

Hoe kan het tuchtrecht optimaal bijdragen aan de kwaliteit van de zorg? Volgens hoogleraar Johan Legemaate moet je ervoor zorgen dat alleen de belangrijkste zaken aan de tuchtrechter worden voorgelegd, dus minder klachtgronden accepteren.

ADVERTENTIE

In 2019 constateerde de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS): 'Het tuchtrecht zou meer dan nu gericht moeten zijn op kwaliteitsbevordering; zorgverleners moeten kunnen leren en verbeteren, zowel op individueel als op collectief niveau (...). Daarnaast is het wenselijk dat het tuchtrecht minder als een openbare terechtstelling van individuele zorgverleners fungeert.'

Die constatering van de RVS laat zien dat er weinig vooruitgang is geboekt sinds het rapport van de Staatscommissie voor de Medische Beroepsuitoefening (commissie-De Vreeze) uit 1973, waarover toen ook in dit tijdschrift is gepubliceerd. De commissie-De Vreeze oordeelde dat het tuchtrecht onvoldoende bijdroeg aan de kwaliteit van de professionele beroepsuitoefening.¹

Het probleem, toen en nu, is dat veel ingediende tuchtklachten ongegrond worden verklaard. En er komen bij de tuchtrechter nogal wat klachten die weinig tot geen relevantie hebben voor het doel van het tuchtrecht, maar die wel een groot beslag leggen op de capaciteit van de tuchtcolleges en beter in een minder formele procedure kunnen worden afgehandeld. Dat is ook een belangrijk verschil tussen de situatie in het begin van de jaren zeventig en de omstandigheden nu. Toen was het tuchtrecht de enige mogelijkheid voor een patiënt of zijn naasten om een klacht in te dienen, maar sinds de jaren negentig zijn er ook andere mogelijkheden. Momenteel is dat vooral de klachten- en geschillenregeling uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Dat roept de vraag op of er wel een goede verhouding bestaat tussen het klachtrecht uit de Wkkgz en het tuchtrecht uit de Wet BIG. Die vraag wordt in de literatuur doorgaans ontkennend beantwoord.² Van afbakening tussen beide mogelijkheden is eigenlijk geen sprake: een persoon met een klacht mag zelf bepalen welke optie hij kiest: klachtrecht of tuchtrecht.

Er komen nogal wat klachten binnen die geen relevantie hebben voor het tuchtrecht

Lichtere zaken verwijzen

Dit onderwerp kwam scherp in beeld in het rapport van de werkgroep Tuchtrecht (Commissie-Huls) uit 2006. De commissie pleitte ervoor dat klachten konden worden ingediend bij één centraal loket, dat vervolgens zou beoordelen waar de klacht het beste kon worden behandeld: bij een klachtencommissie, een tuchtcollege of nog een andere instantie. Dit afhankelijk van de aard van de klacht.

Een stap verder wordt gezet in het rapport over de tweede evaluatie van de Wet BIG uit 2013. Klagers zouden niet alleen moeten worden gestimuleerd om eerst de gewone klachtenprocedure te volgen alvorens een tuchtklacht in te dienen, maar ook zouden tuchtcolleges de mogelijkheid moeten krijgen om relatief lichtere zaken te verwijzen

naar andere klachteninstanties. Dit voorstel werd door de tuchtcolleges zelf ondersteund.

De 'vrijwel drempelloze klachtgang naar de tuchtcolleges' is daarmee nog steeds een punt van discussie. Het tegengaan van klachten die eigenlijk niet in het tuchtrecht thuishoren, was een belangrijk motief achter een aanpassing van het BIG-tuchtrecht uit 2019. Een van die wijzigingen was het introduceren van griffierecht, in de hoop daarmee bagatelklachten te voorkomen. Het griffierecht was en is omstreden want het kan bagatelklachten voorkomen, maar kan er ook toe leiden dat klachten die wel degelijk in het tuchtrecht thuishoren niet worden ingediend. Het is daarom goed andere opties te overwegen om de instroom van klachten in het tuchtrecht te optimaliseren. Er zijn de afgelopen jaren drie opties genoemd:

- alleen de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) kan tuchtklachten indienen;
- de tuchtrechter krijgt de bevoegdheid om 'lichtere' klachten niet in behandeling te nemen en terug te verwijzen naar de klachtenregeling van de Wkkgz;
- het aantal wettelijke klachtgronden wordt beperkt.

1: alleen de IGJ

Al in 1973 stelde de al genoemde commissie-De Vreeze voor het directe klachtrecht van rechtstreeks belanghebbenden af te schaffen, en alleen de Inspectie voor de Gezondheidszorg de bevoegdheid te geven om klachten voor te leggen aan de tuchtrechter. Iemand met een klacht zou zich dan tot de inspectie kunnen wenden met het verzoek de zaak door te geleiden naar het tuchtcollege. De BIG-wetgever voelde echter niets voor zo'n ingrijpende herziening van het tuchtrecht.

Dit voorstel van de staatscommissie werd in 2019 door Bol en Dute afgestoft en omarmd. Hun argumenten overtuigen mij echter niet. Zij wijzen er vooral op dat de klager inmiddels voldoende andere mogelijkheden voor klachtbehandeling heeft.³ Dat is zeker een argument voor inperking van de mogelijkheden die een rechtstreeks belanghebbende in het huidige tuchtrecht heeft, maar het volledig wegnemen van diens bevoegdheid een tuchtrecht in te dienen gaat wel erg ver. Daardoor kunnen ernstige situaties ten onrechte buiten het beeld van de tuchtrechter blijven. Overigens is het ook niet erg reëel om te denken dat de IGJ de capaciteit heeft of ooit zal krijgen om de taak van procesmonopolist in het tuchtrecht uit te oefenen.

2: de tuchtrechter kan zelf selecteren

Ook de optie dat tuchtcolleges zelf een onderscheid maken tussen klachten die gezien het doel van het tuchtrecht wel en niet relevant zijn, lijkt weinig perspectief te bieden. Het tuchtrecht kent al van oudsher de mogelijkheid om in een vroeg stadium van de procedure te besluiten dat klachten 'van onbeduidende aard' (Medische Tuchtwet) c.q. 'van onvoldoende gewicht' (Wet BIG) niet verder zullen worden behandeld. Van die mogelijkheid is de afgelopen decennia niet of nauwelijks gebruikgemaakt. Het lijkt erop dat de tuchtrechter het lastig vindt om per zaak te bepalen welke klagers wel en niet

toegang krijgen tot de verdere procedure. Deze optie is door de wetgever overigens ook nimmer bedoeld om kwaliteitsrelevante klachten te scheiden van niet-kwaliteitsrelevante klachten. Maar los daarvan is het maar de vraag of die keuze bij de tuchtrechter zelf moet worden gelegd.

Dat roept ook de vraag op naar de criteria die de tuchtrechter hiervoor zou kunnen hanteren. Men maakt vaak een onderscheid tussen bejegeningssklachten (niet naar de tuchtrechter) en medisch-inhoudelijke klachten (wel naar de tuchtrechter). Maar dat is best lastig, want bejegeningssklachten kunnen verweven zijn met vakinhoudelijke aspecten of op zichzelf gezien van voldoende gewicht zijn om een tuchtrechtelijke behandeling te rechtvaardigen. Als er duidelijker onderscheid moet komen tussen klachten die wel en niet 'tuchtwaardig' zijn, dan is het beter dat in de wet te regelen.

Het lijkt erop dat de tuchtrechter het lastig vindt om te bepalen welke klagers wel toegang krijgen tot de procedure

3: beperken van de wettelijke klachtgronden

Inspiratie voor de optie om de wettelijke klachtgronden te beperken is te vinden in de regeling die wordt toegepast in het Verenigd Koninkrijk, onder de vlag van de General Medical Council (GMC). Die regeling houdt in dat klagers alle mogelijke klachten kunnen voorleggen aan de GMC. Maar de instantie aldaar die te vergelijken is met het Nederlandse tuchtcollege, het Fit To Practice Tribunal, neemt alleen zaken in behandeling waarbij het gaat om '*serious or persistent failures*'. Alle andere meldingen van klagers (waaronder fouten die iedereen kan maken, '*one-off mistakes*') worden omgeleid, bijvoorbeeld naar de klachtenprocedure van de National Health Service of naar de werkgever van de aangeklaagde zorgverlener. In 2019 kreeg de GMC in totaal 8654 meldingen (waarvan 5945 '*from members of the public*'), op een totaal van 311.356 geregistreerde artsen. In ongeveer 350 gevallen werd de melding na een beoordeling van aard en ernst voorgelegd aan het Fit To Practice Tribunal.

De procedure van de GMC functioneert in een zorgstelsel dat anders is opgezet dan het onze, en combineert taken en verantwoordelijkheden die in Nederland bij verschillende actoren zijn belegd, maar biedt niettemin aanknopingspunten voor invalshoeken en benaderingen die ook in de Nederlandse situatie van waarde kunnen zijn.

Deze optie werd al in 2008 uitgewerkt door De Die, die zes soorten klachten noemde die niet door de tuchtrechter in behandeling genomen zouden moeten worden.⁴ Zij noemde onder meer communicatiestoornissen die niet tot ernstige gevolgen hebben geleid, incidentele tekortkomingen van geringe ernst en zonder risico's, en klachten die niet eerst zijn voorgelegd aan de klachtenfunctionaris of zijn ingediend op grond van de door de zorgaanbieder ingestelde klachtenregeling. De door De Die genoemde inhoudelijke beperkingen van de klachtgronden zijn ook nu nog steeds het overwegen waard. Ik aarzel wel over haar voorstel dat een klacht eerst moet zijn behandeld in het kader van de wettelijk klachtenregeling (thans de Wkkgz) voordat deze aan de tuchtrechter kan worden voorgelegd. De ernst van bepaalde klachten kan immers rechtvaardigen dat deze onmiddellijk bij de tuchtrechter kunnen worden ingediend. En als de klachtgronden in de Wet BIG wezenlijk worden beperkt, heeft een voorwaarde

betreffende het gevolgd hebben van de Wkkgz-route naar mijn mening weinig meerwaarde meer.

Nu eens concreet

Al ruim vijftig jaar wordt er gediscussieerd over de vraag of de huidige inrichting van het tuchtrecht in voldoende mate bijdraagt aan het bevorderen van de kwaliteit van zorg. Veel klachten hebben geen of slechts een geringe betekenis voor de kwaliteit van zorg en een zeer groot aantal klachten wordt ongegrond verklaard. Van een optimale verhouding tussen het tuchtrecht en de andere mogelijkheden voor klachtafhandeling is geen sprake. Het wordt tijd om nu eens concreet te bezien hoe we een betere match kunnen krijgen tussen het tuchtrecht en zijn doelstelling. Om het aantal klachten dat voor de kwaliteitsbevordering minder relevant is te verminderen, kun je naar mijn mening beter de in de Wet BIG genoemde klachtgronden beperken dan een procesmonopolie aan de IGJ toekennen.

auteur

Johan Legemaate, hoogleraar gezondheidsrecht, Amsterdam UMC

contact

j.legemaate@amsterdamumc.nl

cc: redactie@medischcontact.nl

BRONNEN

1. van der Mijn WB, 'Herziening wetgeving beroepsuitoefening gezondheidsrecht – Tuchtrect', Medisch Contact 1973; 35: 999-1002.
2. *Zie voor een uitvoerig overzicht:* J. Legemaate, 'De betekenis van het medisch tuchtrecht voor de kwaliteit van zorg', Nederlands Juristenblad 2021; 21: 1728-35.
3. Bol CA, Dute JCJ. 'Een vervolgingsmonopolie voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in het tuchtrecht?', Tijdschrift Tuchtrect 2019, afl. 4.
4. de Die AC, Gewaarborgde kwaliteit. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2008.

Lees ook

- [Legemaate: 'Vernauw klachtgronden in Wet BIG'](#)

04 juni 2021

- [Het tuchtrecht verdient een berisping](#)
-

16 juli 2021

- [Vind je ook niet dat het tuchtcollege te ver is gegaan?](#)
-

23 november 2021

- [68 meldingen bij IGJ over niet goed verlopen verplichte en onvrijwillige zorg](#)

02 augustus 2021

Onze columnist Menno Oosterhoff schreef de afgelopen weken een reeks kritische blogs over het tuchtrecht. Deze zijn via onderstaande links terug te vinden.

- [Fout gegaan is iets anders dan fout gedaan](#)
-

09 december 2021

- [Een veroordeling door het tuchtcollege kan iedereen overkomen](#)
-

07 december 2021

- [Eén brief voor een beter tuchtrecht is misschien niet genoeg](#)
-

30 november 2021

- [Vind je ook niet dat het tuchtcollege te ver is gegaan?](#)

23 november 2021

