

**Achtergrondstudie RVS Veldraadpleging  
beroepenregulering in de zorg**

# Achtergrondstudie RVS Veldraadpleging beroepenregulering in de zorg

## Inhoud

Inleiding .....	2
Vijf thema's .....	2
Methode.....	2
Leeswijzer .....	4
Thema 1: Registratie.....	5
Analyse.....	5
Alternatief .....	5
Onderzoeksvraag .....	6
Resultaten.....	6
Tussenconclusie .....	8
Thema 2: Voorbehouden handelingen.....	9
Analyse.....	9
Alternatief .....	9
Onderzoeksvraag .....	9
Resultaten.....	9
Tussenconclusie .....	11
Thema 3: Herregistratie.....	12
Analyse.....	12
Alternatief .....	12
Onderzoeksvraag .....	13
Resultaten.....	13
Tussenconclusie .....	17
Thema 4: Tuchtrect .....	18
Analyse.....	18
Alternatief .....	18
Onderzoeksvraag .....	18
Resultaten.....	19
Tussenconclusie .....	20
Thema 5: Inzichtelijkheid voor derden .....	21
Analyse.....	21
Alternatief .....	21
Onderzoeksvraag .....	22
Resultaten.....	22
Tussenconclusie .....	25
Slotconclusie .....	26

Appendix 1: Lijst met benaderde koepels, branches en beroepsverenigingen p. 28

Appendix 2: Vragenlijst Brede Veldraadpleging Beroepenregulering p. 29

## Inleiding

In de eerste fase van de voorbereiding van het advies *De B van Bekwaam. Naar een toekomstbestendige Wet BIG* hebben expertmeetings en interviews geresulteerd in een discussienotitie. In die discussienotitie heeft de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) een analyse van de kernelementen van de huidige beroepenregulering en mogelijke oplossingen voor gesignaleerde knelpunten gepresenteerd. Vervolgens is de discussienotitie voorgelegd aan 54 stakeholders met als doel het toetsen van de knelpunten en voorlopige oplossingsrichtingen en het ophalen van aanvullende/ nieuwe ideeën en oplossingsrichtingen. Op basis daarvan heeft de Raad de discussienotitie aangepast en in een brede veldraadpleging van februari tot juli 2019 voorgelegd aan professionals in de zorg. In deze notitie doen wij verslag van deze brede veldraadpleging.

Het advies *De B van Bekwaam. Naar een toekomstbestendige Wet BIG* kan impact hebben op een breed gedifferentieerd veld van beroepsbeoefenaren en andere betrokkenen. Diezelfde beroepsbeoefenaren en andere betrokkenen zijn aan zet bij het oppakken van de voorgestelde oplossingsrichting en het laten slagen daarvan in de uitvoering. Draagvlak, of tenminste weten hoe het veld aankijkt tegen gesignaleerde knelpunten en oplossingen is daarom van belang. Het eerste doel van de veldraadpleging is vaststellen welke knelpunten in de kernelementenanalyses in welke mate worden herkend. Het tweede doel is vaststellen voor welke oplossingsrichtingen er in welke mate draagvlak is.

### Vijf thema's

Op basis van de discussienotitie zijn de belangrijkste thema's in de kernelementenanalyses:

- 1) *Registratie*. Bij dit thema gaat het om beroepen als ordeningsprincipe bij registratie in de context van de maatschappelijke ontwikkelingen (zoals werken in teams, zorg dichterbij huis en nieuwe technologieën).
- 2) *De regeling van voorbehouden handelingen als leidend principe* bij het beschermen van patiënten tegen risico op ondeskundig handelen. Bij dit thema gaat het om de koppeling van bevoegdheden aan beroepen en de mate waarin dit al dan niet bijdraagt aan kwaliteit en terugkomt in (her)registratie.
- 3) *Herregistratie*. Dit thema gaat over de doelmatigheid van het toetsen bij herregistratie. Er lijkt een discrepantie tussen de ontwikkeling en bekwaamheid van de zorgprofessional tijdens de loopbaan en de bevoegdheid zoals die gekoppeld is bij opname in het register. 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, hieruit blijkt de bevoegdheid maar niet zonder meer de bekwaamheid tijdens de loopbaan.
- 4) *Tuchtrect*. Bij dit thema gaat het om de mate waarin het tuchtrect bijdraagt aan het beoogde doel van bevorderen van de kwaliteit van de beroepsbeoefening.
- 5) *Inzichtelijkheid voor derden*. Bij dit thema gaat het om de bedoelde effecten (zoals de inzichtelijkheid voor derden) en onbedoelde effecten (zoals financiële prikkels) van opname in het BIG-register.

De onderzoeksvraag luidt: in hoeverre is er draagvlak voor de analyses en bijbehorende oplossingsrichtingen ten behoeve van de regulering van kwaliteit van zorg?

### Methode

#### Participanten

De vragenlijst is in het gedifferentieerde veld (naar sector en functie) zo breed mogelijk uitgezet. Daartoe is voor de werving een tweesporenbeleid gevolgd. Ten eerste is gebruik gemaakt van het bestand van deelnemers aan de zorgagenda waar de RVS nog eens een beroep op mocht doen. Ten tweede is een beroep gedaan op de ca. 40 branchepartijen, koepelverenigingen en beroepsverenigingen in Nederland. Aan hen is het verzoek gedaan de vragenlijst door te sturen aan hun ledenbestand/achterban. Het gewenste aantal respondenten was van tevoren bepaald op 500 a 750 uitgaande van vijf a tien deelnemers per branche, koepel of beroepsvereniging. Branches, koepels of beroepsverenigingen hebben, als een reactie uitbleef, twee herinneringsmails

ontvangen met het verzoek de uitnodiging door te sturen naar hun ledenbestand/ achterban. Voor een overzicht van de aangeschreven koepelverenigingen en branche- en beroepsverenigingen zie appendix 1 bij deze veldraadpleging. Voor een overzicht van de uiteindelijke representaties branchepartijen, koepelverenigingen en beroepsverenigingen zie hieronder:

**Tabel 1 Affiliatie met koepel, branche of beroepsvereniging**

Affiliatie	Reacties	
Aafje Rotterdam	0,07%	1
ActiZ	0,43%	6
AVIG	0,07%	1
BTN	0,07%	1
CIBG	0,07%	1
De Jonge Specialist	0,07%	1
Ergotherapie NL	0,64%	9
GGD-GHOR	0,64%	9
GGZ Nederland	1,78%	25
Het Roer Moet Om	0,07%	1
IederIn	0,07%	1
KNGF	4,93%	69
KNMG	0,57%	8
KNMP	2,50%	35
LHV	0,36%	5
MEE	0,14%	2
NFU	1,07%	15
NIA	0,14%	2
NIP	1,57%	22
NVAB	0,07%	1
NVBMR	0,07%	1
NVDA	1,5%	21
NVGzP	42,97%	602
NVH	6,43%	90
NVK	0,07%	1
NVM	0,93%	13
NVO	0,50%	7
NVvP	1,43%	20
NVvTG	0,86%	12
NVZ	1,07%	15
NVZA	0,07%	1
PGGM&Co	0,29%	4
PPN	0,14%	2
RVS	7,14%	100
SKJ / PPJ&J	0,07%	1
V&VN	0,79%	11
VGN	0,14%	2
VGZ	0,21%	3
VvAA	0,71%	10
VvOCM	0,14%	1
Wijkteamorganisatie	0,07%	1
ZN	0,14%	2
Anders, nl.:	22,64%	317
<b>Totaal</b>		<b>1401</b>

In totaal hebben 1401 respondenten gereageerd op de veldraadpleging. De 1401 respondenten vertegenwoordigen minimaal 43 koepels, branches en beroepsverenigingen. Minimaal want van 317 respondenten is de affiliatie onbekend. Deze respondenten wisten niet via welke branche of beroepsvereniging de vragenlijst was ontvangen of kregen de vragenlijst via een 'eigen organisatie' of 'een beroepsvereniging'. De *responserate* liep uiteen per vereniging van maximaal 602 voor NVGzP tot en met minimaal 1 voor bijvoorbeeld 'De Jonge Specialist'. Per thema is gecheckt of de resultaten afweken van het beeld als de vereniging met sterke oververtegenwoordiging, NVGzP, er uit gefilterd was. Alleen als er verschillen (meer dan 5% verschuiving) waren zijn de resultaten apart vermeld.

Van de respondenten was 82% BIG-geregistreerd en 6% 'Anders' geregistreerd. Zonder de NVGzP was 70% BIG-geregistreerd. De overgrote meerderheid (87%) was zorgprofessional:

**Tabel 2 Functie respondenten**

Rol	Reacties	
Patient/ client	0.43%	6
Familielid/ mantelzorger	0.36%	5
Zorgprofessional	86.72%	1215
Bestuurder-/ Manager in zorg	4.71%	66
Beleidsmedewerker/ -adviseur	2.64%	37
Gemeentefunctionaris	0.07%	1
Jurist	0.29%	4
Wetenschapper/ onderzoeker	1.28%	18
Docent	0.57%	8
Anders	2.93%	41
<b>Totaal</b>		<b>1401</b>

Van de 1401 respondenten die hebben gereageerd hebben 867 de vragenlijst t/m vraag 25 (1<sup>e</sup> vraag thema 5 'inzichtelijkheid') ingevuld en 821 de vragenlijst volledig ingevuld.

#### Vragenlijst

De onderzoeksvraag is geformuleerd voor elk van de genoemde 5 thema's. Voor elk knelpunt in de analyse is de onderzoeksvraag vertaald naar een concrete vraag voor de vragenlijst. De vragenlijst is per thema opgebouwd met allereerst de analyse en vervolgens de vragen per knelpunt. De deelnemers hebben de vragenlijst online toegestuurd gekregen met gebruik van SurveyMonkey. Zie appendix 2.

#### Leeswijzer

In de hoofdstukken hieronder worden per thema de voorgelegde analyses en mogelijke oplossingen gepresenteerd, gevolgd door de specifieke onderzoeksvraag voor dat thema. Vervolgens worden de resultaten per knelpunt gepresenteerd met beschrijvende diagrammen en enige opmerkingen die respondenten in de open velden hebben ingevuld. De kleur van de kaders om de opmerkingen komt overeen met de score van de respondent in het diagram. Als er geen koppeling is dan zijn de kaders standaard zwart. In de diagrammen ziet men de verdeling van de respondenten over vijf maten van draagvlak: helemaal niet mee eens; meer niet (dan wel) mee eens; niet eens/ niet oneens; meer wel (dan niet) mee eens; en zeer mee eens. In de beschrijvende teksten zijn de twee groepen met draagvlak (meer wel en zeer mee eens) en de twee groepen met tegenstand (meer niet en helemaal niet mee eens) vaak samengenomen.

## Thema 1: Registratie

### Analyse

In dit cluster staan de maatschappelijke ontwikkelingen die zorgberoepen beïnvloeden centraal.

#### Werken in teams wordt de norm

De complexiteit van de zorg neemt toe door toenemende complexiteit (inclusief co-morbiditeit) van de hulpvraag van cliënten en door de noodzaak de context van cliënt meer te betrekken. Paradoxaal genoeg is bij zorgprofessionals sprake van meer en verdergaande specialisatie.

Werken in (multidisciplinaire) teams wordt steeds meer de norm en samenwerking strekt zich uit tot beroepsbeoefenaren uit het sociale domein, mantelzorgers en andere vrijwilligers. Deze combinatie van expertisegebieden kan bijdragen aan goede zorg die steeds meer thuis en in de wijk wordt geleverd.

De Wet BIG heeft het handelen van individuele beroepsbeoefenaren als aangrijpingspunt. Dit verhoudt zich moeizaam tot zorg in team- of netwerkverband: niet alle leden van zo'n team/netwerk vallen onder de Wet BIG; en meerdere in het team/de organisatie voeren handelingen uit. Weliswaar sluit de Wet BIG een meer collectieve verantwoordelijkheid niet uit (denk aan het begrip hoofdbehandelaar), maar het legt die verantwoordelijkheid bij de individuele zorgverlener.

#### Nieuwe technologieën veranderen de beroepsuitoefening

Nieuwe technologieën (sociale en technische innovaties) veranderen beroepen en onderlinge machtsverhoudingen o.b.v. kennis, bevoegdheden, en bekwaamheden. Bovendien komen er door de nieuwe (zelfdenkende/- sturende/- handelende) technologieën, zoals kunstmatige intelligentie en robots ook nieuwe beroepen binnen de gezondheidszorg (technologen bijvoorbeeld) bij.

De reikwijdte van de Wet BIG, de individuele gezondheidszorg, veronderstelt een direct contact tussen zorgverlener en patiënt. Daarmee vallen strikt genomen bepaalde beroepen buiten het bereik van de Wet BIG, terwijl hun handelen minstens zoveel risico's inhouden indien ondeskundig of onzorgvuldig uitgevoerd. De Wet BIG kan dit nu nog accommoderen via het zgn. experimenteerartikel, maar de snelle ontwikkelingen gaan de scope of reikwijdte van de wet te buiten. Robots of medische expertsystemen worden nu nog door zorgverleners ingezet en vallen daarmee onder hun verantwoordelijkheid. Deze technologie wordt echter meer en meer gevoed door zelflerende AI-systemen en kunnen daarmee steeds autonomer functioneren (vgl. zelfrijdende auto's).

#### Vastomlijnde deskundigheidsgebieden vervagen

Een belangrijk fundament voor onderscheid, is de deskundigheid van de professional. Omdat kennisbronnen zich verbreden en verdiepen vindt in de praktijk een 'grensvervaging' tussen deskundigheidsgebieden plaats. Eén van de gevolgen is een (verdergaande) herschikking van taken en bevoegdheden tussen professionals. De meer routinematige taken kunnen worden gedelegeerd aan minder breed gekwalificeerd personeel.

### Alternatief

Omschrijvingen van deskundigheidsgebieden zijn in algemene termen verrat, waardoor ze onvoldoende onderscheidend zijn tussen beroepen. Hier zien we een spanning ontstaan. Professionals moeten beter weten wanneer zij anderen erbij moeten halen: zij moeten dus de deskundigheidsgebieden van andere professionals beter kennen, terwijl die gebieden steeds minder vast omlind zijn. In de tweede evaluatie van de Wet BIG is bepleit om de deskundigheidsgebieden bij AMvB te regelen zodat aanpassingen sneller kunnen worden doorgevoerd. De vraag is echter of dat voldoende/wenselijk is. De ontwikkelingen gaan immers snel en variëren lokaal.

## Onderzoeksvraag

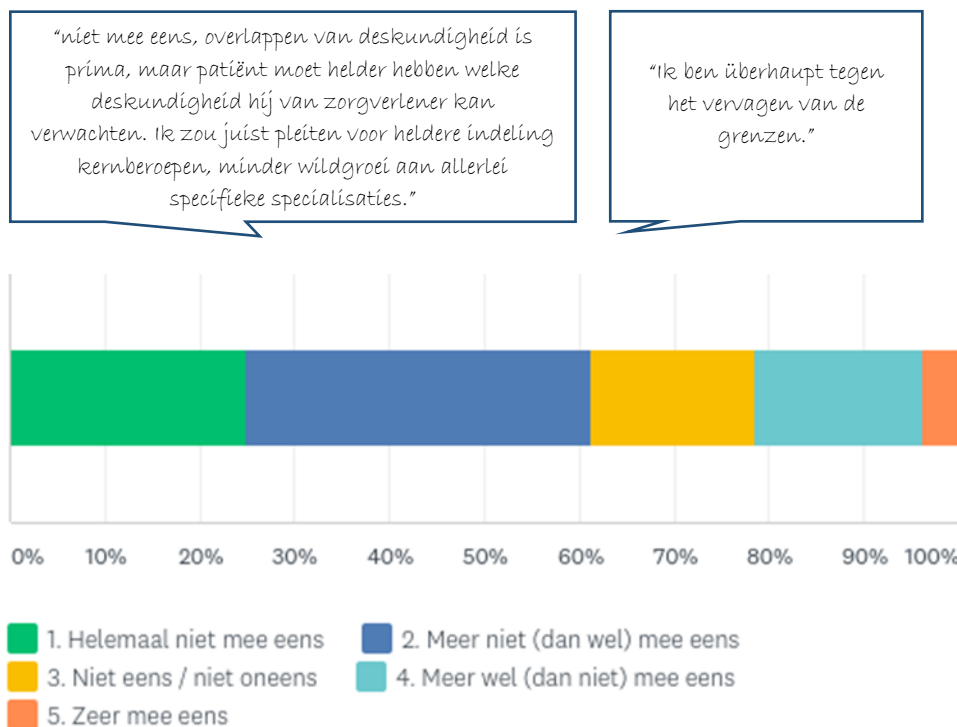
Samenvattend zijn beroepen niet meer voldoende aangrijpingspunt voor regulering van de zorg door werken in teamverband, nieuwe technologieën en het vervagen van deskundheidsgebieden. Dit vertaalt zich in de volgende onderzoeksvragen:

1. A) In welke mate herkent men knelpunten rondom beroepen als ordeningsprincipe bij registratie?  
B) In welke mate is er steun voor de voorgestelde oplossingen voor de knelpunten bij beroepen als ordeningsprincipe?

## Resultaten

De resultaten binnen dit thema laten zien dat respondenten het in meerderheid eens zijn met de analyses over de maatschappelijke ontwikkelingen en de knelpunten in de uitvoering. Waar men het mee oneens is (61%) is de analyse dat beroepen niet meer het juiste aangrijpingspunt zijn voor regulering (Zonder de NVGzP is 54% het (meer) oneens):

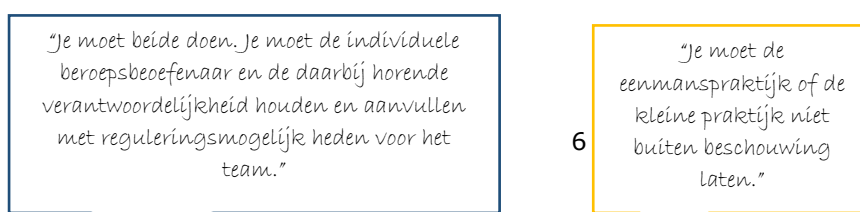
*De grenzen tussen de deskundheidsgebieden van beroepsbeoefenaren in de zorg vervagen en daarom zijn beroepen niet meer het juiste aangrijpingspunt voor regulering. (Q7)*

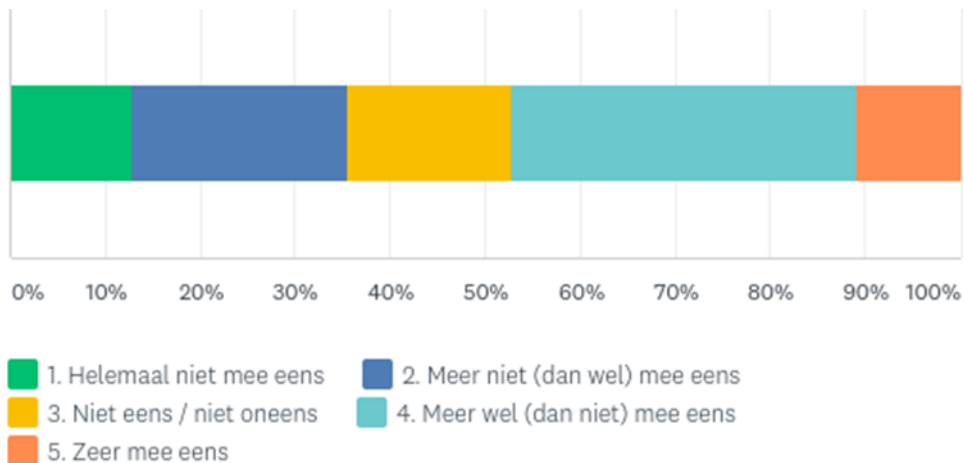


21,6% is het er (meer wel dan niet) mee eens. Uit de open opmerkingen blijkt echter dat achter de 61% die het oneens is nog een grote diversiteit aan redenen zit, die voor interpretatie vatbaar is (zie opmerkingen boven de staafdiagram).

Toch kan men zich meer wel (48%) dan niet (36%) vinden in het idee dat de individuele beroepsbeoefenaar in elk geval onvoldoende is als aangrijpingspunt voor regulering.

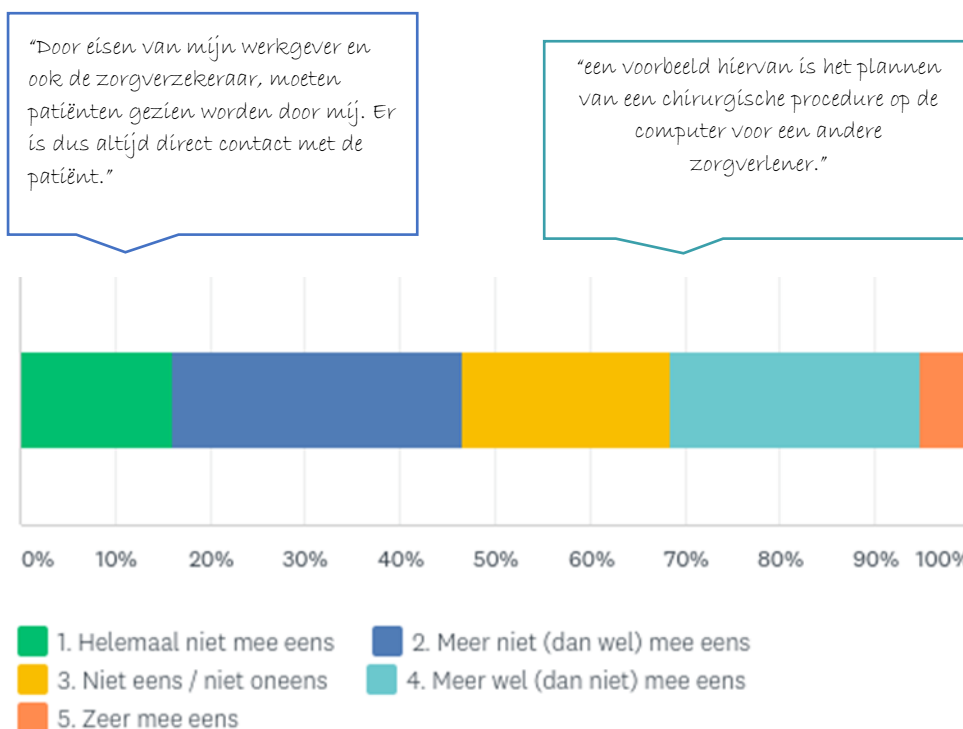
*Door de noodzaken tot werken in teamverband, is de 'individuele beroepsbeoefenaar' niet meer voldoende aangrijpingspunt voor regulering. (Q5)*





De respondenten waren meer verdeeld met betrekking tot de individuele zorg als aangrijpingspunt voor regulering: 46,6% (meer) niet eens, 31,5% (meer) wel eens en 22,0% neutraal.

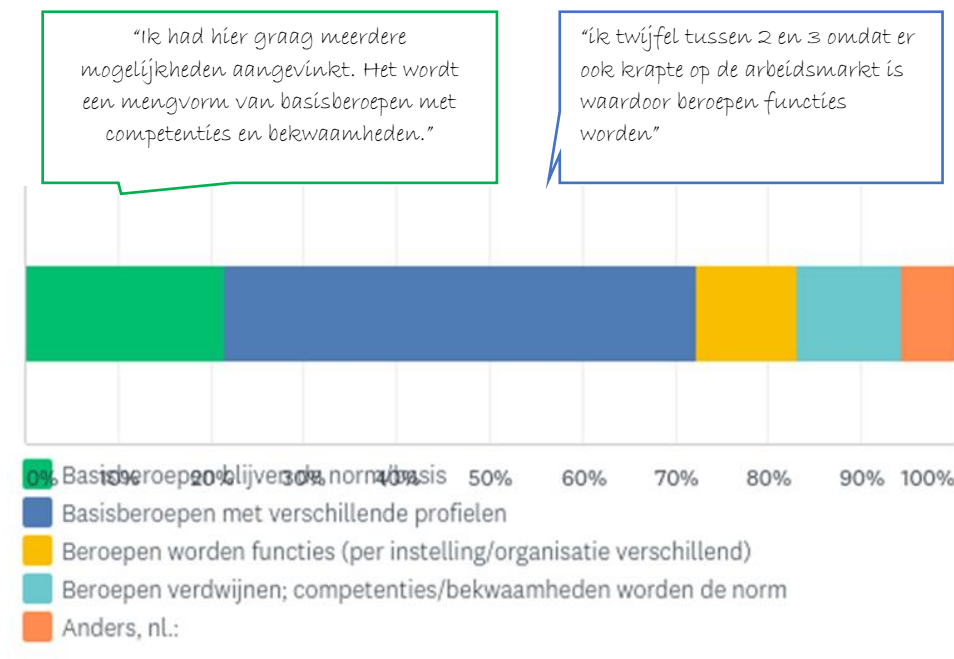
*Door nieuwe technologieën en nieuwe beroepen in de zorg, is er niet altijd direct contact tussen beroepsbeoefenaar en patiënt. Het aangrijpingspunt 'individuele gezondheidszorg' is dus niet meer voldoende voor regulering. (Q6)*



Er lijkt vooral weerstand te zitten tegen het idee dat beroepen in de toekomst helemaal zouden kunnen verdwijnen als basis voor de beroepsuitoefening. Dat functies, competenties of bekwaamheden als basis de beroepen zouden vervangen kan slechts rekenen op draagvlak van ongeveer 11% voor beide opties. Daarentegen denkt 72,5% dat basisberoepen in ieder geval de basis blijven, waarvan de meerderheid (51% van het totaal) uitgaat van basisberoepen met verschillende profielen.

*De ontwikkeling van de beroepsuitoefening in de toekomst is vooral gebaseerd op: (Q8)*





De weerstand lijkt vooral gericht tegen het idee van het verdwijnen van beroepen en minder tegen bekwaamheden als norm. Dit blijkt uit zowel de open antwoorden als het draagvlak voor de oplossing om bevoegdheid meer te koppelen aan bekwaamheid dan aan beroepen (zie ook verder Q10). Dan zakt de weerstand naar een minderheid van 42% en zijn de respondenten meer verdeeld.

### Tussenconclusie

Het veld herkent het ene geschetste knelpunt rondom de registratie met beroepen als aangrijpingspunt meer (werken in teamverband) dan het andere (vervagen deskundigheidsgebieden). Men vindt overwegend dat basisberoepen als aangrijpingspunt moeten blijven bestaan. Professionals vinden echter ook dat er meer gereguleerd moet worden dan de kwaliteit van de individuele zorgverlener. Daarnaast vinden zij dat nu niet voldoende inzichtelijk is wat zorgprofessionals kunnen en dat meer doen met bekwaamheden een oplossing kan zijn.

## Thema 2: Voorbehouden handelingen

### Analyse

De Wet BIG koppelt bevoegdheden aan beroepen. Alleen specifieke beroepsbeoefenaren, zoals artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, mogen in de wet omschreven voorbehouden handelingen verrichten voor zover ze liggen binnen hun specifieke deskundigheidsgebied. De gedachte hierbij is dat risicovolle handelingen ter bescherming van de patiënt gereguleerd moeten worden.

De regeling van de voorbehouden handelingen in de Wet BIG legt sterk de nadruk op fysieke handelingen op, aan of in het lichaam. Veel van deze handelingen zijn met de nodige training goed aan te leren. Denk bijvoorbeeld aan het bedienen van apparatuur, toedienen van bloed of andere infuusvloeistoffen en het toedienen van injecties.

### Alternatief

Wezenlijker is dat kennisbronnen zich in de praktijk verbreden en verdiepen. Kennis veroudert steeds sneller, nieuwe technologieën dienen zich aan en er is discussie over de onderbouwing van professionele kennis (zie RVS-advies *Zonder context geen bewijs. Over de illusie van evidence-based practice in de zorg*). Personalisering van zorg vraagt om het inzetten van contextuele kennis. Vaardigheden als het betrekken van de specifieke situatie van de patiënt/ cliënt bij de oordeelsvorming, het aangaan van de dialoog met de patiënt/cliënt, het gemotiveerd kunnen afwijken van protocollen, en het ontwikkelen van een 'klinische blik' vormen noodzakelijke aanvullingen op de technisch-rationele kennis en vaardigheden die tijdens de opleiding worden aangeleerd en winnen aan belang. Dergelijke activiteiten zijn echter moeilijk te omschrijven in concrete, opeenvolgende handelingen. Dit was onder andere een van de redenen waarom voorsnog besloten is de jeugdzorgwerkers niet onder een regime zoals de Wet BIG te brengen.

Het risico schuilt dan ook meestal niet in 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 is belangrijk: wordt de juiste diagnose gesteld, wordt op tijd visite afgelegd, wordt tijdig besloten tot een bepaalde ingreep. Verkeerde triage door een doktersassistente op een huisartsenpost kan levensgevaarlijk zijn. In al deze situaties zijn voorbehouden handelingen niet aan de orde.

### Onderzoeksvraag

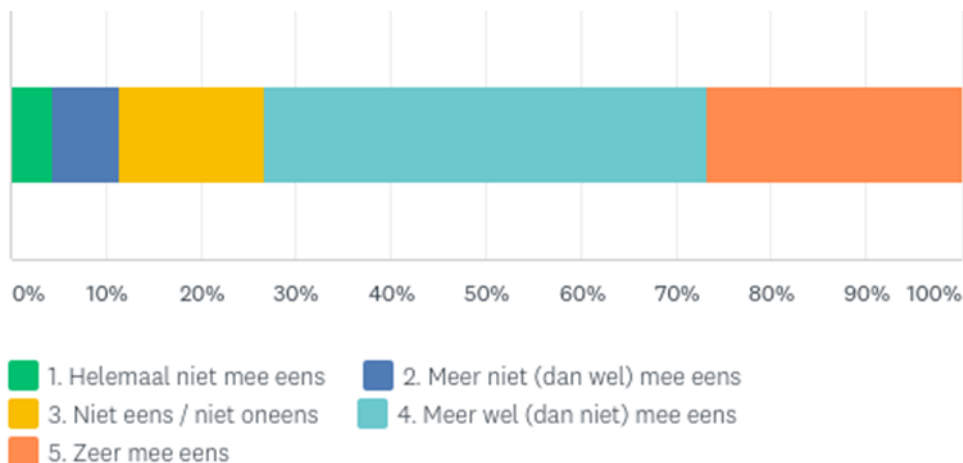
Samenvattend koppelt de Wet BIG bevoegdheden aan beroepen. De regeling van de voorbehouden handelingen in de Wet BIG legt sterk de nadruk op fysieke handelingen. Echter, het risico schuilt meestal niet in voorbehouden handelingen, maar in het beleid dat ten aanzien van de patiënt wordt gevoerd zoals stellen van de diagnose, tijdig visite afleggen, tijdig besluiten tot ingreep, etc. Dit vertaalt zich in de volgende onderzoeksvragen:

- 2) A) In welke mate herkent men knelpunten rondom de regeling van voorbehouden handelingen?
- B) In welke mate is er steun voor de voorgestelde oplossingen voor knelpunten bij de regeling van voorbehouden handelingen?

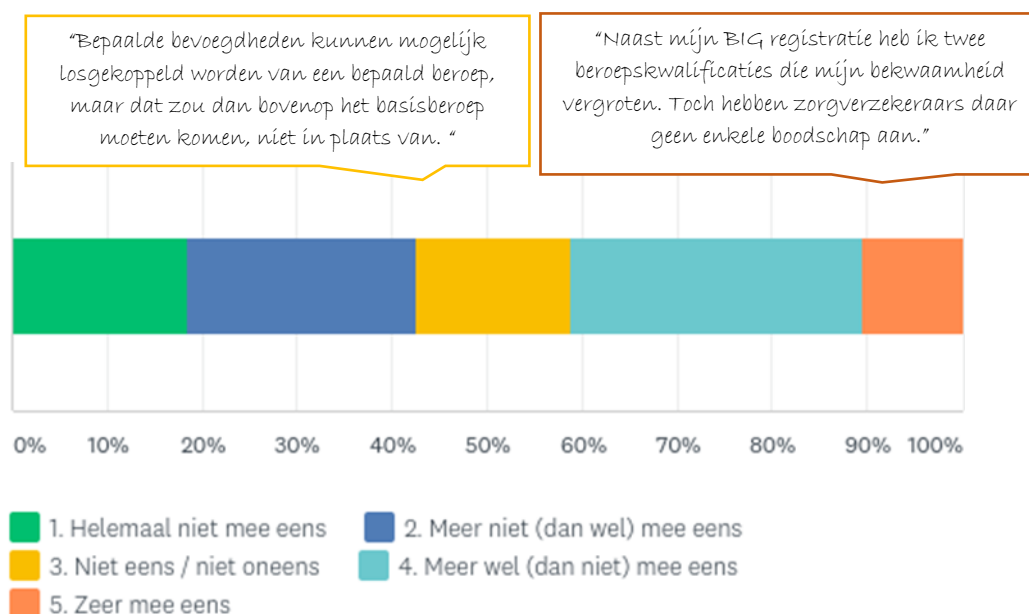
### Resultaten

Een overgrote meerderheid (73,4%) herkent zich in het idee dat voor het afdekken van het risico voor de patiënt, voorbehouden handeling te eenzijdig gericht zijn op fysieke handelingen. Slechts 11,4% herkent zich daar niet of minder in.

*Voorbehouden handelingen zijn te eenzijdig gericht op fysieke handelingen, terwijl het risico vaker schuilt in het beleid dat ten aanzien van de patiënt wordt gevoerd (diagnose stellen, tijdige visite etc.) en/of gebrekkige samenwerking. (Q9)*



Het is een goede oplossing om bevoegdheid meer te koppelen aan bekwaamheid en minder aan beroepen. (Q10)



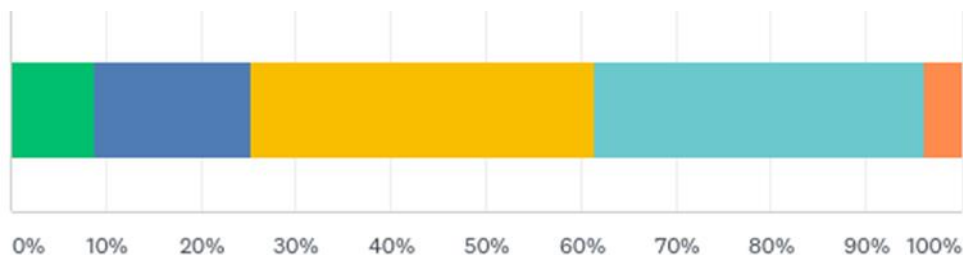
Ook uit de open antwoorden blijkt dat de zorgen vooral zitten in het loskoppelen van bekwaamheden van basisberoepen. Een enkeling waarschuwt zelfs voor 'wildgroei' en 'onoverzichtelijkheid voor patiënten' bij het idee dat bekwaamheid helemaal wordt losgekoppeld van basisberoepen. Ook de rol van de zorgverzekeraars wordt aangehaald.

Over de oplossing voor de wijze waarop men bekwaamheid meer kan koppelen is men in grote mate neutraal of gematigd positief. Zo was 36,2% het niet eens of oneens en 38,6% het (meer wel dan niet) eens met de oplossing om het voorbeeld van de UK te volgen en te werken met lijsten van bekwaamheden. Daar stond een minderheid van 25,2% die het er (meer) niet mee eens was tegenover.

De oplossing is om naar voorbeeld van de UK te werken met lijsten van bekwaamheden per type zorgverlener. (Q11)

"Dit is niet anders dan in de Nederlandse ziekenhuizen met per zorgverlener gekoppelde bekwaamheden."

"Continuous education en toetsing noodzakelijk."

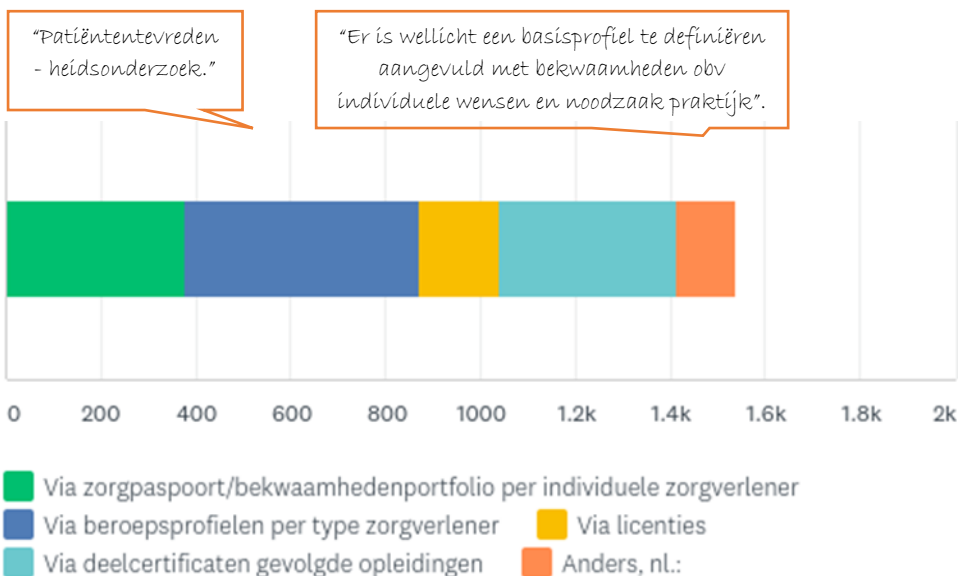


- 1. Helemaal niet mee eens
- 2. Meer niet (dan wel mee) eens
- 3. Niet eens/ niet oneens
- 4. Meer wel (dan niet) mee eens
- 5. Absoluut wel mee eens

Of je het beste inzichtelijk kunt maken wat zorgverleners kunnen via een zorgpaspoort/bekwaamhedenportfolio (38,7%), beroepsprofielen (50,6%) of bijvoorbeeld opleidingen met deelcertificaten (38,5%) of via licenties (17,0%) leidde tot verdeeldheid.

Ook de alternatieve oplossingen genoemd onder 'anders, nl' lopen uiteen en staan soms haaks op wat andere professionals elders aangeven (zie 1<sup>e</sup> voorbeeld van opmerkingen hieronder).

*De oplossing om inzichtelijk te maken wat zorgverleners kunnen is: (Q12)*



### Tussenconclusie

Een overgrote meerderheid herkent de knelpunten rondom de regeling van voorbehouden handelingen. De steun voor de voorgestelde oplossingen voor knelpunten bij de regeling van voorbehouden handelingen varieert sterk. Respondenten zijn niet tegen het (meer dan nu het geval is) koppelen van bevoegdheden aan bekwaamheden, maar wel tegen het loskoppelen van bevoegdheden van beroepen.

## Thema 3: Herregistratie

### Analyse

Aan de hand van het BIG-register kan worden achterhaald of een zorgprofessional is opgeleid tot een bepaald beroep, en bevoegd is om bepaalde voorbehouden handelingen uit te voeren. Registratie is echter een momentopname. Voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening is bepalend of iemand niet alleen bevoegd maar ook bekwaam is. Herregistratie beoogt hierin te voorzien, maar de vereisten daarvoor hebben geen betrekking op het daadwerkelijke functioneren van zorgverleners in de praktijk. Het gaat om het aantal gewerkte uren per jaar, deelname aan bij- en nascholing en – indien niet aan het minimum aantal gewerkte uren is voldaan - het toetsen van parate kennis. Toetsen of iemand bekwaam is vergt een subjectief oordeel. Een kernelement is of iemand voldoende zelfreflectie heeft om het eigen handelen te kunnen beoordelen. Dit maakt de beoordeling kwetsbaar.

### Alternatief

Voor medisch-specialisten is deelname aan het systeem 'Individueel Functioneren Medisch Specialist' (IFMS) inmiddels opgenomen als herregistratie-eis. Binnen dit systeem reflecteren medisch specialisten op het eigen functioneren. De medisch specialist vult hierbij een portfolio in op basis van feedback en zelfreflectie, inclusief aandacht voor een eindgesprek met een gespreksleider om het eigen functioneren te reflecteren (spiegelen van feedback en zelfreflectie) en verbeterpunten voor het functioneren te identificeren.

De inhoudelijke beoordeling weegt echter niet mee in het besluit tot herregistratie. In Engeland is dat wel het geval. Alle artsen die hun registratie willen behouden moeten deelnemen aan de zgn. medical revalidation, dat vergelijkbaar is met IFMS in Nederland. Tijdens een jaarlijks gesprek met een getrainde collega (appraiser) wordt teruggekeken op het afgelopen jaar en vooruitgekeken op ambities en mogelijke uitdagingen in het komende jaar. Uitkomsten hiervan worden vastgelegd in een persoonlijk ontwikkelplan. Voor het herregistratieproces krijgt elke arts een responsible officer aangewezen. Dit is vaak een senior arts binnen de organisatie. De output van het jaarlijkse evaluatiegesprek (zoals samenvatting van de discussie met de appraiser en het persoonlijk ontwikkelplan) worden doorspeeld aan deze senior arts. Op basis van deze output en andere informatie uit de organisatie doet deze senior arts elke vijf jaar een aanbeveling aan de GMC voor verlenging van de registratie.

In Canada wordt het systeem 'Canadian Medical Education Directives for Specialists' (CanMeds) gebruikt. Middels dit systeem worden opleidingen en bij- en nascholing voor zorgverleners gekwalificeerd in termen van competenties. Hieruit moet blijken of een zorgverlener over deze competenties en de daarbij behorende kennis en vaardigheden beschikt.

Een ander alternatief is een systeem van continue registratie: een arts (of andere zorgverlener) blijft geregistreerd, zolang zijn of haar kennisniveau op peil is. De hoeveelheid nieuwe kennis neemt steeds sneller toe en bestaande kennis verouderd steeds sneller. Essentiële kennis moet continu op peil gehouden worden. De werkervaringseis zegt niets over de bekwaamheid van de arts en of deze zijn medische kennis up-to-date houdt. Werkervaring kan soms zelfs negatief uitwerken. Het kan bijvoorbeeld blinde vlekken genereren en leiden tot tunnelvisie.

Met de huidige mogelijkheden op het gebied van ICT is deze continue (bij)scholing eenvoudig en goedkoop te realiseren. Zo kan gedacht worden aan een website waar een zorgprofessional regelmatig inlogt en een aantal casussen voorgelegd krijgt. Als hij of zij het antwoord niet weet of de verkeerde richting opgaat, kan de computer de benodigde informatie verstrekken om tot het goede antwoord te komen. Zo wordt een kennisleemte opgevuld. Om ervoor te zorgen dat de opgedane kennis ook beklijft, houdt het systeem bij welke vragen niet goed zijn beantwoord en komt daar na een tijdje weer op terug. Door regelmatig kennis te bevragen, kan deze actueel gehouden worden.

Het computersysteem kan het kennisniveau van de zorgprofessional ook bewaken. Zolang het goed gaat en het niveau zich 'in de groene zone' bevindt is alles in orde. Als het niveau echter in

de oranje zone terecht komt, kan het systeem manen om een tandje bij te zetten. Als het kennisniveau dan weer op peil komt, is er niets aan de hand. Indien het niveau echter verder zakt en in de rode gevaarzone terecht komt, kan het systeem een alarmsignaal afgeven.

Een systeem als hiervoor geschetst zou de huidige herregistratie kunnen vervangen. Een arts bijvoorbeeld, al dan niet praktiserend, hoeft dan niet meer periodiek te herregistreren, maar blijft geregistreerd zolang hij of zij de essentiële kennis bijhoudt. Pas als er een signaal komt – als de arts in 'in de rode zone' terecht is gekomen – moet er actie ondernomen worden en kan in het uiterste geval de registratie doorgehaald worden. De doorhaling kan weer ongedaan gemaakt worden als de betreffende arts kan aantonen dat hij of zij weer in de groene zone is beland cq. over de benodigde essentiële kennis beschikt.

## Onderzoeksvraag

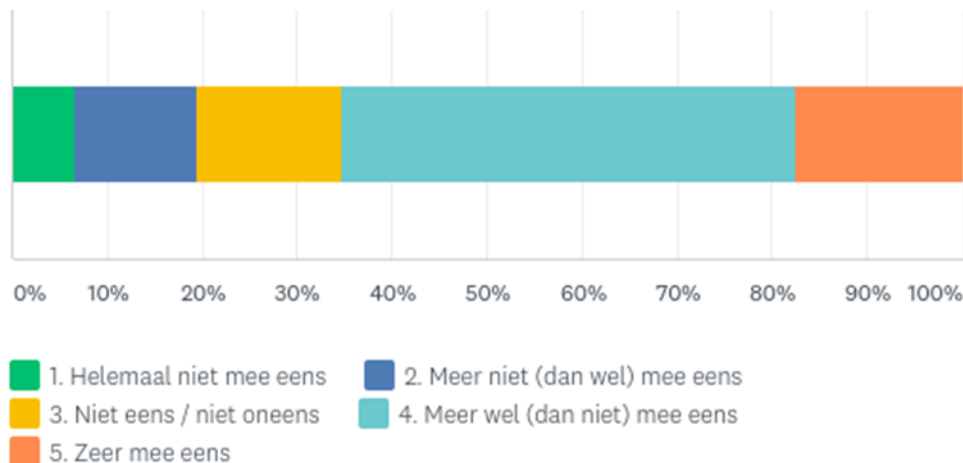
Samenvattend gaat het thema Herregistratie over de discrepantie tussen de ontwikkeling van de professional tijdens de loopbaan en de bevoegdheid zoals die gekoppeld is bij opname in het register. Aan de hand van het BIG-register kan worden achterhaald of een zorgverlener is opgeleid tot een bepaald beroep, en bevoegd is om bepaalde voorbehouden handelingen zelfstandig uit te voeren. Registratie is echter een momentopname, hieruit blijkt de bevoegdheid maar niet zonder meer de bekwaamheid tijdens de loopbaan. Dit vertaalt zich in de volgende onderzoeksvraag:

3. A) In welke mate herkent men knelpunten rondom doelmatigheid van toetsen bij herregistratie?  
B) In welke mate is er steun voor de voorgestelde oplossingen voor knelpunten rondom het toetsen bij herregistratie?

## Resultaten

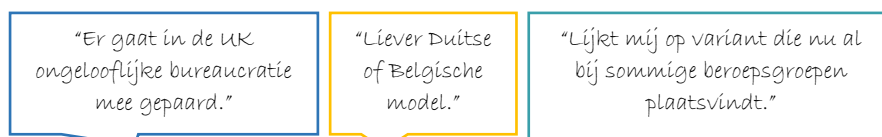
Een ruime meerderheid (65,3%) onderschrijft de analyse dat bekwaamheid onvoldoende wordt betrokken bij de herregistratie.

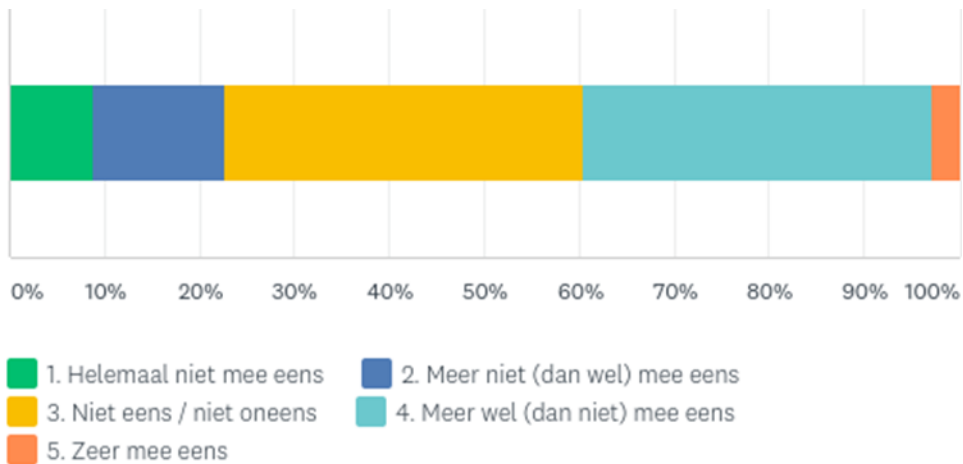
*Bekwaamheid wordt onvoldoende betrokken bij de vereisten van herregistratie. (Q13)*



Men is niet zozeer tegen (22,8%) de oplossing om naar voorbeeld van het VK te werken met bekwaamheden per type zorgverlener, maar ook niet duidelijk voor (39,5% eens versus 37,7% neutraal).

*De oplossing is om naar voorbeeld van het VK te werken met bekwaamheden per type zorgverlener. (Q14)*



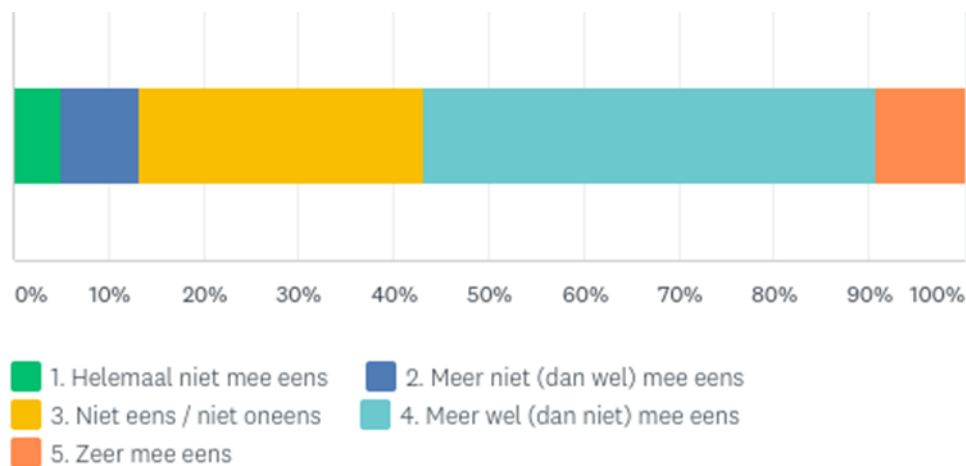


Vergeleken bij oplossing in het VK hiervoor, kan de oplossing van CanMeds om bekwaamheid te betrekken bij herregistratie rekenen op meer steun (56,8%) en minder tegenstand (13,34).

*De oplossing is om naar voorbeeld van CanMeds bekwaamheid te betrekken bij herregistratie, waarbij (na)scholing wordt gekwalificeerd in termen van competenties. (Q15)*

“Mensen volgen nascholing op dingen die zij al beheersen.”

“Naast kennis zijn juist andere CanMeds competenties doorslaggevend bij vakbekwaamheid.”

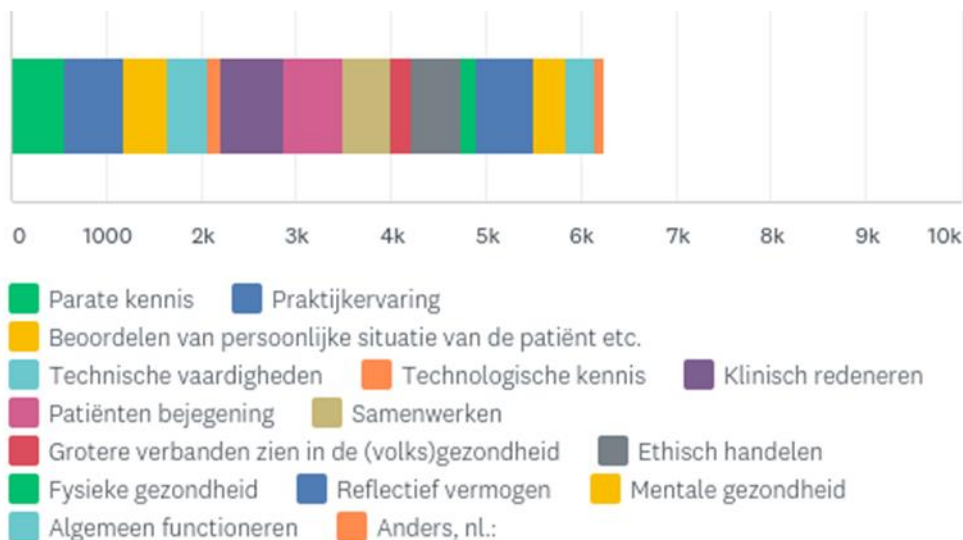


De meeste professionals (meer dan 60%) vinden het belangrijk om bij bekwaamheid te toetsen op klinisch redeneren (74,6%), praktijkervaring (70,2%), patiënten bejegening (69,1%), reflectief vermogen (67,3%) en parate kennis (62,5%). Een gemiddeld aantal (40%-60%) professionals vindt ethisch handelen (58,9%), samenwerken (57,9%), beoordelen van de persoonlijke situatie van de patiënt (52,1%) en technische vaardigheden (47,8%) belangrijk bij het toetsen van bekwaamheid.

*Het is belangrijk de volgende bekwaamheidseisen regelmatig te toetsen bij zorgprofessionals. (Q16)*

“Er bestaan nu al regelingen die de bekwaamheid toetsen.”

“Dit verschilt per professional.”

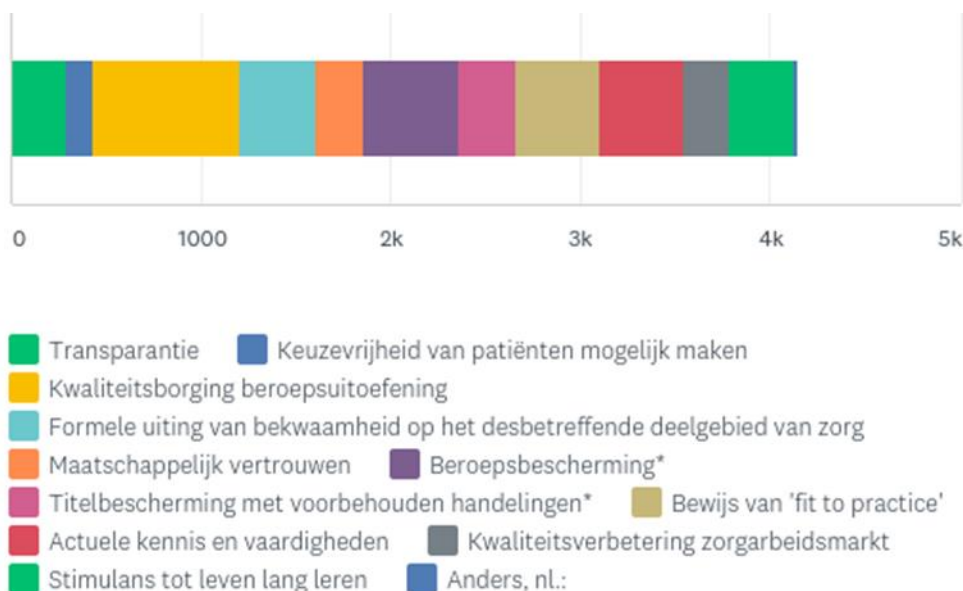


Opmerkelijk in het kader van de doelstelling van de Wet BIG, is dat slechts 37,5% van de professionals vindt dat de eigen mentale gezondheid betrokken moet worden bij het toetsen van bekwaamheid. Uit deze veldraadpleging blijkt echter niet of professionals vinden dat de eigen mentale gezondheid al dan niet bijdraagt aan het beschermen van de patiënt tegen onzorgvuldig handelen. De meeste professionals zijn het er wel over eens dat kwaliteitsborging van de beroepsuitoefening het doel van herregistratie (86,5%) moet zijn. Daarna volgt beroepsbescherming (55,5%), bewijs van 'fit to practice' (49,8%), actuele kennis en vaardigheden (49,4%) en formele uiting van bekwaamheid op het desbetreffende deelgebied van zorg (45,0%) als doel van herregistratie.

Het doel van herregistratie zou moeten zijn:(Q17)

"Zelfreflectief vermogen bevorderen."

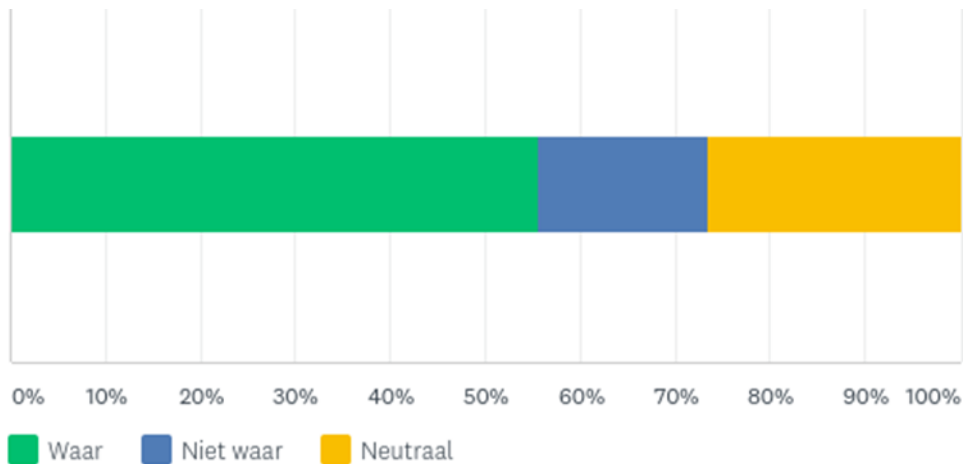
"Patiënten hebben geen keuzevrijheid. Er is marktwerking en zorgleveranciers houden gewoon de deur dicht."



Slechts 17,9% vindt dat de huidige werkervaringseis het doel actuele kennis dient. Daar staat tegenover dat 55,7% van mening is dat de werkervaringseis daarbij juist niets zegt.

De werkervaringseis zegt niets over het up-to-date zijn van medische kennis. (Q19)



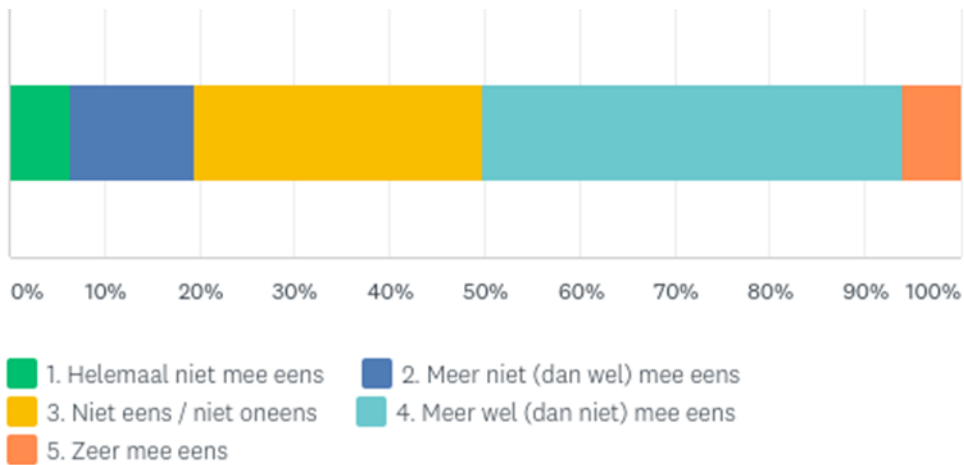


Voor een oplossing in de vorm van continue herregistratie en het betrekken van bekwaamheid is 50,1% voor, en 19,6% tegen.

*De oplossing is een systeem van continue herregistratie voor het betrekken van bekwaamheid bij herregistratie. (Q20)*

"Gezien de beperkte middelen, vertrouw ik er niet op dat er voldoende geïnvesteerd wordt in een gebruiksvriendelijke en goed systeem."

"Alleen als het in plaats van de bestaande kwaliteitsregisters is."

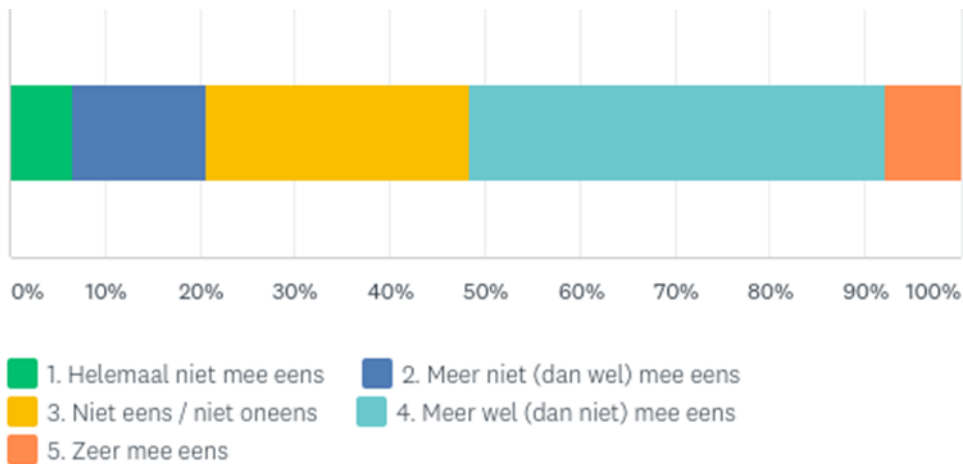


Dat een registratie geldig blijft 'tenzij', onderschrijft 51,7% meer wel dan niet. Tegen dat idee is 20,7% en neutraal is 27,7%.

*In hoeverre vindt u dat een registratie vervolgens geldig blijft totdat uit het digitale systeem blijkt (rode zone) dat actie voor herregistratie nodig is? (Q21)*

"Praktische vaardigheden kun je met een digitaal systeem niet toetsen."

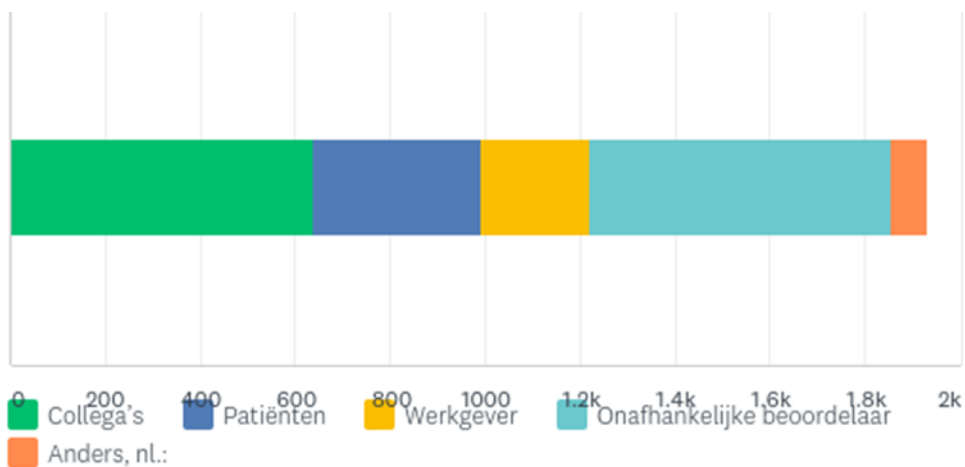
"Jarenlang oranje geeft ook aanleiding tot bezorgdheid."



Verreweg de meeste professionals vinden vervolgens dat bij het regelmatig toetsen van bekwaamheid collega's (72,0%) en/of een onafhankelijke beoordelaar (71,5%) betrokken moeten worden. Opvallend is dat meer professionals een rol zien voor patiënten (39,7%) bij het regelmatig toetsen van bekwaamheid dan voor de werkgever (25,5%).

*Bij regelmatige toetsing van de bekwaamheid van zorgprofessionals moeten de volgende personen betrokken zijn: (Q18)*

"Leidinggevendenden"	"De kwaliteitseisen van de verenigingen."	"Hangt af van eerder gekozen doel van herregistratie."
----------------------	---	--



### Tussenconclusie

Men herkent overwegend de knelpunten rondom doelmatigheid van toetsen bij herregistratie. Het overgrote deel ziet kwaliteitsbevordering en borging als belangrijkste doel en vindt dat herregistratie in de huidige uitvoering daar onvoldoende aan bijdraagt.

Er is overwegend steun voor de voorgestelde oplossingen voor knelpunten rondom het toetsen bij herregistratie. De waarschuwing is wederom te waken voor de tijdsbelasting van de zorgprofessional. Daarnaast ziet men verschillen tussen de sectoren.

## Thema 4: Tuchtrect

### Analyse

De wet beoogt met het tuchtrect ook de kwaliteit van de beroepsbeoefening te bevorderen. Het tuchtrect strekt tot normontwikkeling en –verduidelijking. Het is mede om deze reden openbaar in de veronderstelling dat andere beroepsbeoefenaren hiervan kunnen en zullen leren en verbeteren. Het is zeer de vraag of en zo ja, in hoeverre, deze veronderstelling juist is. Het tuchtrect heeft – mede door de media – een hoog schandpaaleffect en kan ook leiden tot risico-avers handelen. Dat komt de openheid die nodig is om te kunnen leren niet ten goede. Dat wreekt zich temeer doordat de kennisbasis sterk verandert. De verbetering van kwaliteit komt hiermee in het gedrang.

Daarnaast lijkt het tuchtrect vaak te worden gebruikt voor oneigenlijke doelen: patiënten zoeken erkenning of (niet-financiële) genoegdoening voor in hun ogen gemaakte fouten in de behandeling. Het merendeel blijkt ongegrond, maar schaadt wel het vertrouwen en de reputatie van betreffende zorgverleners en kan leiden tot defensieve geneeskunde. De recente aanpassing van de Wet BIG, waarbij een tuchtklachtfunctionaris is ingesteld, zou patiënten moeten helpen bij het formuleren en juist adresseren van hun klacht (dat kan ook een andere instantie zijn, bijv. een regionale geschillencommissie). Vraag is of dat voldoende is.

Een ander punt betreft het repressieve karakter van het tuchtrect: maatregelen die opgelegd kunnen worden zijn bestraffend van karakter, niet gericht op verbetering van het functioneren. Zo zou de tuchtrechter bijvoorbeeld ook een verplichting moeten kunnen opleggen tot het volgen van gerichte bij- of nascholing.

Anderzijds wordt betoogd dat het tuchtrect essentieel is voor de (verdere ontwikkeling) van professionaliteit. In deze opvatting zou juist een stap verder gegaan moeten worden: door per vakgebied systematisch uitspraken te verzamelen en analyseren en op basis daarvan de professionele standaard (continu) aan te scherpen. Als dit het doel is, kan ook een alternatief worden overwogen, namelijk de casus geanonimiseerd voorleggen aan tuchtrechter in een besloten zitting.

### Alternatief

Met de Wet BIG is er relatief veel aandacht voor de 'input' (wie mag onder welke omstandigheden zorg verlenen); staat dat in goede verhouding tot uitkomsten of zou het accent moeten verschuiven naar kwaliteit van geleverde zorg als hefboom?

Een veelvoorkomende misvatting is dat de Wet BIG handvatten biedt om de kwaliteit van geleverde zorg te beoordelen en aldus te bewaken. Dit is echter niet het geval: de wet richt zich op de kwaliteit van de beroepsuitoefening en daarmee op de individuele beroepsbeoefenaar als voorwaarde om goede zorg te kunnen leveren.

De Wkkgz is bij uitstek bedoeld om kwaliteit van geleverde zorg te beoordelen. Het stelt de patiënt in de gelegenheid een oordeel te verkrijgen over de kwaliteit van de zorg die aan hem geleverd is en dat omvat ook het handelen van individuele zorgverleners.

Bij dit thema gaat het om de mate waarin het tuchtrect bijdraagt aan het beoogde doel van bevorderen van de kwaliteit van de beroepsbeoefening.

### Onderzoeksvraag

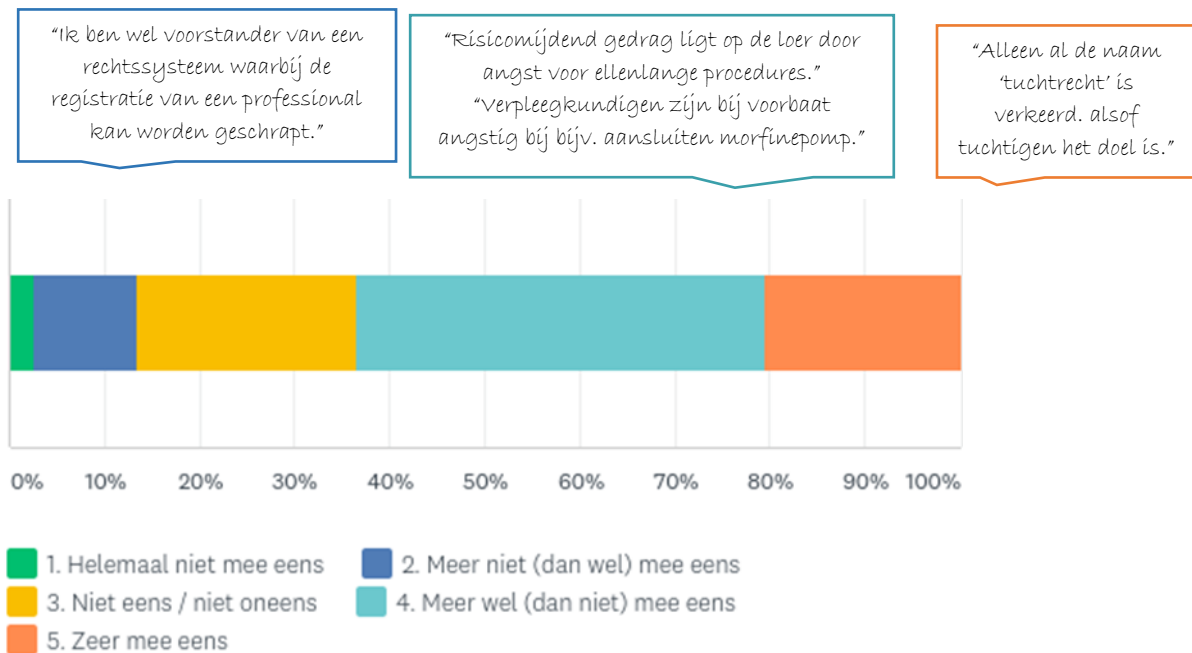
Samenvattend gaat het bij dit thema om de mate waarin het tuchtrect bijdraagt aan het beoogde doel van bevorderen van de kwaliteit van de beroepsbeoefening. Door openbaarheid, oneigenlijk gebruik (bijv. genoegdoening) en het repressieve karakter van het tuchtrect komt het beoogde doel (kwaliteitsbevordering) in het gedrang. De Wkkgz is als kader beter geschikt om kwaliteit van geleverde zorg te beoordelen. Dit vertaalt zich in de volgende onderzoeksvraag:

1. A) In welke mate herkent men knelpunten rondom de doelmatigheid van het tuchtrecht?  
 B) In welke mate is er steun voor de voorgestelde oplossingen voor de knelpunten rondom het tuchtrecht?

## Resultaten

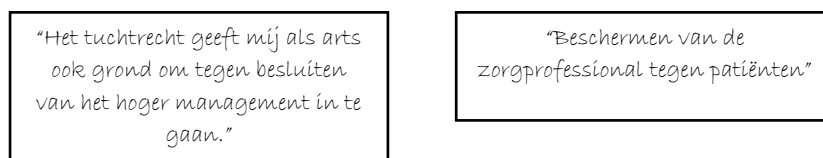
Waar eerder de meeste professionals 'borgen van kwaliteit van de beroepsuitoefening' het doel van herregistratie vinden, oordeelt 63,4% van de professionals (meer wel dan niet) dat dat doel onder druk komt te staan met het huidige tuchtrecht.

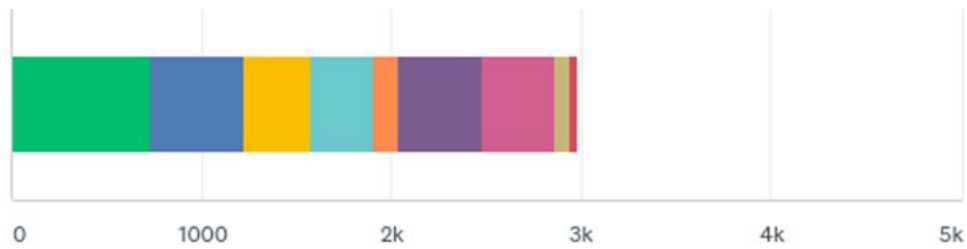
*Met de toepassing van het huidige tuchtrecht komt het doel kwaliteitsbevordering onder druk te staan. (Q22)*



Verreweg de meeste professionals (83,7%) vinden dat een belangrijk doel van tuchtrecht het beschermen van patiënten tegen onbekwame zorgverleners is. Daarna volgen de doelen: de patiënten beschermen tegen onoordeelkundig handelen (56,9%) en de mogelijkheid tot het verkrijgen van een extern en onafhankelijk oordeel (50,9%). Gematigd support is er voor de doelen mogelijkheid tot het opleggen van een maatregel zoals na/bijbscholing (43,1%), ruimte voor verbeteren en rehabilitatie (39,9%) en maatschappelijk vertrouwen (37,9%). Daarnaast vindt slechts 15,2% van de respondenten dat het tuchtrecht ertoe dient dat patiënten een directe toegang voor het indienen van klachten hebben. De minste steun is er voor 'het dienen van genoegdoening voor patiënten' als doel van het tuchtrecht.

*Wat vindt u belangrijke doelen van het tuchtrecht? (Q23)*





- Patiënten beschermen tegen onbekwame zorgverleners
- Patiënten beschermen tegen onoordeelkundig handelen
- Ruimte voor verbeteren en rehabilitatie
- Maatschappelijk vertrouwen
- Patiënten hebben directe toegang voor indienen klachten
- Mogelijkheid tot verkrijgen extern en onafhankelijk oordeel
- Mogelijkheid tot opleggen van maatregel zoals na/bijtscholing
- Genoegdoening voor patiënten etc.
- Anders, namelijk:

### Tussenconclusie

Het overgrote deel van de respondenten onderschrijft dat er problemen zijn met de doelmatigheid van het tuchtrecht. Men vindt dat kwaliteitsbevordering het belangrijkste doel van tuchtrecht is of zou moeten zijn en dat dat doel onder druk staat.

Bij het nadenken over oplossingen voor de uitvoering van het huidige tuchtrecht is een belangrijk signaal dat het veld niet of nauwelijks vindt dat het tuchtrecht bedoeld is voor genoegdoening van de patiënt en dat er ook niet veel steun is voor de directe toegang voor patiënten tot het indienen van klachten als doel. Tegelijkertijd weten we met deze veldraadpleging niet wat burgers en patiënten zelf hier van vinden.

## Thema 5: Inzichtelijkheid voor derden

### Analyse

Bij dit thema gaat het om de bedoelde effecten (zoals inzichtelijkheid voor derden) en onbedoelde effecten (zoals financiële prikkels) van opname in het BIG-register.

Sinds de inwerkingtreding van de Wet BIG zijn er door beroepsverenigingen vele verzoeken gedaan om opname in het BIG-register. In veel gevallen had dit te maken met financieel-economische motieven. Soms levert BIG-registratie een betalingstitel op of geldt het als vereiste om bepaalde activiteiten te mogen ondernemen c.q. voor bepaalde functies in aanmerking te kunnen komen. Opname in het BIG-register werkt in die zin statusverhogend en fungeert ook als bescherming van de belangen van een beroepsgroep. Beroepsverenigingen bepalen zelf over welke deskundigheden een beoefenaar moet beschikken om tot het beroep te worden toegelaten. Daarmee hebben zij een stevige vinger in de pap als het gaat om de toelating tot het beroep en tot de zorgverleningspraktijk. De Wet BIG heeft daarmee een aanzuigende werking en leidt tot een domeinenstrijd onder zorgberoepen en beroepsverenigingen. Dat komt het werken in teamverband niet ten goede.

### Alternatief

De Wet BIG beoogt het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het voorkomen van ondeskundig en onzorgvuldig handelen. De instrumenten van de Wet BIG (beroepenregistratie, voorbehouden handelingen, tuchtrecht) zijn echter niet de enige met dit oogmerk. Gangbare instrumenten in het professionele domein om de kwaliteit en veiligheid van de beroepsuitoefening en, breder, van de patiëntenzorg te bevorderen zijn de intercollegiale toetsing en supervisie, complicatie- en necrologiebesprekingen, het multidisciplinair overleg, debriefings, en kwaliteitsaudits door de beroepsvereniging. Kwaliteit en veiligheid behoren verder tot de kern van de interne en externe governance van instellingen. Onderdeel hiervan is dat op instellingsniveau een toenemende hoeveelheid kwaliteitsinformatie verzameld wordt, deels vereist door externe partijen zoals de IGJ, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. De IGJ is van overheidswege belast met het toezicht op kwaliteit en veiligheid, aan de hand van onder meer incidentenmeldingen en gerapporteerde kwaliteit (risicogestuurd toezicht).

Om de transparantie van zorg te bevorderen zijn in de afgelopen jaren diverse registraties opgezet om keuzeinformatie te bieden voor patiënten (en zorgverzekeraars), op instellingsniveau en op het niveau van de individuele zorgverlener. De bekendste voorbeelden zijn ZorgkaartNederland (Patiëntenfederatie) gebaseerd op patiëntenervaringen, en KiesBeter (Zorginstituut; alleen instelling of organisatieonderdeel), die gebruik maakt van openbare databases. De veronderstelling is dat het bieden van keuzeinformatie onder meer kwaliteitsverhogend werkt.

Deze instrumenten en sturingsmechanismen hebben echter hun keerzijden (administratieve lastendruk, beoordeling achteraf, etc.) en ook wordt betwist of ze valide zijn en daadwerkelijk bijdragen aan een betere veiligheid en kwaliteit van zorg. Desondanks kunnen ze wel een voldoende alternatief bieden voor de (instrumenten van de) Wet BIG.

Naast het (publiekrechtelijke) BIG-register zijn er meerdere privaatrechtelijke registers. Voorbeelden daarvan zijn het Kwaliteitsregister Paramedici en de registers van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), maar bijvoorbeeld ook het Kwaliteitsregister Jeugd voor jeugd-zorgwerkers. Soms komt een privaatrechtelijk register voort uit initiatieven van beroepsverenigingen, soms is de keuze voor een privaatrechtelijke registratie afkomstig van de overheid (Kwaliteitsregister Jeugd). Het bestaan van meerdere verschillende registers leidt er soms toe dat zorgverleners in meer dan één register staan opgenomen. Het is voor burgers en andere betrokkenen verwarrend en draagt allerminst bij aan de inzichtelijkheid. Bovendien bevat het BIG-register niet de informatie die patiënten/cliënten zoeken (reputatie, ervaring en bekwaamheden). Het register wordt dan ook nauwelijks geraadpleegd, ook niet door zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

## Onderzoeksvraag

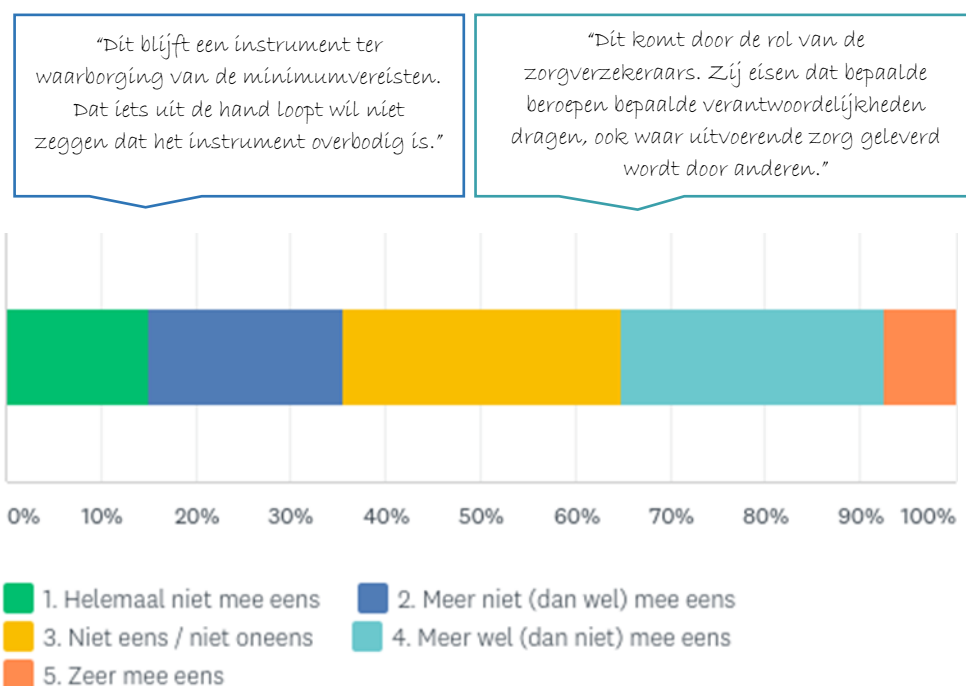
Samenvattend vertaalt dit zich in de volgende onderzoeksvraag:

5. A) In welke mate herkent men knelpunten van de huidige Wet BIG zoals een (onvoldoende) inzichtelijkheid van informatie over de kwaliteit van individuele zorgverleners?
- B) In welke mate is er steun voor de voorgestelde oplossingen voor deze knelpunten?

## Resultaten

Onbedoelde bijvangst van de regulering op basis van beroepen is een domeinstrijd. Daarover is men zeer verdeeld: 35,1% is het daarmee (meer) wel eens, tegenover 35,4% (meer) niet eens en 29,3% is neutraal.

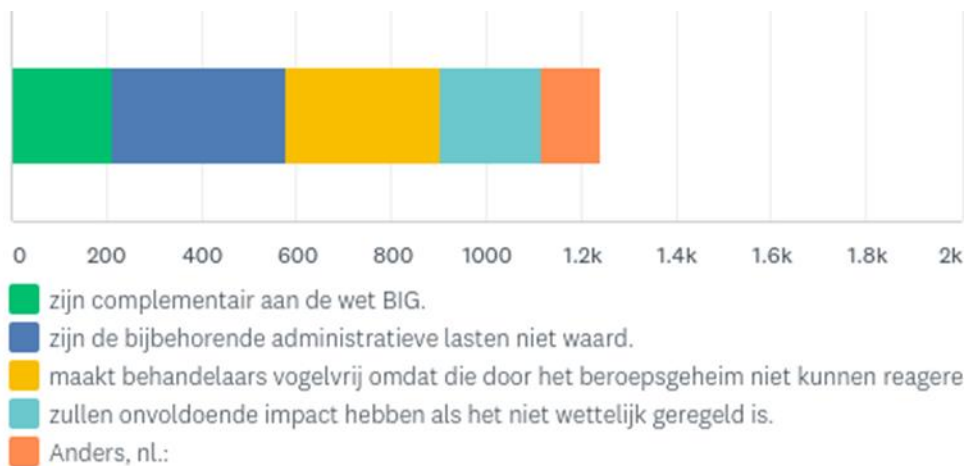
*Er is sprake van een domeinstrijd onder zorgberoepen en beroepsverenigingen: (Q25)*



Een aanzienlijk deel (44,3%) is beducht voor administratieve lasten veroorzaakt door instrumenten en sturingsmechanismen 39,8% van de respondenten deelt de mening dat instrumenten en sturingsmechanismen kunnen leiden tot een vogelvrije status van behandelaars, omdat zij door hun beroepsgeheim niet kunnen reageren. Ongeveer een kwart vindt dat instrumenten en sturingsmechanismen complementair zijn aan de Wet BIG (26,1%) en dat ze wettelijk geregeld moeten zijn om impact te hebben (26,0%).

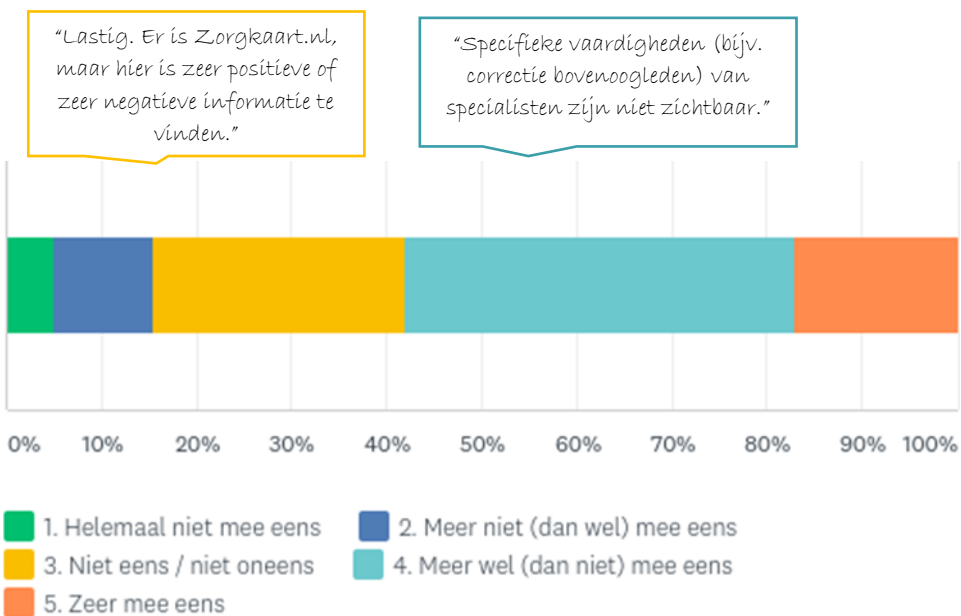
*Bovengenoemde instrumenten en sturingsmechanismen...: (Q26)*





Dat er onvoldoende inzichtelijkheid is van informatie over de kwaliteit van de individuele zorgverleners deelt een meerderheid van 58,0%. De rest is het of niet eens of oneens (26,6%) of (meer) niet eens 15,4 %.

*Er bestaat onvoldoende inzichtelijkheid van informatie over de kwaliteit van individuele zorgverleners. (Q27)*

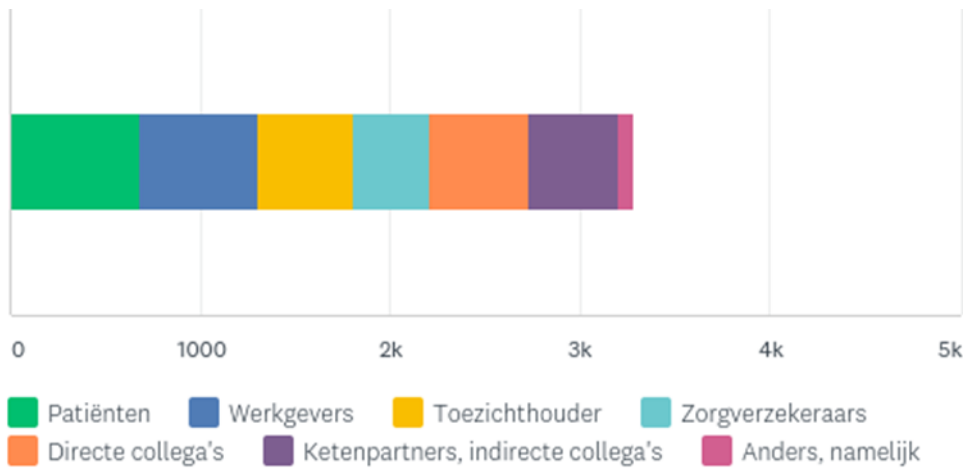


De meeste professionals vinden dat een register te raadplegen moet zijn voor patiënten (83,6%) en voor de werkgever (75,3%). Een groot deel vindt bovendien dat het ook te raadplegen moet zijn voor directe collega's (63,7; en zonder NVGzP 57,9%), toezichthouders (61,4%), ketenpartners of indirecte collega's (56,8%) en/of zorgverzekeraars (49,5%).

Uit 56 van de in totaal 86 open opmerkingen onder 'anders, nl' blijkt nog eens dat professionals vinden dat een register 'voor iedereen' of 'alle genoemde categorieën' of 'openbaar' te raadplegen moet zijn.



Een register moet voor de volgende groepen te raadplegen zijn: (Q28)



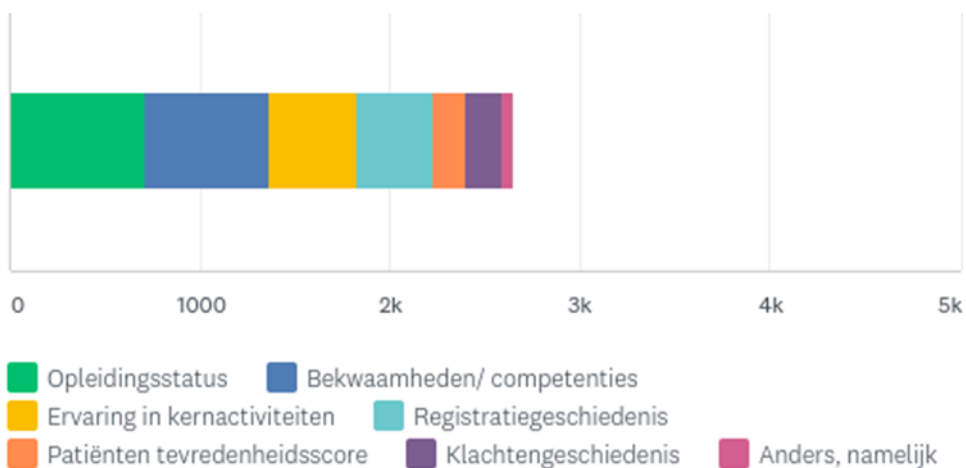
Deze gebruikers zouden volgens de meeste respondenten toegang willen tot informatie over opleidingsstatus (87,7%), bekwaamheden/ competenties (79,5%) en/of ervaring in kernactiviteiten (55,1%). In mindere mate onderschrijft men informatie over registratiegeschiedenis (49,0%), klachtengeschiedenis (23,3%) en patiënten tevredenheidsscore (21,2%).

De volgende informatie moet in het register zijn opgenomen om tegemoet te komen aan de wensen van gebruikers: (Q29)

"Niet klachtengeschiedenis, maar alleen de uitkomst bij vaststelling 'ernstige fouten.'"

"Registratienummers en bijbehorende titel zoals nu."

"Specialisatie en ervaring in specialisatie."



Tot slot vindt slechts 4,1% van de respondenten dat de gepresenteerde analyses aanleiding geven voor de oplossing de Wet BIG af te schaffen:

### De Wet BIG is overbodig geworden: (Q24)



Men is verdeeld over de vraag of de Wet BIG geïntegreerd kan worden in de Wkkgz (32,5%) of daarnaast moet blijven bestaan (45,5%). Uit eerdere opmerkingenvelden komt naar voren dat dit volgens respondenten vooral gelegen is in de overtuiging dát er altijd iets georganiseerd moet worden om de kwaliteit van de individuele zorgverlening te borgen, maar niet per se zoals dat nu georganiseerd is.

### Tussenconclusie

Men herkent in grote mate de knelpunten van de huidige Wet BIG zoals een (onvoldoende) inzichtelijkheid van informatie over de kwaliteit van individuele zorgverleners. Het is volgens de meeste professionals geen oplossing de Wet BIG af te schaffen en te integreren in de Wkkgz. Het merendeel vindt dat zoals nu informatie voor iedereen toegankelijk moet zijn, maar ook dat die informatie dan beperkt zou moeten worden tot informatie over opleidingsstatus, bekwaamheden/competenties en/of ervaring in kernactiviteiten.

## Slotconclusie

### Algemeen beeld

Over het algemeen zijn de respondenten het meer eens dan oneens met de gepresenteerde analyses en mogelijke oplossingen. Van de 17 draagvlakvragen is er slechts één analyse en één oplossing waar een ruime meerderheid het mee oneens is. Dat wordt echter vooral verklaard door de weerstand tegen het compleet loslaten van de beroepen structuur als basis. Uit het draagvlak voor de overige analyses en oplossingen komt naar voren dat er voor alle vijf de thema's ruimte is voor verbetering om de kwaliteit van de individuele zorgverlening te regelen binnen de Wet BIG. De grote oververtegenwoordiging van de groep NVGzP verandert de conclusie nauwelijks. Het beeld is consistent: er zou één tot zes procent meer draagvlak zijn zonder deze groep.

### Thema 1: Registratie met beroepen als aangrijpingspunt voor regulering

Het veld herkent het ene geschetste knelpunt rondom de registratie met beroepen als aangrijpingspunt meer (werken in teamverband) dan het andere (vervagen deskundigheidsgebieden). Men vindt overwegend dat basisberoepen als aangrijpingspunt moeten blijven bestaan. Professionals zijn echter ook van mening dat er meer gereguleerd moet worden dan de kwaliteit van de individuele zorgverlener. Daarnaast vinden professionals dat nu niet voldoende inzichtelijk is wat professionals kunnen en dat meer doen met bekwaamheden een oplossing kan zijn.

### Thema 2: Voorbehouden handelingen

Een overgrote meerderheid herkent de knelpunten rondom de regeling van voorbehouden handelingen. De steun voor de voorgestelde oplossingen voor knelpunten bij de regeling van voorbehouden handelingen varieert sterk. Respondenten zijn niet tegen het (meer dan nu het geval is) koppelen van bevoegdheden aan bekwaamheden, maar wel tegen het loskoppelen van bevoegdheden van beroepen.

### Thema 3: Toetsen bij herregistratie

Men herkent overwegend de knelpunten rondom doelmatigheid van toetsen bij herregistratie. Het overgrote deel ziet kwaliteitsbevordering en borging als belangrijkste doel en vindt dat in de huidige uitvoering herregistratie onvoldoende aan bijdraagt. Ook is er overwegend steun voor de voorgestelde oplossingen voor knelpunten rondom het toetsen bij herregistratie. De waarschuwing is wederom te waken voor de tijdsbelasting van de zorgprofessional. Daarnaast ziet men verschillen tussen de sectoren.

### Thema 4: Tuchtrect

Het overgrote deel van de respondenten is het eens dat er problemen zijn met de doelmatigheid van het tuchtrect. Men vindt dat kwaliteitsbevordering het belangrijkste doel van tuchtrect is of zou moeten zijn en dat dat doel onder druk staat. Bij het nadenken over oplossingen voor de uitvoering van het huidige tuchtrect is een belangrijk signaal dat het veld niet of nauwelijks vindt dat het tuchtrect bedoeld is voor genoegdoening van de patiënt en dat er ook niet veel steun is voor de directe toegang voor patiënten tot het indienen van klachten. Tegelijkertijd weten we met deze veldraadpleging niet wat burgers en patiënten zelf hier van vinden.

### Thema 5: Inzichtelijkheid van informatie

Tot slot herkent men ook in grote mate knelpunten van de huidige Wet BIG zoals een inzichtelijkheid van informatie over de kwaliteit van individuele zorgverleners. Het is volgens deze professionals geen oplossing de Wet BIG af te schaffen en te integreren in de Wkkgz. Men vindt ook dat zoals nu informatie voor iedereen toegankelijk zijn, maar men vindt ook dat die informatie dan beperkt zou moeten worden.

**Appendix 1 Lijst met benaderde koepels, branches en beroepsverenigingen**

vereniging	Reactie (na max 2 herinneringen)
Actiz	Ja
AVIG	Ja
Beroepsvereniging voor ergotherapeuten	Ja
BPSW	-
BTN	Ja
FMS	-
GGD GHOR	Ja
GGZ Nederland	Ja
Het roer moet om	Ja
IederIn	Ja
InEen	-
Kngf	Ja
KNMG	Ja
KNMP	Ja
KNMT	-
KNOV	-
Kwaliteitsregister mondhygienisten	-
LHV	Ja
LPO	-
MEE Nederland	-
NIP	Ja
NFU	Ja
NHV	-
NVAB	Ja
NVBMH	-
NVBMR	Ja
NVD	-
NVda	Ja
NVGzP	Ja
NVH	Ja
NVK	Ja
NVKF	-
NVLF	-
NVM	Ja
NVvO	-
NVvP	Ja
NVVTG	Ja
NVZ	Ja
ONT	-
OVN	-
Patientenfederatie NL	-
PGGM&Co	Ja
PPN	Ja
Sociaal Werk NL	-
Wijkteamorganisatie	Ja
VGct	-
VGN	Ja
GVZ	Ja
VvAA	Ja
VenVN	Ja
VvOCM	Ja

Welkom bij de online veldraadpleging Regulering van Zorgberoepen

**Uw deelname aan onze veldraadpleging is zeer waardevol.**

**Deze veldraadpleging (deel B) maakt deel uit van een adviesvoorbereiding over de beroepenregulering in de zorg die deze zomer officieel van start is gegaan. De veldraadpleging is een vervolg op:**

- **een adviesaanvraag van de minister voor Medische zorg en Sport over de toekomstbestendigheid van de wet BIG (zie bijlage 1 bij de uitnodiging), en**
- **een voorlopige analyse op basis van interviews, een expertmeeting, een internationaal vergelijkend onderzoek (zie bijlage 2 bij de uitnodiging) en een pilot veldraadpleging (deel A) onder experts.**

**In deze veldraadpleging wordt per thema eerst een samenvatting gepresenteerd van de analyse en van eventuele voorlopige oplossingsrichtingen, waarna u wordt gevraagd of u de analyse deelt en of u zich kunt vinden in de oplossingsrichting. U kunt bijlage 2 er bij houden of de tekst online als onderdeel van de vragenlijst lezen, wat u het prettigst vindt. Aan het slot kunt u eventueel nog kwijt wat u nog mist in open opmerkingen velden.**

**In de opbouw van de vragenlijst is er per thema een cluster aan analyses, oplossingsrichtingen en bijbehorende vragen. In totaal resulteert dit in 3 clusters, met in totaal 35 vragen, verdeeld over 14 pagina's. We beginnen eerst met vragen naar uw betrokkenheid bij het onderwerp Regulering van Zorgberoepen. Vervolgens komen de inhoudelijke vragen bij de 3 clusters. Aan het einde wordt u nog gevraagd of, en hoe u op de hoogte gehouden wilt worden over het vervolg van dit project. Het vervolg van dit project zal bestaan uit verschillende modellen van (beroepen)regulering in de zorg, die wij zullen opstellen op basis van de opbrengsten van deze veldraadpleging en die we voor de zomer van 2019 hopen aan te bieden aan de minister(s) van VWS.**

**Inclusief het lezen van de inleidende teksten duurt het invullen ongeveer een half uur. Omwille van uw ervaringen met beroepenregulering in de zorg en het belang van het onderwerp stellen we uw input zeer op prijs. Tevens is dit uw moment om input te leveren alvorens wij advies uitbrengen aan de minister. De deadline om deze input te leveren is maandag 8 april 9 uur.**

**Niet alle vragen zijn verplicht zodat u indien gewenst sneller kunt door scrollen naar het einde van een pagina. Onderaan elke pagina zit een knop "Volgende" om door te gaan naar de volgende pagina en een knop "Vorige" om terug te gaan naar de vorige pagina.**

**Wilt u meer lezen over dit project, klik dan op [Advies Regulering van Zorgberoepen](#) op de website van de RVS. Heeft u vragen naar aanleiding van deze veldraadpleging, dan kunt u een e-mail sturen naar Marjolijn Blom: [mj.blom@raadrvs.nl](mailto:mj.blom@raadrvs.nl).**

**Alvast hartelijk dank voor uw deelname aan deze veldraadpleging!**

**Betrokkenheid bij onderwerp**

Vragen 1 - 4 (van 34)

\* 1. Wat is uw hoofdberoep/functie of betrokkenheid bij de beroepenregulering in de zorg?

- Patiënt/ Client/ Bewoner
- Familielid/ Vrijwilliger/ Mantelzorger van iemand die zorg of hulp nodig heeft
- Zorg-/ hulpverlener, Inc. artsen
- Bestuurder / Manager / coördinator in een zorg- of hulpinstelling
- (Beleids-)Adviseur, Beleidsmedewerker of -uitvoerder
- Gemeentefunctionaris
- Jurist
- Wetenschapper/ Onderzoeker of Manager in kennis/onderzoeksinstelling
- Docent
- Anders, nl.:

\* 2. Waar bent u werkzaam?

- Overheid / ZBO
- Een (kwaliteits-) register
- Brancheorganisatie
- Zorginstelling
- Universiteit, kennisinstelling, onderzoeksbureau
- HBO, MBO, onderwijsinstelling
- Beroepsvereniging
- Patiëntenorganisatie of -federatie
- Een stichting
- Zorgverzekeraar
- ZZP
- Anders, nl.:

\* 3. Bent u BIG- of anders geregistreerd? Indien anders, welk register?

- Ja, BIG-geregistreerd
- Niet BIG-geregistreerd
- Anders geregistreerd, nl.:

\* 4. Via welke organisatie(s) kreeg u deze vragenlijst? Meerdere antwoorden mogelijk. U ontvangt via deze organisatie(s) informatie over de (anonieme!) resultaten van uw inbreng en die van anderen.

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> NVVG  | <input type="checkbox"/> Patiëntenfederatie NL   | <input type="checkbox"/> Per Saldo                      |
| <input type="checkbox"/> CIBG  | <input type="checkbox"/> Longfonds               | <input type="checkbox"/> Het Roer Moet Om               |
| <input type="checkbox"/> VNVA  | <input type="checkbox"/> Pharos / Gezond in      | <input type="checkbox"/> Gemeente (VNG / Divosa / NDSD) |
| <input type="checkbox"/> BPSW  | <input type="checkbox"/> KBO-PCOB                | <input type="checkbox"/> NVvP                           |
| <input type="checkbox"/> NIP   | <input type="checkbox"/> LOC Zeggenschap in Zorg | <input type="checkbox"/> GGD-GHOR                       |
| <input type="checkbox"/> NVAB  | <input type="checkbox"/> FMS                     | <input type="checkbox"/> SKJ / PPJ&J                    |
| <input type="checkbox"/> NVvO  | <input type="checkbox"/> NVZ                     | <input type="checkbox"/> Andere Handen                  |
| <input type="checkbox"/> PPN   | <input type="checkbox"/> V&VN                    | <input type="checkbox"/> Vrijwilligersorganisatie       |
| <input type="checkbox"/> NWG   | <input type="checkbox"/> MEE                     | <input type="checkbox"/> De Vrijwilligerscentrale       |
| <input type="checkbox"/> AVIG  | <input type="checkbox"/> InEen                   | <input type="checkbox"/> De Jonge Specialist            |
| <input type="checkbox"/> PGGM&Co   | <input type="checkbox"/> LHV                     | <input type="checkbox"/> LOVAH                          |
| <input type="checkbox"/> NVvTG   | <input type="checkbox"/> KAMG                    | <input type="checkbox"/> LOSGIO                         |
| <input type="checkbox"/> ActiZ   | <input type="checkbox"/> KNMG                    | <input type="checkbox"/> VJA                            |
| <input type="checkbox"/> BTN   | <input type="checkbox"/> Vilans                  | <input type="checkbox"/> VASON                          |
| <input type="checkbox"/> ZN  | <input type="checkbox"/> VGN                     | <input type="checkbox"/> VvAA                           |
| <input type="checkbox"/> Sociaal Werk NL                                 | <input type="checkbox"/> VGVZ                    | <input type="checkbox"/> Hart & Vaatgroep               |
| <input type="checkbox"/> GGZ Nederland                                   | <input type="checkbox"/> Aedes                   | <input type="checkbox"/> RVS                            |
| <input type="checkbox"/> Mind - Landelijk Platform Psychische Gezondheid | <input type="checkbox"/> Wijkteamorganisatie     |   |

Anders, nl.:

## Cluster 1: Beroepen als ordeningsprincipe

Vragen 5 - 8 (van 34)

In dit cluster staan de maatschappelijke ontwikkelingen die zorgberoepen beïnvloeden centraal.

### Werken in teams wordt de norm

De complexiteit van de zorg neemt toe door toenemende complexiteit (inclusief co-morbiditeit) van de hulpvraag van cliënten en door de noodzaak de context van cliënt meer te betrekken. Paradoxaal genoeg is bij zorgprofessionals sprake van meer en verdergaande specialisatie.

Werken in (multidisciplinaire) teams wordt steeds meer de norm en samenwerking strekt zich uit tot beroepsbeoefenaren uit het sociale domein, mantelzorgers en andere vrijwilligers. Deze combinatie van expertisegebieden kan bijdragen aan goede zorg die steeds meer thuis en in de wijk wordt geleverd.

De Wet BIG heeft het handelen van individuele beroepsbeoefenaren als aangrijpingspunt. Dit verhoudt zich moeizaam tot zorg in team- of netwerkverband: niet alle leden van zo'n team/netwerk vallen onder de wet BIG; en meerdere in het team/de organisatie voeren handelingen uit. Weliswaar sluit de wet BIG een meer collectieve verantwoordelijkheid niet uit (denk aan het begrip hoofdbehandelaar), maar het legt die verantwoordelijkheid bij de individuele zorgverlener.

### Nieuwe technologieën veranderen de beroepsuitoefening

Nieuwe technologieën (sociale en technische innovaties) veranderen beroepen en onderlinge machtsverhoudingen obv kennis, bevoegdheden, en bekwaamheden. Bovendien komen er door de nieuwe (zelfdenkende/- sturende/- handelende) technologieën, zoals kunstmatige intelligentie en robots ook nieuwe beroepen binnen de gezondheidszorg (technologen bijvoorbeeld) bij.

De reikwijdte van de wet BIG, de individuele gezondheidszorg, veronderstelt een direct contact tussen zorgverlener en patiënt. Daarmee vallen strikt genomen bepaalde beroepen buiten het bereik van de wet BIG, terwijl hun handelen minstens zoveel risico's inhouden indien ondeskundig of onzorgvuldig uitgevoerd. De wet BIG kan dit nu nog accommoderen via het zgn. experimenteerartikel, maar de snelle ontwikkelingen gaan de scope of reikwijdte van de wet te buiten. Robots of medische expertsystemen worden nu nog door zorgverleners ingezet en vallen daarmee onder hun verantwoordelijkheid. Deze technologie wordt echter meer en meer gevoed door zelflerende AI-systemen en kunnen daarmee steeds autonomer functioneren (vgl. zelfrijdende auto's).

### Vastomlijnde deskundigheidsgebieden vervagen

Een belangrijk fundament voor onderscheid, is de deskundigheid van de professional. Omdat kennisbronnen zich verbreden en verdiepen vindt in de praktijk een 'grenserving' tussen deskundigheidsgebieden plaats. Eén van de gevolgen is een (verdergaande) herschikking van taken en bevoegdheden tussen professionals. De meer routinematige taken kunnen worden gedelegeerd aan minder breed gekwalificeerd personeel.

Omschrijvingen van deskundigheidsgebieden zijn in algemene termen vervat, waardoor ze onvoldoende onderscheidend zijn tussen beroepen. Hier zien we een spanning ontstaan. Professionals moeten beter weten wanneer zij anderen erbij moeten halen: zij moeten dus de



deskundigheidsgebieden van andere professionals beter kennen, terwijl die gebieden steeds minder vast omljnd zijn. In de tweede evaluatie van de wet BIG is bepleit om de deskundigheidsgebieden bij AMvB te regelen zodat aanpassingen sneller kunnen worden doorgevoerd. De vraag is echter of dat voldoende/wenselijk is. De ontwikkelingen gaan immers snel en variëren lokaal.

**Samenvattend: Door werken in teamverband, nieuwe technologieën en vervagen deskundigheidsgebieden zijn beroepen niet meer voldoende aangrijpingspunt voor regulering van de zorg.**

\* 5. In welke mate deelt u de volgende analyse:

Complexe zorgvragen, hulp dichterbij huis en specialisaties, noodzaken tot werken in teamverband. Het aangrijpingspunt 'individuele beroepsbeoefenaar' is dan niet meer voldoende aangrijpingspunt voor regulering.

1. Helemaal niet mee eens      2. Meer niet (dan wel) mee eens      3. Niet eens / niet oneens      4. Meer wel (dan niet) mee eens      5. Zeer mee eens

Mogelijke toelichting

\* 6. In welke mate deelt u de volgende analyse:

Door nieuwe technologieën en nieuwe beroepen in de zorg, is er niet altijd direct contact tussen beroepsbeoefenaar en patiënt. Het aangrijpingspunt 'individuele gezondheidszorg' is dus niet meer voldoende voor regulering.

1. Helemaal niet mee eens      2. Meer niet (dan wel) mee eens      3. Niet eens / niet oneens      4. Meer wel (dan niet) mee eens      5. Zeer mee eens

Mogelijke toelichting

\* 7. In welke mate deelt u de volgende analyse:

De grenzen tussen de deskundigheidsgebieden van beroepsbeoefenaren in de zorg vervagen en daarom zijn beroepen niet meer het juiste aangrijpingspunt voor regulering.

1. Helemaal niet mee eens      2. Meer niet (dan wel) mee eens      3. Niet eens / niet oneens      4. Meer wel (dan niet) mee eens      5. Zeer mee eens

Mogelijke toelichting

8. Hoe gaat de beroepsuitoefening zich naar verwachting in de toekomst ontwikkelen? Dit is vooral gebaseerd op:

- Basisberoepen blijven de norm/basis
- Basisberoepen met verschillende profielen
- Beroepen worden functies (per instelling/organisatie verschillend)
- Beroepen verdwijnen; competenties/bekwaamheden worden de norm
- Anders, nl.:

## Cluster 2: Knelpunten rond kernelementen BIG

### Vraag 9 (van 34)

Het gaat hier om elementen van de huidige regulering; endogene factoren.

Regeling van voorbehouden handelingen dekt de risico's onvoldoende af

De wet BIG koppelt bevoegdheden aan beroepen. Alleen specifieke beroepsbeoefenaren, zoals artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, mogen in de wet omschreven voorbehouden handelingen verrichten voor zover ze liggen binnen hun specifieke deskundigheidsgebied. De gedachte hierbij is dat een aantal handelingen risicovol is en ter bescherming van de patiënt gereguleerd moeten worden.

De regeling van de voorbehouden handelingen in de wet BIG legt sterk de nadruk op fysieke handelingen op, aan of in het lichaam. Veel van deze handelingen zijn met de nodige training goed aan te leren. Denk bijvoorbeeld aan het bedienen van apparatuur, toedienen van bloed of andere infuusvloeistoffen en het toedienen van injecties.

Wezenlijker is dat kennisbronnen zich in de praktijk verbreden en verdiepen. Kennis verouderd steeds sneller, nieuwe technologieën dienen zich aan en er is discussie over de onderbouwing van professionele kennis (zie RVS-advies over de illusie van evidence based practice). Personalisering van zorg vraagt om het inzetten van contextuele kennis. Vaardigheden als het betrekken van de specifieke situatie van de patiënt/ cliënt bij de oordeelsvorming, het aangaan van de dialoog met de patiënt/cliënt, het gemotiveerd kunnen afwijken van protocollen, en het ontwikkelen van een 'klinische blik' vormen noodzakelijke aanvullingen op de technisch-rationele kennis en vaardigheden die tijdens de opleiding worden aangeleerd en winnen aan belang. Dergelijke activiteiten zijn echter moeilijk te omschrijven in concrete, opeenvolgende handelingen. Dit was onder andere één van de redenen waarom vooralsnog besloten is de jeugdzorgwerkers niet onder een regime zoals de wet BIG te brengen.

Het risico schuilt dan ook meestal niet in 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 is belangrijk: wordt de juiste diagnose gesteld, wordt op tijd visite afgelegd, wordt tijdig besloten tot een bepaalde ingreep. Verkeerde triage door een doktersassistente op een huisartsenpost kan levensgevaarlijk zijn. In al deze situaties zijn voorbehouden handelingen niet aan de orde.

Samenvattend: De wet BIG koppelt bevoegdheden aan beroepen. De regeling van de voorbehouden handelingen in de wet BIG legt sterk de nadruk op fysieke handelingen. Echter, het risico schuilt meestal niet in voorbehouden handelingen, maar in het beleid dat ten aanzien van de patiënt wordt gevoerd zoals stellen van de diagnose, tijdig visite afleggen, tijdig besluiten tot ingreep, etc.

\* 9. In welke mate deelt u de volgende analyse: Voorbehouden handelingen zijn te eenzijdig gericht op fysieke handelingen, terwijl het risico vaker schuilt in het beleid dat ten aanzien van de patiënt wordt gevoerd (diagnose stellen, tijdige visite etc.) en/of gebrekkige samenwerking.

1. Helemaal niet mee eens

2. Meer niet (dan wel) mee eens

3. Niet eens / niet oneens

4. Meer wel (dan niet) mee eens

5. Zeer mee eens

Mogelijke toelichting

**Cluster 2: Knelpunten rond kernelementen BIG (Vervolg)**

vragen 10 - 12 (van 34)

Het toekennen van bevoegdheden op basis van competenties kan een alternatief zijn: niet de titel, maar bekwaamheden zijn leidend. Dit betekent dat het vereiste in de Wet BIG dat iemand bekwaam én bevoegd moet zijn, losgelaten zou moeten worden en dat vanuit het oogpunt van de kwaliteit van de zorgverlening, de eis van bekwaamheid volstaat. Wie bekwaam is, is bevoegd. Dit uitgangspunt zou moeten worden doorgetrokken naar de voorbehouden handelingen. Deze handelingen moeten niet zijn voorbehouden aan bepaalde beroepen, maar aan personen met aangetoonde bekwaamheden. Bekwaamheden die ook gedurende de loopbaan kunnen worden verworven. Dit zal leiden tot een meer flexibel aanbod van zorgverleners dat beter kan inspelen op de veranderende zorgbehoefte van een ouder wordende bevolking met meer co- en multimorbiditeit, tegen de achtergrond van beperkte financiële middelen en een afnemende beroepsbevolking.

\* 10. Vindt u het een goede oplossing om bevoegdheid meer te koppelen aan bekwaamheid en minder aan beroepen?

1. Helemaal niet mee eens      2. Meer niet (dan wel) mee eens      3. Niet eens / niet oneens      4. Meer wel (dan niet) mee eens      5. Zeer mee eens

Mogelijke toelichting

\* 11. In de UK werkt men met lijsten van bekwaamheden per type zorgverlener. Is dat een goede oplossing?

1. Helemaal niet mee eens      2. Meer niet (dan wel) mee eens      3. Niet eens/ niet oneens      4. Meer wel (dan niet) mee eens      5. Absoluut wel mee eens

Mogelijke toelichting

12. (Hoe) is volgens u inzichtelijk te maken wat zorgverleners kunnen?

- Via zorgpaspoort/bekwaamhedenportfolio per individuele zorgverlener
- Via beroepsprofielen per type zorgverlener
- Via licenties
- Via deelcertificaten gevolgde opleidingen
- Anders, nl.:

## Cluster 2: Knelpunten rond kernelementen BIG (vervolg 2)

Vragen 13 - 15 (van 34)

### Herregistratie toetst bekwaamheid onvoldoende

Aan de hand van het BIG-register kan worden achterhaald of een zorg-professional is opgeleid tot een bepaald beroep, en bevoegd is om bepaalde voorbehouden handelingen uit te voeren. Registratie is echter een momentopname. Voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening is bepalend of iemand niet alleen bevoegd maar ook bekwaam is. Niet alleen handelingen goed uit kunnen voeren, maar ook het goede kunnen doen. Herregistratie beoogt hierin te voorzien, maar de vereisten daarvoor hebben geen betrekking op het daadwerkelijke functioneren van zorgverleners in de praktijk. Het gaat om het aantal gewerkte uren per jaar, deelname aan bij- en nascholing en – indien niet aan het minimum aantal gewerkte uren is voldaan -het afleggen van toetsen, waarin parate kennis wordt getoetst. Toetsen of iemand bekwaam is vergt een subjectief oordeel. Een kernelement is of iemand voldoende zelfreflectie heeft om het eigen handelen te kunnen beoordelen. Dit maakt de beoordeling kwetsbaar.

### Alternatieven:

Voor medisch-specialisten is deelname aan het systeem 'Individueel Functioneren Medisch Specialisten' (IFMS) inmiddels opgenomen als herregistratie-eis. Binnen dit systeem reflecteren medisch specialisten op het eigen functioneren. De medisch specialist vult hierbij een portfolio in op basis van feedback en zelfreflectie, met daarin aandacht voor een eindgesprek met een gespreksleider met als doel om op het eigen functioneren te reflecteren (spiegelen van feedback en zelfreflectie) en verbeterpunten voor het functioneren te identificeren.

De inhoudelijke beoordeling weegt echter niet mee in het besluit tot herregistratie. In Engeland is dat wel het geval. Alle artsen die hun registratie willen behouden moeten deelnemen aan de zgn. medical revalidation, dat vergelijkbaar is met IFMS in Nederland. Tijdens een jaarlijks gesprek met een getrainde collega (appraiser) wordt teruggekeken op het afgelopen jaar en vooruitgekeken op ambities en mogelijke uitdagingen in het komende jaar. Uitkomsten hiervan worden vastgelegd in een persoonlijk ontwikkelplan. Voor het herregistratie proces krijgt elke arts een responsible officer aangewezen. Dit is vaak een senior arts binnen de organisatie. De output van het jaarlijkse evaluatiegesprek (zoals samenvatting van de discussie met de appraiser en het persoonlijk ontwikkelplan) worden doorgespeeld aan deze senior arts. Op basis van deze output en andere informatie uit de organisatie doet deze senior arts elke vijf jaar een aanbeveling aan de GMC voor verlenging van de registratie.

In Canada wordt het systeem 'Canadian Medical Education Directives for Specialists' (CanMeds) gebruikt. Middels dit systeem worden opleidingen en bij- en nascholing voor zorgverleners gekwalificeerd in termen van competenties. Hieruit moet blijken of een zorgverlener over deze competenties en de daarbij behorende kennis en vaardigheden beschikt.

\* 13. In welke mate deelt u bovenstaande analyse: Bekwaamheid wordt onvoldoende betrokken bij de vereisten van herregistratie.

1. Helemaal niet mee eens

2. Meer niet (dan wel) mee eens

3. Niet eens / niet oneens

4. Meer wel (dan niet) mee eens

5. Zeer mee eens

\* 14. Biedt het werken met bekwaamheden per type zorgverlener zoals in de UK een oplossing?

1. Helemaal niet mee eens

2. Meer niet (dan wel) mee eens

3. Niet eens / niet oneens

4. Meer wel (dan niet) mee eens

5. Zeer mee eens

Mogelijke toelichting

\* 15. In hoeverre ligt de oplossing voor het betrekken van bekwaamheid bij herregistratie in het CanMeds voorbeeld, waarbij (na)scholing wordt gekwalificeerd in termen van competenties?

1. Helemaal niet mee eens

2. Meer niet (dan wel) mee eens

3. Niet eens / niet oneens

4. Meer wel (dan niet) mee eens

5. Zeer mee eens

Mogelijke toelichting

## Cluster 2: Knelpunten rond kernelementen BIG (Vervolg 3)

Vragen 16 - 21 (van 34)

Een ander alternatief is een systeem van continue registratie: een arts (of andere zorgverlener) blijft geregistreerd, zolang zijn of haar kennisniveau op peil is. De hoeveelheid nieuwe kennis neemt steeds sneller toe en bestaande kennis verouderd steeds sneller. Essentiële kennis moet continu op peil gehouden worden. De werkervaringseis zegt niets over de bekwaamheid van de arts en of deze zijn medische kennis up-to-date houdt. Werkervaring kan soms zelfs negatief uitwerken. Het kan bijvoorbeeld blinde vlekken genereren en leiden tot tunnelvisie.

Met de huidige mogelijkheden van ICT is deze continue (bij)scholing eenvoudig en goedkoop te realiseren. Zo kan gedacht worden aan een website waar een arts regelmatig inlogt en met een aantal casus geconfronteerd wordt. Als hij of zij het antwoord niet weet of de verkeerde richting opgaat, kan de computer de benodigde informatie verstrekken om tot het goede antwoord te komen. Zo wordt een kennisleemte opgevuld. Om er voor te zorgen dat de opgedane kennis ook beklijft, houdt het systeem bij welke vragen niet goed zijn beantwoord en komt daar na een tijdje weer op terug. Kennis kun je alleen paraat houden door die regelmatig te bevragen.

Het computersysteem kan het kennisniveau van de arts ook bewaken. Zolang het goed gaat en het niveau zich 'in de groene zone' bevindt is alles in orde. Als het niveau echter in de oranje zone terecht komt, kan het systeem manen om een tandje bij te zetten. Als het kennisniveau dan weer op peil komt, is er niets aan de hand. Indien het niveau echter verder zakt en in de rode gevarenzone terecht komt, kan het systeem een alarmsignaal afgeven.

Een systeem als hiervoor geschetst zou de huidige herregistratie kunnen vervangen. Een arts, al dan niet praktiserend, hoeft dan niet meer periodiek te herregisteren, maar blijft geregistreerd zolang hij of zij de essentiële kennis bijhoudt. Pas als er een signaal komt – als de arts in 'in de rode zone' terecht is gekomen – moet er actie ondernomen worden en kan in het uiterste geval de registratie doorgehaald worden. De doorhaling kan weer ongedaan gemaakt worden als de betreffende arts kan aantonen dat hij of zij weer in de groene zone is beland cq. over de benodigde essentiële kennis beschikt.



16. Welke bekwaamheidseisen vindt u belangrijk om regelmatig te toetsen bij zorgprofessionals?

*Meerdere antwoorden mogelijk*

- Parate kennis
- Praktijkervaring
- Beoordelen van persoonlijke situatie van de patiënt etc.
- Technische vaardigheden
- Technologische kennis
- Klinisch redeneren
- Patiënten bejegening
- Samenwerken
- Grotere verbanden zien in de (volks)gezondheid
- Ethisch handelen
- Fysieke gezondheid
- Reflectief vermogen
- Mentale gezondheid
- Algemeen functioneren
- Anders, nl.:

17. Wat zou men met herregistratie moeten willen bereiken?*Meerdere antwoorden mogelijk*

- Transparantie
- Keuzevrijheid van patiënten mogelijk maken
- Kwaliteitsborging beroepsuitoefening
- Formele uiting van bekwaamheid op het desbetreffende deelgebied van zorg
- Maatschappelijk vertrouwen
- Beroepsbescherming\*
- Titelbescherming met voorbehouden handelingen\*
- Bewijs van 'fit to practice'
- Actuele kennis en vaardigheden
- Kwaliteitsverbetering zorgarbeidsmarkt
- Stimulans tot leven lang leren
- Anders, nl.:

18. Wie zouden betrokken moeten zijn bij regelmatige toetsing van de bekwaamheid van zorgprofessionals? *Meerdere antwoorden mogelijk*

- Collega's
- Patiënten
- Werkgever
- Onafhankelijke beoordelaar
- Anders, nl.:

19. "De werkervaringseis zegt niets over het up-to-date zijn van medische kennis."

Deze analyse is:

- Waar
- Niet waar
- Neutraal

\* 20. In hoeverre ligt de oplossing voor het betrekken van bekwaamheid bij herregistratie in een systeem van continue herregistratie?

- |                           |                                 |                            |                                 |                  |
|---------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|------------------|
| 1. Helemaal niet mee eens | 2. Meer niet (dan wel) mee eens | 3. Niet eens / niet oneens | 4. Meer wel (dan niet) mee eens | 5. Zeer mee eens |
|---------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|------------------|

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Mogelijke toelichting

\* 21. In hoeverre vindt u dat een registratie vervolgens geldig blijft totdat uit het digitale systeem blijkt (rode zone) dat actie voor herregistratie nodig is?

- |                           |                                 |                            |                                 |                  |
|---------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|------------------|
| 1. Helemaal niet mee eens | 2. Meer niet (dan wel) mee eens | 3. Niet eens / niet oneens | 4. Meer wel (dan niet) mee eens | 5. Zeer mee eens |
|---------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|------------------|

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Mogelijke toelichting

**Cluster 2: Knelpunten rond kernelementen BIG (vervolg 4)**

Vragen 22 - 23 (van 34)

**Tuchtrecht werkt averechts**

De wet beoogt met het tuchtrecht ook de kwaliteit van de beroepsbeoefening te bevorderen. Het tuchtrecht strekt tot normontwikkeling en –verduidelijking. Het is mede om deze reden openbaar in de veronderstelling dat andere beroepsbeoefenaren hiervan kunnen en zullen leren. Het is zeer de vraag of en zo ja, in hoeverre, deze veronderstelling juist is. Het tuchtrecht heeft – mede door de media – een hoog schandpaaleffect en kan ook leiden tot risico-avers handelen. Het komt daarmee de openheid die nodig is om te kunnen leren niet ten goede. Dat wreekt zich temeer doordat de kennisbasis sterk verandert. De verbetering van kwaliteit komt hiermee in het gedrang.

Daarnaast lijkt het tuchtrecht vaak te worden gebruikt voor oneigenlijke doelen: patiënten zoeken erkenning of (niet-financiële) genoegdoening voor in hun ogen gemaakte fouten in de behandeling. Het merendeel blijkt ongegrond, maar schaadt het vertrouwen en de reputatie van betreffende zorgverleners en kan leiden tot defensieve geneeskunde. De recente aanpassing van de wet BIG, waarbij een tuchtklachtfunctionaris is ingesteld zou patiënten moeten helpen bij het formuleren en juist adresseren van hun klacht (dat kan ook een andere instantie zijn, bijv. een regionale geschillencommissie). Vraag is of dat voldoende is.

Een ander punt betreft het repressieve karakter van het tuchtrecht: maatregelen die opgelegd kunnen worden zijn bestraffend van karakter, niet gericht op verbetering van het functioneren. Zo zou de tuchtrechter bijvoorbeeld ook een verplichting moeten kunnen opleggen tot het volgen van gerichte bij- of nascholing.

Anderzijds wordt betoogd dat het tuchtrecht essentieel is voor de (verdere ontwikkeling) van professionaliteit. In deze opvatting zou juist een stap verder gegaan moeten worden: door per vakgebied systematisch uitspraken te verzamelen en analyseren en op basis daarvan de professionele standaard (continu) aan te scherpen. Als dit het doel is kan ook een alternatief worden overwogen: casus geanonimiseerd voorleggen aan tuchtrechter in besloten zitting.

**Samenvattend: Door openbaarheid, oneigenlijk gebruik (bijv genoegdoening) en het repressieve karakter van het tuchtrecht komt het beoogde doel (kwaliteitsbevordering) in het gedrang.**

\* 22. In welke mate deelt u de volgende analyse: Met de toepassing van het huidige tuchtrecht komt het doel kwaliteitsbevordering onder druk te staan. (zie samenvattende conclusie)

- |                           |                                 |                            |                                 |                  |
|---------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|------------------|
| 1. Helemaal niet mee eens | 2. Meer niet (dan wel) mee eens | 3. Niet eens / niet oneens | 4. Meer wel (dan niet) mee eens | 5. Zeer mee eens |
|---------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|------------------|

Mogelijke toelichting

23. Wat vindt u belangrijke doelen van het tuchtrecht? *Meerdere antwoorden mogelijk*

- Patiënten beschermen tegen onbekwame zorgverleners
- Patiënten beschermen tegen onoordeelkundig handelen
- Ruimte voor verbeteren en rehabilitatie
- Maatschappelijk vertrouwen
- Patiënten hebben directe toegang voor indienen klachten
- Mogelijkheid tot verkrijgen extern en onafhankelijk oordeel
- Mogelijkheid tot opleggen van maatregel zoals na/bijtscholing
- Genoegdoening voor patiënten etc.
- Anders, namelijk:

**Cluster 2: Knelpunten rond kernelementen BIG (Vervolg 5)**

Vraag 24 (van 34)

**Alternatief**

**Met de wet BIG is er relatief veel aandacht voor de 'input' (wie mag onder welke omstandigheden zorg verlenen); staat dat in goede verhouding tot uitkomsten of zou het accent moeten verschuiven naar kwaliteit van geleverde zorg als hefboom?**

**Een veelvoorkomende misvatting is dat de wet BIG handvatten biedt om de kwaliteit van geleverde zorg te beoordelen en aldus te bewaken. Dit is echter niet het geval: de wet richt zich op de kwaliteit van de beroepsuitoefening en daarmee op de individuele beroepsbeoefenaar als voorwaarde om goede zorg te kunnen leveren.**

**De Wkkgz is bij uitstek bedoeld om kwaliteit van geleverde zorg te beoordelen. Het stelt de patiënt in de gelegenheid een oordeel te verkrijgen over de kwaliteit van de zorg die aan hem geleverd is en dat omvat ook het handelen van individuele zorgverleners.**

24. Is de wet BIG hiermee overbodig geworden?

- Nee, wet BIG moet blijven bestaan naast Wkkgz
- Nee, maar wet BIG kan geïntegreerd worden in de Wkkgz
- Ja, wet BIG kan worden afgeschaft
- Neutraal

**Cluster 3: Overige knelpunten**

Vraag 25 (van 34)

**Opname in de wet BIG houdt domeinenstrijd tussen beroepsgroepen in stand**

Sinds de inwerkingtreding van de wet BIG zijn er door beroepsverenigingen vele verzoeken gedaan om opname in het BIG-register. In veel gevallen had dit te maken met financieel-economische motieven. Soms levert BIG-registratie een betalingstitel op, of geldt het als vereiste om bepaalde activiteiten te mogen ondernemen c.q. voor bepaalde functies in aanmerking te kunnen komen. Opname in het BIG-register werkt in die zin statusverhogend en fungeert ook als bescherming van de belangen van een beroepsgroep. Beroepsverenigingen bepalen zelf over welke deskundigheden een beoefenaar moet beschikken om tot het beroep te worden toegelaten. Daarmee hebben zij een stevige vinger in de pap als het gaat om de toelating tot het beroep en tot de zorgverleningspraktijk. De wet heeft daarmee een aanzuigende werking en leidt tot een domeinenstrijd onder zorgberoepen en beroepsverenigingen. Dat komt het werken in teamverband niet ten goede.

\* 25. In welke mate deelt u bovenstaande analyse over een domeinenstrijd onder zorgberoepen en beroepsverenigingen?

- |                           |                                 |                            |                                 |                       |
|---------------------------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| 1. Helemaal niet mee eens | 2. Meer niet (dan wel) mee eens | 3. Niet eens / niet oneens | 4. Meer wel (dan niet) mee eens | 5. Zeer mee eens      |
| <input type="radio"/>     | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/>      | <input type="radio"/>           | <input type="radio"/> |

Mogelijke toelichting

**Cluster 3: Overige knelpunten (vervolg)**

Vraag 26 (van 34)

**Alternatief**

De wet BIG beoogt het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het voorkomen van ondeskundig en onzorgvuldig handelen. De instrumenten van de wet BIG (beroepsregistratie, voorbehouden handelingen, tuchtrecht) zijn echter niet de enige met dit oogmerk. Gangbare instrumenten in het professionele domein om de kwaliteit en veiligheid van de beroepsuitoefening en, breder, van de patiëntenzorg te bevorderen zijn de intercollegiale toetsing en supervisie, complicatie- en necrologiebesprekingen, het multidisciplinair overleg, debriefings, en kwaliteitsaudits door de beroepsvereniging. Kwaliteit en veiligheid behoren verder tot de kern van de interne en externe governance van instellingen. Onderdeel hiervan is dat op instellingsniveau een toenemende hoeveelheid kwaliteitsinformatie verzameld wordt, deels vereist door externe partijen zoals de IGJ, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. De IGJ is van overheidswege belast met het toezicht op kwaliteit en veiligheid, aan de hand van onder meer incidentenmeldingen en gerapporteerde kwaliteit (risicogestuurd toezicht).

Om de transparantie van zorg te bevorderen zijn in de afgelopen jaren diverse registraties opgezet om keuzeinformatie te bieden voor patiënten (en zorgverzekeraars), op instellingsniveau en op het niveau van de individuele zorgverlener. De bekendste voorbeelden zijn ZorgkaartNederland (Patiëntenfederatie) gebaseerd op patiëntenervaringen, en KiesBeter (Zorginstituut; alleen instelling of organisatieonderdeel), die gebruik maakt van openbare databases. De veronderstelling is dat het bieden van keuzeinformatie onder meer kwaliteitsverhogend werkt.

Deze instrumenten en sturingsmechanismen hebben echter hun keerzijden (administratieve lastendruk, beoordeling achteraf, etc.) en ook wordt betwist of ze valide zijn en daadwerkelijk bijdragen aan een betere veiligheid en kwaliteit van zorg. Desondanks kunnen ze wel een voldoende alternatief bieden voor de (instrumenten van de) wet BIG.

26. Vink onderstaande antwoordkeuzes aan, indien u het eens bent met de volgende uitspraken:  
Bovengenoemde instrumenten en sturingsmechanismen...

- zijn complementair aan de wet BIG.
- zijn de bijbehorende administratieve lasten niet waard.
- maakt behandelaars vogelvrij omdat die door het beroepsgeheim niet kunnen reageren.
- zullen onvoldoende impact hebben als het niet wettelijk geregeld is.
- Anders, nl.:

**Cluster 3: Overige knelpunten (vervolg 2)**

Vragen 27 - 29 (van 34)

**Kenbaarheid laat te wensen over**

Naast het (publiekrechtelijke) BIG-register zijn er meerdere privaatrechtelijke registers. Voorbeelden daarvan zijn het Kwaliteitsregister Paramedici en de registers van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), maar bijvoorbeeld ook het Kwaliteitsregister Jeugd voor jeugd-zorgwerkers. Soms komt een privaatrechtelijk register voort uit initiatieven van beroepsverenigingen, soms is de keuze voor een privaatrechtelijke registratie afkomstig van de overheid (Kwaliteitsregister Jeugd). Het bestaan van meerdere verschillende registers leidt er soms toe dat zorgverleners in meer dan één register staan opgenomen. Het is voor burgers en andere betrokkenen verwarrend en draagt allerminst bij aan de kenbaarheid. Bovendien bevat het BIG-register niet de informatie die patiënten/cliënten zoeken (reputatie, vergoeding en wachttijden). Het register wordt dan ook nauwelijks geraadpleegd, ook niet door zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

\* 27. In welke mate deelt u bovenstaande analyse: Er bestaat onvoldoende kenbaarheid van informatie over de kwaliteit van individuele zorgverleners.

1. Helemaal niet mee eens      2. Meer niet (dan wel) mee eens      3. Niet eens / niet oneens      4. Meer wel (dan niet) mee eens      5. Zeer mee eens

mogelijke toelichting

28. Voor wie moet een register te raadplegen zijn? *Meerdere antwoorden mogelijk*

- Patiënten
- Werkgevers
- Toezichthouder
- Zorgverzekeraars
- Directe collega's
- Ketenpartners
- Anders, namelijk



29. Welke informatie moet in het register zijn opgenomen om tegemoet te komen aan de wensen van gebruikers? *Meerdere antwoorden mogelijk*

- Opleidingsstatus
- Bekwaamheden/ competenties
- Ervaring in kernactiviteiten
- Registratiegeschiedenis
- Patiënten tevredenheidsscore
- Klachtengeschiedenis
- Anders, namelijk

**Slotvragen**

Vraag 30 (van 34)

30. Wilt u ons nog iets meegeven voor onze analyses en/of oplossingsrichtingen?

**Afronden en Verzenden van de vragenlijst**

Vergeet na vraag 34 niet op GEREED te drukken

**Dank voor het delen van uw visie op dit onderwerp. Wij gaan uw antwoorden verwerken. U kunt het project Beroepenregulering in de zorg verder volgen op de website van de RVS. Daar leest u ook wat wij met alle antwoorden op deze vragenlijst doen. Als u hieronder uw gegevens invult, kunt u op de door u gewenste wijze op de hoogte gehouden worden. Wanneer u ook kiest voor de nieuwsbrief kunt zich hier uiteraard op elk gewenst moment weer voor afmelden.**

**Wij danken u nogmaals heel hartelijk voor het delen van uw ervaringen en ideeën!**

\* 31. Wilt u op de hoogte blijven van het vervolg? En mogen we u vaker vragen om met ons mee te denken? *Meerdere antwoorden mogelijk*

- Ik wil graag op de hoogte blijven van projecten en adviezen van de RVS via de nieuwsbrief
- De RVS mag mij nog eens vragen om mijn ervaringen en ideeën te delen
- Ik ontvang graag uitnodigingen voor bijeenkomsten van de RVS
- Ik heb mij eerder aangemeld voor bovenstaande
- Ik wil liever niet meer benaderd worden
- Anders, nl.:

32. Als we u vaker mogen vragen om mee te denken, vult u dan hieronder uw naam en e-mailadres in.

Naam:

Emailadres:

33. Overige informatie

	Geslacht	Opleiding	Geboortjaar
Kies steeds uw antwoord	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

34. Wilt u ons nog iets meegeven voor het vervolg van het project 'Beroepenregulering in de zorg'?

Voor opslaan en verzenden van de vragenlijst klik na OK hieronder op Gereed en Verzenden.