

Het moeras van de voorbehouden handelingen

Mr. E.J.C. de Jong¹

1 INLEIDING

Waar moet het heen met de voorbehouden handelingen? Die vraag is weer eens actueel. Ten eerste is in september 2009 het rapport *Voorbehouden handelingen tegen het licht* (nader: het rapport) verschenen.² Dit rapport is het resultaat van een onderzoek naar de regeling van de voorbehouden handelingen in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Aanleiding tot het onderzoek was de vraag of de huidige regeling van de voorbehouden handelingen nog wel adequaat is, gezien de ontwikkelingen in de medische technologie en de wens c.q. noodzaak tot taakherschikking in de zorg. Ten tweede is de wetgever actief op dit gebied, min of meer in navolging van het rapport. Aan het een en ander zal hierna enige aandacht worden besteed.

2 HET RAPPORT

Het rapport bestaat in grote lijnen uit drie delen. Allereerst is het juridisch perspectief van de voorbehouden handelingen geschetst. Ten tweede is empirisch onderzoek gedaan door middel van interviews met 'sleutelfiguren' en het laten invullen van vragenlijsten door wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties. Het derde deel van het rapport behelst de conclusies en aanbevelingen van de onderzoekers, men komt uiteindelijk tot twintig suggesties.

3 HET JURIDISCH PERSPECTIEF

De regeling van de voorbehouden handelingen vormt, samen met de regeling van de titelbescherming, de belangrijkste bouwsteen van de Wet BIG als het gaat om het ex ante beschermen van patiënten tegen onbevoegden en onbekwamen. Het systeem van titelbescherming beoogt te bereiken dat slechts diegenen die daartoe bevoegd zijn een bepaalde titel voeren. De regeling van de voorbehouden handelingen houdt in dat bepaalde handelingen slechts onder strikte voorwaarden mogen worden verricht. Voor artsen, tandartsen en verloskundigen geldt dat zij zelfstandig tot het verrichten van dergelijke handelingen mogen overgaan, mits zij daartoe bekwaam zijn.³ Alle anderen in Nederland, ongeacht opleiding of beroep, mogen zodanige handelingen

1. Ernst de Jong is advocaat bij KBS advocaten te Utrecht. Het artikel is op persoonlijke titel geschreven.

2. J.K.M. Gevers, J.C.J. Dute, R. Verkaik & R.D. Friele, *Voorbehouden handelingen tegen het licht. De regeling van artikel 35-39 Wet BIG heroverwogen*, Amsterdam: AMC/ Universiteit van Amsterdam, Instituut voor Sociale Geneeskunde, september 2009.

3. Het voorschrijven van geneesmiddelen zal in de toekomst ook door sommige verpleegkundigen mogen plaatsvinden. De wet is al gewijzigd, maar het is nog wachten op een ministeriële regeling.

slechts verrichten indien dit in opdracht van een arts, tandarts of verloskundige wordt gedaan. Bekwaamheid is ook dan een noodzakelijke voorwaarde. Overigens ontbreekt een definitie van het begrip bekwaamheid.

In het rapport wordt duidelijk beschreven dat deze regeling allerm minst waterdicht is. De grootste lekkage zit hem in het feit dat de individuele gezondheidszorg vol zit met gevaren voor patiënten en dat die gevaren slechts gedeeltelijk kunnen worden geschaard onder de voorbehouden handelingen. In het rapport wordt er met name op gewezen dat er vele risicovolle handelingen zijn die door de wetgever niet als voorbehouden zijn aangemerkt. Te denken valt aan het bedienen van apparatuur, het toedienen van bloed of andere infusievloeistoffen en het toepassen van middelen en maatregelen in de psychiatrie. Voorts wordt in het rapport terecht de vinger gelegd op het feit dat de definiëring van de verschillende voorbehouden handelingen soms niet erg helder is. Zo valt niet onmiddellijk in te zien wat onder 'verloskundige handelingen' moet worden verstaan. Ook worden kritische kanttekeningen geplaatst bij de vraag waarom bepaalde handelingen als voorbehouden zijn aangemerkt, terwijl de kans op het ondeskundig verrichten van dergelijke handelingen niet erg groot lijkt. In het bijzonder kan daarbij gedacht worden aan het vergruizen van gal- of nierstenen.

Belangrijk onderdeel van de leer van de voorbehouden handelingen is de mogelijkheid dat voorbehouden handelingen in opdracht van een zelfstandig bevoegde (arts, tandarts of verloskundige) worden verricht. Er moet dan een opdracht zijn, degene die de opdracht uit gaat voeren moet bekwaam zijn en degene die de opdracht geeft moet zo nodig zorgen voor toezicht en tussenkomst en zo nodig aanwijzingen geven. Deze regeling, die – zoals gezegd – niet beperkt is tot bepaalde beroepsbeoefenaren, biedt ongebreidelde mogelijkheden tot het verrichten van voorbehouden handelingen door niet-zelfstandig bevoegden. Aan de andere kant biedt de regeling eigenlijk geen oplossing voor met name die situaties dat niet-zelfstandig bevoegden geregeld zelfstandig voorbehouden handelingen moeten verrichten. In het bijzonder moet daarbij gedacht worden aan de ambulanceverpleegkundigen. Deze werken over het algemeen volstrekt zelfstandig. Een opdracht van een arts is meestal niet voorhanden. De wijze waarop getracht is deze situatie binnen het kader van de Wet BIG te plaatsen, te weten door allerhande protocollen als voorwaardelijke opdrachten te duiden, is kunstmatig. Van het begin af aan is hier nadrukkelijk op gewezen, maar de wetgever heeft er nooit iets mee gedaan.

Ondertussen komen er nieuwe beroepen bij in de zorg. In het rapport worden onder meer genoemd de physician assistant, de nurse practitioner en de technisch geneeskundige. Al geruime tijd wordt gediscussieerd over de vraag of deze beroepen een plaats moeten krijgen in de Wet BIG, onder andere in het kader van het al dan niet zelfstandig verrichten van voorbehouden handelingen en de onderwerping aan het tuchtrecht. Hier kom ik nog op terug.

Het empirisch onderzoek dat door de onderzoekers verricht is heeft bestaan uit het verrichten van interviews en het in laten vullen van vragenlijsten. De onderzoekers concluderen aan de hand van de uitkomsten van dit onderzoek dat de regeling van de voorbehouden handelingen belangrijk wordt gevonden, omdat deze met name een goed kader lijkt te scheppen voor het omgaan met risicovolle handelingen in het algemeen. In de praktijk lijkt de regeling vooral als een hulpmiddel te worden zien. Zware kritiek op de regeling van de voorbehouden handelingen wordt niet geuit. Er worden vooral aanbevelingen gedaan voor aanpassing van de regeling.

Een belangrijk kritiekpunt met betrekking tot dit gedeelte van het rapport vind ik dat het uitgaat van de gedachte dat degenen die bevestigd zijn in voldoende mate bekend zijn met de wettelijke regeling. Ik waag dat te betwijfelen. De ervaring leert dat het systeem van de Wet BIG slechts met grote moeite is uit te leggen aan de praktijk en dat misverstanden en verkeerde conclusies steeds op de loer liggen. De begrippen bevoegdheid en bekwaamheid worden regelmatig verkeerd begrepen en de vraag of een bepaalde handeling voorbehouden is of niet wordt niet zelden onjuist beantwoord. De onderzoekers merken dit zelf overigens ook op. Zo blijken bijvoorbeeld artsen en verpleegkundigen eigenlijk niet goed te weten wat de leer van de voorbehouden handelingen precies inhoudt. Ook uit de door de onderzoekers verkregen antwoorden blijkt dat vergissingen op de loer liggen. Zo wordt door de wetenschappelijke vereniging van plastisch chirurgen aangegeven dat bepaalde injecties ook door basisartsen worden gegeven en dat die daartoe niet bekwaam zouden zijn. Een ander voorbeeld is afkomstig van de wetenschappelijke vereniging van neurologen die aangeeft dat intraveneuze trombolysen een voorbehouden handeling zou moeten zijn die specifieke deskundigheid vereist. Uit deze antwoorden blijkt ten minste dat het systeem van de voorbehouden handelingen voor deze wetenschappelijke verenigingen niet helder is. Dat is bepaald zorgwekkend, nu we toch moeten aannemen dat de wet niet geschreven is voor juristen, maar voor zorgverleners.

Bovendien ligt hier een tweede valkuil op de loer. Die is dat de bevestigden bij het geven van hun antwoord wellicht andere motieven voor ogen hebben gehad dan het verbeteren van de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld het verbeteren van de positie van de desbetreffende beroepsgroep in de markt. Ik wijs op het antwoord van de plastisch chirurgen. Verder bepleiten bijvoorbeeld de gezondheidszorgpsychologen en de optometristen dat zij de bevoegdheid zullen krijgen om zelfstandig geneesmiddelen voor te schrijven. Of de kwaliteit van zorg daarbij het leidend criterium is geweest is dan de vraag. Deze kanttekeningen maken dat ik de uitkomst van het empirisch onderzoek met de nodige reserves bestudeerd heb.

De onderzoekers formuleren ten slotte twintig aanbevelingen, deels op basis van de uitkomsten van het empirisch onderzoek. Het voert te ver deze in dit kader allemaal te bespreken. In ieder geval komen de onderzoekers tot de conclusie dat de lijst van

voorbehouden handelingen moet worden gehandhaafd, maar dat wijzigingen geïndiceerd zijn. Zo pleiten de onderzoekers voor het meer flexibel maken van de wet, zodat deze eenvoudiger kan worden aangepast aan de praktijk. Bijvoorbeeld wordt de suggestie geopperd dat de lijst van de voorbehouden handelingen niet langer bij wet in formele zin, maar bij AMvB zal worden vastgesteld. Met betrekking tot die lijst pleiten de onderzoekers ervoor om defibrillatie met behulp van een zogenoemde AED uit de lijst te schrappen. Toegevoegd zou kunnen worden de behandeling met behulp van laserstralen. Verder doen de onderzoekers geen voorstellen. Wel hebben zij bezien of het gebruik van Zweedse banden, psychotherapeutische diagnostiek en behandeling of triage (met name op huisartsenposten) als voorbehouden handelingen zouden moeten worden bestempeld. Voor wat betreft de Zweedse banden⁴ wordt geconcludeerd dat bescherming tegen verkeerd gebruik vooral gezocht moet worden in de verplichtingen uit de Kwaliteitswet zorginstellingen. Waarom dat niet zou kunnen gelden voor andere voorbehouden handelingen wordt niet duidelijk gemaakt. Ten aanzien van triage en psychotherapie wordt door de onderzoekers opgemerkt dat dergelijke handelingen te onbepaalbaar zijn om ze als voorbehouden handelingen te kunnen bestempelen.

Een van de aanbevelingen in het rapport is dat er in de Wet BIG een experimenteerbepaling moet worden opgenomen ten behoeve van het toekennen van zelfstandige bevoegdheden aan nieuwe beroepen.

6 WETSVOORSTEL TAAKHerschikking

Inmiddels is een zodanig wetsvoorstel ingediend.⁵ Ingevolge dit wetsvoorstel zal, indien het tot wet wordt verheven, de mogelijkheid bestaan dat bij AMvB bij wijze van experiment kan worden bepaald dat voor een termijn van maximaal vijf jaar een categorie van beroepsbeoefenaren wordt aangewezen als zijnde bevoegd tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen. Deze categorie van beroepsbeoefenaren moet werkzaam zijn op het gebied van de individuele gezondheidszorg en moet met goed gevolg een bij de AMvB aangewezen opleiding hebben afgerond. In dezelfde AMvB kan dan aan de desbetreffende categorie van beroepsbeoefenaren het recht worden verleend om een bepaalde titel te voeren, met uitsluiting van anderen. Uit de toelichting bij dit wetsvoorstel blijkt dat vooralsnog gedacht wordt aan de physician assistant en de nurse practitioner.⁶ Aangegeven wordt dat in het kader van een experiment bezien zal kunnen worden of bijvoorbeeld deze beroepsbeoefenaars een zelfstandige bevoegdheid tot het uitvoeren van bepaalde voorwaarden en handelingen moeten krijgen.

4. Dat verkeerd gebruik hiervan levensgevaarlijk kan zijn blijkt bijvoorbeeld uit het vonnis van de Rechtbank Rotterdam 12 december 2008, LJN BG6738.

5. Wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg o.a. in verband met de opening van de mogelijkheid tot taakherschikking. *Kamerstukken II 2009/10, 32 261, nr. 1-3.*

6. Zie voor een beschrijving van deze beroepen J.H.H.M. Dorscheidt; 'De toekomst van de Wet BIG, taakherschikking en verantwoordelijkheden', in: J.H.H.M. Dorscheidt & A.C. de Die, *De toekomst van de Wet BIG* (Preadvies Vereniging voor Gezondheidsrecht 2008), Den Haag: Sdu Uitgevers 2008.

Uit de toelichting en ook uit het wetsvoorstel zelf blijkt vervolgens waar het belangrijkste knelpunt ligt; dat is het gegeven dat de nurse practitioner en de physician assistant niet bestaan. Ik bedoel daarmee dat het gaat om beroepen die nog niet in de Wet BIG zijn opgenomen en ook anderszins nog geen titelbescherming hebben. In het bijzonder is er geen artikel 3-register voor deze beroepen, terwijl dat voor de andere beroepen die zelfstandig voorbehouden handelingen mogen verrichten wel het geval is.⁷ Die beroepen vallen ook onder het wettelijke tuchtrecht, net zoals de vijf andere artikel 3-beroepen die niet zelfstandig voorbehouden handelingen mogen verrichten. Het wetsvoorstel biedt voor dit probleem een rommelige oplossing. Zoals aangegeven zal er een mogelijkheid komen dat een aan te wijzen categorie van beroepsbeoefenaren titelbescherming krijgt, vergelijkbaar met de titelbescherming van artikel 34 Wet BIG. Titelbescherming ontstaat dan niet door registratie in een door de overheid bijgehouden register, maar door het gevolgd hebben van een bepaalde opleiding. Anders echter dan de artikel 34-beroepen zullen de bij AMvB aangewezen beroepsbeoefenaren wel onder het tuchtrecht ex artikel 47 e.v. Wet BIG vallen. Aan hen zal daarentegen slechts de maatregel van waarschuwing, berisping of een boete kunnen worden opgelegd. Schorsing of doorhaling derhalve niet. Dat is ook niet mogelijk, omdat er geen register is. Uiteraard zal dit weer anders zijn indien de desbetreffende beroepsbeoefenaar in een andere hoedanigheid in een artikel 3-register is opgenomen. In het bijzonder kan worden gedacht aan het register der verpleegkundigen.

7 NOG EEN WETSVOORSTEL

Dan is er nog een tweede wetsvoorstel ingediend.⁸ Dit wetsvoorstel houdt verband met een eerdere wijziging van artikel 36 Wet BIG, ten gevolge waarvan bepaalde verpleegkundigen onder bepaalde omstandigheden zelfstandig UR-geneesmiddelen zullen mogen voorschrijven. Het thans voorliggende wetsvoorstel beoogt de mogelijkheid te openen dat in het BIG-register van verpleegkundigen kan worden gecontroleerd of een verpleegkundige voorschrijfbevoegdheid heeft als bedoeld in artikel 36 lid 14 Wet BIG. Die verpleegkundigen zullen bij ministeriële regeling worden aangewezen.

8 WAARHEEN LEIDT DE WEG?

Dit alles roept de vraag op of het wel de goede kant op gaat met de voorbehouden handelingen. Het systeem was al erg ingewikkeld en allerm minst consequent en dat lijkt alleen maar erger te gaan worden. Door de wetswijziging die het mogelijk heeft gemaakt dat sommige verpleegkundigen medicijnen mogen gaan voorschrijven is al afgeweken van het uitgangspunt dat bepaalde beroepsbeoefenaars (artsen, tandartsen en verloskundigen) in beginsel allemaal tot het zelfstandig verrichten van voorbehou-

7. Het probleem dat deze registers zwaar vervuild zijn vanwege het vooralsnog grotendeels ontbreken van herregistratie-eisen laat ik verder buiten beschouwing.

8. Wijziging van de Geneesmiddelenwet in verband met de noodzaak enige technische verbeteringen aan

te brengen in die wet, alsmede houdende wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de registratie in het BIG-register van verpleegkundigen die bevoegd zijn UR-geneesmiddelen voor te schrijven, *Kamerstukken II* 2009/10, 32 196, nr. 1-3.

den handelingen bevoegd zijn. Het voorschrijven van geneesmiddelen zal niet aan alle verpleegkundigen worden toegestaan, maar aan een bij ministeriële regeling aan te wijzen categorie van verpleegkundigen. Dit betekent een belangrijke wijziging van het systeem, een vergroting van de onduidelijkheid en een toename van administratieve aangelegenheden, nog los van de vraag of het wel nodig is vanuit het oogpunt van kwaliteitsbewaking.

Het wetsvoorstel inzake de taakherschikking maakt het allemaal nog gecompliceerder. Bepaalde beroepen zullen titelbescherming krijgen zonder registratie, maar zullen wel zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen mogen verrichten. Zij zullen ook onder het tuchtrecht vallen, maar kunnen dan niet worden geschorst of doorgehaald. Dit terwijl dat wel geldt voor de acht beroepsgroepen die wel een register hebben en wel volledig onder het tuchtrecht vallen, maar waarvan vooralsnog slechts drie beroepsgroepen zelfstandig voorbehouden handelingen mogen verrichten. Terecht heeft de Raad van State hierover opgemerkt dat rechtsonzekerheid dan op de loer ligt, ook omdat voor de nieuwe beroepsgroepen geen deskundigheidsgebied zal worden beschreven.⁹ Overigens is dit allerm minst het enige punt waarop de Raad van State kritiek heeft. Zo betwijfelt de Raad van State of het wetsvoorstel juist met betrekking tot de nurse practitioner en de physician assistant wel nodig is, omdat met die beroepen inmiddels zo veel ervaring is opgedaan dat een experiment helemaal niet meer nodig is.¹⁰ De Raad van State ziet veel meer in een regeling via de band van artikel 39 Wet BIG (de functionele zelfstandigheid). Zelf zie ik overigens de meerwaarde van artikel 39 Wet BIG in het geheel niet.

9 WAAR GAAT HET OM?

Indien het een en ander met enige afstand wordt bezien dan ontstaat de indruk dat de regeling van de voorbehouden handelingen steeds meer tot een theoretisch kader verwordt dat door de praktijk onvoldoende begrepen wordt en reeds om die reden zeer kritisch moet worden bezien. Dat geldt temeer nu de hiervoor besproken ontwikkelingen eigenlijk alleen maar kunnen leiden tot een ingewikkeld en onduidelijk wetsstelsel. Het lijkt erop dat vooral pogingen worden gedaan om de regelgeving aan te passen aan de praktijk zonder dat steeds worden bezien welk doel daarmee wordt nagestreefd. Met andere woorden: doen we het voor de juristen of doen we het voor zorgverleners en hun patiënten? De praktijk heeft zich gelukkig weinig aangetrokken van het verschil tussen voorbehouden handelingen en andere werkzaamheden in de zorg.

Los hiervan kan men zich overigens überhaupt afvragen waarom de wetgever zozeer de nadruk legt op de voorbehouden handelingen in het kader van de bescherming van patiënten. Veel risicovolle handelingen zijn geen voorbehouden handelingen, maar wat nog meer van belang is: het gevaar zit hem meestal juist niet in een concrete han-

9. *Kamerstukken II 2009/10*, 32 261, nr 4, p. 4. Die opmerking is ook van belang voor de vraag of er wel voldoende duidelijke normen bestaan die tuchtrechtelijk getoetst kunnen worden.

10. In het rapport van Gevers e.a. 2009 (zie noot 2) wordt dit met betrekking tot de physician assistant onderschreven.

deling, maar in het beleid dat ten aanzien van een patiënt wordt gevoerd. Daaronder dient vooral ook te worden verstaan het risico dat de gezondheidstoestand van een patiënt verkeerd wordt ingeschat. Wordt de juiste diagnose gesteld, wordt op tijd een visite afgelegd, wordt tijdig besloten tot een keizersnede? Met andere woorden: wordt gehandeld volgens de professionele standaard? De voorbehouden handelingen vormen daarbinnen slechts een klein onderdeel. Het zijn technische vaardigheden die nodig zijn voor een groter geheel. Verkeerde triage door een doktersassistente op een huisartsenpost kan levensgevaarlijk zijn, maar voorbehouden handelingen zijn daarbij niet aan de orde. Andere voorbeelden zijn er te over.

In dit verband kan ook gewezen worden op het feit dat het in de (tucht)rechtspraak slechts zelden gaat om concrete voorbehouden handelingen. In het rapport van Gevers e.a. wordt een overzicht gegeven van de tuchtrechtelijke jurisprudentie waarin de voorbehouden handeling wel een pregnante rol speelt. De oogst is zeer beperkt. Het gaat om een handjevol uitspraken terwijl per jaar ongeveer 1.300 klachten worden ingediend. Het zou kunnen zijn dat patiënten al helemaal niet begrijpen wat een voorbehouden handeling is, maar ik denk niet dat dat het probleem is. De verklaring is naar mijn mening dat het in de zorg niet gaat om concrete handelingen, of ze nu voorbehouden zijn of niet, maar om de professionele standaard. Kennelijk lukt het in de praktijk om het zo te regelen dat niet-voorbehouden, maar wel gevaarlijke handelingen over het algemeen deskundig worden uitgevoerd. Waarom zou dat dan niet lukken met de handelingen die nu nog voorbehouden zijn? Ook zonder de Wet BIG moet een hulpverlener zorgvuldig handelen en de professionele standaard hanteren. Dat impliceert bekwaamheid, ook als dat niet in de Wet BIG zou staan.

Maar de alternatieve genezers dan, die moeten toch niet zomaar voorbehouden handelingen mogen verrichten? Uiteraard niet, maar hoe groot is dat gevaar nu werkelijk? Indien opnieuw de jurisprudentie met betrekking tot de alternatieve hulpverlening wordt bezien dan gaat het ook daar niet om voorbehouden handelingen.¹¹ Het gaat daar om verkeerde adviezen aan mensen die wanhopig zijn, aan het ontkennen van in de reguliere zorg gestelde diagnoses en om het weghouden van patiënten van die reguliere zorg. Het gaat niet om catheterisaties, puncties of heilkundige handelingen. En voor zover het daar wel om gaat betreft het vaak artsen of tandartsen die de professionele standaard niet hanteren. Maar ook dan dient bedacht te worden dat patiënten vele malen vaker schade lijden door de reguliere zorg dan door alternatieve hulpverleners.

Het stelsel van de voorbehouden handelingen is daarom rijp voor een grondige renovatie. Indien aan dit stelsel wordt vastgehouden zal het knip- en plakwerk dat nu door de wetgever al is ingezet ons steeds verder leiden in een systeem dat onnodig ingewikkeld en onevenwichtig is en waar patiënten en beroepsbeoefenaars geen baat bij zullen hebben. Het is tijd voor een fundamentele herbezinning.

11. Zie bijvoorbeeld de jurisprudentie inzake Sylvia Millecam.