

# De B van Bekwaam

Naar een toekomstbestendige Wet BIG



# **De B van Bekwaam**

Naar een toekomstbestendige Wet BIG

Oktober 2019

## Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	4
1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding en urgentie	7
1.2 Vraagstelling, doel en reikwijdte van dit advies	8
1.3 Aanpak	9
1.4 Leeswijzer	10
2 Plaats van de Wet BIG in de regulering van kwaliteit van zorg	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Regulering van kwaliteit van zorg	11
2.3 De Wet BIG	13
2.4 Beroepenregulering in andere landen	19
2.5 Conclusie	22
3 Knelpunten in de praktijk	23
3.1 Inleiding	23
3.2 Knelpunten door de systematiek van de Wet BIG	23
3.3 Knelpunten door maatschappelijke ontwikkelingen	26
3.4 Conclusie	30
4 Oplossingsrichtingen	31
4.1 Inleiding	31
4.2 Drie vergezichten verkend en gewogen	31
4.3 Model voor een toekomstbestendige Wet BIG	33
4.4 Nader uit te werken punten	38
4.5 Conclusie	39
5 Aanbevelingen en advies	41
Bijlage 1	

# Voorwoord

Beroepenregulering vervult een belangrijke functie in het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van zorg. De wet BIG heeft ons in de ruim twintig jaar van zijn bestaan veel goeds gebracht en staat ook internationaal in hoog aanzien. Een aantal onomkeerbare maatschappelijke ontwikkelingen noopt echter tot herbezinning op de wijze waarop we in Nederland beroepen in de zorg reguleren. De zorgvraag van burgers in Nederland wordt steeds complexer, reikt over grenzen van stelsels en domeinen heen en vraagt van zorgverleners meer samenwerking in teamverband .

Daarnaast komen er mede als gevolg van nieuwe technologieën steeds meer nieuwe beroepen bij, die graag willen worden opgenomen in het BIG-register. Maar een groei naar steeds meer specialistische beroepen in de Wet BIG is een doodlopende weg en strijdig met de roep om meer samenwerking in teamverband over grenzen van specialisaties heen.

Het credo zou volgens ons moeten zijn: 'minder beroepen en meer bekwaamheden reguleren in de zorg'. Dat kan door in de wet alleen basisberoepen op te nemen en zorgverleners een persoonlijk bekwaamhedenportfolio te laten bijhouden. Als een zorgverlener heeft aangetoond een specifieke bekwaamheid te beheersen dan verdient dit erkenning en waardering, ongeacht of hij of zij dit tijdens zijn opleiding heeft geleerd of later in de praktijk heeft verworven. Zo kan ingespeeld worden op veranderingen in de zorg en samenleving. Het geeft mogelijkheden voor de zorgverlener om zich gericht te bekwamen en zich een leven lang te blijven ontwikkelen. Dat draagt niet alleen bij aan erkenning van vakmanschap, maar ook aan onderlinge samenwerking. Dat voldoet aan de zorgvraag van patiënten, en biedt soelaas bij de olopende personeelstekorten in de zorg.

Deze toekomstige richting van beroepenregulering sluit naadloos aan bij meer algemene stimulansen als een leven lang ontwikkelen, nieuwe kwalificatiestructuren en skills-paspoorten. Zo hield het World Economic Forum onlangs een pleidooi om skills-paspoorten in te zetten om het disfunctioneren van de huidige arbeidsmarkt tegen te gaan.

Om deze nieuwe richting in de praktijk te brengen, moet de overheid terughoudend zijn met het opnemen van nieuwe beroepen in de wet BIG, en de wet op een aantal punten aanpassen. Daarnaast zouden beroepsorganisaties samen met patiënten(vertegenwoordigers), werkgevers en de overheid moeten werken aan de definitie en inrichting van een portfolio van bekwaamheden. Ten slotte heeft deze nieuwe richting ook gevolgen voor de opleiding van zorgverleners.

Wij beogen met dit advies een aanzet te geven voor een verdiepende discussie over de toekomst van beroepenregulering in de zorg en gaan graag met u hierover in gesprek.

Jet Bussemaker  
*Voorzitter RVS*

# Samenvatting

De minister van Medische Zorg en Sport heeft de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) advies gevraagd over de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Zijn vraag luidt: Is deze wet, gegeven een aantal maatschappelijke ontwikkelingen, toekomstbestendig? Met dit advies beantwoordt de Raad deze vraag en geeft een model voor een oplossingsrichting. Daarmee wil hij een aanzet geven voor een verdiepende discussie over dit onderwerp.

Om de vraag van de minister te beantwoorden geeft de Raad eerst een globaal overzicht van het geheel aan kwaliteit regulerende regelgeving en mechanismen. Dat blijkt een complex geheel te zijn, waar de Wet Big een klein, maar wel belangrijk onderdeel van uitmaakt. Vervolgens vergelijkt hij de Nederlandse beroepenregulering in de zorg met de wijze waarop dat in andere landen is geregeld. Het lijkt verleidelijk om delen uit buitenlandse voorbeelden over te nemen in de Wet BIG, maar er is geen hard bewijs dat deze voorbeelden leiden tot een betere kwaliteit van zorg.

## **Doel en uitgangspunt Wet BIG**

Voor een goed begrip van het advies is een korte toelichting op de Wet BIG nodig. Met de invoering van deze wet in 1997 kwam een eind aan het monopolie van met name artsen op het behandelen van patiënten. Het doel van de wet is tweeledig: ten eerste het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. En ten tweede: het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. Daarnaast is er nog een afgeleide doelstelling, namelijk inzichtelijkheid voor derden.

Het uitgangspunt van de Wet BIG was: niet méér reguleren dan nodig is. Patiënten mochten voortaan zelf de zorgverlener kiezen die zij wensten. Maar niet alles werd vrijgegeven. Een aantal (zorg)handelingen, de zogenoemde voorbehouden handelingen, bleven voorbehouden aan specifieke beroepsgroepen, omdat die handelingen grote risico's opleveren voor patiënten indien ondeskundig of onzorgvuldig uitgevoerd. Denk aan een operatie of het voorschrijven van geneesmiddelen.

Momenteel zijn er negen beroepsgroepen met voorbehouden handelingen. Per beroepsgroep is aangegeven welke voorbehouden handelingen zij zelfstandig mogen uitvoeren en aan welke eisen zij moeten voldoen, zoals opleidingsvereisten, inschrijving in het BIG-register, vijfjaarlijkse herregistratie en zich onderwerpen aan het tuchtrecht. Iedereen kan via internet het BIG-register raadplegen en controleren of een zorgverlener een van de negen beschermde beroepstitels mag voeren en eventueel een eventueel beschermde specialismetitel mag dragen. Zo kunnen patiënten controleren of een beroepsbeoefenaar bevoegd is.

## **Knelpunten in de praktijk**

De vraag of de Wet BIG toekomstbestendig is, komt niet uit de lucht vallen. In de praktijk zijn er eigenlijk al vanaf het begin van de invoering knelpunten met de systematiek van de wet zelf: de registratiecriteria worden niet consequent toegepast; de regeling voorbehouden handelingen

dekken de risico's onvoldoende af; herregistratie toetst bekwaamheid onvoldoende en het tuchtrecht geeft te weinig ruimte om te kunnen leren en verbeteren.

Door allerlei ontwikkelingen in de zorg en samenleving komen er steeds meer knelpunten bij. Zo verandert de zorgvraag onder andere door een betere gezondheidszorg, betere diagnostiek en nieuwe technologieën, toenemende vergrijzing en daardoor steeds meer mensen met chronische aandoeningen en meerdere gezondheidsproblemen tegelijkertijd. Daarnaast blijven ouderen steeds langer thuis wonen. Bovendien willen steeds meer patiënten inzicht in opleiding, ervaring en competenties van zorgprofessionals, zodat zij een weloverwogen keuze kunnen maken voor de juiste zorg op de juiste plek.

Dit vraagt om zorgverlening in multidisciplinaire, flexibel inzetbare teams, samenwerking in netwerken, nieuwe zorgvormen, generalistische én specialistische zorg, zorg dichtbij én zorg op afstand, nieuwe beroepen op het snijvlak van 'care' en 'cure', meer taakherschikking tussen zorgprofessionals en nieuwe vormen van technologie. En dat tegen een achtergrond van een toenemend tekort aan personeel en middelen.

De statische wet BIG, gericht op de individuele zorgprofessional, kan deze ontwikkelingen maar moeilijk bijbenen. Bovendien laat de inzichtelijkheid ook te wensen over. Tot nu toe wordt geprobeerd de knelpunten gedeeltelijk op te lossen door steeds meer nieuwe beroepen in de wet BIG op te nemen. Het ministerie van VWS wordt de laatste jaren overstelpt met aanvragen hiervoor. Voorbeelden zijn de klinisch technoloog, de orthopedagoog-generalist en de anesthesiemedewerker. Deze vraag komt vooral van de beroepsverenigingen zelf. Op die manier willen ze laten zien dat de beroepsbeoefenaren zelfstandig zorg kunnen leveren volgens de eisen die de Wet BIG stelt.

BIG-registratie wordt soms ook gezien als middel om werken in de zorg aantrekkelijker te maken, zoals recentelijk bleek uit schriftelijke Kamervragen naar aanleiding van het Kamerdebat over arbeidstekorten in de zorg. Verschillende leden van de Tweede Kamer lijken vanuit dat idee meer beroepen toe te willen laten tot de Wet BIG en van deze wet een zogenoemd kwaliteitsregistratie-instrument te maken. Dit zou betekenen dat een oorspronkelijk uitgangspunt van de wet wordt verlaten, namelijk: niet méér reguleren dan strikt noodzakelijk is. De Raad constateert in dit advies dat een toename van beroepen in de wet BIG zelfs bijdraagt aan arbeidstekorten en inefficiënt werken in de zorg.

Een meer recente ontwikkeling onderstreept de urgentie van dit advies. Dit betreft de commotie over het wetsvoorstel BIG2 van minister Bruins om het beroep van regieverpleegkundige in de Wet BIG te reguleren naast het beroep van verpleegkundige. De overgangsregeling voor de huidige verpleegkundigen, zoals geschetst in de Kamerbrief van 5 juni 2019, heeft tot groot protest geleid.

### **De B van Bekwaam**

Samenvattend zijn er verschillende ontwikkelingen die het belang onderstrepen van een nieuw (middel)lange termijn perspectief op de beroepenregulering in de zorg. De Raad concludeert dat de Wet BIG ons veel heeft gebracht maar niet toekomstbestendig is. Na een verkenning en weging van verschillende oplossingsrichtingen adviseert de Raad om te komen tot de Wet BIG als Wet op de Bekwaamheden in de gezondheidszorg, in plaats van Wet op de Beroepen in de individuele

gezondheidszorg. Dit is op hoofdlijnen uitgewerkt in een model waarmee de gesignaleerde knelpunten ook voor de lange termijn opgelost worden. Dit model is gebaseerd op regulering van de basisberoepen door middel van de opleiding en registratie; een bekwaamhedenportfolio en de inzichtelijkheid daarvan; en een vorm van tuchtrecht gericht op leren en verbeteren.

De voorgestelde oplossing behoudt het goede van de Wet BIG en biedt tegelijkertijd ruimte voor ontwikkelingen in de zorg en samenleving. Het maakt een flexibele inzet mogelijk van zorgprofessionals voor taken waartoe zij bekwaam zijn en het past goed bij vernieuwingen in opleidingen die reeds gaande zijn (modulair opleiden). Bovendien wordt de burger beter beschermd en beschikken patiënten over betere informatie om een weloverwogen keuze maken voor de juiste zorg op de juiste plek.

De Raad adviseert de minister om het model Wet op de Bekwaamheden in de gezondheidszorg met belanghebbende partijen nader te verkennen en op draagvlak te toetsen. Voor de korte termijn adviseert de Raad de minister om terughoudend te zijn met het opnemen van nieuwe beroepen in de (huidige) Wet BIG, zoals de regieverpleegkundige. De wijze waarop beroepen gereguleerd zijn of worden hangt nauw samen met de opleidingen en opleidingsstructuur. De Raad adviseert de minister tenslotte om hierover een vervolgadvis aan de RVS te vragen.



# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding en urgentie

De zorgvraag en zorgverlening veranderen in rap tempo: de bevolking wordt ouder en heeft vaker te kampen met meerdere gezondheidsproblemen tegelijkertijd en met problemen op het sociaal-maatschappelijke vlak die elkaar beïnvloeden. Dit vraagt om een discipline-overstijgende benadering van het organiseren van zorg, het ontwikkelen van nieuwe zorgvormen op het snijvlak van 'care' en 'cure' en samenwerking tussen zorgverleners. Zorg wordt steeds meer in teamverband geleverd. Daarnaast doen nieuwe vormen van technologie hun intrede, die - tegen de achtergrond van een krimpende beroepsbevolking - de zorgverlening ingrijpend veranderen. Deze ontwikkelingen roepen de vraag op hoe de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (hierna: Wet BIG), die zich richt op de kwaliteit van de individuele beroepsbeoefenaar, zich tot deze ontwikkelingen verhoudt.

In de praktijk zien we druk ontstaan op de Wet BIG en de principes die daaraan ten grondslag liggen: patiënten willen het liefst een vaste zorg- of hulpverlener, terwijl de Wet BIG zorgprofessionals dwingt om voor verschillende taken verschillende collega's in te zetten. Het ministerie van VWS wordt de laatste jaren overstelpt met aanvragen voor opname in het BIG-register. Voorbeelden zijn de klinisch technoloog, de orthopedagoog-generalist en de anesthesiemedewerker. Het zijn vooral de beroepsverenigingen zelf die hierom vragen. Zij zijn bereid zich aan de (her)registratievereisten en aan het tuchtrecht te onderwerpen om te laten zien dat ze zelfstandig zorg kunnen leveren die direct gevolgen heeft voor de patiënt indien niet kundig uitgevoerd.

Een BIG-registratie wordt soms ook gezien als middel om werken in de zorg aantrekkelijker te maken, zoals recentelijk naar voren kwam in schriftelijke Kamervragen naar aanleiding van het Kamerdebat over arbeidstekorten in de zorg, in het bijzonder de (dreigende) tekorten aan operatieassistenten en doktersassistenten. De achterliggende gedachte is dat een BIG-registratie het beroep aantrekkelijker maakt doordat het statusverhogend werkt en bovendien financieel aantrekkelijk is, omdat veelal een BIG-registratie is vereist om zelfstandig te mogen declareren<sup>1</sup>. Dit laatste is overigens geen regel uit de Wet BIG, maar vloeit voort uit het inkoopbeleid van zorgverzekeraars.

Verschillende leden van de Tweede Kamer lijken in dit verband geporteerd te zijn van het idee om meer beroepen toe te laten tot de Wet BIG en van deze wet een zogenoemd kwaliteitsregistratie-instrument<sup>2</sup> te maken. Dit zou overigens betekenen dat een oorspronkelijk uitgangspunt van de wet wordt verlaten, namelijk: niet méér reguleren dan strikt noodzakelijk is.

### Noten

<sup>1</sup> wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2019 (35000-XVI): [https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire\\_verslagen/detail/cbafc233-9a95-46d0-81f5-67224810e7e5](https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/detail/cbafc233-9a95-46d0-81f5-67224810e7e5)

<sup>2</sup> Zie onder meer [https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-868505.pdf;en\\_bijlage2\\_begrotingsbehandeling\\_VWS\\_18-10-18-toezegging\\_Wet\\_BIG\\_003](https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-868505.pdf;en_bijlage2_begrotingsbehandeling_VWS_18-10-18-toezegging_Wet_BIG_003)

## **Commotie over wetsvoorstel BIG2**

Hoewel het advies van de Raad een bredere problematiek betreft, besteedt hij in dit advies expliciet aandacht aan het wetsvoorstel BIG2 dat minister Bruins in december 2017 in internetconsultatie heeft gebracht. Daarin is voorgesteld om het beroep van regieverpleegkundige in de Wet BIG te reguleren naast het beroep van verpleegkundige. In dit wetsvoorstel was aangekondigd dat er een overgangsregeling komt voor de zittende groep verpleegkundigen. In de amerbief van 5 juni 2019 zijn daar de contouren van geschetst. Deze regeling heeft tot groot protest van verpleegkundigen en andere zorgprofessionals geleid. Inmiddels heeft de minister een verkenner (Prof. Dr. A.H.G. Rinnooy Kan) gevraagd om licht op deze zaak te werpen.

Samenvattend zijn er verschillende ontwikkelingen die het belang onderstrepen om een (middel)lange termijn perspectief te ontwikkelen op de beroepenregulering in de zorg. Een perspectief dat past bij de ervaren knelpunten van vandaag en recht doet aan de ontwikkelingen in de zorg en samenleving.

## **Adviesvraag**

De minister voor Medische Zorg en Sport heeft de RVS op 28 juni 2018 gevraagd een advies uit te brengen over de toekomstbestendigheid van de Wet BIG in relatie tot enkele maatschappelijke ontwikkelingen. Daarna, in december 2018, heeft hij de RVS twee aanvullende adviesvragen voorgelegd naar aanleiding van toezeggingen aan de Tweede Kamer.

De eerste aanvullende adviesvraag betreft de toezegging van de minister om nader in te gaan op de Wet BIG als kwaliteitsregistratie-instrument. Deze vraag wordt meegenomen in het onderhavige advies van de RVS. De tweede vraag betreft de toezegging van de minister om een voorstel te doen voor een toekomstbestendige regulering van de behandeling van de huid met laser- en IPL-apparatuur<sup>3</sup>.

Deze tweede, meer concrete vraag hangt uiteraard samen met de overkoepelende vraag naar de toekomstbestendigheid van de Wet BIG, maar wordt uitgewerkt in een apart deeladvies dat in het najaar van 2019 verschijnt. Belangrijke overwegingen hierbij zijn dat het (hoofd)advies is gericht op de (middel)lange termijn, terwijl het onderwerp van het deeladvies reeds onderdeel is van een lopend beleidsproces.

## **1.2 Vraagstelling, doel en reikwijdte van dit advies**

In dit advies staan de volgende vragen centraal: Is de Wet BIG, gegeven recente maatschappelijke ontwikkelingen, berekend op de toekomst of is een herziening van de beroepenregulering in de zorg nodig? In het laatste geval: in welke richting moet dan gedacht worden?

### **Noten**

<sup>3</sup>Tweede Kamer, vergaderjaar 2017-2018, 31 765, nr. 292

[https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven\\_regering/detail?id=2017Z18327&did=2017D37794](https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2017Z18327&did=2017D37794)

De Raad reikt in dit advies verschillende vergezichten aan voor de toekomstige beroepenregulering. De Raad spreekt zich uit voor een voorkeursrichting en adviseert die in overleg met veldpartijen nader uit te werken. De Raad wil hiermee een aanzet geven voor een verdiepende discussie over dit onderwerp.

Dit advies richt zich primair op het terrein van de individuele curatieve en langdurige gezondheidszorg. Niettemin zullen de principes ook vertaald moeten (kunnen) worden naar andere (deel)sectoren en domeinen, zoals de jeugdzorg en het sociaal domein.

De Wet BIG bevat behalve een regulering van beroepen ook een regulering van opleidingstitels. In dit advies richt de Raad zich met name op de regulering van beroepen. Dit sluit aan bij de adviesaanvraag van de minister. Een uitgebreide analyse en beschouwing van het opleidingsstelsel en de daaruit voortvloeiende opleidingstitels voert in het kader van dit advies te ver. Dat is een advies op zichzelf waard.

### 1.3 Aanpak

De Raad heeft literatuur bestudeerd en gesprekken met een breed scala aan betrokkenen en andere deskundigen gevoerd en op basis hiervan een discussienotitie opgesteld over de principes van beroepenregulering in de zorg, huidige knelpunten in de praktijk en te verwachten knelpunten.

De Raad heeft voorts een internationaal vergelijkend onderzoek uitgevoerd naar de wijze waarop in verschillende landen beroepen in de zorg gereguleerd zijn. Daarnaast heeft hij een intersectorale vergelijking uitgevoerd, waarin is nagegaan hoe beroepenregulering in de jeugdzorg, het onderwijs en het sociaal domein gestalte heeft gekregen. Tenslotte heeft de Raad de Erasmus School of Health Policy & Management (EHSPM) in Rotterdam gevraagd een essay te schrijven over het tuchtrecht en de effecten daarvan.

Op basis van deze informatie is een eerste bijeenkomst met experts gehouden, waarin verkend is welke principes van de beroepenregulering behouden moeten blijven, welke toegevoegd moeten worden en welke weggelaten kunnen worden. De discussienotitie is hierop bijgesteld en als input gebruikt voor een brede veldraadpleging, die ruim 1400 reacties heeft opgeleverd vanuit vele verschillende beroepsmatige achtergronden en werkterreinen<sup>4</sup>.

Mede op basis van deze input heeft de Raad verschillende richtingen uitgewerkt voor de toekomstige beroepenregulering en deze voorgelegd tijdens een tweede bijeenkomst met experts en beleidsmakers van het ministerie van VWS. Hierop heeft de Raad deze richtingen verder uitgewerkt en zijn advies opgesteld. Het conceptadvies is voor commentaar voorgelegd aan verschillende deskundigen.

#### Noten

<sup>4</sup> Zie achtergrondstudie RVS Veldraadpleging beroepenregulering in de zorg

#### 1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft op hoofdlijnen hoe de kwaliteit van zorg in Nederland geregeld is en welke plaats de Wet BIG in dit systeem inneemt. De Raad geeft vervolgens een korte toelichting op de Wet BIG en hoe de wet in de praktijk werkt. Tevens beschrijft dit hoofdstuk hoe zorgberoepen in verschillende andere landen zijn gereguleerd.

Hoofdstuk 3 analyseert tot welke knelpunten de Wet BIG in de praktijk leidt. De Raad maakt hierin onderscheid tussen knelpunten die een gevolg zijn van de systematiek van de Wet BIG en knelpunten die voortvloeien uit ontwikkelingen in de zorg en samenleving.

In hoofdstuk 4 verkent de Raad drie oplossingsrichtingen en werkt een model uit van zijn voorkeursrichting.

Hoofdstuk 5 tenslotte bevat het advies en de aanbevelingen van de Raad.

## 2 Plaats van de Wet BIG in de regulering van kwaliteit van zorg

### 2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een globaal overzicht van het geheel aan kwaliteit regulerende regelgeving en mechanismen en welke positie beroepenregulering hierin inneemt. Vervolgens vergelijkt de Raad beroepenregulering in Nederland met de wijze waarop beroepen in de zorg in andere landen is geregeld.

### 2.2 Regulering van kwaliteit van zorg

De kwaliteitsregulering omvat veel meer dan de basale kwaliteit van de beroepsuitoefening die door de opleiding en specialisatie worden verzekerd. Kwaliteitsregulering heeft ook betrekking op de organisatie van het zorgstelsel als geheel<sup>5</sup>. De Wet BIG is dus onderdeel van een meer omvattende structuur van kwaliteitsborging gericht op individuele zorgprofessionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het zorgstelsel. Deze structuur bestaat uit verschillende wetten, professionele standaarden, overheidsconvenanten en interne en externe toezichthouders.

Sommige regelingen en mechanismen bewaken de kwaliteit van zorg aan de voorkant (zoals de Wet BIG, maar ook de WTZi en zorginkoop), terwijl andere gericht zijn op de kwaliteit tijdens de zorgverlening (bijv. kwaliteitsstandaarden) of op toetsing van de kwaliteit achteraf (bijv. klachtrecht in de Wkkgz). Hieronder wordt dit toegelicht.

#### **WGBO en BIG: gericht op zorgprofessionals**

Wettelijke regelingen die de kwaliteit van zorg willen bewaken en bevorderen én gericht zijn op de individuele zorgprofessional zijn de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

De WGBO verplicht een zorgprofessional om zich als een goed hulpverlener te gedragen en te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard<sup>6</sup>. De Wet BIG schept voorwaarden voor het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg (zie hierna in paragraaf 2.3).

#### **WTZi en Wkkgz: gericht op zorgaanbieders**

Andere wettelijke regelingen die beogen de kwaliteit van zorg te bewaken en te bevorderen richten zich op de zorgaanbieder, dat wil zeggen de rechtspersoon die formeel gesproken de zorg levert. Dit zijn de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de gezondheidszorg (Wkkgz).

#### **Noten**

<sup>5</sup> Tweede evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, ZonMw, 2013 Wet BIG

<sup>6</sup> Artikel 7:453 BW

Zorgaanbieders die zorg willen verlenen die onder de Zorgverzekeringswet of Wet langdurige zorg (WLZ) valt, hebben een toelating nodig op grond van de WTZi. De WTZi stelt diverse wettelijke eisen aan toelating. De belangrijkste eisen gaan over de transparantie van de bestuursstructuur, de bedrijfsvoering en de bereikbaarheid van acute zorg. Zo zijn er eisen aan de inrichting van het bestuur van een zorginstelling, zoals het hebben van een onafhankelijk toezichthoudend orgaan en aan de financiële administratie. Ook bepaalt de wet in welke gevallen er winst mag worden uitgekeerd. Daarnaast zijn de zorgorganisaties verplicht jaarlijks verantwoording af te leggen over de manier waarop de instelling het geld uit de WLZ en Zorgverzekeringswet besteedt<sup>7</sup>.

De Wkkgz legt zorgaanbieders de verplichting op om 'goede zorg' aan te bieden. Daaronder wordt volgens de wet verstaan: zorg van goede kwaliteit en van goed niveau die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt; waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid; de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht nemen; en de cliënt met respect behandelen<sup>8</sup>. Daarnaast verplicht de Wkkgz de zorgaanbieder tot het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van zorg.

#### **ZiNL: register van standaarden en meetinstrumenten**

Om aan de wettelijke eisen te kunnen voldoen, moeten zorgaanbieders kunnen beoordelen of de individuele zorgprofessionals binnen de organisatie zich aan de professionele standaard houden. Daartoe houdt het Zorginstituut Nederland (ZiN), op grond van de Zorgverzekeringswet, een openbaar register bij van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten die zijn opgesteld door patiëntenorganisaties, zorgverleners en zorgverzekeraars gezamenlijk. ZiNL beoordeelt aan de hand van een toetsingskader of een aangeboden kwaliteitsstandaard, informatiestandaard of meetinstrument kan worden aangemerkt als een verantwoorde beschrijving of meetinstrument van de kwaliteit van zorg<sup>9</sup>.

#### **Zvw en Wmg: gericht op zorgaanbieders en zorgverzekeraars**

Ook de wetten die het zorgstelsel vorm geven, de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg) beogen de bevordering en bewaking van kwaliteit van zorg.

Sinds de stelselwijziging van 2006, waarbij gereguleerde marktwerking werd ingevoerd, vervullen ook zorgverzekeraars op grond van de Zvw een rol in de kwaliteitsbewaking en -bevordering. Zij kopen zorg in bij zorgaanbieders en onderhandelen zowel over volume en prijs als over kwaliteit van zorg. Zij stellen niet alleen eisen waaraan de operationele kwaliteit van zorg moet voldoen, maar ook aan individuele zorgverleners. Zij eisen bijvoorbeeld dat een zorgverlener die zorg indiceert BIG-geregistreerd is en/of is aangesloten bij een beroepsvereniging.

De Wmg verplicht zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot het verschaffen van informatie over hun aanbod, tarieven, kwaliteit en andere eigenschappen van aangeboden zorg. Zo kan de cliënt bewust kiezen voor een bepaalde behandeling, een bepaald ziekenhuis of een verzekering. De wet regelt ook hoe de tarieven in de zorg tot stand komen en de wet maakt het mogelijk om in de gaten te houden of de zorgmarkten (zorgverzekering, zorginkoop én zorgverlening) goed werken en om in te

#### **Noten**

<sup>7</sup> Uitvoeringsbesluit WTZi

<sup>8</sup> Artikel 2 Wkkgz

<sup>9</sup> Artikel 66b Zorgverzekeringswet

grijpen als dat niet zo is. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is de markttoezichthouder in de zorg. Hij ziet erop toe dat alle partijen zich aan de regels houden en dat de zorgmarkten goed blijven functioneren.

### **Beroepsverenigingen en overheid**

Tenslotte zijn er ook vele initiatieven en mechanismen vanuit de veldpartijen en overheid om kwaliteit van zorg te borgen. De wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen vervullen een rol in de kwaliteitsbewaking en -bevordering van de beroepsgroepen: zij ontwikkelen professionele standaarden en stellen eisen aan het lidmaatschap van de vereniging, die beogen te bevorderen dat leden zich aan de voor hen geldende professionele standaard houden.

Tegelijkertijd sluit de rijksoverheid convenanten (hoofdpijnenakkoorden) af met het veld, waarbij vraagstukken van financiering direct verbonden worden met kwaliteits- en doelmatigheidsaspecten (o.a. spreiding en concentratie van zorg, terugdringen van praktijkvariatie en voorschrijfgedrag).

## **2.3 De Wet BIG**

Met de invoering van de Wet BIG in 1997 is het absolute verbod op onbevoegde uitoefening van de geneeskunde komen te vervallen zoals dat in de Wet Uitoefening Geneeskunst (WUG) van Thorbecke (1865) was vastgelegd. Alle niet-artsen functioneerden toen in de zorg volgens de 'verlengde-arm-constructie', waarbij handelingen door niet-artsen werden gezien als uitgevoerd door de 'verlengde arm' van de arts. Dit verbod paste niet meer in die tijd. Patiënten moesten terecht kunnen bij die hulpverlener waarvan zij het meeste heil verwachtten. Daarmee zou ieders vrijheid om de hulpverlener te kiezen die hij of zij wenste worden vergroot.

De Wet BIG is ingevoerd vanuit de behoefte om de uitoefening van individuele gezondheidszorg meer vrij te geven en zo veel mogelijk mensen in staat te stellen zorg te verlenen met een eigen verantwoordelijkheid en alleen datgene te reguleren wat vanuit een oogpunt van 'veilige zorg' echt noodzakelijk is. Daarbij had men het oog op handelingen van beroepsbeoefenaren die, indien ondeskundig of onzorgvuldig uitgevoerd, grote risico's opleveren voor patiënten. Het logische aangrijpingspunt voor een wettelijke regeling was dan ook borging vooraf van de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

De doelstelling van de Wet BIG is tweeledig:

- het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en
- het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren.

Een afgeleide doelstelling is:

- inzichtelijkheid voor derden

### **2.3.1 Kernelementen van de Wet BIG**

Voor een goed begrip van de knelpunten die in de praktijk ervaren worden met de Wet BIG en mogelijke oplossingen is enige toelichting op de wet nodig. Allereerst bespreken we de kernelementen van de wet en tot slot gaan we in op het beroep van de verpleegkundige in deze wet

naar aanleiding van het wetsvoorstel voor opname van de regieverpleegkundige in de Wet BIG en de discussie die daarover ontstaan is.

In bijlage 1 is een meer gedetailleerde toelichting opgenomen. Deze paragraaf is een samenvatting daarvan.

De kernelementen van de Wet BIG zijn:

- 1 Registratie
- 2 Herregistratie
- 3 Voorbehouden handelingen
- 4 Tuchtrect

### **1 Registratie**

#### *Licht en zwaar regime*

De wet onderscheidt een licht en een zwaar regime van titelbescherming. Beroepen in het lichte regime, gebaseerd op artikel 34, kennen een beschermde opleidingstitel. Deze titel mag gevoerd worden als een wettelijk vastgelegde opleiding afgerond is. Er zijn vijftien beroepen gereguleerd volgens het lichte regime. Deze beroepen zijn niet onderworpen aan publiek tuchtrect en ze zijn niet vindbaar in het BIG-register. Voorbeelden zijn apothekersassistent, diëtist, ergotherapeut, logopedist en mondhygiënist.

Beroepen in het zware regime, gebaseerd op artikel 3, kennen een beschermde beroepstitel. Het is momenteel van toepassing op negen basisberoepen. Voor deze beroepen zijn registers ingesteld en zij vallen onder het publieke tuchtrect. De beroepsgroepen die onder het zware regime vallen moeten ook aan herregistratie-eisen voldoen. Voorbeelden zijn: arts, tandarts, verloskundige, verpleegkundige en gezondheidszorg-psycholoog.

#### *Specialismen*

Bij de beroepen die onder het zware regime vallen kan de minister daarnaast specialismen erkennen, op grond van artikel 14 van de Wet BIG. Bijvoorbeeld longarts als specialisme van het basisberoep arts en Verpleegkundig specialist acute zorg als specialisme van het basisberoep verpleegkundige.

#### *Deskundigheidsgebieden*

In de Wet BIG zijn de deskundigheidsgebieden van de beroepen in het zware regime vastgelegd<sup>10</sup>. Zo wordt tot het gebied van deskundigheid van de arts gerekend 'het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst' (artikel 19 lid 1). Voor sommige van deze beroepen wordt een nadere uitwerking gegeven bij algemene maatregel van bestuur (AMvB), zoals voor de psychotherapeut.

#### *Criteria voor het wettelijk reguleren van beroepen*

De criteria voor het wettelijk reguleren van beroepen zijn niet opgenomen in de Wet BIG. In de tweede wettelijke evaluatie is de aanbeveling gedaan de criteria voor regulering van beroepen

#### **Noten**

<sup>10</sup> De deskundigheidsgebieden van de art. 34 beroepen zijn vastgelegd in de opleidingsbesluiten



expliciet in de Wet BIG op te nemen. Het kabinet heeft dit voorstel niet overgenomen. In plaats daarvan heeft de (vorige) minister van VWS op hoofdlijnen de volgende beleidslijn opgesteld<sup>11</sup>:

- a. De beroepsuitoefening moet gericht zijn op de individuele gezondheidszorg. Het betreft hierbij de directe patiëntenzorg en er moet daadwerkelijk regelmatig contact zijn met patiënten.
- b. Het moet gaan om een basisberoep (en geen functie of specialisme) dat voldoende onderscheidend is. Een (basis)beroep is duidelijk gekoppeld aan een landelijke beroepsopleiding, die ook aan bepaalde voorwaarden moet voldoen. Verpleegkundige of arts is een voorbeeld van een (basis)beroep; praktijkondersteuner is een voorbeeld van een functie.

Ook moet het deskundigheidsgebied van het beroep voldoende uitontwikkeld zijn en moet het onderscheidend zijn van andere beroepen. Voor patiënten en andere beroepsgroepen moet immers helder zijn welke beroepsgroep deskundig is op welk terrein.

- c. Wettelijke regulering moet noodzakelijk zijn om patiënten adequaat te beschermen.

Als aan deze criteria is voldaan, komt de vraag aan de orde of het lichte dan wel zware regime van toepassing is. Het zware regime geldt als de beroepsgroep zelfstandig voorbehouden handelingen moet kunnen verrichten (=het voorbehouden handelingen criterium) of als er om andere redenen noodzaak is tot toepassing van het publiekrecht (het tuchtrechtcriterium).

#### *Alternatieve route tot opname in Wet BIG*

In de praktijk zien we dat vooral een alternatieve route wordt bewandeld om tot opname in de Wet BIG te komen, namelijk via het zogenoemde experimenteerartikel, art 36a Wet BIG. Dit maakt het mogelijk om bij AMvB (al dan niet nieuwe) beroepsgroepen, op tijdelijke basis en onder voorwaarden, zelfstandig bevoegd te verklaren tot het verrichten van een aantal aangewezen voorbehouden handelingen. Bij een positieve evaluatie kunnen deze beroepsbeoefenaren worden opgenomen in de Wet BIG en/of het BIG-register. Voorbeelden: klinisch technoloog, geregistreerd mondhygiënist, Verpleegkundig specialist, physician assistant en Bachelor Medische Hulpverlener.

#### *Erkenning van specialismen*

Specialismen van basisberoepen worden erkend op voordracht van de betreffende beroepsorganisatie. Zo kan de KNMG bijvoorbeeld specialismen voordragen voor het beroep arts. De minister beoordeelt vervolgens of een titel als wettelijk erkende specialistentitel aangemerkt

#### **Noten**

<sup>11</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2014-2015, 29282, nr. 211. Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector

wordt. Ook hierover adviseert het ZiNL de minister. Hierbij wordt het specialisme getoetst aan de formele eisen uit artikel 14 van de Wet BIG<sup>12</sup>.

## 2 Herregistratie

Beroepsbeoefenaren die onder het zware regime vallen, moet zich elke vijf jaar herregistreren om te waarborgen dat zij over actuele kennis en vaardigheden blijven beschikken<sup>13</sup>. Hiervoor is relevante werkervaring ('vlieguren') vereist of een periodiek registratiecertificaat, desgewenst voorafgegaan door een scholingsprogramma.

## 3 Voorbehouden handelingen

De Wet BIG regelt 'voorbehouden handelingen'. Dit zijn bepaalde risicovolle handelingen die onbevoegden niet zelfstandig mogen verrichten. Voorbeelden zijn het verrichten van endoscopieën, katheterisaties en puncties, geven van injecties, onder narcose brengen en voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

In de wet worden beroepsgroepen aangewezen die zelfstandig bevoegd zijn; functioneel zelfstandig bevoegd; of alleen in opdracht en onder toezicht deze handelingen mogen uitvoeren.

**Tabel : regeling voorbehouden handelingen**

	Opdracht geven?	Zelfstandig uitvoeren?	Wie?
Zelfstandige bevoegdheid	Ja	Ja	Artsen, tandartsen, verloskundigen, Verpleegkundig specialisten, physician assistants, klinisch technologen en bachelors Medisch Hulpverlener; allen voor zover bekwaam.
Functioneel zelfstandige bevoegdheid	Nee	Ja, in opdracht van zelfstandig bevoegde	Verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen en mondhygiënisten; allen voor zover bekwaam. Ook de regieverpleegkundige zou bij deze categorie horen volgens het wetsvoorstel in voorbereiding.
In opdracht	Nee	Nee, er moet toezicht en tussenkomst zijn	Iedereen die bekwaam is.

Bron: bijlage bij brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 2 december 2014, met zijn reactie op de tweede wettelijke evaluatie van de Wet BIG (vergaderjaar 2014–2015, 29 282, nr. 211)

### Noten

<sup>12</sup> Beleidsregels wettelijke erkenning specialistentitel Wet BIG

<https://wetten.overheid.nl/BWBR0035674/2014-10-25>

<sup>13</sup> Dit is uitgewerkt in het Besluit periodieke registratie Wet BIG van 24 november 2008 en Regeling van 18 maart 2009 (minister van VWS, MEVA/BO-2819721)

Naar aanleiding van de tweede wettelijke evaluatie van de Wet BIG is de regeling van voorbehouden handelingen op een aantal punten verduidelijkt. Zo is inmiddels verduidelijkt dat de regeling van voorbehouden handelingen van toepassing is ongeacht het doel waarmee handelingen verricht worden. Voorbehouden handelingen mogen dus ook buiten de gezondheidszorg, bijvoorbeeld in de cosmetische sector, alleen door bevoegden verricht worden<sup>14</sup>. Voorts neemt de minister zich voor een wetsvoorstel in procedure te brengen om laser- en IPL-behandelingen van de huid aan te merken als voorbehouden handeling.

#### **4 Tuchtrecht**

Beroepsbeoefenaren die ingeschreven zijn in het BIG-register vallen onder het tuchtrecht. Het tuchtrecht vervult twee functies. Ten eerste, het bevorderen van het lerend vermogen van de sector. Door het tuchtrecht worden de normen van het professionele handelen verduidelijkt en aangescherpt. Ten tweede het corrigeren van slecht functionerende beroepsbeoefenaren. Zij kunnen van de tuchtrechter een aantekening in het register krijgen als zij zich niet houden aan de professionele standaard die voor hun beroepsgroep geldt, of zo nodig uitgesloten worden van de beroepsuitoefening.

#### **2.3.2 Verpleegkundige in de Wet BIG**

Recent is een brede maatschappelijke discussie ontstaan over het voorstel van de minister om de regieverpleegkundige als nieuw beroep met voorbehouden handelingen in de Wet BIG op te nemen. Daarom geeft deze paragraaf een toelichting op de huidige regulering in de Wet BIG van deze beroepsgroep en de discussie over het wetsvoorstel.

##### *Basisberoep en Verpleegkundig specialist*

De Wet BIG maakt geen onderscheid tussen verpleegkundigen met verschillende opleidingsniveaus, terwijl de niveaus sterk verschillen. Daar waar vroeger veel verpleegkundigen een inservice opleiding hebben gevolgd in een ziekenhuis, hebben tegenwoordig verpleegkundigen een mbo-v of een hbo-v diploma. In de Wet BIG worden binnen de verpleegkunde de volgende beroepen en specialismen onderscheiden:

- basisberoep is verpleegkundige (art. 3);
- met specialisatie Verpleegkundig specialist (art 14), enkele jaren geleden door de minister erkend.

Het basisberoep verpleegkundige is op grond van de Wet BIG functioneel zelfstandig bevoegd tot de volgende voorbehouden handelingen: het toedienen van injecties, uitvoeren van blaaskatheterisaties en het verrichten van bepaald typen puncties.

Een bepaald type gespecialiseerde verpleegkundigen (niet te verwarren met de Verpleegkundig specialist) heeft een functionele zelfstandigheid voor meer soorten voorbehouden handelingen, bijv. ambulanceverpleegkundigen, COPD-, diabetes- en oncologieverpleegkundigen. Zij zijn, na diagnose door de arts, bevoegd tot het voorschrijven van specifieke UR-geneesmiddelen (artikel 36 lid 14d). Deze verpleegkundigen zijn niet als zodanig opgenomen in de Wet BIG.

##### **Noten**

<sup>14</sup> Zie ook prg. 2.3.3

De Verpleegkundig specialist is zelfstandig bevoegd bepaalde voorbehouden handelingen uit te voeren binnen het specialisme waarin de Verpleegkundig specialist werkzaam is. Er zijn namelijk vijf verschillende specialismen: VS Preventieve Zorg bij Somatische aandoeningen, VS Acute Zorg bij somatische aandoeningen, VS Intensieve zorg bij somatische aandoeningen, VS chronische zorg bij somatische aandoeningen en VS Geestelijke gezondheidszorg.

#### *Wetsvoorstel regieverpleegkundige*

In december 2017 heeft minister Bruins een wetsvoorstel in internetconsultatie gebracht waarin de overgang naar de nieuwe beroepen geregeld wordt. Zo is voorgesteld om het beroep van regieverpleegkundige te reguleren, naast het beroep van verpleegkundige. De regieverpleegkundige zou volgens het wetsvoorstel een artikel 3 beroep worden, naast het artikel 3 basisberoep verpleegkundige. Dat wil zeggen dat de regieverpleegkundige functioneel zelfstandig dezelfde voorbehouden handelingen zou mogen uitvoeren als de verpleegkundige (basisberoep). De onderscheidende competenties van de regieverpleegkundige liggen veeleer op organisatorisch terrein, klinisch redeneren, onderzoek en evidence based werken.

#### *Overgangsregeling*

In het wetsvoorstel dat staat dat er zal worden voorzien in een overgangsregeling voor de zittende groep verpleegkundigen. In de Kamerbrief van 5 juni 2019 zijn de contouren daarvan geschetst. Volgens deze overgangsregeling kunnen verpleegkundigen die vanaf 2012 het hbo-v diploma hebben gehaald direct instromen in het register voor regieverpleegkundigen. Hbo-v opgeleiden vóór 2012 zouden een landelijke toets moeten doen als voorwaarde voor inschrijving in het register van regieverpleegkundigen. Mbo-/inservice-opgeleiden met een verpleegkundige vervolgopleiding op niveau NLOF-6 zouden een scholingsprogramma moeten volgen, als voorwaarde voor inschrijving in het register van regieverpleegkundigen. Mbo-/inservice-opgeleiden zonder verpleegkundige vervolgopleiding op niveau NLOF-6 zouden niet in aanmerking komen voor inschrijving in het register van regieverpleegkundigen. De onvrede over deze overgangsregeling bij verpleegkundigen heeft geleid tot een verpleegkundig actiecomité dat pleit om het wetsvoorstel helemaal van tafel te laten verdwijnen.

### **2.3.3 Reikwijdte BIG: individuele gezondheidszorg**

De wet spitst zich toe op de 'individuele gezondheidszorg'. Hieronder wordt verstaan 'zorg die rechtstreeks betrekking heeft op een persoon en ertoe strekt diens gezondheid te bevorderen of te bewaken, het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen, waaronder geneeskunst' (art. 1 Wet BIG).

Het gaat hierbij om activiteiten die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon en die gericht zijn op het bevorderen en bewaken van de gezondheid van een individuele patiënt. Het is hierbij van belang dat de kern van het beroep de directe patiëntenzorg betreft; er moet daadwerkelijk regelmatig contact zijn met patiënten, zo staat beschreven in de beleidslijn van de minister van VWS uit 2014<sup>15</sup>.

#### **Noten**

<sup>15</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2014-2015, 29282, nr 211

Onder het 'gebied van de geneeskunst' werd in de Wet BIG verstaan 'alle verrichtingen – het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen –, rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel verloskundige bijstand te verlenen' (art. 1 lid 2 sub a Wet BIG). Met deze bepaling werd de reikwijdte van de Wet BIG weergegeven. Vielen bepaalde (be)handelingen niet onder dit artikel, dan vielen deze buiten de werking van de Wet BIG.

Omdat onduidelijkheid bestond over de vraag of ook cosmetische handelingen onder de reikwijdte van deze definitie vallen is de Wet BIG op dit punt verduidelijkt. Er mag volgens de wetgever geen misverstand meer over bestaan dat het beroepsmatig zelfstandig verrichten van de in de Wet BIG aangewezen handelingen *altijd* is voorbehouden aan daartoe in de Wet BIG aangewezen beroepsbeoefenaren, ongeacht met welk doel de handelingen worden verricht. Hiertoe is (onder meer) het begrip 'geneeskunst' in artikel 1 Wet BIG aangepast en verduidelijkt. Onder 'geneeskunst' wordt begrepen:

'het gebied van de individuele gezondheidszorg in het kader waarvan handelingen worden verricht, die:

- a. ertoe strekken een persoon van een ziekte te genezen;
- b. een persoon voor het ontstaan van een ziekte te behoeden;
- c. ertoe strekken de gezondheidstoestand van een persoon te beoordelen;
- d. ertoe strekken verloskundige bijstand bij een persoon te verlenen;

[...]

g. gericht zijn op het aanbrengen, modificeren, herstructureren en wegnemen van weefsel bij een persoon, voor andere doeleinden dan die bedoeld onder a tot en met d.

Met de toevoeging van 'voor andere doeleinden' (sub g) wordt beoogd definitief in de wet duidelijk te maken dat ook de 'in de geneeskunde gebruikelijke handelingen', die alleen met een cosmetisch doel worden verricht, werkelijk zijn voorbehouden aan deskundige beroepsbeoefenaren.

#### 2.4 Beroepenregulering in andere landen

De Raad heeft een internationaal vergelijkend onderzoek uitgevoerd naar de wijze waarop zorgberoepen in andere landen zijn gereguleerd<sup>16</sup>. Hierin is gekeken naar de situatie in België, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk (VK), Estland, Canada, Australië en Nieuw-Zeeland. Deze landen verschillen onderling aanzienlijk in welke elementen zijn gereguleerd; de wijze waarop en de mate waarin dat is gedaan; hoe de regelgeving wordt uitgevoerd; en welke partijen hiervoor verantwoordelijk zijn. Sommige landen reguleren minder dan Nederland en andere weer meer. Ze kennen wel allemaal titelbescherming voor zorgberoepen, behalve België: daar zijn de beroepen van onder meer artsen, apothekers en verpleegkundigen beschermd en is het verboden handelingen uit te voeren binnen hun deskundigheidsgebied voor diegenen die niet tot deze beroepen behoren.

#### Registratie

Wat allereerst opvalt is dat in het VK, Canada, Australië en Nieuw-Zeeland aanzienlijk meer

#### Noten

<sup>16</sup> Zie achtergrondstudie RVS, Internationale vergelijking beroepenregulering in de zorg

zorgberoepen gereguleerd zijn dan in Nederland. Zowel in de zorg als in het sociaal domein. Voor deze beroepen gelden verplichte registratie in een centraal beroepsregister, herregistratie-eisen en tuchtrecht. De verantwoordelijkheden zijn daarbij anders geregeld dan in Nederland, omdat deze landen een vorm zelfregulering kennen die door de wetgever gemandateerd is. *Councils of boards*, die de beroepsgroepen vertegenwoordigen, zijn verantwoordelijk voor het beheren van de registers, het vaststellen van deskundigheidsgebieden, het opstellen van toelatingseisen en herregistratie-eisen, en voor tuchtrechtprocedures. De overheid, doorgaans vertegenwoordigd door een van de ministers, houdt zeggenschap over deze organen, onder meer door (een deel van) de bestuursleden te benoemen en - in het VK en Australië - door centraal toezicht. In het VK is dit de *Professional Standards Authority for Health and Social Care (PSA)*. Deze stelt onder meer richtlijnen en standaarden op voor de beroepsregisters en de herregistratie-eisen.

Vergeleken met het VK, Canada, Australië en Nieuw-Zeeland bevinden België, Estland en vooral Duitsland zich aan de andere kant van het spectrum. In deze landen zijn slechts enkele zorgberoepen gereguleerd, ook minder dan in Nederland. Estland kent een systeem dat vergelijkbaar is met het lichte regime in de Wet BIG, want voor de gereguleerde zorgberoepen bestaan geen verplichte herregistratie-eisen, geen regeling van voorbehouden handelingen en ook geen tuchtrecht.

### **Herregistratie**

In Nieuw-Zeeland en het VK gaan ook de herregistratie-eisen voor artsen verder dan in Nederland. In Nieuw-Zeeland zijn artsen verplicht een digitaal portfolio bij te houden met deskundigheidsbevorderende activiteiten. De minimumeisen die jaarlijks worden getoetst zijn: een professioneel ontwikkelingsplan, een audit, geaccrediteerde nascholing, evaluerende gesprekken met collega's, en het bijwonen van een aantal bijeenkomsten met collega's. Bovendien is elke drie jaar een toets van essentiële kennis vereist, net als feedback van collega's en patiënten, en een praktijkbeoordeling. Medisch specialisten volgen een eigen nascholingsprogramma dat is vastgesteld door hun eigen specialisme. De herregistratie-eisen voor artsen in het VK zijn elders in dit advies beschreven.

Een opvallend verschil met Nederland is dat in Nieuw-Zeeland en het VK niet alleen de eigen beroepsgroep, maar ook andere collega's en patiënten betrokken zijn bij de evaluatie van het eigen functioneren. Dit biedt ruimte om ook aan de teamsamenwerking en het patiëntenperspectief aandacht te besteden.

In België en Estland is dat heel anders geregeld. Daar is het onderhouden van de eigen bekwaamheid vrijwillig en dit wordt aan de zorgverlener zelf overgelaten. Overigens bestaan in België wel plannen voor een verplicht portfolio waarin artsen hun deskundigheidsbevorderende activiteiten bijhouden. In Duitsland is nascholing alleen voor ambulant werkende artsen verplicht.

### **Voorbehouden handelingen**

In meerdere landen bestaat een regeling van voorbehouden handelingen die risicovol zijn voor patiënten indien onzorgvuldig of ondeskundig uitgevoerd. In vergelijking met de uitgebreide regeling in Nederland is de situatie in het VK geheel verschillend. In het VK bestaat een dergelijke regeling niet; daar is het deskundigheidsgebied van het beroep zoals omschreven in standaarden en codes van de beroepsgroepen het uitgangspunt van de bevoegdheden van een beroepsbeoefenaar.

Dit laat in de eerste plaats zien dat het ook anders kan. Een mogelijk voordeel is dat het in de praktijk meer flexibiliteit biedt en ruimte laat voor taakherschikking. Hiervoor bestaan echter onvoldoende aanwijzingen. Wat betreft de mate van taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen lijkt Nederland niet onder te doen voor het VK. Het ontbreken van een regeling veronderstelt in elk geval dat beroepsbeoefenaren in het VK weten wat zij wel en niet mogen en dat hun deskundigheidsgebied voldoende scherp is omschreven. Een voordeel van een regeling van voorbehouden handelingen is dat het voor burgers, met name patiënten en werkgevers, inzicht geeft in de bevoegdheden van beroepsbeoefenaren.

### **Taakherschikking**

Nederland past, net als enkele andere landen, relatief vaker taakherschikking toe tussen artsen en verpleegkundigen. Nederland is overigens het enige land met een experimenteerartikel in de Wet BIG, mogelijk dat dit daaraan bijdraagt. Taakherschikking gaat echter over meer dan alleen voorbehouden handelingen. Bovendien is de mate van taakherschikking ook, en wellicht nog meer, afhankelijk van andere factoren, zoals het opleidingsniveau en de druk om kosten te besparen.

### **Tuchtrecht**

Hoewel de tuchtprocedures en de bevoegdheden van tuchtcolleges internationaal zeer uiteenlopen, wordt de tuchtpraktijk in meerdere landen als repressief en straffend ervaren. Er is minder ruimte dan bedoeld (en mogelijk) is voor leren (individueel of collectief door de beroepsgroep); voor verbeteren van het professioneel handelen; en voor eerherstel. De (onbedoelde) neveneffecten hiervan op zorgverleners zijn elders in dit advies beschreven. Wel lijken sommige landen, waaronder België, meer ruimte te bieden voor leren en verbeteren. In België en het VK, en wellicht in meerdere landen, is men op zoek naar meer ruimte in de tuchtrechtelijke procedures voor het leren van fouten en eerherstel. Bijvoorbeeld door een tuchtmaatregel gepaard te laten gaan met een verbeterplan en de mogelijkheid om bepaalde tuchtmaatregelen uitwisbaar te maken nadat een aangeklaagde zorgprofessional verbetering heeft aangetoond.

### **Goede voorbeelden?**

Deze internationale vergelijking laat zien dat er overeenkomsten, maar ook grote verschillen bestaan. De verleiding is groot om 'goede voorbeelden' te ontlenuen aan andere landen. Maar daarbij past een relativiserende opmerking. Er is namelijk geen hard bewijs dat het ene systeem, of onderdelen hiervan, beter is dan het andere. Het lijkt weliswaar ook zonder onderzoek aannemelijk dat het verdergaand reguleren van meer zorgberoepen of het stellen van eisen aan de bevoegdheden van zorgprofessionals bevorderlijk is voor de kwaliteit van het professioneel handelen. Maar de praktijk laat (onbedoeld) nadelige effecten zien van verdergaande regulering, zoals het risico van schijnzekerheid, van een 'afvinkcultuur', en hoge uitvoeringskosten. Dus eigenlijk is het vreemd dat er zo weinig onderzoek naar gedaan wordt. De beroepenregulering in de landen uit deze internationale vergelijking kent, net als in Nederland, soms een ad hoc en inconsistent karakter, vaak als antwoord op incidenten of lobbydruk van beroepsverenigingen. Het risico op (onbedoeld) nadelige effecten neemt hierdoor toe.

Het is overigens ook weer niet zo dat een grotere rol van de overheid in de (uitvoering van de) beroepenregulering per definitie nadelig is. Illustratief is de situatie in het VK waar een grote rol is weggelegd voor de negen *councils* die eigen regels en procedures ontwikkelen voor de bij hen aangesloten beroepsgroepen. Dit stelsel is voor werkgevers en patiënten verwarrend, vertoont

inconsistenties, en bovendien zijn veel procedures gedateerd en traag. Deze ervaringen zijn aanleiding voor de regering in het VK om de beroepenregulering te hervormen, maar door de voorgenomen Brexit staat dit voorlopig op een laag pitje. Een ander voorbeeld betreft de rol van de overheid bij taakherschikking tussen zorgberoepen. Wettelijke regulering kan een remmende factor zijn, maar kan ook helpen om een dominante rol van beroepsgroepen te doorbreken, zoals de situatie in Duitsland laat zien.

## 2.5 Conclusie

Dit hoofdstuk beschrijft de positie van beroepenregulering in het geheel van kwaliteit bevorderende en -bewakende regelgeving en mechanismen. Vervolgens heeft de Raad de systematiek van de Wet BIG op hoofdlijnen geschetst. Ook is op hoofdlijnen - en zeker niet uitputtend - weergegeven op welke punten de wet in zijn ruim 20-jarige bestaan is geactualiseerd. En tenslotte laat dit hoofdstuk aan de hand van een internationaal vergelijkend onderzoek zien dat er verschillen zijn in beroepenregulering tussen de landen. Maar we kunnen geen conclusies trekken over het effect ervan op de kwaliteit van de zorgverlening, aangezien beroepenregulering maar een klein onderdeel uitmaakt van een groter geheel aan kwaliteit regulerende maatregelen in een land.

Dit betekent overigens niet dat de Wet BIG nog jarenlang mee kan. Er zijn weliswaar ook in Nederland veel andere wetten en maatregelen die de kwaliteit van zorg reguleren, maar de Wet BIG neemt daarbij een belangrijke positie in. Het volgende hoofdstuk laat zien waar de Wet BIG wringt met de praktijk.



# 3 Knelpunten in de praktijk

## 3.1 Inleiding

De Wet BIG functioneert inmiddels ruim 20 jaar en is tot voor kort redelijk constant gebleven wat betreft de beroepen die eronder vallen. Er zijn evenmin grote wijzigingen geweest in de regeling van voorbehouden handelingen. Dit gold ook voor het tuchtrecht, maar dat is onlangs gewijzigd<sup>17</sup>.

Dit neemt niet weg dat er in de praktijk knelpunten zijn. Dit is reeds uitvoerig aan de orde gesteld in de tweede wettelijke evaluatie van de wet in 2013. Hoewel meerdere voorstellen van de evaluatiecommissie ter verbetering van de wet inmiddels hun beslag hebben gekregen in wetswijziging BIG1 blijft een aantal knelpunten bestaan. Paragraaf 3.2 schetst deze en andere knelpunten die voortvloeien uit de systematiek van de Wet BIG.

Daarnaast zijn er maatschappelijke ontwikkelingen die leiden tot fricties met de huidige wijze van beroepenregulering. In paragraaf 3.3 schetsen we welke (autonome) ontwikkelingen dat zijn en analyseren we waar de Wet BIG wringt met deze ontwikkelingen. In de analyse van de knelpunten betreft de Raad de ervaringen en opvattingen van betrokkenen uit de praktijk die uit de veldraadpleging naar voren zijn gekomen.

## 3.2 Knelpunten door de systematiek van de Wet BIG

### **Knelpunt 1: Registratiecriteria niet consequent toegepast**

In paragraaf 2.3.1 hebben we laten zien welke criteria de minister hanteert voor regulering van beroepen in de Wet BIG. Deze criteria bieden in meer of mindere mate ruimte voor verschillen in interpretatie en afbakening. Het meest pregnant komt dat naar voren in het criterium dat 'wettelijke regulering noodzakelijk moet zijn om patiënten adequaat te beschermen' en vervolgens bij het bepalen of het lichte dan wel zware regime van toepassing is in het zogenoemde tuchtrechtcriterium. Dit criterium behelst 'de wens om bepaalde beroepen onder het tuchtrecht te brengen', bijvoorbeeld omdat patiënten in een afhankelijkheidspositie verkeren.

Dit zijn lastig werkbare criteria, omdat ze (te) algemeen en open geformuleerd zijn en daarmee onduidelijk blijft op grond van welke overwegingen wordt bepaald wanneer hieraan voldaan is. In de praktijk blijkt dan ook dat deze criteria de deur voor opname in de Wet BIG openzetten voor allerlei beroepen die niet zelfstandig voorbehouden handelingen verrichten. Soms gebeurt dit onder politieke druk. Dit gegeven komt de consistentie van de wet niet ten goede.

#### **Voorbeelden:**

- Fysiotherapeut: voert geen voorbehouden handelingen uit, maar is wel opgenomen in art. 3 van de Wet BIG.
- Orthopedagoog-Generalist (OG): voert geen voorbehouden handelingen uit, maar wordt wel opgenomen in de Wet BIG.

**Noten**  
<sup>17</sup> zie bijlage 1

### **Knelpunt 2: Voorbehouden handelingen dekken risico's onvoldoende af**

De Wet BIG koppelt bevoegdheden aan specifieke beroepen (artsen, tandartsen et cetera). Zij mogen zelfstandig in de wet omschreven voorbehouden handelingen indiceren, uitvoeren en delegeren, voor zover deze liggen binnen hun deskundigheidsgebied. Dit is nodig geacht omdat bepaalde handelingen tot onaanvaardbare risico's voor patiënten leiden indien ondeskundig uitgevoerd.

De voorbehouden handelingen in de Wet BIG leggen sterk de nadruk op fysieke handelingen op, aan of in het lichaam. Andere dan 'fysieke' handelingen vallen buiten deze regeling, terwijl deze minstens zoveel risico's met zich meebrengen voor patiënten. Zo vraagt personalisering van zorg om het inzetten van contextuele kennis. Vaardigheden zoals het betrekken van de specifieke situatie van de patiënt/cliënt bij de oordeelsvorming, het gemotiveerd kunnen afwijken van protocollen, zijn echter moeilijk te omschrijven in concrete, opeenvolgende handelingen. Het risico schuilt dan ook niet alleen in de uitvoering van (fysieke) voorbehouden handelingen, maar in het beleid dat ten aanzien van de patiënt wordt gevoerd. In de (tucht)rechtspraak gaat het zelden om concrete voorbehouden handelingen. Vooral het inschatten van de gezondheidstoestand van de patiënt (triage en indicatiestelling) is belangrijk. Dit is echter geen voorbehouden handeling.

Een ander knelpunt is dat sommige voorbehouden handelingen algemeen omschreven zijn. Zo algemeen soms, dat er meer handelingen onder vallen dan nodig is. Een voorbeeld zijn de heilkundige handelingen, die variëren van simpele tot zeer complexe ingrepen met verschillende risico's. Om vast te kunnen stellen tot welke van die algemeen omschreven handelingen een beroepsbeoefenaar bevoegd is, moet men te rade gaan bij zijn omschreven deskundigheidsgebied. Deskundigheidsgebieden vervagen en overlappen echter steeds vaker<sup>18</sup>.

In dit licht bezien is de casus van IPL- en laserbehandeling interessant. Een van de redenen om te pleiten voor een aparte definitie van deze handelingen is juist om te voorkomen dat een meer algemene omschrijving 'ongewenste bijvangst' met zich meebrengt, bijvoorbeeld dat fysiotherapeuten niet meer met lasers zouden mogen werken. In het deeladvies dat in het najaar van 2019 verschijnt gaat de Raad hierop nader in.

### **Knelpunt 3: Herregistratie toetst bekwaamheid onvoldoende**

Aan de hand van het BIG-register kan worden achterhaald of een zorgverlener is opgeleid tot een bepaald beroep en bevoegd is om bepaalde voorbehouden handelingen zelfstandig uit te voeren. Registratie is echter een momentopname waaruit wel de bevoegdheid blijkt, maar niet zonder meer de bekwaamheid.

Herregistratie beoogt louter te voorzien of iemand bevoegd is, niet of hij bekwaam is. De vereisten voor herregistratie hebben dan ook geen betrekking op het daadwerkelijke functioneren van zorgverleners in de praktijk. Dit is een probleem omdat de wet ervan uitgaat dat een zorgverlener zelf beoordeelt en kan beoordelen of hij bekwaam is. Maar daarvoor heeft een zorgverlener voldoende zelfreflectie nodig. Dit maakt de beoordeling kwetsbaar.

#### **Noten**

<sup>18</sup> Zie ook hierna onder knelpunt 7

#### **Knelpunt 4: Tuchtrecht heeft ook averechtse werking**

Het tuchtrecht is gericht op de kwaliteit van het handelen van de individuele beroepsbeoefenaar. Het strekt tot normontwikkeling en -verduidelijking en andere beroepsbeoefenaren kunnen hiervan leren. De tuchtrechter beoordeelt of de betreffende zorgverlener heeft gehandeld zoals van hem of haar in de gegeven omstandigheden mocht worden verwacht. Hoewel het tuchtrecht individueel gericht is terwijl kwaliteit van zorg steeds vaker een teamprestatie is, vervult het tuchtrecht als zodanig een nuttige functie als sluitstuk van de kwaliteitsbewaking van de beroepsuitoefening.

Het tuchtrecht heeft echter ook averechtse werking. Het strekt tot normontwikkeling en -verduidelijking en is mede om deze reden openbaar, in de veronderstelling dat andere beroepsbeoefenaren hiervan kunnen en zullen leren. Het tuchtrecht heeft echter – mede door de media – een hoog schandpaaleffect en kan leiden tot risico-avers handelen; het zet de openheid die nodig is om te kunnen leren en verbeteren onder druk. Onderzoek wijst uit dat een tuchtzaak als zeer belastend wordt ervaren door zorgverleners. Het heeft impact op de mentale gezondheidstoestand en vaak ook het privéleven, en daarnaast heeft het gevolgen voor het professioneel functioneren van de zorgverlener. Die impact is relevant in relatie tot de kwaliteit en veiligheid van zorg. Zo geven artsen aan na een tuchtklacht defensiever te handelen door onder meer risicovolle patiënten te vermijden en uit voorzorg extra diagnostiek aan te vragen om zo een eventuele nieuwe klacht te voorkomen. Zorgverleners gaan patiënten ook geregeld zien als potentiële klager<sup>19</sup>.

Factoren die bijdragen aan de negatieve impact van een tuchtzaak zijn onder meer de openbaarheid, de lange duur van het proces en de eventuele aandacht die de (social) media schenken aan de zaak. Dit draagt niet bij aan een veilig klimaat waarbinnen de individuele zorgverlener kan leren en verbeteren. Integendeel, het professioneel functioneren van de zorgverlener ten tijde en na afloop van de tuchtzaak is in veel gevallen juist niet optimaal. Hiermee komt in het tuchtrecht een spanningsveld tussen leren en controleren tot uiting<sup>20</sup>.

Daarnaast lijkt het tuchtrecht vaak te worden gebruikt voor andere doelen dan de oorspronkelijke doelen: het overgrote deel van de tuchtklachten wordt aanhangig gemaakt door patiënten die een vorm van erkenning of (niet-financiële) genoegdoening zoeken voor in hun ogen gemaakte fouten in de behandeling. Het tuchtrecht is echter niet bedoeld om een oordeel te verkrijgen over de kwaliteit van de totaal geleverde zorg. Het merendeel van die klachten wordt overigens ongegrond verklaard, maar schaadt het vertrouwen en de reputatie van de betreffende zorgverleners en kan leiden tot defensieve geneeskunde<sup>21</sup>. De recente aanpassing van de Wet BIG, waarbij een tuchtklachtfunctionaris is ingesteld, kan helpen om patiënten te ondersteunen bij het formuleren en juist adresseren van hun klacht. Dat kan ook overigens ook een andere instantie zijn, bijvoorbeeld een regionale geschillencommissie.

Een ander punt betreft het repressieve karakter van het tuchtrecht: maatregelen die opgelegd kunnen worden (waarschuwing, berisping, geldboete, schorsing van de inschrijving, gedeeltelijke

#### **Noten**

<sup>19</sup> Tussen Leren, Samenwerken en Straf: de Verschuivende Rol van Wet- en Regelgeving in de Beroepsuitoefening van de Zorg, Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), 2019

<sup>20</sup> idem

<sup>21</sup> Tussen Leren, Samenwerken en Straf: de Verschuivende Rol van Wet- en Regelgeving in de Beroepsuitoefening van de Zorg, Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), 2019

ontzegging, doorhalen van de inschrijving) zijn te weinig gericht op verbetering van het functioneren en worden als bestraffend ervaren<sup>22</sup>.

### 3.3 Knelpunten door maatschappelijke ontwikkelingen

Er zijn verschillende maatschappelijke ontwikkelingen waardoor de Wet BIG steeds meer gaat wringen. Deze ontwikkelingen veranderen de onderlinge verhoudingen tussen zorgprofessionals en manier waarop zij taken uitvoeren, onder andere door middel van taakherschikking.

#### **Veranderende zorgvraag**

De zorgvraag neemt toe, wordt steeds complexer en zal ook de komende tientallen jaren blijven veranderen. Oorzaken daarvan zijn onder andere een betere gezondheidszorg, meer mogelijkheden door een betere diagnostiek en nieuwe technologieën, toenemende vergrijzing en daaraan gepaard steeds meer mensen met chronische aandoeningen en meerdere gezondheidsproblemen tegelijkertijd. Daarnaast blijven ouderen steeds langer thuis wonen.

Daardoor neemt de vraag toe naar generalistische én specialistische zorg, ouderenzorg, langdurige zorg, zorg dichtbij én zorg op afstand. Patiënten hebben behoefte aan een vaste zorg- of hulpverlener, zoals in de verpleeghuiszorg en thuiszorg, maar ook in de polikliniek en aan het bed. Een andere belangrijke ontwikkeling is dat patiënten inzicht willen in opleiding, ervaring en competenties van zorgprofessionals, zodat zij, eventueel samen met de verwijzer, een weloverwogen keuze kunnen maken voor de juiste zorg op de juiste plek.

#### **Andere manier van werken**

Door de veranderende zorgvraag verandert ook de manier van werken van zorgprofessionals. Werken in multidisciplinaire teams en netwerken wordt steeds meer de praktijk zowel binnen als buiten de muren van de zorgorganisatie. Generalistische zorg en de behoefte aan een vaste zorg- of hulpverlener vereisen dat zorgprofessionals zich bekwamen in het uitvoeren van verschillende taken. Maar het vraagt ook om flexibiliteit en het kunnen overnemen van elkaars taken als dat nodig is. Het werken in teams strekt zich uit tot naasten, vrijwilligers en beroepsbeoefenaren uit het sociale domein. In toenemende mate wordt bij het verlenen van zorg ook de sociale situatie van de patiënt of cliënt betrokken. Tegelijkertijd vergt de veranderende vraag ook, paradoxaal genoeg, meer specialisatie en diepgaande expertise op een steeds smaller gebied<sup>23</sup>.

Door de inzet van nieuwe technologieën in de zorg verandert ook de manier van werken. Denk aan zelfdenkende, -sturende en -handelende technologieën, zoals kunstmatige intelligentie en robots. Robots kunnen wellicht beter dan mensen een lumbaalpunctie uitvoeren. Medische beslissystemen op basis van artificiële intelligentie kunnen wellicht beter dan mensen diagnoses stellen en triageren. Robots of medische expertsystemen worden nu al door zorgverleners ingezet en vallen daarmee doorgaans onder hun verantwoordelijkheid. Steeds meer van deze technologieën worden echter gevoed door zelflerende AI-systemen die daarmee steeds autonomer kunnen functioneren

#### **Noten**

<sup>22</sup> idem

<sup>23</sup> Smith R, Doctors and patients heading in opposite directions. British Medical Journal

(vgl. zelfrijdende auto's). Nieuwe technologieën kunnen hierdoor ook het concept van toezicht en tussenkomst veranderen.

Door de inzet van nieuwe technologieën ontstaan nieuwe beroepen in de zorg. Een recent voorbeeld is de klinisch technoloog die inmiddels bevoegd is bepaalde voorbehouden handelingen zelfstandig uit te voeren.

### **Tekort aan zorgprofessionals**

Een andere maatschappelijke ontwikkeling is het schrijnende tekort aan zorgprofessionals. Onder meer door de hoge werkdruk verlaten jaarlijks meer dan 80 duizend mensen hun baan in de zorg. In 2022 dreigt een tekort van 100 tot 125 duizend zorgmedewerkers. De moeilijk vervulbare vacatures betreft vooral verzorgenden en verpleegkundigen, maar ook specialisten ouderengeneeskunde, psychiaters en in sommige regio's huisartsen<sup>24</sup>. Het ministerie van VWS heeft een actieplan ontwikkeld om meer medewerkers aan te trekken. Daarvoor moet werken in de zorg een beter imago krijgen en moeten er meer stageplaatsen komen<sup>25</sup>.

Uit deze maatschappelijke ontwikkelingen vloeien de volgende knelpunten met de Wet BIG voort:

### **Knelpunt 5: Inzichtelijkheid laat te wensen over**

De inzichtelijkheid van het BIG-register is gering. Het register bevat de naam en het registratienummer van de zorgverlener en eventuele tuchtrechtelijke maatregelen. Dit is onvoldoende informatie voor patiënten en cliënten om keuzes te kunnen maken voor een zorgverlener. Het recente voornemen om een verplichting in te voeren om het BIG-nummer op meerdere plekken te vermelden, biedt voor patiënten dan ook naar verwachting weinig soelaas. Ook voor potentiële werkgevers biedt het BIG-register onvoldoende aanknopingspunten. Het register wordt dan ook nauwelijks geraadpleegd door patiënten<sup>26</sup>. Dit gold aanvankelijk ook voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars, maar zorgaanbieders raadplegen thans het BIG-register standaard bij sollicitanten, niet omdat ze er veel wijzer van worden, maar vooral om zich juridisch in te dekken.

Naast het (publiekrechtelijke) BIG-register zijn er meerdere privaatrechtelijke registers, bijvoorbeeld de registers van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP). Het bestaan van meerdere verschillende registers leidt er soms toe dat zorgverleners in meer dan één register staan opgenomen. Dat is voor burgers en andere betrokkenen verwarrend en ook dit gegeven draagt niet bij aan de inzichtelijkheid.

De behoefte aan inzichtelijkheid is groot, aangezien patiënten in de praktijk te maken krijgen met allerlei verschillende professionals, van wie ze niet precies weten wie wat doet en waar verantwoordelijk voor is. Op hoofdlijnen is wel duidelijk wat men van een arts, verpleegkundige of fysiotherapeut mag verwachten, maar wat te denken van nieuwe beroepen als de bachelor medisch hulpverlener of de klinisch technoloog? Bosch, Smulders en Hendriks<sup>27</sup> wijzen op het fenomeen dat de benamingen die gaandeweg ontstaan zijn voor allerlei functies in de zorg een bron van misverstanden oplevert. Zo valt aan patiënten amper nog uit te leggen wat het verschil is tussen alle

#### **Noten**

<sup>24</sup> Actieprogramma Werken in de zorg, Ministerie van VWS, maart 2018

<sup>25</sup> idem

<sup>26</sup> Tweede evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, ZonMw, 2013

<sup>27</sup> Bosch F., Smulders Y. en Hendriks, A. *Weg met al die verwarrende functienamen*, Medisch Contact, 20 februari 2019

'assistenten'. In de ziekenhuizen werken bijvoorbeeld arts-assistenten, co-assistenten, artsen in opleiding tot specialist (aios) en artsen niet in opleiding tot specialist (anios). Voor buitenstaanders is dit onderscheid niet helder. De verwarring wordt gevoed door de aanduiding van nieuwe functies van gespecialiseerd verpleegkundigen. Sinds september 2018 is bijvoorbeeld 'physician assistant' een officiële door de Wet BIG beschermde beroepstitel en daarmee vergelijkbaar met de titel van arts. Maar de letterlijke vertaling van 'physician assistant' is 'arts-assistent', terwijl hun taken en bevoegdheden hemelsbreed verschillen. En wat kan of mag een 'Verpleegkundig specialist' wat een 'gespecialiseerd verpleegkundige' niet kan of mag doen?

#### **Knelpunt 6: Individuele beroepsbeoefenaar niet langer logisch aangrijpingspunt**

De Wet BIG heeft het handelen van individuele beroepsbeoefenaren als aangrijpingspunt. Dit houdt zich moeizaam tot de ontwikkeling van zorg in team- of netwerkverband. Dit omdat slechts een beperkt aantal leden van zo'n team of netwerk onder de werking van de Wet BIG valt, maar ook vanwege het handelen van anderen in het team of de organisatie. Zorgverleners worden steeds meer afhankelijk van elkaar om goede zorg te leveren. De Wet BIG sluit echter een meer collectieve verantwoordelijkheid uit. Hoewel in de praktijk bepaalde beroepsbeoefenaren verantwoordelijk kunnen zijn voor het handelen van andere zorgverleners in een team (denk aan een hoofdbehandelaar), legt de wet de verantwoordelijkheid hiervoor bij een individuele zorgverlener.

#### **Knelpunt 7: Beroep als uitgangspunt voldoet steeds minder**

De deskundigheidsgebieden (zoals per beroep omschreven) zijn dynamisch door scholing en praktijkervaring en ze overlappen elkaar. Hierdoor is het beroep een steeds minder goed uitgangspunt om iemands bevoegdheid en bekwaamheid te bepalen.

De deskundigheid van professionals is een belangrijke maatstaf om de kwaliteit van de door hen verleende zorg te bepalen, dat wil zeggen bevoegdheden en bekwaamheden met daarbij horende opleidingseisen, registratie van diploma's en periodieke herregistratie op basis van werkervarings- of nascholingsseisen. In de praktijk vindt een 'grenserving' plaats tussen deskundigheidsgebieden, doordat zorgprofessionals zich steeds verder specialiseren en verdiepen.

#### *Taakherschikking*

Eén van de gevolgen van deze (super)specialisatie en verdieping van zorgprofessionals is een herschikking van taken en verantwoordelijkheden. Dat wil zeggen dat de meer routinematige taken worden gedelegeerd aan minder gespecialiseerd gekwalificeerde professionals. Dit proces van taakherschikking vindt continu plaats en zal afhankelijk van de kennis en context zich steeds verder ontwikkelen. Kortom het 'vastzetten' en strak omlijnen van het deskundigheidsgebied van de professional is wellicht nog maar voor een klein deel van het totale takenpakket mogelijk en wenselijk.

#### *Deskundigheidsgebieden overlappen*

Omschrijvingen van deskundigheidsgebieden zijn veelal per deelgebied in algemene termen verrat, waardoor ze onvoldoende onderscheidend zijn en ook overlap vertonen. Tegelijkertijd neemt de noodzaak en behoefte toe om te weten wat andere zorgverleners kunnen, juist omdat zorgverlening in toenemende mate door teams geleverd wordt. Dit heeft ook te maken met de complexiteit van de zorgvraag; in die gevallen is de standaardrichtlijn vaak niet van toepassing en

moeten professionals afwijken van de standaard en maatwerk leveren. Ook hier zien we een spanning ontstaan: zorgprofessionals moeten steeds beter weten wanneer zij anderen erbij moeten halen; zij moeten dus de deskundigheidsgebieden van andere professionals beter leren kennen, terwijl die gebieden steeds minder vast omliggend zullen zijn.

#### *Aanpassing wet duurt lang*

Daar komt bij dat deze ontwikkelingen in het veld snel gaan; taken worden herschikt en nieuwe beroepen doen hun intrede onder meer door nieuwe technologie. De wet kan dat niet bijbenen; een wetwijziging duurt minstens twee jaar. Bovendien kan daar nog een experimenteerfase van vijf jaar aan vooraf gaan voor een beroep dat zelfstandig voorbehouden handelingen moet kunnen uitvoeren.

#### **Knelpunt 8: Steeds meer nieuwe beroepen in de Wet BIG**

Het oorspronkelijke uitgangspunt van de Wet BIG is niet méér reguleren dan nodig is. Het idee in de jaren negentig was dat iedereen zorg kan en mag leveren, behalve als er ernstige en zwaarwegende risico's zijn voor de patiëntveiligheid. Steeds meer beroepsverenigingen vragen echter om opname in de Wet BIG. Zij zien hierin een mogelijkheid om zich te profileren en te laten zien dat zij ertoe doen. Opname in de Wet BIG werkt in deze zin statusverhogend.

Deze aanzuigende werking van de Wet BIG wordt versterkt door de doorwerking in de financiering van de geleverde zorg. Een BIG-registratie levert doorgaans een betaaltitel op, of geldt als vereiste om bepaalde activiteiten te mogen declareren. Opname in het BIG-register fungeert dus ook als bescherming van de belangen van een beroepsgroep. Dit kan leiden tot een domeinenstrijd onder zorgberoepen en beroepsverenigingen, wat ten koste kan gaan van samenwerking in teamverband.

Het gegeven dat opname in de Wet BIG statusverhogend werkt en doorwerkt in de financiering maakt het voor enkele Kamerleden verleidelijk om de Wet BIG in te zetten in de strijd tegen (dreigende) arbeidstekorten<sup>28</sup>. Ook beroepsverenigingen maken zich hier sterk voor. Zo is concreet gevraagd om doktersassistenten toe te laten tot de Wet BIG in de hoop dat dit beroep hierdoor aantrekkelijker wordt, terwijl zij niet aan de gestelde criteria voor opname voldoen.

Deze toenemende specialisatie, afbakening en daarmee versnippering van zorgberoepen in de Wet BIG is een probleem, omdat patiënten juist in toenemende mate behoefte hebben aan een generalistische blik in het proces en een vaste zorg- of hulpverlener. De toenemende versnippering leidt daarnaast tot inefficiënt werken in de praktijk. Dit geldt dus ook voor opname in de Wet BIG van de regieverpleegkundige als nieuw beroep.

#### **Noten**

<sup>28</sup> wetsvoorstel Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2019 (35000-XVI): [https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire\\_verslagen/detail/cbaf233-9a95-46do-81f5-67224810e7e5](https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/plenaire_verslagen/detail/cbaf233-9a95-46do-81f5-67224810e7e5)

### **Knelpunt 9: Nieuwe technologieën zetten uitgangspunt 'individuele gezondheidszorg' onder druk**

De reikwijdte van de Wet BIG, de individuele gezondheidszorg, veronderstelt een direct contact tussen zorgverlener en patiënt. Daarmee vallen strikt genomen veel van de meer technische beroepen buiten het bereik van de Wet BIG; deze professionals hebben vaak geen direct patiëntencontact en werken soms zelfs op afstand van de patiënt. Hun handelen kan echter minstens zoveel risico's inhouden voor een individuele patiënt indien ondeskundig of onzorgvuldig uitgevoerd.

### **Knelpunt 10: Huidige beroepenregulering draagt bij aan arbeidstekorten en inefficiënt werken**

Medewerkers kunnen niet altijd op de gewenste plaatsen worden ingezet omdat zij niet 'het juiste' beroep hebben volgens de Wet BIG. De huidige regulering beperkt daarmee de mogelijkheden tot substitutie en draagt in deze zin juist bij aan arbeidsmarkttekorten en inefficiënt werken. Een voorbeeld hiervan is de situatie waarin een bepaalde handeling vanwege de zorgvraag '24/7' uitgeoefend moet worden. Indien deze handeling is voorbehouden aan een verpleegkundige moet elke dienst tenminste één verpleegkundige ingeroosterd worden. Als die handeling door meer verschillende beroepsbeoefenaren uitgeoefend mag worden, is de personele inzet flexibeler te maken.

Dit probleem zal alleen maar toenemen als de Wet BIG ruimer opengesteld zou worden voor nieuwe beroepen met afgebakende bevoegdheden. Dan dreigt een terugkeer naar het oorspronkelijk gefixeerde systeem waarin verschillende bevoegdheden exclusief zijn toebedeeld aan (vele) verschillende beroepsgroepen.

## **3.4 Conclusie**

Ook na de recente wetwijziging BIG<sub>1</sub> blijven er knelpunten bestaan. Door voortschrijdende ontwikkelingen in de zorg en samenleving dienen zich daarnaast nieuwe knelpunten aan. De overeenkomst tussen alle geconstateerde knelpunten is dat de Wet BIG niet geheel strookt met de behoefte van patiënten en de werkwijze van professionals. In sommige gevallen beperkt de wet zelfs de mogelijkheden om betere en efficiëntere zorg te bieden. Ook de manier waarop het tuchtrecht ingezet wordt, verdient een heroverweging.

De eerste vier knelpunten die voortvloeien uit de systematiek van de Wet BIG zijn in beginsel binnen de huidige Wet BIG op te lossen. Dit geldt echter niet zonder meer voor de overige knelpunten die voortvloeien uit bredere ontwikkelingen in de zorg en samenleving. Deze knelpunten raken aan de principes of uitgangspunten van de wet en vragen om fundamentele doordenking en een andere wijze van regulering. In het volgende hoofdstuk verkent de Raad verschillende oplossingsrichtingen.



# 4 Oplossingsrichtingen

## 4.1 Inleiding

De vraag van de minister aan de Raad luidt of de Wet BIG toekomstbestendig is in het licht van de eerder genoemde maatschappelijke ontwikkelingen. Het vorige hoofdstuk laat zien welke knelpunten daaruit voortvloeien in de praktijk. Op basis daarvan heeft de Raad verschillende oplossingsrichtingen verkend en gewogen. In dit hoofdstuk werkt de Raad het vergezicht van zijn voorkeur verder uit.

## 4.2 Drie vergezichten verkend en gewogen

In zijn zoektocht naar oplossingen voor de gesignaleerde knelpunten heeft de Raad drie vergezichten opgesteld. Het eerste vergezicht bestaat uit een kwaliteitssysteem gebaseerd op brede beroepenregulering. Daartegenover staat het tweede vergezicht: een kwaliteitssysteem conform de Wkkgz dat vooral toetst op proces en uitkomsten. Tot slot komt de Raad uit op een derde vergezicht dat zich in het midden bevindt: het brengt de beroepenregulering terug naar de basis en gaat uit van bekwaamheden in plaats van een veelheid aan afgegrensde beroepen.

### 1. Wet BIG als kwaliteitsregistratie-instrument:

Het eerste vergezicht komt voort uit de aanvullende adviesvraag die de minister heeft gesteld en geeft antwoord op de hierover gestelde Kamervragen. Het behelst het op onderdelen repareren van de Wet BIG en het ruim openstellen van de wet voor de opname van nieuwe beroepen, zodat iedere beroepsgroep toegelaten wordt die bereid is zich te onderwerpen aan de eisen die de wet stelt. De essentie is dat er geen toetsing plaatsvindt aan inhoudelijke toelatingscriteria. Herregistratie, voorbehouden handelingen en tuchtrecht veranderen in dit vergezicht niet ten opzichte van de huidige Wet BIG.

De Raad wijst dit vergezicht af, omdat het zou leiden tot een (nog grotere) wildgroei aan (nieuwe) beroepen en een rigide systeem van beroepenregulering dat haaks staat op de behoeften van de zorgpraktijk. Bovendien zou het omvormen van de Wet BIG tot een kwaliteitsregistratie-instrument primair de bescherming van beroepsbelangen dienen, niet de bescherming van patiënten. Ook bieden de praktijken in andere landen die (veel) meer zorgberoepen hebben gereguleerd dan Nederland hiervoor onvoldoende grond.

In de kern betekent het dat we hier staan voor een principiële keuze ten aanzien van het gewenste sturingsparadigma: dat van ruimte bieden of dat van controle en toezicht. De Raad is voorstander van het eerste: niet méér reguleren dan nodig is en dus niet de Wet BIG omvormen tot een kwaliteitsregistratie-instrument.

### 2. Wet BIG als onderdeel van de Wkkgz

Het tweede vergezicht is ingegeven door de ontwikkeling dat werken in teamverband steeds meer de praktijk wordt en dat de knelpunten die hieruit voortvloeien niet opgelost kunnen worden in een wet die de individuele zorgverlener als aangrijpingspunt heeft. Deze oplossingsrichting houdt in dat

de Wet BIG opgeheven wordt en relevante onderdelen elders ondergebracht worden: publieke registratie vervalt en wordt overgenomen door private (kwaliteits-)registers; herregistratie is een zaak van de private registers en/of beroepsorganisaties; de regeling van voorbehouden handelingen kan worden ondergebracht in de Wkkgz; en het tuchtrecht kan in een aparte wet geregeld worden, zoals vroeger het geval was.

Het idee om onderdelen in de Wkkgz onder te brengen is gebaseerd op het feit dat deze wet bij uitstek geschikt is om patiënten in de gelegenheid te stellen een oordeel te verkrijgen over de kwaliteit van de zorg die aan hen geleverd is en daaraan eventueel consequenties te verbinden. De kwaliteit van de beroepsuitoefening van individuele zorgverleners vormt hier een onderdeel van, maar wordt gezien in een bredere context. Hiermee wordt tegemoetgekomen aan het gegeven dat werken in teamverband steeds meer de norm wordt waardoor zorgverleners steeds meer op elkaar aangewezen zijn en met elkaar moeten samenwerken om goede zorg te leveren aan een individuele patiënt. Daarnaast biedt dit vergezicht ook zorgaanbieders meer invloed op de ontwikkeling van beroepen en de deskundigheden waaraan in de praktijk behoefte is en die lokaal of per instelling kunnen verschillen.

Ondanks bovengenoemde voordelen wijst de Raad dit vergezicht af, omdat hiermee het goede van de Wet BIG overboord gezet wordt: allereerst zou de 'ingangstoets' op de opleiding vervallen, terwijl patiënten en werkgevers deze toetsing nodig hebben. Bescherming van de patiënt tegen onzorgvuldig en ondeskundig handelen van een individuele zorgverlener cq. borging van de bekwaamheid blijft nodig en is in dit vergezicht onvoldoende geborgd. Ten tweede is het moeilijk om toezicht van overheidswege te realiseren op verschillende private registers in plaats van een publiek register. En ten derde is de countervailing power vanuit zorgaanbieders onvoldoende robuust en onafhankelijk. Werkgevers kunnen immers terughoudend zijn met het indienen van een tuchtklacht, zeker gezien de huidige arbeidstekorten in de zorg.

### **3. Wet BIG als wet op de Bekwaamheden in de gezondheidszorg.**

In het derde vergezicht worden alleen de basisberoepen gereguleerd. Daarnaast borgt een persoonlijk portfolio de verworven bekwaamheden van zowel geregistreerde als niet-geregistreerde beroepsbeoefenaren: *Wet BIG als wet op de Bekwaamheden in de gezondheidszorg*. Herregistratie vervalt door de introductie van het portfolio. De voorbehouden handelingen worden in de basis gereguleerd in de Wet BIG (hoofdgroepen); specificaties en bevoegdhedenregeling bij AMvB en in het portfolio. En het tuchtrecht richt zich meer op kwaliteitsbevordering dan nu.

De Raad geeft de voorkeur aan dit derde vergezicht, omdat het goede van de Wet BIG behouden blijft en het tegelijkertijd ruimte biedt voor ontwikkelingen in technologie en in de zorgpraktijk. Doordat bekwaamheden worden geobjectiveerd en gevalideerd in een portfolio zijn deze beter inzichtelijk en wordt de burger beter beschermd dan nu het geval is. Door de specificaties van voorbehouden handelingen naar een lager regelniveau te brengen, kan flexibeler worden ingespeeld op de zorgvraag en nieuwe (technologische) ontwikkelingen. Het maakt een flexibele inzet van zorgprofessionals mogelijk voor taken waartoe zij bekwaam zijn en het past goed bij vernieuwingen in opleidingen zoals modulair opleiden. Daarnaast biedt het vergezicht ook mogelijkheden om de uitoefening van andere risicovolle handelingen te bewaken.

Aantrekkelijk aan dit vergezicht is bovendien dat het ontwikkelmogelijkheden voor zorgprofessionals biedt, doordat zij minder vastzitten aan een ooit gemaakte beroepskeuze. Weliswaar kunnen zij zich nu al omscholen, maar dat is een lange weg. Een internist die bijvoorbeeld KNO-arts wil worden, moet een opleidingsplaats bemachtigen en weer van voren af aan beginnen als arts in opleiding tot specialist (aios). Zorgprofessionals kunnen zo een leven lang leren en nieuwe bekwaamheden verwerven die erkend worden. Tegelijkertijd biedt het ook mogelijkheden voor zorgverleners, al dan niet opgelegd, om een stap terug te doen in hun functie als zij aan het einde van hun werkzame leven niet meer alle aspecten van hun oorspronkelijke beroep willen of kunnen uitoefenen.

#### 4.3 Model voor een toekomstbestendige Wet BIG

Een beroepsregister dat uitgaat van uniformiteit van beroepen zal ook in de toekomst steedsmeer gaan knellen. Want de veranderende zorgvraag en zorgpraktijk vragen om een meer flexibel aanbod aan zorgverleners die beter zijn toegerust op specifieke taken in een team of lokale setting. De variatie binnen beroepen neemt toe; bekwaamheden gaan per type zorgverlener meer verschillen. Zorgverleners verwerven in de loop van hun werkzame leven nieuwe bekwaamheden. En tot slot bewegen beroepen zich meer richting functies, afgestemd op de specifieke setting waarin zorgverleners werkzaam zijn.

De Wet BIG kan zich onvoldoende aanpassen aan de geschetste ontwikkelingen. De wet is statisch, nog geënt op de oude situatie: het behalen van een diploma en het onderhouden van een status quo. De doelstellingen van de wet worden echter nog altijd onderschreven, namelijk: het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening; het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren (middels toetsing vooraf); en inzichtelijkheid van bekwaamheden van zorgprofessionals voor derden.

De Raad is van mening dat de sleutel voor een oplossing ligt in een model dat is gebaseerd op wettelijke registratie van basisberoepen in combinatie met een verplicht bekwaamhedenportfolio voor zowel geregistreerde als niet geregistreerde zorgverleners<sup>29</sup>. Het leidend principe is hier: wettelijk geregelde borging van *bekwaamheden* in plaats van aan *beroepen* gekoppelde algemene bevoegdheden. De Wet BIG zou moeten worden omgevormd tot een toekomstbestendige Wet op de Bekwaamheden in de gezondheidszorg.

In deze paragraaf lichten we het model uitgebreid toe, samengevat ziet het er als volgt uit:

Registratie	Alleen basisberoepen + portfolio van bekwaamheden (ook voor niet geregistreerde beroepen)
Herregistratie	Vervalt (want up to date portfolio)
Voorbehouden en risicovolle handelingen	Hoofdgroepen in Wet; uitwerking niveaus/risicoklassen naar lager regelniveau

#### Noten

<sup>29</sup> Niet-geregistreerde zorgverleners zijn zorgverleners die een basisberoep hebben waarin geen (functioneel) zelfstandig uit te voeren voorbehouden handelingen aan de orde zijn

Tuchtrecht	Aanpassen: als laatste redmiddel (indien niet gemeld); in beginsel besloten zittingen; ander arsenaal aan maatregelen gericht op leren en verbeteren
------------	--

### Registratie

Het BIG-register blijft in dit model in stand voor de zogenoemde basisberoepen. Daarnaast leggen alle zorgverleners (zowel geregistreerde als niet-geregistreerde) een portfolio aan waarin zij na validatie door een assessor vastleggen welke bekwaamheden zij beheersen. In de optiek van de Raad zou dit een zorgverlener moeten zijn die andere zorgverleners opleidt. Het gaat in eerste instantie over verworven 'vaardigheden': handelingen of activiteiten die een zorgverlener zelfstandig of functioneel zelfstandig kan verrichten, te beginnen met de voorbehouden handelingen die de beroepsbeoefenaar regelmatig uitoefent.

Dit sluit aan bij de manier waarop (nieuwe) beroepen zich thans professionaliseren. Zij registreren vaak voor zichzelf al welke bekwaamheden zij in opleiding en praktijk verwerven. Vertrekpunt zijn de bestaande basis- of hoofdberoepen (arts, verpleegkundige, et cetera). De beoefenaren van deze beroepen hebben welbepaalde basisvaardigheden geleerd tijdens hun opleiding. Deze vaardigheden worden opgenomen en gevalideerd in het portfolio. In het portfolio worden daarnaast verworven vaardigheden opgenomen die zorgverleners in de praktijk verwerven en niet reeds onderdeel zijn van het deskundigheidsgebied van het basisberoep.

#### *Consequenties voor regieverpleegkundige*

Wat is de consequentie van dit model voor de voorbehouden handelingen van de regieverpleegkundige uit het wetsvoorstel BIG2? In het door de Raad voorgestelde model is er één basisberoep: verpleegkundige. Aanvullende voorbehouden handelingen en/of andere competenties bovenop het basisoniveau worden opgenomen in het portfolio. Het beroep regieverpleegkundige komt in dit model niet voor in het BIG-register. Met andere woorden, functiedifferentiaties of specialisaties worden in dit model niet wettelijk geregeld; het is aan zorgaanbieders en beroepsverenigingen zelf hier invulling aan te geven. Kwaliteitsstandaarden kunnen hierbij een rol vervullen. Een actueel voorbeeld is de cosmetische zorg, waarbij in kwaliteitsstandaarden zal worden vastgelegd welke competenties voor welke verrichtingen nodig zijn.

De reden hiervoor is dat de algemene toedeling van bevoegdheden tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen in de Wet BIG aan het beroep 'verpleegkundige' niet zoveel zegt over de bekwaamheden van de individuele verpleegkundigen; dit hangt sterk af van specialisaties en settings waarin zij werkzaam zijn. Nu is de reflex of het mechanisme van de Wet BIG om subgroepen te erkennen die net iets meer voorbehouden handelingen zelfstandig mogen uitvoeren, maar dat leidt tot een steeds verder uitdijend geheel. De Raad draait dit om: ga uit van bekwaamheid in praktijk; bekwaam is bevoegd. Samenvattend: het basisberoep blijft vertrekpunt voor registratie; en in het portfolio kunnen de competenties worden opgenomen die verpleegkundigen in de praktijk verwerven, bovenop de gemeenschappelijke bekwaamheden.

### **Voorbeeld wijkverpleging**

Het is in de praktijk van organisaties die wijkverpleging leveren zo geregeld dat bijvoorbeeld een medewerker niveau 2 geen medicatie mag delen. Of dat een medewerker niveau 4 voor het toekennen van wijkverpleging niet mag indiceren (dit mag alleen niveau 5 doen, conform afspraken die de veldpartijen hierover met elkaar hebben gemaakt). Dat is dus een afspraak voor het *collectief* van beroepen/functies.

### **Gevolgen hiervan zijn:**

- Door al deze differentiaties komen in bepaalde situaties veel verschillende mensen 'aan het bed', met flexwerkers en toename van het aantal zzp'ers. Dit is voor cliënten niet prettig; het bieden van continuïteit wordt hierdoor bemoeilijkt.
- Het is arbeidsintensief: extra reistijd = geen cliëntentijd. Dus minder cliënten kunnen bediend worden.
- Veel ervaring van medewerkers, bijvoorbeeld niveau 4, wordt hierdoor onderschat en ondergewaardeerd (dit gevolg komt deels overeen met het bezwaar tegen de invoering van het beroep regieverpleegkundige).

### *Bijhouden portfolio*

De verantwoordelijkheid voor het bijhouden van het portfolio dient bij de beroepsbeoefenaar te liggen en niet bij de zorgaanbieder. Dit omdat er veel zzp'ers in de zorg werkzaam zijn die tegelijkertijd worden ingezet bij een aantal zorgaanbieders, of snel van zorgaanbieder wisselen. Dit kan bijvoorbeeld gefaciliteerd worden door beroepsverenigingen.

De Raad bepleit niet dat iedereen allerlei handelingen zo maar moet kunnen uitvoeren. Wel biedt het model van basisberoepen in de Wet BIG met bekwaamhedenportfolio de mogelijkheid voor medewerkers die meer bekwaamheden hebben, deze ook kunnen gebruiken in de praktijk. Temeer daar geldt dat naast en mantelzorgers van bijvoorbeeld chronisch zieke kinderen allerlei voorbehouden handelingen mogen aanleren en uitvoeren, zoals injecteren, trachea canule verzorgen, et cetera. Zij vallen niet onder de Wet BIG omdat zij niet beroepsmatig handelen.

Dit zal indirect ook bijdragen aan het concept van het huidige overheidsbeleid: 'de juiste zorg op de juiste plaats' (vooral ingegeven doordat ouderen zolang mogelijk thuis blijven wonen) in relatie met het arbeidsmarkttekort. Namelijk, hoe meer schotten en differentiatie in bevoegdheden, hoe moeilijker de zorg te realiseren is in een krimpende arbeidsmarkt. Kortom, een zekere mate van fluïde mechanismen (onder voorwaarden), biedt ruimte en kans om zorg op maat te organiseren.

### *Alleen basisberoepen met voorbehouden handelingen*

Een vraag is welke basisberoepen in de Wet BIG gereguleerd moeten worden. De Raad vindt dat alleen beroepen in de Wet BIG opgenomen moeten worden, die zelfstandig of functioneel zelfstandig voorbehouden handelingen mogen en kunnen verrichten. Het dient de duidelijkheid en consistentie van de wet als vastgehouden wordt aan dit inhoudelijke criterium. Wellicht moeten dan wel méér handelingen voorbehouden worden, omdat niet uitsluitend technische dan wel fysieke handelingen bijzondere risico's voor patiënten met zich mee brengen. Hiertoe zouden de redenen om bepaalde beroepsgroepen onder het tuchtrecht te brengen (zoals de fysiotherapeuten) of te houden (zoals verpleegkundigen) als het ware vertaald moeten worden in voorbehouden handelingen die behoren tot het arsenaal van die beroepsgroepen.

### *Specialismen*

Verder is de vraag hoe in dit model met specialismen moet worden omgegaan. Er zijn thans 9 basisberoepen; indien medisch specialisten als basisberoep zouden moeten worden aangemerkt, dan komen daar maar liefst 37 beroepen bij. Dit lijkt de Raad niet de aangewezen weg. De Raad trekt hier een parallel met de profielartsen die de KNMG onderscheidt. Deze 12 profielartsen zijn niet door de minister als specialisme erkend; ze staan ook niet in de Wet BIG. De KNMG heeft de titel van deze profielartsen privaatrechtelijk beschermd via het merkenrecht. Hier heeft de overheid dus al helemaal geen bemoeienis mee. Dit kan naar alle specialismen doorgetrokken worden, waarbij wellicht wel de opleidingstitels beschermd zouden kunnen worden, zodat de merkenrechtconstructie niet nodig is.

### *Met en zonder direct patiëntencontact*

De Raad acht het daarnaast wenselijk dat de wet verder reikt dan de individuele gezondheidszorg in strikte zin. Het vereiste dat er sprake moet zijn van 'direct patiëntencontact' is in het licht van opkomende technologieën niet langer houdbaar, terwijl het ook de preventieve gezondheidszorg buitensluit. In een toekomstbestendige Wet BIG kunnen dus ook beroepen *met* voorbehouden handelingen maar *zonder* direct patiëntencontact geregistreerd zijn.

### **Herregistratie**

Het functioneren van geregistreerde zorgverleners (bekwaamheid) zou meer continu en volgens een eenduidige systematiek in de praktijk gemonitord moeten worden. Dat kan gerealiseerd worden door een periodieke inhoudelijke beoordeling van het functioneren van een individuele zorgverlener door een zogenaamde appraiser, zoals dat bijvoorbeeld in Engeland gebeurt en zoals de medisch specialisten in Nederland doen. Daarnaast kan gedacht worden aan een (online) systeem van continue registratie waarmee de essentiële (parate) kennis van een zorgprofessional getoetst wordt<sup>30</sup>. Periodieke herregistratie is dan niet meer nodig, de zorgprofessional blijft geregistreerd zolang de essentiële kennis en vaardigheden bijgehouden worden. Een assessor kan vaardigheden valideren, tijdelijk laten vervallen of doorhalen.

### **Voorbehouden handelingen: BIG of AMvB?**

Voorbehouden handelingen vervullen een belangrijke functie in de bescherming tegen ondeskundig handelen. Om meer flexibiliteit mogelijk te maken zou het beter zijn deze handelingen naar een lager regelniveau (AMvB) te brengen. De Raad van State heeft echter duidelijk gemaakt dat voorbehouden handelingen in de Wet BIG moeten (blijven) staan, omdat het om verbodsbepalingen gaat die tot de kern van de betreffende wettelijke regeling behoren<sup>31</sup>.

Een tussenvorm is het opnemen (c.q. laten staan) van de hoofdgroepen aan voorbehouden handelingen in de Wet BIG en de specificaties daarvan in lagere regelgeving op te nemen. Deze specificaties differentiëren naar risico van de handeling zelf (bijvoorbeeld: onderscheid in

### **Noten**

<sup>30</sup> Zie blog Leo Ottes op RVS-website

<sup>31</sup> Advies Raad van State inzake het voorstel van wet, houdende wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de verbeteringen die worden doorgevoerd in het tuchtrecht alsmede verbeteringen ten aanzien van het functioneren van de wet. Staatscourant, nr. 46706, 21 augustus 2018

heelkundige handelingen van licht tot zwaar); en van de omstandigheden waaronder deze worden uitgevoerd (bijv. het toedienen van injecties bij hoogrisico-patiënten op een intensive care is van andere orde dan bij poliklinische patiënten). Hierbij kunnen kwaliteitsstandaarden behulpzaam zijn, omdat hierin steeds vaker wordt vastgelegd welke competenties nodig zijn voor welke groep verrichtingen. Een voorbeeld is de kwaliteitsstandaard cosmetische zorg die thans in ontwikkeling is. Ook in de standaarden over intensive care en geboortezorg is dit al in bepaalde mate vastgelegd.

Daaraan gekoppeld zou de aanwijzing tot welke voorbehouden handelingen iemand bevoegd is, en of dit een zelfstandige dan wel functionele bevoegdheid betreft, geïntegreerd moeten worden in de omschrijving per AMvB van het deskundigheidsgebied van de betreffende beroepsbeoefenaar. Hiermee kan ook het probleem opgelost worden dat deskundigheidsgebieden steeds vaker overlappen en grenzen daartussen vervagen. Ook risicovolle handelingen kunnen volgens deze systematiek opgenomen worden in de nieuwe Wet BIG.

#### *Meer dan alleen fysieke handelingen*

Aan bestaande hoofdgroepen zouden ook handelingen moeten worden toegevoegd die moeilijk te vangen zijn in concrete fysieke handelingen, maar minstens zoveel risico's inhouden voor patiënten indien ondeskundig uitgevoerd. Wij denken hierbij (tenminste) aan:

- triage, risicotaxatie en stellen van indicaties;
- stellen van (medische) diagnoses.

Met bovenstaande wijzigingen is de regeling van voorbehouden handelingen sneller aan te passen aan veranderende inzichten en ontwikkelingen in de praktijk: nieuwe risicovolle handelingen kunnen gemakkelijker worden toegevoegd, terwijl bepaalde handelingen ook eenvoudiger zijn te verwijderen als het risico van de betreffende handeling afneemt, bijvoorbeeld door de inzet van artificiële intelligentie.

#### **Tuchtrecht**

Het tuchtrecht zou meer dan nu gericht moeten zijn op kwaliteitsbevordering; zorgverleners moeten kunnen leren en verbeteren, zowel op individueel als op collectief niveau. Hiertoe dient meer werk gemaakt te worden van het systematisch analyseren van tuchtrechtsuitspraken en het vertalen daarvan naar de professionele standaarden van verschillende beroepsgroepen.

Om het kwaliteit bevorderende effect van het tuchtrecht te versterken zouden andere, op leren en verbeteren gerichte, maatregelen overwogen moeten worden, zoals een verplichting om een bepaalde bij- of nascholing te volgen. De wet biedt overigens sinds 1 april 2019 de tuchtrechter de mogelijkheid om 'bijzondere voorwaarden' op te leggen aan de beroepsbeoefenaar om het beroep uit te oefenen waarvoor hij in het register is ingeschreven<sup>32</sup>. Het is vooralsnog de vraag of de tuchtrechter hiervan in de praktijk voldoende gebruik zal maken.

Daarnaast is het wenselijk dat het tuchtrecht minder als een openbare terechtstelling van individuele zorgverleners fungeert. Het lijkt daarom raadzaam beslotenheid van zittingen als uitgangspunt te nemen. Om te voorkomen dat dit in strijd komt met het beginsel van openbaarheid van rechtspraak<sup>33</sup> dient dit wettelijk geregeld te worden. Het verdient daarbij aanbeveling om de

#### **Noten**

<sup>32</sup> Artikel 48 lid 1 onder g Wet BIG

<sup>33</sup> Zie bijvoorbeeld art. 121 Grondwet en artikel 6, eerste lid EVRM

klagende partij het recht toe te kennen om een met redenen onderbouwd verzoek te doen om openbaarheid van een zitting. Uitspraken van de tuchtrechter dienen wel in het openbaar te worden uitgesproken en kunnen (geanonimiseerd) worden gepubliceerd.

Ook verdient het overweging om prudent met het tuchtrecht om te gaan. Als uitgangspunt hanteert de IGJ al geruime tijd dat geen tuchtzaak volgt indien een zorgverlener een incident gemeld heeft bij de instelling of bij de IGJ<sup>34</sup>; heeft een zorgverlener verzuimd te melden, dan kan een tuchtzaak volgen. Daar valt voor te zeggen dat als een incident gemeld wordt, de instelling reeds verplicht is onderzoek in te stellen naar de toedracht en de IGJ hierover te informeren. Dit ligt vooralsnog anders wanneer sprake is van een calamiteit, omdat dan ook een publiek belang in het geding is. Ook in dat geval is echter terughoudendheid bij de inzet van het tuchtrecht tegen een individuele zorgverlener aangewezen; een calamiteit is niet altijd te wijten aan het handelen van één enkele zorgverlener.

#### 4.4 Nader uit te werken punten

Het model dat in de vorige paragraaf toegelicht is, moet op een aantal punten nader uitgewerkt worden. Deze komen hieronder aan bod.

##### **Systematiek en borging bekwaamheden**

In de eerste plaats moet de systematiek van bekwaamheden nader bepaald worden, net als de wijze waarop bekwaamheden geborgd worden. Het gaat hier om de vraag welke bekwaamheden in aanmerking komen (te beginnen met bekwaamheden voor voorbehouden handelingen); eventuele hiërarchie tussen bekwaamheden (sommige bekwaamheden zijn voorliggend aan andere); en clustering van bekwaamheden gekoppeld aan voorbehouden handelingen. Algemeen leidend principe kan een systematiek zijn die aansluit bij de zorgbehoefte, bijvoorbeeld volgens de indeling: preventie, diagnose, behandeling, nazorg. En vooral ook hoe procesmatig wordt geborgd dat bekwaamheden (en opleidingen) aansluiten op de zorgbehoefte.

##### **Bekwaamheden valideren**

Bekwaamheden worden zowel in de opleiding als in de praktijk verworven. Voordat deze in het portfolio van een zorgverlener mogen worden opgenomen moet iemand vaststellen dat de betreffende persoon deze bekwaamheid beheerst. Er moet dus een assessor zijn die de bekwaamheden valideert. Dit kan op verschillende manieren worden vormgegeven, denk bijvoorbeeld aan het werken met Entrustable Professional Activities, EPA<sup>35</sup>. Verschillende zorgaanbieders hebben dit met hun medewerkers reeds georganiseerd. De best practice van die reeds bestaande praktijken kan tot basismodel verheven worden.

Ook moet worden geregeld wat ervoor nodig is om de bekwaamheid te behouden (bijv. periodieke intercollegiale toetsing) en wanneer bekwaamheden vervallen of worden doorgehaald (bijvoorbeeld automatisch indien geen periodieke toetsing is ingevoerd). Dit systeem dient nader uitgewerkt te worden in samenwerking met betrokken beroepsorganisaties, wetenschappelijke verenigingen,

##### **Noten**

<sup>34</sup> Leistikow IP, Tuijn Y van der, Diemen R van. IGZ promoot *just culture*. Medisch Contact 2015;70(38):1742-4

<sup>35</sup> Zie <https://www.medischevervolgopleidingen.nl/ondersteuningsmateriaal/webinars-olle-ten-cate>



patiëntenorganisaties en opleidingsinstituten. Hierbij kan gedacht worden aan: de NVvTG: OSATs en PE-online; kwaliteitsregisters van de beroepsverenigingen; en opleidingen die leerpleinen met specifieke scholingen hebben ingericht (bijv. is een medewerker bekwaam om met een bepaald type insulinepomp te werken?).

### **Publiek of privaat?**

Een volgend punt betreft de vraag of het portfolio een publiek of privaat karakter moet krijgen. Een publiek karakter impliceert dat de IGJ hierop toezicht houdt. Zeker indien ook niet geregistreerde zorgprofessionals een portfolio bijhouden is dat een (te) veelomvattende taak. Er lijkt daarom meer voor te zeggen om in de wet een verplichting op te nemen voor zorgprofessionals om een portfolio bij te houden. Het portfolio is dan privaat van karakter. Het is dan wel van belang dat het portfolio (of welbepaalde onderdelen daarvan) voor het publiek inzichtelijk is. Het portfolio dient dus openbaar gemaakt te worden.

### **Standaardisatie en inzichtelijkheid portfolio**

Voorts zal er een zekere uniformering of standaardisatie moeten zijn van het portfolio. Aanvankelijk is dat nog relatief gemakkelijk te realiseren; dan gaat het immers vooral om de bekwaamheid voorbehouden handelingen uit te voeren. Maar op termijn is dit uit te breiden naar andere (risicovolle) handelingen en competenties. Hierin is wellicht een clustering nodig of wenselijk. Ook hier zijn beroepsorganisaties, wetenschappelijke verenigingen en zorgaanbieders aan zet. Om het portfolio inzichtelijk te maken is het van belang dat deze bekwaamheden concreet geformuleerd zijn en aansluiten bij de belevingswereld van patiënten.

### **Gevolgen voor de opleidingen**

Tenslotte is een vraag wat precies een basisberoep is en hoe om te gaan met specialismen. Dit raakt aan het systeem van opleidingen in de zorg. Het lijkt de Raad evident dat dit nieuwe model gevolgen heeft of moet hebben voor de wijze waarop zorgprofessionals worden opgeleid. De Raad denkt hierbij aan een basisopleiding op het niveau van mbo, hbo of universiteit, met daarna verschillende modules die opleiden voor specifieke bekwaamheden en die te combineren zijn tot verschillende (uitstroom)profielen. Het voert in het kader van dit advies echter te ver om hierover uitspraken te doen.

## **4.5 Conclusie**

De Raad stelt voor de Wet BIG om te vormen tot een toekomstbestendige Wet op de Bekwaamheden in de gezondheidszorg. Dit is op hoofdlijnen uitgewerkt in een model waarmee de gesignaleerde knelpunten ook voor de lange termijn opgelost worden. Dit model is gebaseerd op regulering van de basisberoepen door middel van: de opleiding en registratie, een bekwaamhedenportfolio en de inzichtelijkheid daarvan, en een vorm van tuchtrecht gericht op leren en verbeteren.

Het geschetste model biedt verschillende voordelen ten opzichte van de andere vergezichten. Het speelt flexibel in op de veranderende zorgvraag en de manier van werken in de zorgpraktijk; het maakt bekwaamheden inzichtelijk voor patiënten, werkgevers en andere betrokkenen; het maakt

werken in de zorg aantrekkelijker; het geeft meer carrièremogelijkheden aan zorgprofessionals; en tot slot hoeft de overheid niet meer allerlei nieuwe beroepen in de Wet BIG te reguleren.

## 5 Aanbevelingen en advies

Het vorige hoofdstuk beschrijft een model om te komen tot een toekomstbestendige Wet BIG. Maar het geeft nog niet op alle vragen gedetailleerd antwoord. In dit laatste hoofdstuk doet de Raad aanbevelingen om de transitie naar dit model te maken.

De overheid dient nu alvast stappen te zetten om de regulering van beroepen in de zorg te laten aansluiten bij de snel veranderende zorgvraag en zorgpraktijk. Voor de implementatie van 'de nieuwe Wet BIG' – Wet op de *Bekwaamheden* in de gezondheidszorg – kan het bekwaamhedenportfolio in eerste instantie gebaseerd worden op de werkzaamheden uitgevoerd door de huidige in de Wet BIG opgenomen beroepen. Langzaam maar zeker kan het beroepenmodel vervolgens vervangen worden door het bekwaamhedenmodel.

De Raad adviseert de minister om het geschetste model Wet op de *Bekwaamheden* in de gezondheidszorg met belanghebbende partijen nader te verkennen en het draagvlak voor dit model te onderzoeken.

In aansluiting hierop adviseert de Raad de minister om in overleg met betrokken partijen nadere uitwerking te geven aan het model en de nog uit te werken punten die hij in hoofdstuk 4 heeft gegeven.

Voor de korte termijn luidt het advies aan de minister om terughoudend te zijn met het toelaten van nieuwe beroepen tot de Wet BIG. Dit betreft concreet het voorstel tot invoering van de regieverpleegkundige (BIG2).

De wijze waarop beroepen gereguleerd zijn of worden hangt nauw samen met de opleidingen en opleidingsstructuur. De Raad adviseert de minister hierover een vervolgadvisie aan de RVS te vragen.

# Bijlage 1

## Kernelementen van de Wet BIG

De Wet BIG laat de uitoefening van de individuele gezondheidszorg in principe vrij voor iedereen. Dit betekent dat niet-BIG-geregistreerde beroepsgroepen zorg mogen verlenen, maar niet dat iedereen alles mag. Bepaalde beroepen kennen een beschermde titel en bepaalde handelingen zijn voorbehouden aan bevoegde beroepsbeoefenaren (bijvoorbeeld de artsen en verloskundigen). De belangrijkste onderdelen van de Wet BIG zijn beroepenregulering en tuchtrecht. De beroepenregulering betreft de beroepen met een beschermde beroepstitel en de daaraan verbonden opleidingseisen en (her)registratie van de betreffende beroepsbeoefenaren in het BIG register. Het BIG-register is openbaar en dient ertoe dat voor eenieder, waaronder patiënten, zorgaanbieders, en zorgverzekeraars, kenbaar is welke beroepsbeoefenaren geregistreerd zijn en daarmee voldoen aan de gestelde opleidingseisen en waartoe zij bevoegd zijn. Daarnaast regelt de Wet BIG 'voorbehouden handelingen'. Dit zijn bepaalde risicovolle handelingen, die beroepsmatig zelfstandig slechts mogen worden verricht door in de Wet BIG aangewezen beroepsbeoefenaren. In de Wet BIG is opgenomen welke beroepsgroepen bevoegd zijn voor deze handelingen. De Wet BIG regelt verder dat beroepsbeoefenaren die ingeschreven zijn in een BIG-register, onder het tuchtrecht vallen.

De wet bevat derhalve de volgende kernelementen:

- **Registratie**

Via de Wet BIG zijn beroepen gereguleerd waarvan de titel beschermd is. De wet onderscheidt een licht en een zwaar regime van titelbescherming. Beroepen in het lichte regime kennen een beschermde opleidingstitel. Deze titel mag gevoerd worden indien een wettelijk vastgelegde opleiding afgerond is. Beroepen in het zware regime kennen een beschermde beroepstitel. Deze titel mag gevoerd worden indien een wettelijk vastgelegde opleiding afgerond is en de beroepsbeoefenaar daarnaast in het BIG-register geregistreerd staat. Door registratie in het BIG-register is voor het publiek controleerbaar of iemand terecht een beschermde titel voert.

Het lichte regime is gebaseerd op artikel 34 van de wet. Er zijn vijftien beroepen gereguleerd volgens het lichte regime. Het gaat vooral om voor het publiek direct toegankelijke beroepen, zoals ergotherapeut en huidtherapeut. Ten aanzien van deze beroepen worden de opleidingseisen en het deskundigheidsgebied op grond van de wet vastgesteld. Deze beroepen zijn niet onderworpen aan publiek tuchtrecht en ze zijn niet vindbaar in het BIG-register. Zij kunnen zich wel vrijwillig registreren in één van de private beroepsregisters<sup>1</sup>.

Lichte regime:

Apothekers-assistent, diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist, huidtherapeut, podotherapeut, radiotherapeutisch

### Noten

<sup>1</sup> Overigens kunnen ook de art. 3 beroepen behalve in het BIG-register in private kwaliteitsregisters ingeschreven staan

laborant, radiodiagnostisch laborant, tandprotheticus, optometrist, klinisch fysisus en verzorgende (individuele gezondheidszorg).

Het zware regime is gebaseerd op artikel 3 van de wet. Het is momenteel van toepassing op negen basisberoepen. Voor deze beroepen zijn registers ingesteld en zij vallen onder het publieke tuchtrecht. De beroepsgroepen die onder het zware regime vallen moeten ook aan herregistratie-eisen voldoen. Aan beroepen die onder dit regime vallen kan de bevoegdheid tot het zelfstandig of functioneel zelfstandig uitvoeren van voorbehouden handelingen toegekend worden. Sommige beroepen die onder het lichte regime vallen kennen alleen functionele zelfstandigheid. Zie voor het verschil hiertussen hierna onder 'regeling voorbehouden handelingen').

Zware regime:

Arts, tandarts, verloskundige, apotheker, verpleegkundige, physician assistant, fysiotherapeut, gezondheidszorg-psycholoog en psychotherapeut

Bij de beroepen die onder het zware regime vallen kan de Minister daarnaast specialismen erkennen, op grond van artikel 14 van de wet BIG. Bijvoorbeeld longarts als specialisme van het basisberoep arts en Verpleegkundig specialist acute zorg als specialisme van het basisberoep verpleegkundige.

#### *Deskundigheidsgebieden*

In de Wet BIG zijn de deskundigheidsgebieden van de beroepen in het zware regime vastgelegd<sup>2</sup>. Zo wordt tot het gebied van deskundigheid van de arts gerekend 'het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst' (artikel 19 lid 1). Voor sommige van deze beroepen wordt een nadere uitwerking daarvan gegeven bij AMvB. Zo wordt tot het gebied van deskundigheid van de psychotherapeut gerekend 'het onderzoeken en het volgens bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen methoden beïnvloeden van stemmingen, gedragingen en houdingen van een persoon met een psychische stoornis, afwijking of klacht, teneinde deze te doen verdwijnen of te verminderen' (artikel 27).

#### *Criteria voor het wettelijk reguleren van beroepen*

De criteria voor het wettelijk reguleren van beroepen zijn niet opgenomen in de Wet BIG. In de tweede wettelijke evaluatie is de aanbeveling gedaan de criteria voor regulering van beroepen expliciet in de Wet BIG op te nemen. Het kabinet heeft dit voorstel niet overgenomen. In plaats daarvan heeft de (vorige) minister van VWS de volgende beleidslijn opgesteld<sup>3</sup>:

a. De beroepsuitoefening moet gericht zijn op de individuele gezondheidszorg. Het gaat hierbij om activiteiten die rechtstreeks betrekking hebben op een persoon en die gericht zijn op het bevorderen en bewaken van de gezondheid van een individuele patiënt. Het is hierbij van belang dat de kern van het beroep de directe patiëntenzorg betreft. Er moet daadwerkelijk regelmatig contact zijn met patiënten.

#### **Noten**

<sup>2</sup> De deskundigheidsgebieden van de art. 34 beroepen zijn vastgelegd in de opleidingsbesluiten

<sup>3</sup> Kamerstuk Evaluatie wet BIG. TK, 2014-2015, 29282, nr 211.

b. Het moet gaan om een basisberoep, dat voldoende onderscheidend is.

Van belang is dat het beroep een breed basisberoep is en geen functie of specialisme. Bij een beroep is er een duidelijke koppeling tussen een landelijke bepaalde beroepsopleiding en het beroep, terwijl de eisen aan een functie binnen een instelling worden vastgesteld en een functie door mensen met verschillende professionele achtergronden ingevuld kan worden. Zo is praktijkondersteuner een functie en geen beroep, omdat deze functie door mensen met verschillende opleidingen kan worden uitgevoerd.

Ook moet het deskundigheidsgebied van het beroep voldoende uitontwikkeld zijn en moet het onderscheidend zijn van andere beroepen. Voor patiënten en andere beroepsgroepen moet immers helder zijn welke beroepsgroep deskundig is op welk terrein. Zo is recentelijk het beroep klinisch technoloog, na een experimenteerperiode van vijf jaren, opgenomen in de Wet BIG. Een belangrijke overweging hierbij was dat deze beroepsgroep deskundig is op het terrein van complexe technisch medische problematiek, wat een te onderscheiden deskundigheidsgebied is van dat van de arts. Grote overlap in deskundigheidsgebied en werkveld van een beroepsgroep, zoals dit bijvoorbeeld in de GGZ bij sommige beroepsgroepen het geval is, kan een reden zijn om een beroep niet wettelijk te reguleren. Dit zou immers onduidelijkheid voor patiënten in de hand werken.

In het verlengde van bovenstaande moet een eenduidige, brede opleiding voor het beroep gespecificeerd kunnen worden, waarvan de kwaliteit afdoende en onafhankelijk geborgd is. Het dient hierbij te gaan om een Nederlandse opleiding, omdat de Nederlandse overheid geen controle kan uitoefenen op buitenlandse opleidingen en het voor de beroepsuitoefening nodig is kennis te nemen van in Nederland geldende eisen. Ook het aantal beroepsbeoefenaren is van belang. De beroepsgroep moet van voldoende omvang zijn om een afzonderlijke regeling te rechtvaardigen.

c. Wettelijke regulering moet noodzakelijk zijn om patiënten adequaat te beschermen.

Als de kwaliteit van de beroepsuitoefening op andere wijze geborgd kan worden of er geen substantiële risico's voor de patiëntveiligheid zijn, is wettelijke regulering van het beroep niet noodzakelijk. Alternatieve vormen van kwaliteitsborging zijn bijvoorbeeld kwaliteitsborging binnen een instelling of private regulering. Hierbij is de mate van professionele zelfstandigheid van de beroepsgroep een belangrijk aspect. Zo is het niet nodig het beroep van tandartsassistent op te nemen in de Wet BIG, omdat deze onder de verantwoordelijkheid van een tandarts werkt en de kwaliteit van de beroepsuitoefening binnen de mondzorgpraktijk geborgd kan worden. Ook is relevant of de beroepsgroep vrij toegankelijk is, omdat bij deze beroepsbeoefenaren in het bijzonder van belang is dat ze een voor het publiek herkenbare titel hebben.

Indien aan deze criteria is voldaan, is vervolgens de vraag aan de orde of het lichte dan wel het zware regime van toepassing is.

Voor beide regimes geldt dat er noodzaak moet zijn tot publiekrechtelijke regeling van de opleiding, een voor het publiek herkenbare titel of het toekennen van functionele zelfstandigheid aan het beroep.

De noodzaak tot toepassing van het zware regime is aanwezig wanneer de beroepsgroep voorbehouden handelingen zelfstandig moet kunnen verrichten (het «voorbehouden handelingen criterium»). Voorbehouden handelingen zijn handelingen die zo risicovol zijn voor patiënten, dat ze alleen veilig zelfstandig verricht kunnen worden door beroepsbeoefenaren met een bepaalde opleiding. Ook is er bij deze beroepsgroepen evidente noodzaak tot de toepassing van het tuchtrecht, omdat zo beroepsbeoefenaren van de beroepsuitoefening uitgesloten kunnen worden en daarmee de bevoegdheid voor de voorbehouden handelingen komt te vervallen.

Het zware regime is ook aan de orde als de beroepsgroep geen voorbehouden handelingen verricht, maar er wel om andere redenen noodzaak is tot toepassing van publiek tuchtrecht (het «tuchtrechtcriterium»). Dit is onder andere het geval indien de patiënt zich in een zeer afhankelijk en kwetsbare positie ten opzichte van de beroepsbeoefenaar bevindt. Dit is bijvoorbeeld het geval bij fysiotherapeuten en gezondheidszorgpsychologen (GZ-psychologen).

#### *Besluitvorming over opname*

Zoals hiervoor geschetst besluit de minister over opname van beroepen in de Wet BIG aan de hand van de geschetste beleidslijn. In het wetsvoorstel BIG<sub>2</sub> is het voornemen opgenomen om hiervoor een adviestaak te beleggen bij het Zorginstituut Nederland, waarbij de minister het ZiN om advies kan vragen omtrent nieuwe aanvragen tot opname van beroepen en specialistentitels in de Wet BIG. Dit wetsvoorstel is nog niet voorgelegd aan de Tweede Kamer.

Voorbeelden:

ZiN heeft momenteel adviezen in voorbereiding m.b.t. de klinisch fysicus, de klinisch chemicus, de anesthesiemedewerker, de operatie-assistent (artikel 3) en de klinisch verloskundige (artikel 14).

In de praktijk zien we dat vooral een alternatieve route wordt bewandeld om tot opname in de Wet BIG te komen, namelijk via het zgn. experimenteerartikel, art 36a Wet BIG. Dit is een wettelijke voorziening die het mogelijk maakt om bij AMvB bepaalde (al dan niet nieuwe) beroepsgroepen, op tijdelijke basis en onder voorwaarden, zelfstandig bevoegd te verklaren tot het verrichten van een aantal aangewezen voorbehouden handelingen. Op flexibele wijze zouden aldus bevoegdheden kunnen worden toegekend aan (nog) niet geregelde, in ontwikkeling zijnde, beroepen alsook aan bestaande beroepen waarbinnen competentieverschuivingen plaatsvinden. Het is de bedoeling dat

na afloop van deze periode bij een positieve evaluatie deze beroepsbeoefenaren worden opgenomen in de Wet BIG en/of het BIG-register.

Voorbeelden:

Klinisch technoloog, geregistreerd mondhygiënist, Verpleegkundig Specialist, Physician Assistant, Bachelor Medische Hulpverlener.

### *Erkenning van specialismen*

Specialismen van basisberoepen worden erkend op voordracht van de betreffende beroepsorganisatie. Zo kan de KNMG bijvoorbeeld specialismen voordragen voor het beroep arts. De Minister beoordeelt vervolgens of een titel als wettelijk erkende specialistentitel aangemerkt wordt. Ook hierover adviseert het ZiN de minister. Hierbij wordt het specialisme getoetst aan de formele eisen uit artikel 14 van de Wet BIG. Zo moet de organisatie die het specialisme voordraagt voldoende representatief zijn voor het betreffende beroep. Daarnaast wordt onder meer beoordeeld door de Minister of aanwijzing van het specialisme wenselijk is voor een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. Dit betekent bijvoorbeeld dat het specialisme voldoende uitgekristalliseerd moet zijn, zich moet onderscheiden van het basisberoep en andere wettelijk erkende specialismen en toegevoegde waarde moet hebben ten opzichte hiervan<sup>4</sup>.

#### • **Periodieke registratie of herregistratie**

In de Wet BIG is vastgelegd dat beroepsbeoefenaren die onder het zware regime vallen zich periodiek dienen te herregistreren om te waarborgen dat zij over actuele kennis en vaardigheden blijven beschikken<sup>5</sup>. BIG-geregistreerde zorgverleners moeten elke vijf jaar hun registratie verlengen. Momenteel kan aan de herregistratie-eisen voldaan worden door voldoende relevante werkervaring ('vlieguren') op te doen. Indien een zorgverlener geen of onvoldoende werkervaring heeft opgedaan dan dient hij of zij een periodiek registratiecertificaat (prc) door middel van een toets te behalen, eventueel voorafgegaan door een scholingsprogramma, om zich te kunnen laten herregistreren.

Wie als specialist staat ingeschreven bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen (RGS) hoeft geen herregistratie als basisarts bij het BIG-register aan te vragen. Voor inschrijving in het specialistenregister gelden namelijk hogere eisen. Wel moet de specialist ingeschreven blijven in het BIG-register. Zolang de specialist geregistreerd staat in het register van het specialisme behoudt hij automatisch de registratie in het BIG-register.

Het BIG-register wordt uitgevoerd door het CIBG, een uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het CIBG verzorgt in dit kader ook de herregistratie. Aanvragen tot herregistratie kunnen digitaal worden ingediend. Hierin dient de beroepsbeoefenaar gegevens over werkervaring of scholing in te vullen. Een aanvraag voor herregistratie kost 85 euro. Als dit bedrag is voldaan en de aanvraag niet geselecteerd is voor controle ontvangt de aanvrager een besluit waarin staat dat hij/zij opnieuw geregistreerd is en wat de nieuwe herregistratiedatum is.

#### **Noten**

<sup>4</sup> Beleidsregels wettelijke erkenning specialistentitels wet BIG

<sup>5</sup> Dit is uitgewerkt in het Besluit periodieke registratie Wet BIG van 24 November 2008 en Regeling van 18 maart 2009 (minister van VWS, MEVA/BO-2819721)



Ten behoeve van de herregistratie gebruiken medisch specialisten een persoonlijk dossier, GAIA<sup>6</sup>, waarin zij alle deskundigheidsbevorderende activiteiten opnemen. Nederlandse scholingen komen automatisch in het dossier, andere deskundigheidsbevordering kan zelf toegevoegd worden. Voor de herregistratie kan het GAIA-dossier rechtstreeks aangeboden worden bij de Registratie Geneeskundig specialisten (RGS), die belast is met de herregistratie van medisch specialisten. Dit systeem betreft derhalve niet de herregistratie van de basisberoepen van artikel 3, omdat zij nog geen verplichting hebben tot deelname aan deskundigheidsbevordering. Dit systeem wordt thans alleen gebruikt binnen de artikel 14 beroepen (specialismen); de uitvoering hiervan ligt bij de beroepsverenigingen en niet bij het CIBG.

Naar aanleiding van de tweede wettelijke evaluatie van de Wet BIG (2013) is er een voornemen om de eisen aan de periodieke herregistratie aan te scherpen. Naast voldoende relevante werkervaring zal deelname aan bij- en nascholing en het volgen van andere deskundigheidsbevorderende activiteiten verplicht worden. De Wet BIG zal op dit punt worden aangepast (BIG2). Het wetsvoorstel hiervoor (BIG2) moet nog worden ingediend bij de Tweede Kamer<sup>7</sup>.

- **Vorbehouden handelingen**

De Wet BIG regelt 'vorbehouden handelingen'. Dit zijn bepaalde risicovolle handelingen, die onbevoegden niet zelfstandig mogen verrichten.

Vorbehouden handelingen:

heilkundige handelingen, verloskundige handelingen, verrichten van endoscopieën, verrichten van catheterisaties, geven van injecties, verrichten van puncties, brengen onder narcose, verrichten van handelingen met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden, verrichten van electieve cardioversie, toepassen van defibrillatie, toepassen van electroconvulsieve therapie, steenvergruizing voor geneeskundige doeleinden, handelingen ten aanzien van menselijke geslachtscellen en embryo's en voorschrijven van UR-geneesmiddelen.

In de wet worden beroepsgroepen aangewezen die zelfstandig bevoegd zijn voor deze handelingen. Zij mogen deze handelingen zelfstandig indiceren, uitvoeren en delegeren. Beroepsbeoefenaars die niet als zelfstandig bevoegd zijn aangewezen, mogen de handelingen alleen in opdracht uitvoeren. Hierbij moet voldaan worden aan bepaalde voorwaarden. Zo moet o.a. de mogelijkheid tot toezicht en tussenkomst door de opdrachtgever geborgd zijn en moet de opdrachtgever zich ervan overtuigen dat de opdrachtnemer bekwaam is om de handeling te verrichten. De Wet BIG regelt voor enkele beroepsgroepen functionele zelfstandigheid. Deze beroepsgroepen mogen geen opdracht geven voor het verrichten van een vorbehouden handeling, maar mogen deze wel zonder toezicht en tussenkomst van een bevoegde beroepsbeoefenaar uitvoeren. In dat geval moet een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar wel de opdracht geven. In alle gevallen geldt dat degene die de handeling uitvoert bekwaam moet zijn voor deze handeling.

**Noten**

<sup>6</sup> Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie

<sup>7</sup> Het wetsvoorstel tot wijziging van de wet BIG2 is tot nader order uitgesteld

Veel van deze handelingen zijn met de nodige training goed aan te leren. Denk bijvoorbeeld aan het toedienen van injecties, bloed of andere infuusvloeistoffen. Of ze worden (mettertijd) uitgevoerd door robots.

Het is om die reden dat in de wet onderscheid gemaakt wordt tussen zelfstandig en functioneel bevoegd. Het zelfstandig bevoegd zijn tot het verrichten van voorbehouden handelingen omvat tevens de deskundigheid tot het stellen van de indicatie voor de betreffende handelingen, het kunnen overzien van mogelijke complicaties e.d. Bij functionele bevoegdheid handelt iemand in opdracht van een zelfstandig bevoegde, volgens diens aanwijzingen, maar is 'toezicht en tussenkomst' van de opdrachtgever niet vereist.

Tabel : regeling voorbehouden handelingen

	Opdracht geven?	Zelfstandig uitvoeren?	Wie?
Zelfstandige bevoegdheid	Ja	Ja	Artsen, tandartsen, verloskundigen, Verpleegkundig specialisten, physician assistants, klinisch technologen en bachelors Medisch Hulpverlener; allen voor zover bekwaam.
Functioneel zelfstandige bevoegdheid	Nee	Ja, in opdracht van zelfstandig bevoegde	Verpleegkundigen, ambulanceverpleegkundigen, en mondhygiënisten; allen voor zover bekwaam. Ook de regieverpleegkundige zou bij deze categorie horen volgens het wetsvoorstel in voorbereiding.
In opdracht	Nee	Nee, er moet toezicht en tussenkomst zijn	Iedereen die bekwaam is.

Bron: bijlage bij brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer d.d. 2 december 2014, met zijn reactie op de tweede wettelijke evaluatie van de Wet BIG (vergaderjaar 2014–2015, 29 282, nr. 211)

Naar aanleiding van de tweede wettelijke evaluatie van de Wet BIG is de regeling van voorbehouden handelingen op een aantal punten verduidelijkt of aangepast. Zo is inmiddels verduidelijkt dat de regeling van voorbehouden handelingen van toepassing is ongeacht het doel waarmee handelingen verricht worden. Voorbehouden handelingen mogen dus ook buiten de gezondheidszorg, bijvoorbeeld in de cosmetische sector, alleen door bevoegden verricht worden<sup>8</sup>. Voorts neemt de minister zich voor laser- en IPL-behandelingen van de huid aan te merken als voorbehouden handeling.

**Noten**

<sup>8</sup> Zie ook prg. 2.3.2 van het advies

- **Tuchtrecht**

De Wet BIG regelt dat beroepsbeoefenaren die ingeschreven zijn in het BIG-register onder het tuchtrecht vallen. Het tuchtrecht vervult twee functies. Ten eerste, het bevorderen van het lerend vermogen van de sector. Door het tuchtrecht worden de normen van het professionele handelen verduidelijkt en aangescherpt. Ten tweede de repressieve functie om disfunctionerende beroepsbeoefenaren te corrigeren en zo nodig van de beroepsuitoefening uit te sluiten.

Het tuchtrecht in de Wet BIG biedt de mogelijkheid om gedragingen van beroepsbeoefenaren te toetsen aan specifieke beroepsnormen. Tuchtcolleges bestaan uit juristen, meestal afkomstig uit de rechterlijke macht, en leden beroepsgenoten. Er zijn vijf regionale tuchtcolleges en een Centraal Tuchtcollege als beroepsinstantie. Doordat beroepsgenoten over beroepsgenoten oordelen draagt het tuchtrecht bij aan normontwikkeling binnen de beroepsgroepen (lerende functie). Een tuchtmaatregel is geen strafmaatregel maar beoogt primair correctie van professioneel handelen om herhaling van gemaakte fouten te voorkomen.

De Wet BIG bevat ook een aantal specifieke strafbepalingen voor individuele gezondheidszorg verricht door BIG-geregistreerden en niet BIG-geregistreerden. Het doel van die bepalingen is om de zorgverlener die schade of een aanmerkelijke kans daarop doet ontstaan, strafrechtelijk te kunnen vervolgen. De inzet van het strafrecht staat los van de toepassing van het tuchtrecht. Het tuchtrecht is bedoeld om de burger te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door zorgverleners, terwijl het strafrecht dient ter bescherming van de maatschappij als geheel.

Met ingang van 1 april 2019 is het tuchtrecht in de Wet BIG op een aantal punten gewijzigd<sup>9</sup>. De belangrijkste veranderingen zijn de volgende:

- Voorzittersbeslissing  
Voorzitters van de tuchtcolleges hebben de mogelijkheid gekregen om klachten waarvan onmiddellijk duidelijk is dat zij eenvoudig kunnen worden afgehandeld<sup>10</sup>, zelf af te doen. Dit kan de duur van de procedure verkorten.
- Tuchtklachtfunctionaris  
De klager kan een tuchtklachtfunctionaris inschakelen. Deze functionaris kan de klager adviseren of de klacht tegen de juiste persoon is gericht, of tuchtrecht de aangewezen route is voor een klacht en helpen bij het formuleren van het klaagschrift. De verwachting is dat hiermee de kwaliteit van de procedure wordt verbeterd.
- Wijzigen van de klacht  
De klager krijgt de bevoegdheid om zijn klacht tot uiterlijk twee weken voor de behandeling van de zaak op de terechtzitting schriftelijk te wijzigen of aan te vullen.
- Tuchtrechtelijk beroepsverbod en Last tot Onmiddellijke Onthouding van de Beroepsuitoefening (LOB)  
De tuchtrechter kan een beroepsverbod opleggen als de veiligheid dat vereist, waardoor de betrokkene niet meer (volledig) in de individuele gezondheidszorg mag werken. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan een zorgverlener vanwege ernstig gedrag direct op non-actief stellen in afwachting van het oordeel van de tuchtrechter.

#### **Noten**

<sup>9</sup> <https://www.knmg.nl> › nieuws › nieuwsbericht › Wetswijziging tuchtrecht in de gezondheidszorg: de belangrijkste wijzigingen op een rij

<sup>10</sup> Omdat het college kennelijk onbevoegd is, de klacht kennelijk niet-ontvankelijk, kennelijk ongegrond of kennelijk van onvoldoende gewicht is; artikel 67a wet BIG

- Tweede tuchtnorm  
Handelingen in de privésfeer en het organisatorisch handelen van een arts-bestuurder vallen nu (in bepaalde gevallen) officieel onder het tuchtrecht (Tweede tuchtnorm). Door een wijziging van de tweede tuchtnorm wordt de ruimere interpretatie die de oude norm al in de jurisprudentie had gekregen, vastgelegd in de wet.
- Berispingen en boetes niet meer standaard gepubliceerd  
Berispingen en boetes worden alleen nog openbaar gemaakt als de tuchtrechter dat nodig vindt in het belang van de individuele gezondheidszorg.
- Introductie griffierecht en veroordeling in kosten.  
De klager is een griffierecht van € 50,- verschuldigd, dat hij terugkrijgt indien de klacht gegrond wordt verklaard. Daarnaast kan het tuchtcollege als een klacht geheel of gedeeltelijk gegrond is verklaard de aangeklaagde veroordelen in de kosten die de klager heeft moeten maken, bijvoorbeeld voor een advocaat.



Parnassusplein 5  
Postbus 19404  
2500 CK Den Haag  
T +31 (0)70 340 5060

[mail@raadrvs.nl](mailto:mail@raadrvs.nl)  
[www.raadrvs.nl](http://www.raadrvs.nl)

**Raad** ↙  
**Volksgezondheid**  
**& Samenleving**

  @raadRVS