

Vergaderjaar 2020–2021

29 282

## Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector

Nr. 414

### BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 27 oktober 2020

Dagelijks leveren meer dan 1,2 miljoen zorgverleners een topprestatie; dit is door de covid-19 pandemie de afgelopen maanden nogmaals voor iedereen duidelijk geworden. Ik vind het bewonderenswaardig om te zien met hoeveel passie deze mensen zich elke dag weer inzetten voor onze gezondheid. Mijn waardering gaat dan ook uit naar alle zorgverleners. Juist in deze tijd van crisis wordt duidelijk dat het belangrijk is dat zorgverleners flexibel ingezet kunnen worden en dat zorgverleners aan de voorkant betrokken en gehoord worden.

In navolging op de Prinsjesdagbrief<sup>1</sup> ontvangt uw Kamer zoals toegezegd een nadere reactie op het advies «*Niets over ons, zonder ons*» van de chief Nursing Officer, Bianca Buurman. Een volgende reactie volgt na afronding van de verkenning zoals toegelicht onder het kopje *CNO advies zeggenschap*. Tevens gaat het kabinet met deze brief in op de voortgang met betrekking tot de moties van de leden Dik-Faber en Ellemée over het wettelijk verankeren van zeggenschap van verpleegkundigen (Kamerstuk 31 765, nr. 505) en van de leden Dik-Faber, Dijkhoff en Klaver over het beter betrekken van verpleegkundigen en verzorgenden bij besluiten over opschaling van de coronazorg in ziekenhuizen en verpleeghuizen (Kamerstuk 25 295, nr. 556). Daarnaast informeer ik uw Kamer over een aantal trajecten die gerelateerd zijn aan de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg.

De uitoefening van de individuele gezondheidszorg is in principe vrij voor iedereen. Een uitzondering hierop vormen de beroepen waarbij beroepsbeoefenaren dusdanig handelingen verrichten dat de patiënt moet worden beschermd tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. Deze beroepen zijn gereguleerd in de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg). Bij de beroepenregulering wordt de «*nee, tenzij systematiek*» gehanteerd: alleen reguleren als dit vanuit patiëntveiligheid strikt noodzakelijk is. Het is belangrijk om de flexibele inzet van

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 411.

zorgverleners op de arbeidsmarkt zo veel als mogelijk in stand te houden zodat er voldoende hulpverleners voor de patiënten ter beschikking staan.

### *CNO advies zeggenschap*

Naast de flexibele inzet, draagt ook het creëren van voldoende zeggenschap voor de zorgprofessional bij aan werkplezier, professionaliteit en effectiviteit en zodoende het behoud van onze professionals voor de zorg. Dit geldt specifiek voor ons verpleegkundigen en verzorgenden. Er zijn de afgelopen tijd signalen dat verpleegkundigen onvoldoende worden betrokken bij de besluitvorming in zorgorganisaties. Volgens de signalen die ik krijg lijkt de crisis dit op sommige momenten te versterken. Hoewel er allerlei initiatieven worden genomen om verpleegkundigen te betrekken bij het beleid in zorginstellingen, zoals de Verpleegkundige Advies Raad (VAR), enquêtes, afdelingsvergaderingen vanuit het team, werkgroepen, nieuwsbrieven, de Ondernemingsraad (OR) of HR, wordt dat niet altijd zo ervaren door de verpleegkundigen zelf. En om die reden hecht ik ook aan het advies «Niets over ons, zonder ons» van de Chief Nursing Officer, Bianca Buurman. Dat advies gaat in op de positionering van verpleegkundigen en verzorgenden en bevat een investeringsagenda op een drietal thema's.

1. Vrijmaken van tijd en ruimte om er zo voor te zorgen dat verpleegkundigen worden gepositioneerd en gefaciliteerd om zeggenschap optimaal te kunnen uitoefenen.
2. Erkennen van professionele zeggenschap op organisatie- en op landelijk niveau.
3. Verankeren van scholingsmogelijkheden en loopbaanmogelijkheden in cao's.

Inzet op die 3 thema's zou naar het oordeel van de CNO moeten bijdragen aan meer zeggenschap voor de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep. Zoals ik in mijn brief van 15 september jl. heb aangekondigd herkent het kabinet zich in de bevinding dat er meer nodig is om regie en zeggenschap onder zorgprofessionals te vergroten. Het idee van een onafhankelijke commissie, met daarin ook verpleegkundigen, zoals de CNO adviseert spreekt mij aan. Over de vraag hoe dit concreet vorm kan krijgen, heb ik mij de afgelopen weken gebogen.

Met deze brief wil ik u inlichten dat ik inmiddels een verkenner in de persoon van mevrouw prof. dr. N.M. van Gestel heb gevraagd om in de periode van oktober tot en met november in gesprek te gaan met de vertegenwoordigers van werkgevers in allerlei sectoren, vertegenwoordigers van werknemers en de beroepsvereniging Verzorgenden Verpleegkundigen (V&VN). Doel van die verkenning is te achterhalen of er op de thema's zoals geschetst in het CNO-advies voldoende eigenaarschap is bij de partijen om daarmee aan de slag te gaan en hoe zij die uitvoering zouden willen vormgeven. Op basis van die gesprekken zal de verkenner mij adviseren op welke wijze de commissie vorm moet krijgen en met welke opdracht.

Ik heb hiermee een tussenfase ingebouwd om te kunnen achterhalen op welke tafels de thema's uit de investeringsagenda het meest tot hun recht komen en zodoende ook op de meest efficiënte wijze kunnen worden opgepakt. Dit alles samen met de verpleegkundige beroepsgroep, omdat het doel is op termijn ook het verschil te gaan merken in de mate waarin zij zeggenschap ervaren.

Zodra de verkenning is afgerond, zal ik uw Kamer nader informeren over het vervolg. Ik streef ernaar dat te doen in de eerste helft van december 2020.

Het is voor professionals én patiënten belangrijk dat duidelijk is bij wie men voor welke zorg terecht kan. In de huidige beroepenstructuur in de psychologische zorg is voor patiënten, zorgverzekeraars en verwijzers onduidelijkheid over de verschillende beroepen en toegepaste methoden, die naast elkaar worden ingezet. Het aantal verschillende titels dat refereert aan psychologische beroepen is groot. Samenwerkende beroepsverenigingen hebben daarom het initiatief genomen om te komen tot een meer overzichtelijke beroepenstructuur, een initiatief dat ik van harte ondersteun.

Vandaag heb ik het advies *«Een vernieuwde structuur voor de academische beroepen in de psychologische zorg»* in ontvangst mogen nemen. U treft dit advies in de bijlage van deze brief<sup>2</sup>. Het advies is voortgekomen uit het Hoofdlijnenakkoord GGZ van zomer 2018 en is opgesteld in een stuurgroep, bestaande uit het Het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie (NVGzP), de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), de landelijke vereniging van vrijgevestigde psychologen & psychotherapeuten (LVVP) en De federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen (P3NL). Dit onder leiding van onafhankelijk voorzitter Alexander Rinnooy Kan. Het is goed om te zien dat de partijen tot een gezamenlijk voorstel zijn gekomen.

De door de stuurgroep geadviseerde beroepenstructuur bevat één breed basisberoep voor de psychologische zorg in artikel 3 van de Wet BIG: de gezondheidszorgpsycholoog generalist. Het voorstel is dat in dit nieuwe beroep de bestaande gezondheidszorgpsychologen en de Kinder- en Jeugdpsychologen opgaan. Daarnaast wordt geadviseerd het huidige basisberoep van psychotherapeut uit artikel 3 van de Wet BIG samen te laten gaan met het specialisme van klinisch psycholoog in een nieuw specialisme van klinisch psycholoog psychotherapeut. Tot slot streven de samenwerkende beroepsorganisaties naar een privaat register waarin de BIG-geregistreerde psychologen een aantekening kunnen krijgen voor het kunnen bieden van methodische, doelgroep of referentiekader gebonden expertise.

Het advies is een blauwdruk voor de toekomstige beroepenstructuur in de psychologische zorg. Alvorens besloten kan worden of tot implementatie kan worden overgegaan dient eerst een impactanalyse te worden gemaakt. Zo dient onder meer te worden gekeken naar het effect op zorg, wachtlijsten, werkdruk, overgangsregelingen en de macro budgettaire consequenties. VWS zal op ambtelijk niveau met de stuurgroep in gesprek gaan over het opstellen van een impactanalyse en een mogelijk implementatiepad.

In het advies komen ook zorginhoudelijke punten aan bod, zoals de inzet van de masterpsycholoog in de individuele gezondheidszorg. Afspraken over de kwaliteit van zorg dienen tripartite (patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) tot stand te komen. Deze onderdelen van het advies zullen daarom op andere tafels aan bod moeten komen. Het Ministerie van VWS zal in het gesprek met de stuurgroep hierop wijzen.

#### *RVS advies laseren*

Gezien de snelheid van technologische ontwikkelingen om onder andere de huid te behandelen heeft uw Kamer mij verzocht om te bezien of het

<sup>2</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

mogelijk is om een meer algemene definitie te gebruiken in de Wet BIG in plaats van het benoemen van specifieke technieken. Daarom heb ik, in navolging op de twee adviezen van het RIVM (2015 en 2017), de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) in december 2018 gevraagd om advies uit te brengen over een toekomstbestendige regulering van behandelingen van de huid met laser- en IPL-apparatuur. Het RVS briefadvies «*Regulering van behandeling van de huid met IPL- en laserapparatuur*» heeft uw Kamer reeds ontvangen (Kamerstuk 29 282, nr. 413). Met deze brief informeer ik u over de opvolging die ik geef aan het RVS-advies.

De RVS is terug gegaan naar de basis. Zij heeft gekeken of er wel een noodzaak tot reguleren is. Het RIVM heeft eerder gekeken of het gebruik van laser- en ipl-apparatuur schade zou kunnen aanbrengen. De RVS adviseert mij echter om IPL- en laserbehandelingen vooralsnog niet in het kader van de Wet BIG te reguleren, omdat er op dit moment geen aanleiding is om IPL- en laserbehandelingen als risicovolle handelingen aan te merken. Het informatiesysteem van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) bevat volgens de RVS minder dan tien meldingen vanaf 2017 die betrekking hebben op IPL- en laserbehandelingen van de huid, hetgeen gelet op het grote aantal behandelingen dat jaarlijks uitgevoerd wordt, een zeer gering aantal is. De RVS concludeert dat niet blijkt dat die mogelijke schade daadwerkelijk gemaakt wordt, waarmee zij geen reden zien tot reguleren.

Daarnaast is uit het RVS-advies geen algemene definitie af te leiden op basis waarvan IPL- en laser behandelingen van de huid op een toekomstbestendige manier gereguleerd kunnen worden. Verder laat het RVS-rapport zien dat er op dit moment geen onderscheid te maken is tussen risicovolle handelingen, waarbij regulering op z'n plaats zou zijn, en niet-risicovolle handelingen die iedereen zou moeten kunnen uitvoeren en niet voorbehouden zouden moeten zijn. Een algemene definitie zou daarmee leiden tot «bijvangst», het voorbehouden maken van behandelingen terwijl daar geen noodzaak voor is. Het is daarmee tot op heden, ondanks de diverse onderzoeken die gedaan zijn, niet gelukt een goed afgebakende (geen «bijvangst») en toekomstbestendige (techniek-onafhankelijke) definitie te formuleren.

Naast het RVS advies heb ik volgende overwegingen mee laten wegen bij mijn besluit:

- De RIVM-rapporten uit 2015 en 2017 over deze materie hebben ook onvoldoende aanknopingspunten geboden om tot een toekomstbestendige en afgebakende definitie te komen en bleek het niet mogelijk de mate waarin de complicaties daadwerkelijk voorkomen te kwantificeren.
- ANBOS, de bracheorganisatie voor schoonheidsspecialisten, heeft mij geïnformeerd over nieuwe maatregelen die zij treffen om de kwaliteit en veiligheid te verbeteren. Zo is vanaf 1 oktober jl. een onafhankelijk kwaliteitsregister (het SKIN-register) geopend waarin schoonheidsspecialisten zich kunnen registreren die beschikken over bepaalde basiskwalificaties én hun ontwikkeling blijvend op peil houden door middel van scholing. Ik vind dit een positieve ontwikkeling wat het voor patiënten makkelijker maakt om invulling te geven aan hun eigen verantwoordelijkheid om na te gaan of de door hun uitgekozen behandelaar voldoende gekwalificeerd is. Ik verwacht dat een onafhankelijk kwaliteitsregister voor schoonheidsspecialisten een bijdrage zal leveren aan verdere kwaliteitsverbeteringen in de cosmetische sector. Huidtherapeuten waren al te vinden in een onafhankelijk register. Wanneer zij periodiek voldoen aan de gestelde eisen van werkervaring en deskundigheidsbevordering dan behouden zij hun registratie in het Kwaliteitsregister Paramedici.

- Hiernaast zullen er in 2021 op grond van de Verordening medische hulpmiddelen strengere regels gaan gelden voor bepaalde apparaten zonder medisch doel, waardoor de veiligheid van deze apparaten zal verbeteren en dit naar verwachting gaat bijdragen aan het terugdringen van het aantal complicaties bij cosmetische behandelingen.
- Tenslotte wordt zoals hierboven aangegeven bij de beroepenregulering de «*nee, tenzij systematiek*» gehanteerd: alleen reguleren als dit vanuit patiëntveiligheid strikt noodzakelijk is. Volgens het RVS-advies is die noodzaak er op dit moment niet.

Alles overwegende heb ik dan ook besloten het RVS-advies te volgen en laser- en IPL-behandelingen van de huid vooralsnog niet in de Wet BIG te reguleren. Wel zal ik de ontwikkelingen op dit vlak blijven monitoren, onder meer op basis van de signalen van de IGJ. Hiermee reageer ik tevens op uw brief d.d. 21 oktober 2020 waarin uw Kamer mij naar aanleiding van een brief van ANBOS d.d. 29 september 2020 vraagt wanneer er duidelijkheid komt over het dossier laser-IPL en wanneer uw Kamer wordt geïnformeerd over de volgende stappen. Hiernaast kan ik u melden dat ik de initiatiefnota van het lid Van den Berg (CDA) over *cosmetische ingrepen zonder medische noodzaak* op 23 september jl. (Kamerstuk 35 581, nr. 2) heb ontvangen. Omdat de initiatiefnota diverse voorstellen bevat v.w.b. leeftijdsgrenzen, voorlichting, meldingsplicht en onderzoek is nadere afstemming met partijen noodzakelijk en zal ik uw Kamer begin volgend jaar hierover nader informeren.

#### *Intensivisten en SEH artsen*

Naar aanleiding van de aangenomen motie van het lid Van den Berg (CDA) (Kamerstuk 31 765, nr. 501) d.d. 2 juli 2020, waarin de regering wordt verzocht in overleg te treden met de beroepsorganisaties van spoedeisendehulp-artsen (NVSHA) en van intensivisten (NVIC) om vast te stellen welke stappen moeten worden gezet om de titels van deze beroepsgroepen als wettelijk erkende specialistentitels aan te kunnen merken, heeft op 10 september jl. overleg plaatsgevonden met de NVIC, NVSHA en het College Geneeskundige Specialismen (CGS)<sup>3</sup>. Beide wetenschappelijke verenigingen hebben in het gesprek aangegeven waarom zij hun eigen domein (IC en SEH) als specialisme erkend willen hebben. Beide wetenschappelijke verenigingen hebben aangegeven een aanvraag tot erkenning van hun specialisme te zullen indienen bij het CGS. Afsproken is dat over een aantal maanden, op initiatief van de NVIC en NVSHA, een vervolgesprek zal plaatsvinden over de stand van zaken ten aanzien van dit proces.

#### *Advies ZINL klinisch chemicus*

#### *Uitgangspunt Wet BIG*

De Wet BIG laat de uitoefening van de individuele gezondheidszorg in principe vrij voor iedereen. Hierbij geldt dat het uitgangspunt is dat beroepen niet worden opgenomen tenzij wettelijke regulering noodzakelijk is om patiënten adequaat te beschermen. Hierbij worden overwegingen die verband houden met status, behoefte aan maatschappelijke

<sup>3</sup> Voor een wettelijke erkenning van een (medisch) specialisme ogv art. 14 Wet BIG is het aan de wetenschappelijke verenigingen als eerste een aanvraag voor een erkend specialisme bij het CGS in te dienen. Het CGS dient een aanvraag in bij de Minister. Voordat het CGS besluit een aanvraag in te dienen hanteren zij een formele procedure en toetsingskader. Indien een aanvraag tot erkenning van een specialisme is ingediend door het CGS kan de Minister, indien dat wenselijk is ter bevordering van de goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg en aan een aantal voorwaarden is voldaan, overgaan tot wettelijke erkenning van de specialistentitel.

erkenning dan wel financieel-economische motieven buiten beschouwing gelaten.

Dit zogenaamde «nee, tenzij» principe sluit ook aan bij de Europese normen van het vrije verkeer van personen en de normen van de Minister van EZK en SZW voor een open en flexibele (arbeids)markt, dat verdere professionalisering in de zorg kan bevorderen.

De meeste beroepen zijn daarom niet opgenomen in de Wet BIG.

#### Verzoek tot regulering van de klinisch chemicus

De Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde (NVKC) heeft op 13 december 2018 een verzoek voor opname van het beroep van klinisch chemicus in artikel 3 van de Wet BIG gedaan. Hierbij informeer ik uw Kamer over het advies van het Zorginstituut «*De klinisch chemicus in artikel 3 van de Wet BIG?*» dat ik op 14 september jl. heb ontvangen<sup>4</sup>. Het Zorginstituut heeft geconstateerd dat de klinisch chemicus niet voldoet aan de 3 criteria van beroepenregulering en is van mening dat de klinisch chemicus niet in de Wet BIG hoeft te worden opgenomen. Aan de hand van het advies concludeer ik dat de klinisch chemicus niet voldoet aan het criterium individuele gezondheidszorg aangezien de klinisch chemicus in het algemeen weinig patiëntcontact heeft. Daarnaast is geen sprake van een zelfstandige behandelrelatie. De klinisch chemicus is geen breed basisberoep zoals bedoeld onder de Wet BIG. Bovendien is de kwaliteit van de beroepsuitoefening van de klinisch chemicus voldoende geborgd door de standaarden en richtlijnen waar de klinisch chemische laboratoria aan moeten voldoen.

Al de bevindingen van het advies van het Zorginstituut in afweging nemend, zie ik daarom geen aanleiding om de klinisch chemicus in artikel 3 van de Wet BIG op te nemen.

#### *Vernieuwing scholingsmodel herregistratie verpleegkundigen*

Het afgelopen jaar is door een samenwerkingsverband van de vereniging Brancheorganisaties Zorg (BoZ), de Nederlandse Raad voor Training en Opleiding (NRTO), V&VN, MBO-raad hard gewerkt aan de vernieuwing op de inhoud en kwaliteit van het scholingsmodel herregistratie voor verpleegkundigen. Dit scholingsmodel is bedoeld voor die verpleegkundigen die niet of net niet aan de urennorm voor werkervaring voldoen in het kader van de BIG-herregistratie. Met het succesvol afronden van dat scholingsmodel ontvangen de deelnemende verpleegkundigen een Periodiek Registratie Certificaat, waarmee zij zich kunnen herregistreren in het BIG-register. Het scholingsmodel is vernieuwd, omdat de doelgroep veranderde en breder werd: er meldden zich namelijk meer herintreders, zorgverleners die al langere tijd uit het vak zijn. Om het scholingsmodel ook voor hen passend te laten zijn, zijn het examen en de optionele scholingsmodules aangepast. De nieuwe wijze van examineren zal per januari 2021 ingaan. In de examinering komen naast de algemene kennis, ook het klinisch redeneren en de klinische vaardigheden aan bod. In december 2020 zal een eerste selecte groep dit examen in de vorm van een pilot afleggen. Daarnaast kunnen verpleegkundigen vrijblijvend ervoor kiezen om op deze onderdelen scholingsmodules te volgen, naar gelang daar behoefte aan is.

In januari 2021 zal ook de website van het nieuwe scholingsmodel live gaan.

---

<sup>4</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)



## Taakherschikking

Ik vind taakherschikking een belangrijk instrument dat bij kan dragen om in te spelen op de veranderende en stijgende zorgvraag<sup>5</sup>. Door taakherschikking komt er tijd vrij bij professionals voor werkzaamheden die echt tot hun kerntaken en specialisme behoren. Taakherschikking past ook bij het idee dat iedere professional moet doen waar hij goed in is en de patiënt hierbij maximaal is geholpen. Om de kansen en belemmeringen van taakherschikking nader te identificeren heb ik Nivel gevraagd om onderzoek te doen naar de verschillende taakherschikkingsinitiatieven in de verschillende domeinen binnen de gezondheidszorg. Het rapport *«Visies op taakherschikking, een inventariserend onderzoek naar de diversiteit, kansen en belemmeringen van taakherschikking in Nederland»* vindt u in de bijlage<sup>6</sup>.

Nivel heeft onder andere literatuur geïnventariseerd en met experts uit de praktijk en wetenschap gesproken om een rode draad in zowel kansen en belemmeringen van taakherschikking inzichtelijk te maken. Uit het rapport blijkt dat de reeds bekende generieke succesfactoren voor het slagen van taakherschikkingsinitiatieven zijn: 1) Vertrouwen en samenwerking tussen beroepsgroepen, 2) gedegen opleiden van nieuwe zorgprofessionals, 3) steun en draagvlak vanuit de interne organisatie, en 4) adequate financiering vanuit externe organisaties. Bij de belemmeringen van taakherschikking gaat het vooral om: 1) twijfel bij de beroepsgroepen over competenties en capaciteiten van de beroepsgroep waar naar herschikt wordt, 2) weerstand wanneer de taken die herschikt worden raken aan de ervaren essentie van een beroep, 3) organisatie en inbedding van de opleiding en 4) financieringsstructuur.

Ik zal de bevindingen van de onderzoekers bij het veld onder de aandacht brengen zodat de kansen optimaal worden benut en de belemmeringen zo goed als mogelijk worden weggenomen.

Ik zal bestaande taakherschikkingsinitiatieven, zoals bijvoorbeeld de inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist, maximaal blijven stimuleren en zet mij in voor het benutten van nieuwe kansen, zoals bijvoorbeeld het experiment met de geregistreerd-mondhygiënist. Ik vind het belangrijk dat we samen slim blijven kijken naar de beste manier om functies, rollen, bevoegdheden en verantwoordelijkheden in te richten en ze waar nodig te herverdelen of te splitsen. De urgentie van deze flexibiliteit is de afgelopen maanden tijdens de covid-19 pandemie voor iedereen duidelijk geworden.

Tot slot kan ik u mededelen dat uw Kamer binnenkort een brief ontvangt over de uitkomst van de verkenning die ik begin dit jaar ben gestart om te bezien hoe de Wet BIG in het licht van meerdere maatschappelijke ontwikkelingen meer toekomstbestendig kan worden<sup>7</sup>. Ik vind het belangrijk dat het regelgevende kader blijft meebewegen met de ontwikkelingen in de praktijk, zodat het ruimte blijft bieden aan de kwaliteitsverbeteringen en ontwikkelingen die beroepsgroepen inzetten. Mijn streven is om daar met zo min mogelijk administratieve lasten een bijdrage aan te leveren.

De Minister voor Medische Zorg,  
T. van Ark

<sup>5</sup> Volksgezondheid Toekomst Verkenning <https://www.vtv2018.nl/synthese>

<sup>6</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>7</sup> Kamerstuk 29 282, nr. 382