

Bijzonder onderwerp

'The BIG impact'

De betekenis van de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg voor de tandheelkunde

Het Nederlandsch Tandheelkundig Genootschap hield op donderdag 23 maart jl. te Amsterdam haar tweehonderddrieënvijftigste ledenvergadering met als thema 'The BIG impact. De betekenis van de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg voor de tandheelkunde'. De voordrachten tijdens het wetenschappelijk gedeelte werden gehouden door prof. mr. W.B. van der Mijn, emeritus-hoogleraar Gezondheidsrecht aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, D.C. Kaasjager, (arts) directeur Preventie, Algemene gezondheidszorg en Opleidingen van het ministerie van VWS, mw. I. Jansen, taakcoördinator bij de hoofdafdeling Beroepsbeoefenaren en Opleidingen Gezondheidszorg (BOG) van de Directie Preventie, Algemene gezondheidszorg en Opleidingen, mw. E.C.M. Bouvy-Berends, tandarts, coördinator van de Stichting Bijzondere Tandheelkunde Rijnmond en plaatsvervangend lid van de Raad BIG, H. van den Hul, voorzitter van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, en J.L.M. van den Heuvel, staffunctionaris tandheelkunde van het Directoraat Generaal van de Volksgezondheid, ministerie VWS. Hieronder zullen de samenvattingen van de verschillende lezingen worden gepresenteerd.

Hoofdpijnen van de Wet BIG

1 Motieven voor de totstandkoming van de Wet BIG

De belangrijkste wetten die nu gelden voor de gezondheidszorgverleners zijn de Wet Uitoefening Geneeskunst en de Wet Uitoefening Tandheelkunst. Hoewel de wetten Uitoefening Geneeskunst (1865) en Tandheelkunst (1876) bepaalden – en nog bepalen zolang deze wetten niet zijn ingetrokken – dat de uitoefening was voorbehouden aan degenen aan wie de wet de bevoegdheid daartoe heeft toegekend, dus artsen en tandartsen, is onbevoegde uitoefening van geneeskunst en tandheelkunst altijd een niet te miskennen verschijnsel geweest. Justitieel optreden daartegen kwam in de loop der jaren steeds minder voor en indien het al kwam tot vervolging en berechting, waren de opgelegde straffen gering en nauwelijks recidive voorkomend. Een groot volksgezondheidsprobleem werd dit overigens niet gevonden, wel een concurrentieprobleem, zoals tandartsen door middel van enkele gerechtelijke procedures duidelijk hebben willen maken. Deze discrepantie tussen een verbiedende wet en een tolerante praktijk werd vooral in justitiële kringen als een ondermijning van het vertrouwen in de wetgever beschouwd. De in 1965 ingestelde commissie Onbevoegde Uitoefening Geneeskunst onder voorzitterschap van een lid van de Hoge Raad adviseerde wel het verbod te handhaven, maar de strafbepalingen te beperken tot gevallen van aanmerkelijke schade of kans op schade en bovendien tot een aantal voorbehoudende handelingen zoals heelkunde, tandheelkunde en verloskunde. De in 1967 ingestelde Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening onder voorzitterschap van een volksgezondheidsdeskundige, een commissie met de opdracht de gehele geneeskundige wetgeving aan een modernisering te onderwerpen, ging een stap verder en adviseerde niet alleen de strafbepalingen, maar ook het verbod zelf te beperken. Dit is de grondslag geworden van de Wet BIG.

Een ander motief werd ingegeven door de noodzaak een wettelijke regeling te treffen voor talrijke nieuwe beroepen die zich de laatste decennia tengevolge van de medische technologie of binnen de sector geestelijke gezondheidszorg hebben ontwikkeld en grotendeels zelfstandig functioneren. Ook werd

het wenselijk geacht een wettelijke basis te leggen onder de privaatrechtelijke regelingen van specialismen, gelet op hun algemeen belang. Voorts werd het wenselijk geacht om zo nodig, vooral wanneer zelfregulering het op dit punt laat afweten, regelen te kunnen stellen ten aanzien van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Bovendien bestond in brede kring de behoefte om het medisch tuchtrecht in overeenstemming te brengen met moderne opvattingen omtrent een dergelijk stelsel van rechtspraak, onder meer door grotere openheid, een minder eenzijdige samenstelling van de tuchtcolleges en door versterking van de positie van de klager. Ten slotte bestond een algemeen verlangen naar een uniforme wetgeving voor alle beroepen met meer overzichtelijkheid en meer systematiek.

2 De lange duur van voorbereiding

De genoemde Staatscommissie had al zes jaar nodig om in haar rapport van 1973 tot de unanieme aanbeveling te komen het verbod tot uitoefening van geneeskunst en tandheelkunst door anderen dan bevoegdverklaarden te beperken. Aanvankelijk was daartegen nogal wat verzet vanuit de medische hoek. Daarna heeft het nog twintig jaar geduurd voordat uiteindelijk in november 1993 de Eerste Kamer akkoord ging met het voorstel van de Wet BIG waarin dit uitgangspunt is neergelegd. Daarmee is de wet nog niet in werking getreden. Zoals het er thans uitziet, zullen de regelingen inzake artsen, tandartsen en verloskundigen in de loop van 1997 in werking treden. Vooral het opzetten van een registratiesysteem blijkt meer tijd te vragen dan aanvankelijk werd voorzien. Vele beroepsgroepen benutten deze tijd om zich goed voor te bereiden op de gevolgen van de Wet BIG voor henzelf en waar nodig en mogelijk door zelfregulering aanvullende maatregelen betreffende de beroepsuitoefening, vooral op het stuk van de kwaliteit, te treffen.

3 De uitgangspunten van de wet

Voor een goed begrip van de wet dienen de belangrijkste uitgangspunten voor ogen te worden gehouden.

De wetgever moet bij of krachtens de wet niet meer regelen dan het algemeen belang en in het bijzonder het volksgezondheidsbelang vereist. Daarom kan in beginsel worden volstaan met het regelen van de opleiding en het toekennen van een beschermde titel.

Aan de burger moet in beginsel de vrijheid worden gelaten voor zichzelf of de zijnen bij bedreigde gezondheid daar hulp te zoeken waar hij deze meent te kunnen vinden en deze vrijheid moet niet meer worden beperkt dan het belang van de volksgezondheid vereist. Slechts indien in de praktijk moet worden gevreesd voor schade of aanmerkelijke kans op schade bij handelingen door ondeskundigen, is er reden deze handelingen voor te behouden aan daartoe bij de wet bevoegd verklaarden.

Bij de wet (art. 3) dienen slechts die beroepen te worden geregeld die:

- exclusieve bevoegdheden ten aanzien van bepaalde voorbehouden handelingen toegekend krijgen; en/of
- onder de werking van het tuchtrecht worden gesteld.

Krachtens de wet (art. 34) dienen slechts die beroepen te worden geregeld waarvan:

- de opleiding van overheidswege terwille van het volksgezondheidsbelang dient te worden geregeld;
- de titel vanuit een oogpunt van publieksvoorlichting dient te worden beschermd; en/of
- de toekenning van een functionele zelfstandigheid bij de uitvoering van voorbehouden handelingen in de praktijk wenselijk wordt geacht.

Onder de werking van het tuchtrecht dienen slechts de beoefenaren van die beroepen te worden gesteld:

- tegenover wie de patiënt een afhankelijke positie inneemt;
- wier deskundigheid de patiënt in het algemeen niet kan beoordelen; en/of
- voor wie bij laakbaar gedrag andere correctiemogelijkheden ontbreken of onvoldoende zijn om deskundigheid en zorgvuldigheid te waarborgen.

Tot het stellen van kwaliteitseisen aan de beroepsuitoefening, alsmede tot het aanwijzen van specialismen binnen een basisberoep dient de wetgever slechts over te gaan, indien het belang van de volksgezondheid zulks vereist en zelfregulering terzake ontbreekt of onvoldoende effectief is.

Deze uitgangspunten rechtvaardigen het oordeel dat er sprake is van een moderne wet die past in de huidige opvattingen over de rol van de overheid en van het maatschappelijk leven zelf. Een wet ook die het recht niet verder laat springen dan de polsstok lang is. De wet sluit dan ook beter aan bij de maatschappelijke situatie en bij de opvattingen in de samenleving omtrent de eigen verantwoordelijkheid en de daarbij passende keuzevrijheid van de burger.

4 De hoofdlijnen van de wet

Voor een achttal beroepen, waaronder dat van arts en tandarts, komt er een stelsel van constitutieve registratie tot stand. Dit betekent dat pas na registratie, overigens voorshands uit-

sluitend op basis van een voorgeschreven opleiding, de bij het beroep behorende titel mag worden gevoerd, de voor dat beroep aangewezen voorbehouden handelingen mogen worden verricht en het tuchtrecht van toepassing wordt. De wet gaat voor deze beroepen uit van een stelsel van periodieke registratie. Dit betekent dat de registratie geschiedt voor bijvoorbeeld een periode van vijf jaar, waarna herregistratie alleen volgt indien in de voorgaande periode het beroep regelmatig is uitgeoefend; anders moet bijscholing worden gevolgd.

Een door een representatieve beroepsorganisatie in het leven geroepen specialistenregeling, zoals onder meer bij de tandartsen het geval is, kan door de minister worden goedgekeurd indien aan bepaalde voorwaarden is voldaan, waarmee de specialistentitel een wettelijke bescherming verkrijgt.

De wet noemt een aantal (dertien) handelingen, waaronder heelkundige en verloskundige handelingen (maar niet meer tandheelkundige), injecties en puncties, die zijn voorbehouden aan de arts, enkele ook aan de tandarts en de verloskundige voor zover deze binnen hun deskundigheidsgebied vallen. Bedoeld is een bevoegdheid tot zowel indicatie als uitvoering. Anderen mogen onder bepaalde voorwaarden wel tot uitvoering overgaan, soms met functionele zelfstandigheid (zie bijdrage E.C.M. Bouvy-Berends).

De wet verplicht de beroepsbeoefenaar tot het leveren van verantwoorde zorg volgens de Professionele Standaard.

Strafbaar is het ten onrechte voeren van een titel, het onbevoegd verrichten van voorbehouden handelingen en het veroorzaken van schade of aanmerkelijke kans op schade als men niet geregistreerd is of, wel geregistreerd, buiten het gebied van deskundigheid treedt. Er komen ook wijzigingen van het tuchtrecht (zie bijdrage J.L.M. van den Heuvel).

5 Verschillen met de huidige wetgeving

De verschillen met de huidige wetgeving zijn na het voorgaande duidelijk:

- a. In plaats van een integrale beroepsbescherming zal slechts sprake zijn van een zeer beperkte beroepsbescherming (voor voorbehouden handelingen) en wordt volstaan met titelbescherming. Buiten de voorbehouden handelingen staat het een ieder vrij beroepsmatig werkzaam te zijn op het gebied van de geneeskunde en de tandheelkunde.
- b. Er zullen hogere eisen worden gesteld aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening en aan permanente bij- en nascholing en toetsing.
- c. Door de openbaarheid van het tuchtrecht komt het handelen van artsen, tandartsen e.a. meer dan thans het geval is, in de schijnwerpers te staan; een aansporing tot handelen met bekwaamheid en zorgvuldigheid.

Overigens dient de Wet BIG te worden gezien in samenhang met andere wetten zoals de Ziekenfondswet/AWBZ, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector.

W.B. van der Mijn

De Wet BIG als onderdeel van het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg

1 Inleiding

Een belangrijke doelstelling waarop de Wet BIG zich richt, is het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. De Wet BIG vormt daarmee een onderdeel van het beleidsinstrumentarium dat de overheid ter beschikking staat op het terrein van de kwaliteit van zorg.

Het beleidskader voor het kwaliteitsbeleid van de rijksoverheid is neergelegd in de nota Kwaliteit van Zorg (1991). Centraal uitgangspunt van de nota vormt de verdeling van de verantwoordelijkheden tussen overheid en veldpartijen. De verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg ligt primair daar, waar de zorg ook tot stand komt. De rol van de overheid is vooral gericht op het scheppen van een wettelijk kader, waarbinnen partijen aan hun eigen verantwoordelijkheid vorm kunnen geven. Daarnaast speelt de overheid een rol bij het volgen, analyseren en waar nodig stimuleren, ondersteunen of bijsturen van ontwikkelingen in de zorgsector.

De nota Kwaliteit van Zorg maakt duidelijk dat een goede kwaliteit van zorg zich in de ogen van de overheid niet beperkt tot zorg van een inhoudelijk goed niveau. Ook zorg op maat, doelmatigheid en patiëntgerichtheid zijn aspecten van kwalitatief goede zorg. Het wettelijk kader dat de overheid hiervoor ter beschikking wil hebben, richt zich op al deze aspecten. Een deel van dit wettelijk kader is op dit moment al tot stand gekomen, een ander deel is nog in voorbereiding. Naast de Wet BIG (zie bijdrage W.B. van der Mij) zijn twee wetten in het bijzonder van belang voor de kwaliteit van zorg: de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. De twee laatstgenoemde wetten worden hieronder nader besproken.

2 De Kwaliteitswet Zorginstellingen

Dit wetsvoorstel richt zich tot alle instellingen die zorg leveren. Dat kunnen instellingen voor gezondheidszorg zijn, zoals ziekenhuizen, maar ook instellingen voor maatschappelijke zorg, zoals instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Het is daarbij niet van belang of zorg wordt bekostigd uit de collectieve middelen of dat het gaat om een particuliere instelling. Ook de grootte van de instelling is niet van belang. De Kwaliteitswet zal van toepassing zijn op zowel een groot academisch ziekenhuis als een tandartsengroepspraktijk. Elke instelling die zorg levert, valt onder de wet. Voor een solistisch werkzame tandarts met zijn of haar praktijkassistent geldt de Kwaliteitswet niet. Voor solistisch werkzame beroepsbeoefenaren zal een alternatieve wettelijke regeling binnen het kader van de Wet BIG tot stand worden gebracht.

De Kwaliteitswet Zorginstellingen bevat vier centrale eisen:

- instellingen moeten verantwoorde zorg leveren;
- de organisatie van de zorgverlening, het beleid betreffende materieel en personeel en de verantwoordelijkheidstoedeling moeten zodanig zijn dat dit redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde zorg;
- instellingen moeten zorgen voor systematische bewaking, beheersing en bevordering van de kwaliteit;
- instellingen moeten een kwaliteitsjaarverslag maken.

Hoe aan deze eisen nader invulling gegeven moet worden, is een zaak van de instellingen zelf. Deze kunnen – beter dan de overheid – inschatten wat gezien de specifieke kenmerken van de organisatie en de omgeving een adequaat beleid is. Zo zullen andere kwaliteitscriteria worden geformuleerd in een tandartsengroep die zich voornamelijk richt op angstige patiënten dan in een groep die de 'gemiddelde patiënt' in zijn praktijk ontvangt. De ervaring heeft geleerd dat gedetailleerde kwaliteitsregels die door de overheid worden geformuleerd, vrijwel nooit optimaal op elke situatie aansluiten. Daardoor is ook de kans groot dat de geleverde kwaliteit niet optimaal is. Wanneer kwaliteitszorg wel wettelijk verplicht is, maar aan de wijze waarop aan de kwaliteitszorg wordt vormgegeven slechts beperkte eisen worden gesteld, kan wel een beleid worden ontwikkeld dat optimaal bij de instelling aansluit. De overheid behoudt zich het recht voor, wanneer blijkt dat een sector niet zelf in staat is uitwerking te geven aan de wettelijke eisen, tot nadere regelgeving (al dan niet van tijdelijke aard) over te gaan. De Kwaliteitswet maakt hiernaast individueel bijsturen mogelijk.

Een belangrijk voordeel ten opzichte van de huidige situatie is dat de inspectie, wanneer er een direct gevaar voor de volksgezondheid bestaat, meteen kan ingrijpen. Deze bevoegdheid van de inspectie is in lijn met het preventieve karakter van de wet. Het gaat erom dat instellingen een zodanig beleid voeren dat calamiteiten worden voorkomen. Het is vrijwel onontkoombaar dat soms fouten worden gemaakt, maar het mag niet zo zijn dat structurele fouten voorkomen. Een adequaat kwaliteitsbeleid zorgt ervoor dat deze worden voorkomen.

3 De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

De WGBO richt zich op de kwaliteit van de relatie tussen hulpverlener en patiënt en legt de wederzijdse rechten en plichten van beide partijen vast. De wet bepaalt onder meer dat een hulpverlener de plicht heeft zijn patiënt goed te informeren over de aard en het doel van een onderzoek of behandeling, de risico's en de gevolgen, de alternatieven en de vooruitzichten voor de gezondheid. De hulpverlener heeft voorts voor iedere behandeling toestemming nodig van de patiënt. De wet bevat hiernaast nog enkele andere bepalingen, onder meer ten aanzien van privacy. Zeer belangrijk is ook de norm van 'goed hulpverlenerschap' die de wet introduceert: een hulpverlener is verplicht zijn werk als een 'goed hulpverlener' te doen. De wet vult deze norm niet nader in. Wat een goed hulpverlener precies is, is aan de betreffende beroepsgroep om te bepalen.

Bij het wettelijk kader dat de overheid voor de kwaliteit van zorg heeft geschapen, staat de eigen verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren voor de kwaliteit van zorg op de voorgrond. Het zijn primair tandartsen, artsen, paramedici en andere beroepsbeoefenaren zelf die individueel of collectief de wettelijke normen vorm moeten geven.

Deze verdeling van verantwoordelijkheden vormt ook het uitgangspunt bij de overige onderdelen van het beleid ten aanzien van de kwaliteit van zorg: monitoring en stimulering.

4 Monitoring en stimulering

Het houden van toezicht op de kwaliteit van de geleverde zorg blijft voorbehouden aan het staatstoezicht. In de taken van de inspectie zal evenwel het nodige veranderen. Er is meer sprake van toezicht op kwaliteitssystemen en minder van direct toezicht. Het bijsturen van instellingen en beroepsbeoefenaren

die inadequate zorg leveren, zal met de nieuwe wetgeving bovendien in een eerder stadium kunnen plaatsvinden. Niet langer hoeft te worden afgewacht totdat daadwerkelijk fouten of ongelukken zijn opgetreden. Monitoring krijgt daarmee een meer preventieve en minder repressieve functie.

De hierboven geschetste veranderingen in de verantwoordelijkheidsverdeling vereisen een mentaliteitsverandering van

allen die bij de zorg betrokken zijn. De stimuleringsstaak van de overheid heeft vooral ten doel die mentaliteitsverandering te bewerkstelligen. Hierbij gaat het om verschillende vormen van stimulering: immateriële ondersteuning, advisering en overleg.

D.C. Kaasjager

Het invoeringstraject van de Wet BIG

1 Inleiding

Bij de invoering van de Wet BIG is ervoor gekozen om allereerst het systeem van registratie en titelbescherming voor verpleegkundigen in te voeren. Het in orde maken van alle regelgeving en het startklaar maken van de organisatie voor de registratie vraagt veel tijd. Vooral het opzetten van een computersysteem en een draaiboek voor het daadwerkelijk registreren van de circa 300.000 beroepsbeoefenaren die onder artikel 3 vallen, is een ingewikkeld karwei. De Inspectie voor de Gezondheidszorg, die de registratie gaat uitvoeren, is daar momenteel hard mee bezig.

Ondertussen is besloten om de registratie van de circa 150.000 verpleegkundigen regionaal en gespreid over een periode van twee jaar aan te pakken. Dit is nodig om te voorkomen dat de 'zittende' verpleegkundigen zich allemaal tegelijk inschrijven. In dat geval zou de organisatie namelijk worden overspoeld met inschrijfformulieren. Voor deze gespreide aanpak is echter een wetswijziging nodig. In de huidige wetstekst staat namelijk kortweg dat een aanvrager binnen acht weken een beslissing moet ontvangen. In de nieuwe wetstekst blijft die periode staan, maar wordt tevens aangegeven dat de inschrijving in fasen zal plaatsvinden. In elke fase worden de verpleegkundigen in een nog vast te stellen regio geregistreerd. Het voorbereiden van een wetswijziging moet heel zorgvuldig gebeuren. Bovendien is het kabinet verplicht om over de wetswijziging advies te vragen aan de Raad van State. Pas daarna kan het definitieve besluit worden genomen. Deze verschillende stappen kosten allemaal tijd. Vandaar dat de start van de registratie van verpleegkundigen pas eind 1995 wordt verwacht.

2 Nieuwe planning

Als de registratie van verpleegkundigen later start en langer gaat duren, zullen ook de overige stappen voor de invoering van de wet opschuiven. De wet kan alleen zonder problemen en juridisch correct worden ingevoerd als de verschillende fasen in de juiste volgorde blijven staan. Zo is het bijvoorbeeld niet mogelijk voor de ene groep beroepsbeoefenaren het nieuwe tuchtrecht in te voeren, terwijl voor andere groepen nog het oude tuchtrecht geldt.

Uiteraard bereidt men op het ministerie de regelingen zo voor, dat met de invoering kan worden begonnen zodra dat

Tabel. Nieuwe planning invoering Wet BIG, verdeeld in drie fasen.

<i>Fase I</i>	
Registratie en titelbescherming verpleegkundigen, gefaseerd en regionaal.	
– start:	eind 1995
– duur:	2 jaar
<i>Fase II</i>	
Registratie en titelbescherming overige artikel-3-beroepen (arts, tandarts, apotheker, verloskundige, fysiotherapeut, klinisch psycholoog, psychotherapeut).	
– start:	eind 1997
– duur:	± 10 maanden
Tuchtrecht en maatregelen wegens ongeschiktheid artikel-3-beroepen.	
Regeling artikel-34-beroepen (nieuw voor nu geregelde beroepen).	
Strafbepalingen.	
Bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen.	
Functionele zelfstandigheid (eventueel).	
– invoering:	eind 1997
<i>Fase III</i>	
Periodieke registratie (artikel-3-beroepen).	
– start:	op z'n vroegst 5 jaar na start registratie

mogelijk is. De nieuwe planning is weergegeven in de tabel.

Het is natuurlijk jammer dat het invoeren van de Wet BIG langer zal gaan duren. Het ministerie van VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) doen hun uiterste best om de vaart erin te houden. Toch heeft zulk uitstel ook voordelen: voor wie het nodig heeft ontstaat extra voorbereidingstijd. De beroepsorganisaties van artikel-3-beroepen hebben nu ruimschoots de gelegenheid om een specialistenregeling op te stellen. En met het oog op de nieuwe bevoegdheidsregeling kunnen de beroepsbeoefenaren en de instellingen in de gezondheidszorg alvast nagaan welke veranderingen die nieuwe regeling voor de organisatie van het werk zal betekenen. In de loop van 1995 zal het ministerie van VWS in haar voorlichtingsactiviteiten extra aandacht besteden aan de gevolgen van de nieuwe bevoegdheidsregeling voor alle betrokkenen.

I. Jansen

Voorbehouden handelingen en taakdelegatie in de tandheelkunde

1 Inleiding

In deze bijdrage wordt gepoogd een antwoord te geven op vragen als: Is in het kader van de Wet BIG alleen de tandarts gerechtigd lokale anesthesie te geven of mag hij deze taak delegeren aan de mondhygiënist? Zo ja, aan welke voorwaarden dienen de tandarts en de mondhygiënist dan te voldoen? Dient de mondhygiënist hiervoor opgeleid te worden in de basisopleiding of is scholing in het bij- en nascholingscircuit voldoende? Indien de mondhygiënist de kennis en kunde heeft verworven om lokale anesthesie toe te dienen, is het dan wenselijk voor die taak over een functionele zelfstandige bevoegdheid te beschikken? Zijn er nog andere handelingen in de tandheelkundige praktijk waarvoor delegatie is gewenst? En welke consequenties zal dit hebben voor de tandheelkundige beroepspraktijk?

2 De Wet BIG

In de Wet BIG is, in tegenstelling tot de oude situatie, niet langer het gehele gebied van de geneeskunde voorbehouden aan uitsluitend medici; dat wil zeggen dat ook niet-medici handelingen kunnen verrichten op het gebied van de geneeskunde. Het begrip 'uitoefening van de geneeskunst' heeft, vooral in de jurisprudentie, een zeer ruime interpretatie gekregen. De Wet BIG omschrijft het als handelingen die gericht zijn op de genezing van een ziekte, het voorkomen van een ziekte en het beoordelen van de gezondheidstoestand.

Het uitgangspunt van de Wet BIG dat de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg in beginsel voor iedereen toegankelijk is, geldt uitdrukkelijk niet voor het gebied van de voorbehouden handelingen. Hier stelt de wetgever dat handelingen die risico's voor de patiënt met zich meebrengen, worden voorbehouden aan de in de wet genoemde deskundigen. De regeling voorbehouden handelingen vormt het meest omstreden onderdeel van het wetsvoorstel. In de tabel staat de uiteindelijk vastgestelde lijst (ex art. 36, Wet BIG) vermeld. Voor al deze handelingen is de arts zelfstandig bevoegd; verloskundigen en tandartsen alleen voor zover het hun deskundigheidssterrein betreft.

De wet stelt twee eisen waaraan artsen, tandartsen en verloskundigen moeten voldoen, willen zij zelfstandig voorbehouden handelingen kunnen verrichten. Ten eerste dienen zij bij het verrichten van deze handelingen binnen de grenzen van hun deskundigheidsgebied te blijven. Ten tweede moeten beroepsbeoefenaren bekwaam zijn om de handeling naar behoren te verrichten. Deze bekwaamheid heeft betrekking op wat zij individueel daadwerkelijk weten en kunnen. Over het algemeen zal dat een beperkter terrein beslaan dan het wettelijk deskundigheidsgebied.

3 Voorbehouden handelingen in de tandheelkunde

In de tandheelkunde gaat het om de volgende voorbehouden handelingen: 1. heelkundige handelingen; 2. het geven van injecties; 3. het onder narcose brengen en 4. het toepassen van ioniserende straling.

Heelkundige handelingen in de tandheelkunde worden als volgt gedefinieerd: handelingen op het gebied van de tand-

heelkunst, waarbij de samenhang van de lichaamsweefsels wordt verstoord en zich niet direct na de ingreep weer herstelt. Men denkt daarbij aan chirurgische handelingen en de preparatie van gebitselementen. Over de chirurgische verrichtingen bestaat geen verschil van mening. Discussie is mogelijk over de vraag of het beslijpen van gebitselementen ten behoeve van correctie van occlusie/articulatie of het inslijpen van een occlusale steun voor een frameprothese, waarbij men de glazuur-dentinegrens niet overschrijdt, niet buiten het criterium van de voorbehouden handelingen vallen.

Hoezeer de tandarts ook bevoegd zou zijn tot *het onder narcose brengen* van een patiënt, duidelijk is dat hij daartoe niet over de kennis en kunde beschikt en dat hij bij gebrek aan bekwaamheid op dit punt deze handeling niet zal verrichten. Wel valt binnen dit begrip de toepassing van verschillende sedatietechnieken.

Bij de twee overige voorbehouden handelingen in de tandheelkunde, namelijk *het geven van injecties* en *het toepassen van ioniserende straling*, is aan de orde dat buiten de tandarts een andere beroepsbeoefenaar in het tandheelkundig zorgveld, de mondhygiënist, deze handelingen onder voorwaarden al uitvoert (de toepassing van ioniserende straling) of zou willen uitvoeren (het geven van injecties voor het toedienen van lokale anesthesie). Hoe zit dat nu met de bevoegdheden in de Wet BIG?

Op basis van het nu vigerende mondhygiënistenbesluit maken mondhygiënisten op aanwijzing en onder controle van de tandarts röntgenopnamen. En hoewel het formeel niet tot hun deskundigheidsgebied behoort, geven mondhygiënisten op beperkte schaal al zelf lokale anesthesie. De vraag is nu hoe onder de Wet BIG deze bevoegdheden geregeld zullen zijn.

De indicatiestelling blijft altijd voorbehouden aan de tandarts; de uitvoering van een voorbehouden handeling kan gedelegeerd worden. Er zijn dan globaal drie categorieën bevoegden:

- de beroepsbeoefenaar die deskundig en bekwaam is tot indicatiestelling en tot het verrichten van de voorbehouden handeling: 'zelfstandig bevoegd';
- anderen die in opdracht van de zelfstandig bevoegde handelen, als deze redelijkerwijs mag aannemen dat zij beschikken over de vereiste bekwaamheid en als toezicht op de handeling mogelijk is: 'niet-zelfstandig bevoegd';
- de beroepsbeoefenaar die in opdracht van de zelfstandig bevoegde handelt en deskundig en bekwaam is tot het functioneel zelfstandig verrichten (dat wil zeggen onder fysiek toezicht) van nader omschreven voorbehouden handelingen: 'functioneel-zelfstandig bevoegd'.

Het functioneel-zelfstandig bevoegd zijn, kan van toepassing zijn op het geven van lokale anesthesie door mondhygiënisten. Het is goed de huidige beroepspraktijk ten aanzien van deze handeling te beschouwen. Op grond van enkele enquêtes is het volgende gebleken: ruim 60% van de mondhygiënisten geeft nooit anesthesie, 40% soms of regelmatig. Bijna alle mondhygiënisten in praktijken van parodontologen vinden dat ze zelf lokale anesthesie zouden moeten kunnen geven. In deze situatie doet ruim 60% dat ook. Een post-HBO-cursus, wellicht in samenwerking met het PAOT, zou kunnen leiden tot een specifieke bekwaamheidsverklaring voor een bepaalde categorie van mondhygiënisten.

Mondhygiënisten leren in het reguliere onderwijs röntgenopnamen te maken en doen dit op aanwijzing en onder controle van de tandarts. Ten aanzien van het verlenen van een functionele zelfstandigheid voor het toepassen van ioniserende straling zal de wetgever zich, mede gezien het besluit Stralenbescherming Kernenergiewet en de Europese richtlijnen op dit terrein, zeer terughoudend opstellen. Het belangrijkste argument in deze discussie is de bepaling in de Richtlijn van

Tabel. Voorbehouden handelingen (ex art. 36, Wet BIG).

1.	heelkundige handelingen
2.	verloskundige handelingen
3.	endoscopieën
4.	catheterisaties
5.	injecties
6.	puncties
7.	onder narcose brengen
8.	het toepassen van ioniserende straling
9.	electieve cardioversie
10.	defibrillatie
11.	elektroconvulsieve therapie
12.	steenvergruizer voor geneeskundige doeleinden
13.	in vitro-sterilisatie

Registreren en herregistreren

1 Inleiding

De belangrijkste doelstelling van de Wet BIG is het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Een instrument daarvoor is de registratie van beroepsbeoefenaren. De verschillende vormen van wettelijke registratie zijn expliciet aangegeven. Veel zaken moeten echter nog concreet bij Algemene Maatregel van Bestuur worden ingevuld. Dat is begrijpelijk, aangezien in deze raamwet buiten de registratie ook nog veel zaken ter invulling worden open gelaten. Op deze manier worden organisaties van beroepsbeoefenaren gestimuleerd tot het nemen van initiatieven. Initiatieven die invulling moeten geven aan het begrip verantwoorde zorg maar ook aan de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg.

2 Registratie tandartsen

De tandartsen vallen onder de zogenaamde 'zware regeling': de artikel 3 beroepen. Voor deze groep komen er wettelijke registers. Bovendien komt er per beroep een omschrijving van het deskundigheidsterrein van de beroepsbeoefenaren. Tandartsen zullen een verzoek tot inschrijving moeten indienen, inschrijfgeld moeten betalen en aan in het kader van de Wet BIG vastgestelde opleidingseisen moeten voldoen. Op deze wijze geregistreerde personen mogen de beroepstitel voeren, zijn zelfstandig bevoegd om voorbehouden behandelingen uit te voeren en vallen onder het tuchtrecht. Met het voeren van deze beschermde titel maken beroepsbeoefenaren aan publiek en verzekeraars duidelijk op welk gebied zij daadwerkelijk deskundig zijn. Iedereen kan te allen tijde opvragen of een tandarts geregistreerd is of niet. Deze registratie is niet voor het leven en kan om verschillende redenen worden doorgehaald:

1. bij overlijden van de ingeschrevene;
2. op schriftelijk verzoek van de ingeschrevene;
3. indien ingeschrevene door rechtelijke uitspraak onder curatele is gesteld, ontzet is het betrokken beroep uit te oefenen of in het kader van andere tuchtrechtelijke maatregelen. Tevens bestaat de mogelijkheid dat de registratie slechts voor een bepaalde periode geldt.

de Raad van de Europese Gemeenschappen, dat de blootstelling van patiënten aan ioniserende straling in het kader van een medische behandeling uitsluitend dient te geschieden door of onder verantwoordelijkheid van de arts of tandarts. Het toekennen van een functionele zelfstandigheid op dit gebied zou wellicht ook, bij de gesignaleerde toename van vrije vestiging, met zich meebrengen dat mondhygiënisten eigen röntgenapparatuur in de praktijk willen hebben. Deze wens lijkt op gespannen voet te staan met het overheidsbeleid om het aantal stralingsbronnen en de stralingsbelasting van patiënten te beperken.

E.C.M. Bouvy-Berends

3 Registratie tandarts-specialist

Voor de tandarts-specialist geldt een bijzondere vorm van registratie. Aan de wettelijke erkenning van de registratie is een aantal voorwaarden verbonden, zoals het instellen van een orgaan voor de vaststelling van de regelgeving, de uitvoeringsprocedures en de mogelijkheid van beroep.

Een dergelijk orgaan dient samengesteld te zijn uit vertegenwoordigers van de opleidingen, de beroepsbeoefenaren en een adviserend lid vanuit het ministerie. In feite gebeurt dat nu reeds, door de Specialisten Registratie Commissie. Het lidmaatschap van een beroepsorganisatie mag geen voorwaarde zijn geregistreerd te worden als specialist. Wel is bij deze registratie met nadruk een belangrijke rol weggelegd voor de beroepsorganisatie. De representatieve beroepsorganisatie vraagt het specialisme aan. Alleen in uitzonderingsgevallen zal de minister zelf een specialisme in het leven roepen. Ook bij de registratie van specialisten gaat men ervan uit dat de registratie periodiek is op basis van bepaalde scholingseisen en werkzaamheden.

4 Herregistratie als kwaliteitsinformatiesysteem

Een goed functionerend en door de beroepsgroep geaccepteerd kwaliteitsinformatiesysteem in de vorm van herregistratie kan zowel op de periodieke registratie-eisen als op het systematisch uitvoeren en zichtbaar maken van kwaliteitszorg een antwoord zijn.

De Algemene Vergadering van de NMT heeft in december 1991 de nota Registreren en Herregistreren aangenomen. Uitgangspunt van de nota was de notitie Professionele Standaard. Hiermee heeft de AV aangegeven dat zij het bereiken en behouden van de Professionele Standaard door de beroepsgroep ondersteunt. De Professionele Standaard wordt bereikt door het volgen van de wetenschappelijke tandartsopleiding. Voor het behoud van de Professionele Standaard geldt als concrete richtlijn dat een tandarts na de opleiding het professionele niveau van beroepsuitoefening kan behouden door: 1. voldoende ervaring te blijven opdoen, 2. doelmatig en doeltreffend te werk te gaan, 3. zich te houden aan gedragsregels en andere richtlijnen en standaarden, en 4. deel te nemen aan kwaliteitsbevordering en toetsing.

De Professionele Standaard komt veelal pas ter sprake nadat een klacht is ingediend. Met andere woorden, in geval

van problemen wordt de tandarts gevraagd verantwoording af te leggen voor het eigen handelen.

Herregistratie maakt het mogelijk dit bewustwordingsproces reeds in een vroeg stadium op gang te brengen. In het verleden werd professioneel handelen gedefinieerd als tandheelkundig-technisch verantwoord handelen.

Een geleidelijke, door de beroepsgroep gestuurde implementatie van (her)registratie lijkt om verschillende redenen zeer gewenst. In eerste aanleg zijn het overigens de tandartsen zelf die verantwoordelijk zijn voor een goede kwaliteit van de beroepsuitoefening. De NMT kan hen hierbij alleen maar ondersteunen. Om deze ondersteuning bij de behoefte aan te laten sluiten, is er bij de invoering van herregistratie vooralsnog gekozen voor een zogenaamd 'groeimodel'. Hierbij is het de bedoeling dat herregistratie zich in eerste instantie zal richten op de vaststelling van 'wat gangbaar is binnen de beroepsgroep'. Herregistratie in deze vorm zal de tandartsen gaan ondersteunen bij het behouden van de Professionele Standaard en het afleggen van verantwoording voor het eigen handelen. Door middel van het vastleggen van de kwaliteitsbevorderende activiteiten worden tandartsen in staat gesteld inzicht te krijgen in 'wat gangbaar is binnen de beroepsgroep'. Bovendien kan de feedback aan tandartsen reflectie over het eigen professionele handelen teweegbrengen. Met andere woorden, tandartsen krijgen inzicht hoe hun eigen kwaliteitsbevorderende activiteiten zich verhouden tot wat gangbaar is in de 'tandartsenwereld'.

De ontwikkeling van herregistratie op deze leest geschoeid, zal gefaseerd worden opgezet en geëvalueerd. De AV zal telkens opnieuw een besluit nemen over de voortgang.

5 Voorbereiding invulling herregistratie

Er zijn intussen voorbereidingen getroffen voor de herregistratievoorstellen. Er is een inventarisatie-onderzoek gedaan bij zusterorganisaties. Hieruit werd onder andere duidelijk dat iedereen het belang van 'education permanente' onderstreept, maar dat men verschilt in de mate waarin men wil overgaan tot het instellen van een 'leerplicht'.

Met behulp van informatiedeskundigen zal een blauwdruk worden opgesteld van de organisatorische, logistieke en technische consequenties van een geautomatiseerd herregistratiesysteem. Daarnaast worden er 'vingeroefeningen' gedaan met de registratie van horizontale verwijzing. Op dit moment vindt daarvoor de enquête horizontale verwijzingsmogelijkheden plaats.

Het laatste deelproject zijn de zogenaamde participatierondes, die medio 1995 zijn gepland. Bedoeling is om met panels van tandartsen algemeen-practici de opzet van het herregistratiesysteem te bespreken. Op deze manier is het mogelijk ook goed het oor te luisteren te leggen bij het 'veld'.

6 Tot besluit

Een kwaliteitssysteem bestaat steeds uit twee componenten: kwaliteitsbevordering en kwaliteitsbewaking (aan de orde gekomen in § 2-5). Instrumenten voor kwaliteitsbevordering zijn:

- het onderwijscontinuüm (PAOT als vanzelfsprekendheid);
- intercollegiale toetsing (Alpha, onderlinge visitatie, studiegroepen);
- richtlijnen, standaarden, gedragsregels, etc.

Teneinde kwaliteitsbevorderende instrumenten effectief in te zetten, dient eerst systematisch in kaart te worden gebracht wat er op dit vlak allemaal gebeurt. Een kwaliteitsinformatiesysteem dat de scholingsgegevens, de intercollegiale toetsingsgegevens en de werkzaamheden van de tandarts registreert, kan de deskundigheidsbevorderende activiteiten in de tandheelkunde al aardig zichtbaar maken. Iedere tandarts kan daar zijn eigen gegevens tegenover stellen: een zelfreflectiemoment.

Ook kunnen deze gegevens tezamen met gegevens over de daadwerkelijke zorgverlening, zoals van onderzoeken, inspecties en rechtspraak, aangeven welke onderwerpen bij de beroepsgroep voor kwaliteitsbevordering in aanmerking komen. Kortom: kwaliteitsbevordering gericht aansturen.

H. van den Hul

Tuchtrecht en maatregelen wegens ongeschiktheid

1 Inleiding

Voor de acht 'zwaar' geregelde beroepen komt er een tuchtrechtspraak. Het gaan hierbij om artsen, tandartsen, apothekers, verloskundigen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, psychotherapeuten en klinisch psychologen. Tuchtrecht dient ter bevordering en bewaking van de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

Het nieuwe tuchtrecht komt tegemoet aan verschillende bezwaren tegen de oude tuchtrechtspraak. In de loop der jaren is er bijvoorbeeld veel kritiek geweest op het feit dat de zittingen en de uitspraken van de tuchtcolleges meestal niet open-

baar waren. De nieuwe wet kiest voor het beginsel van openbaarheid. Dat sluit aan op uitspraken van het Europese Hof voor de rechten van de mens. Nieuw is ook dat de positie van de patiënt in het tuchtrecht in veel opzichten is versterkt. De klagende patiënt moet worden gehoord in het vooronderzoek, heeft het recht zich te laten vertegenwoordigen en te laten bijstaan. Ook krijgt hij inzage in de proefstukken en een afschrift van de beslissing van het tuchtcollege.

De Wet BIG kent een afzonderlijke procedure om maatregelen te treffen tegen personen die ongeschikt zijn voor de uitoefening van hun beroep. Dat geldt voor alle beroepsbeoefenaren die ingeschreven staan in het wettelijke register. De ongeschiktheid moet het gevolg zijn van de lichamelijke of geestelijke gesteldheid van betrokkene of van de gewoonte van misbruik van drank of verdovende middelen. Er komt een 'college van medisch toezicht' om over eventuele ongeschiktheid te oordelen. Een zaak kan bij dat college uitsluitend worden aangebracht door een inspecteur van de volksgezondheid.

2 De verschillen

2.1 Het huidige medische tuchtrecht

Het wezen van het bestaande medische tuchtrecht is waarborgen te scheppen dat het vertrouwen in de medische stand niet wordt geschaad.

Er zijn vijf colleges voor medische tuchtrechtspraak in eerste aanleg met een ambtsgebied ruwweg conform dat van de gerechtshoven. Ten aanzien van het beroep zijn er thans drie instanties: het Centraal College te 's-Gravenhage, de vijf gerechtshoven en de Hoge Raad.

Volgens de wet kan een klaagschrift worden ingediend door particulieren (belanghebbenden), besturen van instellingen en de inspecteur van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Deze laatste kan *ex officio* in het algemeen belang klagen. Klachten kunnen zich richten tegen huisartsen, tandartsen, specialisten, apothekers en verloskundigen. Er kunnen vijf soorten maatregelen worden opgelegd: waarschuwing, berisping, oplegging van een geldboete, schorsing voor ten hoogste één jaar en ontzegging van de bevoegdheid.

Het tuchtrecht kent geen straffen en er kan geen schadevergoeding worden geclaimd. Aangezien het verkrijgen van een schadevergoeding wel inzet kan zijn van een civiele procedure, gebeurt het niet zelden dat na de uitspraak van het medisch tuchtcollege de zaak als civiele procedure wordt voortgezet.

Publikatie van tuchtrechtelijke beslissingen in geanonimiseerde vorm kan plaatsvinden als het college vindt dat het algemeen belang daarmee gediend is. Om dezelfde reden kan bij het college in eerste aanleg een openbare behandeling plaatsvinden en een beslissing in het openbaar worden uitgesproken. Bij het Centraal College en het gerechtshof is dit laatste regel. Slechts een zeer klein gedeelte van het aantal zaken wordt gepubliceerd; publikatie van naam en woonplaats van verweerder is alleen bij ontzegging dwingend voorgeschreven.

2.2 Het tuchtrecht ex BIG

In de Wet BIG wordt een aantal wijzigingen in het tuchtrecht aangebracht. In het algemeen mag men aannemen dat hierin een aantal maatschappelijke ontwikkelingen wordt weerspiegeld, zoals het belang dat in toenemende mate wordt gehecht aan openheid en openbaarheid. De positie van de klagers heeft zich, al of niet voorzien van bijstand door een advocaat, ontwikkeld tot een mondige partij in het geschil. Belangrijk is dat nu niet het eventuele handelen in strijd met het vertrouwen in de tandartsenstand voorop staat, maar het tekortschieten in de zorg ten opzichte van de patiënt en zijn naaste betrekking.

Het medisch tuchtrecht heeft op dit moment betrekking op artsen, tandartsen, apothekers en verloskundigen; bij elkaar ca. 50.000 actieve zorgverleners. Daar komen onder de Wet BIG bij: verpleegkundigen, fysiotherapeuten, klinisch psychologen en psychotherapeuten. In totaal zal het dan gaan om ongeveer 300.000 zorgverleners. Dit betekent dat zowel voor de colleges in eerste aanleg als voor het Centraal College: a. het aantal klachten zal toenemen en b. het aantal leden-beroepsgenoten dat in de colleges zit, zal moeten toenemen.

De mogelijkheden tot behandeling van zaken in beroep door het gerechtshof en het beroep in cassatie bij de Hoge Raad komen te vervallen. Dit betekent dat het Centraal College alle zaken in beroep zal behandelen. Doordat het Centraal College de hoogste instantie op het gebied van medisch tuchtrecht is geworden, wordt de rol die het college speelt ter bewa-

king van de algemene kwaliteit en de eenheid van rechtspraak versterkt. In de soorten klagers die bij het Centraal College in beroep kunnen komen, komt geen verandering.

De belangrijkste wijziging in de samenstelling van de tuchtcolleges is dat het aantal rechtsgeleerde leden wordt uitgebreid. Deze veel bekritiseerde bepaling wordt gemotiveerd met de waarborg voor toetsing van de rechtsgang en het publieke belang.

De wet schrijft voor dat de voorzitter met betrekking tot elke klacht een vooronderzoek gelast. Dit vooronderzoek draagt hij op aan een of meer leden of aan de secretaris. Als hij zelf deelneemt aan het vooronderzoek, kan hij niet deelnemen aan de zitting waarop deze zaak wordt behandeld en hetzelfde geldt voor de leden.

Ten aanzien van de openbaarheid is het volgende op te merken. Een belangrijk verschil met de huidige praktijk is de openbaarheid van de zittingen van de colleges in eerste aanleg, tenzij de voorzitter om bepaalde redenen anders besluit. Het is duidelijk dat de Wet BIG hiermee beoogt maatschappelijke en principiële kritiek op het gesloten karakter van de tuchtrechtspraak weg te nemen. Het vooronderzoek is niet openbaar.

Tabel. De praktijk van het medisch tuchtrecht zal veranderen als gevolg van:

- meer klachten
- een grotere diversiteit van zaken
- verplichte vooronderzoeken in eerste aanleg met veelal mondelinge behandeling
- andere en meer wisselende samenstelling van de colleges
- meer leden
- meer openbaarheid

3 Tuchtmaatregelen en strafbepalingen

De Wet BIG kent naast tuchtrechtelijke maatregelen ook strafbepalingen. De bepalingen gelden voor iedereen die bepaalde wettelijke verboden of verplichtingen niet nakomt. Dat kunnen behalve beoefenaren van wettelijk geregelde beroepen ook anderen zijn die beroepsmatig handelen.

De mogelijke straffen, hechtenis, een geldboete en ontzegging uit beroep, kunnen bijvoorbeeld worden opgelegd aan:

- degene die iemands gezondheid schade toebrengt of een aanmerkelijke kans daarop veroorzaakt;
- degene die voorbehouden handelingen verricht zonder daartoe bevoegd te zijn of deze goed te delegeren;
- degene die ten onrechte een wettelijk beschreven beroepstitel of erkende specialistentitel voert.

Het is dan nu de vraag of als gevolg van deze strafbepalingen, gevoegd bij de mogelijkheid van civiele procedures, de echt belangrijke kwesties niet langs de tuchtcolleges zullen gaan.

Als men zich daarbij dan nog eens realiseert dat kwaliteitsbewaking inmiddels niet meer slechts een modewoord is, maar wel degelijk gestalte krijgt in gerichte acties van beroepsbeoefenaren en hun organisaties, dan is het de vraag wat in dit opzicht het tuchtrecht daar nog aan toe kan voegen.

Het antwoord hierop is nog niet te geven. Mogelijk zal daar in de toekomst, als het nieuwe tuchtrecht enige tijd heeft gefunctioneerd, het nodige inzicht in ontstaan. (Zie ook bijdrage in Berichten-Binnenland, onder Ministerie van VWS, bl. 373.)

J.L.M. van den Heuvel