

Juridische aspecten van taakherschikking in de gezondheidszorg

Deel 1

Belemmeringen in wet- en regelgeving voor taakherschikking

Mr. G.P.M. Raas
Mr. M.W. de Lint

Deel 2

Geschied en geschoven, een jurisprudentie- onderzoek over taakherschikking in de gezondheidszorg

Sectie Gezondheidsrecht
Universiteit Maastricht

Achtergrondstudies uitgebracht door de Raad voor de
Volksgezondheid en Zorg bij het advies Taakherschikking in
de gezondheidszorg

Zoetermeer, 2002

Voorwoord

In deze bundel zijn twee achtergrondstudies opgenomen die bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg horen. De eerste is een achtergrondstudie naar de juridische aspecten van taakherschikking en is opgesteld door medewerkers van het secretariaat van de RVZ. De tweede, Geschikt en Geschoven, is een jurisprudentieonderzoek uitgevoerd door de Universiteit Maastricht.

Deel I is getiteld Belemmeringen in wet- en regelgeving voor taakherschikking. Voor die belemmeringen worden oplossingen getoetst aan de publieke belangen die bij taakherschikking geborgd moeten worden. Verder wordt een thema als aansprakelijkheid in de achtergrondstudie uitgewerkt, omdat ‘eindverantwoordelijkheid’ een sleutelwoord bleek in de discussie rond taakherschikking. Daarom komt dat begrip uitgebreid aan de orde.

Deel II, Geschikt en geschoven, bevat de resultaten van het jurisprudentieonderzoek. Nagegaan is, welke opvattingen in de jurisprudentie te vinden zijn die taakherschikking kunnen bevorderen dan wel belemmeren. Voor de beantwoording van die vraag is de civiel-, tucht- en strafrechtelijke jurisprudentie vanaf 1990 geanalyseerd.

Belemmeringen in wet- en regelgeving voor taakherschikking

Mr. M.W. de Lint
Mr. G.P.M. Raas

Inhoudsopgave

1	Inleiding	9
1.1	Aanleiding en achtergrond	9
1.2	Gevolgde werkwijze	9
1.3	Leeswijzer	10
2	Bestaande en te verwachten belemmeringen voor taakherschikking in de wet BIG	12
2.1	Inleiding	12
2.2	Beschrijving van de wet BIG	12
2.3	Bestaande en te verwachten belemmeringen in de wet BIG	18
2.4	Samenvattende conclusies ten aanzien van belemmeringen	25
2.5	Toetsing van bevindingen aan publieke belangen	26
2.6	(Beleidsmatige en) juridische afwegingen ten aanzien van mogelijke oplossingsrichtingen	29
2.7	Tot slot	36
3	Bestaande en te verwachten belemmeringen voor taakherschikking in de WGBO	37
3.1	Inleiding	37
3.2	Beschrijving van de WGBO	38
3.3	Bestaande en te verwachten belemmeringen in de WGBO	42
3.4	Samenvattende conclusies ten aanzien van belemmeringen	46
3.5	Toetsing van bevindingen aan publieke belangen	47
3.6	(Beleidsmatige en) juridische afwegingen ten aanzien van mogelijke oplossingsrichtingen	47
4	Bestaande en te verwachten belemmeringen voor taakherschikking in de WOG	50
4.1	Inleiding	50
4.2	Belemmeringen in de WOG	50
4.3	Toetsing van bevindingen aan publieke belangen	51
4.4	(Beleidsmatige en) juridische afwegingen ten aanzien van mogelijke oplossingsrichtingen	53
5	Bestaande en te verwachten belemmeringen in de verzekeringswetten en de tarievenwet	55
5.1	Inleiding	55
5.2	Belemmeringen in de sociale ziektekostenverzekeringswetten: Ziekenfondswet en AWBZ	55

5.3	Belemmeringen in de tarievenwet: Wet tarieven gezondheidszorg	57
5.4	Belemmeringen in andere sociale verzekeringswetten	59
5.5	Toetsing van bevindingen aan publieke belangen	61
5.6	Beleidsmatige en juridische afwegingen ten aanzien van mogelijke oplossingsrichtingen	62
6	Bestaande en te verwachten belemmeringen in de aansprakelijkheidsregeling	63
6.1	Inleiding	63
6.2	Beschrijving van het civiele aansprakelijkheidsrecht	64
6.3	Bestaande en te verwachten belemmeringen	67
6.4	Samenvattende conclusies ten aanzien van belemmeringen	68
7	Europese aspecten van regelgeving in relatie tot taakherschikking	70
7.1	Inleiding	70
7.2	Beperkingen door Europese regelgeving	70
7.3	Conclusie	72
	 Bijlagen	
1	Criteria wet BIG	77
2	Lijst van afkortingen	81
3	Literatuurlijst	83

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

In de adviesaanvraag over taakherschikking worden voorbeelden genoemd van bepalingen in wet- en regelgeving die taakherschikking in de weg zouden staan. Zo acht de Minister het niet uitgesloten dat diverse onderdelen in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG) een goede uitwerking van taakherschikking op sommige punten in de weg staan. Verder zouden bepalingen in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) voor onduidelijkheid kunnen zorgen, wanneer meer zorgverleners bij de zorg voor een patiënt betrokken worden.

Taakherschikking, zo meldt de adviesaanvraag, heeft een plaats in het proces om de zorg te moderniseren. Daarbij is het van belang op verantwoorde wijze rekening te houden met het toekomstig juridisch kader voor taakherschikking. Uit de vele initiatieven op het gebied van taakherschikking, die al in gang zijn gezet, blijkt namelijk vooral behoefte te zijn aan duidelijkheid over de kwestie van de verantwoordelijkheidsverdeling.

De adviesaanvraag komt mede voort uit het project 'De arts van straks'. In dit project over een nieuw medisch opleidingscontinuüm kwamen al snel signalen, dat wetgeving een belemmering was voor een herverdeling van taken (in het rapport substitutie genoemd). Zo werden in de praktijk onder meer belemmeringen gesignaleerd door de Wet op de geneesmiddelenvoorziening. Daarnaast komt in de aanbevelingen over substitutie naar voren, dat expliciete duidelijkheid nodig is over de noodzakelijke deskundigheid om verantwoordelijkheden goed te kunnen afstemmen (KNMG, VSNU, VAZ, NVZ, LCVV, 2002).

1.2 Gevolgde werkwijze

In een aantal gesprekken met deskundigen is een inventarisatie gemaakt van de belangrijkste knelpunten en belemmeringen voor taakherschikking in wet- en regelgeving. Daarbij kwamen de van belang zijnde wetten als snel in beeld. Die inventarisatie heeft de Raad voorgelegd aan een door hem ingestelde klankbordgroep met juristen. Ook een inventarisatie van mogelijke

oplossingsrichtingen voor die belemmeringen is in de klankbordgroep besproken.

De volgende personen hebben in de klankbordgroep geparticipeerd:

- Prof. mr. J. Legemaate, hoogleraar gezondheidszorgbeleid- en recht;
- Prof. mr. J.K.M. Gevers, hoogleraar gezondheidsrecht;
- Prof. mr. G.R.J. de Groot, bijzonder hoogleraar zorgverzekeringsrecht;
- Prof. mr. F.C.B. van Wijmen, hoogleraar gezondheidsrecht;
- Mr. J.J. van Uchelen, vice-voorzitter rechtbank en voorzitter medisch tuchtcollege Zwolle;
- Mr. I.P.C. Sindram, advocaat en procureur.

De leden hebben verder ook afzonderlijk commentaar geleverd op aan hen voorgelegde stukken.

Naast belemmeringen in wet- en regelgeving is er voor gekozen enkele thema's uit te werken. Zo wordt het thema van de aansprakelijkheid apart belicht omdat, zo bleek steeds weer, het onderwerp verantwoordelijkheid, vooral onder de noemer 'eindverantwoordelijkheid', de gemoederen bezighoudt als taakherschikking aan de orde komt.

1.3 Leeswijzer

In de hoofdstukken 2 en 3 worden respectievelijk de wet BIG en de WGBO nader bekeken. Aan deze wetten wordt relatief de meeste aandacht besteed, omdat die in het bijzonder raken aan de individuele beroepsuitoefening in de gezondheidszorg. Na een korte beschrijving van de wetten zijn de bestaande en te verwachten belemmeringen geïnventariseerd. Vervolgens worden de bevindingen getoetst aan de te borgen publieke belangen bij taakherschikking: toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. De hoofdstukken eindigen met beleidsmatige en juridische afwegingen die bij mogelijke oplossingsrichtingen in beeld komen.

Hoofdstuk 4 gaat in op bestaande en te verwachten belemmeringen in de Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG). Het hoofdstuk eindigt met verschillende mogelijkheden om de wet aan te passen.

Belemmeringen in de verzekeringswetten en de tarievenwet worden in hoofdstuk 5 belicht. Omdat ook in wetten, die recht geven op een sociale uitkering, belemmeringen voorkomen voor taakherschikking wordt in hoofdstuk 5, bij wijze van voorbeeld, de wettelijke regeling inzake de WAO-uitkering gezien vanuit het perspectief van taakherschikking.

De kwestie van de ‘eindverantwoordelijkheid’ die rond taakherschikking zo’n prominente plaats inneemt in de discussie, komt in hoofdstuk 6 over de aansprakelijkheid uitgebreid aan bod. Europese aspecten worden tot slot in hoofdstuk 7 besproken.

De conclusies die de Raad trekt uit de achtergrondstudie zijn terug te vinden in het advies.

2 Bestaande en te verwachten belemmeringen voor taakherschikking in de wet BIG

2.1 Inleiding

Wie over taakherschikking begint, hoort al snel dat de wet BIG daarbij een obstakel vormt. De wet zou niet toestaan dat artsen bepaalde handelingen overdragen aan andere beroepsbeoefenaren. In dat kader wordt wel de term 'niet overdraagbare handelingen' gebruikt. Daarbij doelt men dan vooral op het stellen van een medische diagnose en het opstellen van een medisch behandelplan.

Het is mogelijk dat er in de wet belemmerende regelingen voor taakherschikking voorkomen, maar dat zijn wellicht toch andere dan hierboven worden genoemd. De wet BIG is immers juist te kenmerken als een 'liberale' wet: het artsenmonopolie van destijds is met de inwerkingtreding van de wet in 1995 doorbroken. In beginsel mag iedereen werkzaam zijn op het terrein van de individuele gezondheidszorg. Het stelsel van beroepsbescherming is vervangen door een stelsel van titelbescherming.

Dit hoofdstuk begint met een korte beschrijving van delen van de wet BIG. Vervolgens wordt aangegeven waar mogelijke belemmeringen zitten voor taakherschikking. De bevindingen worden tot slot geplaatst in het kader van bij taakherschikking te borgen publieke belangen. In de adviesaanvraag worden als publieke belangen benoemd: de kwaliteit, de veiligheid en de toegankelijkheid van de zorg. Veiligheid wordt in deze analyse niet als apart punt onder de loep genomen, maar gezien als onderdeel van kwaliteit.

2.2 Beschrijving van de wet BIG

De wet BIG is een 'kwaliteitswet'. Alom wordt de wet gekwalificeerd als een wet die de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg regelt. Alle onderwerpen/artikelen in de wet, inclusief die van handhaving en de strafbepalingen, moeten in dat licht aangemerkt worden als kwaliteitswaarborgen. Toch is in onderstaande beschrijving gekozen voor die

onderwerpen/artikelen in de wet die in het bijzonder relevant zijn voor taakherschikking.

Titelbescherming

Middels titelbescherming garandeert de overheid dat de beroepsbeoefenaar die een titel mag voeren aan bepaalde (opleidings)eisen voldoet. De burger/patiënt weet zodoende, dat hij te maken heeft met een beroepsbeoefenaar die deskundig is op een bepaald vakgebied. De niet titelgerechtigde mag zich overigens wel op het vakgebied van een titelgerechtigde begeven. Dat is immers inherent aan het uitgangspunt van de wet: in plaats van beroepsbescherming een stelsel van titelbescherming.

De wet onderscheidt twee soorten beroepen. De eerste soort is beroepen, waarop het stelsel van registratie en beroepstitelbescherming van toepassing is. De tweede soort is beroepen, waarop het stelsel van opleidingstitelbescherming van toepassing is.

Het stelsel van registratie en beroepstitelbescherming geldt voor acht beroepen (arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige en psychotherapeut). Het mogen voeren van de titel is gekoppeld aan het ingeschreven staan in een door de overheid beheerd register (artikel 3 en 4). Men noemt dit ook wel constitutieve registratie: aan het ingeschreven staan zijn rechtsgevolgen verbonden, namelijk het gevolg dat men gerechtigd is de titel te voeren.

Het stelsel van opleidingstitelbescherming geldt voor de andere geregelde beroepen. Het voeren van de titel is gekoppeld aan het behalen van het diploma. Dit stelsel geldt op dit moment voor de volgende beroepen: verzorgende in de individuele gezondheidszorg, optometrist, heilgymnast-masseur, diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, podotherapeut, apothekers-assistent, radiodiagnostisch laborant, radiotherapeutisch laborant en tandprotheticus.

Een beschermde titel kan ook voortvloeien uit de regeling van specialismen. Indien voor een beroep een regeling voor specialismen tot stand komt, kan de Minister daaraan een wettelijk erkende (en beschermde) titel toekennen (artikel 14).

Deskundigheidsomschrijving

Om duidelijk te maken waar een titelgerechtigde beroepsbeoefenaar voor staat, is - in de wet of een algemene maatregel van bestuur - het deskundigheidsgebied nader omschreven. Soms is die omschrijving uiterst summier, soms tamelijk uitgebreid.

Tot het gebied van deskundigheid van de arts wordt gerekend het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst (artikel 19, lid 1). Die omschrijving is uiterst summier. Dat ligt bijvoorbeeld anders voor de psychotherapeut. In een algemene maatregel van bestuur is precies omschreven met welke methoden (en op welke gebaseerde theorieën) de psychotherapeut deskundig is om stemmingen, gedragingen en houdingen van een persoon te beïnvloeden (artikel 27 wet BIG juncto artikel 11 Besluit psychotherapeut, besluit van 17 maart 1998, Stb. 155).

Opleidingseisen

Voor ieder beroep dat in het kader van de wet BIG geregeld wordt, worden de opleidingseisen vastgesteld. Net als voor de omschrijving van het deskundigheidsgebied geldt, is de mate van gedetailleerdheid verschillend voor de onderscheiden beroepen.

Zo zijn voor de arts (in bijlagen) 200 eindtermen van de opleiding vastgelegd en worden 343 problemen van patiënten benoemd als uitgangspunt voor het onderwijs (Besluit opleidingseisen arts, besluit van 19 juli 1997, Stb. 379).

Voor bijvoorbeeld de diëtist daarentegen zijn de eisen summier geformuleerd. Twee artikelen met een globale omschrijving van eisen voor het theoretisch en praktisch onderwijs volstaan (artikel 3 en 4 van het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut, besluit van 24 oktober 1997, Stb. 523).

Voorbehouden handelingen

Op het beginsel, dat iedereen werkzaam mag zijn op het terrein van de individuele gezondheidszorg, wordt in de wet BIG een uitzondering gemaakt voor de 'voorbehouden handelingen'. Het zijn (13 clusters van) handelingen waarvan tijdens de parlementaire behandeling is besloten, dat die zo gevaarlijk zijn dat specifieke waarborgen nodig zijn.

Wat is gevaarlijk?

Tijdens de parlementaire behandeling is de regeling van voorbehouden handelingen het meest omstreden onderdeel van de wet gebleken. Onder meer vanwege het feit, dat men alleen handelingen wilde voorbehouden die bij ondeskundige uitvoering gevaarlijk zijn voor de patiënt. Maar wat heet gevaarlijk?

De Gezondheidsraad, die tijdens de behandeling van de wet twee adviezen over voorbehouden handelingen uitbracht, concludeerde:

'Aan de stand van de wetenschap kunnen geen objectieve maatstaven worden ontleend om de ene groep handelingen wèl, en een andere groep niet tot voorbehouden te verklaren. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt wel, dat alle medische handelingen gevaarvol kunnen zijn.'

Toch is het voor iedereen wel duidelijk dat de gevaren groot zijn als een ondeskundige een hartoperatie uitvoert. Voor andere handelingen is die beoordeling lastiger. Zo was iedereen het er ook wel over eens dat aan psychotherapie gevaren vastzitten als die door ondeskundigen wordt uitgevoerd.

Omdat het onbevoegd uitvoeren van voorbehouden handelingen strafbaar is, luistert de omschrijving daarvan nauw. Er zijn met andere woorden juridisch sluitende formuleringen nodig, waaruit blijkt wat voorbehouden wordt. En hoe moet je psychotherapie afbakenen ten opzichte van een ondersteunend gesprek door de verpleegkundige of door de geestelijk verzorger? Afbakeningsproblemen spelen dan ook een rol. Reden waarom psychotherapie niet als voorbehouden handeling is aangemerkt.

Na veel discussie is de volgende lijst met 13 clusters van voorbehouden handelingen vastgesteld: heerkundige handelingen, verloskundige handelingen, het verrichten van endoscopieën, het verrichten van catheterisaties, het geven van injecties, het verrichten van puncties, het onder narcose brengen, het verrichten van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden, het verrichten van electieve cardioversie, het toepassen van defibrillatie, het toepassen van electroconvulsietherapie, steenvergruizing voor geneeskundige doeleinden en 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 (artikel 36).

Die specifieke waarborgen houden in, dat alleen de arts bevoegd is om de indicatie te stellen voor die handelingen (en de tandarts en de verloskundige voor enkele daarvan). Bovendien wordt expliciet de eis gesteld dat de arts (en de tandarts en de verloskundige) ook bekwaam moet zijn om die handelingen uit te voeren.

De wet stelt verder eisen aan de arts als die voorbehouden handelingen door anderen wil laten uitvoeren. Zo moet zij/hij zich overtuigen van de bekwaamheid van de ander om die handeling naar behoren te kunnen uitvoeren, moet toezicht en tussenkomst mogelijk zijn en moeten, indien nodig, aanwijzingen worden gegeven (artikel 38).

Ook aan degene die een handeling in opdracht van een arts (of tandarts, of verloskundige) uitvoert, worden eisen gesteld. Zij/hij moet zichzelf bekwaam achten en handelen volgens de aanwijzingen van de opdrachtgever (artikel 35).

De bevoegdheidsregeling gaat uit van een één op één relatie tussen opdrachtgever en opdrachtnemer. Dat is niet de praktijk. Om aan een aantal praktische bezwaren tegemoet te komen, biedt artikel 39 een oplossing. De essentie van dat artikel is, dat bij algemene maatregel van bestuur een bepaalde categorie beroepsbeoefenaren wettelijk deskundig wordt verklaard om bepaalde voorbehouden handelingen zonder toezicht en tussenkomst van de opdrachtgever uit te voeren (Raad BIG, 1995). Dit artikel is toegepast voor verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen en mondhygiënisten (Besluit functionele zelfstandigheid, besluit van 29 oktober 1997, Stb. 524).

Schematisch ziet de bevoegdheidsregeling er als volgt uit:

Bevoegdheid	Bevoegdheid wordt ontleend aan artikel	Bevoegd tot
Zelfstandige bevoegdheid	36	Indicatie en uitvoering (mits bekwaam)
Uitvoeringsbevoegdheid	35	Uitvoering met toezicht en tussenkomst (mits bekwaam)
Zelfstandige uitvoeringsbevoegdheid (toepassing artikel 39)	35	Uitvoering zonder toezicht en tussenkomst (mits bekwaam)

Bron: Advies voorbehouden handelingen, Raad BIG

Een aantal voorbehouden handelingen is buiten de wet BIG geregeld. Zo is het voorschrijven van medicijnen voorbehouden aan artsen, maar geregeld in de Wet op de geneesmiddelenvoorziening (zie verder hoofdstuk 4). Verder is het afgeven van een verklaring van overlijden voorbehouden aan de behandelend arts en geregeld in de Wet op de lijkbezorging. Dit laatste is niet zozeer een voorbehouden handeling in de zin van de wet BIG, maar is veel meer te beschouwen als een administratief voorschrift.

Tuchtrecht

Als een beroepsbeoefenaar tekortschiet in de zorg voor een patiënt kunnen maatregelen worden opgelegd. Verder kan corrigerend worden opgetreden als een beroepsbeoefenaar door haar of zijn optreden handelt in strijd met een goede individuele gezondheidszorg (artikel 47). Tuchtrecht geldt voor de acht beroepen waarop het stelsel van registratie en beroepstitelbescherming van toepassing is (zie hiervoor onder titelbescherming).

Niet iedereen ziet in tuchtrecht een instrument om kwaliteit te waarborgen. Toch is het handhaven van de kwaliteit van de beroepsuitoefening het primaire doel van het (wettelijk) tuchtrecht. Zo zijn de rechten van de patiënt voor een belangrijk deel tot stand gekomen via de (tuchtrechtelijke) jurisprudentie. Al lang voor de inwerkingtreding van de WGBO was in de (tucht)rechtspraak het inzagerecht erkend en het recht op een

afschrift van de stukken uit het medisch dossier (Hubben, 1990).

Tuchtrecht vervult verder een belangrijke functie in de normontwikkeling voor de beroepsuitoefening. In die normontwikkeling kunnen bijvoorbeeld grenzen gesteld worden aan wat artsen aan andere disciplines kunnen overdragen en onder welke voorwaarden (Gevers, 1998). Die normen zijn een mogelijke bron/belemmering voor taakherschikking.

Zo blijkt uit jurisprudentieonderzoek (zie deel II in deze bundel), dat de tuchtrechter zich ook uitspreekt over wat wel en niet voor taakherschikking in aanmerking komt. Wel vaccinatie, eenvoudige medische handelingen en triage op de SEH, maar niet het voorschrijven van medicijnen door verpleegkundigen.

2.3 Bestaande en te verwachten belemmeringen in de wet BIG

De bestaande en te verwachten belemmeringen zijn onderverdeeld in vijf categorieën: het ontbreken van een beschermde titel, deskundheidsomschrijvingen, opleidingseisen, voorbehouden handelingen en tuchtrecht. De mate waarin belemmeringen voorkomen, kan per onderdeel voor de verschillende beroepen variëren.

Het ontbreken van een beschermde titel

Het niet kunnen voeren van een beschermde titel kan (verdergaande) taakherschikking in de weg staan. Titelbescherming impliceert erkenning van deskundigheid. Met een beschermde titel (dat kan ook een beschermde specialistentitel zijn) kan men zich immers kenbaar maken als deskundige op een bepaald vakgebied en zich daarmee onderscheiden van niet of anders gekwalificeerden.

Het ontbreken van een beschermde titel laat op zijn minst onduidelijkheid bestaan over de taken die men in het kader van taakherschikking zou willen of kunnen overdragen. Ter illustratie het voorbeeld van de doktersassistente.

Destijds kwam de Raad BIG tot de conclusie dat het beroep van doktersassistente niet in aanmerking kwam voor regeling in de wet BIG. De Raad stelde vast dat het beroep niet aange-merkt kon worden als een beroep dat zich hoofdzakelijk en specifiek richt op de gezondheid van de individuele patiënt.

Daarmee was geen basis aanwezig om het beroep te regelen in het kader van de wet BIG. Met ander woorden: het beroep valt niet binnen de reikwijdte van de wet BIG (Raad BIG, 1996). (Zie voor de criteria die tijdens de parlementaire behandeling tot stand zijn gekomen om te beoordelen of een beroep voor regeling in aanmerking komt, bijlage 1).

Doktersassistenten worden echter in de huisartsenzorg in toenemende mate ingezet om te bepalen of een patiënt met klachten de dokter moet zien en zo ja, binnen welk tijdsbestek. Als het beoordelen van de urgentie van gezondheidsklachten een steeds belangrijker onderdeel (of in sommige situaties het hoofdbestanddeel) wordt van het werk van de doktersassistenten is in de eerste plaats de vraag aan de orde of de opleiding daarop niet aangepast moet worden. De opleiding is nog overwegend gericht op het ondersteunen van de huisarts in de bedrijfsvoering (receptionele en administratieve taken, zie bijvoorbeeld de advertenties voor deze opleidingen www.loi.nl).

Een tweede daarmee samenhangende vraag is of het oordeel van de Raad BIG van destijds aan herziening toe is. Als het beoordelen van de ernst van de klachten van patiënten een hoofdbestanddeel is van de beroepsuitoefening, valt het beroep onder de reikwijdte van de wet BIG. Of het beroep dan ook geregeld moet worden, hangt verder af van de criteria die voor het regelen van artikel 34 beroepen gelden (zie ook bijlage 1).

De behoefte om de opleiding te regelen en eisen te stellen die zijn toegesneden op de veranderende beroepsuitoefening, zullen leiden tot de wens om de gekwalificeerde van de niet gekwalificeerde te kunnen onderscheiden. Titelbescherming (via een regeling ex artikel 34) is daarvoor een goed instrument.

Daar komt bij, dat ook de behoefte aan publieksvoorlichting een grotere rol zou kunnen gaan spelen. Dat hangt overigens weer af van de vraag, waar de doktersassistente werkzaam zal zijn. In een werksituatie waarin er sprake is van een één op één relatie tussen arts en doktersassistente is dat criterium minder relevant dan in een situatie, waarin de triage (het beoordelen van de ernst van klachten) als een apart onderdeel van de zorg en min of meer los van de huisartsenpraktijken (zoals in call centers) wordt georganiseerd. Consumenten en patiënten, maar ook verzekeraars en groepen huisartsen zullen ook dan

de gekwalificeerden van de niet gekwalificeerden willen kunnen onderscheiden.

Deskundighedsomschrijvingen

Een te ruim, te beperkt of te strikt omschreven deskundigheidsgebied kan taakherschikking in de weg staan. Een in het kader van de wet geregelde beroepsbeoefenaar (artikel 3 of 34) wordt namelijk geacht te blijven binnen het omschreven deskundigheidsgebied. Hij is strafbaar als hij dat niet doet en daarbij schade of een aanmerkelijke kans op schade veroorzaakt (artikel 96). Inherent aan een ruim omschreven gebied is dat de grenzen niet altijd duidelijk zijn.

Het meest ruim omschreven deskundigheidsgebied is dat van de arts: het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst (artikel 19). Het begrip geneeskunst heeft in de jurisprudentie altijd een zeer ruime interpretatie gekregen: "Elke raad of daad met de werkelijke of vermeende strekking om een genezende werking op de zieke mens uit te oefenen."

Die ruime interpretatie is terug te vinden in artikel 1, lid 2 van de wet.

In deze wet en de daarop rustende 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/haar van een ziekte te genezen, hem/haar voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn/haar 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.

Een zo ruim omschreven deskundigheidsgebied heeft als nadeel, dat het weinig zegt over de specifieke deskundigheid van artsen. Bijna alles wat in de gezondheidszorg aan activiteiten plaatsvindt, is wel onder het begrip te scharen. In het kader van taakherschikking is het verder een belemmering, omdat het al snel leidt tot de conclusie dat die taken tot het 'exclusieve' (deskundigheids)domein van de arts behoren. Een ruim omschreven deskundigheidsgebied wil overigens niet zeggen dat er geen grenzen zijn. Zo vond de rechter, in het aan

hem voorgelegde concrete geval, dat een basisarts onvoldoende deskundigheid had om oogheekundige verrichtingen te doen (zie verder deel II in de bundel).

Voor verpleegkundigen geldt een vrij ruim omschreven deskundigheidsgebied. Wanneer ze taken overnemen van artsen, vallen die taken met enige interpretatie in het algemeen wel binnen het omschreven gebied. Dat wil zeggen, als men van opvatting is dat verpleegkundigen daarbij altijd handelen in opdracht van de arts. Zo past de controle van patiënten met hartfalen, van diabetespatiënten en patiënten volgens protocol instellen op insuline (binnen bepaalde marges) wel onder de bepaling van artikel 33 onder 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.

In de praktijk blijkt echter, dat 'het ingevolge opdracht' een rem is op ontwikkelingen waarbij de verpleegkundige een meer zelfstandige rol in de begeleiding van patiënten is toebedacht. Meestal is het de arts die claimt 'eindverantwoordelijk' te zijn voor dat wat de verpleegkundige doet. Dat leidt soms tot bureaucratische (interne) regelgeving. Elk advies van de verpleegkundige moet door de arts geverifieerd worden. Uit instellingen komt de klacht, dat artsen organisatorische veranderingen vanuit het 'domeindenken' en 'eindverantwoordelijk zijn' tegenhouden.

De deskundigheidsomschrijvingen van de (meeste) paramedici zijn beperkt door de toevoeging, dat ze *deskundig zijn op verwijzing* van de (tand)arts. Wanneer het in het kader van taakherschikking wenselijk is, dat paramedici rechtstreeks toegankelijk zijn voor de patiënt, zou de omschrijving aangepast moeten worden. Ook de aanspraak op fysiotherapie in de Ziekenfondswet zou dan in die zin aangepast moeten worden (zie verder hoofdstuk 5).

Een strikt omschreven deskundigheidsgebied, zoals voor psychotherapeuten, maakt taakherschikking lastiger. Als nieuwe kennisgebieden of theorieën met daaruit voortvloeiende taken/taakgebieden worden toegevoegd aan de deskundigheid, is voortdurend aanpassing nodig.

Een strikt omschreven deskundigheidsgebied heeft ook voordelen. De consument/patiënt weet beter waar hij aan toe is. Hij kan zodoende een meer afgewogen keuze maken bij het

zoeken van een hulpverlener. Ook wat de aansprakelijkheid betreft, heeft een strikt omschreven deskundigheidsgebied voordelen. Overtreding daarvan kan gemakkelijker aangetoond worden dan bij een ruim omschreven deskundigheidsgebied (zie voor het punt van de aansprakelijkheid verder hoofdstuk 6).

Opleidingseisen

Als men in het kader van taakherschikking opleidingseisen wil veranderen, is dat geen gemakkelijke weg. Het aanpassen van de regelgeving vraagt doorgaans de nodige tijd.

Beperkingen voor taakherschikking liggen niet zozeer in de opleidingseisen zelf (want die kunnen uiteraard aangepast c.q. uitgebreid worden), maar veel meer in de breedte of diepte van opleidingen. Een brede opleiding biedt meer mogelijkheden voor taakherschikking dan een opleiding die meer specifiek gericht is op een bepaalde behandelwijze of een beperkt gebied van beroepsuitoefening.

Welomschreven (meer gedetailleerde) opleidingseisen hebben als voordeel dat ze houvast bieden bij het vaststellen van de bekwaamheid van beroepsbeoefenaren. Dat kan een voordeel zijn bij taakherschikking. Voor toetsing door de (tucht)rechter is dat in ieder geval een voordeel.

Een mogelijke beperking voor taakherschikking is verder gelegen in de regeling van specialismen (artikel 14). De beroepsgroep stelt zelf vast voor welke deelgebieden van het beroep bijzondere deskundigheid vereist is. De beroepsgroep bepaalt verder ook de opleidingseisen. Daarmee hebben de in artikel 3 geregelde beroepsgroepen een mogelijkheid om taakherschikking te beïnvloeden. Immers, wanneer voor veel deelgebieden extra opleiding (naast een basisopleiding) nodig is, wordt het moeilijker taken structureel tot het deskundigheidsgebied van anders of lager gekwalificeerden te rekenen. De overheid kan goedkeuring aan een door de beroepsgroep opgestelde regeling slechts onthouden wegens strijd met het recht of het algemeen belang (artikel 14, lid 4). Met de regeling van specialismen kan de beroepsgroep eveneens invloed uitoefenen op de capaciteit. Om die reden heeft de MDW-werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische beroepen een meer expliciete beoordeling door de minister van VWS aanbevolen (MDW-werkgroep, 2001). De Minister zou moeten beoordelen of de voorgestelde eisen daadwerkelijk nodig zijn om de vereiste opleidingskwaliteit te garanderen.

Wellicht meer nog dan het aanpassen van opleidingseisen van bestaande beroepen (en specialismen) is de financiering van nieuwe opleidingen een belemmering voor taakherschikking. Zo is de financiering van de opleiding physician assistant nog in discussie en speelt de financiering een rol bij de vraag of de nieuwe opleiding tot technisch geneeskundige van start kan gaan.

Voorbehouden handelingen

De regeling van voorbehouden handelingen is in het belang van de burgers/patiënten. Zo mogen zij er op vertrouwen, dat alleen bekwame artsen operaties verrichten. Toch worden bij operaties ook wel handelingen door niet-artsen verricht. Het is bijvoorbeeld niet ongebruikelijk, dat operatieassistenten bijvoorbeeld aan het eind van de operatie (een deel van) de wond sluiten, terwijl de chirurg de operatiekamer al heeft verlaten. En in het kader van taakherschikking is het in de toekomst wellicht de physician assistant die kleinere chirurgische ingrepen (zelfstandig) uitvoert of de mondhygiënist die zelfstandig gaatjes boort.

Op het eerste gezicht lijkt de regeling van voorbehouden handelingen weinig belemmeringen op te leveren voor taakherschikking. Immers, zolang opdrachtgever en opdrachtnemer handelen volgens de regels in de artikelen 35 en 38 (en 39) van de wet is er weinig aan de hand. De arts blijft verantwoordelijk voor de opdracht en de inhoud van de opdracht, de opdrachtnemer voor haar of zijn inschatting over de eigen bekwaamheid en voor een correcte uitvoering. Bovendien gaat het om slechts 13 categorieën handelingen uit een veelheid van (categorieën) handelingen in de gezondheidszorg.

Bij nadere beschouwing is op die conclusie wel wat af te dingen. Roscam Abbing heeft het in dit verband over de constructies die worden ontwikkeld, die de door de wetgever aangegeven grenzen voor het rechtmatig verrichten van voorbehouden handelingen door een niet-bevoegde oprekken. Ze is van mening, dat een dergelijke protocollering van de opdracht aan een functioneel zelfstandig uitvoeringsbevoegde, die het stellen van een diagnose, voor daarop aansluitende in het protocol omschreven werkzaamheden, overlaat aan een verpleegkundige, niet strookt met de wet BIG. Ook al is het handelen van de ambulanceverpleegkundige sterk geprotocolleerd, de ambulanceverpleegkundige bepaalt eigenstandig of,

en zo ja welke, voorbehouden handelingen moeten worden verricht.

In de praktijk is de opdrachtgever volgens Roscam Abbing verte zoeken. Ze constateert, dat de verpleegkundige activiteiten dan ook steeds meer richting medische indicatiestelling schuiven en richting zelfstandige beslissingen over diagnostische en therapeutische werkzaamheden. Ze is van mening dat de rechtsfiguur 'opdracht' daardoor wel heel anders vorm krijgt dan oorspronkelijk in de wet BIG voor ogen stond (Roscam Abbing, 2002).

'In Nieuwolda is de dokter vervangen door een superzuster. Onder toezicht van de huisarts in een naburig dorp behandelt ze eenvoudige klachten van dorpelingen'. Dat is de kop van een artikel uit de Volkskrant van 15 juni 2002.

In het artikel wordt beschreven op welke wijze de nurse practitioner wordt ingeschakeld. Bij gebrek aan richtlijnen hebben de arts en de verpleegkundige zelf afspraken gemaakt. De verpleegkundige beperkt zich tot infecties van de luchtwegen, hoge bloeddruk, rugklachten en kleine ingrepen als het verwijderen van hechtingen. De patiënt krijgt een werkdiagnose en een behandelvoorstel onder voorbehoud. Iedere patiënt wordt kort nabesproken met de arts. 'Pas als die zijn fiat geeft, worden medicijnen besteld of verdere afspraken gemaakt'.

Als de beroepsuitoefening van veel beroepsgroepen in de toekomst meer dan in het verleden wordt uitgeoefend in zelfstandige praktijken (en er zijn aanwijzingen dat dit zal gebeuren), wordt de 'opdrachtfiguur' wellicht nog problematischer.

Een goed voorbeeld van de 'problematische opdrachtrelatie' bij taakherschikking en zelfstandige praktijkvoering is het voorbeeld van de mondhygiënist. De mondhygiënist is deskundig om zonder toezicht door en tussenkomst van de tandarts lokale anesthesie toe te passen door het geven van een injectie¹. Wanneer de mondhygiënist een eigen praktijk heeft en rechtstreeks toegankelijk zou zijn (omdat de verwijzrelatie met de tandarts zou zijn afgeschaft) en benaderd wordt door een patiënt kan de situatie zich voordoen, dat de mondhygiënist verdoving zou willen gebruiken. Dan moet er een relatie worden geconstrueerd met een tandarts. De mondhygiënist

heeft een opdracht nodig van de tandarts om verdoving te kunnen geven (artikelen 35, 38 en 39).

Tuchtrecht

In het jurisprudentieonderzoek dat voor dit advies is uitgevoerd (Geschikt en geschoven, deel II van deze bundel) komt naar voren, dat voor de rechter het bestaande wettelijk kader richtinggevend is. Het gaat in de eerste plaats om het duidelijk maken van verantwoordelijkheden van de verschillende bij taakherschikking betrokken beroepsbeoefenaren.

Onvoldoende opleiding en onvoldoende deskundigheid van degene die taken overneemt, blijken de belangrijkste belemmeringen voor taakherschikking. Verder zitten belemmeringen in de wetten zelf. De conclusie in het onderzoek luidt dat voor échte taakherschikking wetswijziging nodig is.

2.4 Samenvattende conclusies ten aanzien van belemmeringen

De belangrijkste belemmeringen in de wet BIG voor taakherschikking zijn:

- Het ontbreken van een beschermde titel (registertitel, specialistentitel of opleidingstitel) voor beroepsbeoefenaren aan wie men taken wil overdragen. Zonder beschermde titel kan men niet de gekwalificeerde van de niet gekwalificeerde onderscheiden.
- Te beperkt, te ruim of te strikt omschreven deskundigheidsgebieden. Met name de deskundigheidsomschrijvingen waarin 'op verwijzing van' of 'in opdracht van' voorkomen, leveren in de praktijk problemen op als het initiatief voor taakherschikking bij een (groep) niet opdrachtgever of verwijzer ligt.
- Er is relatief veel tijd gemoeid met het aanpassen (en implementeren) van opleidingseisen die nodig kunnen zijn voor taakherschikking.
- Via de regeling van specialismen kunnen beroepsgroepen taakherschikking belemmeren. Immers, wanneer is vastgesteld dat naast een basisopleiding extra opleiding nodig is voor een deelgebied van de beroepsuitoefening, wordt het lastiger taken op die gebieden tot het deskundigheidsgebied van nader of lager gekwalificeerden te rekenen.
- De opdrachtrelatie van de (tand)arts in de artikelen 35 en 38 kan in de praktijk niet altijd waargemaakt worden en

- sluit onvoldoende aan op de zelfstandigheid waarmee andere beroepsbeoefenaren die voorbehouden handelingen uitvoeren.
- Uit de tuchtrechtspraak zijn geen grensverleggende uitspraken te verwachten voor taakherschikking. Het geldende recht is het uitgangspunt in de beoordeling van de rechter.

2.5 Toetsing van bevindingen aan publieke belangen

Toetsing van bevindingen aan publieke belangen

De genoemde belemmeringen in de wet BIG voor taakherschikking moeten gezien worden in het licht van de publieke belangen die de wet BIG mede beoogt te borgen: de toegankelijkheid van de zorg en de kwaliteit van zorg.

Toegankelijkheid van de zorg

Het vrijgeven van het terrein van de individuele gezondheidszorg impliceert/suggereert dat de wet BIG zorgt voor een grotere toegankelijkheid van de zorg. Dat zou het geval kunnen zijn waar het bijvoorbeeld de toegankelijkheid van alternatieve beroepsbeoefenaren betreft. Die zijn immers onder het regime van de wet BIG niet langer strafbaar wegens het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst. Er zijn echter geen cijfers voorhanden die de conclusie zouden rechtvaardigen, dat meer alternatieve behandelaars worden bezocht sinds en omdat de wet BIG is ingevoerd.

Toegankelijkheid hangt af van andere regelingen

De toegankelijkheid van de zorg wordt voor een groot deel bepaald door de beschikbaarheid van hulpverleners en de vraag of diensten van hulpverleners al dan niet vergoed worden. En de wet BIG regelt niet de capaciteit, noch de aanspraken op zorg. Indirect zou de capaciteit nog beïnvloed kunnen worden door stringente opleidingseisen in de wet BIG. De capaciteit zou eveneens beperkt kunnen worden als er bijvoorbeeld geen mogelijkheden zouden zijn om een opleiding in deeltijd te volgen. De instroom (vooral voor vrouwen) zou daarmee belemmerd kunnen worden.

Voor regeling van een beroep bij of krachtens de wet BIG gelden andere motieven dan welke worden gehanteerd bij besluiten omtrent inhoud en omvang van het pakket aan zorganspraken in de Ziekenfondswet (ZFW) of de Algemene

Wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). Tijdens de parlementaire behandeling is andermaal benadrukt, dat de wet niet van invloed is op de aanspraken die de verzekerden op de - al dan niet functioneel omschreven - verstrekkingen kunnen maken².

Wel is er een samenhang, maar geen wetmatige, tussen de wet BIG en een (toekomstig) stelsel van zorgverzekeringen. De wet BIG kan een hulpmiddel zijn om invulling te geven aan een "kwalitatief hoogwaardig stelsel van gezondheidszorg". De zorgverzekeraars zullen bij hun contracteerbeleid rekening houden met en gebruik maken van de kwalitatieve ordening die de wet BIG aanbrengt.

Toch is het niet zo en zal het ook niet zo worden dat diensten/producten van beroepsbeoefenaren die bij of krachtens de wet BIG zijn geregeld 'vanzelfsprekend' worden opgenomen in het pakket zorgaanspraken. Evenmin zal gelden, dat beroepen die niet geregeld zijn bij of krachtens de wet BIG per definitie niet voor vergoeding in aanmerking komen. Zo gelden op dit moment voor de collectief gefinancierde zorg beperkingen wat betreft de toegankelijkheid voor de psychotherapeut en de fysiotherapeut. Voor de fysiotherapeut is de hoofdregel dat die beperkt is tot negen zittingen. Daarentegen komen diensten van niet (in het kader van de wet BIG) geregelde chiropractoren bij veel verzekeringsmaatschappijen via het aanvullende pakket voor vergoeding in aanmerking.

Toegankelijkheid indirect beïnvloed door deskundigheidsomschrijvingen

De (rechtstreekse) toegankelijkheid van de zorg wordt voor een deel beperkt, doordat voor de (meeste) paramedici geldt dat zij slechts deskundig zijn voor zover ze werken op verwijzing van de arts. Dat is een inbreuk op het uitgangspunt van de wet: een stelsel van vrije beroepsuitoefening.

Aan het waarom van die inbreuk op het stelsel van vrije toegang heeft de Raad BIG destijds aandacht besteed. Hij constateerde, dat die vrijheid van beroepsuitoefening niet verder zou moeten worden beperkt dan noodzakelijk is in het belang van de patiënt. Tegen die achtergrond was er reden om 'op verwijzing' in de deskundigheidsomschrijving van de fysiotherapeut te schrappen. De reden om de verwijzrelatie te handhaven was een beroepsinhoudelijke. Op dat moment was de fysiotherapeutische diagnostiek nog onvoldoende uitgekristalliseerd en geïmplementeerd binnen de beroepsgroep om als sluitend systeem voor indicatiestelling te kunnen functioneren.

Naast beroepsinhoudelijke argumenten voor het handhaven van de verwijsrelatie was er nog een meer beleidsmatig argument. Het overheidsbeleid gaat uit van de huisarts als poortwachter voor gezondheidszorgvoorzieningen. Aan de poortwachtersfunctie is naast een beroepsinhoudelijke ook een financiële component te onderkennen. Dat financiële aspect is mede de achtergrond van de regeling van de aanspraak op fysiotherapeutische zorg in de Ziekenfondswet: vergoeding alleen bij verwijzing door de huisarts. Bij het schrappen van op verwijzing in de deskundigheidsomschrijving moeten dan ook de consequenties voor de poortwachtersfunctie van de huisarts duidelijk zijn.

Kwaliteit van zorg

De wet BIG is (maar) tot op zekere hoogte een wet die de kwaliteit van zorg beïnvloedt. De wet schept voorwaarden waardoor beroepsbeoefenaren kwaliteit van zorg kunnen leveren, onder meer door te zorgen voor adequate opleidingseisen die aan titelgerechtigde beroepsbeoefenaren worden gesteld.

Hoezeer de kwaliteit van zorg in individuele patiëntrelaties ook wordt bepaald door (het optreden van) beroepsbeoefenaren, het is duidelijk dat andere factoren eveneens van invloed zijn op de kwaliteit van zorg. Om enkele van die factoren te noemen: de veiligheid van te gebruiken (bloed)producten bij de behandeling, de organisatie van de zorg, de kwaliteit van de gebouwen in de gezondheidszorg, etc.

De wet BIG blijkt vooral bij beroepsbeoefenaren een stimulans te zijn om de eigen praktijkvoering nog eens tegen het licht te houden en om afspraken te maken over verantwoordelijkheden. Dat is de algemene indruk die in het veld van de gezondheidszorg bestaat.

Conclusies ten aanzien van de toetsing aan te borgen publieke belangen

De toegankelijkheid tot de zorg wordt voor een groot deel bepaald door de beschikbaarheid van hulpverleners en de vraag of diensten van hulpverleners al dan niet vergoed worden. De wet BIG is dus niet de belangrijkste factor als het gaat om de toegankelijkheid tot de zorg te waarborgen.

Wel zou die toegankelijkheid nog vergroot kunnen worden als geconcludeerd wordt, dat uiteenlopende beroepsbeoefenaren

een eigen deskundigheid hebben en niet slechts deskundig handelen op verwijzing of in opdracht van de arts. Fysiotherapeuten bijvoorbeeld zouden dan rechtstreeks voor patiënten toegankelijk kunnen worden.

Uit een oogpunt van kwaliteit worden terecht (opleidings)eisen gesteld aan beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg. Om die reden is er aanleiding te bezien of door taakherschikking nieuwe beroepsbeoefenaren (alsnog) in het kader van de wet geregeld moeten worden.

Taakherschikking brengt met zich mee, dat bezien moet worden of het uit een oogpunt van kwaliteit van zorg wenselijk en verantwoord is meer beroepsbeoefenaren een zelfstandige bevoegdheid te geven voor voorbehouden handelingen.

2.6 (Beleidsmatige en) juridische afwegingen ten aanzien van mogelijke oplossingsrichtingen

Uit bovenstaande conclusies volgt dat, indien men taakherschikking wil faciliteren, op een drietal onderwerpen nadere afwegingen nodig zijn:

- Moeten er meer beroepen onder het regime van de wet BIG gebracht worden?
- Welke consequenties moeten in ogenschouw worden genomen bij een beslissing over een uitbreiding van de kring van zelfstandig bevoegden voor voorbehouden handelingen?
- Welke consequenties moeten in ogenschouw worden genomen bij een beslissing over het aanpassen van deskundigheidsgebieden?

Meer beroepen onder de wet BIG brengen?

Zowel het maatschappelijk kader waarbinnen als de achtergrond waartegen de wet BIG gezien moet worden, verandert. In zijn advies 'Artikel 34 beroepen deel IV; advies over krachtens artikel 34 te regelen beroepen in het licht van de toenemende verscheidenheid in het beroepenveld' heeft de Raad BIG destijds al gewezen op de veranderingen in het karakter van de wet en de veranderingen in de rol van de overheid in de loop van de voorbereidingen van de wet.

In dat licht is in dat advies een beschouwing gewijd aan de vraag of de toenemende verscheidenheid (in de jaren negentig) in het beroepenveld noopt tot het regelen van meer beroepen. In relatie tot taakherschikking is die vraag weer actueel. Moet

de doktersassistente geregeld worden, en/of de physician assistant? Of de praktijkondersteuner, en/of de nurse practitioner, en/of de medisch ingenieur?

In verband met de wijziging van artikel 96 wet BIG is recent nog door het kabinet gesteld, dat er geen aanleiding is om het beleid en de regelgeving met betrekking tot de kwaliteit van de niet geregelde beroepen op korte termijn te wijzigen. Daarbij wordt verwezen naar het tweede deel van het advies van de Raad BIG 'Artikel 34 beroepen deel IV; advies over krachtens artikel 34 te regelen beroepen in het licht van de toenemende verscheidenheid in het beroepenveld'. Het kabinet deelt (nog steeds en in afwachting van de resultaten van de evaluatie van de wet BIG) de zienswijze van de Raad BIG op dit punt (27 669, nr.3).

Die zienswijze komt op het volgende neer. De Raad BIG vindt dat de overheid terughoudend moet zijn met het regelen van beroepen. 'De toenemende verscheidenheid aan beroepen kan echter uitmonden in een proces van fragmentatie. Soms lijkt het wel alsof voor de bediening van een nieuw apparaat of de toepassing van een bepaalde behandelwijze een specifieke opleiding nodig is en worden nieuwe functies gecreëerd in instellingen'. Vanwege het gevaar van fragmentatie zou het veld gestimuleerd moeten worden om elkaar in deskundigheid overlappende functies of beroepen terug te brengen tot kernberoepen.

Maar er zijn andere zienswijzen. Zo wijst Roscam Abbing op het feit, dat de overheid met de wet BIG bij de burger het vertrouwen heeft opgewekt dat er in de reguliere zorg kwalitatief verantwoord wordt gehandeld, conform de deskundigheidsterreinen en bekwaamheidseisen in die wet, dat risicovolle handelingen ook in de praktijk voorbehouden zijn aan diegenen die daartoe bevoegd, deskundig en bekwaam zijn. Mede in het licht van taakverschuiving is ze van mening, dat de overheid jegens de patiënt verplicht is gebruik te maken van het instrumentarium in de wet: uitbreiding functioneel zelfstandig uitvoeringsbevoegden, aanwijzen nieuwe beroepen artikel 3, regeling specialismen, meer kwalitatieve informatie in het BIG-register, enzovoort.

Een alternatief voor het regelen van meer beroepen in de wet BIG zou kunnen zijn om de informatieverplichting van instellingen over de kwaliteit van zorg aan te scherpen.

Onder meer vanwege het ontbreken van een directe koppeling tussen wet BIG, Kwaliteitswet zorginstellingen, de verzekeringsaanspraken en de financiering is het op onderdelen aanpassen van de wet BIG niet voldoende om kwaliteit van zorg te garanderen. In zijn advies Volksgezondheid en zorg heeft de RVZ (RVZ, 2001) recent nog aangedrongen op het publiceren van vergelijkende informatie over prestaties van instellingen en beroepsbeoefenaren. Hij ziet daarin een belangrijke impuls voor kwaliteitsverbetering. Door het ontbreken van overeenstemming over de te gebruiken 'uitkomstindicatoren' is het nog niet zover dat prestaties van instellingen en beroepsbeoefenaren vergeleken kunnen worden. Tot die tijd zouden instellingen op zijn minst informatie kunnen verschaffen over onder meer de deskundigheid van medewerkers (al dan niet in loondienst).

De veronderstelling daarbij is, dat de deskundigheid van medewerkers mede bepalend is voor de kwaliteit van zorg. Zo blijkt bijvoorbeeld uit onderzoek dat de samenstelling van de verpleegkundige staf (meer of minder geregistreerde verpleegkundigen) van invloed is op de kwaliteit van zorg (Needleman, J., et al., 2002; Harvard School of Public Health, 2001). De aanwezigheid van een verpleegkundige is ook door betrekken in verpleeg- en verzorgingshuizen aangemerkt als een indicator voor de kwaliteit van zorg. Uit het evaluatierapport van de inspectie Zorgen in de Zomer blijkt echter, dat een derde van de verpleeghuizen niet kan voorzien in de aanwezigheid van één verpleegkundige voor de gehele locatie (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2002). Openbare gegevens over de kwaliteiten van medewerkers (al dan niet geregeld in het kader van de wet BIG) zijn in dat licht minstens zo belangrijk.

Instellingen zouden via de Kwaliteitswet verplicht kunnen worden openheid te verschaffen over de diploma's van medewerkers. Toenmalige minister Borst heeft al aangekondigd, dat een wetswijziging in voorbereiding is waardoor bij ministeriële regeling nadere regels kunnen worden gesteld aan de verslaglegging (TK 27 807, nr.16). Die wetswijziging zou daarvoor benut kunnen worden.

Ook verzekeraars zouden verplicht kunnen worden informatie te verschaffen over het inkoopgedrag, inclusief informatie over de deskundigheid van gecontracteerde beroepsbeoefenaren en instellingen. Bij de keuze voor het wettelijk regelen van beroepen in de wet BIG of het aanscherpen van een informatieverplichting is eveneens het vraagstuk van de handhaafbaarheid

van regelingen en de mogelijkheid van toezicht op regelingen van belang. Als de Inspectie voor de Gezondheidszorg bijvoorbeeld geen mogelijkheden heeft om toezicht te houden op extramuraal werkende individuele beroepsbeoefenaren, zal de keuze mogelijk eerder komen te liggen bij een informatieverplichting voor de beroepsbeoefenaar.

Uitbreiding (functioneel) zelfstandig bevoegden voor voorbehouden handelingen?

Voor taakherschikking kan uitbreiding van het toekennen van een (functioneel) zelfstandige bevoegdheid voor voorbehouden handelingen dienstig zijn. De conclusie dat de opdrachtrelatie voor de arts en de voorwaarden die daarbij in acht genomen moeten worden volgens de artikelen 35 en 38 (en 39) in de praktijk niet waargemaakt kunnen worden, wordt breed onderschreven. Dat geldt eveneens voor de conclusie dat de regeling ook weinig recht doet aan de grote mate van zelfstandigheid, waarmee anderen voorbehouden handelingen uitvoeren.

Als men taakherschikking wil faciliteren, ligt uitbreiding van bevoegdheden voor de hand. Daarbij kan onderscheid gemaakt worden tussen de uitbreiding van de regeling van functioneel zelfstandig bevoegden (artikel 39) en die van de zelfstandig bevoegden (artikel 36).

Bij uitbreiding van de regeling van de functioneel zelfstandig bevoegden valt te denken aan een functioneel zelfstandige bevoegdheid voor het geven van injecties aan de verzorgende in de individuele gezondheidszorg en een functionele zelfstandigheid voor een aantal nader omschreven chirurgische ingrepen voor de toekomstige physician assistant. Als men van mening is dat de doktersassistente in het kader van de wet geregeld moet worden, valt toepassing van artikel 39 ook voor deze beroepsgroep te overwegen, bijvoorbeeld voor het geven van injecties.

Wat het voordeel daarvan is, heeft de Raad BIG destijds beschreven: het expliciteren van deskundigheid en het objectiveren van bekwaamheid, het ontbreken van de noodzaak van een individuele toets met betrekking tot toezicht en tussenkomst door de opdrachtgever, het bieden van houvast aan de (tucht)rechter, het bieden van een deel van de oplossing van organisatorische problemen, het faciliteren van doelmatigheid en flexibiliteit in de zorgverlening en het bieden van duidelijkheid aan opleidingsinstellingen (Raad BIG, 1995).

Die voordelen zouden eveneens kunnen gelden bij het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid (in artikel 36) voor het geven van chirurgische ingrepen (gaatjes boren) en injecties aan de mondhygiënist en voor chirurgische handelingen, injecties, puncties en catheterisaties aan verpleegkundigen. Als men dat niet voor de hele groep verpleegkundigen zou willen doen, is het denkbaar die bevoegdheid toe te kennen aan specifieke groepen verpleegkundigen, bijvoorbeeld de ambulanceverpleegkundige en/of de nurse practitioner.

Wat de ambulanceverpleegkundige betreft, is al voor de invoering van de wet BIG gewezen op de wenselijkheid om die groep zelfstandig bevoegd te verklaren. In dat verband wijst Van Wijmen op de dubbelhartigheid van de regeling. 'Dat het ambulancepersoneel bekwaam genoeg is om de desbetreffende handelingen op kwalitatief niveau uit te voeren, onderstreept de dubbelhartigheid alleen maar: óf dit personeel wordt ook zelfstandig bevoegd verklaard om de desbetreffende handelingen uit te voeren óf aan een passende delegatieregeling wordt reëel inhoud gegeven en aan de naleving ervan wordt de hand gehouden' (Van Wijmen et al, 1993, pagina 429).

Bij de toepassing van artikel 39 voor verpleegkundigen is door Van Wijmen opnieuw gewezen op de ontoereikendheid van de regeling voor ambulanceverpleegkundigen. 'Mijns inziens wordt aldus het begrip opdracht geforceerd. De Raad en de Minister volgen een gelegenheidsredenering om van een probleem af te komen'. (*De Raad waar Van Wijmen over spreekt is de Raad BIG*). Van Wijmen stelt voor om de realiteit onder ogen te zien en de bevoegdheidsregeling daarmee in overeenstemming te brengen. Hij stelt onder meer voor, dat voor de schriftelijke opdracht in de plaats komt, het onder bepaalde omstandigheden werken volgens protocollen (Van Wijmen, 1996).

Het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid in artikel 36 doet het meest recht aan de praktijk en biedt niet alleen een oplossing voor de volgens protocol werkende ambulanceverpleegkundige, maar ook voor de zelfstandig werkende mondhygiënist, de nurse practitioner en andere groepen beroepsbeoefenaren. Die zelfstandige bevoegdheid zou dan gekoppeld moeten worden aan het gebied van deskundigheid, en zoals ook nu in artikel 36 geregeld is voor de tandarts en de verloskundige: uitsluitend voor zover het betreft handelingen die worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid. Evenals

voor artsen geldt dan verder (op basis van artikel 36, lid 14) dat ze bevoegd zijn voor zover bekwaam.

Ter illustratie een voorbeeld hoe dit in de praktijk zou kunnen werken. In de deskundigheidsomschrijving van de verpleegkundige kan opgenomen worden, dat ze deskundig is om injecties te geven conform de in richtlijnen en standaarden gehanteerde voorschriften én om injecties te geven in het verlengde van de behandeling van de arts. Een verpleegkundige, die zelfstandig spreekuren houdt in een huisartsenpraktijk, zal dan griepinjecties kunnen geven bij daarvoor (volgens het protocol) in aanmerking komende patiënten. De verpleegkundige die op een interne afdeling werkt en betrokken is bij de behandeling van patiënten waarvoor geen protocol geldt, zal injecties geven op geleide van het voorschrift van de arts. Voor beide situaties geldt tevens de eis dat ze bekwaam moet zijn.

Mondhygiënisten zullen wellicht ook een zelfstandige bevoegdheid willen hebben voor het maken van röntgenfoto's. Europese richtlijnen maken dat echter onmogelijk. Alleen artsen en tandartsen hebben op grond van Europese richtlijnen de bevoegdheid de indicatie daarvoor te stellen (zie verder hoofdstuk 7).

Tijdens de parlementaire behandeling van de wet is het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid voor voorbehouden handelingen altijd gekoppeld geweest aan regeling van het beroep in artikel 3. Voor de mondhygiënist zou dat in die lijn doorredenerend betekenen, dat er tuchtrecht wordt ingevoerd en sprake zou zijn van een constitutieve registratie. Voor de burger/patiënt heeft dat mogelijk voordelen, maar voor de overheid zou dat een aanzienlijke uitbreiding van (financiële) lasten betekenen.

Dat lijkt wat veel van het goede als we kijken naar investeringen die van de kant van de overheid nodig zijn, afgezet tegen een beperkt aantal patiënten en een beperkt aantal keren dat die behoefte zich manifesteert. Maar in de toekomst zal die behoefte zich mogelijk sterker kunnen manifesteren, ook voor andere beroepsgroepen en voor andere voorbehouden handelingen. Bijvoorbeeld voor de physician assistant of de technisch geneeskundige.

Om de wet BIG een toekomstbestendige regeling te laten zijn, valt te overwegen de tot nu toe gehanteerde koppeling tussen

zelfstandige bevoegdheid in artikel 36 en regeling in artikel 3 te laten vervallen. Daarvoor is geen ingrijpende wijziging in het systeem van de wet nodig, maar een uitgebreide toelichting zou bij een aanpassing van de wet wel wenselijk zijn.

Het loslaten van die koppeling heeft voordelen. Als het wenselijk is titelgerechtigden (van een artikel 3 of van een artikel 34 beroep) een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen voor slechts één voorbehouden handeling, kan de beoordeling of tuchtrecht voor die beroepsgroep separaat plaatsvinden.

Aanpassen deskundigheidsomschrijvingen

Taakherschikking is een dynamisch proces. Opvattingen over wie wat doet in de gezondheidszorg of hoort te doen, veranderen in de loop der tijd. Opvattingen over wie wat doet of hoort te doen, zullen in de toekomst ook sterk bepaald worden door technologische ontwikkelingen en mogelijkheden. Dat de zorgverlening in de toekomst er daardoor anders uit zal zien, staat wel vast. De huidige taakverdeling tussen professionals zal daarop voortdurend bijgesteld moeten worden (zie ook bijlage 7 bij het advies).

Die andere organisatie van de zorg en daarmee samenhangende taakherschikking is uiteraard in de eerste plaats van betekenis voor de opleidingen van de diverse beroepen. En daarmee voor de omschrijving van deskundigheidsgebieden. De behoefte om te weten wie op welk gebied deskundig is, zal door taakherschikking naar verwachting toenemen. Niet alleen bij patiënten, maar eveneens bij verwijzers en ziektekostenverzekeraars. Deskundigheidsomschrijvingen zullen dan ook regelmatig geactualiseerd moeten worden.

Hiervoor is geconstateerd, dat ‘op verwijzing’ en ‘in opdracht’ in de deskundigheidsomschrijvingen belemmeringen opwerpen voor verdergaande taakherschikking. De optie om ook om die reden die omschrijvingen dan aan te passen, ligt voor de hand. Zo gaan steeds meer stemmen op om de fysiotherapeut rechtstreeks toegankelijk te laten zijn voor patiënten. Dat is een van de uitkomsten in een in opdracht van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) door TNO Preventie en Gezondheid recent uitgevoerde haalbaarheidstudie (TNO, 2002).

De overheid zou bij het formuleren van deskundigheidsgebieden een onderscheid moeten maken tussen de deskundigheid sec en andere beleidsmatige overwegingen. Als de fysiotherapeut deskundig is om rechtstreeks door de patiënt geconsul-

teerd te kunnen worden, moeten financiële en/of andere beleidsmatige overwegingen elders geregeld worden. De poortwachtersfunctie van de huisarts zou bijvoorbeeld in de verzekeringsaanspraken tot uitdrukking kunnen komen (zie hoofdstuk 6).

2.7 Tot slot

Taakherschikking is een dynamisch proces. Dat brengt met zich mee dat regelmatig takenpakketten van beroepsbeoefenaren bijgesteld zullen moeten worden. Om de wet BIG meer flexibel en toekomstbestendig te maken, valt te overwegen minder bij wet te regelen, maar meer via AmvB's of ministeriële regelingen.

3 Bestaande en te verwachten belemmeringen voor taakherschikking in de WGBO

3.1 Inleiding

In een onderzoek naar bestaande belemmeringen voor een herschikking van taken tussen beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg mag een analyse van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) niet ontbreken. De WGBO regelt de onderlinge verhouding tussen patiënt en hulpverlener en is nadrukkelijk bedoeld om de rechtspositie van de patiënt te versterken. Om die reden zijn in de WGBO hoofdzakelijk rechten van de patiënt opgenomen, die veelal geformuleerd zijn als verplichtingen voor de hulpverlener. Het is daarom van belang na te gaan of de huidige wettelijke regeling van de contractuele relatie tussen patiënt en hulpverlener belemmeringen opwerpt voor taakherschikking.

Doordat de WGBO vanuit deze specifieke invalshoek wordt benaderd, kan niet zonder meer worden aangesloten bij de conclusies van de evaluatie van de wet, welke in oktober 2000 is afgerond. De evaluatie was hoofdzakelijk gericht op twee centrale thema's in de WGBO, namelijk a) informatie en toestemming en b) beroepsgeheim/privacybescherming. De algemene conclusie luidde, dat de WGBO een belangrijke bijdrage levert aan het bereiken van de primaire doelstelling, namelijk het versterken en verduidelijken van de rechtspositie van de patiënt, maar dat de toepassing van de wet in de praktijk nog aandacht behoeft³.

In dit hoofdstuk wordt eerst in paragraaf 3.2 een korte beschrijving gegeven van de WGBO. Hierin wordt met name aandacht besteed aan die aspecten die vanuit een oogpunt van taakherschikking relevant zijn. Daarna volgt in paragraaf 3.3 een analyse van bestaande en te verwachten belemmeringen voor taakherschikking, die voortvloeien uit de WGBO. De conclusies worden weergegeven in paragraaf 3.4. In paragraaf 3.5 worden de bevindingen getoetst aan de publieke belangen toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg. Tenslotte worden in paragraaf 3.6 oplossingsrichtingen gegeven.

3.2 Beschrijving van de WGBO

Algemeen

De WGBO regelt de contractuele relatie tussen patiënt en hulpverlener en is nadrukkelijk bedoeld om de rechtspositie van de patiënt te versterken. Om die reden zijn in de WGBO hoofdzakelijk rechten van de patiënt opgenomen, die veelal geformuleerd zijn als verplichtingen voor de hulpverlener. De meest belangrijke zijn de plicht tot het verstrekken van informatie, het verkrijgen van toestemming, het beschermen van de privacy van de patiënt en de plicht tot dossiervoering.

Karakter van de wet

De regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) is ondergebracht in het Burgerlijk Wetboek (afdeling 5, titel 7 van boek 7 BW) in de vorm van een bijzondere overeenkomst. Het BW kent een gelaagde structuur: eerst komen algemene bepalingen en dan volgen uitwerkingen, verbijzonderingen en eventuele uitzonderingen. Zo zijn er bepalingen over de overeenkomst in het algemeen en daarnaast zijn er bepalingen die expliciet betrekking hebben op een bepaald type overeenkomst, zoals de arbeidsovereenkomst, de overeenkomst van opdracht. De geneeskundige behandelingsovereenkomst is een verbijzondering van de overeenkomst van opdracht. Dit betekent, dat behalve de specifieke bepalingen voor de geneeskundige behandelingsovereenkomst ook de specifieke bepalingen inzake de overeenkomst van opdracht, alsmede de algemene bepalingen terzake van de overeenkomst van toepassing zijn.

De gelaagdheid brengt met zich mee dat ook bij expliciet in de wet geregelde overeenkomsten soms moet worden teruggegrepen naar de algemene bepalingen over overeenkomsten. Wat in de algemene bepalingen is opgenomen wordt namelijk in de regeling van de bijzondere overeenkomsten in beginsel niet herhaald. Zo is de geneeskundige behandelingsovereenkomst door de patiënt te allen tijde op te zeggen. Die regel treft men niet aan in de WGBO, maar wel in artikel 7:408 eerste lid BW. Een ander voorbeeld betreft de regeling van aansprakelijkheid voor hulppersonen; ook hierover vindt men geen bepalingen in de WGBO, maar weer wel in de artikelen 6:76, 170 en 171 BW.

Het civielrechtelijke karakter van de WGBO brengt verder met zich mee dat naleving van de bepalingen van de WGBO primair in handen van partijen zelf is. Overigens zijn de regels

van de WGBO dwingend recht, in die zin dat niet ten nadele van de patiënt mag worden afgeweken van de bepalingen van de WGBO. Dit is het gebruikelijke patroon bij regelingen die een zwakkere contractpartij beogen te beschermen.

De reikwijdte van de WGBO

De WGBO omschrijft een geneeskundige behandelingsovereenkomst als ‘de overeenkomst waarbij een natuurlijke persoon of een rechtspersoon, de hulpverlener, zich in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf tegenover een ander, de opdrachtgever, verbindt tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst, rechtstreeks betrekking hebbende op de persoon van de opdrachtgever of van een bepaalde derde’ (artikel 7:446, eerste lid).

De vraag op wie de WGBO precies van toepassing is en onder welke omstandigheden, valt - zo blijkt uit de definitie – uiteen in twee deelvragen (Van Lomwel en Van Veen, 1996):

1. Tussen wie komt nu eigenlijk de geneeskundige behandelingsovereenkomst tot stand?
2. Wat zijn handelingen op het gebied van de geneeskunst?

Tussen wie komt de geneeskundige behandelingsovereenkomst tot stand?

De geneeskundige behandelingsovereenkomst komt tot stand tussen een opdrachtgever en een hulpverlener. Zij komen met elkaar overeen, dat de hulpverlener ten behoeve van de opdrachtgever geneeskundige handelingen zal verrichten. De opdrachtgever is doorgaans de patiënt, maar dat hoeft niet altijd zo te zijn. Zo kunnen bijvoorbeeld ook de ouders van een ziek kind opdrachtgever zijn. Het begrip hulpverlener is beduidend gecompliceerder.

In het gewone spraakgebruik in de gezondheidszorg heeft hulpverlener de betekenis van iedere persoon die professionele hulp verleent. In termen van de WGBO ligt dat anders. Een persoon wordt alleen als hulpverlener in de zin van de WGBO beschouwd, indien hij als zelfstandige beroepsbeoefenaar praktijk uitoefent, dus anders dan in dienst van een (rechts)persoon. Onder de zelfstandig werkzame hulpverleners vindt men onder andere artsen, tandartsen, verloskundigen, psychotherapeuten, paramedici en personen die alternatieve geneeswijzen beoefenen. Het zelfstandig werkzaam zijn, behoeft niet uit te sluiten dat de beroepsbeoefenaar de praktijk uitoefent in een instelling (bijvoorbeeld in een ziekenhuis op grond van een toelatingscontract). Vindt de uitoefening van het beroep

daarentegen plaats in dienst van een natuurlijke of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig handelingen op het gebied van de geneeskunst pleegt te verrichten, dan wordt die (rechts)persoon als de hulpverlener aangemerkt. De behandelingsovereenkomst wordt dan met die (rechts)persoon gesloten. Bij hulpverleners die rechtspersonen zijn is te denken aan instellingen als ziekenhuizen, psychiatrische inrichtingen, verpleeghuizen, etc.

Vereist is voorts, dat de hulpverlener de desbetreffende handelingen verricht 'in de uitoefening van een beroep of bedrijf'. Wanneer daarvan sprake is, kan door allerlei omstandigheden worden bepaald. Het min of meer regelmatig verrichten van geneeskundige handelingen kan een aanwijzing zijn, het zich naar buiten kenbaar maken als beroepsbeoefenaar eveneens en voorts het bedingen en verkrijgen van betaling voor de verrichte handelingen.

Wat wordt bedoeld met 'geneeskundige behandeling'?

In het ontwerp van de wet BIG is het gebied dat betrekking heeft op het verlenen van gezondheidszorg aan de individuele patiënt aangeduid met het begrip 'individuele gezondheidszorg'. Volgens de begripsomschrijving in de wet BIG (artikel 1) worden onder handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg verstaan alle verrichtingen rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende diens gezondheid te bevorderen of te bewaken. Binnen dit ruime begrip wordt een beperkter terrein onderscheiden – in de toelichting gekenschetst als het centrale bestanddeel daarvan – dat wordt gevormd door de handelingen liggende op het gebied van de geneeskunst (artikel 1 tweede lid). In de toelichting wordt aangetekend dat scherpe grenzen tussen handelingen die er wel en niet onder vallen moeilijk zijn aan te geven. Dat is voor de wet BIG geen probleem, omdat in die wet de vraag of een bepaalde werkzaamheid onder de wet valt in feite niet aan de orde is, met uitzondering van de regeling inzake voorbehouden handelingen. Deze handelingen zijn evenwel specifiek omschreven. Voor de WGBO ligt dat anders: de omschrijving van het gebied is voor de reikwijdte van de wet rechtstreeks bepalend. Daarom is in de WGBO gekozen voor de beperktere omschrijving uit de wet BIG.

De WGBO verstaat namelijk onder handelingen op het gebied van de geneeskunst (artikel 7:446, tweede lid):

- a. Alle verrichtingen – het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen – rechtstreeks betrekking heb-

- bende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel deze verloskundige bijstand te verlenen.
- b. Andere dan de onder a. bedoelde handelingen, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon, die worden verricht door een arts of tandarts in die hoedanigheid.

Dit laatste betekent, dat al het beroepsmatig handelen van arts of tandarts onder het bereik van de WGBO valt, dus bijvoorbeeld ook handelingen die een arts verricht ten behoeve van een gezonde persoon (voor zover ze niet onder a. vallen), zoals handelingen met een zuiver cosmetisch oogmerk of voorlichting omtrent zwangerschapspreventie.

De WGBO breidt de definitie evenwel in één opzicht uit ten opzichte van de wet BIG. Onder handelingen op het gebied van de geneeskunst wordt in de WGBO namelijk ook verstaan 'het in het kader van geneeskundige handelingen verplegen en verzorgen van de patiënt en het overigens rechtstreeks ten behoeve van de patiënt voorzien in de materiële omstandigheden waaronder die handelingen kunnen worden verricht (artikel 7:446, derde lid). Met dit laatste wordt bijvoorbeeld bedoeld het ter beschikking stellen van een bed in het ziekenhuis (hotelfunctie). Men noemt dit 'aanpalende handelingen', dat wil zeggen handelingen die op zichzelf niet geneeskundig zijn, maar wel noodzakelijk om een geneeskundige handeling uit te voeren.

Aansprakelijkheid

De WGBO bevat nagenoeg geen bepalingen over de (civiele) aansprakelijkheid. Daarvoor moet worden teruggegrepen naar de algemene bepalingen van het BW (zie hoofdstuk 6). Hierop bestaat één uitzondering: de WGBO kent een centrale aansprakelijkheidsregeling.

De WGBO bepaalt namelijk, dat als ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst verrichtingen plaatsvinden in een ziekenhuis dat bij die overeenkomst geen partij is, het ziekenhuis voor een tekortkoming daarbij mede aansprakelijk is, als ware het zelf bij die overeenkomst partij (artikel 7:462 eerste lid). Het ziekenhuis is derhalve het centrale adres voor aansprakelijkheidstellingen op grond van de toerekenbare tekortkoming wegens fouten die binnen de instelling zouden zijn gemaakt. De patiënt hoeft alleen het ziekenhuis aan te spreken en dat moet zich verweren. Indien aansprakelijkheid wordt

erkend en de fout blijkt gemaakt door een zelfstandig gevestigd beroepsbeoefenaar, zal het ziekenhuis de schade eventueel op deze kunnen verhalen (regresrecht).

Onder ziekenhuis wordt in dit verband verstaan een voor de toepassing van de Ziekenfondswet of AWBZ als ziekenhuis, verpleeginrichting of zwakzinnigeninrichting erkende of aangevozen instelling of afdeling daarvan, een academisch ziekenhuis, een abortuskliniek in de zin van de Wet afbreking zwangerschap alsmede een tandheelkundige inrichting in de zin van de Wet tandheelkundige inrichtingen 1986 (artikel 7:462 tweede lid). De centrale aansprakelijkheidsregeling geldt derhalve alleen voor erkende instellingen.

3.3 Bestaande en te verwachten belemmeringen in de WGBO

Terminologie

De WGBO regelt de overeenkomst inzake 'geneeskundige behandeling'. In het spraakgebruik wordt dit begrip opgevat als 'behandeling door een medicus'. Ingevolge de wettelijke definitie valt hieronder evenwel zowel het verplegen en verzorgen in het kader van een geneeskundige behandeling, als het voorzien in de materiële omstandigheden waaronder geneeskundige behandeling kan plaatsvinden. Daarmee heeft de WGBO een beduidend ruimer toepassingsbereik dan de gehanteerde terminologie suggereert. Bovendien maakt de gekozen terminologie onvoldoende duidelijk, dat het aangrijpingspunt voor toepassing van de WGBO zelfstandige praktijkuitoefening is. Dit heeft tot gevolg dat beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg zich onvoldoende realiseren onder welke omstandigheden zij (zelf) contractpartner zijn. Dit klemmt temeer, wanneer taakherschikking leidt tot een toename van zelfstandige praktijkuitoefening door andere beroepsbeoefenaren, zoals verpleegkundigen.

Reikwijdte

De zogenoemde aanpalende handelingen (verplegen en verzorgen, voorzien in materiële omstandigheden) vallen uitsluitend onder het toepassingsbereik van de WGBO, wanneer ze worden uitgevoerd 'in het kader van geneeskundige handelingen'. Dit impliceert dat een vrijgevestigde verpleegkundige, die intensieve of gespecialiseerde thuiszorg biedt in aansluiting op het ontslag van een patiënt uit het ziekenhuis, handelingen op het gebied van de geneeskunst

verricht en derhalve een geneeskundige behandelingsovereenkomst met de patiënt sluit. Wanneer dezelfde verpleegkundige evenwel uitsluitend nachtzorg geeft aan een thuisverblijvende verplegingsbehoefte patiënt is er geen sprake van geneeskundige handelingen en komt geen geneeskundige behandelingsovereenkomst tot stand. Nog afgezien van het feit, dat het uitzonderen van het toepassingsbereik van niet op geneeskundige handelingen aansluitende verpleging en verzorging niet goed te rijmen is met doel en strekking van de WGBO, zal in de praktijk de scheidslijn tussen handelingen die wel en handelingen die niet in het kader van een geneeskundige handeling worden verricht soms moeilijk te trekken zijn.

Persoonlijke dienstverlening

Hulpverlener in de zin van de WGBO is steeds een instelling (rechtspersoon) of een zelfstandig gevestigd beroepsbeoefenaar, maar nooit de werknemer van een zodanige contractspartij. In de praktijk gaat de werknemer namens zijn werkgever (de rechtspersoon) een behandelingsovereenkomst met de patiënt aan. De verplichtingen krachtens de WGBO rusten daarmee op de werkgever. De direct betrokken werknemer zal deze voor de werkgever moeten uitoefenen. De werkgever sluit formeel de behandelingsovereenkomst en draagt er verder zorg voor dat de werknemer zijn hulp conform de WGBO verleent. De werknemer wordt in dit verband ook wel aangeduid als 'hulppersoon'.

Deze duiding van het begrip hulpverlener brengt met zich mee dat soms meer dan één behandelingsovereenkomst tot stand komt: bij ziekenhuisopname komt naast de behandelingsovereenkomst met het ziekenhuis tevens een behandelingsovereenkomst met één (of meer) van de behandelende artsen tot stand, indien deze op basis van een toelatingscontract in het ziekenhuis werkzaam is. Wanneer de behandelend arts evenwel in dienstverband werkzaam is, komt met hem/haar geen behandelingsovereenkomst tot stand.

Desalniettemin rust in beginsel op de arts in dienstverband wel *een verplichting tot persoonlijke dienstverlening*. Door de gelaagde structuur van het BW zijn immers, naast de specifieke bepalingen voor de behandelingsovereenkomst, ook de algemene bepalingen van de opdracht (en in ruimere zin de algemene bepalingen terzake de overeenkomst) van toepassing, tenzij de WGBO daarvan nadrukkelijk afwijkt. Artikel 7:404 BW inzake de overeenkomst van opdracht bepaalt dat 'indien de opdracht is verleend met het oog op een persoon die met de opdracht-

nemer of in zijn dienst een beroep of een bedrijf uitoefent, die persoon gehouden is de werkzaamheden, nodig voor de uitvoering van de opdracht, zelf te verrichten, behoudens voor zover uit de opdracht voortvloeit dat hij deze onder zijn verantwoordelijkheid door anderen mag laten uitvoeren; alles onverminderd de aansprakelijkheid van de opdrachtnemer⁴.

Het gevolg van de toepasselijkheid van deze bepaling is, dat aldus een verplichting wordt opgelegd aan een persoon (arts in dienstverband) die niet zelf als de opdrachtnemer (hulpverlener) heeft gecontracteerd. Naast de verplichtingen van de hulpverlener die hij op grond van de arbeidsovereenkomst met zijn werkgever als hulppersoon moet uitoefenen, komt zo op de arts in dienstverband tevens een verplichting uit de wet te rusten (Sluyters, 1996). Hoewel schending van een dergelijke verplichting doorgaans tot aansprakelijkheid leidt van degene op wie de betreffende verplichting rust, (in casu de arts in dienstverband) is in dit geval de opdrachtnemer (het ziekenhuis) aansprakelijk, zo blijkt uit de laatste zinsnede van artikel 7:404 BW.

Hoewel de consequenties van toepasselijkheid van deze bepaling in dit opzicht voor de betreffende beroepsbeoefenaar gering lijken te zijn, geeft de bepaling wel aanleiding tot onzekerheid. Zo geldt de verplichting tot persoonlijke dienstverlening alleen 'wanneer de opdracht is verleend met 'het oog op een persoon'. Wanneer daarvan sprake is, is niet altijd op voorhand duidelijk. Zo bestaat er geen twijfel over dat wanneer een patiënt zich wendt tot een arts de opdracht is verleend met het oog op een persoon; minder voor de hand ligt dat evenwel wanneer het een zaalarts in een ziekenhuis betreft. Verder volgt uit de omschrijving dat een opdracht door een ander mag worden uitgevoerd 'voor zover uit de opdracht voortvloeit'. Wanneer daarvan sprake is, moet uit de omstandigheden worden afgeleid. Dat is niet altijd eenvoudig.

Deze onzekerheid zal zich in verhevigde mate doen gevoelen wanneer taakherschikking wordt doorgevoerd. Dit zal er onvermijdelijk toe leiden, dat op meerdere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg dan tot nu toe het geval is een verplichting tot persoonlijke dienstverlening komt te rusten, bijvoorbeeld op een nurse practitioner. Daarbij ontbreekt het dan (voorlopig) aan een bestendige praktijk op grond waarvan kan worden vastgesteld of de opdracht is verleend met het oog op een persoon en of de opdracht (of een deel daarvan) door anderen mag worden uitgevoerd.

Nieuwe vormen van beroepsuitoefening

In de gezondheidszorg doen zich initiatieven voor, waarbij niet op voorhand duidelijk is wie nu precies de contractpartij van de patiënt is. Dat geldt bijvoorbeeld voor de zogenoemde call centra, die – veelal op initiatief van een zorgverzekeraar – worden opgezet om de werklast van huisartsen te verlichten. Daartoe worden bepaalde taken die traditioneel door de huisarts worden verricht overgenomen door het call center. Een call center handelt alle binnenkomende telefoongesprekken van de huisartsen af. De telefonische contacten lopen uiteen van verzoeken om herhaalrecepten tot vragen over (acute) gezondheidsproblemen. In het laatste geval adviseert de medewerker van het call center of de patiënt door een arts gezien moet worden en zo ja, binnen welke termijn. Deze activiteit wordt aangeduid als (telefonische) triage.

Tot nog toe wordt aan deze centra juridisch vorm gegeven door middel van een overeenkomst van opdracht tussen de huisarts(en) in kwestie en het call center. Het call center is daarmee ‘hulppersoon’ in de zin van de WGBO. In deze situatie is in ieder geval duidelijk, dat een geneeskundige behandelingsovereenkomst tot stand komt tussen de patiënt en de huisarts. Vraag is evenwel of daarnaast (ook) een geneeskundige behandelingsovereenkomst tot stand komt tussen de patiënt en het call center. Die vraag neemt in belang toe, naarmate call centra zich ontwikkelen tot entiteiten, die hun diensten zelfstandig gaan aanbieden.

Voor het antwoord op deze vraag dient te worden vastgesteld of het call center al dan niet hulpverlener is in de zin van de WGBO, dat wil zeggen een rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig handelingen op het gebied van de geneeskunst verricht. Bepalend daarvoor is of (telefonische) triage een handeling is op het gebied van de geneeskunst.

Volgens de wettelijke omschrijving van handelingen op het gebied van de geneeskunst valt hieronder ‘het beoordelen van de gezondheidstoestand’ van een patiënt. Het stellen van een diagnose is zonder meer een beoordeling van de gezondheidstoestand. Call centra stellen zich op het standpunt dat de triage die zij verrichten niet het stellen van een diagnose inhoudt, maar (louter) het bepalen van de urgentie van gezondheidsklachten. Bedacht moet evenwel worden, dat het bepalen van de urgentie impliciet een medische (differentiaal-)diagnose veronderstelt en daarmee een beoordeling van de gezondheids-

toestand van de betreffende patiënt. Daarmee is het uitoefenen van triage aan te merken als een geneeskundige handeling en is het call center hulpverlener in de zin van de WGBO.

Dit betekent, dat tussen het call center en de patiënt een geneeskundige behandelingsovereenkomst tot stand komt. Consequentie hiervan is, dat de verplichtingen die de WGBO aan de hulpverlener oplegt van toepassing zijn op het call center. Wie evenwel de betreffende verplichtingen nader bekijkt (met name informatieplicht, dossierplicht, toestemmingsvereiste), kan zich moeilijk aan de indruk onttrekken dat het niet de bedoeling is geweest van de wetgever dat deze (ook) in volle omvang van toepassing zijn op een call center.

Centrale aansprakelijkheid

Zelfs indien moet worden aangenomen dat tussen een call center en de patiënt een geneeskundige behandelingsovereenkomst tot stand komt, dan kan de patiënt toch geen beroep doen op de centrale aansprakelijkheidsregeling in de WGBO. Deze regeling is immers uitsluitend van toepassing op 'erkende' instellingen, zoals ziekenhuizen. Een call center is geen erkende instelling.

3.4 Samenvattende conclusies ten aanzien van belemmeringen

1. De in de WGBO gehanteerde terminologie leidt tot verwarring: deze maakt onvoldoende duidelijk, dat het aangrijpingspunt voor het toepassingsbereik is de zelfstandige praktijkuitoefening van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Daarnaast brengt het onvoldoende tot uitdrukking, dat ook het handelen van andere beroepsbeoefenaren dan medici onder het toepassingsbereik van de WGBO valt c.q. kan vallen.
2. Op grond van de omschrijving van aanpalende handelingen in de WGBO valt verpleging en verzorging (door zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren) niet altijd onder de reikwijdte van de wet; dit is – gezien doel en strekking van de wet – inconsistent en leidt tot onzekerheid.
3. Door de gelaagde structuur van het BW wordt een (wettelijke) verplichting tot persoonlijke dienstverlening opgelegd aan een persoon die niet zelf als opdrachtnemer heeft gecontracteerd. Het is – zeker in het licht van ontwikke-

- lingen op het gebied van taakherschikking – niet eenvoudig vast te stellen hoe absoluut deze verplichting is.
4. De WGBO lijkt onvoldoende te zijn toegesneden op bepaalde nieuwe vormen van beroepsuitoefening. Dit betreft met name de verplichtingen die uit de wet voortvloeien voor hulpverleners, alsmede het tot erkende instellingen beperkte toepassingsbereik van de centrale aansprakelijkheidsregeling.

3.5 Toetsing van bevindingen aan publieke belangen

Het is niet aannemelijk, dat de geschetste belemmeringen in de WGBO voor taakherschikking van invloed zijn op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Zoals reeds bij de inventarisatie van belemmeringen in de wet BIG ter sprake kwam, wordt de toegankelijkheid voornamelijk door andere regelgeving bepaald. De WGBO is eerst en vooral bedoeld om de rechtspositie van de patiënt te versterken.

De geschetste belemmeringen zijn wel van invloed op de kwaliteit van de gezondheidszorg in ruime zin. Behalve de kwaliteit van de zorgverlening zelf – kwaliteit in enge zin – behoort hiertoe ook duidelijkheid omtrent wederzijdse rechten en verplichtingen. Dat is vooral van belang voor de patiënt; voor hem moet duidelijk zijn wat hij van de hulpverlener mag verwachten en waarop hij hem of haar kan aanspreken. Ook voor beroepsbeoefenaren is het van belang te weten, welke verplichtingen onder welke omstandigheden op hem of haar rusten. Om die reden moeten onduidelijkheden en inconsistenties in de WGBO zoveel mogelijk worden weggelaten.

3.6 (Beleidsmatige en) juridische afwegingen ten aanzien van mogelijke oplossingsrichtingen

Te overwegen valt de WGBO zodanig te wijzigen dat in de aanduiding van de wet duidelijk naar voren komt, dat het toepassingsbereik niet beperkt is tot het handelen van medici, en dat het aangrijpingspunt voor toepassing zelfstandige beroepsuitoefening is. Zo zou de wet bijvoorbeeld omgedoopt kunnen worden tot Wet op de zelfstandige hulpverleningsovereenkomst. Het nadeel van een dergelijke stap is dat het begrip ‘WGBO’ inmiddels dermate is ingeburgerd, dat een naamswijziging opnieuw tot verwarring leidt. Het heeft dan ook de

voorkeur om het exacte toepassingsbereik van de wet door middel van gerichte voorlichting te verhelderen.

Het verdient verder zonder meer aanbeveling om de definitie van aanpalende handelingen in de WGBO zodanig te wijzigen, dat verpleging en verzorging door een zelfstandige beroepsbeoefenaar te allen tijde onder het toepassingsbereik van de wet valt en niet uitsluitend wanneer deze vormen van hulp worden verleend in aansluiting op een 'geneeskundige handeling'. Omwille van de rechtszekerheid moet immers onmiskenbaar vaststaan dat de verplichtingen uit de WGBO van toepassing zijn op al het zelfstandig handelen van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Dus ook wanneer bijvoorbeeld een zelfstandig gevestigde verpleegkundige (uitsluitend) nachtzorg geeft aan een thuisverblijvende verplegingsbehoefte patiënt.

Het is voorts op voorhand niet precies aan te geven in welke gevallen op beroepsbeoefenaren die taken overnemen van artsen een verplichting tot persoonlijke dienstverlening komt te rusten. De praktijk zal hiervoor richtinggevend zijn. Datzelfde geldt voor de vraag in hoeverre de verplichtingen voor hulpverleners in de WGBO van toepassing zijn op nieuwe vormen van beroepsuitoefening, zoals (verzelfstandigde) call centra. Het lijkt wel raadzaam om de ontwikkelingen op het vlak van taakherschikking vanuit deze specifieke invalshoeken op de voet te volgen.

Tenslotte is er de vraag of het toepassingsbereik van de centrale aansprakelijkheidsregeling moet worden uitgebreid tot andere instellingen dan de thans in de WGBO genoemde. Het is van belang voorop te stellen dat deze regeling in het leven is geroepen om de patiënt tegemoet te komen wanneer voor hem niet meteen duidelijk is, welke beroepsbeoefenaar jegens hem een fout heeft gemaakt. Die situatie zal zich met name voordoen binnen een (omvangrijke) organisatie, waarin voor de patiënt niet altijd duidelijk is, welke (zelfstandige) beroepsbeoefenaren op welk moment betrokken zijn in de behandeling. Het ligt niet voor de hand dat deze situatie zich snel zal voordoen bij nieuwe vormen van beroepsuitoefening buiten de traditionele instellingen. Er is voorshands dan ook geen reden het toepassingsbereik van de centrale aansprakelijkheidsregeling uit te breiden. Dit geldt temeer, daar patiënten ook de andere – meer gebruikelijke – mogelijkheden van het aansprakelijkheidsrecht kunnen benutten (zie hoofdstuk 6).

Wel is het raadzaam de ontwikkeling van nieuwe organisatievormen mede vanuit de invalshoek van de WGBO te volgen. Zoals hiervoor gesteld, is het niet waarschijnlijk dat de wetgever verplichtingen als dossierplicht in volle omvang van toepassing wil laten zijn op een call center. Zo zal nagegaan moeten worden of verplichtingen uit de WGBO voor specifieke hulpverleningssituaties genuanceerd moeten worden.

Verder is het voor nieuwe organisatievormen, zoals call centers, zinvol om vast te stellen of het gaat om een instelling die bijvoorbeeld onder de werkingssfeer van de Kwaliteitswet zorginstellingen moet worden gebracht. Vanuit patiëntenperspectief lijkt dat wenselijk, omdat daarmee op de instelling verplichtingen rusten om te zorgen voor de organisatie van patiëntgerichte zorg en ze verplicht zijn daarover verantwoording af te leggen.

4 Bestaande en te verwachten belemmeringen voor taakherschikking in de WOG

4.1 Inleiding

Om de juridische belemmeringen voor taakherschikking op te sporen, zijn in de voorgaande hoofdstukken de belangrijkste wetten die bevoegdheden, rechten en plichten van beroepsbeoefenaren regelen tegen het licht gehouden. Sluitstuk in deze reeks vormt de Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG). Deze wet regelt immers welke personen onder welke omstandigheden bevoegd zijn geneesmiddelen te bereiden en af te leveren.

4.2 Belemmeringen in de WOG

De Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG) geeft regels voor de uitoefening der ‘artsenijbereidkunst’, dat wil zeggen het bereiden en het afleveren van geneesmiddelen. De wet biedt in artikel 4 derde lid de mogelijkheid om ten aanzien van geneesmiddelen, die bijzondere risico’s met zich meebrengen voor de gebruiker, te bepalen dat deze uitsluitend mogen worden afgeleverd op recept. In het Besluit UR-geneesmiddelen is uitwerking gegeven aan dit artikel. De Minister kan daarnaast op basis van artikel 2f zesde lid geneesmiddelen aanwijzen, die anders dan op recept mogen worden afgeleverd (zogenoemde zelfzorggeneesmiddelen). De lijst van geneesmiddelen die uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn, is aanzienlijk.

Hoewel de WOG niet een uitdrukkelijke bepaling kent, waarin de bevoegdheid tot het voorschrijven van geneesmiddelen is geregeld, volgt uit de wet dat deze is voorbehouden aan enkele met name genoemde beroepsbeoefenaren. In de begripsbepalingen is namelijk vastgelegd dat onder recept moet worden verstaan: ‘schriftelijke aanwijzing nopens de bereiding of de aflevering van een geneesmiddel, afgegeven door *een arts, een tandarts of een verloskundige* ten behoeve van één of meer met name genoemde dan wel met cijfers of letters aangeduide personen’ (artikel 1 eerste lid onder l). Dit betekent, dat andere dan de genoemde beroepsbeoefenaren niet gerechtigd zijn

geneesmiddelen voor te schrijven die zijn aangewezen als UR-geneesmiddel.

In de omschrijving van het begrip recept is een belemmering gelegen voor taakherschikking. In de praktijk komt reeds veelvuldig voor dat een verpleegkundige - binnen vastgestelde kaders - geneesmiddelen voorschrijft. Zo past bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige op geleide van bloedwaarden het medicatievoorschrift van diabetespatiënten aan en schrijft een doktersassistente in de huisartsenpraktijk herhaalrecepten uit. In tegenstelling tot bijvoorbeeld de regeling van voorbehouden handelingen in de wet BIG, is de opdrachtfiguur in de WOG niet geregeld; een verpleegkundige kan derhalve niet 'in opdracht van de arts' geneesmiddelen voorschrijven. Daarom moeten (herhaal)recepten die een verpleegkundige schrijft, ondertekend worden door een arts. Dit gegeven levert een – soms aanzienlijke – administratieve lastendruk op.

Het is de vraag of de regeling inzake het voorschrijven van geneesmiddelen niet aan een herziening toe is, zodat een betere aansluiting wordt gevonden met de reeds bestaande praktijk en geanticipeerd kan worden op een verdere herschikking van taken. Op grond van die praktijk is te verdedigen, dat het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen onder bepaalde omstandigheden (ook) tot het deskundigheidsgebied van bijvoorbeeld een verpleegkundige behoort. Een daartoe strekkende bevoegdheid behoort daaraan inherent te zijn. In andere landen, zoals Engeland en de Verenigde Staten, bestaat een dergelijke bevoegdheid overigens al.

4.3 Toetsing van bevindingen aan publieke belangen

Toegankelijkheid

Wanneer andere dan in de WOG genoemde beroepsbeoefenaren bevoegd zijn geneesmiddelen voor te schrijven komt dit in de eerste plaats de efficiency van de beroepsuitoefening ten goede. De praktijkverpleegkundige die een herhaalrecept uitschrijft, hoeft het voorschrift niet meer ter parafering voor te leggen aan de huisarts, terwijl de huisarts geen tijd meer hoeft te besteden aan het paraferen van soms aanzienlijke hoeveelheden (herhaal)recepten. Daarmee wordt in de tweede – en zeker niet de allerminste – plaats ook de toegankelijkheid van de zorg gediend. Zo kan een patiënt die op het spreekuur van een diabetesverpleegkundige is geweest

meteen een recept meenemen en hoeft hij niet te wachten op de ondertekening van het recept door een arts (of op een later tijdstip terug te komen om het recept af te halen). Daarnaast kan bijvoorbeeld een huisarts meer tijd besteden aan de directe patiëntenzorg, wanneer hij/zij geen herhaalrecepten meer hoeft te paraferen.

Veiligheid en kwaliteit

De ratio achter de vigerende regeling inzake het voorschrijven, bereiden en afleveren van geneesmiddelen is gelegen in overwegingen van veiligheid en kwaliteit. Bepaalde medicijnen worden zo risicovol geacht, dat ze uitsluitend onder medische begeleiding dienen te worden gebruikt (MvT WOG).

Het is op zichzelf een goed uitgangspunt om medicijnen, waarvan het gebruik zekere risico's met zich meebrengt, uitsluitend onder begeleiding te laten gebruiken. Het is echter de vraag of dit per se *medische* begeleiding moet zijn. In de praktijk is de medische begeleiding in veel gevallen beperkt; het komt veelvuldig voor dat een arts een recept parafeert zonder de patiënt zelf gezien te hebben. De begeleiding vindt in die gevallen de facto plaats door de (gespecialiseerde) verpleegkundige, die daarbij handelt binnen zijn/haar deskundigheidsgebied.

Het lijkt vanuit een oogpunt van veiligheid en kwaliteit wel gewenst de bevoegdheid tot het voorschrijven van geneesmiddelen door bijvoorbeeld verpleegkundigen op enigerlei wijze in te kaderen. Een verpleegkundige met specifieke deskundigheid op een bepaald deelgebied van de individuele gezondheidszorg kan immers niet goed overzien welke consequenties het gebruik van bepaalde geneesmiddelen heeft op deelterreinen die buiten haar specifieke deskundigheidsgebied liggen. Zo kan een diabetesverpleegkundige niet goed overzien wat het effect is of kan zijn van het gebruik van bijvoorbeeld antibiotica op bijvoorbeeld de lever- en nierfunctie. Dit is overigens een gegeven dat ook van toepassing is op medisch specialisten, zij het dat artsen in de basisopleiding een zekere kennis van farmacotherapie verwerven.

Hoe die inkadering plaats zou kunnen vinden, komt in de volgende paragraaf aan de orde.

4.4 (Beleidsmatige en) juridische afwegingen ten aanzien van mogelijke oplossingsrichtingen

Ook andere beroepsbeoefenaren dan artsen, tandartsen en verloskundigen, dienen de bevoegdheid te krijgen geneesmiddelen voor te schrijven. Uit oogpunt van veiligheid en kwaliteit dient deze bevoegdheid evenwel begrensd te worden.

De bevoegdheid om geneesmiddelen voor te schrijven is op verschillende wijzen te begrenzen. Zo kan per beroepsgroep in regelgeving worden vastgelegd, welke geneesmiddelen deze mag voorschrijven. Het probleem van deze oplossing is dat dit tot een enorme hoeveelheid gedetailleerde regels kan leiden, die bovendien frequent zullen moeten worden aangepast. Dat maakt ook de controle op het gebruik van de bevoegdheid praktisch onuitvoerbaar.

Een andere mogelijkheid is het voorschrijven van geneesmiddelen op te nemen als voorbehouden handeling in de wet BIG. Daarvoor geldt immers als uitgangspunt dat een beroepsbeoefenaar bevoegd is, mits hij/zij bekwaam is. Op deze wijze is de bevoegdheid te koppelen aan (of zo men wil: te begrenzen door) het deskundigheidsgebied van de betreffende beroepsbeoefenaar. Nadeel van deze optie is, dat besluitvorming omtrent het opnemen van een handeling als voorbehouden handeling moeizaam tot stand komt (zie hoofdstuk 2, paragraaf 2.2).

Tenslotte is een mogelijkheid in de WOG zelf de definitie van 'recept' te wijzigen. Aan de limitatieve opsomming van beroepsbeoefenaren zouden andere beroepsbeoefenaren toegevoegd kunnen worden. Omdat het vooralsnog vooral specifieke, groepen beroepsbeoefenaren (zoals nurse practitioners, diabetesverpleegkundigen) zijn die binnen zekere kaders geneesmiddelen moeten kunnen voorschrijven, ligt het het meest voor de hand die toe te voegen aan de opsomming van beroepsbeoefenaren die een recept kunnen uitschrijven.

Voor apothekers moet het mogelijk zijn te controleren of een recept door een bevoegd persoon is voorgeschreven. Zij zouden daartoe het BIG-register kunnen raadplegen, althans voor zover het om verpleegkundigen gaat. Diabetesverpleegkundigen en nurse practitioners hebben weliswaar een eigen verenigingsregister, maar dat lijkt minder geschikt voor raadpleging door de apotheker. De voor de hand liggende optie is daarom vooralsnog verpleegkundigen toe te voegen aan de

opsomming van beroepsbeoefenaren die een recept mogen uitschrijven. Verder is een optie dat de recepten door de verpleegkundigen worden voorzien van hun BIG registratienummer dat de apotheker vervolgens (steekproefgewijs) controleert. Op dit moment lijkt dit de meest praktische oplossing.

Verder zou dan in de deskundigheidsomschrijving van verpleegkundigen opgenomen kunnen worden, dat ze deskundig zijn om recepten voor te schrijven conform de in richtlijnen en standaarden gehanteerde voorschriften. Dit sluit aan bij de voorgestelde deskundigheidsomschrijving inzake voorbehouden handelingen (zie paragraaf 2.6).

Laatstgenoemde oplossing heeft de voorkeur, omdat deze de noodzakelijke waarborgen biedt voor de veiligheid, terwijl deze bovendien flexibel is.

Zelfstandig gevestigde mondhygiënisten hebben te kennen gegeven recepten te willen kunnen uitschrijven voor de verdovingsvloeistof die ze gebruiken voor injecties. Omdat het hier niet gaat om het voorschrijven van medicatie voor patiënten moet hiervoor een andere oplossing gezocht worden. Te denken valt aan een vergelijkbare regeling als voor de optometristen. In de deskundigheidsomschrijving van die beroepsgroep is onder andere opgenomen dat ze deskundig zijn om onderzoek te verrichten met gebruik van door onze Minister aan te wijzen farmaca⁵. Het eerder genoemde bezwaar van gedetailleerde regels doet zich hier niet voor, omdat het slechts om één of enkele middelen zal gaan.

5 Bestaande en te verwachten belemmeringen in de verzekeringswetten en de tarievenwet

5.1 Inleiding

Zoals uit de juridische analyse tot nog toe is gebleken, zijn belemmeringen voor taakherschikking vooral gelegen in wetten die specifiek gericht zijn tot beroepsbeoefenaren. Daarnaast vloeien echter ook uit wetten, die aanspraak geven op sociale zekerheidsverstrekkingen of uitkeringen, belemmeringen voor taakherschikking voort, zij het op indirecte wijze. Deze wetten zijn immers niet gericht op beroepsbeoefenaren en bevatten derhalve geen tot hen gerichte verboden of geboden. De wijze waarop de aanspraken zijn geformuleerd en de voorwaarden waaraan de verstrekking afhankelijk is gesteld, belemmeren echter wel de mogelijkheden om tot een andere organisatie van de zorg te komen. Daarnaast belemmeren ze de mogelijkheden van niet-medische beroepsbeoefenaren om zich zelfstandig te vestigen.

Gezien hun belang voor het functioneren van de gezondheidszorg staan in dit hoofdstuk met name de (sociale) ziektekostenverzekeringswetten centraal, alsmede de vigerende tarievenwet. Daarnaast wordt bij wijze van voorbeeld de wettelijke regeling inzake de WAO-uitkering tegen het licht gehouden.

5.2 Belemmeringen in de sociale ziektekostenverzekeringswetten: Ziekenfondswet en AWBZ

De aanspraak op paramedische zorg

Ziekenfondsverzekerden hebben op grond van artikel 8 eerste lid onder h van de Ziekenfondswet (ZFW) aanspraak op paramedische zorg. In het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (Vb) is deze aanspraak nader uitgewerkt. Ingevolge artikel 5 eerste lid Vb omvat paramedische zorg ‘door een huisarts of specialist voorgeschreven zorg, te verlenen door fysiotherapeuten’. De verwijzing door de huisarts of specialist geldt dus als een vereiste voor aanspraak op fysiotherapeutische zorg.

Hierin is een belemmering gelegen voor taakherschikking; het betekent namelijk dat verzekerden zich uitsluitend op verwijzing van een arts kunnen wenden tot een fysiotherapeut. Dit belemmert de zelfstandige beroepsuitoefening van fysiotherapeuten.

Het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) heeft een haalbaarheidsonderzoek laten uitvoeren naar de mogelijkheid van directe aanspraak op fysiotherapeutische zorg (ZN Journaal, 5 september 2002, nr. 36). Op grond hiervan acht het College het mogelijk om bepaalde patiënten directe aanspraak op fysiotherapeutische zorg te geven zonder verwijzing door de huisarts. De resultaten van de haalbaarheidsstudie vormen de basis voor een experiment, waarbij algemeen praktiserende fysiotherapeuten direct toegankelijk zijn voor beperkte patiëntencategorieën. Het College verwacht, dat de resultaten van het experiment uiterlijk 1 april 2004 bekend zullen zijn.

Het ministerie van VWS heeft aangegeven tijdelijk ontheffing te verlenen voor de bepaling in de ZFW dat fysiotherapeutische zorg alleen toegankelijk is op verwijzing van de huisarts. (Noot: daarnaast wordt tijdelijk vrijstelling verleend van de wet BIG, waarin verwijzing door de huisarts is opgenomen als een vereiste voor het verlenen van paramedische zorg).

De aanspraken huisartsenzorg en medisch specialistische zorg

Verzekerden hebben op grond van de Ziekenfondswet (artikel 8 eerste lid onder a, c en d) aanspraak op medisch specialistische zorg en op huisartsenzorg. Ook deze aanspraken zijn nader uitgewerkt in het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering. Wat precies onder de aanspraken verstaan moet worden, laat de wettelijke regeling in het midden; het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering bepaalt namelijk dat de betreffende verstrekkingen naar de omvang worden bepaald door hetgeen gebruikelijk is in de kring der beroepsbeoefenaren (Vb artikel 12 eerste lid onder a, artikel 13 eerste lid en artikel 3 eerste lid).

Met deze formulering verleent de wet een exclusieve 'bevoegdheid' aan respectievelijk de huisartsen en medisch specialisten om te bepalen wat deze aanspraken precies inhouden. Hoewel de wet dit niet met zoveel woorden zegt, ligt hierin bovendien de suggestie besloten dat ook het leveren van de betreffende zorg tot het exclusieve domein van genoemde beroepsbeoefenaren behoort.

Om tegemoet te kunnen komen aan de wens om de gezondheidszorg anders te organiseren, lijkt het noodzakelijk de verstrekkingen huisartsenzorg en medisch specialistische zorg nader onder te verdelen in verschillende (deel)verstrekkingen. Daarmee kan tevens tegemoet worden gekomen aan de (eventuele) behoefte van beroepsbeoefenaren, die taken overnemen van huisarts en/of medisch specialist, om zich zelfstandig te kunnen vestigen.

Als voorbeeld kan dienen de wijze waarop in het ontwerp-Besluit zorgaanspraken AWBZ de aanspraken zijn omschreven. Het ontwerp-Besluit onderscheidt zeven functies, waaronder verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en behandeling. Aanspraken en verstrekkingen worden aldus meer functiegericht omschreven .

Voordeel van het differentiëren van deze ‘all in one’ verstrekkingen is dat ook andere beroepsbeoefenaren zelfstandig (deel)verstrekkingen kunnen leveren en zich derhalve zelfstandig kunnen vestigen.

Er zijn echter ook nadelen verbonden aan het ‘opknippen’ van de aanspraken. Een functionele omschrijving van aanspraken maakt het voor verzekerden moeilijker te overzien, waarop precies aanspraak bestaat. Begrippen als behandeling en begeleiding kunnen zowel ruim als restrictief worden uitgelegd, terwijl ze bovendien in de verschillende verzekeringswetten een verschillende betekenis kunnen hebben.

5.3 Belemmeringen in de tarievenwet: Wet tarieven gezondheidszorg

Taakherschikking opent voor meerdere beroepsbeoefenaren het perspectief van zelfstandige vestiging. Het is daarom van belang na te gaan of zij zelf een prijs kunnen bepalen voor hun diensten, dan wel gebonden zijn aan de vigerende tarievenwet voor de gezondheidszorg.

Het doel van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) is het bevorderen van een evenwichtig stelsel van tarieven op het gebied van de gezondheidszorg, mede met het oog op de beheersing van de kostenontwikkeling daarvan (considerans WTG). Ingevolge de WTG is het een orgaan voor gezondheidszorg verboden een ander tarief in rekening te brengen

dan het door het CTG goedgekeurde of vastgestelde tarief (artikelen 2, lid 1 en 17b, lid 2).

Het begrip 'orgaan voor gezondheidszorg' omvat zowel instellingen als personen. Een instelling voor gezondheidszorg is een instelling in het kader waarvan medische, paramedische, psychosociale dan wel psychotherapeutische, farmaceutische of verpleegkundige hulp wordt verleend, al dan niet gebonden aan de aanwezigheid van ruimtelijke voorzieningen voor de huisvesting en de daarmee samenhangende verzorging van patiënten (artikel 1 lid 1 onder g). Deze definitie heeft een functioneel karakter: voor de kwalificatie als orgaan voor gezondheidszorg is de aard van de ontplooide activiteiten beslissend; niet van belang is de rechtsvorm, terwijl het begrip bovendien zowel intra- als extramurale instellingen omvat. Als orgaan voor gezondheidszorg wordt verder aangemerkt een persoon die een medisch, paramedisch, psychosociaal dan wel psychotherapeutisch, farmaceutisch of verplegend beroep of een bij AmvB aangewezen daarmee verwant beroep uitoefent (artikel 1 lid 1 onder f 2).

Het enkele feit, dat een instelling of persoon wordt aangemerkt als orgaan voor gezondheidszorg wil nog niet zeggen dat de WTG van toepassing is. Daarvoor is tevens aanwijzing bij algemene maatregel van bestuur (AmvB) vereist. Die aanwijzing heeft plaatsgevonden in het Besluit werkingssfeer WTG 1992. In dit besluit zijn huisartsen, tandartsen, medisch specialisten, verloskundigen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten en logopedisten aangewezen als organen voor gezondheidszorg. Niet als zodanig aangewezen zijn onder meer verpleegkundigen en mondhygiënisten. Laatstgenoemden zijn derhalve niet gebonden aan de WTG en kunnen dus in beginsel zelf een tarief vaststellen voor de diensten die zij leveren.

De WTG kan in beginsel van toepassing worden verklaard op alle personen en instellingen die diensten op het gebied van de gezondheidszorg of daaraan verwante diensten verlenen. De wet laat de overheid daarin een ruime mate van vrijheid. In de notitie Speelruimte en eigen verantwoordelijkheid geeft de overheid aan te streven naar deregulering van de tarievenwetgeving door te bezien waar de reikwijdte van de WTG kan worden ingeperkt. Het al dan niet bestaan van schaarste vormt daarbij de doorslaggevende factor, omdat schaarste het risico van prijsstijgingen in zich draagt. Het kabinet acht om die reden een beoordeling per zorgvorm aangewezen. Het feit dat zich in de paramedische zorg geen bijzondere schaarsteproble-

men voordoen, vormt een argument om de paramedische zorg (voorlopig voor een periode van vier jaar) vrij te stellen van tarifiering ex WTG. Voor verstrekkingen als huisartsenzorg, de mondzorg en zorgverlening door verloskundigen is de situatie anders. Er is sprake van tekorten in het aanbod, die pas op langere termijn zijn weg te werken. Voor deze zorgvormen ligt volgens het kabinet een vrijstelling niet voor de hand.

Het kabinetsbeleid is op dit punt overigens niet helemaal duidelijk. Enerzijds erkent het kabinet weliswaar dat het aanbod aan mondzorg wordt verruimd door zelfstandig werkende tandprotheticen en mondhygiënist, maar neemt zich desondanks voor om deze relatief jonge beroepsgroepen (toch) onder de WTG te brengen (conform het kabinetsstandpunt betreffende de aanbevelingen uit het MDW-rapport “Concurrentie en prijsvorming in de gezondheidszorg”). Het acht deze stap noodzakelijk om de prijsstructuur dusdanig te kunnen wijzigen, dat verrichtingen waarvoor meerdere tandheelkundige zorgverleners bevoegd zijn op het niveau van de laagst opgeleide zorgverlener, gewaardeerd worden. Daarmee zou zowel substitutie als doelmatigheid in de mondzorg worden bevorderd (kamerstukken II, 1996/1997 24036 nr 60, p. 6). Maar meer recent heeft het kabinet laten weten dat het er naar uitziet, dat mondhygiënist en tandprotheticen buiten de WTG kunnen blijven (TK 2000-2001, 27041 en 27583 nr. 71, p. 9 mondhygiënist).

5.4 Belemmeringen in andere sociale verzekeringswetten

Belemmeringen voor taakherschikking zijn er ook in andere wetten, met name op het gebied van de sociale zekerheid. Aanspraak op bepaalde sociale zekerheidsuitkeringen is in vele gevallen afhankelijk gesteld van een beoordeling door een arts. Illustratief in dit verband is de discussie over de inzet van niet-artsen bij de claimbeoordeling WAO.

Er is een enorme toename van aanvragen voor een WAO-keuring (Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 22187 nr. 117). Wettelijk is voorgeschreven, dat verzekeringsartsen deze keuringen moeten verrichten. Om de inmiddels opgelopen achterstand in de keuringen weg te werken, worden experimenten uitgevoerd waarbij niet-artsen worden ingezet bij de claimbeoordeling. De constructie daarbij is zodanig, dat de niet-arts onder verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts

werkt. Bij het GAK verricht de niet-arts voorbereidende werkzaamheden voor de verzekeringsarts, terwijl bij het USZO niet-artsen worden ingezet bij de eerste- en vijfdejaarsherbeoordelingen. Bij Cadans vindt een pilot plaats, waarbij de niet-arts spreekuurcontact heeft met de cliënt bij de herbeoordeling en op grond daarvan de verantwoordelijke verzekeringsarts adviseert.

In een overleg tussen de vaste commissie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de Staatssecretaris op 11 april 2001, over de inzet van niet-artsen bij de claimbeoordeling, zijn bezwaren geuit tegen de Cadansvariant. In die variant verrichten niet-artsen bij de eerste keuring aan het einde van het eerste ziektejaar zelfstandig medisch onderzoek. Experimenten stuiten niet op bezwaar, als de 'eindverantwoordelijkheid' voor het keuringsproces maar in handen blijft van artsen en lichamelijk onderzoek alleen door artsen wordt verricht. De commissie is van mening dat wanneer niet-artsen reeds bij de eerste keuring zelfstandig medisch onderzoek verrichten, de kans vrij groot is dat mensen die gekeurd zijn in beroep gaan. Wettelijk is immers voorgeschreven dat verzekeringsartsen deze keuringen moeten verrichten.

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid schrijft in een brief aan de Tweede Kamer (Tweede Kamer, vergaderjaar 2001-2002, 22187 nr. 119), dat een werkverdeling tussen verzekeringsartsen en niet-artsen naast efficiencywinst ook meer arbeidssatisfactie kan opleveren voor de professional.

Bovendien is de eerste impressie dat cliënten positief zijn over de keuringen door niet-medici aan het einde van de wachttijd. Op grond daarvan is de Staatssecretaris van mening, dat de inzet van niet-artsen een positieve uitbreiding van de werkwijze bij de claimbeoordeling kan zijn. Wel acht hij meer ervaring nodig alvorens tot structurele besluitvorming over te gaan. Aan het Verandermanagement UWV is daarom gevraagd het experiment voort te zetten en in de loop van 2002 nader te informeren over de resultaten.

De Staatssecretaris is van mening dat de experimenten in één opzicht gewijzigd zouden moeten worden, namelijk in die zin dat ook andere beroepsgroepen bij de herbeoordeling als niet-arts ingezet zouden moeten worden. Hij denkt met name aan fysiotherapeuten en psychologen voor de advisering betreffende de herbeoordeling van die arbeidsongeschikten die klachten aan het bewegingsapparaat of psychische klachten hebben.

Deze paramedici zouden vanuit hun expertise aan de verzekeringsarts kunnen adviseren.

5.5 Toetsing van bevindingen aan publieke belangen

Toegankelijkheid

Het is evident dat het rechtstreeks kunnen consulteren van een fysiotherapeut de toegankelijkheid van de zorg bevordert. Patiënten met aandoeningen aan het bewegingsapparaat kunnen zich de gang naar huisarts of medisch specialist om een verwijzing te verkrijgen besparen.

Ook het opknippen van de aanspraken huisartsenzorg en medisch specialistische zorg in verschillende deelverstrekingen kan de toegankelijkheid van de zorg bevorderen. Dit maakt het immers mogelijk dat meerdere beroepsbeoefenaren deelverstrekingen kunnen leveren, waardoor de capaciteit (het aanbod) wordt uitgebreid.

Het al dan niet van toepassing zijn van de WVG op bepaalde beroepsbeoefenaren heeft als zodanig geen invloed op de toegankelijkheid van de zorg.

De inzet van niet-artsen bij WAO-keuringen levert een (aanzienlijke) uitbreiding van de capaciteit op, waardoor achterstanden sneller kunnen worden weggewerkt.

Kwaliteit

Andere beroepsbeoefenaren zijn goed in staat om, zonder tussenkomst van de huisarts of medisch specialist en zonder verlies van kwaliteit, de poortwachtersfunctie uit te voeren en zelfstandig deelverstrekingen te leveren (Zorgverzekeraars Nederland; Visie zorgverzekeraars op Herstructurering Eerstelijnszorg, augustus 2002). Zij handelen immers op basis van hun professionele deskundigheid en bekwaamheid.

Het is geenszins aannemelijk, dat de inzet van niet-artsen bij keuringen in het kader van de WAO negatieve effecten heeft op de kwaliteit. Ook andere beroepsbeoefenaren dan artsen zijn immers bevoegd en bekwaam om zelfstandig medisch onderzoek te verrichten, zolang zij handelen binnen het kader van hun deskundigheidsgebied; het verrichten van medisch onderzoek is als zodanig geen voorbehouden handeling.

5.6 Beleidsmatige en juridische afwegingen ten aanzien van mogelijke oplossingsrichtingen

Vanuit het perspectief van taakherschikking is het gewenst het vereiste van verwijzing door een arts in de formulering van de aanspraak op paramedische zorg te laten vervallen.

Voor wat betreft het herformuleren van de aanspraken huisartsenzorg en medisch specialistische zorg lijkt het raadzaam nader onderzoek te doen naar de consequenties hiervan en aansluiting te zoeken bij de verdere uitwerking van het functiegericht omschrijven van aanspraken, als onderdeel van de moderniseringstrajecten AWBZ en curatieve zorg.

Het beleidsvoornemen om beroepsgroepen die taken overnemen van (tand)artsen onder de werking van de WTG te brengen lijkt vanuit de systematiek die aan deze wet ten grondslag ligt een logische keuze. Ingevolge de WTG is immers de aard van de ontplooide activiteiten beslissend. Aangezien (tand)artsen onder de werking van de WTG vallen, ligt het voor de hand dat bijvoorbeeld een mondhygiënist, die bepaalde taken van de tandarts overneemt, ook onder de WTG valt, althans voor zover het de uitoefening van deze taken betreft.

Anderzijds is het beleidsvoornemen er juist op gericht serieus werk te maken van verdergaande prijsliberalisering. Dat zou ervoor pleiten deze beroepsbeoefenaren niet onder de werking van de WTG te brengen. De argumenten om nieuwe beroepsgroepen wel daaronder te brengen, lijken vooral te zijn ontleend aan de wens de doelmatigheid te bevorderen; de gemaakte beleidskeuze stimuleert immers prijsstelling op het niveau van de laagst opgeleide zorgverlener.

Het is echter de vraag of hiermee ook ‘de (mogelijkheden van) substitutie van zorg’ bevorderd wordt. Wanneer nieuwe beroepsgroepen niet onder de WTG vallen, zullen zij zich wat de prijsstelling betreft, richten naar de tarieven die (tand)artsen ingevolge de WTG mogen berekenen voor dezelfde prestaties. Dit betekent dat prijsstelling niet op geleide van het niveau van de laagst opgeleide zorgverlener tot stand komt, maar op geleide van de zwaarte van de geleverde prestatie. Daarin ligt een stimulans voor taakherschikking.

6 Bestaande en te verwachten belemmeringen in de aansprakelijkheidsregeling

6.1 Inleiding

In de discussie over de (on)mogelijkheden van taakherschikking is een veelgehoord argument dat het bestaande aansprakelijkheidsregime in de weg staat bij een herschikking van taken. Het delegeren van taken naar andere beroepsbeoefenaren is in deze opvatting weliswaar mogelijk, maar de ‘eindverantwoordelijkheid’ zou toch bij de arts (blijven) berusten. Daarmee zou een overdracht van taken – in die zin dat andere beroepsbeoefenaren deze zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid uitvoeren - uit den boze zijn. Het is de vraag of het aansprakelijkheidsrecht - en dan met name de wettelijke regeling inzake de civiele aansprakelijkheid - aanknopingspunten biedt die deze opvatting ondersteunen.

Onder het aansprakelijkheidsrecht ressorteren verschillende soorten aansprakelijkheid; zo onderscheiden we strafrechtelijke en civielrechtelijke aansprakelijkheid, terwijl voor beroepsbeoefenaren, waarvan het beroep geregeld is in de wet BIG, bovendien een tuchtrechtelijke aansprakelijkheid geldt. De strafrechtelijke aansprakelijkheid blijft gezien het onderwerp van deze studie buiten beschouwing. Ook aan de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid wordt slechts terloops aandacht geschonken, omdat niet te verwachten is dat hierin als zodanig een belemmering is gelegen voor taakherschikking. Uitgangspunt in het tuchtrecht is immers dat iedere beroepsbeoefenaar aansprakelijk is voor het eigen handelen. (zie ook deel II, het jurisprudentie-onderzoek in deze achtergrondstudie). Een herschikking van taken verandert op zichzelf niets aan dit uitgangspunt. Dat ligt mogelijk anders in het civiele aansprakelijkheidsrecht, omdat dit behalve een persoonlijke ook een kwalitatieve aansprakelijkheid kent. Dit laatste wil zeggen dat bepaalde personen onder omstandigheden hebben in te staan voor de gevolgen van het handelen (of nalaten) van anderen. Daarin is het raakvlak gelegen met het begrip eindverantwoordelijkheid.

6.2 Beschrijving van het civiele aansprakelijkheidsrecht

De civiele aansprakelijkheid is geregeld in het Burgerlijk Wetboek. Civiele aansprakelijkheid heeft betrekking op de vraag op wie de schade verhaald kan worden die een persoon heeft geleden als gevolg van het onrechtmatig handelen van een ander. Toegepast op beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg betekent dit, dat het civiele aansprakelijkheidsrecht regelt wie de schade moet vergoeden die een patiënt heeft geleden door een fout of tekortkoming in de behandeling.

Ons recht gaat er van uit, dat een ieder zijn eigen schade moet dragen (regel), tenzij er bijzondere redenen zijn de schade geheel of gedeeltelijk naar een medeburger of de gemeenschap te verplaatsen (uitzondering). Zo'n bijzondere reden is gelegen in de onrechtmatige daad: degene die door eigen onbehoorlijk gedrag schade aan een ander toebrengt, is verplicht deze schade aan die ander te vergoeden (art. 6:162 lid 1 BW). Die ander, de benadeelde, heeft het recht om deze schade te vorderen; hij kan de dader daartoe 'aanspreken'.

Men kan op twee manieren aansprakelijk zijn:

- In eigen persoon: degene die schade heeft veroorzaakt is zelf aansprakelijk. In dit verband spreekt men van persoonlijke aansprakelijkheid (afdeling 6.3.1 NBW);
- In een bepaalde kwaliteit/hoedanigheid: men moet instaan voor de schade welke veroorzaakt is door een persoon met wie men in een bijzondere verhouding staat (bijvoorbeeld ouder-kind) of door een zaak, dier etc., ten opzichte waarvan men in een bepaalde verhouding staat. Deze vorm van aansprakelijkheid wordt kwalitatieve aansprakelijkheid genoemd (afd. 6.3.2 NBW).

In het kader van taakherschikking is met name de kwalitatieve aansprakelijkheid van belang.

Kwalitatieve aansprakelijkheid

Kwalitatieve aansprakelijkheid houdt in dat men aansprakelijk is in een bepaalde hoedanigheid, omdat men heeft in te staan voor het gedrag van personen tot wie men in een bepaalde betrekking staat (bijvoorbeeld als ouder of als werkgever), of voor de veilige toestand of werking van zaken waarvan men eigenaar, bezitter, beheerder of gebruiker is. De kwalitatieve aansprakelijkheid kan tot gevolg hebben, dat men uit hoofde van onrechtmatige daad voor schade moet opkomen waaraan

men zelf part noch deel heeft (bijvoorbeeld de werkgever wiens chauffeur in diensttijd een aanrijding veroorzaakt). Dit is dan - bezien vanuit degene die aansprakelijk wordt gesteld - een aansprakelijkheid zonder schuld. Men spreekt in dit verband ook wel van risicoaansprakelijkheid.

De kwalitatieve aansprakelijkheid staat naast de persoonlijke aansprakelijkheid van de dader. De benadeelde kan dus zowel de dader aanspreken als de persoon die voor de door de dader veroorzaakte schade kwalitatief aansprakelijk is. In het BW is hier sprake van hoofdelijke aansprakelijkheid: de dader en de kwalitatief aansprakelijke kunnen dus ieder voor het gehele schadevergoedingsbedrag worden aangesproken.

Als zowel dader als een ander aansprakelijk zijn voor dezelfde schade, veroorzaakt door dezelfde daad, rijst de vraag wie uiteindelijk de last van de schadevergoeding moet dragen. Regel is dat in beginsel de dader zelf draagplichtig is. Degene die op grond van zijn wettelijke aansprakelijkheid voor de dader de schade heeft vergoed, heeft in beginsel regres op de dader voor het gehele bedrag. Deze regel vindt geen toepassing als de wet of billijkheid een andere verdeling verlangt.

De wet geeft een limitatieve opsomming van personen voor wie men aansprakelijk kan zijn (afdeling 6.3.2). In dit verband is met name van belang de aansprakelijkheid voor ondergeschikten (art. 6:170 BW).

Aansprakelijkheid voor ondergeschikten

Op grond van artikel 6:170 BW is de werkgever aansprakelijk voor schade veroorzaakt door een 'fout' van een ondergeschikte, dat wil zeggen een onrechtmatige daad die aan de ondergeschikte kan worden toegerekend. Vereist is, dat de werkgever uit hoofde van de rechtsbetrekking zeggenschap had over de gedraging waarin de fout was gelegen. Beslissend daarvoor is of de werkgever de werknemer instructies voor zijn gedragingen had kunnen geven; niet of hij dat ook daadwerkelijk heeft gedaan. Een tweede vereiste is, dat de kans op de fout door de opdracht tot het verrichten van de betreffende taak is groot. Dit laatste vereiste is niet scherp. Aangenomen mag worden dat beslissend is of er voldoende verband bestaat tussen de opgedragen taak en de schade; er moet een functioneel verband zijn.

De werkgever heeft in deze een zuivere risicoaansprakelijkheid; het is met andere woorden niet van belang of de werkge-

ver enig verwijt van het schadetoebrengend handelen kan worden gemaakt. Disculpatie is niet mogelijk.

Werkgever en ondergeschikte zijn hoofdelijk aansprakelijk. In beginsel is uitsluitend de werkgever draagplichtig, tenzij de schade een gevolg is van opzet of bewuste roekeloosheid van de werknemer. De achterliggende gedachte van deze beperking van het regres is dat de werkgever in de onderlinge verhouding het risico draagt voor normale, niet (buitengewoon) ernstige fouten van de werknemer, temeer daar werknemers zich niet tegen aansprakelijkheid jegens hun werkgever plegen te verzekeren.

Overigens is artikel 6:170 niet van dwingend recht; er kan bij overeenkomst van worden afgeweken. In de praktijk komt het regelmatig voor dat een werkgever in een overeenkomst met een derde zijn aansprakelijkheid jegens de wederpartij uitsluit voor schade veroorzaakt door een onrechtmatige daad van zijn ondergeschikten.

Eindverantwoordelijk of aansprakelijk?

De begrippen eindverantwoordelijkheid en aansprakelijkheid worden ten onrechte vaak door elkaar gehaald. Een voorbeeld ter verduidelijking.

Een ziekenhuislaborant verwisselt door onachtzaamheid buisjes bloed van opgenomen patiënten. Als gevolg hiervan wordt aan een patiënt die een bloedtransfusie nodig heeft een verkeerde bloedgroep toegekend. Wanneer de patiënt door de transfusie met – naar later blijkt – ‘verkeerd’ bloed schade lijdt, kan hij zowel de laborant als het ziekenhuis aansprakelijk stellen.

Het is hier dat het begrip ‘eindverantwoordelijkheid’ om de hoek komt kijken. Als het ziekenhuis wordt aangesproken, zal het nagaan of de organisatie instructies had kunnen geven om fouten zoals de onderhavige te voorkomen. Het ziekenhuis zal daarop het afdelingshoofd van het laboratorium ter verantwoording roepen. Hij/zij is immers verantwoordelijk voor het functioneren van het ziekenhuislaboratorium. In die zin is het afdelingshoofd ‘eindverantwoordelijk’ voor het handelen van de laboratoriummedewerkers; hij/zij is echter niet aansprakelijk.

Het begrip (eind)verantwoordelijkheid hangt met andere woorden samen met de interne organisatiestructuur en heeft

als zodanig geen juridische betekenis. Deze conclusie wordt bijvoorbeeld onderstreept in de toelichting op het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied huidtherapeut, waarin staat: ‘Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat de arts in het kader van zijn behandelbeleid – waarvoor hij de eindverantwoordelijkheid heeft – verantwoordelijk is voor de verwijzing van iemand naar de huidtherapeut, doch dat de huidtherapeut zelf verantwoordelijkheid draagt voor zijn eigen handelen’. De arts kan niet aansprakelijk worden gesteld voor een door de huidtherapeut gemaakte fout, tenzij deze fout te wijten zou zijn aan de onjuistheid van door de arts verstrekte gegevens (Staatsblad 2002, 528, blz. 6).

Eindverantwoordelijkheid voor de medische behandeling betekent niet dat de organisatie geen regels mag stellen, die een andere verdeling van taken tussen beroepsbeoefenaren inhouden. Dat blijkt bijvoorbeeld uit een uitspraak van de kantonrechter in Schiedam. (Kantonrechter Schiedam, 20 februari 1996). De arts/werknemer was het niet eens met het feit, dat consultatiebureau-artsen een aantal vaccinaties uit het zogenoemde Rijksvaccinatieprogramma aan wijkverpleegkundigen hadden gedelegeerd. De arts beriep zich daarbij op de medisch professionele autonomie. Dat beroep is door de rechter niet gehonoreerd, omdat het in geding zijnde protocol door de rechter naar objectieve maatstaven bezien als een redelijk instrument werd beoordeeld.

6.3 Bestaande en te verwachten belemmeringen

Op grond van de wettelijke regeling inzake de civiele aansprakelijkheid, zijn zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren persoonlijk aansprakelijk voor schade die is ontstaan als gevolg van een toerekenbare tekortkoming in de zorg voor een patiënt. Beroepsbeoefenaren die in dienstverband werkzaam zijn, zijn in beginsel daarvoor ook persoonlijk aansprakelijk, maar in de praktijk is het de werkgever die de schade moet dragen.

De werkgever is daarnaast kwalitatief aansprakelijk voor het onrechtmatig handelen van zijn werknemers. In het spraakgebruik wordt deze vorm van aansprakelijkheid – hoewel in juridische zin onjuist - uitgedrukt in de term ‘eindverantwoordelijkheid’. Werkgever kan zijn een instelling, zoals een ziekenhuis, of een beroepsbeoefenaar die zelfstandig praktijk

uitoefent en in die praktijk medewerkers in dienst heeft, zoals een huisarts.

In de huidige praktijk van beroepsuitoefening in de gezondheidszorg zijn het voornamelijk (para)medici die zelfstandig praktijk uitoefenen. Daarvan is zowel sprake indien bijvoorbeeld een huisarts of fysiotherapeut een eigen praktijk heeft als wanneer een medisch specialist op basis van een toelatingsovereenkomst met een ziekenhuis werkzaam is. Er is in zoverre wel verschil, dat de betreffende medisch specialist zelden tevens werkgever is en uit dien hoofde kwalitatief aansprakelijk (of zo men wil eindverantwoordelijk) voor bijvoorbeeld het handelen van verpleegkundigen of laboranten. Doorgaans zijn deze beroepsbeoefenaren in dienst van het ziekenhuis werkzaam; het ziekenhuis is met andere woorden aansprakelijk voor hun handelen.

Taakherschikking kan ertoe leiden dat meer beroepsbeoefenaren als zelfstandigen praktijk (willen) gaan uitoefenen. Daarmee zullen zij uit eigen hoofde aansprakelijk gesteld kunnen worden voor hun handelen, terwijl ze de schade in beginsel ook zelf moeten dragen. Wanneer de zelfstandige praktijkuitoefening bovendien gepaard gaat met werkgeverschap, zijn zij tevens aansprakelijk voor het handelen van hun medewerkers.

De gevolgen van deze verschuiving zijn echter minder ernstig dan op het eerste gezicht lijkt. Het is immers mogelijk om het risico van aansprakelijkheid te verzekeren. Dit is ook gebruikelijk onder zelfstandige beroepsbeoefenaren. Zo zijn vrijgevestigde medische beroepsbeoefenaren, die op basis van een toelatingsovereenkomst in een ziekenhuis praktijk uitoefenen, zelfs doorgaans op dezelfde polis verzekerd als het ziekenhuis waaraan zij verbonden zijn. Eventuele claims worden via de aansprakelijkheidsverzekeraar van het ziekenhuis behandeld. Uiteraard betalen zij wel zelf premie voor de aansprakelijkheidsverzekering. Eenzelfde regeling is denkbaar voor andere beroepsbeoefenaren die zelfstandig praktijk willen gaan uitoefenen.

6.4 Samenvattende conclusies ten aanzien van belemmeringen

Het bestaande aansprakelijkheidsregime vormt als zodanig geen belemmering voor taakherschikking, maar heeft daarvoor

wel consequenties. Taakherschikking kan ertoe leiden dat meer beroepsbeoefenaren zelfstandig praktijk gaan uitoefenen, eventueel gecombineerd met werkgeverschap. Gevolg hiervan is, dat meer beroepsbeoefenaren uit eigen hoofde aansprakelijk en draagplichtig zullen zijn voor onrechtmatig handelen van zichzelf en hun (eventuele) werknemers. Dit risico is evenwel te verzekeren.

Het begrip eindverantwoordelijkheid heeft als zodanig geen juridische betekenis. Het argument dat het overdragen van taken door artsen aan andere beroepsbeoefenaren op juridische gronden niet of slechts zeer beperkt mogelijk is, omdat artsen de eindverantwoordelijkheid dragen voor de behandeling van patiënten, is dan ook onjuist.

7 Europese aspecten van regelgeving in relatie tot taakherschikking

7.1 Inleiding

Als het over de invloed van Europa op de Nederlandse gezondheidszorg gaat, staat meestal het stelsel van ziektekostenverzekeringen centraal. Kernvragen daarbij zijn onder meer of het Nederlandse stelsel aangemerkt moet worden als een sociaal stelsel en in hoeverre het systeem, zoals we dat nu in Nederland kennen, in stand kan blijven. Die discussie blijft hier grotendeels buiten beschouwing. In dit hoofdstuk wordt vooral gekeken of Europese regelingen belemmeringen opwerpen voor taakherschikking.

7.2 Beperkingen door Europese regelgeving

De Europese Unie heeft zich gedurende een twintigtal jaren ingespannen om via erkenningsregelingen een vrije markt voor beroepsbeoefenaren tot stand te brengen. Dit gebeurde door het vaststellen van eisen voor zowel de inhoud van de opleiding als het aangeven van de minimale studieduur. De zogenoemde verticale of sectorale richtlijnen zijn op die manier tot stand gekomen. De eerste richtlijnen betroffen artsen (1975). Die hebben model gestaan voor de richtlijnen voor andere medische en farmaceutische beroepen: verpleegkundigen (1977), tandartsen (1978), vroedvrouwen (1980) en apothekers (1985).

Wegens het trage en moeizame verloop van de sectorale aanpak is de EU overgestapt naar een horizontale en algemene harmonisatiestrategie (Schneider, 1996). De nieuwe strategie betekende wederzijdse erkenning van diploma's zonder voorafgaande coördinatie van de opleidingseisen⁶. Het algemeen stelsel steunt op de veronderstelling dat de verworven competenties in het ene land, voldoende zijn om hetzelfde beroep in een ander land te kunnen uitoefenen.

Om over voor iedereen gemakkelijk toegankelijke geconsolideerde versies van juridische teksten op het gebied van de onderlinge erkenning van beroepskwalificaties te kunnen beschikken, is een nieuwe richtlijn in voorbereiding waarin met name de sectorspecifieke richtlijnen worden vereenvoudigd⁷.

Nieuw is dat de ontvangende lidstaat mag verlangen dat men over de talenkennis beschikt die voor de uitoefening van het beroep vereist is⁸. Verder is het voorstel gericht op het binnen de bepalingen van het verdrag te zorgen voor maximale flexibiliteit.

Zoals gezegd bevatten de richtlijnen vooral eisen die de opleidingsduur en de inhoud van de opleiding raken. In die zin kunnen de richtlijnen van invloed zijn op taakherschikking omdat opleiding en deskundigheid daarvoor bepalend zijn. Maar dat is niet anders dan op grond van de in Nederland gevolgde opleiding.

In de overwegingen bij het voorstel trekken twee punten de aandacht in relatie tot taakherschikking. In overweging 13 wordt gesteld, dat de lidstaten geen medisch specialisme kunnen erkennen waarvan de beroepswerkzaamheden overeenkomen met die van huisartsen. In overweging 15 wordt gesteld dat het beroep van tandarts een specifiek beroep moet zijn dat zich van het beroep van arts onderscheidt, ongeacht of deze in de mond- en tandheelkunde is gespecialiseerd. In deze bepalingen kan men belemmeringen lezen voor taakherschikking. Het is echter de vraag in hoeverre dit een reële belemmering is.

Verder zijn ook andere richtlijnen van belang, omdat die indirect van invloed zijn op de vraag wie wat kan doen in de gezondheidszorg. Zo is het voor het werken met radioactieve stoffen en straling EG-richtlijn 84/466/Euratom van belang. Op grond van deze richtlijn dienen de EU-leden passende maatregelen te treffen ten aanzien van de deskundigheid en de opleiding van degenen die ioniserende straling gebruiken bij een medische behandeling. Bovendien is vastgesteld dat voor de medische toepassing aan *elke* blootstelling aan straling een medische indicatie ten grondslag dient te liggen en deze uitsluitend geschiedt door of onder verantwoordelijkheid van een arts of tandarts. Deze richtlijn is geïmplementeerd in artikel 22 lid 1 van het Besluit stralingsbescherming Kernenergiewet en voor het beroep van radiodiagnostisch en radiotherapeutisch laborant verder uitgewerkt in het Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied radiodiagnostisch laborant en radiotherapeutisch laborant.

Als men op de röntgenafdeling taken wil overdragen, is het dus van belang te zorgen dat deze personen voldoen aan eisen met betrekking tot deskundigheid en opleiding, voortvloeiend uit de Richtlijn. Verder is Richtlijn 84/466 Euratom eveneens

van belang voor de vraag of zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren, zoals mondhygiënist, de beschikking zouden moeten hebben over röntgenapparatuur. De Raad BIG heeft die vraag destijds ontkennend beantwoord (Raad BIG, 1995). Uit een oogpunt van stralingsbescherming, en in lijn met het overheidsbeleid om stralingsbelasting van patiënten te beperken, was de Raad daar geen voorstander van. Hoewel technisch mogelijk en uit een oogpunt van taakherschikking mogelijk gewenst, moeten bij het antwoord op de vraag ook dergelijke overwegingen betrokken worden.

Richtlijn 84/466/Euratom is in zoverre een belemmering voor taakherschikking, dat een zelfstandige bevoegdheid voor de voorbehouden handeling van het werken met ioniserende stralen voor anderen dan artsen en tandartsen niet mogelijk is zonder de EU-richtlijn aan te passen.

Indirect zouden de uitspraken van het Europese Hof van belang kunnen zijn voor het vraagstuk van taakherschikking. In de zaak Smits en Peerbooms deed het Hof uitspraak over het gebruikelijkheids criterium. Voor de vaststelling van de gebruikelijkheid van de behandeling moet volgens het Hof worden uitgegaan van de internationale medische wetenschap. De professionele standaard is met andere woorden een internationale aangelegenheid. Het is denkbaar dat het Hof zich in de toekomst zal moeten buigen over zaken die meer expliciet die internationale standaard raken en dat daaruit belemmeringen voor taakherschikking voortvloeien.

Naar aanleiding van het verslag van de Europese Gezondheidsraad op 8 februari 2002 vond in de Tweede Kamer een algemeen overleg plaats. Daarin is de mogelijkheid besproken dat de herziening van de richtlijn voor medische hulpmiddelen met zich mee kan brengen dat contactlenzen alleen door specialisten, zoals oogartsen en optometristen, mogen worden voorgeschreven (TK, 21 501-19, nr. 55). Een dergelijke bepaling in richtlijnen stelt grenzen aan taakherschikking.

7.3 Conclusie

Europese richtlijnen kunnen grenzen stellen aan de mate waarin taakherschikking in Nederland kan plaatsvinden. De Euratom richtlijn is daarvan een duidelijk voorbeeld, evenals de richtlijn die voorschrijft dat het beroep van tandarts een

specifiek beroep moet zijn dat zich onderscheidt van dat van arts.

De voorbereiding van richtlijnen van de EU, en de herziening daarvan, zullen nauwgezet gevolgd moeten worden om tijdig de effecten daarvan op taakherschikking te kunnen inschatten.

Noten

- ¹ Artikel 4, Besluit functionele zelfstandigheid. Besluit van 29 oktober 1997, Stb.524.
- ² Zie bijvoorbeeld hierover de Eerste Kamer, vergaderjaar 1992 -1993, 19 522, nr. 103b.
- ³ Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, 4 oktober 2000, en het standpunt van de minister van VWS, Tweede Kamer der Staten-Generaal, nr. 28000 XVI, nr. 14.
- ⁴ Deze regel is in de uiteindelijke tekst van de WGBO niet meer opgenomen, wel in het voorontwerp. Dat betekent echter niet, dat het uitgangspunt van persoonlijke dienstverlening niet zou gelden.
- ⁵ Artikel 5, Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied optometrist. Besluit van 4 juli 2000, Stb. 2000, 297.
- ⁶ Richtlijn 89/48/EEG (voor het hoger onderwijs) en Richtlijn 92/51/EEG (voor het middelbaar onderwijs).
- ⁷ COM (2002) 119 definitief / 2002/0061 (COD). Voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad betreffende de erkenning van beroepskwalificaties.
- ⁸ Dit onder verwijzing naar jurisprudentie van het Hof van Justitie.

Bijlagen

Bijlage 1

Criteria wet BIG

Tijdens de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel is de vraag, langs welke weg en op grond van welke overwegingen/criteria een beroep in aanmerking komt voor regeling in het kader van de wet BIG, verschillend beantwoord. De opvattingen van regering en parlement over de criteria die gehanteerd dienen te worden, zijn destijds door de Raad BIG bij het begin van zijn werkzaamheden in 1994 uitvoerig bestudeerd en in kaart gebracht. Het resultaat daarvan is terug te vinden in het Voorlichtingsadvies¹. Onderstaand overzicht is daaruit overgenomen.

Criteria	Hiermee samenhangende vragen
	Prealabele vragen: 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 van de beroepsbeoefenaren zich voldoende onderscheiden van dat van andere beroepsbeoefenaren? (Belangrijk in verband met de op te stellen deskundigheidsomschrijving).
<i>Artikel 3:</i> De behoefte aan een publiekrechtelijk tuchtrecht.	Is er behoefte aan een tuchtrecht voor de beroepsbeoefenaren? <i>Overwegingen die daarbij aan de orde zijn:</i> Afhankelijk van de patiënt van de beroepsbeoefenaar, die nader

Criteria	Hiermee samenhangende vragen
	<p>wordt bepaald door het ontbreken van voldoende andere correctiemogelijkheden en de mate van zelfstandigheid bij de beroepsuitoefening.</p> <p>De bijzonderheid van de aan de beroepsuitoefening inherente risico's.</p> <p>De bijzondere aard van daartoe te stellen normen, alsmede hun handhaafbaarheid langs niet tuchtrechtelijke weg.</p> <p>Is er behoefte de beroepsbeoefenaren een indicatiebevoegdheid te geven met betrekking tot voorbehouden handelingen?</p> <p>Is de opleiding gericht op het stellen van een indicatie met betrekking tot voorbehouden handelingen?</p>
<p><i>Artikel 34:</i></p> <p>De behoefte aan publieksvoorlichting.</p>	<p>Kunnen patiënten zich rechtstreeks tot de beroepsbeoefenaren wenden?</p>
<p>De behoefte aan toepassing van de regeling omtrent het zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen</p>	<p>Verrichten beroepsbeoefenaren functioneel zelfstandig voorbehouden handelingen?</p>
<p>De behoefte aan een publiekrechtelijke opleidingsregeling</p>	<p>Is de opleiding gericht op het 'toezichtloos' verantwoord verrichten van voorbehouden handelingen en is dit onderdeel een belangrijk element in de vaardigheden die in de opleiding worden verworven?</p>

Criteria	Hiermee samenhangende vragen
	Op welke wijze is de beroepsopleiding geregeld? Is de regeling van een opleiding toereikend, inzake de kwaliteit van de beroepsuitoefening?

¹ Voorlichtingsadvies. Zoetermeer: Raad BIG, 1994.

Bijlage 2

Lijst van afkortingen

AmvB	Algemene maatregel van bestuur
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BW	Burgerlijk Wetboek
CTG	Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg
CVZ	College voor zorgverzekeringen
GAK	Gemeentelijk Administratiekantoor
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LCVV	Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging
MDW	Marktwerking deregulering- en wetgevingskwaliteit
NBW	Nederlandse bond blindenwezen Nieuw Burgerlijk Wetboek
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
SEH	Spoeisende hulp
TNO	Toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek
VAZ	Vereniging van academische ziekenhuizen
Vb	Verstrekingenbesluit ziekenfondsverzekering
VSNU	Vereniging van samenwerkende Nederlandse universiteiten
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheid
Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WOG	Wet op de geneesmiddelenvoorziening
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
UWV-USZO	Uitvoering werknemersverzekering- Uitvoeringsinstelling sociale zekerheid voor overheid en onderwijs
ZFW	Ziekenfondswet

Bijlage 3

Literatuurlijst

Achmea. Het Achmea Medisch Call center project. Zwolle: Achmea, 2002.

Besluit van 10 oktober 2002, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de huidtherapeut. Staatsblad 2002, no. 528.

Besluit van 4 juli 2000, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de optometrist. Staatsblad 2000, nr. 297.

Besluit werkingssfeer WVG 1992. www.wettenbank.sdu.nl

Bijl, N.P.Y.M. de. Toelating tot de geneeskundige beroepsuitoefening en tot het beroepsmatig verrichten van geneeskundige handelingen: bescherming en keuzevrijheid van de patiënt. Proefschrift Utrecht. Lelystad: Koninklijke Vermande, 2000.

College voor zorgverzekeringen. Besluit algemene vrijstelling van het verbod op het zelf leveren van huisartsenzorg en deelneming in instellingen voor huisartsenzorg. Amstelveen: Cvz, oktober 2002.

Dam, C.C. van. Aansprakelijkheidsrecht: een grensoverschrijdend handboek. Den Haag: Boom juridische uitgevers, 2000.

Dute, J.C.H.J. en F.C.B. van Wijmen. Consistentie van wetgeving in de gezondheidszorg. Antwerpen; Groningen: Intersentia Rechtswetenschappen, 1998.

Faure, M.G. en T. Hartlief. Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's: achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren. Zoetermeer: RVZ, 2001.

Gevers, J.K.M. De rechter en het medisch handelen. Deventer: Kluwer, 1998.

Groot de, G.R.J. Tarieven in de gezondheidszorg. Deventer: Kluwer, 1998.

Harvard School of Public health. Nurse staffing and patient outcomes in hospitals: final Report US Department of Health and Human Services. Boston: Harvard School of Public health, 2001.

Holtslag, J.W. Rapport MDW werkgroep. Concurrentie en prijsvorming in de gezondheidszorg. Den Haag: Ministerie van Economische Zaken, 1997.

Hubben, J.H. Het inzagerecht: van rechtersrecht naar wetgeving. In: Hubben, J.H. De geneeskundige behandelingsovereenkomst: tekst en analyse van het wetsvoorstel. Lochem: De Tijdstroom, 1990.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Evaluatierapport 'Zorgen in de Zomer'. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2002.

Legemaate, J. (red). De WGBO: van tekst naar toepassing. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.

Lomwel van, AB en Veen van, E-B. De WGBO. De betekenis voor de hulpverleners in de gezondheidszorg. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1996.

MDW werkgroep Toetredingsbelemmeringen Medische beroepen. Nooit meer wachten: minder toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen. Den Haag: MDW werkgroep, 2001.

Needleman, J., et al. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. N Engl J Med, 346, 2002, no.22, p. 1715-1722.

Raad BIG. Artikel 34-beroepen deel IV, advies over de toenemende verscheidenheid in het beroepenveld. Zoetermeer: Raad BIG, 1996.

Raad BIG. Voorbehouden handelingen, advies over de toepassing van artikel 39 voor verpleegkundigen, mondhygiënisten en radiologisch laboranten. Zoetermeer: Raad BIG, 1995.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Volksgezondheid en Zorg. Zoetermeer: RVZ, 2001.

Roscam Abbing, H.D.C. Wetgeving medische beroepsuitoefening. In: Vereniging voor Gezondheidsrecht. Omzien naar de toekomst, 35 jaar preadviezen Vereniging voor Gezondheidsrecht. Utrecht: Vereniging voor Gezondheidsrecht, 2002.

Roscam Abbing, H.D.C., J. Legemaate en G.R.J. de Groot. Zorg, schaarste en recht: preadvies uitgebracht ten behoeve van het jubileumsymposium van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 23 mei 2002. Utrecht: Vereniging voor Gezondheidsrecht, 2002.

Schneider, H. De erkenning van diploma's in de Europese gemeenschap. In: Wijmen, F.C.B. van en C.J.M. Nederveen-van de Kragt. Beroepenwetgeving in ontwikkeling: evaluaties halverwege het invoeringstraject van de wet BIG. Antwerpen; Groningen: Intersentia Uitgevers NV, 1996.

Sluyters, B. De WGBO: onderdeel van het burgerlijk recht. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1996, no. 1, p. 2-7.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2000-2001. No. 22187-117.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Memorie van Toelichting op de WGBO. Den Haag: Sdu uitgevers, vergaderjaar 1989-1990. No. 21561-3.

Wijmen, F.C.B. van, J.O.M. de Vreese en R.G.P. Hagenouw. Een soms wel heel erg verlengde arm: juridische beschouwingen rondom de uitvoering van medische handelingen in de ambulance. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, oktober 1993, p. 419-429.

Wijmen, F.C.B. van. De problematische meerwaarde van artikel 39. In: Wijmen, F.C.B. van en C.J.M. Nederveen-van de Kragt (red.). Beroepenwetgeving in ontwikkeling: evaluaties halverwege het invoeringstraject van de wet BIG. Antwerpen; Groningen: Intersentia Uitgevers NV, 1996.

Wijmen, F.C.B. van. Over consistentie van wetgeving: stroomlijning is gewenst van wettelijke regelingen betreffende hulpverleningsrelaties. Nederlands Juristen Blad, 1997, afl. 18, p. 805-807.

Geschikt en geschoven

**Een jurisprudentieonderzoek over
taakherschikking in de gezondheidszorg**

Sectie Gezondheidsrecht
Universiteit Maastricht

Inhoudsopgave

	Voorwoord	91
	Samenvatting	93
1	Inleiding	99
1.1	Omschrijving project	99
1.2	Onderzoeksmethode	100
1.3	Opzet rapportage	101
2	Taakherschikking in de gezondheidszorg	103
2.1	Inleiding	103
2.2	Taakherschikking	103
2.3	Vormen van taakherschikking: substitutie en functiedifferentiatie	104
2.4	Wettelijk kader	106
2.5	Beoordeling door de rechter	108
2.6	Begrippen en terminologie	109
3	Analyse rechtspraak taakherschikking	110
3.1	Inleiding	110
3.2	Taakherschikking in strikte zin	110
3.3	Taakafbakening deskundigheid en bekwaamheid	113
3.4	Ketenzorg	116
3.5	Beschouwing	118
4	Toetsing bevindingen jurisprudentie aan opvattingen experts	121
4.1	Inleiding	121
4.2	Het fenomeen taakherschikking	121
4.3	Belemmeringen en/of begunstiging van taakherschikking	122
4.4	Bevindingen jurisprudentieonderzoek	123
4.5	Conclusie	123
5	Conclusies	124

Bijlagen

1	Geraadpleegde experts	129
2	Tabellen	131
3	Jurisprudentieregister	143
4	Lijst van afkortingen	145
5	Literatuur	147

Voorwoord

Taakherschikking in de professionele zorgverlening is geen nieuw fenomeen. Al langer is de gezondheidszorg bekend met herverdeling van taken binnen een bepaalde beroepsgroep (bijvoorbeeld van medisch specialist naar huisarts) of tussen beoefenaren van verschillende beroepen in de gezondheidszorg (bijvoorbeeld van arts naar paramedicus). De laatste tijd nemen de ontwikkelingen rond taakherschikking een hoge vlucht. Zo laten huisartsen een aantal taken over aan praktijkverpleegkundigen en doktersassistenten, verrichten OK-verpleegkundigen kleine chirurgische ingrepen en verlenen diabetesverpleegkundigen met een hoge mate van zelfstandigheid medische zorg aan diabetespatiënten. De ontwikkelingen rond taakherschikking en het tempo waarin deze zich voltrekken zijn voor de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aanleiding geweest om de capaciteitsgroep Gezondheidsrecht van de Universiteit Maastricht te verzoeken een jurisprudentieonderzoek te verrichten naar taakherschikking in de professionele zorg.

Het onderzoek beperkt zich tot de vraag welke opvattingen in de jurisprudentie te vinden zijn, die taakherschikking kunnen bevorderen dan wel belemmeren. Voor de beantwoording van deze vraag is de civiel-, tucht- en strafrechtelijke jurisprudentie vanaf 1990 geanalyseerd. Ook zijn gesprekken gevoerd met deskundigen. Onze dank gaat uit naar deze experts die door hun opvattingen een onmisbare bijdrage hebben geleverd aan het onderzoek.

Het onderzoek dat werd verricht door mw. mr. L.C.H. Bongaerts stond onder begeleiding van mw. dr. N.P.Y.M. de Bijl en ondergetekende.

Prof. mr. F.C.B. van Wijmen
Maastricht, augustus 2002

Samenvatting

Aanleiding onderzoek

Taakherschikking is een actueel onderwerp, dat zich in een hoog tempo ontwikkelt. Onder taakherschikking wordt in dit onderzoek verstaan het verschuiven van taken binnen een bepaalde beroepsgroep (bijvoorbeeld van specialist naar huisarts) of tussen beroepsbeoefenaren van verschillende beroepen in de gezondheidszorg (bijvoorbeeld van arts naar verpleegkundige). De toenemende werkdrukbelasting in de gezondheidszorg is een belangrijke reden om naar een efficiëntere taakverdeling te zoeken. Daarmee kan ook recht worden gedaan aan de deskundigheid en bekwaamheid van beroepsbeoefenaren die taken overnemen. De ervaring leert dat van oudsher als ‘medisch’ getypeerde handelingen net zo goed kunnen worden overgelaten aan andere beroepsbeoefenaren, zoals verpleegkundigen en doktersassistenten.

Nu in de praktijk van de gezondheidszorg veel initiatieven met betrekking tot taakherschikking ontwikkeld worden, wordt de vraag actueel hoe de rechter deze initiatieven beoordeelt of zou beoordelen binnen de grenzen van het bestaande wettelijk kader. Wat valt uit de toepassing van het wettelijk kader door de rechter af te leiden met betrekking tot bevorderende of belemmerende factoren ten aanzien van taakherschikking? De hier geschetste ontwikkelingen en vragen vormen aanleiding tot een inventarisatie en analyse van relevante jurisprudentie om zo een antwoord te kunnen geven op de vraag welke bijdrage de rechtspraak kan geven aan de verdere theorievorming rond taakherschikking.

Probleemstelling

Het bovenstaande leidt tot de volgende probleemstelling:
Welke opvattingen zijn in de rechtspraak te vinden betreffende taakherschikking in de professionele zorgverlening en wat levert een analyse van die opvattingen op voor het feitelijk en praktisch vormgeven van taakherschikking in de praktijk van de individuele gezondheidszorg?

Onderzoeksmethode

In de eerste fase van het onderzoek zijn literatuur en door anderen ondernomen inventarisaties en analyses van jurisprudentie onderzocht teneinde de reikwijdte van het onderzoek vast te stellen alsmede ordeningen en sleutels te vinden voor de entree in en de analyse van rechterlijke uitspraken. Het

merendeel van de uitspraken, relevant voor taakherschikking, was tuchtrechtelijk van aard. Tevens hebben gesprekken plaatsgevonden met experts (advocatuur, Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging). In de tweede fase van het onderzoek is de jurisprudentie geordend en systematisch geanalyseerd op haar mogelijke belemmering dan wel bevordering van taakherschikking. Hiermee wordt het eerste deel van de probleemstelling beantwoord, dat betrekking heeft op de opvattingen die in de rechtspraak te vinden zijn inzake taakherschikking in de gezondheidszorg. In de derde en laatste fase van het onderzoek werden de bevindingen getoetst aan opvattingen van experts. Hiertoe behoorden ook de experts die in de eerste fase zijn geïnterviewd. Op deze wijze werd een antwoord geformuleerd op het tweede deel van de probleemstelling, namelijk wat een analyse van de jurisprudentie oplevert voor het feitelijk en praktisch vormgeven van taakherschikking in de praktijk van de individuele gezondheidszorg.

Bevindingen jurisprudentie

Bij taakoverdracht van de ene beroepsbeoefenaar aan de ander spelen bij beiden verantwoordelijkheden een rol. In geval van concrete overdracht (opdracht) dient de opdrachtgever zich ervan te vergewissen dat de opdrachtnemer de vereiste kennis en kunde bezit. Hij dient duidelijke instructies te geven en/of er dient een protocol te bestaan en hij dient toezicht en controle uit te oefenen. Degene die taken op zich neemt (opdrachtnemer) dient zijn eigen kennis en kunde goed in te schatten, deze in acht te nemen en niet buiten deze grenzen te handelen. Daarnaast acht de rechter het van groot belang dat ook de opdrachtgever (veelal een arts) zijn grenzen van kennen en kunnen kent en in acht neemt en in voorkomende gevallen een ter zake deskundige specialist in consult roept.

De rechter is van oordeel dat vaccinatie, eenvoudige handelingen en triage (het selecteren van patiënten op urgentie door verpleegkundigen op de Spoedeisende Eerste Hulp-afdelingen) onder bepaalde voorwaarden voor taakherschikking in aanmerking komen. Dat is niet het geval bij het voorschrijven van recepten, het vervaardigen en afleveren van geneesmiddelen en euthanasie. Deze handelingen behoren tot het exclusieve domein van de arts respectievelijk apotheker en mogen onder geen enkele voorwaarde worden gedelegeerd. De rechter heeft zich ook uitgesproken over de vraag of een gecompliceerd samenstel van verpleegkundige handelingen die door verpleegkundigen van verschillend deskundigheidsniveau uitgevoerd dienen te worden, in aanmerking komt voor taak-

verdeling. Het betrof hier de verschillende handelingen met betrekking tot het laxeren van een patiënt. Uit kwaliteitsoogpunt en vanwege de complexiteit van de verschillende handelingen, heeft de rechter bepaald dat deze handelingen in één hand dienen te worden gehouden en wel in de meest deskundige hand.

Opleiding, deskundigheid en bekwaamheid zijn grenzen waarbinnen de rechter taakherschikking mogelijk acht. In het kader van opleidingssituaties is de rechter van mening dat de supervisor een eigen verantwoordelijkheid heeft om door middel van overleg, begeleiding, toezicht en controle een persoonlijke afstemming te bewerkstelligen teneinde zo de bekwaamheid en ervaring van degene die de taak krijgt toegeschoven vast te stellen. Men zou dit 'afstemming op maat' kunnen noemen. Dit laat onverlet de eigen verantwoordelijkheid van de 'leerling'. Deze hangt volgens de rechter af van de soort patiënt, de soort afdeling/post en de betrekkelijke onervarenheid. Als taken worden gedelegeerd dan heeft de opdrachtnemer de verantwoordelijkheid de instructies op te volgen. De opdrachtgever van zijn kant heeft, in geval van delegatie van voorbehouden handelingen, de verantwoordelijkheid de juiste uitvoering van deze handelingen te controleren en eventueel te begeleiden.

Samenwerking tussen verschillende disciplines laat de eigen verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar onverlet. Bij overdracht van patiënten is een goede informatie-uitwisseling voor de betrokken beroepsbeoefenaren van groot belang voor het goed uitvoeren van hun taak. Ook bij opvolgende zorg wordt het belang van een goede informatie-uitwisseling door de rechter onderstreept. Ketenzorg is kwetsbaar. Als in de keten verschillende betrokkenen maar een klein foutje maken, zal dat in de ogen van de rechter voor ieder afzonderlijk niet verwijtbaar zijn, terwijl het eindresultaat voor de patiënt nadelig kan zijn. De tuchtrechter is nogal kritisch ten aanzien van een dergelijke gang van zaken: ook al valt geen der beroepsbeoefenaren afzonderlijk een tuchtrechtelijk verwijt te maken, dan toch accentueert hij het belang van een goede overdracht van de patiënt en van het vastleggen van afspraken en verantwoordelijkheden in het behandelingsplan.

Het is de verantwoordelijkheid van de directeur zorg te dragen voor een goede organisatiestructuur binnen de instelling. Leden van een maatschap zijn zowel gezamenlijk als indivi-

duel verantwoordelijk voor een gebrekkige organisatie van de afdeling.

Uit het vorenstaande kan met enige voorzichtigheid worden geconcludeerd dat de rechter tamelijk soepel is in zijn oordeel, waarbij hij binnen het wettelijk kader blijft (met name de wet BIG) en binnen de uitgekristalliseerde opvattingen van beroepsgroepen. De rechter ziet als grenzen van taakherschikking de opleiding, deskundigheid, verantwoordelijkheid, de (individuele) bekwaamheid en ervaring. Binnen deze grenzen is volgens de rechter taakherschikking mogelijk indien voldaan is aan bepaalde voorwaarden. De rechter denkt daarbij met name aan begeleiding, toezicht en controle, instructies, duidelijke afspraken met betrekking tot de taakverdeling, uitwisseling van informatie en het zich vergewissen van de bekwaamheid en deskundigheid van degene aan wie taken worden overgelaten. Werkdruk en een slechte organisatie worden niet zelden meegenomen als verzachtende omstandigheid, soms in het oordeel, soms in de strafmaat.

Toetsing aan opvattingen experts

Experts zijn benaderd om de bevindingen van het jurisprudentieonderzoek te toetsen aan hun opvattingen. Gevraagd werd hoe zij denken over het fenomeen taakherschikking, welke belemmeringen en/of begunstigen zij zien in de praktijk en tenslotte wat hun reactie is op de bevindingen van het jurisprudentieonderzoek. Op deze wijze werd beoogd een antwoord te geven op het tweede deel van de probleemstelling, namelijk wat een analyse van jurisprudentie oplevert voor het feitelijk en praktisch vormgeven van taakherschikking in de praktijk van de individuele gezondheidszorg.

In het algemeen zijn de experts niet verrast over de bevindingen uit het jurisprudentieonderzoek. Zij beoordelen taakherschikking in de praktijk positief; slechts een enkeling vindt het een slechte ontwikkeling. Taakherschikking dient volgens de experts uit doelmatigheidsoverwegingen plaats te vinden, niet uit kostenoverwegingen en het dient te leiden tot een efficiëntere, kwalitatief betere zorg. Toch rijzen er nog veel vragen, met name met betrekking tot het zogenoemde grijze gebied. Welk doel dient taakherschikking? Wie mag welke handelingen verrichten? Wie is verantwoordelijk? Door middel van opleiding, samenwerkingsafspraken en protocollen kunnen volgens de experts veel problemen ondervangen worden. Dit zal leiden tot een verantwoorde zorg. Het diagnosticeren, indiceren en het voorschrijven van recepten dient volgens de

experts te worden voorbehouden aan een bepaalde beroeps-
groep dan wel toegevoegd te worden aan het deskundigheids-
gebied van een bepaalde beroepsgroep. De vorenstaande
aanbevelingen zullen naar de verwachting van de experts een
gunstige werking hebben op taakherschikking.

1 Inleiding

1.1 Omschrijving project

Taakherschikking in de professionele gezondheidszorg is geen nieuw fenomeen. Reeds sinds het begin van de moderne geneeskunst is er sprake van een herverdeling van taken binnen een bepaalde beroepsgroep (bijvoorbeeld van specialist naar huisarts) of tussen beroepsbeoefenaren van verschillende beroepen in de gezondheidszorg (bijvoorbeeld van arts naar verpleegkundige). Taakherschikking is opnieuw actueel nu de werkdrukbelasting in de gezondheidszorg aanleiding geeft tot zoeken naar een efficiëntere wijze van werken. Diverse initiatieven tot taakherschikking zijn de laatste tijd genomen. Artsen laten medische handelingen verrichten door bijvoorbeeld praktijkverpleegkundigen en doktersassistenten. Het wettelijk kader biedt hiertoe ruimte, nu ingevolge de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet BIG) het terrein van de geneeskunst, met uitsluiting van de voorbehouden handelingen, toegankelijk is voor zowel artsen als niet-artsen. Mogen de voorbehouden handelingen in principe uitsluitend verricht worden door de in de wet BIG genoemde categorieën beroepsbeoefenaren (artsen en partiel tandartsen en verloskundigen), via de beide opdrachtconstructies, te weten de opdracht aan de niet zelfstandig bevoegde en de opdracht aan de functioneel zelfstandig (uitvoerings)bevoegde, wordt eveneens ruimte geboden aan taakherschikking. Nu in de praktijk van de gezondheidszorg veel initiatieven met betrekking tot taakherschikking ontwikkeld worden, wordt de vraag actueel hoe de rechter deze initiatieven beoordeelt of zou beoordelen binnen de grenzen van het bestaande wettelijk kader. Wat valt uit de toepassing van het wettelijk kader door de rechter af te leiden met betrekking tot bevorderende of belemmerende factoren ten aanzien van taakherschikking? De hier geschetste ontwikkelingen en vragen vormen aanleiding tot een inventarisatie en analyse van relevante jurisprudentie die antwoord dient te geven op de vraag welke opvattingen in de rechtspraak te vinden zijn die taakherschikking zouden kunnen bevorderen dan wel belemmeren.

Doelstellingen

Dit jurisprudentieonderzoek heeft de volgende doelstellingen:

- Het krijgen van inzicht in de terminologie aan de hand waarvan de rechter voor taakherschikking relevante relaties, ontwikkelingen en problemen benoemt.
- Het maken van een inventarisatie van voor taakherschikking (mogelijk) relevante rechterlijke uitspraken.
- Het analyseren van deze rechterlijke uitspraken op begunstigingen van en belemmeringen voor taakherschikking in de professionele gezondheidszorg.

Probleemstelling

Het vorenstaande leidt tot de volgende probleemstelling:
Welke opvattingen zijn in de rechtspraak te vinden betreffende taakherschikking in de professionele zorgverlening en wat levert een analyse van die opvattingen op voor het feitelijk en praktisch vormgeven van taakherschikking in de praktijk van de individuele gezondheidszorg?

1.2 Onderzoeksmethode

In de eerste fase van het onderzoek zijn literatuur en door anderen ondernomen inventarisaties en analyses van jurisprudentie onderzocht teneinde de reikwijdte van het onderzoek vast te stellen alsmede ingangen en sleutels te vinden voor de entree in en de analyse van rechterlijke uitspraken. Tevens hebben gesprekken plaatsgevonden met experts afkomstig uit de advocatuur en van het Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging. In deze fase is een begin gemaakt met het jurisprudentieonderzoek, dat de civiel-, tucht-, en strafrechtelijke uitspraken van de periode 1990 tot juni 2002 omvat. De reden hiervoor is dat in die periode voor de professionele gezondheidszorg belangrijke wettelijke regelingen tot stand zijn gekomen, zoals de wet BIG, de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz).

In de tweede fase van het onderzoek is de jurisprudentie geordend en systematisch geanalyseerd. Duidelijk werd, dat voor taakherschikking relevante uitspraken veelal betrekking hebben op de werkverdeling en afbakening van taken tussen verschillende beroepsbeoefenaren. De relaties waarin deze taakafbakening speelden waren vooral die tussen arts-opleider en arts (al dan niet) in opleiding/basisarts/co-assistent, tussen huisartsen en verloskundigen, huisartsen en doktersassistenten, artsen en waarnemers, etc. De rechter beoordeelt deze relaties en de afbakening van taken in termen van verantwoordelijkheid, instructies, begeleiding, overleg, toezicht en controle. De

termen ‘opdrachtgever’ en ‘opdrachtnemer’ in dit advies worden gebruikt zonder daarmee specifiek te refereren aan de opdrachtconstructies van de wet BIG. Aan de hand van samenvattingen van de jurisprudentie en de hiervoor genoemde bevindingen hebben de drie betrokken onderzoekers, onafhankelijk van elkaar ten aanzien van het verzamelde materiaal, aangegeven wat de essentie van de uitspraken in relatie tot het onderwerp van dit onderzoek was. Tevens hebben zij het verzamelde materiaal beoordeeld op belemmeringen en begunstigen voor taakherschikking. Op deze punten bleek een hoge mate van consensus tussen de onderzoekers te bestaan. Met het analyseren van de uitspraken op de belemmering dan wel bevordering van taakherschikking wordt het eerste deel van de probleemstelling beantwoord, dat betrekking heeft op de opvattingen die in de rechtspraak te vinden zijn inzake taakherschikking in de gezondheidszorg.

In de derde en laatste fase van het onderzoek werden de bevindingen getoetst aan opvattingen van experts. Hiertoe behoorden ook de experts die in de eerste fase zijn geïnterviewd. Op deze wijze werd een antwoord geformuleerd op het tweede deel van de probleemstelling, namelijk wat een analyse van de jurisprudentie oplevert voor het feitelijk en praktisch vormgeven van taakherschikking in de praktijk van de individuele gezondheidszorg. De onderzoeksperiode werd beëindigd met het schrijven van de rapportage. De onderzoeksperiode liep van 1 juni tot en met 31 augustus 2002.

In verband met de beperkte duur van de onderzoeksperiode is vooral gebruik gemaakt van de volgende bronnen voor jurisprudentie: Gids Jurisprudentie Gezondheidsrecht, Bohn Stafleu Van Loghum en het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht. Daarnaast is de losbladige uitgave ‘Uitspraken Wet klachtrecht cliënten zorgsector’, Bohn Stafleu Van Loghum gebruikt.

1.3 Opzet rapportage

Het rapport omvat, inclusief dit inleidende hoofdstuk, vijf hoofdstukken. In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) komt het begrip taakherschikking aan de orde. Een begripsomschrijving wordt gegeven teneinde de reikwijdte van het onderzoek aan te geven. Twee vormen van taakherschikking worden besproken: substitutie en functiedifferentiatie. Vervolgens komt

het wettelijk kader van taakherschikking aan bod. In het derde hoofdstuk komt de essentie van het onderzoek, de analyse van rechterlijke uitspraken aan de orde. Zowel uitspraken van de tuchtrechter als uitspraken van de gewone rechter (civiele en strafrechter) worden besproken. Het gebruikte bronnenmateriaal bevatte slechts één administratiefrechtelijke uitspraak. Het vierde hoofdstuk bevat de toetsing van de rechterlijke uitspraken aan opvattingen van experts en auteurs.

Tenslotte volgt in het vijfde hoofdstuk de conclusie met het antwoord op de vraag welke opvattingen in de rechtspraak te vinden zijn, die taakherschikking zouden kunnen bevorderen dan wel belemmeren en wat de analyse van de jurisprudentie betekent voor het feitelijk en praktisch vormgeven van taakherschikking in de praktijk van de individuele gezondheidszorg.

2 Taakherschikking in de gezondheidszorg

2.1 Inleiding

De snelle ontwikkelingen op het gebied van medische kennis en technologie zijn van grote invloed op de inhoud en organisatie van de gezondheidszorg. De vraag naar medische zorg zal in de toekomst blijven toenemen. Factoren die daarbij een rol spelen zijn de bevolkingsgroei, de toenemende vergrijzing en een mondige en geïnformeerde patiënt. Terwijl de vraag zal toenemen, komt het aanbod steeds meer onder druk te staan. Er is sprake van schaarste aan personeel, waardoor de werkbelasting toeneemt. Taakherschikking, in de vorm van substitutie en functiedifferentiatie, kan bijdragen aan een betere afstemming van vraag en aanbod van medische zorg. Hier ligt een taak voor overheid en veld, om taakherschikking te bevorderen.

De oorzaak van het probleem, dat er thans onvoldoende aansluiting is tussen vraag en aanbod is, onder andere gelegen in een historisch gegroeide taakverdeling in het zorgproces. Taken die worden uitgevoerd door bijvoorbeeld specialisten of huisartsen kunnen uit het oogpunt van verantwoorde zorg net zo goed worden verricht door andere professionals, met name gespecialiseerde verpleegkundigen en generalistisch opgeleide artsen. Het realiseren van een taakverdeling die beter aansluit bij de opleiding en de ervaring van de professionals met inachtneming van de grenzen van het wettelijk kader, kan onder andere de kwaliteit van zorg en de cliëntgerichtheid van de zorg ten goede komen.

In de volgende paragraaf komt het begrip taakherschikking aan de orde. Vervolgens worden twee vormen van taakherschikking besproken: substitutie en functiedifferentiatie. Tenslotte wordt het wettelijk kader geschetst waarin taakherschikking mogelijk is.

2.2 Taakherschikking

Van het begrip taakherschikking zijn veel definities te vinden. In het kader van dit onderzoek wordt onder taakherschikking verstaan *het herverdelen van taken binnen een bepaalde beroepsgroep*

(bijvoorbeeld van specialist naar huisarts, horizontaal) *of tussen beroepsbeoefenaren van verschillende beroepen in de zorg* (bijvoorbeeld van huisarts naar verpleegkundige, verticaal). Taakherschikking wordt aldus ruim opgevat.

Het is thans praktijk dat bijvoorbeeld doktersassistenten een aantal eenvoudige medische handelingen verrichten, zoals wondverzorging, het houden van een wrattenspreekuur, het uitspuiten van oren etc. Daarnaast zijn er de optometrist en de mondhygiënist, beiden paramedici, die taken uitvoeren die voorheen door de oogarts respectievelijk de tandarts werden verricht. Ook de verpleegkundige verricht medische handelingen en ook, in opdracht van de arts, voorbehouden medische handelingen. Tenslotte zijn er de arts-assistenten en de co-assistenten die taken overnemen van de medisch specialisten. Hierbij kan gedacht worden aan het verlenen van nazorg na een medische ingreep, het verrichten van lichamelijk onderzoek en het begeleiden van bevallingen.

In het kader van taakherschikking krijgen de zogenoemde call centra thans veel aandacht in de media. Een centralist, veelal een verpleegkundige, beantwoordt vragen van de patiënt zonder direct toezicht van een arts. Op deze wijze geeft de arts veel verantwoordelijkheid uit handen. Volgens berichten in de media komen er veel klachten over deze centra. De klachten zouden onder andere terug te voeren zijn op de opleiding van de centralisten, die onvoldoende voorbereid zijn op de praktijk van het werk. Deze vorm van taakherschikking is aanleiding voor een discussie over het onderscheid tussen triage en diagnosestelling. Triage kan, als het gaat om het selecteren naar urgentie van patiënten op de Spoedeisende Hulp (SEH) naar algemeen door de beroepsgroepen van artsen en verpleegkundigen wordt aangenomen, door een verpleegkundige worden uitgevoerd. Dit is anders voor de diagnosestelling, die tot het exclusieve deskundigheidsgebied van de arts wordt gerekend. In de call centra wordt de diagnose door de computer gesteld op basis van een vragenlijst die door de centralist is ingevuld.

2.3 Vormen van taakherschikking: substitutie en functiedifferentiatie

Weliswaar zijn substitutie en functiedifferentiatie als zodanig niet terug te vinden in de jurisprudentie, toch is het van belang

beide vormen te bespreken teneinde de reikwijdte van het onderzoek aan te geven.

Substitutie

Substitutie kan worden opgevat als het vervangen van de gebruikelijke, traditionele vorm van zorgverlening door effectievere, efficiëntere en cliëntvriendelijkere vormen. Ingrepen worden steeds makkelijker uitvoerbaar of worden vervangen door medicatie. Medische apparatuur wordt compacter en handzamer, waardoor zorgverlening op andere locaties mogelijk is. Deze ontwikkelingen leiden tot een andere taakverdeling tussen medisch specialisten en andere professionals.

Er is geen totaaloverzicht van de mate waarin substitutie voorkomt. Bovendien is het niet altijd duidelijk of het gaat om substitutie of om de vervulling van complementaire taken. Uit de literatuur kan evenwel worden afgeleid dat de volgende factoren van invloed zijn op de toekomstige ontwikkelingen inzake substitutie:

- *Capaciteitsproblemen*
Deze problemen spelen voornamelijk bij tandartsen. Het gebrek aan tandartsen is van invloed op de substitutie van taken naar mondhygiënisten. De verwachting is dat verpleegkundigen het meeste te maken zullen krijgen met substitutie. Het biedt namelijk meer uitkomst aan de grote groep verpleegkundigen taken over te dragen, dan aan de kleine groep paramedici.
- *Opvattingen binnen de beroepsgroep*
Bij verpleegkundigen speelt de vraag of er sprake is van een verbreding van het verpleegkundig beroep of van een verlengde-arm-situatie?
- *Financiering en kosteneffectiviteit*
Uit onderzoek naar de onderlinge afstemming van oogzorg in Nederland is gebleken dat de bereidheid van bijvoorbeeld de oogarts om taken af te staan, wordt beïnvloed door het inkomen (Raas, 2001).
- *Juridische implicaties en maatschappelijke opvattingen*
Met de komst van de wet BIG is in juridisch opzicht meer ruimte ontstaan voor substitutie van taken van artsen naar andere beroepsbeoefenaren.
- *Organisatie van de zorg*
In veel instellingen wordt gewerkt aan veranderingen van de organisatie teneinde meer cliëntgericht en doelmatiger te werken. Er is sprake van nauwere samenwerking tussen

ziekenhuizen en huisartsen, tussen verpleeghuizen en de thuiszorg, tussen tandartsen en mondhygiënisten.

Funciedifferentiatie

Funciedifferentiatie is het creëren van meer functies met verschillende taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Er is sprake van funciedifferentiatie indien men bestaande functies dusdanig herordent dat er meer functies ontstaan. In tegenstelling tot taakherschikking gaat het bij funciedifferentiatie over taken die gekoppeld worden aan de functie en niet aan het beroep. Bij funciedifferentiatie is het de organisatie die de samenstelling van het takenpakket bepaalt. Dit is van belang omdat bijvoorbeeld de wet BIG gekoppeld is aan beroepen en niet aan functies.

In het merendeel van de ziekenhuizen zijn twee typen funciedifferentiatie praktijk:

- specialisatie binnen de verpleegkunde;
- verticale funciedifferentiatie vanuit de verpleegkunde naar de verzorgende en andere assisterende disciplines. Met name op de spoedeisende hulp blijkt funciedifferentiatie veel voor te komen (CvZ, 2002).

Funciedifferentiatie kan verschillende doelen dienen:

- het behouden en/of aantrekken van personeel;
- inhoudelijke overwegingen;
- kwaliteitsoverwegingen.

Duidelijke functieomschrijvingen, functies die verbindingen mogelijk maken tussen taken en beperkte gelaagdheid moeten worden gestimuleerd. Daarnaast dient de funciedifferentiatie de verantwoordelijkheden en bevoegdheden beter bij de bekwaamheid te laten aansluiten.

2.4 Wettelijk kader

Voor taakherschikking is relevant het wettelijk kader dat van toepassing is op de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg. Bij de beoordeling van een concrete casus zal de rechter rekening dienen te houden met de in de wet vastgelegde verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren. Met name drie wettelijke regelingen worden hieronder kort belicht: de wet BIG, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de WGBO.

De wet BIG

Uitgangspunt van de wet is, dat het een ieder vrij staat handelingen te verrichten op het gebied van de individuele gezondheidszorg, inclusief geneeskundige handelingen. Uitgezonderd zijn voorbehouden handelingen. Dat wil zeggen handelingen die, indien door een ondeskundige verricht, een aanmerkelijk risico voor de patiënt met zich meebrengen. Bevoegd tot deze handelingen zijn degenen die in de wet genoemd worden (artsen en partiel, verloskundigen en tandartsen). Deze beroepsgroepen zijn zelfstandig bevoegd voorbehouden handelingen te verrichten. Op grond van de wet BIG zijn anderen dan de in de wet genoemde zelfstandig bevoegden bevoegd voorbehouden handelingen te verrichten, na *opdracht* van een zelfstandig bevoegde. De zelfstandig bevoegde dient *aanwijzingen* te geven over de wijze van uitvoeren van de handeling en dient *toezicht* te houden of *bereikbaar* te zijn om in te grijpen, voor zover redelijkerwijs nodig is. Daarnaast dienen zowel opdrachtgever als opdrachtnemer *overtuigd* te zijn van de *bekwaamheid* van de opdrachtnemer.

Een tweede opdrachtconstructie is die waarbij een opdracht wordt gegeven aan een functioneel zelfstandig (uitvoerings)-bevoegde. Hierbij gaat het om categorieën van beroepsbeoefenaren die door de Minister zijn aangewezen om in een grote mate van zelfstandigheid voorbehouden handelingen te verrichten, dus *zonder* tussenkomst en toezicht, mits ze *bekwaam* zijn. De eis van opdracht blijft van kracht. Een voorbeeld van deze uitzondering is de ambulanceverpleegkundige die op grond van het Besluit functionele zelfstandigheid (Stb. 1997, 524) onder andere electieve cardioversie mag toepassen zonder toezicht en tussenkomst van de opdrachtgever.

Naast de regeling terzake de voorbehouden handelingen en de beide opdrachtconstructies zijn met het oog op taakherschikking ook nog andere bepalingen uit de wet BIG relevant. Het gaat dan om de bepalingen met betrekking tot opleiding en registratie en de omschrijvingen van deskundigheidsgebieden. Hiermee worden de werkerreinen van onder andere artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten in algemene termen vastgelegd en afgebakend. Het tuchtrecht en de bepalingen inzake kwaliteitsbewaking zijn eveneens, zij het in een wat verder verwijderd verband, van betekenis voor taakherschikking. Volledigheidshalve moet hier opgemerkt worden dat ook in andere wetgeving dan de wet BIG handelingen voorbehouden worden aan artsen. Het voorschrijven van geneesmiddelen

op recept is in de Wet op de geneesmiddelenvoorziening voorbehouden aan artsen.

De Kwaliteitswet zorginstellingen

In de Kwaliteitswet zorginstellingen wordt de verantwoordelijkheid van de instelling voor verantwoorde zorg nader geformuleerd. Verantwoorde zorg houdt in dat de zorg van goed niveau is, doeltreffend en doelmatig, en dat de zorg patiëntgericht wordt verleend, afgestemd op de reële behoeften van de patiënt. Waar de Kwaliteitswet zorginstellingen van de instelling eist dat verantwoorde zorg wordt geleverd, is in de wet BIG voor de individuele beroepsbeoefenaar een soortgelijke verplichting geformuleerd (artikel 40). Welke afspraken men in de professionele zorgverlening ook maakt ten aanzien van de herschikking van taken, aan de eisen van verantwoorde zorg moet te allen tijde voldaan zijn.

De WGBO

Verantwoorde zorg houdt ook in, dat de individuele hulpverlener voldoet aan zijn verplichtingen op grond van de WGBO. Deze verplichtingen betreffen onder andere het informeren van de patiënt, de toestemmingsvereiste, het bijhouden van een dossier, het geheimhouden van de informatie en gegevens die de patiënt aan de hulpverlener verstrekt, het respecteren van (ruimtelijke) privacy van de patiënt en het zich gedragen als een goed hulpverlener.

2.5 Beoordeling door de rechter

In het kader van dit onderzoek zijn aanvankelijk 71 uitspraken geselecteerd. Daarvan bleken 48 relevant te zijn voor taakherschikking. Van de 48 uitspraken zijn 2 civielrechtelijk van aard, 7 strafrechtelijk en 1 bestuursrechtelijk. De overige uitspraken zijn alle afkomstig van de tuchtrechter. Verschillen in beoordeling door de rechters uit de diverse rechtsgebieden (civiel-, straf-, tucht- en bestuursrecht) hebben, gelet op de aantallen, voor de analyse van de uitspraken niet of nauwelijks een rol gespeeld.

Voor dit onderzoek is de jurisprudentie van met name de tuchtrechter geanalyseerd. In het tuchtrecht toetst de rechter aan de normen vermeld in artikel 47 wet BIG: handelen of nalaten in strijd met de zorg die een hulpverlener behoort te verlenen en handelen of nalaten in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg.

Ook al komt de rechter niet altijd tot vaststelling van tuchtrechtelijke aansprakelijkheid, de rechter geeft steeds aan waar ieders verantwoordelijkheden liggen en wat die verantwoordelijkheden in een concreet geval inhouden. Ook al leidt dit in concreto niet tot tuchtrechtelijke aansprakelijkheid, voor de beroepsbeoefenaren zijn hieruit wel lessen te trekken.

2.6 Begrippen en terminologie

In de jurisprudentie, relevant voor taakherschikking, komt een aantal begrippen steeds terug: deskundigheidsgebied, bekwaamheid en bevoegdheid. Teneinde de leesbaarheid te bevorderen, wordt hierna een korte toelichting op deze begrippen gegeven.

De term '*deskundigheidsgebied*' wordt gebruikt in de wet BIG. Voor de acht beroepen, waaronder dat van arts, die in de wet zelf geregeld worden geeft de wetgever in algemene termen aan wat het werkkterrein is waarop de beroepsbeoefenaar op grond van zijn opleiding deskundig geacht mag worden. Ook in de jurisprudentie zien we het begrip deskundigheidsgebied terug. Daarmee kan ook bedoeld worden op het werkkterrein van bijvoorbeeld een medisch specialist.

De term '*bevoegdheid*' wordt in de jurisprudentie eveneens gebruikt. Hiermee kan de integrale en exclusieve bevoegdheid van de arts onder de Wet uitoefening geneeskunst aangeduid worden. Ook kan hiermee de bevoegdheid op grond van de wet BIG om voorbehouden handelingen te verrichten, bedoeld worden.

Met de term '*bekwaamheid*' wordt de *individuele* bekwaamheid van een beroepsbeoefenaar op grond van ervaring en vaardigheden aangeduid.

Voorts dient te worden opgemerkt dat ook in andere situaties dan de opdrachtconstructies van de wet BIG, vaak dezelfde eisen worden gesteld aan het overlaten van taken door de ene beroepsbeoefenaar aan de andere: instructie, toezicht, controle etc. In dit rapport worden de termen opdrachtgever en opdrachtnemer ook gebruikt in de situaties waarin geen sprake is van één van de opdrachtconstructies van de wet BIG.

3 Analyse rechtspraak taakherschikking

3.1 Inleiding

De rechtspraak vanaf 1990 wordt hieronder in kaart gebracht en geanalyseerd. Met deze analyse wordt een antwoord gegeven op het eerste deel van de vraagstelling namelijk welke opvattingen te vinden zijn in de rechtspraak inzake taakherschikking in de gezondheidszorg. Van de aanvankelijk 71 geselecteerde uitspraken bleken bij nadere beschouwing 48 relevant te zijn voor taakherschikking. Van deze 48 uitspraken zijn verreweg de meeste tuchtrechtelijk van aard, 2 civielrechtelijk, 7 strafrechtelijk en 1 bestuursrechtelijk.

In de verslaglegging wordt de essentie van de uitspraken in relatie tot taakherschikking weergegeven. Opgemerkt dient te worden dat de uitspraken vooral gaan over afbakening van verantwoordelijkheden bij het opdragen van al dan niet voorbehouden handelingen aan een andere beroepsbeoefenaar, bij samenwerking en het overlaten van taken aan arts-assistenten, artsen in opleiding etc. Niettemin valt uit de overwegingen bij deze uitspraken af te leiden welke factoren belemmerend respectievelijk bevorderlijk zijn voor taakherschikking. Enige voorzichtigheid is geboden met het trekken van conclusies aangezien het steeds individuele gevallen betreft.

Uit de jurisprudentie kunnen grenzen en voorwaarden van taakherschikking afgeleid worden. De rechter ziet bijvoorbeeld als grens van taakherschikking de opleiding, deskundigheid, verantwoordelijkheid, (individuele) bekwaamheid en ervaring. Binnen deze grenzen is taakherschikking mogelijk, indien voldaan is aan bepaalde voorwaarden. Volgens de rechter zijn dit onder andere begeleiding, toezicht en controle, instructies, duidelijke afspraken met betrekking tot de taakverdeling, uitwisseling van informatie en het zich vergewissen van de bekwaamheid en de deskundigheid van degene aan wie taken worden overgelaten.

In het navolgende dient onder taken te worden verstaan zowel handelingen als verantwoordelijkheden.

3.2 Taakherschikking in strikte zin

In deze paragraaf komen achtereenvolgens aan de orde de taken welke volgens de rechter wel en welke niet voor

taakherschikking in aanmerking komen. De rechter stelt voorop, dat een basisarts zich niet dient te begeven op het deskundigheidsterrein van een arts (CMT, 12-9-1991, in casu had basisarts oogheeskundig onderzoek verricht en oogheeskundige diagnose gesteld). De arts dient de grenzen van zijn kennen en kunnen in acht te nemen en in voorkomende gevallen dient hij een wel terzake deskundige in consult te roepen (MTC, Amsterdam, 23-12-1991, in casu werd een neuroloog niet deskundig bevonden op het gebied van antistolling).

Taken die wel voor taakherschikking in aanmerking komen

Van sommige handelingen is de rechter van mening dat deze wel gedelegeerd mogen worden, althans mogen worden overgelaten aan een ander. Ten aanzien van vaccinatie werd geoordeeld dat delegatie aan verpleegkundigen mogelijk is en dat delegatie op termijn mogelijk is. Daarbij werd de voorwaarde gesteld dat er een goed protocol werd opgesteld door de beroepsgroep (Ktg. Schiedam, 20-20-1996). Daarnaast heeft de rechter bepaald dat praktijkassistenten eenvoudige handelingen waarover geen twijfel bestaat zelf mogen afdoen, mits ze achteraf melding maken aan de huisarts. Ieder geval waarin twijfel redelijkerwijs mogelijk is, dient vooraf aan de arts te worden voorgelegd (CMT, 27-4-1999). Het feit dat de patiënt instemt met het beleid doet daar niets aan af (CMT, 25-5-2000). Met betrekking tot triage op de Spoedeisende Hulp, hetgeen sterk medisch van aard is, heeft de rechter bepaald dat verpleegkundigen triage mogen doen.

De casus betrof een klein kind, dat op de Spoedeisende Hulp niet werd gezien door een arts, het kind is later overleden. De grondregel van de desbetreffende SEH was dat geen patiënt werd heengezonden zonder door een arts te zijn gezien. In drie gevallen werd hierop een uitzondering gemaakt (niet benoemd in uitspraak). Volgens de rechter was het destijds op de SEH gehanteerde systeem van triage door verpleegkundigen niet ongebruikelijk en geldt dit ook nu nog in een aantal ziekenhuizen. Als voorwaarden werden gesteld, dat de verpleegkundigen voldoende gekwalificeerd waren en ook voldoende bekwaam konden worden geacht, en voorts dat het vervolgtraject met een eventuele nacontrole door een huisarts was gewaarborgd. Volgens de rechter was aan deze voorwaarden voldaan (MTC Amsterdam, 16-2-1999). Opgemerkt dient te worden dat in het navolgende aan de hand van specifieke situaties ook nog andere taken aan bod komen die in aanmerking kunnen komen voor taakherschikking.

Taken die niet voor taakherschikking in aanmerking komen

Achtereenvolgens komen de handelingen en verantwoordelijkheden aan bod die naar de mening van de rechter niet voor taakherschikking in aanmerking komen.

Handelingen

Het Hof geeft aan dat het voorschrijven van een recept een voorbehouden handeling is. De apotheker mag niet zonder overleg met de arts wijzigingen aanbrengen en vervolgens het gewijzigde recept afleveren (Gerechtshof Amsterdam, 20-10-1992). Voorts behoort het vervaardigen en afleveren van geneesmiddelen volgens de rechter tot de exclusieve taak van artsen en kan niet gedelegeerd worden aan verpleegkundigen (MTC Amsterdam, 23-9-1991). Ook euthanasie is nadrukkelijk voorbehouden aan artsen en kan onder geen enkele voorwaarde gedelegeerd worden. Euthanasie is weliswaar niet op grond van de wet BIG een voorbehouden handeling, maar op grond van de opvattingen in de beroepsgroep is euthanasie voorbehouden aan artsen. De rechter wijst tevens op het feit dat euthanasie een medische handeling is, ten aanzien waarvan de meldingsprocedure niet voorziet in een andere melding dan door artsen en waarbij slechts een toetsingsprocedure voor artsen bestaat (Arr. Rb. Groningen, 23-3-1995). Tot slot dienen uit kwaliteitsoogpunt sommige verpleegkundige handelingen (bijvoorbeeld laxeren) van verschillend niveau in één hand te worden gehouden, en dienen hierbij geen ziekenverzorgeren of mantelverzorgeren te worden ingeschakeld (Arr. Rb. 's-Gravenhage, 13-1-1995, Sector Bestuursrecht).

Verantwoordelijkheden

Het is de directeur patiëntenzorg die verantwoordelijk werd gehouden voor een gebrekkige organisatiestructuur en tekortkomingen in het functioneren van de zorgverlening in de instelling. Daarbij werd nadrukkelijk opgemerkt dat het de eigen verantwoordelijkheid van de aan het ziekenhuis verbonden medici onverlet laat (MTC Zwolle, 2-12-1999, in casus werd de verantwoordelijkheid voor de patiënt gedeeld door de neurochirurg en de intensivist). De organisatie van de afdeling, de verdeling van werkzaamheden, de aanwezigheid van een protocol en de waarnemingsregeling is de verantwoordelijkheid van de leden van de artsen maatschap (CMT, 15-12-1994, MTC Eindhoven, 12-9-1994). Deze zijn niet alleen gezamenlijk maar ook individueel verantwoordelijk. De rechter is van mening, dat de individuele verantwoordelijkheid van een lid niet

ophoudt indien een ander lid van de maatschap zich non-coöperatief opstelt, ondanks het feit dat de arts in kwestie van alles in het werk had gesteld om daar verandering in aan te brengen (CMT Eindhoven, 12-9-1994). Van een arts die een goede naam heeft en meer gespecialiseerd is mag worden verwacht dat deze een meer dan gemiddeld inzicht heeft en bijzondere zorgvuldigheid betracht. Hoe meer gespecialiseerd, hoe groter de verantwoordelijkheid (CMT, 2-12-1997). Het is noodzaak duidelijkheid te scheppen in de vraag wie waarvoor verantwoordelijk is. Daartoe dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden. Goede werkafspraken zijn een voorwaarde voor taakherschikking. De rechter heeft geoordeeld dat het de primaire verantwoordelijkheid is van de radioloog zorg te dragen voor een correcte uitvoering van het gevraagde onderzoek, voor de interpretatie van de verkregen beelden en voor het juist informeren van de behandelend arts. De behandelend arts is verantwoordelijk voor een goed geformuleerde vraagstelling voor het onderzoek (CMT, 28-5-1998).

Ten aanzien van nazorg is uit de jurisprudentie af te leiden dat de verantwoordelijkheid daarvoor bij de chirurg ligt, die dienst doet op de afdeling waar de patiënt na de operatie verblijft (CMT, 16-4-1998). Indien de patiënt de behandelend arts verzoekt te komen mag deze de nazorg niet aan een ander overlaten en is deze daarvoor zelf verantwoordelijk (Geschillencommissie Ziekenhuizen, 9-7-1997).

3.3 Taakafbakening deskundigheid en bekwaamheid

Begrenzing van taken

De volgende uitspraken tonen aan dat de rechter opleiding, deskundigheid en bekwaamheid ziet als grenzen aan taakherschikking. Binnen deze grenzen, met inachtneming van door de rechter vastgestelde voorwaarden, acht de rechter taakherschikking mogelijk. Zo is de rechter van mening dat de deskundigheid van artsen beperkt is tot het kennen en kunnen op grond van de geneeskundige opleiding. Een basisarts die oogheelkundig onderzoek verricht en een oogheelkundige diagnose stelt, handelt buiten zijn eigen deskundigheid. Deze handelingen behoren namelijk tot het deskundigheidsgebied van de oogarts (CMT, 12-9-1991). In een andere uitspraak scherpt de rechter deze grens aan door te bepalen dat van een medicus verwacht mag worden dat deze zijn eigen grenzen van kennen en kunnen kent en in acht neemt, en in voorkomende

gevallen een wel terzake deskundige specialist raadpleegt (MTC Amsterdam, 23-12-1991).

Daarnaast ziet de rechter een grens van taakherschikking in de bekwaamheid van de desbetreffende persoon. Op grond van de toenmalige Wet uitoefening geneeskunst dient een arts die wel bevoegd is tot het corrigeren van flaporen, maar daartoe niet bekwaam is, deze handeling niet zelf uit te voeren, maar over te laten aan de plastisch chirurg (Hof 's-Gravenhage, 6-4-1995). In opleidingsituaties is de mate van bekwaamheid van de arts-assistent van groot belang voor de mate van begeleiding, controle en toezicht door de supervisor. Hoe minder bekwaamheid, hoe groter de rol van de supervisor. Er dienen voldoende instructies en aanwijzingen te zijn voor assistenten (MTC 's-Gravenhage, 3-5-1995, MTC Eindhoven, 2-6-1997). Met betrekking tot ervaring stelt de rechter dat een praktijk-assistente eenvoudige handelingen, waarover geen twijfel bestaat, zelf mag afdoen, mits ze over voldoende ervaring beschikt. Ze dient de arts hiervan op de hoogte te houden (CMT 27-4-1999). Wat onder voldoende ervaring mag worden verstaan, hangt af van de handeling en de situatie.

Opleidingsituaties

In het kader van opleidingsituaties mogen co-assistenten, artsen in opleiding, etc. geneeskundige handelingen verrichten, indien ze daartoe deskundig zijn. Daarnaast wordt door de rechter gesteld dat de supervisor een eigen verantwoordelijkheid heeft door middel van toezicht, controle, begeleiding en overleg een persoonlijke afstemming te maken ('op maat'), teneinde de bekwaamheid en ervarenheid van de degene die de taak krijgt toegeschoven vast te stellen (CMT, 12-9-1991, CMT, 7-5-1992, MTC 's-Gravenhage, 3-5-1995, CMT, 15-12-1994, waarin de co-assistent drie keer telefonisch contact heeft gehad met de arts, alvorens de arts naar het ziekenhuis is gekomen. Bij aankomst in het ziekenhuis is hij echter niet meteen naar de patiënt toegegaan. Eén kindje van de tweeling is overleden. Volgens de rechter had de arts het toezicht niet mogen overlaten aan de co-assistent van wie hij de deskundigheid niet kende). Verder acht de rechter het in een opleidings-situatie van groot belang dat de opleider vaak samen met de arts-assistent de patiënt ziet en niet volstaat met telefonisch overleg (CMT, 7-9-1995). Temeer indien de supervisor de 'leerling' beperkt kent, dient er een nauwgezette begeleiding plaats te vinden (MTC 's-Gravenhage, 3-5-1995, CMT, 18-4-1996). Tevens dienen 'leerlingen' die taken krijgen toegeschoven voldoende instructies te krijgen, zodat ze weten wat ze

moeten doen, met name in een opleidingskliniek waar sprake is van vele overdrachtmomenten (MTC Zwolle, 3-11-1990, in casu heeft de arts verzuimd duidelijk aan te geven wanneer en onder welke omstandigheden de arts-assistent de specialist diende te waarschuwen. De patiënt is hierdoor overleden). Volgens de rechter kan hierbij niet worden volstaan met een standaardprotocol, maar dient een op de patiënt toegesneden behandelingsplan aanwezig te zijn (CMT, 10-4-1997). Voorts heeft de supervisor de eigen verantwoordelijkheid te beoordelen of hij naar de patiënt moet komen. Dit mag hij niet overlaten aan de opdrachtnemer (CMT 15-4-1992). Indien de arts-assistent de arts verzoekt de patiënt te zien, dient de arts meer onderzoek te verrichten en de verzamelde gegevens te verifiëren (14-5-1998). Op ondubbelzinnige wijze dient te blijken dat de opleider de aanpak van de door hem op te leiden arts-assistent verantwoord acht en voor zijn rekening neemt (CMT, 5-3-1998).

Supervisors die behoren tot een opleidingsgroep zijn zowel gezamenlijk als individueel verantwoordelijk (MTC Amsterdam, 16-3-1998, CMT 11-2-1993). De gezamenlijke verantwoordelijkheid laat onverlet de individuele verantwoordelijkheid. Degene die de taak toegeschoven krijgt heeft ook een eigen verantwoordelijkheid. Hij dient namelijk af te gaan op objectieve gegevens en niet op onjuiste mededelingen van de behandelaar. Volgens de rechter hangt de mate van verantwoordelijkheid van degene die de taak krijgt toegeschoven onder andere af van de soort patiënt, de soort afdeling/post en de betrekkelijke onervarenheid (MTC 's-Gravenhage, 8-1-1992). In deze casus was een arts-assistent werkzaam op de acute dienst van RIAGG en kreeg een dringend verzoek van een huisarts om een psychiatrisch patiënt te beoordelen. De arts-assistent had, gezien bovengenoemde factoren, zijn supervisor moeten inschakelen.

Niet-opleidingssituaties

Op een agnio (assistent geneeskunde niet in opleiding) rust een eigen verantwoordelijkheid (MTC Amsterdam, 16-3-1998, in casus stelt agnio orthopedie onjuiste diagnose en verzuimt tijdig de specialist te consulteren). Ook een basisarts die binnen de maatschap fungeert als chef de clinique, heeft naar de mening van de rechter een eigen verantwoordelijkheid (MTC Amsterdam, 27-4-1998, in casus voert de basisarts het beleid uit dat door de gynaecoloog is opgesteld). Volgens de rechter is het beleid van de maatschap niet aan de basisarts te wijten, indien deze niet bij de beleidsvoering is betrokken. Wel

behoort het tot de verantwoordelijkheid van de basisarts dat er voldoende zorg en aandacht is, dat alle klachten en gegevens aan de gynaecoloog worden overgebracht om het beleid eventueel aan te passen. Indien de minst ervarene van de afdeling de feitelijke leiding over die afdeling heeft, dient er een behoorlijke begeleiding, toezicht en controle plaats te vinden (CMT, 7-5-1992).

Opdracht en voorbehouden handelingen

Indien er sprake is van delegatie van voorbehouden handelingen laat dat onverlet de eigen verantwoordelijkheid van de opdrachtgever deze handeling te controleren en eventueel te begeleiden. (Hof Den Bosch, 14-4-1993, in casu betrof het de tekortkoming van de arts in de controle op de juiste vloeistof en het toedienen van de contrastvloeistof. Het behoort tot de taak van de laborante om de spuit te trekken en klaar te leggen en het flesje waaruit de vloeistof is opgetrokken vlak bij de spuit te zetten. Patiënt is overleden als gevolg van toediening verkeerde vloeistof). Voorts geeft de rechter aan dat het de eigen verantwoordelijkheid van de verpleegkundige is om instructies van de opdrachtgever op te volgen (MTC Amsterdam, 23-12-1991). In deze casus heeft de neuroloog de verpleegkundige geïnstrueerd de patiënt op een bepaald moment zijn gebruikelijke medicatie niet toe te dienen. Niettemin wordt op het desbetreffende moment de patiënt door de verpleegkundige zijn gebruikelijke medicatie toegediend.

3.4 Ketenzorg

Samenwerking verschillende disciplines

In de gezondheidszorg vindt veelal samenwerking plaats tussen beroepsbeoefenaren van verschillende disciplines, die elk een eigen taak hebben. Denk aan huisartsen en verloskundigen, trombosedienst en artsen, neuroloog en cardioloog, etc. Samenwerking tussen verschillende beroepsbeoefenaren laat de eigen verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar onverlet (CMT, 6-8-1992, MTC Amsterdam, 21-9-1992). In deze laatste casus werd door de rechter bepaald dat ondanks het landelijk gebruik, dat een laboratorium uit eigener beweging extreem afwijkende uitslagen terstond en met nadruk onder de aandacht van de aanvrager brengt, de eigen verantwoordelijkheid van de aanvrager onverlet laat zelf hiervoor een systeem op te zetten, indien het laboratorium dat niet doet.

Bij overdracht van een patiënt dient de overdrager zorg te dragen voor een behoorlijke uitwisseling van gegevens, die degene die de taak krijgt overgedragen in staat stelt zijn werk goed te doen (MTC Groningen 1-3-1995, MTC Zwolle, 2-3-1996: in casus liet de huisarts de bevalling geheel over aan de verloskundige). Voorts wordt inzake de samenwerking tussen artsen en verloskundigen bepaald dat het voor een goede uitvoering van verloskundig werk noodzakelijk is dat goede afspraken worden gemaakt tussen artsen en verloskundigen over het tijdig herkennen van ziekten die kunnen optreden (MTC Groningen, 1-3-1995).

Opvolgende zorg

De rechter is van mening dat het de opvolgende arts niet tuchtrechtelijk is te verwijten dat hij verzuimd heeft te denken aan een bepaalde complicatie, indien de voorganger die niet heeft gemeld. De arts heeft wel een aandeel in het collectief falen van de maatschap, maar het valt hem niet individueel te verwijten (MTC Amsterdam, 23-10-1995). Opvolging en overdracht van een patiënt dient persoonlijk en in overleg te gebeuren. Goede informatie-uitwisseling is hierbij van groot belang (MTC Amsterdam, 27-1-1997). Er dient duidelijkheid te bestaan wie welke taken overneemt of niet. Een goede uitwisseling van informatie is een voorwaarde voor de opvolgende beroepsbeoefenaren om hun werk naar behoren te kunnen verrichten (Arr.Rb 's-Gravenhage, 24-10-1995, waarbij de rechter bepaalde dat, indien een arts verpleegkundigen betreft bij euthanasie, hij dient te zorgen voor goede begeleiding en informatie. De betreffende arts in dit geval was een aantal dagen niet in het ziekenhuis, noch bereikbaar). De tweede arts heeft in de ketenzorg een eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van de patiënt en heeft de verplichting zelfstandig en kritisch het klinisch beloop te beoordelen (MTC Amsterdam, 23-10-1995).

Specifieke situaties

Volgens de rechter kan een waarnemer alleen goed functioneren bij een zorgvuldige overdracht. Tevens dienen goede samenwerkingsafspraken gemaakt te worden (MTC Eindhoven, 12-9-1994).

In het kader van samenwerking tussen de huisarts en de praktijkassistente heeft de rechter bepaald, dat de praktijkassistente alle contacten aan de huisarts dient mede te delen. Een praktijkassistente die over voldoende ervaring beschikt mag eenvoudige handelingen, waarover geen twijfel bestaat,

zelf afdoen, maar dient de huisarts hiervan op de hoogte te houden. Elk geval waarin twijfel redelijkerwijs mogelijk is, dient de praktijkassistente vooraf aan de huisarts voor te leggen (CMT, 27-4-1999). Het feit dat de patiënt instemt met het beleid doet daar niets aan af (CMT, 25-5-2000).

De rechter heeft bepaald dat een medisch student niet op het centrale adres van de waarneempost van de huisarts telefonisch anamnese mag afnemen, diagnose mag stellen, noch recepten mag uitschrijven. Bij het inzetten van een medisch student bij een waarnemingspraktijk is volgens de rechter sprake van een onbevoegde uitvoering van voorbehouden handeling (CMT, 15-6-1995). Ten tijde van de uitspraak was, onder de WUG, sprake van een onbevoegde uitoefening van de geneeskunst.

3.5 Beschouwing

Indien er taken worden overgelaten aan een ander liggen er verantwoordelijkheden zowel bij degene die taken overlaat als bij degene aan wie taken worden overgelaten. De opdrachtgever dient zich ervan te vergewissen dat de opdrachtnemer daartoe de kennis en kunde bezit. Hij dient duidelijke instructies te geven en/of er dient een protocol te bestaan en hij dient toezicht en controle uit te oefenen. Degene die taken op zich neemt (opdrachtnemer) dient zijn eigen kennis en kunde goed in te schatten, deze in acht te nemen en niet buiten deze grenzen te handelen. Daarnaast acht de rechter het van groot belang dat ook de arts (opdrachtgever) zijn grenzen van kennen en kunnen kent en deze in acht neemt, en in voorkomende gevallen een wel terzake deskundige specialist in consult roept. De rechter is van oordeel dat vaccinatie, eenvoudige handelingen en triage op de SEH onder bepaalde voorwaarden voor taakherschikking in aanmerking komen. Niet in aanmerking voor taakherschikking komen volgens de rechter het voorschrijven van recepten, het vervaardigen en afleveren van geneesmiddelen en euthanasie. Deze handelingen behoren tot het exclusieve domein van de arts en dienen onder geen enkele voorwaarde te worden gedelegeerd. Uit kwaliteitsoogpunt heeft de rechter bepaald dat sommige verpleegkundige handelingen, zoals laxatie, van verschillend niveau in één hand dienen te worden gehouden.

Opleiding, deskundigheid en bekwaamheid zijn grenzen waarbinnen de rechter taakherschikking mogelijk acht. In het kader van opleidingssituaties is de rechter van mening dat de

supervisor een eigen verantwoordelijkheid heeft door middel van begeleiding, toezicht, controle en overleg een persoonlijke afstemming te maken, teneinde de bekwaamheid en ervaring van degene die de taak krijgt toegeschoven vast te stellen (afstemming 'op maat'). Dit laat onverlet de eigen verantwoordelijkheid van de 'leerling'. Deze hangt volgens de rechter af van de soort patiënt, de soort afdeling/post en de betrekkelijke onervarenheid. Bij delegatie heeft de opdrachtnemer de verantwoordelijkheid de instructies op te volgen. Voorts heeft de opdrachtgever in geval van delegatie van voorbehouden handelingen de verantwoordelijkheid deze handelingen te controleren en eventueel te begeleiden.

Samenwerking tussen verschillende disciplines laat onverlet de eigen verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar. Bij overdracht van patiënten is een goede informatie-uitwisseling tussen de betrokken beroepsbeoefenaren van groot belang voor het goed uitvoeren van hun taak. Ook bij opvolgende zorg wordt het belang van een goede informatie-uitwisseling door de rechter onderstreept. De ketenzorg is kwetsbaar. Als meerdere betrokkenen een fout(je) maken, is het maar zelden in die mate dat het door de rechter aan één of meerdere betrokkenen individueel verweten kan worden, terwijl de patiënt met de schade blijft zitten. De rechter laat zich nogal kritisch uit over de gang van zaken in deze situaties. Er dient meer zorg besteed te worden aan overdracht van de patiënt en het vastleggen van een behandelplan.

Het is de verantwoordelijkheid van de directeur zorg te dragen voor een goede organisatiestructuur binnen de instelling. Leden van een maatschap zijn zowel gezamenlijk als individueel verantwoordelijk voor een gebrekkige organisatie van de afdeling.

Uit de jurisprudentie kan met enige terughoudendheid worden geconcludeerd dat de rechter redelijk soepel is in zijn oordeel ten aanzien van de taakherschikking en daarvoor in aanmerking komende situaties, waarbij hij binnen het wettelijk kader blijft (met name de wet BIG) en binnen de uitgekristalliseerde opvattingen van de beroepsgroep. De rechter ziet als grens van taakherschikking de opleiding, deskundigheid, verantwoordelijkheid, (individuele) bekwaamheid en ervaring. Binnen deze grenzen is volgens de rechter taakherschikking mogelijk indien voldaan is aan bepaalde voorwaarden. Volgens de rechter zijn dit onder andere begeleiding, toezicht en controle, instructies, duidelijke afspraken met betrekking tot de taakverdeling, uit-

wisseling van informatie en het zich vergewissen van de bekwaamheid en deskundigheid van degene aan wie taken worden overgelaten. Werkdruk en een slechte organisatie worden niet zelden meegenomen als verzachtende omstandigheid, soms in het oordeel, soms in de strafmaat.

4 Toetsing bevindingen jurisprudentie aan opvattingen experts

4.1 Inleiding

Experts zijn benaderd, teneinde de bevindingen van het jurisprudentieonderzoek te toetsen aan hun opvattingen. Gevraagd werd hoe zij over het algemeen dachten over het fenomeen taakherschikking, welke belemmeringen en/of begunstiging zij zagen in de praktijk en tenslotte wat hun reactie was op de bevindingen van het jurisprudentieonderzoek. Op deze wijze werd beoogd een antwoord te geven op het tweede deel van de probleemstelling, namelijk wat een analyse van jurisprudentie oplevert voor het feitelijk en praktisch vormgeven van taakherschikking in de praktijk van de individuele gezondheidszorg. Hieronder worden de opvattingen van de experts weergegeven.

4.2 Het fenomeen taakherschikking

Taakherschikking is in de praktijk reeds een bekend fenomeen dat over het algemeen positief wordt beoordeeld. Er is echter een groot grijs gebied waarbinnen onduidelijkheid bestaat over wie welke handelingen mag verrichten. Verpleegkundigen bijvoorbeeld, nemen als gevolg van snelle technologische ontwikkelingen spelenderwijs allerlei taken over van artsen. Waar ligt de grens? Welk doel dient taakherschikking? Wie levert het wat op? Wie is verantwoordelijk? Deze vragen dienen beantwoord te worden. Volgens de experts heeft taakherschikking slechts een toegevoegde waarde indien er sprake is van efficiëntie, verbeterde kwaliteitszorg en indien de beroepsgroep zélf ermee instemt. Ook vanuit doelmatigheidsoverwegingen is taakherschikking aanvaardbaar, mits gekeken wordt naar het niveau (deskundigheid en bekwaamheid) en de mate van inzet van beroepsbeoefenaren.

Hoewel de praktijk positief staat tegenover taakherschikking, is er een besef van het gevaar dat oneigenlijke motieven een rol spelen: dat lager gekwalificeerd personeel wordt ingezet dan vanuit kwaliteitsoogpunt wenselijk of noodzakelijk is. Het is noodzakelijk dat voorwaarden geformuleerd worden indien lager gekwalificeerden worden ingezet wegens een tekort aan de aangewezen categorie hulpverleners. Op deze wijze dient de

kwaliteit van zorgverlening gewaarborgd te blijven. Tevens bestaat het risico dat de efficiëntiewinst teniet wordt gedaan door de noodzaak van meer overdrachtsmomenten, hetgeen ook geenszins patiëntvriendelijk is, en dat de communicatie tussen hulpverlener en patiënt verstoord wordt.

Een enkeling vindt taakherschikking een negatieve ontwikkeling. Waarom zouden taken herverdeeld worden indien de Wet BIG reeds in deze mogelijkheid voorziet? Naast de mogelijkheid van taakherschikking op grond van de wet BIG, dient er geen taakherschikking plaats te vinden. Deze wet en niet taakherschikking dient het uitgangspunt te zijn, aangezien bij naleving van de wet kwaliteit van zorgverlening gegarandeerd is.

Door de experts wordt gewezen op het belang van het maken van samenwerkingsafspraken en opstellen van protocollen, waarmee veel problemen kunnen worden ondervangen en een verantwoorde zorg kan worden verleend.

4.3 Belemmeringen en/of begunstigen van taakherschikking

Het zogenoemde grijze gebied wordt door de experts gezien als een belemmering van taakherschikking. De onduidelijkheid rond de vraag wie wat mag doen gaat ten koste van de kwaliteit van de zorgverlening. Door middel van opleiding (voorbereiden op taakherschikking) en protocollering (vastleggen van afspraken, verantwoordelijkheden en voorwaarden met betrekking tot taakherschikking) kan deze onduidelijkheid worden verkleind. Voorts geven de vaste tarieven en de honoreringsstructuur problemen. Het is moeilijk salarissen zodanig aan te passen dat rekening gehouden kan worden met toenemende verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren. Tenslotte is de regeling van de voorbehouden handelingen (wet BIG) en het ontbreken van een regeling met betrekking tot niet-voorbehouden 'risicovolle' handelingen belemmerend voor taakherschikking.

Aanbevolen wordt het indiceren, diagnosticeren en voorschrijven van recepten aan het deskundigheidsgebied van bepaalde beroepsgroepen toe te voegen dan wel voor te behouden aan een bepaalde beroepsgroep. Daartoe dient de deskundigheid en bevoegdheid opnieuw gedefinieerd te worden. Tevens wordt aanbevolen een check, een controle

door de arts met betrekking tot de bekwaamheid van de opdrachtnemer, met zware eisen in protocollen vast te leggen, ongeacht of de arts de verpleegkundige of arts-assistent etc. kent of niet.

Als begunstigen worden vermeld de arbeidsmarkt die tot taakherschikking noodzaakt, het uitgangspunt van de wet BIG (geen beroepsbescherming meer) en het mogelijke carrière-perspectief voor bijvoorbeeld verpleegkundigen. Bij deze laatste begunstiging dient echter te worden opgemerkt dat het risico bestaat dat het beroep van de 'gewone' verpleegkundige met zijn zorgaspecten volledig wordt ondergesneeuwd. Daarvoor dient te worden gewaakt.

4.4 Bevindingen jurisprudentieonderzoek

De bevindingen van het jurisprudentieonderzoek zijn herkenbaar. De normen die de rechter stelt worden als logisch gezien, het zijn waarborgen voor een zorgvuldige hulpverlening. De rechter stelt zorgvuldigheidseisen, voorwaarden en plaatst daarbij enkele kanttekeningen. Deze waarborgen vloeien niet alleen voort uit de wet BIG, maar ook uit de Kwaliteitswet zorginstellingen.

4.5 Conclusie

De bevindingen van het jurisprudentieonderzoek zijn herkenbaar voor de experts. Over het algemeen wordt taakherschikking positief beoordeeld in de praktijk. Een enkeling vindt het vanuit kwaliteitsperspectief een slechte ontwikkeling. Taakherschikking dient volgens de experts uit doelmatigheids-overwegingen plaats te vinden, niet uit kostenoverwegingen en het dient te leiden tot een efficiënte(re), kwaliteitsverbeterende zorg. Toch rijzen er nog veel vragen, met name met betrekking tot het zogenoemde grijze gebied dat zorgt voor veel onduidelijkheid. Door middel van opleiding, samenwerkingsafspraken en protocollen kunnen volgens de experts veel problemen ondervangen worden. Dit zal leiden tot een verantwoorde zorg. Het diagnosticeren, indiceren en het voorschrijven van recepten dient volgens de experts te worden voorbehouden aan een bepaalde beroepsgroep, dan wel toegevoegd te worden aan het deskundigheidsgebied van een bepaalde beroepsgroep. Deze aanbevelingen zullen naar de verwachting van de experts een begunstigende werking hebben op taakherschikking.

5 Conclusies

Centraal in dit onderzoek stonden de vragen welke opvattingen in de rechtspraak te vinden zijn betreffende taakherschikking in de professionele zorgverlening en wat een analyse van die opvattingen oplevert voor het feitelijk en praktisch vormgeven van taakherschikking in de praktijk van de individuele gezondheidszorg.

De in de jurisprudentie gevonden situaties hebben veelal betrekking op het toebedelen van taken aan beroepsbeoefenaren in opleidingssituaties met als doel om degenen die in opleiding zijn vertrouwd te maken met de daadwerkelijke beroepsuitoefening; op samenwerkingsafspraken respectievelijk verschuiving van taken tussen beoefenaren van verschillende beroepen en op grensgeschillen met betrekking tot taakafbakening tussen verschillende beroepsbeoefenaren.

Het gaat altijd om ad hoc situaties die niet structureel zijn in de zin dat de over te dragen taken al definitief tot het takenpakket van de opdrachtnemer behoren. Van taakherschikking zoals gedefinieerd in de literatuur lijkt voor de in de jurisprudentie gevonden situaties geen sprake te zijn. Dit neemt niet weg dat uit de beoordeling door de rechter wel degelijk conclusies te trekken zijn met het oog op taakherschikking.

De analyse van de jurisprudentie leert dat voor de rechter het bestaande wettelijk kader richtinggevend is. Daarbij gaat het in de eerste plaats om het duidelijk maken van verantwoordelijkheden van de verschillende bij taakherschikking betrokken beroepsbeoefenaren. Laat een beroepsbeoefenaar taken over aan een andere beroepsbeoefenaar, dan zijn van belang: diens opleiding, duidelijke instructies en afspraken uitgaand van de opdrachtgever, begeleiding, toezicht en controle door de opdrachtgever en bekwaamheid bij degene die de taken overneemt. Deze voorwaarden gelden zowel in opleidingssituaties als daarbuiten.

Zoals gezien heeft de rechter zich ook uitgesproken over wat wel en wat niet voor taakherschikking in aanmerking komt. Vaccinatie, eenvoudige medische handelingen en triage op de SEH kan door een medicus aan een andere beroepsbeoefenaar worden overgelaten. Dit geldt niet voor de indicatiestelling en het voorschrijven van geneesmiddelen en – voor wat betreft de apotheker - het bereiden en afleveren van medicatie. Een

aparte plaats neemt de uitvoering van euthanasie in. Dat deze moet worden voorbehouden aan artsen is duidelijk. De associatie met taakherschikking ligt hier niet voor de hand.

Het is niet verbazingwekkend dat het jurisprudentieonderzoek geen opzienbarende openingen heeft blootgelegd voor taakherschikking. Bij de vervulling van zijn rechtsvindende taak richt de rechter zich naar het geldende recht. Bij interpretatie van de wettelijke voorschriften in de wet BIG en in de Wet op de geneesmiddelenvoorziening atrapeert de rechter grensoverschrijding eerder dan echt grensverleggend bezig te zijn. Die taak is immers weggelegd voor de wetgever. Dat leidt tot de conclusie dat voor échte taakherschikking wetswijziging nodig zal zijn. De wet BIG moge dan afgerekend hebben met het medisch monopolie, juist de bevoegdheden inzake het verrichten van voorbehouden handelingen zijn strak geregeld. Taakherschikking raakt niet zelden aan die bevoegdheidsregeling. Denk met name aan de overheveling van taken van de arts naar verpleegkundigen.

De bevindingen uit het jurisprudentieonderzoek zijn voor de ondervraagde experts geen verrassing en hun opvattingen sluiten aan bij die van de rechter. De experts wijzen op de voordelen van taakherschikking, zoals een efficiëntere en kwalitatief betere zorg, maar geven tegelijkertijd aan dat als taakherschikking plaatsvindt vanuit kostenoverwegingen of tekort aan menskracht, het gevaar bestaat dat de taakherschikking in het nadeel van de patiënt werkt. Zij wijzen erop dat taakherschikking alleen plaats mag vinden als er duidelijke samenwerkingsafspraken en protocollen zijn gemaakt. In de praktijk bestaat nog te vaak onduidelijkheid over welke taak tot wiens verantwoordelijkheid behoort. Verantwoorde zorg behoort naar hun mening het uitgangspunt te zijn bij taakherschikking.

Uit de analyse van het jurisprudentieonderzoek en de opvattingen van de experts zijn in algemene zin aanwijzingen te destilleren voor het feitelijk en praktisch vormgeven van taakherschikking in de praktijk van de individuele gezondheidszorg.

In de eerste plaats dienen de beroepsbeoefenaren in de praktijk van alledag goed hun eigen verantwoordelijkheid in het oog te houden en goede samenwerkingsafspraken over taken en verantwoordelijkheden te maken. Aandacht dient besteed te worden aan uitwisseling van informatie en zorgvuldige over-

dracht van patiënten. Bedacht moet worden dat als beroepsbeoefenaren taken toebedeeld krijgen, die geen onderdeel uitmaken van hun deskundigheidsgebied en die zij niet in hun opleiding aangeleerd hebben gekregen, extra aandacht besteed moet worden aan instructies en het vertrouwd maken van de beroepsbeoefenaar met deze taken. Gaat het om een structurele taakverschuiving dan zal dit moeten leiden tot een aanpassing van de opleiding en eventueel van de omschrijving van het deskundigheidsgebied.

Op het niveau van de beroepsverenigingen dienen de ontwikkelingen met betrekking tot taakherschikking scherp in het oog gehouden te worden teneinde tijdig eisen te kunnen formuleren voor (een aanpassing van) de opleiding en om de definitie van het deskundigheidsgebied aan te passen.

Voor instellingen geldt, dat zij de zorg hebben voor een goede infrastructuur waarbinnen taakherschikking plaatsvindt. Zij dienen vanuit hun verantwoordelijkheid op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen te bevorderen, eventueel in samenspraak met de beroepsverenigingen, dat de beroepsbeoefenaren goede protocollen en samenwerkingsafspraken maken en deze ook evalueren. De instellingen dienen een en ander periodiek te controleren.

Het is duidelijk dat ten aanzien van taakherschikking belangrijke verantwoordelijkheden liggen bij individuele beroepsbeoefenaren, beroepsverenigingen en instellingen. Bij de invulling van deze verantwoordelijkheden dient het begrip verantwoorde zorg en met name de patiëntgerichtheid van de zorg uitgangspunt te zijn. Als de zorg in meerdere handen komt, bestaat het gevaar dat door de vele overdrachtsmomenten en het grote aantal personen dat bij de zorg betrokken is, de betrokkenheid bij de patiënt in het gedrang komt. De patiënt, van zijn kant, kan de vertrouwensrelatie met één hulpverlener, één centraal persoon om aan te spreken als hij vragen of problemen heeft, missen. Taakherschikking kan bijdragen tot een efficiëntere zorg, maar de patiënt dient hierbij maatgevend te zijn.

Bijlagen

Bijlage 1

Geraadpleegde experts

Mevrouw mr. M. Biesart, KNMG

Mevrouw mr. M.J.C.E. Blondeau, Erasmus Universitair
Medisch Centrum Rotterdam

Mevrouw mr. A.C. de Die, advocaat en procureur Pels Rijcken
& Drooglever Fortuijn, advocaten en notarissen

Mr. J.H.H.M. Dorscheidt, Faculteit Geneeskunde
Rijksuniversiteit Groningen/Academisch ziekenhuis
Groningen

Mevrouw mr. J. Goedhart, Academisch ziekenhuis Groningen

Mevrouw drs. N. van Lin, Inspecteur voor de
gezondheidszorg, regio zuidoost

Mr. I.P.C. Sindram, advocaat en procureur De Mul Zegger
advocaten, Nijmegen

Mevrouw M. van Tol, projectmedewerker LCCV

Mr. E.B. van Veen

Mevrouw mr. A.A.C. Vlaskamp, adjunct-directeur LCCV

Bijlage 2

Tabellen

Tabel 1 Uitspraken inzake taakherschikking in strikte zin

Rechterlijke instantie/ college & datum	Korte beschrijving casus	Essentie met betrekking tot taakherschikking
CMT, 12-9-1991	Basisarts verricht oog- heelkundig onderzoek en stelt oogheelkundige diagnose.	Onvoldoende deskundigheid basisarts om oogheelkundige verrichtingen te doen. Deskundigheid beperkt tot kennen en kunnen van geneeskundige opleiding. Basisarts mag zich niet begeven op deskundigheidsterrein van oogarts.
MTC Amsterdam, 23-12-1991	Specialist voert verkeerd medisch beleid.	Van medicus mag worden verwacht dat deze zijn eigen grenzen van kennen en kunnen kent en in acht neemt, en in voorkomende gevallen een wel terzake deskundige specialist inroept.

Tabel 2 Taken die wel in aanmerking komen voor taakschikking

Rechterlijke instantie/ college & datum	Korte beschrijving casus	Essentie met betrekking tot taakherschikking
Ktg. Schiedam, 20-2- 1996	Arbeidsconflict.	Vaccinatie door verpleegkun- digen is in beginsel toegestaan. De handeling komt in aanmerking voor delegatie.
CMT, 27-4-1999	Voorschrijven medicatie zonder overleg met huisarts.	De praktijkassistente dient alle contacten aan de arts mee te delen. Praktijkassistente die over voldoende ervaring beschikt mag

		eenvoudige handelingen, gevallen waarover geen onzekerheid bestaat, zelf afdoen, maar moet ook hiervan de arts op de hoogte brengen. Ieder geval waarin twijfel redelijkerwijs mogelijk is, dient vooraf aan arts te worden voorgelegd.
CMT, 25-5-2000	Praktijkassistente behandelt patiënt met vingerverwonding zelf.	Dezelfde overwegingen als bovenstaande uitspraak. Dat patiënt instemt met het beleid doet er niet aan af. Assistent heeft in casus gehandeld in overeenstemming met de instructies van de arts. Arts is tekortgeschoten in geven van goede instructies. Arts is volledig verantwoordelijk voor handelwijze assistente.
MTC Amsterdam, 16-2-1999	Ziek kind wordt ongezien (en dus onbehandeld) weer naar huis gestuurd op Spoedeisende Hulp.	Directeur patiëntenzorg mede verantwoordelijk voor tekortkomingen in organisatiestructuur en het functioneren van de zorgverlening in het ziekenhuis. Triagesysteem op spoedeisende hulp is aanvaardbaar en gangbaar in Nederland.

Tabel 3 Uitspraken inzake taken die niet in aanmerking komen voor taakherschikking: Handelingen

Rechterlijke instantie/ college & datum	Korte beschrijving casus	Essentie met betrekking tot taakherschikking
Gerechtshof Amsterdam, 20-10-1992	Eigenmachtig wijzigen recept door apotheker.	Apotheker mag niet zonder overleg met arts wijzigingen aanbrenge ⁿ én afleveren.
MTC Amsterdam, 23-9-1991	Verpleegkundige heeft geneesmiddelen voorgeschreven.	Voorschrijven geneesmiddelen is exclusief domein van bevoegden (artsen). Delegatie is niet geoorloofd.
Arr.rb. Groningen, 23-3-1995	Verpleegkundige verricht handelingen in het kader	Uitvoering van euthanasie kan niet gedelegeerd worden door

	van euthanasie bij patiënt.	arts. Meldingsprocedure voorziet niet in een andere melding dan door artsen. Slechts toetsingsprocedures voor artsen in het leven geroepen
Arr.rb. 's-Gravenhage, 13-1-1995 Sector Bestuursrecht	Vermindering van zorgaanbod door kruisorganisatie; geen aanvulling meer door gezinsverzorgende en mantelzorg.	Hulp bij laxeren dient in een, verpleegkundige hand te worden gehouden.

Verantwoordelijkheden

Rechterlijke instantie/ college & datum	Korte beschrijving casus	Essentie met betrekking tot taakherschikking
MTC Zwolle, 2-12-1999	Tekortkoming in organisatie van een verantwoorde zorg.	Directeur Patiëntenzorg is verantwoordelijk voor tekortkomingen in de organisatiestructuur en het functioneren van de zorgverlening in het ziekenhuis, onverlet de eigen professionele verantwoordelijkheid van de aan het ziekenhuis verbonden medici.
CMT, 15-12-1994	Gebrekkige organisatie afdeling verloskunde en tekortschieten in vereiste zorg; te laat naar patiënt gekomen en niet direct juiste maatregelen genomen.	Gebrekkige organisatie van afdeling kan niet worden verweten aan gynaecoloog in opleiding; mede gelet op het feit dat zij nog in opleiding was, kan zij niet verantwoordelijk worden gesteld voor gebrekkige organisatie.
MTC Eindhoven, 12-9-1994	Gynaecoloog heeft patiënt niet zorgvuldig overgedragen, gebrekkige communicatie binnen de maatschap	Leden van een artsenmaatschap zijn niet alleen gezamenlijk, maar ook individueel verantwoordelijk voor een goede organisatie en verdeling van werkzaamheden binnen de maatschap en voor buiten de normale diensturen adequate waarnemingsregeling. Deze individuele verantwoordelijkheid houdt niet op als een

		ander lid van de maatschap zich volstrekt non-coöperatief opstelt.
CMT, 2-12-1997	Arts heeft onvoldoende onderzoek verricht en patiënt te laat doorverwezen.	In verband met bijzondere omstandigheden (ziekte in familie) dient arts uitgebreider onderzoek te doen en eerder te verwijzen naar een specialist. Van arts die goede naam heeft, mag worden verwacht dat deze een meer dan gemiddeld inzicht heeft en bijzondere zorgvuldigheid betracht.
CMT, 28-5-1998	Wie is verantwoordelijk voor CT-scan?	De radioloog heeft de primaire verantwoordelijkheid voor de correcte uitvoering van het gevraagde onderzoek, voor de interpretatie van de verkregen beelden en voor het juist informeren van de behandelend arts. De behandelend arts is verantwoordelijk voor een goed geformuleerde vraagstelling voor het onderzoek.
Geschillencommissie Ziekenhuizen, 9-7-1997	Cardioloog laat onderzoeks- en behandelbeleid over aan onervaren en overbelaste arts-assistent.	Behandelend chirurg dient zelf te zorgen voor voldoende nazorg, niet aan iemand overlaten.

Tabel 4 Uitspraken inzake taakafbakening deskundigheid en bekwaamheid

Rechterlijke instantie/college & datum	Korte beschrijving casus	Essentie met betrekking tot taakherschikking
CMT, 12-9-1991	Basisarts verricht oogheelkundig onderzoek en doet oogheelkundige diagnose.	Onvoldoende deskundigheid basisarts om oogheelkundige verrichtingen te doen. Deskundigheid beperkt tot kennen en kunnen van geneeskundige opleiding. Basisarts mag zich niet begeven op deskundigheidsterrein van oogarts.
MTC Amsterdam,	Verplegend personeel	Van medicus mag worden

23-12-1991	dient patiënt medicijnen toe in strijd met instructies arts.	verwacht dat deze zijn eigen grenzen van kennen en kunnen kent en in acht neemt, en in voorkomende gevallen een wel terzake deskundig specialist in consultatie roept. Behandelend specialist kan in beginsel niet verantwoordelijk worden gehouden voor niet opvolgen van instructies (patiënt bepaald geneesmiddel niet toe te dienen) door verplegend personeel
Hof 's-Gravenhage, 6-4-1995	Arts voerde flapoorcorrecties uit.	Onbevoegdlijk uitvoeren van artsenij-bereidkunst. Het corrigeren van flaporen dient vanwege mogelijk esthetische gevolgen te worden overgelaten aan een ervaren plastisch chirurg.
MTC 's-Gravenhage, 3-5-1995	Onvoldoende begeleiding arts-assistent.	Van een supervisor wordt een grotere rol in persoonlijke controle en begeleiding van arts-assistent verwacht, zeker indien arts de arts-assistent beperkt kent. Dat het op afdeling praktijk was om arts-assistent op afstand te begeleiden, doet hier niet aan af, de arts is mede verantwoordelijk voor die praktijk. Voorts heeft arts patiënt niet goed overgedragen aan opvolger, arts had situatie mondeling moeten bespreken.
MTC Eindhoven, 2-6-1997	Gebrekkige organisatie maatschap.	Er dienen voldoende instructies en aanwijzingen te zijn voor assistenten. Taken dienen te worden overgelaten aan assistenten die daartoe bekwaam zijn.
CMT, 27-4-1999	Voorschrijven medicatie zonder overleg huisarts.	Praktijkassistente dient alle contacten aan de arts mee te delen. Praktijkassistente die over voldoende ervaring beschikt, mag eenvoudige handelingen, gevallen, waarover geen onzekerheid bestaat, zelf afdoen, maar moet

		ook hiervan arts op hoogte brengen. Ieder geval waarin twijfel redelijkerwijs mogelijk is, dient vooraf aan arts te worden voorgelegd.
--	--	--

Tabel 5 Uitspraken inzake opleiding

Rechterlijke instantie/ college & datum	Korte beschrijving casus	Essentie met betrekking tot taakherschikking
CMT, 12-9-1991	Basisarts verricht oogheelkundig onderzoek en stelt oogheelkundige diagnose.	Onvoldoende deskundigheid basisarts om oogheelkundige verrichtingen te doen. Deskundigheid beperkt tot kennen en kunnen van geneeskundige opleiding. Basisarts mag zich niet begeven op deskundigheidsterrein van oogarts.
CMT, 7-5-1992	Gebrekkig systeem van achterwachten op EHBO-afdeling: slechts indien wachtassistent daarom verzoekt, komt arts naar afdeling.	Medisch directeur is verantwoordelijk voor gestructureerde bewaking van werkzaamheden van arts-assistent. Op EHBO-afdeling dient er een behoorlijke controle te zijn op minst ervaren die feitelijk leiding geeft. Door besprekingen tussen specialisten en arts-assistent kan persoonlijke afstemming plaatsvinden van bekwaamheid en ervaring van de arts-assistent.
MTC 's-Gravenhage, 3-5-1995	Arts laat baring geheel over aan arts-assistent.	Arts had baring niet mogen overlaten aan arts-assistent nu hij niet wist wat haar kennis en kunde was. Aldus dient arts zich op de hoogte te stellen van kennis en kunde van arts-assistent teneinde te kunnen beslissen wat wel en wat niet aan arts-assistent kan worden overgelaten.
CMT, 15-12-1994	Gebrekkige organisatie afdeling verloskunde en tekortschieten in vereiste zorg; te laat naar patiënt	Gebrekkige organisatie van afdeling kan niet worden verweten aan gynaecoloog in opleiding; mede gelet op het feit

	gekomen en niet direct juiste maatregelen genomen.	dat zij nog in opleiding was, kan zij niet verantwoordelijk worden gesteld voor gebrekkige organisatie. Co-assistent kan niet de verantwoordelijkheid dragen voor de begeleiding van een baring. Verder dienen er in verloskamer schriftelijke instructies te zijn met door co-assistenten in acht te nemen regels. Arts/supervisor dient beoordeling van noodzaak van zijn komst naar ziekenhuis niet over te laten aan co-assistent.
CMT, 7-9-1995	Huisarts weigert patiënt te bezoeken; zorgplicht in geval van opleiding	Van groot belang dat in opleidingssituatie de opleider vaak samen met de arts-assistent de patiënt ziet en niet volstaat met telefonisch overleg.
CMT, 18-4-1996	Supervisor heeft nagelaten patiënt zelf te zien en bevindingen arts-assistent te controleren.	Indien supervisor nauwelijks enige persoonlijke ervaring heeft met arts-assistent, dient hij de arts-assistent nauwgezet te begeleiden en controleren.
MTC Zwolle, 3-11-1990	Protocol ontbreekt (verantwoordelijkheid en bevoegdheid), tevens ontbreekt functieomschrijving arts-assistent.	Arts laat arts-assistent in onduidelijkheid over diens taken en op welke wijze daaraan invulling gegeven moet worden. Er moet duidelijk aangegeven worden wat arts-assistent aan werkzaamheden mag doen ten opzichte van de arts.
CMT, 10-4-1997	Onvoldoende aandacht voor patiënt tijdens opname en gebrekkige communicatie met andere behandelaars.	In een opleidingskliniek behoort een protocol in het medisch dossier aanwezig te zijn met een op de patiënt toegesneden behandelingsplan. Standaardprotocol is niet voldoende. Tevens dienen in verband met de vele overdrachtsmomenten in het opleidingsziekenhuis goede instructies voor assistenten te zijn opgenomen, zodat assistenten weten wat ze moeten doen.
CMT, 14-5-1998	Onvoldoende onderzoek door arts.	Indien arts-assistent in een opleidingssituatie arts verzoekt om patiënt te zien, dient arts

		meer onderzoek te verrichten en de verzamelde gegevens te verifiëren.
CMT, 5-3-1998	Arts wordt verweten dat hij geen inhoud heeft gegeven aan taak als opleider.	In opleidingssituatie dient op ondubbelzinnige wijze te blijken dat de opleider de aanpak van de door hem op te leiden arts-assistent verantwoord acht en voor zijn rekening neemt.
MTC Amsterdam, 16-3-1998	Arts had patiënt langer moeten observeren of andere specialist in consult moeten roepen.	Gynaecoloog is volgens protocol de verantwoordelijke specialist en had collega van een ander specialisme in moeten roepen. Op agnio orthopedie rust een eigen verantwoordelijkheid als arts. Verantwoordelijkheid van supervisie wordt gedragen door alle stafleden van de betrokken medische disciplines en/of ziekenhuisafdeling.
CMT, 11-2-1993	Arts wordt onvoldoende onderzoek en zorg, alsmede onvoldoende aandacht voor patiënt verweten.	Arts als lid van groep opleiders tenminste mede verantwoordelijk voor gebrek aan supervisie van arts-assistent.
MTC 's-Gravenhage, 8-1-1992	Arts-assistent laat na suïcidale patiënt te bezoeken.	Vrijblijvendheid protocol met betrekking tot raadplegen achterwacht. Dit geeft bedenkingen nu betrekkelijk onervaren arts-assistent wordt ingezet op belangrijke acute situaties.

Tabel 6 Uitspraken inzake niet-opleidingssituaties

Rechterlijke instantie/college & datum	Korte beschrijving casus	Essentie met betrekking tot taakherschikking
MTC Amsterdam, 16-3-1998	Agnio orthopedie stelt onjuiste diagnose en verzuimt tijdig de specialist in te roepen.	Op agnio orthopedie rust een eigen verantwoordelijkheid als arts.
MTC Amsterdam, 27-4-1998	Basisarts heeft nagelaten collega's te raadplegen en	Basisarts is chef de clinique en voert beleid uit dat door

	patiënt te zien.	gynaecoloog is opgesteld. Basisarts heeft de verantwoordelijkheid dat er voldoende zorg en aandacht is, en dat alle medische gegevens aan de gynaecoloog worden overgebracht.
CMT, 7-5-1992	Gebrekkig systeem van achterwachten op EHBO-afdeling: slechts indien wachtassistent daarom verzoekt, komt arts naar afdeling.	Medisch directeur is verantwoordelijk voor gestructureerde bewaking van werkzaamheden van arts-assistent. Op EHBO-afdeling dient er een behoorlijke controle te zijn op minst ervaren die feitelijk leiding geeft. Door besprekingen tussen specialisten en arts-assistent kan persoonlijke afstemming plaatsvinden van bekwaamheid en ervaring van de arts-assistent.

Tabel 7 Uitspraken inzake opdracht en voorbehouden handelingen

Rechterlijke instantie/ college & datum	Korte beschrijving casus	Essentie met betrekking tot taakherschikking
Hof Den Bosch, 14-4-1993	Laborante heeft spuit gevuld met verkeerde vloeistof.	Controle op juiste contrastvloeistof en het toedienen van die vloeistof behoort tot verantwoordelijkheid van de arts.
MTC Amsterdam, 23-12-1991	Verplegend personeel dient patiënt medicijnen toe in strijd met instructies arts.	Behandelend specialist kan in beginsel niet verantwoordelijk worden gehouden voor niet opvolgen van instructies (patiënt bepaald geneesmiddel niet toe te dienen) door verplegend personeel

Tabel 8 Uitspraken inzake samenwerking tussen verschillende disciplines

Rechterlijke instantie/ college & datum	Korte beschrijving	Essentie met betrekking tot taakherschikking
CMT, 6-8-1992	Obstetricus houdt	Arts dient contact op te nemen

	onvoldoende toezicht op voortgang baring.	met kinderarts om in overleg de verantwoordelijkheid voor de patiënt over te dragen.
MTC Amsterdam, 21-9-1992	Inadequaat beleid met betrekking tot onderzoek en behandeling, verantwoordelijkheid controlesysteem.	Gynaecoloog heeft eigen verantwoordelijkheid om systeem op te zetten waarbij hij direct telefonisch of schriftelijk gewaarschuwd wordt door het laboratorium, indien er sterk afwijkende uitslagen worden geconstateerd.
MTC Groningen, 1-3-1995	Te laat inschakelen van huisarts bij kraamvrouwenkoorts	Bij thuisbevallingen dient gewaarborgd te zijn dat eventueel optreden van ziekten tijdig worden herkend, waartoe goede afspraken met alle betrokkenen noodzakelijk zijn. Eigen verantwoordelijkheid van verloskundige. Zij kan zich niet beroepen op duidelijke instructies die zij had gegeven aan klagster en kraamverzorgster.
MTC Zwolle, 2-3-1996	Onzorgvuldige begeleiding zwangerschap.	Indien huisarts bevalling geheel wil overlaten aan verloskundige dan dient huisarts zorg te dragen voor een behoorlijke uitwisseling van gegevens, die de verloskundige in staat stellen hun werk goed te doen.

Tabel 9 Uitspraken inzake opvolgende zorg

Rechterlijke instantie/college & datum	Korte beschrijving casus	Essentie met betrekking tot taakherschikking
MTC Amsterdam, 23-10-1995	Slecht functioneren gynaecoloogmaatschap.	Hoewel gynaecoloog enig aandeel heeft gehad in het collectief falen van de maatschap der gynaecologen, is zulks niet in die mate geweest dat hem dat als individu tuchtrechtelijk kan worden verweten.
MTC Amsterdam, 27-1-1997	Arts geeft onvolledige informatie.	Waarnemend huisarts dient volledige informatie te geven aan Centrale Post Ambulancevervoer

		teneinde de urgentie van de patiënt goed te kunnen inschatten.
Arr.rb. 's-Gravenhage, 24-10-1995	Geen collegiaal overleg bij uitvoeren euthanasie.	De opvolgende dienstdoende arts en verpleegkundigen die de dosis moeten toedienen dienen uitgebreid geïnformeerd te worden. Tevens dienen de verpleegkundigen begeleid te worden door een arts.
MTC Amsterdam, 23-10-1995	Slecht functioneren gynaecologenmaatschap.	Ook al komt de eerste gynaecoloog de procedureafspraken niet na, dat ontheft de tweede gynaecoloog niet van zijn eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot patiënt en de verplichting om zelfstandig en kritisch het klinisch beloop te beoordelen.

Tabel 10 Uitspraken inzake specifieke situaties

Rechterlijke instantie/college & datum	Korte beschrijving casus	Essentie met betrekking tot taakherschikking
MTC Eindhoven, 12-9-1994	Gynaecoloog heeft verzuimd tijdig in te grijpen en onvoldoende overleg.	Waarnemer kan alleen goed functioneren bij zorgvuldige overdracht. Tevens dienen er goede samenwerkingsafspraken te worden gemaakt. Een waarnemer mag niet alles aan een arts-assistent overlaten.
CMT, 27-4-1999	Onjuist voorschrijven medicatie zonder overleg met huisarts.	Praktijkassistent dient alle contacten aan de arts mee te delen. Praktijkassistent die over voldoende ervaring beschikt, mag eenvoudige handelingen, gevallen waarover geen onzekerheid bestaat, zelf afdoen, maar moet ook hiervan arts op hoogte brengen. Ieder geval waarin twijfel redelijkerwijs mogelijk is, dient vooraf aan arts te worden voorgelegd.

CMT, 25-5-2000	Praktijkassistente behandelt patiënt met vingerwonding zelf	Dat patiënt instemt met het beleid doet er niet aan af. Assistent heeft in casus gehandeld in overeenstemming met de instructies van de arts. Arts is tekortgeschoten in geven van goede instructies. Arts is volledig verantwoordelijk voor handelwijze assistent.
CMT, 15-6-1995	Medisch student op centraal adres van huisartsenpost neemt telefonische anamnese af, stelt diagnose en schrijft recepten uit.	Bij het inzetten van een medisch student bij waarnemingspraktijk is sprake van onbevoegde uitoefening van de geneeskunst.

Bijlage 3

Jurisprudentieregister

Tuchtrecht

CMT 12-9-1991, TGR 1992/13
CMT 7-5-1992, TGR 1993/16
CMT 6-8-1992, TGR 1993/6
CMT 11-2-1993, TGR 1994/67
CMT 15-12-1994, TGR 1995/42 en 43
CMT 15-6-1995, TGR 1996/3
CMT 7-9-1995, TGR 1996/72
CMT 18-4-1996, TGR 1996/75
CMT 10-4-1997, TGR 1998/1
CMT 2-12-1997, TGR 1998/53
CTG 5-3-1998, TGR 1998/52
CTG 14-5-1998, TGR 1999/22
CTG 28-5-1998, TGR 1999/23
CTG 27-4-1999, TGR 1999/53
CTG 25-5-2000, TGR 2001/4

MTC Zwolle 3-11-1990, TGR 1991/36
MTC Amsterdam 23-9-1991, TGR 1992/25
MTC Amsterdam 23-12-1991, TGR 1992/42
MTC Den Haag 8-1-1992, TGR 1992/33
MTC Amsterdam 21-9-1992, TGR 1995/3
MTC Eindhoven 12-9-1994, TGR 1995/49 en 50
MTC Groningen 1-3-1995, TGR 1996/60
MTC Den Haag 3-5-1995, TGR 1996/47 en 48
MTC Amsterdam 23-10-1995, TGR 1996/22, 23, 24 en 25
MTC Zwolle 2-3-1996, TGR 1996/50
MTC Amsterdam 27-1-1997, TGR 1997/39
MTC Eindhoven 2-6-1997, TGR 1998/2
MTC Amsterdam 16-3-1998, TGR 1999/24
MTC Amsterdam 27-4-1998, TGR 1999/3
MTC Amsterdam 16-2-1999, TGR 1999/35
MTC Zwolle 2-12-1999, TGR 2000/31

Hof Amsterdam 20-10-1992, TGR 1993/45

Civiel recht

Ktg Schiedam 20-2-1996, TGR 1998/43
Geschillencommissie ziekenhuizen 9-7-1997, TGR 1998/43

Strafrecht

Arr. Rb. Amsterdam 25-1-1993, TGR 1996/58

Arr. Rb. Groningen 23-3-1995, TGR 1995/34

Arr. Rb. Den Haag 24-10-1995, TGR 1996/7 en 13

Hof Den Bosch 14-4-1993, TGR 1995/2

Hof Leeuwarden 21-9-1995, TGR 1995/57 (hoger beroep van
TGR 1995/34)

Hof Den Haag 6-4-1995, TGR 1996/36

Bestuursrecht

Arr. Rb. Den Haag 13-1-1995, sector bestuursrecht, TGR
1996/56

Bijlage 4

Lijst van afkortingen

agnio	assistent geneeskunde niet in opleiding
Arr. Rb.	Arrondissement Rechtbank
BW	Burgerlijk wetboek
CMT	Centraal Medisch Tuchtcollege
CvZ	College voor Zorgverzekeringen
KNMG	Koninklijke Nederlandsche maatschappij tot bevordering der geneeskunst
Ktg	Kantongerecht
Kwz	Kwaliteitswet zorginstellingen
LCVV	Landelijk centrum voor verpleging en verzorging
MTC	Medisch Tuchtcollege
RIAGG	Regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
SEH	Spoedeisende hulp
wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
WUG	Wet uitoefening geneeskunst

Bijlage 5

Literatuurlijst

Bijl, N.P.Y.M. de. Toelating tot de geneeskundige beroepsuitoefening en tot het verrichten van geneeskundige handelingen: bescherming en keuzevrijheid van de patiënt. Gezondheidsrecht reeks, no. 13. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1999.

Gevers, J.K.M.en A. van Aalst. De rechter en het medisch handelen. Deventer: Kluwer, 1998.

Hubben, J.H. en L.A.M. van Zenderen. Wet ziekenhuisvoorzieningen, actualiteit en jurisprudentie-overzicht 1975-1995. Gezondheidsrecht reeks, no. 4. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1996.

Hubben, J.H., et al. Arts, patiënt en ziekenhuis, nieuw civiel-, klacht- en tuchtrecht in de gezondheidszorg. Arnhem; Gouda: Quint, 1995.

Losbladig Handboek Cliëntenparticipatie, Medezeggenschap en Klachtrecht, Bohn Stafleu Van Loghum.

Losbladige Gids Jurisprudentie Gezondheidsrecht, Samsom HD Tjeenk Willink.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Medisch-specialistische zorg in de toekomst. Zoetermeer: RVZ, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Professionals in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2000.

Reijssen, P.P.M. van en J.H. Hubben. Jurisprudentieonderzoek Protocollen in de gezondheidszorg. Gezondheidsrecht reeks, no. 7. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1997.

Reijssen, P.P.M. van. Medisch-professionele autonomie en gezondheidsrecht. Gezondheidsrecht reeks, no. 10. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1998.

Scholten, Ch.M, M. Ijzerman en M. Algera. Taakverschuiving van arts naar verpleegkundige: twee onderzoeken naar praktijk en voorwaarden. Elsevier/De Tijdstroom en LCVV, 1999.

Spreeuwenberg, C., et al. Handboek transmurale zorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidsrecht, 2000.

Wijmen, F.C.B. van en C.J.M. Nederveen-Van de Kragt (red), Beroepenwetgeving in ontwikkeling: evaluaties halverwege het invoeringstraject van de Wet BIG. Antwerpen/Groningen: Intersentia, 1996.

Wijmen, F.C.B. van. Nurse Practitioners: possibilities and problems within Dutch law, Proceedings Conference Nurse Practitioners, november 1997. S.l.: Academisch ziekenhuis Groningen, 1998 (p. 11-16).

Wijmen, F.C.B. van. Richtlijnen voor verantwoorde zorg. Utrecht: Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht, 2000.

Bijlage

Bijlage

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties t/m 02/08 zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer. M.i.v. publicatienummer 02/09 zijn de publicaties te bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11).

Adviezen en achtergrondstudies

02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	EUR	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	EUR	15,00
02/15	Gezondheid en gedrag	EUR	15,00
02/14	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies bij het advies Gezondheid en gedrag)	EUR	15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	EUR	15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	EUR	15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	EUR	15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	EUR	15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	EUR	15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	EUR	15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	EUR	15,00
02/05	E-health in zicht	EUR	15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00

02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	EUR	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	EUR	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	EUR	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	EUR	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/08	Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheids- risico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	EUR	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	EUR	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennde studie)	EUR	11,34
01/04E	Healthy without care	EUR	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	EUR	19,29
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	EUR	6,81
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	EUR	13,61
00/03	De rollen verdeeld	EUR	13,61
99/26	Care en cure	EUR	11,34
99/25	Over Schotten in care en cure: opvattingen en werkwijzen (achtergrondstudie bij Care en cure)	EUR	11,34
99/23	Gezond zonder zorg: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08
99/22	Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Interculturalisatie van de gezondheidszorg)	EUR	9,08
99/21	Interculturalisatie van de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/20	Gezondheid in al haar facetten (TNO achtergrondstudie bij Gezond zonder zorg)	EUR	9,08
99/19	Gezond zonder zorg	EUR	9,08
99/18	Over e-health en cybermedicine (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	EUR	15,88
99/17E	The Patiënt and the Internet	EUR	11,34
99/17	Patiënt en Internet	EUR	9,08
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting (achtergrondstudie bij Professionals in de gezondheidszorg)	EUR	9,08

99/15	Professionals in de gezondheidszorg	EUR	18,15
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	EUR	11,34
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	EUR	13,61
99/10	Europa en de gezondheidszorg	EUR	11,34
99/10E	Europe and health care	EUR	13,61
99/09	Ethiek met beleid	EUR	11,34
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	EUR	11,34
99/05	Octrooiering biotechnologie	EUR	13,61
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	EUR	11,34
99/02	Verslavingszorg herijkt	EUR	11,34
98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	EUR	11,34
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	EUR	11,34
98/08	Zelftests	EUR	11,34
98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	EUR	11,34
98/06	Tussen markt en overheid	EUR	9,08
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	EUR	9,08
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	EUR	11,34
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	EUR	13,61
97/20	Besturen in overleg	EUR	13,61
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	EUR	9,08
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	EUR	9,08
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	EUR	9,08
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	EUR	4,54

97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	EUR	11,34
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	EUR	11,34
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	EUR	18,15
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	18,15
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	EUR	9,08
97/10	Medische hulpmiddelen	EUR	13,61
97/09	De toekomst van de AWBZ	EUR	13,61
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	EUR	9,08
97/06	Beter (z)onder dwang	EUR	11,34
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	EUR	11,34
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	EUR	11,34
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	EUR	11,34
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/12	Thuis in de ggz	EUR	13,61
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	EUR	11,34
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	EUR	6,81
96/09	Informatietechnologie in de zorg	EUR	13,61
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	EUR	11,34
96/07	Preventie en ouderen	EUR	11,34
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	EUR	9,08
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	EUR	6,81
96/04	Sociale zekerheid en zorg	EUR	9,08
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	EUR	9,08
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	EUR	6,81
96/01	Programmatische jeugdzorg	EUR	9,08
Bijzondere publicaties			
01M/01E	E-health in the United States	EUR	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	EUR	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	EUR	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	EUR	9,08
01/01	Management van beleidsadvies	EUR	11,34
99/24	Evaluatie en actie		gratis
99/08	De trend, de traditie en de turbulentie		gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	EUR	13,61
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	EUR	6,81

--	Volksgezondheid met beleid		gratis
	Advies Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1535-0)	EUR	17,92
	Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1536-9)	EUR	17,92

De publicaties *Zorgarbeid in de toekomst* zijn te bestellen bij:
SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop
Postbus 200014, 2500 EA Den Haag
Telefoonnummer: 070 378 98 80, fax: 070 378 97 83

Werkprogramma's

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002		gratis
99/07	Werkprogramma RVZ 2000		gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999		gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998		gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997		gratis

Jaarverslagen

02/08	Jaarverslag 2001 RVZ		gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ		gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ		gratis
99/01	Jaarverslag 1998 RVZ		gratis
98/02	Jaarverslag 1997 RVZ		gratis
97/02	Jaarverslag 1996 RVZ		gratis

Magazines

98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	EUR	1,59
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	EUR	1,59

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantes, Rijswijk
Uitgave: 2002
ISBN: 90-5732-107-6

*U kunt deze publicatie onder vermelding van publicatienummer 02/18
Bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch via de
RVZ (079 3 68 73 11). De prijs van de publicatie is EUR 15,00.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg