

Vergaderjaar 2018–2019

35 045

Wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met het opnemen van de klinisch technoloog in de lijst van registerberoepen en het toekennen van bepaalde voorbehouden handelingen aan klinisch technologen

Nr. 5

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 20 maart 2019

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van de vragen en opmerkingen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake dit wetsvoorstel. Ik dank de leden van de VVD-fractie, de CDA-fractie, de D66-fractie en de SP-fractie voor hun bijdragen. Het heeft mij verheugd dat de commissie, onder het voorbehoud dat de gestelde vragen en gemaakte opmerkingen voldoende zullen worden beantwoord, de openbare behandeling van het wetsvoorstel genoegzaam voorbereid acht. Hierna ga ik dan ook graag in op de door deze leden gestelde vragen en gemaakte opmerkingen. Daarbij heb ik zoveel mogelijk de indeling van het verslag aangehouden.

Algemeen

De leden van de **VVD-fractie** begrijpen dat vervolgonderzoek nodig is om te bepalen of het verrichten van endoscopieën, electieve cardioversie en defibrillatie ook toegelaten kan worden als voorbehouden handeling voor de klinisch technoloog. Op basis van hetgeen is beschreven in de memorie van toelichting vragen deze leden de regering hoe dit vervolgonderzoek eruit komt te zien. Is de verwachting dat vervolgonderzoek wel voldoende kwantitatieve data gaat opleveren? Wat wordt de looptijd van dit vervolgonderzoek? Hoe worden de beroepsgroepen en de patiëntervaringen hierin meegenomen? Op welke termijn wordt dit geëvalueerd? Op welke wijze wordt de Kamer hierin meegenomen?

De voorbehouden handelingen endoscopie, electieve cardioversie en defibrillatie maken – samen met zes andere voorbehouden handelingen – onderdeel uit van het experiment om de klinisch technoloog tijdelijk voor een aantal voorbehouden handelingen zelfstandig bevoegd te maken. Om te evalueren in hoeverre het doelmatig en doeltreffend is om de in het kader van het experiment toegekende zelfstandige bevoegdheden definitief aan de klinisch technologen toe te kennen, is een evaluatieon-

derzoek uitgevoerd.¹ Dit evaluatieonderzoek (uitgevoerd door onafhankelijke onderzoekers) had een doorlooptijd van 3,5 jaar en is in maart 2018 afgerond. Tijdens het evaluatieonderzoek zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve data verzameld om de doeltreffendheid en doelmatigheid van de tijdelijke zelfstandige bevoegdheid te evalueren. Uit het eindrapport blijkt dat defibrillatie, electieve cardioversie en endoscopie door slechts enkele klinisch technologen verricht worden. Tijdens het derde, en laatste, meetmoment werden defibrillatie en electieve cardioversie zelfs door geen enkele klinisch technoloog verricht (zie pagina 166 van het eindrapport). Aangezien het evaluatierapport vrij recent is afgerond, is de regering niet voornemens een vervolgonderzoek te doen om te bepalen of het doeltreffend en doelmatig is om ook voor deze drie voorbehouden handelingen een definitieve zelfstandige bevoegdheid aan de klinisch technoloog toe te kennen. Op dit moment overweegt de beroepsgroep hier een eigen onderzoek naar te doen.

Wat zijn de consequenties voor de klinisch technoloog dat deze drie voorbehouden handelingen nog onvoldoende zijn meegenomen? Kan de regering inzicht geven wat dit in de praktijk betekent voor de werkverdeling tussen de arts, physician assistant, verpleegkundige en de klinisch technoloog?

Uit het eindrapport van het hiervoor genoemde evaluatieonderzoek bleek dat er onvoldoende gegevens zijn om te oordelen dat het doeltreffend en doelmatig is om de klinisch technoloog voor de voorbehouden handelingen defibrillatie, electieve cardioversie en endoscopie definitief een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen. Met de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel zal de klinisch technoloog enkel zelfstandig bevoegd zijn tot het verrichten van de handelingen genoemd in deze wetswijziging. Hiermee komt de tijdelijke zelfstandige bevoegdheid voor deze drie voorbehouden handelingen te vervallen, evenals voor de voorbehouden handeling steenvergruizing. De consequentie hiervan is dat de klinisch technoloog deze voorbehouden handelingen niet meer zelfstandig mag indiceren, uitvoeren of delegeren. Het blijft mogelijk dat de klinisch technoloog deze voorbehouden handelingen uitvoert in opdracht van een hiertoe bevoegde zorgprofessional (bijv. arts), mits hij bekwaam is. Gezien het feit dat slechts enkele klinisch technologen deze voorbehouden handelingen verrichten, is het aannemelijk dat dit geen grote consequenties zal hebben voor de werkverdeling tussen de klinisch technoloog en andere zorgprofessionals.

Wil de regering tevens een verklaring geven waarom uit de evaluatie is gebleken dat er geen gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheid om de klinisch technoloog in de zetten bij het vergruizen van nierstenen (steenvergruizing)? Wie doet dit nu dan wel? Is het de verwachting dat dit in de toekomst nog gaat veranderen?

Het evaluatieonderzoek heeft zich gericht op het indiceren, uitvoeren en delegeren van de in het experiment genoemde voorbehouden handelingen door de klinisch technoloog. Er is geen onderzoek gedaan welke professionals er naast de klinisch technoloog ook deze voorbehouden handelingen zelfstandig verrichten. Uit het evaluatieonderzoek is overigens gebleken dat de klinisch technoloog in de onderzoeksperiode geen enkele maal bij steenvergruizing is ingezet, ook niet in opdracht van een arts. Momenteel is – los van dit experiment – alleen de arts zelfstandig bevoegd tot het uitvoeren van de voorbehouden handelingen steenver-

¹ De Haan M., Bessems_Beks, M., van Eijk-Hustings, Y.,C & Vrijthoef, B. (2018). Eindrapportage Evaluatieonderzoek Artikel 36a Wet BIG met betrekking tot de inzet van de klinisch technoloog, Maastricht, Maastricht UMC+, RVE Patiënt & Zorg/afdeling Klinische Epidemiologie en Medical Technology Assessment (KEMTA).

gruizing. Er zijn geen indicaties dat dit in de (nabije) toekomst zou moeten veranderen.

In de zorg gaan de ontwikkelingen op het gebied van medische technologie razendsnel. De leden van de **VVD-fractie** willen in dat kader dan ook graag van de regering weten hoe zij aankijkt tegen de ontwikkeling van de klinisch technoloog binnen de gezondheidszorg. Wat gaat dit betekenen voor het aantal opleidingsplaatsen voor klinische technologie? Is de verwachting dat het aantal klinisch technologen dat jaarlijks afstudeert de komende jaren toeneemt? En zo ja, is de mogelijke inzet van de klinisch technoloog voldoende bekend bij zorginstellingen, zodat zij daadwerkelijk aan de slag kunnen? Zo nee, wat is de regering voornemens te doen om die bekendheid te vergroten?

De (door)ontwikkeling van medische technologie gaat snel. De klinisch technoloog is hierin belangrijk. Op dit moment bieden de technische universiteit Delft (in samenwerking met de Erasmus universiteit Rotterdam en de universiteit Leiden) en de universiteit van Twente een opleiding aan tot klinisch technoloog. Beide bacheloropleidingen klinische technologie hebben een numerus fixus, dat wil zeggen dat deze opleidingen zelf het aantal plaatsen bepalen. In het academisch jaar 2019 – 2020 kunnen in totaal 250 studenten instromen, in het jaar 2018 – 2019 waren dat 230 studenten, waarmee de capaciteit met 20 wordt uitgebreid. Wat betreft het aantal eerstejaars: dit aantal is gegroeid van 122 in collegejaar '13/'14 tot 236 in collegejaar '18/'19. Dat komt vooral doordat de technische universiteit Delft vanaf het collegejaar '14/'15 100 plaatsen aanbiedt. Het toegenomen aantal plaatsen heeft ook gevolgen voor het aantal gediplomeerden. Het aantal gediplomeerden voor de bachelor klinische technologie is toegenomen van 72 in collegejaar '13/'14 tot 134 in collegejaar '17/'18. Een prognose van het aantal afgestudeerden in de toekomst is er nog niet, maar door de verhoging van het aantal plaatsen, is de verwachting dat over een paar jaar ook het aantal afgestudeerden toeneemt. Het aantal eerstejaars studenten voor de master technical medicine, die opleidt tot klinisch technoloog, is de afgelopen jaren gestegen van 75 in het studiejaar 2013 tot 96 in 2018. Het aantal afgestudeerden van de masteropleiding bedroeg in het studiejaar 2017 53 studenten. De verwachting is dat ook het aantal afgestudeerden van de masteropleiding in de toekomst zal toenemen, doordat de opleiding in Delft erbij is gekomen.

Wat betreft de bekendheid van de klinisch technologen binnen de zorginstellingen: tussen de klinisch technologen en andere beroepsgroepen vinden doorlopend gesprekken plaats met als doel klinisch technologen binnen zorginstellingen optimaal te kunnen laten functioneren. Naar verwachting zal de wettelijke verankering van het beroep van de klinisch technoloog in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) leiden tot nog meer bekendheid bij zorginstellingen zodat afgestudeerde klinisch technologen nog sneller en breder kunnen worden ingezet in de gezondheidszorg. Het is aan de beroepsgroep om de bekendheid van het beroep bij zorginstellingen verder te vergroten. Hiertoe is door de beroepsgroep samen met vertegenwoordigers van onder meer de Landelijke Vereniging Artsen in Dienstverband (LAD) en de Federatie van Beroepsorganisaties in de zorg (FBZ) een functieprofiel opgesteld en worden best practices verspreid.

Op welke wijze kunnen de contextuele factoren die de inzet van de klinisch technoloog nu beperken, aldus het evaluatieonderzoek, verder worden beperkt? Gaat dit met zich meebrengen dat deze professional in de toekomst meer voorbehouden handelingen mag verrichten? Zo ja, op welke wijze wordt in de Wet BIG voorzien dat op dit soort ontwikkelingen snel kan worden ingespeeld?

Wat betreft beperkingen ten aanzien van het zelfstandig kunnen verrichten van voorbehouden handelingen: in het wetsvoorstel zijn vijf voorbehouden handelingen opgenomen. Van deze vijf handelingen is de doelmatigheid en de doeltreffendheid aannemelijk geworden. Indien er in de toekomst een verlangen is om meer handelingen aan de klinisch technoloog voor te behouden, is een van de mogelijkheden dat door middel van een experiment op grond van artikel 36a van de Wet BIG te onderzoeken. Ervan uitgaande dat zo'n experiment veilig kan geschieden, kan dan worden onderzocht of een eventuele toekenning van extra bevoegdheden doeltreffend en doelmatig is. Vooralsnog is daar echter geen aanleiding toe omdat het evaluatieonderzoek helder aangeeft dat de bevoegdheden die nu niet worden toegekend, tijdens het experiment niet of nauwelijks gebruik is gemaakt.

Andere in het evaluatieonderzoek genoemde beperkingen, zoals belemmeringen in de toegang tot patiëntendossiers, kunnen door dit wetsvoorstel niet worden opgelost. Hierover is de beroepsgroep in gesprek met de desbetreffende partijen, zoals met de hiervoor genoemde FBZ en de Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (NFU).

Is de regering voornemens om periodiek te evalueren of de lijst met voorbehouden handelingen volstaat om aan de behoeften in de dagelijkse praktijk tegemoet te komen?

Er is geen periodieke evaluatie of de lijst met voorbehouden handelingen voor de verschillende beroepsroepen nog volstaat. Het zijn de beroepsgroepen zelf die het initiatief nemen om bij nieuwe ontwikkelingen met mij in overleg te treden over aanpassing van de aan hen toegekende bevoegdheden. Overigens heb ik wel vorig jaar de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) gevraagd een advies uit te brengen over de toekomstbestendigheid van de Wet BIG, waarbij ook de vraag voorligt naar de toekomstbestendigheid van de voorbehouden handelingen. Ik heb uw Kamer hierover op 20 december 2018 geïnformeerd.² Het streven is dat de RVS het advies voor de zomer van 2019 afrondt. Ik zie met belangstelling naar dit advies uit.

De leden van de **VVD-fractie** vragen de regering of zij bereid is om de mogelijkheden te verkennen om ook klinisch technologen te laten registreren en declareren.

Het is belangrijk te benadrukken dat opname in de Wet BIG niet betekent dat daarmee het recht ontstaat om te kunnen registreren en declareren. Echter heeft de klinisch technoloog (momenteel) geen recht om zelfstandig een dbc-zorgtraject te openen. Daarnaast kan de klinisch technoloog geen consulten registreren, omdat niet wordt voldaan aan de omschrijving in de Regeling medisch-specialistische zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beslist welke beroepsbeoefenaren de poortfunctie mogen uitvoeren en daarmee het recht hebben om een dbc-zorgtraject te openen. Om hiervoor in aanmerking te komen kan een beroepsgroep een verzoek indienen bij de NZa. De Nederlandse Vereniging voor Technische Geneeskunde (NVvTG) heeft een verzoek ingediend. Dat heeft ertoe geleid dat de NZa voornemens is per 1 januari 2020 de klinisch technologen de poortfunctie toe te kennen waardoor het mogelijk wordt zelfstandig dbc-zorgtrajecten te openen. Daarnaast is het voornemen dat per 1 januari 2020 het mogelijk wordt gemaakt dat de klinisch technoloog consulten kan registreren.

De leden van de **CDA-fractie** vragen of er door de beroepsgroep daadwerkelijk vervolgonderzoek wordt uitgevoerd om te beoordelen of de zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van endoscopieën, electieve cardioversies en defibrillatie alsnog aan de klinisch technoloog kan

² Brief van 20 december 2018 met kenmerk 1461081-185516-BPZ.

worden toegekend. Deze leden vragen hoe dit onderzoek uitgevoerd kan worden als met de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel het experiment met de tijdelijke toekenning van deze voorbehouden handelingen wordt beëindigd.

Uit het evaluatieonderzoek blijkt dat er onvoldoende data beschikbaar waren om de doeltreffendheid en doelmatigheid van de toekenning van enkele voorbehouden handelingen aan te tonen. Dit houdt in dat slechts enkele klinisch technologen deze handelingen hebben verricht tijdens de onderzoeksperiode. Er is daarom onvoldoende aanwijzing dat het toekennen van deze handelingen aan de klinisch technoloog nodig is.

De leden van de **CDA-fractie** vragen daarnaast waarom een experiment dat tot 1 januari 2019 loopt voortijdig wordt geëvalueerd. Is dit van tevoren zo afgesproken?

Het evaluatieonderzoek had een looptijd van 3,5 jaar (september 2014 t/m maart 2018). De onderzoekers zijn gevraagd hun bevindingen in maart 2018 te rapporteren, omdat zo nodig voor het verstrijken van de termijn van het experiment (31 december 2018) een wetsvoorstel bij uw Kamer moest zijn ingediend om het experiment te kunnen continueren tot de daadwerkelijke inwerkingtreding van een definitieve regeling.

De leden van de **D66-fractie** vragen wat de planning is voor de inwerkingtreding van de wet. En zal tot de inwerkingtreding van de wet, het «volledige» experiment blijven gelden, waaronder de (nu nog) negen voorbehouden handelingen?

Het volledig experiment, met negen voorbehouden handelingen, zal gelden tot het wetsvoorstel, met vijf voorbehouden handelingen, van kracht wordt. De planning voor de inwerkingtreding van de wet is 1 januari 2020.

Deze leden vragen ook op welke wijze het benodigde vervolgonderzoek zal worden vormgegeven naar de drie voorbehouden handelingen waarvoor momenteel nog onvoldoende kwantitatieve data naar voren zijn gekomen waardoor de doeltreffendheid (nog) niet is gebleken. Op welke termijn zal hierover een beslissing genomen kunnen worden?

De leden van de VVD- en CDA-fracties hebben vergelijkbare vragen gesteld als de leden van D66-fractie. Ik verwijs deze leden voor het antwoord op hun vragen dan ook naar de reactie op die vragen.

De leden van de **SP-fractie** lezen in het voorliggende wetsvoorstel dat klinisch technologen een aanvulling zijn op de kennis en ervaring van de arts en andere disciplines door hun specifieke en complexe kennis. In hoeverre is er sprake van taakherschikking als zij na opname in de lijst van registerberoepen ook daadwerkelijk voorbehouden handelingen van artsen kunnen overnemen? Kan de regering dit nader toelichten?

Taakherschikking houdt in «[...] het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen [...]»³ (RVS 2002). De regering moedigt aan dat taakherschikking plaatsvindt waarbij dit de doeltreffendheid, doelmatigheid en veiligheid van zorg bevordert. Het wetsvoorstel voorziet dat klinisch technologen structureel taken zelfstandig kunnen overnemen van andere zorgprofessionals, waaronder artsen. De opname van de klinisch technoloog als artikel-3-beroep in de Wet BIG maakt het dus juist mogelijk dat deze taakherschikking kan plaatsvinden. Dat neemt niet weg dat de klinisch technoloog ook een eigen expertise heeft, te weten het ontwikkelen, verbeteren en gebruiken van complexe medische technologie, die maakt dat opname in artikel 3 van de Wet BIG gewenst is.

³ Taakherschikking in de gezondheidszorg, Raad voor de Volksgezondheid en Sport, Zoetermeer 2002.

Genoemde leden maken uit de evaluatie op dat niet alle voorbehouden handelingen worden overgenomen omdat vervolgonderzoek nodig is. Zij vragen de regering of het niet beter is om te wachten op de resultaten van het vervolgonderzoek alvorens deze wijziging in de wet in te voeren. Waarom wordt nader onderzoek niet afgewacht? De leden van de VVD-, CDA- en D66-fracties hebben vergelijkbare vragen gesteld als de leden van SP-fractie. Ik verwijs deze leden voor het antwoord op hun vragen dan ook naar de reactie op die vragen.

Voorts lezen de leden van de **SP-fractie** in het voorliggende wetsvoorstel dat de arts zelf geen expertise heeft in de complexe medisch technische handelingen die de klinisch technoloog uitvoert. Kan de regering verduidelijken wat hiermee precies bedoeld wordt? De klinisch technoloog is een technisch-medisch professional, opgeleid in het ontwikkelen, verbeteren en gebruiken van complexe medische technologie. De opleiding tot klinisch technoloog en de opleiding tot (basis)arts verschillen op inhoud. De opleiding tot klinisch technoloog is gebaseerd op, en ontworpen vanuit, kennis en kunde vanuit de wiskunde, natuurkunde, elektrotechniek, werktuigbouwkunde en informatica, domeinen die slecht vertegenwoordigd zijn in de opleiding tot arts. De arts wordt niet opgeleid om medische technologie te ontwikkelen en te verbeteren. Daarnaast is er minder nadruk op het gebruik van medische technologie in de opleiding tot (basis)arts. De klinisch technoloog heeft een eigen deskundigheidsdomein en zijn specifieke competenties vormen een aanvulling op de kennis en kunde van de arts.

De leden van de **SP-fractie** missen in het voorliggende wetsvoorstel welke aanbevelingen en/of kritiekpunten de regering heeft ontvangen van consultatiepartijen naast het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR). Waarom is dit niet in de memorie van toelichting opgenomen en kan de regering een nader overzicht hiervan de Kamer doen toekomen? Aan de begeleidingscommissie van het evaluatieonderzoek hebben verschillende stakeholders deelgenomen. De meningen en kritiekpunten van de stakeholders t.a.v. de zelfstandige bevoegdheid zijn beschreven in het evaluatieonderzoek. Zo waren de Koninklijke Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (KNMG) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) vertegenwoordigd in de begeleidingscommissie. Het onderzoek, met daarin meegewogen de hiervoor bedoelde meningen en kritiekpunten, zijn uitgemond in een openbaar rapport met een eindconclusie, dat als uitgangspunt voor dit wetsvoorstel heeft gediend. De standpunten waar de leden van de SP-fractie op doelen zijn weliswaar niet in de memorie van toelichting opgenomen, maar wel herleidbaar.

Kan de regering aangeven welke nadelen artsen, wetenschappers en andere betrokkenen verwachten van de voorliggende wetswijziging? Welke risico's worden door beroepsgroepen gesignaleerd als klinische technologen voorbehouden handelingen van specialisten gaan overnemen? Het eindrapport van het onafhankelijk onderzoeksteam geeft een overzicht van hoe belanghebbende groeperingen en aanpalende beroepsgroepen denken over het toekennen van een zelfstandige bevoegdheid aan de klinisch technoloog. Deze meningen zijn meegenomen in het besluit de klinisch technoloog een zelfstandige bevoegdheid toe te kennen voor vijf voorbehouden handelingen. Uit de resultaten van het evaluatieonderzoek blijkt tevens dat er geen negatieve bijeffecten naar voren zijn gekomen als gevolg van het tijdelijk toekennen van een zelfstandige bevoegdheid. Er is daarom geen sprake van veiligheidsrisico's bij het toekennen van een definitieve zelfstandige bevoegdheid voor deze vijf voorbehouden handelingen.

Tot slot vragen de leden van de **SP-fractie** de regering of er meer beroepen op de lijst staan om in de BIG opgenomen te worden. Kan de regering dit nader toelichten? Genoemde leden vragen met name aandacht voor verpleegkundigen, die de overstap hebben gemaakt naar het beroep chauffeur ambulancezorg. Na vijf jaar verloopt hun BIG-registratie en verliezen deze enthousiaste verpleegkundigen – die tevens handelingen verrichten – hun registratie. Kan de regering aangeven of dit wenselijk is? Zou het – ook in het licht van de grote personeelstekorten in de zorg – niet beter zijn als verpleegkundigen die als ambulancechauffeur werken hun registratie behouden of dat zij als beroepsgroep in het register worden opgenomen? De leden van de SP-fractie vragen om een reactie op dit punt.

Er is een wetsvoorstel naar uw Kamer gestuurd om de orthopedagoog-generalist op te nemen in artikel 3 van de Wet BIG. Ook loopt er een art. 36a experiment met de bachelor medisch hulpverlener (2017 – 2022) en treft de regering voorbereidingen om een art. 36a experiment te starten voor de mondhygiënist. De algemene maatregel van bestuur die het experiment voor de mondhygiënist mogelijk moet maken ligt op dit moment ter advisering bij de Raad van State.

De leden van de SP-fractie vragen ook aandacht voor verpleegkundigen die de overstap hebben gemaakt naar ambulancechauffeur. Ik ben blij dat zorgverleners bredere functiemogelijkheden hebben en benutten. Het experiment met de bachelor medische hulpverlener is daar een goed voorbeeld van. Deze hulpverlener kan ook op de ambulance worden ingezet. Tegelijkertijd is het voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening van belang dat zorgprofessionals bekwaam blijven in het uitoefenen van hun beroep. Hiertoe dient de (her)registratie. Patiënten die in het BIG-register kijken, vertrouwen erop dat de zorgverleners in het register deskundig zijn en blijven. Door eens in de 5 jaar opnieuw te registreren volgens bepaalde criteria, kunnen we deze deskundigheid en bevoegdheid van zorgverleners waarborgen. Herregistratie is mogelijk op basis van werkervaring, dan wel op basis van scholing. Voor wat betreft de werkervaringseis geldt dat een verpleegkundige minimaal 2.080 uur werkzaam dient te zijn binnen zijn deskundigheidsgebied. De werkzaamheden van de ambulancechauffeur kunnen in beginsel niet mee tellen voor de werkervaringseis, tenzij de zorgverlener zelf kan aantonen dat de werkzaamheden wel verricht zijn binnen het deskundigheidsgebied van de verpleegkundigen. Dit is in het belang van de kwaliteit van zorg.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins