelling van het centrale tuchtcollege betreffende de uitleg van art. 74 lid 4. In de literatuur is de vraag gerezen of het geen aanbeveling verdient in de wet uitdrukkelijk te voorzien in de mogelijkheid van incidenteel appèl.<sup>519</sup>

#### 4.6.7 Samenstelling tuchtcollege

De Wet BIG heeft een lid-jurist in plaats van een lid-beroepsgenoot geïntroduceerd. Daardoor daalde in het regionale tuchtcollege het aantal beroepsgenoten tot drie; in het centrale tuchtcollege is het aantal juristen uitgebreid tot drie. De extra jurist in het tuchtcollege in eerste aanleg heeft geen toegevoegde waarde, zo luidt de breed gedragen opvatting onder leden van de tuchtcolleges. In het merendeel van de zaken kan de juridische toetsing van de klacht worden overgelaten aan de voorzitter en de jurist-secretaris. De vermindering van de inhoudelijke inbreng ervaren de tuchtcolleges als een versmalling van de basis van de besluitvorming. Hieraan wordt des te zwaarder getild door de tuchtcolleges nu met enige regelmaat als kritiek op een tuchtrechtelijke beslissing valt te noteren dat het tuchtcollege onvoldoende voeling heeft met de praktijk van de beroepsuitoefening.<sup>520</sup> Uit het vragenlijstenonderzoek blijkt dat dit gevoel vooral bij huisartsen leeft (zie hoofdstuk 3).

In de eerste fase na de inwerkingtreding van de Wet BIG deden veel regionale tuchtcolleges het merendeel van de zaken ter zitting af in een kleine samenstelling (voorzitter-jurist en twee beroepsgenoten) omdat zij geen behoefte hadden aan de inbreng van het lid-jurist. Omdat dit de inhoudelijke inbreng juist beperkte en de discussie in raadkamer niet bevorderde, is het merendeel van de tuchtcolleges op deze werkwijze teruggekomen en behandelt steeds meer zaken in de grote samenstelling. Een groter aantal beroepsgenoten in het college, dat over een zaak oordeelt, bevordert ook de consistentie van de beslissingen.

Een ander argument dat in de kring van tuchtcolleges is aangevoerd voor uitbreiding van het aantal beroepsgenoten is, dat daarmee beter bevorderd kan worden dat het tuchtcollege zodanig is samengesteld dat de discipline van de beroepsbeoefenaar, op wie de klacht betrekking heeft, in het tuchtcollege is vertegenwoordigd. Het feit dat dit in de praktijk sedert de invoering van de Wet BIG niet steeds het geval blijkt te zijn is meermalen aanknopingspunt geweest voor kritiek op uitspraken van tuchtcolleges.<sup>521</sup> Een aantal advocaten met ruime ervaring in de tuchtrechtspraak heeft opgemerkt, dat nogal eens een spanningsveld blijkt te bestaan tussen de normstelling door de tuchtrechter en de praktijk in de gezondheidszorg. Zij brengen dit in verband met het feit dat leden-beroepsgenoten soms geruime tijd niet meer werkzaam zijn in de praktijk, waardoor een voldoende representatieve vertegenwoordiging van de beroepspraktijk ontbreekt. Ook wordt genoemd dat leden-beroepsgenoten die hoogleraar zijn soms een te hoge, academische standaard hanteren en teveel onderscheid in beoordeling en werkwijze bestaat tussen de verschillende voorzitters van een tuchtcollege.

Verder blijkt dat de tuchtcolleges er niet steeds in slagen om alle gewenste disciplines en specialismen aan te trekken als leden van het tuchtcollege.<sup>522</sup> Dit probleem kan volgens

<sup>518</sup> Brief van de minister van VWS d.d. 29 juni 2001, kenmerk DWJZ/SWW-2189989.

<sup>519</sup> Zie Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2002;26:52-54 (2002/6) met noot van Kastelein W.R., Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2002;26:122-127 (2002/15 en 16) met noot Meulemans E.W.M. Zie ook het arrest van het Hof Amsterdam 21 mei 1992, NJ 1994/38.

<sup>520</sup> Zie o.a. Hubben 1998, p. 1851-1853 en Meulemans 1998, p. 185.

<sup>521</sup> Zie o.a. Gill en Van Es 2000, p. 63-65.

<sup>522</sup> De KNMG heeft criteria ontwikkeld die behulpzaam kunnen zijn bij de selectie van leden-geneeskundigen van tuchtcolleges. *Medisch Contact* 2000;55:68-69.

de tuchtcolleges aanzienlijk verlicht worden door de leden-beroepsgenoot per zittingsplaats te benoemen en hen van rechtswege plaatsvervanger te laten zijn bij de andere colleges, zodat zij in alle regionale tuchtcolleges zitting kunnen hebben. Hierdoor wordt het eenvoudiger om de leden-beroepsgenoten met bepaalde specialismen ad hoc uit te wisselen tussen de colleges. Een bijkomend voordeel ten opzichte van het inschakelen van een externe deskundige, is gelegen in het feit dat deze leden mee kunnen delen in het beraad van het college in raadkamer, waar de externe deskundige immers buiten staat.

Met name door advocaten wordt de vinger gelegd op grote kwaliteitsverschillen tussen fungerend voorzitters en tussen leden-beroepsgenoten van de tuchtcolleges. In dat verband is de suggestie gedaan om aandacht te besteden aan de ontwikkeling van kennis en praktische vaardigheden van betrokkenen. Ook leden van de tuchtcolleges hebben de aandacht gevestigd op de gebrekkige mogelijkheden van nadere scholing, intervisie en structureel onderling contact.

Tot slot is gebleken dat in de Wet BIG niet is voorzien in het afleggen van de eed of belofte door leden van het tuchtcollege. Vanuit de tuchtcolleges wordt bepleit de verplichting daartoe op te nemen in de wet omdat daarmee de aanvang van de functie, het geheim van de raadkamer en het verbod zich in te laten met belanghebbenden nog eens worden ingeprent.

Door de tuchtcolleges is aangegeven dat niet goed te verklaren is dat een lid-beroepsgenoot een vergoeding per zitting ontvangt, terwijl een lid-jurist een vergoeding per behandelde zaak ontvangt. Het harmoniseren van deze vergoedingsregeling kan tevens aanleiding vormen om de beloning van de secretarissen opnieuw te bezien.

#### **4.6.8 De deskundige**

Het tuchtcollege kan getuigen en deskundigen ter zitting oproepen en horen. Ook de klager en degene over wie is geklaagd kunnen getuigen en deskundigen ter zitting uitnodigen en bij deurwaardersexploit oproepen. De Wet BIG kent geen bijzondere regeling voor een deskundigenonderzoek. Wanneer een deskundige ter zitting wordt gehoord, brengt dat het risico mee dat partijen daarop niet tijdig en adequaat kunnen reageren. Zo bestaat niet het voorschrift dat een door het tuchtcollege opgeroepen deskundige tevoren schriftelijk dient te rapporteren, zodat partijen zich daarop kunnen voorbereiden. Het centrale tuchtcollege heeft onlangs die regel wel als uitgangspunt aanvaard bij door het college opgeroepen deskundigen. Steun daarvoor kan worden gevonden in de jurisprudentie van het Europese Hof, waarin is bepaald dat partijen in de gelegenheid moeten zijn om effectief te reageren op belangrijke bewijsstukken, zoals het deskundigenrapport.<sup>523</sup>

De praktijk laat tot dusverre niet zien dat de nieuwe regeling van de samenstelling van het regionale tuchtcollege ertoe heeft geleid dat meer externe deskundigen worden ingeschakeld.

#### **4.6.9 Spoedprocedure**

De IGZ maakt zeer weinig gebruik van haar bevoegdheid om aan het tuchtcollege te verzoeken een klacht met spoed te behandelen (art. 65 lid 6). De IGZ heeft als reden daarvoor genoemd dat het na een dergelijk verzoek toch nog drie tot vier maanden duurt voordat de zaak op de zitting komt en dit wordt in deze doorgaans zwaardere zaken als te lang ervaren. Om die reden neigt de IGZ ertoe de mogelijkheid van een verzoek tot spoedbehandeling niet te gebruiken. Bij de tuchtcolleges blijkt de vraag te bestaan wat

---

<sup>523</sup> Europese Hof 18 maart 1997, NJ 1998, nr. 278 (Mantovanelli/Frankrijk).

met 'spoed' wordt bedoeld. Omdat dit niet kan inhouden dat de zaak rauwelijks -dus zonder schriftelijke voorbereiding- op de zitting wordt gebracht, betekent dit dat altijd de nodige tijd ter voorbereiding van de mondelinge behandeling nodig is. Het regionaal tuchtcollege Amsterdam meldt dat éénmaal een verzoek om spoedbehandeling van de IGZ is ontvangen en dat die zaak vervolgens met voorrang op de zitting is gebracht.<sup>524</sup> Bij de tuchtcolleges bestaat de indruk dat de IGZ met de in art. 87a Wet BIG neergelegde bevelsbevoegdheid over een adequaat instrument beschikt om in te grijpen waardoor de behoefte aan het inzetten van de spoedprocedure is afgenomen. De IGZ blijkt echter terughoudend met het gebruik van die bevelsbevoegdheid hangende een tuchtprocedure, omdat men de uitkomst van die procedure niet kan voorzien. Indien de IGZ met een bevel bijvoorbeeld de praktijk van een hulpverlener heeft stilgelegd en vervolgens blijkt het tuchtcollege niet te besluiten tot doorhaling van de inschrijving van de betrokken hulpverlener, dan zegt de IGZ te vrezen voor een schadeclaim. Daarnaast is het de vraag of het de bedoeling van de wetgever is dat de bevelsbevoegdheid in het kader van een tuchtprocedure wordt toegepast. Uit de parlementaire geschiedenis blijkt dat de bevelsbevoegdheid is bedoeld als mogelijkheid van overheidsingrijpen naast de mogelijkheid om een tuchtprocedure te entameren. De keuze voor de ene of de andere modaliteit is afhankelijk van de normstelling die is overtreden en van de mate van spoed die is geboden.<sup>525</sup> Van betekenis is daarbij dat de bevelsbevoegdheid van art. 87a niet is geregeld in het kader van het tuchtrecht.

#### 4.6.10 Openbaarheid

Het uitgangspunt van de Wet BIG, dat de zittingen van het tuchtcollege in beginsel openbaar zijn, blijkt in de praktijk weinig problemen te ontmoeten. Ook het merendeel van de advocaten is van mening dat openbaarheid van de zitting de aangeklaagde, noch de klager remt in het prijsgeven van gegevens (zie hoofdstuk 3). Het komt zo goed als niet voor dat de deuren moeten worden gesloten.<sup>526</sup> In voorkomend geval vraagt de belanghebbende dit aan het begin van de zitting, worden de andere betrokkenen daarover gehoord en neemt het tuchtcollege een incidentele beslissing op dat punt.

Bij de beantwoording van de vraag naar de invloed van het tuchtrecht op de beroepsuitoefening moet worden onderscheiden tussen de invloed op de beroepsbeoefenaar op wie de uitspraak betrekking heeft en het bredere effect daarvan op de beroepsuitoefening. Dit laatste hangt vooral af van de vraag of het tuchtcollege besluit om de beslissing te publiceren. In het algemeen wordt minder dan 10% van de uitspraken gepubliceerd. Uit herhaald onderzoek blijkt dat niet goed is vast te stellen welk criterium de tuchtcolleges hanteren bij de beslissing om een uitspraak al dan niet te publiceren.<sup>527</sup> Verder is gebleken dat in de periode 1994-2001 door alle tuchtcolleges tezamen slechts acht beslissingen over tandartsen zijn gepubliceerd, terwijl de tuchtcolleges in dat tijdvak ruim 350 beslissingen over tandartsen hebben gegeven.<sup>528</sup>

Als regel wordt door de Staatscourant en de vakbladen gevolg gegeven aan het verzoek van een tuchtcollege om tot publicatie over te gaan. In een enkel geval blijkt na een dergelijk verzoek publicatie achterwege te blijven.<sup>529</sup>

Het regionaal tuchtcollege Amsterdam heeft er een gewoonte van gemaakt om in het jaarverslag een kroniek van de in dat jaar behandelde zaken op te nemen. Op die manier

<sup>524</sup> RTC Amsterdam, Jaarverslag 2000, Amsterdam, 2001, p. 32.

<sup>525</sup> *Kamerstukken II* 1994/95, 23 633, sub 8, p. 18-19.

<sup>526</sup> Dit blijkt duidelijk uit de gepubliceerde jaarverslagen van de regionale tuchtcolleges.

<sup>527</sup> Zie daarover o.a. Heineman en Hubben 1996 en Christiaans en Hubben 1999.

<sup>528</sup> Christiaans 2002, m.n. p. 63.

<sup>529</sup> Zie voor een voorbeeld van een beslissing die door het RTC ter publicatie is aangeboden, maar waarvan de publicatie niet langs die weg is geëffectueerd, Christiaans en Hubben 2000, p. 123-124.

krijgen beslissingen met een ruimere betekenis bredere bekendheid. De tuchtcolleges te Zwolle en Groningen beperken zich doorgaans tot een meer cijfermatig opgebouwd jaarverslag. De tuchtcolleges te Eindhoven en Den Haag hebben sedert de inwerkingtreding van de Wet BIG geen jaarverslag geproduceerd en voldoen daarmee niet aan art. 78 Wet BIG dat voorschrijft dat het tuchtcollege jaarlijks vóór 1 april een jaarverslag uitbrengt omtrent de werkzaamheden in het afgelopen jaar. Het centrale tuchtcollege heeft in mei 2001 een inhaalslag gepleegd door een gebundeld jaarverslag over de jaren 1998, 1999 en 2000 het licht te doen zien.

#### 4.6.11 Maatregelen

Het aantal klachten dat wordt ingediend is vrij stabiel. Het percentage klachten dat gegrond is verklaard daalt echter. In hoofdstuk 3 is ook reeds beschreven dat een groot deel van de burgers niet goed op de hoogte is van het doel van het tuchtrecht en niet weet met welke klachten men naar een tuchtcollege kan gaan. Van belang is in dit verband verder dat de drempel voor het tuchtcollege om te komen tot gegrondverklaring van een klacht betrekkelijk hoog is. Immers een gegrondverklaring van een klacht dient altijd gepaard te gaan met het opleggen van een maatregel.<sup>530</sup> Zelfs de waarschuwing, de lichtste tuchtrechtelijke maatregel, wordt zowel door tuchtcolleges als door beroepsbeoefenaren als ingrijpend ervaren (zie hoofdstuk 3). Door de tuchtcolleges is aangegeven dat meer dan eens in het oordeel wordt betrokken dat het feit, waarover wordt geklaagd, toch niet voldoende ernstig is, omdat de sanctie van waarschuwing zo zwaar is. Dat leidt volgens de tuchtcolleges niet altijd tot een duidelijke normstelling. Invoering van de mogelijkheid om een klacht gegrond te verklaren zonder de toepassing van een maatregel, kan daarin volgens hen verbetering brengen. De NPCF vreest daarentegen dat de introductie hiervan het beeld zou kunnen oproepen dat beroepsgenoten elkaar de hand boven het hoofd houden. In het tuchtrecht voor verschillende beroepsgroepen buiten de gezondheidszorg bestaat de mogelijkheid om een klacht gegrond te verklaren zonder oplegging van een maatregel al langer. Genoemd kan worden het tuchtrecht voor notarissen<sup>531</sup>, In afwijking van andere terreinen van de gezondheidszorg speelt op het terrein van de tandheelkunde het verenigingstuchtrecht een belangrijke rol. Door de tuchtcolleges van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) worden ongeveer evenveel klachten behandeld als door de wettelijke tuchtcolleges. Recent onderzoek van de tuchtrechtspraak op het terrein van de tandheelkunde laat zien dat de tuchtrechters van de NMT in de periode 1994-2001 ongeveer 50% van de aanhangig gemaakte klachten gegrond verklaarden. In die periode eindigde bij de tuchtcolleges gezondheidszorg ongeveer 20% van de klachten in een gegrondverklaring. De verenigingstuchtrechtspraak van de NMT kent, in tegenstelling tot de wettelijke tuchtcolleges, wel de mogelijkheid een klacht gegrond te verklaren zonder oplegging van een maatregel. Indien de gegrondverklaring zonder oplegging van een maatregel buiten beschouwing wordt gelaten, waren de percentages opgelegde maatregelen in de NMT- en wettelijke tuchtrechtspraak vrijwel gelijk. Het aantal waarschuwingen dat in de NMT-tuchtrechtspraak werd opgelegd aan tandartsen kwam eveneens vrijwel overeen met het aantal bij de wettelijke tuchtcolleges.

De (nieuwe) mogelijkheid om de schorsing van de inschrijving voorwaardelijk op te leggen is in meerdere zaken toegepast (zie ook hoofdstuk 3). Zo schorste het regionaal tuchtcol-

<sup>530</sup> Het Centrale Medisch Tuchtcollege heeft zich in het verleden op het standpunt gesteld dat de Medische Tuchtwet geen ruimte bood om een klacht gegrond te verklaren en tegelijkertijd af te zien van het opleggen van een maatregel. Zie m.n. Centrale Medisch Tuchtcollege, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1986;10:170-171(1986/25) en Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1989;13:47-49 (1989/2), beide met een kritische noot van C.M.G. Vermeulen.

<sup>531</sup> Zie art. 103 lid 2 Wet op het Notarisambt: 'De Kamer kan een bedenking ook gegrond verklaren zonder oplegging van een maatregel'. Daarnaast kent het tuchtrecht voor notarissen o.a. de maatregel van waarschuwing.

lege Eindhoven voorwaardelijk voor de duur van één jaar de inschrijving van een verpleegkundige, die zich schuldig had gemaakt aan seksuele intimiteiten met patiënten, waarbij als voorwaarde werd gesteld dat de verpleegkundige zich gedurende een proeftijd van twee jaar zal onthouden van 'directe patiëntenzorg'.<sup>532</sup> In een ander geval is deze mogelijkheid gebruikt om nadere eisen te stellen aan de opleiding van een hulpverlener. Daarbij schorste het regionaal tuchtcollege Eindhoven de inschrijving van een gynaecoloog voorwaardelijk met als bijzondere voorwaarde dat de arts zich gedurende de proeftijd van twee jaar 'niet schuldig zal maken aan handelen of nalaten als arts en terzake daarvan tuchtrechtelijk wordt veroordeeld' en voorts dat de arts 'tijdens de proeftijd voor de duur van één jaar als gynaecoloog niet anders werkzaam zal zijn dan onder begeleiding en supervisie van een gynaecoloog in een ziekenhuis gekozen in overleg met en onder goedkeuring van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie'.<sup>533</sup>

#### 4.6.12 Tenuitvoerlegging

Bij de formulering van voorwaarden voor een schorsing is het van belang de werkbaarheid daarvan goed in het oog te houden. Zo overwoog het centrale tuchtcollege dat de inspecteur onvoldoende mogelijkheden ten dienst stonden om, zoals het tuchtcollege in eerste aanleg had bepaald, de naleving van de in die uitspraak over een tandarts geformuleerde voorwaarden te controleren en te waarborgen. Het centrale tuchtcollege ging in hoger beroep daarom over tot doorhaling van de inschrijving van de betrokken tandarts.<sup>534</sup>

Slechts een enkele maal is gebruik gemaakt van de in art. 48 lid 8 voorziene mogelijkheid om bij het opleggen van de maatregel van doorhaling van de inschrijving tevens, bij wijze van voorlopige voorziening, schorsing van de inschrijving op te leggen. Het ging hier om een ernstig aan alcohol verslaafde fysiotherapeut die de geschiktheid miste om zijn beroep uit te kunnen oefenen.<sup>535</sup> Deze maatregel heeft tot gevolg dat de schorsing terstond van kracht is en dus ook hangende een eventueel hoger beroep reeds effectief is.

In de praktijk blijkt het onduidelijk te zijn wie verantwoordelijk is voor de controle op de tenuitvoerlegging van een in het BIG-register aangetekende tuchtrechtelijke maatregel. De IGZ heeft aangegeven dat dit toezicht nu moeilijk is te realiseren en dat zij daarop niet is ingericht. Wel is de IGZ van mening dat zij de meest aangewezen is voor deze taak. Daarbij moet volgens de IGZ duidelijk zijn of dit toezicht zich beperkt tot Nederland of zich ook uitstrekt tot de beroepsbeoefenaren die, na een tuchtrechtelijke veroordeling in Nederland, hun praktijk naar het buitenland blijken te verplaatsen. In het kader van het toezicht is ook duidelijkheid nodig over het tijdstip waarop een tuchtrechtelijke maatregel van kracht wordt. Is dat op de eerste dag nadat de beroepstermijn is verstreken, respectievelijk nadat de beslissing is gegeven waartegen geen beroep meer open staat, of pas nadat van de tuchtrechtelijke maatregel op de voet van art. 48 lid 9 een aantekening is gemaakt in het BIG-register?

De IGZ heeft opgemerkt dat zij vaak laat op de hoogte wordt gesteld van het feit dat een schorsing van de inschrijving is opgelegd. Dit is soms zelfs pas op het moment dat de periode van de schorsing al grotendeels is verstreken. Ook komt het voor dat de beroepsbeoefenaar de tenuitvoerlegging van de schorsing (oncontroleerbaar) zegt te hebben laten samen vallen met een (buitenlandse) vakantie.

<sup>532</sup> RTC Eindhoven 19 mei 1999, Stcr. 1999, nr. 166.

<sup>533</sup> RTC Eindhoven 24 november 1999. Ongepubliceerd.

<sup>534</sup> CTG 6 november 2001, Stcr. 2001, nr. 246.

<sup>535</sup> CMT 19 juni 2000. Ongepubliceerd.

Een ander genoemd knelpunt is dat niet duidelijk is op welke wijze bij niet-naleving van de opgelegde voorwaarde, de schorsing moet worden geëffectueerd. Er ontbreekt een regeling van de tenuitvoerlegging in die situatie. Evenmin is duidelijk hoe moet worden gehandeld indien aan een beroepsbeoefenaar terzake van verschillende klachten meerdere malen een schorsing is opgelegd. In dat kader is ook de vraag hoe dient te worden gehandeld indien het tuchtcollege overweegt de maatregel van schorsing op te leggen, terwijl blijkt dat de betrokken beroepsbeoefenaar zich inmiddels vrijwillig heeft laten uitschrijven uit het BIG-register. Is in dat geval een uitgesproken schorsing in feite een verbod tot herinschrijving in het register, zoals voorzien in art. 48 lid 3?

Hoewel art. 15 lid 5 regelt dat een doorhaling of schorsing van een beroepsbeoefenaar van rechtswege meebrengt dat de erkenning van de betrokkene als specialist vervalt respectievelijk is geschorst, ontbreekt een regeling van de gevolgen van de gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid om in het register ingeschreven staande het beroep uit te oefenen (art. 48 lid 1 sub e). In de literatuur is erop gewezen dat het systeem van de Wet BIG met zich meebrengt dat een beroepsbeoefenaar van wie de inschrijving in het BIG-register is doorgehaald, toch zijn werkzaamheden kan continueren, voor zover hij geen beschermde titel voert en het verrichten van voorbehouden handelingen op eigen initiatief achterwege laat.<sup>536</sup>

#### 4.6.13 College van Medisch Toezicht

In de periode sedert de invoering van de Wet BIG tot mei 2002 zijn door het in Den Haag gevestigde CMT tien voordrachten van de IGZ ontvangen om een beroepsbeoefenaar wegens geestelijke of lichamelijke gesteldheid of wegens gewoonte van drankmisbruik of van misbruik van verdovende middelen uit het register te verwijderen of zijn beroepsuitoefening met bijzondere waarborgen te omkleden. In mei 2002 was in vijf gevallen uitspraak gedaan, waarbij in alle gevallen de voordracht van de inspecteur geheel of gedeeltelijk is toegewezen.<sup>537</sup> In twee van deze gevallen is hoger beroep ingesteld. In één van die zaken heeft het centrale tuchtcollege inmiddels de uitspraak bevestigd, terwijl in de andere zaak in mei 2002 het appèl nog aanhangig was.

De IGZ heeft aangegeven dat soms een keus moet worden gemaakt of de zaak wordt aangebracht bij het regionale tuchtcollege of bij het CMT, omdat naast ongeschiktheid ook de tuchtnormen in het geding kunnen zijn. Wanneer bijvoorbeeld alcohol- of opiumwet middelen misbruik niet goed zijn aan te tonen, maar wel de kwaliteit van de beroepsuitoefening evident in het geding is, kiest de IGZ een enkele keer voor een gang naar het tuchtcollege, omdat deze procedure sneller is en meer kans van 'slagen' heeft. De regionale tuchtcolleges verklaren het geringe aantal aanhangig gemaakte zaken mede uit de grote afstand die zij ervaren tot het CMT en uit het feit dat de regionale tuchtcolleges niet beschikken over de mogelijkheid tot verwijzing naar het CMT indien zij in het kader van de behandeling van een klacht geconfronteerd worden met een beroepsbeoefenaar die geestelijk of lichamelijk mogelijk ongeschikt is voor de uitoefening van zijn beroep.<sup>538</sup> In een dergelijk geval moet het regionale tuchtcollege afwachten of de IGZ het initiatief neemt om een voordracht bij het CMT te doen, nadat deze de beslissing van het regionale tuchtcollege heeft ontvangen.

<sup>536</sup> Zie ook Sluijters 2001, p. 29-36.

<sup>537</sup> Een voorbeeld is de tijdelijke binding aan bijzondere voorwaarden met bevoegdheidsbeperking van een huisarts, Strct. 2002, nr. 139, p. 8.

<sup>538</sup> Een voorbeeld daarvan is de casus over een structureel disfunctionerende tandarts die door het RTC Amsterdam is beschreven in het Jaarverslag 2000, p. 32-33.

## 4.7 Strafbepalingen

### 4.7.1 Plaatsbepaling: strafrecht in de gezondheidszorg

Handhaving van -via een proces van wetgeving tot stand gekomen- normen door overheidsoptreden vindt op diverse manieren plaats. Het strafrecht stelt leedtoevoegende sancties op overtreding van normen en is daarmee het meest ingrijpende handhavingsinstrument. Het druist in tegen rechten van burgers die doorgaans juist worden beschermd door het recht, zoals het recht op fysieke vrijheid. Om deze en andere redenen dient het strafrecht alleen dan in aanmerking te komen, als geen andere, minder ingrijpende instrumenten voorhanden zijn.<sup>539</sup>

#### *Dood door schuld, zwaar lichamelijk letsel door schuld, onbevoegde uitoefening, mishandeling*

Strafvervolging wegens falende hulpverlening kan plaatsvinden op basis van de delicten dood door schuld en zwaar lichamelijk letsel door schuld (artt. 307 en 308 Wetboek van Strafrecht). Daarnaast konden, tot de Wet BIG in werking trad, 'genezers' worden vervolgd wegens het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst (art. 436 Wetboek van Strafrecht<sup>540</sup>). Sinds 1997 heeft dit laatste delict voor de gezondheidszorg geen materiële betekenis meer. Daarvoor in de plaats zijn gekomen de strafbepalingen van de Wet BIG. Overigens had art. 436 Wetboek van Strafrecht al aan betekenis ingeboet, omdat in de loop der tijd het optreden van alternatieve hulpverleners steeds meer werd gedoogd. Het aantal strafvervolgingen tegen medisch beroepsbeoefenaren is altijd laag geweest. Zo vond Beets<sup>541</sup> over de periode 1886-1987 35 (gepubliceerde) rechterlijke uitspraken wegens dood/zwaar lichamelijk letsel door schuld.<sup>542</sup> Over de periode 1990 – juni 2002 zijn in de gepubliceerde rechtspraak 11 rechterlijke beslissingen aangetroffen, waarvan 4 sinds de inwerkingtreding van de Wet BIG. De met de Wet BIG ingevoerde strafbepalingen hebben hier niet of nauwelijks verandering in gebracht. Als het eenmaal tot een zitting komt, blijken rechters vrij mild te zijn in de straftoemeting bij medische zaken. Nogal eens wordt een schuldigverklaring zonder toepassing van straf uitgesproken of wordt een voorwaardelijke straf opgelegd.

Incidenteel wordt een vervolging ingesteld op basis van art. 300 Wetboek van Strafrecht (mishandeling), waarmee gelijk gesteld wordt opzettelijke benadeling van de gezondheid (art. 300 lid 4 Wetboek van Strafrecht). Door die gelijkstelling heeft de bepaling, althans in theorie, een groot bereik.<sup>543</sup> Dat aan het vereiste voor opzet is voldaan komt in de reguliere gezondheidszorg voor zover bekend niet of nauwelijks voor. Wel is onlangs de macrobioot N. veroordeeld wegens opzettelijke benadeling van de gezondheid.<sup>544</sup> Een zaak tegen een alternatief genezer, die met zijn apparatuur brandwonden veroorzaakte bij een patiënt, werd afgedaan op grond van art. 300 Wetboek van Strafrecht, mishandeling.<sup>545</sup>

#### *Medisch Expertisecentrum*

Begin 2000 vroegen kamerleden de aandacht van de minister van justitie voor het in hun ogen onvoldoende doortastend optreden van het OM bij een aantal zaken waarin medisch onzorgvuldig was gehandeld, met name door alternatieve behandelaars. De minister trof vervolgens enkele maatregelen ter verbetering van de aanpak van aangiften ter zake. Zo is een landelijk Expertisecentrum Medische Zaken opgericht, ondergebracht bij het parket

<sup>539</sup> Hubben 1984, p. 52.

<sup>540</sup> Dit artikel stelt strafbaar het uitoefenen van een beroep waarvoor de wet toelating vordert en kan worden gebruikt om aperte onkunde van onbevoegden te vervolgen.

<sup>541</sup> Beets 1989, p. 70.

<sup>542</sup> Biesart en Verbogt, 1993. Auteurs vonden in hun onderzoek naar jurisprudentie over verpleegkundigen in de periode 1950-1992 slechts 12 strafzaken, waarvan er 7 ook bij Beets 1989 worden vermeld; zie ook: Gevers 1998, p. 278; Smeehuizen 2000, p. 362-374.

<sup>543</sup> Cleiren/Nijboer, Tekst en Commentaar Strafrecht, 2000, p. 774.

<sup>544</sup> Rb. Amsterdam 20 december 2001, Parketnr. 13/010450-00.

<sup>545</sup> Bron: Medisch Expertisecentrum.

in Rotterdam.<sup>546</sup> Dit richt zich op de ondersteuning van alle parketten bij de behandeling van medische zaken. Uit een inventarisatie van het OM blijkt, aldus de minister, dat 'nagenoeg ieder parket een officier van justitie heeft aangewezen, die belast is met de behandeling van medische zaken'.

#### 4.7.2 **Strafbepalingen: algemene opmerkingen**

De strafrechtelijke mogelijkheden van de Wet BIG blijken niet of nauwelijks te worden gebruikt. Uit informatie van het Medisch Expertisecentrum bleek dat in de periode mei 1997 – mei 2002 bij 9 (van de 19) rechtbanken geen zaken aanhangig zijn gemaakt op basis van de Wet BIG; bij één rechtbank was één strafzaak aangebracht, terwijl van de overige rechtbanken geen gegevens bekend bleken te zijn.

Medische zaken worden relatief vaak geseponeerd. Aantallen zijn niet bekend omdat registratie in de Justitiële Documentatie niet plaatsvindt als vervolging niet opportuun wordt geacht vanwege mogelijke nadelige effecten voor de beroepsbeoefenaar in kwestie. Redenen voor sepot zijn: bewijsproblemen met betrekking tot causaliteit en culpa lata (grove schuld) evenals het vaak groot aantal betrokkenen (medisch team). Wel is er een overleg tussen het College van Procureurs Generaal en de IGZ, maar dat heeft tot nu toe geen duidelijk sturende werking op het vervolgingsbeleid gehad. Van de zijde van de IGZ wordt benadrukt dat, ook voor zover de strafrechtelijke weg wordt benut, er veel tijd mee gemoeid is voordat (eventueel na hoger beroep en cassatie) sprake is van een onherroepelijke rechterlijke beslissing. Het wetsvoorstel Voorlopige Maatregel (zie paragraaf 4.7.3) wordt door de IGZ daarom met instemming begroet. De IGZ is van mening dat meer toezicht nodig is op alternatieve behandelaars, maar zegt daar voorsnog onvoldoende capaciteit voor te hebben.

Ook in de literatuur wordt geconcludeerd dat het strafrecht soms onvoldoende werkt als (repressief) correctiemechanisme.<sup>547</sup> Roscam Abbing heeft aangegeven het als wettelijke plicht van de overheid te zien om het publiek directer te beschermen. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door wijziging van art. 40 Wet BIG<sup>548</sup> (nu alleen geldend als gekwalificeerden een alternatieve behandeling geven, niet als ongekwalificeerden dat doen) of van de Kwaliteitswet zorginstellingen of door het treffen van andere maatregelen. 'Dit laatste zelfs indien het afbreuk zou doen aan het in de Wet BIG neergelegde beginsel van gedeeltelijke opheffing van het verbod van onbevoegde uitoefening van de geneeskunst. Het alternatieve veld kan dergelijke overheidsbemoeienis voorkomen door zelf orde op zaken te stellen', aldus Roscam Abbing (zie ook paragraaf 4.2.1.3)

#### 4.7.3 **(Aanmerkelijke kans op) schade: artikel 96**

Het is de bedoeling van de wetgever om handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg 'in ruime zin' onder art. 96 Wet BIG te laten vallen. In de jurisprudentie tekent zich echter een beperking af van het begrip individuele gezondheidszorg, die niet in overeenstemming is met deze bedoeling van de wetgever. Bepalend voor het antwoord op de vraag of aan een vertrouwensarts het verschoningsrecht (art. 88) toekomt, oordeelde de Hoge Raad of de arts handelingen verrichtte op het gebied van de individuele gezondheidszorg, als bedoeld in art. 1.<sup>549</sup> Die vraag beantwoordde de Hoge Raad ontkenkend, aangezien de vertrouwensarts geen therapeutische relatie had met betrokkene (zus en broer van melder van incest). Om die reden kon de vertrouwensarts zich niet beroepen

<sup>546</sup> Sinds 1 oktober 2001 operationeel.

<sup>547</sup> Roscam Abbing 1994, p. 287-289.

<sup>548</sup> Op basis van art. 40 jo art. 87a Wet BIG kan tegen gekwalificeerde beroepsbeoefenaren preventief worden opgetreden. Het artikel geeft de IGZ de bevoegdheid tot het geven van een bevel.

<sup>549</sup> HR 15 oktober 1999, Rechtspraak van de Week 1999, 141, JOL 1999, 68, nt FvW.



op het verschoningsrecht. In een noot bij het arrest wordt opgemerkt dat de zwijgplicht niet alleen betrekking heeft op de therapeutische relatie tussen arts en patiënt maar ook op preventieve activiteiten, medische beoordelingen, keuringen, wetenschappelijk onderzoek etc.<sup>550</sup>

De omvang van de problematiek in kwantitatieve zin valt niet goed te omlijnen. Een indicatie voor die omvang is het feit dat slechts enkele incidentele gebeurtenissen de afgelopen jaren de media hebben bereikt.<sup>551</sup> Duidelijk is dat ook de delictsomschrijving van art. 96 Wet BIG niet of nauwelijks een rol speelt in het kader van het vervolgingsbeleid van het OM. In de literatuur wordt algemeen geconstateerd dat van enig effect van deze strafbepaling niet is gebleken.<sup>552</sup> Er moet sprake zijn van schuld, maar aan welke norm moet het OM het handelen van ongekwalificeerden meten? Sluijters heeft aangegeven dat de eisen niet op eenzelfde -hoge- niveau mogen liggen als de eisen die worden gesteld aan de in de wet geregelde beroepen. Daarmee zou de Wet BIG in haar hart (ruimte voor ongekwalificeerden) worden aangetast. Het verweer van een alternatieve behandelaar zou kunnen zijn: ik hoef niet meer te weten dan de gemiddelde burger.<sup>553</sup>

Ook in de zaak van macrobioot N., is niet overtreding van art. 96 Wetboek van Strafrecht maar art. 300 lid 4 Wetboek van Strafrecht ten laste gelegd.<sup>554</sup> De rechtbank veroordeelde hem tot zes maanden voorwaardelijke gevangenisstraf en een boete van f 5000, wegens 'opzettelijke benadeling van de gezondheid' (art. 300 lid 4 Wetboek van Strafrecht). De opzet bestond uit het bewust aanvaarden van de niet te verwaarlozen kans op verslechtering van de toestand van de patiënt. De rechtbank achtte bewezen voorwaardelijk opzet tot benadeling van de gezondheid van een patiënte met baarmoederhalskanker; de macrobioot had de vrouw onvoldoende gewezen op de beperkingen van de macrobiotiek. Patiënte vertrouwde op zijn advies en zag af van behandeling in de reguliere zorg. De rechtbank oordeelde dat op N. een bijzondere zorgplicht rustte, dit wil zeggen dat hij patiënte had moeten informeren over de noodzaak om naast de macrobiotiek ook een reguliere behandeling te ondergaan. In een andere geruchtmakende zaak van een patiënte, die overleed aan de gevolgen van borstkanker, zou gebedsgenezers J. tegen de vrouw hebben gezegd dat ze geen kanker had. Dit leidde (tot nu toe) niet tot vervolging van J. Wel stelde de IGZ een onderzoek in.

Teneinde de patiënt meer bescherming te bieden gaan periodiek -in reactie op incidentenstemmen op om effectieve instrumenten in de wet op te nemen zodat in een vroegtijdig stadium maatregelen kunnen worden getroffen tegen potentieel schadelijke alternatieve behandelaars. Een probleem met betrekking tot art. 96 is, zoals opgemerkt, dat strafrechtelijke vervolging er niet zonder meer toe leidt dat tijdens de vervolging de handelingen, met het oog waarop vervolging is ingesteld, kunnen worden beëindigd. Hierover zijn in het parlement vragen gesteld.<sup>555</sup> Kamerleden meenden dat er behoefte was aan een vergroting van de mogelijkheden om effectief op te treden tegen alternatieve behandelaars.

In april 2001 leidde dit tot het wetsvoorstel Voorlopige Maatregel.<sup>556</sup> Het voegt twee bepalingen toe aan art. 96 ( art. 96 a en art. 96 b) en bevat tevens een uitbreiding van art.

<sup>550</sup> Noot van Van Wijmen F. In dezelfde zin Leenen 2000, p. 221.

<sup>551</sup> In gelijke zin de minister tijdens de algemene beraadslaging over het Wetsvoorstel Voorlopige maatregel, *Handelingen II*, 20 maart 2002, 58, p. 3984: sinds 1997 enkele zaken aanhangig gemaakt, twee rechtszaken (Zaak N. en S.M.)

<sup>552</sup> Sluijters 2001, p. 29-36.

<sup>553</sup> Sluijters 2001, p. 31.

<sup>554</sup> Rb. Amsterdam 20 december 2001, parketnr. 13/010450-00.

<sup>555</sup> *Handelingen II*, 1998/99, nr. 336, aanhangsel

<sup>556</sup> *Kamerstukken II* 2000/01, 27 669 nrs.1-12. *Kamerstukken I* 2001/02 27 669, nrs. 366, 366a en 366b. *Handelingen II*, 20 maart 2002, 58, p. 3970, 3997.

98 met een tweede lid. In het voorstel wordt voor het Openbaar Ministerie de mogelijkheid geopend om voorafgaand aan (art. 96a lid 1) of gedurende (art. 96 a lid 2) een strafvervolging aan de verdachte een voorlopige maatregel op te leggen, bestaande uit een bevel zich van bepaalde handelingen te onthouden. In dat kader zijn criteria ontwikkeld op basis waarvan overtreding van art. 96 kan worden vastgesteld. Naast de wettelijke criteria (ernstige bezwaren tegen de verdachte, het belang van de bescherming van de volksgezondheid, dringend vereist) zijn dat: het ontbreken van communicatie met het reguliere circuit, het interveniëren in reguliere behandelingen en onjuiste of misleidende voorlichting.<sup>557</sup> De Raad van State adviseerde niet positief over het voorstel omdat hij, bij gemis aan een passage daarover in de wetstoelichting, twijfels uitte over de noodzaak en opportuniteit van het voorstel.<sup>558</sup> In reactie hierop heeft de minister de wetstoelichting aangevuld. Zij achtte het niet verantwoord om, teneinde de noodzaak van het wetsvoorstel aan te tonen, veel zaken (zoals van de iatrosoof in Den Haag) af te wachten.<sup>559</sup> Aan een andere bedenking van de Raad is tegemoetgekomen door een wijzigingsvoorstel, waardoor het mogelijk wordt tegen een bevel van de officier van justitie in beroep te komen bij de rechter. Op 9 juli 2002 was de openbare behandeling door de Tweede Kamer voldoende voorbereid<sup>560</sup>. Voor de eerder genoemde paradox van de BIG -aan de beoefenaar van een wettelijk geregeld beroep kan wél een verbod worden opgelegd, om schade te voorkomen waar die dreigt te ontstaan, aan een beoefenaar van een niet wettelijk geregeld beroep niet- kan op die wijze in de wet een oplossing gevonden worden.

#### 4.7.4 Overige strafbepalingen: artikelen 97-100

Vervolging van zelfstandig bevoegde en niet-zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaren wegens overtreding van de artikelen 35 en 38 Wet BIG, strafbaar gesteld in art. 97, heeft, voor zover kon worden nagegaan, niet plaatsgevonden. Voor vervolging moet overigens worden vastgesteld of opdrachtgever en -nemer al dan niet binnen de globale kaders van de artikelen 35 en 38 hebben gehandeld, of sprake was van een opdracht en de opdrachtnemer voldoende bekwaam was. Ofschoon de wet het mogelijk maakt ook tot vervolging over te gaan als geen sprake is van nadelige gevolgen voor de patiënt, is de vraag wie daartoe het initiatief neemt.

Vervolging vanwege het niet naleven van beperkingen en voorwaarden door geregistreerden (art. 98) heeft niet plaatsgevonden. Kennelijk is krachtens deze bepaling alleen strafbaar het niet naleven van beperkingen die zijn opgelegd in het kader van een gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid om, in het register ingeschreven staande, het beroep uit te oefenen (art. 48 lid 1 sub e en art. 80 lid 1 sub b). Het niet naleven van de voorwaarden die in het kader van een schorsing van de inschrijving in het register zijn opgelegd, is hier niet strafbaar gesteld.

Art. 99, dat strafbaar stelt het voeren van een titel na schorsing of doorhaling, heeft -voor zover bekend- niet tot strafvervolging geleid. Art. 100 stelt strafbaar het ten onrechte voeren van een titel in alle andere gevallen dan art. 99. Het parket bij één rechtbank meldde, dat twee artsen zich ten onrechte niet hadden ingeschreven in het BIG-register. In beide zaken werd vervolging niet meer opportuun geacht, toen de IGZ betrokkenen alsnog wist te bewegen om zich in te schrijven. De IGZ is van mening dat bestuursrechtelijke handhaving in plaats van strafrechtelijke, beter hanteerbaar zou zijn.

<sup>557</sup> Kamerstukken I 2001/02, 27 669, nr. 366a, p. 1; *Handelingen II*, 20 maart 2002, 58, p. 3984

<sup>558</sup> Kamerstukken II 2000/01, 27 669, A, p. 1

<sup>559</sup> Kamerstukken II 2000/01, 27 669, A, p. 2

<sup>560</sup> Kamerstukken I 2001/02, 27 669, nr. 366b.

# 5

## De Wet BIG voldoende effectief?

### 5.1 Inleiding

Informatie over het functioneren van de Wet BIG is verkregen via vragenlijstenonderzoek (bij burgers, beroepsbeoefenaren, instellingen, leden van tuchtcolleges en advocaten) en daarnaast via onderzoek van literatuur en jurisprudentie, reacties van organisaties en koepels, en gesprekken met instanties (zoals de IGZ). In het eerste geval gaat het vooral om informatie over hoe de wet in de praktijk uitwerkt vanuit het perspectief van burgers, individuele beroepsbeoefenaren en instellingen, leden van tuchtcolleges en advocaten; in het andere geval mede om informatie die op het wettelijk instrumentarium is gericht vanuit het perspectief van actoren die zich meer op het beleid richten. Beide soorten informatie vullen elkaar aan en zijn nodig om een vollediger beeld van het functioneren van de wettelijke regeling te kunnen schetsen. Hieronder worden de bevindingen weergegeven die de samenhangende analyse van de informatie uit beide soorten bronnen oplevert. Vervolgens worden op basis daarvan knelpunten (incl. lacunes en verbeterpunten) aangegeven en worden voorstellen gedaan.

Na het systeem van de Wet BIG als zodanig en enkele daaraan gerelateerde algemene onderwerpen, komen aan de orde constitutieve registratie en titelbescherming, internationale aspecten, voorbehouden handelingen, artikel 40, tuchtrecht, maatregelen wegens ongeschiktheid en strafbepalingen. In de diverse onderdelen wordt -voor zover relevant- ook een verband gelegd met overige wetgeving die in relatie tot de werking van de Wet BIG in de praktijk een duidelijke functie heeft, met EG-regelgeving en met de situatie in andere (voornamelijk Europese) landen. Bij dit geheel past de kanttekening dat de evaluatie van de Wet BIG heeft plaatsgevonden in een periode dat de (opleidingen voor) beroepen in de individuele gezondheidszorg sterk in beweging zijn. Daarmee is in die zin rekening gehouden dat er naar is gestreefd de evaluatie ook enige prospectieve waarde te geven.

Bij deze conclusies moeten nog enige kanttekeningen worden gemaakt voor wat betreft het empirisch onderzoeksdeel. Een voormeting (zgn. 0-meting) heeft niet plaatsgevonden, waardoor een 'voor-na' vergelijking van de Wet BIG niet of slechts in beperkte mate mogelijk was. Ook was er geen controlesituatie, zodat niet met zekerheid is vast te stellen in hoeverre de Wet BIG heeft bijgedragen aan de waargenomen veranderingen (zgn. 'met-zonder' vergelijking).

## 5.2 **Systeem van de Wet BIG, constitutieve registratie en titelbescherming**

### 5.2.1 **Systeem van de Wet BIG**

#### 5.2.1.1 **Bevindingen**

##### **Voorlichting**

In zijn algemeenheid wordt in de literatuur als positief ervaren dat alle beroepen in een wettelijk systeem zijn samengebracht en dat door opheffing van het algehele verbod tot uitoefening van de geneeskunst ruimte is gecreëerd voor keuzevrijheid. Tegelijkertijd is gewezen op het feit dat de regeling gecompliceerd en onevenwichtig in elkaar steekt, met een combinatie van gedetailleerde bepalingen en bepalingen die aanzetten tot zelfregulering. Als reden hiervoor wordt aangegeven dat de Wet BIG duidelijk de sporen draagt van een lang voorbereidingsproces en wisselende visies op de taak van de overheid. Zo heeft het kwaliteitselement in de wet in de loop van de tijd meer gewicht gekregen. Het groot aantal in de wet verplicht gestelde, dan wel optionele uitvoeringsregelingen (AMvB's) is een ander nogal eens geuit punt van kritiek.

Het feit dat de Wet BIG de nodige garanties biedt voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt overwegend positief gewaardeerd door de organisaties die beroepen representeren die onder de wet vallen.<sup>561</sup> De wet heeft de daaronder vallende beroepen aangezet tot bevordering en bewaking van kwaliteit van zorg. De kwaliteitsstimulans van de wet geldt overigens niet voor iedere beroepsgroep in gelijke mate en is niet terug te vinden in de wijze waarop patiënten de kwaliteit van zorg ervaren. Tegenover de positieve opvattingen over de potentiële bijdrage aan kwaliteit van zorg die van de Wet BIG uit gaat, staat wel dat kennis over inhoud en doel van de wet nogal eens ontbreekt. In het verlengde hiervan kan de opmerking gezien worden dat de Wet BIG primair zou leven binnen de ziekenhuismuren en minder bij andere instellingen. (Potentiële) patiënten, de uiteindelijke doelgroep van het beschermingsoogmerk van de wet, hebben zo blijkt uit het vragenlijstenonderzoek onder burgers en schriftelijke reacties, onvoldoende zicht op hetgeen de wet inhoudt, wat het doel daarvan is en welke precies de functie is van beschermde titels (art. 3, art. 34). Kennis over het bestaan van het BIG-register lijkt evenmin groot. Weliswaar heeft voorlichting vanuit de overheid richting organisaties van hulpverleners, hulpverlenende instanties en wettelijke ziektekostenverzekeraars plaatsgevonden, maar niet aan het publiek. De gedachte was destijds dat via deze indirecte weg de ook de patiënt voldoende geïnformeerd zou raken. Voorlichting aan patiënten is onderdeel van de professionele verplichtingen, maar alleen voorlichting door beroepsorganisaties wordt niet als een oplossing gezien.

##### **Bevoegdheid, deskundigheid, bekwaamheid**

Het in het kader van de wet omschreven deskundigheidsterrein van de desbetreffende titelgerechtigde vormt een van de garanties in de Wet BIG. De opleiding, de titel en het deskundigheidsgebied zijn onlosmakelijk aan elkaar verbonden. Het deskundigheidsgebied als omschreven vormt voor de hulpverlener een kader voor diens handelen. Ook als de afgrenzing van de respectievelijke deskundigheidsgebieden niet altijd helder is en overlappingen voorkomen, geeft dit -aldus de verantwoordelijke bewindspersonen- toch een zekere indicatie over hetgeen de patiënt kan verwachten van de hulpverlener. Een cruciale rol in de toepassingspraktijk van de Wet BIG speelt echter met name de be-

<sup>561</sup> De geluiden over de kwaliteit van handelen op het terrein van de individuele gezondheidszorg door behandelaars die buiten de reikwijdte van de wet vallen (alternatieve behandelaars) zijn kritisch, zie hierna onder regulier versus alternatief.

kwaamheidseis. Spijst de Wet BIG zich toe op bekwaamheid voor het verrichten van voorbehouden handelingen, daarnaast speelt, zo wordt in de literatuur algemeen onderschreven, bekwaamheid ook een rol voor de handelingen die niet voorbehouden zijn, maar wel behoren bij het terrein van deskundigheid. Dit vloeit voort uit art. 40 Wet BIG, art. 2 Kwaliteitswet zorginstellingen, de professionele standaard en goed hulpverlenerschap uit hoofde van de WGBO, alsmede het vertrouwensbeginsel dat ten grondslag ligt aan de Wet BIG. De patiënt moet er op kunnen vertrouwen dat de verantwoordelijkheid voor handelingen op het terrein van de geneeskunst door daartoe wettelijk bevoegden berust bij diegenen die daartoe bekwaam zijn, zo valt ook op te maken uit de tuchtspraak. Bekwaamheid is met andere woorden een voorwaarde om zelfstandig een BIG-gereguleerd beroep te kunnen uitoefenen. De strafbepaling van art. 96 is niet van toepassing indien een art. 3- of art. 34-beroepsbeoefenaar zonder bekwaam te zijn binnen het deskundigheidsterrein (aanmerkelijke kans op) schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt.

Met name de eis van bekwaamheid wordt nogal eens als lastig ervaren, zo valt op te maken uit de schriftelijke reacties van diverse instanties. Anderzijds heeft juist de eis van bekwaamheid er toe geleid, met name bij verpleegkundigen, dat meer wordt nagedacht over de eigen verantwoordelijkheid en dat meer schriftelijke procedures tot stand zijn gekomen. Voor het handelen door de basisarts zijn ook de nodige procedures en protocollen tot stand gekomen, mede op instigatie van de tuchtrechter. Geeft het basisberoep formeel bevoegdheid voor het gehele deskundigheidsterrein van de arts (verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst), de bekwaamheid zelfstandig de geneeskunde uit te oefenen moet in de praktijk nog verworven worden. Dit gebeurt door te werken onder supervisie en via vervolgopleiding. In de praktijk is het basisberoep toegespitst op veel voorkomende verrichtingen en moet de bekwaamheidseis voor de rest van het terrein bescherming aan de patiënt bieden tegen onoordeelkundig handelen. In de literatuur worden vraagtekens geplaatst bij de positie van de (basis)arts in art. 3 Wet BIG. Uit de jurisprudentie en de schriftelijke reacties komen signalen naar voren van risicovolle praktijken, onder andere in privé-klinieken en bij arts-alternatieve behandelaars. Met de in gang gezette vernieuwingen in de medische opleiding zal de huidige koppeling van de registratie van de (basis)arts aan de zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van handelingen op het gehele terrein van de geneeskunst evenzeer ter discussie komen. De dynamische ontwikkelingen in de beroepenstructuur en beroepsuitoefening en vernieuwingen in opleidingen zijn zonder meer niet zonder gevolgen voor systeem en uitvoering van de Wet BIG.

Een Raad voor de beroepen in de individuele gezondheidszorg die moest adviseren over BIG-gerelateerde vraagstukken en zeker nu een zeer nuttige rol zou hebben, was een kort leven beschoren. De taken zijn ondergebracht in de algemene RVZ.

### **Regulier versus alternatief**

Het beperkte beroepsmonopolie in de Wet BIG brengt onder andere met zich mee dat patiënten die een voorkeur hebben voor alternatieve behandelmethoden zich kunnen wenden tot een niet BIG-gekwalificeerd hulpverlener zonder dat deze laatste direct een strafsanctie boven het hoofd hangt. De Wet BIG is vrijwel uitsluitend gericht op de in dat kader gereguleerde beroepen. De bescherming die de patiënt in de wet wordt geboden jegens niet BIG-gereguleerde beroepsbeoefenaren is alleen te vinden in de regeling voorbehouden handelingen en in strafbepalingen.<sup>562</sup> Met name de strafbepaling in art. 96 gericht op het buiten noodzaak (aanmerkelijke kans op) schade veroorzaken is van belang. Dat speelt bijvoorbeeld als communicatie met het reguliere circuit ontbreekt of

<sup>562</sup> Dit behoudens een bevelsmogelijkheid via de officier van justitie.

wordt geïnterventieerd in reguliere behandelingen.<sup>563</sup> Gelet op de werkingssfeer van de Wet BIG valt hier tevens onder (kans op) schade veroorzaakt door het geven van een onjuist advies. Voorts is art. 97 van belang (strafbaarstelling van overtreding van het verbod tot het verrichten van voorbehouden handelingen door niet daartoe bevoegde). Daarnaast zijn de algemene regels van het civiele- en strafrecht van toepassing. In de literatuur is een pleidooi te vinden om de wet zo te wijzigen dat aan een niet BIG-gereguleerde behandelaar een bevel ex art. 87a kan worden gegeven indien geen verantwoorde zorg in de zin van art. 40 wordt geboden (zie paragraaf 4.2.1.3). Overigens kiezen patiënten in de praktijk ook voor een BIG-gekwalificeerd hulpverlener die zich -al dan niet volledig- toelegt op alternatieve methoden. Dan zijn de (preventieve, beschermende) regels van de Wet BIG van toepassing, met inbegrip van de bevelsmogelijkheid van art. 87a.

Uit het vragenlijstenonderzoek onder burgers blijkt dat deze hechten aan vorenbedoelde keuzevrijheid. Wel geeft een meerderheid van hen tegelijkertijd aan de kwaliteit van alternatieve behandelwijzen niet te kunnen beoordelen, een kennelijke reden waarom meer overheidscontrole en invoering van een kwaliteitskenmerk wordt bepleit. Is internet als zodanig een instrument ter ondersteuning van de keuzevrijheid van de burger, voor het verkrijgen van gezondheidsinformatie in het algemeen is het niet zonder risico. Dit geldt in het bijzonder als het gaat om aanbod op internet door alternatieve behandelaars, zo blijkt ook uit ervaring in de Verenigde Staten.<sup>564</sup>

Ook in de schriftelijke reacties speelt het kwaliteitsaspect een belangrijke rol. Zo overweegt het oordeel dat, nu de wet zich uitsluitend richt tot gekwalificeerden, de balans teveel is doorgeschooten naar de keuzevrijheid van de burger ten nadele van diens bescherming. Het schort aan waarborgen voor kwaliteit van zorg, voorlichting en communicatie met reguliere hulpverleners, controle van de overheid op niet reguliere (alternatieve) behandelaars en vervolging door het OM. De kring van georganiseerde patiënten op het gebied van alternatieve geneeswijzen heeft zich evenzeer kritisch uitgelaten over de bescherming voor de zorgvrager die afhankelijkheid is van de beroepsvereniging. In het systeem is strafrecht een te zwaar instrument, de IGZ afzijdig. Diagnose, indicatiestelling en behandeling voor ernstige ziekten vinden plaats door niet artsen, waar medisch specialistische bemoeienis op zijn plaats zou zijn. Met name acupunctuur wordt genoemd als een riskante behandelmethodes indien niet door gespecialiseerde artsen toegepast. In de literatuur wordt het wel als een anomalie beschouwd dat gekwalificeerden meer dan ongekwalificeerden kunnen worden aangepakt (bijvoorbeeld via tuchtrecht en een bevel van de IGZ) en zijn pleidooien te vinden betere bescherming van de patiënt tegen ongekwalificeerde (niet BIG-gereguleerde) behandelaars.

De verantwoordelijke bewindslieden wijzen er op dat het de burger vrij staat te kiezen voor alternatieve behandelmethoden, alleen bij een beroep op het 'reguliere' circuit mag de patiënt kwaliteitswaarborgen verwachten.<sup>565</sup> Kwaliteitswaarborgen voor de alternatieve sector wordt gezien als de primaire verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen en niet van de overheid. Preventie van onverantwoorde praktijken wordt primair gezocht in het stimuleren en ondersteunen van zelfregulering. Vooralsnog worden daarnaast de mogelijkheden preventief (via de nieuwe maatregel van een bevel) en repressief (strafbepalingen) in te grijpen als voldoende beschouwd.

De omvang van de problematiek is overigens moeilijk in te schatten. Slechts enkele saillante casussen hebben de pers bereikt en zijn aanleiding geweest voor vervolging. Informatie over aard en aantal van kwesties die in principe wel voor strafrechtelijk respec-

<sup>563</sup> *Kamerstukken II 2000/01, 27 669, A, p. 2.*

<sup>564</sup> *White house commission on complementary and alternative medicine Policy, Washington, 2002.*

<sup>565</sup> *Kamerstukken II 2001/2002, 27 669, nr. 5, p. 1*

tievelijk tuchtrechtelijk (BIG-titelgerechtigden die alternatieve geneeswijze uitoefenen) optreden in aanmerking zouden komen, maar waar dat niet is gebeurd, ontbreekt. Het lijkt er op dat in dit opzicht in de huidige situatie weinig is veranderd ten opzichte van de gedoogsituatie van voor de Wet BIG.

Wat in positieve zin door de wet is veranderd zijn de inspanningen van het alternatieve veld om de kwaliteit in eigen kring te bevorderen en bewaken, op dezelfde manier als binnen de reguliere sector gebruikelijk is. Hoewel al vanaf 1990 in gang gezet, heeft het sinds 1997 door de overheid geëntameerde stimuleringsbeleid hier een extra impuls aan gegeven. Dit met inschakeling van het CBO (professionele ondersteuning),<sup>566</sup> activiteiten van het Nivel (in kaart brengen kwaliteitsbeleid en volgen daarvan voor een aantal jaren), en de Consumentenbond (periodieke toets van stand van zaken). Meerdere verzekeraars schenken aandacht aan de resultaten van die toetsing bij hun contracteerbeleid. De georganiseerde patiënten alternatieve geneeswijzen (LOPAG) spannen zich ook al geruime tijd actief in voor verbetering van de situatie, onder meer door het formuleren van criteria beroepsuitoefening alternatieve gezondheidszorg.

### **5.2.1.2 Knelpunten**

#### **Voorlichting**

De voorlichting over de Wet BIG door de overheid gericht op het veld van de gezondheidszorg heeft binnen de kringen van beroepsbeoefenaren vruchten afgeworpen, ook voor wat betreft kwaliteitsinspanningen die in het kader van de wet van het veld worden verlangd. Dit neemt niet weg dat uit het vragenlijstenonderzoek wel kennislacunes naar voren zijn gekomen. Het betreft onder andere de vraag wie bevoegd is op eigen initiatief voorbehouden handelingen te verrichten en de betekenis van art. 34 van de wet. Bovendien is voorlichting aan het veld van beroepsbeoefenaren als zodanig onvoldoende om de burger de betekenis van registratie en titelvoering uit hoofde van de Wet BIG over te brengen. Het ontbreken van op de (toekomstige) patiënten toegespitste voorlichting verklaart de kennislacune van burgers over de verschillende onderdelen van de Wet BIG die uit het vragenlijstenonderzoek naar voren is gekomen. Vanwege het in de wet vervatte systeem van een beperkt monopolie en (opleidings)titelbescherming is dit een tekortkoming. Dit systeem geeft bepaalde garanties voor verantwoorde hulpverlening door onder de Wet BIG vallende beroepsgroepen. Die zijn er niet in die mate en op die wijze indien handelingen op het terrein van de individuele gezondheidszorg worden verricht door hulpverleners die vallen buiten het bereik van de Wet BIG. Dit systeem vergt goede voorlichting en informatie aan de burger om deze in staat te stellen verantwoord te kunnen kiezen tussen reguliere of alternatieve (niet BIG-gekwaliceerde) behandelaars. Ook over de wijze waarop kan worden nagegaan of de behandelaar terecht een (opleidings)titel voert. Met name bij de art. 34-beroepen is het van belang informatie te geven over het feit dat dit laatste enkel kan worden nagegaan indien de desbetreffende beroepsgroep zich heeft aangesloten bij het Kwaliteitsregister Paramedici.

#### **Bevoegdheid, deskundigheid, bekwaamheid**

Het is de vraag of de relatie tussen de zelfstandige bevoegdheid van de basisarts op het gehele terrein van de geneeskunst en diens feitelijke bekwaamheid nog wel in zodanige mate voldoende de feitelijke situatie weerspiegelt dat dit geen afbreuk doet aan het beschermingsdoel van de wet. Weliswaar wordt diens handelen in de praktijk ingekaderd (supervisie, vervolgopleiding), anderzijds zijn er situaties gebleken waarin verantwoorde

<sup>566</sup> Project Ondersteuning Kwaliteitszorg Alternatieve Behandelwijzen, OKAB.

zorg niet gegarandeerd was. Zeker tegenwoordig betekent het behalen van het artsdiploma geen eindpunt meer en is een vervolgopleiding nodig om de geneeskunde zelfstandig uit te oefenen. Daar komt bij dat de medische opleiding binnenkort niet onaanzienlijke veranderingen zal ondergaan. Het is dan ook uit een oogpunt van verantwoorde zorg zeer de vraag of het argument voor handhaving van registratie als arts dat destijds door de regering is gehanteerd, namelijk dat niet iedere basisarts die op het terrein van de geneeskunst actief is in een opleidings- en toezichtssituatie werkzaam is, nog wel valide is. Ook bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen, met name een tekort aan voldoende bekwame artsen, introductie van marktwerking in de gezondheidszorg en het ziektekostenstelsel, met als risico dat minder zwaar zal worden getild aan kwalificaties en bekwaamheid, pleiten voor een meer op de werkelijkheid afgestemde wettelijke normering. Dit om te voorkomen dat patiënten in specifieke situaties niet verzekerd zijn van professioneel verantwoorde behandeling. Ook het feit dat de strafbepaling van art. 96 niet van toepassing is indien wordt gehandeld binnen het deskundigheidsterrein, kan bij bekwaamheid op een steeds kleiner deel van het deskundigheidsterrein als een lacune worden aangemerkt.

Ook al legt de wetgever grote nadruk op zelfdiscipline bij de beroepsuitoefening en op zelfregulering door de beroepsgroepen, het is in het belang van de patiënt de professionele verantwoordelijkheid, de professionele inhoudelijke herschikking van taken (herverkaveling van domeinen) en de overige ontwikkelingen in de beroepsuitoefening ook juridisch voldoende tot uitdrukking te brengen. Het zou van een onjuiste wetsopvatting getuigen indien kwaliteitswaarborgen voor structurele veranderingen in de beroepsuitoefening en de beroepenstructuur enkel zouden moeten worden gevonden via toepassing van art. 40 Wet BIG of de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Het terrein van de individuele gezondheidszorg is sterk in beweging. Het ontbreken van een permanente Raad voor de beroepen in de individuele gezondheidszorg om de veranderingen en de consequenties voor de Wet BIG inhoudelijk te kunnen begeleiden kan dan ook als een aanmerkelijk gemis worden aangemerkt. Ook de toenemende complexiteit van BIG gerelateerde vraagstukken doet de behoefte aan een afzonderlijk gremium op het terrein van de beroepen in de individuele gezondheidszorg groter worden.

### **Regulier versus alternatief**

Alternatieve behandelmethoden zijn niet weg te denken uit het maatschappelijk leven. Het beroep op die methoden neemt in snel tempo toe, mede door de multiculturele samenleving. Zo zelfs dat de WHO een 'strategie voor traditionele geneeskunde' heeft opgesteld.<sup>567</sup>

De vraag of het zelfregulerende vermogen van het complementaire/alternatieve veld voldoende is om de patiënt de benodigde bescherming te bieden, dan wel dat een preventief instrumentarium de voorkeur zou hebben keert op gezette tijden terug. Met name de Tweede Kamer heeft zich kritisch opgesteld ten aanzien van de terughoudende opstelling van de overheid.<sup>568</sup>

Is uit het onderzoek in zijn algemeenheid al gebleken dat voorlichting aan het publiek over achtergrond en strekking van de Wet BIG een zwak punt is, dit geldt temeer waar het betreft voorlichting over de Wet BIG in relatie tot het alternatieve behandelveld. Hoewel in principe niet uitgesloten vanwege het neutrale systeem van opleidingen en titels, heeft erkenning van een (opleiding tot een) alternatief beroep in het kader van de

<sup>567</sup> World Health Organisation, National policy on traditional medicine and complementary/alternative medicine, Geneve, 2002.

<sup>568</sup> Recent tijdens de behandeling van wetsvoorstel wijziging van de Wet BIG (voorlopige maatregel), *Handelingen II*, 20 maart 2002, 58, p. 3970-3998.



Wet BIG niet plaatsgevonden.<sup>569</sup> Dit geldt evenzeer voor specialismen die erkenning of aanwijzing zouden kunnen krijgen via het ex art. 14 Wet BIG ingestelde opleidingscollege.<sup>570</sup>

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

Voor kwaliteitsbewaking van alternatieve hulpverlening in instellingsverband biedt de Kwaliteitswet zorginstellingen momenteel evenmin soelaas. De werkingssfeer van die wet is primair georiënteerd op zorg als omschreven bij of krachtens de Ziekenfondswet of AWBZ, in welk kader het gebruikelijkheids criterium leidraad is. Tot nu toe is geen gebruik gemaakt van de mogelijkheid die de Kwaliteitswet zorginstellingen biedt om de werkingssfeer bij AMvB uit te breiden tot instellingen die zich toeleggen op alternatieve methoden. Om dezelfde redenen is de Wet klachtrecht evenmin van toepassing. De WGBO speelt weliswaar ook wel een rol, maar een civiele procedure aanspannen wegens het niet voldoen aan de professionele standaard is niet iets waar men snel toe over gaat. De patiënt die bij een BIG-gekwalficeerde alternatieve behandeling zoekt (art. 3 of art. 34) loopt daarentegen in principe minder risico. Het gaat om een niet onaanzienlijke groep (ongeveer een derde van de 10.000 georganiseerde beroepsbeoefenaars, aldus het Nivel). Niet alleen de strafbepalingen van de artikelen 96 en 97 zijn van toepassing, maar ook art. 40 van de wet (en in aansluiting daarop de bevelsmogelijkheid art. 87a), ook al is de werking daarvan relatief.<sup>571</sup> Wel zal, zeker bij voltijdse alternatieve praktijk, het wettelijk bepaalde -reguliere- deskundigheidsgebied wegens gebrek aan 'onderhoud' aan de kant van de hulpverlener, de patiënt -anders dan daarmee is beoogd<sup>572</sup>- in de praktijk geen houvast kunnen geven omtrent hetgeen wel en niet verwacht mag worden van betrokkene. Dan kan ingeval het een art. 3 geregistreerde hulpverlener betreft, tuchtrecht overigens wel weer uitkomst bieden. Juist ook in dat kader zijn de eisen van verantwoorde zorg en van de professionele standaard (WGBO) van belang.

In de huidige situatie biedt de overheid aldus met name bescherming aan de burger die zich wendt tot reguliere BIG-gekwalficeerde behandelaars, wat daarbuiten valt is 'eigen

<sup>569</sup> Gevers 1999(a).

<sup>570</sup> Dit betreft momenteel met name homeopathie.

<sup>571</sup> Art. 96 ((aanmerkelijke kans op) schade) is voor BIG-titelgerechtigden alleen van toepassing bij handelingen buiten het deskundigheidsterrein. Art. 97, overtreding van het verbod van het verrichten van voorbehouden handelingen indien niet bekwaam, is niet voor alle risicovolle handelingen van toepassing.

<sup>572</sup> Kamerstukken II 2001/02, 27 669, nr. 5.

verantwoordelijkheid'. In dat opzicht wordt volstaan met de dreiging van strafrechtelijke sancties in bepaalde gevaarlijk geachte situaties. Van het vervolgingsbeleid hoeft niet teveel verwacht te worden. Afgewacht moet worden of de nieuwe voorlopige maatregel effectief is.

De afzijdige houding die de overheid aanneemt ten aanzien van het alternatieve veld staat al gauw op gespannen voet met de taak van de overheid de veiligheid en gezondheid van de burger optimaal te garanderen. Het argument van de overheid dat directe bemoeienis zou neerkomen op erkenning van het alternatieve veld en dat om die reden de voorkeur uitgaat naar zelfregulering verklaart weliswaar de huidige opstelling. Vraag is of die opstelling niet aan herziening toe is. Het verschil met de wel gekwalificeerde die zich uitsluitend toelegt op alternatieve behandelmethoden en wel onder de Wet BIG valt, is ook niet goed te rechtvaardigen. Daar komt bij dat de aantrekkingskracht van complementaire/alternatieve behandelingsmethoden eerder toe- dan afneemt. Anders dan in Nederland, heeft in diverse Europese landen de overheid wel op een of andere wijze directe bemoeienis met het alternatieve veld, ook in landen met een systeem vergelijkbaar met dat in de Wet BIG. Voor zover elders in de praktijk van gedoogbeleid sprake is, blijkt uit jurisprudentie een tolerante opstelling.

Nu het in de Wet BIG anders dan voorheen als zodanig niet meer om illegale praktijken gaat, is er ook minder aanleiding bewaking van de kwaliteit van het werk van hulpverleners en hulpverlenende instellingen te beperken tot de reguliere zorg. Het enkele feit dat de Wet BIG een beperkt monopolie voor handelingen op het terrein van de individuele gezondheidszorg heeft geïntroduceerd, ontslaat de overheid bovendien niet van de verantwoordelijkheid ook daarbuiten (het zgn. vrije gebied) garanties te bieden voor verantwoorde zorg. Voor de terreinen waar de patiënt de kwaliteit niet goed kan beoordelen en zich in een extra kwetsbare situatie bevindt, is er, ondanks keuzevrijheid, nu de overheid volstaat met voorlichting en stimulering van zelfregulering, een lacune in de bescherming van de patiënt. Zelfregulering is een nuttig instrument in aansluiting op publieke ordening.<sup>573</sup> Zelfregulering is een kwetsbaar, want te vrijblijvend instrument indien niet gebonden aan enig formeel kader waarbinnen partijen hun eigen verantwoordelijkheid vorm kunnen geven en indien niet voorzien van publiekelijk toezicht.

### **5.2.1.3 Voorstellen**

#### **Voorlichting**

1. De overheid zou om aan (soms grote) lacunes in kennis over de Wet BIG die op alle onderdelen van het onderzoek naar voren zijn gekomen, tegemoet te komen, een voorlichtingsplan moeten (laten) ontwikkelen, toegespitst op de diverse doelgroepen. Daarbij moet in aanmerking worden genomen dat aan voorlichting voortdurend behoefte is.

#### **Bevoegdheid, deskundigheid, bekwaamheid**

2. Het is maatschappelijk niet meer verantwoord de fictie die al geruime tijd bestaat tussen de door de wet aan de basisarts toegekende volledige bevoegdheid tot het zelfstandig verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst en de praktijk van een toezichtsituatie langer in stand te houden. Voor artsen speelt nog een rol de voorgenomen verandering in de basisopleiding die zou kunnen leiden tot differentiatie daarin. Hoe dan ook zou de wetgever de feitelijke situatie in het wettelijk systeem tot uitdrukking moeten brengen. Daartoe dienen zich tenminste twee mogelijkheden aan.

a. Een bepaling in de wet opnemen die een AMvB mogelijk maakt op basis waarvan in het

---

<sup>573</sup> Leenen 1984, p. 405.

belang van de individuele gezondheidszorg nadere voorwaarden en beperkingen kunnen worden gesteld aan de uitoefening van bepaalde beroepen<sup>574</sup> (zoals bepaalde periode onder supervisie werken, vervolgopleiding, beperking in zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen, alsmede, voor art. 34-beroepen, verwijsrelatie). Deze optie heeft als voordeel dat er een voorziening wordt getroffen die ook voor andere beroepen kan worden gehanteerd.

b. Vormgeven aan een eerder gedaan voorstel, nl. de basisarts niet meer als uitgangspunt nemen voor het civiele effect van de medische opleiding, maar pas volledige bevoegdheid (en derhalve registratie) voor het zelfstandig kunnen verrichten van handelingen op het terrein van de geneeskunst na een nader te specificeren vervolgopleiding.

De eerste mogelijkheid heeft de voorkeur, al was het maar omdat daarmee beter kan worden ingespeeld op nieuwe ontwikkelingen op het gehele terrein van de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

3. Ondeskundig handelen kan ernstige gevolgen hebben. De ontwikkelingen in de beroepsuitoefening zijn dusdanig dat de bevoegdheid<sup>575</sup> voor het gehele deskundigheidsgebied van een art. 3- en art. 34- beroep steeds meer tot een fictie wordt. Dit geldt overigens met name de arts. Daar komt bij dat de wet niet als zodanig bekwaamheid vereist als voorwaarde voor het verrichten van niet voorbehouden handelingen. Die situatie kan voor de patiënt wel risicovol zijn. Voorgesteld wordt hieraan als consequentie te verbinden art. 96 ook van toepassing te doen zijn indien een art. 3- of art. 34-beroepsbeoefenaar buiten noodzaak binnen diens deskundigheidsterrein handelt. Dit voor zover bedoeld handelen niet past binnen de norm voor (para)medisch handelen (professionele standaard).

4. Het vereist een adequate adviesstructuur, wil de Wet BIG ook in de toekomst voldoende toegesneden blijven op de praktijk van de individuele beroepsuitoefening in de gezondheidszorg. Een dringend advies is dan ook over te gaan tot instelling van een zelfstandig orgaan beroepen in de individuele gezondheidszorg waarin onafhankelijke deskundigen zitting hebben. Een dergelijk orgaan moet voldoende gezaghebbend zijn om pro-actief relevante ontwikkelingen te signaleren en te adviseren over alle desbetreffende (inhoudelijke) aspecten, zowel ter ondersteuning van zelfregulering door beroepsgroepen als aan de overheid. Te denken valt aan een 'College voor de Beroepen', dat de positie zou kunnen hebben van een ZBO.

### **Regulier versus alternatief**

5. Er is onvoldoende rechtvaardiging voor een afzijdige overheid. Zij zou een actiever, direct beleid moeten voeren richting alternatieve behandelaars. Daarbij moet het kaf van het koren worden gescheiden en moet worden onderscheiden tussen complementair en enkel alternatief handelen. Met een helder, objectief en consistent beleid zal het voor de patiënt meer dan nu, duidelijk zijn wat de implicaties van bepaalde keuzes kunnen zijn. Om ook voor niet gekwalificeerde alternatieve behandelaars noodzakelijke veiligheids- en kwaliteitswaarborgen te creëren ter bescherming van de burger, zonder daarbij af te doen aan diens keuzevrijheid, zijn er meerdere mogelijkheden. Daarbij kan de overheidsbevoegdheid in andere EU lidstaten (onder meer gericht op opleiding en (wettelijke) erkenning van beroepen en titels) als voorbeeld dienen.

---

<sup>574</sup> Met in achtneming van het feit dat iets dergelijks al geldt voor de verloskundige.

<sup>575</sup> In de zin van bevoegdheid ontleend aan inhoudelijke competentie om zelfstandig handelingen te verrichten.

6. De overheid zou zo snel mogelijk beleid moeten ontwikkelen gericht op het aanmerken als art. 34-beroep van die alternatieve beroepen die daarvoor in aanmerking komen. Over de ter zake te hanteren criteria bestaat inmiddels wel voldoende duidelijkheid.

Uit ervaring met de paramedische (nu art. 34-) beroepen, waar evenals in het alternatieve veld verscheidenheid de boventoon neigde te voeren, blijkt dat regeling van de opleiding of aanwijzing daarvan vruchten afwerpt. Functies en differentiaties noch behandelwijzen komen voor regeling als in art. 34 Wet BIG in aanmerking.

Erkenning respectievelijk aanwijzing van gestandaardiseerde opleidingen<sup>576</sup> voor de daarvoor in aanmerking komende alternatieve beroepen<sup>577</sup> is een nuttig instrument om het alternatieve beroepenveld tot ordening in de verscheidenheid aan te zetten, gericht op kernberoepen.

De criteria beroepsuitoefening alternatieve beroepen gezondheidszorg zoals voorgesteld door het LOPAG, zouden door de overheid serieus moeten worden bekeken. Zet de overheid actief stappen die nodig zijn om te komen tot aanwijzing respectievelijk erkenning van opleidingen uit hoofde van art. 34 Wet BIG, dan kunnen (basis- en) kwaliteitsregisters (inclusief herregistratie) op vrijwillige basis tot stand komen. Een dergelijke aanpak maakt externe toetsing mogelijk, de bijbehorende titel is alsdan voor de patiënt een herkenbaar keurmerk. Aanmerkelijk voordeel daarvan is dat de desbetreffende beroepen daarmee ook onder het bereik van art. 40 Wet BIG komen, met annex daaraan de bevelsmogelijkheid van art. 87a. Een minder vergaand alternatief, te weten dat wordt volstaan met accreditatie van opleidingen, zonder daaraan rechtsgevolgen in het kader van de Wet BIG te verbinden, zou neerkomen op instandhouding van de huidige situatie. Een andere minder vergaande gedachte uit de literatuur volgend zou zijn de wet dusdanig te wijzigen dat het begrip verantwoorde zorg in de zin van art. 40 Wet BIG in samenhang met de bevelsmogelijkheid van art. 87a Wet BIG van toepassing wordt op behandelaars die opereren binnen het zgn. vrije gebied. Dan is wel duidelijkheid vereist over de criteria aan de hand waarvan 'het niet bieden van verantwoorde zorg' beoordeeld zou moeten worden. Bovendien schuift de wetgever daarmee weg van het aan de Wet BIG ten principale ten grondslag gelegde systeem van een beperkt monopolie. Dan ligt een andere, directe benadering meer voor de hand.

7. Aanbevolen wordt de Kwaliteitswet zorginstellingen ook van toepassing te verklaren op daarvoor in aanmerking komende instellingen waar alternatieve behandelmethoden worden toegepast en die nog niet onder de werkingssfeer van die wet vallen. Met het oog op verantwoorde zorg door instellingen die zich toeleggen op alternatieve behandelmethoden kan weliswaar in principe het huidige zelfreguleringsbeleid worden gecontinueerd en geïntensiveerd, in die zin dat actief wordt ingezet op respectievelijk ondersteuning wordt geboden bij het organiseren van externe certificering. Toch valt meer kwaliteitswinst te behalen van het onder de Kwaliteitswet zorginstellingen brengen van de daarvoor in aanmerking komende instellingen (waaronder met name die welke zich toeleggen op complementaire behandelmethoden). De in het kader van die wet jaarlijks verplichte kwaliteitsverslaglegging verschaft dan inzicht in die aspecten die van belang zijn met het oog op verantwoorde zorg. De voorgenomen regelstelling voor de kwaliteitsverslaglegging<sup>578</sup> zou zich mede daarop moeten richten.

De sector komt daarmee onder toezicht van de IGZ. Dat neemt niet weg dat, mede gelet op de werklust van de IGZ, ook dan externe certificering een nuttig instrument is.

---

<sup>576</sup> Dit zou ook een buitenlandse opleiding kunnen zijn indien in Nederland geen opleiding wordt geboden, maar het beroep zich wel een plaats heeft verworven zoals ingeval van chiropractie.

<sup>577</sup> Ervaringen opgedaan met het project kwaliteitsbeleid in de alternatieve geneeswijzen kunnen bijvoorbeeld nuttig zijn om te bepalen welke beroepen hiervoor in aanmerking zouden komen.

<sup>578</sup> *Kamerstukken II 2001/02, 28 489, nrs. 1-3.*

8. Aanbevolen wordt over te gaan tot uitbreiding van de werkingssfeer van de Wet klacht-recht voor daarvoor in aanmerking komende alternatieve behandelaars (al dan niet in instellingsverband werkzaam).

Een van de eisen voor aansluiting bij een alternatieve beroepsvereniging is het hanteren van een klachtregeling. In aansluiting op de voorafgaande voorstellen valt ook te overwe- gen de werkingssfeer van de Wet Klachtrecht uit te breiden tot de beroepen die onder de erkende respectievelijk geaccrediteerde opleidingen vallen en tot de instellingen die gecertificeerd zijn respectievelijk onder de reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen zijn gebracht.

9. Overwogen moet worden bepaalde risicovolle alternatieve handelingen als voorbehou- den aan te merken.

10. Welke stappen de overheid ook zal ondernemen, onmisbaar is en blijft een op het overheidsbeleid afgestemde voorlichting over alternatieve beroepsbeoefenaren. De burger moet door de voorlichting doordrongen worden van de implicaties van diens keuzes, en van het belang voor de eigen gezondheid daarbij te letten op erkende kwali- teitskeurmerken. Voorts is het nuttig en nodig de burger te wijzen op diens rechten uit hoofde van de WGBO, op het actief maken van afspraken over de relatie van de alterna- tieve behandelaar met de reguliere en op de klachtmogelijkheden.<sup>579</sup>

## 5.2.2 Constitutieve registratie en titelbescherming

### 5.2.2.1 Bevindingen

#### De regeling van beroepen: algemeen

##### *Titelgerechtigden*

Voor art. 34-beroepen is de opleiding maatgevend voor titelgerechtigdheid. Anders dan voor de art. 3- beroepen is in de wet geen constitutieve registratie ingevoerd. Wel is van de wet een stimulans uitgegaan op de art. 34-beroepen om op vrijwillige basis te komen tot instelling van een Kwaliteitsregister Paramedici. Niet iedere art. 34-beroepsgroep is aangesloten bij het register. Bedoeld register mag zich wel in grote belangstelling verhe- ugen, met inbegrip van de aan het kwaliteitsregister inherente bij- en nascholingsactivitei- ten. Sommige respondenten bepleiten overigens voor art. 34-beroepen over te gaan tot wettelijke registratie. Anderen twijfelen aan de kwaliteitswinst daarvan.

Over de mate waarin instellingen en ziekenfondsen ook daadwerkelijk waarde hechten aan en controle uitoefenen op inschrijving in het vrijwillige art. 34 Kwaliteitsregister Para- medici is niet een ieder van de respondenten onverdeeld gelukkig.

##### *Veranderingen in takenpakket en ontwikkelingen in opleidingen*

Twijfel is geuit over de vraag of met de Wet BIG wel voldoende slagvaardig en flexibel in kan worden gespeeld op nieuwe ontwikkelingen in de voor de gezondheidszorg relevante opleidingen en in de beroepsuitoefening. Soms ontstaan nieuwe functies binnen bestaan- de beroepen, soms subspecialisaties. Ook komt het voor dat opleidingen nieuwe beroe- pen in de individuele gezondheidszorg afleveren. Dat geldt zeker voor art. 34-beroepen, een terrein met toch al een grote verscheidenheid van beroepen.

Tot nu toe is het ontstaan van nieuwe beroepen voor de wetgever nauwelijks aanleiding geweest om van art. 3 van de wet gebruik te maken. Wel zijn er voornemens, met name op het terrein van de GGZ, om veranderingen in de beroepenstructuur door te voeren.

<sup>579</sup> Het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Preventie kan hierbij een rol vervullen.

Criteria voor het intree en uittree beleid als art. 3-beroep zijn niet in de wet opgenomen. Bovendien vergt de concrete beslissing wetswijziging. De overheid heeft in verhouding meer activiteit aan de dag gelegd met aanwijzing respectievelijk erkenning van opleidingen voor art. 34-beroepen. Doordat dit bij AMvB plaatsvindt, is dit ook eenvoudiger te realiseren. Is wel in art. 34 een criterium opgenomen voor aanwijzing respectievelijk erkenning van een opleiding, het feit dat dit in zeer algemene bewoordingen is gesteld, zo blijkt uit de schriftelijke reacties, heeft tot onduidelijkheid in beleid aanleiding gegeven.

In de literatuur is voorts een groot aantal voorbeelden te vinden van taken die verschuiven van de ene BIG-gereguleerde beroepsgroep naar een andere, die soms wel, soms niet onder de (opleidings)titelbescherming van de wet valt. Indien niet, dan zijn er pleidooien daartoe over te gaan (zoals voor doktersassistenten). Het kan gaan om herschikking van taken en om delegatie van taken.

Herschikking van taken met bijbehorende overdracht van verantwoordelijkheden werkt in de praktijk door in de respectievelijke deskundigheidsgebieden. De afbakening van deskundigheidsgebieden lokt bij problemen wel domeindiscussies uit, zo blijkt uit de schriftelijke reacties. Aan verandering in taakverdeling waarbij beroepsdomeinen minder strikt worden afgebakend, zal blijken een concept interim rapportage in het kader van het KNMG project 'De arts van straks' (maart 2002) in de toekomst minder worden gehecht, mits wel de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden duidelijk zijn. Dergelijke onduidelijkheden zijn reden geweest voor de aangekondigde wijzigingen in de beroepenstructuur GGZ.

Is de omschrijving van een deskundigheidsgebied globaal (zoals bijvoorbeeld de in de wet opgenomen omschrijving van arts en verpleegkundige), dan wordt deze, zo blijkt, in de praktijk door de beroepsorganisatie nader ingevuld in termen van beroepsprofielen.

Ook delegatie van handelingen op het terrein van de individuele gezondheidszorg, waarbij degene die de taken aan een ander overlaat, maar wel zelf verantwoordelijkheid houdt, komt in de praktijk steeds meer voor. Een van de oorzaken is een tekort aan art. 3 titelgerechtigde primaire behandelaars. Dergelijke verschuivingen zijn vooral waarneembaar bij (tand)artsen. Het gaat zowel om voorbehouden als om niet voorbehouden handelingen, waaronder in ieder geval die handelingen welke niet per se de specifieke deskundigheid van een (tand)arts vereisen. Met name als taken die behoren tot het deskundigheidsgebied van de arts worden gedelegeerd aan niet-artsen, zijn vraagtekens geplaatst voor wat betreft de deskundigheid van degene die de taken uitvoeren en zijn twijfels geuit over het leveren van verantwoorde zorg.

Die situatie doet zich binnen de reguliere zorg ook voor bij een eerste diagnose respectievelijk indicatie, die wordt overgelaten aan een niet BIG-gekwalificeerde hulpverlener (de zgn. zeeffunctie aan de voordeur van de (met name huis)artsenpraktijk). Uit het vragenlijstenonderzoek is gebleken dat in de praktijk knelpunten worden ervaren ten aanzien van de vervulling van de zeeffunctie door de doktersassistent. Het werken met een goed opgeleide of ervaren doktersassistent, het maken van goede afspraken en het plaatsvinden van overleg bij twijfel, bleken onder meer redenen voor het goed verlopen van de zeeffunctie.

Het feit dat het een ieder vrij staat een diagnose respectievelijk indicatie te stellen<sup>580</sup> wordt in de literatuur gezien als een ongewenst nevengevolg van de stap die met de Wet BIG is gezet van een volledig naar een beperkt beroepsmonopolie. Zelfregulering die men in

---

<sup>580</sup> Onverlet de situatie met betrekking tot de opdracht.

zo'n situatie uit een oogpunt van verantwoorde zorg zou kunnen verwachten, is niet steeds tijdig dan wel onvoldoende van de grond gekomen. Mede daardoor is in de praktijk dan ook wel het nodige mis gegaan vanwege onvoldoende deskundigheid van de betreffende hulpverlener. Dit verklaart het pleidooi in de literatuur om de voorwaarden voor het in opdracht mogen verrichten van een voorbehouden handeling naar analogie ook toe te passen op de zeeffunctie.

Een ruime meerderheid van de huisartsen vond het blijkens het vragenlijstenonderzoek terecht dat een arts (mede)verantwoordelijk is voor het onjuist vervullen van de zeeffunctie door de doktersassistent. Dit neemt niet weg dat in de praktijk vragen zijn gerezen over de toedeling van verantwoordelijkheden bij taakdelegatie. Die ligt bij delegatie van huisarts naar doktersassistent eenduidiger dan in geval van zgn. huisartsenposten (waarneming buiten kantooruren). In dat opzicht zijn in ieder geval onduidelijkheden over toepassing van het tuchtrecht naar voren gekomen. Dreigt door taakdelegatie onverantwoorde zorg, dan is er wel altijd nog de mogelijkheid dat de IGZ ingrijpt met een bevel (bijvoorbeeld tot stillegging van de praktijk) op basis van art. 87a in relatie tot art. 40 Wet BIG, respectievelijk op basis van Hoofdstuk III van de Kwaliteitswet zorginstellingen in relatie tot de eis van verantwoorde zorg in art. 2 van die wet.

### **De regeling van beroepen: de registers**

#### *Art. 3-registers*

Uit het vragenlijstenonderzoek is gebleken dat beroepsbeoefenaren redelijk tot zeer positief zijn over het BIG-register. Daartegenover staat dat de kennis over de registratie en de mogelijkheden van het BIG-register onder burgers zeer matig is, een derde van de burgers die het register raadpleegt vindt dat teveel gegevens nodig zijn om informatie te verkrijgen en dat deze gegevens -zoals geboortedatum en woonadres- moeilijk te achterhalen zijn. Het BIG-register geeft de raadplegers inzage in titelgerechtigdheid, over de vraag of betrokkene praktiserend is respectievelijk via bij- en nascholing up to date blijft geeft het BIG-register geen uitsluitel. Evenmin worden in het BIG-register aandachtsgebieden of subspecialisme aangetekend.

De in het register op te nemen gegevens alsmede de doeleinden waarvoor de gegevens mogen worden gebruikt, worden als te beperkt ervaren. Zo is als knelpunt naar voren gekomen dat de tuchtcolleges geen toegang kunnen krijgen tot de adresgegevens van een geregistreerde. Ook de gegevens van een geregistreerde die in de Staatscourant (resp. dag- of weekbladen) worden vermeld, zijn beperkt. De tuchtcolleges hebben bovendien behoefte aan informatie over opgelegde 'lichte' maatregelen zoals een waarschuwing.

Bij het CIBG bestaat soms onduidelijkheid over de vraag of een door de tuchtrechter opgelegde voorwaarde wel of geen beperking inhoudt van de beroepsuitoefening. Doordat het CIBG vaak niet op de hoogte is van de instelling/werkgever waar betrokkene werkzaam is, kan niet altijd worden voldaan aan de verplichting ex art. 5 Registratiebesluit om de werkgever in kennis te stellen van de voorwaarden die in het kader van tuchtrecht opgelegd zijn. Om up to date te blijven is gegevensverstrekking aan het CIBG vanuit andere instanties (zoals de tuchtcolleges, het OM en specialistenregistratiecommissies) noodzakelijk. In de praktijk blijkt hier nog wel eens wat aan te schorten.

#### *Specialismen en specialistenregisters*

Voor verpleegkundigen is nog geen specialismenregeling tot stand gekomen. Overigens bestaat met name bij artsen de neiging steeds meer specialismen in te stellen. De gegevens van het BIG-register met betrekking tot specialisaties kunnen afwijken van

de specialistenregisters.

Voorts is in de literatuur bekritiseerd dat doorhaling in het specialistenregister de registratie in het basisregister onverlet laat.

#### *Kwaliteitsregister Paramedici*

Voor het merendeel van de art. 34-beroepen is (her)registratie op vrijwillige basis ingevoerd via het Kwaliteitsregister Paramedici. Vijf jaar na de basisregistratie kunnen zij worden ingeschreven in het kwaliteitsregister indien zij voldoen aan de door de beroepsvereniging vastgestelde kwaliteitscriteria. Daarnaast komt het voor dat een afzonderlijke beroepsgroep een eigen register heeft (o.a. tandprothetici).

#### *Controle en toezicht*

Uit het vragenlijstenonderzoek is naar voren gekomen dat de meeste burgers vertrouwen hebben in het terecht gebruiken van een titel door een beroepsbeoefenaar. Er is echter melding gemaakt van beroepsbeoefenaren die zonder BIG-registratie werkzaam zijn. Het ontbreekt de IGZ aan menskracht om standaard de registratie van art. 3-beroepsbeoefenaar te controleren. Doordat nog geen formeel register bestaat voor art. 34-beroepsbeoefenaren, is de titelvoering ook moeilijk te controleren. Daarnaast vertrouwen de meeste burgers er wel op dat instellingen controleren of medewerkers terecht hun titel gebruiken en dat zij op de hoogte zijn van eventuele beperkingen in de bevoegdheid. De vraag is in hoeverre instellingen de inschrijfstatus van de bij hen werkzame beroepsbeoefenaren volgen. Uit het vragenlijstenonderzoek is gebleken dat instellingen over het algemeen bij de aanstelling van een art. 3-beroepsbeoefenaar wel de registratie controleren, maar dat de inschrijfstatus van reeds werkzame beroepsbeoefenaren door nogal wat instellingen nauwelijks meer wordt gecontroleerd. Ook het toezicht door de IGZ en de verzekeraars is beperkt. Een summiere websitediscussie met Ziekenfondsverzekeraars bevestigt dit beeld. Dit gebrek aan controle leidt ertoe dat ook kan worden getwijfeld aan de beschermende werking die uit zou moeten gaan van periodieke registratie.

#### *Periodieke registratie*

Het feit dat de in art. 8 Wet BIG genoemde AMvB nog niet is verschenen, heeft tot onrust en rechtsonzekerheid onder (art. 3-)beroepsgroepen en beroepsbeoefenaren geleid. Vanaf het begin van het bestaan van de BIG-registratie is beroepsbeoefenaren immers kenbaar gemaakt dat men zich binnen vijf jaar diende te herregistreren. Een ruime meerderheid van de desbetreffende respondenten van het vragenlijstenonderzoek was van plan zich te zijner tijd te laten herregistreren. In de literatuur is de heersende mening dat periodieke registratie van essentieel belang is om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen. Uit onder meer schriftelijke reacties en interviews is naar voren gekomen dat men het voor de geloofwaardigheid van de Wet BIG als kwaliteitswet cruciaal acht dat het stelsel van periodieke registratie voor art. 3-beroepen daadwerkelijk van de grond komt. Anderen (met name de KNMG) zien geen kwaliteitswinst van periodieke registratie. Herregistratie als specialist wordt voldoende geacht. Bijkomend bezwaar zou zijn dat niet praktiserende artsen hun titel verliezen. Daartegenover staat onduidelijkheid over de toepasbaarheid van het tuchtrecht op artsen die een organisatorische functie in de gezondheidszorg vervullen. Wel blijft overigens deze categorie onder de Wet klachtrecht vallen.

Daarnaast worden de eisen voor periodieke registratie van art. 8 Wet BIG onduidelijk geacht. Uit de schriftelijke reacties is gebleken dat niet alleen aan kwantitatieve criteria, maar vooral ook aan kwalitatieve criteria voor herregistratie belang wordt gehecht. Voor huis- en verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen, zijn reeds kwalitatieve criteria



voor periodieke registratie van kracht. Voor de medisch specialisten daarentegen niet. Ook daar zouden kwalitatieve eisen moeten worden gehanteerd. Een ander gesignaleerd probleem betreft de praktische uitvoerbaarheid en de financiering van de herregistratie.

#### *Kenbaarheid patiënt*

Een meerderheid van de burgers hecht blijkens het vragenlijstenonderzoek aan het kenbaar maken aan patiënten van de registratie van een beroepsbeoefenaar. Dit in tegenstelling tot de meeste beroepsbeoefenaren. Ook wordt door burgers informatie over eventuele beperkingen in de beroepsuitoefening, bij- en nascholing en het oordeel van de overheid over de kwaliteit van zorg op prijs gesteld.

et verbod in de Wet BIG tot het voeren van een misleidende titel dekt -zo blijkt- niet het gebruik van zogenoemde pseudotitels (zoals arbo-arts), en op toevoeging bij de titel chirurg zoals cosmetisch chirurg. Gewezen is op de verwarring die hierdoor bij de burger kan ontstaan.

Binnen de reguliere sector is het voor de patiënt niet altijd duidelijk in welke hoedanigheid en met welke bevoegdheid de behandelaar optreedt en wie de eindverantwoordelijkheid draagt. In de GGZ is de situatie voor de patiënt zelfs als ondoorzichtig, onduidelijk en verwarrend gekenschetst. Of de herziening van de beroepenstructuur daar voldoende verandering in kan brengen, is nog niet zeker. En als de bevoegdheid met het gebruik van een beschermde titel wel duidelijk is, dan kan de bekwaamheid dusdanig gering zijn dat van de bevoegdheid op het deskundigheidsterrein enkel onder bepaalde voorwaarden gebruik mag worden gemaakt. Zoals de basisarts, die weliswaar medische verantwoordelijkheid draagt, maar wel onder functionele verantwoordelijkheid (en supervisie) van een huisarts of medisch specialist, en alleen bij benodigde bekwaamheid geacht wordt medische handelingen te verrichten. De functie uit hoofde waarvan een hulpverlener handelt kan bovendien voor toepasselijkheid van het tuchtrecht van belang zijn.

Naarmate de medisch specialist zich binnen het respectievelijke deskundigheidsterrein meer toespitst op kernactiviteiten, met afstoting, al dan niet via delegatie, van routinebezigdheden, wordt voor de patiënt de rolverdeling tussen de diverse hulpverleners minder helder. Dit effect treedt ook op met het ontstaan van nieuwe beroepen in de individuele gezondheidszorg. Toch is het voor de patiënt van belang die kennis te hebben. Zeker ook indien behandelaars via internet therapie leveren. Een beschermde titel wekt verwachtingen over vakbekwaamheid. De patiënt die zich onder behandeling stelt van een reguliere hulpverlener mag er van uitgaan dat die hulpverlener bevoegd en bekwaam is, dan wel handelt onder eindverantwoordelijkheid van een arts. Splitsing van een bepaald (basis)beroep in specifieke aandachtsgebieden doet de betekenis die het deskundigheidsgebied voor de patiënt heeft, door de vereiste bekwaamheid toch al relatief, verder afnemen. Dan klemt gebrek aan kenbaarheid voor de patiënt omtrent de hoedanigheid van de hulpverlener die hij tegenover zich heeft (zoals ten aanzien van terrein van bekwaamheid, verdeling van verantwoordelijkheid) meer. Informatie over de hoedanigheid van de hulpverlener mag de patiënt verwachten als onderdeel van de hulpverlener-patiënt relatie (WGBO).

#### **5.2.2.2 Knelpunten**

##### **De regeling van beroepen: algemeen**

###### *Titelgerechtigden*

Het Kwaliteitsregister Paramedici vormt naar het zich laat aanzien een belangrijke bijdrage op vrijwillige basis aan de kwaliteit van de art. 34-beroepen en is voor de patiënt een

belangrijk oriëntatie-punt bij diens keuze van hulpverlener. Echter, niet alle art. 34-beroepen zijn aangesloten bij dit register.

#### *Veranderingen in takenpakket en ontwikkelingen in opleidingen*

Flexibiliteit van het wettelijk systeem is een voorwaarde om adequaat te kunnen inspelen op veranderingen in opleidingen, beroepen(structuur) en beroepsuitoefening. Het eerste wat in dat opzicht opvalt is het weinig flexibele karakter van in- en uittreden van art. 3-beroepen, namelijk wetswijziging. Bovendien zijn de criteria voor regeling als art. 3-beroep niet in de Wet opgenomen. Voor art. 34-beroepen geldt dat het criterium weliswaar wel in de wet is opgenomen is, maar zeer ruim is geformuleerd. Hierdoor ontstaat onduidelijkheid over toepassing van de criteria. Het beleid in dat opzicht is onvoldoende eenduidig. Dan is er ook meer ruimte voor druk vanuit een beroepsgroep om als art. 3- of art. 34-beroep aangewezen te worden, omdat dit status verhogend zou werken.

Een tweede punt van aandacht is dat de veranderingen met gevolgen voor de in de wet omschreven deskundigheidsgebieden onvoldoende (tijdig) weerslag krijgen in aanpassing van de omschrijving van die gebieden. Dat creëert onduidelijkheid voor de patiënt en verwarring voor de betrokken hulpverleners. Aanpassing via wetswijziging van deskundigheidsgebieden die enkel in de wet worden omschreven werkt verstarrend. Komt de mogelijkheid deskundigheidsgebieden (nader) te omschrijven bij AMvB wel tegemoet aan de eis van flexibiliteit, dan zou meer slagvaardigheid op zijn plaats zijn.

Ook indien op grond van delegatie handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg door andere hulpverleners worden uitgevoerd, moet de patiënt er op kunnen vertrouwen dat de zorg verantwoord wordt verleend. De partiële regeling van delegatie naar een lager echelon namelijk voor voorbehouden handelingen, past in de gekozen benadering van het gedeeltelijk vrijgeven van handelingen op het terrein van de geneeskunst. Dat neemt niet weg dat delegeren van taken ook buiten het terrein van de voorbehouden handelingen risicovol kan zijn indien door ondeskundigen uitgevoerd. Onvoldoende randvoorwaarden voor verantwoorde zorg kan in dergelijke situaties leiden tot tekortkoming van de behandelaar die professioneel verantwoordelijk is voor de gedelegeerde taken, waar de patiënt uiteindelijk de dupe van wordt. Indien gewacht moet worden op ingrijpen door de IGZ, is het kwaad al geschied. Het vergt andere instrumenten om onverantwoorde situaties te voorkomen.

### **De regeling van beroepen: de registers**

#### *Art. 3-registers*

De primaire functie van het BIG-register kan slechts worden vervuld indien het bestaan van het register voldoende bekend is en indien de gegevens in het register openbaar, eenvoudig toegankelijk en actueel zijn. Dit is niet alleen voor burgers van belang, maar ook voor andere belanghebbenden zoals verzekeraars, instellingen en tuchtcolleges. Geconstateerd kan worden dat het BIG-register in dat opzicht onvoldoende functioneert. Het BIG-register bevat onvoldoende en soms verouderde gegevens over de geregistreerde. De informatieve waarde van het register is in die zin beperkt dat het de raadplegers enkel informatie geeft over de bevoegdheid een titel te voeren. Over praktijkvoering, bekwaamheid respectievelijk subspecialisme geeft het register geen uitsluitel. Tevens geeft het BIG-register niet altijd duidelijk antwoord op de vraag of de geregistreerde is beperkt in de beroepsuitoefening, omdat opgelegde voorwaarden niet altijd even duidelijk zijn. De beschermende werking die als zodanig van het register uitgaat, is uiteindelijk dan ook vrij gering.

### *Specialismen en specialistenregisters*

Doordat er voor verpleegkundigen nog geen specialismenregeling tot stand is gekomen, is het moeilijk de specifieke deskundigheid te onderkennen.

De overheid is weliswaar betrokken bij het instellen van specialismen, maar niet bij de erkenning van specialistentitels. De beroepsorganisatie beschouwt dit als een eigen domein. De vraag of een tuchtrechtelijke maatregel voor specialisten ook gevolg zou moeten hebben voor het basisberoep is in de praktijk onduidelijk gebleken. Dit kan leiden tot minder bescherming van de patiënt.

### *Kwaliteitsregister Paramedici*

Inschrijving in het basisregister van het Kwaliteitsregister Paramedici houdt niet de verplichting in om aan het kwaliteitsregister van het Kwaliteitsregister Paramedici deel te nemen. Over het functioneren en de beschermende werking van het kwaliteitsregister van het Kwaliteitsregister Paramedici valt nog weinig te zeggen zolang dit nog niet formeel van start is gegaan.

### *Controle en toezicht*

Vertrouwt de burger in zijn algemeenheid op het terecht voeren van een titel, in de praktijk blijkt dat de controle op de titelbescherming te wensen overlaat. Het is, gelet op de werklast die dat met zich brengt, overigens geen reële verwachting dat de IGZ de rechtmatigheid van de titelvoering van beroepsbeoefenaren controleert. Hiervoor zal vooral moeten worden gekoerst op instellingen en verzekeraars.

### *Periodieke registratie*

Door het niet invoeren van periodieke registratie voor de art. 3-beroepen kan de patiënt zich geplaagd vinden tegenover een hulpverlener die doordat deze diens kennis en vaardigheden niet op peil heeft gehouden, onvoldoende bekwaam is. De patiënt kan in die zin geen vertrouwen hebben op de inschrijving in het register. Bovendien kunnen problemen rijzen in relatie tot de toepassing van het tuchtrecht op BIG-geregistreerde behandelaren, die geregistreerd blijven ook als zij een organisatorische functie in de gezondheidszorg vervullen. De geloofwaardigheid van de Wet BIG als kwaliteitswet is in het geding nu nog geen stelsel van periodieke registratie voor de art. 3-beroepen van de grond is gekomen. De bemoeienis van de overheid met periodieke registratie van specialismen is marginaal.

### *Kenbaarheid patiënt*

Anders dan art. 3-beroepen waar de bevoegdheid de titel te voeren ontleend wordt aan inschrijving, kan de patiënt bij art. 34-beroepen alleen door raadpleging van het vrijwillige register nagaan of betrokkene de titel mag voeren op grond van de opleiding. Niet iedere beroepsgroep maakt echter gebruik van het register. Voor de patiënt blijkt het in de praktijk dan ook lastig de titelgerechtigdheid van art. 34-beroepsbeoefenaren te controleren. Pseudotitels brengen de patiënt verwarring. De titel zegt bovendien niets over een specifiek aandachtsveld/functie.

De bevoegdheden en verantwoordelijkheden van BIG-gereguleerde beroepen in de GGZ zijn voor de patiënt onvoldoende kenbaar.

### 5.2.2.3 Voorstellen

#### De regeling van beroepen: algemeen

##### *Titelgerechtigden*

11. De overheid moet bevorderen dat voor art. 34-beroepen een enkel registratiesysteem tot stand komt. Dit verhoogt de rechtszekerheid voor de patiënt.

12. Instellingen en verzekeraars zouden gewezen moeten worden op het belang bij het aanstellings- en contracteerbeleid met art. 34-beroepsbeoefenaren de inschrijving in het Kwaliteitsregister Paramedici als uitgangspunt te nemen.

##### *Veranderingen in takenpakket en ontwikkelingen in opleidingen*

13. Om beter te kunnen inspelen op de behoefte de lijst van art. 3- respectievelijk art. 34-beroepen aan te passen aan de ontwikkelingen, is voor de art. 3-beroepen een aanpassing van de huidige zware regeling aangewezen. Door in de wet zelf de criteria voor art. 3-beroepen vast te leggen, en de toelating (of het schrappen) via AMvB te laten verlopen ontstaat een flexibelere toelatingsprocedure. Voordeel is dat dit normatief een houvast biedt, hetgeen thans wordt gemist. De huidige in de praktijk gehanteerde criteria die het globale criterium van art. 34 moeten invullen, zouden (al dan niet in aangepaste vorm) ook in de wet moeten worden vastgelegd.

14. De functie die het deskundigheidsterrein in relatie tot een beschermd (opleidings)titel vervult binnen het scala van beschermende regels in de Wet BIG, schept vanuit het perspectief van de patiënt verplichtingen voor hulpverleners en voor de overheid. Wordt van de beroepsorganisaties verwacht via zelfregulering vorm te geven aan de eis van bekwaamheid voor voorbehouden handelingen, ook het formuleren van randvoorwaarden met het oog op verantwoorde zorg, is de primaire verantwoordelijkheid van de beroepsorganisaties. Dit is temeer van belang bij nieuwe ontwikkelingen in de beroepsuitoefening, vanwege de gevolgen die deze kunnen hebben voor de bekwaamheid op een deskundigheidsterrein dat ingevolge de Wet BIG bij een beschermd titel hoort. De overheid zou de beroepsorganisaties op die verantwoordelijkheid moeten aanspreken in die zin dat zij tijdig de bakens voor verantwoorde zorg binnen een deskundigheidsterrein verzetten.

De overheid zelf moet tijdig over gaan tot aanpassing van deskundigheidsgebieden, met inbegrip van eventueel voor het verrichten van handelingen op het betreffende gebied geldende voorwaarden en beperkingen. Dit om te voorkomen dat de afstand tussen wet en praktijk zich dusdanig ontwikkelt, dat patiënt en hulpverlener onvoldoende houvast hebben en het doel van de wet onder druk komt te staan. De slagvaardigheid die de ontwikkelingen vergen maken het aangewezen de aanpassingen ook voor de beroepen waarvan de deskundigheidsterreinen enkel in de wet omschreven zijn, bij AMvB te doen verlopen.

15. De ervaring met het stellen van de eerste diagnose respectievelijk indicatie (zgn. zeefunctie) leert dat nieuwe praktijken in de beroepsuitoefening met potentiële risico's voor de patiënt niet geïntroduceerd zouden moeten worden dan nadat daarvoor passende randvoorwaarden zijn geformuleerd (inclusief in de sfeer van opleiding, bij- en naschooling), juridische aspecten (ook wat betreft verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid) zijn geanalyseerd en een en ander door de IGZ is getoetst. Dit om te voorkomen dat de patiënt binnen de reguliere zorg aan risico's wordt onderworpen van onvoldoende beproefde en onvoldoende getoetste veranderingen in de beroepsuitoefening onder de Wet

BIG. De juridische basis voor een dergelijke benadering ligt in de eis van verantwoorde zorg (Wet BIG en Kwaliteitswet) en van professionele standaard/goed hulpverlenerschap (WGBO). De IGZ zou in dit opzicht het signaleren en monitoren van bedoelde nieuwe praktijken in de beroepsuitoefening op zich moeten nemen. De wettelijk ziektekostenverzekeraar zou met een en ander in het contracteerbeleid rekening moeten houden.

16. In aansluiting hierop is een experimenteel artikel in de Wet BIG aangewezen, om veranderingen in de beroepenstructuur te kunnen monitoren. Dit artikel zou ruimte moeten bieden om met voorbijgaan aan een aantal regels uit de wet nieuwe initiatieven te exploreren op hun waarde.

### **De regeling van beroepen: de registers**

#### *Art. 3-registers*

17. Meer voorlichting over titelbescherming en (de mogelijkheden van) het BIG-register aan het publiek is gewenst.

18. Aanbevolen wordt criteria te formuleren aan de hand waarvan wordt bepaald welke gegevens die thans niet-openbaar worden, dat eventueel wel worden en vice versa. De mogelijkheid zou moeten bestaan dat sommige gegevens geclausuleerd openbaar zijn, zoals het woonadres en opgelegde lichte maatregelen, beide ten behoeve van de tuchtcolleges.

19. Aanbevolen wordt om in ieder geval het werkadres van de beroepsbeoefenaren in het BIG-register op te nemen en dit een openbaar gegeven te maken.

20. Geautomatiseerde koppelingen tussen bestanden van diverse aan het BIG-register gelieerde instanties (met name de tuchtcolleges en de specialistenregisters) lijkt gewenst.

21. Aanbevolen wordt om het personeelsbestand van instellingen te koppelen aan het BIG-register. Enerzijds bevordert dit de controle op de inschrijfstatus van beroepsbeoefenaren omdat de (toekomstige) periodieke registratie van de art. 3-geregistreerden automatisch aan de instellingen wordt doorgegeven, anderzijds kan het CIBG hierdoor opgelegde maatregelen doorgeven aan de instelling waar de beroepsbeoefenaar werkzaam is.

#### *Specialismen en specialistenregisters*

22. Een specialismenregeling voor verpleegkundigen moet zo spoedig mogelijk tot stand komen.

23. De overheid zou meer bemoeienis moeten hebben bij het instellen van specialistentitels.

24. De relatie tussen specialistenregistratie en basisregistratie in geval van een tuchtrechtelijke maatregel moet nader worden onderzocht, mede in het licht van invoering van periodieke registratie van het basisberoep.

#### *Kwaliteitsregister Paramedici*

25. Gelet op de verschillende opvattingen over de vraag of voor art. 34-beroepen al dan niet een wettelijk registratiesysteem zou moeten worden ingevoerd en omdat het Kwaliteitsregister Paramedici (art. 34-beroepen) in de praktijk nog zijn waarde moet bewijzen, is het aangewezen het functioneren in de praktijk daarvan na ongeveer vijf jaar vanaf het van start gaan van het register te evalueren.

### *Controle en toezicht*

26. De rechtmatigheid van titelvoering zou zowel door instellingen als verzekeraars structureel gecontroleerd moeten worden.

### *Periodieke registratie*

27. Het stelsel van periodieke registratie dient zo snel mogelijk voor alle art. 3-beroepen te worden ingevoerd. Dit zou bij voorkeur op basis van zowel kwalitatieve als kwantitatieve eisen moeten plaatsvinden. Het verdient aanbeveling om een verkennend EU-vergelijkend onderzoek te doen om te kunnen beoordelen welk systeem het meest voldoet. Een optie zou kunnen zijn benadering via *éducation permanente* zoals in de advocatuur.

Om aan het bezwaar van het verlies van de titel arts tegemoet te komen als men niet (meer) aan de eisen voldoet, zou kunnen worden overwogen toe te staan dat degenen die dat wensen de titel 'arts n.p.' voeren.

28. Voor medisch specialismen dient zo spoedig mogelijk te worden overgegaan tot invoering van kwalitatieve eisen bij periodieke registratie. De overheid zou meer bemoeienis moeten hebben met het periodieke registratiesysteem voor specialismen, bijvoorbeeld door de eisen voor periodieke registratie goed te keuren.

### *Kenbaarheid patiënt*

29. De patiënt die zich richt tot de reguliere hulpverlener mag ervan uitgaan dat die niet alleen bevoegd, maar ook bekwaam is voor de handelingen die hij op zijn deskundigheidsterrein verricht. De hulpverlener moet er zich van bewust zijn dat hij de patiënt naar behoren dient te informeren over diens hoedanigheid. De beroepsgroepen zouden aan dit punt aandacht moeten besteden in het kader van de respectievelijke gedragsregels.

30. Om misleiding bij het publiek door het gebruik van pseudotitels te voorkomen, zouden beroepsbeoefenaren op briefpapier e.d. de functie c.q. het aandachtsgebied aan moeten geven (voorbeeld: arts in de functie van arbo-arts).

31. Invoering van de nieuwe beroepenstructuur GGZ moet gepaard gaan met het verschaffen van een helder beeld aan de patiënt over wat deze van welke beroepsbeoefenaar mag verwachten.

32. Er zou meer voorlichting moeten komen over titelgebruik van art. 34-beroepen.

33. Instellingen zouden via hun website kenbaar moeten maken wie welke functie bekleedt.

## 5.3 Internationale aspecten

### 5.3.1 Bevindingen

#### Europese aspecten

In relatie tot de Wet BIG zijn voor toelating van buitenlands gediplomeerden (respectievelijk gediplomeerden met nationaliteit buiten EU/EER) met name diverse EU richtlijnen van belang. De rechten die beroepsbeoefenaren van lidstaten EU en bij EER aangesloten landen aan die richtlijnen kunnen ontlenen moeten in acht worden genomen door de lidstaten. Aard en inhoud van de eisen waaraan hulpverleners vanuit een EU/EER land moeten voldoen om in een gastland toegelaten te worden zijn van belang met het oog op (het niveau van) consumentenbescherming. Ook een rol speelt de mate waarin de ene lidstaat gehouden is de erkenning door een andere EU-lidstaat van een zgn. derde land (buiten EU/EER) diplomahouder over te nemen.

Tijdens het onderzoek zijn enkele knelpunten met betrekking tot de toelating van buitenlands gediplomeerden naar voren gekomen (omzetting van EU richtlijnen in de Wet BIG en ten aanzien van toelating van onderdanen uit zgn. derde landen), alsmede enkele tekortkomingen in het stelsel van de richtlijnen zelf.

Door voorgenomen wijzigingen in richtlijnen EU wordt in ieder geval een eind gemaakt aan de onduidelijkheid omtrent de talenkennis van de migrerende hulpverlener. In richtlijnvoorstel 2002/119 wordt formeel de mogelijkheid gecreëerd om indien nodig talenkennis te verlangen als voorwaarde voor uitoefening van beroepswerkzaamheden in de ontvangende lidstaat. De lidstaten moeten ervoor zorgdragen dat in voorkomend geval de begunstigen de benodigde talenkennis verwerven. Daarmee is tegemoet gekomen aan een in de praktijk als een probleem ervaren lacune in de regelgeving. Overigens geldt dat ook zonder die eis nu ingevolge de WGBO en uit hoofde van de eis 'verantwoorde zorg' (art. 40 Wet BIG en de Kwaliteitswet) een beroepsbeoefenaar dient te kunnen communiceren met de patiënt en andere beroepsbeoefenaren op het gebied van de gezondheidszorg.

Met een voorgenomen wetswijziging wordt aan knelpunten die bij toepassing van Hoofdstuk VI van de Wet BIG in de praktijk werden ervaren eveneens tegemoet gekomen.<sup>581</sup> Hierna wordt dan ook alleen ingegaan op nog resterende belangrijke knelpunten in relatie tot EG-recht.

Daaraan voorafgaand passen nog wel twee kanttekeningen die uit de literatuur naar voren zijn gekomen. De eerste betreft de tekst van de wet, die wat betreft het onderdeel buitenlands gediplomeerden vrij gecompliceerd wordt gevonden.<sup>582</sup>

De tweede heeft betrekking op een lacune in de wet. De huidige redactie laat niet toe dat aantekening wordt gemaakt in het BIG-register van straffen en maatregelen die in het buitenland zijn opgelegd aan beroepsbeoefenaren die in het BIG-register zijn ingeschreven. Voor zover dit zich zou voordoen in geval van een art. 34-beroepsbeoefenaar is er evenmin een voorziening.

De zogenoemde sectorale (verticale) richtlijnen EU voor de beroepen (tand)arts, verpleegkundige, verloskundige zijn gericht op wederzijdse erkenning van diploma's.<sup>583</sup> Daaraan gekoppeld is het recht op in principe automatische toelating tot het BIG-register. Deze wederzijdse erkenning is gebaseerd op minimum opleidingseisen, die overwegend

<sup>581</sup> Kamerstukken II 2001/02, 28 456.

<sup>582</sup> Leenen 1996, p. 62, Roscam Abbing 1992(a).

<sup>583</sup> Richtlijn 2001/19 heeft in de desbetreffende richtlijnen enige op vereenvoudiging gerichte wijziging aangebracht.

kwantitatief van aard zijn, mede waardoor de eisen in Nederland veelal hoger liggen. Voor andere beroepen in de gezondheidszorg (waaronder ook het art. 3-beroep fysiotherapeut) geldt een ander systeem (zogenoemde horizontale richtlijn inzake gereguleerd beroep, beroepskwalificatie en opleidingstitel). In dat kader moet betrokkene in het gastland een verzoek indienen ter verkrijging van een verklaring van vakbekwaamheid (te beoordelen op basis van het beginsel van gelijkwaardigheid). Daarbij moeten weliswaar naast het getuigschrift onder meer ook de opgedane beroepservaring en aanvullende opleidingen in een EU-lidstaat in aanmerking worden genomen. Toch heeft dit systeem als voordeel dat aangesloten kan worden bij de nationale eisen voor een bepaald beroep. Beide systemen worden met het voorstel voor een richtlijn betreffende de beroepskwalificaties (COM 2002/119) samengebracht in een enkele richtlijn. Daarmee wordt naast vereenvoudiging van het huidige richtlijnen stelsel onder meer ook beoogd betere bescherming aan de migrerende beroepsbeoefenaar te bieden en de dienstverrichting aan enkele nieuwe bepalingen te binden. Het voorstel brengt geen wezenlijke verandering aan in de huidige richtlijnen, die zullen worden ingetrokken.

In de literatuur is vanuit het perspectief van bescherming van de patiënt bezorgdheid uitgesproken over het feit dat de richtlijnen verschillen tussen de lidstaten in stand houden. Dit met name ook in het perspectief van toestroom van beroepsbeoefenaren uit nieuwe EU lidstaten.

De kritiekpunten betreffen verschillen in opleidingsduur, gebrekkige inhoudelijke afstemming van opleidingen (sectorale richtlijnen, met name opleiding basisarts en specialisten) en het ontbreken van afdoende waarborgen voor behoud en verbetering van kwaliteit tijdens de beroepsuitoefening nu bij- en nascholing ingevolge richtlijn 2001/19 een nationale aangelegenheid is (en daarmee ook herregistratie). Overigens wordt in een statement van het CPME inzake continuïng medical education and continuïng professional development aandacht besteed aan het onderwerp, inclusief accreditatie van bij- en nascholingactiviteiten.

Een ander punt van kritiek in de literatuur heeft betrekking op het gebrekkig wederzijds verstrekken van informatie over beperkingen in de beroepsuitoefening die zijn opgelegd aan een gekwalificeerd beroepsbeoefenaar.

### **Toelating buitenslands gediplomeerden**

In de praktijk blijkt onbekendheid met de Nederlandse cultuur en taal één van de grootste problemen voor buitenlanders die in Nederland willen werken. Om de toetreding tot de Nederlandse zorgmarkt voor buitenlanders van buiten de EER te vergemakkelijken, is het Verwijspunt Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid opgericht. Bij twijfel aan de al dan niet gelijkwaardigheid van de vakbekwaamheid, kan een kennis- en vaardigheden-toets worden afgenomen. Er is een wetsvoorstel aanhangig om deze toets een wettelijke basis te geven. Buitenslands gediplomeerden van wie de vakbekwaamheid nagenoeg gelijkwaardig wordt beschouwd, kunnen supervisie als beperking opgelegd krijgen. Het begrip supervisie is als zodanig niet in de wet opgenomen en er bestaat onduidelijkheid over de precieze invulling en juridische implicaties ervan. In de praktijk wordt het als gebrek ervaren dat aan art. 34-beroepsbeoefenaren geen supervisie kan worden opgelegd. Bij de toelating van medisch specialisten afkomstig van buiten de EER, wordt gepleit voor een strikte scheiding tussen de registratie als basisarts en de registratie als specialist. Eventuele deficiënties in de basisartsopleiding zouden dan eerst kunnen worden hersteld alvorens een verzoek bij de specialistenregistratiecommissie wordt ingediend.



## 5.3.2 Knelpunten

### Europese aspecten

Ondanks het principe van de interne markt met vrijheid van vestiging en dienstverlening<sup>584</sup> blijken de Europese regels in de praktijk niet steeds bevredigend uit te werken. Zo is er een lacune in de Wet BIG ten aanzien van elders aan in Nederland als zodanig titelgerechtigden opgelegde beperkingen in de beroepsuitoefening.

Voorts duiden de signalen op drie belangrijke knelpunten als gevolg van verschillen in lidstaten die met EU regelgeving in stand zijn gebleven en voor de Nederlandse situatie onder de Wet BIG van belang zijn. Het betreft:

- Het niet onderling afgestemd zijn van inhoudelijke opleidingseisen (vooral artsen)  
Voor wat betreft artsen komt hier nog als apart aandachtspunt bij de invoering van de BAMA in de medische opleiding. Deze heeft immers Europese samenwerking en uitwisseling in het hoger onderwijs op het oog.  
Overigens wordt de mogelijkheid vakbekwaamheid te toetsen en indien nodig aanvullende opleiding te eisen voor specialismen die niet gemeenschappelijk zijn aan alle lidstaten geopend met het richtlijnvoorstel COM 2002/119. Indien dit voorstel wordt overgenomen, komt de huidige automatische erkenning tussen enkele lidstaten die een specialisme gemeen hebben te vervallen. Dat biedt het voordeel dat een verzoek om toelating kan worden bezien in het licht van de nationaal geldende eisen.
- Het gebrek aan coördinatie ten aanzien van bij- en nascholing  
Hoewel formeel inschrijving in het BIG-register niet geweigerd mag worden zolang het gaat om een 'erkende' diplomahouder (sectorale richtlijninstel), kan worden verwacht dat in de toelatingspraktijk wel kwalitatieve selectiecriteria zullen worden toegepast. Dit mag niet de vorm hebben van een verkapt discriminatie. Een risico voor de patiënt is dat schaarste in menskracht al gauw leidt tot het stellen van minder stringente kwaliteitseisen aan aspirant migrerende beroepsbeoefenaren.
- Het ontbreken van een effectieve regeling voor een sluitend informatiesysteem met betrekking tot beperkingen in de beroepsuitoefening.  
Het gebrek aan inspanningen van de kant van de Europese Commissie om te komen tot een sluitend onderling informatiesysteem over kwalificaties en eventuele beperkingen in de beroepsuitoefening van EG-gekwalificeerde hulpverleners die voornemens zijn in een andere lidstaat activiteiten op het terrein van de individuele gezondheidszorg te ondernemen, leidt tot het in standhouden van een potentieel risico voor de patiënt. Een dergelijke terughoudende opstelling steekt nogal af bij de activiteiten die de Europese Commissie op andere terreinen onderneemt ter bescherming van de consument. Het kan ook de eis in de EU richtlijn elektronische handel dat de beoefenaar van een medisch beroep zijn kwalificaties en positie kenbaar moet maken, ondermijnen.

Met name deze drie punten vragen met het oog op het goed functioneren van de Wet BIG nadrukkelijk de aandacht in Europees verband vanuit een oogpunt van kwaliteit van beroepsuitoefening en bescherming van de patiënt in het kader van de EU interne markt. Zo kan men meer inspanningen verwachten van Europese beroepsverenigingen voor wat betreft opleiding, bij- en nascholing en kwaliteitscontrole. Gevestigde belangen en tegenstellingen vormen hier soms overigens in de praktijk een reëel obstakel.

<sup>584</sup> In 1999 bleek overigens dat slechts 0,2% van de beroepsbeoefenaren in een andere lidstaat gaat werken. Redenen hiervoor zijn gebrek aan informatie, ingewikkelde regels of het niet of niet correct toepassen ervan, bureaucratische obstakels, taalproblemen en persoonlijke omstandigheden, cultuurverschillen in de zorgverlening, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1999). Europa en de Gezondheidszorg. Publicatie 99/13, p. 29.

### **Toetreding buitenslands gediplomeerden**

Toetredingsbelemmeringen voor buitenslands gediplomeerden die in de Nederlandse gezondheidszorg willen werken, zijn niet te voorkomen. Taal- en cultuurproblemen zullen altijd een rol spelen. De werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen acht toetredingsbelemmeringen te rechtvaardigen vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg. Door het oprichten van het Verwijspunt Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid, is de drempel voor de buitenslands gediplomeerde die in Nederland werkzaam wil zijn, in elk geval wat verlaagd. Als belangrijkste knelpunt kan de invulling van het begrip supervisie worden beschouwd. Naast het praktische probleem dat er een gebrek is aan supervisors, zijn ook de inhoud en juridische invulling van het begrip onduidelijk. Zo zijn er geen instrumenten om de kwaliteit van de supervisie te controleren. Enkele gesignaleerde knelpunten -zoals supervisie voor art. 34-beroepen- zullen met het hiervoor genoemde wetsvoorstel worden opgelost.

### **5.3.3 Voorstellen**

#### **Europese aspecten**

34. De lacune in de Wet BIG wat betreft beperkende maatregelen die in het buitenland aan in Nederland titelgerechtigden zijn opgelegd, dient te worden weggenomen.

35. In Europees (EU) verband is het recht op een hoog beschermingsniveau van de burger neergelegd (EG-Verdrag) Het vergt meer inspanningen dan de huidige methodiek van onderlinge erkenning van diploma's etc. om een voldoende niveau daadwerkelijk te bereiken.

Toelating van een in een lidstaat (respectievelijk EER land) gekwalificeerde (sectorale systeem) tot beroepsuitoefening in een andere lidstaat ondanks onvoldoende vakinhoudelijke opleiding of gebrek aan onderhoud van vakbekwaamheid en deskundigheid, zou primair door de beroepsgroepen (in Europees verband) aangepakt moeten worden. Voor specialismen lijkt dat soms enigermate succes te hebben, maar effectiviteit is ook dan niet verzekerd. Een krachtige impuls voor het formuleren van Europese eisen zou mogen worden verwacht van het CPME.

36. Vanuit Nederland is een krachtige inzet bij de Europese instanties geboden waarbij wordt uitgegaan van noodzakelijke kwaliteitswaarborgen voor de patiënt. Dit mede ook met het oog op de aanstaande uitbreiding van de EU en vanwege de Europese aspecten verbonden aan de BAMA voor de medische opleiding die in gang is gezet.

De instelling van een speciale task force Europese beroepen in de gezondheidszorg waarin (ook) deskundigen zitting hebben, lijkt een zinvolle manier om inhoudelijke voorstellen te ontwikkelen die op Europees niveau kunnen worden ingebracht en om kwalitatieve inbreng te garanderen in de discussies, ook bij richtlijnvoorstellen.

37. Hoge prioriteit verdient het tot stand brengen van een goed functionerend EU informatiesysteem over kwalificaties van migrerende beroepsbeoefenaren die in Nederland onder de werking van de Wet BIG vallen, inclusief eventuele beperkingen in hun beroepsuitoefening. Daartoe zal bij de Europese instanties een formeel voorstel ingediend moeten worden.

#### **Toetreding buitenslands gediplomeerden**

38. Over invulling en juridische implicaties van supervisie zouden de beroepsorganisaties een landelijk uniform beleid moeten formuleren.

39. Een buitenslands gediplomeerde zou eerst in het BIG-register geregistreerd moeten worden alvorens een verzoek bij de specialistenregistratiecommissie kan worden ingediend.

## 5.4 Bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen

### 5.4.1 Bevindingen

Informatie over de kennis van de wettelijke regeling inzake voorbehouden handelingen is met name verkregen uit het vragenlijstenonderzoek. Die kennis bleek tot op zekere hoogte bij beroepsbeoefenaren aanwezig, maar wel met opvallende beperkingen. Het gaat daarbij zowel om beperkingen in de kennis van 'wie wat mag' (met als opvallendste uitkomst dat slechts een minderheid van de ondervraagde artsen wist dat verpleegkundigen onbevoegd zijn op eigen initiatief voorbehouden handelingen te verrichten), als om vaak genoemde onduidelijkheden in de regeling van de opdrachtsituaties, met name ten aanzien van aspecten als vaststellen van de bekwaamheid, de manier waarop toezicht en tussenkomst moet worden geboden, en de wijze van het geven van aanwijzingen.

Bij voorbehouden handelingen gaat het -zo is de achterliggende gedachte- om handelingen die risicovol zijn als zij zonder de daartoe vereiste deskundigheid plaatsvinden. De vraag is dan of die gedachte voldoende belichaamd is in de 'lijst' van voorbehouden handelingen zoals opgenomen in art. 36 Wet BIG. Op dit punt wordt vooral in de literatuur en in de reacties van organisaties en koepels ingegaan. Hoewel een lijst in het algemeen als zinvol wordt ervaren, wordt er ook wel op gewezen dat de opsomming van handelingen die als voorbehouden gelden voor kritiek vatbaar is. Behalve dat de omschrijving van de wel genoemde handelingen niet altijd eenduidig is, is een belangrijk punt daarbij dat ook vele andere dan de genoemde handelingen risicovol kunnen zijn, maar niettemin in de lijst ontbreken. In de praktijk worden daarom (blijkens onder meer het vragenlijstenonderzoek) ook wel andere dan de in art. 36 genoemde handelingen als risicovol aangemerkt respectievelijk met bepaalde waarborgen omgeven (bijvoorbeeld in de zin dat ze net als wettelijk voorbehouden handelingen geprotocolleerd worden, inclusief het vereiste van opdracht van een arts). In de literatuur wordt voorts gewezen op de beperking tot medisch-technische handelingen, waardoor minder grijpbaar, maar potentieel niet minder risicovol medisch handelen er buiten valt. Een opvallende bevinding in dit verband is bijvoorbeeld dat tweederde van de ondervraagde psychiaters van mening was dat psychotherapie aangemerkt zou moeten worden als voorbehouden handeling.

Bij de aanwijzing van wie bevoegd is tot het opdragen respectievelijk op eigen initiatief verrichten van voorbehouden handelingen is de op grond van opleiding te verwachten deskundigheid doorslaggevend geweest voor de wetgever. Ten aanzien van de meeste handelingen is het de arts die als zodanig wordt aangewezen. Daarnaast is aan een beperkt aantal beroepen voor een beperkt aantal handelingen functionele zelfstandigheid voor wat betreft de uitvoering toegekend. In de literatuur en reacties van organisaties en koepels blijkt niet, dat men deze benaderingswijze als zodanig afwijst; wel wordt de gekozen benadering door sommige auteurs/respondenten als weinig gedifferentieerd ervaren. In dit verband wordt vooral gesignaleerd dat te veel wordt overgelaten aan de basisarts (die in beginsel tot alle voorbehouden handelingen bevoegd is, afgezien van de bekwaamheidseis in art. 36 lid 14), terwijl aan de andere kant te weinig recht wordt gedaan aan de verantwoordelijkheid die bepaalde beroepsbeoefenaren in bepaalde situaties hebben.

Dat laatste betreft allereerst de zelfstandige uitvoering van voorbehouden handelingen in

opdracht (zo blijkt uit het vragenlijstenonderzoek bijvoorbeeld dat er bij sommige instellingen -met name ziekenhuizen- wel behoefte bestaat aan uitbreiding van handelingen die verpleegkundigen functioneel zelfstandig mogen verrichten), maar ook het in bijzondere omstandigheden op eigen initiatief kunnen uitvoeren van een voorbehouden handeling (zie in dit verband met name de uitvoerige discussie in de literatuur over de positie van de ambulance-verpleegkundige).

Bepaalde voorbehouden handelingen worden regelmatig, andere weinig of niet 'gedelegeerd', zo blijkt onder meer uit het vragenlijstenonderzoek. Voorbehouden handelingen worden niet zelden ook verricht zonder dat sprake is van een daartoe vereiste opdracht; ten aanzien van de in het vragenlijstenonderzoek betrokken beroepsgroepen bleek dat het geval te zijn bij verpleegkundigen en bij mondhygiënisten.

Ook al is in de meeste gevallen sprake van de door de wet vereiste opdracht, de vorm daarvan varieert nogal, zo blijkt in het bijzonder uit de literatuur en de reacties van organisaties/koepels. De wettelijk veronderstelde een-op-een relatie tussen opdrachtgever/nemer waarbij sprake is van een eenmalige, specifieke opdracht is in de praktijk in een aantal gevallen een fictie. Opdrachten worden ook wel in meer algemene zin verstrekt ('voor als-dan') dan wel (met name in instellingen) doorgegeven, waardoor ook de indicatiestelling gedeeltelijk kan verschuiven. Dit wordt ondersteund door de bevinding in het vragenlijstenonderzoek dat verpleegkundigen de opdracht tot voorbehouden handelingen als injecteren en blaaskatheterisatie regelmatig krijgen overgedragen via een protocol, soms via een andere verpleegkundige, of ook wel eens via een leidinggevende.

Meer in het algemeen wordt in de literatuur en reacties van organisaties een verschuiving gesignaleerd naar uitvoering op een 'lager' niveau (ook i.v.m. vergroting van doelmatigheid en reductie van kosten). Een enkele maal wordt gesignaleerd dat de grens van wat nog verantwoorde delegatie is daarbij niet altijd in het oog wordt gehouden, met het risico dat de uitvoerder van de handeling niet daadwerkelijk over de vereiste bekwaamheid beschikt.

Blijkens het vragenlijstenonderzoek vinden de meeste respondenten de voorwaarden die worden gesteld aan het geven en aannemen van opdrachten (geven van aanwijzingen en toezicht; mogelijkheid van tussenkomst; mogen aannemen van bekwaamheid voor uitvoering) in de praktijk redelijk uitvoerbaar. Zij hebben door invoering van de Wet BIG weinig verandering ervaren en vinden de wet in grote meerderheid werkbaar (al is er tevens een niet onaanzienlijke minderheid die van oordeel is dat de wet toch nog te veel beperkingen oplegt). Wel wordt regelmatig gemeld dat de uitvoering veel praktische rompslomp en administratieve lasten met zich brengt; overigens blijken de in dit verband genoemde perikelen (zoals het schriftelijk moeten geven of bevestigen van een opdracht) niet altijd rechtstreeks aan de regeling in de Wet BIG toe te schrijven.

Tegelijkertijd blijkt dat de wettelijke randvoorwaarden in de praktijk niet erg strikt worden ingevuld. Zo worden aanwijzingen weinig gegeven (overigens zullen deze ook niet altijd nodig zijn, bijvoorbeeld als het handelingen betreft die vaak worden gedaan) en bestaan toezicht en tussenkomst vaak uit het op afstand bereikbaar zijn (hetgeen overigens in omstandigheden voldoende kan zijn). Bij bepaling van de bekwaamheid wordt er door veel opdrachtgevers vanuit gegaan dat de instelling waarbij de opdrachtnemer in dienst is, dat wel gewaarborgd zal hebben. De hierboven gesignaleerde ontwikkelingen (het in de praktijk zeker in instellingen veelal ontbreken van de ideaaltypische een-op-een relatie tussen opdrachtgever en -nemer, en de verschuiving van de uitvoering naar een lager niveau) maken het uiteraard ook niet gemakkelijker om aan de wettelijke randvoorwaarden voor uitvoering van voorbehouden handelingen in opdracht verband te voldoen.

Een minderheid van de respondenten signaleert dat zij in de praktijk geconfronteerd worden met problemen rond het geven/aannemen van opdrachten voor voorbehouden handelingen. Naast het feit dat de opdrachtnemer er in sommige gevallen niet in slaagt de opdracht goed uit te voeren, is een van de in dit verband meest genoemde problemen het weigeren van uitvoering van de opdracht door de opdrachtnemer, meestal omdat die het gevoel heeft dat hij de facto de vereiste bevoegdheid of bekwaamheid mist.

Op instellingsniveau is vaak sprake van beleid en protocollering ten aanzien van voorbehouden handelingen, zo blijkt onder meer uit het vragenlijstenonderzoek. Slechts in een kleine minderheid van de gevallen ontbreekt elk initiatief op dat gebied (dat komt vooral in privé-klinieken voor). Voor het overige is er nogal wat variatie in de wijzen waarop men aan instellingsbeleid vorm heeft gegeven. De meest genoemde uitvoeringsmodaliteiten zijn de aanwezigheid van een trainings- en scholingsbeleid, beschrijving van voorkomende voorbehouden handelingen, een beleidsnotitie op dit gebied, het opstellen van bekwaamheidsverklaringen, en protocollering van de uitvoering van voorbehouden handelingen.

Dat betekent overigens niet dat interne regels altijd worden gekend en nageleefd. Zo gaf in het vragenlijstenonderzoek ruim eenderde van de verpleegkundigen aan slechts ten dele conform deze regels te handelen, waarbij het vaakst als motieven werden genoemd de situatie van de patiënt en het te weinig praktische karakter van de regels. Van deze verpleegkundigen gaf een kwart aan niet (volledig) op de hoogte te zijn van de inhoud van richtlijnen/protocollen op dit gebied.

Uit de verzamelde praktijkinformatie blijkt dat men het voeren en uitvoeren van instellingsbeleid op dit gebied wel als een zekere belasting ervaart; tegelijk wordt de zin van zulk beleid toch wel onderschreven.

Door bijna driekwart van de instellingen wordt de regeling voorbehouden handelingen ervaren als een instrument dat patiënten voldoende bescherming biedt, zo blijkt uit het vragenlijstenonderzoek. Ook de beroepsbeoefenaren zijn in meerderheid die mening toegedaan.

De regeling die de Wet BIG op dit punt biedt wordt (vooral door verpleegkundigen) ervaren als een verbetering ten opzichte van het verleden. Dit spoort met het reeds hierboven vermelde gegeven dat de wettelijke regeling van de opdracht in het algemeen als uitvoerbaar en werkbaar wordt ervaren.

Een laatste constatering betreft toezicht en handhaving. Uit het verzamelde materiaal blijkt dat de wettelijke regels in de praktijk nauwelijks actief gehandhaafd worden. Dat hangt overigens niet alleen samen met het feit dat de IGZ doorgaans pas achteraf optreedt als van een structurele misstand gebleken is, maar ook met het vervolgingsbeleid (of liever: het ontbreken daarvan). Vervolging op grond van de strafrechtelijke bepaling die het sluitstuk vormt van de regeling inzake voorbehouden handelingen (art. 97 wet BIG) lijkt niet voor te komen.

#### **5.4.2 Knelpunten**

De bovenstaande bevindingen samennemend kan het oordeel over het functioneren van de in de Wet BIG opgenomen bepalingen inzake voorbehouden handelingen gematigd positief zijn. Behalve dat zowel op uitvoeringsniveau als op beleidsniveau in het algemeen geoordeeld wordt dat de wet op dit punt redelijk functioneert en aan patiënten de nodige bescherming biedt, blijkt uit het onderzoek dat zich een uitvoeringspraktijk heeft ontwikkeld die min of meer conform de bedoelingen van de wetgever is, die door de betrokkenen au fond als zinvol wordt ervaren, en waar men redelijk mee uit de voeten kan. Er

worden wel allerlei praktische uitvoeringsproblemen genoemd en ook wordt regelmatig gewezen op de belasting die zorgvuldige uitvoering met zich brengt, maar van systematische gebreken in de regeling van voorbehouden handelingen waardoor het beschermingsdoel ervan niet te realiseren is, lijkt geen sprake te zijn.

Niettemin zijn er ook knelpunten van meer structurele aard te signaleren. De beroepsuitoefening is sterk in ontwikkeling, ook waar het voorbehouden handelingen betreft. De praktijk van het verrichten daarvan kent vooral waar het de opdrachtsituatie betreft veel meer modaliteiten dan de wetgever van de BIG kennelijk voor ogen heeft gestaan. Dat verklaart ook dat men op de werkvloer op sommige punten aan de wettelijke regeling een ruimhartige invulling geeft. Te verwachten is dat die ontwikkeling in de toekomst door verdergaande verschuiving van taken naar een 'lager' niveau (taakherschikking) alleen maar versterkt zal worden. Dat vraagt enerzijds om een flexibel wettelijk instrumentarium dat geen belemmeringen biedt waar dergelijke veranderingen zinvol en verantwoord zijn, anderzijds om waakzaamheid voor doorschietende delegatie en waarborgen voor kwaliteit en veiligheid.

Vanaf het begin heeft men geworsteld met de limitatieve opsomming in de wet van handelingen die als voorbehouden zouden moeten gelden. Het bleek niet goed mogelijk een uitputtende lijst van op voorhand risicovolle handelingen te maken. Oplossingen daarvoor (in de literatuur gesuggereerd) variëren van het globaliseren van de opsomming in de wet (bijv. alleen een globale, ruime opsomming, of zelfs alleen een algemene omschrijving met aanduiding van de relevante criteria, met nadere uitwerking in lagere regelgeving of zelfregulering) tot afschaffing van het hele systeem (en dan terugkeer naar het algemene verbod van verrichten van handelingen op het gebied van de gezondheidszorg, maar met de clause dat dat verbod niet geldt voor zover men bekwaam is).

De problemen worden in de praktijk gemitigeerd, doordat men in instellingen ook wel voor andere risicovolle handelingen dan die welke in de wet als voorbehouden aangewezen zijn, uitvoeringsprotocollen opstelt waarin is geregeld wie ze mag uitvoeren en onder welke voorwaarden. Anderzijds blijven aan de huidige lijst structurele beperkingen kleven, zoals het ontbreken van andere dan medisch-technische handelingen die potentieel gevaarlijk zijn (men denke aan verschillende verrichtingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg) en aan het feit dat beslissingen bij intake en diagnostiek die verreikende consequenties kunnen hebben moeilijk in zo'n lijst te vatten zijn.

De vraag is of een en ander tot een radicaal andere aanpak moet leiden. De in het verleden gesuggereerde oplossingen hebben ook alle weer hun bezwaren. Het onderscheid tussen handelingen die a priori als wel respectievelijk als niet risicovol zijn te beschouwen blijft hoe dan ook moeilijk te maken. Het streven naar een volledige, maar toch nog hanteerbare lijst lijkt tot mislukken gedoemd. In die situatie is handhaven van de lijst waarmee men ook in de praktijk vertrouwd is niet de slechtste optie. Wel zou er meer aandacht moeten zijn voor tijdige bijstelling (opschoning/aanvulling) van de lijst. Ook zou te overwegen zijn in de Wet BIG een algemene omschrijving van voorbehouden handelingen op te nemen; de huidige lijst zou dan als uitwerking daarvan kunnen gelden.

Tot het op eigen gezag verrichten van voorbehouden handelingen zijn krachtens de huidige wet voornamelijk artsen (op een enkel punt ook tandartsen en verloskundigen) bevoegd. Dat is aan de ene kant nogal ruimhartig richting artsen, die gelet op hun opleiding respectievelijk specialisatie doorgaans niet in staat zijn die bevoegdheid ten aanzien van alle voorbehouden handelingen waar te maken. Anderzijds zijn er andere, in de huidige wet niet aangewezen beroepsbeoefenaren die vanwege de aard van hun werk soms bepaalde voorbehouden handelingen moeten verrichten zonder dat zij daarbij altijd

de opdracht van een arts kunnen afwachten (en die daartoe ook zeer wel in staat kunnen zijn). Een en ander geldt a fortiori voor het zelfstandig uitvoeren van een opdracht door de opdrachtnemer, d.w.z. zonder toezicht of tussenkomst van de opdrachtgevende (tand)arts. In de praktijk komt dit vaker voor dan de huidige regelgeving suggereert. Die regelgeving is met andere woorden nogal star, en doet daarbij geen recht aan de gradaties van deskundigheid die in de praktijk tussen verschillende beroepsgroepen (of subcategorieën daarvan) te onderscheiden zijn.

Uiteraard zal men de wettelijke regeling zoveel mogelijk moeten blijven aanpassen aan de ontwikkelingen in de praktijk. Daarnaast rijst echter de vraag of zij op dit punt niet flexibeler zou moeten worden gemaakt. Daarbij zou meer dan tot nu toe het geval is kunnen worden aangesloten bij de omschrijving van deskundigheidsgebieden; die spelen in de huidige wet nauwelijks een rol, terwijl zij bij uitstek geschikt zijn om aan te geven op welk deelterrein en binnen welke grenzen beroepsbeoefenaren van een bepaalde categorie geacht worden zich in beginsel te bewegen. Men zou die gebieden nader kunnen uitwerken, zodanig dat daaruit blijkt of men in beginsel de vereiste deskundigheid bezit om bepaalde voorbehouden handelingen uit te voeren. De uitwerking van deskundigheidsgebieden lijkt trouwens ook in meer algemene zin een van de punten waarop de Wet BIG verdere implementatie behoeft, wil zij in de zich ontwikkelende praktijk haar sturende karakter behouden.

De opdrachtsituatie waarvan de wetgever uitgaat in de artikelen 35-38 van de Wet BIG (waarbij sprake is van een eenmalige, specifieke opdracht die rechtstreeks wordt gegeven aan en uitgevoerd door een bepaalde opdrachtnemer, en wel onder de wettelijke randvoorwaarden van eventuele aanwijzingen, toezicht en mogelijkheid van tussenkomst) blijkt in de praktijk door een veelheid van varianten opzij te worden gedrongen. Soms worden opdrachten niet door de opdrachtnemer zelf uitgevoerd, maar aan een ander doorgegeven. In andere gevallen hebben opdrachten een voorwaardelijk karakter: als de opdrachtnemer heeft vastgesteld dat zich bepaalde omstandigheden voordoen, mag en moet de opdracht worden uitgevoerd. Tenslotte worden ook de randvoorwaarden voor het verrichten van voorbehouden handelingen in opdracht vaak slechts in beperkte mate vervuld. Deze ontwikkelingen in de praktijk behoeven op zich niet onwenselijk te zijn; op de werkvloer bestaat kennelijk behoefte aan meerdere uitvoeringsmodaliteiten dan alleen die welke de wetgever voor ogen heeft gehad. Wel is van belang dat het doel van de wettelijke regeling van voorbehouden handelingen in de wet (bescherming van de patiënt/burger) daarbij niet uit het zicht verdwijnt. Te overwegen valt de wettelijke regeling inzake voorbehouden handelingen ook op dit punt enigszins te flexibiliseren door (waar verantwoord) ook meer generieke opdrachten toe te laten, enerzijds in de zin dat een ander dan de primaire opdrachtnemer de handeling uitvoert, en anderzijds dat er een zekere ruimte komt voor 'als-dan' opdrachten, mits de professionele indicatiestelling daarbij niet volledig wordt verlegd. Voorts zouden de randvoorwaardelijke eisen (nodige aanwijzingen, toezicht, mogelijkheid van tussenkomst) alleen te stellen zijn voor zover daartoe gelet op de hoedanigheid van de uitvoerder, de handeling in kwestie, en de overige omstandigheden redelijkerwijs aanleiding bestaat. Wat in concreto in welke omstandigheden te eisen is, wordt dan een zaak van zelfregulering binnen een (wat ruimer) wettelijk kader.

In paragraaf 5.4.1 werd ook gewezen op de tendens van overlaten van voorbehouden handelingen aan een zo laag mogelijk uitvoeringsniveau, waarbij uit het oogpunt van doelmatigheidswinst duurdere en schaarsere professionele hulp zo ver als mogelijk vervangen wordt. In beginsel verzet de wet zich niet tegen dergelijke substitutie. De enige eis die aan uitvoerders wordt gesteld (behalve dat zij zich aan de opdracht en de eventu-

eel daarbij gegeven aanwijzingen houden), is dat zij daadwerkelijk bekwaam zijn de betreffende voorbehouden handeling te verrichten. De tendens om uitvoering naar een lager niveau te verschuiven vergroot wel het risico, dat die feitelijke bekwaamheid in een bepaald geval ontbreekt.

Het is in dit verband belangrijk dat de eis van daadwerkelijke bekwaamheid (neergelegd in art. 36 lid 14 Wet BIG) als bijkomende voorwaarde voor het mogen verrichten van voorbehouden handelingen zijn zelfstandige plaats in de wet behoudt (d.w.z. dat bij het ontbreken van de bekwaamheid ook de bevoegdheid vervalt de desbetreffende voorbehouden handeling zelfstandig of in opdracht te verrichten, waarmee de strafbaarstelling van art. 97 van toepassing wordt).

In gevallen als hierboven bedoeld, en meer algemeen in gevallen waarin de grenzen van de huidige wet strikt genomen lijken te worden overschreden, is het van belang te onderscheiden tussen situaties waarin niettemin sprake is van voldoende deskundigheid en bekwaamheid en waarbij de veiligheid van de patiënt niet in het geding is, en situaties waarin dit laatste wel het geval is. Voor zover eerstgenoemde situatie aan de orde is ligt het voor de hand de huidige wetgeving flexibeler te maken (zie daarover hierboven). In de tweede situatie, waar de doelstelling van de wet (bescherming van de patiënt) in het geding raakt, is handhaving de centrale issue.

Geconstateerd is dat het in de praktijk aan voldoende handhaving ontbreekt, waarbij zowel de IGZ (toezicht) als het OM (vervolgning) een rol spelen. De conclusie dat de handhaving verbeterd dient te worden, met aandacht voor factoren als prioriteitenstelling en menskracht, ligt dan ook voor de hand. Tegelijk moet alles worden gedaan om de wet zo handhaafbaar mogelijk te maken. Dat de regeling inzake voorbehouden handelingen tamelijk star is en in bepaalde opzichten een fictief karakter heeft, maakt haar niet makkelijker te handhaven. Ook voor handhaving is het van belang de wettelijke regeling zo goed mogelijk op de praktijk te doen aansluiten, zonder uiteraard af te doen aan de doelstellingen van de wet.

Bovenstaande opmerkingen zijn mutatis mutandis van toepassing op het laatste te bespreken knelpunt: het gebrek aan kennis bij beroepsbeoefenaren en de bij hen bestaande onduidelijkheden ten aanzien van de toepasselijke regels. De tekortkomingen op dit vlak bemoeilijken goede naleving van de wet. Het besteden van meer aandacht aan die regels in de opleiding, bij- en nascholing en het verbeteren van de voorlichting over de (inhoud van de) regels door de overheid en andere actoren (beroepsorganisaties; instellingen) lijken de aangewezen weg om op dit punt verbetering te bereiken. Ook hier geldt echter dat de kwaliteit van de regels zelf er toe doet. Regels die een duidelijk doel dienen en op de praktijk toegesneden zijn zullen immers sneller worden begrepen.

### 5.4.3 Voorstellen

40. Voor wat betreft de aanduiding van voorbehouden handelingen verdient het aanbeveling de huidige lijst in enigerlei vorm te handhaven, ondanks de daaraan inherente beperkingen. Wel zou de lijst vaker kunnen worden aangepast (aangevuld, opgeschoond, gepreciseerd waar daaraan behoefte blijkt) dan tot nu toe het geval is geweest. Om die reden dient de lijst bij voorkeur bij AMvB te worden vastgesteld. Dat maakt het ook opportuun in de wet een algemene definitie van voorbehouden handelingen op te nemen, waardoor het basiscriterium voor aanwijzing (nl. dat sprake is van een handeling waarvoor een bijzondere deskundigheid nodig is en die bij voorbaat risicovol is als het daaraan ontbreekt) op wetsniveau tot uitdrukking kan komen.



41. Een volgend hierboven genoemd knelpunt betreft de aanwijzing van zelfstandig bevoegden (in art. 36) respectievelijk functioneel zelfstandigen ten aanzien van de uitvoering (op grond van art. 39). In elk geval is (snellere) aanpassing aan zich wijzigende omstandigheden geboden. Ook hier lijkt een zekere flexibilisering van de huidige wettelijke regeling wenselijk.

In aansluiting op hetgeen daarover in de voorafgaande paragraaf is gesteld, zou men de deskundigheidsgebieden van de in de Wet BIG (artt. 3 respectievelijk 34) geregelde beroepen nader uit kunnen werken (en kunnen differentiëren naar specialisatie). Dit om daarin zoveel mogelijk aan te geven tot welke risicovolle handelingen men (al dan niet onder bijkomende voorwaarden) in beginsel bekwaam mag worden geacht, hetzij in de zin van het op eigen gezag mogen verrichten, hetzij in de zin van zelfstandige uitvoering. Voorgesteld wordt deze aanpak ten aanzien van enkele beroepen ter hand te nemen en de uitkomst tussentijds te evalueren om te zien of deze werkbaar is.

Is dat laatste het geval, dan zou dat overigens ook consequenties hebben voor de artikelen 36 en 39 die in deze benadering uiteindelijk geen eigen functie meer zouden hebben. Een andere consequentie van deze aanpak zou zijn dat de nu nog in de wet zelf opgenomen deskundigheidsgebieden (van art. 3-beroepen) daaruit verdwijnen en op een ander (lager) niveau van regeling worden vastgelegd (zie in dit verband ook het voorgestelde in paragraaf 5.2.2).

42. Hiervoor is bij herhaling gewezen op de verschillende verschijningsvormen van de opdracht tot voorbehouden handelingen en de uiteenlopende uitvoeringsvormen waarin aan de wettelijke randvoorwaarden van eventuele aanwijzingen, toezicht en tussenkomst invulling wordt gegeven.

Aanbevolen wordt dat de wet ook ruimte biedt voor meer generieke opdrachten (niet alleen gericht op een specifieke opdrachtnemer resp. niet alleen gericht op de actuele situatie van de patiënt). Dat impliceert overigens dat bij vaststelling van de bekwaamheid kan worden afgegaan op de gevolgde opleiding c.q. een door de desbetreffende instelling afgegeven bekwaamheidsverklaring (hetgeen overigens ook nu al gebeurt).

Verder dienen de randvoorwaarden die aan uitvoering van voorbehouden handelingen gesteld worden, afhankelijk te zijn van de concrete situatie. Dat betekent dat (duidelijker dan nu het geval is) op wetsniveau slechts bepaald wordt dat voldaan moet zijn aan eisen die gelet op de hoedanigheid van de uitvoerder, de handeling in kwestie en de overigen omstandigheden, aan de uitvoering redelijkerwijs te stellen zijn, en dat de invulling van een en ander dient plaats te vinden door zelfregulering.

43. Wil de wet haar doel bereiken dan moet zij niet alleen toegesneden zijn op de praktijk, maar ook worden gekend en -waar nodig- gehandhaafd. Ook hier zijn knelpunten gebleken.

Aanbevolen wordt het kennisniveau te verbeteren door aan de Wet BIG, zeker voor wat betreft het onderdeel voorbehouden handelingen, meer aandacht te besteden in de opleiding. Ook betere voorlichting over dit onderdeel ligt voor de hand; daarin ligt zowel een taak voor de overheid als voor beroepsorganisaties en instellingen.

Daarnaast wordt gepleit voor een actievere handhaving, d.w.z. dat de IGZ niet slechts in actie komt na calamiteiten. Het OM dient beter in staat en bereid te zijn om waar nodig tot vervolging over te gaan.

44. In paragraaf 5.2.1 is reeds gewezen op de wenselijkheid een instantie in het leven te roepen die in het middengebied tussen ministerie van VWS en het veld een signalerende, adviserende en sturende rol kan spelen bij de (verdere) implementatie van de Wet BIG.

Te denken valt aan een 'College voor de Beroepen' dat de positie zou kunnen hebben van een (zelfstandig) bestuursorgaan. Zo'n instantie zou ook in het kader van de hierboven bepleitte flexibilisering van de regeling inzake voorbehouden handelingen een zinvolle rol kunnen spelen, onder meer waar het betreft het bijhouden van de lijst van voorbehouden handelingen en het identificeren van risicovolle handelingen die aan vergelijkbare regels zouden moeten worden onderworpen. Ook zou het een belangrijke sturende functie kunnen hebben bij de uitwerking van deskundigheidsgebieden en bij de totstandkoming van zelfregulering waar die aan het wettelijk kader nader invulling moet geven.

## **5.5 Artikel 40 (kwaliteitsbepaling)**

### **5.5.1 Bevindingen**

De informatie uit het vragenlijstenonderzoek enerzijds en het onderzoek naar literatuur, opvattingen van koepels, beroepsorganisaties en andere betrokken instanties anderzijds levert in samenhang het volgende beeld op.

De kennis over art. 40 onder beroepsbeoefenaren voor wie dit artikel van toepassing is, bleek zeer beperkt. Bij slechts een klein gedeelte van de ondervraagde beroepsbeoefenaren heeft art. 40 ertoe geleid dat zij meer maatregelen hebben getroffen om de kwaliteit te waarborgen. Een meerderheid van de respondenten die wel eens van art. 40 hebben gehoord, heeft behoefte aan nadere invulling van art. 40 door de eigen beroepsorganisatie.

Art. 40 leidt deels een slapend bestaan; aan de mogelijkheid in lid 3 om bij AMvB nadere invulling te geven aan de algemene bepalingen in de leden 1 en 2 is nooit uitvoering gegeven. Wel is sprake van zelfregulering (zoals gedragsregels en beroepscodes, intercollegiale of andere toetsingsprocedures, waarnemingsregelingen, voorzieningen voor bij- en nascholing) die (mede) als nadere invulling van de kwaliteitsbepaling van de Wet BIG kunnen worden beschouwd.

Het betreffende wetsartikel wordt niet steeds hetzelfde uitgelegd. Doorgaans wordt aangenomen dat het op individuele beroepsbeoefenaren die buiten instellingsverband werken een zelfde verplichting oplegt verantwoorde zorg aan te bieden als art. 2 Kwaliteitswet zorginstellingen. Echter lid 1 richt zich primair op maatregelen (organisatorisch; materiele voorzieningen) die tot verantwoorde zorg moeten leiden en ook lid 2 betreft eerst en vooral randvoorwaarden (systematische kwaliteitsbewaking en -bevordering); met name de IGZ lijkt in haar handhavingsbeleid van die meer beperkte interpretatie van art. 40 uit te gaan.

Het komt zelden tot een bevel door de IGZ ex art. 87a wegens onvoldoende naleving van de verplichtingen van art. 40; dat heeft voor een deel te maken met het feit dat een bevel de nodige procedurele formaliteiten met zich brengt en tamelijk bewerkelijk is. Een belangrijker reden is waarschijnlijk dat men er de voorkeur aan geeft eerst te waarschuwen (officieus bevel), hetgeen kennelijk in veel gevallen al voldoende effect heeft. Gevallen waarin een bevel wordt gegeven betreffen doorgaans ernstige kwesties, waarin ook een tuchtprocedure wordt gestart.

De mogelijkheid zo nodig een bevel te geven wordt ondanks het zeer incidentele gebruik door de IGZ als een belangrijke stok achter de deur beschouwd. Men heeft niet zoveel behoefte aan opnemingsinstrumenten in de Wet BIG van eenvoudiger handhavingsinstrumenten dan het bevel (een suggestie die wel vanuit het veld gedaan is).

Met name in verband met de positie van de individuele beroepsbeoefenaar in instellingsverband worden wel samenloopproblemen gesignaleerd met de Kwaliteitswet zorginstellingen; tegen die beroepsbeoefenaar kan immers in veel gevallen ook tuchtrechtelijk worden opgetreden, naast de mogelijkheid dat de instelling uit hoofde van de Kwaliteitswet wordt aangesproken vanwege een disfunctionerende beroepsbeoefenaar. Uit de evaluatie van die laatste wet blijkt, dat vooral vanuit kleinere samenwerkingsverbanden (zoals praktijken van verloskundigen en fysiotherapeuten) wordt gepleit voor integratie van de Wet BIG en de Kwaliteitswet. Ook in de literatuur vindt men wel pleidooien voor een integrale aanpak; daarbij worden overigens verschillende wegen voorgesteld (uitbreiding van Kwaliteitswet tot solistisch werkende beroepsbeoefenaren, dan wel uitbreiding van art. 40 tot individuele beroepsbeoefenaren in instellingsverband).

### 5.5.2 Knelpunten

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

Art. 40 is niet alleen belangrijk omdat het de verantwoordelijkheid voor (zorg voor) kwaliteit bij beroepsbeoefenaren legt en (naast andere wetsbepalingen, zoals art. 7:453 BW) impliciet oproept tot invulling van de professionele standaard, het legt ook in samenhang met art. 87a een basis voor de IGZ om op te treden als van onvoldoende aandacht voor kwaliteit sprake blijkt. Voor introductie van andere, lichtere handhavingsmogelijkheden dan het bevel lijkt geen aanleiding. Immers, juist doordat de IGZ als ultimum remedium een bevel kan geven, kan zij daaraan voorafgaande, minder formele stappen, zoals het geven van een waarschuwing, de nodige kracht bijzetten. Wel is gewenst dat duidelijkheid wordt geschapen over de strekking van de hoofdverplichtingen van art. 40 (in de zin dat het -in ruimere zin- gaat om het bieden van verantwoorde zorg, en niet slechts om het scheppen van randvoorwaarden daartoe), en dat de IGZ haar handhavingsbeleid navent inhoud geeft.

Voor wat betreft de samenloop van Kwaliteitswet zorginstellingen en art. 40 Wet BIG lijken zich in weerwil van de incidentele geluiden ter zake vanuit het veld en in de literatuur niet zodanige problemen voor te doen, dat een verdere afstemming tussen, of zelfs integratie van beide wettelijke regelingen geboden is. Bij de evaluatie van de Kwaliteitswet werden geen dwingende argumenten gevonden voor integratie; ook deze evaluatie levert die argumenten niet op. Daar komt bij dat integratie ook bezwaren heeft; zo zou men bij opnemings van buiten instellingsverband werkzame beroepsbeoefenaren in de Kwaliteitswet weer moeten differentiëren tussen de in het kader van de kwaliteitszorg aan instellingen respectievelijk aan zelfstandig beroepsbeoefenaren op te leggen verplichtingen (men denke bijv. aan het kwaliteitsjaarverslag). De vraag hoe op te treden bij disfunctioneren van een beroepsbeoefenaar in een instelling (via de weg van het tuchtrecht dan wel via het aanspreken van de instelling op grond van de Kwaliteitswet) kan ook middels beleids-

regels van de IGZ op een voor de praktijk kenbare wijze worden beantwoord.

De kennis over art. 40 bij ondervraagde beroepsbeoefenaren bleek zeer beperkt te zijn. Het is echter de vraag of het zinvol is op dit punt specifieke voorlichtingsactiviteiten te ondernemen. De kwaliteitsbepaling in de Wet BIG fungeert immers vooral als kader voor zelfregulering door beroepsorganisaties en als basis voor optreden door de IGZ. Veelal voldoen beroepsbeoefenaren goeddeels aan de uit dit wetsvoorschrift voortvloeiende eisen zonder dat zij daarbij het oog hebben op art. 40 Wet BIG. Wel is het noodzakelijk dat solistisch werkzame beroepsbeoefenaren van hun algemene verplichtingen inzake (zorg voor) kwaliteit weet hebben. Die vloeien overigens niet alleen voort uit de Wet BIG, maar ook uit de WGBO en andere verplichtende regelingen zoals de medewerkersovereenkomsten met zorgverzekeraars. Aanbevolen wordt ervoor te zorgen dat aan die algemene verplichtingen in opleiding, bij- en nascholing aandacht wordt besteed.

### **5.5.3 Voorstellen**

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

46. Wel is gewenst dat duidelijkheid wordt geschapen over de strekking van de hoofdverplichtingen van art. 40 (zie hierboven) en dat de IGZ haar handhavingbeleid navenant inhoud geeft.

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

## **5.6 Tuchtrect en maatregelen vanwege ongeschiktheid**

### **5.6.1 Bevindingen**

#### **Aantal en aard klachten**

Het totaal aantal klachten dat per jaar bij de tuchtcolleges in de gezondheidszorg wordt ingediend over de beroepsgroepen die reeds voor de Wet BIG tuchtrect kenden, lijkt vrij stabiel. Over de 'nieuwe' beroepsgroepen is (nog) betrekkelijk weinig geklaagd, hoewel het aantal klachten de laatste jaren is toegenomen.

Hoewel veel burgers wel eens van het wettelijk tuchtrect hebben gehoord, blijkt uit het vragenlijstenonderzoek dat zij er verder vrij weinig van afweten. Een groot deel van hen is niet goed op de hoogte van het doel en de inhoud van het tuchtrect, weet niet met welke klachten men naar een tuchtcollege kan gaan en vindt dat men sterk in zijn schoenen moet staan om een tuchtrect in te dienen.

De gegrond verklaarde klachten over de 'nieuwe' beroepsgroepen betroffen vooral seksuele intimiteiten binnen de hulpverleningsrelatie en onprofessioneel handelen bij rapportage en informatieverschaffing aan derden. In het algemeen blijkt bij de tuchtcolleges, de betrokken organisaties en ook bij advocaten ruime ondersteuning te bestaan voor handhaving van het wettelijk tuchtrect voor de 'nieuwe' beroepsgroepen. Ofschoon relatief weinig klachten over deze beroepsbeoefenaren zijn ingediend lijkt invoering van het wettelijk tuchtrect een belangrijke impuls te hebben gegeven aan de bewaking van de kwaliteit.

### **Rol Inspectie voor de Gezondheidszorg**

Bij de leden van de tuchtcolleges bestaat breed de opvatting dat de IGZ een meer actieve rol zou moeten spelen en dat de rol van de IGZ in het kader van de kwaliteitshandhaving door middel van tuchtrechtelijke toetsing, opnieuw moet worden bezien. De IGZ heeft echter naar voren gebracht dat de neiging bestaat zich bij het indienen van klachten te beperken tot die zaken waarvan zeker is dat een tuchtrechtelijke veroordeling zal volgen. Ook verklaart de IGZ dit lage aantal mede uit het feit dat zij geen klachten meer behandelt en als gevolg daarvan minder van incidenten op de hoogte raakt.

### **Toegang tot de tuchtrechtspraak**

Een meerderheid van de burgers en advocaten, maar een minderheid van de leden van de tuchtcolleges vinden dat klagers griffiegeld zouden moeten betalen voor het indienen van een tuchtklacht. Door de tuchtcolleges is met name genoemd dat de kwaliteit van de gezondheidszorg een maatschappelijk belang is, waarbij het niet past om een drempel op te werpen voor degene die de moeite neemt om een klacht in te dienen die kan leiden tot toetsing van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Brede steun is er om een klager te verplichten om voorafgaand aan het indienen van de klacht deze te bespreken met de beroepsbeoefenaar. Ook pleit een meerderheid ervoor dat een klager verplicht zou moeten zijn de klacht eerst in te dienen bij een klachtencommissie. Het indienen van een tuchtklacht via de IGZ krijgt weinig steun.

### **De tuchtnormen**

Ofschoon de toetsingsnorm zoals die is neergelegd in art. 47 lid 1 Wet BIG anders en moderner is geformuleerd dan de toetsingsnorm uit de Medische Tuchtwet, wordt algemeen aangenomen dat hiermee materieel geen verandering is opgetreden. Die opvatting is echter discutabel geworden door recente uitspraken van het centrale tuchtcollege. De door het centrale tuchtcollege gegeven interpretatie van de in art. 47 lid 1 sub b neergelegde norm leidt er toe dat artsen en andere BIG-geregistreerden, niet meer onder het tuchtrecht vallen voor zover zij een organisatorische functie in de gezondheidszorg vervullen.

### **Vooronderzoek**

Het bestaan van een verplichting tot vooronderzoek voor het regionale tuchtcollege heeft tot gevolg dat ook in gevallen waarin reeds vaststaat dat een mondelinge behandeling ter zitting zal plaatsvinden, partijen nog in de gelegenheid worden gesteld in het vooronderzoek te worden gehoord. Dit wordt door beroepsbeoefenaren die zich moeten verantwoorden, door klagers en door advocaten ervaren als een vrij zinloze doublure, mede omdat in dergelijke gevallen de mogelijkheid van een schikking illusoir is geworden. Door de tuchtcolleges is aan de minister van VWS voorgesteld om art. 74 lid 1 in die zin te wijzigen dat het centrale tuchtcollege ook de mogelijkheid heeft om, op voorstel van de voorzitter, kennelijk ongegronde zaken buiten zitting af te doen. De minister heeft de tuchtcolleges laten weten dat indiening van een wetsvoorstel tot wijziging van art. 74 Wet BIG in deze zin zal worden bevorderd.

### **Samenstelling tuchtcolleges en inschakelen deskundigen**

De extra jurist in het tuchtcollege in eerste aanleg heeft geen toegevoegde waarde, zo luidt de breed gedragen opvatting onder leden van de tuchtcolleges. In het merendeel van de zaken kan de juridische toetsing van de klacht worden overgelaten aan de voorzitter en de jurist-secretaris. De vermindering van de inhoudelijke inbreng ervaren de tuchtcol-

leges als een versmalling van de basis van de besluitvorming. Hieraan wordt des te zwaarder getild door de tuchtcolleges nu met enige regelmaat als kritiek op een tuchtrechtelijke beslissing valt te noteren dat het tuchtcollege onvoldoende voeling heeft met de praktijk van de beroepsuitoefening. Dit gevoel leeft blijkens het vragenlijstenonderzoek vooral bij huisartsen.

De leden van de tuchtcolleges en advocaten vinden voorts dat bij de beoordeling van een tuchtklacht altijd een vakgenoot op het betreffende gebied betrokken dient te zijn.

Moeilijk te realiseren is de wens van de NPCF om in geval van bejegeningklachten een deskundige op dat gebied aan de behandeling te laten deelnemen. De praktijk laat zien dat bejegeningaspecten meestal nauw verweven zijn met beroepstechnische aspecten. Ten aanzien van de termijn die een lid-beroepsgenoot nog zou kunnen participeren in het tuchtcollege na het neerleggen van de praktijk variëren de opvattingen van de leden van de tuchtcolleges en de advocaten van direct aftreden bij neerleggen praktijk tot maximaal 5 jaar respectievelijk tot de registratie wordt beëindigd.

De praktijk laat tot dusverre niet zien dat de nieuwe regeling van de samenstelling van het regionale tuchtcollege ertoe heeft geleid dat meer externe deskundigen worden ingeschakeld. In de wet ontbreekt een procedure inzake schriftelijke opdrachten aan deskundigen.

### **Spiedprocedure**

De IGZ blijkt, in tegenstelling tot de verwachting bij invoering van de Wet BIG, niet of nauwelijks gebruik te maken van haar bevoegdheid om een spiedprocedure te entameren.

### **Openbaarheid**

Veel beroepsbeoefenaren vinden dat een aangeklaagde beroepsbeoefenaar door de openbaarheid van de tuchtrechtspraak al bij voorbaat is beschadigd. Volgens veel leden van de tuchtcolleges en advocaten daarentegen remt de openbaarheid van zittingen aangeklaagden en klagers niet in het prijsgeven van gegevens. Opnieuw is geconstateerd dat zeer weinig beslissingen door tuchtcolleges worden gepubliceerd. Ook voldoen niet alle tuchtcolleges aan de wettelijke verplichting tot het opstellen van een jaarverslag en geven de tuchtcolleges die dat wel doen daar op zeer uiteenlopende wijze inhoud aan.

### **Maatregelen en tenuitvoerlegging**

Bij beroepsbeoefenaren die voor de Wet BIG reeds tuchtrecht kenden is het aantal tuchtklachten dat tot een maatregel leidde sinds de Wet BIG afgenomen van 19% naar 15%. Het aantal gegrondverklaringen in de periode 1999-2001 bij de 'nieuwe' beroepsgroepen was gemiddeld 16%; dit percentage is in de onderzoeksperiode toegenomen van 10% tot 20%. De zwaarste maatregel 'doorhaling van de inschrijving in het BIG-register' is in de periode 1999-2001 door de regionale tuchtcolleges aan 10 beroepsbeoefenaren opgelegd, waarvan 4 maal aan leden van de 'nieuwe' beroepsgroepen. De mogelijkheid om de schorsing van de inschrijving voorwaardelijk op te leggen blijkt in een behoefte te voorzien. Deze maatregel is in de periode 1999-2001 aan 15 beroepsbeoefenaren opgelegd door de regionale tuchtcolleges. De nieuwe maatregelen 'gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid' en 'schorsing van de inschrijving in het BIG-register met een geldboete' zijn in die periode opgelegd aan respectievelijk 1 en 5 beroepsbeoefenaren.

Het varieert nogal per soort instelling of de instelling op de hoogte komt van tuchtklachten en -maatregelen tegen beroepsbeoefenaren. Een vijfde van de ziekenhuizen komt niet op de hoogte van tuchtklachten tegen beroepsbeoefenaren, eenderde niet van tuchtmaatregelen.

Een ruime meerderheid van de leden van de tuchtcolleges en advocaten vindt het een

gemis, dat het niet mogelijk is een klacht gegrond te verklaren zonder het opleggen van een maatregel.

Het merendeel van de leden van de tuchtcolleges en advocaten vindt dat de IGZ het toezicht op de tenuitvoerlegging van opgelegde maatregelen dient uit te oefenen. Ook de IGZ is van mening dat zij hiervoor de meest aangewezen is, maar heeft ook aangegeven dat dit toezicht thans moeilijk is te realiseren en zij daarop niet is ingericht.

### **Het College van Medisch Toezicht**

Het CMT heeft sinds de inwerkingtreding van de Wet BIG 5 uitspraken gedaan. Hierbij werden in het algemeen zware maatregelen opgelegd. De IGZ moet soms een keus maken of de zaak wordt aangebracht bij het regionale tuchtcollege of bij het CMT, omdat naast ongeschiktheid ook de tuchtnormen in het geding kunnen zijn. Wanneer bijvoorbeeld alcohol- of opiumwet middelen misbruik niet goed is aan te tonen, maar wel de kwaliteit van de beroepsuitoefening evident in het geding is, kiest de IGZ een enkele keer voor een gang naar het tuchtcollege, omdat deze procedure sneller is en meer kans van 'slagen' heeft. De tuchtcolleges verklaren het geringe aantal aanhangig gemaakte zaken mede uit het feit dat de regionale tuchtcolleges niet beschikken over de mogelijkheid tot verwijzing naar het CMT, indien zij in het kader van de behandeling van een tuchtklacht worden geconfronteerd met een beroepsbeoefenaar die geestelijk of lichamelijk mogelijk ongeschikt is voor de uitoefening van zijn beroep.

## **5.6.2 Knelpunten**

Uit de literatuur en signalen uit de praktijk blijkt dat het tuchtrecht in de gezondheidszorg een prominente rol vervult in het kader van de kwaliteitsbewaking. Maar ook blijkt er (nog) een aantal knelpunten in het functioneren van het tuchtrecht in de gezondheidszorg te bestaan. Hierna zal daarop worden ingegaan.

### **Algemeen**

Het blijkt moeilijk om inzicht te krijgen in het functioneren van het tuchtrecht in de gezondheidszorg. De tuchtcolleges hebben weliswaar een verplichting tot het publiceren van een jaarverslag, maar bepalen zelf of en op welke wijze aan deze verplichting inhoud wordt gegeven. Dat leidt tot nauwelijks vergelijkbare jaarverslagen.<sup>585</sup> Zo maakt van de colleges in eerste aanleg alleen het regionaal tuchtcollege Amsterdam melding van de gemiddelde doorlooptijd van een klacht. Dit college rapporteert dat gemiddeld tien tot twaalf maanden met de behandeling van een klacht gemoeid is.<sup>586</sup> Het centrale tuchtcollege schrijft in haar jaarverslag dat de behandeling van een beroepschrift gemiddeld bijna 400 dagen duurt.<sup>587</sup> Omdat zowel in eerste aanleg als in hoger beroep veel eenvoudige zaken worden behandeld, kan uit deze cijfers worden afgeleid dat de behandeling van een meer gecompliceerde klacht, inclusief hoger beroep, als regel bijna drie jaar in beslag neemt. Dat is zowel voor de klager als voor de aangeklaagde beroepsbeoefenaar een te lange periode, gezien de belasting die dit met zich meebrengt.

### **Aantal en aard klachten**

Ofschoon het tuchtrecht bij de 'nieuwe' beroepsgroepen een belangrijke rol blijkt te vervullen bij het tegengaan van ernstige vormen van grensoverschrijding in de hulpverlening, moet worden geconstateerd dat het tuchtrecht ten aanzien van de normontwikkeling over andere aspecten van de beroepsuitoefening nog nauwelijks een rol speelt.

<sup>585</sup> Kleiboer en Huls 2001, p. 289, signaleren dit, ook buiten de gezondheidszorg, als een structurele tekortkoming van het tuchtrecht.

<sup>586</sup> RTC Amsterdam. Jaarverslag 2000. Amsterdam, 2001, p. 2.

<sup>587</sup> CTG. Jaarverslag 1998 t/m 2000. Den Haag, 2001, p. 8.

Uit het vragenlijstenonderzoek blijkt dat burgers vrij weinig van tuchtrecht weten. Bij de interpretatie van het relatief lage aantal klachten over de 'nieuwe' beroepsgroepen moet worden betrokken dat voor gezondheidszorgpsychologen en fysiotherapeuten ook intern verenigings-tuchtrecht bestaat. Het is aannemelijk dat via de weg van het verenigings-tuchtrecht klachten worden behandeld die anders wellicht bij de wettelijke tuchtcolleges zouden zijn ingediend. Verder dient bij de interpretatie van het aantal ingediende klachten te worden betrokken dat, als gevolg van de Wet klachtrecht, inmiddels op vrij grote schaal klachtencommissies in de gezondheidszorg hun intrede hebben gedaan. Het ligt voor de hand dat via deze weg veel van de meer eenvoudige klachten worden behandeld.<sup>588</sup> Dit neemt niet weg dat het vrij veel voor komt dat na een beslissing van de klachtencommissie alsnog een klacht wordt ingediend bij het regionaal tuchtcollege.<sup>589</sup> Verder blijkt de mogelijkheid tot civielrechtelijke aansprakelijkstelling steeds meer bekend te zijn. Daarnaast moet bij de analyse van het betrekkelijk lage aantal klachten worden betrokken dat het aantal klachten over bepaalde beroepsgroepen, zoals apothekers en verloskundigen, ook onder de Medische Tuchtwet laag was. Zo zijn over apothekers in ongeveer 25 jaar in totaal amper 70 klachten bij de wettelijke tuchtcolleges ingediend.<sup>590</sup>

### **Toegang tot de tuchtrechtspraak**

De conclusie dringt zich op dat het maatschappelijk gezien niet aanvaardbaar is om griffiegeld te heffen voor het indienen van een klacht bij het tuchtcollege. Het aan de orde stellen van misstanden door patiënten of hun nabestaanden moet drempelloos kunnen gebeuren.

In plaats van het heffen van griffierecht valt te denken aan het introduceren van andere drempels, teneinde de zonder meer ongegronde klachten te selecteren. Daarbij moet niet worden gedacht aan de in het verleden wel overwogen mogelijkheid om klachten uitsluitend te laten indienen via de IGZ. Ook nu blijkt voor een dergelijke rol van de IGZ weinig steun te bestaan. Wel bestaat veel sympathie voor de gedachte om een klager in overweging te geven om, alvorens een klacht bij het tuchtcollege te deponeren, deze eerst ter beoordeling voor te leggen aan de bevoegde klachtencommissie. Ofschoon ook wordt bepleit om de klager te verplichten zijn klacht voor te leggen aan de klachtencommissie alvorens deze door het tuchtcollege in behandeling kan worden genomen, roept een dergelijke wettelijke verplichting nieuwe complicaties op. Het meest duidelijk spreekt dat bij zeer ernstige voorvallen met medisch-technische complicaties die de inhoudelijke competentie van een klachtencommissie te boven gaan en zich daarom niet lenen voor behandeling door een dergelijke commissie.

### **De tuchtnormen**

Uit de rechtspraak blijkt dat de incorporatie van het tuchtrecht in de Wet BIG verstrekken-de gevolgen heeft gehad. Het centrale tuchtcollege heeft de reikwijdte van het tuchtrecht beperkt met een verwijzing naar de omschrijving van het begrip individuele gezondheidszorg in art. 1 van de Wet BIG. Verduidelijking van de tweede tuchtnorm die in art. 47 is opgenomen is wenselijk, omdat ook in de literatuur tot dusverre is aangenomen dat die norm juist ruimte biedt om de meer bedrijfsmatige kant van de beroepsuitoefening door de geregistreerde aan het tuchtrecht te onderwerpen.<sup>591</sup>

### **Vooronderzoek**

Aan de huidige regeling van het vooronderzoek zijn bezwaren verbonden, die zich toe-

<sup>588</sup> Friele R.D., Ruiter C. de, Wijmen F. van e.a. 1999.

<sup>589</sup> Het RTC Amsterdam maakt melding van het feit dat in 20% van de klachtzaken al een procedure bij een klachtencommissie heeft plaatsgevonden (RTC Amsterdam. Jaarverslag 2000. Amsterdam, 2001, p. 1).

<sup>590</sup> Christiaans en Hubben 2000.

<sup>591</sup> Zie o.a. Leenen 1996, m.n. p. 263 en Kastelein en Meulemans 2001, p. 49-60.



spitsen op het verplichte karakter daarvan.

In art. 66 lid 7 is uitsluitend sprake van een verbod aan de vooronderzoeker om deel te nemen aan de behandeling van de zaak 'op de terechtzitting', terwijl het voor de hand ligt dat de vooronderzoeker ook niet deelneemt aan het beraad in raadkamer.

Voorts is gewezen op de formele opstelling van het centrale tuchtcollege betreffende de uitleg van art. 74 lid 4. In de literatuur is de vraag gerezen of het geen aanbeveling verdient in de wet uitdrukkelijk te voorzien in de mogelijkheid van incidenteel appel.

In de praktijk blijkt tenslotte dat het bepaalde in art. 66 lid 1 inhoudende dat het vooronderzoek zich mede kan uitstrekken 'tot andere dan in het klaagschrift vermelde feiten en omstandigheden' bij klagers en tuchtcolleges aanleiding geeft tot onduidelijkheid. Ofschoon het uit kwaliteitsoogpunt wellicht wenselijk is dat het tuchtcollege ook kan beslissen over aspecten van de casus waarover niet is geklaagd botst dit met het beginsel neergelegd in art. 6 EVRM, dat erop neerkomt dat het tuchtcollege dient te beslissen op basis van de door klager in de loop van de procedure geformuleerde klacht. Een ruimere opvatting zou de positie van de beroepsbeoefenaar die zich moet verdedigen ernstig bedreigen.<sup>592</sup>

### **Samenstelling tuchtcolleges en inschakelen deskundigen**

De komst van meer juridische leden was, in de visie van de tuchtcolleges, in 'de sleutel van het vertrouwen gezet'. Zij zouden immers geen beroepsgenoten zijn, de hulpverleners niet de hand boven het hoofd houden en dus vrijer kunnen oordelen. Opmerkelijk is in dit verband dat met de vergroting van de juridische inbreng het aantal gegrond verklaarde klachten niet is gestegen, maar verder is gedaald tot omstreeks 15%. Dit bevestigt de meermalen gedane observatie dat juristen de neiging hebben minder streng te oordelen dan beroepsgenoten van de hulpverlener tegen wie de klacht is gericht.

De met de Wet BIG geïntroduceerde extra jurist blijkt geen meerwaarde te hebben, terwijl de vermindering met een lid-beroepsgenoot in het regionale tuchtcollege algemeen als een verlies wordt ervaren.

Hoewel de praktijk tot dusverre niet laat zien dat de nieuwe samenstelling van het regionale tuchtcollege ertoe heeft geleid dat meer externe deskundigen worden ingeschakeld bestaat echter zeker het risico dat een groter beroep op externe expertise moet worden gedaan.

In de wet ontbreekt een procedure inzake schriftelijke opdrachten aan deskundigen. De kwaliteit van deskundigen blijkt voorts nogal eens uiteen te lopen en die kwaliteit is bovendien niet steeds goed te beoordelen.

### **Openbaarheid**

De met de Wet BIG geïntroduceerde openbaarheid van de zitting blijkt geen grote problemen op te leveren. Ofschoon een minderheid van de advocaten van mening is dat de beroepsbeoefenaar door de openbaarheid al bij voorbaat is beschadigd, moet niet worden onderschat dat in incidentele gevallen publiciteit over de gang van zaken op de zitting een beroepsbeoefenaar in een zeer negatief daglicht kan plaatsen, terwijl in dat stadium nog in het geheel niet vaststaat dat de behandeling uitmondt in een gegrondverklaring van de klacht.

Opnieuw is geconstateerd dat zeer weinig beslissingen door de tuchtcolleges worden gepubliceerd. Op sommige terreinen van de beroepsuitoefening is het aantal gepubliceerde beslissingen zelfs zo laag dat reeds daardoor van de tuchtrechtspraak geen kwaliteitsbevorderende invloed op de beroepsuitoefening in algemene zin kan uitgaan. Niet goed is vast te stellen welk criterium de tuchtcolleges hanteren bij de beslissing om een uitspraak

---

<sup>592</sup> Zie voor enige casuïstiek Loorbach 1999, p. 1730-1731.

al dan niet te publiceren.

### **Maatregelen en tenuitvoerlegging**

Het aantal gegrond verklaarde klachten is laag. Dit is deels verklaarbaar door de geringe kennis onder burgers van het tuchtrecht. Voorts is de drempel voor het tuchtcollege om te komen tot een gegrondverklaring van een klacht betrekkelijk hoog. Aan een zuiverder normstelling zou kunnen bijdragen de introductie van de gegrondverklaring zonder toepassing van een maatregel. Uit onderzoek van de NMT-rechtspraak blijkt dat niet opgaat de door de bewindslieden bij de totstandkoming van de Wet BIG geopperde veronderstelling, dat bij de introductie hiervan er geen plaats meer zou zijn voor de tuchtrechtelijke maatregel van waarschuwing.

Het toezicht op de tenuitvoerlegging van in het BIG-register aangetekende tuchtrechtelijke maatregelen is onvoldoende geregeld. Het toezicht op de naleving van een doorhaling, schorsing of de in het kader van een voorwaardelijke schorsing van de inschrijving opgelegde voorwaarden is daardoor onvoldoende.<sup>593</sup> Dat geldt overigens ook voor het innen van door de tuchtrechter opgelegde geldboetes en voor het toezicht op de gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid om in het register ingeschreven staande het beroep uit te oefenen. Verder ontbreekt duidelijkheid over het aanvangstijdstip van een tuchtrechtelijke maatregel die een beperking van de beroepsuitoefening tot gevolg heeft.

Het varieert sterk per organisatie of de leiding op de hoogte komt van tuchtklachten en -maatregelen tegen beroepsbeoefenaren. Art. 5 Registratiebesluit bepaalt dat het BIG-register werkgevers/instellingen in kennis stelt van schorsingen, gedeeltelijke ontzeggingen en doorhalingen. Dit kan echter alleen wanneer het BIG-register op de hoogte is van de plaats waar de persoon werkt. Dit is echter niet altijd bekend (zie ook paragraaf 5.2.2).

### **College van Medisch Toezicht**

Uit het vragenlijstenonderzoek en andere signalen uit de praktijk is gebleken dat binnen de tuchtcolleges kritiek bestaat op de betrekkelijk geïsoleerde positie van het CMT. Voordrachten bij het CMT kunnen uitsluitend door de IGZ worden gedaan. Sinds de invoering van de Wet BIG is dat, wanneer men dit in relatie brengt tot het aantal signalen over disfunctioneren, slechts in een gering aantal gevallen gebeurd. Wanneer het regionale tuchtcollege in het kader van de behandeling van een tuchtklacht wordt geconfronteerd met een beroepsbeoefenaar die geestelijk of lichamelijk mogelijk ongeschikt is voor de uitoefening van zijn beroep, moet zij afwachten of de IGZ het initiatief neemt om een voordracht bij het CMT te doen, nadat deze de beslissing van het regionale tuchtcollege heeft ontvangen. Wanneer de regionale tuchtcolleges zouden beschikken over de mogelijkheid tot verwijzing naar het CMT, zou dit probleem kunnen worden verminderd.

## **5.6.3 Voorstellen**

### **Aantal en aard klachten**

48. Gezien de bevindingen dient aan burgers meer voorlichting te worden gegeven over doel en functioneren van het wettelijk tuchtrecht, met name ten aanzien van de 'nieuwe' beroepsgroepen.

### **Rol Inspectie voor de Gezondheidszorg**

49. Gezien de geconstateerde daling van het reeds betrekkelijk lage aantal door de IGZ ingediende klachten en de door de IGZ in dit verband gesignaleerde werkdruk, is nadere

<sup>593</sup> In die zin ook Kastelein 2000 en Bakker 2000.

verduidelijking gewenst van de taak en verantwoordelijkheid van de IGZ als klager in tuchtzaken.

### **Toegang tuchtrechtspraak**

50. Brede steun vindt de gedachte dat de klager, alvorens een klacht in te dienen bij het tuchtcollege, deze dient te bespreken met de betrokken hulpverlener. Ofschoon het hier een aanbeveling betreft die goede diensten kan bewijzen teneinde onnodige escalatie te voorkomen, laat zich niet goed denken hoe deze zou moeten worden omgezet in een wettelijke verplichting. Eerder moet worden gedacht aan de mogelijkheid om via voorlichting klagers en beroepsbeoefenaren het belang te doen inzien van het vroegtijdig samen bespreken van een klacht.<sup>594</sup>

51. Het valt te overwegen om de onder de Medische Tuchtwet bestaande vorm van compensatie door middel van toekenning van een kostenvergoeding uit 's-Rijks Kas opnieuw te introduceren.<sup>595</sup>

### **De tuchtnormen**

52. Gezien de jurisprudentie van het centrale tuchtcollege is verduidelijking nodig van de tweede tuchtnorm die in art. 47 is opgenomen, omdat ook in de literatuur tot dusverre is aangenomen dat die norm juist ruimte biedt om de meer bedrijfsmatige kant van de beroepsuitoefening door de geregistreerde aan het tuchtrecht te onderwerpen. Bij de verduidelijking van de in art. 47 lid 1 sub b opgenomen tuchtnorm kan gebruik worden gemaakt van het voorstel van de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid om bepaalde door de minister van Volksgezondheid aan te wijzen werkzaamheden gelijk te stellen met handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg.<sup>596</sup>

### **Vooronderzoek**

53. Aanbevolen wordt de regeling van het vooronderzoek zo te wijzigen dat, indien de klacht niet op een zitting zal worden behandeld, de vooronderzoeker de klager en degene over wie is geklaagd altijd in de gelegenheid stelt te worden gehoord. Indien echter vaststaat dat de zaak wel op een zitting zal worden behandeld is voldoende dat de vooronderzoeker de mogelijkheid heeft klager en degene over wie is geklaagd in de gelegenheid te stellen om te worden gehoord, zonder dat sprake is van een verplichting daartoe.

54. In art. 66 lid 7 zou niet alleen een verbod aan de vooronderzoeker moeten inhouden om deel te nemen aan de behandeling van de zaak 'op de terechtzitting', maar ook aan het beraad in raadkamer.

55. Het verdient aanbeveling de verschijningsplicht van de aangeklaagde beroepsbeoefenaar opnieuw in te voeren en voorts te voorzien in de mogelijkheid van incidenteel appèl.

56. Verder is het van belang dat wordt overgegaan tot wijziging van art. 74 lid 1 in die zin dat het centrale tuchtcollege over de mogelijkheid kan beschikken om, op voorstel van de voorzitter, kennelijk ongegronde zaken buiten zitting af te doen.

### **Samenstelling tuchtcolleges en inschakelen deskundigen**

<sup>594</sup> Het RTC Amsterdam heeft enkele malen de behandeling van een klacht aangehouden in afwachting van de beoordeling door de klachtencommissie, Jaarverslag 2000, p. 5.

<sup>595</sup> Zo kende het centrale medisch tuchtcollege aan een door de IGZ ten onrechte aangeklaagde huisarts een bedrag toe van f 3.500. Zie de beslissing van 11 april 1996, Medisch Contact 1997;52:1016-1018 (1997/33/34). Dit was gebaseerd op art. 69 Reglement Medisch Tuchtrecht en Oplossing van Geschillen. Zie ook *Kamerstukken II* 1992/93, 19 522, nr. 103d, p. 5.

<sup>596</sup> Centrale Raad voor de Volksgezondheid 1982.

57. Teneinde het inhoudelijk-professioneel draagvlak van de tuchtrechtelijke beslissingen te vergroten verdient het aanbeveling om het aantal beroepsgenoten in het regionaal tuchtcollege uit te breiden. De met de Wet BIG geïntroduceerde extra jurist kan vervallen. Om te voldoen aan de eisen van het EVRM -rechtspraak in ten minste één instantie die voldoende is voorzien van waarborgen van onafhankelijke rechtspraak- kan als voldoende worden aangemerkt indien het centrale tuchtcollege blijft samengesteld op de wijze als thans in de Wet BIG is geregeld. In verband met deze onafhankelijkheid verdient het overweging ook de leden-juristen van het centrale tuchtcollege voor het leven te benoemen.

58. In de Wet BIG dient een zodanige waarborg te worden neergelegd dat verzekerd is dat de discipline/hoofdspecialisatie van de persoon op wie de klacht betrekking heeft ook door een actieve beroepsbeoefenaar aanwezig is in het college dat over de klacht oordeelt. Daarbij is het van belang dat bij de mededeling van de samenstelling van het college, aan partijen tevens bericht wordt gegeven van de discipline/hoofdspecialisatie van de leden-beroepsgenoot die aan de behandeling van de klacht deelnemen.

59. Er is steun voor een zodanige regeling van benoeming en ontslag van leden van de tuchtcolleges dat voldoende voeling met de praktische beroepsuitoefening is verzekerd. Daarom verdient het aanbeveling om de regeling van benoeming zo in te richten dat leden-beroepsgenoten uiterlijk 1 à 2 jaar na feitelijke beëindiging van de beroepspraktijk het lidmaatschap van het tuchtcollege neerleggen.

60. Voor leden van de tuchtcolleges dient het afleggen van de eed of belofte te worden geïntroduceerd.

61. De noodzaak tot het inschakelen van deskundigen kan worden beperkt door de leden-beroepsgenoot van het regionaal tuchtcollege van rechtsweg plaatsvervanger te laten zijn bij de andere colleges. Het over en weer inschakelen van op een bepaald terrein gespecialiseerde leden wordt daarmee bevorderd. Bovendien wordt het hierdoor eenvoudiger om de leden-beroepsgenoten met bepaalde specialismen ad hoc uit te wisselen tussen de colleges. Een bijkomend voordeel ten opzichte van het inschakelen van een externe deskundige, is gelegen in het feit dat deze leden mee kunnen delen in het beraad van het college in raadkamer, waar de externe deskundige immers buiten staat.

62. Het is van belang om in de wet een procedure inzake schriftelijke opdrachten aan deskundigen op te nemen en de nadere uitwerking daarvan te voorzien in het Tuchtrechtbesluit.<sup>597</sup> Hiervoor kan aansluiting worden gezocht bij de regeling van het deskundigenbericht in het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering.

63. Aanbeveling verdient de instelling van een 'deskundigenbank', die door tuchtcolleges, klagers en betrokken beroepsbeoefenaren kan worden geraadpleegd.<sup>598</sup>

### **Spiedprocedure**

64. Het verdient aanbeveling om aan het zeer beperkte gebruik van de spiedprocedure aandacht te schenken in samenhang met hetgeen hierboven is opgemerkt over de rol van de IGZ in het kader van de kwaliteitshandhaving door middel van tuchtrechtelijke toetsing.

<sup>597</sup> Bakker 2000, p. 418-424, Kastelein 2000, p. 425-434.

<sup>598</sup> Overigens hebben sommige beroepsgroepen het initiatief genomen om eisen te formuleren voor de werkwijze van de deskundige die optreedt in een juridische procedure. Een voorbeeld daarvan vormen de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie 1997, p.1546.

## **Openbaarheid**

65. Het verdient aanbeveling dat de tuchtcolleges over het publicatiebeleid ten aanzien van tuchtrechtelijke beslissingen gezamenlijk een gedragslijn ontwikkelen. Voorts dienen alle tuchtcolleges zich te houden aan de wettelijke verplichting tot het opstellen van een jaarverslag en daarbij op onderling vergelijkbare wijze inzicht te geven in het functioneren.

## **Maatregelen en tenuitvoerlegging**

66. Een zuiverder normstelling zal worden bevorderd indien in het tuchtrecht voor de gezondheidszorg de mogelijkheid wordt geïntroduceerd van gegrondverklaring zonder toepassing van een maatregel, analoog aan de mogelijkheid die bestaat in art. 9a Wetboek van Strafrecht. Indien de gegrondverklaring zonder oplegging van een maatregel als sanctiemodaliteit wordt geïntroduceerd, dient tevens te worden bepaald of partijen tegen deze maatregel hoger beroep kunnen instellen.

67. Het is van belang dat de minister van VWS inhoud geeft aan het voorschrift dat is opgenomen in art. 48 lid 5 door een regeling te geven voor de tenuitvoerlegging van de (voorwaardelijke) schorsing en doorhaling van een inschrijving.

68. Invoering van betekening van beslissingen die een beperking inhouden van de beroepsuitoefening kan de gewenste helderheid brengen omtrent het aanvangstijdstip van een dergelijke tuchtrechtelijke maatregel en voorts bijdragen aan effectief toezicht daarop.

69. Het verdient aanbeveling om in het BIG-register het werkadres op te nemen van de beroepsbeoefenaar aan wie een schorsing, gedeeltelijke ontzegging of doorhaling is opgelegd, zulks in verband met informatie aan werkgever/instelling (zie ook paragraaf 5.2.2)

## **College van Medisch Toezicht**

70. Gezien het grote belang dat is gemoeid met snel en adequaat optreden in geval van een op grond van lichamelijke of geestelijke gesteldheid disfunctionerende hulpverlener, dient het regionale tuchtcollege de mogelijkheid te krijgen tot verwijzing naar het CMT, dan wel moet worden nagegaan of een systeem de voorkeur verdient waarbij de beoordeling van geestelijke of lichamelijke geschiktheid van een hulpverlener wordt ondergebracht bij een kamer van ieder regionaal tuchtcollege. Het voordeel daarvan is dat de nu bestaande drempels worden weggenomen en tegemoet wordt gekomen aan het bezwaar dat het in de huidige regeling gemaakte onderscheid tussen klacht en signalen over disfunctioneren vaak als kunstmatig wordt ervaren.<sup>599</sup>

## **5.7 Strafbepalingen**

### **5.7.1 Bevindingen**

In de periode mei 1997 – mei 2002 zijn bij 9 (van de 19) rechtbanken geen zaken aangehangig gemaakt op basis van de Wet BIG; bij één rechtbank was één strafzaak aangebracht, terwijl van de overige rechtbanken geen gegevens bekend bleken te zijn. De verklaring voor dit terughoudende gebruik van de mogelijkheid van strafrechtelijke vervolging kan niet, zoals nogal eens wordt aangevoerd, worden gevonden in de samenloop met het bestuursrechtelijk instrumentarium, omdat daar eveneens slechts spaarzaam gebruik van wordt gemaakt, zo blijkt uit de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Evenmin kan de oorzaak worden gevonden in het tuchtrecht omdat de IGZ ook betrekke-

<sup>599</sup> Zie over de problematiek van het disfunctioneren, Lens en Kahn 2001.

lijk weinig gebruik blijkt te maken van de haar in het kader van het tuchtrecht gegeven bevoegdheden.

De in een wetsvoorstel<sup>600</sup> opgenomen uitbreiding van art. 96 met de mogelijkheid van een voorlopige maatregel<sup>601</sup>, die het OM vóór of tijdens een strafvervolging kan opleggen aan een verdachte, is in theorie een goede aanvulling ter bescherming van de burger. Het zal echter in belangrijke mate afhangen van de initiatieven van de IGZ en van de samenwerking tussen OM en IGZ of deze voorlopige maatregel ook werkelijk meer bescherming aan de burger zal bieden.

De IGZ is van mening dat meer toezicht nodig is op alternatieve behandelaars, maar zegt daar vooralsnog onvoldoende capaciteit voor te hebben.

Het is nooit de bedoeling van de wetgever geweest om de ene rechtsgang als voortraject voor de andere te gebruiken. Het is dan ook opmerkelijk dat de minister van justitie in een recente brief aan de Tweede Kamer de suggestie doet dat het tuchtrecht bedoeld zou zijn om medische fouten te laten beoordelen ten behoeve van een eventuele strafrechtelijke vervolging.<sup>602</sup> In de jurisprudentie is deze gang van zaken al zichtbaar.<sup>603</sup> Als de tuchtrechter een klacht gegrond verklaart, betekent dat niet meer en niet minder dan dat de tuchtnorm (tekortschieten in zorg in brede zin, zoals neergelegd in art. 47 Wet BIG) is geschonden. Of het gewraakte handelen voldoet aan een delictsomschrijving in het Wetboek van Strafrecht zal in een strafrechtelijk onderzoek moeten worden onderzocht.

## 5.7.2 Knelpunten

Het is zeer de vraag of daarnaast verdere uitbreiding van het strafrechtelijk sanctiearsenaal moet plaatsvinden, nu blijkt dat het bestaande strafrechtelijk instrumentarium niet of nauwelijks wordt gebruikt. Dit laatste is geen nieuw gegeven. Reeds decennia lang blijkt het strafrecht in de gezondheidszorg weinig te worden toegepast. Er is dus in dit opzicht geen sprake van een nieuwe ontwikkeling sinds de invoering van de Wet BIG.

De indruk bestaat dat het niet inzetten van de BIG-strafbepalingen echter voor een deel voortkomt uit gebrek aan kennis en ervaring bij politie en justitie. Ook de medisch officieren van justitie zijn (nog) niet voldoende bekend met de Wet BIG. Voor zover de terughoudendheid van het OM bij het vervolgen het gevolg is van onbekendheid met de BIG-strafbepalingen, dient deze te worden opgeheven. Hiertoe zijn al in een eerder stadium officieren van justitie bij elk parket aangewezen, met als bijzonder aandachtsgebied medische zaken. Het lijkt er echter op dat de onbekendheid van het OM op dit terrein hiermee nauwelijks is veranderd. In de woorden van de minister in zijn brief van december 2001: 'Doordat dit specialisme weinig zaken genereert, die bovendien zeer verschillend van aard zijn, is het moeilijk om expertise op te bouwen'.<sup>604</sup> Het is te hopen dat het sinds 1 oktober 2001 operationele Medisch Expertisecentrum hier een rol van betekenis kan gaan spelen.

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

<sup>600</sup> *Kamerstukken II 2000/01*, 27 669, nrs. 1-12; *Kamerstukken I 2001/02*, 27 669, nrs. 366, 366a en 366b.

<sup>601</sup> De maatregel bestaat uit een bevel zich van bepaalde handelingen te onthouden.

<sup>602</sup> *Kamerstukken II 2001/02*, 28 000 VI, nr. 48, p. 4: 'Om het vermoeden van medische fouten aan de kaak te stellen, kan gebruik worden gemaakt van (...) het BIG-tuchtrecht.' En: 'langs deze weg kan onderzocht worden of er inderdaad sprake is van medische fouten'.

<sup>603</sup> Rb. Amsterdam 20 december 2001, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2002;26:214-6 (2002/25) (uitspraak van het Tuchtcollege wordt beschouwd als verslag van een deskundige cf. art. 344 lid 1 sub 4 Wetboek van Strafvordering)

<sup>604</sup> *Kamerstukken II 2001/02*, 28 000 VI, nr. 48, p.1-4.

Voorts bestaat de indruk dat de resultaten van het overleg tussen het College van Procureurs Generaal en de IGZ onvoldoende worden teruggekoppeld naar de officieren van justitie en het Expertisecentrum. Veel hangt af van de vraag of de IGZ tijdig actie onderneemt naar aanleiding van fouten en misstanden in de gezondheidszorg. Van essentieel belang daarbij is dat de IGZ voldoende en op tijd op de hoogte raakt van fouten en misstanden en zo nodig effectieve actie onderneemt. Aangenomen moet worden dat het wetsvoorstel tot wijziging van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht<sup>605</sup> daaraan een impuls kan geven.

### 5.7.3 Voorstellen

71. Tegengegaan moet worden om het tuchtrecht als voortraject voor civiel- of strafrecht te gebruiken. Dit is niet de bedoeling van de wetgever geweest. Ook leidt het tot ongewenst 'winkelen' van bepaalde patiënten, die verwachten bewijsmateriaal voor een mogelijk aan te spannen civiele procedure op eenvoudige wijze te vergaren of hopen dat het een strafrechtelijke procedure positief kan beïnvloeden.

72. Voor zover de terughoudendheid van het OM bij het vervolgen het gevolg is van het onvoldoende 'gevoed worden' door de IGZ dient de samenwerking tussen OM en IGZ te worden verbeterd.

## 5.8 Samenvattende conclusies en aanbevelingen

### 5.8.1 Inleiding

De Wet BIG is in 1997 vrijwel geheel in werking getreden. Met de Wet BIG is het voorheen geldende integrale verbod tot uitoefening van de geneeskunst door onbevoegden vervangen door een partieel monopolie en zijn de voorheen bestaande afzonderlijke beroepenregelingen in één regeling samengebracht. Tegelijkertijd zijn diverse waarborgen in de wet ingebouwd om te voorkomen dat burgers risico zouden lopen door ondeskundige hulpverlening in de gezondheidszorg. Het betreft met name de zware beroepenregeling (constitutieve registratie annex beroepstittelbescherming) en een lichtere (opleidingstittelbescherming) gekoppeld aan deskundigheidsgebieden, een regeling voor voorbehouden handelingen mede in relatie tot de bekwaamheidseis, een voorziening voor kwaliteitseisen, strafbepalingen en bepalingen inzake tuchtrecht. Het onderhavige onderzoek is de eerste evaluatie van de Wet BIG.

Doelstelling van de Wet BIG is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het beschermen van het publiek tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. De Wet BIG beoogt voorts een hanteerbaar stelsel van toezicht en handhaving in het leven te roepen. In aansluiting hierop is gekozen voor de volgende centrale vraagstelling van het onderzoek: 'In hoeverre beschermt de Wet BIG burgers tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen op het gebied van de individuele gezondheidszorg en in hoeverre draagt zij bij aan het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening?' Kern van die vraagstelling is de vraag of met het stelsel van de Wet BIG een verantwoord evenwicht is gevonden tussen vrijheid en bescherming van de burger, mede gelet op andere relevante wetgeving.

Conform de opdracht is volstaan met evaluatie op deelaspecten, met aandacht voor de wetssystematiek. De evaluatie is toegespitst op die onderdelen van de wet die voor de

<sup>605</sup> Kamerstukken II 2001/02, 28 489, nrs.1-2 en 3.

wijziging van het stelsel van integrale beroepenwetgeving naar een partiële, essentieel zijn te achten, te weten:

1. constitutieve registratie en titelbescherming;
2. bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen;
3. artikel 40 Wet BIG (kwaliteitsbepaling);
4. tuchtrecht en maatregelen vanwege ongeschiktheid;
5. strafbepalingen.

Tevens is gekeken naar de afstemming tussen de normstelling en systematiek van de Wet BIG en overige relevante wetgeving, waaronder de Kwaliteitswet zorginstellingen en de WGBO. Annex aan de regeling voor toelating van buitenlands gediplomeerden in de Wet BIG zijn relevante onderwerpen op EU niveau bij het onderzoek betrokken.

Bij het onderzoek van de respectievelijke onderdelen van de wet is te werk gegaan aan de hand van de volgende vragen: a. Hoe zit de regeling in elkaar?, b. Hoe functioneert de regeling in de praktijk? en c. Bereikt de regeling haar doel, respectievelijk is zij effectief en zijn er neveneffecten opgetreden?

Hierna volgen, na een aantal algemene impressies waar de uitkomsten van het onderzoek aanleiding toe geven, een beknopte samenvatting van de belangrijkste conclusies en aanbevelingen. Deze zijn zo veel mogelijk gerangschikt naar conceptuele aspecten, het systeem van de wet mede in relatie tot het daarin vervatte instrumentarium (doeltreffendheid en doelmatigheid als zodanig) en de meer praktische aspecten (algemene randvoorwaarden), met name voor wat betreft de inzet van instrumenten die nodig is wil de wet aan de doelstelling beantwoorden. In de slotbeschouwing wordt vanuit het perspectief van het te bereiken en te bewaren evenwicht tussen vrijheid en bescherming nog eens naar de evaluatie en de uitkomsten daarvan gekeken.

## 5.8.2 Algemene impressies

### Doelbereiking Wet BIG

Uit het onderzoek komt zonder meer naar voren dat door het veld in de praktijk serieus invulling is gegeven aan de Wet BIG, dat op onderdelen een kwaliteitsslag is gemaakt, dat de wet inderdaad wordt gezien als een instrument ter bescherming van de patiënt en ook als een potentieel belangrijk kwaliteitsinstrument.

Een algemene conclusie die tegelijkertijd uit de evaluatie naar voren komt is dat de Wet BIG de burger weliswaar bescherming biedt, maar dat deze niet optimaal is. Dit ook gelet op de dynamiek van het onderhavige terrein. Deze conclusie heeft betrekking op het beschermingsinstrumentarium in het kader van de Wet BIG, het gebruik dat daarvan wordt gemaakt en met name ook op de verhouding bescherming en keuzevrijheid zoals deze via de Wet BIG in het leven is geroepen.

De punten voor verbetering die uit de evaluatie naar voren zijn gekomen liggen zowel op het conceptuele niveau, het door de wetgever gekozen systeem, mede in relatie tot het wettelijk instrumentarium, als op het praktische niveau van functioneren van de wet (wijze en mate van inzet van instrumenten en overige randvoorwaarden met het oog op een goed functioneren van de wet). De uitkomsten wettigen de algemene indruk dat de overheid met het oog op verantwoorde zorg met name actiever zou kunnen omgaan met de instrumenten die de Wet BIG biedt respectievelijk deze intensiever zou kunnen inzetten, ook voor individuele gezondheidszorgverlening door niet BIG-gereguleerde behandelaars. Daarbij is de inzet van het veld onontbeerlijk. Een instantie speciaal voor de beroepenwetgeving, zoals deze destijds is aanbevolen, zou, gelet op de complexiteit van de mate-



rie en de ontwikkelingen op het beroepenterrein, nuttige diensten kunnen bewijzen.

Dringend wordt geadviseerd over te gaan tot de instelling van een 'College voor de Beroepen' gesitueerd in het middengebied tussen overheid en veld (ZBO), met een signalerende, adviserende en sturende rol. (voorstellen 4 en 44)

### **Kennis burgers en beroepsbeoefenaren**

Een van de meest basale vereisten voor een doelmatig en doeltreffend functioneren van de Wet BIG is de aanwezigheid van voldoende kennis en inzicht in het systeem en de instrumenten van de wet, zowel bij de potentiële gebruikers van de zorg (burgers) als bij degenen die beroepsmatig handelingen verrichten op het terrein van de individuele gezondheidszorg. De algemene indruk is dat hierin onvoldoende is geïnvesteerd en dat bovendien onvoldoende is onderkend dat voorlichting niet een eenmalig gebeuren is. Kennis en inzicht blijken bij burgers zeer beperkt, bij BIG-gereguleerde beroepsbeoefenaren gering. Het betreft met name de kennis over wettelijk beschermde titels, de mogelijkheden en beperkingen van het BIG-register en de niet wettelijk gereguleerde art. 34-registers. Onder burgers is de kennis over het bestaan van de registraties zelf gering. Voor burgers komen daar nog bij gebrek aan kennis omtrent doel en inhoud van het wettelijk tuchtrecht en onduidelijkheid omtrent toezicht door de overheid. Bij BIG-gereguleerde beroepsbeoefenaren schort het op onderdelen aan voldoende kennis over en inzicht in de regeling voorbehouden handelingen.

Het gebrek aan kennis en inzicht bij burgers valt overigens te verklaren door het ontbreken bij de invoering van de Wet BIG van op die doelgroep gerichte voorlichting. Dit is temeer een tekortkoming waar goede voorlichting een voorwaarde is om verantwoord gebruik te kunnen maken van de keuzevrijheid die de wetgever de burger anders dan voorheen met de Wet BIG ten principale heeft geboden (keuze voor een reguliere of alternatieve (niet BIG-gekwalficeerde) beroepsbeoefenaar).

Het is dringend geboden dat de overheid voorlichting en kennisverbetering actief en gericht ter hand neemt. (voorstellen 1, 10, 17, 32, 43, 48 en 50)

## **5.8.3 Systeem van de Wet BIG voldoende effectief ingericht?**

### **Bescherming, keuzevrijheid**

Essentieel anders dan voorheen is in de door de wetgever gekozen systematiek voor de beroepenregeling de grotere vrijheid beroepsmatig het terrein van de geneeskunst te betreden bij bijvoorbeeld toepassing van alternatieve behandelmethoden. Een niet BIG-gekwalficeerde mag in principe overgaan tot iedere verrichting op het terrein van de individuele gezondheidszorg, mits dit niet in strijd komt met de regeling voorbehouden handelingen. In een dergelijk systeem zijn afdoende flankerende maatregelen nodig om te voorkomen dat de keuzevrijheid zich keert tegen de burger. Burgers hechten aan deze keuzevrijheid. Echter, de bescherming die de regeling voorbehouden handelingen en de strafsanctie van art. 96 hen daarbij biedt blijkt in de praktijk toch te mager. Dit mede doordat de diagnosestelling door een alternatieve niet BIG-gekwalficeerde hulpverlener de patiënt kan doen afhouden van noodzakelijke reguliere zorg en omdat bij de gekozen systematiek van de beroepenregeling bekwaamheids- en kwaliteitseisen beperkt zijn tot het reguliere circuit. Dat terwijl patiënten die een beroep doen op niet BIG-geregistreerde, alternatieve behandelaars de kwaliteit van alternatieve behandelmethoden en alternatieve behandelaars niet kunnen overzien. Het gebrek aan directe overheidsbemoeyenis wordt in de praktijk onvoldoende gecompenseerd door zelfregulering en door aanpalende wetgeving (WGBO, Kwaliteitswet zorginstellingen, Wet klachtrecht). Breed heerst dan ook de

opvatting dat de overheid meer controle moet uitoefenen op alternatieve behandelaars en dat vervolging door het OM meer moet plaatsvinden dan thans het geval is. Bezien vanuit de algemene overheidstaak de burger te beschermen tegen onveilige en kwalitatief benedenmaatse zorg en mede gelet op het feit dat het in de Wet BIG bij beroepsmatige toepassing van alternatieve behandelmethoden door niet BIG-gekwalificeerden niet meer als voorheen om illegale praktijken gaat, is er weinig reden directe overheidsbemoeienis met bewaking van de kwaliteit te beperken tot de reguliere zorg. De huidige situatie geeft, ondanks kwaliteitsinspanningen van het alternatieve veld, de patiënt onvoldoende garantie voor verantwoorde zorg. Het verschil met de BIG-gekwalificeerde die zich uitsluitend toelegt op alternatieve behandelmethoden, op wie wel de uit beschermingsoogpunt geldende regels van de Wet BIG van toepassing zijn, is evenmin goed te rechtvaardigen.

Om de patiënt die medische hulp zoekt buiten het reguliere circuit voldoende bescherming te bieden tegen onverantwoorde zorg is actiever optreden en directer beleidsvoering door de overheid in relatie tot alternatieve behandelaars nodig. Aangewezen instrumenten daartoe zijn met name:

toepassen van art. 34 Wet BIG;

van toepassing verklaren van de Kwaliteitswet zorginstellingen op desbetreffende instellingen waar alternatieve behandelmethoden worden toegepast;

van toepassing verklaren van de Wet klachtrecht op de desbetreffende alternatieve behandelaars;

aanmerken van bepaalde risicovolle handelingen als voorbehouden;

activeren handhaving.(voorstellen 5-10 en 43)

### **Bevoegdheid, deskundigheid, bekwaamheid**

In het systeem van de Wet BIG zijn opleiding, titel en deskundigheidsgebied nauw met elkaar verweven. Kernelement met het oog op bescherming van de patiënt is echter de bekwaamheidseis. Bekwaamheid is binnen de context van de Wet BIG een vereiste om die handelingen te kunnen verrichten op het terrein van de individuele gezondheidszorg, die door de wetgever voorbehouden zijn. Naar algemeen wordt aangenomen (en voortvloeiend uit de professionele standaard) geldt die eis ook voor niet voorbehouden handelingen op het terrein van de individuele gezondheidszorg.

Feitelijke bekwaamheid en deskundigheidsgebied waar de titel toe bevoegd verklaart vallen niet noodzakelijkerwijs samen en kunnen in de praktijk zelfs zo ver uit elkaar liggen dat dit afbreuk doet aan het beschermingsdoel van de wet. Een voorbeeld is de basisarts. Weliswaar wordt via zelfregulering het handelen in dergelijke situaties in de praktijk ingekaderd dusdanig dat met de feitelijke bekwaamheid rekening wordt gehouden, dit betekent niet dat verantwoorde zorg daarmee altijd voldoende gegarandeerd is. Daar komt bij dat mede door veranderingen in de (medische) opleidingen de bekwaamheid van vele beroepsbeoefenaren een steeds kleiner deel van hun deskundigheidsterrein bestrijkt, waar de waarborgen van de wet te weinig op aansluiten. Voorbeelden van het laatste zijn het ontbreken van een algemene bekwaamheidseis en van de mogelijkheid de uitoefening van bepaalde beroepen aan voorwaarden of beperkingen te verbinden, alsmede het feit dat de strafbepaling van art. 96 niet van toepassing is indien wordt gehandeld binnen het omschreven deskundigheidsterrein. Worden tevens de ontwikkelingen in de opleidingen, het ontstaan van nieuwe beroepen, veranderingen in takenpakketten en bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen (met name tekort aan voldoende en bekwaame artsen, meer marktwerking) in ogenschouw genomen, dan is er vanuit beschermingsperspectief des te meer behoefte aan een meer op de werkelijkheid en de dynamiek van het beroepenveld afgestemde wettelijke normering.

Om flexibeler en actiever te kunnen inspelen op de ontwikkelingen op het terrein van de beroepen in de individuele gezondheidszorg wordt geadviseerd de wet te wijzigen dusdanig dat:

de criteria voor aanwijzing als art. 3- respectievelijk art. 34-beroep in de wet worden vastgelegd, zodat de toelating voor alle beroepen via AMvB kan verlopen; bij AMvB nadere voorwaarden en beperkingen kunnen worden gesteld aan de uitoefening van bepaalde beroepen indien het belang van de gezondheidszorg dit nodig maakt; art. 96 ook van toepassing is indien een BIG-gekwalficeerde beroepsbeoefenaar buiten noodzaak binnen diens deskundigheidsterrein handelt (onverlet handelen dat past binnen de professionele standaard). (voorstellen 2, 3 en 13)

Uit beschermingsoogpunt is niet alleen een juiste verhouding tussen bekwaamheid en deskundigheidsgebied van belang. Garanties moeten ook worden gezocht in handhaving van bekwaamheid, met adequate inzet van met name het instrument periodieke registratie (basisberoep en specialisme). Het nog niet ingevoerd zijn van art. 8 van de wet wordt gezien als een niet wel te verdedigen lacune bij de inzet van het op bescherming van de patiënt gerichte instrumentarium.

De gevolgen voor het niveau van zorg van verschillen tussen EU-lidstaten voor wat betreft opleidings-, bij- en nascholings-eisen met het oog op verrichtingen op het terrein van de individuele gezondheidszorg in Nederland door daartoe via onderlinge erkenning van diploma's automatisch bevoegde hulpverleners uit andere EU-lidstaten, zijn vanuit beschermingsperspectief niet altijd aanvaardbaar.

De overheid moet met voortvarendheid de invoering van periodieke registratie voor de art. 3-beroepen ter hand nemen en zich vergewissen van de kwaliteit van de vereisten van periodieke registratie van specialismen. (voorstellen 27 en 28)

Krachtige inzet van Nederland bij de Europese instanties is nodig ter bereiking van noodzakelijke beschermingswaarborgen met het oog op verantwoorde zorg door beroepsbeoefenaren in Europees verband, bij voorkeur met ondersteuning van een speciale task force Europese beroepen. (voorstellen 35 en 36)

#### **5.8.4 Instrumenten in de Wet BIG voldoende effectief?**

##### **Vorbehouden handelingen**

De regeling van het beperkte monopolie in de Wet BIG (vorbehouden handelingen) beoogt de burger te beschermen tegen risicovol handelen door daartoe niet door de wetgever bevoegde hulpverleners. De daartoe benodigde precisering van vorbehouden handelingen wordt in het algemeen als zinvol ervaren. Laatstbedoelde is ook voor kritiek vatbaar. Niet alle risicovolle handelingen die in de opsomming thuis zouden horen, zijn er in opgenomen en er komen ook niet risicovolle handelingen in voor. Van tijdige bijstelling is nauwelijks sprake. Het streven naar een volledige, maar toch nog hanteerbare lijst, lijkt overigens tot mislukken gedoemd, maar de regeling is wel voor verbetering vatbaar. De Wet BIG brengt verder met zich mee dat alleen aangewezen beroepsbeoefenaren vorbehouden handelingen zonder opdracht mogen verrichten, terwijl ook anderen hiertoe in staat kunnen zijn of door omstandigheden moeten zijn. Een en ander geldt nog meer voor het functioneel zelfstandig uitvoeren van een opdracht door de opdrachtnemer. De regelgeving is tamelijk star en doet onvoldoende recht aan de gradaties van deskundigheid die in de praktijk tussen verschillende beroepsgroepen (of subcategorieën daarvan) te onderscheiden zijn. Bij de groep opdrachtnemers die in de praktijk het meest worden

geconfronteerd met een opdracht, te weten de verpleegkundigen, speelt nog een rol dat zolang geen specialisme-regeling is ingevoerd, de specifieke deskundigheid soms moeilijk is vast te stellen.

Meer in zijn algemeenheid kan met een flexibeler regeling, bijvoorbeeld door met betrekking tot voorbehouden handelingen aan te sluiten bij de omschrijving van deskundigheidsgebieden, het beschermingsperspectief beter tot uitdrukking komen.

Nog in ander opzicht is aandacht nodig voor de verantwoorde zorg. Zo worden opdrachten tot voorbehouden handelingen in veel meer modaliteiten gegeven dan de wetgever voor ogen had; ook worden voorbehouden handelingen zonder opdracht verricht. Tegelijkertijd blijkt dat de wettelijke randvoorwaarden in de praktijk niet erg strikt worden ingevuld. Te verwachten is dat die ontwikkeling in de toekomst door verdergaande verschuiving van taken naar een 'lager' niveau (taakherschikking) alleen maar versterkt zal worden. Dat vraagt enerzijds om een flexibel wettelijk instrumentarium dat geen belemmeringen biedt waar dergelijke veranderingen zinvol en verantwoord zijn, anderzijds om waakzaamheid voor doorschietende delegatie en waarborgen voor de kwaliteit en veiligheid van de burger.

Om tegemoet te komen aan de uit beschermingsperspectief gevoelde noodzaak van slagvaardige en flexibele toepassing van de wet ten aanzien van het systeem van voorbehouden handelingen, mede in relatie tot deskundigheidsgebieden en bekwaamheid, en tegelijkertijd actievere betrokkenheid van de overheid bij implementatie van de wet te bewerkstelligen, worden met name de volgende oplossingen aangereikt:

in de wet een algemene definitie van voorbehouden handelingen opnemen, de lijst zelf bij AMvB vaststellen;

nadere uitwerking van bij voorkeur enkel bij AMvB te omschrijven deskundigheidsgebieden van de in de wet geregelde beroepen. Dit zou gedifferentieerd moeten worden naar specialismen, die waar aangewezen op zo kort mogelijke termijn (en uiteraard voor zover nodig ook in de toekomst) moeten worden ingevoerd;

aanpassing van de opdrachtregeling in die zin dat ruimte ontstaat voor meer generieke opdrachten en door een verbinding tussen randvoorwaarden voor de uitvoering van voorbehouden handelingen en de concrete situatie aan te brengen. (voorstellen 14, 22, 23 en 40-42)

Tenslotte vindt binnen de reguliere zorg in toenemende mate taakdelegatie plaats van een BIG-gekwalificeerde hulpverlener naar een andere met een beperkter bevoegdheids-terrein, of naar een niet BIG-gereguleerde hulpverlener. Uit beschermingsperspectief zijn hier risico's aan verbonden nu het niet voorbehouden, maar wel risicovolle handelingen betreft. Van dergelijke risico's is met name gebleken in geval van taakdelegatie in het kader van de eerste zeeffunctie, waarbij de eerste beoordeling van de noodzaak van medische verrichtingen 'aan de poort' plaatsvindt. Verantwoorde zorg in die situaties vergt flankerend beleid.

Het monitoren en 'evidence based' introduceren van nieuwe praktijken in de beroepsuitoefening moet worden gefaciliteerd door opname van een artikel in de Wet BIG waarmee de mogelijkheid wordt gecreëerd bij wijze van proef nieuwe initiatieven te exploreren, ook buiten de regels van de wet om. (voorstellen 15 en 16)

### **Toezicht en handhaving**

De IGZ vervult een belangrijke rol bij verwezenlijking van de beschermende functie van de Wet BIG. Dit geldt ook voor het OM. Daar staat tegenover dat van actieve handhaving van de regels geen sprake is, de IGZ vaak pas achteraf optreedt en het vervolgingsbeleid

nauwelijks actief te noemen is. Ook toezicht op naleving van tuchtmaatregelen is lacunair. Een tekort aan menskracht en mede daardoor andere prioritering lijken hier bij de IGZ met name debet aan te zijn. Daarnaast worden de bevoegdheden om toezicht te houden op alternatieve niet BIG-gereguleerde behandelaars door de IGZ nogal eens als onvoldoende ervaren.

Ook al is het indienen van een tuchtklacht arbeidsintensief, en is prioritering in inspectiewerkzaamheden nodig, dit zou vanwege het belang van kwaliteitshandhaving niet in de weg mogen staan aan een actief en systematisch beleid van de IGZ ten aanzien van het indienen van klachten.

Aannemelijke oorzaken van schier ontbrekende strafvervolging op basis van art. 96 zijn gebrek aan kennis bij politie en justitie, onvoldoende terugkoppeling van de resultaten van het overleg tussen het College van Procureurs Generaal en de IGZ naar de officieren van justitie en het Medisch Expertisecentrum, onvoldoende tijdige actie door IGZ richting OM naar aanleiding van fouten en misstanden. De uitbreiding van art. 96 met de mogelijkheid van een voorlopige maatregel, die het OM vóór of tijdens een strafvervolging kan opleggen aan een verdachte, kan in principe positief uitwerken op de bescherming van de burger. Het zal echter in belangrijke mate afhangen van de initiatieven van de IGZ en van de samenwerking tussen OM en IGZ of deze voorlopige maatregel de burger meer bescherming zal bieden.

Om te veel terughoudendheid van de IGZ bij indienen van klachten tegen te gaan behoeven taak en verantwoordelijkheid van de IGZ in relatie tot het tuchtrecht verduidelijking. Gezocht moet worden naar modaliteiten om zowel de IGZ als het OM aan te sporen tot een (pro)actiever beleid. (voorstellen 43, 49, 64, 71 en 72)

## **5.8.5 Voldoende effectieve uitvoeringspraktijk Wet BIG?**

### **Functioneren BIG-register**

Om de beschermende functie te kunnen vervullen die de wetgever toekent aan het BIG-register is het niet alleen van belang dat het bestaan van het register bekend is, maar ook dat de gegevens in het register openbaar, eenvoudig toegankelijk en actueel zijn voor alle belanghebbenden, het potentieel van het BIG-register voldoende kan worden benut in die zin dat de in het register op te nemen gegevens alsmede de doeleinden waarvoor de gegevens mogen worden gebruikt niet onnodig beperkt zijn. In dat opzicht beantwoordt het BIG register onvoldoende aan de verwachtingen. Gegevens over de geregistreerde geven onvoldoende relevante informatie en zijn soms verouderd. Zo zegt bijvoorbeeld inschrijving niets over de vraag of betrokkene praktiseert en worden opgelegde tuchtmaatregelen niet altijd vermeld. Omdat het CIBG daar niet steeds voldoende van op de hoogte is kunnen werkgevers/instellingen evenmin conform de vereisten uit hoofde van het Registratiebesluit geïnformeerd worden. Dit maakt dat de beschermende werking van het register in de praktijk beperkter is dan gewenst.

Daarbij komt nog dat de huidige redactie van de wet er niet in voorziet dat aantekening wordt gemaakt in het BIG-register van straffen en maatregelen die in het buitenland zijn opgelegd aan in Nederland ingeschreven beroepsbeoefenaren. Bovendien kan het door een gebrekkig informatiesysteem binnen de Europese Unie gebeuren dat een migrerende hulpverlener (EU) aan wie beperkingen zijn opgelegd in de beroepsuitoefening ten onrechte onbeperkt wordt ingeschreven in het BIG-register. Tenslotte zou de inschrijving van buitenlands gediplomeerden gebaat zijn bij een op herstel van deficiënties gericht beleid.

Aan deze kanttekeningen bij het functioneren van het BIG-register kan op verschillende manieren tegemoet worden gekomen, en wel door: het formuleren van criteria om te

kunnen bepalen welke gegevens openbaar kunnen zijn; het creëren van de mogelijkheid tot opname in het register van meer gegevens waaraan in de praktijk gerechtvaardigde behoefte bestaat (waaronder met name het werkadres van betrokkene); het faciliteren van een koppeling tussen diverse relevante bestanden, inclusief de tuchtcolleges en specialistenregisters; het aanpassen van de wet voor zover deze in de weg staat aan het maken van een aantekening in het BIG-register van in het buitenland opgelegde beperkende maatregelen; het zo spoedig mogelijk indienen van een voorstel bij de Europese instanties ter verbetering van het huidige informatiesysteem met betrekking tot kwalificaties van migrerende beroepsbeoefenaren en eventuele beperkingen in de beroepsuitoefening; het voeren van een gericht beleid -met name terzake van supervisie- waardoor inschrijving van buitenlands gediplomeerden wordt gefaciliteerd, met gelijktijdig behoud van het noodzakelijke beschermingsniveau. (Voorstellen 18-20, 34, 37-39 en 69)

### **Rechtmatigheid titelvoering/bevoegdheid**

Het vertrouwen dat burgers moeten kunnen hebben in het terecht voeren van een BIG-gereguleerde titel (art. 3 en art. 34, alsmede specialistentitels) is een belangrijke voorwaarde voor het goed functioneren van de wet. De meeste burgers vertrouwen dan ook op voldoende controle door zorginstellingen op het terecht voeren van een titel, respectievelijk op eventuele beperkingen in de bevoegdheid. Dit vertrouwen blijkt niet geheel terecht te zijn. Weliswaar wordt door instellingen bij het aantrekken van nieuwe art. 3-beroepsbeoefenaren (en ook door verzekeraars) de inschrijfstatus nagegaan, het BIG-register geeft, zoals hiervoor is aangegeven, niet steeds de actuele situatie weer, met name niet van eventueel opgelegde maatregelen. Instellingen zijn niet automatisch op de hoogte van eventuele beperkingen in de bevoegdheid of andere opgelegde tuchtmaatregelen. Wordt aan nieuw aan te trekken art. 34-beroepsbeoefenaren meestal wel gevraagd naar een bewijs van afronding van de gevolgde opleiding, naar een bewijs van inschrijving in het Kwaliteitsregister Paramedici wordt veel minder vaak gevraagd. Een extra probleem daarbij vormt het feit dat er voor art. 34-beroepen meerdere registers (privaatrechtelijke basis) zijn. Controle door de IGZ op de rechtmatigheid van titelvoering is in de praktijk niet realiseerbaar gebleken, mede door gebrek aan menskracht.

De overheid zou een beleid moeten voeren gericht op het hanteerbaar maken van controle op rechtmatigheid van titelvoering en bevoegdheidsbepeking (art. 3- en art. 34-beroepsbeoefenaren). (voorstellen 11, 12, 21, 26 en 69)

Weliswaar hechten patiënten aan het kenbaar maken van de registratie en andere relevante gegevens. Toch zijn in de praktijk de hoedanigheid en kwalificaties van de hulpverlener die hij tegenover zich heeft vaak onvoldoende duidelijk, en bij gebruik van pseudotitels soms zelfs misleidend. Mede daardoor is voor de patiënt niet altijd voldoende helder wat hij van de desbetreffende hulpverlener kan verwachten. Uit de tuchtrechtspraak blijkt bovendien dat kennis omtrent de hoedanigheid waarin de hulpverlener handelt van belang is voor de patiënt in verband met de toepasselijkheid van het tuchtrecht. Op de desbetreffende informatie heeft de patiënt overigens recht uit hoofde van de WGBO. Pseudo-titelvoering kan met de relevante wettelijke bepalingen in onvoldoende mate worden tegengegaan.

De overheid dient het beroepenveld actief aan te zetten tot het treffen van maatregelen binnen eigen kring, dusdanig dat beroepsbeoefenaren voldoende tegemoet komen aan de voor de patiënt noodzakelijke kenbaarheid. (voorstellen 29-31 en 33)

## 5.8.6 Bijdrage Wet BIG aan kwaliteitsverbetering?

### Kwaliteit van handelen

In meerderlei opzicht is van de Wet BIG een kwaliteitsimpuls uitgegaan. Dit betreft in eerste instantie activiteiten gericht op het in stand houden en bevorderen van bekwaam- en deskundigheid (bij- en nascholing), alsook protocollering van handelen.

Binnen de eerste categorie is met name vermeldenswaard dat een aantal beroepsverenigingen van art. 34-titelgerechtigden (de oorspronkelijke paramedische beroepen) het Kwaliteitsregister Paramedici heeft opgericht, dat naast een basisregister ook een kwaliteitsregister heeft met als doel kwaliteit van de beroepsuitoefening te garanderen. Om in dit kwaliteitsregister te kunnen worden ingeschreven (vanaf juni 2005) dient de beroepsbeoefenaar aan vastgestelde kwaliteitscriteria (deskundigheidsbevordering en werkervaring) te voldoen. Het is overigens nog te vroeg om te kunnen beoordelen of dit register aan de doelstelling beantwoordt, dan wel dat uit oogpunt van kwaliteitsbewaking en -bevordering behoefte is aan een wettelijk systeem.

Zijn voor medisch specialistische beroepen eveneens de nodige inspanningen verricht op het terrein van periodieke registratie, het schort nog wel eens aan de kwalitatieve component daarvan. Dit doet de vraag rijzen naar nut en noodzaak van meer overheidsbemoeienis. Op Europees niveau is het beeld bepaald niet positief, hetgeen een probleem kan vormen bij toename van naar Nederland migrerende beroepsbeoefenaren.

Op het nog steeds ontbreken van de AMvB op grond van art. 8 Wet BIG is hiervoor al ingegaan. Bezien vanuit het perspectief van de kwaliteitsimpuls die van de wet zou moeten uitgaan, is dit een aanmerkelijke lacune.

Buiten de sfeer van de wet, maar wel gelieerd aan de systematiek daarvan, zijn de hiervoor al genoemde kwaliteitsinspanningen geleverd door beroepsgroepen van alternatieve (niet BIG-gekwalficeerde) beroepsbeoefenaren. Hoewel dit tot positieve resultaten heeft geleid, is het in hoge mate afhankelijk van de ordening van het alternatieve veld of men zich aan de zelfregulering wil verbinden.

De overheid zou om zich een oordeel te kunnen vormen over de kwaliteitsverbetering die uitgaat van het Kwaliteitsregister Paramedici op het geëigende moment tot evaluatie daarvan moeten overgaan. (voorstel 25)

Van de overheid mag vanuit kwaliteitsperspectief worden verlangd meer betrokkenheid te tonen met betrekking tot de inhoud van de periodieke registratiesystemen van specialisten; ook op Europees niveau moeten de nodige inspanningen worden verricht. (voorstellen 28, 35 en 36)

Wat betreft de tweede soort kwaliteitsmaatregelen is voor verantwoorde zorg met name art. 40 van belang. Hoewel de kennis omtrent het kwaliteitsartikel 40 onder beroepsbeoefenaren op wie dit artikel van toepassing is, zeer beperkt is en bij slechts een klein gedeelte van hen art. 40 ertoe heeft geleid dat zij meer maatregelen hebben getroffen om de kwaliteit te waarborgen, hebben toch diverse beroepsorganisaties zich ingespannen om op enigerlei wijze invulling te geven aan bedoeld artikel. Wel is er onduidelijkheid over de vraag of art. 40 zich richt op het bieden van verantwoorde zorg, dan wel op het scheppen van randvoorwaarden daartoe (zoals de IGZ als uitgangpunt lijkt te nemen bij het handhavingsbeleid). De samenloop tussen de Kwaliteitswet zorginstellingen en art. 40 Wet BIG (beide eisen verantwoorde zorg) blijkt in de praktijk overigens niet tot problemen aanleiding te geven.

Het terrein van voorbehouden handelingen is met name een voorbeeld van een terrein

waar de eis van verantwoorde zorg tot kwaliteitsmaatregelen heeft geleid. In dat opzicht is meer protocollering van de grond gekomen (overigens ook voor niet-voorbehouden maar wel risicovolle handelingen), en wordt er meer gedaan aan bekwaamheidsbevordering met het oog op de uitvoering van de handelingen.

In relatie tot art. 40 is er enkel behoefte aan verheldering van de strekking van de hoofdverplichtingen en aan meer aandacht in opleiding, bij- en nascholing voor de mede uit bedoeld artikel voortvloeiende verplichtingen terzake van (zorg voor) kwaliteit. (voorstellen 45-47)

### **Tuchtrecht**

Het tuchtrecht vervult een belangrijke kwaliteitsfunctie. De vernieuwingen die de Wet BIG in het tuchtrecht heeft aangebracht zijn overwegend positief gebleken, ook al zijn er enkele negatieve aspecten. De gevreesde negatieve uitstraling van de openbaarheid van zittingen blijkt overigens niet bewaarheid te zijn. Speelt het tuchtrecht bij de 'nieuwe' beroepsgroepen een belangrijke rol om ernstige vormen van grensoverschrijding in de hulpverlening tegen te gaan, ten aanzien van de normontwikkeling over andere aspecten van de uitoefening van die beroepen speelt het tuchtrecht nog nauwelijks een rol. Desondanks is er brede steun voor het instandhouden van het tuchtrecht voor deze beroepsgroepen met het oog op de impuls die daarvan lijkt uit te gaan voor de kwaliteit van zorg. Dit neemt niet weg dat er aan de regeling en werking in de praktijk van het tuchtrecht een aantal overwegend praktische bezwaren kleven, die leiden tot de behoefte van aanpassing. De voornaamste zijn, de verplichting tot vooronderzoek die soms een nodeloze doublure vormt als vaststaat dat behandeling ter zitting zal plaatsvinden, de behoefte aan verheldering van de tweede tuchtnorm van art. 47, invoeren van een mogelijkheid voor het centrale tuchtcollege kennelijk ongegronde zaken buiten zitting af te doen, (her)introductie van de kostenvergoeding, invoering van de mogelijkheid gegrondverklaring klacht zonder oplegging maatregel. De samenstelling van de tuchtcolleges behoeft voorts verbetering, mede met in achtname van het inschakelen van deskundigen en er is behoefte aan enkele praktische verbeteringen.

Het feit dat in de Wet BIG een voorziening is getroffen voor het toetsen van eventueel disfunctionerende beroepsbeoefenaren naast het tuchtrecht, het CMT, is een belangrijke nieuwe kwaliteitswaarborg voor de patiënt. In verhouding tot het aantal signalen over disfunctioneren van beroepsbeoefenaren is het aantal voordrachten door de IGZ voor beoordeling door het CMT overigens relatief gering. Dit wordt mede veroorzaakt door het feit dat de IGZ soms, als niet alleen ongeschiktheid maar ook tuchtnormen in het geding zijn, kiest voor het regionale tuchtcollege, ook omdat deze procedure sneller is en meer kans van 'slagen' heeft. De regeling dat enkel de IGZ bevoegd is tot verwijzing naar het CMT is bovendien te beperkt gebleken.

Om tegemoet te komen aan de praktische bezwaren op het terrein van de toegankelijkheid, de tuchtnormen, het vooronderzoek, de samenstelling van tuchtcolleges en inschakelen van deskundigen over te nemen, dienen aanpassingen te worden gedaan. (voorstellen 51-63 en 65-68).

De bevoegdheid voor verwijzing naar het CMT behoeft heroverweging. (voorstel 70)



# 6

## De Wet BIG in toekomstperspectief

De Wet BIG is een zeer complexe wet, die verschillende met de beroepsuitoefening samenhangende onderwerpen binnen eenzelfde wettelijk kader tracht te regelen. Het resultaat is een wettelijke regeling die ingewikkeld is qua systematiek en sterk uiteenlopende vormen van normstelling kent. Verder moet de wet ook nog worden gelezen en toegepast in de context van andere gezondheidszorgwetgeving, zoals die op het gebied van kwaliteit en van ziektekostenverzekeringen.

Allerlei factoren, zoals de lange voorbereidingstijd en wisselende visies op de rol van de overheid respectievelijk de wetgever, hebben waarschijnlijk bijgedragen aan het gecompliceerde karakter van de wet.

Maar eerst en vooral speelt de complexiteit van de materie die de Wet BIG beoogt te regelen -de praktijk van de beroepsuitoefening op het brede terrein van de individuele gezondheidszorg- hier een rol. Die praktijk was en is veelvormig en tegelijkertijd sterk in beweging. Daarbij komt nog het toenemend belang van de internationale aspecten van (wettelijke regeling van) de beroepsuitoefening. Tenslotte heeft de wetgever bij het regelen van de materie twee waarden of doeleinden voor ogen gehad die met elkaar in een juist evenwicht moesten worden gebracht: enerzijds bescherming van de patiënt/burger tegen gevaar veroorzaakt door ondeskundige aanbieders van zorg (waarbij in de loop der tijd ook het element van waarborgen van kwaliteit meer gewicht heeft gekregen), anderzijds het ruimte laten voor (keuze)vrijheid ten aanzien van behandelaar en behandelwijze voor diezelfde patiënt/burger. Dat evenwicht moest niet alleen in de wet tot uitdrukking komen, het wettelijk instrumentarium moest ook zodanig zijn dat het in de praktijk zo goed mogelijk gerealiseerd en -waar verbroken- hersteld zou kunnen worden.

Kan de wettelijke regeling zoals zij nu luidt die ambitie waarmaken? In dit rapport is getracht die vraag ten aanzien van de onderzochte onderdelen van de wet zo goed mogelijk te beantwoorden. Daarbij is er overigens naar gestreefd de evaluatie ook enige prospectieve waarde te geven door de huidige ontwikkelingen in (opleidingen voor) beroepen in de individuele gezondheidszorg in de beschouwingen te betrekken. De conclusies en aanbevelingen waartoe dat heeft geleid zijn in het voorafgaande hoofdstuk te vinden. In deze slotbeschouwing volgen nog enkele afsluitende opmerkingen van een meer algemeen karakter, waarin vanuit het perspectief van het te bereiken en te bewaren evenwicht tussen vrijheid en bescherming nog eens naar de evaluatie en de uitkomsten daarvan wordt gekeken.

## Het evenwicht nu

In de evaluatie is de Wet BIG uitvoerig tegen het licht gehouden, zij het niet op alle onderdelen en tot in alle details. Het beeld dat daaruit naar voren is gekomen is zeker in een aantal opzichten positief. Zo is van de wet bijvoorbeeld een kwaliteitsimpuls uitgegaan naar diverse beroepsgroepen en heeft zij geleid tot meer bewustwording, protocollering en bekwaamheidsbevordering ten aanzien van voorbehouden handelingen.

Daar staat tegenover dat de evaluatie de vinger heeft gelegd zowel bij tekortkomingen in de wet zelf en in de implementatie van de wettelijke regels, als bij gebreken die meer op systeemniveau liggen en te maken hebben met het spanningsveld tussen de hoofddoelstellingen en het instrumentarium van de wet als geheel. De eerste zijn uiteraard eenvoudiger te repareren dan de laatste. De voorstellen die zijn voortgekomen uit de evaluatie van de verschillende onderzochte deelaspecten van de wet (registratie en titelbescherming, voorbehouden handelingen, de kwaliteitsbepaling, tucht- en strafrechtelijke bepalingen) en die aan het eind van het voorafgaande hoofdstuk nog eens zijn samengebracht, beogen binnen het door de wetgever gekozen systeem van bescherming van en keuzevrijheid voor de patiënt in de geconstateerde tekortkomingen op onderdelen te voorzien.

Als de balans meer op systeemniveau -d.w.z. dat van de door de wetgever gekozen benadering en het in de wet neergelegde instrumentarium als geheel- wordt opgemaakt, kan het oordeel over de Wet BIG zoals aangegeven evenmin onverdeeld positief zijn. Voor wat betreft het evenwicht dat de wet nastreeft ten aanzien van de twee hoofddoelstellingen (bescherming van en keuzevrijheid voor de patiënt) verdient de wettelijke regeling eigenlijk alleen het voordeel van de twijfel. Dat heeft te maken met het feit dat het systeem zoals neergelegd in de wet kenmerken van halfslachtigheid vertoont.

Voor wat betreft de wel in de wet gereguleerde beroepen reikt het effect van een in het kader van de wet erkende (aangewezen) opleiding niet verder dan het rechtmatig kunnen voeren van een titel voor een bepaald beroep met een bijbehorend (al dan niet bij wet omschreven) deskundigheidsterrein (dit afgezien van het feit dat voor bepaalde beroepen voor het mogen voeren van de desbetreffende titel ook nog de eis van registratie geldt). Aan de andere kant beoogt de wet wel degelijk ook bepaalde kwaliteitswaarborgen te geven tijdens de beroepsbeoefening. Maar juist in dat laatste opzicht is de wetgever weinig consequent en systematisch te werk gegaan.

Zo is alleen het verrichten van voorbehouden handelingen gekoppeld aan een wettelijk bekwaamheidsvereiste. Dit geldt niet voor het stellen van een indicatie voor die handelingen, en evenmin voor de indicatiestelling en het verrichten van andere, niet voorbehouden handelingen, die vaak ook risicovol kunnen zijn. De patiënt moet er maar op vertrouwen dat de bekwaamheid van beroepsbeoefenaren die een in de wet geregeld beroep uitoefenen in voldoende mate verzekerd wordt langs andere wegen, zoals de Kwaliteitswet zorginstellingen, de WGBO (die de hulpverlener aan diens professionele standaard bindt) en (voor in art. 3 Wet BIG genoemde beroepen) het vangnet van het tuchtrecht. De kwaliteitswaarborg van art. 40 is weliswaar relevant, maar betreft (afgezien van problemen rond interpretatie en handhaving) slechts een beperkte groep hulpverleners. De wetgever zoekt op die manier de garanties voor de patiënt, zeker waar het gaat om diagnostiek en indicatiestelling en om niet voorbehouden maar wel risicovolle handelingen, voornamelijk via een indirecte weg.

Daar komt bij dat een onderdeel van de wet dat essentieel is voor het waarborgen van voldoende bekwaamheid en deskundigheid van reguliere, titelgerechtigde beroepsbeoefenaren -te weten het instrument van periodieke herregistratie- niet van de grond is gekomen. Voorts worden op belangrijke punten in de wet regels gemist. Dat geldt bijvoor-

beeld voor de mogelijkheid in het belang van de individuele gezondheidszorg voorwaarden en beperkingen te stellen aan de uitoefening van bepaalde beroepen, maar ook voor de criteria voor regeling van een beroep op de voet van artikel 3 respectievelijk voor aanwijzing van voorbehouden handelingen. Wegens het ontbreken van de mogelijkheid een en ander op basis van in de wet opgenomen criteria bij AMvB te regelen is de wet ook minder flexibel. Dat heeft er waarschijnlijk mede toe bijgedragen dat zo weinig gebruik is gemaakt van de mogelijkheden in te spelen op nieuwe ontwikkelingen en de wettelijke regelingen aan te passen op onderdelen als regeling van nieuwe beroepen en bijstelling en nadere invulling van deskundigheidsgebieden. Tenslotte moet worden geconstateerd dat in de door de wetgever gekozen benadering voor wat betreft het nader invullen respectievelijk effectueren van de wettelijke regels veel afhangt van professionele normstelling, optreden van instellingen en beleid van verzekeraars. Voor het bereiken van het beschermingsdoel wordt met andere woorden een zware wissel getrokken op de betrokkenheid en actieve medewerking van verschillende actoren in de gezondheidszorg. In de praktijk is die medewerking in het algemeen zeker verleend, maar soms heeft zij toch ook wel ontbroken.

Bovendien ontbreken vergelijkbare garanties als die voor wel gereguleerde beroepen voor het optreden van beoefenaren van niet in de wet gereguleerde beroepen die op grote schaal handelingen verrichten op het terrein van de individuele gezondheidszorg. De strafbepalingen die er zijn om het publiek voor grote risico's te beschermen zijn in de praktijk weinig functioneel gebleken. Dat waarborgen voor verantwoorde zorgverlening door niet in de wet gereguleerde beroepsuitoefening ontbreken, kan gezien worden als een tekortkoming in de gekozen benadering, die leidt tot een disbalans tussen bescherming en keuzevrijheid. De keuzevrijheid van de patiënt is, hoe waardevol ook, zonder bescherming in de zin van waarborgen voor veiligheid en kwaliteit immers toch relatief. Dit temeer waar het de burger ontbreekt aan de mogelijkheid de veiligheid en kwaliteit van handelen door niet in de Wet BIG gereguleerde beroepsuitoefening op waarde te kunnen schatten.

De overheid heeft de verantwoordelijkheid zodanige randvoorwaarden te scheppen dat de keuzes die zij de burger laat ook verantwoord zijn, of beter gezegd: kunnen zijn. Uit het oogpunt van de beschermingsdoelstelling van de wet zou de afzijdigheid die bij overheid en wetgever kennelijk heerst ten aanzien van niet-reguliere behandelwijzen moeten worden doorbroken. Dat zal niet wezenlijk afbreuk hoeven te doen aan de vrijheid van de burger; het zal aan diens keuzevrijheid juist een beter fundament geven.

Een bijzondere kanttekening moet nog worden geplaatst bij de geestelijke gezondheidszorg. Die sector heeft bepaald niet model gestaan bij het ontwerpen van de Wet BIG. In de GGZ is het voor de patiënt waarschijnlijk ondoorzichtiger in welke hoedanigheid en met welke bevoegdheid de behandelaar optreedt, dan in de somatische gezondheidszorg. Het is de vraag of de herziening van de beroepenstructuur in de GGZ daaraan voldoende tegemoet komt. En ook hier geldt dat als de bevoegdheid met het gebruik van een beschermde titel wel duidelijk is, de feitelijke bekwaamheid nog steeds tekort kan schieten. De GGZ heeft eigen kenmerken die in verband met de bescherming van de patiënt (men denke bijvoorbeeld aan het voorbehouden van risicovolle diagnostische en therapeutische handelingen) om specifieke aandacht vragen. Bepleit wordt daarom op deze sector gericht onderzoek dat nader inzicht kan opleveren over regelingsbehoeften die specifiek zijn voor dit terrein.

## Het evenwicht in de toekomst

Is de wet -met name kijkend naar de door de wetgever gekozen benadering en het wettelijk instrumentarium als geheel- voldoende toekomstbestendig? Uit het voorafgaande volgt eigenlijk al, dat men daar tenminste over kan twijfelen. Reeds nu blijkt het moeilijk de bescherming van de patiënt/burger (daaronder begrepen de kwaliteit van de beroepsbeoefening) voldoende te waarborgen. Factoren als de geringe flexibiliteit en het daaruit voortvloeiende beperkte aanpassingsvermogen dat de wet zelf kenmerkt en de afhankelijkheid van de medewerking van andere actoren voor wat betreft de effectuering van de wettelijke regels, maken die twijfel niet minder.

In dit verband zij nog eens gewezen op de grote veranderingen die zich momenteel in opleidingen en beroepsuitoefening voordoen. Er ontstaan nieuwe functies binnen een beroep. Er verschuiven taken van de ene art. 3-geregistreerde naar een andere respectievelijk naar een niet BIG-geregistreerde. De drang om medische taken te delegeren naar beroepsbeoefenaren met een lager competentieniveau is groot, mede omdat een dergelijke taakherschikking kan bijdragen aan oplossing van capaciteitsproblemen in de gezondheidszorg. Dat heeft al tot de nodige problemen en discussies geleid, in het bijzondere waar het de eerste diagnose en intake van patiënten betreft (de zgn. zeef functie). Ook al is er aanpalende wetgeving en zelfregulering door de beroepsgroepen, kwaliteitswaarborgen moeten in verband met het gewenste beschermingsniveau ook in de Wet BIG zijn verankerd. Herschikking van taken (herverkaveling van domeinen) en andere structurele ontwikkelingen in de beroepsuitoefening dienen ook juridisch voldoende tot uitdrukking te komen in de wet zelf.

Maar ook andere veranderingen zullen zich in de toekomst voortzetten. Men denke aan de wijzigingen in het wettelijk ziektekostenverzekeringsstelsel en aan de toenemende introductie van marktwerking en concurrentie. Daar komt als externe factor nog bij dat het recht van vrije vestiging en dienstverlening op het terrein van de gezondheidszorg binnen de Europese Unie tot grotere instroming zal leiden, zeker na uitbreiding van de EU. Dit terwijl in de Europese regelgeving zeker niet in voldoende mate passend vorm is gegeven aan een verantwoord niveau van bescherming van de patient tegen ondeskundige hulpverlening.

Waarschijnlijk zullen dergelijke veranderingsprocessen doelbereiking van de wet, met name waar het het bescherming betreft, bepaald niet gemakkelijker maken. Het toch al precaire evenwicht dat met de Wet BIG wordt nagestreefd kan zo gemakkelijk verloren gaan en handhaving ervan zou wel eens buiten het bereik kunnen blijken te liggen van het huidige wettelijk instrumentarium.

De effecten die, zoals naar voren komt uit de evaluatie, nu al van de veranderende context zijn uitgegaan op doelbereiking van de wet, kunnen slechts met moeite worden ondervangen door een slagvaardiger inzet van de instrumenten in de Wet BIG. Te verwachten is dat het spanningsveld tussen wat met de wet wordt beoogd en wat ermee kan worden bereikt alleen maar groter zal worden. Ook indien de aanbevelingen van het onderhavige evaluatie-onderzoek worden gevolgd, zal het daarom nodig zijn en blijven, de veranderingen en ontwikkelingen nauwlettend te volgen en te analyseren op gevolgen voor de doelbereiking van de wet.

Nu te verwachten is dat de ontwikkelingen eerder meer, dan minder beschermingsmaatregelen van de overheid zullen verlangen, is het zelfs de vraag of het aan het huidige systeem ten grondslag liggend uitgangspunt (te weten vrijheid van beroepsbeoefening behalve voor zover handelingen voorbehouden zijn), in de toekomst wel in volle omvang

te handhaven is. Misschien moet in de toekomst op dit uitgangspunt worden teruggeko-  
men en moet worden teruggekeerd naar een systeem waarbij het betreden van het  
gebied van de individuele gezondheidszorg in beginsel verboden is en waarbij het verrich-  
ten van handelingen op dat gebied slechts is toegestaan aan diegenen die aan bepaalde  
wettelijke vereisten voldoen, bijvoorbeeld met betrekking tot hun opleiding of het zich  
hebben laten registreren.

De huidige evaluatie was niet geëigend dit vraagstuk verder uit te diepen; zij bewoog zich  
immers voornamelijk binnen het huidige systeem van de wet. De noodzaak hiertoe over te  
gaan is niettemin aanwezig. Bij een dergelijke verdieping zou overigens zeker ook geke-  
ken moeten worden naar de ervaringen die elders binnen de Europese Unie met wetge-  
ving op het onderhavige terrein zijn opgedaan.

Tenslotte nog een opmerking over het tuchtrecht. In het vorige hoofdstuk zijn aanbevelin-  
gen geformuleerd om het functioneren daarvan op onderdelen te verbeteren. Daar bo-  
venuit gaat echter de vraag of het tuchtrecht -dat naar zijn aard gericht is op individuele  
verantwoordelijkheid- als correctie-instrument wel voldoende gelijke tred houdt met het  
gegeven, dat in de gezondheidszorg sprake is van taakverschuivingen en dat de be-  
roepsuitoefening steeds meer in samenwerkingsverbanden van uiteenlopende aard plaats  
vindt. Het tuchtrecht in de huidige vorm biedt daarop niet steeds een voldoende antwoord.  
Afzonderlijke studie verdient de vraag, of daartoe een bijzondere vorm van tuchtrecht  
dient te worden geïntroduceerd.



# Afkortingen

AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
ADV	Advocaten
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
art.	Artikel
artt.	Artikelen
Awb	Algemene wet bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BAMA	Bachelor-masterstructuur
BW	Burgerlijk Wetboek
CBGV	Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
CMT	College van Medisch Toezicht
COPA	Consumentenpanel Nivel, burgers
CPME	Comité Permanent des Médecins Européens
CTG	Centraal Tuchtcollege Gezondheidszorg
DA	Doktersassistent
EC	Europese Commissie
EER	Europese Economische Ruimte
EU	Europese Unie
EVRM	Europees Verdrag van de rechten van de mens
FYS	Fysiotherapeuten
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GYN	Gynaecologen
G/I	Gynaecologen/Internisten (samengevoegd)
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HA	Huisartsen
HR	Hoge Raad
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
INT	Internisten
KB	Koninklijk Besluit
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KWZ	Kwaliteitswet zorginstellingen
LOPAG	Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen
MH	Mondhygiënisten
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
Nivel	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NJ	Nederlandse Jurisprudentie
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NPCF	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
OKAB	Ondersteuning Kwaliteitszorg Alternatieve Behandel/geneeswijzen
OM	Openbaar Ministerie

PA	Physician assistant
PK	Privé-kliniek
PSYCH	Psychiaters
Rb.	Rechtbank
RIAGG	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RTC	Regionaal Tuchtcollege Gezondheidszorg
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
Stb.	Staatsblad
Stcrt.	Staatscourant
TA	Tandartsen
TAA	Tandartsassistent
TC	(Leden) tuchtcolleges
TZ	Thuiszorg
VIG-er	Verzorgende individuele gezondheidszorg
VLK	Verloskundigen
VPLH	Verpleeghuis
VPLK	Verpleegkundigen
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBP	Wet bescherming persoonsgegevens
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WHO	World Health Organisation
WOG	Wet op de Geneesmiddelenvoorziening
WPB	Wet op de paramedische beroepen
WPR	Wet persoonsregistraties
WUG	Wet uitoefening geneeskunst
WUT	Wet uitoefening tandheelkunst
ZBO	Zelfstandig bestuursorgaan
ZH	Ziekenhuis



# Literatuur

**Aller H.B. van**

De verlengde arm. Grootbrengen door kleinhouden in de gezondheidszorg. *Nederlands Juristenblad* 1988;63:901-4.

**Beets H.M.**

*Aesculaap in de greep van Themis*. Arnhem/Gouda: Quint, 1989.

**Bakker J.J.R.**

Tuchtrecht onder de Wet BIG. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2000;24:418-24.

**Berkestijn Th.M.G. van**

Vragen rond de BIG-registratie. *Medisch Contact* 1997;52:1443.

**Bersee A.P.M., Scheerder R.L.J.M.**

De BIG weer op vier poten? *Medisch Contact* 1992;47:394.

**Biesart M.**

De verlengde arm: einde in zicht? Artikel 55a van de Wet BIG. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 1991;101:344-8.

**Biesart M.C.I.H., Verbogt S.**

*Verpleegkundigen voor de rechter*. Assen: Dekker & Van de Vegt, 1993.

**Bijl N.P.Y.M. de**

*Toelating tot het beroepsmatig verrichten van geneeskundige handelingen* (diss.). Lelystad: Koninklijke Vermande, 2000.

**Boomen I.J.H.C. van den**

De arts als opdrachtgever in de Wet BIG. *Medisch Contact* 1995(a);50:113-5.

**Boomen I.J.H.C. van den**

Voorbehouden handelingen en de wet BIG. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 1995(b);105:87-90.

**Boomen I.J.H.C. van den**

De meerwaarde van artikel 39 Wet BIG voor de praktijk. Voorwaarden waaronder voorbehouden handelingen mogen worden verricht. *Medisch Contact* 1996;51:49-50.

**Buiting J.M., Veen E.B. van**

De verlengde arm rechtgezet. *Nederlands Juristenblad* 1988;63:1381.

**Buiting J.M.**

Medische handelingen door niet-artsen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1990;134:718-21.

**Centrale Raad voor de Volksgezondheid**

*Advies inzake het voorontwerp Wet BIG*. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1982.

**Commentuyn R.**

De Physician assistant is geen loopjongen. Opleiding tot 'tussendokter' start naar verwachting in 2003. *Medisch Contact* 2002;57:698-700.

**Christiaans-Dingelhoff I., Brands W.G., Eijkman M.A.J. e.a.**

*De Tandarts in de tuchtrechtspraak 1994-2001*. Lelystad: Koninklijke Vermande, 2002.

**Christiaans-Dingelhoff I., Hubben J.H.**

*De Anesthesioloog in de tuchtrechtspraak 1992-1999.* Lelystad: Koninklijke Vermande, 1999.

**Christiaans-Dingelhoff I., Hubben J.H.**

*De Apotheker in de tuchtrechtspraak 1975-2000.* Lelystad: Koninklijke Vermande, 2000.

**Consumentenbond**

Alternatieve en reguliere arts lachen om elkaar. *Consumentengids* december 2001, p. 58-60.

**Crul B.V.M.**

Opleiden als passie. Voorzitter Eijman en secretarissen Buurke en Bredée over de MSRC. *Medisch Contact* 2002;57:1136-9.

**Friele R.D., Ruiter C. de, Wijmen F. van e.a.**

Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 1999.

**Gelder R. van**

*Alternatief of complementair? Een vergelijking van de positie van alternatieve/complementaire behandelaars in de beroepenwetgeving van verschillende EU-lidstaten* (stageverslag). Den Haag: Ministerie van VWS, 2002.

**Gevers J.K.M.**

*De rechter en het medisch handelen.* Deventer: Kluwer, 1998.

**Gevers J.K.M.**

Alternatieve behandelwijzen na invoering van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1999(a);143:210-3.

**Gevers, J.K.M.**

Voldoende wettelijke bescherming tegen optreden alternatieve genezers? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1999(b);23:1.

**Gezondheidsraad**

*Voorbehouden handelingen in de toepassing van de individuele gezondheidszorg.* Den Haag, 1988(1988/30).

**Gezondheidsraad**

*Voorbehouden handelingen II.* Den Haag, 1992(1992/05).

**Gezondheidsraad**

Psychotherapie als voorbehouden handeling? Den Haag, 1992(1992/10).

**Gezondheidsraad**

*Toepassing van de automatische uitwendige defibrillator in Nederland.* Den Haag, 2002(2002/02).

**Gill K., Es A. van**

Tuchtrechtspraak in opspraak. *Medisch Contact* 2000;55:63-5.

**Glimmerveen F., Sietsma E.**

Voorwaarden van de Wet BIG ook toe te passen op de zeeffunctie van de assistente. *De Huisarts* 1999;10:9-11.

**Heineman M.E.F., Hubben J.H.**

*De chirurg in de medische tuchtrechtspraak 1986-1995.* Lelystad: Koninklijke Vermande, 1996.

**Helm J.J. van der**

Specialist en assistent-geneeskundige; tuchtrechtelijke verdeling van verantwoordelijkheden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2001;145:1416-9.

**Hubben J.H.**

*Psychotherapie en Recht*. Nijmegen: Ars Aequi Libri, 1984

**Hubben J.H.**

Civiele rechter en medische claims. In: Gevers J.K.M., Hubben J.H.(red.). *Grenzen aan de zorg; zorgen aan de grens*. Alphen aan den Rijn: Samsom H.D. Tjeenk Willink, 1990(a), p. 205-20.

**Hubben J.H.**

*Het ziekenhuis als strafbare rechtspersoon*. Lochem: De Tijdstroom (NZI Management-reeks), 1990(b).

**Hubben J.H.**

*Kwaliteit en recht in de gezondheidszorg* (Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht). Utrecht, 1991.

**Hubben J.H.**

*Arts, patiënt en ziekenhuis. Nieuw civiel-, klacht- en tuchtrecht in de gezondheidszorg*. Deventer/Gouda: Quint, 1997.

**Hubben, J.H.**

Onbegrip over tuchtrechtelijke beslissingen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1998;142:1851-3.

**Hubben, J.H.**

Schadeclaims in een hogere versnelling. Succes van Geschillencommissie Ziekenhuizen smaakt naar meer. *Medisch Contact* 2000;55;1447-9.

**Jong E. de**

Bent u al bekwaam verklaard? *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 1991;101:538-9.

**Kahn Ph.S.**

*De juridische relatie ziekenhuis medisch specialist en kwaliteit van zorg* (diss.). Lelystad: Koninklijke Vermande, 2001.

**Kastelein W.R.**

Tuchtrecht in de Wet BIG. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2000;24;425-34.

**Kastelein W.R., Legemaate J.**

Wie zet de BIG weer met vier poten op de grond? *Medisch Contact* 1992(a);47:359-60.

**Kastelein W.R., Legemaate J.**

De BIG weer op vier poten? *Medisch Contact* 1992(b);47:422.

**Kastelein W.R., Meulemans E.W.M.**

Ontwikkelingen in de tuchtrechtelijke en civielrechtelijke jurisprudentie. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2001;25:49-60.

**Kleiboer M.A., Huls N.J.H.**

Tuchtrecht op de terugtocht. Utrecht: Lemma, 2001.

**Lange J.J. de**

Leidt de medische opleiding nog artsen op? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2000;144:232-6.

**Leenen H.J.J.**

Regulering en deregulering in de gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1984;62:403-7.

**Leenen H.J.J.**

Handboek Gezondheidsrecht Deel II: Gezondheidszorg en Recht. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996 (3e druk).

**Leenen H.J.J.**

*Handboek Gezondheidsrecht Deel I: Gezondheidszorg en Recht*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000 (4e druk).

**Legemaate J.**

Kwaliteit van beroepsuitoefening: het ontwerp Kwaliteitswet Zorginstellingen en het wetsvoorstel Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg in onderling verband. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1992;136:2380-4.

**Legemaate J.**

Registratie en herregistratie. In: Wijmen F.C.B. van, Nederveen-van de Kragt C.J.M. (red.). *Beroepenwetgeving in ontwikkeling. Evaluaties halverwege het invoeringstraject van de wet BIG*. Antwerpen-Groningen: Intersentia, 1996, p. 25-39.

**Legemaate J.**

*Verantwoordingsplicht en aansprakelijkheid in de gezondheidszorg*. Deventer: W.E.J. Tjeenk Willink, 1997 (2<sup>e</sup> druk).

**Legemaate J.**

Nieuwe beroepenwetgeving: de Wet BIG van start. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1998;22:407-18.

**Legemaate J.**

Het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op de kwaliteit van de zorg. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2001;25:354-67.

**Lens P., Kahn Ph.S.**

*Over de schreef*. Utrecht: Uitgeverij Van der Wees, 2001.

**Loorbach J.D.**

Disciplinaire Rechtspraak. Procesleed (8). *Nederlands Juristenblad* 1999;74:1730-1.  
MDW werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen  
Nooit meer wachten. Minder toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen. Den Haag, 2001.

**Merkelbach J.W.**

In buitenland opgeleide tandartsen, Supervisie? *Nederlands Tandartsenblad* 1999(a);54:369-76.

**Merkelbach J.W.**

Supervisie werkt niet voor buitenlandse artsen, *Medisch Contact* 1999(b);54:608-11.

**Meulemans E.W.M.**

Het medisch tuchtrecht in discussie. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1998;22:185.

**Mierlo C. van**

De BIG en de BOG. De praktijk van de O&G-verpleegkundige afgezet tegen de wettelijke bepalingen. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 1999;109:94-7.

**Mijn W.B. van der**

*Wetgeving medische beroepsuitoefening* (Preadvis Vereniging voor Gezondheidsrecht).  
Utrecht: 1971.

**Mijn W.B. van der**

*Beroepenwetgeving in de gezondheidszorg*. Deventer: Kluwer, 1989 (3<sup>e</sup> druk).

**Mijn W.B. van der**

Historie en uitgangspunten van de Wet BIG. In: Legemaate J., e.a. (red.). *Regelgeving beroepsuitoefening gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.

**Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie**

Leidraad voor (getuige-)deskundigen. *Medisch Contact* 1997;52:1546.

**Nivel**

Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees- of behandelwijzen in 2000. Utrecht, 2000.

**Offenbeek M.A.G. van, Hoeve Y. ten, Leemeijer M., Roodbol P.F.**

Een waaier van nieuwe functies. Functiedifferentiatie in Nederlandse ziekenhuizen. *Medisch Contact* 2002;57:817-20.

**Poortvliet P.**

EUROPA, een kans voor verpleegkundigen. Beroepsgroep moet kwaliteit grensoverschrijdende verpleegkundige zorg waarborgen. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 2001;111:520-3.

**Pronk E.**

Veranderlijke verantwoordelijkheden. *Medisch Contact* 2002;57:360-2.

**Raad BIG**

*Stappenplan voorbehouden handelingen*. Zoetermeer, 1996(a).

**Raad BIG**

*Artikel 34-beroepen, deel I. Advies over de thans wettelijk geregelde beroepen in de individuele gezondheidszorg*. Zoetermeer, 1994(B4/'94).

**Raad BIG**

*Artikel 34-beroepen, deel II. Advies over regeling van het beroep orthoptist in de Wet BIG*. Zoetermeer: 1994(B5/'94).

**Raad BIG**

*Wijziging artikel 40 Wet BIG. Advies over deze wijziging in verband met het voorstel Kwaliteitswet zorginstellingen*. Zoetermeer, 1994(B6/'94).

**Raad BIG**

*Vorbehouden handelingen, advies over de toepassing van artikel 39 voor verpleegkundigen, mondhygiënisten en radiologisch laboranten*. Zoetermeer, 1995(B2/'95).

**Raad BIG**

*Periodieke registratie. Advies over de toepassing van artikel 9 van de Wet BIG*. Zoetermeer, 1996(B3/'96).

**Raad BIG**

*Artikel 34-beroepen, deel III. Advies ter beoordeling van de concept AMvB's voor de diëtist, ergotherapeut, diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podothérapeut, radiodiagnostisch laborant, radiotherapeutisch laborant, tandprotheticus en apothekersassistent*. Zoetermeer, 1996(B10/'96).

**Raad BIG**

*Artikel 34-beroepen, deel IV, Advies over de toenemende verscheidenheid in het beroepenveld.* Zoetermeer, 1996(B11/'96).

**Rooijen A. van, Vlaskamp L.**

Taakverschuiving en opleidingen. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen* 2001;111:114-77.

**Roscam Abbing H.D.C.**

Wettelijke regeling beroepen in de gezondheidszorg. *Tijdschrift voor sociale geneeskunde* 1981;59:811.

**Roscam Abbing H.D.C.**

Beroepenregeling in de gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1992(a);16:135-46.

**Roscam Abbing H.D.C.**

Bevoegd onder voorbehoud; de nieuwe vorm van beroepsbescherming. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1992(b);136:1742-5.

**Roscam Abbing H.D.C.**

*Patiënt en gezondheidszorg in het recht van de Europese gemeenschap* (Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht). Utrecht: 1993.

**Roscam Abbing H.D.C.**

Alternatieve beroepsuitoefening: een gezondheidsrechtelijke plaatsbepaling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1994;138:286-9.

**Roscam Abbing H.D.C.**

*Quality of medical practice and professional misconduct in the European Union*, Utrecht, 1997(a).

**Roscam Abbing H.D.C.**

Vrij verkeer van artsen binnen de EU en verantwoorde beroepsuitoefening. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1997(b);21:468-76.

**Roscam Abbing H.D.C.**

Wetgeving binnen de Europese Unie. In: Lens P., Kahn Ph.S. (red.). *Over de schreef. Over functioneren en disfunctioneren van artsen*. Utrecht: Van der Wees, 2001(a), p. 67-81.

**Roscam Abbing H.D.C.**

Juridische aspecten van delegeren in de geneeskunde. In: Slager E., Fauser B.J.C.M., Devroey P., e.a. (red.). *Infertiliteit, gynaecologie en obstetrie anno 2001*. Oss: Organon Nederland, 2001(b), p. 34-8.

**Roscam Abbing H.D.C.**

Patiënt in het Europa van de 21<sup>e</sup> eeuw: een gezondheidsrechtelijke beschouwing. *Ars Aequi* 2001(c);50:368-76.

**Roscam Abbing H.D.C.**

Wetgeving medische beroepsuitoefening. In: Dute J.C.J., Gevers J.K.M. en Groot G.J.R. de (red.). *Omzien naar de toekomst, 35 jaar preadviezen Vereniging voor Gezondheidsrecht*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum, 2002, p. 87-102.

**Sanders H.W.A.**

Voorbehouden handelingen. Is het formeel toekennen van functionele zelfstandigheid ex artikel 39 Wet BIG nodig en/of nuttig? *Medisch Contact* 1995;50:977-80.

**Schneider H.**

De erkenning van diploma's in de Europese Gemeenschap. In: Wijmen F.C.B. van, Nederveen-van de Kragt C.J.M. (red.). *Beroepenwetgeving in ontwikkeling. Evaluaties halverwege het invoeringstraject van de wet BIG*. Antwerpen-Groningen: Intersentia, 1996, p. 169-87.

**Schouten L.M.T., Knook H.**

Bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen. De verlengde arm voorgoed voorbij. *Medisch Contact* 1997;52:292-4.

**Simons P.**

Vrouwe Justitia: vriend of vijand? *Nursing* 2001;8:43-6.

**Sluijters B., Biesart M.C.I.H., Hamilton-van Hest G.C.J.M e.a. (red.)**

Tekst en Commentaar (T&C) Gezondheidsrecht, Deventer: Kluwer, 1999.

**Sluijters B.**

De Wet BIG tegen het licht: betere bescherming en nog wat. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2001;25:29-36.

**Smeehuijsen J.L.**

Strafrechtelijke vervolging van medische beroepsbeoefenaren wegens dood of zwaar lichame-lijk letsel door schuld. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2000;24:362-74.

**Vlaskamp A.A.C.**

Tuchtrecht voor verpleegkundigen; beroepsnormen. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1998;22:419-33.

**Weerd H. van**

De verlengde arm: lood om oud ijzer. *Nederlands Juristenblad* 1988;63:1381-3.

**Wijmen F.C.B. van, Vreese J.O.M. de, Hagenouw R.G.P.**

Een soms wel heel erg verlengde arm. Juridische beschouwingen rondom de uitvoering van medische handelingen in de ambulance. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1993;17:419-29.

**Wijmen F.C.B. van**

De problematische meerwaarde van artikel 39. In: Wijmen F.C.B. van, Nederveen-van de Kragt C.J.M. *Beroepenwetgeving in ontwikkeling. Evaluaties halverwege het invoeringstraject van de Wet BIG*. Antwerpen-Groningen: Intersentia Uitgevers, 1996, p. 71-95.

**Wijmen F.C.B. van**

Een legislatieve voorbehouden handeling. Een reconstructieve ingreep in de bevoegdheidsregeling van de Wet BIG. *Medisch Contact* 1997;52:446-8.

**Wildevuur S.E.**

Als arts studeren voor arts. Specialisten zonder grenzen. *Medisch Contact* 1998;53:383-5.

**Zonneveld A.C.**

Kwaliteitswijn in verschillende zakken. Een bespreking van artikel 40 BIG in samenhang met de Kwaliteitswet Zorginstellingen. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1997;21:17-23.





# Bijlage 1

## Begeleidingscommissie Wet BIG

### Leden

prof. dr. H.J.J. Leenen (voorzitter)  
drs. I. van Bennekom-Stompedissel  
mr. drs. A.P. van Gurp  
dr. P. Lens  
mr. W.P. Rijkxen  
drs. R.L.J.M. Scheerder  
mr. L.J.H.H.M. Vandeputte-Niemegeers

### Waarnemer

mr. C. Altink-de Beer (VWS)  
drs. J.D. van Foreest (IGZ)  
mr. T. Mintjes (Justitie)

### Bureau ZonMw

mr. M.C. Ploem (programmasecretaris)  
M. Slijper, MPH (programma-assistent)  
mr. M.D. van Steekelenburg (programmasecretaris)



## Bijlage 2

### Commissie evaluatie regelgeving

#### Leden

prof. dr. H.J.J. Leenen (voorzitter, tot oktober 2002)  
prof. dr. O.J.S. Buruma (voorzitter, vanaf oktober 2002)  
mr. M. de Die (vanaf oktober 2002)  
mr. C.A. de Goede  
mr. drs. A.P. van Gurp  
prof. mr. W.R. Kastelein (vanaf oktober 2002)  
prof. dr. J. Pool  
mr. W. P. Rijkssen  
drs. R.L.J.M. Scheerder  
mr. L.J.H.H.M. Vandeputte-Niemegeers  
prof. dr. G. van der Wal

#### Waarnemer

mr. P.W.H.M. Francissen (VWS)

#### Bureau ZonMw

G. van Gorkum (programmasecretaresse)  
mr. M.C. Ploem (programmasecretaris)  
M. Slijper, MPH (programma-assistent)  
mr. M.D. van Steekelenburg (programmasecretaris)



## Bijlage 3

# Wet van 11 november 1993, houdende regelen inzake beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg

*Geschiedenis: Staatsblad 1992, 593; Staatsblad 1993, 609; Staatsblad 1993, 690; Staatsblad 1994, 573; Staatsblad 1994, 640; Staatsblad 1994, 803; Staatsblad 1995, 32; Staatsblad 1995, 518; Staatsblad 1995, 588; Staatsblad 1996, 80; Staatsblad 1997, 510; Staatsblad 1997, 570; Staatsblad 1998, 154; Staatsblad 1999, 30; Staatsblad 1999, 326; Staatsblad 2001, 180; Staatsblad 2001, 481; Staatsblad 2001, 584; Staatsblad 2002, 220*

*Zie voor de behandeling in de Staten-Generaal:*

*Kamerstukken II 1985/86, 1987/88, 1988/89, 1989/90, 1991/92, 1992/93, 19522*

*Handelingen II 1991/92, blz. 2850-2906; 2932-2960; 5329-5349; 5370-5380; 5421-5422; 5899*

*Kamerstukken I 1991/92, 19522 (327); 1992/93, 19522 (103, 103a, 103b, 103c, 103d, 103e)*

*Handelingen I 1993/94, blz. 262-274, 284-299, 301-302*

### HOOFDSTUK 1. BEGRIPSBEPALINGEN

#### Artikel 1

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen worden onder handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg naast de in het tweede lid omschreven handelingen verstaan alle andere verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen -, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende diens gezondheid te bevorderen of te bewaken.
2. In deze wet en de daarop berustende bepalingen worden onder handelingen op het gebied van de geneeskunst verstaan:
  - a. alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen -, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel verloskundige bijstand te verlenen;
  - b. het bij een persoon afnemen van bloed of wegnemen van weefsel voor andere doeleinden dan die, bedoeld onder a;
  - c. het wegnemen van weefsel bij een overledene en het verrichten van sectie.

#### Artikel 2

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt onder Onze Minister verstaan Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
2. In de hoofdstukken VII en VIII en de daarop berustende bepalingen worden onder Onze Ministers verstaan Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Justitie.
3. In deze wet wordt onder een andere overeenkomstsluitende staat verstaan een staat, niet zijnde een lid-Staat van de Europese Economische Gemeenschap, die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte.
4. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt onder register verstaan een overeenkomstig artikel 3, eerste lid, ingesteld register.

## HOOFDSTUK II. REGISTRATIE EN TITELBESCHERMING

### § 1. Algemeen

#### Artikel 3

1. Er worden registers ingesteld, waarin degenen die aan de daarvoor bij en krachtens deze wet gestelde voorwaarden voldoen, op hun aanvraag worden ingeschreven, onderscheidenlijk als: arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige.
2. Bij elke inschrijving worden in het register vermeld de naam, voornamen, geslacht, geboortedatum, nationaliteit en adres van de betrokkene en het nummer en het tijdstip van inschrijving.
3. Elk register wordt ingesteld en beheerd door Onze Minister.
4. De registers worden ingesteld ten einde te kunnen voldoen aan een verzoek om informatie als bedoeld in artikel 12 en ten behoeve van het toezicht op de uitvoering van de artikelen 4 en 17.

#### Artikel 4

1. Aan degenen die in een register ingeschreven staan, is het recht voorbehouden de in artikel 3, eerste lid, aan de hoedanigheid waarin zij ingeschreven worden, gegeven benaming als titel te voeren.
2. Het is degene wie het recht tot het voeren van een in deze wet geregelde titel niet toekomt op grond van het eerste lid, verboden deze titel, een daarop gelijkende benaming dan wel een op die titel betrekking hebbend onderscheidingsteken, aangegeven met toepassing van artikel 93 of daarmee in hoofdzaak overeenstemmend, te voeren.
3. Zolang een inschrijving in een register geschorst is, wordt de betrokkene gelijkgesteld met een niet-ingeschrevene.
4. Waar in deze wet of in daarop berustende bepalingen personen met een der in artikel 3, eerste lid, vermelde benamingen worden aangeduid, worden, voor zover niet anders blijkt, daaronder verstaan degenen die in het betrokken register ingeschreven staan.

#### Artikel 5

1. Onze minister is bevoegd op de aanvraag tot inschrijving in een register te beslissen.
2. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld over het bedrag dat voor de behandeling van de aanvraag moet worden betaald alsmede over de wijze van indiening van een aanvraag en de daarbij te verstrekken gegevens of bescheiden, nodig voor de beoordeling van de aanvraag. Het in de eerste volzin bedoelde bedrag wordt zodanig bepaald dat daarmee de kosten van de behandeling van de aanvraag worden betaald.

#### Artikel 6

De inschrijving wordt geweigerd:

- a. indien de aanvrager niet voldoet aan de in hoofdstuk III bedoelde opleidingseisen;
- b. indien de aanvrager ingevolge in kracht van gewijsde gegane rechterlijke uitspraak onder curatele is gesteld wegens geestelijke stoornis;
- c. indien de aanvrager ingevolge rechterlijke uitspraak ontzet is van het recht het betrokken beroep uit te oefenen;
- d. indien zulks voortvloeit uit een op grond van deze wet jegens de aanvrager genomen maatregel.

#### Artikel 7

De inschrijving wordt doorgehaald:

- a. in geval van overlijden van de ingeschrevene;
- b. op verzoek van de ingeschrevene;
- c. indien de ingeschrevene in een der in artikel 6, onder *b* of *c*, genoemde omstandigheden is komen te verkeren;
- d. indien zulks voortvloeit uit een op grond van deze wet jegens de ingeschrevene genomen maatregel.

## **Artikel 8 [Nog niet in werking]**

1. Bij algemene maatregel van bestuur wordt bepaald dat de inschrijving in een bij de maatregel aangewezen register wordt doorgehaald indien na de in het tweede lid bedoelde datum een bij de maatregel aangegeven periode is verstreken.
2. De in het eerste lid bedoelde datum is de meest recente van de volgende data:
  - a. de datum waarop de ingeschrevene een bij of krachtens hoofdstuk III of VI aangewezen getuigschrift of een in artikel 41, eerste lid, onder *b*, bedoelde verklaring heeft verkregen;
  - b. de naar aanleiding van een aanvraag van de ingeschrevene in het register aangetekende datum waarop hij een overeenkomstig door Onze Minister gestelde regels gevolgde bijscholing heeft afgesloten;
  - c. de naar aanleiding van een aanvraag van de ingeschrevene in het register aangetekende datum, onmiddellijk voorafgaande waaraan de ingeschrevene gedurende ten minste een bij de maatregel aangegeven tijdvak ononderbroken op het desbetreffende gebied der beroepsuitoefening werkzaam is geweest.
3. Op een aanvraag als bedoeld in het tweede lid, onder *b* of *c*, is artikel 5 van overeenkomstige toepassing.
4. De doorhaling blijft achterwege zolang niet is beslist op een reeds ingediende aanvraag tot aantekening van een datum als bedoeld in het tweede lid, onder *b* of *c*.
5. Ingeval ten aanzien van een bepaald register toepassing is gegeven aan het eerste lid wordt, onverminderd het bepaalde in artikel 6, inschrijving in dat register geweigerd indien de aanvrager niet in de krachtens het eerste lid vastgestelde periode, voorafgaande aan de indiening van de aanvraag tot inschrijving, een getuigschrift of verklaring als bedoeld in het tweede lid heeft verkregen dan wel een bijscholing of tijdvak van werkzaamheid als bedoeld in dat lid heeft afgesloten.
6. Onze Minister kan bij een in de *Nederlandse Staatscourant* bekend te maken besluit:
  - a. eisen vaststellen waaraan de werkzaamheden, bedoeld in het tweede lid, onder *c*, voor de toepassing van dit artikel moeten voldoen;
  - b. al dan niet op het gebied van de individuele gezondheidszorg liggende werkzaamheden aanwijzen die voor de toepassing van dit artikel worden gelijkgesteld met werkzaamheden op het desbetreffende gebied der beroepsuitoefening.

## **Artikel 9**

1. In het register wordt, indien zulks voortvloeit uit een op grond van deze wet genomen maatregel of besluit, een aantekening geplaatst van:
  - a. de schorsing van een inschrijving;
  - b. de voorwaarden die een ingeschrevene zijn opgelegd;
  - c. de gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid in het register ingeschreven staande het betrokken beroep uit te oefenen;
  - d. het eindigen van een schorsing, anders dan ten gevolge van het verstrijken van de in een maatregel vastgestelde tijdsduur;
  - e. het niet langer gelden van de onder *b* bedoelde voorwaarden, anders dan ten gevolge van het verstrijken van de proeftijd, en van de onder *c* bedoelde ontzegging.
2. Bij een aantekening als bedoeld in het eerste lid wordt vermeld:
  - a. de datum waarop van de schorsing een aantekening wordt geplaatst alsmede de duur van de schorsing, indien die reeds bekend is;
  - b. de datum waarop de in het eerste lid bedoelde voorwaarden of ontzegging zijn gaan gelden alsmede, ingeval de voorwaarden tot een proeftijd zijn beperkt, de duur daarvan dan wel
  - c. de datum waarop de schorsing is geëindigd of vanaf welke de in het eerste lid bedoelde voorwaarden of ontzegging niet langer gelden.

## **Artikel 10**

Iedere inschrijving, aantekening of doorhaling in een register geschiedt op grond van een daartoe strekkende gedagtekende beschikking.

## **Artikel 11**

1. Onze Minister draagt zorg voor openbare kennisgeving van:
  - a. hetgeen op grond van artikel 9 in het register is aangetekend en vermeld, met dien verstande dat van de aan een ingeschrevene opgelegde voorwaarden uitsluitend wordt kennisgegeven in de bij algemene maatregel van bestuur aan te geven gevallen;
  - b. de ter tenuitvoerlegging van een op grond van deze wet genomen maatregel verrichte doorhaling van een inschrijving, met vermelding van de grond waarop de doorhaling berust;
  - c. de inschrijving van een persoon ingeval de voorafgaande inschrijving van die persoon ter

- tenuitvoerlegging van een op grond van deze wet genomen maatregel is doorgehaald.
2. In de openbare kennisgeving worden de naam en de woonplaats van de betrokkene vermeld. De openbare kennisgeving geschiedt op bij algemene maatregel van bestuur te regelen wijze, met dien verstande dat zij in ieder geval in de *Staatscourant* geschiedt.

## Artikel 12

1. Aan de betrokkene wordt op diens verlangen medegedeeld wat te zijnen aanzien in het register vermeld staat.
2. Aan een ieder die zulks verlangt, wordt medegedeeld:
  - a. of een persoon in een register ingeschreven staat;
  - b. of de inschrijving van een persoon in een register geschorst is;
  - c. of ten aanzien van een ingeschrevene een maatregel, inhoudende een gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid in het register ingeschreven staande het betrokken beroep uit te oefenen, van kracht is, met, zo dit het geval is, een omschrijving van de inhoud van de maatregel;
  - d. in bij algemene maatregel van bestuur aan te geven gevallen: of ten aanzien van een ingeschrevene voorwaarden zijn gesteld, met, zo dit het geval is, een omschrijving van die voorwaarden en, ingeval deze tot een proeftijd zijn beperkt, een vermelding van de duur daarvan.
3. De verstrekking van mededelingen, bedoeld in het tweede lid, anders dan aan bestuursorganen en daaronder ressorterende diensten, geschiedt, voor zover zij schriftelijk plaats vindt, tegen betaling van een vergoeding volgens een bij algemene maatregel van bestuur vast te stellen tarief.

## Artikel 13

De in de registers opgenomen gegevens kunnen tevens worden gebruikt ten behoeve van de uitvoering van de Noodwet geneeskundigen en de toezending van informatie, de volksgezondheid betreffende, door het Staatstoezicht op de volksgezondheid of door andere door Onze Minister aangewezen bestuursorganen aan de in registers ingeschreven personen.

### § 2. Specialismen

## Artikel 14

1. Indien door een organisatie van beoefenaren van een beroep waarop een register betrekking heeft, een regeling in het leven is geroepen, welke voorziet in de mogelijkheid aan in dat register ingeschreven personen die een bijzondere deskundigheid op krachtens die regeling als specialismen aangewezen deelgebieden der uitoefening van dat beroep hebben verworven, vanwege die organisatie een erkenning als specialist op het betrokken deelgebied te verlenen, kan Onze Minister bepalen dat de krachtens bedoelde regeling aan die specialismen onderscheidenlijk verbonden titels als wettelijk erkende specialisten-titels worden aangemerkt.
2. Aan het eerste lid kan slechts toepassing worden gegeven, indien:
  - a. de organisatie de rechtsvorm van een vereniging met volledige rechtsbevoegdheid bezit en naar het oordeel van Onze Minister voldoende representatief is voor de beoefenaren van het betrokken beroep;
  - b. bij de regeling erin is voorzien dat geen erkenningen als specialist worden verleend aan anderen dan personen die in het register voor het desbetreffende gebied ingeschreven staan, en anderzijds dat het verkrijgen van een erkenning niet afhankelijk is van het lidmaatschap der organisatie;
  - c. bij de regeling een orgaan is ingesteld, dat overeenkomstig het in het derde lid bepaalde samengesteld is en belast is met het aanwijzen van specialismen, de regelgeving ter zake van de opleiding tot specialist en het vaststellen van het bedrag dat voor de behandeling van de aanvraag tot erkenning als specialist moet worden betaald;
  - d. bij de regeling erin is voorzien dat aan een ieder die zulks verlangt wordt medegedeeld of een persoon erkend is als specialist;
  - e. de regeling in overeenstemming is met de desbetreffende in het kader van de Europese Economische Gemeenschap vastgestelde richtlijnen alsmede met de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte;
  - f. in de regeling is bepaald dat de besluiten van het onder c bedoelde orgaan, de aldaar genoemde onderwerpen betreffende, de goedkeuring van Onze Minister behoeven.
3. Het in het tweede lid, onder c, bedoelde orgaan moet zodanig zijn samengesteld, dat daarin in elk geval zitting hebben deskundigen, deels uit de kring van betrokkenen bij de opleiding tot het desbetreffende beroep en deels uit de kring der beoefenaren van het betrokken beroep, als gewoon lid, en een persoon, aangewezen door Onze Minister, als adviserend lid.



4. De in het tweede lid, onder *f*, bedoelde goedkeuring kan worden onthouden wegens strijd met het recht of het algemeen belang.
5. Een door Onze Minister krachtens het eerste lid genomen besluit kan door hem, de organisatie gehoord, worden ingetrokken, indien:
  - a. de organisatie of de door haar in het leven geroepen regeling aan de in het tweede lid gestelde eisen niet meer voldoet, of
  - b. de regeling niet of naar het oordeel van Onze Minister niet behoorlijk wordt toegepast.
6. In de *Staatscourant* wordt mededeling gedaan van:
  - a. de besluiten van Onze Minister krachtens het eerste, vierde of vijfde lid;
  - b. de door organisaties van beroepsbeoefenaren in het leven geroepen regelingen ten aanzien waarvan toepassing is gegeven aan het eerste lid, alsmede de wijzigingen en aanvullingen daarvan;
  - c. de besluiten van het bij zodanige regeling ingestelde orgaan, bedoeld in het tweede lid, onder *c*, de aldaar genoemde onderwerpen betreffende.

#### **Artikel 15**

1. Een regeling ten aanzien waarvan toepassing wordt gegeven aan artikel 14, eerste lid, kan mede inhouden dat een erkenning als specialist wordt verleend voor een bij de regeling bepaalde periode en dat de verlening slechts plaatsvindt indien degene die de opleiding tot specialist heeft voltooid gedurende een bij die regeling bepaald tijdvak, voorafgaande aan de indiening van de aanvraag tot erkenning, regelmatig op het desbetreffende deelgebied van de beroepsuitoefening werkzaam is geweest dan wel in die periode overeenkomstig het bepaalde in die regeling scholing heeft gevolgd.
2. Indien in een regeling toepassing is gegeven aan het eerste lid kunnen in die regeling:
  - a. eisen worden vastgesteld waaraan de werkzaamheden, bedoeld in het eerste lid, voor de toepassing van dat lid moeten voldoen;
  - b. al dan niet op het gebied van de individuele gezondheidszorg liggende werkzaamheden worden aangewezen die voor de toepassing van het eerste lid worden gelijkgesteld met werkzaamheden op het desbetreffende deelgebied der beroepsuitoefening.
3. In gevallen waarin toepassing is gegeven aan artikel 14, eerste lid, is, de beroepsorganisatie gehouden van elke erkenning als specialist en van elke intrekking van zodanige erkenning opgave te doen aan Onze Minister. Van elke erkenning en van elke intrekking van een erkenning wordt een gedagtekende aantekening in het register geplaatst. Indien een erkenning als specialist is ingetrokken op grond van een regeling als bedoeld in het eerste lid, vindt de in de eerste en tweede volzin bedoelde opgave onderscheidenlijk aantekening alleen plaats indien de desbetreffende persoon niet binnen vier weken na de intrekking wederom als specialist is erkend.
4. Onverminderd hetgeen ingevolge artikel 12, tweede lid, met betrekking tot de ingeschrevene geldt, wordt aan een ieder die zulks verlangt, medegedeeld of de betrokkene is erkend als specialist.
5. Doorhaling van een inschrijving in het register of schorsing van een inschrijving in het register brengt van rechtswege mee dat de erkenning van de betrokkene als specialist is vervallen, onderscheidenlijk dienovereenkomstig geschorst is. Van elke doorhaling of schorsing wordt mededeling gedaan aan de betrokken organisatie.

#### **Artikel 16**

Voor beroepen waarop een register betrekking heeft kunnen, voor zover daarvoor geen door Onze Minister krachtens artikel 14, eerste lid, genomen besluit geldt, bij algemene maatregel van bestuur regels worden gesteld omtrent de aanwijzing van specialisten, de erkenning van personen als specialist en het aan specialisten verbinden van wettelijk erkende titels. Daarbij worden de in artikel 14, tweede lid, onder *c* tot en met *f*, en derde lid, gestelde eisen in acht genomen en vindt artikel 15 overeenkomstige toepassing.

#### **Artikel 17**

1. Aan degenen die op grond van de in artikel 14, eerste lid, bedoelde regeling dan wel op grond van de algemene maatregel van bestuur krachtens artikel 16 een erkenning als specialist op een gebied waarop een krachtens deze wet erkende specialisten-titel betrekking heeft, hebben verkregen, is het recht voorbehouden die specialisten-titel te voeren.
2. Het is degene wie het recht tot het voeren van een krachtens deze wet erkende specialisten-titel niet toekomt op grond van het eerste lid, verboden deze titel of een daarop gelijkende benaming te voeren.

## HOOFDSTUK III. BEPALINGEN INZAKE DE BEROEPEN

### Afdeling 1. Beroepen waarop het stelsel van registratie en beroepstitelbescherming van toepassing is

#### § 1. Artsen

##### Artikel 18

Om in het desbetreffende register als arts te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.

##### Artikel 19

1. Tot het gebied van deskundigheid van de arts wordt gerekend het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst.
2. In de gevallen waarin de arts bij of krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (*Stb.* 1958, 408) bevoegd is de artsenijsbereidkunst uit te oefenen behoort het verrichten van handelingen op het gebied van de artsenijsbereidkunst mede tot het gebied van zijn deskundigheid.

#### § 2. Tandartsen

##### Artikel 20

Om in het desbetreffende register als tandarts te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.

##### Artikel 21

Tot het gebied van deskundigheid van de tandarts wordt gerekend het verrichten van handelingen op het gebied van de tandheelkunst.

#### § 3. Apothekers

##### Artikel 22

Om in het desbetreffende register als apotheker te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.

##### Artikel 23

Tot het gebied van deskundigheid van de apotheker wordt gerekend het verrichten van handelingen op het gebied van de artsenijsbereidkunst.

#### § 4. Gezondheidszorgpsychologen

##### Artikel 24

Om in het desbetreffende register als gezondheidszorgpsycholoog te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.

##### Artikel 25

Tot het gebied van deskundigheid van de gezondheidszorgpsycholoog wordt gerekend het verrichten van psychologisch onderzoek, het beoordelen van de resultaten daarvan alsmede het toepassen van bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen psychologische behandelingsmethoden ten aanzien van een persoon met het oog op diens gezondheidstoestand.

## *§ 5. Psychotherapeuten*

### **Artikel 26**

1. Om in het desbetreffende register als psychotherapeut te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat met een getuigschrift als bedoeld in het eerste lid wordt gelijkgesteld een bewijs van een krachtens artikel 14 onderscheidenlijk artikel 16 verleende erkenning als specialist op een bij de maatregel aangewezen deelgebied van de uitoefening van een beroep waarop een register betrekking heeft.

### **Artikel 27**

Tot het gebied van deskundigheid van de psychotherapeut wordt gerekend het onderzoeken en het volgens bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen methoden beïnvloeden van stemmingen, gedragingen en houdingen van een persoon met een psychische stoornis, afwijking of klacht, teneinde deze te doen verdwijnen of te verminderen.

## *§ 6. Fysiotherapeuten*

### **Artikel 28**

Om in het desbetreffende register als fysiotherapeut te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.

### **Artikel 29**

1. Tot het gebied van deskundigheid van de fysiotherapeut wordt gerekend het verrichten van bij algemene maatregel van bestuur te omschrijven handelingen op het gebied van de fysiotherapie, voor zover zij liggen op het gebied van de geneeskunst en het verrichten ervan geschiedt op grond van een door een arts afgegeven verwijzing die aan bij de maatregel te stellen eisen voldoet.
2. Tot het gebied van deskundigheid van de fysiotherapeut wordt mede gerekend het verrichten van handelingen, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende diens gezondheidstoestand te bevorderen of te bewaken, welke overeenkomen met de krachtens het eerste lid omschreven handelingen, doch niet liggende op het gebied van de geneeskunst.

## *§ 7. Verloskundigen*

### **Artikel 30**

Om in het desbetreffende register als verloskundige te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.

### **Artikel 31**

Tot het gebied van deskundigheid van de verloskundige wordt gerekend het verrichten van bij algemene maatregel van bestuur te omschrijven handelingen op het gebied van de verloskunst alsmede het verrichten van bij de maatregel te omschrijven andere handelingen, een en ander met inachtneming van de beperkingen, bij de maatregel te stellen.

## *§ 8. Verpleegkundigen*

### **Artikel 32**

Om in het desbetreffende register als verpleegkundige te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen dan wel voor zover het betreft het diploma van een beroepsopleiding als bedoeld in de Wet educatie en beroepsopleiding, voldoet aan de bij en krachtens die wet voor de afgifte van dat diploma gestelde vereisten.

### **Artikel 33**

Tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundige wordt gerekend:

- a. het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging;
- b. het ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

## **Afdeling 2. Beroepen waarop het stelsel van opleidingstitelbescherming van toepassing is**

### **Artikel 34**

1. Bij algemene maatregel van bestuur kan ter bevordering van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg de opleiding tot een bij de maatregel aangewezen beroep worden geregeld of aangewezen.

2. Indien toepassing wordt gegeven aan het eerste lid, wordt tevens bij de maatregel het gebied van deskundigheid omschreven van personen die de krachtens het eerste lid geregelde of aangewezen opleiding hebben voltooid.

3. Aan degenen die de krachtens het eerste lid geregelde of aangewezen opleiding tot dat beroep hebben voltooid, is het recht voorbehouden een bij algemene maatregel van bestuur aangegeven titel te voeren.

4. Het is degene wie het recht tot het voeren van een krachtens het derde lid geregelde titel niet toekomt, verboden deze titel, een daarop gelijkende benaming dan wel een op die titel betrekking hebbend onderscheidingsteken, aangegeven met toepassing van artikel 93 of daarmee in hoofdzaak overeenstemmend, te voeren.

## **HOOFDSTUK IV. VOORBEHOUDEN HANDELINGEN**

### **Artikel 35**

1. Het is degene die niet behoort tot de personen die hun bevoegdheid tot het verrichten van een handeling ontleen aan het bepaalde bij of krachtens de artikelen 36 en 37 verboden buiten noodzaak beroepsmatig die handeling te verrichten, tenzij:

- a. zulks geschiedt ingevolge een opdracht van een persoon die zijn bevoegdheid ontleent aan het bepaalde bij of krachtens de artikelen 36 en 37 en
- b. hij redelijkerwijs mag aannemen dat hij beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk uitvoeren van de opdracht en
- c. hij, voor zover de opdrachtgever aanwijzingen heeft gegeven, heeft gehandeld overeenkomstig die aanwijzingen.

2. Met inachtneming van het bepaalde in het eerste lid is de opdrachtnemer bevoegd tot het verrichten van de in het eerste lid bedoelde handeling.

### **Artikel 36**

1. Tot het verrichten van heelkundige handelingen - waaronder worden verstaan handelingen, liggende op het gebied van de geneeskunst, waarbij de samenhang der lichaamsweefsels wordt verstoord en deze zich niet direct herstelt - zijn bevoegd:

- a. de artsen,
- b. de tandartsen,
- c. de verloskundigen,

doch de onder *b* en *c* genoemde personen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

2. Tot het verrichten van verloskundige handelingen zijn bevoegd:

- a. de artsen,
- b. de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

3. Tot het verrichten van endoscopieën zijn bevoegd:  
de artsen.

4. Tot het verrichten van catheterisaties zijn bevoegd:
  - a. de artsen,
  - b. de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.
5. Tot het geven van injecties zijn bevoegd:
  - a. de artsen,
  - b. de tandartsen,
  - c. de verloskundigen,
 doch de onder *b* en *c* genoemde personen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.
6. Tot het verrichten van punkties zijn bevoegd:
  - a. de artsen,
  - b. de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.
7. Tot het brengen onder narcose zijn bevoegd:
  - a. de artsen,
  - b. de tandartsen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.
8. Tot het verrichten van handelingen, op het gebied van de individuele gezondheidszorg, met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden, zijn bevoegd:
  - a. de artsen,
  - b. de tandartsen,
 doch uitsluitend voor zover zij voldoen aan de krachtens de Kernenergiewet (*Stb.* 1963, 82) ter zake van het gebruiken van zodanige stoffen en toestellen gestelde eisen, alsmede, voor zover het betreft tandartsen, uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.
9. Tot het verrichten van electieve cardioversie zijn bevoegd: de artsen.
10. Tot het toepassen van defibrillatie zijn bevoegd: de artsen.
11. Tot het toepassen van electroconvulsieve therapie zijn bevoegd: de artsen.
12. Tot steenvergruizing voor geneeskundige doeleinden zijn bevoegd: de artsen.
13. Tot het verrichten van handelingen ten aanzien van menselijke geslachtscellen en embryo's, gericht op het anders dan op natuurlijke wijze tot stand brengen van een zwangerschap, zijn bevoegd: de artsen.
14. De personen, genoemd in het eerste tot en met dertiende lid, zijn tot het verrichten van de desbetreffende handelingen uitsluitend bevoegd voor zover zij redelijkerwijs mogen aannemen dat zij beschikken over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van die handelingen. De personen, genoemd in het eerste tot en met het dertiende lid, die niet voldoen aan het bepaalde in de eerste volzin, worden voor de toepassing van de artikelen 35, eerste lid, onder *a*, 38 en 39 aangemerkt als personen die hun bevoegdheid ontlenen aan het in dit artikel bepaalde.

### **Artikel 37**

1. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels overeenkomstig artikel 36 worden gesteld met betrekking tot bij de maatregel omschreven handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg, niet vallende onder dat artikel.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kan voorts met betrekking tot bij de maatregel omschreven handelingen, vallende onder artikel 36, wijziging worden gebracht ter zake van de in artikel 36 vervatte toekenning van bevoegdheid, alsook worden bepaald dat de artikelen 35 en 36 met betrekking tot bij de maatregel omschreven handelingen niet langer gelden.
3. Indien niet binnen zes maanden na de inwerkingtreding van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in het eerste of tweede lid bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal een wetsvoorstel is ingediend tot wijziging van artikel 36 overeenkomstig die maatregel, alsook indien zodanig voorstel wordt ingetrokken of verworpen, wordt de maatregel onverwijld ingetrokken.

### **Artikel 38**

- Het is degene die zijn bevoegdheid tot het verrichten van een bij of krachtens de artikelen 36 en 37 omschreven handeling ontleent aan het bij of krachtens die artikelen bepaalde verboden aan een ander opdracht te geven tot het verrichten van die handeling, tenzij:
- a. in gevallen waarin zulks redelijkerwijs nodig is aanwijzingen worden gegeven omtrent het

verrichten van de handeling en toezicht door de opdrachtgever op het verrichten van de handeling en de mogelijkheid tot tussenkomst van een zodanig persoon voldoende zijn verzekerd en

b. hij redelijkerwijs mag aannemen dat degene aan wie de opdracht wordt gegeven, in aanmerking genomen het onder *a* bepaalde, beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van de handeling.

#### **Artikel 39**

1. Indien een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg zulks vordert, wordt bij algemene maatregel van bestuur bepaald dat tot het gebied van deskundigheid van personen, behorende tot een der in het tweede lid genoemde categorieën, wordt gerekend het verrichten van bij de maatregel aangewezen categorieën van handelingen, behorende tot de bij of krachtens de artikelen 36 en 37 omschreven categorieën van handelingen, zonder toezicht door de opdrachtgever en zonder diens tussenkomst.

2. Ingevolge het eerste lid kunnen de volgende categorieën van personen worden aangewezen:

- a. categorieën van personen die in een bij het eerste lid bedoelde algemene maatregel van bestuur aangewezen register staan ingeschreven;
- b. categorieën van personen die een krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding hebben voltooid;
- c. categorieën van personen, behorende tot de onder *a* of *b* bedoelde categorieën van personen.

### **HOOFDSTUK V. KWALITEIT VAN DE BEROEPSUITOEFENING**

#### **Artikel 40**

1. Degene die in een register als bedoeld in artikel 3 staat ingeschreven of die een beroep uitoefent waarvan de opleiding krachtens artikel 34, eerste lid, is geregeld of aangewezen, en die zijn beroep uitoefent anders dan in het kader van een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen, organiseert zijn beroepsuitoefening op zodanige wijze en voorziet zich zodanig van materieel, dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg.

2. Het uitvoeren van het eerste lid omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.

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.

4. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen voorts, indien zulks noodzakelijk is gebleken ter bevordering van een goede uitoefening van 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 inhoudende:

- a. een verplichting in bij de maatregel aangegeven gevallen van een door hen gegeven behandeling aan een bij de maatregel aangewezen inspecteur van de volksgezondheid opgave te doen overeenkomstig regels, bij de maatregel gesteld;
- b. een verplichting om bij de maatregel aangegeven gegevens te vermelden op het recept, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder *l*, van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening;
- c. een verbod om een overeenkomst die hun bijzondere voordelen verschaft, aan te gaan met bij de maatregel aangewezen categorieën van personen;
- d. eisen met betrekking tot de rechten van personen aan wie gezondheidszorg wordt verleend.

## HOOFDSTUK VI. BUITENSLANDS GEDIPLOMEERDEN

### § 1. Beroepen waarop het stelsel van registratie en beroepstitelbescherming van toepassing is

#### Artikel 41

1. In afwijking van het in artikel 6, onder *a*, bepaalde wordt aan een persoon die niet voldoet aan de ter zake van de genoten opleiding bij of krachtens hoofdstuk III voor inschrijving in een register gestelde eisen, inschrijving in het register deswege niet geweigerd:

a. indien hij in het buitenland een door Onze Minister aangewezen getuigschrift heeft verkregen dat geldt als bewijs van een verworven vakbekwaamheid die geacht kan worden gelijkwaardig te zijn aan de vakbekwaamheid welke uit het voldoen aan vorenbedoelde eisen mag worden afgeleid;

b. indien Onze Minister, gelet op een door de betrokkene in het buitenland verkregen getuigschrift, hem op aanvraag een verklaring heeft afgegeven, inhoudende dat tegen zijn inschrijving in het register voor wat zijn vakbekwaamheid betreft geen bedenkingen bestaan;

c. indien aan hem ten aanzien van het betrokken beroep een EG-verklaring als bedoeld in de Algemene wet erkenning EG-hoger-onderwijsdiploma's dan wel in de Algemene wet erkenning EG-beroepsopleidingen is afgegeven.

2. Onze Minister kan ten aanzien van een door hem krachtens het eerste lid, onder *a*, aangewezen getuigschrift de toepasselijkheid van deze bepaling op belanghebbenden afhankelijk stellen van de nationaliteit der betrokkenen, met dien verstande evenwel dat die bepaling ten aanzien van een aangewezen getuigschrift van een lid-Staat der Europese Economische Gemeenschap alsmede van een andere overeenkomstsluitende staat in elk geval van toepassing dient te zijn op de onderdanen van de lid-Staten van die gemeenschap.

3. Bij afgifte van een verklaring als bedoeld in het eerste lid, onder *b*, kan Onze Minister daarin bepalen:

a. dat de gelet op die verklaring tot stand gekomen inschrijving in het register op een in de verklaring aangegeven tijdstip zal worden doorgehaald;

b. dat de betrokkene, in het register ingeschreven staande, zijn beroep slechts zal mogen uitoefenen met inachtneming van in de verklaring omschreven beperkingen.

4. Behoudens in bijzondere gevallen kan een verklaring zonder toepassing van het derde lid slechts worden afgegeven, indien het door de betrokkene in het buitenland verkregen getuigschrift naar het oordeel van Onze Minister kan gelden als bewijs van verworven vakbekwaamheid die de in het eerste lid, onder *a*, bedoelde gelijkwaardigheid bezit.

5. Onze Minister stelt voor elk daarvoor in aanmerking komend beroep een commissie van deskundigen in, die tot taak heeft hem op zijn verzoek of uit eigen beweging van advies te dienen inzake de toepassing van dit artikel en ten aanzien van het afgeven van een EG-verklaring als bedoeld in de Algemene wet erkenning EG-hoger-onderwijsdiploma's dan wel in de Algemene wet erkenning EG-beroepsopleidingen. Bij algemene maatregel van bestuur worden de samenstelling, taak en werkwijze van de commissie geregeld.

6. Van een besluit krachtens het eerste lid, onder *a*, of het tweede lid, wordt mededeling gedaan in de *Staatscourant*.

#### Artikel 42

1. Onverminderd het in artikel 6, onder *b* tot en met *d*, bepaalde wordt de inschrijving van een persoon op wie artikel 41 van toepassing is, geweigerd indien te zijnen aanzien een maatregel, berustende op een in het buitenland gegeven rechterlijke, tuchtrechtelijke of bestuursrechtelijke beslissing, van kracht is, op grond waarvan hij zijn rechten ter zake van de uitoefening van het betrokken beroep in het land waar de beslissing gegeven is, geheel of gedeeltelijk, tijdelijk of blijvend, heeft verloren.

2. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld, waarbij wordt bepaald:

a. welke gegevens of bescheiden bij de aanvraag om een verklaring als bedoeld in artikel 41, eerste lid, onder *b*, aan Onze Minister moeten worden verstrekt of overgelegd en op welke wijze haar indiening behoort te geschieden;

b. welke bewijsstukken omtrent de toepasselijkheid van artikel 41 aan Onze Minister moeten worden overgelegd bij de aanvraag om inschrijving in het register met toepassing van dat artikel.

3. Onverminderd het in artikel 7 bepaalde, wordt in gevallen waarin toepassing werd gegeven aan artikel 41, derde lid, onder *a*, de inschrijving van de betrokkene op het daarvoor geldende tijdstip doorgehaald. Een met toepassing van artikel 41 tot stand gekomen inschrijving wordt voorts doorgehaald ingeval ten aanzien van de betrokkene omstandigheden als bedoeld in het eerste lid

inmiddels zijn ingetreden of alsnog bekend geworden.

4. Bij inschrijving van een persoon in het register met toepassing van artikel 41 wordt in het register een desbetreffende aantekening geplaatst, waarbij, ingeval Onze Minister toepassing heeft gegeven aan het derde lid van dat artikel, tevens wordt omschreven hetgeen daarbij is bepaald.

5. Van de totstandkoming van een inschrijving ten aanzien waarvan toepassing werd gegeven aan artikel 41, derde lid, wordt op bij algemene maatregel van bestuur te bepalen wijze kennisgegeven, met omschrijving van hetgeen daarbij werd bepaald. Van een krachtens het derde lid van het onderhavige artikel verrichte doorhaling van een inschrijving wordt eveneens op bij algemene maatregel van bestuur te bepalen wijze kennisgegeven. In kennisgevingen als bedoeld in het onderhavige lid worden de naam en de woonplaats van de betrokkene vermeld.

6. Onverminderd hetgeen ingevolge artikel 12, tweede lid, met betrekking tot de ingeschrevene geldt, wordt aan een ieder die zulks verlangt, medegedeeld of een inschrijving in het register met toepassing van artikel 41 is tot stand gekomen, met, ingeval ten aanzien van de aldus tot stand gekomen inschrijving toepassing werd gegeven aan het derde lid van dat artikel, een omschrijving van hetgeen daarbij werd bepaald.

### Artikel 43

1. Ten aanzien van een onderdaan van een lid-Staat der Europese Economische Gemeenschap of van een andere overeenkomstsluitende staat, die buiten Nederland in een der lid-Staten van die gemeenschap dan wel in een van de andere overeenkomstsluitende staten gevestigd is als beoefenaar van een in artikel 3 genoemd beroep en aan de in het tweede lid omschreven voorwaarden voldoet, blijven ter zake van de diensten die hij in de uitoefening van dat beroep verleent aan een persoon hier te lande, buiten toepassing:

a. het in artikel 4, tweede lid, gestelde verbod, voor zover het de titel betreft, waarvan het voeren voorbehouden is aan degenen die in de op dat beroep betrekking hebbende hoedanigheid in het desbetreffende register ingeschreven staan;

b. het in artikel 35, eerste lid, gestelde verbod, voor zover het handelingen betreft, waartoe de onder a bedoelde personen bevoegd zijn.

2. De in het eerste lid bedoelde voorwaarden zijn:

a. de betrokkene dient in een der lid-Staten dan wel in een van de andere overeenkomstsluitende staten een op de bekwaamheid tot het uitoefenen van zijn beroep betrekking hebbend getuigschrift te hebben verkregen, dat krachtens artikel 41, eerste lid, onder a, is aangewezen;

b. zijn rechten ter zake van de uitoefening van zijn beroep in de lid-Staat onderscheidenlijk een andere overeenkomstsluitende staat waar hij gevestigd is mogen aan geen beperkingen krachtens een maatregel als bedoeld in artikel 42, eerste lid, onderworpen zijn;

c. de betrokkene dient aan Onze Minister te hebben gemeld dat hij als beoefenaar van het desbetreffende beroep in Nederland diensten verleent en dient de volgende bescheiden te hebben overgelegd:

1°. een bewijsstuk, niet ouder dan twaalf maanden, waaruit blijkt dat hij de desbetreffende werkzaamheden in de lid-Staat onderscheidenlijk de andere overeenkomstsluitende staat waar hij gevestigd is, wettig uitoefent;

2°. een bewijsstuk dat hij het onder a bedoelde getuigschrift heeft verkregen.

3. In geval van een dienstverlening in Nederland, ten aanzien waarvan het eerste lid van toepassing is, is de betrokkene, indien de in dat lid, onder a, bedoelde personen aan tuchtrechtspraak overeenkomstig deze wet onderworpen zijn, ter zake van hetgeen door hem in het kader van die dienstverlening wordt verricht, eveneens aan bedoelde rechtspraak onderworpen en wordt hij ter zake van deze verrichtingen voor de toepassing van artikel 96 met die personen gelijkgesteld.

### Artikel 44

1. Voor de toepassing van de artikelen 41, eerste lid, onder a, en tweede lid, en 43, tweede lid, onder a, wordt met een onderdaan van een lid-Staat der Europese Economische Gemeenschap onderscheidenlijk een andere overeenkomstsluitende staat, die in het bezit is van een krachtens eerstgenoemde bepaling aangewezen getuigschrift van een der lid-Staten van die gemeenschap onderscheidenlijk een andere overeenkomstsluitende staat, gelijkgesteld de onderdaan van een lid-Staat onderscheidenlijk een andere overeenkomstsluitende staat, die vóór een door Onze Minister vast te stellen tijdstip een op de bekwaamheid tot het uitoefenen van zijn beroep betrekking hebbend ander getuigschrift van een der lid-Staten onderscheidenlijk een andere overeenkomstsluitende staat heeft verkregen indien hij, blijkens een door een lid-Staat onderscheidenlijk een andere overeenkomstsluitende staat afgegeven verklaring, zijn beroep in de loop van een door Onze Minister aangegeven tijdvak, aan de afgifte van die verklaring voorafgaande, tenminste gedurende een door Onze Minister aangegeven aaneengesloten periode daadwerkelijk en op wettige wijze heeft uitgeoefend.



2. Onze Minister kan bepalen dat het eerste lid van overeenkomstige toepassing is ten aanzien van een onderdaan van een lid-Staat der Europese Economische Gemeenschap of van een andere overeenkomstsluitende staat, die een op de bekwaamheid tot het uitoefenen van zijn beroep betrekking hebbend ander getuigschrift van een der lid-Staten of van een andere overeenkomstsluitende staat heeft verkregen ter afsluiting van een opleiding betreffende een door Onze Minister aangewezen beroep, welke vóór het krachtens het vorige lid vastgestelde tijdstip is aangevangen en eerst nadien is voltooid.
3. De krachtens het eerste lid vast te stellen tijdstippen, tijdvakken en perioden kunnen voor onderscheidene categorieën van gevallen verschillend zijn.

*§ 2. Beroepen waarop het stelsel van opleidingstitelbescherming van toepassing is*

**Artikel 45**

1. Ten aanzien van degenen
- die in het buitenland een door Onze Minister aangewezen getuigschrift hebben verkregen dat geldt als bewijs van een verworven vakbekwaamheid die geacht kan worden gelijkwaardig te zijn aan de vakbekwaamheid welke uit het voldoen aan de desbetreffende krachtens artikel 34, eerste lid, gestelde eisen mag worden afgeleid,
  - aan wie Onze Minister, gelet op een door de betrokkene in het buitenland verkregen getuigschrift, op aanvraag een verklaring heeft afgegeven, inhoudende dat hun vakbekwaamheid gelijkwaardig kan worden geacht aan de vakbekwaamheid welke uit het voldoen aan de desbetreffende krachtens artikel 34, eerste lid, gestelde eisen mag worden afgeleid, of,
  - aan wie Onze Minister ten aanzien van het betrokken beroep een EG-verklaring als bedoeld in de Algemene wet erkenning EG-hoger-onderwijsdiploma's dan wel in de Algemene wet erkenning EG-beroepsopleidingen heeft afgegeven,
- blijft het in artikel 34, vierde lid, gestelde verbod, voor zover het de titel betreft waarvan het voeren op grond van het derde lid van dat artikel voorbehouden is aan degenen die voldoen aan de desbetreffende krachtens artikel 34, eerste lid, gestelde eisen, buiten toepassing.
2. Het eerste lid is niet van toepassing voor zover ten aanzien van de betrokkene een maatregel, berustende op een in het buitenland gegeven rechterlijke, tuchtrechtelijke of bestuursrechtelijke beslissing, van kracht is, op grond waarvan hij zijn rechten ter zake van de uitoefening van het betrokken beroep in het land waar de beslissing gegeven is, geheel of gedeeltelijk, tijdelijk of blijvend, heeft verloren.
3. De artikelen 41, tweede, vijfde en zesde lid, en 42, tweede lid, onder *a*, zijn van overeenkomstige toepassing.
4. Voor de toepassing van artikel 96, derde lid, wordt met degene die voldoet aan de krachtens artikel 34, eerste lid, gestelde eisen gelijkgesteld degene die in het bezit is van een krachtens het eerste lid, onder *a*, aangewezen getuigschrift of aan wie een verklaring als bedoeld in het eerste lid, onder *b*, is afgegeven.

*§ 3. Algemene bepaling*

**Artikel 46**

In hetgeen verder ter uitvoering van de richtlijnen der Europese Economische Gemeenschap alsmede van de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte betreffende beoefenaren van beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg regeling behoeft, wordt voorzien door Onze Minister.

**HOOFDSTUK VII. TUCHTRECHTSPRAAK**

*§ 1. Algemeen*

**Artikel 47**

1. Degene die in een der in het tweede lid vermelde hoedanigheden in een register ingeschreven staat, is onderworpen aan tuchtrechtspraak ter zake van:
- eng handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te

betrachten ten opzichte van:

- 1°. degene, met betrekking tot wiens gezondheidstoestand hij bijstand verleent of zijn bijstand is ingeroepen;
- 2°. degene die, in nood verkerende, bijstand met betrekking tot zijn gezondheidstoestand behoeft;
- 3°. de naaste betrekkingen van de onder 1° en 2° bedoelde personen;

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

2. De in het eerste lid bedoelde hoedanigheden zijn die van:

arts,  
tandarts,  
apotheker,  
gezondheidszorgpsycholoog,  
psychotherapeut,  
fysiotherapeut,  
verloskundige,  
verpleegkundige.

3. De tuchtrechtspraak wordt in eerste aanleg uitgeoefend door regionale tuchtcolleges en in beroep door een centraal tuchtcollege.

4. In geval van schorsing of doorhaling van een inschrijving in het register blijft de betrokkene ter zake van enig in het eerste lid bedoeld handelen of nalaten gedurende de tijd dat hij ingeschreven stond, aan de tuchtrechtspraak onderworpen.

## § 2. Tuchtmaatregelen

### Artikel 48

1. Het berechtende college kan ten aanzien van een aan de tuchtrechtspraak onderworpen persoon een van de volgende tuchtrechtelijke maatregelen opleggen:

- a. waarschuwing;
- b. berisping;
- c. geldboete van ten hoogste EUR 4 500;
- d. schorsing van de inschrijving in het register voor ten hoogste één jaar;
- e. gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid in het register ingeschreven staande het betrokken beroep uit te oefenen;
- f. doorhaling van de inschrijving in het register.

2. De maatregelen, bedoeld in het eerste lid, onder c en d, kunnen ook gezamenlijk worden opgelegd en gelden alsdan voor de toepassing van de aanhef van het eerste lid en van artikel 69, tweede lid, als één maatregel.

3. In gevallen waarin de berechting plaatsvindt met toepassing van artikel 47, vierde lid, kan, in plaats van de in het eerste lid van het onderhavige artikel, onder f, bedoelde maatregel, als maatregel worden opgelegd een ontzegging van het recht wederom in het register te worden ingeschreven.

4. Opgelegde geldboeten komen ten bate van de Staat. Bij het opleggen van een geldboete kunnen twee of meer termijnen worden vastgesteld, waarin zij moet worden voldaan.

5. De maatregelen van schorsing en van doorhaling van de inschrijving in het register worden vanwege Onze Minister ten uitvoer gelegd.

6. Schorsing van de inschrijving in het register kan voorwaardelijk worden opgelegd en wordt alsdan niet ten uitvoer gelegd dan nadat het college dat de maatregel heeft opgelegd, zulks heeft gelast op grond dat de betrokkene binnen een bij die oplegging te bepalen proeftijd van ten hoogste twee jaar een gestelde voorwaarde niet is nagekomen.

7. Een maatregel als bedoeld in het eerste lid, onder c, d of f, kan niet ten uitvoer worden gelegd zolang de beslissing waarbij hij is opgelegd, niet onherroepelijk is geworden. Een maatregel als in dat lid, onder e, of in het derde lid bedoeld, wordt eerst bij het onherroepelijk worden van de desbetreffende beslissing van kracht, tenzij het college, indien het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg zulks vordert, bij zijn beslissing heeft bepaald dat hij onmiddellijk van kracht wordt. Bij toepassing van het zesde lid gaat de in dat lid bedoelde proeftijd eerst bij het onherroepelijk worden van de desbetreffende beslissing in.

8. Bij het opleggen van de maatregel van doorhaling van de inschrijving kan het college tevens, indien het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg zulks vordert, bij wijze van voorlopige voorziening, schorsing van de inschrijving opleggen. Deze voorziening wordt terstond van kracht en wordt vanwege Onze Minister onverwijld ten uitvoer gelegd; de inschrijving blijft geschorst totdat de beslissing tot doorhaling van de inschrijving onherroepelijk is geworden dan wel in beroep is vernietigd.

9. Een tot schorsing strekkende maatregel of voorlopige voorziening wordt ten uitvoer gelegd door

het plaatsen van een aantekening van de schorsing in het register overeenkomstig het bepaalde in artikel 9.

#### **Artikel 49**

1. Degene aan wie een boete als bedoeld in artikel 48, eerste lid, onder *c*, is opgelegd, wordt door een door Onze Minister aan te wijzen ambtenaar bij gedagtekende brief uitgenodigd de verschuldigde geldboete binnen de gestelde termijn dan wel met inachtneming van de gestelde termijnen te betalen.
2. Indien de schuldenaar niet binnen de gestelde termijn betaalt, maant de ambtenaar hem schriftelijk aan om alsnog binnen tien dagen na dagtekening van de aanmaning te betalen.
3. Indien de schuldenaar na de aanmaning in gebreke blijft, kan de invordering van de verschuldigde geldboete en de aanmaningskosten geschieden bij een door de ambtenaar uit te vaardigen dwangbevel.
4. De betekening en de tenuitvoerlegging van een dwangbevel geschieden door de zorg van de ontvanger, bedoeld in de ontvanger, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onderdeel *i*, van de Invorderingswet 1990 en door de belastingdeurwaarder, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder *j*, van die wet met toepassing van de artikelen 13 en 14 van die wet.
5. Zolang de ontvanger met de zorg voor de invordering is belast, kan hij een vordering doen op grond van artikel 19 van de Invorderingswet 1990 alsmede verrekenen op grond van artikel 24 van die wet.
6. De ontvanger kan zolang hij met de zorg voor de invordering is belast onder door hem te stellen voorwaarden aan een schuldenaar voor een bepaalde tijd schriftelijk uitstel van betaling verlenen. Gedurende het uitstel wordt de dwanginvordering geschorst. Het uitstel kan tussentijds schriftelijk worden beëindigd.
7. Met betrekking tot het verzet tegen de tenuitvoerlegging van een dwangbevel is artikel 17 van de Invorderingswet 1990 van overeenkomstige toepassing met dien verstande dat in dat artikel voor "de ontvanger die het dwangbevel heeft uitgevaardigd" telkens moet worden gelezen: de met de tenuitvoerlegging van het dwangbevel belaste ontvanger.
8. De kosten van aanmaning en van verdere vervolging worden berekend op de voet van de Kostenwet invordering rijksbelastingen (*Stb.* 1969, 83). De artikelen 6 en 7 van de Invorderingswet 1990 zijn van overeenkomstige toepassing.

#### **Artikel 50**

1. In gevallen waarin een der in artikel 48, eerste lid, onder *e* en *f*, en derde lid, omschreven maatregelen is opgelegd, kan, zo bijzondere omstandigheden zulks wettigen, bij koninklijk besluit worden bepaald dat de betrokkene in de hem ontzegde bevoegdheid wordt hersteld, onderscheidenlijk dat hij, tenzij een buiten de opgelegde maatregel staande weigeringsgrond aanwezig blijkt, wederom in het register zal kunnen worden ingeschreven.
2. In een besluit krachtens het eerste lid kunnen, al dan niet met een beperking tot een in dat besluit te bepalen proeftijd, voorwaarden worden gesteld, door de betrokkene, in het register ingeschreven staande, in acht te nemen. Indien blijkt dat de betrokkene zich schuldig heeft gemaakt aan niet-naleving van een gestelde voorwaarde, kan, onder intrekking van dat besluit, bij koninklijk besluit worden bepaald dat de opgelegde maatregel opnieuw van kracht wordt. In een besluit krachtens het eerste lid, dat aan betrokkene het recht verleent wederom in het register te worden ingeschreven, kan ook worden bepaald dat dit recht eerst zal ingaan zodra de betrokkene aan vooraf te vervullen bijzondere voorwaarden, in dat besluit omschreven, zal hebben voldaan.
3. De voordracht tot een besluit krachtens het eerste of tweede lid, tweede volzin, wordt gedaan door Onze Ministers. Alvorens zodanige voordracht wordt gedaan, wint Onze Minister het advies in van het tuchtcollege dat de maatregel heeft opgelegd.

#### **Artikel 51**

Niemand kan andermaal ingevolge de bepalingen van dit hoofdstuk worden berecht ter zake van enig in artikel 47, eerste lid, bedoeld handelen of nalaten waaromtrent te zijnen aanzien een onherroepelijk geworden tuchtrechtelijke eindbeslissing is genomen.

#### **Artikel 52**

Herziening van een onherroepelijk geworden tuchtrechtelijke eindbeslissing waarbij een in artikel 48, eerste of derde lid, omschreven maatregel werd opgelegd, is mogelijk, wanneer naderhand omstandigheden zijn gebleken die naar ernstig vermoeden tot een afwijkende beslissing zouden hebben geleid, indien zij tijdig bekend waren geworden. Bij algemene maatregel van bestuur worden hieromtrent nadere regels gesteld. De herziening zal niet kunnen leiden tot een wijziging in hetgeen voorheen was beslist, ten nadele van de betrokkene.

### § 3. De tuchtcolleges

#### Artikel 53

1. Bij algemene maatregel van bestuur wordt het land in gebieden ingedeeld, waarvan elk het ambtsgebied van een regionaal tuchtcollege uitmaakt. Bij de maatregel wordt tevens voor elk der regionale tuchtcolleges de plaats van vestiging binnen zijn ambtsgebied aangewezen.
2. Het centrale tuchtcollege is gevestigd te 's-Gravenhage.

#### Artikel 54

1. Bevoegd tot het behandelen van een zaak in eerste aanleg is het regionale tuchtcollege binnen welks ambtsgebied de te berechten persoon zijn woonplaats heeft.
2. Welk regionaal tuchtcollege bevoegd is in gevallen waarin de betrokkene geen bekende woonplaats hier te lande heeft, wordt bij algemene maatregel van bestuur bepaald.

#### Artikel 55

1. Een regionaal tuchtcollege telt twee rechtsgeleerde leden van wie één tevens voorzitter is, alsmede, voor elk van de in artikel 47, tweede lid, aangegeven categorieën van aan tuchtrechtspraak onderworpen personen, drie leden-beroepsgenoten. Van het college maken mede deel uit plaatsvervangende rechtsgeleerde leden, benevens voor elk van de in de eerste volzin bedoelde categorieën, plaatsvervangende leden-beroepsgenoten.
2. Aan de behandeling van een zaak wordt deelgenomen door de voorzitter, door het andere rechtsgeleerde lid en door de drie leden-beroepsgenoten, benoemd voor de categorie waartoe degene over wie is geklaagd, behoort, een en ander met de mogelijkheid van plaatsvervangende leden. In afwijking van het bepaalde in de eerste volzin kan de voorzitter bepalen dat aan de behandeling van een zaak die hem daartoe geschikt voorkomt, wordt deelgenomen door de voorzitter en door twee leden-beroepsgenoten, benoemd voor de categorie waartoe degene over wie is geklaagd, behoort, een en ander met de mogelijkheid van plaatsvervangende leden. Indien de zaak naar het oordeel van een van deze leden ongeschikt is voor behandeling overeenkomstig het bepaalde in de tweede volzin, wordt de behandeling voortgezet met toepassing van de eerste volzin.
3. De voorzitter en zijn plaatsvervanger of zijn plaatsvervangers worden bij koninklijk besluit op voordracht van Onze Ministers voor het leven benoemd. Op hun verzoek wordt hun bij koninklijk besluit tussentijds ontslag verleend. Hun wordt in ieder geval ontslag verleend met het bereiken van de zeventigjarige leeftijd. Artikel 48, eerste lid, van de Wet op de rechterlijke organisatie is ten aanzien van overeenkomstige toepassing.
4. De overige leden en plaatsvervangende leden worden bij koninklijk besluit op voordracht van Onze Minister voor de tijd van zes jaar benoemd. Zij zijn herbenoembaar. Op hun verzoek wordt hun bij koninklijk besluit tussentijds ontslag verleend. Hun wordt in ieder geval ontslag verleend met het bereiken van de zeventigjarige leeftijd. Artikel 48, eerste lid, van de Wet op de rechterlijke organisatie is ten aanzien van de in de eerste volzin bedoelde personen, voor zover zij rechtsgeleerden zijn, van overeenkomstige toepassing. De leden-beroepsgenoten en de plaatsvervangende leden-beroepsgenoten worden benoemd uit personen die ingeschreven staan in het desbetreffende register.
5. Het college heeft een secretaris en één of meer plaatsvervangende secretarissen, allen rechtsgeleerden. Zij worden bij koninklijk besluit op voordracht van Onze Ministers benoemd, geschorst en ontslagen.

#### Artikel 56

1. Het centrale tuchtcollege telt drie rechtsgeleerde leden van wie één tevens voorzitter is, alsmede, voor elk van de in artikel 47, tweede lid, aangegeven categorieën van aan tuchtrechtspraak onderworpen personen, twee leden-beroepsgenoten. Van het college maken mede deel uit plaatsvervangende rechtsgeleerde leden, benevens voor elk van de in de eerste volzin bedoelde categorieën, plaatsvervangende leden-beroepsgenoten.
2. Aan de behandeling van een zaak wordt deelgenomen door de voorzitter, door de twee andere rechtsgeleerde leden en door de twee leden-beroepsgenoten, benoemd voor de categorie waartoe degene over wie is geklaagd, behoort, een en ander met de mogelijkheid van plaatsvervangende leden.
3. Ten aanzien van de benoeming en het ontslag van de voorzitter en zijn plaatsvervanger of zijn plaatsvervangers en van de overige leden en plaatsvervangende leden is artikel 55, derde onderscheidenlijk vierde lid, van overeenkomstige toepassing.
4. Artikel 55, vijfde lid, is van overeenkomstige toepassing.

## Artikel 57

1. De voorzitter van een tuchtcollege kan ten aanzien van twee of meer met elkaar samenhangende zaken bepalen dat zij door het college ter terechtzitting gezamenlijk worden behandeld.
2. Ingeval in deze zaken degenen over wie is geklaagd, tot verschillende in artikel 47, tweede lid, aangegeven categorieën behoren, wordt aan het onderzoek ter terechtzitting door het ingevolge artikel 55, tweede lid, onderscheidenlijk artikel 56, tweede lid, vereiste aantal leden-beroepsgenoten of plaatsvervangende leden-beroepsgenoten van elk van de betrokken categorieën deelgenomen.
3. Ingeval is geklaagd over een arts ter zake van verrichtingen op het gebied van de uitoefening der artsenijsbereidkunst, wordt in het tuchtcollege ten minste één der plaatsen, bij artikel 55, tweede lid, onderscheidenlijk artikel 56, tweede lid, toegewezen aan leden-beroepsgenoten, vervuld door een lid-beroepsgeenoot of plaatsvervangend lid-beroepsgeenoot, die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (*Stb.* 1958, 408) bevoegd is mede de artsenijsbereidkunst uit te oefenen.

## Artikel 58

[Vervallen.]

## Artikel 59

1. Doorhaling van zijn inschrijving in het desbetreffende register, schorsing van die inschrijving ingevolge toepassing van artikel 48, eerste lid, onder *d*, alsook het onherroepelijk worden van een beslissing waarbij te zijnen aanzien een van de maatregelen, bedoeld in de artikelen 48, eerste lid, onder *e*, en 80, eerste lid, onder *a* en *b*, is opgelegd, heeft voor een lid-beroepsgeenoot of plaatsvervangend lid-beroepsgeenoot van een regionaal tuchtcollege of van het centrale tuchtcollege tot gevolg dat zijn functie bij dat college van rechtswege een einde neemt.
2. Een nog niet onherroepelijk geworden beslissing tot oplegging te zijnen aanzien van een van de in artikel 48, eerste lid, onder *e* en *f*, bedoelde maatregelen heeft, indien zij is gegeven met toepassing van het aan het slot van de tweede volzin van het zevende lid of het in het achtste lid van dat artikel bepaalde, voor een lid-beroepsgeenoot of plaatsvervangend lid-beroepsgeenoot van een regionaal tuchtcollege of van het centrale tuchtcollege tot gevolg dat hij in zijn functie bij dat college van rechtswege is geschorst.
3. Een nog niet onherroepelijk geworden beslissing tot oplegging te zijnen aanzien van een van de in artikel 80, eerste lid, bedoelde maatregelen heeft, indien zij is gegeven met toepassing van het aan het slot van het derde lid of het in het vijfde lid van dat artikel bepaalde, voor een lid-beroepsgeenoot of plaatsvervangend lid-beroepsgeenoot van een regionaal tuchtcollege of van het centrale tuchtcollege tot gevolg dat hij in zijn functie bij dat college van rechtswege is geschorst.

## Artikel 60

Het in de artikelen 46c, tweede en derde lid, 46d, tweede lid, 46f, 46g, eerste en tweede lid, 46i, met uitzondering van het eerste lid, onderdeel c, 46j, 46l, eerste lid, aanhef en onderdelen a en c, en derde lid, 46m, 46o en 46p, eerste tot en met vijfde lid, van de Wet rechtspositie rechterlijke ambtenaren bepaalde is van overeenkomstige toepassing ten aanzien van de leden en de plaatsvervangende leden van de regionale tuchtcolleges en van het centrale tuchtcollege, met dien verstande dat de in het vijfde lid van artikel 46p bedoelde mededeling te hunnen aanzien eveneens wordt gedaan aan Onze Minister.

## Artikel 61

De leden, plaatsvervangende leden, secretarissen en plaatsvervangende secretarissen van de tuchtcolleges is het verboden zich over een zaak die bij hun college aanhangig is of naar zij weten of vermoeden zal worden, in te laten in enig onderhoud met belanghebbenden of van dezen enige bijzondere inlichting of schriftuur dienaangaande aan te nemen.

## Artikel 62

1. De leden, de plaatsvervangende leden, de secretarissen en de plaatsvervangende secretarissen van de tuchtcolleges ontvangen een vacatiegeld, alsmede vergoeding van reis- en verblijfkosten en van verdere verschotten, een en ander overeenkomstig door Onze Minister te stellen regels.
2. In de daarvoor in aanmerking komende gevallen kan bij koninklijk besluit, in afwijking van het eerste lid, aan de voorzitter, een ander lid of plaatsvervangend lid dat met toepassing van artikel 66, eerste lid, tweede volzin, vooronderzoek verricht, of de secretaris van een tuchtcollege een

salaris worden toegekend op een bij dat besluit te bepalen voet. In dat geval geniet de betrokkene bovendien een tijdelijke toelage voor kinderen, een vakantieuitkering, een ziektekostenvergoeding, een vergoeding van reis- en verblijfkosten, een vergoeding van verplaatsingskosten, alsmede een spaarpremie, overeenkomstig de bepalingen welke te dien aanzien voor de burgerlijke rijksambtenaren bij de ministeries zijn of zullen worden vastgesteld.

### **Artikel 63**

Een lid van een tuchtcollege, dat voor de behandeling van een zaak zitting heeft in dat college, kan zich verschonen en kan worden gewraakt, indien er te zijnen aanzien feiten of omstandigheden bestaan, waardoor de rechterlijke onpartijdigheid schade zou kunnen lijden. De artikelen 512 tot en met 524 van het Wetboek van Strafvordering zijn van overeenkomstige toepassing.

### **Artikel 64**

1. Het centrale tuchtcollege waakt tegen nodeloze vertraging in de behandeling van zaken door de regionale tuchtcolleges.
2. Het centrale tuchtcollege kan zich de stukken, betrekking hebbende op een bij een regionaal tuchtcollege aanhangige zaak, doen overleggen en een termijn stellen, waarbinnen het regionale tuchtcollege het vooronderzoek dan wel het onderzoek op de terechtzitting moet sluiten.
3. Indien het regionale tuchtcollege hieraan niet voldoet, kan het centrale tuchtcollege de behandeling van de zaak aan een ander regionaal tuchtcollege overdragen.

#### *§ 4. Procedure in eerste aanleg*

### **Artikel 65**

1. Een zaak wordt in eerste aanleg bij het bevoegde regionale tuchtcollege aanhangig gemaakt door een schriftelijke klacht van:
  - a. een rechtstreeks belanghebbende;
  - b. degene die aan degene over wie wordt geklaagd, een opdracht heeft verstrekt;
  - c. degene bij wie of het bestuur van een instelling waarbij degene over wie wordt geklaagd, werkzaam of voor het verlenen van individuele gezondheidszorg ingeschreven is;
  - d. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem toevertrouwde belangen aangaat.
2. De inhoud van het klaagschrift moet voldoen aan de daaromtrent bij algemene maatregel van bestuur te stellen eisen.
3. Degene die het vooronderzoek verricht kan, indien de zaak hem daartoe geschikt voorkomt, bij het horen van de klager en degene over wie is geklaagd, een minnelijke oplossing beproeven.
4. Indien een minnelijke oplossing mogelijk blijkt, wordt deze op schrift gesteld en door de klager en degene over wie is geklaagd, ondertekend. Met een aldus vastgestelde minnelijke oplossing geeft de klager te kennen zijn klacht in te trekken.
5. De bevoegdheid tot het indienen van een klaagschrift vervalt door verjaring in tien jaren. De termijn van verjaring van aan op de dag na die waarop het desbetreffende handelen of nalaten is geschied.
6. Indien naar zijn oordeel de behandeling van de zaak door het tuchtcollege geen uitstel gedooft zonder groot nadeel voor het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg, verzoekt de in het eerste lid, onder *d*, bedoelde inspecteur het tuchtcollege de zaak met spoed te behandelen.
7. Nadat een klaagschrift is ingediend, zendt de voorzitter van het college een afschrift daarvan aan degene over wie is geklaagd.
8. De hoofdinspecteur of de regionale inspecteur is verplicht ter zake van door hem ingediende klaagschriften aan de ambtenaren van het openbaar ministerie de door hen gevraagde inlichtingen te verstrekken. De hoofdinspecteur of de regionale inspecteur kan de in de eerste volzin bedoelde ambtenaren ook uit eigen beweging ter zake inlichten.
9. De klager en degene over wie is geklaagd, kunnen zich doen vertegenwoordigen door een gemachtigde en zich doen bijstaan door een raadsman. De gemachtigde moet, desgevraagd, zijn bevoegdheid aantonen door het overleggen van een schriftelijke volmacht. Advocaten en procureurs, als gemachtigden optredende, zijn tot deze overlegging niet gehouden. De voorzitter van het regionale tuchtcollege kan slechts weigeren een persoon die geen advocaat of procureur is als gemachtigde of als raadsman toe te laten, indien er duidelijke aanwijzingen zijn dat door de toelating van die persoon een behoorlijke uitoefening van de rechtspraak zal worden belemmerd. De weigering wordt door de voorzitter schriftelijk gemotiveerd.
10. In geval van intrekking van de klacht wordt de behandeling daarvan gestaakt, tenzij degene over wie is geklaagd, schriftelijk heeft verklaard voortzetting van de behandeling te verlangen, het

tuchtcollege heeft beslist dat de behandeling van de klacht om redenen, aan het algemeen belang ontleend, moet worden voortgezet of het tuchtcollege het onderzoek van de zaak op de terechtzitting reeds heeft beëindigd.

11. Indien degene over wie is geklaagd, overlijdt, wordt de behandeling van de klacht gestaakt.

#### **Artikel 66**

1. Na verzending van het afschrift, bedoeld in artikel 65, zevende lid, gelast de voorzitter van het regionale tuchtcollege een vooronderzoek. De voorzitter draagt het vooronderzoek op aan een of meer leden of plaatsvervangende leden of aan de secretaris of plaatsvervangend secretaris van het regionale tuchtcollege.

2. Het vooronderzoek kan zich mede uitstrekken tot andere dan in het klaagschrift vermelde feiten en omstandigheden. Degene die door de voorzitter op grond van het eerste lid is aangewezen om het vooronderzoek te verrichten stelt de klager en degene over wie is geklaagd, in de gelegenheid door hem te worden gehoord. Hij kan de betrokken regionale inspecteur, alsmede getuigen en deskundigen horen; ten aanzien van de getuigen en deskundigen is artikel 68 van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de oproeping, het verzoek tot dagvaarding en het doen afleggen van de eed of belofte geschieden door degene die het vooronderzoek verricht.

3. Bij de vervulling van de hem op grond van het eerste en het tweede lid toekomende taak is degene die het vooronderzoek verricht bevoegd, vergezeld van de door hem aangewezen personen, elke plaats te betreden teneinde een onderzoek te verrichten waarvan het uitvoeren ter betrokken plaatse door hem noodzakelijk wordt geoordeeld. Ingeval tijdens zodanig onderzoek de orde wordt verstoord of hem tegenstand wordt geboden, kan degene die het vooronderzoek verricht de hulp van de sterke arm inroepen. De voorzitter van het regionale tuchtcollege is bevoegd een machtiging als bedoeld in artikel 2 van de Algemene wet op het binnentreden te geven.

4. Indien tijdens het vooronderzoek blijkt dat de klacht afkomstig is van een tot klagen niet bevoegde, dat het klaagschrift niet voldoet aan de krachtens artikel 65, tweede lid, gestelde eisen, dat de klacht kennelijk ongegrond is of dat de klacht van onvoldoende gewicht is, kan het college op voorstel van degene die het vooronderzoek heeft verricht, zonder verder onderzoek, in raadkamer, een eindbeslissing geven, welke in het eerste en tweede geval tot het niet-ontvankelijk verklaren van klager en in het derde en vierde geval tot het afwijzen van de klacht strekt. De eindbeslissing is met redenen omkleed en wordt op schrift gesteld.

5. Indien geen toepassing is gegeven aan het vierde lid, wordt het vooronderzoek gesloten met verwijzing naar een terechtzitting.

6. Tijdens de behandeling van een zaak op de terechtzitting kan het regionale tuchtcollege degene die het vooronderzoek heeft verricht opdragen alsnog een aanvullend onderzoek in te stellen. Het tweede en derde lid zijn te dezen van overeenkomstige toepassing. Het aanvullend onderzoek wordt gesloten door de zaak wederom naar een terechtzitting te verwijzen.

7. Een lid of plaatsvervangend lid van het tuchtcollege, dat met toepassing van het eerste lid, tweede volzin, een vooronderzoek in een zaak heeft verricht, neemt, op straffe van nietigheid, geen deel aan de behandeling van die zaak op de terechtzitting.

#### **Artikel 67**

1. De klager en degene over wie is geklaagd, worden in de gelegenheid gesteld de behandeling van de zaak op de terechtzitting bij te wonen en tijdens de behandeling te worden gehoord.

2. De klager en degene over wie is geklaagd, worden gedurende een termijn van tenminste zes dagen in de gelegenheid gesteld van de processtukken kennis te nemen. De laatste dag van de in de eerste volzin genoemde termijn ligt tenminste acht dagen vóór de aanvang van het onderzoek op de terechtzitting.

3. Indien dit noodzakelijk is in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van derden, bepaalt de voorzitter van het tuchtcollege dat het kennismaken van bepaalde processtukken of gedeelten ervan niet wordt toegestaan aan de klager persoonlijk, maar uitsluitend aan een gemachtigde, die arts, advocaat of procureur is, dan wel van de voorzitter bijzondere toestemming heeft verkregen.

#### **Artikel 68**

1. Het regionale tuchtcollege kan getuigen en deskundigen ter terechtzitting oproepen en horen. Ieder die als getuige of deskundige is opgeroepen, is verplicht aan de oproeping gevolg te geven.

2. De klager en degene over wie is geklaagd, kunnen getuigen en deskundigen ter terechtzitting uitnodigen of bij deurwaardersexploit oproepen; in geval van oproeping gelden voor hen dezelfde verplichtingen als voor getuigen en deskundigen, opgeroepen door het tuchtcollege.

3. Verschijnt een getuige of een deskundige op de oproeping niet, dan doet de officier van justitie op verzoek van het college hem dagvaarden, desverzocht met bevel tot medebrenging. Artikel 556

van het Wetboek van Strafvordering (*Stb.* 1925, 343), de tweede volzin van het eerste lid en de tweede volzin van het vierde lid zijn van overeenkomstige toepassing.

4. De voorzitter van het college doet de getuigen de eed of belofte afleggen dat zij de gehele waarheid en niets dan de waarheid zullen zeggen. De getuigen en deskundigen zijn verplicht op de gestelde vragen te antwoorden, onderscheidenlijk de van hen gevorderde diensten te verlenen. De deskundigen zijn gehouden hun taak onpartijdig en naar beste weten te verrichten.

5. Ten aanzien van de getuigen en deskundigen zijn de artikelen 217 tot en met 219 van het Wetboek van Strafvordering van overeenkomstige toepassing.

6. De getuigen en deskundigen, opgeroepen door het tuchtcollege, ontvangen, desverkiezende op vertoon van hun oproeping of dagvaarding, uit 's Rijks kas schadeloosstelling, door de voorzitter van het college te begroten overeenkomstig het bij of krachtens de Wet tarieven in burgerlijke zaken (*Stb.* 1843, 41) bepaalde. De voorzitter begroot op overeenkomstige wijze de schadeloosstelling voor getuigen en deskundigen, opgeroepen of uitgenodigd ingevolge het tweede lid, welke ten laste komt van degene door wie zij zijn opgeroepen of uitgenodigd. Deurwaarders ontvangen voor de werkzaamheden verricht ingevolge het tweede lid, van hun opdrachtgever een vergoeding overeenkomstig de bepalingen van het tarief van justitie-kosten en salarissen in burgerlijke zaken.

#### **Artikel 69**

1. Binnen twee maanden na sluiting van het onderzoek op de terechtzitting wordt de eindbeslissing van het regionale tuchtcollege uitgesproken.

2. Een in het eerste lid bedoelde beslissing strekt hetzij tot het niet-ontvankelijk verklaren van de klager, hetzij tot het afwijzen van de klacht, hetzij tot het opleggen van een der in artikel 48, eerste en derde lid, omschreven maatregelen.

3. De beslissing is met redenen omkleed en wordt op schrift gesteld.

#### **Artikel 70**

1. Het regionale tuchtcollege behandelt de zaak in een openbare terechtzitting. Het college kan evenwel om gewichtige redenen bepalen dat de behandeling geheel of gedeeltelijk met gesloten deuren zal plaatsvinden.

2. Een beslissing, strekkende tot het opleggen van een der in artikel 48, eerste en derde lid, omschreven maatregelen, wordt in het openbaar uitgesproken. Ten aanzien van een beslissing van een andere dan in de eerste volzin aangegeven strekking kan het college om redenen, aan het algemeen belang ontleend, bepalen dat zij in het openbaar wordt uitgesproken, met dien verstande dat zodanige beslissing in elk geval in het openbaar wordt uitgesproken indien de zaak in een openbare terechtzitting is behandeld.

3. Bij de openbare uitspraak van een beslissing worden de naam, de voornamen, de hoedanigheid en de woonplaats van de bij de zaak betrokken patiënt, van de klager en van de getuigen weggelaten.

4. Tijd en plaats van een openbare terechtzitting of openbare uitspraak worden overeenkomstig bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels bekend gemaakt.

#### **Artikel 71**

Het regionale tuchtcollege kan om redenen, aan het algemeen belang ontleend, bepalen dat zijn eindbeslissing geheel of gedeeltelijk in de *Staatscourant* zal worden bekendgemaakt en aan door hem aangewezen tijdschriften of nieuwsbladen ter bekendmaking zal worden aangeboden, een en ander met weglating van de namen, voornamen en woonplaatsen van de in de beslissing genoemde personen alsmede van de daarin voorkomende andere gegevens die omtrent deze personen een aanwijzing bevatten.

#### **Artikel 72**

1. Van de eindbeslissing van het regionale tuchtcollege wordt, binnen een week na de uitspraak daarvan, een afschrift gezonden aan:

- a. de klager;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur en de regionale inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat;
- d. de secretaris van het centrale tuchtcollege;
- e. Onze Minister van Defensie, ingeval de beslissing betrekking heeft op een persoon die militair is.

2. Van een eindbeslissing waarbij een der in artikel 48, eerste lid, onder *d*, *e* en *f*, en derde lid, omschreven maatregelen is opgelegd, wordt voorts binnen een week na de uitspraak daarvan een



afschrift gezonden aan Onze Minister.

#### § 5. Procedure in beroep

##### Artikel 73

1. Tegen een eindbeslissing van het regionale tuchtcollege kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift van die beslissing bij het centrale tuchtcollege beroep worden ingesteld door:
  - a. de klager, voor zover zijn klacht is afgewezen, of voor zover hij niet-ontvankelijk is verklaard;
  - b. degene over wie is geklaagd;
  - c. de in artikel 65, eerste lid, onder *d*, bedoelde hoofdinspecteur en regionale inspecteur.
2. Het beroep wordt schriftelijk ingesteld. De inhoud van het beroepschrift moet voldoen aan de daaromtrent bij algemene maatregel van bestuur te stellen eisen.
3. Wanneer het beroepschrift na afloop van de termijn, bedoeld in het eerste lid, is ingediend, blijft niet-ontvankelijkverklaring op grond daarvan achterwege, indien de indiener aantoonbaar dat hij het beroep heeft ingesteld zo spoedig als dit redelijkerwijs verlangd kon worden.
4. Het centrale tuchtcollege kan degene die beroep heeft ingesteld niet-ontvankelijk verklaren, het beroep verwerpen of het beroep gegrond verklaren.
5. Indien het centrale tuchtcollege het beroep gegrond verklaart dan wel bij de behandeling van het beroep op andere dan de in het beroepschrift aangevoerde gronden tot het oordeel komt dat de in eerste aanleg gegeven beslissing niet kan worden gehandhaafd, vernietigt het deze beslissing en doet de zaak alsdan zelf af.
6. Indien tegen de eindbeslissing van het regionale tuchtcollege door twee of meer personen beroep is ingesteld en tenminste twee van hen ontvankelijk zijn, worden deze beroepen gezamenlijk behandeld.
7. Artikel 65, achtste tot en met elfde lid, is van overeenkomstige toepassing.

##### Artikel 74

1. Indien een beroepschrift afkomstig is van een persoon die niet bevoegd is tot het instellen van beroep, niet tijdig is ingediend of niet voldoet aan de krachtens artikel 73, tweede lid, gestelde eisen, kan het centrale tuchtcollege op voorstel van de voorzitter zonder verder onderzoek, in raadkamer, een beslissing geven, welke strekt tot het niet-ontvankelijk verklaren van degene die het beroep heeft ingesteld. De beslissing is met redenen omkleed en wordt op schrift gesteld. In andere dan in de eerste volzin bedoelde gevallen kan de voorzitter, alvorens de zaak naar een terechtzitting te verwijzen, een vooronderzoek op de voet van het in artikel 66, tweede en derde lid, bepaalde gelasten.
2. Op de behandeling in beroep zijn de artikelen 66, zesde en zevende lid, en 67 tot en met 72, met uitzondering van het tweede lid van artikel 70, van overeenkomstige toepassing.
3. Het centrale tuchtcollege kan het regionale tuchtcollege dat de beslissing waartegen beroep is ingesteld, heeft gegeven, uitnodigen inlichtingen te verstrekken.
4. Het centrale tuchtcollege kan mede oordelen over onderdelen van de beslissing van het regionale tuchtcollege, waartegen in het beroepschrift geen bezwaren zijn aangevoerd.
5. Indien alleen degene over wie is geklaagd, beroep heeft ingesteld, kan het centrale tuchtcollege slechts met eenparigheid van stemmen een beslissing geven die een wijziging te zijnen nadele brengt in hetgeen door het regionale tuchtcollege was beslist.
6. Een beslissing van het centrale tuchtcollege waarbij een der in artikel 48, eerste en derde lid, omschreven maatregelen wordt opgelegd of gehandhaafd, wordt in het openbaar uitgesproken.
7. Ten aanzien van een beslissing van een andere dan in het zesde lid aangegeven strekking kan het centrale tuchtcollege om redenen, aan het algemeen belang ontleend, bepalen dat zij in het openbaar wordt uitgesproken, met dien verstande dat zodanige beslissing in elk geval in het openbaar wordt uitgesproken indien de beslissing van het regionale tuchtcollege, waartegen beroep is ingesteld, in het openbaar werd uitgesproken of de zaak in beroep in een openbare terechtzitting is behandeld.
8. Een afschrift van de beslissing van het centrale tuchtcollege wordt mede toegezonden aan het regionale tuchtcollege dat in eerste aanleg besliste.

##### Artikel 75

Tegen een beslissing van het centrale tuchtcollege staat geen andere voorziening open dan cassatie in het belang der wet.

## § 6. Verdere bepalingen

### Artikel 76

1. De secretaris van het centrale tuchtcollege bewaart en registreert de hem overeenkomstig artikel 72, eerste lid, toegezonden beslissingen.
2. De secretaris van het centrale tuchtcollege verstrekt desgevraagd aan de tuchtcolleges, de leden van de rechterlijke macht en de ambtenaren van het openbaar ministerie inlichtingen omtrent onherroepelijke beslissingen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen omtrent het in het eerste en het tweede lid bepaalde nadere regels worden gesteld. Daarbij kunnen de in het eerste lid gestelde verplichtingen, voor zover zulks uit het oogpunt van een goede rechtsbedeling toelaatbaar is, worden beperkt.

### Artikel 77

De secretarissen van de tuchtcolleges kunnen aan degene die daarom verzoekt, tegen betaling der kosten, afschriften van onherroepelijke beslissingen van de tuchtcolleges verstrekken. Zodanige afschriften worden niet dan na machtiging van de voorzitter van het college dat de desbetreffende beslissing heeft gegeven, verstrekt. Een verzoek daartoe wordt alleen toegestaan ingeval de verzoeker heeft aangetoond dat hij daarbij belang heeft. In de afschriften worden de in de desbetreffende beslissingen vermelde namen, voornamen en woonplaatsen van de klagers, degenen over wie is geklaagd, de getuigen en de deskundigen weggelaten.

### Artikel 78

De tuchtcolleges brengen jaarlijks vóór 1 april verslag uit omtrent hun werkzaamheden in het afgelopen kalenderjaar. Dit verslag wordt, tegen betaling der kosten, algemeen verkrijgbaar gesteld.

## HOOFDSTUK VIII. MAATREGELEN WEGENS ONGESCHIKTHEID

### Artikel 79

1. Er is een college van medisch toezicht, dat gevestigd is te 's-Gravenhage.
2. Het college is bevoegd in gevallen waarin de in het derde lid bedoelde inspecteur een voordracht ter zake heeft gedaan, een voorziening te treffen, ertoe strekkende een persoon die in een register ingeschreven staat, uit dat register te doen verwijderen dan wel diens uitoefening van het betrokken beroep met bijzondere waarborgen te omkleeden, indien hij wegens zijn geestelijke of lichamelijke gesteldheid of wegens zijn gewoonte van drankmisbruik of van misbruik van middelen, bedoeld in de artikelen 2 en 3 van de Opiumwet (*Stb.* 1976, 425), moet worden geacht de geschiktheid tot het uitoefenen dan wel tot het zonder zodanige waarborgen uitoefenen van dat beroep te missen.
3. Een voordracht, bedoeld in het tweede lid, wordt gedaan door de inspecteur van het hiertoe bij algemene maatregel van bestuur aangewezen onderdeel van het staatstoezicht op de volksgezondheid, die bevoegd is ter plaatse waar degene op wie de voordracht betrekking heeft, zijn beroep uitoefent. Bij algemene maatregel van bestuur kan tevens worden bepaald dat deze inspecteur in bij de maatregel omschreven gevallen tot het doen van een voordracht niet mag overgaan dan na overleg met een of meer andere inspecteurs van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, bij de maatregel aangewezen.

### Artikel 80

1. Een voorziening, bedoeld in artikel 79, tweede lid, kan bestaan in het opleggen van een der volgende maatregelen ten aanzien van de betrokkene:
  - a. binding van de bevoegdheid in het register ingeschreven staande het betrokken beroep uit te oefenen aan bijzondere voorwaarden;
  - b. gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid in het register ingeschreven staande het betrokken beroep uit te oefenen;
  - c. doorhaling van de inschrijving in het register.
2. De maatregelen, bedoeld in het eerste lid, onder *a* en *b*, kunnen ook gezamenlijk worden

opgelegd.

3. Een maatregel, bedoeld in het eerste lid, onder *a* of *b*, wordt eerst van kracht bij het onherroepelijk worden van de beslissing waarbij hij is opgelegd, tenzij het college bij zijn beslissing heeft bepaald dat hij onmiddellijk van kracht wordt.

4. De maatregel van doorhaling van de inschrijving in het register wordt vanwege Onze Minister ten uitvoer gelegd zodra de beslissing waarbij hij is opgelegd, onherroepelijk is geworden.

5. Bij het opleggen van de maatregel van doorhaling van de inschrijving kan het college tevens, bij wijze van voorlopige voorziening, schorsing van de inschrijving opleggen. Deze voorziening wordt terstond van kracht en wordt vanwege Onze Minister onverwijld ten uitvoer gelegd; de inschrijving blijft geschorst totdat de beslissing tot doorhaling van de inschrijving onherroepelijk is geworden dan wel in beroep is vernietigd. Artikel 48, negende lid, is van overeenkomstige toepassing.

#### **Artikel 81**

1. Ingeval de omstandigheden op grond waarvan een maatregel, bedoeld in artikel 80, eerste lid, onder *a*, *b* of *c*, was opgelegd, hebben opgehouden te bestaan, kan bij koninklijk besluit worden bepaald dat de voorwaarden die de betrokkene bij die maatregel werden gesteld, komen te vervallen, dat hij in de hem ontzegde bevoegdheid wordt hersteld, onderscheidenlijk dat hij, tenzij een buiten de opgelegde maatregel staande weigeringsgrond aanwezig blijkt, wederom in het register zal kunnen worden ingeschreven. In laatstbedoeld geval kan bij dat besluit worden bepaald dat het recht wederom in het register te worden ingeschreven eerst zal ingaan zodra de betrokkene aan vooraf te vervullen bijzondere voorwaarden, in dat besluit omschreven, zal hebben voldaan.

2. De voordracht tot een besluit krachtens het eerste lid wordt gedaan door Onze Ministers. Alvorens zodanige voordracht wordt gedaan, wint Onze Minister het advies in van het college dat de maatregel heeft opgelegd.

#### **Artikel 82**

1. Het college van medisch toezicht telt twee rechtsgeleerde leden, van wie één tevens voorzitter is, alsmede drie leden-artsen. Van het college maken mede deel uit plaatsvervangende rechtsgeleerde leden, benevens plaatsvervangende leden-artsen.

2. Aan de behandeling van een zaak wordt deelgenomen door de voorzitter, door het andere rechtsgeleerde lid en door de drie leden-artsen, een en ander met de mogelijkheid van plaatsvervangende leden-artsen.

3. Ten aanzien van de benoeming en het ontslag van de voorzitter en zijn plaatsvervanger is artikel 55, derde lid, van overeenkomstige toepassing. Ten aanzien van de benoeming en het ontslag van de overige leden en plaatsvervangende leden is artikel 55, vierde lid, van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de leden-artsen en de plaatsvervangende leden-artsen worden benoemd uit personen die als arts ingeschreven staan in het desbetreffende register.

4. Het college heeft een secretaris en een plaatsvervangende secretaris, beiden rechtsgeleerden. Zij worden bij koninklijk besluit op voordracht van Onze Ministers benoemd, geschorst en ontslagen.

5. Ten aanzien van de leden, de plaatsvervangende leden, de secretaris en de plaatsvervangende secretaris is artikel 61 van overeenkomstige toepassing. Ten aanzien van de leden en de plaatsvervangende leden zijn voorts de artikelen 58, 60 en 63 van overeenkomstige toepassing. Ten aanzien van de leden-artsen en de plaatsvervangende leden-artsen is bovendien artikel 59 van overeenkomstige toepassing.

6. Artikel 62 is van overeenkomstige toepassing.

#### **Artikel 83**

1. Het treffen van een voorziening, bedoeld in artikel 79, tweede lid, wordt door de inspecteur schriftelijk aan het college van medisch toezicht voorgedragen. De voordracht dient een omschrijving van de ter zake dienende feiten en omstandigheden te bevatten en te vermelden welke der in artikel 80, eerste lid, bedoelde maatregelen worden voorgesteld en, zo het een maatregel als in dat lid, onder *a* en *b*, omschreven betreft, de inhoud daarvan.

2. Van een voordracht als bedoeld in het eerste lid zendt de voorzitter van het college een afschrift aan degene op wie de voordracht betrekking heeft.

3. De betrokken inspecteur en degene op wie de voordracht betrekking heeft, kunnen zich doen vertegenwoordigen door een gemachtigde en zich doen bijstaan door een raadsman. De gemachtigde moet, desgevraagd, zijn bevoegdheid aantonen door het overleggen van een schriftelijke volmacht. Advocaten en procureurs, als gemachtigden optredende, zijn tot deze overlegging niet gehouden. De voorzitter van het college van medisch toezicht kan slechts weigeren een persoon die geen advocaat of procureur is als gemachtigde of als raadsman toe te laten, indien er duidelijke aanwijzingen zijn dat door de toelating van die persoon een behoorlijke

uitoefening van de rechtspraak zal worden belemmerd. De weigering wordt door de voorzitter schriftelijk gemotiveerd.

- 4.** Na verzending van het afschrift, bedoeld in het tweede lid, gelast de voorzitter een vooronderzoek, dat zich mede kan uitstrekken tot andere dan in de voordracht vermelde feiten en omstandigheden. De voorzitter draagt het vooronderzoek op aan een of meer leden of plaatsvervangende leden of aan de secretaris of plaatsvervangende secretaris van het college. Degene die het vooronderzoek verricht stelt degene op wie de voordracht betrekking heeft, en de inspecteur die de voordracht heeft gedaan, in de gelegenheid door hem te worden gehoord. Hij kan voorts getuigen en deskundigen horen; ten aanzien van de getuigen en deskundigen is artikel 68 van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de oproeping, het verzoek tot dagvaarding en het doen afleggen van de eed of belofte geschieden door degene die het vooronderzoek verricht. Van de uitkomsten van het vooronderzoek wordt aan de inspecteur mededeling gedaan voordat de zaak ter rechtszitting in behandeling wordt genomen. Artikel 66, derde en zevende lid, is van overeenkomstige toepassing.
- 5.** Het vooronderzoek wordt gesloten met verwijzing naar een rechtszitting.
- 6.** Degene op wie de voordracht betrekking heeft, en de inspecteur die de voordracht heeft gedaan, worden in de gelegenheid gesteld de behandeling van de zaak ter rechtszitting bij te wonen en tijdens de behandeling te worden gehoord. Zij worden gedurende een termijn van tenminste zes dagen in de gelegenheid gesteld van de processtukken kennis te nemen. De laatste dag van deze termijn ligt tenminste acht dagen vóór de aanvang van het onderzoek ter rechtszitting.
- 7.** Ten aanzien van de getuigen en deskundigen is artikel 68 van overeenkomstige toepassing.
- 8.** Tijdens de behandeling van een zaak ter rechtszitting kan het college een of meer leden of plaatsvervangende leden, de secretaris of de plaatsvervangende secretaris opdragen alsnog een aanvullend vooronderzoek in te stellen. Het vierde lid is te dezen van overeenkomstige toepassing. Het aanvullende vooronderzoek wordt gesloten door de zaak wederom naar een rechtszitting te verwijzen.
- 9.** Het college kan, indien het termen daartoe aanwezig acht, de betrokkene schriftelijk aanzeggen dat het belang van de zaak vordert dat hij zijn medewerking verleent aan een te zijnen aanzien door of vanwege een of meer artsen, door het college hiertoe als deskundigen aangewezen, uit te voeren geneeskundig onderzoek. De kosten van het onderzoek komen ten laste van de Staat. Indien de betrokkene de van hem verlangde medewerking geheel of gedeeltelijk onthoudt, kan het college bij zijn op de voordracht te geven beslissing deze omstandigheid in zijn overwegingen betrekken.
- 10.** Zolang het college zijn onderzoek van de zaak ter rechtszitting niet heeft beëindigd, kan de inspecteur de door hem gedane voordracht intrekken, in welk geval de behandeling van de zaak wordt gestaakt, tenzij degene op wie de voordracht betrekking heeft schriftelijk heeft verklaard voortzetting van de behandeling te verlangen. Evenzo kan de inspecteur zijn voordracht zo nodig nog wijzigen of aanvullen. In zodanig geval wordt aan degene op wie de voordracht betrekking heeft, een afschrift van de aldus herziene voordracht verstrekt en wordt deze in de gelegenheid gesteld alsnog te worden gehoord. Indien degene op wie de voordracht betrekking heeft, overlijdt, wordt de behandeling van de zaak gestaakt.
- 11.** Binnen twee maanden na sluiting van het onderzoek ter rechtszitting wordt de eindbeslissing van het college uitgesproken. De eindbeslissing strekt hetzij tot het opleggen van een der in artikel 80, eerste lid, omschreven maatregelen, hetzij tot het afwijzen van de voordracht. Zij is met redenen omkleed en wordt op schrift gesteld. Bij de keuze van de op te leggen maatregel kan het college afwijken van hetgeen in de voordracht werd voorgesteld, met dien verstande dat de in artikel 80, eerste lid, onder c, omschreven maatregel niet dan in overeenstemming met de voordracht kan worden opgelegd.
- 12.** Ten aanzien van de behandeling van de zaak ter rechtszitting en het uitspreken van de beslissing is artikel 70, eerste, derde en vierde lid, van overeenkomstige toepassing. Een beslissing, strekkende tot het opleggen van een der in artikel 80, eerste lid, omschreven maatregelen, wordt in het openbaar uitgesproken. Ten aanzien van een beslissing, strekkende tot het afwijzen van de voordracht, kan het college om redenen, aan het algemeen belang ontleend, bepalen dat zij in het openbaar wordt uitgesproken, met dien verstande dat zodanige beslissing in elk geval in het openbaar wordt uitgesproken indien de zaak in een openbare rechtszitting is behandeld.
- 13.** Van de eindbeslissing van het college wordt binnen een week na de uitspraak daarvan, een afschrift gezonden aan:
  - a. degene op wie de voordracht betrekking heeft;
  - b. de inspecteur die de voordracht heeft gedaan;
  - c. de inspecteurs van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, die daartoe bij algemene maatregel van bestuur zijn aangewezen;
  - d. de secretaris van het centrale tuchtcollege;

- e. Onze Minister, ingeval de beslissing strekt tot het opleggen van een der in artikel 80, eerste lid, omschreven maatregelen;
- f. Onze Minister van Defensie, ingeval de beslissing betrekking heeft op een persoon die militair is.

#### **Artikel 84**

1. Tegen een eindbeslissing van het college van medisch toezicht kan degene op wie de voordracht betrekking heeft, alsmede de betrokken inspecteur, binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift van die beslissing bij het centrale tuchtcollege beroep instellen.
2. Ten aanzien van de samenstelling van het centrale tuchtcollege bij de behandeling van zodanig beroep is artikel 56, tweede lid, van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de in die bepaling aan leden-beroepsgenoten toegewezen plaatsen in alle gevallen worden ingenomen door leden of plaatsvervangende leden van het college, benoemd uit de personen die in het desbetreffende register als arts ingeschreven staan.
3. De artikelen 73, tweede tot en met zesde lid, en 83, derde en tiende lid, zijn van overeenkomstige toepassing. In geval van intrekking van een ingesteld beroep door degene op wie de voordracht betrekking heeft, wordt de behandeling in beroep gestaakt, tenzij het college zijn onderzoek van de zaak ter rechtszitting reeds heeft beëindigd.
4. Indien een beroepschrift afkomstig is van een persoon die niet bevoegd is tot het instellen van beroep, niet tijdig is ingediend of niet voldoet aan de krachtens het derde lid met overeenkomstige toepassing van artikel 73, tweede lid, gestelde eisen, kan het centrale tuchtcollege op voorstel van degene die het vooronderzoek heeft verricht zonder verder onderzoek, in raadkamer, een beslissing geven, welke strekt tot het niet-ontvankelijk verklaren van degene die het beroep heeft ingesteld. De beslissing is met redenen omkleed en wordt op schrift gesteld. In andere dan in de eerste volzin bedoelde gevallen kan de voorzitter, alvorens de zaak naar een rechtszitting te verwijzen, een vooronderzoek op de voet van artikel 83, vierde en vijfde lid, gelasten.
5. Op de behandeling in beroep en de uitspraak van de eindbeslissing zijn de artikelen 74, derde tot en met vijfde lid, en 83, zesde tot en met negende lid, elfde lid, met uitzondering van de tweede volzin, en twaalfde lid, van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat de beslissing van het centrale tuchtcollege eveneens in het openbaar wordt uitgesproken indien de beslissing van het college van medisch toezicht, waartegen beroep is ingesteld, in het openbaar werd uitgesproken.
6. Ten aanzien van de toezending van afschriften van de eindbeslissing van het centrale tuchtcollege is artikel 83, dertiende lid, van overeenkomstige toepassing, met dien verstande dat een afschrift mede wordt toegezonden aan het college van medisch toezicht.
7. Met betrekking tot de overeenkomstig het zesde lid juncto artikel 83, dertiende lid, aan de secretaris van het centrale tuchtcollege toegezonden afschriften van de beslissingen is artikel 76 van overeenkomstige toepassing.

#### **Artikel 85**

Ten aanzien van het centrale tuchtcollege is met betrekking tot zaken die bij dat college ingevolge een krachtens artikel 84 ingesteld beroep aanhangig zijn, artikel 62 van overeenkomstige toepassing.

### **HOOFDSTUK IX. VERDERE BEPALINGEN**

#### **Artikel 86**

1. Met het toezicht op de naleving van de krachtens deze wet geregelde opleidingen, alsmede de bij of krachtens artikel 40, eerste, derde en vierde lid, gestelde voorschriften en de in deze wet opgenomen strafbepalingen zijn belast de bij besluit van Onze Minister aangewezen ambtenaren.
2. Van een besluit als bedoeld in het eerste lid wordt mededeling gedaan door plaatsing in de *Staatscourant*.

#### **Artikel 87**

De toezichthouders beschikken niet over de bevoegdheden, genoemd in de artikelen 5:18 en 5:19 van de Algemene wet bestuursrecht.

#### **Artikel 87a**

Indien de in artikel 86 bedoelde personen van oordeel zijn dat artikel 40, eerste tot en met derde

lid, niet of in onvoldoende 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.

#### **Artikel 88**

Een ieder is verplicht geheimhouding in acht te nemen ten opzichte van al datgene wat hem bij het uitoefenen van zijn beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg als geheim is toevertrouwd, of wat daarbij als geheim te zijner kennis is gekomen of wat daarbij te zijner kennis is gekomen en waarvan hij het vertrouwelijke karakter moest begrijpen.

#### **Artikel 89**

[Vervallen.]

#### **Artikel 90**

Bij algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de hoofdstukken II, III, VI en XI en in artikel 93 kan worden bepaald dat Onze Minister met betrekking tot onderwerpen die in de maatregel worden geregeld, nadere regels kan dan wel moet stellen.

#### **Artikel 91**

Een algemene maatregel van bestuur waarbij ten aanzien van een bij de maatregel aangewezen beroep voor de eerste maal toepassing wordt gegeven aan artikel 8, 34 of 40, dan wel een algemene maatregel van bestuur, inhoudende intrekking van een algemene maatregel van bestuur waarbij ten aanzien van een bepaald beroep toepassing is gegeven aan artikel 8, 34 of 40, wordt niet vastgesteld dan nadat het ontwerp daarvan in de *Staatscourant* is geplaatst. Omtrent het ontwerp staat voor een ieder gedurende dertien weken, te rekenen vanaf het tijdstip van plaatsing, de gelegenheid open zienswijzen ter kennis van Onze Minister te brengen. Gelijkzeitig met de plaatsing in de *Staatscourant* wordt het ontwerp aan beide Kamers der Staten-Generaal overgelegd. Alvorens een ontwerp van een zodanig maatregel in de *Staatscourant* wordt geplaatst, wordt door of vanwege Onze Minister overleg gepleegd met de naar zijn oordeel representatieve organisaties van beoefenaren van het beroep waarop de maatregel betrekking heeft.

#### **Artikel 92**

1. Ten aanzien van degene die als beoefenaar van een beroep dat geregeld is in deze wet of waarvan de opleiding krachtens artikel 34, eerste lid, is geregeld of aangewezen, is verbonden aan een in Nederland verblijvend onderdeel van een bondgenootschappelijke krijgsmacht, blijven ter zake van de werkzaamheden die hij in de uitoefening van dat beroep verricht met betrekking tot personeel, behorende tot een onderdeel van die bondgenootschappelijke krijgsmacht, alsmede met betrekking tot degenen met wie dat personeel duurzaam samenleeft, buiten toepassing:
  - a. het in artikel 4, tweede lid, gestelde verbod, voor zover het de titel betreft, waarvan het voeren voorbehouden is aan degenen die in de op dat beroep betrekking hebbende hoedanigheid in het desbetreffende register ingeschreven staan;
  - b. het in artikel 35, eerste lid, gestelde verbod, voor zover het handelingen betreft, waartoe de onder a bedoelde personen bevoegd zijn;
  - c. het in artikel 34, vierde lid, gestelde verbod, voor zover het de titel betreft waarvan het voeren voorbehouden is aan degenen die de krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding tot het betrokken beroep hebben voltooid.
2. Voor de toepassing van artikel 96 wordt de in het eerste lid bedoelde persoon ter zake van de in dat lid aangegeven werkzaamheden gelijkgesteld met degene die in het desbetreffende register ingeschreven staat onderscheidenlijk degene die een krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding tot een bepaald beroep heeft voltooid.
3. De in het eerste lid bedoelde persoon die een in deze wet geregeld beroep uitoefent wordt voor de toepassing van in andere wetten opgenomen bepalingen, betrekking hebbende op degenen die in het desbetreffende register ingeschreven staan, gelijkgesteld met laatstbedoelde personen, voor zover zulks noodzakelijk is in verband met het verrichten van de in het eerste lid bedoelde werkzaamheden.

#### **Artikel 93**

Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld ten aanzien van het gebruik van een bij de maatregel aangegeven onderscheidingsteken door degenen die in een bij de maatregel aangewezen register ingeschreven staan of aan wie krachtens artikel 34, derde lid, het

recht is voorbehouden een krachtens dat artikellid aangegeven titel te voeren.

#### **Artikel 94**

Indien in deze wet geregelde onderwerpen in het belang van een goede uitvoering van de wet nadere regeling behoeven, kan deze geschieden bij algemene maatregel van bestuur.

#### **Artikel 95**

Onze Minister zendt binnen vijf jaar na de inwerkingtreding van deze wet aan de beide Kamers der Staten-Generaal een verslag over de wijze waarop zij is toegepast.

### **HOOFDSTUK X. STRAFBEPALINGEN**

#### **Artikel 96**

1. Degene die, hetzij niet ingeschreven staande in een register, hetzij wel in een register ingeschreven staande doch bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg kennelijk tredende buiten de grenzen van hetgeen overeenkomstig hoofdstuk III tot zijn gebied van deskundigheid wordt gerekend, bij het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg buiten noodzaak schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste drie maanden of geldboete van de tweede categorie.

2. Indien de in het eerste lid bedoelde persoon weet of ernstige reden heeft om te vermoeden dat hij schade of een aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid van een ander veroorzaakt, wordt hij gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie.

3. Bij veroordeling wegens een der in het eerste of tweede lid omschreven feiten kan de betrokkene tevens worden ontzet van het recht het betrokken beroep uit te oefenen.

4. Het in het eerste lid bepaalde geldt niet voor zover degene die een krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding heeft voltooid bij het verrichten van de in het eerste lid bedoelde handelingen niet getreden is buiten de grenzen van hetgeen overeenkomstig het krachtens artikel 34, tweede lid, bepaalde tot zijn gebied van deskundigheid wordt gerekend.

#### **Artikel 97**

Degene die handelt in strijd met het in artikel 35, eerste lid, of 38 gestelde verbod wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste drie maanden of geldboete van de tweede categorie.

#### **Artikel 98**

Degene die een beperking van bevoegdheid of een voorwaarde, overeenkomstig artikel 41, derde lid, onder *b*, 48, eerste lid, onder *e*, 80, eerste lid, onder *b*, of 105, derde lid, onderscheidenlijk overeenkomstig artikel 80, eerste lid, onder *a*, of 105, derde lid, opgelegd om door de betrokkene in het register ingeschreven staande te worden inachtgenomen, niet naleeft, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste drie maanden of geldboete van de tweede categorie.

#### **Artikel 99**

1. Degene die, hoewel zijn inschrijving in het desbetreffende register is geschorst ten gevolge van een onherroepelijk geworden overeenkomstig artikel 48, eerste lid, onder *d*, opgelegde maatregel dan wel een maatregel, bij wijze van voorlopige voorziening opgelegd overeenkomstig artikel 80, vijfde lid, tijdens de duur dier schorsing handelt in strijd met het in artikel 4, tweede lid, of 17, tweede lid, gestelde verbod, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste drie maanden of geldboete van de tweede categorie.

2. Op dezelfde wijze wordt gestraft degene die, hoewel zijn inschrijving in het desbetreffende register is doorgedaald ten gevolge van een onherroepelijk geworden overeenkomstig artikel 48, eerste lid, onder *f*, of 80, eerste lid, onder *c*, opgelegde maatregel, handelt in strijd met het in artikel 4, tweede lid, of 17, tweede lid, gestelde verbod.

### **Artikel 100**

Degene die handelt in strijd met het in artikelen 4, tweede lid, 17, tweede lid, 34, vierde lid, of 108, tweede lid, gestelde verbod, wordt gestraft met geldboete van de tweede categorie.

### **Artikel 100a**

Onze Minister is bevoegd tot toepassing van bestuursdwang ter handhaving van de in een krachtens artikel 87a gegeven bevel gestelde verplichtingen.

### **Artikel 100b**

[Vervallen.]

### **Artikel 101**

Degene die handelt in strijd met een krachtens artikel 40, vierde lid, gesteld voorschrift voor zover dit is aangeduid als strafbaar feit, *[Tekstcorrectie: "feit," moet zijn "feit, ".]* wordt gestraft met geldboete van de tweede categorie.

### **Artikel 102**

1. De in artikel 96, tweede lid, strafbaar gestelde feiten zijn misdrijven.
2. De in de artikelen 96, eerste lid, en 97 tot en met 101 strafbaar gestelde feiten zijn overtredingen.

### **Artikel 103**

1. Indien tijdens het plegen van een strafbaar feit, omschreven in de artikelen 96, eerste lid, en 97, nog geen vier jaren zijn verlopen sedert een vroegere veroordeling van de schuldige wegens een strafbaar feit, omschreven in de artikelen 96 en 97, onherroepelijk is geworden, kan hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de derde categorie worden opgelegd.
2. Indien tijdens het plegen van een strafbaar feit, omschreven in artikel 96, tweede lid, nog geen vier jaren zijn verlopen sedert een vroegere veroordeling van de schuldige wegens een strafbaar feit, omschreven in de artikelen 96 en 97, onherroepelijk is geworden, kan gevangenisstraf van ten hoogste een jaar of geldboete van de vierde categorie worden opgelegd.

## **HOOFDSTUK XI. OVERGANGS- EN SLOTBEPALINGEN**

### **Artikel 104**

1. Ten aanzien van degenen die de bevoegdheid hadden verkregen of waren toegelaten tot de uitoefening van een in het vierde lid genoemd beroep, dan wel een ander in het vijfde lid genoemd beroep reeds uitoefenden, dan wel de bevoegdheid hadden verkregen tot het voeren van de titel van verpleegkundige vóór het tijdstip waarop artikel 3, eerste lid, ten aanzien van het desbetreffende beroep in werking is getreden, blijven gedurende zes maanden na dat tijdstip en, indien binnen dat tijdstip overeenkomstig het bij en krachtens artikel 5 bepaalde een aanvraag voor inschrijving in het desbetreffende register is ingediend, ook nadien totdat op hun aanvraag onherroepelijk is beslist, buiten toepassing:
  - a. het in artikel 4, tweede lid, gestelde verbod, voor zover het de titel betreft, waarvan het voeren voorbehouden is aan degenen die in de op dat beroep betrekking hebbende hoedanigheid in het desbetreffende register ingeschreven staan;
  - b. het in artikel 35, eerste lid, gestelde verbod, voor zover het handelingen betreft waartoe de onder a bedoelde personen op dat tijdstip bevoegd zijn.
2. Ingeval een aanvraag als bedoeld in het eerste lid wordt ingediend na het verstrijken van de in dat lid bedoelde termijn, is, indien voor deze vertraging een aannemelijke oorzaak aanwezig is en de aanvraag is ingediend binnen twee maanden nadat de oorzaak heeft opgehouden te werken, vanaf de datum van indiening van de aanvraag het eerste lid van overeenkomstige toepassing.
3. De in de aanhef van het eerste lid bedoelde personen zijn, indien de in dat lid, onder a, bedoelde personen aan tuchtrechtspraak overeenkomstig deze wet onderworpen zijn, eveneens aan bedoelde rechtspraak onderworpen en worden voor de toepassing van artikel 96 gelijkgesteld met degenen die in het desbetreffende register ingeschreven staan.



4. De in het eerste lid bedoelde beroepen zijn die van:  
arts, tandarts, apotheker, fysiotherapeut, verloskundige.
5. De in het eerste lid bedoelde andere beroepen zijn die van:  
gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut.
6. De in het eerste lid bedoelde personen worden voor de toepassing van in andere wetten opgenomen bepalingen, betrekking hebbende op degenen die in het desbetreffende register ingeschreven staan, gedurende de in het eerste lid bedoelde periode gelijkgesteld met degenen die in dat register ingeschreven staan.

#### **Artikel 105**

1. Degenen die de bevoegdheid hadden verkregen of waren toegelaten tot de uitoefening van een in artikel 104, vierde lid, genoemd beroep, dan wel de bevoegdheid hadden verkregen tot het voeren van de titel van verpleegkundige vóór het tijdstip waarop artikel 3, eerste lid, ten aanzien van het desbetreffende beroep in werking is getreden, wordt inschrijving in het desbetreffende register niet geweigerd vanwege het niet voldoen aan de ter zake van de genoten opleiding bij of krachtens hoofdstuk III voor inschrijving in dat register gestelde eisen.
2. Met de in het eerste lid bedoelde personen worden gelijkgesteld degenen die een op de bekwaamheid tot de uitoefening van een daar bedoeld beroep dan wel op het voeren van de daar bedoelde titel betrekking hebbend getuigschrift hebben verkregen ter afsluiting van een wettelijk geregelde opleiding welke vóór het tijdstip waarop artikel 3, eerste lid, ten aanzien van het desbetreffende beroep in werking is getreden, is aangevangen en eerst nadien is voltooid.
3. Ingeval de in het eerste lid bedoelde bevoegdheid of toelating onder beperkingen of voorwaarden is verleend, mag de betrokkene, in het register ingeschreven staande, het desbetreffende beroep slechts uitoefenen met inachtneming van die beperkingen of voorwaarden. Bij inschrijving van de betrokkene in het register wordt in de in de vorige volzin bedoelde gevallen in het register een aantekening geplaatst, inhoudende een omschrijving van die beperkingen of voorwaarden. Indien de bevoegdheid of de toelating voor een bepaalde tijd is verleend, wordt de inschrijving van de betrokkene na afloop van die tijd doorgehaald. Artikel 12 is van overeenkomstige toepassing ten aanzien van de in de tweede volzin bedoelde aantekening.
4. Het derde lid, eerste volzin, is niet van toepassing ten aanzien van:
  - a. de in artikel 7, eerste volzin, van de Wet van 24 juni 1876, *Stb.* 117, bedoelde tandartsen;
  - b. degenen aan wie een met de bevoegdheid van de onder a bedoelde tandartsen overeenkomende bevoegdheid of toelating krachtens artikel 7a en 7d van de onder a genoemde wet was verleend;
  - c. degenen die krachtens artikel 1 van de Wet van 18 december 1957, *Stb.* 589, waren toegelaten tot het uitoefenen van de tandheelkundige praktijk in Nederland.

#### **Artikel 106**

1. Degenen die vóór het tijdstip waarop artikel 3, eerste lid, ten aanzien van het beroep van psychotherapeut in werking is getreden, een op de bekwaamheid tot de uitoefening van het beroep van psychotherapeut gerichte opleiding dan wel de opleiding tot psychiater hebben voltooid en die niet voldoen aan de krachtens artikel 26, eerste lid, gestelde eisen voor inschrijving in het register van psychotherapeuten, wordt inschrijving in dat register deswege niet geweigerd indien de aanvraag is ingediend overeenkomstig artikel 104, eerste of tweede lid, en Onze Minister heeft verklaard dat hun verworven vakbekwaamheid voor de toepassing van deze wet geacht kan worden gelijkwaardig te zijn aan de vakbekwaamheid welke uit het voldoen aan vorenbedoelde eisen kan worden afgeleid.
2. Met de in het eerste lid bedoelde personen worden gelijkgesteld degenen die een in dat lid bedoelde opleiding hebben gevolgd welke vóór het in dat lid bedoelde tijdstip is aangevangen en eerst nadien is voltooid.
3. De beoordeling of de vakbekwaamheid van een persoon als bedoeld in het eerste lid voor de toepassing van deze wet geacht kan worden gelijkwaardig te zijn aan die welke mag worden afgeleid uit het voldoen aan de krachtens artikel 26, eerste lid, gestelde eisen, geschiedt aan de hand van het bezit van door Onze Minister aangewezen getuigschriften.

#### **Artikel 107**

1. Voor de toepassing van de artikelen 34, vierde lid, en 96 worden met degenen die een krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding tot een beroep dat ook wettelijk geregeld was vóór de datum van inwerkingtreding van artikel 34, hebben voltooid, gelijkgesteld:
  - a. personen die vóór het tijdstip waarop voor het desbetreffende beroep een algemene maatregel van bestuur krachtens artikel 34, derde lid, in werking treedt de bevoegdheid hadden verkregen tot de uitoefening van het desbetreffende beroep dan wel de bevoegdheid hadden verkregen tot het voeren van een op dat beroep betrekking hebbende titel;

- b. personen die een wettelijk geregelde opleiding tot het desbetreffende beroep vóór het tijdstip waarop voor dat beroep een algemene maatregel van bestuur krachtens artikel 34, derde lid, in werking treedt, hebben aangevangen en nadien hebben voltooid;
- c. personen, andere dan de onder a en b bedoelde, die het betreffende beroep hebben uitgeoefend gedurende een aaneengesloten periode van tenminste zes maanden in het tijdvak van vijf jaren, onmiddellijk voorafgaande aan het tijdstip waarop voor dat beroep een algemene maatregel van bestuur krachtens artikel 34, derde lid, in werking treedt en ten aanzien van wie Onze Minister op hun daartoe strekkende aanvraag heeft verklaard dat hun verworven vakbekwaamheid geacht kan worden gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig te zijn aan de vakbekwaamheid welke uit het voltooid hebben van de krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding tot het desbetreffende beroep kan worden afgeleid.
2. De beoordeling of de vakbekwaamheid van een persoon als bedoeld in het eerste lid, onder c, geacht kan worden gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig te zijn aan die welke mag worden afgeleid uit het voltooid hebben van de krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding tot het desbetreffende beroep, geschiedt aan de hand van het bezit van door Onze Minister aangewezen getuigschriften, door het afnemen van een proef, of, ter beoordeling van Onze Minister, op andere wijze, eventueel nadat de betrokkene gelegenheid is gelaten tot het volgen van aanvullende opleiding.
3. Een aanvraag als bedoeld in het eerste lid, onder c, is slechts ontvankelijk indien zij wordt ingediend binnen zes maanden na het tijdstip waarop een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in artikel 34, derde lid, ten aanzien van het desbetreffende beroep in werking is getreden. Later ingediende aanvragen kunnen slechts in behandeling worden genomen indien een aannemelijke oorzaak voor de vertraging aanwezig is, en in dat geval slechts binnen twee maanden nadat de oorzaak heeft opgehouden te werken.

#### **Artikel 107a**

Voor de toepassing van de artikelen 34, vierde lid, en 96 worden met degenen die een krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding tot een beroep dat niet wettelijk geregeld was vóór de datum van inwerkingtreding van artikel 34, hebben voltooid, gelijkgesteld: personen wier verworven vakbekwaamheid, gelet op het bezit van een door Onze Minister aangewezen getuigschrift, geacht kan worden gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig te zijn aan de vakbekwaamheid welke uit het voltooid hebben van de krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding tot het desbetreffende beroep kan worden afgeleid.

#### **Artikel 108**

1. Aan degene die vóór het tijdstip waarop dit artikel in werking is getreden de bevoegdheid tot uitoefening van heilgymnastiek en massage hadden verkregen krachtens artikel 8, eerste lid, van de Wet op de paramedische beroepen (*Stb.* 1963, 113) dan wel op de in artikel 41, tweede of vierde lid, van die wet omschreven voet, is het recht voorbehouden de titel van heilgymnast-masseur te voeren.
2. Het is degene wie het recht tot het voeren van de in het eerste lid geregelde titel niet toekomt, verboden die titel of een daarop gelijkende benaming te voeren.
3. Tot het gebied van deskundigheid van de personen, bedoeld in het eerste lid, wordt gerekend het verrichten van bij algemene maatregel van bestuur te omschrijven handelingen op het gebied van de bewegingstherapie en de massagetherapie, voor zover zij liggen op het gebied van de geneeskunst en het verrichten ervan geschiedt op grond van een door een arts afgegeven verwijzing die aan bij de maatregel te stellen eisen voldoet.
4. Tot het gebied van deskundigheid van de personen, bedoeld in het eerste lid, wordt mede gerekend het verrichten van handelingen, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende diens gezondheidstoestand te bevorderen of te bewaken, welke overeenkomen met de handelingen, bedoeld in het derde lid, doch niet liggende op het gebied van de geneeskunst.

#### **Artikel 109**

1. De krachtens de Medische Tuchtwet (*Stb.* 1928, 222) opgelegde maatregelen behouden na de intrekking van die wet hun rechtskracht.
2. De op het tijdstip van die intrekking aanhangige zaken worden nog op de voet van het bij of krachtens de Medische Tuchtwet bepaalde afgehandeld, met dien verstande evenwel dat daarbij geen maatregel opgelegd kan worden wegens feiten ter zake waarvan geen maatregelen zouden kunnen worden opgelegd overeenkomstig hoofdstuk VII of VIII van de onderhavige wet.

## **Artikel 110**

1. Ingeval overeenkomstig de Medische Tuchtwet bij onherroepelijk geworden beslissing de in artikel 5, eerste lid, onder 4°, van die wet vermelde maatregel is opgelegd, wordt deze naar zijn rechtsgevolgen gelijkgesteld met een krachtens artikel 48, eerste lid, onder *d*, opgelegde maatregel.

2. Ingeval overeenkomstig de Medische Tuchtwet bij onherroepelijk geworden beslissing de in artikel 5, eerste lid, onder 5°, van die wet vermelde maatregel is opgelegd, wordt deze naar zijn rechtsgevolgen gelijkgesteld met een krachtens artikel 48, eerste lid, onder *f*, of artikel 80, eerste lid, onder *c*, dan wel met een krachtens artikel 48, derde lid, opgelegde maatregel, zulks naar gelang de betrokkene op het tijdstip van onherroepelijk worden van bedoelde beslissing al dan niet in het desbetreffende register ingeschreven stond.

## **Artikel 111**

Ingeval toepassing wordt gegeven aan artikel 8, eerste lid, kunnen bij algemene maatregel van bestuur bescheiden, verkregen door personen als bedoeld in de artikelen 105, eerste en tweede lid, en 106, eerste lid, worden aangewezen die voor de toepassing van artikel 8 worden gelijkgesteld met een getuigschrift als bedoeld in het tweede lid, onder *a*, van dat artikel.

## **Artikel 112 [Nog niet in werking]**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

## **Artikel 113**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

## **Artikel 114**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

## **Artikel 115 [Nog niet in werking]**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

## **Artikel 116**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

## **Artikel 117**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

## **Artikel 118**

[Vervallen.]

## **Artikel 119**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

## **Artikel 120 [Nog niet in werking]**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

## **Artikel 121 [Nog niet in werking]**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

## **Artikel 122**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

## **Artikel 123**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

**Artikel 124**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

**Artikel 125**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

**Artikel 126**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

**Artikel 127 [Nog niet in werking]**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

**Artikel 128**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

**Artikel 129**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

**Artikel 130**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

**Artikel 131 [Nog niet in werking]**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

**Artikel 132 [Nog niet in werking]**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

**Artikel 133 [Nog niet in werking]**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

**Artikel 134 [Nog niet in werking]**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

**Artikel 135 [Nog niet in werking]**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

**Artikel 136 [Nog niet in werking]**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

**Artikel 137**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

**Artikel 138 [Nog niet in werking]**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

**Artikel 139**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

**Artikel 140 [Nog niet in werking]**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

#### **Artikel 141 [Nog niet in werking]**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

#### **Artikel 142 [Nog niet in werking]**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

#### **Artikel 143**

[Vervallen.]

#### **Artikel 144**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

#### **Artikel 144a**

[Bevat wijzigingen in andere regelgeving.]

#### **Artikel 145**

De Wet van 1 juni 1865, *Stb.* 60, regelende de uitoefening der geneeskunst,  
de Wet van 24 juni 1876, *Stb.* 117, houdende regeling van de voorwaarden tot verkrijging der afzonderlijke bevoegdheid tot uitoefening der tandheelkunst en van de uitoefening dier kunst,  
de Wet van 25 december 1878, *Stb.* 222, houdende regeling der voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van arts, tandarts, apotheker, vroedvrouw en apothekersbediende,  
de Wet tot bescherming van het diploma van verpleegkundige (*Stb.* 1921, 702),  
de Wet van 30 december 1926, *Stb.* 454, tot herziening van de uitvoering van de Wet van 29 juni 1925, *Stb.* 282 (volledige tandprothese),  
de Medische Tuchtwet (*Stb.* 1928, 222),  
de Wet van 18 mei 1929, *Stb.* 257, tot het in de gelegenheid stellen van hen, die ingevolge de wet van 30 december 1926 (*Stb.* 454) geen visum op hun bewijs van vestiging hebben ontvangen, om alsnog van hun praktische bekwaamheid te doen blijken,  
de Wet van 13 mei 1939, *Stb.* 801, tot nadere voorzieningen inzake de tandheelkunde,  
de Wet van 11 juli 1957, *Stb.* 330, houdende aanvullende bepalingen tot het verlenen van de bevoegdheid van tandheelkundige,  
de Wet van 18 december 1957, *Stb.* 589, tot regeling van de toelating van in Indonesië bevoegde Nederlandse tandartsen en vroedvrouwen tot de uitoefening van de praktijk in Nederland,  
de Wet op de paramedische beroepen (*Stb.* 1963, 113),  
de Wet op de ziekenverzorgers en ziekenverzorgsters (*Stb.* 1963, 289), alsmede de Wet inzake de tandprothetici (*Stb.* 1989, 329) worden ingetrokken.

#### **Artikel 146**

Waar in deze wet "Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (*Stb.* 1993, 655)" voorkomt, worden bij plaatsing van deze wet in het *Staatsblad* na "*Stb.*" ingevoegd de jaargang en het nummer van het *Staatsblad* waarin deze wet wordt geplaatst.

#### **Artikel 147**

1. De artikelen van deze wet treden in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden gesteld.
2. Voorts kan het tijdstip van inwerkingtreding van de artikelen 3 tot en met 7, 12, 100, 104, eerste lid, onder a, tweede en zesde lid, en 105, eerste en derde lid, per bij koninklijk besluit aan te wijzen regio verschillend worden gesteld ten aanzien van degenen die in Nederland woonachtig zijn en vóór het in het eerste lid bedoelde tijdstip de bevoegdheid tot het voeren van de titel van verpleegkundige hebben verkregen.

#### **Artikel 148**

Deze wet kan worden aangehaald als:

Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

Lasten en bevelen dat deze in het *Staatsblad* zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren wie zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

Gegeven te 's-Gravenhage, 11 november 1993

Beatrix

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,  
H. J. Simons

De Minister van Justitie,  
E. M. H. Hirsch Ballin

Uitgegeven de drieëntwintigste december 1993

De Minister van Justitie,  
E. M. H. Hirsch Ballin

# Bijlage 4

## Systemen van beroepenregeling

Een wettelijke regeling inzake de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg kan op verschillende wijzen worden opgezet. Zo kan bij wet worden bepaald dat de bevoegdheid tot uitoefening van een bepaalde werkzaamheid is voorbehouden aan degenen die aan of krachtens de wet gestelde opleidingseisen en eventueel andere eisen hebben voldaan. Dit is beroepsbescherming. Volledige beroepsbescherming lag ten grondslag aan de Wet uitoefening geneeskunst (WUG). Een ander systeem is dat van enkel titelbescherming. In dat systeem is niet de werkzaamheid als zodanig voorbehouden aan bepaalde groepen van deskundigen, maar is alleen de titel die van deskundigheid blijkt geeft, beschermd. De Wet BIG ligt tussen beroeps- en titelbescherming in. Er zijn andere varianten denkbaar.

De Commissie Peters<sup>606</sup> kreeg tot taak te adviseren over de vraag of het aanvaardbaar is onbevoegden te vergunnen op beperkte schaal geneeskundige raad of bijstand te verlenen. Op zoek naar een stelsel dat enerzijds zoveel mogelijk recht zou doen aan de vrijheid van de patiënt, maar anderzijds schade of gevaar voor schade aan de gezondheidstoestand van de patiënt zoveel mogelijk zou voorkomen, zijn de volgende varianten onder de loep genomen:

### *Vergunningenstelsel*

Bij een vergunningenstelsel moet de vergunningverlenende instantie beschikken over objectieve criteria, waaraan degene die de vergunning wil verkrijgen, dient te voldoen. Probleem is dat deze criteria niet bestaan. Er is geen mogelijkheid om iemands 'paranormale' gaven te meten. Een ander bezwaar van de Commissie was dat een vergunningenstelsel een zeer positieve erkenning van de paranormale genezer zou inhouden.

### *Stelsel van volledige vrijheid*

In dit stelsel is het onbevoegd uitoefenen van geneeskunst als zodanig niet strafbaar en bestaan er geen voorbehouden handelingen. Er zou pas tegen een niet-gekwalificeerde beroepsbeoefenaar kunnen worden opgetreden ingeval deze een strafbaar feit begaat vermeld in het Wetboek van Strafrecht, zoals de bepalingen over mishandeling en dood door schuld. Een dergelijk stelsel is niet door de Commissie aangewezen omdat bepaalde handelingen vanwege de risico's indien uitgevoerd door niet deskundigen toch moeten worden voorbehouden aan daartoe opgeleiden.

### *Registratiestelsel*

Bij dit stelsel wordt op zichzelf geen bevoegdheid verleend, maar wordt de strafbaarheid ten aanzien van het verrichten van geneeskundige handelingen opgeheven voor niet-artsen die zich laten registreren. Wil in dit systeem van enige bescherming van de patiënt sprake zijn, dan is een zekere schifting noodzakelijk, maar bij gebrek aan een onderscheidend criterium zal men in het algemeen iedereen moeten registreren die zich aanmeldt. Als bedenkingen tegen dit stelsel zijn wel aangevoerd dat het aan de geregistreerden een zekere status zou verlenen en dat er op deze wijze een stand van genezers in het leven zou worden geroepen, waarvan het vermogen tot genezen niet vaststaat en die bepaalde risico's in het leven kunnen roepen waartegen de wet niet voorziet.

<sup>606</sup> Commissie onbevoegde uitoefening der geneeskunst. In 1969 is het rapport uitgebracht (VAR 1972/2). Ingevolge haar opdracht diende de Commissie uit te gaan van handhaving van het bestaande systeem van bevoegdhedentoekenning.

### *Verwijzingsstelsel*

In dit stelsel wordt de strafbaarheid opgeheven, indien de behandeling door een niet-arts gebeurt krachtens verwijzing door, of met goedkeuring van een huisarts of enige andere behandelend arts. Dit stelsel werd door de Commissie niet aanvaardbaar geacht, omdat de verwijzende arts de bekwaamheden van degene naar wie hij verwijst niet kan vaststellen en dat verwijzing mogelijk suggereert dat de verwijzende arts bepaalde bekwaamheden zou toekennen aan degene naar wie hij verwijst. Bovendien zou een blijvende controle wenselijk zijn.

### *Medische supervisie*

In een stelsel van medische supervisie verklaart een keurend arts, die niet de behandelend arts behoeft te zijn maar bijvoorbeeld behoort tot een daarvoor aangewezen groep, dat er uit medisch oogpunt geen bezwaar tegen bestaat, indien de patiënt zich wendt tot een onbevoegde. Bedoeling van dit onderzoek zou zijn na te gaan of behandeling door een onbevoegde voor deze patiënt verantwoord is, een vorm van 'preventieve medische supervisie'. Hiertegen is ingebracht dat een enkel voorafgaand onderzoek weinig of geen garantie biedt dat de patiënt van de behandeling door een onbevoegde of door het achterwege blijven van een behandeling door een arts, geen nadelige gevolgen zal ondervinden. Bovendien is de vraag voor een medicus niet of nauwelijks te beantwoorden en zouden onbevoegden ten onrechte hieraan een zekere status ontleen. Daarnaast zou het systeem door gebrek aan medische mankracht praktisch onuitvoerbaar zijn.

### *Indirecte medische controle*

Dit stelsel voorziet in een schriftelijke verklaring dat de patiënt zich ter zake van de te omschrijven klachten korte tijd tevoren nog tot een met name genoemde arts heeft gewend. Deze arts zal dan door een ambtelijke medische instantie worden gevraagd deze verklaring te bevestigen. Is de verklaring van de patiënt onjuist of lijdt deze naar de mening van de arts aan een ziekte waarvan behandeling door een niet-arts bepaalde gevaren oplevert, dan bericht de medische instantie aan de onbevoegde dat hem de behandeling niet geoorloofd is. Hoewel in dit systeem een zekere bescherming voor de patiënt is ingebouwd, zijn de bezwaren en bijkomende problemen van dit systeem de administratieve rompslomp voor artsen, de zware verantwoordelijkheid en moeilijkheden rondom het beroepsgeheim. Bovendien geldt ook hier weer het bezwaar dat de arts uitspraken moet doen over de behandeling van een niet-arts.

### *Beperking strafbaarheid*

Op grond van een combinatie van factoren -waaronder behoefte publiek, keuzevrijheid, feitelijke situatie, handelen niet altijd gevaarlijk, strafbepalingen niettemin nodig- heeft de Staatscommissie Peters uiteindelijk geadviseerd het verbod op de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst te handhaven, maar de strafbedreiging te beperken tot die gevallen, waarin het optreden van de onbevoegde duidelijk nadeel voor leven of gezondheid oproept of als de onbevoegde de patiënt afhoudt van bijstand van een wel-gekwalficeerde. Alleen in een aantal aangeduide gevallen wordt de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst door het strafrecht bestreden, in de overige gevallen is er wel een verbod, maar geen strafsanctie. De commissie overwoog dat er enkele handelingen zijn die in de regel zodanig gevaar oproepen, indien zij door onbevoegden worden verricht.

In 1967 werd een Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening onder voorzitterschap van mr. J. Th. de Vreeze ingesteld. Het eindrapport van deze commissie werd uitgebracht op 14 juni 1973.<sup>607</sup> De Staatscommissie De Vreeze was van mening dat het integrale verbod tot uitoefening van de geneeskunst niet kon worden gehandhaafd, ervan uitgaande dat het patiënten vrij moet staan om

<sup>607</sup> Rapport van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening (De Vreeze), 1973.



zelf te kunnen kiezen bij wie zij hulp vragen. Zij was van mening dat alleen de werkelijk gevaarlijke handelingen, zoals de chirurgische handelingen, voorbehouden moeten blijven aan bepaalde soorten aangewezen deskundigen.<sup>608</sup> Ook het veroorzaken van (aanmerkelijke kans op) schade zou strafbaar moeten worden gesteld, aldus de Commissie.

*Keuze wetgever: gemengd systeem*

De verschillen tussen de systemen van algehele beroepsbescherming en enkel titelbescherming, zijn volgens de wetgever in de praktijk minder groot dan men zou kunnen menen. Een systeem van beroepsbescherming kan niet voorkomen dat op grote schaal onbevoegde uitoefening van het beroep kan plaatsvinden zonder dat daartegen strafrechtelijk voldoende wordt of kan worden opgetreden. Bij een systeem van enkel titelbescherming is kenbaar voor het publiek en de instellingen op het gebied van de gezondheidszorg wie deskundig is en wie niet en de verwachting is dat zij zich bij voorkeur zullen wenden tot titelgerechtigden.<sup>609</sup> De volledige beroepsbescherming werd teruggebracht tot een aantal voor de patiënt risicovolle handelingen. Door het systeem van de voorbehouden handelingen blijft er voor een aantal deelgebieden een systeem van beroepsbescherming gehandhaafd (partieel verbod of partieel monopolie). Het buiten noodzaak veroorzaken van schade aan de patiënt wordt strafbaar gesteld (repressieve bescherming).

---

<sup>608</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 5.

<sup>609</sup> Kamerstukken II 1985/86, 19 522, nr. 3, p. 14.



## Bijlage 5

### Overzicht van tot stand gekomen en mogelijke AMvB's

#### Tot stand gekomen AMvB's:

1. Besluit van 15 juni 1995, houdende uitvoering van artikel 32 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Besluit opleidingseisen verpleegkundige), Stb. 1995, 339.  
Grondslag: art. 32.  
Verplicht.
2. Besluit van 13 november 1995, houdende regelen inzake de registratie van beoefenaren van beroepen in de individuele gezondheidszorg (Registratiebesluit BIG), Stb. 1995, 558.  
Grondslag: artt. 5 lid 2, 11, 12 lid 2d en lid 3, 42 lid 5, 105 lid 3.  
Verplicht.
3. Besluit van 12 mei 1995, houdende uitvoering van de artikelen 41, vijfde lid, 42 tweede lid, en 45 derde lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Besluit buitenslands gediplomeerden volksgezondheid), Stb. 1996, 69.  
Grondslag: artt. 41 lid 5, 42 lid 2, 45 lid 3.  
Verplicht.
4. Besluit van 20 mei 1997, houdende regelen inzake tuchtrechtspraak en maatregelen wegens ongeschiktheid (Tuchtrechtbesluit BIG), Stb. 1997, 238.  
Grondslag: artt. 52, 53 lid 1, 54 lid 2, 65 lid 2, 70 lid 4, 73 lid 2, 79 lid 3, 83 lid 13, 84 lid 3 en lid 6, 94.  
Verplicht.
5. Besluit van 19 juli 1997, houdende regels inzake de opleiding tot arts (Besluit opleidingseisen arts), Stb. 1997, 379.  
Grondslag: art. 18.  
Verplicht.
6. Besluit van 3 september 1997, houdende regels inzake de opleiding tot apotheker (Besluit opleidingseisen apotheker), Stb. 1997, 438.  
Grondslag: art. 22.  
Verplicht.
7. Besluit van 3 oktober 1997, houdende regels inzake de opleiding tot tandarts (Besluit opleidingseisen tandarts), Stb. 1997, 480.  
Grondslag: art. 20.  
Verplicht.

8. Besluit van 22 augustus, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de tandprotheticus (Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied tandprotheticus), Stb. 1997, 477.  
Grondslag: art. 34.  
Optioneel.
9. Besluit van 23 september 1997, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de apothekersassistent (Besluit opleiding en deskundigheidsgebied apothekersassistent), Stb. 1997, 501.  
Grondslag: art. 34.  
Optioneel.
10. Besluit van 13 oktober 1997, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de fysiotherapeut (Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied fysiotherapeut), Stb. 1997, 516.  
Grondslag: artt. 28, 29 lid 1.  
Verplicht.
11. Besluit van 24 oktober 1997, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de diëtist, de ergotherapeut, de logopedist, de mondhygiënist, de oefentherapeut, de orthoptist en de podotherapeut (Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut), Stb. 1997, 523.  
Grondslag: art. 34.  
Optioneel.
12. Besluit van 29 oktober 1997, houdende nadere regels inzake deskundigheid van verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen, en mondhygiënisten op het gebied van voorbehouden handelingen (Besluit functionele zelfstandigheid), Stb. 1997, 524.  
Grondslag: art. 39.  
Optioneel.
13. Besluit van 19 november 1997, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de radiodiagnostisch laborant en de radiotherapeutisch laborant (Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied radiodiagnostisch laborant en radiotherapeutisch laborant), Stb. 1997, 551.  
Grondslag: art. 34.  
Optioneel.
14. Besluit van 19 november 1997, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de verloskundige (Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied verloskundige), Stb. 1997, 552.  
Grondslag: artt. 30, 31.  
Verplicht.
15. Besluit van 22 augustus 1997, houdende regels inzake de deskundigheid van de heilgymnast-masseur (Besluit deskundigheidsgebied heilgymnast-masseur), Stb. 1997, 495.  
Grondslag: art. 108 lid 3.  
Verplicht.

16. Besluit van 17 maart 1998, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de psychotherapeut (Besluit psychotherapeut), Stb. 1998, 155.  
Grondslag: artt. 26 lid 1, 27.  
Verplicht.
17. Besluit van 17 maart 1998, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de gezondheidszorgpsycholoog (Besluit gezondheidszorgpsycholoog), Stb. 1998, 156.  
Grondslag: artt. 24, 25.  
Verplicht.
18. Besluit van 5 oktober 1999, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de verzorgende individuele gezondheidszorg (Besluit verzorgende in de individuele gezondheidszorg), Stb. 1999, 463.  
Grondslag: art. 34.  
Optioneel.
19. Besluit van 4 juli 2000, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de optometrist (Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied optometrist), Stb. 2000, 297.  
Grondslag: art. 34.  
Optioneel.
20. Besluit van 16 juli 2001, houdende vaststelling van het Besluit stralingsbescherming, Stb. 2001, 397.  
Grondslag: art. 37 lid 2.  
Optioneel.

#### **Ontwerpbesluiten:**

21. Ontwerp-besluit van het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut, Stc. 2001, nr. 201, p. 31.  
Grondslag: art. 34.  
Optioneel.  
Inmiddels vervallen besluiten:
22. Besluit van 12 mei 1995, houdende uitvoering voor het beroep van verpleegkundige van de artikelen 41, vijfde lid, en 42, tweede lid, van de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, zoals dit besluit is gewijzigd bij het Besluit van 15 januari 1997 (Besluit buitenslands gediplomeerde verpleegkundigen), Stb. 20. (Dit besluit is ingetrokken bij artikel 9 Besluit buitenslands gediplomeerden volksgezondheid, Stb. 1996, 69.)

#### **Grondslagen voor optionele (niet tot stand gekomen) AMvB's:**

- Art. 16.
- Art. 26 lid 2.
- Art. 37 lid 1.
- Art. 40 lid 3 en lid 4.
- Art. 76 lid 3.
- Art. 79 lid 3 tweede zin.
- Art. 90.
- Art. 93.
- Art. 94.

Art. 111, indien art. 8 in werking treedt.

**Overig:**

Art. 8 lid 1: Verplicht als art. 8 in werking treedt.

Art. 83 lid 12: Verklaart art. 70 lid 4 van overeenkomstige toepassing. Aan art. 70 lid 4 is uitvoering aangegeven in art. 34 Tuchtrechtbesluit.

Art. 83 lid 13 sub c: Verplicht. In het tuchtrechtbesluit ontbreekt echter een bepaling hieromtrent.

## Bijlage 6

### Verantwoording methodologie van het empirisch onderzoek

In hoofdstuk 1 van dit rapport zijn de methoden van onderzoek van de evaluatie kort geschetst. In deze bijlage wordt meer informatie over het empirisch onderzoeksdeel gegeven. Aan de orde komen het vragenlijstenonderzoek onder individuele respondenten, de schriftelijke vragenlijst en interviews op organisatieniveau, het onderzoek van de tuchtrechtspraak en de klankbordmeeting.

#### A. Schriftelijke vragenlijst aan individuele respondenten (steekproef-kwantitatief)

##### Burgers en patiënten

Bij de evaluatie van wetgeving op het gebied van de gezondheidszorg is het perspectief van burgers en patiënten van groot belang. Voor dit deel van het onderzoek is gebruik gemaakt van het Consumentenpanel Gezondheidszorg (COPA) van het Nivel, vanwege de combinatie van onder meer een te verwachten hoge respons, de representativiteit van de steekproef, het grote aantal respondenten (circa 1500 huishoudens) en de mogelijkheid om veel vragen op te nemen in de vragenlijst.

Het COPA bestaat sinds 1991 en is een gezamenlijk initiatief van het Nivel en de Consumentenbond. Doel van het panel is het verzamelen van informatie op het gebied van de gezondheidszorg, zodat beleidsmakers, patiënten- en artsorganisaties en zorgaanbieders hun beleid kunnen baseren op betrouwbare gegevens. Enkele malen per jaar ontvangen de leden van het panel een vragenlijst over een bepaald thema. Jaarlijks vindt een update plaats van het panel. Hierbij wordt gestreefd naar een zo groot mogelijke representativiteit.

Op het moment van verzenden van de vragenlijst bestond het COPA uit 1443 leden. Op drie punten was er een lichte ondervertegenwoordiging in het panel ten opzichte van de Nederlandse bevolking (CBS- en Nivel-gegevens): de leeftijdscategorie 25-34 jaar (15% vs. 20%), de opleidingsgroep lagere school/LBO (28% vs. 37%) en de groep die een zeer goede gezondheidsbeleving heeft (18% vs. 26%).

Aan alle leden van het COPA is een vragenlijst gestuurd. Deze was opgebouwd uit vijf onderdelen. Respondenten is gevraagd naar:

1. Hun bekendheid met de Wet BIG en opvattingen over keuzevrijheid en bescherming in de gezondheidszorg.
2. Hun bekendheid met en opvattingen over titelbescherming en registratie van beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg.
3. Hun bekendheid met en opvattingen over het wettelijk tuchtrecht en over aarzelingen of drempels om eventuele klachten in te dienen bij een tuchtcollege.
4. Hun overwegingen bij de keuze om naar bepaalde beroepsbeoefenaars te gaan en de wijze waarop zij eventueel navraag hadden gedaan naar de kwaliteit en/of deskundigheid van beroepsbeoefenaars.
5. Hun zorggebruik.

Door 943 leden werd de vragenlijst ingevuld teruggestuurd (respons 66%). De achtergrondgegevens van deze respondenten verschilden niet of weinig van die van de rest van het panel. Alleen wat betreft leeftijd waren er iets meer ouderen (55 jaar en ouder) vertegenwoordigd.

Op grond van de hoge respons en de geringe afwijkingen mag worden aangenomen dat de respondenten een redelijke afspiegeling vormen van de Nederlandse bevolking.

Chronisch zieken zijn niet nog apart benaderd. Via een aantal vragen die standaard aan het COPA worden voorgelegd en extra vragen over het zorggebruik, konden binnen de groep van respondenten wel chronisch zieken en burgers die frequent gebruik maken van de gezondheidszorg worden onderscheiden. Deze resultaten worden in het rapport niet vermeld, omdat op hoofdlijnen geen belangrijke verschillen werden gevonden met de overige respondenten.

Het lag in de bedoeling ook onderzoek onder allochtonen te verrichten. Nadat uit het onderzoek onder het COPA was gebleken dat de kennis van de Wet BIG onder de respondenten zeer beperkt was, is hiervan af gezien. Verwacht werd dat het onderzoek onder allochtonen weinig extra zou bijdragen aan de evaluatie.

### **Art. 3- en art. 34-beroepen**

Naar aanleiding van literatuur- en bronnenonderzoek en gesprekken die zijn gevoerd met sleutelfiguren en instanties, is een keuze gemaakt voor art. 3- en art. 34-beroepen die met een schriftelijke vragenlijst zouden worden benaderd (steekproef-kwantitatief) en beroepen waarover op andere wijze informatie zou worden verkregen (schriftelijke vragenlijst op organisatieniveau, zie B). Ook is bepaald welke steekproefbron het beste kon worden gebruikt en wat de grootte van de verschillende steekproeven moest zijn.

Hieronder wordt aangegeven welke beroepen met een schriftelijke vragenlijst zijn benaderd en waarom, en worden de steekproefbronnen, -grootte en -criteria, de opbouw van de vragenlijsten, de respons en de representativiteit weergegeven.

### **Steekproefbronnen, –grootte en -criteria**

Bij het bepalen van de art. 3-beroepen waaruit een aselechte steekproef zou worden getrokken en de steekproefgrootte is rekening gehouden met de volgende punten:

- Beroepsbeoefenaren die te maken hebben met voorbehouden handelingen (als opdrachtgever of opdrachtnemer) moesten voldoende zijn vertegenwoordigd.
- Ten aanzien van artsen moesten de specialistengroepen die substantieel te maken hebben met tuchtrecht voldoende zijn vertegenwoordigd.
- Er moesten voldoende teruggestuurde vragenlijsten zijn voor analyses op (sub)groepniveau. Een deel van de benaderde personen zou niet meer werkzaam zijn (geldt m.n. voor steekproeven uit het BIG-register) en slechts enkele vragen hoeven invullen (alleen achtergrondvragen en vragen over registratie en titelbescherming). Ook konden er beroepsbeoefenaren zijn die om andere redenen bepaalde vragen mochten overslaan (bijv. vragen over art. 40 Wet BIG, wanneer men in een instelling werkzaam was). Er moesten voldoende personen overblijven die de vragen konden beantwoorden.
- De grootte van de beroepsgroep. Om de beroepsgroepen niet te overbelasten is ook gekeken naar het aantal beroepsbeoefenaren per beroepsgroep.
- Een verwachte respons van circa 50%.

In beginsel vonden de steekproeftrekkingen uit het BIG-register plaats. Overwegingen daarbij waren dat het BIG-register zeer bereid was medewerking te verlenen, het praktisch was om voor zoveel mogelijk steekproeven dezelfde steekproefbron te gebruiken en het de evaluatie van de



Wet BIG betref. De overige steekproeven zijn via het Nivel gedaan. Een voordeel van de bestanden van het Nivel is dat deze in beginsel uitsluitend uit werkzame beroepsbeoefenaren bestaan; ook bevatten ze meer achtergrondgegevens.

*Artsen.* Van de groep artsen zijn steekproeven van 2 maal 400 huisartsen, 350 internisten, 250 gynaecologen en 300 psychiaters met een schriftelijke vragenlijst benaderd. Deze artsengroepen waren interessant om te benaderen m.n. vanwege het voorkomen van voorbehouden handelingen (en het geven van opdrachten daartoe) en het aantal tuchtzaken binnen deze groepen. Bij huisartsen is bovendien artikel 40 Wet BIG van toepassing, wanneer zij solistisch werkzaam zijn. Voorts betref het grote artsengroepen, was zowel de 1<sup>e</sup> als 2<sup>e</sup> lijn vertegenwoordigd en werd ook de geestelijke gezondheidszorg meegenomen. Steekproeven zijn getrokken uit het BIG-register met uitzondering van de steekproeven onder huisartsen. De laatste zijn uit het bestand van het Nivel getrokken. Omdat huisartsen mogelijk onvoldoende geneigd zouden zijn mee te werken is besloten de vragenlijst in tweeën te splitsen, zodat elke huisarts een kortere vragenlijst zou ontvangen.

*Tandartsen.* Een steekproef van 600 tandartsen is benaderd met een schriftelijke vragenlijst. Deze groep was vooral interessant omdat zij te maken heeft met voorbehouden handelingen en de meeste tandartsen solistisch werkzaam zijn (artikel 40 Wet BIG). Tandartsspecialisten zijn niet benaderd. De steekproef van tandartsen is getrokken uit het BIG-register.

*Verloskundigen.* Een steekproef van 300 verloskundigen is met een schriftelijke vragenlijst benaderd. Bij de groep van verloskundigen was het interessant om na te gaan wat hun opvattingen zijn over herregistratie. Het betreft namelijk een vrouwenberoep met ook nog een arbeidstekort. Voorts komen er in deze beroepsgroep voorbehouden handelingen voor. De steekproef is via het Nivel getrokken.

*Verpleegkundigen.* Een steekproef van 3.200 verpleegkundigen is uit het BIG-register getrokken. Deze groep was m.n. interessant vanwege het voorkomen van voorbehouden handelingen en de onduidelijkheden omtrent het deskundigheidsgebied. Bij de grootte van de steekproef is rekening gehouden met het aandeel van de verpleegkundigen in de verschillende sectoren (ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg e.d.) waarin verpleegkundigen werkzaam zijn. Het BIG-register kan hierin geen onderscheid maken. Om sectoren onderling te kunnen vergelijken moest hierdoor een groot aantal verpleegkundigen worden benaderd.

*Fysiotherapeuten.* De groep van fysiotherapeuten was interessant omdat fysiotherapie het enige paramedische beroep is dat art. 3-beroep is geworden en derhalve nu tuchtrecht kent. Voor een aantal fysiotherapeuten geldt voorts artikel 40 Wet BIG. Een steekproef van 300 fysiotherapeuten en een steekproef van 175 solistisch werkzame fysiotherapeuten zijn uit de bestanden van het Nivel getrokken. Dit betreft een bestand van extramuraal werkzame (=eerste lijns) fysiotherapeuten.

*Overige art. 3-beroepsbeoefenaren.* De groep van apothekers bleek -na een gesprek met de KNMP- minder van belang om met een vragenlijst te benaderen. Met de Wet BIG is voor hen nauwelijks iets veranderd. Zij kenden al tuchtrecht (vrijwel geen tuchtzaken) en (her-)registratie (via KNMP), er komen geen voorbehouden handelingen voor en artikel 40 Wet BIG is op hen niet van toepassing. Er is eveneens geen steekproef getrokken van gezondheidszorgpsychologen. Het beroep bestaat nog maar kort, er komen geen voorbehouden handelingen voor en er zijn (nog) vrij weinig tuchtklachten. Er is ook geen steekproef van psychotherapeuten getrokken. Omdat er op het moment van de evaluatie rondom dit beroep veel te doen was (wordt het wel of geen specialisme van de gezondheidszorgpsycholoog) was het niet zinvol deze groep op individueel niveau te

benaderen. Wel heeft bij genoemde art. 3-beroepsgroepen onderzoek op organisatieniveau plaatsgevonden (zie B). Tot slot is geen specifieke steekproef van buitenslands gediplomeerden getrokken. Dat leverde onderzoekstechnisch teveel bezwaren op. Een interview heeft plaatsgevonden met o.m. het Bureau Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid en het BIG-register (zie C). Bij het onderzoek onder instellingen is wel naar eventuele knelpunten gevraagd ten aanzien van buitenslands gediplomeerden.

*Mondhygiënisten.* Ten aanzien van art. 34-beroepen is alleen de groep van mondhygiënisten benaderd. De overweging hierbij was, dat door deze beroepsgroep voorbehouden handelingen worden verricht en dat de vragenlijsten met die van tandartsen te vergelijken zouden zijn. De steekproef van 300 mondhygiënisten is uit het Kwaliteitsregister Paramedici getrokken. Van de overige art. 34-beroepen zijn de beroepsverenigingen gevraagd om hun ervaringen met en opvattingen over de Wet BIG schriftelijk te melden (zie B).

Voorafgaand aan het trekken van de steekproeven uit het BIG-register (gynaecologen, internisten, psychiaters, verpleegkundigen en tandartsen), zijn verschillende selecties gedaan. Het steekproefkader bestond uit:

- alleen geregistreerde beroepsbeoefenaren geboren vanaf 1-1-1937 (bij tandartsen jonger dan 65 jaar), bij verpleegkundigen alleen verpleegkundigen geboren vanaf 1-1-1942 (anders kans erg groot op niet meer werkzame beroepsbeoefenaren of beroepsbeoefenaren die weldra met pensioen gaan)
- alleen beroepsbeoefenaren die in Nederland woonden (anders kans groter dat zij weinig met de Wet BIG te maken hebben, criterium werkzaam in Nederland was niet mogelijk bij BIG-register)
- alleen beroepsbeoefenaren die op het moment van steekproeftrekken geen aantekening in het BIG-register hadden o.g.v. een rechterlijke uitspraak (d.i. geen beroepsbeoefenaren met een (voorwaardelijke) schorsing, doorhaling en/of bevoegdheidsbeperkingen) (anders kans op non respons erg groot)
- alleen beroepsbeoefenaren die zich vóór 1-1-2001 hadden laten registreren (anders nog te weinig ervaring met de Wet BIG)
- geen beroepsbeoefenaren met een buitenlands diploma, die geclausuleerd waren ingeschreven (beroepsbeoefenaren met een buitenlands diploma die ongeclausuleerd waren ingeschreven, zijn niet uitgesloten)

Voor tandartsen gold nog als extra criterium, dat alleen tandartsen werden benaderd zonder specialisme.

Voorafgaand aan het trekken van de steekproeven uit de bestanden van het Nivel (huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten) zijn de volgende selecties toegepast:

- alleen beroepsbeoefenaren geboren vanaf 1-1-1937
- alleen beroepsbeoefenaren die in Nederland werkten en woonden
- (indien mogelijk) alléén beroepsbeoefenaren, die vóór 1-1-2001 al werkzaam waren

Bij huisartsen vielen verder alleen zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's in het steekproefkader. Waarnemers en eventuele andere huisartsen vielen daarbuiten. Voorts mocht er géén overlap tussen beide steekproeven zijn (de huisartsen in de ene steekproef mochten niet ook in de andere steekproef zitten). Vanuit het Nivel werden hier nog twee selectiecriteria aan toegevoegd: alleen huisartsen die niet meededen aan het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsen-project (LINH) en huisartsen die geen bezwaar hebben gemaakt tegen benadering door het Nivel zaten in het steekproefkader.

Bij verloskundigen vielen wisselende waarnemers buiten het steekproefkader, omdat deze minder goed te benaderen zijn. Alleen verloskundigen met een eigen praktijk, klinisch werkzamen en vaste waarnemers vielen binnen het steekproefkader.

Bij fysiotherapeuten bestond één van de twee steekproeven alleen uit fysiotherapeuten werkzaam in een solopraktijk.

Selecties voorafgaand aan het trekken van de steekproef van mondhygiënisten uit het Kwaliteitsregister Paramedici waren:

- alléén mondhygiënisten geboren vanaf 1-1-1937
- alléén mondhygiënisten die in Nederland wonen
- (indien mogelijk) alléén mondhygiënisten, die vóór 1-1-2001 al als mondhygiënist werkzaam waren.

#### *Vragenlijst*

Alle beroepsbeoefenaren in de steekproeven kregen een schriftelijke vragenlijst toegestuurd. Deze vragenlijst bestond uit de volgende zes onderdelen:

1. Vragen over enkele achtergrondgegevens van de respondent.
2. Vragen over registratie en titelbescherming in de gezondheidszorg.
3. Vragen over de regeling voorbehouden handelingen.
4. Vragen over artikel 40 van de Wet BIG (kwaliteitsbepaling).
5. Vragen over het wettelijk tuchtrecht.
6. Vragen over de strafbepalingen in de Wet BIG.

Over de onderdelen 2 t/m 6 zijn de respondenten vragen voorgelegd over hun kennis, ervaringen en opvattingen met betrekking tot deze onderdelen. De vragen over achtergrondgegevens en registratie en titelbescherming zijn aan alle respondenten voorgelegd, de overige vragen alleen aan werkzame beroepsbeoefenaren. De vragen over artikel 40 Wet BIG zijn alleen aan beroepsbeoefenaren voorgelegd op wie dit artikel van toepassing was. Voor de vergelijkbaarheid kwamen de vragenlijsten waar mogelijk met elkaar overeen, waar nodig waren zij aangepast en uitgebreid met specifieke vragen voor de betreffende beroepsgroep. Van de huisartsen kreeg de ene steekproef (HA1) vragen voorgelegd over registratie en titelbescherming en over voorbehouden handelingen, de andere steekproef (HA2) over tuchtrecht, strafbepalingen en artikel 40 Wet BIG. Van de fysiotherapeuten kreeg de steekproef van solisten (FYS2) uitsluitend vragen voorgelegd over artikel 40 Wet BIG. De bestanden van gynaecologen en internisten zijn (behalve voor het onderdeel voorbehouden handelingen) samengevoegd, omdat er weinig verschillen waren en beide specialistengroepen in ziekenhuizen werkzaam zijn.

#### *Respons en representativiteit*

Tabel B.1 geeft een overzicht van de respons van de beroepsbeoefenaren. Deze was hoog.

Behalve van de tandartsen (56%) was deze steeds 60% of meer en van de verpleegkundigen, mondhygiënisten, fysiotherapeuten en verloskundigen boven de 70%.

Door 32 beroepsbeoefenaren werd de vragenlijst leeg teruggestuurd (13 huisartsen, 8 verpleegkundigen, 7 tandartsen, 2 gynaecologen en 2 internisten). Dertien van hen gaven geen reden op waarom zij weigerden de vragenlijst in te vullen, 7 gaven aan geen tijd te hebben, 5 hadden geen zin om mee te doen, 3 wilden niet meewerken aan overheids- of wetgevingsonderzoek en 4 noemden een andere reden.

**Tabel B.1**  
**Respons beroepsgroepen**

	HA1*	HA2*	GYN	INT	PSYCH	VPLK	VLK	TA	MH	FYS1*	FYS2*
Verstuurde vragenlijsten	400	400	250	350	300	3200	300	600	300	300	175
Deelname onmogelijk	8	6	3	6	1	58	9	15	9	5	2
• Vertrokken of praktijk beëindigd	6	6	3	3	1	37	6	8	3	3	1
• Langdurig ziek	1	-	-	-	-	9	-	1	1	-	-
• Adres onjuist of onbekend op adres	1	-	-	1	-	4	3	4	2	2	-
• Overig**	-	-	-	2	-	8	-	2	3	-	-
Deelname mogelijk	392	394	247	344	299	3142	291	585	291	295	174
Respons (%)	241 (62)	271 (69)	160 (65)	207 (60)	180 (60)	2233 (71)	230 (79)	330 (56)	213 (73)	225 (76)	134 (78)
Niet (meer) werkzaam (%)	4 (2)	-	8 (5)	17 (8)	5 (3)	732 (33)	2 (1)	21 (6)	12 (6)	2 (1)	3 (2)

\* HA1 kreeg vragen voorgelegd over registratie en titelbescherming en voorbehouden handelingen, HA2 over tuchtrecht, strafbepalingen en artikel 40 Wet BIG. FYS2 kreeg uitsluitend vragen voorgelegd over artikel 40 Wet BIG.

\*\* Dit waren vooral beroepsbeoefenaren die werkzaam waren in het buitenland.

Tussen de steekproefkaders van het BIG-register en de respondentgroepen waren er niet of nauwelijks verschillen ten aanzien van de achtergrondkenmerken leeftijd en geslacht. De respondentgroepen van de steekproeven van het Nivel konden ook op praktijkvorm en (bij verloskundigen) de wijze waarop de beroepsbeoefenaar werkzaam was worden vergeleken met het steekproefkader. Hier bleken er eveneens geen verschillen. Ook de steekproef van mondhygiënistenvormde wat betreft leeftijd en geslacht ook een goede afspiegeling van het steekproefkader.

### *Instellingen*

Alle academische, algemene en categorale ziekenhuizen zijn benaderd met een vragenlijst en ook alle algemeen psychiatrisch ziekenhuizen, privé-klinieken, RIAGG's, GGD-en en thuiszorginstellingen. Van de verpleeghuizen zijn er 200 van de 355 benaderd (aselecte steekproef). (tabel B.2) De adressen werden verkregen via de IGZ.

De totale respons was 67% (58-71%). Acht instellingen stuurden de vragenlijst vanwege tijdgebrek leeg terug (3 verpleeghuizen, 2 GGD-en, 2 RIAGG's en 1 thuiszorginstelling).

### *Vragenlijst*

De vragenlijst aan instellingen was opgebouwd uit vijf onderdelen:

1. Vragen over enkele achtergrondgegevens van de instelling.
2. Vragen over registratie en titelbescherming.
3. Vragen over het wettelijk tuchtrecht.
4. Vragen over buitenslands gediplomeerde beroepsbeoefenaren in de instelling
5. Vragen over de regeling voorbehouden handelingen.

**Tabel B.2**  
**Respons instellingen**

	Totaal	ZH	VPLH	APZ	PK	RIAGG	GGD	TZ
Verstuurde vragenlijsten	665	125*	200	44	68	61	51	116
Deelname onmogelijk of niet nodig	75	5	9	1	23	9	4	15
• 'Vertrokken'	15	-	1	-	5	2	-	7
• Adres onjuist of onbekend op adres	4	-	-	-	1	2	-	1
• Overig**	56	5	8	1	17	5	4	7
Deelname mogelijk	599	120	191	43	45	52	47	101
Respons	402	84	135	29	26***	32***	32	64
(%)	(67)	(70)	(71)	(67)	(58)	(62)	(68)	(63)

\* 16 academische, 98 algemene en 11 categorale ziekenhuizen.

\*\* Dit betrof met name inmiddels gefuseerde instellingen. Twaalf instellingen die waren aangeschreven als privékliniek gaven aan dat niet te zijn en nog eens 3 waren opgeheven. Vijf thuiszorginstellingen werkten alleen met verzorgenden en verrichtten geen voorbehouden handelingen.

\*\*\* Van de niet-responderende instellingen is niet duidelijk of zij niet bereikt zijn (i.v.m. fusie, opheffing e.d.) of dat zij om andere redenen niet hebben gereageerd.

### *Leden tuchtcolleges en advocaten*

Alle 388 leden van de tuchtcolleges (regionaal en centraal) en 43 advocaten zijn eveneens benaderd met een vragenlijst. Van de leden van de tuchtcolleges vonden 5 dat zij te weinig ervaring hadden om de vragenlijst in te vullen, 2 waren langdurig ziek, 2 konden niet worden bereikt en 1 was inmiddels geen lid meer van het tuchtcollege. Van de overige 378 leden stuurden 336 de vragenlijst ingevuld terug (respons 89%). Zowel de responderende groep als de non-responderende groep van de leden van de tuchtcolleges bestond voor een vijfde uit juristen en voor vier vijfde uit leden-beroepsgenoten. Van de advocaten vonden 2 dat zij te weinig ervaring hadden om de vragenlijst in te vullen en 1 deed weinig meer aan tuchtzaken. Van de overige 40 advocaten, reageerden er 26 (respons 65%).

### *Vragenlijst*

De leden van de tuchtcolleges en advocaten kregen vrijwel dezelfde vragenlijst toegestuurd. De vragenlijst was opgebouwd uit de volgende drie onderdelen:

1. Vragen over enkele achtergrondgegevens van de respondent.
2. Vragen over het wettelijk tuchtrecht (normstelling, samenstelling tuchtcolleges en inschakelen deskundigen, toegang tot het regionale tuchtcollege, 'nieuwe' beroepen, verjaringstermijn, openbaarheid tuchtrechtspraak, sancties, cassatie, rol IGZ en CMT).
3. Vragen over de strafbepalingen in de Wet BIG.

### *Type vragen*

Er werden drie typen vragen in de vragenlijsten gebruikt:

1. Vragen waarbij slechts één antwoord moest worden aangekruist. Dit waren bijvoorbeeld vragen met de antwoordcategorieën 'Juist', 'Onjuist' of 'Weet niet'.
2. Vragen waarbij meerdere antwoorden konden worden gegeven. Bij de vraag stond dan: '*meerdere antwoorden mogelijk*'. In dat geval kon door de respondent meer dan één antwoord worden aangekruist.
3. Vragen waarbij de respondent zelf een antwoord in eigen woorden kon opschrijven.

Aan het eind van alle schriftelijke vragenlijsten was ruimte opengelaten voor eventuele door de respondent ervaren knelpunten voortvloeiend uit de Wet BIG die niet in de vragenlijst aan de orde waren gekomen, voor een eventuele toelichting op de antwoorden en voor eventuele op- of aanmerkingen naar aanleiding van de vragenlijst.

### **Medewerking van betrokkenen, betrouwbaarheid en representativiteit**

Voor het welslagen van het onderzoek was een zo groot mogelijke medewerking van alle respondentgroepen een eerste belangrijke voorwaarde. Een lage respons zou de geloofwaardigheid van de resultaten kunnen aantasten. Om een zo groot mogelijke deelname te bewerkstelligen zijn onder meer maatregelen getroffen ter bescherming van de privacy van de respondenten. De vragenlijst kon anoniem worden teruggestuurd. Naast de vragenlijst werd gevraagd een meegepaste antwoordkaart afzonderlijk terug te sturen met de naam en het adres van de respondent. Op deze wijze kon worden nagegaan wie de vragenlijst hadden ingevuld en teruggestuurd en gericht worden gerappelleerd, zonder dat de vragenlijsten tot individuele respondenten waren te herleiden. Voorts was het merendeel van de beroepsorganisaties van de benaderde beroepsgroepen bereid een aanbevelingsbrief mee te sturen en is bij beroepsbeoefenaren gebruik gemaakt van een (kans op) een kleine 'beloning'.

Om de betrouwbaarheid van de resultaten te bevorderen is behalve aan de anonimiteit ook veel aandacht besteed aan de vragenlijsten. Verschillende deskundigen (o.a. mensen vanuit de praktijk, beroepsorganisaties en werkgroep tuchtcolleges) werden bij het maken van deze vragenlijsten betrokken. De vragenlijst voor burgers is onder een pilot van 25 burgers getest, de vragenlijsten voor tandartsen en huisartsen onder pilots van zo'n 5 beroepsbeoefenaren.

Uit het voorgaande kan worden geconcludeerd dat gezien de wijze van steekproeftrekken, de hoge respons en de getroffen maatregelen om de betrouwbaarheid van de resultaten te bevorderen mag worden aangenomen dat de resultaten van de vragenlijsten een zeer betrouwbaar en representatief beeld geven van het functioneren van de Wet BIG in de praktijk en de opvattingen van burgers, beroepsbeoefenaren, instellingen, leden van tuchtcolleges en advocaten.

### **Raadplegers BIG-register**

Door telefonisten van het BIG-register is in de periode oktober 2001 tot februari 2002 op willekeurige wijze aan 132 personen die het BIG-register raadpleegden over een specifieke beroepsbeoefenaar een vragenlijst voorgelegd. Dit betrof 29 particuliere burgers, 46 werkgevers (41 instellingen en 5 uitzendbureau's) en 57 verzekeraars. De vragen gingen over de reden van en de ervaringen met het raadplegen van het BIG-register.

### **B. Schriftelijke vragenlijst op organisatieniveau (kwalitatief)**

Naast schriftelijke vragenlijsten aan individuele respondenten zijn ook 119 organisaties en koepels aangeschreven. Benaderd werden 8 patiënten- en consumentenorganisaties, 64 art. 3-beroepsorganisaties en wetenschappelijke verenigingen, 15 art. 34-beroepsverenigingen, 22 andere beroepsorganisaties/-verenigingen, waaronder 9 organisaties van alternatieve beroepsbeoefenaren en 10 koepels van ziekenhuizen, verpleeghuizen e.d.

De volgende vragen werden aan hen voorgelegd:

1. In hoeverre heeft uw organisatie beleid ontwikkeld met betrekking tot (onderdelen van) de Wet BIG? Welke informatie, die door uw organisatie is ontwikkeld of vergaard met betrekking tot de Wet BIG, is voor de evaluatie van belang (bijv. onderzoeks- of evaluatierapporten, inventarisaties onder leden, registraties van vragen aan helpdesks en voorlichtingsbrochures)?
2. Doen er zich in de praktijk knelpunten voor ten aanzien van de registratie en titelbescherming van beroepsbeoefenaren, de regeling voorbehouden handelingen, artikel 40 Wet BIG, het wettelijk tuchtrecht en de strafbepalingen in de Wet BIG? Kunt u aangeven wat redenen voor die knelpunten zijn en welke mogelijke oplossingen voor de knelpunten denkbaar zijn?
3. In hoeverre bereikt de Wet BIG volgens u haar doel (afdoende bescherming, voldoende vrijheid, bevordering en bewaking kwaliteit, positieve/negatieve effecten)?
4. Welke gewenste of ongewenste neveneffecten doen zich voor als gevolg van de Wet BIG? Kunt u aangeven wat de redenen zijn voor eventuele ongewenste effecten?
5. Welke personen of instanties (al dan niet uit uw organisatie) kunnen evt. aanvullende informatie verstrekken ten aanzien van de bovenstaande vragen?

Wanneer er daarnaast volgens de organisatie nog andere punten van belang waren om te melden, dan werden organisaties daartoe ook uitgenodigd.

Van de 116 aangeschreven organisaties gaven er 29 aan geen knelpunten met de Wet BIG te ervaren of geen gelegenheid te hebben om te reageren. Eén adres bleek niet (meer) te kloppen. Van 28 organisaties werd niets vernomen. Daarnaast hebben enkele organisaties en verenigingen op eigen initiatief de evaluatiegroep geïnformeerd. Er werden 62 reacties ontvangen. Een aantal organisaties stuurde een gezamenlijke reactie. Een overzicht van de organisaties en koepels, die hebben gereageerd is te zien in bijlage 7.

### **C. Interview op organisatieniveau of groepsinterview (kwalitatief)**

Met het BIG-register, de Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid, de IGZ, een speciaal ten behoeve van de evaluatie van de Wet BIG ingestelde werkgroep van de tuchtcolleges gezondheidszorg, het College van Medisch Toezicht en het Openbaar Ministerie hebben interviews plaatsgevonden. Gevraagd is naar hun ervaringen en opvattingen met betrekking tot de uitvoering, het toezicht op en de handhaving van de Wet BIG. Door zowel het BIG-register als de werkgroep van de tuchtcolleges was ten behoeve van deze interviews een notitie opgesteld met (knel)punten voor de evaluatie.

### **D. Onderzoek tuchtrechtspraak**

Om de tuchtrechtspraak van vóór en na de Wet BIG met elkaar te kunnen vergelijken is gebruik gemaakt van de verzamelde tuchtuitspraken in het archief en in het geautomatiseerde gegevensbestand van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

### **E. Klankbordmeeting**

Eind juni 2002 is een klankbordmeeting georganiseerd waarvoor een aantal deskundigen op persoonlijke titel was uitgenodigd (zie bijlage 8 voor de deelnemers aan de meeting). Aan hen zijn voorlopige bevindingen van het evaluatieonderzoek voorgelegd in de vorm van stellingen en vragen.





# Bijlage 7

## Schriftelijke reacties van organisaties<sup>610</sup>

### Zorgvragers

Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen (LOPAG) Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF)

### Zorgaanbieders

#### *Artikel 3*

Beroepsgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden van de CFO (BVV/CFO)  
Beroepsvereniging voor Obstetrische & Gynaecologische Verpleegkundigen (B\*O\*G)  
Federatie Verpleegkunde Geestelijke Gezondheidszorg (FVGGZ)  
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)  
Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)  
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)  
Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)  
Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)  
Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)  
Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)  
Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)  
Nederlandse Vereniging van Artsen in de Zorg voor mensen met een verstandelijke handicap (NVAZ)  
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)  
Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen (NVVA)  
Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie (NVVC)  
Nederlandse Vereniging voor Intensive Care Verpleegkundigen (NVICV)  
Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG)  
Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)  
Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie (NVKC)  
Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG)  
Nederlandse Vereniging voor Nurse Practitioners (NvNP)  
Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)  
Nederlandse Vereniging Voor Pathologie (NVVP)  
Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)  
Nederlandse Vereniging voor Reumatologie  
Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie  
Samenwerkingsverband Ambulancezorg en Wet BIG  
Vereniging Klinische Genetica Nederland (VKGN)  
Werveling (Beroepsvereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap)

---

<sup>610</sup> Een aantal organisaties heeft een gezamenlijke reactie gestuurd.

#### *Artikel 34*

Nederlandse Vereniging van Mondhygiënisten (NVM)  
Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten Mensendieck (NVOM)  
Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NVvO)  
Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP)  
Nederlandse Vereniging van Radiologisch Laboranten (NVRL)  
Optometristen Vereniging Nederland (OVN)  
Organisatie van Nederlandse Tandprotheticici (ONT)  
Stichting Kwaliteitsregister Paramedici  
STING beroepsvereniging van de verzorging  
Vereniging Bewegingsleer Cesar (VBC)

#### *Overig*

Artsenvereniging tot Bevordering van de Natuurgeneeskunde (ABNG)  
CONO-Kamer Vaktherapeuten  
Federatie Nederlandse Vereniging van Artsen voor Manuele Geneeskunde (Federatie NVAMG)  
Nederlandse Artsen Acupunctuur Vereniging (NAAV)  
Nederlandse Chiropractoren Associatie (NCA)  
Nederlandse Vereniging van bioMedisch Laboratoriummedewerkers (NVML)  
Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)  
Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH)  
Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur  
Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT)  
Vereniging Laboratoriumhoudende Tandtechnici in Nederland (VLHT)  
Vereniging tegen de Kwakzalverij  
Vereniging van Geestelijk Verzorgers in Zorginstellingen (GVZ)  
Vereniging van Homeopatische Artsen in Nederland (VHAN)  
Vereniging van Manueel Therapeuten (VMT)  
Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT)  
Universitair Medisch Centrum Utrecht

#### **Koepels**

Arcares (brancheorganisatie verpleging en verzorging)  
GGD Nederland  
Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG)  
Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)  
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)

## Bijlage 8

### Deelnemers klankbordmeeting

E.A. Banki	Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen (LOPAG)
mw. mr. T. E. de Boer-Stikker	GGZ-Nederland
mw. mr. J.J. Bravenboer	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
mw. mr. R.M.S. Doppegieter	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
mr. E.W.M. Meulemans	Advocaat
K. Olf	Stichting Registratie Beroepsbeoefenaren Natuurlijke Gezondheidszorg (SRBAG)
mr. H. Plokker, arts	Inspectie voor de Gezondheidszorg
mw. mr. H. van der Poel	Regionaal tuchtcollege Zwolle
mw. mr. G.P.M. Raas	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, oud-secretaris Raad BIG
mw. mr. R. de Roode	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
P. Schneider	Alliantie van Natuurlijke Geneeswijzen (ANG)
mw. mr. V.J. Schelfhout- van Deventer	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst/Opleiding en Registratie (KNMG/ORE)
V. Slenters, arts	GGD Nederland
J. van der Spek	Arcares
prof.dr. C.P.F. van der Staak	Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
mr. J. van Uchelen	Regionaal tuchtcollege Zwolle
mw. mr. J. van der Ven	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)
mr. A. Vermaas	Raad van Bestuur UMC Utrecht
mw. mr. A.A.C. Vlaskamp	Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging (LCVV)
mr. D.P. de Waal	BIG-register
mw. A. Waelpuut	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)
mw. mr. M. de Weerd	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
W. Zandbergen	Inspectie voor de Gezondheidszorg