

29282 Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector
Nr. 585 Brief van de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 december 2024

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in de procedurevergadering van 20 november 2024 besloten om mij een aantal vragen voor te leggen over de Verzamelbrief Wet BIG 2024 (Kamerstuk 29 282, nr. 583). Onderstaand treft u, ter voorbereiding op het commissiedebat Arbeidsmarktbeleid in de zorg (d.d. 19 december 2024), mijn reactie aan.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Agema

Vragen van de leden van de PVV-fractie

Vanaf wanneer gaat de BIG registratie voor de medisch hulpverlener acute zorg (MHAZ) gelden?

De BIG-registratie voor de MHAZ geldt vanaf het moment dat de voorgestelde wetswijziging ingaat en het beroep MHAZ in artikel 3 van de Wet BIG is opgenomen. MHAZ'ers kunnen zich dan inschrijven in het BIG-register zodat ze de beschermde beroepstitel kunnen gebruiken. Hiervoor hebben ze een diploma nodig dat voldoet aan de opleidingseisen. Zoals in mijn brief van 12 november jl. aan uw Kamer gemeld, is mijn streven om de internetconsultatie van een wetsvoorstel begin 2025 te starten. Daarna moet de gebruikelijke procedure worden doorlopen voordat dit voorstel tot wet kan worden verheven en in werking kan treden. Over het algemeen is de gemiddelde behandelduur van een wetsvoorstel twee jaar.

Komen alleen de afgestuurde MHAZ die het nieuwe (verlengde) curriculum hebben doorlopen in aanmerking? Hoe wordt er omgegaan met een eventuele BIG-registratie voor mensen die met het oude curriculum hun MHAZ hebben behaald?

Er is nu al inhoudelijk geen verschil meer tussen de opleiding Bachelor Medische Hulpverlening (BMH, de voorloper van de MHAZ) en de opleiding MHAZ die na de wetswijziging nodig zal zijn voor registratie in het BIG-register. Bij beide opleidingen moeten de studenten voldoen aan het aantal praktijkuren dat nodig is om bevoegd en bekwaam aan de slag te gaan. Hieronder ga ik daar nader op in.

De hbo-opleiding BMH begon in 2010 bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN) en de Hogeschool Utrecht. In 2012 volgde de Hogeschool Rotterdam. De eerste twee jaar waren hetzelfde voor alle studenten, daarna kon er gekozen worden voor een specialisatie: ambulancezorg, spoedeisende hulp, anesthesie, operatieve zorg of cardiologie. Inmiddels is de opleiding BMH veranderd in de opleiding MHAZ die breed opleidt voor acute zorg. Sinds 2021 kent de opleiding geen specialisaties meer. Alle MHAZ-studenten krijgen dezelfde opleiding en kunnen flexibel werken in de verschillende zorggebieden.

Studenten van de BMH-opleiding volgden na hun diploma een extra training van 45 weken om zelfstandig te kunnen werken. Uit de evaluatie van het experiment BMH bleek namelijk dat zij te weinig praktijkuren in hun opleiding maakten en deze ervaring alsnog nodig was. Daarom heeft mijn ambtsvoorganger aangegeven dat

de MHAZ alleen een beschermde beroepstitel in de Wet BIG kan krijgen indien de opleiding zou worden uitgebreid met meer praktijken. De Vereniging Hogescholen heeft begin 2024 laten weten dat de huidige MHAZ-opleiding genoeg praktijken heeft om studenten goed op te leiden. De Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO) heeft de opleiding bij alle drie hogescholen goedgekeurd. Hierdoor leveren deze hogescholen studenten af die voldoen aan het vereiste voor BIG registratie.

Dit betekent dat, na de voorgestelde wetswijziging, zowel degenen die de (oude) BMH-opleiding én de 45-weeken training met goed gevolg hebben afgerond, als de afgestudeerden van de (nieuwe) MHAZ-opleiding zich in het BIG-register kunnen inschrijven.

Wordt aan de MHAZ een beschermende titel toegekend? Zo ja welke?

Ja, mijn voornemen is dat de MHAZ wordt opgenomen in artikel 3 van de Wet BIG. Er komt een register waarin MHAZ'ers zich kunnen inschrijven als ze aan bepaalde voorwaarden (opleidingseisen) voldoen. Als ze eenmaal in dit register staan, mogen ze de beschermde beroepstitel MHAZ gebruiken. Dit maakt dat alleen de in het register ingeschreven MHAZ'ers de beroepstitel MHAZ mogen voeren.

Welke financiële gevolgen heeft het toekennen van een BIG-registratie aan de MHAZ?

De MHAZ die als zodanig willen werken en zich als zodanig wil presenteren, moeten zich registreren in het BIG-register. Deze registratie kost € 85 en geldt voor vijf jaar. Als ze na de periode van vijf jaar in het register ingeschreven willen blijven staan, moeten ze ook voldoen aan de eisen van periodieke registratie, in de praktijk vaak herregistratie genoemd. Daartoe moet iedere vijf jaar een aantekening in het register worden gemaakt waaruit blijkt dat aan deze eisen is voldaan. Ook deze herregistratie kost € 85. De tijd die het kost om zich in te schrijven in het register en de vijfjaarlijkse herregistratie wordt geschat op 30 minuten per inschrijving. Uitgaande van een gemiddeld uurtarief van € 20 betekent dit dat de kosten die gemoeid zijn met het indienen van de aanvraag € 10 bedragen voor de inschrijving in het register per beroepsbeoefenaar en voor de herregistratie eens in de vijf jaar ook € 10.

Welke praktische gevolgen heeft het toekennen van een BIG-registratie aan de MHAZ?

Er komt een register waarin MHAZ'ers zich kunnen inschrijven als ze aan bepaalde voorwaarden (opleidingseisen) voldoen. Als ze eenmaal in dit register staan, mogen ze de beschermde beroepstitel MHAZ gebruiken. Op hen is dan ook tuchtrecht van toepassing.

Om te waarborgen dat BIG-geregistreerde zorgverleners aan de eisen blijven voldoen, dienen zij zich elke vijf jaar te laten herregistreren. Dit geldt dus ook voor de MHAZ. Wanneer er onvoldoende werkervaring en geen recente scholing is, kan de zorgverlener zich laten herregistreren door een Periodiek Registratie Certificaat (PRC) te behalen. In de brief van 23 juni 2024¹ heeft mijn ambtsvoorganger aangegeven dat het belangrijk is om het voor voormalig zorgmedewerkers die weer hun BIG-registratie willen halen zo makkelijk mogelijk te maken, met behoud van kwaliteit. Omdat we in de zorg immers iedereen hard nodig hebben. Een stelsel waarin rekening wordt gehouden met de behoefte aan snelle herintreding en maatwerk is hierbij het uitgangspunt.

Welke verschillen zijn er op dit moment tussen de ambulanceverpleegkundige en de MHAZ werkzaam op de ambulance?

De verschillen die er nu zijn, zien op de voorbehouden handelingen, de opleidingen, en toepassing van het tuchtrecht. De MHAZ mag op dit moment voorbehouden handelingen uitvoeren volgens de regels van de opdrachtregeling in de Wet BIG. Dit betekent dat de MHAZ in opdracht (artikel 35 en 38 van de Wet BIG) van (meestal) een arts voorbehouden handelingen mag verrichten. Na de wetswijziging, krijgt de MHAZ, net als de ambulanceverpleegkundige, een functioneel zelfstandige bevoegdheid. Dit betekent dat de MHAZ (voorbehouden) handelingen zelf zonder toezicht en tussenkomst van een zelfstandig bevoegde beroepsbeoefenaar mag uitvoeren. De MHAZ zal deze echter niet mogen indiceren of zelf aan een andere zorgverlener een opdracht geven tot het verrichten van voorbehouden handelingen. Voor ambulanceverpleegkundigen geldt momenteel al hetzelfde. Na de voorgestelde wetswijzigingen, werken er op de ambulance dus twee beroepsgroepen die dezelfde voorbehouden handelingen mogen verrichten onder dezelfde voorwaarden.

De opleiding tot deze beroepen verschilt echter wel. De ambulanceverpleegkundige volgt eerst een vierjarige opleiding verpleegkunde (mbo of hbo), waarna de opleiding tot

¹ Kamerstuk 29 282, nr. 522.

ambulanceverpleegkundige volgt. Vaak heeft de verpleegkundige al een vervolgopleiding IC (Intensive Care) of SEH (Spoedeisende Hulp) of CCU (Cardiac Care Unit) of anesthesie gevolgd voordat aan de opleiding tot ambulanceverpleegkundige wordt begonnen. De MHAZ volgt de vierjarige hbo-opleiding MHAZ. Vervolgens kan de MHAZ in alle settings van de acute zorg aan het werk. Dit onderscheidt de BMH van meer specifiek opgeleide beroepsbeoefenaren. Hiermee worden zorgprofessionals opgeleid die flexibel inzetbaar zijn.

Naast de opleiding is verder het enige verschil dat de MHAZ momenteel niet onder het tuchtrecht valt en de ambulanceverpleegkundige wel. Als de MHAZ wordt opgenomen in artikel 3 van de wet, geldt het tuchtrecht ook voor hen.

Vragen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie:

Klopt het dat er nog een toegezegd gesprek zou plaatsvinden met het veld over de analyse van de reacties op het wetsvoorstel tijdens de internetconsultatie?

Ik heb niet een dergelijke toezegging gedaan aan het veld. In aanloop naar mijn besluit om het conceptwetsvoorstel om de beroepenstructuur voor de psychologische beroepen te wijzigen niet voort te zetten, is een zorgvuldig proces gevolgd. Alle reacties op het conceptwetsvoorstel in de internetconsultatie, inclusief die van de betrokken beroepsverenigingen, zijn meegenomen in de analyse en de vervolgfawegingen. Het rapport "Analyse van de internetconsultatie over de wijziging van de Wet BIG" is meegezonden in de BIG-verzamelbrief aan de Kamer. De stuurgroep van het programma Beroepenstructuur Psychologische Zorg, waarin onder andere het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Nederlandse Vereniging van Psychologen (NVP) zitting hebben, is tussentijds geïnformeerd over het proces en de fase van besluitvorming. In het overleg met de stuurgroep is aangegeven dat, gezien de vele negatieve reacties en het gebrek aan draagvlak, alle opties overwogen werden, waaronder de mogelijkheid om het conceptwetsvoorstel niet door te zetten. Voorafgaand aan het besluit om het conceptwetsvoorstel niet door te zetten, is een vertegenwoordiger van de stuurgroep geïnformeerd over dit besluit. Nader overleg over mogelijke aanpassingen van het conceptwetsvoorstel, zoals bijvoorbeeld de omschrijving van het deskundigheidsgebied, is gezien de uitkomsten van de analyse van de reacties en het besluit niet aan de orde.

Wat is de reden dat u voor dit gesprek heeft besloten het conceptwetsvoorstel al in te trekken?

Zoals beantwoord bij vraag 1, heb ik geen gesprek met het veld toegezegd. Het besluit om het conceptwetsvoorstel niet door te zetten is genomen na een zorgvuldig proces. Dit besluit heb ik toegelicht in mijn brief aan uw Kamer, waarbij de analyse van de reacties op de internetconsultatie als bijlage is meegezonden.

Wat betekent deze beslissing voor de enorme wachtlijsten in de ggz, aangezien het wetsvoorstel ervoor zou zorgen dat er meer kind-jeugdpsychologen aan het werk zouden kunnen?

De veronderstelling van deze leden kan ik in zijn algemeenheid niet delen. Het conceptwetsvoorstel zou regelen dat K&J-psychologen, na nog nader uit te werken (beperkte) bijscholing, voortaan als gz-psycholoog-generalist in het BIG-register zouden kunnen worden geregistreerd. Of er daarmee ook meer psychologen aan het werk zouden kunnen voor kinderen en jeugdigen, is niet te voorspellen. Dat zou ook moeilijk via een wetswijziging te regelen zijn. Uit de reacties op de internetconsultatie van het conceptwetsvoorstel blijkt juist dat er veel bezorgdheid is dat het doorzetten van het conceptwetsvoorstel de wachttijden in de GGZ mogelijk zou kunnen verlengen. Zorgmedewerkers gaven in de internetconsultatie aan dat de veranderingen in de doorstroom, evenals de benodigde tijd voor omscholing en overgangsregelingen, zouden kunnen leiden tot een verminderde beschikbaarheid van personeel.

K&J-psychologen zijn al werkzaam in de jeugd-GGZ en kunnen zich via het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ) registreren voor het jeugdveld. Doordat ik het conceptwetsvoorstel niet doorzet, verwacht ik dat dit juist een positief effect heeft op de wachttijden.

Bent u zich bewust dat met het oog op het wetsvoorstel vele psychotherapeuten al bezig zijn zich bij te scholen om te voldoen aan de eisen voor registratie als gz-psycholoog-generalist en daarnaast honderden kinder- en jeugdpsychologen op eigen kosten of samen met hun werkgever aan het investeren zijn in een niet-gesubsidieerd K&J-opleidingstraject, in de verwachting dat zij op basis daarvan zouden kunnen overgaan naar het nieuwe BIG-beroep?

Het signaal dat psychotherapeuten en K&J-psychologen op grote schaal opleidingen of bijscholingen zijn gestart in verband met het conceptwetsvoorstel, heeft mij niet bereikt. De inhoud van de bijscholingstrajecten en de overgangsregelingen zijn nog helemaal niet bekend, waardoor het ook niet aannemelijk is dat dergelijke trajecten specifiek voor het nieuwe BIG-beroep of specialisme al gevolgd konden worden. Bovendien zou het prematuur zijn om op basis van een conceptwetsvoorstel, substantiële investeringen in

scholing te doen.

De stuurgroep van het programma Beroepenstructuur Psychologische Zorg, waarin het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en de Nederlandse Vereniging van Psychologen (NVP) zitting hebben, is tussentijds geïnformeerd over het proces en de fase van besluitvorming over het al dan niet voortzetten van het conceptwetsvoorstel. In het overleg met de stuurgroep is aangegeven dat, gezien de vele negatieve reacties en het gebrek aan draagvlak, alle opties overwogen werden, waaronder de mogelijkheid om het conceptwetsvoorstel niet door te zetten. Voorafgaand aan het besluit om het conceptwetsvoorstel niet door te zetten, is een vertegenwoordiger van de stuurgroep geïnformeerd over dit besluit. Er zijn geen toezeggingen gedaan over het daadwerkelijk doorzetten van het conceptwetsvoorstel en de inhoud van mogelijke toekomstige bijscholing.

Iedereen is vrij om een opleiding en/of bijscholing te volgen. Ik heb vernomen dat sommige zorgmedewerkers zich op eigen initiatief en kosten hebben bijgeschoold, in de verwachting dat zij op basis van hun bijscholing toegang zouden krijgen tot een beroep dat is geregeld in of op grond van artikel 3 of 14 van de BIG. Het conceptwetsvoorstel voorzag in een overgangstermijn van vijf jaar voor psychotherapeuten om zich bij te scholen, met als doel een soepele overgang te faciliteren voor psychotherapeuten die geïnteresseerd waren in toegang tot het nieuwe specialisme klinisch-psycholoog-psychotherapeut. De specifieke inhoud van de bijscholing en de overgangsregelingen waren echter nog niet bekend. Het K&J-beroep zou opgaan in het basisberoep gz-psycholoog-generalist, waarvoor sommige zorgmedewerkers beperkte bijscholing nodig zouden hebben. Ook hier waren de specifieke inhoud van de bijscholing en de overgangsregelingen nog niet bekend.

Ik waardeer het zeer dat zorgmedewerkers hun kennis en vaardigheden verder hebben ontwikkeld. Zorgmedewerkers die scholing hebben gevolgd, kunnen het beste contact opnemen met hun werkgever over de gemaakte kosten. Voor de opleiding tot psychotherapeut bestaat een vergoeding, namelijk een beschikbaarheidsbijdrage. Die maakt het mogelijk dat voor deze opleidingen een kostendekkende vergoeding aan de werkgever wordt uitgekeerd.

Wat zegt u tegen deze mensen die nu plots zitten met een (soms al afgeronde) opleiding zonder dat zij hier nu mee aan het werk kunnen?

Het signaal dat psychotherapeuten en K&J-psychologen op grote schaal opleidingen of bijscholingen zijn gestart in verband met het conceptwetsvoorstel, heeft mij niet bereikt. De inhoud van de bijscholingstrajecten en de overgangsregelingen zijn nog helemaal niet bekend, waardoor het niet aannemelijk is dat dergelijke trajecten specifiek voor het nieuwe BIG-beroep of specialisme al gevolgd konden worden. Bovendien zou het prematuur zijn om op

basis van een conceptwetsvoorstel, substantiële investeringen in scholing te doen.

In het conceptwetsvoorstel werd voorgesteld om het niet-BIG-gereguleerde beroep van K&J-psycholoog te laten opgaan in het nieuwe basisberoep van gezondheidszorgpsycholoog-generalist. Degenen die de opleiding tot K&J-psycholoog hebben gevolgd of momenteel volgen, kunnen, mits geregistreerd in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ), blijven werken in de Jeugd-ggz. Het werkveld voor zorgmedewerkers in de Jeugd-ggz verandert namelijk niet.

Het conceptwetsvoorstel stelde verder voor om het artikel 3-basisberoep psychotherapeut samen te voegen met het artikel 14-specialisme klinisch psycholoog. Deze samenvoeging zou leiden tot één gecombineerd specialisme: klinisch psycholoog-psychotherapeut. Door het stopzetten van het conceptwetsvoorstel blijven dit basisberoep en het huidige specialisme klinisch psycholoog ongewijzigd.

Op dit onderdeel van het conceptwetsvoorstel is veel kritiek geuit in de ontvangen reacties op de internetconsultatie.

Psychotherapeuten gaven aan dat zij zich zorgen maakten over een mogelijke verplichte bijscholing, terwijl zij dezelfde werkzaamheden zouden blijven uitvoeren. Daarnaast vreesden zij dat de samenvoeging zou leiden tot het verlies van hun zelfstandige titel, wat wordt gezien als een aantasting van gespecialiseerde kennis en een verlies van de professionele identiteit.

Is er een overgangsregeling mogelijk voor deze groep?

Aangezien de huidige regulering blijft gelden is er geen overgangsrecht nodig. De K&J-psychologen kunnen al werken in de jeugdhulp en kunnen dat blijven doen, aangezien voor deze groep de norm van de verantwoorde werktoedeling van toepassing is. Ook voor psychotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen en klinisch psychologen geldt dat hun werk ongewijzigd blijft. De kwaliteitskaders die van toepassing zijn op de volwassenen-GGZ, zoals het Kwaliteitsstatuut GGZ, blijven ook voor hen van kracht en is geen overgangsregeling nodig.

Hoe ziet u dit plotseling intrekken van het wetsvoorstel in het kader van betrouwbaarheid van bestuur, omdat veel mensen tijd en geld in opleidingen hebben gestopt vanwege de beleidsrichting die door de vorige bewindspersoon werd ingeslagen?

Het signaal dat psychotherapeuten en K&J-psychologen op grote schaal opleidingen of bijscholingen zijn gestart in verband met het conceptwetsvoorstel, heeft mij niet bereikt. De inhoud van de bijscholingstrajecten en de overgangsregelingen zijn nog helemaal niet bekend, waardoor het niet aannemelijk is dat dergelijke trajecten specifiek voor het nieuwe BIG-beroep of specialisme al gevolgd konden worden. Bovendien zou het prematuur zijn om op

basis van een conceptwetsvoorstel, substantiële investeringen in scholing te doen.

Het doel van de internetconsultatie is om reacties en meningen van betrokkenen (in dit geval burgers, beroepsbeoefenaren die direct of indirect geraakt worden door het voorstel, beroepsorganisaties en andere belangenorganisaties) en van de hele samenleving te verzamelen over een conceptvoorstel teneinde de kwaliteit van wetgeving te verbeteren. De consultatie biedt de mogelijkheid om draagvlak te peilen, bezwaren te inventariseren en het beleid waar nodig te verbeteren. Dit is een onderdeel van het wetgevingsproces, waarbij het belangrijk is dat de overheid goed luistert naar de inbreng van betrokkenen en van burgers, zorgvuldig naar de reacties kijkt en deze meeneemt bij haar afwegingen en beslissingen over het conceptwetsvoorstel. In dit geval heeft de internetconsultatie aangetoond dat het conceptwetsvoorstel niet de beoogde doelstellingen zou realiseren en ervoor onvoldoende draagvlak bestaat bij de betrokken beroepsgroepen en beroepsbeoefenaren. Dit heeft mede geleid tot het besluit om het conceptwetsvoorstel niet door te zetten. De internetconsultatie en het zorgvuldige proces dat daarna is doorlopen om uiteindelijk tot het besluit te komen het conceptwetsvoorstel niet voort te zetten, getuigt naar mijn mening van betrouwbaar bestuur.

Op welke wijze wilt u regelen dat de K&J-psycholoog geborgd wordt binnen de kaders van de Wet BIG, zodat deze psychologen optimaal kunnen worden ingezet?

In 2015 vroeg het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) om opname van de K&J-psycholoog in artikel 3 van de Wet BIG. Dit is uitgebreid onderzocht en afgewogen door het Nederlands Zorginstituut. Het uitgangspunt van de Wet BIG is dat beroepen niet worden opgenomen in de wet, tenzij dit noodzakelijk is om patiënten te beschermen tegen onzorgvuldig of ondeskundig handelen. Dit principe is onder andere gericht op een zo min mogelijke beperking van de werkwijze in de gezondheidszorg en vrije beroepsuitoefening. Het zorgt tevens voor maximale flexibiliteit op de arbeidsmarkt en inzet van zorgmedewerkers. Na advies van het Zorginstituut Nederland in mei 2022, waarin werd geconcludeerd dat wettelijke regulering niet noodzakelijk is voor patiëntbescherming, is aan uw Kamer gemeld dat het beroep niet opgenomen wordt in de Wet BIG.² Het Zorginstituut Nederland concludeerde dat het beroep niet voldoende onderscheidend is van andere psychologische beroepsgroepen en dat de kwaliteit van de zorg al voldoende wordt gewaarborgd door het Kwaliteitsregister Jeugd en het tuchtrecht. Daarnaast ontbreekt het volgens het Zorginstituut Nederland aan een eenduidige opleiding, wat het beroep minder geschikt maakt voor wettelijke regulering. Het is aan het werkveld zelf om te bepalen wie regiebehandelaar mag zijn, bijvoorbeeld via het Kwaliteitsstatuut GGZ.

² Kamerstuk 29 282, nr. 464.

Op welke manier gaat u de IZA-afspraken om de beroepen- en opleidingenstructuur te vereenvoudigen nu invullen en wanneer hoort de Kamer over deze nieuwe invulling?

De vereenvoudiging van de beroepen- en opleidingenstructuur is onderdeel van een IZA-afpraak die breder is geformuleerd.³ In het Bestuurlijke akkoord geestelijke gezondheidszorg 2019-2022⁴ – een voorganger van het IZA – is afgesproken dat de beroepsverenigingen met een voorstel komen voor het ontwikkelen van een samenhangende, duurzame en transparante beroepenstructuur voor psychologische en pedagogische zorg. Het conceptwetsvoorstel diende als invulling van deze afspraak, maar kreeg onvoldoende draagvlak tijdens de internetconsultatie. Daarom wordt er nu, in overleg met de betrokken IZA-partijen, gekeken naar een andere invulling die wel brede steun uit het veld kan krijgen.

Ik zal uw Kamer op de hoogte stellen zodra er een concreet plan is ontwikkeld. Op dat moment kan ik ook meer zeggen over het tijdspad. Het is mijn streven om een oplossing te vinden die de zorgprofessionals ondersteunt en tegelijkertijd zorgt voor een efficiëntere en flexibele inzetbaarheid binnen de zorg.

Bent u bereid met het veld om tafel te gaan over deze nieuwe invulling?

De vereenvoudiging van de beroepen- en opleidingenstructuur is onderdeel van een bredere IZA-afpraak. In het Hoofdlijnenakkoord (HLA) 2019-2022 – de voorganger van het IZA – is afgesproken dat de beroepsverenigingen met een voorstel komen voor het ontwikkelen van een samenhangende, duurzame en transparante beroepenstructuur voor psychologische en pedagogische zorg. Zoals ik ook heb aangegeven in mijn beantwoording op de vorige vraag, zal ik samen met de betrokken IZA-partijen verder onderzoeken hoe dit gerealiseerd kan worden, al dan niet met behulp van wetgeving.

Bent u van mening dat er nog steeds volop behoefte is aan vereenvoudiging en verduidelijking van de beroepenstructuur voor de psychologische BIG-beroepen?

De behoefte aan vereenvoudiging en verduidelijking van de psychologische en pedagogische beroepenstructuur blijft bestaan. Het conceptwetsvoorstel richtte zich op het verminderen van het aantal titels binnen de psychologische zorg, maar bleek niet te kunnen zorgen voor verduidelijking (welke beroepsbeoefenaar waarvoor kan worden ingezet). Het is verder belangrijk dat eventuele oplossingen voor vereenvoudiging geen onnodige administratieve lasten en kosten met zich meebrengen. In samenwerking met de betrokken IZA-partijen wordt verkend hoe op een zorgvuldige en doeltreffende wijze invulling kan worden

³ Zie hoofdstuk H. Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals, p. 90: "Vereenvoudiging, uniformering en flexibilisering van de beroepenstructuur (BIG) en opleidingenstructuur waardoor efficiënter wordt opgeleid en meer flexibiliteit komt in de inzet van behandelaren."

⁴ Kamerstuk 25 424 nr. 420, p. 10.

gegeven aan de IZA-afspraken.

Zoals eerder gemeld aan uw Kamer biedt wetgeving niet altijd de juiste oplossing.⁵ Zorgprofessionals, werkgevers en beroepsverenigingen hebben de afgelopen periode zelf deskundigheidsbevorderende activiteiten geïnitieerd, zoals bijvoorbeeld private kwaliteitsregisters van de beroepsverenigingen. Deze dragen bij aan het op peil houden van de professionele standaard, ter borging van de kwaliteit van zorgverlening, omdat private kwaliteitsregisters extra scholingseisen stellen. Ook zijn de kwaliteitsregisters een belangrijke bron voor patiënten, werkgevers en anderen om te controleren of zij met een betrouwbare zorgverlener te maken hebben en deze registers kunnen bijdragen aan een snellere en betere doorverwijzing van patiënten.⁶

Vragen van de leden van de VVD-fractie:

Deelt u de mening dat vereenvoudiging en verduidelijking van de beroepenstructuur voor de psychologische BIG-beroepen nog steeds hard nodig is, zodat cliënten sneller de juiste en passende zorg vinden en verwijzers zoals huisartsen beter weten naar welke professional moet worden doorverwezen?

De behoefte aan vereenvoudiging en verduidelijking van de psychologische en pedagogische beroepenstructuur blijft bestaan. Het conceptwetsvoorstel richtte zich op het verminderen van het aantal titels binnen de psychologische zorg, maar verduidelijkte niet wie waarvoor kan worden ingezet. Daarnaast werd de pedagogische zorg niet meegenomen, wat het voorstel onvolledig maakte in relatie tot de IZA-afspraken voor een samenhangende, duurzame en transparante beroepenstructuur voor zowel psychologische als pedagogische zorg. Het is belangrijk dat eventuele oplossingen voor vereenvoudiging geen extra administratieve lasten en kosten met zich meebrengen. In samenwerking met de betrokken IZA-partijen wordt verkend hoe een zorgvuldige en doeltreffende invulling van deze afspraken kan plaatsvinden.

Hoe gaat de afspraak uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) om te komen “tot vereenvoudiging, uniformering en flexibilisering van de beroepenstructuur (BIG) en opleidingen structuur in de ggz waardoor efficiënter wordt opgeleid en meer flexibiliteit komt in de inzet van

⁵ Kamerstuk 29 282, nr. 522, p. 4.

⁶ 'Een stap in de goede richting: impactanalyse vernieuwde beroepenstructuur psychologische zorg'. SiRM, 8 juli 2021 p. 4.

behandelaren” (pag. 90 IZA), waar het wetsvoorstel voor diende, nu nagekomen worden?

De vereenvoudiging van de beroepen- en opleidingenstructuur is onderdeel van een IZA-afspraken die breder is geformuleerd.⁷ In het Bestuurlijke akkoord geestelijke gezondheidszorg 2019-2022⁸ – een voorganger van het IZA – waarin werd afgesproken dat de beroepsverenigingen met een voorstel komen voor het ontwikkelen van een samenhangende, duurzame en transparante beroepenstructuur voor psychologische en pedagogische zorg. Het conceptwetsvoorstel diende als invulling van deze afspraak, maar kreeg onvoldoende draagvlak tijdens de internetconsultatie, mede door het niet behalen van de beoogde doelstellingen. Daarom wordt er nu, in overleg met de betrokken IZA-partijen, gekeken naar een andere invulling die wel brede steun uit het veld kan krijgen.

Ik zal uw Kamer op de hoogte stellen zodra er een concreet plan is ontwikkeld. Het is mijn streven om een oplossing te vinden die de zorgprofessionals ondersteunt en tegelijkertijd zorgt voor een efficiëntere en flexibele inzetbaarheid binnen de zorg.

Bent u bereid op korte termijn met het veld om tafel te gaan om afspraken te maken over de invulling van de IZA-afspraken? Welk tijdspad heeft u voor ogen om te komen tot uitvoering van de afspraken uit het IZA?

De vereenvoudiging van de beroepen- en opleidingenstructuur is onderdeel van een IZA-afspraken die breder is geformuleerd.⁹ In het Bestuurlijke akkoord geestelijke gezondheidszorg 2019-2022¹⁰ – een voorganger van het IZA – waarin werd afgesproken dat de beroepsverenigingen met een voorstel komen voor het ontwikkelen van een samenhangende, duurzame en transparante beroepenstructuur voor psychologische en pedagogische zorg. Het conceptwetsvoorstel diende als invulling van deze afspraak, maar kreeg onvoldoende draagvlak tijdens de internetconsultatie, mede door het niet behalen van de beoogde doelstellingen. Daarom wordt er nu, in overleg met de betrokken IZA-partijen, gekeken naar een andere invulling die wel brede steun uit het veld kan krijgen.

Ik zal uw Kamer op de hoogte stellen zodra er een concreet plan is ontwikkeld. Op dat moment kan ik ook meer zeggen over het tijdspad. Het is mijn streven om een oplossing te vinden die de zorgprofessionals ondersteunt en tegelijkertijd zorgt voor een efficiëntere en flexibele inzetbaarheid binnen de zorg.

⁷ Zie hoofdstuk H. Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals, p. 90: “Vereenvoudiging, uniformering en flexibilisering van de beroepenstructuur (BIG) en opleidingenstructuur waardoor efficiënter wordt opgeleid en meer flexibiliteit komt in de inzet van behandelaren.”

⁸ Kamerstuk 25 424, nr. 420, p. 10.

⁹ Zie hoofdstuk H. Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals, p. 90: “Vereenvoudiging, uniformering en flexibilisering van de beroepenstructuur (BIG) en opleidingenstructuur waardoor efficiënter wordt opgeleid en meer flexibiliteit komt in de inzet van behandelaren.”

¹⁰ Kamerstuk 25 424, nr. 420, p. 10.

De invoering van het Zorgprestatie­model (ZPM) heeft ervoor gezorgd dat enkele beroepen buiten het bekostigings­model zijn gebleven en met het intrekken van het wets­voorstel is veel onrust ontstaan omdat diverse beroepsgroepen zich al aan het voorbereiden waren. Bent u bereid op korte termijn met alle betreffende beroepsgroepen om tafel te gaan zodat afspraken gemaakt worden die dan ook daadwerkelijk door het hele veld gedeeld worden?

Het conceptwets­voorstel had niet tot wijziging geleid van beroepen die onder het Zorgprestatie­model (ZPM) mogen declareren en daarom is mij ook geen onrust hierover bekend. Het ZPM regelt de bekostiging van de ggz en forensische zorg op basis van de kwaliteits­standaard Veldnorm beroepen in de geestelijke gezondheids­zorg en forensische zorg (hierna: veldnorm). Deze veldnorm is opgenomen in het register van het Zorginstituut Nederland. De veldnorm is opgesteld om de kwaliteit van zorg in de ggz en forensische zorg te waarborgen en bevat een limitatieve lijst van beroepen die op basis van objectieve kwaliteits­criteria zelfstandig zorg mogen leveren en consul­ten mogen declareren. Deze beroepen­lijst is geïntegreerd in het ZPM, het bekostigingssysteem van de ggz.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) stelt de bekostigings­regels van het ZPM vast, waarbij beroepen op de veldnorm­lijst in acht beroepscategorieën zijn ondergebracht. Alleen deze beroepen mogen consul­ten declareren. Tot deze beroepen behoren onder andere de gezondheids­zorgpsycholoog, K&J-psycholoog, psychotherapeut en klinisch psycholoog. Nu het conceptwets­voorstel niet wordt doorgezet, blijft de huidige situatie ongewijzigd en behouden de betrokken beroeps­beoefenaren hun posities binnen het ZPM. Gezien de bestaande afspraken binnen de veldnorm is het niet nodig om hierover met de betreffende beroepsgroepen in gesprek te gaan.

Voor zover de onrust betrekking heeft op de het beroep systeemtherapeut, heb ik uw Kamer hierover in een eerdere beantwoording geïnformeerd.¹¹ In mijn reactie op de vraag van de NSC-fractie heb ik aangegeven dat de aanvraag van de NVRG voor de systeemtherapeut als declarabel beroep binnen het ZPM is afgewezen en dat deze afwijzing was gebaseerd op de criteria uit de veldnorm en niet op dit conceptwets­voorstel.

¹¹ Kamerstuk 25 424, nr. 711, p. 19.

De Kinder- en Jeugd (K&J)-psycholoog NIP zou door de wetswijziging samengaan met het basisberoep gz-psycholoog in één breed BIG-basisberoep voor psychologen (de gezondheidszorgpsycholoog-generalist) en daardoor opgenomen worden in de Wet BIG. Op welke wijze gaat u regelen dat de K&J-psycholoog alsnog binnen de kaders van de Wet BIG komt?

In 2015 vroeg het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) om opname van de K&J-psycholoog NIP in artikel 3 van de Wet BIG. Dit is uitgebreid onderzocht en afgewogen door het Nederlands Zorginstituut. Het uitgangspunt van de Wet BIG is dat beroepen niet worden opgenomen in de wet, tenzij dit noodzakelijk is om patiënten te beschermen tegen onzorgvuldig of ondeskundig handelen. Dit principe is onder andere gericht op een zo min mogelijke beperking van de werkwijze in de gezondheidszorg en vrije beroepsuitoefening. Het zorgt tevens voor maximale flexibiliteit op de arbeidsmarkt en inzet van zorgmedewerkers. Na advies van het Zorginstituut in mei 2022, waarin werd geconcludeerd dat wettelijke regulering niet noodzakelijk is voor patiëntbescherming, is aan uw Kamer gemeld dat het beroep niet opgenomen wordt in de Wet BIG.¹² Het Zorginstituut concludeerde dat het beroep niet voldoende onderscheidend is van andere psychologische beroepsgroepen en dat de kwaliteit van de zorg al voldoende wordt gewaarborgd door het Kwaliteitsregister Jeugd en het tuchtrecht. Wettelijke regulering van de K&J-psycholoog als basisberoep werd niet noodzakelijk geacht voor patiëntveiligheid. Daarnaast ontbreekt het volgens het Zorginstituut Nederland aan een eenduidige opleiding, wat het beroep minder geschikt maakt voor wettelijke regulering. Het is aan het werkveld zelf om te bepalen wie regiebehandelaar mag zijn, bijvoorbeeld via het Kwaliteitsstatuut GGZ.

Als een reden voor de intrekking wordt een mogelijke kostenstijging van € 12-20 miljoen per jaar gegeven. Door de vorige minister is reeds erkend dat deze schatting lastig te maken is en bovendien bestaat er de afspraak dat de eventuele meerkosten van dit voorstel worden opgevangen in het kader ggz. Als de kostenstijging nog zo onzeker is, en al afgedekt is door vorige afspraken, waarom deze dan als een van de redenen voor het intrekken opgegeven?

De mogelijke kostenstijging van € 12-20 miljoen per jaar was één van de redenen voor het niet doorzetten van het conceptwetsvoorstel. Deze stijging is onder andere het gevolg van de herinschaling van huidige K&J-psychologen en psychotherapeuten die nodig zou zijn als het wetsvoorstel er gekomen was. Hoewel mijn voorganger erkende dat de schatting

¹² Kamerstuk 29 282, nr. 464.

lastig te maken is, was afgesproken dat eventuele meerkosten voor de ggz binnen het kader ggz zouden worden opgevangen. Dit zou echter alleen een deel van de kosten in de volwassen ggz kunnen dekken.

Voor het jeugddomein, waar de kostenstijging op ongeveer € 6 miljoen werd geschat, ontbraken dergelijke afspraken. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft in reactie op de internetconsultatie kritiek geuit op het feit dat de financiële gevolgen voor het jeugddomein onvoldoende zijn uitgewerkt en dat er geen duidelijkheid is over wie de extra kosten zou dragen. Daarnaast uitten zowel de Nederlandse GGZ als de Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd (BGZJ) zorgen over de impact op de jeugd- en gehandicaptenzorg, waarbij zij wijzen op verwachte extra kosten van € 10-20 miljoen per jaar. Deze kostenstijgingen binnen het jeugddomein zouden niet binnen de huidige financiële kaders kunnen worden opgevangen.

Psychotherapeuten zijn al bezig om zich bij te scholen om te voldoen aan eisen voor de registratie als gz-psycholoog-generalist en er zijn honderden kinder- en jeugdpsychologen begonnen in een niet-gesubsidieerde K&J-opleidingstraject, in de verwachting dat zij op basis daarvan zouden kunnen overgaan naar het nieuwe BIG-beroep. Deelt u de mening dat deze inzet benut moet worden en dat de K&J-psycholoog snel zicht moet krijgen op een toekomst met opname in de Wet BIG?

Ik erken de inzet en de waarde van zowel psychotherapeuten als K&J-psychologen, die een cruciale rol vervullen in de psychologische zorg. De suggestie dat psychotherapeuten en K&J-psychologen op grote schaal opleidingen of bijscholingen zijn gestart in verband met het conceptwetsvoorstel, kan ik niet bevestigen. De inhoud van de bijscholingstrajecten en de overgangsregelingen waren op dat moment nog niet bekend, waardoor het niet aannemelijk is dat dergelijke trajecten specifiek voor het nieuwe BIG-beroep of specialisme al gevolgd konden worden. Bovendien zou het prematuur zijn om op basis van een conceptwetsvoorstel, substantiële investeringen in scholing te doen.

In het conceptwetsvoorstel werd voorgesteld om het niet-BIG-gereguleerde beroep van K&J-psycholoog te laten opgaan in het nieuwe basisberoep van gezondheidszorgpsycholoog-generalist. Degenen die de opleiding tot K&J-psycholoog hebben gevolgd of momenteel volgen, kunnen, mits geregistreerd in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ), blijven werken in de Jeugd-ggz. Het

werkveld voor zorgmedewerkers in de Jeugd-ggz verandert namelijk niet.

In 2015 vroeg het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) om opname van de K&J-psycholoog in artikel 3 van de Wet BIG. Dit is uitgebreid onderzocht en afgewogen door het Nederlands Zorginstituut. Het uitgangspunt van de Wet BIG is dat beroepen niet worden opgenomen in de wet, tenzij dit noodzakelijk is om patiënten te beschermen tegen onzorgvuldig of ondeskundig handelen. Dit principe is onder andere gericht op een zo min mogelijke beperking van de werkwijze in de gezondheidszorg en vrije beroepsuitoefening. Het zorgt tevens voor maximale flexibiliteit op de arbeidsmarkt en inzet van zorgmedewerkers. Na advies van het Zorginstituut Nederland in mei 2022, waarin werd geconcludeerd dat wettelijke regulering niet noodzakelijk is voor patiëntbescherming, is aan uw Kamer gemeld dat het beroep niet opgenomen wordt in de Wet BIG.¹³ Het Zorginstituut Nederland concludeerde dat het beroep niet voldoende onderscheidend is van andere psychologische beroepsgroepen en dat de kwaliteit van de zorg al voldoende wordt gewaarborgd door het Kwaliteitsregister Jeugd en het tuchtrecht. Daarnaast ontbreekt het volgens het Zorginstituut Nederland aan een eenduidige opleiding, wat het beroep minder geschikt maakt voor wettelijke regulering.

Vragen van de leden van de NSC-fractie:

Mondhygiënisten krijgen geen BIG registratie, hoe is dit uit te leggen als we willen naar taakherschikking tussen tandarts en mondhygiënist?

Een BIG-registratie is niet noodzakelijk om te komen tot een betere herverdeling van taken in de mondzorg. Er zijn ook andere mogelijkheden in de wet om tot een herverdeling van taken te komen, zoals de regeling van de functionele zelfstandigheid en de opdrachtregeling.

De wettelijke regeling voor mondhygiënisten na afloop van het experiment op 1 juli 2025 blijft zoals die nu al is. Mondhygiënisten hebben een beschermde opleidingstitel o.g.v. art. 34 van de wet BIG en hebben een functionele zelfstandigheid voor twee specifieke voorbehouden handelingen, namelijk het behandelen van kleine gaatjes en het injecteren van verdovingen. Dat houdt in dat mondhygiënisten in opdracht van de tandarts deze handelingen mogen uitvoeren, zonder dat hierbij dan een tandarts aanwezig hoeft te zijn in de praktijk.

Andere voorbehouden handelingen, zoals het maken van röntgenfoto's, mogen mondhygiënisten net als andere

¹³ Kamerstuk 29 282, nr. 464.

mondzorgmedewerkers, alleen in opdracht uitvoeren (met de mogelijkheid van tussenkomst en toezicht van de tandarts). Over het werken in opdracht is recent samen met de KNMT, NVM en IGJ voorlichting¹⁴ gepubliceerd. De KNMT en de NVM zijn betrokken geweest bij de totstandkoming en verspreiding onder de leden van deze voorlichting.

Om het werken in opdracht goed vorm te geven is het belangrijk dat mondzorgmedewerkers goed samenwerken. Met de functionele zelfstandigheid voor genoemde voorbehouden handelingen en de opdrachtregeling voor de overige voorbehouden handelingen tezamen, is er veel flexibiliteit en kunnen veldpartijen, zoals de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) en NVM (beroepsvereniging van mondhygiënist(en)), regionaal of zelfs landelijk afspraken maken over het uitvoeren van voorbehouden handelingen.

Betekent geen BIG-registratie voor mondhygiënist(en) dat zij de voorbehouden handelingen van het experiment niet meer mogen uitvoeren?

Nee, ook zonder BIG-registratie mogen mondhygiënist(en) voorbehouden handelingen uitvoeren. Na afloop van het experiment op 1 juli 2025 blijven mondhygiënist(en) een beschermde opleidingstitel behouden (het 'lichte regime' artikel 34 van de Wet BIG) en behouden daarbij ook een functionele bevoegdheid voor het behandelen van kleine gaatjes en het injecteren van verdovingen. Voor het maken van röntgenfoto's en andere voorbehouden handelingen kunnen partijen werken via de opdrachtregeling van de Wet BIG. In mijn antwoord op uw vorige vraag licht ik toe wat een functionele bevoegdheid en het werken in opdracht betekent. Bovendien bestaat het werk van de mondhygiënist uit een hoeveelheid en verscheidenheid aan andere taken die niet zijn gereguleerd en zonder opdracht van een tandarts kunnen worden uitgevoerd.

Medisch hulpverlener acute zorg is niet internationaal erkend en een verpleegkundige wel, wat is de reden dat een MHAZ geen verpleegkundige kan worden?

De MHAZ volgt een andere opleiding dan de verpleegkundige. Daarmee is het niet mogelijk om de titel verpleegkundige te voeren. De opleiding tot MHAZ leidt op tot werken in alle settings van de acute zorg. Daarmee is de MHAZ flexibel inzetbaar. De verpleegkundige wordt voor een veel breder werkveld opgeleid (van ouderenzorg, geestelijke gezondheidszorg en thuiszorg tot en

¹⁴ Op de volgende site helemaal onderaan staat de voorlichting over de opdrachtregeling: [Regels rondom voorbehouden handelingen door zorgpersoneel | Voorbehouden handelingen door zorgpersoneel | Rijksoverheid.nl](#).

met ziekenhuiszorg). Dat vraagt van de verpleegkundige in opleiding dat ook ervaring opgedaan wordt in deze verschillende contexten en daarvoor zijn meer stage-uren noodzakelijk dan voor de MHAZ.

Binnen de Europese Economische Ruimte (EER) zijn afspraken gemaakt over het onderling direct erkennen van bepaalde opleidingstitels (diploma's). Dat geldt onder andere voor de diploma's van de volgende beroepen: apothekers, artsen, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen. Voor deze diploma's is in de EER vastgesteld dat in het kader van erkenning van beroepskwalificaties aan minimale opleidingseisen voldaan moet worden. De minimale opleidingseisen zijn vastgesteld Richtlijn 2005/36/EG betreffende erkenning beroepskwalificaties (hierna: richtlijn). In de Richtlijn is in bijlage 5 een lijst opgenomen met diploma's waarvan is vastgesteld dat deze aan de minimale opleidingseisen voldoen om in aanmerking te komen voor de erkenning van deze opleidingen binnen de lidstaten. Voor zorgverleners die in het bezit van een aangewezen diploma zijn, betekent dit dat zij niet eerst apart hun diploma officieel hoeven te laten erkennen als zij in een ander land willen werken binnen de EER.

Om als zorgverlener internationaal als verpleegkundige erkend te worden, moet een zorgverlener in het bezit zijn van een erkend diploma van de opleiding verpleegkunde, zoals opgenomen in bijlage 5 van de Richtlijn. Een MHAZ'er die als verpleegkundige erkend wil worden, zal eerst de erkende opleiding tot verpleegkundige moeten volgen om in het bezit te komen van een dergelijk diploma. Het is echter mogelijk om als MHAZ'er de opleiding tot verpleegkundige in kortere duur af te ronden. Op basis van de Richtlijn kunnen lidstaten namelijk (gedeeltelijke) vrijstelling verlenen aan personen die een deel van deze opleiding hebben gevolgd in het kader van andere opleidingen van ten minste gelijkwaardig niveau. Het vrijstellingenbeleid wordt door het onderwijsveld zelf verder vormgegeven.

Hoe wordt voorkomen dat niet-BIG-geregistreeerde zorgprofessionals, met dezelfde deskundigheid als geregistreeerde zorgprofessionals, voor hetzelfde werk minder betaald krijgen omdat zij niet BIG-geregistreerd zijn?

Ik kan de aanname dat BIG-geregistreeerde zorgmedewerkers meer verdienen niet bevestigen. Werkgevers en werknemers gaan over de functiewaardering en bijbehorende arbeidsvoorwaarden binnen de zorg. Ik kan en mag me daar niet in mengen. Wel zie ik dat de afgelopen jaren steeds meer beroepsgroepen hebben verzocht om regulering van het beroep, om redenen die niet voortkomen uit de patiëntveiligheid. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de verwachting

dat het beroep hierdoor in aanzien wint, dat de instroom in de opleiding toeneemt of omdat er dan meer declaratiemogelijkheden zijn. Dat vind ik onwenselijk.

Komt er nog een vereenvoudiging en verduidelijking van de beroepenstructuur voor de psychologische BIG-beroepen?

De vereenvoudiging van de beroepen- en opleidingenstructuur is onderdeel van een IZA-afspraken die breder is geformuleerd.¹⁵ In het Bestuurlijke akkoord geestelijke gezondheidszorg 2019-2022¹⁶ – een voorganger van het IZA – is afgesproken dat de beroepsverenigingen met een voorstel komen voor het ontwikkelen van een samenhangende, duurzame en transparante beroepenstructuur voor psychologische en pedagogische zorg. Het conceptwetsvoorstel diende als invulling van deze afspraak, maar kreeg onvoldoende draagvlak tijdens de internetconsultatie. Daarom wordt er nu, in overleg met de betrokken IZA-partijen, gekeken naar een andere invulling die wel brede steun uit het veld kan krijgen.

Ik zal uw Kamer op de hoogte stellen zodra er een concreet plan is ontwikkeld. Op dat moment kan ik ook meer zeggen over het tijdspad. Het is mijn streven om een oplossing te vinden die de zorgprofessionals ondersteunt en tegelijkertijd zorgt voor een efficiëntere en flexibele inzetbaarheid binnen de zorg.

Hoe wordt het hele veld betrokken bij de eventuele nieuwe beroepenstructuur voor psychologische beroepen?

De vereenvoudiging van de beroepen- en opleidingenstructuur is onderdeel van een bredere IZA-afspraken. In het Hoofdlijnenakkoord (HLA) 2019-2022 – de voorganger van het IZA – is afgesproken dat de beroepsverenigingen met een voorstel komen voor het ontwikkelen van een samenhangende, duurzame en transparante beroepenstructuur voor psychologische en pedagogische zorg. Zoals ik ook heb aangegeven in mijn beantwoording op de vorige vraag, zal ik samen met de betrokken IZA-partijen verder onderzoeken hoe dit gerealiseerd kan worden, al dan niet met behulp van wetgeving. Dit zal onder andere betekenen dat we ook met het veld in gesprek gaan om te verkennen wat de opties zijn.

Als er geen nieuwe beroepenstructuur komt voor psychologische BIG-beroepen, welke consequenties heeft dit voor psychologen die zich al aan het bijscholen zijn?

¹⁵ Zie hoofdstuk H. Arbeidsmarkt en ontzorgen zorgprofessionals, p. 90: "Vereenvoudiging, uniformering en flexibilisering van de beroepenstructuur (BIG) en opleidingenstructuur waardoor efficiënter wordt opgeleid en meer flexibiliteit komt in de inzet van behandelaren."

¹⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 420, p. 10.

De suggestie dat psychotherapeuten en K&J-psychologen op grote schaal opleidingen of bijscholingen zijn gestart in verband met het conceptwetsvoorstel, kan ik niet bevestigen. De inhoud van de bijscholingstrajecten en de overgangsregelingen waren op dat moment nog niet bekend, waardoor het niet aannemelijk is dat dergelijke trajecten specifiek voor het nieuwe BIG-beroep of specialisme al gevolgd konden worden. Bovendien zou het prematuur zijn om op basis van een conceptwetsvoorstel, substantiële investeringen in scholing te doen.

In het conceptwetsvoorstel werd voorgesteld om het niet-BIG-gereguleerde beroep van K&J-psycholoog te laten opgaan in het nieuwe basisberoep van gezondheidszorgpsycholoog-generalist. Degenen die de opleiding tot K&J-psycholoog hebben gevolgd of momenteel volgen, kunnen, mits geregistreerd in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ), blijven werken in de Jeugd-ggz. Het werkveld voor zorgmedewerkers in de Jeugd-ggz verandert namelijk niet. Het conceptwetsvoorstel stelde verder voor om het artikel 3-basisberoep psychotherapeut samen te voegen met het artikel 14-specialisme klinisch psycholoog. Deze samenvoeging zou leiden tot één gecombineerd specialisme: klinisch psycholoog-psychotherapeut. Door het stopzetten van het conceptwetsvoorstel blijven dit basisberoep en het huidige specialisme klinisch psycholoog ongewijzigd.

Op dit onderdeel van het conceptwetsvoorstel is veel kritiek geuit in de reacties op de internetconsultatie. Psychotherapeuten gaven aan dat zij zich zorgen maakten over een mogelijke verplichte bijscholing, terwijl zij dezelfde werkzaamheden zouden blijven uitvoeren. Daarnaast vreesden zij dat de samenvoeging zou leiden tot het verlies van hun zelfstandige titel, wat wordt gezien als een aantasting van gespecialiseerde kennis en een verlies van de professionele identiteit.

Vragen van de leden van de BBB-fractie:

Wat is uw reactie op de “factsheet vanwege intrekken nieuwe beroepstructuur”?

De factsheet gedupeerde kinder- en jeugdpsychologen en de bijbehorende petitie, pleiten voor opname van het beroep van K&J-psycholoog in de Wet BIG en uiten diverse zorgen over de impact van het niet doorzetten van het conceptwetsvoorstel. Er wordt gesteld dat de wachtlijsten voor patiënten in de GGZ zullen oplopen. In de reacties op de internetconsultatie werden juist zorgen geuit dat de voorgestelde verandering in de beroepenstructuur zou leiden tot langere wachttijden.

Zorgmedewerkers wezen erop dat een verminderde doorstroom van personeel te verwachten was, door de overgangsregelingen en bijscholing. Door het conceptwetsvoorstel niet door te zetten, wordt daarom verwacht dat langere wachtlijsten juist worden voorkomen.

De suggestie K&J-psychologen op grote schaal opleidingen of bijscholingen zijn gestart in verband met het conceptwetsvoorstel, kan ik niet bevestigen. De inhoud van de bijscholingstrajecten en de overgangsregelingen waren op dat moment nog niet bekend, waardoor het niet aannemelijk is dat dergelijke trajecten specifiek voor het nieuwe BIG-beroep al gevolgd konden worden. Bovendien zou het prematuur zijn om op basis van een conceptwetsvoorstel, substantiële investeringen in scholing te doen.

Verder is het zo dat iedereen vrij is om een opleiding en/of bijscholing te volgen. Ik heb vernomen dat sommige zorgmedewerkers zich op eigen initiatief en kosten hebben bijgeschoold, in de verwachting dat zij op basis van hun bijscholing toegang zouden krijgen tot een beroep op grond van artikel 3 van de Wet BIG. Het K&J-beroep zou opgaan in het basisberoep gz-psycholoog-generalist, waarvoor sommige zorgmedewerkers beperkte bijscholing nodig zouden hebben. De details van deze bijscholing waren echter nog niet bekend. Ik waardeer het zeer dat zorgmedewerkers hun kennis en vaardigheden verder hebben ontwikkeld. Zorgmedewerkers die scholing hebben gevolgd, kunnen het beste contact opnemen met hun werkgever over de gemaakte kosten en de gevolgen van dit besluit.

Kunt u toezeggen om de aanbevelingen van het eindrapport evaluatieonderzoek experiment Geregistreerd Mondhygiënist toch in overweging te nemen al dan niet over te nemen?

Uw vraag is voor mij aanleiding om mijn besluit uitgebreider toe te lichten. Daarbij ga ik ook nader in op de doelstelling van de Wet BIG en de plaats van het experiment binnen de Wet BIG.

Zoals ik in mijn brief van 12 november jl. heb toegelicht was het doel van het experiment te bezien of een zelfstandige bevoegdheid voor de mondhygiënist tot meer doelmatige zorg zou leiden. In de evaluatie van het experiment beveelt het Maastricht UMC (MUMC) aan om de mondhygiënist zelfstandig bevoegd te maken voor het injecteren van verdovingen en het maken en beoordelen van röntgenfoto's. De onderzoeksresultaten leveren echter onvoldoende onderbouwing om deze conclusies over te nemen. In de eerste plaats omdat de evaluatie niet laat zien dat een grotere doelmatigheid van zorg in termen van kostenbesparing en tijdwinst wordt bereikt. Daar komt bij dat de eindrapportage kanttekeningen bevat omdat de resultaten onvoldoende representatief en beperkt te generaliseren zijn.

Ik wil hierbij expliciet benadrukken dat, ook al was de doelmatigheid gebleken van een zelfstandige bevoegdheid van de mondhygiënist, het dan nog maar de vraag zou zijn of de mondhygiënist in artikel 3 opgenomen zou worden. Daarbij spelen ook andere overwegingen, zoals de noodzaak voor de patiëntveiligheid, de kwaliteit van zorg, administratieve lasten en precedentwerking.

Doelstelling wet BIG

De doelstelling van de Wet BIG is het beschermen van patiënten tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van zorgverleners en het borgen van de kwaliteit van zorg. Vanwege deze doelstelling worden beroepen alleen gereguleerd als het nodig is voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg en om de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. Dit is het zogenaamde 'nee, tenzij' principe. Dat betekent ook dat alleen het streven naar doelmatigere zorg geen aanleiding is om direct over te gaan tot het beschermen van een beroepstitel en het toekennen van zelfstandige bevoegdheden. Het uitgangspunt van de Wet BIG is dat beroepen niet worden opgenomen in de wet, tenzij dit noodzakelijk is om patiënten te beschermen tegen onzorgvuldig of ondeskundig handelen. Dit principe is onder andere gericht op een zo min mogelijke beperking van de werkwijze in de gezondheidszorg en vrije beroepsuitoefening. Het zorgt tevens voor maximale flexibiliteit op de arbeidsmarkt en inzet van zorgmedewerkers.

Het 'nee, tenzij'-principe is gebaseerd op Europese regelgeving. Volgens Richtlijn (EU) 2018/958 betreffende een evenredigheidsbeoordeling voorafgaand aan nieuwe reglementering van beroepen moeten lidstaten eerst beoordelen of nieuwe regels voor beroepen noodzakelijk en redelijk zijn voordat ze worden ingevoerd. Dit geldt voor regels die de toegang tot of uitoefening van een beroep beperken, of bestaande regels wijzigen. Deze beoordeling heet een 'ex-ante evenredigheidsbeoordeling'. Hierbij wordt gekeken of de regels een algemeen belang dienen en of ze niet verder gaan dan nodig. Het gaat bij het beoordelen van evenredigheid enerzijds om het behouden van een flexibele arbeidsmarkt en daarbij de wens om zo min mogelijk te reguleren, en anderzijds om het borgen van de patiëntveiligheid en kwaliteit. Beide belangen moeten altijd goed gewogen worden in de regulering van beroepen en handelingen. Het doel van de evenredigheidsbeoordeling is het waarborgen van een goed werkende interne markt, transparantie en sterke consumentenbescherming.

Om de evenredigheid te kunnen beoordelen voor opname in de Wet BIG, moet een beroep getoetst worden aan de criteria zoals deze in de beleidslijn van het Ministerie van VWS zijn opgenomen (Kamerstukken II 2014/15, 29282, nr. 211, bijlage 2). Dat geldt ook in situaties waarin reeds geëxperimenteerd is op grond van artikel 36a van de Wet BIG en voor beroepen die in het lichte regime zijn gereguleerd en waarvan regulering in het 'zware regime' van de

Wet BIG wordt overwogen. Deze beoordeling moet ook worden gemaakt in het geval van de mondhygiënist.

Het bovenstaande betekent dat ook in het geval dat het experiment doelmatigere zorg had bewezen, er geen aanleiding is om direct over te gaan tot regulering van een beroep. Ook bij bewezen doelmatigere zorg blijft het uitgangspunt dat een beroep enkel in het 'zware regime' (artikel 3) gereguleerd wordt als het nodig zou zijn voor het borgen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg en om de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. Het reguleren van een beroep in het 'zware regime' (artikel 3) is immers een vergaande maatregel. In het 'zware regime' (artikel 3) is tuchtrecht van toepassing en geldt een (her)registratie. Dit kan onder andere leiden tot beperkte flexibiliteit op de arbeidsmarkt.

Borgen van patiëntveiligheid en kwaliteit op grond van een beschermde opleidingstitel

Na afloop van het experiment op 1 juli 2025, vallen mondhygiënisten weer in het 'lichte regime' (artikel 34) met opleidingstitelbescherming en een functionele zelfstandigheid voor het zonder toezicht en tussenkomst van een zelfstandig bevoegde zorgverlener behandelen van kleine gaatjes en injecteren van verdovingen. De patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg zijn daarmee voldoende geborgd. Functionele zelfstandigheid is een wettelijke regeling van de bevoegdheid tot het zelfstandig kunnen verrichten van deze voorbehouden handelingen. Dit betekent dat tandartsen erop kunnen vertrouwen dat mondhygiënisten deze handelingen zelfstandig kunnen verrichten, waarbij de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg bewaakt wordt.

Aanvullend is in het kader van patiëntveiligheid en kwaliteit voor mondhygiënisten een privaat kwaliteitsregister waarin zij zich kunnen registreren beschikbaar. Kwaliteitsregisters zijn een belangrijke bron voor patiënten, werkgevers en anderen om te controleren of zij met een betrouwbare zorgverlener te maken hebben. Registratienormen in een kwaliteitsregister zijn door het veld zelf bepaald en dus niet door de wetgever vastgelegd. Met registratie in het private Kwaliteitsregister Mondhygiënisten (KRM) tonen mondhygiënisten onder meer aan dat zij beschikken over een diploma dat voldoet aan de Wet op het Hoger Onderwijs waaruit blijkt dat zij de opleiding tot mondhygiënist met succes hebben afgerond. Verder onderschrijven mondhygiënisten hiermee het erkende beroepsprofiel en de door NVM erkende gedragscode voor mondhygiënisten. Ook blijkt hieruit dat ze voldoen aan de

eisen van deskundigheidsbevordering¹⁷ die gelden voor mondhygiënisten die daarin zijn geregistreerd. Op grond van deze eisen moeten mondhygiënisten iedere registratieperiode van 5 jaar voldoen aan de hiervoor genoemde eisen op gebied van deskundigheidsbevordering.

Administratieve lasten

Er zijn mondhygiënisten die veronderstellen dat de huidige bevoegdheden onnodige administratieve lasten met zich meebrengen en een zelfstandige bevoegdheden deze weg zal nemen. Die veronderstelling is niet terecht. Ook na het experiment kunnen mondhygiënisten functioneel zelfstandig, dus zonder toezicht en tussenkomst van een zelfstandig bevoegde zorgverlener (tandartsen) al kleine gaatjes behandelen en verdovingen injecteren. Daar bij is weliswaar een opdracht nodig, maar over de wijze van opdrachtverlening kunnen afspraken worden gemaakt om de in de praktijk ervaren belemmeringen te beperken. De opdracht (aan functioneel zelfstandig bevoegde mondhygiënisten) voor het uitvoeren van voorbehouden handelingen, zoals het behandelen van kleine gaatjes en verdovingen injecteren, kan door bijvoorbeeld de KNMT en NVM op regionaal of landelijk worden vastgelegd en hiervoor is geen schriftelijke opdracht per patiënt nodig. Zo kunnen mondhygiënisten met een functionele bevoegdheid ook gemakkelijk een zelfstandige praktijk blijven voeren, zoals zij dit voor het experiment ook deden. Voor overige voorbehouden handelingen kan gewerkt worden via de opdrachtregeling van de Wet BIG. Over het werken in opdracht is recent samen met de KNMT, NVM en IGJ voorlichting gepubliceerd. De KNMT en de NVM zijn betrokken geweest bij de totstandkoming en verspreiding onder de leden van deze voorlichting.

Kortom, het is niet nodig dat mondhygiënisten voor elke handeling per patiënt moet beschikken over een aparte opdracht van een tandarts. Het klopt dus ook niet dat deze dagelijkse lasten groot moeten zijn en een zelfstandige bevoegdheid die lasten drastisch zal verminderen. Ook dan zal er immers alsnog (schriftelijk) contact tussen tandarts en mondhygiënist nodig blijven om goede mondzorg te kunnen verlenen. Bovendien vormen dergelijke lasten geen criterium om opgenomen te worden in het 'zware regime' van artikel 3 van de wet BIG. Als blijkt het werken in opdracht niet goed verloopt, ben ik bereid met betrokken mondzorgpartijen in gesprek te gaan over het werken in opdracht kan worden geoptimaliseerd.

¹⁷ [Regelingen - KiesKRM - KwaliteitsRegister Mondhygiënisten.](#)

Overigens leidt regulering van een beroep in artikel 3 van de Wet BIG tot meer administratieve lasten. Opname van een beroep in het BIG-register brengt namelijk een verplichting mee tot registratie en vijfjaarlijkse verplichting tot (her)registratie. Dat zou dan ook voor de mondhygiënisten gaan gelden. Dat betekent dat mondhygiënisten elke 5 jaar moeten aantonen dat zij nog voldoen aan de herregistratie-eisen, te weten voldoende werkervaring of recente scholing hebben gevolgd.

Precedentwerking

Voorkomen moet worden dat het BIG-register gebruikt wordt voor andere doeleinden dan het borgen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg en om de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen. De Wet BIG is er niet voor om een zekere status aan beroepen te verlenen of voor financieel-economische motieven. En ik herhaal nog weer dat het BIG-register ook administratieve lasten met zich brengt. Naast het BIG-register is er de mogelijkheid van erkende titelbescherming (artikel 34 van de wet), die ook samen kan gaan met een bevoegdheid om een aantal specifieke voorbehouden handelingen zelfstandig uit te voeren (de hiervoor reeds beschreven functionele zelfstandigheid). Daarnaast is er de mogelijkheid van opdrachtverlening. Onnodige opname van een beroep in het BIG-register kan ook voor andere beroepen een reden zijn om dat ook te willen, waardoor er uiteindelijk een veel zwaardere regulering van de beroepen ontstaat dan noodzakelijk. Daarom is het des te belangrijker om vast te houden aan de uitgangspunten van regulering in de Wet BIG conform de beleidslijn van het Ministerie van VWS en de hierboven genoemde Europese richtlijn.

Patiëntveiligheid, kwaliteit van zorg en de flexibiliteit op de arbeidsmarkt zijn met regulering van de mondhygiënist in het lichte regime (artikel 34) dus voldoende geborgd, mede door de functionele zelfstandigheid, de mogelijkheden van de opdrachtregeling en het hiervoor genoemde kwaliteitsregister.

Terugkomend op uw vraag, is het, gegeven de beleidslijn voor toelating in artikel 3 van de Wet BIG en alle bovengenoemde onderbouwing, niet aan de orde om het beroep mondhygiënist wettelijk te reguleren in het zware regime (artikel 3) van de Wet BIG.