

Vergaderjaar 2021–2022

29 282

Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector

Nr. 461

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 april 2022

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) geldt al lang als een belangrijke wet voor de kwaliteit van de zorg en ter bescherming van de patiënt tegen ondeskundig handelen. Mijn voorganger, de toenmalig Minister voor Medische Zorg en Sport, heeft uw Kamer eerder laten weten dat actuele ontwikkelingen, zoals werken in team- en netwerkverband en de opkomst van nieuwe technologieën, vragen opwerpen over de toekomstbestendigheid van deze wet. Daarom is in 2020 met de stuurgroep Toekomstbestendigheid Wet BIG¹ (hierna: stuurgroep) een verkenning gestart. Het doel hiervan was om te bezien of aanpassing van de Wet BIG nodig is om deze wet meer toekomstbestendig te maken en zo ja, welke aanpassingen noodzakelijk zijn.

In de loop van 2021 en het begin van 2022 is er in opdracht van het Ministerie van VWS onderzoek uitgevoerd op de volgende thema's:

1. voorbehouden handelingen en toelating van beroepen in de Wet BIG,
2. een meer lerende werking van het tuchtrecht en team- en netwerkverantwoordelijkheid in het tuchtrecht. Daarnaast is er in de stuurgroep gesproken over
3. het thema deskundigheidsbevordering in het kader van herregistratie. In de brief van 2 november 2020 is toegezegd dat u op de

¹ Deze stuurgroep is in januari 2020 onder voorzitterschap van het Ministerie van VWS in het leven geroepen en bestaat uit de Patiëntenfederatie Nederland, BoZ (namens Actiz, de Nederlandse GGZ, VGN, NVZ en NFU), FGzPt (namens de beroepsverenigingen NIP, NVO, NVP en NVGzP), KNMG (namens haar federatiepartners FMS, LHV, LAD, Verenso, KAMG, DG, NVAB en NVVG en mede namens KNOV, KNMT, KNGF, KNMP), V&VN en Groep 34 voor de thema's voorbehouden handelingen en toelating beroepen, namens Organisatie van Nederlandse Tandprotheticci (ONT), Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF), Vereniging van apothekersassistenten (Optima Farma), Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLf), Nederlandse Vereniging Medische Beeldvorming en Radiotherapie (NVMBR), Nederlandse Vereniging van Podotherapeuten (NVvP), Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist(en) (NVM-mondhygiënist(en)), Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD), Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH), Nederlandse Vereniging van Orthoptisten (NVVO), Optometristen Vereniging Nederland (OVN), Ergotherapie Nederland (EN), Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM).

hoogte zou worden gehouden van de bevindingen uit de onderzoeken (Kamerstuk 29 282, nr. 415).

Met deze brief informeer ik u over de bevindingen op de drie thema's, de aanbevelingen uit de onderzoeken, de waardering daarvan door de stuurgroep en de koers die ik naar aanleiding daarvan voor mij zie. In algemene zin kan worden geconstateerd dat de Wet BIG volstaat, dat er in de toepassingspraktijk verbeteringsmogelijkheden zijn en dat op onderdelen de wet aanpassing behoeft.

Vorbehouden handelingen en toelating beroepen in de Wet BIG

In de brief van 2 november 2020² is aangegeven dat de stuurgroep bij de verkenning heeft geconcludeerd dat de Wet BIG over het algemeen zijn werk goed doet, dat niet het hele kader ter discussie hoeft te staan, maar dat het wel goed is om te bekijken welke aanpassingen gerechtvaardigd zijn om in te kunnen spelen op actuele ontwikkelingen om meer toekomstbestendig te worden. Hierbij gaat het om verschillende ontwikkelingen, zoals opkomende technologieën, werken over domeinen heen, het steeds meer werken in team- en netwerkverband, meer inzet op collectieve zorg (zoals preventie) en de vraag om meer flexibiliteit door een veranderende zorgvraag. We zien bovendien krapte op de arbeidsmarkt, wat vraagt om een Wet BIG die de kwaliteitsdoelstellingen in stand houdt en overregulering voorkomt. In dit kader is tevens geconstateerd dat er steeds meer beroepsgroepen zijn die om oneigenlijke redenen – namelijk niet in verband met het doel dat met de Wet BIG wordt nagestreefd – opgenomen willen worden in de Wet BIG.

Ten behoeve van die nadere verkenning is in opdracht van het Ministerie van VWS door Ecorys een onderzoek gedaan. Dit onderzoek was met name gericht op de mogelijkheden voor doorontwikkeling van de huidige regels voor voorbehouden handelingen en de criteria voor het toelaten van beroepen tot de Wet BIG (artikel 3 en 34 Wet BIG³). Op 24 februari jl. heeft Ecorys haar rapport «Onderzoek naar voorbehouden handelingen en toelating beroepen in de Wet BIG» opgeleverd⁴.

Visie op de Wet BIG: Hoe nu verder?

In algemene zin komt uit het onderzoek van Ecorys naar voren dat er in de praktijk onbekendheid heerst over de precieze invulling van de wettelijke regeling over voorbehouden handelingen en de criteria voor het toelaten van nieuwe beroepen tot de Wet BIG. Interpretatieverschillen en misvattingen blijken voor een groot deel ten grondslag te liggen aan de problemen die worden ervaren in de praktijk. Deze onduidelijkheden bestaan vooral over: (1) de reikwijdte van de opdrachtregeling op grond waarvan in opdracht van een zelfstandig bevoegde ook andere zorgprofessionals voorbehouden handelingen kunnen verrichten, (2) de noodzaak voor een zelfstandige bevoegdheid om voorbehouden handelingen te mogen verrichten en (3) de verhouding tussen regulering op grond van artikel 3 en artikel 34 Wet BIG.

² Kamerstuk 29 282, nr. 415.

³ Artikel 3 beroepen («zwarte» regime): 11 basisberoepen: bijvoorbeeld arts, tandarts en verpleegkundige, beschermde beroepstitel, onderworpen aan publiek tuchtrecht, geregistreerd in BIG register met een verplichting tot herregistratie iedere 5 jaar, aantal van hen is (onder voorwaarden) zelfstandig bevoegd voor voorbehouden handelingen. Artikel 34 beroepen («lichte» regime): 15 beroepen: bijv. verzorgende IG, apothekersassistent, diëtist, logopedist, beschermde opleidingstitel, geen publiek tuchtrecht, niet in BIG register, geen zelfstandige bevoegdheid voorbehouden handelingen.

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

Dit leidt in de praktijk regelmatig tot verwarring over wie waarvoor verantwoordelijk is en wie welke voorbehouden handelingen – onder welke voorwaarden – zelfstandig of in opdracht mogen verrichten. Door de onbekendheid met c.q. onduidelijkheid over de mogelijkheden van de opdrachtverleningsconstructie denken beroepsgroepen vaak (onterecht) dat zij een zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen nodig hebben om hun werk goed te kunnen doen en worden bestaande mogelijkheden soms niet gebruikt. Ook zijn de «toetsingscriteria» voor regulering op grond van artikel 3 en 34 Wet BIG – die in 2014 in een beleidslijn zijn vastgelegd en met uw Kamer zijn gedeeld⁵ – dikwijls onbekend.

Bovendien lijken deze niet meer helemaal passend bij een zorgpraktijk die continu in ontwikkeling is en waarin nieuwe beroepen ontstaan. Dit geldt ook voor de regels op het gebied van voorbehouden handelingen en het experimenteerartikel 36a Wet BIG ten behoeve van taakherschikking in de zorg. Dit zijn heldere bevindingen die door alle partijen van de stuurgroep worden herkend. Deze geven mij voorts goede handvatten om verschillende acties in gang te zetten om tot een toekomstbestendige Wet BIG te komen.

Ik ga hieronder in op de belangrijkste conclusies en aanbevelingen van het rapport van Ecorys.

A. Meer voorlichting over de werking en de mogelijkheden van de Wet BIG

Een waardevolle aanbeveling die Ecorys doet is om betere voorlichting te geven over de mogelijkheden die de Wet BIG biedt voor opdrachtverlening. Dit betreft de mogelijkheid dat in opdracht van een zelfstandig bevoegde door een daartoe bekwaam te achten niet-zelfstandig bevoegde bepaalde voorbehouden handelingen worden verricht. Dit om taakdelegatie te faciliteren (aanbevelingen 1 en 6). Dikwijls is niet bekend wat de mogelijkheden zijn ten aanzien van opdrachtverlening, met name met betrekking tot generieke/overkoepelende opdrachten. In de opdrachtverlening van de Wet BIG zitten behoorlijk wat mogelijkheden. Daarbij moet duidelijk worden aangegeven wat de grenzen en randvoorwaarden zijn waaronder een zelfstandig bevoegde een opdracht kan verstrekken, zoals dat sprake is van voldoende bekwaamheid, zodat het verantwoord gebeurt. De verplichtingen waaraan zorgaanbieders op grond van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) moeten voldoen bieden hierbij goede waarborgen ten aanzien van de kwaliteit van zorg. Ik ben van plan om hiervoor een communicatiecampagne toegespitst op doelgroepen vorm te gaan geven. Zowel beroepsverenigingen, werkgevers als een vertegenwoordiging van patiënten, worden daarbij betrokken in een werkgroep, zodat wordt geborgd dat de informatie over bevoegdheden, de mogelijkheden en randvoorwaarden van de opdrachtconstructie goed landt in het veld en deze in de toekomst beter benut gaan worden.

B. Voorbehouden handelingen

Uitgangspunt voor een toekomstbestendige Wet BIG is dat de risico's voor de kwaliteit en veiligheid die gepaard gaan met de beroepsbeoefening, de noodzaak stellen voor de mate van regulering: bij minder risico, minder noodzaak en dus minder vergaande of geen regulering. Dit principe doet immers recht aan de invulling van het proportionaliteitsbeginsel bij regulering: voorkomen moet worden dat er te veel wordt gereguleerd,

⁵ Kamerstuk 29 282, nr. 211.

omdat onnodige restricties aan de uitoefening van een beroep en bepaalde handelingen het aantal potentiële beoefenaars en de mobiliteit kunnen beperken; dit kan leiden tot arbeidsmarkttekorten en prijsopdrijvende effecten. Daar staat tegenover dat het vanwege de risico's voor de veiligheid en gezondheid van de patiënt belangrijk is dat de beroepsuitoefening voldoende wordt gereguleerd om te voorkomen dat er gezondheidsschade ontstaat. Beide belangen moeten altijd goed gebalanceerd worden in de regulering ervan.

Voorbehouden handelingen zijn dusdanig risicovolle handelingen dat ze beroepsmatig slechts zelfstandig mogen worden verricht door beroepsbeoefenaren die over de noodzakelijke kennis en vaardigheden beschikken om die handelingen op een verantwoorde wijze uit te voeren. In de Wet BIG zijn alle voorbehouden handelingen vastgelegd en is per handeling vastgelegd welke artikel 3-beroepen de betreffende handeling zelfstandig mogen verrichten, mits zij daartoe bekwaam zijn. Sinds 1997 zijn er nauwelijks nieuwe handelingen toegevoegd aan de lijst met voorbehouden handelingen. Nu we 25 jaar verder zijn zien we dat de algemene beschrijving van de huidige lijst voorbehouden handelingen in de meeste gevallen goed werkt. Tegelijkertijd zorgt de lijst in sommige gevallen voor beperkingen, bijvoorbeeld waar het gaat om relatief veilige handelingen die onder de algemene beschrijving vallen. Ook zien we dat de technologische mogelijkheden in de zorg zich in een rap tempo ontwikkelen. Met het oog daarop is het goed als er een procedure wordt ingericht die voor het veld duidelijk maakt hoe relevante ontwikkelingen kunnen worden gemeld als dit mogelijk tot aanpassing van de lijst met voorbehouden handelingen zou moeten leiden. In het verlengde hiervan is het ook goed als de criteria⁶ van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening die zijn gebruikt voor de vaststelling van de lijst van voorbehouden handelingen nogmaals worden bekeken om te beoordelen of deze criteria nog steeds volstaan, of dat aanpassingen nodig zijn. Vervolgens zouden deze criteria vastgelegd moeten worden, zodat ze duidelijker kenbaar worden en een helder toetsingskader kunnen vormen.

Het onderzoeksrapport van Ecorys bevat in dit kader waardevolle aanbevelingen die nadere uitwerking vergen. Overeenkomstig aanbeveling 2 wil ik de criteria voor voorbehouden handelingen en welke criteria passend zijn bij de vraag of toekenning van een zelfstandige bevoegdheid of een functioneel zelfstandige bevoegdheid aan een beroepsgroep passend is, laten uitwerken door een groep onafhankelijke deskundigen, bestaande uit gezondheidszorgprofessionals en gezondheidsrechtelijke experts. Ik ben van plan om hiervoor (in afstemming met mijn ambtgenoot van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties) advies te vragen aan een onafhankelijke adviescommissie.

In aanbevelingen 3 en 4 wordt aanbevolen om de regeling over voorbehouden handelingen (artikel 36 Wet BIG) te flexibiliseren en een heldere procedure te creëren voor aanpassingen. De voorbehouden handelingen en de koppeling aan welke beroepen deze handelingen mogen verrichten zijn basiselementen van de Wet BIG. Deze elementen wil ik dan ook, evenals de stuurgroep, behouden binnen de wet. Wel wil ik bij het voornoemde te vragen onafhankelijke advies laten bekijken of en hoe het

⁶ De criteria luiden destijds als volgt:

1. er moet sprake zijn van een aanmerkelijk gevaar voor leven en gezondheid van patiënten bij het betreden van het gebied door ondeskundigen;
2. het gebied moet duidelijk af te grenzen zijn, dat wil zeggen wat voorbehouden is moet uit de omschrijving duidelijk blijken;
3. in de praktijk moet het gebied ook daadwerkelijk door onbevoegden (lees: ondeskundigen) worden betreden.

mogelijk is om specificaties van de voorbehouden handelingen uit te werken om meer flexibiliteit in de regeling voorbehouden handelingen aan te brengen, bijvoorbeeld ten aanzien van relatief veilige (deel)handelingen.

Ten aanzien van de aanbeveling om een heldere procedure te creëren voor aanpassingen van de lijst van voorbehouden handelingen ben ik van plan om hiervoor een onafhankelijk adviesprocedure in te richten. Idee is dat in de toekomst ideeën voor mogelijke nieuwe voorbehouden handelingen die worden aangedragen vanuit het veld ter advisering worden voorgelegd aan een onafhankelijke raad van experts die aan de hand van de (nieuwe) criteria voor voorbehouden handelingen adviseert welke voorbehouden handelingen eventueel zouden moeten worden toegevoegd aan de lijst. Dit advies speelt een belangrijke rol bij de afweging om al dan niet tot wijziging van de Wet BIG over te gaan om de lijst met voorbehouden handelingen aan te passen. Onafhankelijke advisering over de noodzaak tot wijziging van de regeling over voorbehouden handelingen is van belang omdat hiervoor op een breed terrein diepgaande kennis nodig is van het zorgveld en de risico's die met bepaalde handelingen gepaard gaan. De raad zal een structureel karakter krijgen en bestaan uit een onafhankelijke voorzitter en onafhankelijke leden uit het veld. De samenstelling kan per onderwerp dat ter tafel komt worden aangepast, om ervoor te zorgen dat de relevante expertise aanwezig is. Ook zal het patiëntenperspectief hierin steeds meegenomen worden. Zodoende ontstaat er een heldere en toegankelijke procedure om ook nieuwe vormen van zorgverlening die een aanmerkelijk risico voor het leven en de gezondheid van de patiënt opleveren in beeld te krijgen en de wetgeving daar waar nodig op aan te passen. Dit is een belangrijk aspect van een toekomstbestendige Wet BIG. Dit past eveneens bij de hierboven genoemde principes van proportionaliteit en balans tussen de zorguitoefening zo veel mogelijk vrij houden, maar voorkomen dat oneigenlijke risico's worden genomen die tot gezondheidsschade kunnen leiden.

C. Beroepenregulering

In de huidige praktijk van de Wet BIG bestaat dikwijls de perceptie dat het belang van het beroep of de status ervan is gekoppeld aan opname in art. 3 of 34 Wet BIG. Dit is wat mij betreft onterecht. Alle zorguitoefening is waardevol en iedere zorgprofessional doet er toe en levert een onmisbare bijdrage in de zorg voor de patiënt. Deze perceptie is mede gegroeid door oneigenlijk gebruik van de Wet BIG in het veld waarbij voor het gemak het BIG-nummer – waar alleen art. 3-beroepen over beschikken – wordt gebruikt voor zaken die niets te maken hebben met de doelstellingen van de Wet BIG. Zo krijgt een zorgprofessional alleen een declaratietitel met een BIG-nummer, kunnen sommige patiëntendossiers alleen worden bekeken door professionals met een BIG-nummer en zijn er btw-voordelen voor het uitwisselen van personeel met een BIG-nummer die niet bestaan voor personeel zonder BIG-nummer. Voor dergelijk gebruik is de Wet BIG nooit bedoeld en ik vind dit onwenselijk, omdat dit de wens van zorgverleners om in artikel 3 Wet BIG te komen versterkt, terwijl ik met de Wet BIG juist beoog om alleen beroepen te reguleren indien dit vanwege de risico's voor de gezondheid en veiligheid van de patiënt noodzakelijk is.

Zoals hiervoor besproken volgt uit het onderzoek – maar ook in de gesprekken die het Ministerie van VWS regelmatig met beroepsgroepen voert – dat er in de praktijk onduidelijkheid bestaat over het onderscheid tussen beroepen die zijn gereguleerd in art. 3 Wet BIG («zwaar regime») en beroepen waar op grond van art. 34 Wet BIG het stelsel van opleidings-

titelbescherming van toepassing is («licht regime») en de redenen waarom wordt gekozen voor het zware of lichte regime. Daarnaast bestaat ook nog de mogelijkheid om vast te leggen dat een beroepsgroep of specialisme functioneel zelfstandig is tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen (art. 39 Wet BIG en Besluit functionele zelfstandigheid). In aanbeveling 5 van het onderzoek wordt geadviseerd om vaker functionele zelfstandigheid of een zelfstandige bevoegdheid voor deelhandelingen toe te kennen om taakherschikking te faciliteren. Het eerste betreft de bevoegdheid om voorbehouden handelingen in opdracht van een zelfstandige bevoegde te verrichten zonder toezicht en tussenkomst van de opdrachtgever, het tweede een zelfstandige bevoegdheid om specifieke voorbehouden handelingen te verrichten (bijvoorbeeld alleen bepaalde UR-geneesmiddelen zelfstandig voorschrijven, of bepaalde heelkundige handelingen verrichten). De stuurgroep onderschrijft deze aanbeveling.

In aansluiting bij de stuurgroep vind ik dit een waardevolle aanbeveling die ook betekenisvol is voor de huidige BIG-beroepen. Uitgangspunt op grond van de Wet BIG is dat zowel artikel 3 als artikel 34-beroepen een functionele zelfstandigheid tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen kunnen hebben. Bij uitvoering van aanbeveling 5 komt dan ook de vraag naar voren: in welke gevallen is het wenselijk de functionele zelfstandigheid toe te kennen aan beroepen in artikel 3 en wanneer aan beroepen in artikel 34? En in het verlengde daarvan: is het, gezien het feit dat functionele zelfstandigheid geldt voor de gehele beroepsgroep en gezien het risicogehalte van de te verrichten voorbehouden handeling, te verkiezen dat BIG (her)registratie vereist is en tuchtrecht van toepassing is, en derhalve het «zware» regime van artikel 3? Daarnaast is wenselijk om nader te bezien voor welke voorbehouden handelingen functionele zelfstandigheid passend kan zijn. Bijvoorbeeld: kan een functionele zelfstandigheid alleen worden toegekend bij routinematige handelingen van beperkte complexiteit – en wanneer is hier dan sprake van – of ook bij meer complexe handelingen, bijvoorbeeld mits er meer waarborgen voor deskundigheid zijn zoals wanneer deze zorg sterk geprotocolleerd is, in gezamenlijkheid opgesteld door de betrokken beroepsgroepen? Wanneer kan de zelfstandige bevoegdheid voor deelhandelingen werken en in welke gevallen is dit passend? Tot op heden is beperkt gebruikgemaakt van de mogelijkheid om een functionele zelfstandigheid toe te kennen. Het is wenselijk om nader te bezien wanneer een functionele zelfstandigheid bij uitstek een oplossing kan zijn en welke criteria zouden moeten gelden om een bepaald beroep wel of niet functioneel zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen uit te kunnen laten voeren. Daarbij moeten ook de relevante verschillen tussen art. 3 en art. 34-beroepen worden betrokken. Bovengenoemde vragen lijken des te meer relevant als deze bevoegdheid vaker toegekend zal worden aan beroepsgroepen. Ik wil dan ook de adviescommissie die ik wil vragen om naar de criteria voor voorbehouden handelingen te kijken, vragen om ook over dit vraagstuk advies uit te brengen.

In aanbeveling 7 wordt geadviseerd om de huidige criteria voor regulering op grond van artikel 3, 34 en 36a Wet BIG scherper en transparanter toe te passen, ook op de experimenteerregeling van artikel 36a Wet BIG. Dit is een aanbeveling die de stuurgroep ondersteunt en die ik uiteraard ter harte neem. Via artikel 36a Wet BIG kan nu voor een experimenteerperiode van vijf jaar een zelfstandige bevoegdheid worden toegekend aan een beroepsgroep, met tijdelijke opname in het BIG-register en met toepassing van tuchtrecht. Ik blijf dit een waardevol artikel vinden, omdat het een stimulans aan taakherschikking kan geven waar dat in het veld niet altijd vanzelf tot stand komt. Taakherschikking blijft relevant voor

doelmatige toekomstbestendige zorg, niet alleen vanuit de uitgavenkant bezien, maar ook daar waar er personele tekorten ontstaan. Wel zou het goed zijn als de opzet van het experiment wordt aangepast, zodat van tevoren duidelijk wordt in hoeverre het beroep voldoet aan de criteria van artikel 3 of 34 Wet BIG en aldus wordt bezien of wettelijke regulering na het experiment aangewezen zou kunnen zijn. Daarnaast is het wenselijk dat niet alleen kan worden geëxperimenteerd met een tijdelijke zelfstandige bevoegdheid (art. 3-beroepen), maar met het oog op de wens tot taakherschikking ook ervaring kan worden opgedaan met een tijdelijke functionele zelfstandigheid (art. 3 en 34-beroepen).

In de laatste aanbeveling van het rapport, aanbeveling 8, wordt aanbevolen hoe de criteria voor toelating van beroepen tot artikel 3 en 34 Wet BIG (en daarmee artikel 36a) zouden kunnen worden aangepast om meer toekomstbestendig te worden. Hierbij adviseren de onderzoekers om terughoudend om te gaan met het opnemen van beroepsgroepen in artikel 3 Wet BIG, omdat er ook zonder opname in dit artikel al heel veel kan en mag en de nadruk bij de beoordeling hiervan te leggen op de noodzakelijkheid van wettelijke regulering. Zoals ik hierboven in mijn visie op een meer toekomstbestendige Wet BIG uitlegde, is mijn uitgangspunt dat de risico's die gepaard gaan met de beroepsbeoefening de noodzaak voor regulering stellen: bij minder risico, minder noodzaak en dus minder vergaande of geen regulering. We moeten de uitoefening van de zorg vrij houden waar dit mogelijk is en alleen beperken waar dit voor de bescherming van de patiënt noodzakelijk is. De aanbevelingen voor aanpassingen van de criteria van artikel 3 en 34 Wet BIG zijn besproken in de stuurgroep. Er is wat de stuurgroep betreft meer doordinking en uitwerking nodig. Dit onderschrijf ik. Hierbij gaat het ook om de vraag wanneer het publiekrechtelijke tuchtrecht noodzakelijk is, omdat dit – naast het zelfstandig mogen verrichten van voorbehouden handelingen – een belangrijke reden is om beroepen op te nemen in artikel 3 Wet BIG. Deze vraag komt niet aan bod in het Ecorys rapport. Omdat de criteria onderling samenhangen en zodat de adviescommissie een integrale visie kan ontwikkelen op de criteria die zouden moeten gelden voor de regulering van beroepen, wil ik de voornoemde adviescommissie die kijkt naar de criteria voor voorbehouden handelingen en functionele zelfstandigheid, vragen om ook te kijken naar de criteria voor beroepenregulering in artikel 3 en 34 Wet BIG. Hiervoor zijn de huidige criteria en het onderzoek van Ecorys ten behoeve van aanbeveling 8 het startpunt van het nadere onderzoek en moet er uiteraard rekening worden gehouden met Europeesrechtelijke verplichtingen met betrekking tot de wederzijdse erkenning van professionele kwalificaties (zoals Richtlijn 2005/36/EG).⁷

Wens is dat de commissie kijkt naar:

- hoofdzakelijk de risicoafweging (nee, tenzij, want dat is de kern van de vraag);
- wanneer het tuchtrecht van toepassing moet zijn (gaat om de bescherming tegen risico's), en
- de huidige criteria, zoals direct patiëntencontact (bij dit punt dient ook gekeken te worden naar zorgverlening door een individuele zorgverlener die effect heeft op een collectief van patiënten), onderscheidenheid en breed basis beroep.

In de risicoafweging wordt onder andere gekeken naar: A. de kenmerkende eigenschappen van het beroep ter zake, zoals welke handelingen worden er verricht (en welke risico's levert dit op), B. hoe zelfstandig worden deze handelingen verricht, waaronder het indiceren, opdracht

⁷ Hiervoor is registratie in het BIG-register (en dus art. 3) vereist opdat kenbaar bewijs van afdoende opleiding in andere EU-landen te overhandigen is.

verlenen en uitvoeren (en welke risico's levert dit op) en C. onder welke omstandigheden, zoals de zeer kwetsbare/afhankelijke positie van de patiënt en mogelijkheid van toezicht en tussenkomst van opdrachtverlener (en welke risico's levert dit op).

Ik ben van mening dat zodoende de redenen voor beroepenregulering duidelijker en beter uitlegbaar worden. Dit zou een mooie stap vooruit zijn richting een toekomstbestendige Wet BIG.

Ik ben verheugd over de opbrengsten van de verkenning op de thema's voorbehouden handelingen en toelating van beroepen, omdat ik er van overtuigd ben dat we hiermee de kern te pakken hebben en echt verbeterstappen kunnen gaan zetten. Ik kijk dan ook uit naar de vervolgstappen in dit traject.

2. Onderzoek naar de lerende werking van het tuchtrecht en team- en netwerkverantwoordelijkheid in het tuchtrecht

In de stuurgroep is in 2020 besproken dat het goed zou zijn als het tuchtrecht meer gericht zou zijn op het leren en verbeteren door zorgverleners. Dit zou aanvullend moeten zijn op het corrigerende effect van het tuchtrecht, dat ook nodig is. Het tuchtrecht gaat uit van persoonlijke verwijtbaarheid en is gericht op de individuele zorgverlener. Ingeval een casus ziet op zorgverlening waarbij meerdere beroepsbeoefenaars betrokken zijn, moet worden bepaald welke beroepsbeoefenaar welk verwijt gemaakt kan worden. In de praktijk blijkt dit, vooral wanneer het complexe problematiek betreft, geen makkelijke opgave. Daarnaast is het wenselijk geacht om de team- en netwerkverantwoordelijkheid bij handelen of nalaten dat in strijd is met de normen die de beroepsbeoefenaar behoort te betrachten nader te bezien. Met het oog hierop is de Rijksuniversiteit Groningen verzocht nader onderzoek te doen. Het rapport «Toekomstbestendig Tuchtrecht: De lerende werking van het tuchtrecht en team- en netwerkverantwoordelijkheid in het tuchtrecht op grond van de Wet BIG» is op 26 januari jl. opgeleverd⁸.

Samen met de stuurgroep ben ik van mening dat de aanbevelingen 1 tot en met 9 van de onderzoekers, die zien op het toegankelijker maken van de jurisprudentie zodat het lerende effect daarvan kan worden vergroot, het begeleiden van zorgverleners bij een tuchtprocedure en het meer benutten van de tuchtklachtfunctionaris voorafgaand aan een tuchtprocedure, uitvoering verdienen. Hierbij is ook van belang dat er mogelijkheden worden ontwikkeld om de nadelen van een juridische procedure op tegenspraak weg te nemen om aldus te komen tot een meer lerende werking voor partijen van hetgeen in de behandeling en communicatie als toereikend is ervaren. Betrokken partijen en het Ministerie van VWS gaan hiermee aan de slag en daar komt een actieplan voor. Aanbeveling 10 en 11, aangaande de zittingszalen en doorlooptijden, is een doorlopend aandachtspunt van de onafhankelijke tuchtcolleges en daar is recent extra op geïnvesteerd. Aanbeveling 12 inzake de mogelijkheid van verbeterplannen, zal ik met de IGJ bespreken, omdat die reeds bepaalde bevoegdheden ten aanzien van het verbeterplan heeft.

Aanbevelingen 13 tot en met 19 gaan over welke verbeteringen er mogelijk zijn in het tuchtrecht wanneer sprake is van team- en netwerkverantwoordelijkheden. Samen met de stuurgroep ondersteun ik deze aanbevelingen met een enkele opmerking en ik zal hieraan dan ook gevolg geven. Aanbeveling 13 inzake verslaglegging in het patiënten-dossier gebeurt al en de beroepsgroepen willen wel waken voor grotere

⁸ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

administratieve lasten. De aanbeveling 16 en 17 over de tuchtklachtfunctionarissen zal ik nader bekijken, mede gezien hun juridische positie en korte tijd dat de functie bestaat. In reactie op aanbeveling 18 zal ik de IGJ vragen om nader te verkennen of en hoe de IGJ in complexe zaken een grotere rol kan spelen. Met de opvolging van deze aanbevelingen wordt naar mijn mening een goede impuls gegeven aan de kwaliteit van het tuchtrecht waarbij beter recht wordt gedaan aan klagers én beklaagden wanneer behandeling heeft plaatsgevonden in een setting waarin meerdere zorgverleners betrokken waren.

Ik ben blij dat de onderzoekers met aanbevelingen hebben kunnen komen die op korte termijn en met weinig belasting voor zorgverleners en partijen tot stand kunnen worden gebracht. In de stuurgroep gingen geluiden op om nu al een meer fundamenteel onderzoek te laten verrichten naar het tuchtrecht, bijvoorbeeld ten opzichte van andere klachtmogelijkheden zoals in de Wkkgz. De laatste wijzigingen van het tuchtrecht zijn afkomstig uit de tweede wetsevaluatie van de Wet BIG (welke resultaten in 2013 zijn gepubliceerd), waarvan de daaruit voortvloeiende wetswijzigingen op 1 april 2019 in werking zijn getreden. De stuurgroep gehoord hebbende, ben ik bereid om na vijf jaar werking van die laatste grote wetswijziging (dus startende na 1 april 2024) het tuchtrecht van de Wet BIG weer te evalueren. Dan kan ook worden gezien of en hoe de bovenstaande acties effect hebben gehad en welke eventuele andere verbeteringen nodig zijn.

3. Deskundigheidsbevordering

In voornoemde brief van 2 november 2020 aan uw Kamer is aangegeven dat verder gesproken zou worden over de vraag hoe de baseline voor veiligheid en kwaliteit verder ontwikkeld zou kunnen worden ten aanzien van het bekwaam zijn en blijven in relatie tot de herregistratieverplichting. Hierbij gaat het om deskundigheidsbevorderende activiteiten naast de werkervaringseis (ook wel urennorm). Goede deskundigheid is een eis om als zorgprofessional een artikel 3-registratie te kunnen krijgen, maar ook om deze te behouden. In de dialoogtafels over deskundigheidsbevordering en in de stuurgroep is door meerdere beroepsgroepen het belang benadrukt van het op peil blijven van die deskundigheid gedurende de carrière en is door verschillende partijen gepleit voor een nadrukkelijker wettelijke borging ervan.

Buiten kijf staat het belang van deskundigheidsbevordering: de professional moet zijn basis te allen tijde op orde hebben, als onderdeel van de individuele beroepsverantwoordelijkheid. Dat gebeurt enerzijds door ervaring te blijven opbouwen in de gewerkte uren en anderzijds door scholing en ontwikkeling. Het is cruciaal dat de kennis en vaardigheden van zorgprofessionals actueel blijven. Deskundigheidsbevordering is hiermee geen vrijblijvendheid: alle zorgprofessionals moeten hiervoor de tijd en ruimte inplannen en moeten hier continu mee aan de slag blijven.

Het is belangrijk dat zorgprofessionals zoveel mogelijk zelf hun traject van leren en ontwikkelen vormgeven, in samenspraak met eventuele werkgevers.

Er zijn in de stuurgroep verschillende opties voor deskundigheidsbevordering besproken, oplopend van zeer vrijblijvend tot zeer verplichtend. Uit de verschillende overleggen met betrokken partijen komt naar voren dat er een divers palet aan redenen is waarom partijen behoefte hebben aan meer wettelijke regels over deskundigheidsbevordering, scholing en opleiding, zoals bijvoorbeeld het vergroten van de bereidheid bij de

werkgever om scholing en zeggenschap daarover aan te bieden of het vergroten van kwaliteitsgarantie bij zzp'ers.

In de huidige praktijk hebben zorgprofessionals, werkgevers en beroepsgroepen zelf al veel deskundigheidsbevorderende activiteiten geïnitieerd. Dit wordt onderschreven door de IGJ. Een goed voorbeeld zijn de private kwaliteitsregisters van de beroepsverenigingen. Daarnaast is het reeds de verantwoordelijkheid van de werkgever om zorgprofessionals die zij in dienst heeft in staat te stellen te voldoen aan de professionele standaard, ter borging van de kwaliteit van zorgverlening (Wkkgz). Het is de verantwoordelijkheid van de werkgever/zzp'er om te zorgen dat de bekwaamheden van de medewerkers, dan wel van henzelf, op peil zijn en blijven. Er ligt natuurlijk ook een verantwoordelijkheid bij de beroepsbeoefenaar zelf. Zo mag iemand bijvoorbeeld alleen voorbehouden handelingen verrichten als hij zichzelf daar redelijkerwijs toe bekwaam acht. Mede op basis van reeds bestaande initiatieven en verplichtingen ben ik tot de conclusie gekomen dat een wettelijke verankering van deskundigheidsbevordering als extra eis van periodieke registratie in de Wet BIG niet wenselijk en noodzakelijk is. Ik begrijp de door bepaalde partijen genoemde doelen en wensen, maar ben van mening dat die op een andere wijze moeten en kunnen worden opgepakt. Een wettelijke verplichting en de toename van de administratieve lasten en de gevolgen voor zorgmedewerkers die hier niet aan voldoen wegen niet op tegen de mate waarop er wordt bijgedragen aan de doelstelling van de wet: het waarborgen van de kwaliteit en veiligheid voor de patiënt.

Wel vind ik het belangrijk dat de beroepsverenigingen van de art. 3 beroepsgroepen die nog geen kwaliteitsregister hebben (basisartsen, gezondheidszorgpsychologen en apothekers) en waarin meestal wel scholingsnormen worden gesteld, deze gaan opzetten. Dit wil ik ondersteunen. Voorts wil ik door middel van communicatie en voorlichting stimuleren dat patiënten vaker de kwaliteitsregisters raadplegen, omdat in deze registers bredere informatie beschikbaar is dan in het BIG-register.

Omdat het cruciaal is dat de kennis en vaardigheden van zorgprofessionals actueel blijven, is deskundigheidsbevordering wat mij betreft geen vrijblijvendheid. Het is de verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener zelf en, indien daar sprake van is, de werkgever om te zorgen dat bekwaamheden op peil zijn en blijven. Toch zijn er signalen dat bepaalde groepen zorgprofessionals onvoldoende aan deskundigheidsbevordering (kunnen) doen. Voor deze groepen is een inhaalslag te maken om te zorgen dat ook deze zorgmedewerkers voldoende tijd en ruimte inplannen en, waar relevant, van hun werkgever krijgen om aan deskundigheidsbevordering te doen indien wenselijk en nodig. Ik ben voornemens te onderzoeken in welke gevallen (sectoren, beroepen) dit nu onvoldoende in orde is en welke (financiële) impuls nodig is om te zorgen dat dit wel goed geregeld wordt. Deze resultaten zullen worden meegenomen bij de herziening van de subsidieregelingen Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuizen en Sectorplan Plus. Hierbij zal ook opnieuw gekeken worden naar ieders verantwoordelijkheden in relatie tot leven lang ontwikkelen (LLO) en tot de LLO-regelingen van de Ministeries van OCW, SZW en EZK. Ook zal ik bijdragen aan de randvoorwaarden voor een optimaal leerklimaat vanuit mijn actieprogramma «Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg; Samen anders leren en werken» (TAZ), waarover ik uw Kamer op korte termijn nader zal informeren. Dit actieprogramma is het vervolg op het actieprogramma Werken in de zorg waar doorontwikkeling van de randvoorwaarden voor LLO in terugkomen, met thema's als loopbaanmogelijkheden, stagebegeleiding en leerklimaat/-cultuur.

Daarnaast is ook zeggenschap van belang. Het is belangrijk dat zorgprofessionals zelf hun traject van leren en ontwikkelen vormgeven, zoals hierboven al werd genoemd, en dat werkgevers daar met een positieve grondhouding op ingaan. Dat is essentieel ter behoud van waardevolle krachten op de arbeidsmarkt. Met verschillende beleidsmatige initiatieven besteed ik hier aandacht aan. Zo wordt voor de korte termijn invulling gegeven aan het amendement van Ellemeet/de Vries⁹. Het idee is om een Subsidieregeling te maken, waarvoor momenteel de voorbereidingen worden getroffen. Voor de langere termijn wordt gewerkt aan sectorspecifieke werkagenda's zeggenschap.

Tot slot

Ik ben alle betrokken veldpartijen, onderzoekers en ook overheidsorganisaties erkentelijk voor hun bijdragen de afgelopen twee jaar in dit traject. Allen hebben hun wensen en visies gedeeld en hun experts, achterbannen en leden geraadpleegd. Afwegingen zijn gemaakt en besproken en er liggen nog een aantal vraagstukken die verdere uitwerking behoeven. Ik ga daar dan ook met veel energie mee aan de slag en zal in het vervolgtraject weer veel mensen en organisaties betrekken. Na ontvangst van het advies van de commissie inzake de criteria zal ik uw Kamer daarover en over de voortgang op andere acties informeren.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers

⁹ Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 34.