

Vergaderjaar 2010–2011

32 261

Wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg onder andere in verband met de opnemingsmogelijkheid tot taakherschikking

Nr. 23

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 8 september 2011

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 27 april 2011 ten geleide van het ontwerpbesluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten en het ontwerpbesluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant (Kamerstuk 32 261, nr. 21).

De op 27 mei 2011 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 7 september 2011 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

¹ Samenstelling:

Leden: Staaij, C.G. van der (SGP), Smeets, P.E. (PvdA), voorzitter, Smilde, M.C.A. (CDA), Koşer Kaya, F. (D66), Veen, E. van der (PvdA), Gerven, H.P.J. van (SP), Burg, B.I. van der (VVD), Ouweland, E. (PvdD), Agema, M. (PVV), Leijten, R.M. (SP), Bouwmeester, L.T. (PvdA), Wolbert, A.G. (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink, E.E. (CU), Uitslag, A.S. (CDA), Elias, T.M.Ch. (VVD), ondervoorzitter, Dijkstra, P.A. (D66), Dille, W.R. (PVV), Gerbrands, K. (PVV), Mulder, A. (VVD), Venrooy-van Ark, T. (VVD), Bruins Slot, H.G.J. (CDA), Voortman, L.G.J. (GL) en Klaver, J.F. (GL).
Plv. leden: Dijkgraaf, E. (SGP), Kuiken, A.H. (PvdA), Omtzigt, P.H. (CDA), Berndsen, M.A. (D66), Klijsma, J. (PvdA), Ulenbelt, P. (SP), Liefde, B.C. de (VVD), Thieme, M.L. (PvdD), Mos, R. de (PVV), Kooiman, C.J.E. (SP), Arib, K. (PvdA), Vermeij, R.A. (PvdA), Ortega-Martijn, C.A. (CU), Toorenburg, M.M. van (CDA), Lodders, W.J.H. (VVD), Ham, B. van der (D66), Beertema, H.J. (PVV), Bosma, M. (PVV), Straus, K.C.J. (VVD), Miltenburg, A. van (VVD), Ormel, H.J. (CDA), Sap, J.C.M. (GL) en Tongeren, L. van (GL).

I.	Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	1
II.	Reactie van de minister	6

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

Algemeen

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorliggende ontwerpbesluiten. Deze leden zijn voorstander van een proef met taakherschikking. Zij zien voordelen in het oplossen van de capaciteitsproblemen (van artsen) door het efficiënt inzetten van overige capaciteit in de zorg, het verbeteren van de kwaliteit en het vergroten van de carrièremogelijkheden van bestaande beroepsgroepen in de zorg. De aantrekkingskracht van deze beroepen wordt hierdoor groter, waardoor naar verwachting meer mensen in de zorg zullen blijven en gaan werken. Ook voor patiënten zien zij voordelen, bijvoorbeeld voor diabetespatiënten die met één bezoek aan een verpleegkundige meerdere behandelingen krijgen.

Genoemde leden hebben nog wel een aantal vragen en opmerkingen.

Protocollen

De leden van de fractie van de PvdA vragen de minister om een toelichting over de opmerking in de nota van toelichting dat in de dagelijkse praktijk de verpleegkundig specialist het handelen baseert op de geldende richtlijnen en daarvan afgeleide protocollen die van toepassing zijn binnen het desbetreffende verpleegkundig specialisme. De KNMG stelt dat veel van de bestaande medische richtlijnen nog geen rekening houden met de mogelijkheid van taakherschikking. Om die reden zijn volgens de KNMG deze richtlijnen niet per definitie geschikt om gebruikt te worden.

De V&VN stelt daarentegen als reactie op het voorliggende ontwerpbesluit dat veel van de huidige richtlijnen en protocollen multidisciplinair zijn ontwikkeld en passages bevatten voor verschillende disciplines, waaronder ook verpleegkundigen. Dat er weliswaar nog weinig specifiek staat beschreven over de verpleegkundig specialist is volgens de V&VN geen probleem, mede omdat in de huidige praktijk veel verpleegkundig specialisten met al bestaande richtlijnen werken.

De minister schrijft in de nota van toelichting dat de inhoud van de algemene maatregel van bestuur uitvoerig is afgestemd met zowel de KNMG als de V&VN. Was de minister op de hoogte van het verschil van inzicht over de protocollen en richtlijnen? Wat is de visie van de minister op de standpunten van beide organisaties?

Registratie en tuchtrecht

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel heeft de PvdA-fractie opmerkingen gemaakt over het feit dat in het oorspronkelijke voorstel op sommige categorieën verpleegkundigen een groter deel van het tuchtrecht van toepassing was dan op andere (al geregistreerde verpleegkundig specialisten ten opzichte van verpleegkundig specialisten die zich na wijziging registreren). Dit verschil is naar tevredenheid van deze leden opgelost door middel van een nota van wijziging.

Maar genoemde leden blijven het betreuren dat aan de physician assistant (PA) geen beroepstitel is toegekend en dat de PA niet is geregistreerd in een register zoals bedoeld in artikel 3 van de wet (het BIG-register). De zelfstandige bevoegdheid brengt eisen ten aanzien van

de registratie en het tuchtrecht. Deze leden betreuren het dat de minister geen mogelijkheid zag een tijdelijke oplossing hiervoor te vinden.

Oprichting geven voorbehouden handeling

De leden van de fractie van de PvdA hebben een vraag over het opdracht geven tot het uitvoeren van een voorbehouden handeling. In de voorliggende ontwerpbesluiten staat dat de verpleegkundig specialist en de physician assistant niet alleen zelf voorbehouden handelingen mogen uitvoeren, maar ook opdracht daartoe mogen geven aan iemand die daartoe bekwaam is. Om wat voor handelingen gaat dit? Kan de minister ook een aantal voorbeelden geven? Wat is het verschil met de huidige situatie?

Opleiding

De specifieke deskundigheid van de physician assistant welke de PA gedurende de opleiding verkrijgt wordt vastgelegd door de supervisor in het portfolio dat deel uitmaakt van de opleiding. Na afronding van de opleiding leggen de supervisor en de PA samenwerkingsafspraken omtrent het medisch handelen van de PA en de door hem te behandelen patiëntengroepen schriftelijk vast, aldus de nota van toelichting. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe patiënten kunnen weten of een PA een bepaalde behandeling wel of niet mag uitvoeren, anders gezegd: daar wel of niet bekwaam voor is. Kan de minister hierop een toelichting geven?

Evaluatie

De leden van de PvdA-fractie zijn positief over het feit dat een onafhankelijk onderzoeksbureau een uitgebreide evaluatie van de proef zal uitvoeren. In de nota van toelichting bij het ontwerpbesluit over de PA staat dat er op de volgende variabelen zal worden geëvalueerd: kwaliteit (veiligheid, patiëntgerichtheid en toegankelijkheid); effectiviteit; doelmatigheid; continuïteit van de zorg. In de nota van toelichting bij het ontwerpbesluit over de verpleegkundig specialist ontbreekt de variabele «continuïteit van de zorg». Is dit bewust, en zo ja waarom?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

Nu het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) onder andere met de opneming van de mogelijkheid tot taakherschikking (Kamerstuk 32 261) door de Tweede Kamer is geaccordeerd gaat het thans om de puntjes op de «i». De leden van de CDA-fractie zijn zeer verheugd dat het nu eindelijk zover is dat de gespecialiseerde verpleegkundigen (NP's) en de physician assistants naast hun bekwaamheid nu ook wettelijk bevoegd zijn de handelingen uit te voeren waartoe zij zijn opgeleid. Zoals aangegeven tijdens de plenaire behandeling van deze wetswijziging is het een mijlpaal voor de verpleegkundige beroepsgroep. Deze leden zijn er trots op. Carrière maken aan het bed of de stoel behoort nu tot de mogelijkheden en dat is een groot goed. Zeker ook voor het imago van het werken in de zorg in het algemeen. Dit proces moet dan ook voortvarend worden opgepakt met elkaar.

De leden van de CDA-fractie kunnen zich niet vinden in de voorstellen tot aanscherping die door een fractie aan de Kamer zijn voorgesteld. Tijdens de plenaire behandeling zijn deze voorstellen ook de revue gepasseerd en aldaar afgewezen. Juist ook omdat deze wet de ruimte wil geven om in een experiment van vijf jaar de beroepsgroep de mogelijkheid te geven als zelfstandige beroepsbeoefenaren te werken. Deze leden zijn tegen elke vorm van inperking van deze zelfstandigheid en daarmee een mogelijke inperking van het hoofddoel van de wetswijziging.

Laat duidelijk zijn dat de wijzigingen, de puntjes op de «i», voor genoemde leden niet mogen leiden tot een extra vertraging. Er is voldoende gesproken met elkaar, nu moet men aan de slag. De mensen in het veld verwachten dat het nu ook eindelijk gaat gebeuren. De leden van de CDA-fractie zijn ervan overtuigd dat deze verandering zonder vertraging, maar wel zorgvuldig moet plaatsvinden. Daarom hebben zij toch nog een aantal vragen:

1. Waarom kan de voordracht niet voor 6 juni? De leden van de CDA-fractie hechten heel veel waarde aan het zo snel mogelijk implementeren van deze wetswijziging. Juist ook omdat verpleegkundigen en andere beroepsbeoefenaren nu zonder wettelijke bescherming aan het werk zijn in de praktijk. Op welke wijze kan dit worden versneld?
2. Zijn er mogelijkheden om zaken die naar voren komen tijdens het experiment alsnog in een algemene maatregel van bestuur op te nemen? Wordt de mening van de gebruikers van zorg, de patiënten, op enigerlei wijze meegewogen tijdens het experiment? Hoe ziet de evaluatie eruit? Wat zijn de criteria waarop wordt beoordeeld en wie beoordeelt wat wanneer? Graag zien deze leden op dit punt een plan van aanpak tegemoet. Waarom zijn endoscopie en electieve cardioversie niet bij de verpleegkundig specialist acute zorg opgenomen?
3. De huidige multidisciplinaire protocollen en richtlijnen moeten binnen de kaders van het aangewezen specialisme worden uitgevoerd. Net zoals dit geldt voor andere zelfstandig bevoegden. Ook vinden de leden van de CDA-fractie het van belang dat waar nodig overleg wordt gepleegd met alle professionals die samenwerken rondom de patiënt ten gunste van die patiënt. De zin «Er vindt afstemming met andere disciplines, zoals arts-specialisten, plaats», interpreteren deze leden dan ook in het licht van het bovenstaande, en dit houdt geen inperking van het experimenteerartikel in. Graag ontvangen zij een bevestiging van de minister op dit punt.
4. De leden van de CDA-fractie vinden een krachtige eerstelijnszorg van groot belang om de zorg dichtbij mensen te organiseren. De NP's en de PA's zijn zeer geschikt om ingezet te worden (taakherschikking) in deze eerstelijns ontwikkeling en een krachtig team te vormen samen met de huisartsen, praktijkverpleegkundigen, wijkverpleegkundigen, doktersassistenten en andere disciplines die werkzaam zijn in de eerste- en anderhalvelijnszorg. Ook is de inzet van NP's en PA's in anderhalvelijnscentra gericht op bijvoorbeeld chronisch zieken (keten DBC's) een enorme meerwaarde. Graag ontvangen deze leden een reactie van de minister of zij deze zienswijze ondersteunt. Zij gaan er vanuit dat tijdens de vijf jaar het experimenteerartikel voor zowel intra-, extra- als transmuraal geldt. Mogen genoemde leden hiervan uitgaan?
5. Tot slot vragen de leden van de CDA-fractie wat de concrete gevolgen zijn voor geneesmiddelenpromotie richting deze beroepsgroepen. Wat mag wel en wat mag niet?

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het voorstel om de taakherschikking voor verpleegkundig specialisten en physician assistants in een experiment te regelen. In het net aangenomen artikel 36a Wet BIG wordt het mogelijk om verpleegkundig specialisten en physician assistants onder een aantal voorwaarden de bevoegdheid te geven zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten. Ondanks dat genoemde leden niet voor deze taakherschikking waren, willen zij constructief meedenken met het voorstel en hebben zij nog een aantal vragen.

Is de minister van mening dat betrokken beroepsbeoefenaren gezamenlijk dienen te bepalen of een bepaalde (voorbehouden) handeling voldoet aan de gestelde voorwaarden? Met andere woorden is de minister ook van mening dat beroepsbeoefenaren die op grond van de Wet BIG thans bevoegd zijn deze handeling zelfstandig te verrichten en de beroepsbeoefenaren die straks onder de reikwijdte van het experimenteerartikel vallen, in samenspraak bepalen of een bepaalde (voorbehouden) handeling valt binnen het deskundigheidsgebied van de nieuwe beroepsgroep, van beperkte complexiteit is, routinematig wordt verricht en of de risico's daarvan te overzien zijn?

De minister noemt in de voorwaarden voor het verrichten van voorbehouden handelingen dat de handelingen uitgeoefend moeten worden volgens landelijk geldende richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen. Worden hiermee bestaande landelijke richtlijnen en standaarden bedoeld? Zo ja, betreft dit bestaande medische richtlijnen? Of moeten deze door de nieuwe beroepsgroepen worden opgesteld? Is het de bedoeling dat de richtlijnen in multidisciplinair verband, met betrokken artsorganisaties ontwikkeld moeten worden, of ontwikkeld zouden moeten zijn? Is het bestaan van richtlijnen voorwaardelijk voor het introduceren van de praktijk dat de nieuwe beroepsgroepen hun taken kunnen uitvoeren? Zo ja, moeten deze dan voldoen aan de «Richtlijn voor Richtlijnen», zoals de Regieraad Kwaliteit van Zorg heeft geformuleerd? Kan de minister aangeven hoe de toepassing van de richtlijnen getoetst zal worden? Is dat een periodieke en systematische toets?

Voorts willen de leden van de SP-fractie weten of het klopt dat gedurende het experiment de kwaliteitsbepaling (artikel 40) uit de Wet BIG niet van toepassing is op de voorbehouden handelingen uitgevoerd door verpleegkundig specialisten en physician assistants. Deelt de minister de mening van bijvoorbeeld de KNMG dat de kwaliteit en veiligheid van zorg nopen tot het van toepassing laten zijn van deze of een soortgelijke bepaling voor verpleegkundig specialisten en physician assistants, in het bijzonder voor hen die niet in een instelling werkzaam zijn? Als dat niet zo is, is de minister dan van mening dat de nieuwe beroepsgroepen alleen werkzaam kunnen zijn binnen een instelling, zoals in de Kwaliteitswet zorginstellingen bedoeld wordt?

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

Ten eerste vragen de leden van de D66-fractie aan de minister om de «noodzakelijke begrenzingen» te concretiseren. Waar gaat het hier dan over? Verpleegkundig specialisten mogen volgens de voorgestelde wijziging geen handelingen uitvoeren die «niet regelmatig» worden verricht. Bedoelt de minister hiermee dat de richtlijn voor voorbehouden handelingen gevolgd wordt? Of is dit een extra maatregel, toegevoegd aan bestaande wet- en regelgeving? Indien dit laatste het geval is, welke concrete wijzigingen worden er dan in die wet- en regelgeving aangebracht? Ook mogen verpleegkundig specialisten geen handelingen verrichten «waarvan de risico's niet goed te overzien zijn» ook al zijn de handelingen niet complex. Deze leden vragen om een verduidelijking van deze risico's. Wanneer zijn deze niet te overzien? Is hier een richtlijn voor?

Ten tweede vragen de leden van de D66-fractie de minister om te verduidelijken over welke professionele richtlijnen en standaarden het hier gaat. Aangezien niet alle richtlijnen en standaarden rekening houden met de mogelijkheid tot taakherschikking is het onduidelijk welke richtlijnen wel en welke niet gebruikt kunnen worden. Kan de minister aangeven of er professionele richtlijnen zijn die aanpassing behoeven, en zo ja welke dat zijn? Kan de minister daarnaast aangeven of er nieuwe

multidisciplinaire richtlijnen worden opgesteld om niet toereikende richtlijnen te vervangen?

II. REACTIE VAN DE MINISTER

Inleiding

Bij brief van 27 april 2011 heb ik zowel bij de Tweede Kamer als de Eerste Kamer twee ontwerpbesluiten voorgehangen die hun basis vinden in artikel 36a van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), welk artikel is opgenomen in het thans in de Eerste Kamer aanhangige voorstel tot wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg onder andere in verband met de opnemingsmogelijkheid tot taakherschikking (Kamerstukken II, 2009/2010, 32 261, nr. 2).

Het betreft:

- het ontwerpbesluit houdende tijdelijke regels inzake de zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen van verpleegkundig specialisten (Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten), en
- het ontwerpbesluit houdende tijdelijke regels inzake de zelfstandige bevoegdheid tot het verrichten van voorbehouden handelingen van de physician assistant (Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid physician assistant).

Aan de Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn vragen en opmerkingen vanuit de fracties toegezonden. In deze brief zal ik antwoord geven op de vanuit de fracties gestelde vragen. Ik zal daarbij de indeling van het verslag volgen.

De fractie van de PvdA

Protocollen

De fractie wil een toelichting op de opmerking dat in de dagelijkse praktijk de verpleegkundig specialist het handelen baseert op geldende richtlijnen en daarvan afgeleide protocollen die van toepassing zijn binnen het desbetreffende specialisme.

Zoals de nota van toelichting beschrijft is het ontwerp van het Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten uitvoerig besproken met zowel de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) als met de beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). Uit de brief van de KNMG blijkt dat haar inzichten afwijken van de inzichten die tot het ontwerp hebben geleid. De verschillen van inzicht zien op het handelen dat is gebaseerd op de geldende richtlijnen en daarvan afgeleide protocollen die van toepassing zijn op het desbetreffende verpleegkundig specialisme. De verschillen van inzicht zijn voor mij geen reden om af te zien van een voordracht.

Richtlijnen zijn landelijk geldende, vakinhoudelijke aanbevelingen voor optimale zorg voor patiënten. Ze bieden beroepsbeoefenaren ondersteuning bij de (klinische) besluitvorming. De richtlijnen zijn geschikt om kwalitatief goede zorg te verlenen. Veel van de richtlijnen zijn multidisciplinair ontwikkeld en bevatten passages die ook van toepassing zijn op de nieuwe beroepsbeoefenaren. Daarbij werken de nieuwe beroepsbeoefenaren volgens de bestaande werkwijzen zoals neergelegd in de huidige richtlijnen.

Natuurlijk zullen in de toekomst de huidige richtlijnen en protocollen, zoals gebruikelijk aangepast gaan worden aan de laatste stand van de

wetenschap en mede worden gebaseerd op de klinische ervaring van de betrokken beroepsgroepen en patiënten.

Opdracht tot het verrichten van voorbehouden handeling

De fractie wil informatie over het opdracht geven tot het verrichten van voorbehouden handelingen.

Dat de beroepsbeoefenaren die in het kader van een experiment worden aangewezen de bevoegdheid krijgen opdracht te geven tot het verrichten van voorbehouden handelingen is wenselijk om de navolgende redenen. In bijvoorbeeld de ouderenzorg komt het regelmatig voor dat verpleegkundig specialisten, die werkzaam zijn in een gezondheidscentrum, geconsulteerd worden en advies geven aan verzorgenden die werkzaam zijn in een verzorgingshuis. Soms zijn deze verpleegkundig specialisten een dag per week in dat huis aanwezig in plaats van een arts. De verpleegkundig specialisten nemen daar dan de patiëntenzorg waar. Indien een verpleegkundig specialist het nodig oordeelt dat bepaalde voorbehouden handelingen bij herhaling moeten worden verricht, ligt het voor de hand dat de uitvoering daarvan (bijvoorbeeld het geven van injecties) plaatsvindt door de verzorgenden die werkzaam zijn in dat verzorgingshuis. De verpleegkundig specialist kan dan deze verzorgenden daartoe opdracht geven. Het experiment zou weinig toevoegen aan de bestaande situatie indien de verpleegkundig specialist de uitvoering van de voorbehouden handeling (in dit geval het geven van injecties) zelf zou moeten uitvoeren en dus geen opdracht kan verlenen. Een ander voorbeeld betreft de hielprik bij pasgeborenen. In de praktijk is de verpleegkundige functioneel zelfstandig om deze handeling uit te voeren. Er is echter een opdracht voor nodig om de hielprik te mogen geven. In de gevallen waar de verpleegkundig specialist de taken van de consultatiebureau-arts overneemt is het niet efficiënt en niet effectief indien de verpleegkundig specialist geen opdracht mag geven voor de hielprik.

Opleiding

De vraag hoe een patiënt kan weten of een bepaalde physician assistant bekwaam is bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten is een vraag die niet alleen gesteld kan worden ten aanzien van de physician assistant, maar ook ten aanzien van andere beroepsbeoefenaren. Of een beroepsbeoefenaar bekwaam is tot het verrichten van bepaalde voorbehouden handelingen is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar zelf. De physician assistant heeft daarin geen andere positie dan andere beroepsbeoefenaren, zoals artsen. Ook de zorginstelling is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg en dient er uit dien hoofde voor te waken dat uitsluitend beroepsbeoefenaren die bekwaam (en uiteraard bevoegd) zijn, worden belast met taken die die bekwaamheid en bevoegdheid vergen.

De patiënt mag erop vertrouwen dat een physician assistant die een bepaalde handeling verricht, over de bekwaamheid beschikt. Het is aan de physician assistent en de instelling waarbinnen hij werkzaam is om daarover met de patiënt te communiceren.

Evaluatie

In de nota van toelichting bij het ontwerp van het Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten wordt ten onrechte de variabele «continuïteit van zorg» niet genoemd als variabele waarop geëvalueerd zal worden. Ik zal er zorg voor dragen dat de nota van toelichting alsnog op dit punt wordt aangepast.

De fractie van het CDA

Vraag 1

De leden van de fractie zouden graag zien dat de voordracht van beide besluiten nog voor 6 juni 2011 had plaatsgevonden. Dat was niet mogelijk omdat artikel 36a van het wetsvoorstel voorschrijft dat de voorhang van de besluiten minimaal vier weken duurt. De voorhang is gestart op 27 april 2011. Daarbij moet het uitgangspunt in acht worden genomen dat ten minste drie vierde deel van de voorhang buiten een reces plaatsvindt. De inwerkingtreding van beide besluiten kan bovendien niet plaatsvinden voordat artikel 36a tot wet is verheven. Een eerdere voordracht leidt daardoor niet tot een eerdere inwerkingtreding.

Vraag 2

De vraag of er mogelijkheden zijn om zaken die naar voren komen tijdens het experiment alsnog in een besluit op te nemen, kan bevestigend beantwoord worden. Ik zal daarbij wel terughoudendheid betrachten. Het experiment moet immers niet onnodig verstoord worden.

Zoals Kamerlid Uitslag van het CDA terecht tijdens het debat over dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer opmerkte, is de kwaliteit van de zorgverlening een belangrijke factor bij de evaluatie van de tijdelijke besluiten. Eerder onderzoek wijst al uit dat de kwaliteit van zorg bij de inzet van de verpleegkundig specialist en de physician assistant hetzelfde blijft en in een aantal gevallen zelfs verbetert. De evaluatie van de besluiten richt zich primair op het meten van doelmatigheid en effectiviteit. Beide zijn belangrijke kwaliteitskenmerken. De zelfstandige bevoegdheid wordt toegekend voor een periode van vijf jaar. In vijf jaar kan adequaat gemonitord worden of de gewenste effecten met taakherschikking, te weten meer doelmatigheid en effectiviteit, ook worden bereikt. De effectiviteit zal worden gemeten vanuit het perspectief van de patiënt en vanuit het perspectief van de behandelaar. Elementen die daarbij worden betrokken zijn onder andere bereikbaarheid, wachttijden, afname of verdwijnen van klachten, wijze van behandeling, veiligheid en mate van samenwerking tussen beroepsbeoefenaren. Bij het meten van de doelmatigheid wordt de effectiviteit gerelateerd aan de inzet van middelen (bijvoorbeeld contactfrequentie van patiënten met behandelaar, tijdsbesteding per handeling).

Er is gekozen voor een periode van vijf jaar om voldoende tijd te hebben om goed in kaart te brengen of de taakherschikking tot het beoogde resultaat leidt. Indien uit de evaluatie blijkt dat de toedeling van zelfstandige bevoegdheden voor het uitvoeren van bepaalde voorbehouden handelingen leidt tot grotere effectiviteit en doelmatigheid, dan zal dat in de Wet BIG structureel geregeld worden. Blijkt uit de evaluatie niet dat sprake is van een effectiviteits- en doelmatigheidswinst, dan verkrijgt die beroepsgroep niet de zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van voorbehouden handelingen en vindt geen definitieve regeling in de wet plaats.

Het experiment is geslaagd als wordt aangetoond dat op een meer doelmatige en effectieve wijze kwalitatief goede zorg wordt geleverd.

Het evaluatieonderzoek zal worden uitgevoerd door een gerenommeerd, onafhankelijk onderzoeksinstituut op basis van een uitgewerkt onderzoeksplan waarin bovengenoemde criteria nader worden geoperationaliseerd.

De voorbehouden handelingen voor de verpleegkundig specialist zijn vastgesteld op basis van een voorstel van de beroepsgroep. In dit voorstel zijn endoscopie en electieve cardioversie voor deze specialisatie niet opgenomen, vandaar dat zij niet in het ontwerp van het Besluit tijdelijke

zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten zijn terug te vinden. Ik heb overigens over dit specifieke punt met de beroepsgroep contact gehad. Dat heeft ertoe geleid dat deze twee voorbehouden handelingen alsnog in het besluit bij het specialisme acute zorg zullen worden opgenomen.

Vraag 3

De fractie is van oordeel dat de huidige multidisciplinaire protocollen en richtlijnen binnen de kaders van het aangewezen specialisme moeten worden uitgevoerd, net zo als dat geldt voor andere zelfstandig bevoegden. Er zou anders inperking van het experimenteerartikel plaatsvinden.

Bij de afstemming met andere disciplines is het uitgangspunt dat beide beroepsgroepen een eigen verantwoordelijkheid dragen. In die zin verschillen de physician assistant en de verpleegkundig specialist niet van andere zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaren. De CDA-fractie stelt terecht dat geen sprake is van inperking van het experimenteerartikel.

Vraag 4

Desgevraagd deel ik het oordeel van de fractie dat physician assistants en verpleegkundig specialisten zeer geschikt zijn om in het kader van taakherschikking ingezet te worden in de eerstelijns- en tweedelijnszorg. Vandaar dat ik deze ontwikkeling ook krachtig steun en de inzet van nieuwe beroepsgroepen speerpunt is van mijn beleid. Goede samenwerking met de andere beroepsgroepen in de diverse disciplines is voorwaarde om taakherschikking tot een succes te maken. Het belangrijkste doel daarbij is om voor de patiënt een kwalitatief goede, toegankelijk, maar ook doelmatig georganiseerde zorg te realiseren. Gedurende het experiment kunnen physician assistants en verpleegkundig specialisten ingezet worden in zowel de intra- als extramurale zorg.

Vraag 5

Op de vraag wat de gevolgen zijn voor de physician assistant en de verpleegkundig specialisten voor de geneesmiddelenpromotie kan ik het volgende meedelen.

Volgens de Geneesmiddelenwet mag reclame voor receptplichtige geneesmiddelen slechts gericht worden tot beroepsbeoefenaren. Publieksreclame is toegestaan voor niet-receptplichtige geneesmiddelen. In artikel 82 van de Geneesmiddelenwet is bepaald wie als beroepsbeoefenaren worden gezien. Er vindt een verwijzing plaats naar artikel 36, veertiende lid, van Wet BIG. Om mogelijk te maken dat met de tijdelijke uitoefening van voorbehouden handelingen kan worden geëxperimenteerd, is voorgesteld artikel 36a in de Wet BIG op te nemen. De verpleegkundig specialisten en physician assistants krijgen op basis van dat artikel met de voorliggende besluiten tijdelijke voorschrijfbevoegdheid. Omdat artikel 82 van de Geneesmiddelenwet echter ongewijzigd is gebleven, vallen deze beroepsgroepen nu buiten de definitie van beroepsbeoefenaren van hoofdstuk 9 van de Geneesmiddelenwet. De enige vorm van geneesmiddelenreclame die voor hen is toegestaan, is publieksreclame.

Ik vind het belangrijk dat iedereen die voorschrijfbevoegdheid heeft, ook al is die tijdelijk, zou moeten worden aangemerkt als beroepsbeoefenaar als bedoeld in hoofdstuk 9 van de Geneesmiddelenwet. Het is voor voorschrijvers belangrijk om hun kennis over geneesmiddelen actueel te kunnen houden en over de informatie te kunnen beschikken die daarvoor nodig is. Uiteraard bestaan hiervoor ook andere kanalen dan geneesmiddelenreclame. Ik denk bijvoorbeeld aan het Farmacotherapeutisch

Kompas en het Geneesmiddelenbulletin. Die kanalen zullen door deze beroepsgroepen zeker moeten worden benut. Daarnaast wil ik deze voorschrijvers de mogelijkheid bieden om toegang te hebben tot informatiebronnen waarbij ook gebruik wordt gemaakt van geneesmiddelenreclame en gunstbetoon binnen de regels die ook voor alle andere voorschrijvers van toepassing zijn. Hiervoor ontbreekt nu een wettelijke titel. Voor een succesvol experiment is het echter belangrijk dat alle voorschrijvers hetzelfde worden behandeld. Gezien het experimentele karakter van de regelgeving vind ik het redelijk en voorts ook gewenst dat gedurende het experiment verpleegkundig specialisten en physician assistants op dit vlak dezelfde mogelijkheden wordt geboden als andere voorschrijvers. Ik ga zoeken naar een manier om dat mogelijk te maken.

De fractie van de SP

Omvang deskundigheidsgebied

De fractie wil weten of ik van oordeel ben of de beroepsbeoefenaren die thans op grond van Wet BIG bevoegd zijn zelfstandig bepaalde (voorbehouden) handelingen te verrichten en de beroepsbeoefenaren die straks onder de experimenteerbepaling vallen in samenspraak bepalen of een bepaalde (voorbehouden) handeling valt binnen het deskundigheidsgebied van de nieuwe beroepsgroepen.

Ik ben evenals de SP van mening dat de beroepsbeoefenaren, aangewezen op grond van artikel 36a Wet BIG, in samenspraak met de relevante beroepsbeoefenaren bepalen of bepaalde (voorbehouden) handelingen passen binnen het deskundigheidsgebied waarin zij zijn opgeleid. Zij hebben daarin geen ongelimiteerde vrijheid. Ze dienen het wettelijk kader van het deelgebied waarbinnen zij zijn opgeleid (physician assistants) of waarvoor zij een erkende specialistentitel mogen voeren (verpleegkundig specialisten) in acht te nemen.

Voorwaarden voor het verrichten van voorbehouden handelingen

De vraag of de voorbehouden handelingen volgens landelijke geldende richtlijnen, standaarden en protocollen moeten worden verricht, kan ik bevestigend beantwoorden. Veel van de richtlijnen en standaarden zijn multidisciplinair ontwikkeld en bevatten passages die ook van toepassing zijn op de nieuwe beroepsbeoefenaren. Daarbij werken de nieuwe beroepsbeoefenaren volgens de bestaande werkwijzen zoals neergelegd in de huidige richtlijnen. Voor zover die nog niet zijn vastgesteld en voor zover relevant zullen de van die richtlijnen af te leiden protocollen, in samenspraak met de betrokken beroepsgroepen worden opgesteld.

Bij het actualiseren van de richtlijnen is het de bedoeling dat de richtlijnen indien relevant multidisciplinair worden opgesteld. Alle betrokken en relevante beroepsgroepen, inclusief de artsenorganisaties kunnen betrokken worden.

Het bestaan van richtlijnen is geen voorwaarde voor het introduceren van een werkpraktijk. Wel stellen de landelijke richtlijnen, standaarden en daarvan afgeleide protocollen grenzen aan de zelfstandige bevoegdheid van de nieuwe beroepsgroepen. Als de richtlijnen en protocollen aanwezig zijn, zal ook via die werkwijze gewerkt moeten worden. De richtlijnen voldoen aan de «Richtlijn voor Richtlijnen» die de Regieraad kwaliteit van Zorg heeft geformuleerd.

De toepassing van richtlijnen zal getoetst worden zoals dat ook bij de andere beroepsgroepen gebeurt. De beroepsgroepen die onder artikel 36a zullen vallen, zijn daarop geen uitzondering. De nieuwe beroepsgroepen vallen ook onder de toetsingssystematiek van de Inspectie voor de

Gezondheidszorg. De toepassing van richtlijnen maakt integraal onderdeel uit van de kwaliteitstoetsing en kan gezien worden als een periodieke en systematische toets.

Toepasselijkheid van artikel 40 Wet BIG

De fractie wil geïnformeerd worden over de toepasselijkheid van artikel 40 Wet BIG.

Artikel 40 van de Wet BIG is niet van toepassing op categorieën van beroepsbeoefenaren, aangewezen op grond van het nieuwe artikel 36a Wet BIG. Dat hoeft niet tot problemen te leiden omdat in de praktijk beide categorieën beroepsbeoefenaren werkzaam zullen zijn in organisatorisch verband. Die organisatorische verbanden zijn aan te merken als zorginstellingen die vallen onder de reikwijdte van de Kwaliteitswet zorginstellingen. Daardoor kan in geval van misstanden langs de band van die wet worden opgetreden.

De fractie van D'66

De begrenzing van de voorbehouden handelingen van de verpleegkundig specialist

De fractie vraagt de «noodzakelijke begrenzingen» van de voorbehouden handelingen te concretiseren. Zij spitst haar vraag toe op de verpleegkundig specialisten.

Concretisering van de begrenzingen van de voorbehouden handelingen zal plaatsvinden in het Besluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten. In artikel 3 van dat besluit zullen beperkingen worden opgenomen die cumulatief van aard zijn. Dat betekent bijvoorbeeld dat de verpleegkundig specialist in ieder geval geen voorbehouden handelingen mag verrichten die niet binnen zijn deskundigheidsgebied vallen en niet routinematig van aard zijn.

De vraag of dit een extra maatregel is in de bestaande wet- en regelgeving kan ik bevestigend antwoorden. De begrenzingen vinden hun grondslag in het voorgestelde artikel 36a van Wet BIG.

De beperking van de voorbehouden handeling is ook gelegen in de eis dat de risico's goed te overzien moeten zijn. De beperking kan voortvloeien uit de complexiteit van de handelingen, maar ook uit de omstandigheid dat de handelingen weliswaar uitvoeringstechnisch niet ingewikkeld zijn, maar dat de gevolgen van de handeling vooraf niet goed in te schatten zijn. Dit houdt bijvoorbeeld in dat de verpleegkundig specialist geen grote risicovolle operaties zelfstandig uitvoert. Een voorbeeld dat voortvloeit uit de beperking dat de handeling moet plaatsvinden binnen het deelgebied waar de verpleegkundig specialist zijn titel voert, brengt mee dat alleen Uitsluitend Recept-geneesmiddelen mogen worden voorgeschreven die binnen het beroepsdeel van het specialisme gebruikelijk zijn.

Toegepaste richtlijnen en standaarden

De fractie wil verduidelijkt hebben over welke professionele richtlijnen en standaarden het gaat.

In geen van beide besluiten wordt aangegeven wat de richtlijnen en standaarden inhouden. Het zou de gewenste dynamiek uit het systeem houden, indien telkens wanneer nieuwe richtlijnen ontwikkeld worden dat tot aanpassing van de regelgeving zou moeten leiden. Wel heb ik vastgelegd dat er volgens de geldende richtlijnen en protocollen moet worden gewerkt. Actualisering zal altijd plaatsvinden. De richtlijnen zullen steeds naar de laatste stand van de wetenschap worden aangepast. In het geval van taakherschikking zullen de nieuwe beroepsbeoefenaren goed uit de voeten kunnen met de bestaande relevante richtlijnen. De richtlijnen zijn geschikt om kwalitatief goede zorg te verlenen. Veel van de richtlijnen

zijn multidisciplinair ontwikkeld en bevatten passages die ook van toepassing zijn op de nieuwe beroepsbeoefenaren. Daarbij werken de nieuwe beroepsbeoefenaren volgens de bestaande werkwijzen zoals neergelegd in de huidige richtlijnen. De afgeleide protocollen die een weerslag vormen van de samenwerking tussen verpleegkundig specialist en de andere disciplines zullen op de nieuwe situatie moeten worden aangepast. En ook (multidisciplinaire) richtlijnen die niet toereikend blijken te zijn, zullen in de toekomst moeten worden aangepast.