

5

Beroepen in de individuele gezondheidszorg

Aan de orde is de behandeling van:

- het wetsvoorstel **Wijziging van de Geneesmiddelenwet in verband met de noodzaak enige technische verbeteringen aan te brengen in die wet, alsmede houdende wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de registratie in het BIG-register van verpleegkundigen die bevoegd zijn UR-geneesmiddelen voor te schrijven (32196)**;
- het wetsvoorstel **Wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg onder andere in verband met de opnemng van de mogelijkheid tot taakherschikking (32261)**.

De voorzitter:

Vanavond is alleen de eerste termijn van de Kamer. Ik heb van de minister begrepen dat, als er draagvlak voor is, zij vragen die gesteld worden tussentijds schriftelijk kan beantwoorden, zodat de beantwoording door de minister in eerste termijn wellicht wat korter kan zijn.

Wij hebben een sprekerslijst en de heer Van Gerven zal het spits afbijten. Hij heeft zich voor 30 minuten ingeschreven, maar hij heeft mij gezegd dat hij die misschien niet allemaal hoeft te gebruiken.

De algemene beraadslaging wordt geopend.



De heer Van Gerven (SP):

Voorzitter. Vandaag bespreken wij een wijziging van de Geneesmiddelenwet en van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Dat is een ingewikkelde, maar desalniettemin zeer belangrijke materie.

Ik wil eerst ingaan op de wijziging van de Geneesmiddelenwet. Het is een belangrijke wijziging als wij die aannemen, want dan mogen voortaan ook groepen verpleegkundigen zelfstandig medicijnen voorschrijven. Met die wijziging overschrijden wij een bijzondere grens, want dat was tot op heden niet mogelijk. De SP heeft toch de nodige aarzelingen bij deze stap. Wij gaan die weg op, maar de vraag is: waar eindigt die weg? Dat is cruciaal: wat gaat het uiteindelijk betekenen?

De verpleegkundigen zijn voor; zij vinden het een uitbreiding van hun takenpakket. Ik kan mij dat in hun positie goed voorstellen. Hun verantwoordelijkheden worden uitgebreid en wie wil nou niet dat het beroep meer mogelijkheden gaat bieden? De cruciale vraag blijft echter of onze gezondheidszorg en de patiënt met deze uitbreiding gediend zijn. Terwijl de gezondheidszorg toch al zo ingewikkeld is, krijgen wij weer een extra kapitein op het schip erbij. Wij moeten de kwaliteit van de zorg niet uit het oog verliezen. Waarom een extra kapitein en waarom een bepaald risico? Dat komt omdat die gespecialiseerde verpleegkundige – ik heb allerlei namen de revue zien passeren; ik vind het erg ingewikkeld, dus ik ga uit van een gespecialiseerde verpleegkundige – zich richt op een deel van de zorg waarin zij gespecialiseerd is. Dat is iets anders dan de arts, die in principe wordt opgeleid voor de gehele mens en zich richt op een diagnose en een

behandeling van de mens in zijn geheel. Daarbij zit ook dat farmaceutische gedeelte. Aan de mogelijkheid om geneesmiddelen voor te schrijven gaat ook een universitaire studie vooraf van ten minste zes jaar. Menigeen vindt dit zelfs te kort om goed te kunnen voorschrijven. Veel artsen en deskundigen zeggen dat er van dat farmacotherapiegedeelte wat meer werk gemaakt zou mogen worden. Nu gaan wij een beroepsgroep die natuurlijk naar eer en geweten werkt, maar die een mindere opleiding heeft, toch de gelegenheid bieden om medicijnen voor te schrijven. Bevorderen wij daarmee niet de hokjesgeest? Is er niet het risico dat wij de zaak te veel versplinteren? Ik krijg hierop graag een reactie van de minister. Ook wil ik graag weten hoe een en ander wordt geëvalueerd. Ik heb begrepen dat het een experiment is voor vijf jaar. Kunnen wij een en ander terugdraaien, als wij dat wenselijk vinden? Hoe onherroepelijk is de stap die wij zetten?

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Ik begrijp de zorgen van de heer Van Gerven over de verdeling van de taken. Je moet heel goed waarborgen wie welke verantwoordelijkheid heeft. Taakherschikking maakt het werk van verpleegkundigen aantrekkelijker, maar kan ook het werk van artsen ontlasten. De heer Van Gerven lijkt nu vooral vanuit het perspectief van de arts te praten. Beseft hij dat deze herschikking ook het werk van de artsen kan ontlasten?

De heer Van Gerven (SP):

Dat is waar, maar de taakherschikking wordt ook ingezet vanuit het idee dat er dan minder artsen nodig zijn. Dat is eigenlijk een misvatting. Het Capaciteitsorgaan analyseert wat de behoefte aan artsen is. De evaluatie van het orgaan geeft aan dat de taakherschikking bij de huisarts of de tandarts nog niet zoveel heeft opgeleverd. Het pakt wel goed uit in de zin dat patiënten goed geholpen worden, maar er is het risico dat huisartsen het overzicht van de totale patiënt niet behouden. Dat dilemma wil ik hier schetsen. Gespecialiseerde verpleegkundigen werken in de setting van een ziekenhuis. Het risico dat het overzicht verloren gaat, lijkt mij niet ondenkbeeldig.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Kan het niet juist de taak van artsen ontlasten, zodat zij hun capaciteit breder kunnen inzetten? Op die manier kunnen artsen en verpleegkundigen gezamenlijk meer mensen helpen. Zij kunnen de zorg beter inzetten.

De heer Van Gerven (SP):

Ik denk niet dat zij meer mensen kunnen helpen, maar wel mensen beter kunnen helpen. De vraag is echter of je gespecialiseerd verpleegkundigen de vrijheid moet geven om die farmacotherapie zelfstandig te beoefenen. Over de begeleiding van gespecialiseerd verpleegkundigen zijn patiënten vaak heel tevreden, maar als een verpleegkundige én een arts gaan voorschrijven, dan moet dat wel goed matchen. Dat moet gecontroleerd worden. Dat zijn reële problemen, zeker naarmate een organisatie steeds groter wordt. Een ziekenhuis is sowieso groot.

Mevrouw Dijkstra (D66):

Wij hebben met elkaar gedebatteerd over het elektronisch patiëntendossier en de uitwisseling van gegevens. Wij hebben aangegeven hoe belangrijk wij die uitwisseling van gegevens vinden, mits de privacy gewaarborgd is. Het probleem waar de heer Van Gerven over spreekt, is

Van Gerven

het mogelijk missen van het overzicht. De bedoeling is echter dat iedereen zijn eigen taken beter kan vervullen. Daar hoort een goede uitwisseling van informatie bij. Dat is niet in strijd met elkaar.

De heer Van Gerven (SP):
Natuurlijk is het goed dat je de informatie goed kunt uitwisselen. Daar heb je een elektronisch medisch dossier voor nodig, bijvoorbeeld in een ziekenhuis, en niet per se dat epd. Die informatie-uitwisseling is cruciaal. Er is een verschil tussen het zelf zien van de informatie, tussen informatie uit de eerste hand en informatie die je alleen elektronisch tot je kunt nemen. Ik kan een dossier van een patiënt elektronisch inzien, maar het is toch anders als ik de patiënt zelf gezien heb. Als je de taakverdeling te zeer opsplijt, is dat risico er, met name op het cruciale onderdeel van de farmacotherapie.

Mevrouw Dijkstra (D66):
Ik beluister bij de SP angst voor het opleidingsniveau van die specialistisch verpleegkundige. Als je vindt dat deze beroepsgroep zelfstandig geneesmiddelen moet kunnen voorschrijven, moet je daarvoor wel heel goede kaders scheppen en heel goede voorwaarden aan stellen. Ook de opleiding moet toereikend zijn, en dat is op dit moment zo. Waarvoor bent u bang? Ik hoor toch een beetje de dokter praten die zegt: ik ben de enige die het echt allemaal goed kan overzien.

De heer Van Gerven (SP):
De dokter is daarvoor opgeleid. D66 heeft gelijk dat de SP heel goed kijkt vanuit de positie van de dokter, die een totaaloverzicht heeft en de opleiding van farmacotherapie heeft genoten. Die therapie zit niet in de standaardopleiding van een verpleegkundige. Ik begrijp goed dat daar een ontwikkeling gaande is en dat daarop wordt gestudeerd, maar dat is op een deelaspect, en niet op het geheel. Ook als je kijkt naar farmacotherapie zie je dat er allerlei interacties kunnen zijn. Dat is geen sinecure.

Mevrouw Dijkstra (D66):
Ziet u daarin geen rol voor de apotheker, als zorgverlener en als controleur van wat wordt voorgeschreven en hoe het wordt gecombineerd?

De heer Van Gerven (SP):
Zeker. De ziekenhuisapotheker of wie dan ook moet dat controleren. Uitgangspunt moet zijn dat degene die voorschrijft in principe geen fouten maakt en het totaaloverzicht heeft. Maar er moet ook een goed toezicht zijn op die therapie.

Mevrouw Uitslag (CDA):
Ik sluit mij aan bij de vorige sprekers: ik proef bij de heer Van Gerven enige angst. Aan de ene kant wil hij dat dit doorgaat, zij het aan de andere kant wel binnen bepaalde smalle kaders. Wij staan hier omdat we vinden dat het om een nieuwe behandelaar gaat, die de ruimte krijgt om voorbehouden handelingen zelfstandig voor te schrijven, en bepaalde medicijnen voor te schrijven. In de praktijk kan de verpleegkundig specialist ook zaken voorschrijven, en delegeren. Hoe staat mijnheer Van Gerven daartegenover?

De heer Van Gerven (SP):
Doordelegeren is een extra risico. De KNMG merkt dat als risico aan. We moeten daar dus heel voorzichtig mee zijn. Als je kijkt naar de farmacotherapie van de artsen zie je dat er, hoewel ze een enorm lange opleiding hebben, toch heel veel mis gaat. Het is dus een illusie om te denken dat diezelfde problematiek zich niet zou kunnen voordoen bij een verpleegkundige.

Mevrouw Uitslag (CDA):
Natuurlijk moeten we zorgvuldig zijn. Dat staat ook in het experimenteerartikel. Maar is de angst bij mijnheer Van Gerven zo groot dat hij voorstelt om meer restricties in te voeren op het voorstel zoals het voorligt?

De heer Van Gerven (SP):
Ik kom daar nog op.

Kan de minister ingaan op welke categorie verpleegkundigen zij voor ogen heeft met dit wetsvoorstel? Er passeren namelijk allerlei namen: de nurse-practitioner, de physician assistant, de verpleegkundig specialist, de gespecialiseerd verpleegkundige enzovoorts. Wie van deze groepen krijgt nu de bevoegdheid om medicijnen voor te schrijven? Waar ligt de grens? Kan de minister ziektebeelden en patiënten benoemen waarom het gaat, en een indicatie geven van het aantal verpleegkundigen in Nederland dat die voorschrijfbevoegdheid zou kunnen verwerven?

Ook de financiën spelen een rol. Het is immers goedkoper om een gespecialiseerd verpleegkundige op te leiden, dan meer dokters. Ook het laatste is overigens zeer belangrijk. Ik heb het capaciteitsorgaan al genoemd: we moeten uitbreiding van de bevoegdheid van de verpleegkundige niet als alibi gebruiken voor het opleiden van minder artsen, want dat is toch een misvatting. Ik heb in het coalitieakkoord ook gelezen dat men de numerus fixus wil afschaffen. Dat is een van de punten waar de SP het zeer mee eens is.

Kan de burger die in het BIG-register kijkt – dat zullen steeds meer mensen gaan doen, ook naar aanleiding van de discussie die wij vanavond voeren – zien of een verpleegkundige een voorschrijfbevoegdheid heeft of niet? Of kan een apotheker zien of bijvoorbeeld een diabetesverpleegkundige die heeft?

In het wetsvoorstel wordt via artikel 1, KK, het off-label voorschrijven buiten het protocol of de standaard en zonder overleg met de apotheker, strafbaar gesteld. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde (KNMG) is daar niet voor. Men wijst dit af omdat de praktijk en de patiënten zich niet altijd in protocollen laten vangen. Men moet met verstand van protocollen kunnen afwijken. Ik denk dat daar wel een kern van waarheid in zit. Niet alles is te vangen in protocollen. Natuurlijk moet men binnen de beroepsgroep de grenzen aangeven wanneer het te dol wordt met het off-label voorschrijven. Het moet namelijk wel verantwoord zijn. Die strafbaarheid gaat de SP echter te ver.

Ik heb begrepen dat er een initiatief ligt om met het Lab een database te ontwikkelen voor de generieke registratie van effecten en nevenwerkingen van off-labeltoepassingen. Dat lijkt ons een goede zaak. Ook moeten patiënten – dat is nu al verplicht – bij off-labelgebruik geïnformeerd worden dat dat gebeurt. Kortom, wij vinden dat met de strafbaarstelling de professionele autonomie te zeer wordt aangetast en de benodigde flexibiliteit in de behandeling te zeer beperkt. Ik wil de minister dan ook

Van Gerven

vragen deze bepaling weer uit de Geneesmiddelenwet te halen. Ik krijg hier graag een reactie op.

De SP-fractie vindt dat de voorschrijfbevoegdheid van een gespecialiseerd verpleegkundige verplicht in het BIG-register dient te worden opgenomen. De KNMG heeft voorgesteld om artikel 36, lid 14, in deze zin te wijzigen. Dat is een goed idee. Als het BIG-register wordt geraadpleegd, moet volstrekt duidelijk zijn of een verpleegkundige voorschrijfbevoegdheid voor bepaalde medicijnen heeft. Ik heb begrepen dat de PvdA-fractie – ik kijk de heer Van der Veen aan – daar ook voorstander van is. Wellicht kunnen wij op dit vlak gezamenlijk iets doen.

Naar aanleiding van de twee wetsvoorstellen heeft de SP-fractie een aantal amendementen ingediend, zoals over de diagnose als voorbehouden handeling, over de nadere precisering van de behandeling die specialisten mogen verrichten, over de openbaarheid van het BIG-register en over de wettelijke inkadering in de Wet BIG van een aantal beroepen, zoals de doktersassistent, de gezondheidsmaatschappelijk werker en ook de klinisch chemicus.

Eerst ga ik in algemene zin in op de reden waarom wij deze amendementen hebben ingediend. De invoering van de Wet BIG in de jaren negentig speelt daarbij een rol. Dat was een duidelijke trendbreuk met de situatie van meer dan een eeuw daarvoor. In 1875 werd "arts" een beschermd beroep. Dit werd in de negentiende gedaan om een duidelijk onderscheid te kunnen maken tussen de aderslaters en charlatans enerzijds en de wetenschappelijk opgeleide artsen anderzijds. Dat onderscheid was onduidelijk en daarom was die regelgeving nodig. Ik dacht dat zelfs de liberaal Thorbecke daar nog bij betrokken was, maar dat weet ik niet helemaal zeker. Die wetgeving heeft ons toen veel goeds gebracht, want het artsenvak heeft zich sindsdien heel goed ontwikkeld. De kunde nam toe, evenals de status. Dat had alles te maken met de duidelijke wetgeving die toen tot stand kwam.

Met de invoering van de Wet BIG in de jaren negentig is volgens de SP echter een stap terug gezet. De alternatieve geneeswijzen waren toen sterk in opkomst. Er was natuurlijk ook een sterke neoliberale tendens te bespeuren. Ook het tuchtrecht is door die wet verslapt ten opzichte van de situatie voor 1993, toen de andere wet nog gold. Een belangrijk uitgangspunt van de wet is dat de burger de vrijheid heeft om de zorg te halen waar dat hem of haar goeddunkt. Dat klinkt natuurlijk leuk en aardig, maar het laat de burger in zekere zin ook aan zijn of haar lot over. We nemen allerlei maatregelen: we dragen veiligheidsgordels, we voeren het rookverbod in kroegen in – daar weet de minister het een en ander van – en we hebben een alcoholverbod voor jongeren onder de 16. Dat vinden wij goede maatregelen, maar op het punt van de gezondheidszorg is er volgens de SP te weinig bescherming door de overheid en kunnen kwakzalvers gewoon hun gang gaan. Laat het zo zijn dat de burger uiteindelijk zelf kiest waar en door wie hij wordt behandeld, want je kunt niemand dwingen om een reguliere behandeling te ondergaan. Om het navrant te zeggen: je kunt iemand ook niet verbieden om onder een trein te gaan liggen, maar als de burger een keuze maakt, moeten wij er toch voor zorgen dat die keuze tot op zekere hoogte verantwoord is en dat wij excessen vermijden.

Dit kan alleen als er bepaalde duidelijke, door de overheid gestelde normen zijn, zodat duidelijk is wat goede, verantwoorde zorg is en wat niet. Als dat niet goed wordt aangegeven, is er ook niet goed te kiezen. Het is immers

een illusie om te denken dat de gemiddelde patiënt – en zeker een zieke of zelfs ernstig zieke patiënt – in staat is om zich een goed oordeel te vormen: welke arts of welke behandelaar is valide en goed? Wij kennen vele voorbeelden die aantonen dat dit niet zo is.

Mevrouw Dijkstra (D66):

Ik begrijp het betoog van de heer Van Gerven niet heel goed in relatie tot wat wij nu behandelen. Ik heb immers juist de indruk dat het BIG-register hier wel duidelijkheid in schept en duidelijk maakt wie bepaalde handelingen wel mag uitvoeren en wie niet.

De heer Van Gerven (SP):

Dat is deels waar maar ook deels niet waar. Ik heb gezegd dat de wetgeving van voor 1993 of van voor 1997 – volgens mij is de wet toen van kracht geworden – veel stringenter was. Ik kom daar in het vervolg van mijn betoog of bij de behandeling van de amendementen op terug, maar dat gaat bijvoorbeeld over de diagnose als voorbehouden handeling. Die is nu immers niet goed wettelijk ingekaderd. Er is de afgelopen dagen discussie geweest over het als voorbehouden handeling in de wet onderbrengen van de diagnose, zodat duidelijk is dat bijvoorbeeld alleen een arts een diagnose mag stellen en niet een Jomanda of wie dan ook. Dat is nu wettelijk niet goed geregeld. Dat is een voorbeeld.

In het alternatieve veld gaat het vaak mis omdat er geen duidelijke diagnose wordt gesteld, waardoor de behandeling dus zonder diagnose begint. Dat is soms levensgevaarlijk. In dat kader vindt de SP het een must dat het stellen van een medische diagnose weer een voorbehouden handeling wordt en dat welke behandeling dan ook alleen mag plaatsvinden als er een medische diagnose is gesteld. Alleen dan valt er iets te kiezen voor de burger: hij weet wat zijn aandoening is, hij kent de diverse behandelingsmogelijkheden en dan valt er goed te kiezen. Dat is des te belangrijker omdat de ontwikkelingen in de zorg razendsnel gaan. Beroepen ontwikkelen zich razendsnel en de liberalisering in de zorg neemt toe. Er is minder overheidsregulering. Er wordt meer aan het veld en de markt overgelaten. Even los van de vraag of dit een goede ontwikkeling is of niet – de minister weet dat de SP niet zo'n voorstander is van verdere liberalisering – het blijft heel erg belangrijk dat de kwaliteit van de geboden zorg goed geborgd wordt. Dat is eigenlijk ook een beetje de rode draad bij de door de SP-fractie ingediende amendementen.

Ik loop de amendementen even langs. Allereerst is dat het amendement over de specialisten. Dat is geen eenvoudig amendement. Het is een beetje ingewikkeld. De wetsgeleerden hebben geprobeerd een en ander netjes voor mij op te schrijven. Het blijft echter een hersenkraker. Het komt op het volgende neer. Ik neem het voorbeeld van de horroordokter van de Citykliniek te Den Haag. Het ging om een gynaecoloog die borstoperaties deed. Dat was volstrekt onverantwoord. Hij heeft tientallen vrouwen verminkt. Deze man was gynaecoloog, geen plastisch chirurg. Het is toch raar dat een gynaecoloog een privékliniek kan openen en daar plastische chirurgie kan verrichten? Dat kan binnen de wet omdat elke arts een handeling mag verrichten als die zich daartoe bekwaam acht. Ik neem mijzelf als voorbeeld. Ik ben ook nog steeds arts. Als ik denk dat ik met succes een openhartoperatie kan verrichten, zou dat theoretisch nog mogelijk zijn ook. Dat is toch een rare figuur? Mijn amende-

Van Gerven

ment behelst om de specialisten op te laten schrijven welke behandeling gedaan mag worden door welke specialist. Dat moet de beroepsgroep zelf definiëren. Zo kunnen allerlei wantoestanden in privéklinieken veel beter aangepakt worden. Heel vaak is te zien dat er basisartsen aan het werk zijn. Er gebeurt daar van alles. Wij proberen dat met dit amendement te regelen.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Ik heb een vraag over dit op zichzelf sympathieke amendement. Wat is het risico dat, zeker als specialisten gaan opschrijven wat uitsluitend specialisten mogen doen, de specialisten veel dingen naar zich toe zullen trekken? De heer Van Gerven geeft terecht het voorbeeld van die kliniek in Den Haag. Daarover zijn discussies geweest. Mogen alleen plastisch chirurgen aan plastische chirurgie doen? Vervolgens kwam ook de vraag aan de orde wat dan precies plastische chirurgie is. Als een huisarts een kleine wond dichtnaait, is dat plastische chirurgie of niet? Er zit dus ook een andere kant aan het verhaal, met name als je specialisten zelf laat vaststellen wat, onparlementair gezegd, hun eigen handel is. Wat voor mechanisme hebben wij om hierbij tegenwicht te bieden?

De heer **Van Gerven** (SP):

Een belangrijke oplossing zou zijn als alle artsen in loondienst gaan werken. Daarover gaan wij het vanavond verder niet hebben. Het zou echter een stuk van dit probleem kunnen oplossen. De essentie van het probleem ligt bij de beroepsgroep van gynaecologen, plastisch chirurgen en hartchirurgen. Die moeten allemaal bij elkaar in een hok en vervolgens met zijn allen bepalen wie wat doet. Dat is natuurlijk verduveld ingewikkeld. Er zullen discussies komen over wie wat mag doen. Sommige ingrepen, zoals het verwijderen van een bult in het voorbeeld van de PvdA, kunnen door de huisarts worden gedaan, de chirurg enzovoorts. Voor een aantal behandelingen kan het echter heel goed ingekaderd worden. Het klemmt des te meer op het vlak van de plastische chirurgie, waar heel veel misgaat. Aanvullende regelgeving is nodig om de excessen op dit terrein goed in te dammen. De beroepsgroep moet echter zelf definiëren, met zijn wetenschappelijke verenigingen, wat kwaliteit is.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Ik begrijp dat ik geen antwoord krijg. Ook mij is het idee van artsen in loondienst sympathiek. Ik wil ook buiten die oplossing horen hoe de heer Van Gerven voorkomt dat de beroepsgroepen alles naar zich toe trekken. Wat nu als huisartsen tegen plastisch chirurgen zeggen, in mijn voorbeeld: dat kan ik ook? Ik heb er moeite mee dat de beroepsgroep het zelf, in zijn eentje kan bepalen.

De heer **Van Gerven** (SP):

Luister, in essentie moet dat ...

De **voorzitter**:

Mag ik u vragen om via de voorzitter te spreken? U zit erg tegen elkaar aan te praten.

De heer **Van Gerven** (SP):

Wij gaan weer ons best doen, mevrouw de voorzitter. Het blijft altijd heel erg moeilijk.

De **voorzitter**:

Ik blijf u helpen.

De heer **Van Gerven** (SP):

De heer Van der Veen schetst een probleem. In zijn voorbeeld zou het Nederlands Huisartsen Genootschap, de wetenschappelijke poot van de huisartsen, moeten aangeven: dit zijn dingen die een huisarts kan doen. Een vereniging voor chirurgen kan zeggen: deze dingen kunnen wij doen. Dat wordt dan naast elkaar gelegd, wat tot een zekere dubbeling zal leiden. Er is dan wel duidelijkheid over wie wat mag doen. Daaruit zal bijvoorbeeld in ieder geval wel komen dat een gynaecoloog geen plastische chirurgie mag bedrijven. Als er discussie ontstaat, moet men dat maar wetenschappelijk uitvechten. Het moet in ieder geval helder worden gemaakt.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Ik zou het toch plezierig vinden als er iets meer in de richting van een andere oplossing werd gewerkt dan dat beroepsgroepen het onderling moeten maken. Wie bepaalt het dan uiteindelijk? Dat is wat vaag. Wellicht kan de heer Van Gerven er toch nog over nadenken. Het amendement is al zeer waardevol, maar kan nog waardevoller worden als er ook een oplossingsrichting in komt.

De heer **Van Gerven** (SP):

Dit amendement heeft, net als andere amendementen overigens, heel veel discussie losgemaakt bij specialisten en de KNMG. Zij hebben mij ook gevraagd: mijnheer Van Gerven, wilt u daarover discussiëren? Natuurlijk ben ik daartoe bereid, maar iedereen onderschrijft het doel van het amendement. Het kan best zijn dat we het nog iets anders moeten opschrijven, maar ik zou geen andere richting weten dan die door mij geschetst. De beroepsgroep moet uiteindelijk toch zelf bepalen wat de wetenschappelijke norm is. Wie kan dat anders doen? Natuurlijk moet de overheid het op een gegeven moment sanctioneren. Ook in de Wet BIG is het zo geregeld dat artsen zelf maximaal invulling geven aan hoe het artsenvak wordt ontwikkeld. Het verder inkaderen van wat welke specialist mag doen, hoort daar volgens mij ook thuis.

Ik kom bij het amendement op stuk nr. 10 (32261) over de diagnose als voorbehouden handeling. Daaraan is al de nodige discussie voorafgegaan. De minister heeft geantwoord op het voorstel dat de SP al eerder heeft gedaan. De bedoeling van dit amendement heb ik net geschetst. Het biedt naar mijn idee de inspectie en het Openbaar Ministerie meer wettelijke mogelijkheden om op te treden tegen charlatans; zo vat ik het maar even samen. De minister verwijst in haar antwoord naar een rapport van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Daarin staat: allemaal leuk en aardig, maar het is zo moeilijk te handhaven; krijg er maar eens een vinger achter. Het is inderdaad moeilijk te handhaven, maar dat wil nog niet per se zeggen dat we het niet moeten doen. Het rookverbod – daar grijp ik nog maar even op terug – is ook moeilijk te handhaven. Ook daarvan zeggen we niet: laat maar zitten. We gaan gestaag door. Dat is dus niet zo'n sterk argument. Belangrijk is wel dat mensen weten dat diagnoses alleen door artsen gesteld mogen worden, en dat een niet-arts in overtreding is als hij wel een diagnose stelt. Het is goed dat dit als norm wordt vastgelegd, zodat wij dat kunnen communiceren: als u naar iemand gaat die geen arts is maar wel pretendeert genezer te zijn of u te kunnen helpen, dan mag hij geen diagnoses stellen. Als wij dat duidelijk maken, kan die norm zich in de samenleving zetten en kunnen wij het communiceren naar de buitenwacht. Het is een groot goed om die wetenschappelijk

Van Gerven

norm duidelijk te stellen. Het is ook een extra instrument om te verhinderen dat Jomanda's ongestoord hun gang kunnen gaan. Wij weten allemaal hoe moeilijk het is om daar een vinger achter te krijgen.

Mevrouw **Uitslag** (CDA):

Wat houdt dit in de dagelijkse praktijk in? Wat betekent het als de verpleegkundige geen diagnose zou mogen stellen binnen de kaders van dit wetsvoorstel? Als ik het verhaal van de heer Van Gerven hoor, lijkt het wel of de ruimte om dit experimenteerartikel goed neer te zetten, steeds kleiner wordt.

De heer **Van Gerven** (SP):

Dat is niet waar. Een verpleegkundige kan binnen zijn of haar competentie aan de slag en mag een deeldiagnose stellen. Die mogelijkheid wordt met dit amendement niet ingeperkt. Het amendement doet dus niets af aan datgene wat de directe aanleiding was, de voorschrijfbevoegdheid of het handelen van de verpleegkundige.

Mevrouw **Uitslag** (CDA):

De heer Van Gerven zei eerder dat de diagnose louter wordt gesteld door de arts. Ik concludeer nu dat volgens hem ook op een andere manier diagnoses dan wel deeldiagnoses kunnen worden gesteld, zodat de verpleegkundige uit de voeten kan met dit experimenteerartikel.

De heer **Van Gerven** (SP):

Zeker. Ik wijs bijvoorbeeld naar de verloskundigen, die ook een zelfstandige bevoegdheid hebben voor een aantal zaken. Dat verandert hierdoor niet.

Ik kom op het amendement op stuk nr. 11 (32261) over de openbaarheid van het BIG-register. Er schijnt vandaag weer een peiling te zijn gehouden, door de VvAA, de vereniging Arts en Auto; ik weet niet of de aanwezigen hier die ook hebben gezien. Er is enorm veel discussie over dit amendement en zoals te voorspellen was, voelt een meerderheid van de artsen er eigenlijk niet zo voor. In dit amendement staat dat waarschuwingen, berispingen en schorsingen openbaar gemaakt moeten worden dan wel moeten blijven. Veel artsen denken dat zij daardoor aan de schandpaal worden genageld of levenslang getekend zijn. Ik denk dat dit wel meevalt. In het amendement wordt geregeld dat het openbaar wordt, maar niet zonder daarbij de integrale uitspraak van het tuchtcollege op te nemen, zodat degene die dat leest, kennis kan nemen van de redenen waarom de betrokken arts een maatregel heeft gekregen en wat de voors en tegens daarvan waren. De hele uitspraak wordt gepubliceerd. Elke burger kan dus zelf in het BIG-register kijken en zijn of haar oordeel vellen.

De **voorzitter**:

U krijgt nogal wat interrupties.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Op zich zijn wij voorstander van openbaarheid, ook van waarschuwingen en berispingen, al vinden wij dat het middel wel in overeenstemming moet zijn met de kwaal. Wij hebben er heel veel moeite mee dat dit je ongeveer tot het eind van je werkzame leven blijft achtervolgen; ik lees het amendement zo dat dit het geval is. Dat is net zo iets als dat je één keer met een kapot achterlichtje hebt gefietst en vervolgens tot het eind van je leven in het strafregister staat. Zie ik het juist dat volgens de heer Van

Gerven die waarschuwing steeds in dat register moet blijven staan?

De heer **Van Gerven** (SP):

Ja. In dit amendement is er geen tijdslimiet. Het staat erin en het blijft erin. Een casus die de zaak kan verhelderen en die onder andere de aanleiding heeft gevormd, is die van het Waterlandziekenhuis. Een orthopeed bij dit ziekenhuis was recent in het nieuws en is nu met werken daar gestopt. In zijn voorgeschiedenis is een aantal zaken voorgevallen, zowel oude zaken als recente zaken. Niemand had daarvan weet. Dat zou anders zijn als het openbaar was geweest. Wij vinden het goed als zulke zaken zichtbaar zijn. Ben je dan levenslang getekend? Het gaat erom wat er precies is gebeurd, en dat staat in de toelichting. Daarbij maakt het wat uit of je wordt berispt of een waarschuwing krijgt omdat je een patiënt onvoldoende hebt voorgelicht of omdat je, om een ernstig voorbeeld te geven, seksueel over de schreef bent gegaan. Dat is nogal een groot verschil. Mijn stelling is dat juist het niet openbaar maken het erger maakt. Dat wekt de schijn dat iets niet bekend mag zijn. Bij het Waterlandziekenhuis is het daardoor misgegaan. Het voedt juist het wantrouwen tegen de medische stand. Als het openbaar is, wordt het wantrouwen juist weggenomen.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Het gaat niet om het openbaar maken. Voor mij maakt het verschil of je een waarschuwing krijgt omdat je je een keer niet aan de regels hebt gehouden zonder dat dit heeft geleid tot een onveilige situatie voor de patiënt, of dat je iets hebt gedaan waarmee je de veiligheid van de patiënt enorm in gevaar hebt gebracht. Dat zit ook in de volgorde van waarschuwing, berisping, schorsing et cetera. Ik begriep niet waarom de hele tijd in het register moet blijven staan dat iemand een waarschuwing krijgt. Het is iets anders als iemand geschorst is. Dan sta je trouwens waarschijnlijk ook niet meer in het register. Als je echt aantoonbaar een aantal keren de veiligheid van een patiënt in gevaar hebt gebracht, denk ik: ja. Maar waarom voor een waarschuwing een eeuwigdurende aantekening in het register?

De heer **Van Gerven** (SP):

Een waarschuwing krijg je niet voor een licht vergriep. Iets meer dan 100 artsen krijgen per jaar een waarschuwing. Bij berispingen – dat is al wat ernstiger – gaat het om een tiental, twintigtal artsen. Geschorst worden ongeveer vijf artsen per jaar. Het gaat dus om een heel kleine groep artsen, en anderen trouwens, op de tienduizenden die in de zorg werken. Het zegt dus wel iets. Zegt het dat de arts niet goed is of kan zijn? Nee, dat zegt het niet, maar het geeft wel aan dat er ooit iets gebeurd is. En wie kijkt er in zo'n BIG-register? Dat doet de gemiddelde patiënt niet. Die heeft wel wat meer aan zijn hoofd. Zoiets doet men als men twijfels heeft. Is het wel een betrouwbare dokter, bijvoorbeeld in een privékliniek? Zit er wel een bekwame arts? Heeft hij zijn papieren? Dat kunnen we dan controleren. Men komt bij een arts en het contact is niet goed. Men denkt: wat is dit, is er iets aan de hand? Dan kan men controleren en de conclusie trekken dat er niets aan de hand is of voor een andere arts kiezen. Ik denk dat het een goed instrument is voor de individuele patiënt om zelf te bekijken of hij de behandeling krijgt die hij nodig heeft.

Van Gerven

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Ik zou het op prijs stellen als de heer Van Gerven serieus in overweging wil nemen of hij geen nuancering kan aanbrengen in de registratie in het register op het punt van de tijdstermijn waarmee iets in het register blijft staan.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik weet dat daarover gedacht wordt, maar ik vind het ingewikkeld. Ik heb maar gekozen voor geen termijn. Natuurlijk kun je zeggen: we doen het tien jaar, of vijftien of vijf. Ik denk echter dat het goed is om geen tijdslimiet te stellen. Het is ongetwijfeld zo dat als iemand twintig jaar geleden ooit een waarschuwing heeft gehad en daarna nooit meer iets, patiënten zullen zeggen: nou ja, dat was in het verleden. Als het geen ernstige zaak was, zal de arts er weinig last van ondervinden, lijkt me.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Hoe ziet de heer Van Gerven het voor zich als een patiënt in het BIG-register gaat kijken? Komen er regels met berisping die we aanvinken? Komt er een toelichting? Wordt doorgelinkt naar de uitspraak van de tuchtrechter? Of gaan we het zo invullen dat de patiënt ook snapt wat er gebeurd is? Menig tuchtuitspraak is voor de gemiddelde patiënt nog verwarrender dan alleen de term "berisping" of "waarschuwing".

De heer **Van Gerven** (SP):

Dat is een relevante vraag, maar we duiken erg de uitvoering in. Ik stel mij voor dat de uitspraak er integraal in komt. Een aantal patiënten kan die namelijk heel wel zelf interpreteren. Er moet wel een korte toelichting bij, zodat elke patiënt kan begrijpen wat de uitspraak behelst. Bij een uitspraak van het tuchtcollege wordt nu al vaak een samenvatting gegeven bijvoorbeeld in publicaties in Medisch Contact. Er moet een korte, populaire toelichting zijn, maar de uitspraak moet ook integraal gelezen kunnen worden, want dat doet het meeste recht aan een evenwichtige voorlichting, zodat patiënten die zelf goed kunnen wegen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Hoe ziet de heer Van Gerven dat? Komen er regels met berisping, wel of niet aangevinkt, of: waarschuwing, wel of niet aangevinkt? Het kan patiënten ook afschrikken in die zin dat ze bij een berisping niet eens meer doorgaan. Ik vind het een sympathiek amendement, maar hoe ziet de heer Van Gerven dat voor zich?

De heer **Van Gerven** (SP):

Als een dokter geregistreerd is en iets op zijn kerfstok heeft, dan moet dat makkelijk te zien zijn. Het is nu zeer gebruiksonvriendelijk, want het is nu een hele toer om dat te vinden. Een dokter moet gemakkelijk zijn terug te vinden, dus dokter Jansen in ziekenhuis A moet makkelijk zijn terug te vinden. Je moet daarbij kunnen zien of hij ooit een berisping of een waarschuwing heeft gehad of is geschorst, met daarbij de reden. Zo vink je verder. Er zal een goede gebruiksaanwijzing moeten komen, zodat mensen die daar moeite mee hebben, makkelijk aan hun informatie kunnen komen.

Mevrouw **Uitslag** (CDA):

Mijn collega van de PvdA vroeg al of het je je hele leven moet achtervolgen als je met een kapot achterlichtje fietst. Als je een kapot achterlichtje hebt, moet dat dan

openbaar worden gemaakt? Het gaat niet alleen over medisch specialisten of artsen, maar ook over de duizenden verpleegkundigen die in het BIG-register staan. Ik heb van dichtbij gezien hoeveel impact het op verpleegkundigen heeft als ze een waarschuwing krijgen. Ik heb mensen onderuit zien gaan, een burn-out zien krijgen, omdat ze een waarschuwing hadden gekregen. Zij vinden dat vreselijk. We hebben het dus over een grote groep. De heer Van Gerven geeft zelf al aan waar mijn zorg ligt door te zeggen: wie kijkt er nu in het register? Dat is ook mijn vraag: wie kijkt er nu in het register? Let wel, het CDA is voor transparantie en wil dat de cliënten kunnen zien wat waar gebeurt. Wij vragen ons echter af of dit wel hét instrument is om ervoor te zorgen dat de kwaliteit van de zorg wordt gewaarborgd.

De heer **Van Gerven** (SP):

De SP-fractie is zich ervan bewust dat het een zwaar middel is. Ik wijs op hetgeen de afgelopen jaren allemaal naar buiten is gekomen over misstanden in de zorg, over dingen die fout zijn gegaan. Daaruit blijkt dat het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg niet op orde was. Dat hebben wij gezien bij diverse ziekenhuizen en bij de privékliniek in Den Haag. Als alles perfect is en wij erop kunnen vertrouwen dat elke dokter of elke verpleegkundige goed functioneert, dan hebben wij dat instrument niet nodig. De praktijk is helaas weerbarstiger. Daarom zegt de SP dat wij dit toch moeten doen. Het is een paardenmiddel, maar het draagt wel bij aan verbetering van de zorg.

Ik vind dat er wel wat meer aan de hand is dan een kapot achterlichtje. De CDA-fractie bagatelliseert het een beetje. Je krijgt niet zomaar een waarschuwing. Het tuchtcollege doet dat niet zomaar. Ik heb de aantallen genoemd.

Mevrouw **Uitslag** (CDA):

Voor alle duidelijkheid: de term "achterlichtje" heb ik niet gebruikt, maar ik haalde de woorden van mijn collega van de PvdA aan, waarmee ik het overigens ook wel eens ben. Wij gaan uit van vertrouwen in de kwaliteit van de verpleegkundige. Mijnheer Van Gerven had het over het falen van de inspectie. In het nieuwe regeerakkoord wordt nu juist de rol van de inspectie steviger neergezet. Mensen kunnen individueel een klacht indienen. Ik heb naar aanleiding van de kwestie-Jansen Steur in Enschede – u wel bekend – met letselschadeadvocaat Drost gesproken. Hij gaf aan dat de oplossing voor dit soort problemen niet gelegen is in nog meer regels. Het gaat om het gedrag in een instelling, om de inspectie, om de wet cliëntenrechten zorg en om vertrouwen in intercollegiale toetsing. Het is een complex geheel dat ervoor moet zorgen dat fouten worden voorkomen in de toekomst. Graag een reactie van de heer Van Gerven op dit voorstel.

De heer **Van Gerven** (SP):

Wat het CDA voorstelt, pak ik niet helemaal. Als ik het goed begrijp, is er ook een aantal andere zaken nodig.

Mevrouw **Uitslag** (CDA):

Ik zal mijn vraag verhelderen, anders krijg ik misschien geen antwoord en dan moet ik hem opnieuw stellen. Het gaat het CDA erom dat er niet nog meer regelgeving moet komen en dat de juiste instrumenten moeten worden ingezet om de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen. Wij moeten niet voorbijgaan aan de rol van de inspectie, ook

Van Gerven

zoals die nu beschreven staat in het regeerakkoord. We moeten ook lering trekken uit de zaken die geweest zijn.

De voorzitter:

Mijnheer Van Gerven, is de vraag nu wel duidelijk?

De heer Van Gerven (SP):

Ja. We komen er uit. In het amendement is geen sprake van meer regels. We hebben nu al een BIG-register en dat wordt beter benut. Laat ik het zo samenvatten. Er is geen sprake van meer regels maar juist van het bieden van meer openheid. Het BIG-register wordt meer gevuld; er is meer in terug te vinden. Dat is het enige: niets meer en niets minder. De voorstellen van mevrouw Uitslag voor de verbetering van het toezicht en intercollegiale toetsing zijn prima, uitstekend; de SP is daar een groot voorstander van en daar moeten wij ook keihard aan werken. Die voorstellen zijn mogelijk effectiever, maar dat neemt niet weg dat wij toch vinden dat wij bij het BIG-register deze stap moeten zetten. Het draagt namelijk ook een steentje bij aan het beter maken van de zorg. Ook geeft het mensen een klein beetje een instrument om een en ander zelf te bekijken als zij twijfels hebben.

De voorzitter:

Misschien kan mevrouw Uitslag daar in haar eigen bijdrage nader op ingaan, anders wordt het vanavond weer een latertje.

Mevrouw Lodders (VVD):

Het amendement van de heer Van Gerven namens de SP vinden wij zeer sympathiek. Het is namelijk een langgekoesterde wens van de VVD om meer transparantie, zeker ook op dit punt, naar voren te brengen. Ik zal er straks in mijn inbreng ook op ingaan. Aangezien het mijn maidenspeech is, kan ik vervolgens geen interruptie van de heer Van Gerven verwachten.

De voorzitter:

Dat is juist heel comfortabel.

Mevrouw Lodders (VVD):

Het is inderdaad heel comfortabel, vandaar dat ik nu de vraag stel. Zou de heer Van Gerven nog eens in willen gaan op het maken van onderscheid wat de vorm van de maatregelen betreft. Moeten wij daadwerkelijk zowel de berisping als de boete als de waarschuwing openbaar maken? Of valt er ook te denken aan het aanbrengen van een tweedeling? Een waarschuwing wellicht niet, maar de andere twee lichte maatregelen wel. En kan er ook een termijn aan gekoppeld worden? Daarmee kom ik terug op wat de collega's al naar voren hebben gebracht. Je arbeidsleven lang een waarschuwing meedragen, is wellicht erg zwaar. In mijn inbreng zal ik aangeven dat het wellicht goed is om daar een periode van vijf jaar aan te hangen. Graag een reactie hierop.

De heer Van Gerven (SP):

Ik was mij er niet van bewust dat vandaag de maidenspeech van mevrouw Lodders is. Ik heb haar namelijk al zo vaak gezien dat ik dacht: die heeft al lang haar maidenspeech gehouden. Maar goed, wij wachten met spanning haar maidenspeech af. Wat haar vraag betreft het volgende. Het amendement ligt er zoals het er ligt. Dat is straight: dus geen termijn, geen vijf jaar, maar gewoon levenslang. Wij brengen ook geen cesuur, geen knip aan

tussen waarschuwing of berisping of schorsing. Ik wacht met belangstelling de inbreng van de VVD op dat punt af. Ik herhaal: zoals het amendement er nu ligt, zit dat er niet in. Ik ben natuurlijk ook benieuwd naar de mening van andere fracties over dit amendement.

Mevrouw Lodders (VVD):

Een korte reactie daarop. Ik hoor dat de heer Van Gerven daar in ieder geval over mee wil denken. Ik ondersteun van harte de opmerking van mevrouw Uitslag van het CDA die zegt: laten wij zorgen voor meer transparantie en laten wij de Wet BIG meer gaan gebruiken, juist voor dit soort zaken. In tweede termijn gaan wij daarover zeker het debat aan.

De heer Van Gerven (SP):

Het was geen vraag, maar ik kom even terug op de termijn van vijf jaar. Even los van wat dan wel of niet openbaar zou moeten zijn, vind ik dat sowieso erg kort. Ook gezien de casuïstiek die de afgelopen jaren is langsgelopen, denk ik niet dat dit voldoende is. Maar goed, wij komen daar later op terug.

Mevrouw Dijkstra (D66):

Wij zijn ook voor transparantie, maar zien wel de risico's van het opnemen van alle waarschuwingen en berispingen in het BIG-register. Wat vindt de heer Van Gerven van een soort "three strikes and you're out"-benadering waarbij je na drie waarschuwingen de pineut bent?

De heer Van Gerven (SP):

Ik heb al gezegd dat dit amendement dat niet behelst. Wij willen dat er sec wordt weergegeven wat er is gebeurd en niet meer dan dat. Overal valt wat voor te zeggen, maar het blijft toch betrekkelijk willekeurig. De SP-fractie heeft met dit amendement een duidelijk uitgangspunt genomen. Ik denk dat een tuchtcollege het niet bij drie waarschuwingen zal laten. Dan zal er waarschijnlijk al een berisping gevolgd zijn. Het tuchtcollege bouwt zelf ook iets op. Ik weet niet of dat voorbeeld in de praktijk voorkomt.

Mevrouw Dijkstra (D66):

Ik reageer bij nader inzien toch maar niet, want dan herhaalt de heer Van Gerven zich.

De voorzitter:

Dat lijkt me een goed plan. Met alle interrupties is de heer Van Gerven inmiddels al een uur aan de gang.

De heer Van Gerven (SP):

Maar ik zit toch nog binnen de 30 minuten van mijn eigen spreektijd.

De voorzitter:

Nou, daar komt u al aardig bij in de buurt.

De heer Van Gerven (SP):

Ik heb ook een reputatie hoog te houden.

De voorzitter:

Ik wil best proberen u van die reputatie af te helpen.

De heer Van Gerven (SP):

Ik ga verder. Ik kom nu op de drie amendementen over de beroepen van doktersassistent, maatschappelijk werker en klinisch chemicus. In de toelichting daarop is duidelijk

Van Gerven

gemotiveerd waarom de SP-fractie het in deze amendementen voorgestelde voorstaat. Het amendement over de doktersassistent is gezien de ontwikkelingen zeer cruciaal en nuttig omdat daarmee de positie van de doktersassistent goed wordt geregeld. Dat is belangrijk in verband met het wetsvoorstel voor het epd. Als die wet er komt, is het belangrijk dat een aantal mensen BIG-geregistreerd is. Daarmee lossen we problemen op rond de toegang tot het epd. Het is zonneklaar dat de doktersassistent toegang moet hebben tot medische gegevens. Dat is de huidige, dagelijkse praktijk. Hij moet daar zelfstandig toegang toe hebben. Als we dat niet regelen met bijvoorbeeld dit amendement zou de assistent altijd op naam van de huisarts moeten inloggen. Volgens mij is het echter een zelfstandig beroep. De assistent moet aangesproken kunnen worden op zijn handelen. Dat regelen we met dit amendement.

Mevrouw **Uitslag** (CDA):

Stelt de heer Van Gerven nu de praktische oplossing voor de wet aan te passen om de doktersassistent tot het epd toe te laten?

De heer **Van Gerven** (SP):

Dat is een van de overwegingen. Het gaat er natuurlijk ook om het beroep als zodanig wettelijk te regelen. Dit amendement is ook bedoeld om een fatsoenlijke opleiding te realiseren en om ervoor te zorgen dat assistenten onder het tuchtrecht vallen, want dat is nu niet goed geregeld.

Mevrouw **Uitslag** (CDA):

Dat is wel goed geregeld. Opleidingen worden niet in de Wet BIG geregeld, zoals de heer Van Gerven weet. Doktersassistenten hebben al een kwaliteitsregister ontwikkeld, waarvoor hulde. Naar mijn idee blijft dus alleen het praktische argument over. Dat lijkt me geen goede basis voor aanpassing van de wet.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik denk dat dat niet juist is. We zullen het antwoord van de minister hierop nog horen. Enkele zaken zijn weliswaar geregeld, maar die zijn privaatrechtelijk geregeld. Het gaat erom dat een en ander beter wordt geregeld in publiekrechtelijke zin door het in de Wet BIG onder te brengen. Daartoe heb ik dit amendement ingediend. Verder is er nog een praktisch punt: de btw-problematiek vervalt als we deze beroepsgroep onder de Wet BIG laten vallen.

De **voorzitter**:

Mevrouw Uitslag, een korte reactie.

Mevrouw **Uitslag** (CDA):

Toch constateer ik dat de heer Van Gerven de argumenten met betrekking tot opleiding aandraagt om een beroepsgroep toe te voegen aan de Wet BIG. Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat hij zijn argumenten baseert op de verkeerde informatie. Nogmaals, opleidingen en kwaliteit worden niet geregeld in de Wet BIG. Daar is een kwaliteitsinstituut voor. Dat hebben de doktersassistenten goed voor elkaar, waarvoor nogmaals hulde. Er rest dus slechts een praktisch argument om de wet aan te passen. Dat vind ik devaluatie van de wet. Daar wil ik wel bij opmerken dat ik veel respect heb voor de doktersassistenten.

De heer **Van Gerven** (SP):

Hopelijk hebben we dat allemaal. De doktersassistenten willen niets liever dan worden opgenomen in de Wet BIG. Dat is niet zonder reden. Er zijn een hoop praktische problemen die worden opgelost als de beroepsgroep wettelijk wordt ingekaderd. Natuurlijk zijn er nu opleidingen voor doktersassistenten, maatschappelijk werkers en klinisch chemici. In die beroepsgroepen is het echter niet geregeld zoals bij beroepen die wel zijn ondergebracht in de Wet BIG.

Mevrouw **Uitslag** (CDA):

Voorzitter. Mag ik alstublieft nog heel kort reageren?

De **voorzitter**:

Heel kort dan, want ik wil echt niet meer dan drie interrupties toestaan en dit is uw vierde al.

Mevrouw **Uitslag** (CDA):

Dank u wel. We hebben het hier over de beroepen in de individuele gezondheidszorg. In de Wet BIG staat letterlijk dat het gaat om beroepen waarbij men aan de mensen zit of in de mensen prikt. De klinisch chemicus zit niet aan mensen. Over de doktersassistenten heb ik net al iets gezegd. De maatschappelijk werker praat en doet niets in het lichaam, doet niet aan cellen doorklieven, zoals het zo mooi in de wet staat. Ik snap dus niet waarom deze drie beroepen moeten worden opgenomen in de wet, zoals de heer Van Gerven voorstelt.

De heer **Van Gerven** (SP):

Weet mevrouw Uitslag dat een doktersassistent ook allerlei handelingen verricht, weliswaar in opdracht van de huisarts, maar wel zelfstandig? Het is goed om wettelijk te regelen dat de doktersassistent zelf aansprakelijk is voor bepaalde zaken. Dat moet niet via de arts lopen. De beroepsgroep heeft een zelfstandige bevoegdheid en het is goed om dat gegeven wettelijk, publiekrechtelijk, in te kaderen.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Hoeveel beroepen zullen naar verwachting van de heer Van Gerven nog in het BIG-register worden opgenomen? We hebben vandaag een brief gekregen van de diabetes-verpleegkundigen; zij willen dit ook. De technisch geneeskundigen willen eveneens graag in het BIG-register worden opgenomen. Kan de heer Van Gerven schetsen welke aanvragen hij nog verwacht en wat dit betekent voor de Wet BIG? Ik zal dit overigens in mijn inbreng ook aan de minister vragen.

De **voorzitter**:

Misschien kan de heer Van Gerven dan volstaan met een korte reactie.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik zal eerlijk zijn, mijnheer Van der Veen: dat weet ik niet. Ik heb deze drie beroepsgroepen aangedragen omdat die al heel lang hiermee bezig zijn. De klinisch chemici zijn al tien jaar aan het onderhandelen met het ministerie, maar het is nog niet opgelost. Maatschappelijk werk idem dito. In de argumentatie van de minister hebben we kunnen lezen: maatschappelijk werk is geen gezondheidszorg en ik kan het dus niet regelen, punt. Daar is discussie over. In het amendement over maatschappelijk werk heb ik de gezondheidszorg maatschappelijk werker genoemd.

Van Gerven

Veel maatschappelijk werkers zijn namelijk werkzaam in de tweede lijn, bijvoorbeeld in de ggz. Zij komen in toenemende mate in de knel. Ook daarbij speelt de epd-discussie een rol. Al die problemen kunnen we oplossen met mijn amendementen.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Het blijft mij puzzelen. Bijvoorbeeld de technisch verpleegkundigen zijn vanaf 2003 bezig. Er is een rapport verschenen waarin wordt gezegd: ons lijkt dat de BIG opnamerijp is. "Men is er allang mee bezig" vind ik ook een lastig onderscheidend criterium, dus waarom het ene beroep wel en het andere beroep niet? Wellicht kunnen wij er in tweede termijn op terugkomen.

De heer **Van Gerven** (SP):

Alles ontwikkelt zich. Het is niet te zeggen waar het eindigt. Ik denk dat er in de toekomst wellicht meer beroepen onder zullen vallen. Maar is dat erg? Het is toch niet erg, als dat een goed doel dient? Ik zie het probleem niet.

Een van de redenen waarom ik het amendement over de klinisch chemici heb ingediend, is dat er allerlei laboratoria zijn die non-onderzoeken aanbieden waarbij je diagnoses kunt laten stellen die niet bestaan. Daaraan moet een eind komen. Mijn amendement kan ertoe bijdragen dat wij dat soort charlatans en excessen kunnen aanpakken, omdat een klinisch chemicus dan geregistreerd moet zijn. Nu is dat op vrijwillige basis; het is niet wettelijk geregeld. Ik heb de percentages genoemd, bijvoorbeeld bij het maatschappelijk werk, waar dat fatsoenlijk is geregeld. Bij de rest is het heel vrijblijvend. Ik vind dat niet goed voor de zorg.

De **voorzitter**:

Mijnheer Van Gerven, was u klaar met de behandeling van uw amendementen?

De heer **Van Gerven** (SP):

Ja, voorzitter. Ik denk dat ik het hier maar bij laat in eerste termijn.

De **voorzitter**:

Dat lijkt mij heel goed. Dank u wel.

Mevrouw **Uitslag** (CDA):

Voorzitter. Het is een gedenkwaardige dag vandaag. Vandaag is het dan eindelijk zover: de twee wetten worden gewijzigd en heel veel verpleegkundig specialisten, de nurse-practitioner en de physician assistant, en gespecialiseerde verpleegkundigen mogen nu binnen een experimenteel artikel legaal doen wat zij in de praktijk al lange tijd deden, namelijk het ter hand stellen of voorschrijven van uitsluitend op recept verkrijgbare medicijnen. Dit wetsvoorstel regelt ook dat zij welkom zijn bij wetenschappelijke congressen en reclame mogen ontvangen over de geneesmiddelen die zij mogen voorschrijven. Het is een kleine stap naar dit kathedraal, maar een enorme stap vooruit voor de verpleegkundigen en daarmee natuurlijk ook voor de patiënt, voor wie zij er zijn. Hier staat een blij Kamerlid voor het CDA, ook al betreft het nog een experimenteel artikel en het dragen van een opleidingstitel in plaats van een beroepstitel, maar toch is het een grote stap vooruit; optimist die ik ben.

Het is voor de patiënt een winstpunt. Immers, de nurse-practitioner en de physician assistant staan heel dicht bij die patiënt. Zoals de minister reeds aangaf in haar brief, is taakherschikking ook noodzakelijk om doelmatigere en mogelijk efficiëntere en kwalitatief betere zorg te kunnen organiseren dichtbij die patiënt door kwalitatief goed opgeleide professionals. Dat is voor de patiënt natuurlijk een enorme verrijking. Het CDA heeft dan ook ontzettend veel vertrouwen in het voorliggende wetsvoorstel en het experiment en is niet van plan om op voorhand protocollen, extra regels of allerlei belemmeringen in te schieten. Het CDA gaat niet uit van angst, maar gaat ervan uit dat de beroepsgroep klaar is voor de volgende stap. Bepaalde taken kunnen worden overgenomen door de verpleegkundige, zeg ik in de richting van de heer Van Gerven. Goede zorg is een kwestie van een teamprestatie en niet van alleen een arts, een verpleegkundige, een fysiotherapeut of een ergotherapeut. Het gaat om teamplay.

Het CDA juicht deze taakherschikking toe en stelt dan ook voor dat er geen extra regeltjes komen of een vernauwing van de AMvB plaatsvindt. Vertrouwen in de opleiding, vertrouwen in de deskundigheid van onze nieuwe beroepsbeoefenaren, de mogelijkheid van doordelegeren, ja. Zelfstandig diagnoses kunnen vaststellen binnen hun bevoegdheid, ja. Het geeft ook nog eens een keertje de mogelijkheid om door te groeien in je vak. Het geeft de uitdaging om je te specialiseren, nu eens aan het bed. Laten wij wel wezen, als je vroeger carrière wilde maken in de zorg, kon je alleen maar een ding doen: the only way is up; dan werd je manager. Ik heb heel veel goede verpleegkundigen zien afhaken omdat zij een lousy manager waren. Dat is heel jammer. Daardoor verliezen wij goede krachten in de zorg.

Het verpleegkundig leiderschap is een thema dat ook hier weer prevaleert. Voor het CDA is het echt belangrijk. Het begint aan het bed. Maar het geeft ook lucht als het gaat om de krapte van de arbeidsmarkt. Bepaalde taken van medisch specialisten en artsen kunnen heel goed worden uitgevoerd door deskundige verpleegkundigen, gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Er is op heel veel vlakken een toegevoegde waarde.

Op welke wijze krijgen deze specialisten een plek in de organisatie? Het CDA pleit voor een goede plek. Je kunt wel nurse-practitioners opleiden, maar als ze vervolgens niet de taken mogen uitvoeren die ze zouden moeten uitvoeren, ben je eigenlijk terug bij af. Dat is ook slecht voor het imago van het vak. Laten wij wel wezen, het gebeurt al enige tijd aan het bed, dus er zijn best practices in overvloed. Laten wij daarnaar kijken.

De Raad van State was zeer kritisch over het voorliggende voorstel. Ik wil graag een reactie van de minister op de houding van de raad. Wanneer is het experiment geslaagd? Het experiment duurt vijf jaar en kan met vijf jaar worden verlengd. Waar zien wij het aan als het experiment echt slaagt? Als het CDA het mag zeggen, gaat het om de kwaliteit van de zorgverlening, maar hoe meten wij die?

Ik kom terug op de technische geneeskunde. Mijn collega van de PvdA noemde die net al. Klopt het dat op grond van het experimenteel artikel de afgestudeerden van de Twentse opleiding technische geneeskunde behandelingsbevoegdheid krijgen?

Er komt een AMvB, maar wat komt er precies in te staan? Worden er ook adviezen in gegeven voor de zelfstandige bevoegdheid van de gespecialiseerde verpleeg-

Uitslag

kundigen en de technische geneeskunde? Ik stel voor dat de Kamer het ontwerp-AMvB nog een keer kan zien. Graag een toezegging op dit punt.

Voor het buitenland is sprake van een zogenaamde zwarte lijst. Vallen de beroepsbeoefenaren genoemd in dit experimenteerartikel ook onder deze regeling?

Het CDA gaat er voor de experimenteerfase van uit dat de physician assistant (PA) en de nurse-practitioner bevoegd zijn volgens de Wet BIG en ook vallen onder het tuchtrecht. Klopt dit volgens de minister?

In mijn interrupties in het betoog van de heer Van Gerven heb ik al veel gezegd over zijn amendement voor het openbaar maken van fouten. Er gebeuren helaas vreselijke dingen, zoals wij in de krant kunnen lezen. Die vreselijke dingen worden openbaar gemaakt. Daar zit dat onderscheid in tussen lichte en wat zwaardere maatregelen in het tuchtrecht. Gehoord de opmerkingen van mijn collega's, kan ik mij voorstellen dat die transparantie heel belangrijk is. Kunnen wij niet kiezen voor een "nee, tenzij"-regel? Ik meen dat dat ook het geval is bij het notaristuchtrecht. Als de tuchtrechter vindt dat een maatregel heel belangrijk is als lerende waarde voor de beroepsgroep, maar ook voor de mensen thuis, zou het mogelijk zijn. Let wel, dan moet het wel duidelijk leesbaar zijn. Zo'n tuchtrechtmaatregel is over het algemeen heel ingewikkeld te lezen, ook voor iemand die universitair is opgeleid, zoals ik. Daar moeten wij dus echt naar kijken. Ik stel de minister dus voor om het zo te laten, met een "nee, tenzij" als de tuchtrechter vindt dat het een zo belangrijke zaak is, dat openbaarheid de voorkeur verdient. Ik denk dan niet aan het achterlichtje van de heer Van der Veen.

De heer Van der Veen (PvdA):
Mijn achterlichtje brandt altijd, maar de fiets staat meestal in de schuur. Ik hoor u zeggen dat u voor transparantie bent, maar vervolgens hoor ik u zeggen dat het de tuchtrechter is die bepaalt of iets wel of niet naar buiten gaat. Heb ik u goed begrepen?

De voorzitter:
Wilt u via de voorzitter spreken?

De heer Van der Veen (PvdA):
Dat had ik via de voorzitter aan mevrouw Uitslag willen vragen. Excuses, voorzitter.

Mevrouw Uitslag (CDA):
Het CDA is voor transparantie in de zorg op heel veel gebieden, maar vraagt zich wel af of dit het instrument is dat ertoe zal leiden dat de kwaliteit van de zorg beter wordt. Wij zullen met elkaar moeten bekijken of bestaande instrumenten, die ook in het regeerakkoord worden genoemd, niet veel effectiever zijn om ervoor te zorgen dat de klant goed wordt ingelicht, dat hij weet dat de zaken in het ziekenhuis op orde zijn.

De heer Van der Veen (PvdA):
Mevrouw Uitslag reageert op het amendement van de heer Van Gerven: wij zijn ook erg voor transparantie. Vervolgens hebben we een debatje gehad over de vraag of dat aan een termijn moet worden verbonden. Nu zegt zij: nee, het tuchtcollege moet bepalen of iets al of niet naar buiten gaat. Wat is haar transparantie? Wat zij in het interruptiedebat met de heer Van Gerven aangaf, of wat zij nu zegt?

Mevrouw Uitslag (CDA):
De tuchtrechter legt nu al de berisping of de maatregel op. In die zin bepaalt de tuchtrechter ook wat openbaar wordt en wat niet. Dat blijft zo. Ik stel voor om te kijken naar bestaande instrumenten om het de patiënt makkelijker te maken. De heer Van Gerven vindt dat het openbaar moet worden, zodat de patiënt kan inzien of iemand koosjer heeft gehandeld, of niet. Daar reageerde ik op met de vraag of er in de praktijk niet heel veel andere instrumenten zijn die patiëntvriendelijker zijn en die ook transparantie beogen. Zo ja, kunnen we die dan niet beter inzetten?

De heer Van der Veen (PvdA):
Wat zijn die instrumenten?

Mevrouw Uitslag (CDA):
Die noem ik graag, zoals ik net in het interruptiedebat ook al deed. In het regeerakkoord worden de volgende zaken genoemd: verscherping van de rol van de inspectie, waarbij het ook mogelijk is dat individuen klachten rechtstreeks bij de inspectie kunnen melden en de Wcz, waarin zaken over het klachtenrecht worden geregeld. Maar dat wetsvoorstel moet nog door de Kamer. Verder noem ik de ervaringen die we tot nu toe hebben opgedaan met zaken als Jansen Steur in Enschede. Laten we vooral kijken hoe de praktijk daarmee als lerende organisatie kan omgaan. Er zijn naar mijn idee heel veel instrumenten die daarvoor kunnen zorgen.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):
Ik zie het opwerpen van "nee, tenzij" door mevrouw Uitslag vooral als een mogelijkheid om een goede balans tussen patiënt en behandelaar te vinden. Ik denk daar graag verder over door.

Ik zag dat mevrouw Uitslag aan het afronden was, dus ik dacht: nu moet ik naar voren komen. Zij voerde met de heer Van Gerven een debatje over de opname van het beroep van doktersassistent in de Wet BIG. Ik begreep daaruit dat mevrouw Uitslag daarop tegen was. Ik was dat aanvankelijk ook, maar toen ik hoorde dat de Nederlandse vereniging van doktersassistenten juist heel erg voor is – zij ziet dat graag wettelijk geregeld, omdat doktersassistenten heel veel belangrijke medische handelingen verrichten – dacht ik dat dat toch wel een advies is dat ik ter harte neem. Wat vindt mevrouw Uitslag daarvan?

Mevrouw Uitslag (CDA):
Voor mijn fractie is heel belangrijk dat we in de sfeer blijven van de Wet BIG zoals die ooit bedoeld was. Mijn collega van de PvdA vroeg in een interruptiedebat al waar we de grens moeten trekken. Ik wil die grens trekken waar de wet oorspronkelijk voor was bedoeld. Tegen mevrouw Voortman zeg ik dat er nu in de Wet BIG al een aantal zaken is geregeld voor doktersassistenten. Mijnheer Van Gerven zei dat ze wat meer ruimte moeten krijgen, zodat ze niet altijd onder het toezicht van een arts moeten opereren. Hij spreekt zichzelf eigenlijk tegen als hij zegt dat hij zich er zorgen over maakt dat de verpleegkundig specialisten helemaal zonder toezicht opereren. Daar wringt in zijn argumentatie de schoen.

Terugkomend op de vraag van mevrouw Voortman: ik denk dat de eisen voor doktersassistent die nu zijn geborgd in de Wet BIG – uit mijn hoofd: artikel 36a – plus het kwaliteitsregister dat de beroepsgroep zelf heeft ingesteld een heel goede basis zijn om die kwaliteit te kunnen

Uitslag

leveren, en om de evolutie van de eigen beroepsgroep te kunnen maken.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Dat kwaliteitsregister is juist vooruitlopend op een opname in de Wet BIG in het leven geroepen. Die vereniging wil juist heel graag dat er een BIG-opname zal zijn. Het is dus niet of/of, het is juist het een of het ander. Kan die mogelijkheid er wat mevrouw Uitslag betreft zijn? Misschien niet nu, maar bijvoorbeeld over enkele jaren, als blijkt dat dat register goed werkt?

Mevrouw Uitslag (CDA):

Dan zou ik mevrouw Voortman willen vragen waarom zij vindt dat het nu niet goed geregeld is en waarom er aanpassingen moeten plaatsvinden.

De voorzitter:

Dit gaan wij niet doen. Dit wordt niet een vraag-en-antwoordspel. Dat heb ik net ook al een keer gezegd en daar ben ik streng in. Dit moet u dus maar bilateraal met mevrouw Voortman bespreken.

Mevrouw Uitslag (CDA):

Mijn punt blijft dan wel dat ik op dit moment niet de meerwaarde zie van het opnemen van de doktersassistent in de Wet BIG.

De voorzitter:

Mijnheer Van Gerven heeft ook nog een vraag aan u.

De heer Van Gerven (SP):

Ik heb eerst een vraag over de openbaarheid van het BIG-register. Ik ben een beetje in verwarring als het gaat om de vraag waar het CDA nu precies staat. Het CDA is voor transparantie, maar zegt, als ik het goed begrijp, vervolgens dat het toch niets gaat veranderen. Wil het CDA nu dat berispingen openbaar worden of niet? Nu is alleen een schorsing zichtbaar of iemand is helemaal doorgehaald. Anders is het niet te zien. Wat wil het CDA nu precies?

Mevrouw Uitslag (CDA):

Het CDA wil een goede gezondheidszorg en wil dat als een patiënt opgenomen wordt in een ziekenhuis, hij er vertrouwen in kan hebben dat hij een goede arts en een goed opgeleide verpleegkundige aan het bed treft. Het CDA vindt ook, kijkend naar onze gezondheidszorg, dat men daar van uit mag gaan. Maar helaas gebeuren er minder goede dingen. De Wet BIG is ingesteld om te leren van elkaar en om ervoor te zorgen dat die fouten een volgende keer niet weer worden gemaakt. Vandaar ook het openbaar maken daarvan en de tuchtcolleges waar ook beroepsgenoten in zitten. Wij vinden dat een goede zaak. Wij vragen ons echter oprecht af of het ook via de Wet BIG opengooien van de lichtere maatregelen tot doel heeft om de gezondheidszorg kwalitatief beter te maken. De heer Van Gerven gaf in zijn betoog zelf al aan dat het tuchtrecht heel ingewikkeld is en dat patiënten dat niet kunnen lezen. Ik vraag mij dan ook oprecht af of dit een goed instrument is.

De heer Van Gerven gaf in zijn betoog ook aan – daar ben ik wel gevoelig voor – dat bepaalde waarschuwingen zo van belang zijn dat die wel openbaar gemaakt moeten worden. Ik wil daarom met anderen kijken of wij niet een

"nee, tenzij"-regel kunnen invoeren, waarbij de tuchtrechter de mogelijkheid heeft om daarover te oordelen.

De voorzitter:

Mijnheer Van Gerven, u mag nog kort iets zeggen, want ik bespeur hier toch een herhaling van zetten.

De heer Van Gerven (SP):

Ik begrijp wat het CDA wil en dat vind ik een vooruitgang. In die zin is het geen herhaling van zetten. Volgens mij is hetgeen het CDA wil echter niet goed mogelijk. Het is nu wettelijk geregeld dat schorsingen in het register zijn te zien. Dat is niet aan het tuchtcollege, maar dat is wettelijk zo geregeld. Het tuchtcollege weegt af of iemand een berisping moet krijgen, maar het gaat niet over de openbaarheid. Ik vind ook dat wij dit niet bij het tuchtcollege moeten leggen, maar dat wij dit wettelijk moeten regelen, bijvoorbeeld via mijn amendement op dit punt.

De voorzitter:

Dat bedoel ik nu met "herhaling van zetten", mijnheer Van Gerven. Wat is uw vraag aan mevrouw Uitslag?

De heer Van Gerven (SP):

Mijn slotvraag is of de CDA-fractie niet van mening is dat zij het tuchtcollege met een onmogelijke opdracht opzadelt.

De voorzitter:

Kijk, dat is een nieuwe vraag.

Mevrouw Uitslag (CDA):

Nee, ik vind dat niet. Ik ben het niet met de heer Van Gerven eens dat de wet bepaalt en niet de tuchtrechter. De tuchtrechter weegt de zaak samen met beroepsgenoten en een jurist. Hij bepaalt welke strafmaatregel wordt opgelegd. De tuchtrechter bepaalt het dus wel degelijk. Ik kan mij voorstellen dat de tuchtrechter, wanneer wij alles opengooien, ook op die manier naar een mogelijke waarschuwing kijkt. Dat geeft dit instrument een totaal andere dimensie. Dat zou zeer spijtig zijn. Ik denk dat het mogelijk is – ik vraag dit ook aan de minister – om een "nee, tenzij"-regel toe te passen. Dat is per slot van rekening ook zo bij notarissen.

De voorzitter:

Mijnheer Van Gerven, ik wil het hierbij laten.

Mevrouw Uitslag (CDA):

Tot slot ga ik in op de Geneesmiddelenwet, waarover wij het bijna niet hebben gehad. Mijn collega Schermers heeft in de vorige periode een motie ingediend over de UAD-geneesmiddelen, die uitsluitend bij apotheek en drogist te verkrijgen zijn. De Raad van State heeft deze motie ontraden. Die motie van mijn oud-collega en arts Schermers ging over de geneesmiddelen die de patiëntveiligheid in gevaar zouden kunnen brengen. Het was zeker niet onze bedoeling om alle geneesmiddelen weer achter de toonbank te plaatsen, zoals oud-collega Kant van de SP eerder in een motie bepleitte. Het gaat de CDA-fractie om de veiligheid van de gebruikers. De risico's moeten voldoende bekend zijn bij de gebruikers. Het CDA heeft vertrouwen in de consument – dat stel ik voorop – maar een goede voorlichting, ook over zelfzorgmiddelen, vinden wij van groot belang. Een consument en gebruiker kan immers pas verantwoorde keuzes maken als hij ade-

Uitslag

quaat is geïnformeerd. Kan de minister aangeven op welke wijze goede en adequate voorlichting wordt geborgd? De CDA-fractie voelt dus niet veel voor een langdurig onderzoek naar zelfzorgmiddelen of voor de inzet van een mystery guest, maar vraagt de minister om nogmaals naar de motie-Schermers te kijken en om die motie in overweging te nemen.



Mevrouw **Dijkstra** (D66):

Voorzitter. De vaste Kamercommissie van VWS debatteert vaak met de bewindslieden over het verbeteren van de kwaliteit en het verlagen van de kosten van de zorg. Het gebeurt niet zo vaak dat die twee doelstellingen zo in elkaars verlengde liggen als bij dit debat over de wijzigingen van de Geneesmiddelenwet en de Wet BIG.

D66 is voorstander van versterking van het verpleegkundig beroep. Wij vinden dat verpleegkundigen meer medische taken en organisatietaken op zich kunnen nemen. Taakherschikking leidt ertoe dat het tekort aan artsen voor een deel wordt opgelost en dat de carrière mogelijkheden van verpleegkundigen verbeteren. Mijn fractie wil daarom het opleiden en inzetten van gespecialiseerde verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten blijven stimuleren, want zo behouden wij verpleegkundigen voor de zorg en gaat hun deskundigheid aan het bed niet verloren.

Door opname van verpleegkundigen in de Geneesmiddelenwet en de aanpassingen van de Wet BIG worden de verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid van verpleegkundigen beter geregeld. Mijn fractie juicht het dan ook toe dat de rechtsongelijkheid, bijvoorbeeld ten opzichte van artsen, hiermee wordt weggenomen. Bovendien vinden wij de toevoeging van verpleegkundigen aan artikel 82 van de Geneesmiddelenwet op haar plaats. Hierdoor kunnen verpleegkundigen hun kennis en vaardigheden veel beter op peil houden en is de kwaliteit van de zorg voor hun patiënten beter gegarandeerd.

Mijn fractie constateert dat de Algemene Maatregel van Bestuur de bevoegdheden van de verpleegkundige specialist afdoende regelt. Daarnaast is de borging van opleiding en deskundigheidsbevordering volgens ons nu voldoende vastgelegd. Bovendien worden sinds 2009 de verpleegkundige specialisten formeel geïnstalleerd in het specialistenregister. Wij concluderen dat hiermee is voldaan aan de belangrijkste kwaliteitseisen. Is de minister het met mij eens dat de huidige Algemene Maatregel van Bestuur met betrekking tot de bevoegdheden van verpleegkundige specialisten volstaat? Vindt de minister dat de deskundigheid van de gespecialiseerde verpleegkundigen nu alsnog goed geregeld en gewaarborgd is? En hoe wil de minister gedurende de komende vijf jaar de experimenten in de Wet BIG, artikel 36a, evalueren?

De D66-fractie heeft in de afgelopen periode meerdere keren aandacht gevraagd voor het gat in de arbeidsmarkt van verpleegkundigen en verzorgenden. Steeds meer mensen maken gebruik van de zorgsector, maar steeds minder mensen werken in die sector. De kwaliteit van het werk van verpleegkundigen en verzorgenden komt daardoor in toenemende mate onder druk te staan. Hoe wil de minister de beroepen van verpleegkundige en verzorgende aantrekkelijker maken? Ik denk dat de carrièreperspectieven, één van de aspecten, met de huidige regelingen worden bevorderd, maar is de minister bereid om de uitbreiding van het takenpakket en daarmee de grotere ver-

antwoordelijkheid van verpleegkundigen en verzorgenden ook op andere manieren te belonen? Ik wil dan heel graag van haar weten hoe zij dit wil aanpakken. Dit kabinet wil steeds meer zorg vanuit de tweede lijn overhevelen naar de eerste lijn. Dat houdt in dat de huisartsenpraktijk in toenemende mate belast wordt. In de dagelijkse praktijk wordt steeds meer werk van de huisarts in handen gegeven van de doktersassistent. Die neemt de intake of de triage voor zijn of haar rekening en draagt bij aan de medische zorg. Ondanks dat het beroep van doktersassistent gedurende de afgelopen jaren professioneler is geworden, worden alle taken nu nog uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de arts. Dat is onpraktisch en niet meer van deze tijd. Wij vinden dat dit moet veranderen. Het beroep van doktersassistent moet opgenomen worden in de Wet BIG. Daarmee is een opleiding, bij- en nascholing, voor het werk vereist en is de kwaliteit van het werk gegarandeerd. Bovendien is het werk in de huisartsenpraktijk overzichtelijker te organiseren tussen de verschillende disciplines die daar werkzaam zijn. Ik wil hierop graag een reactie van de minister.

Ik ga specifiek in op de wijzigingen van de Geneesmiddelenwet. De D66-fractie wil dat de apotheker zijn rol van zorgverlener actiever invult. Dat willen de apothekers ook, maar die worden nu beperkt in de mogelijkheden daartoe. Als patiënten bijvoorbeeld verschillende medicijnen slikken, zou het goed zijn als de apotheker regelmatig en in overleg met de huisarts of de medisch specialist een medicijncheck doet. De veiligheid en de therapietrouw worden hiermee verhoogd. Verspilling van medicijnen wordt tegengegaan. Apothekers hebben nu geen inzage in de laboratoriumuitslagen van bijvoorbeeld een klinisch-chemisch laboratorium en zijn daardoor niet in staat, de cliënt volledig te informeren. Mijn fractie bepleit daarom, uiteraard na toestemming van de patiënt, om inzage van apothekers in laboratoriumuitslagen van de patiënt. In feite sluit dit aan op de wetwijziging over de vermelding van indicatie of diagnose op recept. Graag een reactie van de minister op dit pleidooi. Afhankelijk daarvan overweeg ik, een amendement in te dienen.

D66 wil de bestaande distributie van zelfzorggeneesmiddelen in principe handhaven. Wij willen dat de verkoop van deze geneesmiddelen niet achter de toonbank verdwijnt. Onderzoek geeft daartoe op dit moment ook geen aanleiding. Mijn fractie is gevoelig voor de organisatorische redenen die de Raad van State aanvoert om af te zien van deze wetwijziging. De verkoop van zelfzorggeneesmiddelen opnieuw achter de toonbank brengen, kost vooral het midden- en kleinbedrijf een hele hoop geld en levert nauwelijks wat op. In zo'n geval denkt mijn fractie heel pragmatisch: niet aan beginnen. Wij vinden het wel belangrijk dat nader onderzoek wordt gedaan naar het gestegen gebruik van paracetamol. Ik pleit ook voor meer informatie aan gebruikers en cliënten over gebruik en effect van deze middelen. Ik vraag dan ook aan de minister wat zij gaat doen om dat te bevorderen.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Ik begrijp mevrouw Dijkstra niet helemaal als zij het heeft over de verkoop van zelfzorggeneesmiddelen. Zij zegt dat wij het midden- en kleinbedrijf belasten als die geneesmiddelen weer achter de toonbank belanden. Als zij onder het midden- en kleinbedrijf de drogisten verstaat, kan ik die opmerking niet vatten. Juist de drogisten hebben gezegd de verkoop van bepaalde zelfzorggeneesmiddelen uitsluitend bij de drogist te willen zien. Ik steun ook zeer

Dijkstra

het verzoek van mevrouw Dijkstra om onderzoek te doen, met name vanwege de paracetamol. Is mevrouw Dijkstra het met mij eens dat het dan heel verstandig is om het rapport van het onderzoeksbureau Nivel eerst in een commissievergadering te bespreken alvorens hierover een beslissing te nemen?

Mevrouw **Dijkstra** (D66):

Daarmee heb ik geen enkel probleem. Ik heb hier de conclusies van dat rapport voor mij liggen. Op grond daarvan kom ik tot de oproep tot nader onderzoek. Dat komt uit het rapport voort. Wat het midden- en kleinbedrijf betreft, nog niet zolang geleden mochten de zelfzorggeneesmiddelen gewoon aangeboden worden. Daarvoor zijn allerlei investeringen gedaan, die nu weer teruggedraaid zouden moeten worden. Wij hebben er echter niet voldoende informatie over. In de supermarkten worden nu zelfzorggeneesmiddelen aangeboden. Wat schiet je op met het daar achter de toonbank brengen als je vervolgens aan een verkoopster van 15, 16 jaar vraagt om je die middelen te leveren? Wat is dan de toegevoegde waarde? Wij moeten eerst weten hoe het echt zit, en dan eventueel maatregelen nemen.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Ik kan daarmee leven. In de Kamer is al verschillende malen aan de orde geweest dat juist het veiligheidsaspect maakt dat bij drogisten, en eventueel bij supermarkten die aan bepaalde voorwaarden voldoen, advies moet kunnen worden gegeven. Een van de punten die in dat rapport staat, is dat dit niet maximaal gebeurt. Persoonlijk heb ik ook die ervaring. Ik deel dus de wens om daar nog eens goed onderzoek naar te doen en het in een commissievergadering te laten terugkomen, alvorens er beslissingen worden genomen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66):

Dan zijn wij het daarover eens.

Voorzitter, ik rond af. D66 concludeert dat met de meeste voorgestelde wijzigingen van de Geneesmiddelenwet en de Wet BIG vooruitgang wordt geboekt. In een enkel geval denkt mijn fractie: bezint eer ge begint. Ik ben benieuwd naar de beantwoording van de minister.

□

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Voorzitter. Mijn fractie is blij dat beide wetsvoorstellen hier nu worden behandeld. De wijzigingen staan immers in het teken van taakherschikking, iets waarvan mijn fractie een warm voorstander is. Taakherschikking, zowel van de tweede lijn naar de eerste lijn als binnen de eerste lijn, levert volgens ons efficiëntere en betere zorg op. Daarbij levert de taakherschikking ook een bijdrage aan het oplossen van het tekort aan artsen en worden de carrièremogelijkheden van zorgverleners vergroot. Dat is belangrijk voor de toekomst van de arbeidsmarkt in de zorgsector. Met die taakherschikking vragen wij de minister wel om samen met de NZa ook te kijken naar tariefherschikkingen. Dan kan het natuurlijk ook een aardige kostenbesparing opleveren. Een handeling verricht door een praktijkondersteuner zal immers goedkoper dienen uit te vallen dan het uitvoeren daarvan door een arts. Heeft de minister al zicht op in hoeverre taakherschikking ook tariefherschikking teweegbrengt?

Zetten wij alle wijzigingen op een rij, dan ontstaat voor ons een positief beeld van het beleid van deze regering. Wij kunnen de ingeslagen richting dan ook ondersteunen. Dit betekent echter niet dat wij rustig achteroverleunen en blind vertrouwen op de minister. Als het gaat om het wijzigen van de Geneesmiddelenwet, zetten wij vraagtekens bij het strafbaar stellen van het off-label voorschrijven buiten de richtlijnen om. Off-label voorschrijven komt met name voor bij ouderen en kinderen, omdat het bij die groepen gaat om maatwerk. Aangezien de wetenschap harder loopt dan de richtlijnen, kan een patiënt baat hebben bij een off-label verstrekt geneesmiddel. In die gevallen moet dat onzes inziens ook zonder consequenties voor de arts kunnen worden voorgeschreven. Graag een reactie hierop van de minister.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Ik wil nog even een punt terug, de taakherschikking. Mevrouw Gerbrands vroeg in dat verband of dit kon leiden tot tariefherschikking. Dat klinkt toch een beetje te veel alsof zij hiermee ook beoogt om te bezuinigen. Ik hoop dat ik dit verkeerd heb begrepen en dat de PVV het vooral wil om vakinhoudelijke redenen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Vooral om vakinhoudelijke redenen, maar het is natuurlijk wel een leuke bijkomstigheid. Als je diabetes hebt en in plaats van naar de huisarts naar de diabetesverpleegkundige gaat, is het een leuke bijkomstigheid als het tarief omlaag kan. Dat is echter niet een doel op zich. Het doel is het ontlasten van de artsen en het verbeteren van de carrièremogelijkheden van de verpleegkundigen.

Mevrouw **Uitslag** (CDA):

Ik had dezelfde vraag aan mevrouw Gerbrands als mijn collega. Ik ben blij dat zij nu zegt dat het met name te maken heeft met een inhoudelijke impuls. Vindt ook zij dat de nurse-practitioner en de verpleegkundige aan tafel moeten komen te zitten bij het vaststellen van de tarieven in de gezondheidszorg? Misschien moeten zij wel een aanzienlijk aandeel hebben in de DOT's of de DBC's.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Als wij inderdaad naar tariefherschikking gaan, is er voor hen daarin ook een rol weggelegd. Zij moeten aan tafel gaan zitten om alles goed af te kaderen: wat doen we, wat is het verschil met hoe de arts het deed, hoe kunnen we tot een totaalplaatje komen?

Mevrouw **Uitslag** (CDA):

Dan ondersteun ik dit van harte.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Ik maak een opmerking over de zelfzorggeneesmiddelen. Al eerder bereikten ons berichten dat het aantal vergiftigingen door een overdosis paracetamol is gestegen, volgens een onderzoek zelfs met 45%. Dit betekent niet dat wij pleiten voor indeling van paracetamol bij Uitsluitend Apotheek of Drogist; wij pleiten alleen voor aanpassing van de verpakkingsgrootte. Het verbaast ons dat paracetamol in grootverpakkingen van 50 en 100 stuks beschikbaar is. Wij dringen erop aan dat dit aantal wordt teruggebracht. In de landen om ons heen is het maximum al teruggebracht tot twintig stuks. Dit maakt mensen ook bewust van de gevaren van het medicijn. De minister hoeft wat ons betreft het onderzoek dat loopt bij het CBG dan

Gerbrands

ook niet af te wachten, maar kan volgens ons gelijk de beperking invoeren.

Ik kom op de wijziging van de Wet BIG. Ondanks de positieve richting die de minister is ingeslagen, constateren wij ook een tegenvaller. Wij zijn namelijk teleurgesteld dat de minister het besluit ten aanzien van de periodieke registratie voor de zogenoemde tweedetrancheberoepen (arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog en psychotherapeut) voor zich uit schuift. De heer Van Gerven van de SP heeft er al op gewezen dat de kwakzalvers onder ons welig tieren. Volgens ons heeft de periodieke registratie als doel om te waarborgen dat de deskundigheid van de in het BIG-register ingeschreven beroepsbeoefenaren op peil blijft. Nu geldt nog steeds: eenmaal geregistreerd als basisarts, altijd geregistreerd. Het merendeel van de basisartsen, 63%, is werkzaam in het alternatieve circuit. Bij deze groep wordt dus nooit nagegaan of zij hun vak en vaardigheden wel bijhouden. De vorige minister had het streven om dit stelsel van herregistratie voor de tweedetrancheberoepen op 1 januari 2011 in werking te laten gaan. De KNMG heeft toen actief gelobbyd om dat tegen te houden, en met succes. Ik wil graag van de minister weten of zij werk gaat maken van de periodieke registratie voor de tweede tranche en op welke termijn wij dat kunnen verwachten.

In verband met het BIG-register willen wij van de minister verder horen welke maatregelen zij gaat nemen om het register makkelijker toegankelijk te maken voor patiënten. De minister heeft zelf al aangegeven dat het niet eenvoudig is om een arts in het BIG-register op te zoeken. Dit moet dus verbeteren. Ik wil graag weten hoe en wanneer dit gaat gebeuren.

Ik heb al het een en ander gezegd over de amendementen die de heer Van Gerven heeft voorgelegd. Als het gaat om de doktersassistent, de maatschappelijk werker en de klinisch chemicus zijn wij geen voorstander van die amendementen, om redenen die al genoemd zijn.

De heer Van Gerven (SP):

Ik wil als voorbeeld even doorgaan op de doktersassistent. Ik begrijp werkelijk niet waarom de PVV tegen een goede wettelijke regeling is van het beroep van doktersassistent.

Mevrouw Gerbrands (PVV):

Met het kwaliteitsregister dat de beroepsgroep zelf al heeft opgesteld, is naar mijn mening al heel veel geregeld. Mijn fractie maakt zich ook een beetje zorgen over het volgende. Wij hebben tegenwoordig ook de praktijkondersteuners. Gaan wij nu doktersassistenten meer bevoegdheden geven? Halen wij die weg bij de praktijkondersteuners? Gaan zij het samen doen? De afbakening hierin is heel slecht. Daarnaast heb ik in een communiqué van de overkoepelende organisatie van doktersassistenten gezien dat het voornamelijk een kwestie van status is om in het BIG-register te komen. Ik vraag me af of dit het doel moet zijn van registratie. Moet het doel zijn om maar status te verwerven?

De heer Van Gerven (SP):

Als de PVV-fractie stelt dat het alleen zou gaan om de status, vind ik dat zij de beroepsgroep ernstig tekortdoet. Ik neem daar afstand van. De PVV-fractie haalde echter wel een terecht punt aan, namelijk de kwestie van de praktijkondersteuner en de doktersassistent. Nu bestaat het probleem dat er een verschil is tussen de praktijkonder-

steuner met verpleegkundige achtergrond – die is namelijk BIG-geregistreerd – en de praktijkondersteuner met de achtergrond van doktersassistent, die niet BIG-geregistreerd is. Door het beroep van doktersassistent wel in de Wet BIG onder te brengen, los je dat probleem op. Dan is het allemaal wettelijk goed geregeld. De wettelijke inkadering is namelijk beter als je het in de Wet BIG onderbrengt dan op de wijze waarop het nu is georganiseerd.

Mevrouw Gerbrands (PVV):

Dat van de status heb ik niet zelf verzonnen. Ik heb het van de beroepsgroep zelf via de mail ontvangen. Die geeft aan dat het de status, de aantrekkingskracht verhoogt voor mensen die in de zorg willen gaan werken en de opleiding tot doktersassistenten willen gaan volgen. Dat doet niets af aan het respect dat ik heb voor de doktersassistent, want ik zie welzeker de waarde van de doktersassistent. Ik vind – dat was het tweede punt van de heer Van Gerven – dat we beter moeten regelen wat de taak wordt van de doktersassistent in de huisartsenpraktijk en wat de taak wordt van de praktijkondersteuner. Die twee dingen moeten we niet door elkaar laten lopen.

De heer Van Gerven (SP):

Als u dat wilt, moet u het in de Wet BIG onderbrengen. Dan kunnen we die twee beroepen namelijk een goed profiel geven en zorgen we ervoor dat hun uitgangspositie gelijkwaardig is.

Mevrouw Gerbrands (PVV):

Naar mijn mening doen we dat niet door het beroep van doktersassistent onder de Wet BIG te brengen. Daarover verschillen wij van mening, sorry.

Mevrouw Dijkstra (D66):

Als de doktersassistenten in het BIG-register worden ondergebracht, vallen zij ook onder het tuchtrecht. Is mevrouw Gerbrands van mening dat dit een toegevoegde waarde is?

Mevrouw Gerbrands (PVV):

Tuchtrecht is zeker een toegevoegde waarde, maar je kunt je afvragen of we iedereen die in de gezondheidszorg werkt aan het tuchtrecht moeten onderwerpen. Daar hebben we het nu wel over. De doktersassistent, de maatschappelijk werker, de klinisch chemicus; als ik naar het ziekenhuis ga, kom ik zo veel mensen tegen. Moeten die allemaal onder het tuchtrecht vallen? Ik denk het niet.

Mevrouw Dijkstra (D66):

Dat betoog ik niet. Mevrouw Uitslag heeft zojuist een mooi onderscheid gemaakt tussen mensen die wel en niet aan het lichaam zitten. Ik moet eerlijk zeggen dat ik in het begin ook niet erg voor was. Ik heb mij echter laten overtuigen, met name vanwege het feit dat het beroep van doktersassistent zo geprofessionaliseerd is de afgelopen jaren. Er is sowieso een modernisering gaande van de zorg en de mensen die daarin werken. Ook het carrièreperspectief is belangrijk. In de komende periode, waarin we te weinig mensen hebben, zullen we het beroep aantrekkelijk moeten houden. Het heeft echt toegevoegde waarde als het onder het BIG-register valt, want dan moet je bijscholen en nascholen en je valt onder het tuchtrecht. Dat maakt het beroep uitdagender.

Gerbrands

Mevrouw **Gerbrands** (PVV):

Ik kan mijn punt herhalen. Wij moeten ons goed afvragen wat een doktersassistent moet doen en wat de rol is van de praktijkondersteuner. Daar moeten we eerst naar kijken, voordat we de doktersassistenten onder de Wet BIG willen brengen.



Mevrouw **Voortman** (GroenLinks):

Voorzitter. Vandaag bespreken we twee wetswijzigingen. Het is een goede zaak om ze in samenhang te behandelen. Dat hebben diverse sprekers voor mij ook al gezegd.

GroenLinks is een groot voorstander van taakherschikking. Wij juichen daarom de voorgestelde wijziging van de Wet BIG toe. Taken van verpleegkundigen en verzorgenden zijn steeds verder versmald, wat niet bevorderlijk is voor de aantrekkelijkheid van het beroep en voor het bieden van maatwerk. GroenLinks gunt het de verpleegkundigen daarom ook heel erg dat er taakherschikking komt, want dat zorgt voor meer carrière- en loopbaanmogelijkheden. Het biedt verpleegkundigen de kans om verder door te groeien en zich te specialiseren. Daarnaast ontlast het artsen.

Tegelijkertijd begrijpen wij dat door artsen wordt aangegeven dat duidelijk moet zijn waar de taak van de een begint en die van de ander ophoudt. Daar biedt de AM-vB ruimte toe. Is de minister bereid om in overleg te treden met de beroepsgroepen van verpleegkundigen en artsen om hier samen uit te komen? Volgens mij verschillen de meningen hierover niet zo zeer. Nu wordt het voor twee soorten verpleegkundig specialisten mogelijk om taken van artsen over te nemen. Na vijf jaar wordt dit geëvalueerd en dan wordt definitieve opnemings in de Wet BIG mogelijk. Blijft de minister ondertussen alert op andere beroepsgroepen binnen de verpleegkunde die in aanmerking komen voor tijdelijke opnemings in de Wet BIG vanwege taakherschikking, of blijft het voorlopig bij deze twee groepen?

Ik kom op de wijziging van de Geneesmiddelenwet. Voor mijn fractie is de belangrijkste wijziging die daarin wordt voorgesteld de mogelijkheid voor verpleegkundigen die geneesmiddelen mogen voorschrijven om ook van de gastvrijheid gebruik te mogen maken, bij wetenschappelijke bijeenkomsten aanwezig te kunnen zijn. Wij vinden dat als beroepsgroepen dezelfde taken uit mogen voeren, zij ook gebruik moeten kunnen maken van dezelfde rechten die aan die taakuitoefening verbonden zijn. Mijn fractie staat dus achter deze wijziging, al vindt zij wel dat je van mening kunt verschillen over de wenselijkheid van de sponsoring van dit soort bijeenkomsten.

Kan de minister aangeven of deze wijziging geldt voor alle beroepsgroepen die ongelijk behandeld werden? Wat is haar reactie op het schrijven van de mondhygiënist, dat zij dergelijke bijeenkomsten niet kunnen bezoeken, terwijl zij dezelfde handelingen als tandartsen uitvoeren, en dus ook profijt hebben bij de kennis die op deze bijeenkomsten wordt gedeeld?

Ik kom op de amendementen die de heer Van Gerven heeft ingediend. De afgelopen maanden is de discussie opgelaaid over wat er voor wie inzichtelijk moet zijn in het BIG-register. Voor GroenLinks is het belangrijk dat patiënten informatie kunnen krijgen over de prestaties van de zorgaanbieder en dat zij dus een inschatting kunnen maken van de kwaliteit van de zorg. Het is daarom goed dat het mogelijk is om de lijst met schorsingen op de site van

het BIG-register in te zien, maar vindt de minister het BIG-register op dit moment voldoende toegankelijk? Om te kunnen zien of je behandelaar BIG-geregistreerd is, heb je de geboortedatum, de woonplaats of de werkplaats van de behandelaar nodig, en die weet je nu eenmaal niet altijd van je behandelaar. Graag een reactie hierop van de minister.

GroenLinks staat op zichzelf niet afwijzend tegen het opnemen van waarschuwingen of berispingen in het register. Het is goed als mensen zelf inzicht kunnen krijgen in het functioneren van hun behandelaar. Maar wij vinden dat daarbij niet alleen het belang van de patiënt, maar ook dat van de behandelaar moet worden meegenomen. Wij begrijpen heel goed de angst van artsen dat er een onnodige angstcultuur ontstaat. Enerzijds stelt de KNMG terecht dat een gewaarschuwd arts nog steeds een goed arts is. Anderzijds denk ik ook: als je een fout maakt en je bent daar vervolgens eerlijk over, wat is dan voor de arts nog het probleem? Ik zoek daarom graag naar een oplossing die de patiënt in staat stelt, inzicht te krijgen in de staat van dienst van zijn arts en die een arts die een keer een fout maakt, niet volledig afschrijft. Zou het bijvoorbeeld mogelijk zijn – de suggestie is al eerder aan de orde geweest – om waarschuwingen en schorsingen een bepaalde termijn openbaar te maken? Ik wil hierop graag een reactie van de minister. Actuele waarschuwingen kunnen nut hebben, maar dat hoeft niet te gelden voor een waarschuwing of berisping van tientallen jaren geleden. Of kunnen wij het BIG-register zo inrichten dat je ook kunt zien onder welke omstandigheden iets is gebeurd, dus dat je niet alleen ziet dat er een waarschuwing of berisping is gegeven, maar ook wat er precies is gebeurd? Dan is duidelijk waar wij het over hebben. Simpelweg een aantekening van een waarschuwing of berisping verschaft daarvoor te weinig informatie.

GroenLinks is er niet op uit om beroepsgroepen zwart te maken of om ze tegen elkaar uit te spelen. Bij deze twee wetsvoorstellen liggen deze risico's op een aantal punten wel op de loer. Ik denk graag na over oplossingen waarbij rekening gehouden wordt met de belangen van de verschillende beroepsgroepen en met de belangen van de verschillende patiënten. Ik heb daar al een aantal suggesties voor gehoord. Ik denk graag na over de vraag hoe wij daarmee verder kunnen gaan, mede met het oog op de tweede termijn.

De voorzitter:

Mevrouw Ladders, u en uw fractiegenoten hebben er vanavond lang op moeten wachten, maar u kunt nu eindelijk uw maidenspeech houden. Goed gebruik is dat u niet geïnterrumpeerd wordt.



Mevrouw **Ladders** (VVD):

Voorzitter. Ik dank mijn fractiegenoten dat zij op dit late tijdstip toch hier aanwezig zijn om naar mijn maidenspeech te luisteren.

Vanavond bespreekt de Kamer een tweetal wetten. De Geneesmiddelenwet en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Het zijn twee bijzondere wetten en voor mij is het ook een bijzonder moment, want vandaag, na 238 dagen als volksvertegenwoordiger, mag ik mijn maidenspeech houden. Lid zijn van de grootste fractie heeft zo zijn voor- en nadelen. Het kan soms even duren voordat je aan de beurt bent.

Lodders

Ik ben in ieder geval trots, nu wij spreken over de gezondheidszorg, op de enorme stelselwijziging die de VVD in de afgelopen jaren samen met de andere partijen voor elkaar heeft weten te boksen. De oude tweedeling tussen particulier en ziekenfonds is niet meer. Iedereen is verzekerd en heeft recht op de middelen in het basispakket.

Wij weten allemaal dat Nederlanders niet dol zijn op veranderingen door de overheid, en zeker niet als het om de zorg gaat. Tegelijk moeten wij soms durven veranderen om te behouden wat dierbaar en waardevol is. Onze zorg is ons dierbaar en is waardevol. Onze zorg die internationaal tot de top behoort. Toch kan het nog beter en goedkoper. Dat zal ook moeten als wij onze uitstekende zorg willen behouden.

Ik vind het extra bijzonder om hier te staan, omdat wij vanavond een wetswijziging bespreken met de minister, die in haar periode als Kamerlid aan de wieg daarvan heeft gestaan. De wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg is voor de VVD een belangrijke wijziging. Met dit wetsvoorstel wordt geregeld dat een herschikking van taken in de gezondheidszorg mogelijk wordt. Voor de VVD is de zorg een belangrijk thema.

In 2008 heeft de VVD-fractie, mede door de inbreng van de huidige minister van VWS, een visie op de gezondheidszorg gepresenteerd. Een visie waarin drie belangrijke thema's omschreven zijn. Ik neem vandaag dan ook graag de vrijheid om deze thema's nog eens te benoemen: bereikbaarheid en kleinschalige persoonsgerichte zorg, kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg en de burger die meer waar voor zijn geld moet krijgen.

Ter voorbereiding op dit debat heb ik deze visie er nog eens bij genomen. Want in deze visie is door de VVD een toekomstbeeld geschetst. Dat beeld wil ik hier vanavond maar eens op mijzelf projecteren. Wij blikken vooruit naar 2020. In 2020 ben ik de 50 gepasseerd, maar sta ik nog vol in het arbeidsproces. Misschien heb ik na twee periodes Kamerlidmaatschap net afscheid genomen – wie zal het zeggen – maar ik zal zeker niet achter de geraniums zitten. Mijn ouders zijn op dat moment de 80 gepasseerd en zij kunnen nog verantwoord thuis wonen. Zij kunnen gebruikmaken van laagdrempelige voorzieningen zoals een consultatiebureau voor ouderen, een huisarts, thuiszorg of een wijkverpleegkundige. Zij kunnen kiezen naar welk ziekenhuis dan wel behandelcentrum zij gaan of met behulp van het persoonsgebonden budget zelf de zorg inkopen die zij nodig hebben. Zij kunnen in ieder geval langer thuis blijven wonen door het netwerk van zorg met voldoende en capabele zorgverleners.

De gezondheidszorg zelf is, en we hebben het nog steeds over 2020, georganiseerd als een piramide. De onderkant van de piramide is gevuld met de basiszorg, dicht bij huis; in de top van de piramide zit de specialistische zorg. Daartussen zitten de verschillende gradaties. De gezondheidszorg is bereikbaar en toegankelijk. De ene zorgverlener weet wat de andere aan geneesmiddelen voorschrijft of welke behandeling wordt gegeven. Het aantal medische fouten is enorm afgenomen. In het vergrijsde – dat klinkt wat somber – Nederland van 2020 staat de zorg op een hoger niveau dan in 2011. De zorg is nog steeds betaalbaar en voor ieder toegankelijk; ik noem het nog maar eens.

Dit toekomstbeeld is geen fata morgana maar een realistisch doel. Dat doel kunnen wij halen als wij durven vooruit te denken en daar ook naar te handelen. De VVD durft dit en vat dit samen in haar liberale visie op de ge-

zondheidszorg: dichtbij, een betere zorg. De VVD werkt aan die betere zorg die bereikbaar, kleinschalig, persoonsgericht en kwalitatief hoogstaand is en waarin de burger waar voor zijn geld krijgt.

Ik ga terug naar 2011 en dat brengt ons bij de voorliggende wetswijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Met de aanpassing wordt de taakherschikking mogelijk gemaakt, namelijk het structureel herverdelen van de taken tussen de verschillende beroepen. Hiermee wil de VVD een doelmatige inzet van kunde en capaciteit bereiken. Door de taakherschikking komt er meer continuïteit en kwaliteit en behalen wij efficiencyvoordelen die weer bijdragen aan de betaalbaarheid van de zorg.

Er is echter nog een reden waarom de herschikking van taken belangrijk is voor de VVD-fractie. Ik heb die vanavond ook van verschillende collega's gehoord. Door nieuwe functies te creëren, ontstaan er meer carrière mogelijkheden in de zorg. Dat is belangrijk om mensen voor de zorg te behouden. Mensen die iets anders willen, kunnen doorgroeien in een andere functie. Voor een aantal functies wordt de wet nu aangepast om de onderbrenging van de taken bij deze verpleegkundig specialisten ook qua verantwoordelijkheden en juridische implicaties goed af te dekken. Daarbij wordt geregeld dat er functionele eisen en opleidingseisen worden gesteld, zodat alleen de verpleegkundig specialisten deze voorbehouden taken mogen uitvoeren.

Ik heb een vraag, die wellicht wat technisch is, over de wijziging van de Geneesmiddelenwet. In de nota van wijziging stelt de minister dat zij de illegale internetverkoop van receptgeneesmiddelen beter wil kunnen opsporen door niet alleen de verkoop, maar ook het te koop aanbieden, te verbieden. Nu wordt dit ook doorgevoerd in onderdeel d, artikel 1 onderdeel x voor de niet-receptplichtige geneesmiddelen. Daarvoor mag wel publieksreclame worden gemaakt. De consument had de mogelijkheid deze middelen te bestellen als deze vervolgens door een officiële internetapotheek of -drogisterij werden afgeleverd. Met de nota van wijziging is deze bestelmogelijkheid verboden. Kan de minister aangeven of ik dit juist heb geïnterpreteerd en wat de achterliggende gedachte van dit idee is?

In de voorgestelde wijziging van de Wet BIG is niet ingegaan op een lang gekoesterde wens van de VVD-fractie om waarschuwingen, berispingen en boetes die zijn opgelegd door de tuchtrechter openbaar te maken. De SP-fractie heeft hiervoor een amendement ingediend. Ik heb al aangegeven dat de VVD-fractie dit een nuttig amendement vindt. De SP-fractie maakt in het amendement echter geen onderscheid tussen de verschillende maatregelen en termijnen. De VVD-fractie is voorstander van transparantie, maar we willen wel onderscheid maken in de ernst van de klacht. Voor de lichte maatregelen, en dan doel ik op de waarschuwing, berisping en boete, zouden we een termijn willen koppelen aan het zichtbaar maken in het register. Een berisping, waarschuwing of boete wordt dan bijvoorbeeld voor een periode van vijf jaar geregistreerd. Als er binnen vijf jaar geen nieuwe maatregelen zijn opgelegd, vervalt de aantekening in het register. Overigens beseffen we dat het openbaar maken van een waarschuwing ook negatieve effecten kan hebben. Graag horen we van de minister hoe zij hier tegenover staat. Het hele voorstel lijkt de VVD-fractie een gezonde prikkel voor de betreffende persoon, maar zeker ook voor de instel-

Lodders

ling, om te werken aan kwaliteitsverbetering. Een verbetering van gedrag mag dan ook zichtbaar worden.

Er zijn inmiddels al veel opmerkingen geplaatst bij en debatjes gevoerd over de verschillende amendementen. Op dit moment heb ik daar geen aanvullende vragen aan toe te voegen. Ik zie de reactie van de minister op de amendementen tegemoet.

De zorg gaat ons allen aan, niet in de laatste plaats omdat we er allemaal mee te maken krijgen. We worden allemaal ouder en we worden allemaal wel eens ziek. Juist daarom wil de VVD dat het extra goed geregeld is in Nederland; voor iedereen. Laat dat ons er niet van weerhouden om te veranderen wat nodig is. Een betere zorg dichtbij.

(geroffel op de bankjes)

De voorzitter:

Dank u wel, mevrouw Lodders. Ik mag u als eerste feliciteren met uw maidenspeech. Ik schors de vergadering een ogenblik zodat de anderen u ook kunnen feliciteren.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.



De heer Van der Veen (PvdA):

Voorzitter. Allereerst mijn hartelijke felicitaties aan mevrouw Lodders voor haar maidenspeech. Ik heb met meer dan gemiddelde belangstelling naar haar speech geluisterd. Dat komt ook een beetje door mijn leeftijd. Ik behoor in 2020 tot een van de doelgroepen. Mevrouw Lodders schetste de zaken zo overtuigend dat ik me even afvroeg of ik wel bij de juiste partij zat, maar ik zeg eerlijk dat ik daar heel snel overheen was. Nogmaals dank; dit belooft heel wat voor de toekomst.

Ik stap over naar de harde werkelijkheid van de wetswijzigingen. Ik zal de zaken die al aan de orde zijn geweest, proberen te vermijden, tenzij iedereen natuurlijk behoefte heeft om hier nog lang te blijven zitten. Ik begin met de Geneesmiddelenwet en zal via de voorschrijvende verpleegkundigen een wat soepele overgang maken naar de Wet BIG.

Als eerste spreek ik dus over de Geneesmiddelenwet. We zijn uitermate te spreken over het feit dat de internetverkoop van neppillen wordt aangepakt. De verkoop wordt nu ook strafbaar. We vragen ons wel het volgende af. In de toelichting staat dat de IGZ constant bezig is met het bestrijden van illegale aanbieders van geneesmiddelen via internet; hoe gebeurt dat precies? Er is ook een EU-richtlijn in de maak tegen vervalste geneesmiddelen. Ook daaromtrent zouden we graag de laatste stand van zaken vernemen, want ook wij ergeren ons aan deze illegale verkoop.

De verpleegkundigen mogen straks ook naar wetenschappelijke bijeenkomsten. Ik haal hier toch weer het punt gunstbetoon naar voren. In het nabije verleden is er nog gesproken over de relatie tussen de farmaceutisch fabrikant en de arts. Hetzelfde geldt nu voor de farmaceutisch fabrikant en de verpleegkundige. Hoe vaak is er in de afgelopen tijd opgetreden tegen gunstbetoon? Ik weet dat veel farmaceutisch fabrikanten er zelf ook een hekel aan hebben. Hoe vaak is hiertegen opgetreden? Hoe staat het in dit verband met de wettelijke regeling van een register waarin de banden tussen de farmaceutische industrie en de artsen staan vermeld? Daarover is een motie

aangenomen van de hand van mijn collega Arib, mede ondertekend door de VVD en GroenLinks. Hoe staat het met de uitvoering van die motie?

Ik heb zelf eveneens de eer gehad om een motie van mijn hand door de Kamer aangenomen te zien worden; die ging over zelfzorggeneesmiddelen. De omgang met zelfzorggeneesmiddelen blijft een weg vol smart en zorgen. We zijn al een aantal jaren aan het uitzoeken hoe we de veiligheid het beste kunnen regelen. Enkele collega's zijn hier reeds op ingegaan. Er ligt een rapport van het Nivel met een evaluatie van de huidige situatie. Alvorens over dit onderwerp beslissingen worden genomen, zouden we graag binnen de commissie nog eens een goed debat voeren over deze evaluatie en wat daarmee samenhangt. Mevrouw Dijkstra wil dit ook, heb ik begrepen. We zijn met name geïnteresseerd in de vraag hoe het zit met de toename van paracetamolvergiftingen. Bij dit zelfzorggeneesmiddel blijkt dat je het gebruik niet helemaal vrij kunt laten. Nogmaals, we zouden hierover graag een overleg met de minister voeren. Daarin moet het rapport van het Nivel aan de orde komen en willen we bespreken hoe we nu verder moeten. Graag een reactie van de minister hierop.

De KNMG heeft het off-labelgebruik aangedragen. Ik meen dat enkele collega's er ook over hebben gesproken. Off-labelgebruik betekent dat je medicijnen op een andere manier gebruikt dan de bedoeling is, huiselijk gezegd. In een aantal gevallen kan dat goed werken. Op het moment is off-labelgebruik heel strikt verboden. De KNMG heeft gevraagd om te bekijken of daarin een zekere versoepeling kan worden aangebracht. Wij voelen daar wel voor. Graag hoor ik van de minister waarom de regelgeving zo strak is en waarom het niet mogelijk is om daar enige versoepeling in aan te brengen, uiteraard met protocollen en richtlijnen.

Verder stelt de KNMG voor om van de voorschrijfbevoegdheid van de verpleegkundige een aantekening in het BIG-register op te nemen, omdat de bevoegdheid van beroepsbeoefenaren voor iedereen kenbaar moet zijn. Ons spreekt dat aan, maar wij willen ook graag een reactie van de minister op het voorstel van de KNMG.

Wij staan positief ten opzichte van de status van de verpleegkundig specialist. Deze is feitelijk dezelfde als die van andere BIG-geregistreerde beroepen met een wettelijke titel. Er wordt geregeld dat de verpleegkundig specialist bij Algemene Maatregel van Bestuur voor een bepaalde periode zelfstandig bevoegd wordt verklaard tot het indiceren en verrichten van aangewezen handelingen. Op die manier wordt het mogelijk gemaakt dat nieuwe beroepen zich zelfstandig ontwikkelen – ook anderen hebben daarop gewezen – voordat een definitieve wettelijke regeling tot stand komt.

De PvdA vindt het goed dat er een proef wordt gedaan met het zelfstandig inzetten van verpleegkundig specialisten. Zij zijn hoogopgeleid, zij kunnen het prima uitvoeren, capaciteitsproblemen kunnen worden opgelost en er vindt een taakherschikking plaats. Toch heb ik een aantekening. Wij realiseren ons dat deze tijdelijke regeling inhoudt dat wordt afgeweken van de verplichting tot registratie en van de daarmee samenhangende beroepstitelbescherming. De PvdA hoort graag waarom de minister in dezen is afgeweken van het advies van de Raad van State. De KNMG wijst erop dat er te veel wordt uitgewerkt in AMvB's – ook anderen hebben daarop gewezen – terwijl er op wetsniveau grenzen aan de taakherschikking zouden moeten worden gesteld. Zo zijn voorbehouden

Van der Veen

handelingen mogelijk voor nieuwe beroepsgroepen zonder dat er nadere voorwaarden worden gesteld, bijvoorbeeld ten aanzien van het indiceren van een voorbehouden handeling. Het wordt dus mogelijk dat een nieuwe beroepsgroep een injectie geeft en dat is prima. Maar het gaat wel wat ver als iemand dan ook beslist of die injectie geïndiceerd is. Ik ben in tegenstelling tot de heer Van Gerven geen arts en in tegenstelling tot mevrouw Uitslag ook geen verpleegkundige. Maar als niet-medicus kan ik mij toch voorstellen dat het veilig toedienen van een middel afhankelijk kan zijn van vele lichamelijke factoren of andere middelen die iemand slikt. Het lijkt mij onvoldoende om als beperking alleen het deskundigheidsgebied te hanteren. De KNMG heeft dan ook de suggestie gedaan dat aan de zelfstandige bevoegdheid de voorwaarde wordt gesteld dat men in een samenwerkingsverband werkzaam is. Ons spreekt dat aan, maar graag horen wij ook de reactie van de minister daarop.

Hoe wordt er toezicht gehouden op die nieuwe beroepsbeoefenaren? Waarom is ervoor gekozen om het tuchtrecht wel van toepassing te laten zijn, maar om de tuchtrechtelijke maatregelen niet van invloed te laten zijn op de nieuwe bevoegdheid? Is het nu werkelijk niet mogelijk om iemand die niet functioneert – wij hebben het nog steeds over de experimenteerperiode – tussentijds de bevoegdheid af te nemen om zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren en te verrichten? Zou er dan niet ook een openbaar register voor leden van nieuwe beroepsgroepen moeten zijn? Het gaat er toch om dat voor patiënten duidelijk is wie over welke bevoegdheden beschikt? Waarom, zo vraag ik de minister, is er geen register tijdens de experimenteerperiode?

De lijst van voorbehouden handelingen wordt vastgelegd in een Algemene Maatregel van Bestuur. Kan de minister aangeven wanneer de Algemene Maatregel van Bestuur rond zal zijn en hoe het overleg met de beroepsgroepen verloopt?

Nieuwe beroepen krijgen ook de mogelijkheid tijdens het experiment om een voorbehouden handeling door niet zelfstandig bevoegden in opdracht te laten verrichten. Dat gaat wat ons betreft weer een stap verder en eigenlijk een stap te ver.

De voorzitter:

Mijnheer Van der Veen, er is een interruptie voor u van mevrouw Uitslag.

Mevrouw Uitslag (CDA):

Dank u wel, voorzitter. Ik zeg dit overigens in mijn functie als volksvertegenwoordiger. De heer Van der Veen had het een tijdje geleden in zijn betoog over de artsen die toezicht moeten hebben in een soort samenwerkingsverband. Maar zijn wij in de situatie die de heer Van der Veen voorstelt, niet weer terug bij af? Regelt dit experimenteerartikel niet de zelfstandige bevoegdheid van die verpleegkundig specialist? Als een arts toch weer toezicht moet hebben, zijn wij dan niet terug bij af?

De heer Van der Veen (PvdA):

Waar heb ik gezegd dat de arts toezicht zou moeten hebben op de verpleegkundige?

De voorzitter:

Het is aan u om te bepalen waar u dat hebt gezegd.

Mevrouw Uitslag (CDA):

Ik kan de heer Van der Veen een geheugensteuntje geven, want het is al laat.

De voorzitter:

Misschien kan de heer Van der Veen zeggen dat hij zich dat niet kan herinneren en het er daarom ook niet mee eens is. Dat zou heel fijn zijn.

Mevrouw Uitslag (CDA):

Inderdaad, dat zou heel fijn zijn.

De heer Van der Veen (PvdA):

Je kunt altijd iets gezegd hebben waarvan je achteraf denkt: dat had ik helemaal niet moeten zeggen.

Mevrouw Uitslag (CDA):

Misschien moeten wij dan maar zeggen dat het een grote vergissing was en dat deze groep verpleegkundigen niet onder toezicht van een of ander groepsgebeuren staat, maar gewoon zelfstandig bevoegd is.

De heer Van der Veen (PvdA):

Ik zie niet waar ik iets anders gezegd zou hebben. Zo krijgen wij een wat merkwaardig debat.

De voorzitter:

Wij kunnen er natuurlijk gewoon het stenogram op nalezen.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

De heer Van der Veen heeft het gehad over een verplicht samenwerkingsverband. Ik denk dat mevrouw Uitslag daarop doelt.

De heer Van der Veen (PvdA):

En dat is iets anders dan onder toezicht van een arts werken. Ik heb aangegeven dat het verstandig zou zijn om het binnen een samenwerkingsverband te doen.

Mevrouw Voortman (GroenLinks):

Ik kan mij nu de twijfels van mevrouw Uitslag wel voorstellen. Dit kan overkomen alsof er toch op de een of andere manier nog een binding moet zijn met een arts. Waar zou dat voor nodig zijn als het niet gericht is op toezicht?

De heer Van der Veen (PvdA):

Als wij het hebben over de zorg, dan hebben wij het toch over samenwerking? Ik begrijp niet waarom samenwerking verward wordt met toezicht. Wat is er tegen om te zeggen dat het de voorkeur verdient om het, zeker in de experimenteerfase, in een samenwerkingsverband te doen? Ik vind dat nogal voor de hand liggend.

De voorzitter:

Ik zie dat mevrouw Uitslag weer wil interrumperen, maar volgens mij heeft de heer Van der Veen haar vraag al beantwoord. Ik kijk even of hij er nog wat aan toe te voegen heeft. De vraag was volstrekt helder.

De heer Van der Veen (PvdA):

Nogmaals, ik heb niet gezegd dat het onder toezicht van een dokter moet. Ik heb wel gezegd dat het verstandig is om in een samenwerkingsverband te werken.

Van der Veen

Mevrouw **Uitslag** (CDA):

De heer Van der Veen zegt twee verschillende dingen. Hij had het net over een verplicht samenwerkingsverband, terwijl hij eerder zei dat het heel gunstig is als mensen zouden samenwerken. Daar is het CDA natuurlijk ook van. Ik zei al dat de zorg vaak teamwork is. De nurse-practitioners zijn vaak in standaloneposities werkzaam. Dan moeten zij een diagnose stellen. Dan moeten zij bepaalde handelingen verrichten zonder dat zij in een verplicht teamverband samenwerken. Ik zie de opmerking van de heer Van der Veen als een soort ketening aan een verplicht samenwerkingsverband. Dat is nu juist niet de bedoeling. Laten wij die zelfstandige bevoegdheid laten zoals zij in de wet staat.

De heer **Van der Veen** (PvdA):

Ik heb absoluut niet bedoeld om ketenen aan te leggen. Nogmaals, het is een vraag aan de minister, dus laat de minister erop antwoorden. Wij zijn er voorstander van en ik neem aan dat de minister er ook een oordeel over heeft.

Nieuwe beroepen krijgen de mogelijkheid om tijdens het experiment een voorbehouden behandeling door niet-zelfstandig bevoegden in opdracht te laten verrichten. Dat vinden wij een stap te ver. Ik ben het daarin eens met de KNMG. Tijdens de experimenteerfase is de uitzondering op het verbod op voorbehouden handelingen in opdracht niet van toepassing. Graag een reactie van de minister.

De Wet BIG kent ook een lichtere vorm van registratie. Het gaat dan om paramedische beroepen. Wat is de toegevoegde waarde van deze lichtere vorm van registratie? Om de voorgestelde wijzigingen gerealiseerd te krijgen, wordt de wet ook wel erg opgerekt. Wordt het geen tijd om eens na te gaan of de wet nog wel aansluit bij de huidige ontwikkeling? De wet dateert van het begin van de jaren negentig. De ontwikkelingen schrijden voort. Hoe denkt de minister hierover? Welke beroepen en beroepsgroepen willen tot de BIG toetreden? Het maatschappelijk werk is aan de orde geweest, de doktersassistenten, de technische geneeskundigen. Welke beroepen staan op de rol? Wat kunnen wij allemaal verwachten? Waarom wordt de ene beroepsgroep wel toegelaten en de andere niet? Wij willen graag een beeld van hoe het op dit moment werkt.

De medische wereld verandert snel. Er komen nieuwe beroepen, en dus is er alle aanleiding om nog eens goed te kijken of de Wet BIG niet moet worden veranderd. We moeten voorkomen dat er allerlei kleine wijzigingen plaatsvinden en we straks met een onoverzichtelijk woud aan regelgeving zitten. Kan de minister de Kamer voor 1 mei – ik vraag me af of dat lukt – een standpunt sturen met een overzicht van de beroepsgroepen, de argumenten om de verschillende beroepsgroepen wel of niet op te nemen in de Wet BIG en de stand van zaken van het overleg dat wordt gevoerd met de betreffende beroepsgroepen? Daarop zouden we in een overleg met de minister terug kunnen komen.

Ten slotte nog een paar punten van de KNMG. De Raad van State heeft aangegeven dat er een onderscheid moet worden gemaakt tussen maatregelen die in EU-landen zijn opgelegd en maatregelen die in niet-EU-landen en derde landen zijn opgelegd. Waarom neemt de minister dit advies niet over? Over het amendement van de heer Van Gerven inzake het openbaar maken van tuchtmaatregelen hebben we al uitvoerig gesproken. We zijn het eens met de transparantie. Moet niet opnieuw worden geke-

ken naar de tijdsduur waarbinnen een bepaalde zaak in de Wet BIG moet worden geregistreerd? De KNMG maakt de naar ons idee terechte opmerking dat het amendement zoals het nu voorligt, eigenlijk een structurele wijziging van het tuchtrecht betekent, waardoor het eigenlijk thuishoort in de modernisering en uniformering van het tuchtrecht voor alle beroepsgroepen. Wij vinden daar wel wat in zitten. Ook wat dat betreft graag een reactie van de minister.

De algemene beraadslaging wordt geschorst.

De voorzitter:

Het vervolg van dit debat zal op een nader te bepalen moment zijn. Wij verwachten niet dat dit nog voor het krokus- of het voorjaarsreces zal plaatsvinden. Ik dank de minister voor haar aanwezigheid.

Sluiting 22.26 uur.