

J. LEGEMAATE

*Professie,
management en
gezondheidsrecht*

MEDISCHE BIBLIOTHEEK EUR



019600 0025 0732



koninklijke
vermande

REEKS GEZONDHEIDSRECHT 19

Professie, management en gezondheidsrecht

Rede uitgesproken bij het afscheid als
hoogleraar gezondheidszorgbeleid en
gezondheidsrecht aan de Erasmus Universiteit
Rotterdam op vrijdag 6 december 2002

door

Prof. mr. J. Legemaate

koninklijke vermande
2003

Meer informatie over deze en andere uitgaven kunt u verkrijgen bij:
Servicecentrum Uitgevers
Postbus 20014
2500 EA Den Haag
tel.: 070 - 378 9880
fax: 070 - 378 9783

© 2003, Sdu Uitgevers BV, Den Haag

Ontwerp omslag en binnenwerk: C. Koevoets, Amsterdam

ISBN 90 5903 155 5
NUR 822

Alle rechten voorbehouden.

Behoudens de door de Auteurswet 1912 gestelde uitzonderingen, mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd (waaronder begrepen het opslaan in een geautomatiseerd gegevensbestand) en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

De bij toepassing van art. 16b en 17 Auteurswet 1912 wettelijk verschuldigde vergoedingen wegens fotokopieën, dienen te worden voldaan aan de Stichting Reprorecht, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, tel.: 023-7997810.

Voor het overnemen van een gedeelte van deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken op grond van art. 16 Auteurswet 1912 dient men zich te wenden tot de stichting PRO, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, tel.: 023-7997809. Voor het overnemen van een gedeelte van deze uitgave ten behoeve van commerciële doeleinden dient men zich te wenden tot de uitgever.

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

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

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

INHOUDSOPGAVE

1.	Inleiding	7
2.	Totstandkoming en evaluatie van wetgeving	8
3.	De gevolgen van de wetgeving voor beroepsbeoefenaren en management	10
3.1.1.	Wetgeving: beperkingen maar ook ruimte	10
3.1.2.	Het veld laat de mogelijkheden liggen: gevolgen	14
4.	Een voorbeeld: het recht van de patiënt op informatie	16
5.	Professie, management en gezondheidsrecht	20
6.	Tot slot	23
	Curriculum vitae	27

PROFESSIE, MANAGEMENT EN GEZONDHEIDSRECHT

*Mijnheer de Rector Magnificus,
Zeer gewaardeerde toehoorders,*

1. Inleiding

In de ruim negen jaar dat ik aan deze universiteit de leerstoel gezondheidszorg-beleid en gezondheidsrecht heb bezet, heeft zich op het gebied van het gezondheidsrecht een belangrijke ontwikkeling voorgedaan. Ik doel op de afronding, inwerkingtreding en evaluatie van een groot aantal wettelijke regelingen betreffende de rechten van de patiënt en de kwaliteit van zorg. Deze wetgeving is van belang voor patiënten en cliënten, maar ook voor beroepsbeoefenaren en het bestuur en management van instellingen voor gezondheidszorg. Beroepsbeoefenaren en instellingsmanagement zijn door de wetgevingsontwikkelingen van de afgelopen jaren veel intenser met het gezondheidsrecht geconfronteerd dan voordien het geval was. De keuze van de overheid om tot nieuwe wetgeving te komen, ging hand in hand met de beslissing om op een systematische manier de werking van deze wetgeving in de praktijk door middel van onafhankelijk onderzoek te evalueren. De afgelopen tien jaren kunnen grofweg dan ook in twee perioden worden verdeeld. Een eerste periode waarin de inwerkingtreding van de wetgeving centraal stond en een tweede periode waarin de werking van een groot aantal van deze wetten is geëvalueerd.

In deze afscheidsrede sta ik stil bij de genoemde ontwikkelingen en bij de gevolgen daarvan voor in het bijzonder beroepsbeoefenaren en managers in de gezondheidszorg. Ik wil laten zien dat de bedoelde wetgeving beperkende en mogelijk bedreigende kanten heeft, maar ook dat de wetgever nadrukkelijk een appèl doet op de eigen verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren en instellingsmanagement en hun de ruimte geeft voor het inbrengen van eigen benaderingen en interpretaties. Ik betrek daarbij de uitkomsten van onderzoek dat de afgelopen jaren mede door de sectie gezondheidsrecht van het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) is verricht. De opzet van deze rede is als volgt. Ik geef een overzicht van de wettelijke regelingen die de afgelopen jaren tot stand zijn gebracht en ik ga in op het beleid betreffende de evaluatie van wetgeving. Ik illustreer de gevolgen voor beroepsbeoefenaren en instellingsmanagement zowel aan de hand van de wetgevingsontwikkelingen in het algemeen als aan de hand van een specifiek voorbeeld, namelijk het recht van de patiënt op informatie. Ten slotte kom ik terug op het centrale thema van mijn oratie uit 1994.¹ Daarin stelde

1 J. Legemaate, *Recht en realiteit – Juridische normering en het therapeutisch proces*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.

ik de vraag hoe een optimale verhouding bereikt zou kunnen worden tussen de doelstellingen van de hulpverlening en die van het recht. Ik concludeerde toen dat het belangrijk was in het kader van het wetgevingsbeleid aandacht te besteden aan onder meer de volgende aspecten:²

- de gevolgen van de implementatie van wetgeving (Worden de doelstellingen bereikt? Doen zich ongewenste neveneffecten voor, en zo ja, kunnen deze worden weggenomen?);
- de verhouding tussen verschillende wettelijke regelingen op punten als consistentie en samenhang;
- de mogelijkheden om ten behoeve van de actoren in het veld globale juridische normen te verduidelijken;
- de mogelijkheden om wet- en regelgeving aan te vullen of te ondersteunen door middel van zelfregulering.

Mijn werkzaamheden aan deze universiteit zijn in belangrijke mate gericht geweest op de nadere analyse en onderzoek van deze aspecten. De wetsevaluaties waarbij wij betrokken zijn geweest, vormden daarvoor een mooi kader.

2. Totstandkoming en evaluatie van wetgeving

Met betrekking tot zowel de algemene als de bijzondere rechten van de patiënt als met betrekking tot de regulering van de beroepsuitoefening en de kwaliteit van zorg werd in de jaren negentig van de vorige eeuw een groot aantal wettelijke regelingen tot stand gebracht. Ik geef een overzicht van de belangrijkste wetten, in volgorde van inwerkingtreding:

- de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz, 1994);
- de Wet op het mentorschap (1994);
- de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo, 1995);
- de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (1995);
- de Kwaliteitswet zorginstellingen (1996);
- de Wet op het bevolkingsonderzoek (1996);
- de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (1996);
- de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Big, 1997);
- de Wet orgaandonatie (1998);
- de Wet medische keuringen (1998);
- de Infectieziektenwet (1999);
- de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (1999);
- de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (2002).

In de meeste gevallen gaat het om nieuwe regelgeving, in enkele gevallen om modernisering van reeds bestaande wetten. Kijken we naar de onderwerpen van de regelingen, dan geldt naar mijn mening in alle gevallen dat het maatschappe-

2 O.c., p. 23.

lijk belang wetgeving wenselijk en soms zelfs noodzakelijk maakt. Een feit is wel dat het veld in een relatief kort tijdsbestek is geconfronteerd met veel nieuwe wetgeving. Het gezondheidsrecht, zo kan men stellen, is daardoor definitief gedrongen tot de praktijk van de gezondheidszorg en daaruit niet meer weg te denken. Ingewikkeld is dat het daarbij niet alleen gaat om de genoemde gezondheidswetten op zichzelf, maar ook om de onderlinge relaties tussen deze wetten. Bovendien moet de verhouding tussen deze gezondheidswetten en de algemene rechtsgebieden en wettelijke regelingen in het oog worden gehouden. Te denken valt aan het bestuursrecht, het rechtspersonenrecht, het familierecht, het mededingingsrecht etc. Het belang hiervan blijkt onder meer in de casus van de IJsselmeerziekenhuizen.³ In deze zaak heeft de overheid naar mijn mening niet alleen de grenzen van de Kwaliteitswet overschreden, maar werd ook de verhouding tussen de Kwaliteitswet en het rechtspersonenrecht genegeerd.⁴

De verantwoordelijkheid van de wetgever eindigt niet met het publiceren van een wet in het Staatsblad. Ook de wetgever behoort zorg te dragen voor een 'after sales'-beleid. Wetsevaluatie is daarvan een onmisbaar onderdeel. De meeste van de hiervoor genoemde wetten bevatten een bepaling die voorschrijft dat de regeling een aantal jaren na de inwerkingtreding moet worden geëvalueerd. Ten aanzien van de wetten die dat niet bepalen, is veelal tijdens de behandeling in het parlement afgesproken dat evaluatie zal plaatsvinden. Van de dertien wetten die ik noemde, zijn er momenteel reeds tien geëvalueerd, een enkeling, de Wet Bopz, zelfs al twee keer. Ik ga niet in op de inhoud en de uitkomsten van de afzonderlijke evaluaties. Voor degenen die daarin geïnteresseerd zijn verwijs ik naar de door ZonMw gepubliceerde onderzoeksrapporten en naar de vorig jaar uitgesproken intreerede van mijn Nijmeegse collega Kastelein.⁵ Wel wil ik een aantal meer algemene opmerkingen maken over de wetsevaluaties, mede op basis van de ervaringen die de sectie gezondheidsrecht van het iBMG heeft opgedaan bij deelname aan vijf van de evaluatieonderzoeken.

Ik meen dat het een verstandige beslissing is geweest om met betrekking tot de gezondheidswetgeving die de afgelopen jaren is geïntroduceerd een beleid inzake wetsevaluatie te ontwikkelen. Op een aantal uitzonderingen na is aan dit beleid

3 In deze zaak, die (in de publiciteit) speelt sinds de zomer van 2002, zijn op grond van de Kwaliteitswet verschillende maatregelen getroffen, waaronder een aanwijzing van minister van VWS gericht op het naar huis sturen van de (voorzitter van de) Raad van Toezicht en een bevel van de Inspectie waarin een opname- en behandelverbod werd opgelegd.

4 Eveneens kritisch hierover is Ph. S. Kahn, 'De minister en de raad van toezicht'. *Medisch Contact* 2002, nr. 49, p. 1815-1817.

5 W.R. Kastelein, *Patiëntenwetgeving: bureaucratie of bescherming?* Koninklijke Vermande, Lelystad, 2002.

op verzoek van het ministerie van VWS invulling gegeven door de Commissie evaluatie regelgeving van ZonMw. Eerst en vooral moet worden geconstateerd dat de commissie een duidelijke structuur heeft ontwikkeld en dat in het kader van de evaluaties veel waardevol materiaal over de werking van de wetgeving en over de spanning tussen recht en realiteit naar boven is gebracht. Dit heeft inmiddels geleid tot een groot aantal maatregelen om de aansluiting tussen wetgeving en praktijk te verbeteren, hetzij door aanpassing van de wetgeving, hetzij door andere beleidsmaatregelen, zoals het intensiveren van voorlichting, scholingsprogramma's, het ontwikkelen van richtlijnen en dergelijke. Minder gelukkig was soms de wijze waarop de ZonMw-commissie concrete wetsevaluaties opzette. In een aantal programmateksten van de commissie werd een te groot en een te weinig samenhangend aantal onderzoeksvragen geformuleerd. Niet alleen leidde dat tot verwarring over de richting en de accenten van de evaluatie, ook was het budget bepaald niet altijd toereikend om die vele vragen op een bevredigende manier te onderzoeken. Ook bij het beleid van de opdrachtgever van de evaluaties, het ministerie van VWS, kunnen kanttekeningen worden geplaatst. In sommige evaluaties zijn op verzoek van de opdrachtgever belangrijke onderwerpen buiten beschouwing gelaten. Ongelukkig was naar mijn mening ook de door het ministerie gekozen aanpak om de wetten stuk voor stuk te evalueren. Daardoor was het bijzonder lastig om de samenhang tussen wettelijke regelingen in de evaluaties te betrekken en was het niet mogelijk om themagerichte evaluaties uit te voeren. Wat dat laatste betreft denk ik bijvoorbeeld aan de wettelijke bepalingen inzake het functioneren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en aan de wettelijke regelingen inzake de vertegenwoordiging van wilsonbekwame patiënten. Bepalingen over die onderwerpen komen in meerdere wettelijke regelingen voor, maar zijn tot nu toe niet of nauwelijks in samenhang gezien of geëvalueerd. Hierdoor zijn kansen op betere afstemming tussen de regelingen en op wetsvereenvoudiging gemist.⁶

3. De gevolgen van de wetgeving voor beroepsbeoefenaren en management

3.1.1. Wetgeving: beperkingen maar ook ruimte

Beroepsbeoefenaren en instellingsmanagement hebben de nodige kritiek geuit op de veelheid aan regelgeving, op de daaruit voortvloeiende juridisering, op de vermeende rigiditeit van sommige wetten (zoals de Wgbo), op de bedreiging van de professionele verantwoordelijkheid die uit de wetgeving zou voortvloeien en op het ontbreken van financiële middelen om de wettelijke regelingen, met de daaraan verbonden beroepsplichten en administratieve lasten, te kunnen implementeren. Deze beleving kan op beroepsbeoefenaren en instellingen een demoti-

6 In gelijke zin: Kastelein, o.c., p. 24 en H.B. Winter, Evaluatie van het gezondheidsrecht: de Wet Bopz als casus. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1997, nr. 7, p. 382-393.

verend effect hebben. Hoewel uit een aantal evaluatieonderzoeken inmiddels een wat genuanceerder beeld oprijst over de meningen van beroepsbeoefenaren en instellingen over de patiëntenwetgeving⁷, is alle kritiek nog niet verstomd. In een recent onderzoek naar de aantrekkelijkheid van het artsberoep werd aan de respondenten gevraagd welke maatregelen de overheid zou moeten nemen om die aantrekkelijkheid te vergroten. Tachtig procent van de 1100 respondenten noemde het inperken van de bureaucratie in de zorg, 28 procent het beperken van de invloed van juristen en 7 procent het afschaffen van de patiëntenwetgeving.⁸ Men kan deze kritiek relativiseren of wegwuiven, maar dat is naar mijn mening niet verstandig. Het zijn artsen en andere hulpverleners die een belangrijke taak hebben bij de uitvoering van de wetgeving en dus bij het realiseren van de doelstellingen daarvan. We weten uit de literatuur dat zoiets het beste werkt als wettelijke regelingen aansluiten bij de eigen ervaringen en ethische opvattingen van de mensen die de regeling moeten uitvoeren. Naarmate de afstand tussen de wetgeving en deze eigen ervaringen en opvattingen groter is, zal de realisatie van de doelstellingen van de wetgeving moeilijker worden en kan de legitimiteit van de wetgeving worden ondermijnd.⁹ Kritiek van hulpverleners en instellingsmanagement op wettelijke regelingen vraagt dan ook om analyse en discussie. Die kritiek hoeft niet altijd juist te zijn, bijvoorbeeld als deze gebaseerd is op een gebrek aan kennis van een wettelijke regeling of van de context waarin deze moet worden gezien. Maar er is ook terechte kritiek, bijvoorbeeld op de onwerkbaarheid of de nadelige gevolgen van wettelijke begrippen en procedures. In beide gevallen is uitwisseling van opvattingen en discussie daarover tussen hulpverleners en juristen aangewezen. Een bijkomend voordeel van de reeds genoemde wetsevaluaties is dat een kader voor dit soort discussies is geschapen.

De wettelijke bepalingen faciliteren het handelen van hulpverleners en instellingen, maar stellen daaraan ook beperkingen. Of het nu gaat om de criteria voor dwangbehandeling in de psychiatrie, om de regels die gelden voor het bewaren van patiëntendossiers, om de toelaatbaarheid van medische keuringen, bevolkingsonderzoek of medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen: in al deze gevallen bevat de wetgeving zowel mogelijkheden als beperkingen. De genoemde voorbeelden kunnen met vele andere worden aangevuld. Wetgeving stelt grenzen, veelal bedoeld om de positie van de patiënt te verbeteren of te beschermen. Het is echter eenzijdig om de gevolgen van de nieuwe wetgeving voor

7 Zie bijvoorbeeld de uitkomsten van de evaluatie van de Wgbo: J.C.J. Dute e.a., *Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*. ZorgOnderzoek Nederland, Den Haag, 2000 (uitgave reeks evaluatie regelgeving nr. 3).

8 J. Visser, 'De handdoek in de ring – Waarom artsen al dan niet uitzien naar hun pensioen'. *Medisch Contact* 2002, nr. 36, p. 1262.

9 P.S. Appelbaum, *Almost a revolution – Mental health law and the limits of change*. Oxford University Press, New York, 1994.

beroepsbeoefenaren en instellingsmanagement te schetsen in termen van bedreigingen en beperkingen. Deze wetgeving heeft ook een andere kant, die naar mijn mening nogal eens onderbelicht blijft. Veel van de eerder genoemde wettelijke regelingen bevatten globale bepalingen, die in de praktijk nadere invulling moeten krijgen. Voorts bevat de wetgeving begrippen die hun betekenis in belangrijke mate ontleen aan de opvattingen en ervaringen van de professies zelf. Ik denk aan het wettelijke begrip 'verantwoorde zorg', dat wordt genoemd in de Kwaliteitswet zorginstellingen en in de Wet Big, en aan de wettelijke formulering 'de zorg van een goed hulpverlener, in relatie tot de professionele standaard', zoals deze in de Wgbo is te vinden. Zowel de globale wettelijke bepalingen als de specifiek op beroepsgroepen en instellingen gerichte begrippen en formuleringen geven ruimte voor een bijzonder zinvolle interactie tussen juridische regels enerzijds en normen en opvattingen uit het veld van de gezondheidszorg anderzijds. Wetgeving en professionele normen gaan hier hand in hand, in belangrijke mate omdat de wetgever dat zelf nadrukkelijk zo gewild heeft. Vroeger stond dat te boek als geconditioneerde zelfregulering, heden ten dage wordt dat ook wel onderhandelend besturen genoemd. Hier ligt als het ware een uitnodiging aan het veld om mee te denken over het uitwerken en interpreteren van wettelijke regels en bepalingen. Dit is wat ik in mijn oratie de vereiste flexibele aanpak vanuit het recht noemde.¹⁰ De wetgever laat daarmee zien zich bewust te zijn van de grenzen van de eigen mogelijkheden. Gedragsregels van belangen- of brancheorganisaties, richtlijnen van medisch-wetenschappelijke of verpleegkundige verenigingen, handreikingen inzake ethische kwesties en dergelijke, al deze teksten – mits op een verantwoorde en zorgvuldige manier tot stand gekomen – kunnen bijdragen aan de invulling of 'vertaling' van de wetgeving. Deze interactie tussen juridische regels en professionele normen is een belangrijk kenmerk van de recente gezondheidswetgeving, maar het is geen volstrekt nieuw fenomeen. Het is deze interactie die al zo'n twintig jaar aan de basis ligt van de rechtsontwikkeling inzake euthanasie en hulp bij zelfdoding. Ook in andere wetten zijn hiervan voorbeelden te vinden. Recent trok veel aandacht art. 32 van de Penitentiaire Beginselenwet, in welke bepaling ten aanzien van het toepassen van dwang jegens gedetineerden nadrukkelijk een erkenning van de eigen professionele verantwoordelijkheid van de arts besloten ligt.¹¹ Dat betekent dat de

10 Legemaate (1994), o.c., p.13.

11 Art. 32 Penitentiaire Beginselenwet houdt in dat een gedetineerde in bepaalde gevallen een geneeskundige handeling moet gedogen. 'De handeling wordt verricht door een arts of, in diens opdracht, door een verpleegkundige', aldus art. 32. Of, en zo ja welk medisch ingrijpen is geïndiceerd, bepaalt de arts op grond van zijn professionele normen. Een gevangenisdirecteur kan hem niet tot een geneeskundige handeling verplichten, aldus de Memorie van Toelichting betreffende art. 32 (Kamerstuk 24 263, nr. 3, p. 53). Dit wetsartikel werd in 2002 actueel door de hongerstaking van Volkert van der G., de verdachte van de moord op Pim Fortuyn.

geoorloofdheid van dwang, waaronder het toedienen van dwangvoeding aan een hongerstakende, maar wilsbekwame gedetineerde, mede wordt bepaald door de geldende opvattingen binnen de medische professie.

Voor de verhouding tussen beroepsbeoefenaren en instellingsmanagement heeft de wetgeving een aantal belangrijke gevolgen. Ik noem er drie.

Een eerste gevolg betreft de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg. Door een cumulatie van de centrale aansprakelijkheid uit de Wgbo, de op de instelling gerichte plichten van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de implicaties van de in 2000 van kracht geworden Integratiewet medisch-specialistische zorg¹² is de wettelijke verantwoordelijkheid die het instellingsmanagement heeft voor de kwaliteit van zorg verscherpt. Voor een uitvoerige analyse daarvan verwijs ik naar het proefschrift van Philip Kahn uit 2001.¹³ De verscherping van de verantwoordelijkheid van het instellingsmanagement betekent niet dat het management mag of kan bepalen wat kwaliteit is, of dat de professionele verantwoordelijkheid van de hulpverlener mag worden beperkt. Het ontwikkelen en invullen van kwaliteitsnormen is en blijft in belangrijke mate de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaren en hun organisaties en verenigingen. De verscherpte instellingsverantwoordelijkheid betreft vooral het handhaven en bewaken van het vereiste kwaliteitsniveau en het ondernemen van actie in die gevallen waarin dat niveau niet gehaald of structureel genegeerd wordt. Daardoor is de kwaliteit van zorg veel meer een gezamenlijke verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren en management geworden.

Een tweede gevolg van de wetgeving is dat duidelijke afspraken moeten worden gemaakt over de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen beroepsbeoefenaren en instellingsmanagement. De aangescherpte instellingsverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg sluit geenszins uit dat het instellingsmanagement de operationalisering van het kwaliteitsbeleid in belangrijke mate overlaat aan de beroepsbeoefenaren. Mits die natuurlijk, in de context van medische staven, kwaliteitscommissies of anderszins, deze handschoen willen oppakken. Aldus kunnen het management en de (verzamelde) beroepsbeoefenaren in onderling overleg komen tot een efficiënte taakverdeling met betrekking tot de kwaliteit van zorg.

12 De Integratiewet heeft een einde gemaakt aan de situatie waarin de zorgverzekeraar met het ziekenhuis en de daarin werkzame vrijgevestigde specialisten afzonderlijke medewerkersovereenkomsten sloot. Thans is er sprake van één overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en het ziekenhuis als geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. Heeft de zorgverzekeraar nu een probleem met de kwaliteit van een van de specialisten, dan zal hij het ziekenhuis moeten aanspreken.

13 Ph.S. Kahn, *De juridische relatie ziekenhuis-medisch specialist en kwaliteit van zorg*. Koninklijke Vermande, Lelystad, 2001.

In de derde plaats is het zo, dat bepaalde beroepsplichten van hulpverleners alleen realiseerbaar zijn als het instellingsmanagement daarvoor de condities schept. Dat kunnen zeer uiteenlopende condities zijn, variërend van het op peil houden van de kennis en bekwaamheid van het verplegend personeel, een zodanige inrichting van faciliteiten en bedrijfsprocessen dat patiëntenrechten als privacy en informatie kunnen worden gerealiseerd tot en met het respecteren van de eigen professionele verantwoordelijkheid van hulpverleners. Ook op die punten kunnen beroepsbeoefenaren en management niet zonder elkaar.

3.1.2. Het veld laat de mogelijkheden liggen: gevolgen

De ruimte die het veld krijgt om bij te dragen aan de ontwikkeling en interpretatie van normen is echter nog maar in beperkte mate ingevuld. De laatste tijd lijkt deze ontwikkeling te stokken, omdat het beeld heeft postgevat dat richtlijnen van medisch-wetenschappelijke organisaties ongewenste juridische gevolgen hebben.¹⁴ Dit beeld is gedeeltelijk terug te voeren op de commotie rond de zaak die leidde tot het richtlijnenarrest van de Hoge Raad uit maart 2001¹⁵, maar is naar mijn mening niet terecht. In de betreffende zaak stond centraal dat een chirurg verzuimd had een bestaande ziekenhuisrichtlijn over antistolling toe te passen. De uitspraak van de Hoge Raad brengt geen wijziging in de juridische betekenis van medische richtlijnen.¹⁶ Die betekenis was en is dat een richtlijn door de rechter kan worden gebruikt om te komen tot een detaillering van algemene begrippen als 'verantwoorde zorg' en 'goed hulpverlenerschap'. Van artsen en instellingen mag worden verlangd dat zij zich in beginsel houden aan door henzelf opgestelde voorschriften. Een richtlijn schrijft de hulpverlener niet verplichtend voor hoe te handelen. Wel wordt van de hulpverlener verlangd dat hij afwijkingen van een richtlijn zo nodig kan motiveren. Maar dat lijkt mij eerlijk gezegd een logisch gevolg te zijn van het doel waarmee richtlijnen door de medische professie worden gemaakt, namelijk het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De vrees voor juridisch misbruik van medische richtlijnen is naar mijn mening niet terecht. Daar komt nog bij dat in een aantal gevallen aan het ontbreken van richtlijnen en protocollen grotere juridische risico's kleven dan aan het opstellen daarvan.¹⁷

14 Zie bijvoorbeeld het bericht 'Cardiologen bezorgd over richtlijnen', *Medisch Contact* 2002, nr. 42, p. 1509.

15 Hoge Raad 2 maart 2001, *Nederlandse Jurisprudentie* 2001, nr. 649 met een noot van F. van Wijmen en J. Vranken.

16 In gelijke zin T. Hartlief, *Nederlands Tijdschrift voor Burgerlijk Recht* 2001, nr. 7, p. 376-379. Anders: E.H. Hulst, 'Een medisch protocol is geen veiligheidsnorm', *Nederlands Tijdschrift voor Burgerlijk Recht* 2002, nr. 9, p. 438-448.

17 Zie bijvoorbeeld Rechtbank Breda 20 augustus 2002, *Letsel & Schade* 2002, nr. 3, p. 40-44. In deze zaak werd het ziekenhuis aansprakelijk gesteld voor de suïcide van een psychiatrische patiënt omdat er 'geen sprake was van een goed uitgewerkt en zorgvuldig uitgevoerd beleid'.

Soms komt het door andere redenen dat het veld de door de wetgever geboden ruimte voor zelfregulering niet of niet voldoende benut. In dat opzicht gaf de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen een erg teleurstellend beeld te zien.¹⁸ De Kwaliteitswet is de wettelijke regeling die het verst gaat in het geven van verantwoordelijkheid voor norminvulling en systeemontwikkeling aan het veld. De in 2001 gereedgekomen evaluatie van deze wet laat zien dat die verantwoordelijkheid nog maar in zeer beperkte mate is waargemaakt. De onderzoekers concluderen dat instellingen in de gezondheidszorg, maar ook hun brancheorganisaties, te vrijblijvend met de wettelijke regels van de Kwaliteitswet zijn omgegaan. Deze partijen hebben zich te veel gericht op de procedurele en organisatorische kanten van het kwaliteitsbeleid en nog te weinig op de resultaten daarvan voor de kwaliteit van de zorg. Het beoogde proces van normontwikkeling heeft nog maar beperkte resultaten gehad. Van een cyclisch proces van kwaliteitsbewaking en -verbetering zoals door de wetgever bedoeld was nog maar in weinig instellingen sprake. Hetzelfde geldt voor de verwerking in het kwaliteitsbeleid van het patiëntenperspectief. Dat zijn gemiste kansen, die het risico op een intensivering van bemoeienis van de overheid en andere toezichthouders doen toenemen. Ik wijs op de profileringsdrang die het Openbaar Ministerie de laatste tijd met betrekking tot fouten in de zorg aan de dag legt. Vers in het geheugen ligt nog de verregaande en, zoals hiervoor opgemerkt, in juridisch opzicht omstreden bemoeienis van de overheid met de situatie in de IJsselmeerziekenhuizen. Deze casus voegt overigens een opmerkelijk element toe aan de discussie over health care governance: de accentuering van de Raad van Toezicht als beleidsverantwoordelijk orgaan en als aangrijpingspunt voor overheidsoptreden. In de deze maand verschenen *Staat van de gezondheidszorg 2002* concludeert ook de Inspectie dat de Kwaliteitswet op het punt van de kwaliteitsborging op grote schaal niet wordt nageleefd en kondigt zij een strengere handhaving aan.¹⁹ In een brief die de staatssecretaris van VWS kort daarop aan de Tweede Kamer zond, wordt daarbij aangesloten.²⁰ De brief van de staatssecretaris is om twee redenen erg opmerkelijk. In de eerste plaats is deze brief veel harder van toon over de gebrekkige naleving door het veld van de Kwaliteitswet dan het nog niet zo lang geleden verschenen regeringsstandpunt over de evaluatie van deze wet.²¹ Bij mijn weten is in de tussentijd de praktijk van de zorg niet veel veranderd, hooguit de beeldvorming daarover. In de tweede plaats geeft de brief een

18 A.F. Casparie, J. Legemaate, R. Rijkschroeff e.a., *Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen*. ZonMw, Den Haag, 2001 (uitgave reeks evaluatie regelgeving nr. 8).

19 Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Staat van de gezondheidszorg 2002 – Kwaliteitsborging in instellingen: intentie, wet en praktijk*. Den Haag, december 2002.

20 Brief d.d. 4 december 2002 van de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer (Kamerstuk 28 439, nr. 2).

21 Brief d.d. 10 juni 2002 van de minister van VWS aan de Tweede Kamer (Kamerstuk 28 439, nr. 1).

trendbreuk aan in het beleid van de overheid, omdat de overheid de aan het veld gegeven verantwoordelijkheid op een aantal punten wil terugnemen. Dat is in het licht van de eindverantwoordelijkheid van de overheid voor de kwaliteit van de zorg zeker niet onbegrijpelijk, maar dat neemt niet weg dat deze brief eerder door politieke dan door inhoudelijke overwegingen lijkt te zijn geïnspireerd. Duidelijk wordt zo wel wat de maatschappelijke en politieke reactie is als de partijen in het veld de hen toegekende ruimte en verantwoordelijkheden niet goed oppakken.

4. Een voorbeeld: het recht van de patiënt op informatie

De hiervoor vooral in abstracto geschetste ontwikkelingen ten aanzien van de relatie tussen de verantwoordelijkheden van de wetgever en die van het veld laten zich goed illustreren aan de hand van het voorbeeld van het recht van de patiënt op informatie. Er zijn meerdere redenen om juist dit voorbeeld te nemen. Om te beginnen is het recht op informatie naar mijn mening het belangrijkste patiëntenrecht. Zonder goede informatie kan de patiënt die dat wil niet volwaardig participeren in de relatie met zijn hulpverlener en zijn ook veel van zijn andere rechten waardeloos. Daarnaast heeft zich met betrekking tot het recht op informatie een interessant proces van rechtsontwikkeling voorgedaan. In de derde plaats is uit onderzoek het nodige bekend geworden over de mogelijkheden en onmogelijkheden om dit recht in de praktijk toe te passen. Ik noem puntsgewijs de lessen die de ontwikkelingen betreffende het recht op informatie ons leren.

- Het recht op informatie is opgenomen in de Wgbo, die in 1995 van kracht werd. Het was echter geen nieuw recht. Al sinds de jaren zeventig was het binnen de gezondheidsrechtelijke doctrine en in de rechtspraak erkend. Wel zien we dat dit recht door opnemings in de Wgbo zichtbaarder is geworden en als het ware aan een tweede leven begonnen is.
- Empirisch onderzoek, waaronder de Wgbo-evaluatie, laat zien hoeveel waarde patiënten zelf hechten aan goede informatie en aan de wijze waarop die gegeven wordt.²² In contrast daarmee staan onderzoeksbevindingen waaruit kan worden afgeleid dat hulpverleners te terughoudend zijn met informatie, vooral waar het gaat om voor de patiënt cruciale aspecten als risico's van en alter-

22 Zie de bijdrage van het NIVEL aan de Wgbo-evaluatie (Dute e.a., (2000), o.c., p. 385-446), maar bijvoorbeeld ook E.V. Simons e.a., 'Aandacht voor complicaties – Openheid maakt veel goed'. *Medisch Contact* 2000, nr. 50, p. 1800-1802 en de bijdragen van A. Coulter en R. Buckman in een recent themanummer van het *British Medical Journal* ('What's a good doctor and how do you make one', *BMJ* 28 september 2002, p. 668-669 (Coulter) en p. 672 (Buckman)).

natieven voor een behandeling.²³ Het is belangrijk dat dit gat tussen het patiëntenperspectief enerzijds en het feitelijk handelen van hulpverleners anderzijds zoveel mogelijk wordt gedicht.

- Het recht op informatie is in de Wgbo in algemene bewoordingen geregeld. Al voor de inwerkingtreding van de Wgbo, maar vooral ook daarna is met betrekking tot dit recht een uitvoerige jurisprudentie ontstaan, waarin inmiddels verschillende aspecten van het recht op informatie nader zijn uitgewerkt.²⁴ Dit is een mooi voorbeeld van de traditionele verhouding tussen de wetgever en de rechter: de wetgever stelt de algemene norm, en gaandeweg wordt deze door de rechter van handen en voeten voorzien. Bovendien is in richtlijnen vanuit de medische professie, soms ook in samenspraak met patiëntenorganisaties, nader invulling gegeven aan het recht op informatie. Ik noem als voorbeeld de activiteiten van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.²⁵
- Gevreesd werd door hulpverleners dat het recht op informatie een rigide invulling zou krijgen. Die zou bijvoorbeeld inhouden dat alleen al het niet volledig informeren van de patiënt tot civielrechtelijke aansprakelijkheid zou kunnen leiden. Het niet-volledig informeren zal in het algemeen tuchtrechtelijk steeds verwijtbaar zijn. In een zo langzamerhand zeer consistente civielrechtelijke jurisprudentie wordt de streep echter op een andere plaats getrokken. Vanwege de causaliteitsregels leidt gebrekkige informatie alleen tot aansprakelijkheid als aannemelijk is dat de patiënt, was hij wel volledig ingelicht, een andere beslissing zou hebben genomen. In november 2001 heeft de Hoge Raad deze benadering, die mij juist lijkt, gefiatteerd.²⁶ De Hoge Raad erkent het grote belang van het recht op informatie, maar gaat daar afgewogen en genuanceerd mee om. Als er in aansprakelijkheidsprocedures al sprake is van rigide juridische regels, dan vloeien die niet voort uit de patiëntenwetgeving maar veeleer uit het algemene aansprakelijkheidsrecht. Ik denk daarbij aan de impact van de regels inzake bewijslastverdeling op de dossierplicht van de

23 Dit was een van de uitkomsten van de Wgbo-evaluatie, zie J. Legemaate, F. van Wijmen e.a., 'Informed consent', in: J.C.J. Dute e.a., *Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*. ZorgOnderzoek Nederland, Den Haag, 2000, p. 41-129.

24 J. Legemaate, 'Het recht van de patiënt op informatie, mede in relatie tot de dossierplicht van de arts', *Advocatenblad* 1997, nr. 5, p. 202-207 en J. Legemaate, 'Het recht van de patiënt op informatie: recente jurisprudentie', *Advocatenblad* 1999, nr. 4, p. 197-200.

25 Zie G. Kleiverda, H. Vervest (red.), *Voorlichting over voorlichting*. Van der Wees, Utrecht, 2000.

26 Hoge Raad 23 november 2001 (2 uitspraken), *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2002, nr. 3, p. 181-205 met een noot van S. Slabbers en *Nederlandse Jurisprudentie* 2002, nrs. 386 en 387 met een noot van J. Vranken.

hulpverlener. Het invoeren van informed consent-formulieren biedt naar mijn mening overigens geen oplossing.²⁷

- In de rechtspraak met betrekking tot het recht op informatie komt onder meer aan de orde de verhouding tussen de professionele verantwoordelijkheid van de hulpverlener enerzijds en de taken van het instellingsmanagement anderzijds. In het bijzonder de tuchtrechter geeft daarbij aan dat de gang van zaken binnen de instelling zo moet worden georganiseerd dat de hulpverlener in staat is de op hem rustende verantwoordelijkheden, zoals het op juiste wijze informeren van de patiënt, te kunnen waarmaken. Wordt de hulpverlener daarin belemmerd door beslissingen van het instellingsmanagement, dan vrijwaart hem dat niet van tuchtrechtelijke aansprakelijkheid.²⁸ Beroepsbeoefenaren en instellingsmanagement zullen waar nodig met elkaar moeten overleggen over het slechten van organisatorische barrières voor het realiseren van de informatieplicht.
- Dat overleg zal ook betrekking moeten hebben op andere randvoorwaarden voor een goede implementatie van het recht op informatie. Niet alleen de evaluatie van de Wgbo²⁹ maar ook ander onderzoek³⁰ laat zien dat het welslagen van goede communicatie tussen hulpverlener en patiënt afhankelijk is van vele factoren: hulpverlener-, patiënt- of contextgebonden factoren. De discrepantie tussen norm en feit kan in de praktijk groot zijn. Er is naar mijn mening geen ander patiëntenrecht dat in zijn realisatie en effectiviteit zozeer afhankelijk is van de contextwerking in de geneeskunde³¹ als het recht op informatie. Dat is een probleem dat beroepsbeoefenaren of instellingen maar in beperkte mate los van elkaar kunnen oplossen. Een gezamenlijke inspanning is hier geboden.
- Ten slotte is van belang dat het recht op informatie wordt gekenmerkt door expansie. Op goede gronden kan worden verdedigd dat het wettelijk recht op informatie van de patiënt en zijn vertegenwoordigers ook een recht inhoudt op informatie over gemaakte fouten en naar aanleiding daarvan ingestelde onderzoeken. Dit inclusief de plicht van de hulpverlener om gemaakte fouten

27 Anders: J.G.J. Spiekker, 'Een waterdicht stuk – Het informed-consentformulier als oplossing bij bewijsproblemen'. *Medisch Contact* 2002, nr. 42, p. 1520-1522.

28 Zie bijvoorbeeld Medisch Tuchtcollege Den Haag 3 september 1997, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1998, nr. 3, p. 154-157.

29 J. Legemaate, F. van Wijmen e.a., o.c.

30 Onder meer H.B. de Regt, R.J. de Haan, J.C.J.M. de Haes, *Uitvoering van de informed consent-vereiste: een kwestie van communicatie*. KNMG, Utrecht, 1997.

31 A.M. van Dulmen, J.M. Bensing, *Contextwerking in de geneeskunde*. Raad voor Gezondheidsonderzoek, Den Haag, 2000.

eigener beweging aan de patiënt mede te delen.³² Stond tot voor kort de informatie van de hulpverlener over de voorgestelde behandeling centraal, steeds meer wordt ook het belang van informatie over de hulpverlener of over de instelling benadrukt. In een advies uit 2001 pleitte de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg voor zoveel mogelijk openbaarheid van gegevens over prestaties in de gezondheidszorg.³³ Inmiddels zijn op dat gebied verschillende initiatieven gaande. Bezwaren daartegen, bijvoorbeeld in de context van informatie over complicatierisico's, lijken steeds meer het karakter van een achterhoedegevecht te krijgen. Uiteraard moeten gegevens waar nodig van een context worden voorzien en niet klakkeloos worden gepubliceerd, en is ook duidelijk dat patiënten niet alles willen weten. Zij vinden de stijl van de arts belangrijker dan precieze gegevens over complicaties en sterfterisico's.³⁴ Maar zonder goede en transparante informatie kan er nimmer sprake zijn van werkelijke kwaliteitsbewaking, laat staan van vraagsturing. Vergelijkende informatie over hulpverleners en instellingen wordt steeds belangrijker, evenals informatie over behandelingsmogelijkheden en -prestaties in het buitenland. Het ligt overigens niet voor de hand deze beide aspecten van de informatiebehoefte van patiënten te brengen onder de informatieplicht van hulpverlener of instelling.³⁵ Het zou enigszins bizar zijn en naar mijn mening ook niet effectief, om op een hulpverlener een informatieplicht te leggen betreffende de prestaties en mogelijkheden van zijn concurrenten in binnen- en buitenland. Die informatie, op zichzelf belangrijk, zal op een andere wijze voor consumenten en patiënten beschikbaar moeten zijn.³⁶

-
- 32 Zie B. Sluyters, 'Verjaring: twee uitlaatkleppen' *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1998, nr. 6, p. 333 en J. Legemaate, 'Het melden van fouten aan de patiënt: een nieuwe gedragsregel voor artsen?' *Medisch Contact* 1999, nr. 10, p. 348-349.
- 33 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, *Advies 'Volksgezondheid en zorg'*. Zoetermeer, 2001.
- 34 Zie onder meer J.J.E. van Everdingen, 'Ziekenhuis hoeft niet alles bekend te maken'. *Trouw*, 5 november 2002, p. 5. Van Everdingen verwijst naar onderzoek waaruit blijkt dat de meeste patiënten geen behoefte hebben aan gedetailleerde informatie over medische prestaties.
- 35 Zoals – m.i. ten onrechte – wordt bepleit door W. Brouwer, X. Koolman, M. Buijsen, 'Grenzeloos informeren – Patiënten moeten horen van alternatieven in het buitenland'. *Medisch Contact* 2002, nr. 39, p. 1396-1397.
- 36 Neem bijvoorbeeld het geval van een hulpverlener die zich ten aanzien van een bepaalde aandoening uitsluitend toelegt op methode A en andere methoden die in aanmerking komen niet praktiseert. Die hulpverlener zal de patiënt wel behoren te informeren over het bestaan van die andere methoden en over de redenen waarom hij – vergelijkenderwijs – voor methode A opteert. Als de patiënt meer wil weten over die andere methoden zal hij zelf op zoek moeten gaan. Vgl. Rechtbank Arnhem 8 januari 1998, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1998, nr. 3, p. 169-172 alsmede Hof Amsterdam 19 februari 1998, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1998, nr. 6, p. 361-365 (r.o. 4.2.9)

De genoemde aspecten betreffende het recht op informatie laten zien hoe de rechtsontwikkeling verloopt en waar dat toe leidt: in dit geval tot een patiëntenrecht met een inhoud die uiteraard het belang van de patiënt voorop stelt, maar zonder de belangen van beroepsbeoefenaren of instellingen te miskennen. Maar ook een patiëntenrecht dat zonder een afgewogen implementatiepolitiek – waarbij betrokken moeten zijn patiënten, beroepsbeoefenaren, instellingen en hun organisaties – de overstap van papier naar praktijk nooit zal kunnen maken.³⁷ Gelet op de betekenis van het recht op informatie voor de keuzemogelijkheden van de patiënt en op de winst die door middel van communicatie te behalen valt in de therapeutische relatie is dat een gedeeld belang van patiënt en hulpverlener. Wetgever en rechter normeren en faciliteren dat proces, maar kunnen geen eindresultaat garanderen. Dat eindresultaat kan alleen worden gerealiseerd in de praktijk van de zorg.

5. Professie, management en gezondheidsrecht

Dat brengt mij bij een aantal afsluitende overwegingen en observaties. In mijn oratie benadrukte ik het belang van onderzoek naar de betekenis, praktische gevolgen en consistentie van wetgeving en naar de mogelijkheden om globale juridische regels te verduidelijken en om wetgeving aan te vullen met zelfregulering. De wetgevingsontwikkelingen van de afgelopen jaren hebben de relevantie van onderzoek op dit gebied versterkt. Evaluatieonderzoek heeft veel nieuwe inzichten opgeleverd. Mede op grond daarvan deel ik niet de opvatting dat er op het gebied van de patiëntenrechten en de kwaliteit van zorg te veel wetgeving tot stand is gebracht of dat bepaalde onderwerpen ten onrechte zijn geregeld. Belangrijke patiëntenrechten zijn geaccentueerd, evenals de verantwoordingsplicht en de noodzaak tot toetsbaarheid van hulpverleners en instellingen, de eigen verantwoordelijkheid van het veld voor de ontwikkeling van kwaliteitsnormen en de relatie tussen de partijen in het veld en toezichthouders als de Inspectie. Dat is juridisering van het goede soort.³⁸ Voorkomen moet worden dat deze ontwikkeling doorschiet en resulteert in een onevenredige belemmering van het primaire proces. Ik heb niet de indruk dat dit in structurele zin het geval is, maar dit kan door middel van wetsevaluaties en ander empirisch onderzoek voortdurend worden gecontroleerd. Toepassing van het beleidsinstrument wets-evaluatie behoort te worden gecontinueerd, zij het in een aangepaste opzet. Op

37 J. Legemaate, 'The development and implementation of patients' rights: the example of the right to information'. *Medicine and Law* 2002, nr. 4: in druk.

38 In mijn visie is juridisering niet per definitie een negatieve ontwikkeling. In bepaalde gevallen is juridisering zelfs geboden, bijvoorbeeld om de positie van de patiënt te versterken. Zie nader J. Legemaate, *Goed recht – De betekenis en de gevolgen van het recht voor de praktijk van de hulpverlening*. Vereniging voor Gezondheidsrecht, Utrecht, 1994, p. 11-23.

basis van de uitgevoerde evaluaties kan veel beter dan vroeger het geval was, worden bepaald welke mate van wetgeving in welk geval geëigend is en wat daarbij de meest optimale verhouding is tussen de verantwoordelijkheden van de wetgever en die van de personen en instanties in het veld. De doelstellingen van wetgeving kunnen alleen in een samenspel tussen de wetgever en het veld van de gezondheidszorg worden gerealiseerd. Een permanente dialoog tussen overheid, gezondheidsjuristen, onderzoekers en vertegenwoordigers van patiënten, beroepsbeoefenaren en instellingen is geboden. Daarbij moet worden gelet op de doelstellingen en de normatieve betekenis van het recht, maar ook op de grenzen, beperkingen en mogelijke negatieve bijwerkingen daarvan. Het is algemeen bekend dat wetgeving geen beste reputatie heeft op het gebied van gedragsverandering. Gedragsverandering is meestal afhankelijk van andere, vaak niet-juridische factoren en invloeden. De wetgever die de betekenis van deze factoren en invloeden negeert of over het hoofd ziet, verliest de relatie tussen recht en realiteit uit het oog en graaft uiteindelijk zijn eigen graf.³⁹ Het is een taak van de wetgever om te luisteren naar de ervaringen van mensen die met zijn producten moeten werken en om de gevolgen van ongelukkige wetgeving weg te nemen, hetzij door aanpassing van de wet, hetzij door flankerend beleid. Dit impliceert dat instellingen en beroepsbeoefenaren betrokken worden bij de ontwikkeling en evaluatie van wetgeving. Het is dan overigens reëel dat de overheid meer middelen beschikbaar stelt om de implementatie van wetgeving te ondersteunen dan de afgelopen jaren het geval was. Aldus bezien komt het door het ministerie van VWS gefinancierde Implementatieproject Wgbo, dat op 10 december 2002 officieel van start gaat, rijkelijk laat. Het is een beetje vreemd dat er een wetsevaluatie voor nodig was om het belang van een goed implementatiebeleid te benadrukken. Implementatie zal vaak een cultuurverandering vragen. Het belang daarvan wordt nog wel eens onderschat. Elke nieuwe wet behoort dan ook vergezeld te gaan van een implementatieplan.

In het voorafgaande heb ik in het bijzonder de positie van beroepsbeoefenaren en instellingen belicht. Voor hen geldt dat de hoeveelheid wetgeving nogal is toegenomen en dat zij veel meer dan vroeger rekening hebben te houden met de inhoud daarvan. Dat is de ene kant van de medaille. De andere kant is dat diezelfde wetgeving beroepsbeoefenaren en instellingen ruimte geeft om door eigen activiteiten bij te dragen aan de interpretatie en operationalisering van wettelijke normen en begrippen. Dan moet het veld die kans natuurlijk wel grijpen. Gebeurt dat niet, dan is het gevolg te voorspellen: een toenemende bemoeienis van de overheid en andere toezichthouders. Dat zijn communicerende vaten. Dat vraagt het nodige van beroepsbeoefenaren, instellingen en hun organisaties.

39 J. Legemaate, 'Integrating health law and health policy: a European perspective'. *Health Policy* 2002, p. 101-110.

Niet alleen een open houding ten aanzien van de doelstellingen van de wetgeving en de bereidheid om die doelstellingen en de daarvoor benodigde randvoorwaarden te realiseren, maar ook het achterwege laten van defensief handelen. Dergelijk handelen werkt vaak als een boemerang. Het is doorgaans verstandiger om klachten en claims in zekere mate maar als een bedrijfsrisico te zien, dan om energie te steken in juridische afweermechanismen die vaker contraproductief dan waterdicht zijn. Belangrijk zijn de transparantie en openbaarheid van informatie. Het standpunt dat kwaliteitsbewaking vereist dat aan de betrokken hulpverleners een zekere mate van vertrouwelijkheid wordt gegarandeerd, is niet in alle gevallen onjuist⁴⁰, maar behoort met terughoudendheid te worden gepraktiseerd. Zo kan in onderzoeken naar concrete situaties, waarin niet alleen vermijdbaarheid maar ook verwijtbaarheid aan de orde komt, in elk geval naar de patiënt of diens vertegenwoordiger toe van geheimhouding geen sprake zijn. Ook in het publiek belang kan openheid geboden zijn. Transparantie en openheid moeten door het veld zelf geïnitieerd en gerealiseerd worden. Het zou funest zijn als transparantie en openheid, zoals de laatste tijd het geval lijkt te zijn, moeten worden afgedwongen door buitenstaanders.

Relevant is bovendien het bevorderen van de kennis van beroepsbeoefenaren en andere medewerkers in de zorg over de toepasselijke juridische kaders. De voorbije jaren is al herhaalde malen gewezen op het belang van een substantiële portie onderwijs in gezondheidsrecht en ethiek, zowel in de initiële als in de vervolgopleidingen van hulpverleners. Het realiseren daarvan blijft een moeizame aangelegenheid. Vreemd genoeg wordt in de opleiding van de meeste hulpverleners veel minder aandacht besteed aan gezondheidsrecht dan in opleidingen beleid en management. De opleiding geneeskunde aan deze universiteit vormt daarop helaas geen uitzondering. Zonder een geïntegreerd onderwijsaanbod op de terreinen ethiek, gezondheidsrecht, attitudevorming, communicatievaardigheden en medische psychologie zal het voor beroepsbeoefenaren een hele klus zijn, en soms zelfs onmogelijk, om aan de eisen van deze tijd te voldoen.⁴¹ Door een goede scholing op deze terreinen van beroepsbeoefenaren en andere medewerkers in de zorg kan een belangrijke bijdrage worden geleverd aan de kwaliteit van zorg. Juist ook in het kader van dergelijk onderwijs kan worden stilgestaan bij de doelstellingen, de mogelijkheden en de maatschappelijke betekenis van het recht, bij de grenzen en beperkingen daarvan, bij de ruimte die het recht laat voor interactie met professionele normen en bij de wijze waarop beroepsbeoefenaren en instellingsmanagement het beste op juridische argumenten en procedures kunnen reageren. Ik stel met genoegen vast dat in het onlangs verschenen rapport 'De arts van straks', een product van onder meer KNMG en DMW-VSNU, op deze punten wordt voorgesteld de eindtermen van het Raamplan artsenoplei-

40 Zie G.H. Blijham, 'De Raad van Bestuur en professionele fouten', in: P. Lens en Ph.S. Kahn (red.), *Over de schreef*. Van der Wees, Utrecht, 2001, p. 299-309.

41 Zie het in noot 22 genoemde themanummer van het *British Medical Journal*.

ding 2001 aan te vullen.⁴² Ik hoop dat dat er nu eindelijk eens van komt en zal mij daar vanuit Utrecht sterk voor blijven maken.

6. Tot slot

Wij zijn hier bijeen omdat ik enige tijd geleden besloten heb de universiteit te verlaten. Sinds 1 september 1993 heb ik de binnen het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) gevestigde leerstoel gezondheidszorgbeleid en gezondheidsrecht bezet. Lange tijd heb ik deze leerstoel gecombineerd met werkzaamheden voor de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Die combinatie van werkzaamheden beviel mij goed, vanwege de mogelijkheid om een sterke betrokkenheid bij de praktijk van de gezondheidszorg te combineren met de realisering van academische interesses. Ik heb lang gearzeld over de beslissing om fulltime in Rotterdam te gaan werken, maar besloot dat een aantal jaren geleden uiteindelijk wel te doen. De omstandigheden binnen het iBMG op het vlak van zowel onderwijs als onderzoek maakten dat naar mijn mening onvermijdelijk. Maar over die beslissing ben ik eigenlijk blijven twijfelen. Dat heeft vooral te maken met mijn eigen preoccupaties. Mijn hart ligt bij het snijvlak van beleidsontwikkeling en praktijk. Ik kies ervoor na ruim negen jaar hoogleraarschap mij weer op die omgeving te concentreren, omdat ik de confrontatie tussen recht en praktijk bijzonder intrigerend en belangrijk vind. De niet altijd positieve karakteristieken van het huidige universitaire bestaan hebben daarbij een rol gespeeld, maar waren niet doorslaggevend.

Ik ben de afgelopen jaren met plezier binnen het iBMG actief geweest. Dat komt in belangrijke mate door de mensen met wie ik gewerkt heb. In de eerste plaats de overige leden van de sectie gezondheidsrecht van het iBMG. De afgelopen jaren zijn in het onderwijs en onderzoek van de sectie niet alleen de onderwerpen uit deze rede aan de orde gekomen, maar is ook veel energie besteed aan de juridische aspecten van het stelsel van gezondheidszorg, de toenemende internationalisering van de zorg⁴³ en, in het verlengde van de evaluatieonderzoeken, aan de rechtspositie van psychogeriatrische patiënten. Voorts mag worden genoemd het onderzoek naar wetgevingsbeleid op het terrein van de gezondheidszorg in de landen van Centraal- en Oost-Europa, onder meer resulterend in

42 KNMG, VSNU, NVZ, VAZ en LCVV, *De arts van straks – Een nieuw medisch opleidingscontinuüm*. Utrecht, 2002, p. 59-60.

43 Enkele jaren geleden richtte de sectie het Centre for advanced legal studies in healthcare op, dat onder meer is bedoeld als een samenwerkingsverband met een aantal buitenlandse instellingen. Eind 2002 verscheen het eerste jaarboek van dit centrum: M. Buijsen, M. Dösljak, A. den Exter (eds), *Europe and its impact on national healthcare systems: Yearbook 2001*. Rotterdam, Erasmus University Press, 2002.

het proefschrift van André den Exter.⁴⁴ Ook met de overige medewerkers van het iBMG heb ik met plezier samengewerkt. Ik denk daarbij aan de medewerkers van andere secties, aan het managementteam, aan mijn collega-sectieleiders maar ook aan de ondersteunende afdelingen. Zonder volledig te kunnen zijn, noem ik met name Frans Rutten, Marianne Oostdijk, Leo van Vliet en twee fantastische BMG-directeuren, Rob Posthumus en Marieke Veenstra. Rob Posthumus was wel bijzonder creatief in het combineren van carrièrestappen en mogelijkheden om te kunnen blijven samenwerken. Eerst als directeur van het iBMG, toen als adjunct-directeur van de faculteit en het laatste jaar als hoofd van het stafbureau juridische zaken van het Erasmus MC. Ik ben het afgelopen jaar met veel genoeg een dag in de week te gast geweest bij dit stafbureau en ik hoop dat ook in de toekomst een verbinding tussen dit stafbureau en de sectie gezondheidsrecht van het iBMG gerealiseerd kan worden. Graag bedank ik ook het College van Bestuur van deze universiteit, de bestuurscommissie van de faculteit en de huidige Raad van Bestuur van het Erasmus MC voor de goede contacten en de bijzonder prettige samenwerking. Hetzelfde geldt voor de externe partners waarmee ik de afgelopen jaren onderzoek heb gedaan. Plezierig was ook de samenwerking door de jaren heen met mijn collega-hoogleraren in het gezondheidsrecht. In dat kader denk ik onder meer met genoeg terug aan de gezamenlijke inspanningen ten behoeve van de organisatie van het dit jaar in Maastricht gehouden World Congress on Medical Law. Het was 'a hell of a job', maar uiteindelijk zeer geslaagd. Ook met vele anderen van u heb ik tijdens mijn hoogleraarschap bijzonder aangename contacten gehad, in de context van onderwijs, onderzoek, advisering of anderszins.

De studenten van het iBMG zeg ik dank voor hun enthousiasme en voor hun open en kritische opstelling. Het was voortdurend een genoeg te zien hoe de studenten zich in het kader van de multidisciplinaire opzet van de studie inspanden om greep te krijgen op de basisvakken van de opleiding, waaronder gezondheidsrecht. BMG-studenten (officieel: studenten algemene gezondheidswetenschappen) zijn geen econoom, bedrijfskundige, arts of jurist. Zij hebben niet de brede basiskennis van deze gebieden, maar maken zich toch voldoende kennis en vaardigheden eigen om de genoemde wetenschapsgebieden te doorgronden en om tussen deze gebieden verbindingen te kunnen leggen. Dat laatste is en blijft het meest waardevolle kenmerk van afgestudeerde BMG'ers. De nieuwe bachelor-masteropzet van de opleiding en de mogelijkheden binnen het Erasmus MC zullen hier naar mijn mening alleen maar toe bijdragen.

44 A.P. den Exter, *Health care law-making in Central and Eastern Europe – Review of a legal-theoretical model*. Intersentia, Antwerpen, 2002.

Tonny, Myrte en Tijmen dank ik voor hun voortdurende steun en betrokkenheid. Wat er ook gebeurde, ik kon steeds op jullie bouwen. En daar gaat het om.

Twee dingen kloppen vandaag niet. De eerste is de afwezigheid van mijn vader, die in 1997 is overleden. De tweede is de afwezigheid van Henk Leenen, niet alleen de grondlegger van en drijvende kracht achter het gezondheidsrecht in Nederland, maar ook mijn promotor en tot voor kort voorzitter van de Commissie evaluatie regelgeving van ZonMw. Vanwege een ernstige en ongeneeslijke ziekte kan hij vandaag niet aanwezig zijn. Ik betreur dat zeer. Ik wens Henriëtte en hem in deze moeilijke tijd veel sterkte toe.

Na een afwezigheid van ruim anderhalf jaar ben ik in september van dit jaar weer parttime in dienst getreden van de KNMG. Per 1 januari a.s. stap ik volledig over naar deze organisatie. Ik zie ernaar uit om met de medewerkers van de juridische sectie van de KNMG, maar ook met de andere beleidsmedewerkers en bedrijfsonderdelen aan de slag te gaan. Dat maakt dit afscheid voor mij tot een bijzondere gebeurtenis. Het is een afscheid, maar ook weer niet. Ik verlaat de Erasmus Universiteit, maar niet het gezondheidsrecht. Dat betekent, in elk geval tot mijn genoegen, dat ik velen van u zal blijven ontmoeten.

Het ga u allen goed en tot ziens!

Curriculum vitae

Johan Legemaate (1958) studeerde rechten aan de Rijksuniversiteit Utrecht. In 1991 promoveerde hij op een proefschrift over de rechtspositie van vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten. Van 1982 tot 1991 was hij werkzaam als juridisch medewerker van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg in Utrecht. Van 1991 tot en met 2000 was hij (eerst fulltime en later parttime) als juridisch beleidsmedewerker en later juridisch adviseur verbonden aan de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), eveneens te Utrecht. In 1993 volgde een benoeming tot hoogleraar gezondheidszorgbeleid en gezondheidsrecht aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (instituut Beleid en Management Gezondheidszorg), welke functie hij, eerst parttime en later fulltime, vervulde tot en met 2002. Thans is hij opnieuw werkzaam bij de KNMG, in de hoedanigheid van juridisch adviseur en beleidscoördinator gezondheidsrecht.

De *Reeks Gezondheidsrecht* staat onder redactie van prof. mr. J.H. Hubben. Eerder verschenen in deze reeks:

M.E.F. Heineman en J.H. Hubben
1. *De anesthesioloog in de medische tuchtrechtspraak 1975-1992*, Nijmegen 1993

M.E.F. Heineman en J.H. Hubben
2. *De gynaecoloog in de medische tuchtrechtspraak 1980-1992*, Nijmegen 1994

M.E.F. Heineman en J.H. Hubben
3. *De huisarts in de medische tuchtrechtspraak 1982-1993*, Lelystad 1995

J.H. Hubben en
L.A.M. van Zenderen
4. *Wet Ziekenhuisvoorzieningen, actualiteit en jurisprudentie-overzicht 1975-1995*, Lelystad 1996

M.E.F. Heineman en J.H. Hubben
5. *De chirurg in de medische tuchtrechtspraak*, Lelystad 1996

W.G. Brands
6. *Behandeling na afspraak? Een onderzoek naar de tuchtrechtelijke, civielrechtelijke en strafrechtelijke hulpverleningsplichten van artsen en tandartsen*, Lelystad 1996

M.E.F. Heineman en J.H. Hubben
9. *De psychiater in de medische tuchtrechtspraak 1989-1997*, Lelystad 1998

P.P.M. van Reijsen
10. *Medisch-professionele autonomie en gezondheidsrecht*, Lelystad 1999

I. Christiaans-Dingelhoff en
J.H. Hubben
11. *De anesthesioloog in de tuchtrechtspraak 1992-1999*, Lelystad 1999

N. Doornbos en P.P.M. van Reijsen
12. *De Geschillencommissie Ziekenhuizen: een eenvoudige procedure voor schadeclaims*, Lelystad, 2000

N.P.Y.M. De Bijl
13. *Toelating tot het beroepsmatig verrichten van geneeskundige handelingen*, Lelystad, 2000

I. Christiaans-Dingelhoff en
J.H. Hubben
14. *De apotheker in de tuchtrechtspraak 1975-2000*, Lelystad, 2000

Ph.S. Kahn
15. *De juridische relatie ziekenhuis-medisch specialist en kwaliteit van zorg*, Lelystad 2001

W.R. Kastelein
16. *Patiëntenwetgeving: bureaucratie of bescherming?*, Lelystad 2001

I. Christiaans-Dingelhoff,
W.G. Brands, M.A.J. Eijkman,
J.H. Hubben
17. *De Tandarts in de tuchtrechtspraak*, Den Haag 2002

J.H. Hubben en
L.A.M. van Zenderen
18. *Het stelsel voorbij? Sturingsperikelen in de gezondheidszorg en jurisprudentie-overzicht*, Den Haag 2002

P.P.M. van Reijsen en J.H. Hubben
7. *Jurisprudentie-onderzoek Protocollen in de Gezondheidszorg*, Nijmegen 1997

M.C.I.H. Biesart en J.H. Hubben
8. *Beoordeling van wilsonbekwaamheid bij mensen met een verstandelijke handicap*, Nijmegen 1997

Uitgegeven door en te bestellen bij
Stichting Deelgenoot, Postbus 9049,
6500 KK Nijmegen

De delen 3 t/m 5, 9 t/m 18 en het
nieuwe deel 19 zijn te bestellen bij

Servicecentrum Uitgevers
Postbus 20014, 2500 EA Den Haag
Tel.: 070-378 98 80, Fax: 070-378 97 83
www.sdu.nl

Professie, management en gezondheidsrecht

Deze uitgave omvat de tekst van de rede uitgesproken door prof. mr. J. Legemaate bij zijn afscheid als hoogleraar gezondheidszorgbeleid en gezondheidsrecht aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, op vrijdag 6 december 2002. De auteur bespreekt de laatste ontwikkelingen op het vlak van de gezondheidszorg en het gezondheidsrecht. Daarbij komen onder meer aan bod: de recente wetsevaluaties, zelfregulering, de implementatie van wettelijke regelingen en de gevolgen hiervan voor de professie en het management in de zorg.

NUR 822


koninklijke
vermande

ISBN 905903155-5



9 789059 031555