

## 6

### Wijziging van de Wet BIG

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de verbeteringen die worden doorgevoerd in het tuchtrecht alsmede verbeteringen ten aanzien van het functioneren van de wet ( 34629 ).**

**De voorzitter:**

Aan de orde is de Wijziging van de Wet BIG in verband met de verbeteringen die worden doorgevoerd in het tuchtrecht alsmede verbeteringen ten aanzien van het functioneren van de wet (34629). We hebben zes deelnemers van de zijde van de Kamer. De minister voor Medische Zorg is nog steeds bij ons.

De algemene beraadslaging wordt geopend.

**De voorzitter:**

Ik geef graag het woord aan de eerste spreker van de zijde van de Kamer, de heer Hijink van de fractie van de SP. Hij gaat twaalf minuten het woord tot ons richten.



**De heer Hijink (SP):**

Dank u, voorzitter. Vandaag spreken wij over de Wijziging van de Wet BIG, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Deze wet scherpert het tuchtrecht aan en geeft meer mogelijkheden om zorgverleners die ernstig disfunctioneren aan te pakken.

Patiënten moeten kunnen vertrouwen op kwalitatief goede en veilige zorg. Elke dag zien wij dat zorgverleners alles doen om hun patiënten de beste zorg te geven, of dat nu in ziekenhuizen, de verpleging of de jeugdzorg is. Tegelijk worden waar mensen werken ook fouten gemaakt. Niks menselijks is een zorgverlener immers vreemd. Daarom is het tuchtrecht ingesteld. Het tuchtrecht is gericht op het toetsen van de kwaliteit van het handelen van een zorgverlener. Het wordt gezien als een correctiemiddel om herhaling van foutief handelen te voorkomen.

Sommige mensen vrezen dat met de wijziging die wij vandaag bespreken het tuchtrecht verder opschuift richting het strafrecht, dat is gericht op straffen. In verschillende reacties op het conceptwetsvoorstel wordt gewaarschuwd voor deze ontwikkeling. Met te veel boetedoening verliest het tuchtrecht zijn functie, namelijk het bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Tegelijk voorziet de wet in een behoefte, namelijk niet alleen leren van gemaakte fouten, maar ook snel kunnen ingrijpen als fouten gemaakt zijn.

Voor de SP is het belangrijk dat de strafrechtelijke aanpak alleen ingezet wordt voor zorgverleners die zwaar over de schreef zijn gegaan. In de afgelopen jaren hebben we helaas genoeg situaties gezien waarin het strafrecht nodig is. Neem de beruchte borstendokter van de Citykliniek in Den Haag, een gynaecoloog die 121 vrouwen ernstig verminkte, of de zaak tegen Jansen Steur, een verslaafde arts die vele foute diagnoses stelde met alle gevolgen van dien.

Voorzitter. Een van de doelen van de Wijziging van de Wet BIG is de herkenbaarheid van BIG-geregistreerde zorgverleners te verbeteren, zodat mensen die zorg nodig hebben kunnen controleren of een zorgverlener voldoet aan de eisen van het BIG-register. Het wordt in de wet vergeleken met het KvK-nummer, het nummer van de Kamer van Koophandel, dat we kennen van bedrijven. De SP vindt de openheid en toegankelijkheid van het BIG-register een groot goed, maar ik denk dat iedereen snapt dat iemand die in een ambulance op weg is naar het ziekenhuis niet eerst artsen en verpleegkundigen gaat opzoeken in het register om te kijken of ze wel bekwaam en goed bevoegd zijn. De vraag is dus in hoeverre je de verantwoordelijkheid bij de patiënt kunt leggen om te bepalen of een zorgverlener daadwerkelijk deskundig en bekwaam is.

Alle patiënten moeten kunnen vertrouwen op goede zorg. Je moet er in de eerste plaats zeker van kunnen zijn dat alles op alles wordt gezet om fouten te voorkomen. Deze wet wil hardere maatregelen om zwaar disfunctionerende zorgverleners aan te pakken. Dat is heel goed, maar de wet is nog weinig gericht op het voorkomen van misstanden. Kan de minister daarop reageren? In hoeverre draagt deze wet bij aan het voorkomen van ernstige fouten?

Ik heb het dus niet over de goedwillende en goedopgeleide arts die een keer een vergissing maakt, maar over de echte kwakzalvers, de lieden die pretenderen mensen te kunnen genezen en die daarbij handelingen verrichten waartoe ze niet bevoegd zijn. Zo wordt gelukkig natuurgenezer Patrik Beaumont door de inspectie in de gaten gehouden. Deze man bracht infusen in die hij niet mocht inbrengen. Meneer prust met rare apparaten, zelfjes en stoffjes die geen enkele wetenschappelijke onderbouwing hebben. Helaas staat het internet vol met voorbeelden van mensen die pretenderen anderen te kunnen genezen, vaak zonder BIG-registratie. Neem bijvoorbeeld weer de Haagse borstendokter, die zijn patiënten vertelde dat hij superberoemd was in Amerika, terwijl hij uiteindelijk 121 vrouwen ernstig heeft verminkt. Hij kon zowaar een privékliniek starten en zijn gang gaan. Kan de minister hierop reageren? Hoe kan het nou dat zo'n verknipt figuur een eigen privékliniek kan beginnen? En kan de minister aangeven hoe hij denkt dat dit soort misstanden voorkomen kunnen worden, als we weten dat de inspectie toezicht alleen steekproefsgewijs inzet?

Voorzitter. Een tuchtrechter kan niet oordelen over zorgverleners die niet in het BIG-register staan ingeschreven. Kan de minister nog eens duidelijk aangeven van welke beroepsgroepen op dit moment een verklaring omtrent het gedrag wordt vereist? Klopt het dat dit alleen voor de langdurige zorg, de jeugdzorg en de intramurale geestelijke gezondheidszorg geldt? Zou het niet logisch zijn dat ook mensen die zorg of ondersteuning bij mensen thuis verlenen, een vog moeten kunnen overhandigen, bijvoorbeeld om te voorkomen dat mensen die veroordeeld zijn voor diefstal, opnieuw in de fout gaan of dat kwetsbare ouderen slachtoffer worden van misbruik of mishandeling? De minister antwoordde in de schriftelijke vragenronde dat een algemene verplichting voor een vog hoge kosten en administratieve lasten met zich mee brengen terwijl dat niet in alle gevallen opweegt tegen het daarmee te dienen belang van goede zorgverlening. Kan de minister toelichten wat hij hiermee precies bedoelt? Staat tegenover deze extra kosten ook niet een extra waarborg voor mensen dat de zorgverlener in huis of in een instelling recent geen straf-

bare feiten heeft gepleegd? Die twee zaken zou je tegen elkaar moeten afwegen.

De wetwijziging regelt een last tot onmiddellijke onthouding van beroepsactiviteiten, een LOB zoals dat in het jargon heet. Met een LOB kan de inspectie iemand dwingen zijn werk neer te leggen nog voordat een tuchtrechter zijn handelen heeft getoetst. Als de inspectie die oplegt, moet zij binnen acht weken de zaak bij de tuchtrechter indienen. Maar wat nu als blijkt dat de zaak, de klacht ongegrond wordt verklaard? Wordt de zorgverlener vervolgens gecompenseerd voor inkomsten en eerherstel? Het is een nogal ingrijpende maatregel. Ik hoor dan ook graag van de minister of de wet ook gaat voorzien in compenserende maatregelen. Kan de minister duidelijk maken in hoeverre deze voorgestelde maatregelen in het tuchtrecht de gang naar het strafrecht gaan voorkomen? Gaat dit gebeuren? Is dat ook wenselijk? Waar zit nu eigenlijk precies het onderscheid? De borstendokter en Jansen Steur zijn allebei via het strafrecht aangepakt. Die mogelijkheid was er al, maar wat verandert er nu wezenlijk met het invoeren van de LOB? Kan er bijvoorbeeld eerder ingegrepen worden? Dat zou natuurlijk heel goed zijn. Wat is nu precies het verschil? Ik hoor graag een reactie van de minister.

De vraag is ook waar nu het verschil zit met het op non-actief zetten van zorgverleners, wat nu ook al kan. Die mogelijkheid heeft de inspectie natuurlijk al. Kan de minister duidelijk aangeven waar het verschil zit tussen de nieuw in te voeren LOB en het op non-actief zetten van zorgverleners, wat nu al door de inspectie gedaan kan worden?

Over de inspectie gesproken: daar zijn nog wel zorgen over. Met deze wetwijziging krijgt de inspectie een grotere rol maar de vraag is natuurlijk of zij daarop toegerust is. Is er voldoende capaciteit en voldoende personeel? Heeft de inspectie gereageerd op het voorliggende voorstel en ziet zij deze nieuwe taken ook wel zitten?

Vervolgens wil ik graag nog iets zeggen over de cosmetische behandelingen. Met het voorliggende wetsvoorstel wordt ook geregeld dat cosmetische behandelingen onder de BIG komen te vallen. De SP-fractie vind dat heel erg goed, want andere mensen dan die welke daartoe op grond van de Wet BIG bevoegd zijn, mogen deze handelingen niet verrichten. Kan de minister nog eens duidelijk maken hoeveel mensen nu cosmetische behandelingen geven aan mensen maar die niet BIG-geregistreerd zijn? Kan de minister dit met concrete voorbeelden duidelijk maken? Wat betekent deze wetwijziging voor deze groep mensen?

Voorzitter. In de voorbereiding van de behandeling van deze wet heeft de SP zorgen geuit over de wijziging met betrekking tot UR-geneesmiddelen. Op dit moment worden deze geneesmiddelen voorgeschreven door de daartoe bevoegde zorgverlener maar met de wijziging van de wet geldt dit niet als de dosering van geneesmiddelen moet worden aangepast. Dat mogen werknemers onder strikte protocollen doen, maar de bevoegde zorgverlener blijft verantwoordelijk. Wij vinden het nog steeds moeilijk om dit onderscheid te begrijpen. De minister gaf aan dat hierover onduidelijkheid is binnen de beroepsgroep, maar waarom is er dan niet voor gekozen om de daartoe bevoegde zorgverlener in zijn geheel verantwoordelijk te maken? Door het maken van onderscheid worden taken versnipperd, wat uiteindelijk weer kan leiden tot fouten bij

de overdracht. Ik krijg graag een reactie van de minister op dit punt.

Twee jaar geleden werden we opgeschrikt door het fenomeen zwijgcontracten in de zorg, mede aan het licht gebracht door mijn collega Henk van Gerven. Nabestaanden of de patiënt zelf wordt daarbij via een contract verboden om hun verhaal over een medische misser te vertellen. Dit fenomeen is scherp veroordeeld, zowel door de Kamer als door de minister. Het is slecht voor de patiënt of de familie om een zaak onder de pet te houden. Het is ook slecht voor de kwaliteit van de zorg. Kan de minister aangeven hoe nu de stand van zaken is op dit punt? Behoren zwijgcontracten nu helemaal tot het verleden of komen ze nog steeds voor?

Voorzitter. Tot slot een ander principieel punt. De SP noemde het al in de schriftelijke voorbereiding van deze wet. Het invoeren van griffierechten voor de toegang tot het tuchtrecht vinden wij onverstandig. De minister wil griffierechten invoeren om bagatelklachten te voorkomen. Maar juist door het instellen van de voorzittersbeslissing en het introduceren van de tuchtrechtfunctionarissen kunnen bagatelklachten voorkomen worden. Die voorstellen ondersteunen wij dan ook van harte. Maar waarom dan toch alsnog griffierechten? Waarom een drempel invoeren als op andere punten juist drempels worden weggenomen?

Wat de SP betreft mag het nooit zo zijn dat patiënten monddood worden gemaakt die juist een klacht willen indienen. Een klacht is immers een uiting van onmacht, omdat patiënten zich tekortgedaan voelen en gehoord willen worden. En hoe klein die klacht ook is, deze zou altijd serieus moeten worden genomen. Zeker gezien de rol van het tuchtrecht, namelijk het verbeteren van de kwaliteit van de beroepspraktijk, hoeft men toch niet bang te zijn over het aantal klachten die worden ingediend? Is het dan wenselijk dat een deel van die klachten wellicht nooit tot het tuchtcollège komt omdat om financiële redenen wordt afgezien en de klacht wordt ingeslikt? Ons lijkt dat zeer onwenselijk.

De SP is het eens met de kritiek van de KNMG, die stelt dat het griffierecht niet past bij het doel van het tuchtrecht om te kunnen leren in het belang van de patiënt en te kunnen leren in het belang van de gezondheidszorg. Wij horen graag van de minister of hij bereid is het voorstel voor griffierechten uit dit wetsvoorstel te schrappen. Als hij nou zo vriendelijk is om dat te doen, dan kunnen wij het amendement dat wij hierop hebben ingediend weer intrekken.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan gaan we luisteren naar de heer De Lange van de fractie van de VVD. Hij heeft vijftien minuten spreektijd.

□

**De heer De Lange (VVD):**

Voorzitter. In Nederland moet je ervan op aankunnen dat de zorg goed is, dat je jouw zorgverlener kunt vertrouwen en dat hij of zij bekwaam is. Dat is in Nederland gelukkig bijna altijd het geval. In het belang van de patiënt moet binnen de zorg wel kunnen worden opgetreden wanneer er fouten worden gemaakt. Neem het voorbeeld van het UMC Utrecht met Adrienne Cullen. Door een ernstige

medische fout van het UMCU is zij nu ongeneeslijk ziek. Ze krijgt zelfs een zwijgcontract aangeboden.

Voorzitter. Dit is natuurlijk onacceptabel. Gelukkig vond het UMCU dat zelf ook. Afgelopen week was de eerste Adrienne Cullen-lezing waarin zij het eerlijke verhaal samen met haar arts vertelde. Wat voor de VVD hierin centraal staat, is het open en transparant zijn over medische fouten. Door dit zelf bespreekbaar te maken, ontstaat ruimte om hiervan te leren en ze in de toekomst te voorkomen. Zorgverleners die zich gedragen als charlatans moeten worden aangepakt. Laat daar geen misverstand over bestaan.

Een goede en veilige zorg is volgens de VVD de norm. Zij steunt daarom ook deze aanscherping van de Wet BIG, want zorgverleners die tijdens een schorsing gewoon doorwerken, de openbaarheid van tuchtregels omzeilen, of kinderporno bezitten, dat kan echt niet.

De VVD vindt het daarom goed dat de last tot onmiddellijke onthouding van beroepsactiviteiten wordt geïntroduceerd. Zo kan de inspectie direct ingrijpen als dat nodig is. Een goed nieuw instrument.

Voorzitter. Het vertrouwen naar je zorgverlener toe begint bij het eerste gesprek. Je voelt je niet lekker of er is iets aan de hand, en daar wil je gewoon in het Nederlands over kunnen praten en met elkaar een goed en begrijpelijk gesprek over kunnen hebben. Vanaf 1 januari 2017 is de taaleis verplicht voor zorgverleners, maar ik krijg signalen dat dat in de praktijk nog niet altijd goed uitwerkt. Herkent de minister dit beeld en, zo ja, hoe gaat hij deze taaleis in de praktijk dan borgen? Op welke wijze handhaaft de inspectie hier nu op?

Een open communicatie en transparantie leiden ook tot vertrouwen. De VVD juicht het verplicht melden van het BIG-nummer dan ook toe. Zo kun je zorgverleners makkelijker vinden in het register. Het kan allemaal wel een beetje makkelijker. Je moet nu namelijk zes keer klikken om een pdf-bestand te krijgen en te kijken of iemand een maatregel of een bevoegdheidsbeperking opgelegd heeft gekregen. Is de minister het met mij eens dat het mooi zou zijn als je op één site alle informatie over een zorgverlener kon vinden? Nu heb je bijvoorbeeld Zorgkaart, KiesBeter en het BIG-register. Is de minister bereid om met betrokken partijen in gesprek te gaan om te onderzoeken hoe dit kan worden gerealiseerd?

Voorzitter. Slachtoffers van medische missers voelen zich geregeld eenzaam in hun strijd tegen het ziekenhuis of de behandelend arts. Het gemis aan openheid over wat er is gebeurd en het gebrek aan heldere communicatie maken dat niet beter. Je wilt niet in een juridisch donker bos vol drempels en moeilijke formulieren verstrikt raken. De VVD vindt dat je toegankelijk een klacht moet kunnen indienen en de juiste ondersteuning moet krijgen van een onafhankelijke partij. Tuchtklachtfunctionarissen kunnen hierin een belangrijke rol vervullen. Graag hoor ik van de minister hoe hij de rol en inzet van deze nieuwe functionaris ziet en hoe de klagers deze mensen gemakkelijker kunnen vinden, zodat ze concreet iets merken van deze maatregel. Is hij het met mij eens dat klagers ondersteund moeten worden in hun zoektocht naar de juiste rechtsgang en het juiste rechtsorgaan? Dit allemaal met als doel om de positie van het slachtoffer te versterken in toch al moeilijke tijden.

Een ander punt dat ik wil aanstippen zijn cosmetische handelingen. In de vorige kabinetsperiode heb ik me er al hard voor gemaakt dat IPL- en laserbehandelingen ook onder voorbehouden handelingen gaan vallen. Dat wordt ook het geval, maar de techniek raast in een hoog tempo verder. Ik wil ervoor zorgen dat nieuwe methodes die ook doordringen tot onder de huid, worden uitgevoerd door vakbekwame mensen en dat deze nieuwe methodes dus ook worden meegenomen in het wetsvoorstel BIG II, dat nog naar de Kamer gaat komen. Zo wordt voorkomen dat de wet over een jaar opnieuw moet worden aangepast door bijvoorbeeld de toepassing van plasmatherapie en ultrageluid. Deelt de minister deze visie? Is hij bereid om een definitie in het wetsvoorstel op te nemen voor alle elektronische apparaten die vallen onder de voorbehouden handeling op een dusdanige wijze dat deze technologieproof is voor de toekomst?

Voorzitter, mijn laatste punt. Mensen die willen werken in de zorg hebben we keihard nodig. Nieuwe zorgverleners moeten daarom snel aan de slag kunnen, maar op dit moment mag de BIG-registratie er acht weken over doen om een gediplomeerde zorgverlener in te schrijven. Geregistreerde verpleegkundigen mogen een aantal voorbehouden handelingen functioneel zelfstandig uitvoeren. Dit betekent dat hier geen toezicht of tussenkomst van een zelfstandig bevoegd arts nodig is. Als je nog niet bent ingeschreven in het BIG-register, werkt dit anders. Deze verpleegkundigen mogen diezelfde voorbehouden handeling doen, maar dan in opdracht. Daarbij moet toezicht en tussenkomst van de opdrachtgever, vaak de arts, verzekerd kunnen worden. Dit toezicht is een tijdrovende handeling, die ook nog extra administratie met zich meebrengt.

Volgens mij moeten we ervan op aan kunnen dat gediplomeerde verpleegkundigen prima zijn opgeleid voor deze handelingen. Maar nu zetten zorginstellingen gediplomeerde verpleegkundigen tijdens het wachten vaak in het systeem als "verzorgende" of besluiten ze hen platweg helemaal even niet aan te nemen. Dat is toch zonde als we kijken naar de arbeidsmarkt? Maken we het proces van BIG-registratie niet onnodig omslachtig? De oplossing zit volgens de VVD in het kijken of je dit eenvoudiger zou kunnen maken. Gediplomeerden moeten, net als bijvoorbeeld de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting op dit moment doet met de aanspreektitel, tijdens de registratie ook kunnen worden aangeduid als volwaardig verpleegkundige in registratie en daarmee dus gewoon aan de slag kunnen. Daarom vraag ik de minister of de registratie niet simpeler kan, want dan kunnen mensen sneller aan de slag in de zorg. Hoe gaat de minister het mogelijk maken dat gediplomeerde zorgverleners dat ook direct kunnen?

Voorzitter, ik rond af. De Wet BIG bewaakt en bevordert de kwaliteit van beroepsbeoefenaars en beschermt de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. De aanscherping van de Wet BIG rondom het tuchtrecht is daarom goed, maar er blijft ruimte voor verbetering. Voor de VVD is één ding helder: onze zorg moet veilig en betrouwbaar zijn. Dat doen we door foute zorgverleners aan te pakken en te staan voor de patiënt, maar ook in het belang van al die mensen die hard werken in onze goede Nederlandse gezondheidszorg, door te leren van de fouten en zorginstellingen zelf de verantwoordelijkheid te laten oppakken als het misgaat, en daar dan ook zelf actief en helder over te communiceren. Daar is de eerlijke, openhartige lezing van Adrienne Cullen een mooi voorbeeld van.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan mevrouw Ellemeet van de fractie van GroenLinks.



**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

Voorzitter. Wij spreken vandaag over de wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Wet BIG. De wet regelt een aantal verbeteringen rondom het tuchtrecht en het is wat GroenLinks betreft goed dat deze verbeteringen worden doorgevoerd. De zorg moet van goede kwaliteit zijn en als dat niet zo is, moeten we goede maatregelen kunnen nemen. Daarbij hecht GroenLinks er waarde aan dat de patiënt goed geïnformeerd is over alle mogelijkheden rond die maatregelen, dat de zorgverlener zijn werk goed kan doen en dat de inspectie goed kan controleren op kwaliteit.

Mijn collega De Lange van de VVD had het ook al over wat er vorige week vrijdag gebeurde in het UMC Utrecht. Dat was heel bijzonder. Daar vertelden een arts en een patiënt samen hun verhaal over de medische misser van een arts. Deze arts had een diagnose gemist waardoor bij de vrouw pas veel te laat werd geconstateerd dat zij uitgezaaide baarmoederhalskanker had, een verschrikkelijke misser. Maar wat zo mogelijk nog erger was, was het aanvankelijke gebrek aan medeleven vanuit het ziekenhuis. Jarenlang was er geen empathie, geen transparantie en nauwelijks communicatie. Maar afgelopen vrijdag vertelden deze arts en patiënt voor een volle collegezaal hun verhaal, zodat zo veel mogelijk anderen hiervan konden leren. Een unieke bijeenkomst die het UMC Utrecht nu ieder jaar gaat organiseren.

Voorzitter. Ik vertel dit verhaal omdat het zo belangrijk is dat er goed wordt omgegaan met medische missers. Ieder mens maakt fouten, maar in de gezondheidszorg kunnen fouten heel grote gevolgen hebben. Dat maakt het ook zo gevoelig. Des te belangrijker is het dat er ook in de openbaarheid over gesproken kan worden, zodat er ook van kan worden geleerd. En dat is nog best lastig, want die cultuur hebben we nog lang niet overal. In dat kader snap ik ook wel het bezwaar van de KNMG tegen het altijd openbaar maken van niet-beroepsbeperkende maatregelen. Een advertentie zonder enige informatie levert inderdaad weinig informatie op voor de patiënt. Het is de vraag of dit artsen uiteindelijk helpt om meer in de openbaarheid te praten over medische missers. Het voorbeeld uit het UMC Utrecht laat zien dat er ook manieren zijn om fouten in de openbaarheid te brengen waar zowel de patiënt, als de arts, als het ziekenhuis iets mee opschiet. Hoe kan de minister dit soort initiatieven bevorderen, zo vraag ik hem. Wat vindt hij van de mogelijkheid om openbaar maken een optie te maken in plaats van een verplichting?

Voorzitter. Ik heb ook nog een aantal vragen over de tuchtklachtenfunctionaris. Ik denk dat deze een belangrijke functie kan hebben als mensen overwegen om een klacht in te dienen. Het indienen van een tuchtklacht is ook niet makkelijk, feitelijk gezien maar zeker ook emotioneel. De tuchtklachtenfunctionaris is er alleen voor het feitelijke deel, maar waar kunnen patiënten terecht voor de emotionele ondersteuning? Kunnen onafhankelijke cliëntondersteuners hierin bijvoorbeeld een rol spelen? Uit eerdere antwoorden van de minister zou je kunnen constateren dat de tuchtklacht-

functionaris vooral bedoeld is om tuchtklachten te voorkomen, maar dat lijkt mij niet per se alleen de bedoeling. Heb ik de minister hier verkeerd geïnterpreteerd? En hoe weten mensen straks dat er een tuchtklachtenfunctionaris bestaat? Wat is de minister van plan als het gaat om voorlichting?

Voorzitter. Ik maak me ook nog zorgen om de invoering van het griffierecht. Ik kan me voorstellen dat dit voorkomt dat tuchtcolleges zich bezig moeten houden met bagatelklachten, maar aan de andere kant moet het tuchtrecht voor iedereen toegankelijk blijven. Ik vind het antwoord van de minister op de schriftelijke vragen hierover wat mager. Hij geeft aan dat de klager een relevante klacht kan melden bij de inspectie of bij het Landelijk Meldpunt Zorg, maar wat betekent dat? Wie gaat dan bepalen of de klacht inderdaad relevant is? En als dat het geval is, hoeft diegene dan inderdaad geen griffierecht te betalen?

Voorzitter. Deze wetswijziging draagt er als het goed is aan bij dat disfunctionerende zorgverleners beter en harder worden aangepakt. Dat is nodig en belangrijk. Tegelijkertijd hoop ik dat de betrokkenen met elkaar in gesprek kunnen blijven, zoals dat vorige week zo mooi gebeurde. Want een fout maken is erg, maar niets ervan leren is nog veel erger. Dank u wel.

**De voorzitter:**

Een vraag van de heer De Lange.

**De heer De Lange (VVD):**

Mevrouw Ellemeet geeft aan dat zij zich afvraagt waarom het openbaar maken niet meer facultatief zou kunnen zijn of in ieder geval een niet-verplichtend karakter kan hebben. De casus van het UMC Utrecht heb ik ook genoemd, omdat ik het een goed voorbeeld vind. Maar nadat er een lange weg is geweest, is het natuurlijk wel een voorbeeld dat dingen niet goed zijn gegaan, bijvoorbeeld het zwijgcontract. Aan de andere kant is er ook een trackrecord dat in ieder geval dit ziekenhuis niet erg helder is geweest in de communicatie. Het is daarom toch bij tijd en wijle heel goed dat er een stok achter de deur is, een verplichting om dingen die mis zijn gegaan goed geregistreerd te krijgen. Bent u niet van mening dat als je het te vrijblijvend maakt, partijen die niet goedwillend zijn daar dan mee wegkomen?

**Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):**

De heer De Lange schetst een dilemma dat ik deel. Aan de ene kant wil je een stok achter de deur hebben. We hebben inderdaad gezien dat het bij Utrecht veel en veel te lang duurde. Aan de andere kant willen we een cultuur creëren waarin artsen veilig kunnen melden en waarin we kunnen leren van fouten die gemaakt worden. Ik zeg dus niet dat het in alle gevallen wenselijk is om het geheel vrijblijvend te maken, maar ik schets hier wel een dilemma waarvan we volgens mij niet moeten wegstijgen. Daarom vraag ik de minister welke oplossingen hij ziet om een cultuur te creëren waarin we artsen en patiënten aanmoedigen om informatie te delen en openbaar te maken, om een cultuur te creëren waarin het veilig is om dat te doen en om tegelijkertijd te voorkomen dat fouten onder het tapijt geveegd worden en we er alsnog niets van kunnen leren. Volgens mij zitten de heer De Lange en ik niet zo ver van elkaar op dit moeilijke onderwerp.

De heer **De Lange** (VVD):

Helder! Het is mij helder. Ik ben het met u eens dat die cultuurverandering ...

De **voorzitter**:

U bent het met mevrouw Ellemeet eens.

De heer **De Lange** (VVD):

Voorzitter, sorry. Ik ben het met mevrouw Ellemeet eens dat het natuurlijk belangrijk is dat dit gaat leiden tot een cultuurverandering. Daarbij is het wel relevant dat er een goede structuur onder ligt om dat voor elkaar te krijgen. Volgens mij wordt daar nu in dit wetsvoorstel aan gewerkt. Het is van belang om dat niet uit het oog te verliezen. Laten we ervoor zorgen dat we hier echt stappen in gaan zetten en die beweging gaan maken, juist die partijen die hier nog voor weggijken en niet actief werken aan die betere cultuur.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Mijn opmerkingen gingen er ook over dat, als je zonder toelichting de fouten die zijn gemaakt publiceert, dat ook niet altijd de juiste informatie geeft, ook niet aan patiënten. Dus als we dit doen, moeten we het heel zorgvuldig doen. Wij mogen er niet voor wegllopen dat een verplichting zonder de juiste toelichting ook kan leiden tot meer angst onder artsen om te melden en om problemen en missers te bespreken. Daarvoor moet ook door de minister gezocht worden naar de juiste oplossingen.

Dank u wel.

De **voorzitter**:

Prima. We gaan luisteren naar mevrouw Van den Berg van de fractie van het CDA.

□

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Voorzitter, dank u wel. De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg is van essentieel belang bij het bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de zorg, maar ook bij het beschermen van patiënten en cliënten tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. Kortom, de Wet BIG bewaakt de kwaliteit van de zorg en beschermt de patiënt. Het is het waard om hier zorgvuldig mee om te gaan en dat is ook gebeurd. Met een uitgebreide wetsevaluatie en input van alle beroepsgroepen ligt hier voor het CDA een evenwichtige wet die onze steun kan krijgen.

Voor het CDA staat de patiëntveiligheid voorop. Daarom ben ik blij dat met dit wetsvoorstel de motie van mijn collega Hanke Bruins Slot uitgevoerd wordt. Daarmee wordt het mogelijk voor de strafrechter om bij zeer ernstige vergrijpen — denk aan zedendelicten of moord — die een beroepsbeoefenaar in de privésfeer heeft begaan toch een beroepsverbod op te leggen. Dat is een vergaande maatregel die hopelijk niet vaak zal moeten worden opgelegd. Maar door deze mogelijkheid voor de strafrechter te creëren, voorkomen we hopelijk dat bijvoorbeeld een psychiater die voor een zedendelict of bezit van kinderporno is veroordeeld, vervolgens wel nog beroepsmatig aan de slag kan gaan met patiënten die seksueel misbruikt zijn geweest.

Voorzitter. Er komt meer inzicht in het BIG-register. Het is voor patiënten van groot belang dat ze makkelijk kunnen opzoeken of hun behandelend arts daadwerkelijk in het BIG-register staat opgenomen en of er beperkende maatregelen zijn opgenomen. In 2017 is het register in totaal 1,1 miljoen keer geraadpleegd, maar niet helder is hoe vaak dit door patiënten is gedaan of vooral door werkgevers. Is dit niet beter inzichtelijk te maken en is de minister van plan, te monitoren of het aantal zoekopdrachten toe zal nemen als verplicht wordt om het BIG-nummer ook te vermelden?

Voorzitter. Dan even wat over het lichte regime, waar bijvoorbeeld de mondhygiënist onder vallen. Wat het CDA betreft is het goed dat het voor patiënten op deze manier makkelijker gemaakt wordt om te controleren in het BIG-register of hij of zij een echte arts voor zich heeft en of die voldoende bijgeschoold is. Maar hoe zit het met de beroepsbeoefenaren in het lichte regime van de wet, zoals wat ik al zei de mondhygiënist en bijvoorbeeld de apothekersassistenten? Die zijn niet geregistreerd in het BIG-register en dus geldt de verplichting om het registratienummer te vermelden voor hen niet. Maar ik kan me goed voorstellen dat patiënten ook zouden willen opzoeken of deze daadwerkelijk met bijvoorbeeld een goed opgeleide diëtist of huidtherapeut te maken hebben. Deze beroepsgroepen hebben namelijk veel oneerlijke concurrentie van beroepsnamen die hetzelfde suggereren, maar veel minder opleiding hebben gehad, waardoor de patiënt als het ware misleid wordt. Kan worden geborgd dat ook zij makkelijk gevonden worden in de diverse registers die beroepsverenigingen aanhouden?

Voorzitter. Collega Hijink begon er ook al over: de verklaring omtrent gedrag. Als patiënt ben je in een afhankelijke situatie. Daarom is het belangrijk dat de gezondheidszorg een zo veilig mogelijke omgeving biedt. In vele andere sectoren, zoals de kinderopvang, is daarom een verklaring omtrent gedrag voor medewerkers verplicht. Sterker nog: sinds 2013 worden medewerkers in de kinderopvang continu gescreend, waarbij in het Justitieel Documentatie Systeem wordt gekeken of mensen die werken of wonen op een locatie waar kinderen worden opgevangen, nieuwe strafrechtelijke gegevens op hun naam hebben staan. Waarom zijn deze maatregelen niet opgenomen in de gezondheidszorg? Is het een idee om te onderzoeken of in de zorg of in specifieke delen daarvan een vog en eventueel continue screening verplicht gesteld moeten worden?

Voorzitter. De regels rond voorbehouden handelingen gelden niet voor zorgverlening in gezinsverband of mantelzorg. Met andere woorden: het spuiten van insuline of het inbrengen van een sonde mag door een mantelzorger of familielid gedaan worden. In de schriftelijke antwoorden heeft de minister bevestigd dat dit ook geldt voor vrijwilligers in de zorg, voor zover de zorginstelling geen zeggenschap heeft over de inzet van de vrijwilliger. Klopt het dat de grens wanneer wel sprake is van zeggenschap van de zorginstelling over de inzet van de vrijwilliger heel laag ligt? Zodra bijvoorbeeld sprake is van inroosteren van diensten, is er dan al sprake van zeggenschap over de inzet van een vrijwilliger, waardoor vrijwilligers geen voorbehouden handelingen meer mogen verrichten? Wie ziet erop toe of vrijwilligers al dan niet beroepsmatig handelen?

De heer **De Lange** (VVD):

U ging al door naar het vorige punt, maar ik heb toch nog een vraag over de vog, om even helemaal goed te begrijpen wat u wilt.

**De voorzitter:**

Wat mevrouw Van den Berg wil.

De heer **De Lange** (VVD):

Wat mevrouw Van den Berg wil. Dank u wel, voorzitter. Binnen de zorg hebben de zorgverleners natuurlijk te maken met een ambtseed. Daarin verklaren ze heel veel, maar vooral om ervoor te zorgen dat mensen beter worden en dingen die niet goed zijn voor mensen niet te doen. Dat is even de populaire samenvatting. Wat denkt u dat een vog ...

**De voorzitter:**

Wat denkt mevrouw Van den Berg.

De heer **De Lange** (VVD):

Wat denkt mevrouw Van den Berg dat een vog nog extra gaat toevoegen aan deze binnen de medische beroepsgroep zeer serieus genomen eed?

**Mevrouw Van den Berg** (CDA):

Dat is precies waarom wij om een onderzoek vragen. Wij zien aan de ene kant dat dat bijvoorbeeld in de kinderopvang nu heel dwingend is opgelegd. De zorg is juist een sector waar men te maken heeft met heel kwetsbare mensen. Vandaar dat wij in ieder geval graag onderzocht willen hebben of dat toegevoegde waarde kan hebben, met vervolgens de continue screening.

De heer **De Lange** (VVD):

Dank, mevrouw Van den Berg, u geeft aan dat u het onderzocht wilt hebben. Maar als u iets onderzoekt, dan heeft u daar ook altijd wel een bepaalde gedachte bij. Of zegt u: het is in ieder geval goed, omdat het maatschappelijk breed speelt op allerlei terreinen dat er vog's worden gevraagd, om de voor- en nadelen eens goed op een rijtje te zetten?

**Mevrouw Van den Berg** (CDA):

Volgens mij is er al enige tijd geleden discussie geweest om de vog veel breder te trekken. Daar waren toen ook allerlei praktische en administratieve bezwaren tegen. Vandaar dat wij ook duidelijk zeggen: misschien voor een deel van de zorgsector. Maar nogmaals, met de ervaringen waar we de laatste jaren over hebben gehoord, vragen wij ons af of deze kwetsbare patiënten niet ook daartegen beschermd moeten worden.

Voorzitter. Ik ga verder met de voorbehouden handelingen. Ik sprak al over de mantelzorgers en de vrijwilligers in instellingen. Vervolgens wil ik het graag hebben over het onderwijspersoneel. Want onderwijspersoneel in bijvoorbeeld speciaal onderwijs mag volgens de minister ook voorbehouden handelingen uitvoeren, zolang er niet

beroepsmatig gehandeld wordt. Dat betekent dat het onderwijspersoneel het vrijwillig moet doen, op verzoek van de ouders en zonder dat salaris of honorarium ontvangen wordt. Het bevoegd gezag van de school mag hierin geen rol spelen, omdat er anders weer sprake is van beroepsmatig handelen. Wij willen graag weten hoe deze constructie in de praktijk werkt. Moeten ouders afspraken met het onderwijspersoneel vastleggen? En hoe wordt vastgesteld dat het bevoegd gezag geen bezwaar heeft dat het onderwijspersoneel in schooltijd deze handelingen verricht?

Voorzitter. Ik heb recentelijk vragen gesteld over botox en fillers. Ik wil over dit soort handelingen graag nog wat vragen. Het injecteren van botox valt onder de reikwijdte van de Wet BIG en mag dus alleen uitgevoerd worden door of in opdracht van een BIG-geregistreerde behandelaar. Dat is nu al zo, maar dat wordt in dit wetsvoorstel verder verduidelijkt. De vraag is echter of dit wel voldoende gehandhaafd wordt. Afgelopen vrijdag heeft de minister mijn vragen beantwoord over de forse toename van cosmetische ingrepen zoals behandelingen met botox en fillers. In zijn antwoorden geeft hij aan het beeld niet te herkennen dat door de onderzoekers van het Erasmus Medisch Centrum geschetst wordt dat patiënten steeds vaker in het ziekenhuis behandeld moeten worden nadat zij in een achterkamertje van een zonnestudio of bij de kapper slechte fillers of zelfs een soort plastic ingespoten kregen. Daarbij baseert de minister zich op de cijfers van de inspectie. Tegelijkertijd geeft hij aan dat de aanbieders die niet in het Handelsregister zijn ingeschreven, die niet zijn aangesloten bij brancheorganisaties en hun werkzaamheden als het ware onder de radar verrichten, niet in beeld kunnen zijn bij de inspectie. Het CDA vindt dat uiterst zorgelijk. Hoe kunnen we dit toezicht beter uitvoeren, zodat patiënten beter beschermd worden tegen dit soort charlatans?

Volgens de onderzoekers van het Erasmus MC zouden inmiddels 1 op de 52 vrouwen in Nederland dergelijke behandelingen hebben ondergaan. Dus wat mij betreft is hier echt wat ernstigs aan de hand. De minister schrijft daarnaast dat het niet nodig is om inzichtelijk te maken waar je wel verantwoord voor botox en fillers terecht kunt, want we hebben al de website [jezelfmooiermaken.nl](http://jezelfmooiermaken.nl). Hoe vaak wordt die site geraadpleegd? Ik kende de site niet, en heb dus even gegoogeld. Ik vraag me af of het brede publiek hier kennis van heeft, want de site is niet vindbaar als je gewoon de woorden "jezelf mooier maken" intikt. De meest recente nieuwsberichten van de site dateren vervolgens van maart 2017, maart 2016 en juli 2015. Als ik dan een naam invul, kom ik via trial and error uiteindelijk bij een link naar het BIG-register, en dan zie ik: "U heeft te veel zoekresultaten. Wilt u dat verder verfijnen?" De Engelsen zouden zeggen: I rest my case.

**De voorzitter:**

Een mysterieuze zaak.

**Mevrouw Van den Berg** (CDA):

Een mysterieuze zaak. Vandaar de volgende vragen. Kan de minister met analyses aangeven hoe deze site is bezocht? En wanneer wordt de voorlichtingscampagne waar de minister het over heeft, ingezet? Als het aan het CDA ligt, is dat zo snel mogelijk.

Voorzitter. Dan het tuchtrecht. Ook collega's hebben daar al over gesproken. Op dit moment worden alle tuchtmaatregelen tegen artsen direct openbaar gemaakt in de lokale krant en in het BIG-register. In het geval van zware overtredingen met als gevolg beroepsbepalende maatregelen is dat naar mijn mening volledig terecht. Patiënten moeten immers actief geïnformeerd worden over dit soort zaken. Maar als het gaat om een waarschuwing, een berisping of een geldboete is dat wat het CDA betreft een onnodig en mogelijk ook schadelijk paardenmiddel, zeker als het gaat om zaken waar nog beroep en bezwaar tegen mogelijk is.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Het CDA heeft hier ook een amendement over ingediend. Mevrouw Van den Berg heeft heel veel woorden nodig. Mijn vraag is of ze nog eens kan uitleggen waarom zij vindt dat de verplichte aantekening van berispingen en geldboetes in het register en de openbare kennisgeving eruit gehaald moeten worden. Waarom vindt het CDA dat?

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Daar kom ik op terug. Als dat niet voldoende is, dan zal ik daar nog nader op reageren.

**De voorzitter:**

Heel goed.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Maar misschien moet ik het dan toch even dubbel zeggen. De kern is het volgende. Je hebt twee regimes. Over het zware regime is helemaal geen discussie, maar in het lichte regime kan het ook bijvoorbeeld zo zijn dat twee artsen onderling ergens discussie over hebben gevoerd of dat de een de ander onheus heeft bejegend. Wij vragen ons echt af of je dat dan gelijk ook in het publieke domein moet vrijgeven. Mevrouw Ellemeest heeft het net gehad over het creëren van een veilige omgeving. Wij denken niet dat het creëren van een veilige omgeving wordt ondersteund door alle kleine, lichte dingen. We zeggen ook dat het uiteindelijk hierom gaat. Er is een zaak. Die zaak kan nog in beroep. Vervolgens is het aan het tuchtcollege om te zeggen: ja, sorry, maar we gaan het nu wel publiceren. We willen het dus niet onmogelijk maken, maar we willen het wel in stappen doen.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Een onheuse bejegening leidt niet tot een geldboete, lijkt mij. Mijn vraag was gewoon heel helder. Mevrouw Van den Berg is gewoon heel onduidelijk. Ze zegt dat ze hier straks op komt, maar ze heeft zo veel woorden nodig in een amendement. Als u die berisping en die geldboetes niet opgenomen wilt hebben, moet u nu toch gewoon uit uw hoofd in gewoon Nederlands kunnen zeggen waarom u dat niet wilt?

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

We hebben het net gehad over bagatelzaken, maar zo zijn er ook zaken die worden aangedragen en waarin bijvoorbeeld, om maar wat te noemen, wordt gezegd dat je beter had kunnen communiceren. Maar de vraag is dus of dat

gelijk in het publieke domein moet gebeuren. Die arts is op dat moment op z'n vingers getikt en weet ook dat hij het een volgende keer anders moet doen. Het is de vraag of het de positie van de arts helpt om dit gelijk ook publiek overal bekend te maken.

**De voorzitter:**

Afrondend.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Het lijkt me toch dat een communicatiefout niet leidt tot een berisping of een geldboete. Ik vind dit heel zwak onderbouwd. Het gaat bijvoorbeeld over heel andere zaken dan mevrouw Van den Berg hier naar voren brengt. Het gaat bijvoorbeeld over een psychiater die medicijnen uitschrijft en vervolgens terugvraagt van de patiënt om ze zelf te gebruiken. Dat is ook een berisping of een geldboete. En dan gaat het CDA hier voorstellen om dat niet op te nemen! Weet u, het BIG-register is iets onwijs moois, waar BIG-geregistreerden trots op zijn. Dat betekent namelijk dat ze hoogopgeleid zijn en dat ze bekwaam zijn. Dat betekent ook dat, als iemand zich niet aan die hoge norm houdt en als hij minder bekwaam is geweest en onprofessioneel is geweest, ze dat terug kunnen zien. Ik snap deze inzet van het CDA dus werkelijk niet. Ik vraag het CDA ook om met goede voorbeelden en een goede motivatie te komen als het wil volhouden dat het de berisping en de geldboete uit het wetsvoorstel wil halen, want het kan niet zo zijn dat het om een communicatiefout of een onheuse bejegening gaat.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Nogmaals, wij laten open dat er nog terdege gepubliceerd kan worden. We zeggen alleen: doe dat in stappen. Er is een eerst een zaak, dan is de beroepszaak en dan is het aan het tuchtcollege. Het tuchtcollege kan dus terdege nog steeds besluiten om dit wel te publiceren. In het door mevrouw Agema genoemde voorbeeld zou ik me daar ook zomaar een voorstelling van kunnen maken.

**De heer Hijink (SP):**

Ik snap ergens wel wat mevrouw Van den Berg bedoelt. Als in de krant staat dat arts X een boete of berisping heeft gekregen zonder dat fatsoenlijk toegelicht wordt waarom dat is gebeurd, wat daarvan de consequenties zijn en wat dit vervolgens zegt over zijn bekwaamheid en zijn deskundigheid, snap ik wel dat dat tot verwarring leidt en dat een patiënt aan zulke informatie niet zo heel veel heeft. Maar dan zit het probleem toch veel meer in de informatievoorziening en hoe dit soort dingen gecommuniceerd worden dan in het feit dat je bij boetes en berispingen wel naar buiten treedt? Als wij het hebben over het verbeteren van het beroep en de inhoud van het beroep, is die transparantie toch juist superbelangrijk?

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Vooropgesteld: wij willen alleen maar borgen dat de patiënt uiteindelijk nog beter beschermd is. Dat is wel het doel, ook van de wet. Daarom hebben we ook in de inleiding gezegd dat wij er alle steun aan geven dat dat doel bereikt moet worden. Dan is dus de afweging: hoe kun je dat bereiken in het regime van de lichte vergrijpen — nogmaals, we

hebben het niet over de zware vergrijpen — als er inderdaad een publicatie komt zonder enige context, waar iedereen dus conclusies met betrekking tot de arts uit kan trekken die ook onterecht kunnen zijn? Dat willen wij voorkomen.

**De heer Hijink (SP):**

Dan zit het probleem toch aan de andere kant? Dan zit het probleem in het feit dat er bij publicatie niet voldoende wordt toegelicht waarom er is ingegrepen, waarom een berisping is gegeven en welke gevolgen dat heeft voor de betreffende zorgverlener. Dan moeten we daar toch iets aan doen, zodat er niet een heel klein advertentietje wordt geplaatst maar een iets grotere advertentie waaruit de patiënt wél kan opmaken dat iemand een boete of een berisping heeft gekregen maar dat dit niet per se wil zeggen dat de arts niet deugt en dat hij dus niet meer naar dat ziekenhuis moet gaan omdat daar heel foute dingen gebeuren? Als die toelichting goed is, is dat toch precies wat je wilt bereiken, namelijk dat er wél gekeken wordt naar wat er mis is gegaan en waarom er een boete is uitgedeeld? De consequentie van dit voorstel kan zijn dat er juist weer meer zaken onder de pet blijven. Dat lijkt mij toch ook niet het idee van mevrouw Van den Berg.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Nee, wij willen zeker geen zaken onder het tapijt schuiven; die uitdrukking hebben we zojuist gebruikt. Dat is absoluut niet de doelstelling. Mevrouw Agema gaf zojuist terecht aan dat dingen in jip-en-janneketaal uitgelegd moeten kunnen worden, zodat de burger die dat leest, het ook onmiddellijk begrijpt. Omdat het zonder context gebeurt, of omdat je soms heel veel context nodig hebt om het toe te lichten, is dat dus wel een van de belemmeringen. Daar zoeken wij dus in die zin een oplossing voor. Aan de ene kant willen we die veilige cultuur creëren, waarin mensen terdege op hun vingers worden getikt: dit kan dit dus zo niet. Op het moment dat er een melding is en je ook een waarschuwing of een berisping of een geldboete krijgt, moet er een heel duidelijk signaal zijn: dit kan zo echt niet. Aan de andere kant moet dat niet onmiddellijk in de krant. Vooral in kleinere gemeenschappen kan zo'n arts dan onmiddellijk helemaal besmet zijn, zogezegd.

**De voorzitter:**

Helder. Meneer Hijink, afrondend en kort.

**De heer Hijink (SP):**

Staat mevrouw Van den Berg er dan voor open om tot een andere insteek te komen, namelijk om die publicatie aan te passen? Dan zou er niet een korte advertentie geplaatst worden, maar een uitgebreide omschrijving waarom er een boete of berisping is uitgedeeld, en wat daarvan de gevolgen zijn voor de patiënt. Zou dat niet een logischere oplossing zijn voor dit probleem?

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Ik ben altijd bereid om te kijken of je iets nog beter kan maken om het doel te bereiken. We vinden het wél belangrijk dat het in stappen gebeurt. Je kunt altijd nog in beroep gaan, dus wij willen dat pas als het beroep geweest is, een dergelijk besluit genomen kan worden. Er zal straks

zonder meer even een schorsing zijn. Wij zijn altijd bereid om dan te kijken of we teksten nog kunnen verbeteren met hulp van de collega's.

**De heer De Lange (VVD):**

Ik heb toch nog een vraag aan mevrouw Van den Berg. Het amendement is toch wat fundamenteeler. In het amendement geeft u immers aan dat het nog een overweging kan zijn van het tuchtcollege om te kijken of er gepubliceerd kan worden. In uw amendement geeft u ook aan: bijvoorbeeld bij gebrekkige zelfreflectie, of in het belang van de individuele gezondheidszorg. Gaan we dan niet de weg op dat publicatie een bijkomende straf wordt? Nu hebben we juist mooi in het stelsel ingebouwd dat die openbaarheid een vanzelfsprekendheid is.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Ik snap de vraag van meneer De Lange. Nogmaals: ons doel is om een balans te creëren tussen openheid en veiligheid aan de ene kant en een heel duidelijke bescherming van de patiënt aan de andere kant, om daar duidelijkheid in te krijgen. Ik zie niet gelijk in waarom dit als een extra strafmaat gezien zou worden. Ik denk namelijk dat ook heel snel duidelijk zal zijn welke soorten gevallen onmiddellijk gepubliceerd gaan worden.

**De heer De Lange (VVD):**

Dat ben ik toch niet met mevrouw Van den Berg eens, want nu wordt de afweging bij het tuchtcollege neergelegd. Daar wordt nu een aantal voorbeelden van gegeven. Maar daarmee kan het gebeuren dat het misschien niet wordt gepubliceerd als je je bijvoorbeeld berouwvol toont. Dat lijkt me niet de goede weg. Ik ben het helemaal met u eens dat we naar openheid toe moeten, maar dan moeten we veel meer gaan investeren in hoe wij en hoe de zorginstellingen en de artsen communiceren over wat er is gebeurd, over hoe het is gegaan. Maar laten we er niet aan tornen dat het een vanzelfsprekendheid is dat een patiënt het recht heeft om te weten dat er sprake is geweest van een berisping, waarover we niet te licht moeten denken.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Ik neem dat mee. Ik hoor geluiden van verschillende kanten van de Kamer waaruit ik opmaak dat het amendement zoals het er nu ligt, geen groot draagvlak zal krijgen. Ik ben dus zeker bereid, zoals ik ook eerder al aangaf, om naar de teksten te kijken. Ik denk dat ik het doel van ons amendement voldoende heb toegelicht.

**De voorzitter:**

U heeft een goed ontwikkeld politiek gevoel.

**Mevrouw Ellemeest (GroenLinks):**

Om dat gevoel nog iets verder aan te scherpen, zeg ik het volgende. Volgens mij hoor ik mevrouw Van den Berg wel zeggen dat zij voor openheid is, maar dan wel openheid op het juiste moment, en dat zolang het proces nog gaande is, het onwenselijk is om te publiceren, omdat je eerst wilt weten wat de uitkomst is van een lopend tuchtproces. Heb ik mevrouw Van den Berg zo goed begrepen, dus dat zij



wel is voor openheid, maar dan openheid op het juiste moment, en dat zij vindt dat niet voorbarig, dus als we nog niet weten wat de uitkomst van een proces is, moet worden gepubliceerd?

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Zeker. Het eerste vind ik sowieso. En wat betreft het tweede — ik denk dat met name daarop wordt aangehaakt — vind ik dat in sommige gevallen dan niet tot publicatie overgegaan kan worden. Ik hoor van alle collega's dat dat toch anders wordt gezien.

Mag ik ... doorgaan?

**De voorzitter:**

Nou, vooruit dan maar.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Voorzitter. Ik ga verder bij waar ik gebleven was. We hebben het dus niet over zeer ernstige vergrijpen waartegen nog beroep en bezwaar mogelijk is. Het gaat over de lichte zaken. Dan is het de vraag of dit de informatie is waar de patiënt daadwerkelijk iets aan heeft. Een enkele waarschuwing schept namelijk geen eerlijk beeld en zegt onvoldoende over het gebrek aan kwaliteit van de betrokkene en soms nog minder over de kwaliteit van anderen. Nu met het wetsvoorstel wordt geregeld dat in ernstige gevallen BIG-geregistreerden ook een last tot onmiddellijke onthouding van de beroepsactiviteiten opgelegd kunnen krijgen, is de patiëntveiligheid naar mijn mening voldoende gewaarborgd. Dan kan dus een verplichte openbaarmaking van iedere waarschuwing, berisping of geldboete waartegen nog beroep mogelijk is, vervallen. Ik heb dus een amendement ingediend, waarover we het zonet uitgebreid hebben gehad. In ieder geval moeten deze maatregelen pas worden gepubliceerd als ze onherroepelijk zijn uitgesproken door het Centraal Tuchtcollege. Ik hoor graag van de minister wat zijn reactie daarop is. Ik hoor ook graag of het een idee zou zijn om een commissie samen te stellen uit leden van artsenorganisaties en patiëntenorganisaties om advies te vragen over welke informatie over tuchtmaatregelen daadwerkelijk van belang is voor patiënten, en hoe deze informatie op een doeltreffende manier gecommuniceerd zou moeten worden.

Voorzitter. Een aantal beroepsgroepen wil al enige tijd ondergebracht worden onder de Wet BIG. De minister is hier terecht terughoudend in en vraagt daarom om een uitgebreide onderbouwing. Binnenkort krijgen we de wetswijziging toegestuurd waarmee de orthopedagoog-generalist en de regieverpleegkundige als basisberoep worden opgenomen. Op welke termijn kunnen we dat wetsvoorstel verwachten? En kan de minister aangeven wat zijn standpunt is over erkenning van de opleiding tot doktersassistent als erkende opleidingstitel? Beroepstitels als diëtist en mondhygiënist zijn volgens artikel 34 van de Wet BIG wettelijk beschermd. Je mag je dus alleen diëtist noemen als je daarvoor de juiste beroepsopleiding hebt gevolgd en afgerond. Maar waar kan een beroepsvereniging zoals de Nederlandse Vereniging van Diëtisten het melden als er misbruik wordt gemaakt van de beschermde titel? Op de website van de inspectie, het Landelijk Meldpunt Zorg, wordt erop gewezen dat patiënten en cliënten daar

een melding kunnen doen. Zou de minister daarover duidelijkheid kunnen geven?

Voorzitter ...

**De voorzitter:**

Mevrouw Agema.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Mevrouw Van den Berg mag haar zin wel even afmaken, hoor.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Nee ...

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik heb ook een vraag over haar amendement, dus het mag ook later even.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Nee, ik ga nu beginnen aan een stukje over de BES-eilanden, dus ...

**Mevrouw Agema (PVV):**

Mevrouw Ellemeet legde de bal even voor. Ze had het over het geval dat een zaak nog niet definitief is. Toen zei mevrouw Van den Berg: ja, dat ga ik doen. Maar dan heb ik toch nog een andere, kritischere vraag. Een tuchtzaak duurt gemiddeld 200 dagen en een hoger beroep nog 200 dagen. Zo lang gaan we toch niet wachten om mensen te informeren over zaken die niet door de beugel kunnen?

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Wij hebben dat inderdaad even specifiek nagevraagd: over welke periode spreken wij dan? Ons is meegegeven dat het maximaal zes maanden zou zijn. Dan heb ik het over zaken die geen gevolgen hebben voor de patiëntveiligheid, want dat is de categorie zware vergrijpen. Het is dus niet 200 dagen, zoals mevrouw Agema heeft meegekregen.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Dat is het dus wel. Zes maanden is ook al lang, hè, om mensen niet te informeren. Nou ja, ik denk echt dat dit amendement nog even heroverwogen mag worden. Ik denk niet dat het erg verstandig is om zo lang, zes maanden, te wachten. En het is dus 200 plus 200 dagen bij een hoger beroep; dat is ruim een jaar.

**Mevrouw Van den Berg (CDA):**

Ja.

**Mevrouw Agema (PVV):**

Ik denk niet dat het echt verstandig is.

Mevrouw **Van den Berg** (CDA):

Zoals ik zei, was mijn conclusie al dat het amendement in zijn huidige vorm geen draagvlak zal vinden. Dat zal ik zeker meenemen.

Ik doe ook Koninkrijksrelaties, dus wil ik zeker ook een vraag stellen over Bonaire, Sint-Eustatius en Saba. Artsen die in het ene land ernstig in de fout gaan, moeten niet zomaar in een ander land weer aan de slag kunnen gaan. Daarom is het mogelijk om maatregelen die in het buitenland zijn opgelegd aan een beroepsbeoefenaar over te nemen in het BIG-register. Daar hebben we gisteren nog over gesproken. In de nota van wijziging staat dat er ook een hiaat in dit systeem gedicht wordt. Nu is het namelijk nog zo geregeld dat binnen Nederland de Wet BIG geldt en dat maatregelen die in het buitenland zijn opgelegd, overgenomen kunnen worden in het BIG-register. Maar de Wet BIG geldt niet op de BES-eilanden, terwijl de eilanden uiteraard ook geen buitenland zijn. Die zijn onderdeel van Nederland. Gevolg is dat de maatregelen die op de BES-eilanden zijn opgelegd, niet in het BIG-register kunnen worden opgenomen. De minister herstelt dat hiaat nu, maar hoe is dat andersom geregeld? Hoe wordt geborgd dat, als beroepsbeoefenaren in Europees Nederland een maatregel opgelegd krijgen, dit ook op de BES-eilanden bekend is, zodat zij daar bij ernstige misdragingen niet zomaar aan de slag kunnen?

Ten slotte heb ik nog een vraag over de taakherschikking in de mondzorg. Wanneer verwacht de minister dat hij de AMvB waarmee het experiment wordt opgezet, met voorhang naar de Kamer zal sturen? Worden er in die AMvB ook heldere criteria opgenomen om te bepalen wanneer het experiment geslaagd is? Denk aan criteria als de verlaging van de kosten en minder buitenlandse tandartsen.

Dank u wel, voorzitter.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Dan gaan we luisteren naar de heer Groothuizen van de fractie van D66.

□

De heer **Groothuizen** (D66):

Voorzitter, dank u wel. Ik vervang vandaag mijn collega Dijkstra, die andere parlementaire bezigheden heeft.

Mijn fractie begrijpt de noodzaak om de Wet BIG op een aantal punten te wijzigen en te verduidelijken naar aanleiding van het evaluatierapport dat alweer van vijf jaar geleden stamt. Zo is het goed om de herkenbaarheid van de BIG-nummers te vergroten. Ook vindt mijn fractie het belangrijk dat wordt verduidelijkt dat de uitvoering van risicovolle handelingen te allen tijde is voorbehouden aan beroepsbeoefenaren die over de deskundigheid beschikken om die handelingen verantwoord uit te voeren, ongeacht het doel van die handelingen, of die nu geneeskundig of cosmetisch zijn. Dat brengt mij wel meteen bij mijn eerste vraag. Mag iemand die huisarts of basisarts is en is opgenomen in het BIG-register, cosmetische handelingen uitvoeren? Is voor patiënten het verschil tussen een plastisch chirurg en een cosmetisch arts eigenlijk wel inzichtelijk? En meer in het algemeen: wordt met deze wet eigenlijk beter geborgd dat een arts bekwaam is om een bepaalde handeling uit te voeren?

Voorzitter. Dan het tuchtrecht. Het doel van het tuchtrecht binnen de Wet BIG is in de eerste plaats het bevorderen van het lerend vermogen van de sector. In de tweede plaats heeft het tuchtrecht de functie om disfunctionerende beroepsbeoefenaren te corrigeren en zo nodig van beroepsuitoefening uit te sluiten. Dat zijn heldere doelstellingen. In dat kader heb ik echter wel een vraag over de publicatie van berispingen en geldboetes. Dat zijn geen beroepsbeperkende maatregelen. Het tuchtrecht heeft dus geoordeeld dat de beroepsuitoefenaar de patiëntveiligheid niet in gevaar brengt en dat hij zijn beroep nog in de volle breedte zou mogen uitoefenen. Maar toch wordt ervoor gekozen die maatregel te publiceren via een aantekening in het register en publicatie in de Staatscourant, lokale dag- of weekbladen en een lijst op een website. Dat klinkt dan toch als een waarschuwing richting de patiënt. De KNMG wijst op de stigmatiserende effecten daarvan.

Ook uit onderzoek van het onderzoeksinstituut NIVEL blijkt dat ruim de helft van de zorgverleners die met een berisping of een geldboete te maken krijgen, heeft overwogen om te stoppen met werken. Uiteindelijk geeft zelfs 12% van de zorgverleners aan daadwerkelijk te zijn gestopt met hun functie als gevolg van zo'n tuchtrechtelijke procedure, inclusief openbaarmaking van een sanctie. Dat gaat vooral op voor zorgverleners die wat ouder zijn, ouder dan 60 jaar. Daarvan zegt maar liefst 4% te zijn gestopt als gevolg van zo'n gepubliceerde berisping op geldboete. Daaruit blijkt dat een berisping of geldboete een aanzienlijke impact kan hebben, uiteraard ook op de partner en het gezin van de beroepsuitoefenaar. Graag hoor ik van de minister wat hij van die consequenties vindt. Denkt de minister dat openbaarmaking en publicatie in dagbladen een rol spelen bij de keuzes die mensen maken om te stoppen met hun baan? In hoeverre draagt die publicatie eigenlijk bij aan het lerend vermogen, dan wel het corrigeren van artsen, wat toch de hoofddoelstelling van het tuchtrecht is? Graag een reactie van de minister.

Voorzitter. Tegelijkertijd blijkt uit het onderzoek van NIVEL dat de meerderheid van de onderzochte burgers belang hecht aan goede informatie over berispingen en geldboetes. Ook de Patiëntenfederatie heeft laten weten belang te hechten aan het naar buiten brengen van informatie over wat er misgaat. Dat is heel begrijpelijk. Maar de vraag dient zich aan of de informatie die nu wordt verstrekt er daadwerkelijk toe leidt dat de patiënt een geïnformeerde keuze kan maken. Er wordt immers geen duidelijke context gezet. De heer Hijink van de SP wees daar ook op. Mijn vraag aan de minister is dan ook of hij bereid is te onderzoeken of er alternatieven zijn voor de publicatie van berispingen en boetes en of hij zou kunnen toelichten hoe dit in de advocatuur werkt. Daar kan de raad van discipline ervoor kiezen een maatregel te publiceren, maar dat gebeurt niet standaard.

Voorzitter. Ook een ander punt dat door de KNMG werd aangesneden, vind ik belangrijk om te benoemen. Er wordt geconstateerd dat het tuchtrecht door de toenemende bevoegdheden van de tuchtrechter meer de kant van het strafrecht op gaat. Het tuchtrecht is bedoeld om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken en te bevorderen en om de patiënt te beschermen. Maar om dat te doen heb je een open cultuur nodig waarin beroepsbeoefenaren fouten en incidenten durven te melden. Wanneer het tuchtrecht wordt uitgebreid, is de vrees van de KNMG dat beroepsbeoefenaren zich minder open en minder toetsbaar

zullen opstellen. Mijn vraag aan de minister is of hij dat risico onderkent en, zo ja, hoe hij dat denkt te voorkomen.

Voorzitter. De wet introduceert de mogelijkheid tot het opleggen van een last tot onmiddellijke onthouding van beroepsactiviteiten, de zogenaamde LOB. Een ingrijpende maatregel; dat zal iedereen met mij eens zijn. Daarom is het volgens mij van belang dat de minister toelicht wat de precieze criteria zijn op basis waarvan een dergelijke last kan worden opgelegd. Gezien het ingrijpende karakter van de last, pleit de Raad van State ervoor om de mogelijkheid tot het toetsen van die last op te nemen en dat te doen binnen een periode van een week. De afdeling meent dat het voor de hand ligt dat de inspectie de opgelegde last, voorzien van een motivering, ter beoordeling voorlegt aan een rechterlijke instantie waar de betrokken beroepsbeoefenaar dan ook kan worden gehoord. Op die manier, zegt de Raad van State, wordt er bij adequate rechtsbescherming recht gedaan aan het patiëntenbelang, maar ook aan het belang van de beroepsbeoefenaar. De afdeling acht de tuchtrechter daarvoor de aangewezen instantie.

De minister daarentegen zegt: nee, daarvoor moet je terecht in het bestuursrecht. Via de Algemene wet bestuursrecht kun je een voorlopige voorziening vragen. Graag hoor ik van de minister hoe die procedure dan precies verloopt en specifiek hoelang het nou eigenlijk duurt totdat een beroepsbeoefenaar die geconfronteerd wordt met zo'n last, zijn zaak kan voorleggen aan de bestuursrechter in een voorlopige voorziening. Dit heeft immers nogal wat consequenties. Nog belangrijker is de vraag wat die bestuursrechter dan toetst. Want de inspectie is acht weken bezig met het voorbereiden van een goed dossier, dus de bestuursrechter zal het met veel minder informatie moeten doen. Graag een reactie van de minister.

Ook heb ik nog een vraag over de periode van acht weken die de inspectie krijgt om een klachtschrift voor te bereiden en in te dienen bij het regionaal tuchtcollege. Waarom is precies voor die periode gekozen? Is een kortere periode dan die twee maanden eigenlijk niet mogelijk? Dit betekent immers dat iemand mogelijk twee maanden zijn beroep niet kan uitoefenen. Wanneer de inspectie afziet van de klacht, moet dat zo spoedig mogelijk worden gemeld aan de beroepsbeoefenaar. Hoe wordt in dat geval omgegaan met de eventueel geleden schade? Hoe wordt omgegaan met schade op het moment dat de tuchtrechter oordeelt dat de klacht van de inspectie niet gegrond was? Ook op dat punt krijg ik graag een toelichting van de minister.

Dan kom ik op het voorgestelde griffierecht in het tuchtrecht. Om een zaak aanhangig te maken, moet een klager €50 betalen. Dat bedrag krijgt hij terug op het moment dat hij in het gelijk wordt gesteld. Graag hoor ik van de minister waarom hij denkt dat een dergelijke drempel nodig is voor het indienen van een klacht. Worden er op dit moment zo veel bagatelzaken ingediend dat het echt nodig is om die drempel op te werpen? Is griffierecht de enige manier om dat te doen? Ziet de geïntroduceerde voorzittersbeslissing eigenlijk al niet op een mogelijkheid om zaken eenvoudig af te doen met een kennelijke niet-ontvankelijkheid of een kennelijke ongegrondverklaring? Hebben wij dat griffierecht eigenlijk wel nodig? Graag krijg ik een reactie van de minister.

Voorzitter, tot slot. Begin dit jaar lag de Wet BIG II, zoals deze vaak wordt genoemd, ter consultatie voor. Waarom

is er eigenlijk niet voor gekozen om deze twee wetsvoorstellen in samenhang te behandelen? Wanneer denkt de minister dat de Wet BIG II naar de Kamer wordt gestuurd, zodat we die hier kunnen behandelen? Is er tegen die tijd dan ook — daar rond ik mee af, voorzitter — meer duidelijkheid over een eventuele aanwijzing van laseren als voorbehouden handeling? Graag een reactie van de minister.

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. De laatste spreker van de zijde van de Kamer is mevrouw Agema van de fractie van de Partij voor de Vrijheid.

□

**Mevrouw Agema (PVV):**

Voorzitter. De Wet BIG heeft twee functies. Enerzijds dient die de kwaliteit van zorg geleverd door BIG-geregistreeerde zorgverleners, te bewaken en te bevorderen. Anderzijds dient deze wet de patiënten te beschermen tegen onzorgvuldig handelen van BIG-geregistreeerden. De tweede evaluatie van de Wet BIG in 2013 en een aantal zaken van disfunctionerende beroepsbeoefenaars toonde de noodzaak aan om de Wet BIG aan te scherpen. Het voorliggende wetsvoorstel bevat diverse maatregelen daartoe, waarbij een aantal wel nog wat vragen oproepen.

Het beroepsverbod was al langer een wens van de PVV-fractie, omdat doorhaling alléén niet verhindert dat iemand in de gezondheidszorg blijft werken. De verbreding van de tuchtnorm naar de privésfeer onderschrijven we in principe ook, maar wat valt er dan precies onder "misdraging"? Ik zou van de minister graag nog een aantal voorbeelden horen. Het lijkt me namelijk niet dat te hard rijden, een belastingschuld en noem maar op ertoe leiden dat je in de problemen kunt komen met je BIG-registratie. Immers, dan komt iemand natuurlijk alleen maar verder in de problemen. Kan de minister een aantal voorbeelden geven van misdragingen in de privésfeer die aanleiding kunnen geven tot een tuchtzaak of een beroepsverbod?

De LOB-maatregel, de last tot onmiddellijke onthouding van de beroepsactiviteiten, komt tegemoet aan een andere wens, namelijk om iemand onmiddellijk te kunnen schorsen wanneer het onderzoek en het indienen van een tuchtzaak te lang op zich laten wachten. Snelheid voor alles, wat ons betreft. Maar ook hierbij vragen wij ons af of de voorwaarden voor een LOB — zoals ik al zei: de last tot onmiddellijke onthouding van de beroepsactiviteiten — wel helder omschreven worden en voor iedereen duidelijk zijn. Kan de minister hiervan ook voorbeelden geven? Daarbij is het niet duidelijk wat er gebeurt indien de tuchtklacht niet binnen acht weken tot stand is gekomen en ingediend. Vervalt de LOB dan? Maar wat is dan de procedure? Wat zijn de consequenties? Ik vraag dit omdat een termijn van acht weken bijzonder kort lijkt.

Dan de invoering van de voorzittersbeslissing, bedoeld om geen al te groot beslag te leggen op de capaciteit van het tuchtcollege. We vragen ons af of in een dergelijk geval niet gewoon moet worden terugverwezen naar de klachten- en geschilleninstantie. Wat is hierbij de link met de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg? Kan de minister hier nader op ingaan?

We blijven bedenkingen houden over het heffen van griffierechten van €50. Het is er al eerder over gegaan. Niet dat dit een onoverkomelijk bedrag is, of dat we in principe tegen een heffing van griffierechten zijn, maar we vragen ons af of dit echt nodig is, zeker gezien het voorgaande punt, de voorzittersbeslissing, en het feit dat er een onafhankelijke tuchtklachtfunctaris wordt aangesteld om mensen die een klacht willen indienen te adviseren en te begeleiden. Dit zal toch wel een hoop van de ongewenste of niet ter zake doende klachten ondervangen, zo vraag ik.

In 2017 zijn er in totaal 2.230 klachten ingediend bij de tuchtcolleges, centraal en regionaal. Uitgaande van €50 griffierechten zullen de opbrengsten hiervan €111.500 zijn. Gaat een veelvoud van dit bedrag niet op aan de administratieve lasten? Kun je die griffierechten dan niet beter schrappen, zo vraag ik de minister.

Iemand die echt de fout ingaat bij de behandeling van kwetsbare patiënten dient de consequenties te dragen. Openbaarmaking van die fouten vinden we dan ook noodzakelijk. We delen de bezwaren van de KNMG dan ook niet dat de impact van openbaarmaking te zwaar is en dat de openbaarmaking moet worden geschrapt. Zoals ik eerder zei in mijn interruptie op mevrouw Van den Berg: een BIG-registratie is iets waar je trots op bent. Je bent namelijk bekwaam en je verwacht dat je collega's dat ook zijn. Laten we naar de cijfers kijken: er staan ruim 350.000 personen ingeschreven in het BIG-register. Van de 2.231 klachten in 2017 zijn er 141 maatregelen openbaar gemaakt. Dat strookt ook niet met het beeld dat we de sector onevenredig veel schade zouden toebrengen. Die 141 waren rotte appels. Als je zelf BIG-geregistreerd bent, denk ik dat je vindt dat het goed is dat de norm daar wordt gelegd waar hij moet liggen, namelijk hoog, want je bent zelf namelijk ook vakbekwaam en hoogopgeleid. Dat wil je ook van je collega's. Dit sterkt je dus juist, zoals ik zojuist al zei.

Nu het met deze wetwijziging tevens verplicht wordt om het BIG-nummer te vermelden op alle vormen van communicatie met de patiënt, zou ik willen voorstellen om op de website van zorgaanbieders het BIG-nummer gelijk te linken met het register, zodat met één klik de registratie voor patiënten is na te gaan, inclusief mogelijke tuchtmaatregelen. Kan de minister hiervoor zorgen, wellicht gelijk met de AMvB?

In aanvulling hierop: hoe is het toezicht geregeld op tijdelijk geschorste zorgverleners, zorgverleners met een gedeeltelijke ontzegging of zorgverleners die uit hun beroep zijn gezet? Hoe is het toezicht? Moet een zorginstelling hier zelf op toezien? Is het een wettelijke taak van de inspectie? Gaat zij het doen? Of wordt dit aan patiënten overgelaten? Als dat laatste het geval is, is het voorstel dat ik zojuist deed, om het BIG-nummer direct te linken aan het register, van wezenlijk belang. Graag een reactie van de minister.

Ten slotte. Ik weet nog uit de tijd dat Agnes Kant Kamerlid was dat wij ons hier in de Kamer hebben opgewonden over plastisch chirurgen die niet specifiek opgeleid waren als plastisch chirurg. Daardoor kreeg je dus die problemen dat iemand die opgeleid was als chirurg en dacht een hoop geld te kunnen verdienen met borstimplantaten dat ook maar gewoon ging doen. Ik vraag me af of plastische chirurgie nog altijd geen specialisme is. Is dat niet gewoon wenselijk, aangezien het zo'n grote tak van sport geworden is? Daarmee voorkom je dat iemand volkomen rechtmatig

begint als plastisch chirurg en vervolgens denkt dat je een borst overdwars kunt opensnijden om er een implantaat in te stoppen. Iemand is dan wel opgeleid tot chirurg, maar kan vervolgens nog steeds zulke extreem domme dingen doen. Kan de minister daarop ingaan? Is het nog steeds zo dat plastische chirurgie geen specialisme is? Zou dat zo langzamerhand niet wenselijk zijn?

Dank u wel.

**De voorzitter:**

Dank u wel. Tot zover de eerste termijn van de Kamer.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

**De voorzitter:**

Ik ga in ieder geval twintig minuten schorsen, zodat de minister kan nadenken over de antwoorden op de diverse vragen. Mijn voorstel is om het met de lunchpauze te combineren, maar dat wil ik met de Griffie bespreken, die even niet te bereiken is.

Ik schors uiteindelijk tot 13.50 uur. We gaan dan eerst stemmen over de moties ingediend bij het VSO eerder vandaag. Dan hebben we de regeling van werkzaamheden en daarna gaan we luisteren naar de minister. We hebben nu dus tevens lunchpauze.

De vergadering wordt van 12.15 uur tot 12.54 uur geschorst.

**Voorzitter: Arib**