

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Eerste Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk

MEVA-U-3148394

Bijlage(n)

Uw brief

11 december 2012

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 5 maart 2013
Betreft voorhang ontwerpbesluit tijdelijke zelfstandige
bevoegdheid klinisch technoloog

Geachte voorzitter,

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in haar vergadering van dinsdag 4 december 2012 gesproken over mijn reactie van 26 november 2012 op de commissiebrief van 30 oktober 2012 inzake de voorhang van het ontwerpbesluit tijdelijke zelfstandige bevoegdheid klinisch technoloog. Deze bespreking heeft geleid tot een vraag aan mij te reageren op de door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) geuite opmerkingen op het deskundigheidsgebied als de te verrichten handelingen. Tevens zijn er aanvullende vragen van de fracties van VVD, PvdA, PVV, SP, D66 en GroenLinks gesteld.

Ik wil de leden van de verschillende fracties bedanken voor hun vragen en opmerkingen. Door overleg met externe partijen heeft mijn reactie een langere tijd geduurd dan voorzien. Excuses voor mijn verlate reactie.

In de brief zal ik eerst ingaan op de door de KNMG geuite mening dat er sprake is van onduidelijkheden ten aanzien van het deskundigheidsgebied van de klinisch technoloog alsmede ten aanzien van de door deze beroepsbeoefenaar te verrichten handelingen. Daarna zal ik per vraag op de aanvullende vragen van de fracties reageren.

De KNMG geeft in haar brief van 3 december 2012 aan dat er onduidelijkheid bestaat over het technisch medisch deelgebied van de geneeskunst. Ik zal proberen deze onduidelijkheid weg te nemen door aan te geven wat er onder deze passage verstaan wordt. Laat ik voorop stellen dat de klinisch technoloog niet het hele gebied van de geneeskunst tot haar deskundigheidsgebied rekent. Het verschilt dus met het deskundigheidsgebied van de arts. De afbakening in het deskundigheidsgebied van de klinisch technoloog betreft dat deel van de geneeskunst dat het technisch medisch deel betreft. De professional wordt opgeleid met voldoende medische en bèta-kennis. Daardoor is de klinisch technoloog in staat de technologie adequaat toe te passen en nieuwe mogelijkheden te ontwikkelen voor diagnostiek en therapie bij de individuele patiënt met behulp van technologie.

De afbakening wordt verder verduidelijkt door in het deskundigheidsgebied de volgende passage toe te voegen 'waarin de klinisch technoloog is opgeleid'. De omschrijving van het deskundigheidsgebied is daarmee conform de omschrijving van deskundigheidsgebieden van de beroepen in de Wet op de Beroepen Individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Ik acht het niet juist in het besluit zelf naast de beschrijving van de deskundigheid van het betreffende beroep, de afbakening met andere beroepsgroepen in het deskundigheidsgebied op te nemen. In de toelichting wordt de afbakening met andere relevante beroepen beschreven.

In de brief van de KNMG is opgenomen dat de er onduidelijkheid bestaat over welke handelingen nu tot het deskundigheidsgebied van de klinisch technoloog behoren. Het deskundigheidsgebied is mede naar aanleiding van de brief van de KNMG nader beschreven. Artikel 6 van het besluit van de klinisch technoloog komt te luiden.

Artikel 6

1. Tot het gebied van deskundigheid van de klinisch technoloog wordt gerekend het optimaliseren van bestaande technisch medische handelingen alsmede het ontwerpen en ontwikkelen van nieuwe diagnostische methoden en therapieën met behulp van technologie én het verrichten van complexe technisch medische handelingen binnen het technisch medische deelgebied van de geneeskunst waarin de klinisch technoloog is opgeleid.
2. De complexe technisch medische handelingen, bedoeld in het eerste lid, omvatten tevens:
 - a° onderzoeken en beoordelen van een patiënt en op basis van de verkregen gegevens het opstellen van een behandelplan;
 - b° uitvoeren van het behandelplan, begeleiden van een patiënt en het verrichten van gangbare en complexe technisch medische handelingen;
 - c° het stellen van indicaties en het herkennen van complicaties van complexe technisch medische handelingen en verrichtingen en het daarop anticiperen;
 - d° verwijzen naar, consulteren van en samenwerken met artsen en met andere gezondheidszorgmedewerkers.

Van belang is hierbij op te merken dat de complexe technisch medische handelingen, zoals het onderzoeken en beoordelen van een patiënt en het opstellen van een behandelplan, onderdeel uitmaken van het deskundigheidsgebied van de klinisch technoloog, nádat de klinisch technoloog in consult is geroepen door een arts. Het behandelplan heeft dan ook betrekking op de gangbare en complexe technisch medische handelingen. Het behandelplan heeft geen betrekking op het stellen van een diagnose en de daarop volgende behandeling van de aandoening of ziekte van een patiënt. Ook hier geldt dat de toelichting de context en de nadere duiding qua afbakening met andere beroepen beschrijft. Gelijk bij de andere beroepen in de Wet BIG wordt in het besluit zelf de taken, deskundigheid en competenties van het betreffende beroep beschreven.

De fracties vragen zich af hoe de opleiding tot klinisch technoloog kan voldoen aan enerzijds alle bekwaamheidseisen, zoals gesteld in het raamplan van de artsenopleiding en de bekwaamheden van de vervolgoopleidingen en anderzijds voldoende tijd kan inruimen voor het bekwamen in de werking van hoogwaardige technologie? De opleiding tot klinisch technoloog is qua aard en inhoud een andere

opleiding dan de opleiding geneeskunde.

Klinisch technologen worden niet opgeleid om arts te worden en artsen hebben een ander deskundigheidsgebied dan de klinisch technologen. In de opleiding van de klinisch technoloog wordt derhalve niet voldaan aan de bekwaamheidseisen zoals gesteld in het raamplan van de bachelor-masteropleiding geneeskunde en de inhoud van de medische vervolgopleidingen. De competenties van de klinisch technoloog liggen op het vlak van techniek die wordt toegepast in de gezondheidszorg. De opleiding tot klinisch technoloog is gericht op implementeren van medische-technologie en het ontwikkelen van diagnostische methoden/therapie met behulp van technologie. De professionals worden opgeleid met een geïntegreerde bèta-kennis en medische kennis die hen in staat stelt technologie toe te passen op patiëntniveau, nieuwe technologie te introduceren en te implementeren en bestaande technologie in de klinische praktijk te verbeteren. De afgestudeerde van de opleiding tot klinisch technoloog is in staat vanuit de patiënt te denken en technologie op een veilige en innovatie wijze te gebruiken om patiëntproblemen op te lossen. De bevoegdheid om voorbehouden handelingen zelfstandig te indiceren en te verrichten ligt in dit verlengde en heeft niet tot doel bij de patiënt een diagnose van een ziekte vast te stellen. De huidige curricula van de geneeskunde opleidingen kennen geen onderwijs in fysica, wiskunde, werktuigbouwkunde, elektrotechniek en informatica. Dit is wel het geval bij de opleiding tot klinische technoloog. De klinisch technologen leveren een surplus aan bèta kennis van de fysiologie en pathofysiologie en vanuit de modelmatige wijze van denken.

De klinisch technoloog dient niet te voldoen aan de opleidingseisen voor artsen zoals gedefinieerd in het landelijke raamplan geneeskunde. De opleiding tot klinisch technoloog kent eigen doelstellingen zoals specifiek is opgeschreven in het Raamplan voor Technisch Medisch Professionals opgesteld door de commissie Jaspers en de commissie Miedema. Het handelen van de arts start met de vraag van de patiënt. Het handelen van een klinisch technoloog start met de vraag (consult) van een arts. De klinisch technoloog betreft een ondersteunende discipline net zoals de radioloog of de anesthesioloog. De klinisch technoloog heeft een eigen deskundigheid, die niet gelijk is aan een basisarts of een medisch specialist en daarmee is de opleiding tot klinisch technoloog ook niet gelijk aan een artsenopleiding en/of medische vervolgopleiding.

Het voorbeeld van de eilandjes van Langerhans transplantatie, opgenomen in de toelichting van het besluit, is bedoeld als een voorbeeld van de variatie in technologische competenties waar een klinisch technoloog in de praktijk over kan beschikken. Het is niet bedoeld als een voorbeeld van alle competenties die in een persoon tot uiting moet komen. De technisch medische competenties die iemand heeft opgedaan binnen de opleiding bepalen op welke plaats in het proces de klinisch technoloog handelt.

Een ander voorbeeld van een werkerrein van een klinisch technoloog, is bijvoorbeeld de mechanische beademing. Dit is een levensreddende interventie bij acuut respiratoir falen, maar is tevens geassocieerd met risico's en complicaties, zoals longontstekingen, longschade en spierzwakte. Ontwenning van de mechanische beademing is daarom een essentieel en universeel onderdeel in de zorg van beademde intensive care patiënten. Bij een aantal patiënten kan, ondanks het verhelpen van de primaire oorzaak van de respiratoire insufficiëntie, ontwenning van de mechanische beademing moeilijk zijn.

Het gevolg hiervan is dat deze groep patiënten langdurig beademd moet worden met de bijbehorende risico's. De differentiaal diagnose van moeilijke ontwenning van de beademing is breed. Verslechterde ademspierfunctie en ademmechanica kunnen een belangrijke rol spelen in de moeilijke ontwenning en moeten daarom uitgebreid worden geanalyseerd. Gezien de technisch medische complexiteit van de analyse van ademspierfunctie en ademmechanica consulteert de intensivist hiervoor de klinisch technologen werkzaam op de intensive care. Om ademspierfunctie en ademmechanica te kunnen analyseren moet een speciale katheter met elektroden en drukballonnen worden ingebracht in de slokdarm van de patiënt (een voorbehouden handeling ex artikel 3 Wet BIG) door de klinisch technologen. Na analyse bespreekt de klinisch technologen de resultaten van het onderzoek in een multidisciplinair overleg met artsen om de primaire oorzaak van de moeilijke ontwenning van de beademing vast te stellen en een bijbehorend behandelplan te formuleren. Deze manier van analyseren zorgt ervoor dat patiënten sneller van de beademing worden onttrokken en beter op individueel niveau beademd worden.

In de praktijk zijn momenteel tientallen klinisch technologen werkzaam op diverse terreinen in voornamelijk academische en topklinische ziekenhuizen. Op afdelingen met een sterke technologische component is aantoonbaar de meeste behoefte. Deze afdelingen betreffen voornamelijk, maar niet uitsluitend, de radiologie, radiotherapie, nucleaire geneeskunde, cardiologie, intensive care en klinische neurofysiologie/neurologie. Binnen deze afdelingen hebben klinisch technologen hun eigen technisch medische expertise, doen wetenschappelijk onderzoek en worden ter ondersteuning bij specifieke vraagstellingen of een casus door de arts in consult geroepen. De klinisch technologen werken daarbij altijd in een multidisciplinair team met een arts als primair behandelaar.

In antwoord op de vraag of er in het buitenland ook voorbeelden van een dergelijke opleiding zijn kan ik stellen dat er geen voorbeelden zijn van een dergelijke opleiding. De opleiding tot klinisch technologen en het beroep is uniek in binnen- en buitenland. Zowel Massachusetts Institute of Technology (MIT) als Harvard University als de universiteiten van Petersburg, Georgië, China, Heidelberg, Leuven hebben interesse in de opzet van een dergelijke opleiding en hebben veel belangstelling voor de op deze wijze opgeleide professionals.

In de opsomming van allerlei andere technologieën ontbreken volgens de fractie er enkele, waaronder de microscopische en moleculair biologische. De leden van de fracties vragen mij toe te lichten wat bij deze selectie de onderliggende gedachte is. De microscopische technologieën maken onderdeel uit van de opleiding en vallen onder het domein Robotics & Imaging. Het is een van de krachtigste aspecten van het technologisch onderzoek. Het moleculair biologische is een van de onderdelen die vallen onder het domein Reconstructive medicine. Bij de keuze van de selectie van de technologieën is aangesloten bij de behoeften in het afnemende veld. Dit heeft de keuze bepaald voor Robotica & Imaging, Medical signaling en Reconstructive medicine.

In antwoord op uw vragen of de klinisch technoloog in beginsel alle technologische handelingen uit alle bestaande specialismen tot zijn vakgebied kan rekenen antwoord ik u het volgende. Vrijwel alle technologische handelingen zijn terug te voeren op vier technologische domeinen: fysica, chemie, werktuigbouwkunde en elektrotechniek. Behalve chemie steunen deze domeinen sterk op de wiskunde. De klinisch technologen worden onderwezen in deze domeinen, waardoor zij de huidige technologie beheersen maar ook in staat zijn toekomstige technologische handelingen zich eigen te maken.

De leden vragen zich af of de centrale holistische en essentiële regisserende rol van de huisarts gerespecteerd blijft, dat wil zeggen komt de klinisch technoloog alleen aan de orde indien de huisarts of een medisch specialist de patiënt naar hem verwijst? De holistische en regisserende rol van de huisarts blijft gerespecteerd. Het handelen van een klinisch technoloog start met de vraag (consult) van de arts aan de klinisch technoloog daar waar het handelen van de arts start met de vraag van de patiënt en de daarop volgende diagnose. De klinisch technoloog betreft een ondersteunende discipline net zoals de radioloog of de anesthesioloog.

In antwoord op de vraag of de klinisch technoloog ook 24 uur per dag beschikbaar is, merk ik het volgende op. Gezien het ondersteunende karakter van de klinisch technoloog binnen de multidisciplinaire behandelteams is de klinisch technoloog, wanneer zijn specifieke kennis vereist is, 24 uur oproepbaar. De klinisch technoloog zal gelijk aan de meer specialistische disciplines als radioloog, nucleair geneeskundige dus ook diensten draaien.

Hoe luidden indertijd de conclusies van de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO) en de minister ten aanzien van de doelmatigheid? En zijn daarbij destijds de beoogde bevoegdheden en arbeidsmarktpositie betrokken? De minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en de NVAO beoordeelden de doelmatigheid voor zowel de Bachelor opleiding Klinische Technologie in 2003 als in 2005 bij de aanvraag van de masteropleiding Technical Medicine als positief. Destijds zijn de nu beoogde bevoegdheden en arbeidsmarktpositie meegenomen. Vanaf de start van de opleiding was de bedoeling een nieuwe professional op te leiden, die ondersteunend kan functioneren in multidisciplinaire behandelingssteams op basis van een zelfstandige bevoegdheid. De nieuwe professional diende en dient een meerwaarde te hebben naast de arts. De arts blijft het startpunt voor de patiënt. De arts roept de klinisch technoloog in consult net zoals deze de radioloog of de nucleair geneeskundige in consult zou roepen. De beoogde zelfstandige bevoegdheden zijn vanaf het begin van de opleiding aan de orde geweest en maken daarmee integraal onderdeel uit van de aanvraag rond de kwaliteit en doelmatigheid van de opleiding.

Als uitgangspunt bij het ontwerpbesluit ga ik er vanuit dat de zelfstandige bevoegdheid de gezondheidszorg efficiënter en effectiever maakt, zoals ik dit ook bij de verpleegkundig specialist en physician assistant verwacht. Tijdens de monitoring en evaluatie tijdens de tijdelijke periode van 5 jaar zal de efficiency en effectiviteit van de zelfstandige bevoegdheden worden bekeken. Na de monitoring kan een uitspraak gedaan worden over uw vragen rondom de behoefte en de betekenis van de doelmatigheid van de huidige opleiding en voor de bekostiging daarvan.

De leden van de fracties vragen hoe groot de behoefte is aan klinisch technologen zonder en met de nu beoogde medische bevoegdheden. Voor de behoefte aan klinisch technologen is geen concrete raming opgesteld die tot doel heeft de behoefte aan klinisch technologen te berekenen. Wel heeft de World Health Organization (WHO) in een groot onderzoek naar een mismatch tussen technologie en medici (Medical devices, managing the mismatch, 2007) berekend dat er op elke afdeling één of twee klinisch technologen meer dan noodzakelijk zijn om de innovatie en de veiligheid rondom technologie op orde te brengen.

In antwoord op de vraag of er een sectoranalyse en arbeidsmarktonderzoek vooraf zijn gegaan aan het voorgehangen ontwerpbesluit bericht ik u het volgende. In de afgelopen jaren zijn er een aantal commissies geweest die zich hebben uitgesproken over de positie en de arbeidsmarkt rond de klinisch technoloog. De resultaten van deze documenten zijn mede verwerkt in het ontwerpbesluit. Het betreffen de Commissie Marktprikkels Medische Opleidingen onder leiding van de heer Linschoten met het rapport 'Capaciteit en bekostiging' van 2002; de rapporten van de commissie Sminia I 'Klinische technologie universiteit Twente' van 2003 en de commissie Sminia II 'Technologie, zorg en opleidingen' van 2004; het rapport 'Voorbehouden handelingen tegen het licht' van de commissie onder leiding van de heer Gevers in 2009; 'Opleidingen en onderzoek op het grensvlak van technologie en zorg in 2011' van de commissie onder leiding van de heer Jaspers. Voor de accreditatie van de toets nieuwe opleiding door de NVAO is het eveneens noodzakelijk een analyse en een arbeidsmarktonderzoek op te stellen.

Graag vernemen de leden hoe de beoogde uitbreiding van werkers in de gezondheidszorg met de genoemde bevoegdheden zich verhoudt tot het restrictieve beleid dat middels numerus fixus en beperking van vervolgopleidingsplaatsen wordt gevoerd met het oog op de beheersbaarheid van de kosten van de gezondheidszorg. In het kader van het beleid 'de juiste persoon op de juiste plaats' als onderdeel van de beheersbaarheid van de kosten van de gezondheidszorg is de afgelopen jaren ingezet op taakherschikking zowel horizontaal (Spoed Eisende Hulp-artsen) als tussen beroepsgroepen (medisch specialisten en verpleegkundig specialisten). De ontwikkeling van de klinisch technoloog past binnen deze beleidsontwikkeling. Bij de raming van het aantal opleidingsplaatsen voor de medisch specialistische vervolgopleidingen door het Capaciteitsorgaan en het daaropvolgend besluit van de minister van VWS wordt rekening gehouden met taakherschikking, zoals de klinisch technologen, en daarmee met de deelname van andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Tevens is mijn beleid gericht op het verhogen van de veiligheid in de zorg en daarmee gericht op beheersbaarheid van de kosten van de zorg. In dit geval is de ontwikkeling van de klinisch technoloog passend bij het voorkomen van fouten in het gebruik van technologie in de gezondheidszorg. Dit is onderschreven in het advies van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in de Staat van de Gezondheidszorg 'Risico's van medische technologie onderschat' van 2008. De leden vragen zich af of de het aantal op te leiden klinisch technologen gelimiteerd is door middel van de numerus fixus en bepaald in overleg met het Capaciteitorgaan. De capaciteit van de opleiding wordt gefixeerd door een instellingsfixus die voor het studiejaar 2012-2013 is vastgesteld op 120 studenten en die wordt afgestemd op de behoefte in het afnemend werkveld.

Het Capaciteitsorgaan is mede gelet op de doelstelling van het orgaan, het ramen van de capaciteit voor de medische vervolgopleidingen, niet betrokken bij de capaciteit van deze opleiding. Het betreft hier een initiële bachelor-masteropleiding en geen medische vervolgopleiding. Wel heeft de Nederlandse Vereniging voor Technische Geneeskunde (NVvTG), de beroepsvereniging van de klinisch technologen contact gehad met het Capaciteitsorgaan, opdat deze weet hebben van het bestaan van het beroep.

De leden vragen zich af of het aantal op te leiden klinisch technologen in mindering wordt gebracht op het aantal studieplaatsen geneeskunde? Het aantal op te leiden klinisch technologen zal op dit moment niet in mindering gebracht op het aantal studieplaatsen geneeskunde, zoals bepaald op basis van ramingen door het Capaciteitsorgaan.

De leden van de fractie vragen welke studierichtingen door dit precedent nog meer in aanmerking komen voor het toekennen van de bevoegdheid tot de genoemde verrichtingen? Valt bijvoorbeeld te denken aan biomedisch wetenschappers, gezondheidswetenschappers etc.? Er zullen op dit moment geen opleidingen van andere universiteiten zijn, die voldoen aan de eisen die via het Centraal Register Opleidingen Hoger Onderwijs (CROHO) zijn bepaald. Alsmede voldoen aan de eindtermen van de opleiding die in het landelijke raamplan zijn vastgelegd.

De leden vernemen of en zo ja, welke eisen voor de klinisch technoloog gaan gelden met betrekking tot bij- en nascholing en patiënt-contacturen? Deze leden doelen daarmee op eisen zoals die ook bestaan voor artsen met dezelfde bevoegdheden. Er gelden ook eisen voor de klinisch technoloog met betrekking tot bij- en nascholing en patiënt-contacturen. De klinisch technologen worden geregistreerd in het kwaliteitsregister van de Nederlandse Vereniging voor Technische Geneeskunde (NVvTG), de beroepsvereniging van de klinisch technologen. Het kwaliteitsregister waarborgt de kwaliteit van de beroepsuitoefening van de klinisch technoloog. De registratie geeft aan dat de klinisch technoloog actief is geweest (werkervaringseisen en patiënt-contacturen) en gedurende een afgesproken periode volgens de norm van de beroepsgroep heeft geïnvesteerd in het verwerven van kennis en vaardigheden die van invloed zijn op de kwaliteit van de beroepsuitoefening (bij- en nascholing). Hieronder vallen technisch medische kennis, vaardigheden en (interdisciplinaire) samenwerking. Het kwaliteitsregister stimuleert deelname aan kwaliteitsbevorderende activiteiten en maakt de kwaliteit van de beroepsuitoefening meer transparant en toetsbaar. Elke vijf jaar vindt er, indien er voldaan is aan de eisen, een herregistratie plaats.

Ook vernemen de leden van genoemde fracties graag hoe ik aankijk tegen mogelijke strijdigheid van dit voorgehangen ontwerpbesluit met het bepaalde in de artikelen 35 tot en met 39 van de Wet BIG. Voorwaarde voor het toepassen van de experimenteerbepaling in artikel 36a van de Wet BIG is immers het beschikken over bekwaamheid. Waar de specifieke handelingen die door de klinisch technoloog mogen worden verricht breed en onvoldoende helder omschreven zijn (zie artikel 7 van het voorgehangen ontwerpbesluit) en de daarvoor gewoonlijk vereiste opleiding door hen niet gevolgd is, is de bekwaamheid naar het oordeel van deze leden niet evident geborgd.

Ik geef in antwoord op het gestelde dat alleen die personen die beschikken over het getuigschrift technical medicine van een door de NVAO geaccrediteerde wetenschappelijke opleiding de opleidingstitel klinisch technoloog mogen voeren. De opleiding tot klinisch technoloog bestaat uit de bacheloropleiding klinische technologie en de masteropleiding technical medicine. Ik zie geen strijdigheid tussen het ontwerpbesluit en de artikelen 35 tot en met 39 van de Wet BIG. De zelfstandige bevoegdheid voor enkele voorbehouden handelingen voor de klinisch technologen zijn in het deskundigheidsgebied omschreven. Het betreft het verrichten van heelkundige handelingen, endoscopieën, catheterisaties, injecties, puncties, electieve cardioversie, defibrillatie, ioniserende straling en steenvergruizing. Nadat de klinisch technoloog in consult is geroepen is de klinisch technoloog zelfstandig bevoegd een behandelplan op te stellen en uit te voeren, het stellen van indicaties en herkennen van complicaties van gangbare en complexe technisch medische handelingen. De voorbehouden handelingen maken integraal onderdeel uit van de opleiding tot klinisch technoloog en daarmee is de bekwaamheid evident geborgd. De werkrelatie tussen een arts en een klinisch technoloog is niet die van opdrachtgever en opdrachtnemer. De arts roept een klinisch technoloog in consult bij complexe technisch medische problematiek. De klinisch technoloog zal daarom op eigen expertise een zelfstandige oplossing zoeken en heeft daartoe een eigen zelfstandige bevoegdheid voor de voorbehouden handelingen nodig.

De leden van de fracties vragen zich af of de klinisch technoloog onder een DBC-systematiek valt en zo ja, hoe wordt die voor deze beroepsgroep gedefinieerd en uitgewerkt? De handelingen van de klinisch technoloog vallen onder de dbc-systematiek. De klinisch technoloog wordt altijd in consult geroepen door een arts, die hoofdbehandelaar is. De klinisch technoloog zal geen eigen dbc's gaan openen en sluiten.

De leden van de fracties vragen of ik de volgende conclusie van de fracties onderschrijf, namelijk dat er geen patiëntgroep wordt uitgezonderd en het in beginsel alle patiënten betreft die op dit moment onder regie van de huisarts worden ondergebracht bij de meer dan 25 bestaande specialismen. Zoals blijkt uit mijn brief van 26 november 2012 zal de klinisch technoloog zelfstandig oplossingen bedenken voor diagnostische en therapeutische problemen en die oplossingen zelfstandig toepassen en daarbij de verantwoordelijkheid dragen voor de eigen behandeling van de patiënten, buiten de verantwoordelijkheid van een bevoegd arts. Deze handelingen liggen op het gebied van de complexe technisch medische handelingen.

Hierbij worden geen patiëntgroepen uitgezonderd. Inderdaad kunnen in beginsel alle patiënten in aanmerking komen voor een behandeling van een klinisch technoloog. De behandelend arts roept voor de complexe technisch medische handelingen de klinisch technoloog in consult. Nadat de klinisch technoloog in consult is geroepen zal de klinisch technoloog zelfstandig oplossingen bedenken voor diagnostische en therapeutische problemen en die oplossingen zelfstandig toepassen en daarbij de verantwoordelijkheid dragen voor de eigen behandeling van de patiënten, waarbij de klinisch technoloog onderdeel uitmaakt van een multidisciplinair behandelingssteam.

Hoogachtend,
de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers