

Wijziging Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg

Aan de orde is de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met het opnemen van de physician assistant in de lijst van registerberoepen, het toekennen van zelfstandige bevoegdheid voor bepaalde voorbehouden handelingen aan physician assistants en verpleegkundig specialisten en het opnemen van de mogelijkheid tot het instellen van een tijdelijk register voor experimenteerberoepen (34630).**

De **voorzitter**:

Ik kijk of de heer El Yassini al in de plenaire zaal aanwezig is. Ik zie hem net binnenkomen. Dan geef ik graag het woord aan hem.

De algemene beraadslaging wordt geopend.



De heer **El Yassini** (VVD):

Voorzitter, dank u. Mijn vader is opgeleid en heeft gewerkt als verpleegkundige. Hij is in de jaren zestig in Marokko begonnen om mensen te helpen in de zorg. In Marokko was het in de jaren zestig nogal gebruikelijk dat de arts soms niet kwam opdagen, omdat hij halverwege de shift naar huis ging om lekker langdurig te gaan lunchen. De mensen in de wachtkamer stonden vaak in pijn en onzekerheid te wachten, iets waar mijn vader niet tegen kon. Hij is vervolgens handelingen gaan afkijken bij de arts en is, wanneer de arts weer eens afwezig was, mensen wel op een veilige manier gaan behandelen. Als mijn vader in deze tijd had geleefd en gewerkt, dan weet ik zeker dat hij meteen een opleiding tot physician assistant had gedaan. Zijn hart bewoog hem altijd om mensen te helpen, maar een artsenopleiding duurde hem te lang. Wel wilde hij zelfstandig aan de slag. Het was ten slotte een beetje een koppige man. De opleiding tot physician assistant was voor hem echt ideaal geweest en ik weet dat hij heel trots is op alle verpleegkundigen, verpleegkundige specialisten en physician assistants in Nederland, die elke dag vanuit hun hart in de zorg bezig zijn om mensen te helpen.

Nu is de zorg in Marokko niet te vergelijken met de zorg in Nederland. Onze curatieve zorg is de beste van Europa en in Nederland heb je recht op goede en passende zorg. Daarnaast willen we bij een bezoek aan het ziekenhuis snel geholpen worden. Er wordt nogal wat gevraagd van onze artsen. Vandaar dat artsen ongeveer tien jaar bezig zijn met opleidingen, trainingen en coschappen voordat ze als arts aan de slag mogen. Er zijn echter ook handelingen die artsen moeten doen, waarvoor een langdurige opleiding en training niet nodig zijn. Bepaalde taken van artsen kunnen met de juiste korte opleiding zelfstandig door medisch professionals worden overgenomen. Daartoe is er deze nieuwe categorie medische beroepsbeoefenaars, de physician assistants. Wij gaan hen nu opnemen in de lijst van registerberoepen en daar is de VVD heel erg blij mee.

De VVD is een groot voorstander van innovatie in de zorg. De herschikking van taken is daar een onderdeel van en de

VVD heeft zich ingezet voor het overnemen van taken van artsen door physician assistants en verpleegkundige specialisten, mits zij voldoende geschoold zijn. Deze wetswijziging maakt dit mogelijk. De minister heeft zich de afgelopen jaren sterk gemaakt voor het opnemen van de physician assistant en de verpleegkundige specialist in de Wet BIG en daarin steunen wij haar. De physician assistant en verpleegkundige specialist nemen de artsen een aantal taken uit handen, zodat de artsen beter kunnen focussen op hun specialisme. Ze kunnen nu gaan doen waar ze in gespecialiseerd zijn. De p.a. en de v.s. hebben de juiste opleiding en ervaring en physician assistants moeten zich laten inschrijven in het BIG-register. Verpleegkundigen zijn al in geschreven in het BIG-register en moeten zich ook blijven bijscholen. Op deze manier wordt het werk binnen het medische team in de zorg slimmer en beter verdeeld en worden mensen die zorg nodig hebben in Nederland op een veilige en snelle manier geholpen.

In de experimenteerfase van de afgelopen vijf jaar is gebleken dat de physician assistants effectief en efficiënt zelfstandig bevoegd voorbehouden handelingen kunnen uitvoeren. Een belangrijke voorwaarde voor ons is dat de physician assistant en dus ook verpleegkundig specialist onder het tuchtrecht vallen. Door de physician assistants op te nemen in de Wet BIG komen zij daar inderdaad onder te vallen. Het gaat ten slotte om de veiligheid van patiënten. Het is voor de VVD heel belangrijk dat die gewaarborgd wordt, nu en in de toekomst. Wij willen de ruimte geven aan medische professionals zonder in te leveren aan kwaliteit en veiligheid. Die ruimte is cruciaal voor de ontwikkeling van nieuwe beroepsbeoefenaars.

In de tijdelijke AMvB, het besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied, worden in artikel 5, lid 3, de randvoorwaarden opgesomd ten aanzien van de acht voorbehouden handelingen van de physician assistant. In sub a. wordt gesproken over de term "beperkte complexiteit". Voor mij is die definitie nog wat onduidelijk. Mijn vraag aan de minister is dan ook of zij als zij een nieuwe AMvB maakt kan kijken of de term "beheersbare complexiteit" niet beter tot zijn recht komt dan de term "beperkte complexiteit". Beheersbare complexiteit heeft namelijk als doel om schade te voorkomen door met artsen samenwerkingsafspraken te maken. Hierbij is ook ruimte voor de vooropleiding van de physician assistant, de ervaring en de patiëntengroepen binnen de instelling.

In de afgelopen vijf jaar zijn er geen meldingen, klachten of incidenten geweest, zo heb ik gelezen in het dossier. Dat is mooi, maar daarom is het van belang dat wij er ook rekening mee houden dat op het moment dat dat het geval is goed kan worden getoetst en dat de definitie dan duidelijk is. Ik ben benieuwd wat de minister van de term "beheersbare complexiteit" vindt ten opzichte van de term "beperkte complexiteit".

We zien in de praktijk twee situaties waar de VVD aandacht voor wil vragen. Verloskunde valt niet onder de acht voorbehouden handelingen. Er is echter wel een geaccrediteerde opleiding physician assistant klinische verloskunde in Rotterdam. Alle p.a.'s die hier instromen hebben verloskunde als vooropleiding. Na hun afstuderen kunnen zij niet als physician assistant klinische verloskunde worden ingezet zonder hun BIG-registratie als verloskundige. Zij moeten dus twee keer ingeschreven staan in het BIG-register en moeten zich dus dubbel houden aan eisen voor nascholing

en deskundigheidsbevordering om voor herregistratie in aanmerking te komen. Het gaat hier om ongeveer 223 personen. Dat is ongeveer 20% van de totale beroepsgroep op dit moment. Welke stappen zouden we in de toekomst kunnen nemen om wellicht van de verloskundige handelingen de negende voorbehouden handeling te maken? Is dat mogelijk?

Daarnaast vraagt de VVD aandacht voor de physician assistant in de ggz. In januari van dit jaar heeft de NZa besloten de beroepentabel in de ggz los te laten. Het CDA heeft daar een aantal vragen over gesteld tijdens de voorbereiding van de wet. Het loslaten van die beroepentabel in de ggz betekent dat physician assistants in de ggz vanaf 2018 zogenaamde "dbc's" kunnen openen en tijd kunnen schrijven. Helaas kunnen physician assistants wel tijd schrijven, maar kunnen ze dit niet herleiden naar een product. Met andere woorden: er vindt een behandeling plaats en er wordt tijd geschreven, maar de physician assistant kan dat niet direct declareren bij de zorgverzekeraars of eventueel voor de jeugd-ggz bij de gemeente. Kan de minister helpen om dit proces te versnellen, samen met de NZa, de zorgverzekeraars en de instellingen, zodat ze in 2018 de behandeling direct vergoed krijgen in plaats van indirect via een opslag?

Ik ben heel benieuwd naar de antwoorden van de minister en ik dank haar voor deze wetswijziging.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Ik geef het woord aan mevrouw Dijkstra namens D66.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Dank u wel, voorzitter. Het is wel weer vertrouwd eigenlijk zo: donderdag eind van de middag, een zorgdebat. Alsof we hier niet weg geweest zijn de afgelopen maanden.

Goed, ik kom op de inhoud. We hebben in de afgelopen jaren kunnen zien dat zowel de physician assistant als de verpleegkundig specialist een belangrijke bijdrage kan leveren aan de zorg. Met zo'n nieuwe functie is het natuurlijk ook van groot belang dat iedereen op de hoogte is van de taken en van de bevoegdheden. Ik vraag daarom aan de minister hoeveel ziekenhuizen nou werken met de physician assistant. Heeft de minister daar een overzicht van? Daar ben ik wel benieuwd naar.

D66 is voorstander van de beste zorg. Wie is dat niet? Maar om die te bereiken, moet je ook stappen durven zetten en nieuwe beroepen toelaten als dat bijdraagt aan de patiëntveiligheid en die beste zorg. Ik hoor graag van de minister hoe zij denkt dat door deze beroepen de patiëntveiligheid vergroot is. Zijn patiënten voldoende bekend met deze nieuwe beroepen? En op welke manier raken patiënten daar eigenlijk bekend mee? Weten ze ook met wie ze te maken hebben en wat de bevoegdheid is?

Vanaf 2012 bestaat voor physician assistants en verpleegkundig specialisten de mogelijkheid om aangewezen handelingen zelfstandig bevoegd te verrichten. Dat is een mond vol, maar in de praktijk betekent dit dat ze onder andere zelfstandig katheterisaties, heelkundige behandelingen, injecties en puncties kunnen uitvoeren en delegeren. Nou

is uit de evaluatie gebleken dat deze mogelijkheden ook inderdaad veel benut worden en dat de maatregel effectief is gebleken. Zoals gezegd: als dit bijdraagt aan goede zorg, heeft het natuurlijk onze steun.

Eerder bleek uit de evaluatie ook dat endoscopieën, electieve cardioversies en defibrillaties nog niet uitgevoerd mogen worden door deze beroepsgroepen. Maar vervolgonderzoek wees uit dat dit geen risico's tot gevolg zou hebben. Daarop zou ik nog heel graag een korte toelichting ontvangen van de minister. Is die patiëntveiligheid nu ook gegarandeerd met de resultaten van dit onderzoek? De minister heeft natuurlijk ook nog een nota van wijziging meegestuurd bij dit wetsvoorstel.

Voorzitter, zoals u weet hebben experimenteerberoepen tot nu toe als hoogste tuchtrechtelijke maatregel een berisping. In het kader van patiëntveiligheid is daar nog een stap te zetten. Want in die situaties blijven professionals tijdens het experiment bevoegd en kunnen ze aan het werk blijven. Mijn fractie ondersteunt de verbreding van het tuchtrecht voor experimenteerberoepen, zodat beroepsmaatregelen en nalaten volledig onder het tuchtrecht vallen. De Raad van State had hierover een paar kritische vragen. Onder andere ging het daarbij over de uitvoerbaarheid en de mogelijkheid van tuchtrechtspraak na het vervallen van het tijdelijk register. Kan de minister daar nog kort bij stilstaan?

Ik heb dus wel een paar vragen, maar het mag wel duidelijk zijn dat D66 de wetswijziging steunt. Daar wil ik het graag bij laten.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Voorzitter. GroenLinks is verheugd over de voorgenomen wijziging van de Wet BIG en steunt deze van harte. Wij denken dat patiënten goed en sneller geholpen kunnen worden als verpleegkundig specialisten en physician assistants meer handelingen mogen uitvoeren. Hun potentieel wordt dan zo goed mogelijk benut en het ontlast de arts in zijn of haar takenpakket. Artsen kunnen zich zo nóg beter richten op hun specialistische taken. Met deze ontwikkeling is Nederland internationaal koploper als het gaat om taakherschikking. Dat is wat mij en wat GroenLinks betreft iets om trots op te zijn.

Graag wil ik het met de minister hebben over de arbeidsmarktperspectieven van de physician assistant, en over een van de randvoorwaarden van de nog te ontvangen AMvB.

Wat GroenLinks betreft moet er altijd worden gekeken naar hoe de zorg handiger ingericht kan worden, hoe taken herschikt kunnen worden en natuurlijk naar hoe de zorg beter en persoonlijker kan worden gemaakt. Daarbij hoeven gevestigde belangen ook niet te worden ontzien. Het is van belang dat er in de zorgpraktijk ook daadwerkelijk ruimte gemaakt wordt voor de inzet van physician assistants.

Ik heb begrepen dat de inzet en het aantal plekken van physician assistants en van verpleegkundig specialisten met name in de eerste lijn, de ggz en de ouderenzorg nog beter kan. Onlangs hebben onderzoekers van het Radboudumc en de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen in hun onderzoek naar taakherschikking in de ouderenzorg

geconcludeerd dat er nog meer ruimte moet komen voor physician assistants en verpleegkundig specialisten.

Ook bij de ggz kan wat GroenLinks betreft meer gebruikge- maakt worden van physician assistants. Dit wordt nu nog belemmerd doordat physician assistants niet zelfstandig dbc's kunnen openen en schrijven. Hiermee worden ze feitelijk buitenspel gezet. Hoe kijkt de minister hiertegen aan? Is de minister bereid om in lijn met de wettelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant als ggz-beroep te registre- ren? En hoe wil zij bijdragen aan een betere inzet van phy- sician assistants in de ouderenzorg? Graag een reactie.

We hebben in de zorg, en zeker in de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg, te maken met veel onvervulde vacatures. De inzet van physician assistants kan dit tekort nooit helemaal oplossen maar kan er wel aan bijdragen. In dat licht is het logisch dat de vraag naar physician assistants in de komende jaren alleen maar zal toenemen. Dat betekent dat er ook meer opleidingsplekken beschikbaar zouden moeten komen. Is de minister bereid om het Capaciteitsor- gaan onderzoek te laten doen naar ruimte in de ouderen- zorg, de eerstelijns en de ggz voor het creëren van nog meer opleidingsplekken van physician assistants en verpleegkun- dig specialisten? Graag een reactie.

Ik wil ook nog apart aandacht vragen voor de positie van de physician assistant verloskundige. Ik heb begrepen dat er nog onduidelijkheid is over de accreditatie van physician assistant klinisch verloskundige. Een groep van ongeveer 220 mensen krijgt geen contract als physician assistant ondanks hun vervolgopleiding. Dit komt omdat bepaalde specifieke voorbehouden handelingen niet zijn opgenomen in het experimenteerartikel, 36a. Kan de minister hier hel- derheid over verschaffen? Wanneer wordt dit probleem opgelost voor deze groep mensen? Is zij ook bereid om in de wet te regelen dat verloskundige handelingen mogen worden verricht door physician assistants, eventueel in combinatie met onderzoek naar doelmatigheid en kwaliteit? En zo ja, wanneer kan dit worden geregeld? Op die manier kan de physician assistant klinisch verloskundige in de praktijk beter als physician assistant worden ingezet. Graag een reactie.

Ten slotte nog de term "complexe zorg" zoals deze is beschreven in artikel 4, lid 3, waarin rondvoorwaarden zijn opgesomd ten aanzien van de acht voorbehouden hande- lingen van de physician assistant. In artikel 3a staat dat de handelingen van "beperkte complexiteit" mogen worden uitgevoerd door de physician assistant. Wat GroenLinks betreft is deze term niet passend voor de dagelijkse realiteit waarin deze mensen opereren. Het is niet precies duidelijk wat complexe zorg is. Daarbij verschilt per physician assistant wat hij of zij wel of niet kan uitvoeren. Natuurlijk is het goed dat bepaalde zeer complexe handelingen uitslui- tend door medisch specialisten worden gedaan. Maar het zou juist passend zijn dat physician assistants, zeker als zij al enige tijd werkzaam zijn, bepaalde redelijk complexe handelingen wel kunnen verrichten, dit natuurlijk in overleg met de medisch specialist, maar dat spreekt wat mij betreft voor zich. Daarom zou ik er voor zijn om de term "beperkte zorg" te vervangen door "beheersbare zorg". Is de minister dit met GroenLinks eens? En is zij in navolging daarvan bereid om dit nog aan te passen in de nog te ontvangen Algemene Maatregel van Bestuur?

Tot slot. We zijn tevreden dat met de nota van wijziging is vastgesteld dat endoscopie, electieve cardioversie en defi- brillatie ook kunnen worden uitgevoerd door physician assistants en verpleegkundig specialisten. We hopen dat dit zoals gezegd bijdraagt aan goede en gerichte zorg aan patiënten, waardoor ze hopelijk sneller geholpen kunnen worden. Wanneer kunnen we de eerste evaluatie hiervan verwachten, vraag ik de minister.

Ten slotte. Het moge duidelijk zijn dat de fractie van GroenLinks van harte instemt met deze wetswijziging. Niet vaak komt het voor dat we hier met zo veel enthousiasme een wetswijziging kunnen becommentariëren.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Als voorzitter moet ik ervoor zorgen dat we hier de debatten in het Nederlands voeren, dus met "physi- cian assistant" heb ik wel een klein beetje moeite wat dat betreft. Is er geen alternatief? Misschien kan de minister een alternatief bedenken. Het woord is aan mevrouw Marijnissen namens de SP.

□

Mevrouw Marijnissen (SP):

Voorzitter, iedereen denkt natuurlijk vast dat dit afgesproken werk is maar mijn eerste zin was letterlijk: "Voorzitter. We hebben het vandaag over de physician assistant." Volgens mij, in gewoon Nederlands, is er ook niks mis met de term "arts-assistent".

De voorzitter:

We hebben een winnaar! O, de voorzitter heeft een debat geopend; dat is nooit goed! Mevrouw Dijkstra heeft aan vraag voor u, geloof ik.

Mevrouw Pia Dijkstra (D66):

Ik zou het een heel goede vinden. Het is ook logisch om te zeggen, maar een "arts-assistent" is nu een geneeskunde- student in opleiding. Dan krijg je echt grote verwarring. Ik heb niet voor niets aan de minister gevraagd: weten de patiënten nu eigenlijk met wie ze te maken hebben? Maar goed, laten we het daar verder niet over hebben. We moe- ten het in ieder geval niet een "arts-assistent" noemen, helaas.

De voorzitter:

Dan staat de prijs nog open.

Mevrouw Marijnissen (SP):

Ik denk dat mevrouw Dijkstra wel een punt heeft. Los van het verengelsen van onze taal, waar we met z'n allen toch kritisch op willen zijn, is het wel een punt dat heel veel mensen echt niet weten waar "physician assistant" over gaat: "Wat is dat dan?; Ik heb werkelijk waar geen idee!" Daarom denk ik oprecht dat het goed is om te zoeken naar een andere term die de lading dekt en in gewoon Neder- lands begrepen kan worden. Ik had me vandaag voorgenomen om "arts-assistent" te zeggen. Ik mag hopen dat ik daarvoor permissie heb totdat we een betere term hebben gevonden; ik houd me van harte aanbevolen. Dan ruil ik hem ook direct weer in.

Ik sta hier vandaag voor al die zorgverleners die naar eer en geweten elke dag hun werk doen, die zich elke dag inzetten om goede zorg te bieden aan mensen die dat nodig hebben. We kunnen het ons heel goed voorstellen dat zij het fijn vinden om zich verder te ontwikkelen en ook om hun takenpakket uit te breiden. Maar in tegenstelling tot de voorgaande sprekers zijn wij toch iets minder laaiend enthousiast over taakherschikking, wat wij liever "het opknippen van werk" noemen, want daar komt het toch wel op neer. Het lijkt een voordeel, maar we denken dat het ook een valkuil kan zijn. Een arts is natuurlijk opgeleid voor de gehele mens en richt zich op de totale diagnose en behandeling van een patiënt. De artsen hebben hiertoe een jarenlange studie gedaan. Aan de mogelijkheid om geneesmiddelen voor te schrijven gaat ook een universitaire studie van meerdere jaren vooraf. Toch krijgt met dit wetsvoorstel een beroepsgroep die zich richt op een deel van de zorg extra mogelijkheden om taken van de arts over te nemen. Hiermee komen niet alleen de taken maar ook de verantwoordelijkheden opeens bij, in dit geval, de assistent te liggen. Hoe kijkt de minister daartegen aan, is onze vraag aan de minister. Ziet zij wellicht niet een risico dat we de zorg te veel gaan versplinteren? Wat is haar kijk op deze zaak? Lijkt het misschien ook niet zo dat we hiermee de arts-assistent iets moois geven, terwijl we hem eigenlijk een hoop verantwoordelijkheden in de schoenen schuiven die uiteindelijk gewoon bij de arts horen te liggen?

Vorige maand verscheen er een onderzoek van de Radboud Universiteit in samenwerking met Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. Dat ging over de zogenaamde taakherschikking, het opknippen van werk. Het onderzoek was eigenlijk best wel kritisch. Kort door de bocht gezegd was de conclusie dat het opknippen van taken juist tot verschraving van zorg leidt en dat het tot oplopende werkdruk kan leiden. Een van de conclusies was dat het opknippen van dit werk niet per se bijdraagt aan doelmatige zorg. Is de minister in staat om een reactie te geven op de bevindingen in dat rapport? Wat vindt zij daarvan?

Een ander punt dat wij op tafel willen leggen is het recente nieuws over afgestudeerde basisartsen die geen plek kunnen vinden om zich verder te specialiseren. Wij vinden dat toch wel een probleem. In het licht van het punt waarover wij het vandaag hebben, vragen wij ons af of we dingen niet in de verkeerde volgorde doen. Zouden we niet in eerste instantie in ieder geval ervoor moeten zorgen dat elke basisarts die zich wil specialiseren, zich ook kan specialiseren — dus: realiseren dat daarvoor voldoende plekken zijn — voordat we overgaan tot andere maatregelen?

Tot slot het woord "experimenteerberoepen". Dat woord is al een paar keer gevallen. Wat ons betreft is nog niet helemaal duidelijk wat voor soort beroepen dat zijn en wat de afkadering daarvan precies is. Kan de minister iets meer toelichting geven? Wat is dat precies?

Over het registreren in het BIG-register vragen wij ons af of het echt nodig is om de gespecialiseerde zorg apart te registreren. Is het niet mogelijk om een basisberoep te laten registreren in het BIG en na specialisatie in een bepaalde richting een aantekening te krijgen in plaats van dat er een wirwar aan verschillende beroepen zoals physician assistant — zoals al werd opgemerkt is het best wel lastig om die term te definiëren; veel mensen weten niet eens wat het precies is — in het BIG terecht komt?

Helemaal tot slot heb ik nog een vraag over de termijn. De termijn waarbinnen je alsnog een klacht zou kunnen indienen tegen een betrokken beroepsbeoefenaar nadat het register is gesloten, is nu zes maanden. We vragen ons af of die termijn van zes maanden niet wat kort is. We hebben daar al eerder naar gevraagd. Het kan immers zo zijn dat je tijd nodig hebt om van een medische misser te herstellen. Je bent dan misschien zomaar zes maanden verder en je hebt dan wellicht geen recht meer op de klachtenprocedure. Zijn er mogelijkheden om de termijn op te rekken? Hoe kijkt de minister daartegenaan?



Mevrouw Agema (PVV):

Voorzitter. Allereerst wil ik een woord van dank richten tot orthopedisch chirurg Ipreburg. Door hem sta ik hier vandaag weer, in plaats van ergens richting de kerst. Niet iedereen zal het fijn vinden dat ik er alweer zo snel ben, maar ik ben er heel dankbaar voor dat we in een tijd leven waarin je geopereerd kunt worden, bijvoorbeeld aan een hernia zoals in mijn geval. Ik denk dat je 100 jaar geleden er gewoon slecht aan toe was geweest en dat je dan zoiets moois als dit had kunnen opgeven. Daarom staat hier een heel dankbaar mens.

We bespreken vandaag een taakherschikking onder medisch personeel. Die is in het leven geroepen om personeelstekorten op te vangen. Meer personeel betekent een betere selectie en een betere selectie bevordert de kwaliteit. Schaarste daarentegen gaat ten koste van de kwaliteit. We zijn daarom altijd tegen een numerus fixus geweest bij zorgopleidingen. Hoewel het lotingssysteem is afgeschaft, is er nog steeds een beperkt aantal opleidings- en stageplaatsen. Ook bij de nieuwe beroepen als de physician assistant en verpleegkundig specialist is het aantal stageplaatsen een knelpunt. We kunnen nog zo veel nieuwe beroepen in de zorg bedenken, maar laten we ons niet blindstaren op dit fenomeen dat eigenlijk een schijnoplossing is voor een personeelstekort. De echte oplossing is dat er meer opleidingsplaatsen en meer professionals komen.

Zijn we dan tegenstander hiervan? Absoluut niet. We zijn voorstander. Hoe meer hoger en beter opgeleide zorgprofessionals, hoe beter. Dat is gewoon heel eenvoudig. Daarom zijn we voor. We waren er ook voorstander van om het experiment in 2011 van start te laten gaan. We zijn ook blij dat de evaluatie heeft aangetoond dat het succesvol is verlopen. We zijn voor de taakherschikking naast het verruimen van de opleidingsplekken en het aannemen van meer personeel. Meer personeel betekent ook meer keuze voor de patiënt en een betere dienstverlening door bijvoorbeeld meer avond- en weekendspreekuren. Is dit bereikt? Is de dienstverlening verbeterd? Kunnen patiënten vaker in de avonduren terecht op de poli? Hebben patiënten meer keuze of zien ze nu zo veel verschillende zorgverleners dat ze door de bomen het bos niet meer zien? Hoe herkent de patiënt eigenlijk wie er aan zijn bed staat? Hoe weet de patiënt wat zorgverleners wel of niet mogen doen bij hem? Mag de patiënt vragen om behandeld te worden door een tot medisch specialist opgeleide zorgverlener? Ik krijg daar graag een reactie op.

Ik kom op de kosten. Gaat deze taakherschikking hand in hand met een tariefherschikking? Ik vind dat een belangrijke vraag. We weten allemaal dat medisch specialisten heel

duur zijn. Een verpleegkundig specialist is ongetwijfeld een stuk goedkoper. Maar is de patiënt ook goedkoper uit als hij door een verpleegkundig specialist geholpen wordt? Wordt de rekening lager voor ons allemaal of profiteert uiteindelijk alleen het ziekenhuis van de taakherschikking?

Wordt er gemonitord of er verschillen optreden in de kwaliteit van de zorgverleners of in het voorschrijfgedrag van de diverse zorgverleners? Het is meteen heel fors aangezet om te spreken van een alarmerend bericht, maar we laz en in het Tijdschrift voor Psychiatrie dat daar toch nog twijfels over zijn.

Ik heb nog een allerlaatste vraag. Het gaat om bevoegdheden tot het verrichten van voorbehouden handelingen, zoals injecties en puncties. Het gaat om het uitvoeren en delegeren daarvan. Gaat een physician assistant of een verpleegkundig specialist weer aan een derde delegeren? Kan de minister nog eens duidelijk maken wat daar precies mee bedoeld wordt? Het komt nogal specifiek in de wet te staan, maar mij is dat niet helemaal duidelijk.

De voorzitter:

Hartelijk dank. We zijn ook allemaal heel blij dat u er weer bent. Ik geef tot slot het woord aan mevrouw Keijzer namens het CDA.



Mevrouw Keijzer (CDA):

Voorzitter. Even over het woord "physician assistant". Ik heb me daar ook constant over verbaasd. Ik heb mij proberen voor te stellen hoe iemand die een beetje slist, dat uitsprekt. Dan volgt helemaal niemand meer waar het over gaat. De discussie ging net over de arts-assistent. Mevrouw Dijkstra zei terecht dat die tegenwoordig een arts in opleiding tot specialist heet, een aios. Vroeger, sprak oma, heette die een agio, een assistent-geneeskundige in opleiding. Misschien moeten we erover nadenken om weer daarnaartoe terug te gaan, zodat we dat vreselijke woord — zonder onrecht te doen aan alle mensen die dat fantastische werk doen — niet meer gebruiken. Moet je je voorstellen dat tegen je wordt gezegd dat je naar de physician assistant mag, dan vraag je toch: naar wie? Dat terwijl het werk dat ze doen, heel goed is. Daarmee geef ik meteen al aan dat dit wat de CDA-fractie betreft een prima voorstel is.

Sinds de inwerkingtreding van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg hebben binnen en buiten de gezondheidszorg belangrijke ontwikkelingen plaatsgevonden die het functioneren van de Wet BIG raken. Een van die ontwikkelingen is taakherschikking. Taakherschikking is een proces dat in principe in de praktijk ontstaat en niet van bovenaf opgelegd wordt. Eens in de zoveel tijd is er echter behoefte om de taakherschikking die heeft plaatsgevonden, een meer structureel karakter te geven omdat men bijvoorbeeld tegen de grens van wet- en regelgeving aanloopt. Met het wetsvoorstel dat we vandaag bespreken, voegen we een negende beroep toe aan artikel 3 van de Wet BIG, namelijk dat van physician assistant. Het staat nog letterlijk in de wetstekst ook. Daarnaast wordt het specialisme verpleegkundig specialist toegevoegd. Dit zijn twee relatief nieuwe beroepen in Nederland. Uit de evaluatie blijkt dat het toevoegen van deze twee beroepen bijdraagt aan het efficiënter inrichten van zorgprocessen en de juiste

inzet van professionals. Zoals gezegd steunt het CDA deze ontwikkeling.

In eerste instantie waren er vanuit de medische beroepsgroep nog wel zorgen over de randvoorwaarden waaronder de physician assistant mag gaan werken. In de schriftelijke antwoorden geeft de minister aan dat de kwaliteitswaarborgen bij Algemene Maatregel van Bestuur worden vastgelegd en dat die hetzelfde zullen zijn als tijdens het experiment. Kan de minister hier nogmaals bevestigen dat dit het geval is? Kan zij aangeven of de inhoud van deze Algemene Maatregel van Bestuur is afgestemd met de KNMG?

Als deze wet wordt ingevoerd, blijven er nog twee beroepen in de experimenteerfase over, namelijk de klinisch technoloog en de bachelor medisch hulpverlener — ook zo'n mooi Nederlands woord. Dit wetsvoorstel heeft ook uitwerking op deze beroepen, aangezien in het vervolg voor experimenterberoepen ook een register zal worden ingesteld. Kan de minister aangeven of dit betekent dat een dergelijk register er nu ook voor deze twee beroepen komt? Zo ja, wat zijn de registratiekosten hiervan?

Ten slotte ga ik in op een discussiepunt waar het CDA ook in de schriftelijke ronde al aandacht voor heeft gevraagd, namelijk de positie van de physician assistant in de geestelijke gezondheidszorg. Wij ontvingen namelijk signalen dat in ggz-instellingen de p.a.'s — laat ik de physician assistants nu maar zo noemen — worden ontslagen en niet meer worden aangenomen naar aanleiding van het besluit van de Nederlandse Zorgautoriteit om p.a.'s niet op te nemen in de dbc-beroepentabel. Voor de duidelijkheid, dat heeft als gevolg dat het werk van een p.a. door de instelling niet gedeclareerd kan worden. Daarom zouden de instellingen de voorkeur geven aan medewerkers die wel een declarabele status hebben. Het is ons niet helemaal duidelijk of dit probleem opgelost is. Daarom heb ik de volgende vraag. Is de minister van mening dat de p.a.'s in de ggz meerwaarde hebben?

De minister schrijft dat de NZa in maart heeft besloten om het onderscheid tussen tijdschrijvende en ondersteunende beroepen in de ggz-beroepentabel op te heffen. De minister schrijft echter ook dat voor nieuwe beroepen zoals de p.a. in de ggz de tijdsregistratie nog niet meetelt in de afleiding naar producten. Waarom is dat dan? Betekent dit dat de problemen van de p.a. in de ggz vooralsnog niet zijn opgelost? Worden p.a.'s in de ggz momenteel ontslagen omdat zij geen tijd kunnen schrijven? Hoe staat het met de ontwikkeling van een nieuwe productstructuur voor de ggz? Wordt de positie van de p.a. daarin meegenomen? Als dat niet het geval is, waar komt dat dan door?

Het toevoegen van beroepen en specialismen aan de Wet BIG komt niet vaak voor. Dergelijke stappen moeten wij ook met de grootst mogelijke zorgvuldigheid uitvoeren. Het CDA steunt dit wetsvoorstel, omdat we de grote meerwaarde van p.a.'s en verpleegkundige specialisten zien.

De voorzitter:

Hartelijk dank. Ik schors de vergadering tot 18.15 uur en dan gaan we verder met de beantwoording door de minister.

De vergadering wordt van 18.05 uur tot 18.17 uur geschorst.

De voorzitter:

We gaan verder met het debat. Ik geef het woord aan de minister.



Minister Schippers:

Voorzitter. Dit wetsvoorstel regelt twee onderwerpen, namelijk de zelfstandige bevoegdheid voor een aantal voorbehouden handelingen voor de physician assistant en de verpleegkundig specialist, het tuchtrecht en een tijdelijk register voor experimenteerberoepen. Ik ben het met iedereen eens die zegt dat een physician assistant aan je moeder niet uit te leggen is, want die heeft daar geen beeld bij. De term "arts-assistent" geeft veel te veel verwarring met de arts-assistenten die in de volksmond bekend zijn. Dat is een geneeskundeopleiding. Ik vind die term heel mooi, maar verwarrend, omdat die al bestaat. Zoals gezegd, ik vraag al jaren aan iedereen die een goed idee heeft, om dat aan ons te geven, want het is ook verschrikkelijk. Ik vind het zelf ook heel lastig uit te leggen, omdat niemand er een beeld bij heeft. Bij een verpleegkundig specialist denk je dat het gaat om een verpleegkundige die zich heeft gespecialiseerd. Dat volgt eruit voor iedereen; dat hoeft je niet uit te leggen.

Taakherschikking is aan de orde van de dag en zal door de invloed van technologie en de veranderende zorgvraag alleen maar toenemen. In 2003 studeerden de eerste p.a.'s af en traden ook steeds meer verpleegkundig specialisten, toen nog nurse practitioners geheten, toe tot de arbeidsmarkt. De gedachte achter deze taakherschikking is dat de zorg wordt geleverd door professionals die daarvoor het beste zijn opgeleid. Meer complexe medische taken door de arts en meer routinematige medische taken door de p.a. en de v.s. Het is een masteropleiding voor een op zichzelf staand beroep, met eigen expertise, die voor bepaalde behandelingen beter kan zijn dan de arts.

De bedoeling ervan is niet om te bezuinigen of om minder artsen nodig te hebben, maar het is echt een verpleegkundig specialisme. Als verpleegkundige krijg je een bepaalde bekwaamheid en beroepskenmerken waardoor je meer geschikt bent om bepaalde dingen te doen dan een arts die opgeleid wordt om eigenlijk heel andere dingen te doen.

Met ingang van 1 januari 2012 is artikel 36a aan de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg toegevoegd. Op grond daarvan kunnen via een experiment bepaalde categorieën beroepsbeoefenaren bij Algemene Maatregel van Bestuur voor maximaal vijf jaar zelfstandig bevoegd worden tot het verrichten van in de maatregel aangewezen voorbehouden handelingen. Gelijktijdig met de inwerking-treding van artikel 36a is bij Algemene Maatregel van Bestuur geregeld dat verpleegkundig specialisten en physician assistants via een experiment maximaal vijf jaar een aantal voorbehouden handelingen zelfstandig mogen uitvoeren. Daarvoor is dus geen opdracht meer nodig van een arts. Ik kan mij de behandeling van deze wet en de hele taakherschikking in den beginne nog heel goed herinneren. De verpleegkundigen hebben er enorm hard aan getrokken om dit voor elkaar te krijgen. Zij zeiden: als wij vandaag stoppen met alles wat wij zelfstandig uitvoeren, ligt de hele zorg plat. Zij stelden ook de volgende vragen. Waarom mogen wij taken helemaal zelfstandig uitoefenen, maar moeten wij dat altijd onder de verlengde arm doen?

Waarom kunnen wij over die zelfstandige taken niet zelf voor een tuchtrechter verantwoording afleggen en daar zelf op afgerekend worden als dat nodig is? Het gebeurde natuurlijk allang. Alleen, het was niet in de wet geregeld. Hier zie je dat we in de wet iets hebben geregeld wat in de praktijk allang gebeurde. En dat is maar goed ook, want als je zelfstandig beslissingen neemt en feitelijk een eigenstandig beroep hebt, dan is het belangrijk dat je je moet verantwoorden voor een tuchtrechter als dingen heel erg misgaan.

Het experiment is gemonitord en geëvalueerd in wetenschappelijk onderzoek dat is uitgevoerd door de Universiteit Maastricht. De resultaten waren positief. De centrale vraag in het onderzoek was: in hoeverre is het doelmatig of effectief om een zelfstandige bevoegdheid aan de p.a.'s en de verpleegkundig specialisten toe te kennen voor het uitvoeren van de in het experiment aangewezen voorbehouden handelingen, en bij welke handelingen is dat zo? De onderzoekers concludeerden dat het experiment voor een deel, zoals ik al zei, een formalisering was de dagelijkse praktijk.

Uit het eerste onderzoek concludeerden de onderzoekers dat de zelfstandige bevoegdheid van de verpleegkundig specialist en de p.a. om katheterisaties, heelkundige handelingen, injecties en puncties uit te voeren en te delegeren en UR-geneesmiddelen (uitsluitend receptgeneesmiddelen) voor te schrijven, effectief is gebleken. De Universiteit Maastricht heeft vervolgonderzoek gedaan naar de drie voorbehouden handelingen — endoscopieën, electieve cardioversie en defibrillatie — om de additionele gegevens te verzamelen. Daarbij zijn dezelfde onderzoeksvragen gehanteerd. Beide onderzoeken laten zien dat het experiment om voorbehouden handelingen uit te voeren en te delegeren, in hoge mate door verpleegkundig specialisten en p.a.'s is benut. Zorgprocessen met voorbehouden handelingen blijken efficiënter te zijn ingericht en de zorg wordt door de daartoe geschikte professional uitgevoerd. Uit de onderzoeken is verder gebleken dat aan alle wettelijk vastgelegde randvoorwaarden is voldaan en dat er geen negatieve bijwerkingen zijn opgetreden als gevolg van de wetwijziging. Het is natuurlijk ontzettend belangrijk dat dit kan worden geconstateerd.

Uit de experimenten is dus de effectiviteit van de taakherschikking gebleken. Dat is de reden waarom ik nu met dit wetsvoorstel naar de Kamer ben gekomen om de zelfstandige bevoegdheid van de p.a. en de v.s. tot het doen van een aantal voorbehouden handelingen structureel te regelen.

Het tweede wat ik wil regelen is even belangrijk. Dat is namelijk dat al het handelen van de beroepsbeoefenaar van een experimenteerberoep onder het tuchtrecht valt en dus niet alleen het verrichten van voorbehouden handelingen, wat nu bij wet is geregeld. Op die manier kan straks bijvoorbeeld ook ongewenst gedrag of het stellen van een verkeerde diagnose door een beroepsbeoefenaar van een experimenteerberoep tuchtrechtelijk worden getoetst, net zoals dat bij alle andere artikel 3-beroepen, zoals arts of verloskundige, het geval is.

Verder wil ik dat ook gedurende een experiment de bevoegdheden van de beroepsbeoefenaren die aan het experiment deelnemen, kunnen worden ontnomen bij disfunctioneren. Nu kan dat alleen naar aanleiding van klachten over het verrichten van de voorbehouden handelingen. Dan

kan de tuchtrechter een boete opleggen of een waarschuwing of een berisping geven. De tuchtrechter kan nu niet beletten dat een beroepsbeoefenaar gedurende een experiment blijft doorwerken, ook niet bij ongewenst gedrag. Dat is niet in het belang van de patiëntveiligheid. Ik meen daarom dat met dit wetsvoorstel de patiëntveiligheid is gediend. Dat zeg ik ook in antwoord op de vraag van mevrouw Keijzer. Door het instellen van een tijdelijk register voor experimenteerberoepen kunnen alle tuchtmaatregelen, zoals schorsing of doorhaling, worden opgelegd en ook openbaar worden gemaakt. Als na het experiment blijkt dat het experimenteerberoep net als de p.a. definitief in de Wet BIG wordt opgenomen, gaat het tijdelijke register over in een definitief BIG-register en zullen eventueel opgelegde tuchtmaatregelen ook na de beëindiging van het experiment in stand blijven.

Er zijn mij door de woordvoerders van de VVD en GroenLinks en door anderen vragen gesteld over de bevoegdheid van de p.a. tot het verrichten van voorbehouden handelingen voor zover het gaat om beperkte complexiteit. De NAPA heeft aangegeven de term "beheersbare complexiteit" beter te vinden passen in de huidige praktijk. De vraag is of ik bereid ben om dit aan te passen. Bij het opstellen van de Algemene Maatregel van Bestuur ten behoeve van het experiment is zorgvuldig per handeling afgewogen of het verantwoord is de bevoegdheid te verlenen aan de p.a. Ook is goed nagedacht over de voorwaarden die de p.a. bij het verrichten van deze voorbehouden en andere medische handelingen in acht dient te nemen. Een van die voorwaarden is beperkte complexiteit. Dat is niet zomaar vastgesteld, maar dat is in overleg met de betrokkenen vastgesteld. Zo zijn wij hierop gekomen. Met de beperkte complexiteit hebben wij ook geëxperimenteerd en die experimenten zijn ook geëvalueerd. Uit het evaluatieonderzoek is niet gebleken dat het criterium van beperkte complexiteit leidt tot een beperking van doelmatigheid en zorg.

Ik wil dus vasthouden aan de wijze waarop we het in het experiment hebben gedaan. Als je een experiment met "beperkte complexiteit" doet en als daaruit blijkt dat een ander niet hanteerbaar is of dat je een andere definitie moet gebruiken, vind ik dat je alle aanleiding hebt om dat aan te passen. Maar als uit het experiment juist blijkt, zoals de Kamer heeft kunnen zien, dat iedereen er eigenlijk best goed mee uit de voeten kan, vind ik het raar om het naar aanleiding van een groen krulletje ineens te gaan veranderen. Juist waar we mee geëxperimenteerd hebben en wat positief is gebleken, zou ik zo willen houden.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Niet alleen NAPA is hier kritisch over. Er is ook een rapport van iBMG verschenen in februari 2015, waarin is aangegeven dat het wettelijk vastgelegde onderscheid tussen complexe en niet-complexe zorgtaken voor p.a.'s in de praktijk niet passend is. De kritiek is dus wel degelijk breder. Is dit meegenomen en geëvalueerd bij het gebruik van deze term?

Minister Schippers:

Uit de evaluatie is niet gebleken dat deze term tot misvattingen of complicaties heeft geleid. Alles wat bekend is, is uiteraard meegenomen. Als je een experiment ingaat met A en het toetst goed, moet je dat vasthouden, vind ik, maar je moet ook met elkaar in overleg blijven, zodat heel duidelijk is wat er wel en niet onder valt. Ik kan het nu in een keer

aanpassen naar een andere term, maar wie zegt dan dat dat niet leidt tot problemen? Dan zou ik dat ook wel heel erg ad hoc doen, want daarmee heb ik helemaal niet geëxperimenteerd en dat heb ik helemaal niet getoetst.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

De minister zegt terecht dat we moeten blijven bekijken hoe we het moeten aanpassen, als dat nodig is. Hoe moet ik "blijven kijken hoe we dat gaan doen" voor me zien?

Minister Schippers:

We hebben nu net een experiment gedaan. Dit is goed getest en dit wil ik dus in de wet opnemen. Als na verloop van tijd in de praktijk blijkt dat er toch een andere aanpassing nodig is, kun je die altijd doen, maar om nu zomaar een term eruit te halen en een niet-getoetste term erin te gooien, lijkt mij te ad hoc.

De heer El Yassini (VVD):

Ik kan mij helemaal vinden in wat de minister zegt, namelijk dat we een experimentfase hebben gehad, waarin in ieder geval "beperkte complexiteit" is aangehouden en waaruit blijkt dat daar geen ander woord voor nodig is, om het zo maar te zeggen. Maar ik ben ook blij dat de minister aangeeft dat we, als later blijkt dat het wel nodig is, daar met z'n allen kritisch naar moeten kijken. De enige reden waarom ik het in mijn bijdrage heb genoemd, is dat ik heb begrepen dat er geen klachten over of incidenten met p.a.'s zijn geweest in de experimenteerfase van de afgelopen vijf jaar. Ik krijg signalen van de werkvloer. Pa.'s zeggen: er is nu geen klacht, maar wij zijn bang dat op het moment dat wij wel een klacht krijgen, er gekeken wordt naar die beperkte complexiteit terwijl wij als beroepsbeoefenaren niet heel goed weten wat dan precies bedoeld wordt met die beperkte complexiteit. En beheersbaar, ja we hebben als p.a.'s ook met z'n allen afgesproken dat dat de afspraken zijn met de artsen. Wij kijken naar onze eigen vooropleiding en ervaring en wij kijken natuurlijk ook naar de patiënten-doelgroep binnen de instelling waar wij werken. Men zegt: op het moment dat er bijvoorbeeld een moeilijke of complexe situatie is, kan ik voor mezelf beter afwegen of die beheersbaar is, dus geen schade oplevert, zodat ik later ook verantwoording kan afleggen aan een eventueel tuchtcollege.

Vandaar dat ik dat in mijn bijdrage had opgenomen. Hoe kijkt de minister naar die signalen die afkomstig zijn van de werkvloer?

Minister Schippers:

Ik vind "beheersbaar" ook een subjectief begrip. Ik denk dat je ook hele discussies kunt voeren over de vraag: wat is beheersbaar en wat niet? Ik vind het het allerbelangrijkst dat er helderheid over is. Dat ben ik met de heer El Yassini eens. We hebben nu vijf jaar geëxperimenteerd en dat strak gemonitord, maar dat wil niet zeggen dat we hier een punt zetten. Alles gaat door, en de taakherschikking zal ook doorgaan. Er zitten nu ook weer twee nieuwe beroepen bij. Maar ook over beroepen die uitstromen, blijft de discussie of er iets af of bij moet. Die discussie blijft. Daarom leg ik het ook niet in de wet vast. Mevrouw Keijzer zei dat de KNMG daar een beroep op heeft gedaan. We regelen alle

BIG-beroepen bij AMvB. Dat doen we bij dit beroep ook, zodat het ook kan veranderen als de praktijk daarom vraagt. Wat we doen, is het volgende. We doen puur wat we in het experiment hebben gedaan en we maken niets breder of krasser. Dat zullen we ook in de AMvB doen.

De volgende vraag luidt: welke stappen kunnen we nemen om de verloskundige handelingen op te nemen als voorbehouden handeling voor de p.a.'s? Ik ben vooralsnog niet van plan om dat te doen. Als jij p.a. wilt worden of die studie wilt doen op het verloskundige terrein, dan ben je verloskundige voordat je die p.a.-kopstudie gaat doen. Heel veel p.a.'s doen echter helemaal niets met verloskunde. Als wij dat voor iedereen verplicht zouden stellen, zouden zij dat ook op de een of andere manier moeten bijhouden. Het is natuurlijk een kleine groep die deze specialisatie heeft. We zien dat ook wel bij andere beroepen. En dan vraag je in dit geval om die twee registraties, zodat je bij allebei kunt kijken of het daadwerkelijk is bijgehouden. Het komt vaker voor dat beroepsbeoefenaren voor meerdere beroepen geregistreerd staan. Ik noem bijvoorbeeld een registratie als psychotherapeut en een registratie als gz-psycholoog. Daarvoor geldt hetzelfde: dat je voor beide beroepen geregistreerd dient te blijven.

Dan het tijdschrijven voor de p.a. Een aantal leden heeft daarom gevraagd.

De voorzitter:

Mevrouw Ellemeet heeft nog een dringende vraag.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Excuus, ik reageerde wat laat. De minister zegt dat je twee registraties kunt hebben. Dan los je dus op die manier het probleem op. Maar nu zijn er physician assistants die niet die verloskundige handelingen kunnen verrichten. Dat is een probleem in de praktijk. Welke oplossing ziet de minister dan voor deze groep?

Minister Schippers:

Als ze niet als verloskundige geregistreerd staan, dan hoop ik ook niet dat ze verloskundige handelingen verrichten.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Uiteraard. Maar het gaat om verloskundigen die vervolgens de oplossing tot physician assistant doen. Ze zijn dan physician assistant, maar ze kunnen dan eigenlijk niet meer die combinatie maken. Ik heb begrepen dat binnen de titel "physician assistant" niet de verloskundige handelingen verricht kunnen worden. Dat leidt in de praktijk tot problemen.

Minister Schippers:

Dat kan wel als je als verloskundige geregistreerd staat. Dus alleen de registratie als p.a. is onvoldoende om die handelingen te kunnen verrichten. En dat is maar goed ook, want een heel groot deel van de p.a.'s krijgt er nooit mee te maken. Het deel dat ook verloskundige handelingen verricht, bestaat over het algemeen uit mensen die vanuit verloskunde zijn ingestroomd. Zij moeten ervoor zorgen dat ze die registratie op orde houden door aan de eisen te

voldoen om ook die handelingen te mogen blijven verrichten. De eis dat je als verloskundige voldoende training ondergaat om die handelingen te mogen doen, is ter bescherming van de patiënt. En tegelijkertijd moet je ook voor het p.a.-deel aan de registratie-eisen blijven voldoen.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Voorzitter ...

De voorzitter:

We doen interrupties in principe in tweeën, mevrouw Ellemeet.

Gaat u verder, minister.

Minister Schippers:

Er is een nieuwe bekostiging in de maak voor de ggz. De ggz-partijen hebben het mij zelf aangeboden. Omdat dbc's schrijven niet de meest passende manier is om te declareren in de ggz, hebben zij gezegd: dat moeten we veel beter kunnen; in de ggz zouden wij moeten worden afgerekend op onze toegevoegde waarde. Zij zeiden ook: we zouden veel meer moeten inbouwen dat we met patiënten praten; we zouden dus eigenlijk een andere bekostiging moeten hebben. Ik heb gezegd: dat is prima. Zij zeiden: wij kijken ook heel erg naar Engeland en dat vertalen we dan. Ik heb daar ook een presentatie van gehad. Ze zijn druk bezig om het verder te ontwikkelen. Ze zijn daarover in gesprek met de NZa. Daar zit altijd vertraging in, zeg ik er maar even bij. Ten aanzien van deze twee lopende trajecten, zie je dat de tijdschrijftabel vervalft. Dan zie je dat men nu als p.a. moeilijk kan instromen terwijl er wordt gewerkt aan een nieuw systeem. Ik vind dat zelf ook onwenselijk, zeker omdat we te maken hebben met wachtlijsten. We hebben soms te maken met een schreeuwend tekort aan professionals die zorg kunnen verlenen. Ik denk dus dat het heel belangrijk is dat we maximaal inzetten op p.a.'s die dat kunnen doen en dat misschien ook zelfstandig kunnen doen. Ze moeten dat ook kunnen declareren. Ik zeg toe dat ik opnieuw in gesprek ga met de NZa en anderen die hierbij betrokken zijn, om te kijken of er iets te bedenken is waardoor dit eerder kan, ook gezien de omstandigheden in de sector.

Mevrouw Keijzer vroeg of wij signalen hebben dat p.a.'s worden ontslagen. Die signalen hebben wij niet, maar ik wil ze eigenlijk veel breder inzetten. Wij hebben die mensen heel hard nodig. Maar wij hebben geen signalen dat er massaal p.a.'s op straat gezet worden.

Er is een en ander gezegd over p.a.'s in de eerste lijn ggz en in de ouderenzorg. Dat kan zeker beter. Een aantal Kamerleden heeft gevraagd hoe wij mensen in de sector en buiten de sector bekend kunnen maken met een p.a. Wie weet eigenlijk wat het betekent? Het is dat ik nu toevallig deze functie heb. Anders zou ik ook niet weten wat een p.a. was en zou ik al helemaal niet weten wat hij wel en wat hij niet mag. Daar zit wel een heel belangrijk aspect. Dat is — daar begon ik ook mee — bij een verpleegkundig specialist echt anders. Je weet wat een verpleegkundige is. Deze verpleegkundige heeft zich gespecialiseerd in diabetes, dus die mag extra dingen op het gebied van diabetes. Dat is heel erg logisch, ook voor een patiënt. Dat moet bij de p.a. ook logisch zijn, zeker als hij individuele patiëntencontact

heeft. Daar moet ook een traject op gezet worden. Ik vind dat ook richting de patiënt helder moet zijn wat zo'n nieuw beroep is, zeker als je individueel door zo'n nieuwe beroepsgroep behandeld kan worden.

Mijn tweede toezegging is dat ik samen met de sector zelf ga kijken hoe wij dit beter kunnen doen. De naamgeving heeft er alles mee te maken. Hoe kun je het zo vertalen dat mensen denken: dat is logisch, nu weet ik wat die persoon doet? Dit is dus echt iets waarvan ik vind dat er nog werk te doen is.

Wij hebben geen overzicht van hoeveel ziekenhuizen p.a.'s in dienst hebben, omdat we afspraken over anonimiteit in het onderzoek hebben gemaakt. Daardoor is een overzicht van namen van ziekenhuizen waar concrete afspraken zijn gemaakt over de inzet, niet te geven. Dat geldt ook voor de inzet van verpleegkundig specialisten. Uit het onderzoek is wel duidelijk geworden dat 85% van de verpleegkundig specialisten en 90% van de p.a.'s zelfstandig voorbehouden handelingen uitvoeren.

Is de patiëntveiligheid geborgd? Juist met het opnemen van de p.a. in artikel 3 en de v.s. in artikel 14 van de Wet BIG is de patiëntveiligheid echt gediend. Ik noemde al het tuchtrecht. Iemand die seksueel overschrijdend gedrag toont, kun je nu niet aanpakken. Dat kan straks wel. Je kunt iemand specifiek aanpakken op de handelingen die hij zelfstandig uitvoert. De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg is van toepassing. Die waarborgt dat patiënten kunnen vertrouwen op goede zorg. De inspectie houdt toezicht op naleving van de Wet BIG en de Wkkgz. Ik denk dat dit echt een stap vooruit is.

Kan ik kort stilstaan bij de kritische vragen van de Raad van State naar aanleiding van het verslag? De Raad van State adviseert, het tuchtrecht van toepassing te laten zijn ook na het vervallen van het tijdelijke register. Dat advies is overgenomen. Het tuchtrecht blijft van toepassing op handelen of nalaten ten tijde van inschrijving in het tijdelijke register. Het is dus niet zo dat dit vervalt als het tijdelijke register overgaat.

Dan kom ik op de opleidingsplaatsen. De jaarlijkse instroom voor de p.a. en de verpleegkundige specialist stijgt nog steeds met 50 per jaar. De tussenstand van het studiejaar 2017/2018 is dat 650 van de 700 opleidingsplaatsen worden benut. Wij hebben er de afgelopen jaren al 700 ter beschikking gesteld. Je ziet dus heel erg de getraptheid: In 2005 was het 350. Dat liep in trappen op naar 700. Die plaatsen worden echter niet allemaal benut. Het is dus niet zo dat wij te weinig opleidingsplaatsen hebben. Wel hebben wij, zoals elders in de zorg, problemen met stageplaatsen. Daar hebben wij in ieder geval de financiële drempel weggenomen. Wij hebben daarover ten aanzien van verschillende beroepen regelmatig gesprekken met de zorgaanbieders. Ik denk dat het definitief regelen van de beroepen in de Wet BIG zeker een impuls zal geven aan de instroom op de opleidingen, omdat je dan meer zekerheid hebt.

Of aanvullende maatregelen nodig zijn om de instroom van studenten te bevorderen, hangt af van de ruimte die er potentieel in de zorg is voor de inzet van p.a.'s en verpleegkundig specialisten. Ik ben voornemens het capaciteitsorgaan te vragen om hiernaar onderzoek te doen.

Wanneer kunnen wij de eerste evaluatie verwachten? Wij hebben net vijf jaar geëxperimenteerd en geëvalueerd, dus laten wij nu eerst maar eens van start gaan.

Is het niet een risico dat de zorg te veel versplintert? Ik denk dat dit niet alleen gekoppeld is aan de verpleegkundig specialist en de p.a. In zijn algemeenheid krijgen wij natuurlijk steeds meer beroepen. Je ziet dat de zorg veel ingewikkelder wordt. Er zijn heel specialistische handelingen die er vroeger niet waren. Als je niets verandert, vraag je van dezelfde beroepsgroep om op elk terrein deskundig te zijn, ook op het gebied van de nieuwe technologie of met betrekking tot specialisaties op een specifiek zorgonderdeel. Als die dingen zwaarder worden, is het logisch dat je je op een gegeven moment gaat specialiseren, omdat je niet alles kunt bijhouden. Dan krijg je dus, zoals wij hebben gezien, dat een heleboel verpleegkundigen eigenlijk dingen doen waarop zij niet zelfstandig worden afgerekend, maar onder de verlengde-armconstructie. Ik vind dat je die verlengde-armconstructie alleen moet toepassen als het echt moet, want die kent wel zijn grenzen.

Uit het onderzoek blijkt dat de patiënttevredenheid hoog is. De doelmatigheid is ook hoog. Zeker aan het begin hadden de artsen echt drempelvrees, maar de artsen die in het onderzoek zijn bevraagd, onderschrijven dat ook. Zij zeggen dat zij goed samenwerken en er echt voordeel in zien. Ik heb zelf verschillende artsen gesproken die met verpleegkundig specialisten en p.a.'s werken en daar heel erg tevreden over zijn.

Schuiven we ze niet te veel verantwoordelijkheid in de schoenen? Het zijn heel goed opgeleide professionals. Zij kunnen deze verantwoordelijkheid aan, op basis van hun studie en op basis van het werk dat zij later in de praktijk doen. We zien dat de kwaliteit van zorg hoog blijft, de zorgverlening goed is en de patiënttevredenheid hoog. Ik denk niet dat je moet opknippen om het opknippen. Ik denk dat je echt alleen hiertoe over moet gaan als je echt denkt dat de praktijk niet meer aansluit op de wet, iets wat we eerst hadden, of dat er dingen gebeuren die eigenlijk niet meer goed in het tuchtrecht of de BIG zitten.

Voldoende plekken voor basisartsen. Wat zich daar natuurlijk wel voordoet, is iets wat me zelf ook wel bezighoudt, namelijk dat we voor bepaalde specialismen geen basisartsen kunnen krijgen. Er zijn een heleboel specialistische opleidingen waar de opleidingsplaatsen ... Ik heb gedurende mijn hele ministerschap zo'n beetje naar de top van het capaciteitsorgaanadvies plaatsen toegekend. Je ziet dat een heleboel van die plaatsen ... We hebben hier wel debatten gehad over de GGD's en de infectieziektenbestrijding, maar ook in de ouderenzorg is er bijvoorbeeld een gebrek aan geriateren. Je ziet toch dat we soms mensen op de bank hebben zitten. Maar ja, we kunnen niet allemaal cardioloog worden. We hebben ook ontzettend veel behoefte aan die andere artsen.

Ik denk dat taakherschikking bij veel specialismen nog in de kinderschoenen staat en dat je die andere organisatie van de zorg, die je in sommige delen van ziekenhuizen heel goed tot stand ziet komen, langzaam maar zeker in de hele zorg ingang kan doen vinden, zeker als de koudwatervrees een beetje weg is.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Dat ben ik helemaal met de minister eens. Koudwatervrees speelt nog heel erg mee, want de partijen moeten allemaal nog wennen aan deze mogelijkheid.

De minister zei eerder dat zij opdracht aan het Capaciteitsorgaan wil geven voor een onderzoek naar de vraag hoe we die taakherschikking nog beter kunnen inbedden in de opleiding of een betere plek kunnen geven. In een rapport uit 2016 van het Capaciteitsorgaan zegt men zelf dat er betere sturing nodig is. Dus dan zou het een taak zijn die bij de politiek ligt. De vraag is: hebben we nu behoefte aan nog een onderzoek of weten we eigenlijk al wat we willen en is het zaak dat VWS in overleg met OCW kijkt hoe we die opleidingsplaatsen op een andere manier kunnen schikken om meer ruimte te krijgen voor die physician assistant, zodat ze bijvoorbeeld in de ouderenzorg juist die openstaande plekken voor een deel kunnen overnemen?

Minister **Schippers**:

Aan de opleidingsplaatsen ligt het niet, want die worden al jaar na jaar niet maximaal opgevuld. 650 is al wel een stuk beter, want dat betekent dat je eigenlijk maar 50 plaatsen onbenut laat. Dus dat gaat veel beter.

Dat VWS de regie neemt over al die beroepsopleidingen en stages is vrijwel onmogelijk, omdat men in de zorg zelf mensen in vervolgstudies opleidt. Wat wij natuurlijk wel doen, is, daar waar wij het financieren, sturen op de plaatsen. Maar als die plaatsen niet vol komen, dan ga je met elkaar in gesprek over de vraag hoe dat kan. Ik heb dat gedaan bij de ggz toen wij afspraken maakten over de wachtlijsten: als ik nou meer ga opleiden, dan ... Zij leiden namelijk ook op eigen kosten mensen op. Als zij dan gaan zakken omdat ik stijg, krijg je nog geen extra mensen. Dat soort overleggen heb je. Je kijkt natuurlijk waar er waaraan behoefte is en waar je eventueel kunt sturen, maar uiteindelijk kiezen mensen zelf als basisarts of ze in opleiding willen voor cardioloog of voor een totaal andere specialisatie.

De **voorzitter**:

Ten slotte.

Mevrouw **Ellemeet** (GroenLinks):

Welk onderzoek wil de minister dan van het Capaciteitsorgaan?

Minister **Schippers**:

U vroeg of het Capaciteitsorgaan ... Ik blader even in mijn papieren om het antwoord op uw vraag terug te lezen, want het is al een tijdje terug.

Het gaat om aanvullende maatregelen om de instroom van de studenten te bevorderen. We hebben nu opleidingsplaatsen, maar als die niet helemaal vol zitten, dan zou je de instroom kunnen bevorderen. Ik heb dus aangegeven het Capaciteitsorgaan daar onderzoek naar te laten doen.

Naar de capaciteitsraming, dus de aantallen opleidingsplaatsen die wij voor de toekomst nodig hebben, laten wij het Capaciteitsorgaan ook kijken. Naast de aantallen die ze mij

al geven voor artsen en specialisten, gaan we ook aantallen vragen voor deze beroepen. Is het mogelijk een basisregistratie in het BIG te krijgen en dan aantekening als er een specialisatie is? Dan krijg je niet een wirwar van beroepen in het BIG-register. De Wet BIG kent uitsluitend registraties van basisberoepen. Specialismen worden aangetekend in het specialistenregister van de beroepsverenigingen. Daarnaast stelt het wetsvoorstel voor om per specialisme bij de verpleegkundigen daarbij passende bevoegdheden toe te kennen. Wij registreren dus alleen het basisberoep verpleegkundig specialist, en die specialismen staan dan in de beroepenregisters.

Waarom is de mogelijkheid om na beëindiging van een experiment waarbij niet wordt besloten tot een wettelijke regeling, een tuchtklacht in te dienen, beperkt tot een halfjaar? Daar is toe besloten, omdat een experiment maximaal vijf jaar kan duren. Als het niet goed gaat, kun je het ook na drie jaar stoppen of na één jaar, maar het kan maximaal vijf jaar duren. Dan moet je dus bij alle tuchtcolleges een kamer beschikbaar houden, om de klachten voor dat beroep te behandelen. Als zo'n beroep doorstroomt in de Wet BIG is dat geen enkel probleem, want dan hou je dat. Maar als je na een, twee, drie of maximaal vijf jaar besluit dat het experiment eigenlijk mislukt is en dat je het wilt sluiten, dan ga je het dus niet reguleren want dan neem je het niet op. Dan moet je zo'n kamer, zo'n specialisme open houden. Daarvan hebben wij gezegd: als iets vijf jaar duurt, dan gaat het over het algemeen al wel redelijk goed, anders laat je het niet vijf jaar duren. Dan vonden wij een overgangstermijn van een halfjaar in verhouding met zo'n experiment.

Welke beroepen komen nog meer in aanmerking voor taakherschikking? Zoals u al zelf hebt opgemerkt, zitten de klinisch technologen sinds 2014 en de bachelor medisch hulpverlener sinds mei 2017 in die experimenteerwet. Welke daar nog bij komen, dat registreren wij niet. Dat zal zich aandienen.

Is de dienstverlening verbeterd? Dat was een vraag van mevrouw Agema. Uit onderzoek blijkt dat de zorgverlener doelmatiger wordt en dat de kwaliteit goed is. De juiste persoon is op de juiste plek, dat is er eigenlijk ook gewoon uit gekomen. Het is geen bezuinigingsmaatregel. Het gaat ook over de klanttevredenheid en de patiënttevredenheid is hoog. Het onderzoek Taakherschikking en kostprijzen van het Radboud toont aan dat de kosten binnen ziekenhuizen licht dalen, terwijl er meer additionele taken worden verricht. Dat laat dat onderzoek zien. We zien ook uit de cijfers dat er steeds meer zorg wordt geregeld voor hetzelfde of minder geld. Daar draagt dit aan bij. Het is niet de enige oorzaak.

Wat houdt het precies in dat de physician assistant taken gaat delegeren? Hij mag net als andere bevoegde beroepsbeoefenaren een opdracht verlenen.

Kan de minister bevestigen dat de voorwaarden waaronder de p.a. mag werken, gelijk blijven aan de voorwaarden tijdens het experiment? Ja, dat is zo. Ik ga daar niets op afdingen of toevoegen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Als taken gedelegeerd worden, aan wie worden ze dan gedelegeerd? Zijn dat dan die voorbehouden handelingen

die we net toegekend hebben aan deze twee beroepsgroepen?

Minister Schippers:

De delegatiebepaling bestaat voor al die beroepen. Dat betekent dat je dingen die jij mag, kunt delegeren aan een ander, maar die moet er dan natuurlijk wel bekwaam voor zijn dat te doen. Je ziet dat heel vaak in huisartsenpraktijken, waar een doktersassistente bepaalde handelingen doet, bijvoorbeeld een uitstrijkje. Maar ze moet wel een cursus gevolgd hebben of iets gedaan hebben waardoor je kunt zeggen: die kan dat ook. Om dat soort zaken gaat het. Een p.a. kan taken van hemzelf delegeren. Dat kon eerder niet, maar dat kan nu wel. Dan moet degene aan wie je het delegeert natuurlijk wel bekwaam zijn om dat te doen.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik vind het allemaal wel heel onduidelijk worden voor de patiënt. Wie helpt jou nog? Waar is die persoon bevoegd voor? Is hij gedelegeerd? Ik vind het wel een hele wirwar worden aan bevoegdheden, die dan vervolgens ook weer gedelegeerd worden aan derden. Is de minister dat met mij eens? Je weet als patiënt eigenlijk niet meer zo goed waar je dan aan toe bent.

Minister Schippers:

Ik ben het met mevrouw Agema eens dat er veel beroepsbeoefenaren zijn en dat je daar soms weleens vraagtekens bij kunt zetten. Vragen is daarbij altijd belangrijk. Maar je ziet in de huisartsenpraktijk natuurlijk ook dat de huisarts een aantal dingen gewoon echt niet meer zelf doet, maar ervoor zorgt dat hij daar mensen voor in dienst heeft die dat goed kunnen en die daar voor opgeleid zijn. Een uitstrijkje bij de huisarts wordt eigenlijk — er zullen misschien nog wel huisartsen zijn die het doen — bijna nooit meer door de huisarts zelf gedaan, maar het gebeurt wel onder zijn verantwoordelijkheid. De huisarts moet er dus voor zorgen dat het goed gaat en dat er de juiste voorwaarden zijn om het te doen. Hij moet de begeleiding doen van zo'n persoon die een uitstrijkje doet. Als er een uitstrijkje is gedaan en er vragen of twijfels zijn, moet je ook bij de huisarts terecht kunnen en moet je kunnen vragen om zijn advies. De huisarts moet ook kunnen ingrijpen. Hij moet bijvoorbeeld iets overdoen of extra naar iets kijken als hij daar door de doktersassistente om wordt gevraagd. Zo moet u het ook hier zien.

Mevrouw Agema (PVV):

Wat als je dat als patiënt helemaal niet wilt, als je wilt dat de huisarts dat uitstrijkje doet? Wat begin je dan als patiënt?

Minister Schippers:

Ik denk dat je dan aan de huisarts kunt vragen of hij dat zelf wil doen.

Mevrouw Agema (PVV):

En als hij dan zegt: dat doe ik niet meer?

Minister Schippers:

Ja, dan moet je een goed gesprek hebben met je huisarts. Kijk, de huisarts probeert zijn werkdruk een beetje te verminderen door mensen in dienst te nemen die bepaalde taken overnemen. Ik moet ook zeggen dat de meeste patiënten daar heel blij mee zijn, want die vinden het prima dat de doktersassistente, die wat meer tijd en rust heeft, zo'n taak uitvoert. Als jij graag wilt dat de huisarts het doet, kun je dat natuurlijk gewoon aan de huisarts vragen.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik vind het allemaal toch wel heel ingewikkeld worden.

De voorzitter:

Mevrouw Agema, we doen ...

Mevrouw Agema (PVV):

Voorzitter, dit is mijn enige interruptie.

De voorzitter:

Daarom mocht u ook al vier keer.

Mevrouw Agema (PVV):

Dan zet ik meteen de microfoon uit. Dan doen we het toch op die manier, voorzitter.

De voorzitter:

Nou, heel kort. Vooruit, hup.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik vind het allemaal toch wel heel ingewikkeld worden hoor. Het Capaciteitsorgaan berekent iedere keer precies hoeveel specialisten er opgeleid moeten worden. Dat is een heel precies afgestemd aantal. We zien nu eigenlijk toch dat artsen uiteindelijk overvraagd worden. Dus hebben we mensen nodig die gedelegeerd taken kunnen uitvoeren. Als je dat als patiënt eigenlijk liever niet wilt, moet je je huisarts weer voor het blok zetten. Het wordt er allemaal best ingewikkeld op. Uiteindelijk vind ik dat de patiënt gewoon duidelijkheid moet hebben. De minister zegt dat het Capaciteitsorgaan precies het aantal opleidingsplaatsen afpast. Zit daar dan niet toch een mankement? Temeer ook omdat wij tarieven betalen voor de huisartsen en ook voor de medisch specialisten die vrij hoog liggen. Net kreeg de minister de vraag of die taakherschikking ook voor tariefverschikking zorgt en daar kwam eigenlijk ook geen duidelijk antwoord op. Mijn vraag is dus eigenlijk of het er niet allemaal heel onduidelijk op wordt voor de patiënt en ook voor ons allemaal als belastingbetalers.

Minister Schippers:

In ziekenhuizen werken we eigenlijk niet met tarieven die de overheid vaststelt. Wij stellen geen tarieven vast. Dit is een onderhandeling tussen de verzekeraar en het ziekenhuis en die heeft nu één rekening. Er is één integrale rekening, voor zowel faciliteiten als het gebouw, het licht en de spullen als voor de medisch specialist. Daar zit deze beroepsbeoefenaar gewoon in. In het experiment hebben we gekeken

wat er gebeurde en we zien dat er meer gebeurt voor hetzelfde geld. Er is zelfs een lichte daling. Het wordt dus iets goedkoper en er gebeurt meer, gewoon puur naar dit experiment gekeken. Daardoor kunnen we dit weten. We hebben daar echt specifiek naar gekeken. Het is expliciet niet de bedoeling dat er gekeken wordt en wordt gezegd: oké, we overvragen artsen, dus we gaan er nu taken van artsen afhalen en door anderen laten doen. Dit is echt ontstaan omdat we denken dat deze mensen deze taken beter kunnen doen dan de artsen. Artsen zijn opgeleid om complexe problemen op te lossen en complexe behandelingen te doen. Dit zijn de meer routinematige behandelingen, waar uiteindelijk dan ook zo'n physician assistant of verpleegkundig specialist beter in wordt. Dus het gaat erom dat je de beste zorgverlener op de juiste plaats zet. Bovendien wordt er in de zorg altijd al gedelegeerd. Het is altijd zo geweest dat er taken zijn waarvan men zegt: ik kan dat beter door een ander laten doen. Dan delegeert een arts dat, maar die is er dan wel voor verantwoordelijk. Als een doktersassistent iets doet voor de huisarts, is de huisarts verantwoordelijk. Hier regelen we dat de verpleegkundig specialist zelf verantwoordelijk wordt. Als er iets misgaat, heeft zij zich bij de tuchtrechter te verantwoorden. De doktersassistent kun je niet voor de tuchtrechter vragen. Als er bij de doktersassistent iets misgaat, gaat de huisarts voor de tuchtrechter.

Ik denk dat we dit ook nodig hebben omdat de zorg gewoon veel complexer wordt omdat we steeds meer kunnen. Je kunt niet verwachten dat iedereen overal goed in is.

Hebben wij de AMvB afgestemd met de KNMG? Dat heb ik niet gedaan omdat die AMvB inhoudelijk precies hetzelfde is als de tijdelijke AMvB. Immers, sommige mensen hebben gezegd: moet je het niet verruimen? Tegen hen heb ik gezegd: nou, dat doe ik niet. Sommige mensen hebben gezegd: moet je het niet versmallen? Tegen hen heb ik ook gezegd: dat doe ik niet. We doen precies wat er in die tijdelijke AMvB stond. En die tijdelijke AMvB is wél afgestemd met de KNMG. Maar we gaan dus niet wijzigen.

Ik heb al gezegd en toegezegd dat wij echt gaan kijken naar de vraag hoe wij de zorgverlener voor de patiënt meer herkenbaar kunnen maken, zodat de patiënt ook weet wie er aan zijn bed staat. Daarbij is belangrijk dat een patiënt bij deze beroepsbeoefenaren dus echt vooraf in een BIG-register op naam en nummer van een beroepsbeoefenaar kan zoeken. Dat vind ik heel erg belangrijk. Dat nummer is ook belangrijk en willen wij veel meer gaan doorvoeren. Als er iets mis is gegaan, moet je ook op nummer kunnen zoeken. Wie heeft mij nou eigenlijk geholpen? Maar goed, ik zal hier expliciet aandacht aan besteden.

De heer El Yassini (VVD):

Ik heb een korte vraag en wil daarvoor even terugkomen op het BIG-register en het eventueel opzoeken van de p.a. of in dit geval de verloskundige. Als een verpleegkundige nu tegelijkertijd p.a. klinisch verloskundige is, krijgen die hoedanigheden dan allebei hetzelfde BIG-nummer? Zijn ze op dezelfde manier op te zoeken? Of hebben ze min of meer verschillende accounts?

Minister Schippers:

Nee, er zijn twee accounts.

De heer El Yassini (VVD):

Dat betekent dat als er bijvoorbeeld een fout wordt gemaakt door een persoon onder de p.a., en ik zoek die persoon op als verloskundige, ik dat dus over het hoofd kan zien?

Minister Schippers:

Nou, u zou haar of hem dan moeten opzoeken op nummer. Het is de bedoeling dat we dat echt veel meer door gaan voeren. Als u zoekt op nummer, kunt u het gewoon zien. Iemand heeft een nummer. Wat mij betreft komt dat ook gewoon op het visitekaartje te staan en zo, en wordt dat nummer overal gecommuniceerd. Dan kun je altijd iemand terugvinden en heb niet meer de verwarring van bijvoorbeeld twee specialisten Janssen, twee specialisten met dezelfde naam. Dan kun je dat op nummer opzoeken. Als je dus een nummer hebt, heb je altijd het goede nummer.

De voorzitter:

Mijnheer El Yassini, ten slotte een vraag ter verheldering.

De heer El Yassini (VVD):

Ja, ter verheldering, voorzitter. Dat betekent dus dat als ik een verloskundige ben en tegelijkertijd ook een p.a. klinische verloskundige, ik hetzelfde nummer heb?

Minister Schippers:

Nee, dan zijn er twee nummers. Ik begrijp dat het het beste zou zijn als er in zo'n geval één nummer zou zijn. Maar omdat we in het register die twee gescheiden systemen kennen, heb je twee nummers. Ik vind het wel goed om te bekijken of dat anders zou kunnen. Ik heb echt geen idee of dat kan. Maar ik zal dat laten onderzoeken en dat naar u terugkoppelen.

Er is gevraagd of de bachelor medisch hulpverlener ook wordt opgenomen in het register en wat de kosten zijn. Tijdens het experiment zal de b.m.h. worden opgenomen in het tijdelijke register. De kosten zijn €85. Mevrouw Keijzer stelde mij deze vraag.

Voorzitter, volgens mij heb ik de vragen allemaal beantwoord.

De voorzitter:

Dan dank ik u hartelijk. Ik moet zeggen dat p.a. een verbetering is. Ik moest ook aan uw eigen p.a. denken, die toch weer heel ander werk doet. Volgens mij komen we er wel uit.

Mevrouw Ellemeet wil nog iets zeggen.

Mevrouw Ellemeet (GroenLinks):

Ik heb nog één suggestie: geneeskundig assistent.

De voorzitter:

Eens kijken wat de minister daarvan vindt.

Minister Schippers:

Laten we dat meenemen. Laten we het bekijken. Ik heb een aantal toezeggingen gedaan. Het lijkt mij daarom goed als ik toezeg dat ik over wat ik heb toegezegd, de Kamer een brief stuur. Dan zal ik daarin de naamgeving ook meenemen.

De voorzitter:

We zijn benieuwd!

Ik kijk naar de Kamerleden of er behoefte is aan een tweede termijn. Dat is niet het geval.

De algemene beraadslaging wordt gesloten.

De voorzitter:

Ik stel voor dat we komende dinsdag stemmen over deze wet. Ik wens u allen een goede en veilige reis naar huis.