

# Internationale vergelijking beroepenregulering in de zorg

## 1. Inleiding

In dit rapport gaan we in op de wijze waarop beroepen in de zorg in andere landen zijn gereguleerd, en op de belangrijkste overeenkomsten en verschillen ten opzichte van de Nederlandse situatie. Het doel is om na te gaan of de wijze waarop zorgberoepen gereguleerd zijn in andere landen en de ervaringen hiermee aanknopingspunten bieden om de Nederlandse regelgeving en uitvoeringspraktijk te verbeteren.

In de vergelijking hebben we ons geconcentreerd op de kernelementen van de wet BIG: de titelbescherming en hieraan verbonden toelatingseisen, en voor wat betreft de beroepen in het zware regime (wet BIG art. 3), de (her-)registratie van beroepsbeoefenaren, de regeling van voorbehouden handelingen en het tuchtrecht. Daarnaast komen de aanzuigende werking van het wettelijk regelen van de genoemde kernelementen, de invloed van regulering op de taakverschuiving tussen beroepen, en de rol van Europa aan bod, onder meer.

De leidende vragen zijn:

1. Wat zijn de argumenten en aanleidingen voor de wettelijke regulering van zorgberoepen?
2. Is sprake van een aanzuigende werking bij het wettelijk reguleren van zorgberoepen en hoe kan deze worden verklaard?
3. Hoe is de toelating tot de beroepsuitoefening gereguleerd? Hoe is de uitvoering ervan georganiseerd?
4. Hoe ziet een eventuele regeling van voorbehouden handelingen eruit?
5. Welke vereisten zijn er voor het onderhouden van de bekwaamheid? Welke partijen zijn hierbij betrokken en wat is hun rol?
6. Welke invloed gaat er van wettelijke regulering uit op de taakverschuiving tussen artsen en verpleegkundigen?
7. Hoe is het tuchtrecht geregeld? Wat zijn de ervaringen hiermee als het gaat om de disciplinerende werking en het lerend vermogen van beroepsbeoefenaren?

### *Scope van de notitie*

In deze notitie zijn enkele westerse landen meegenomen die onderling aanzienlijke verschillen vertonen in de wijze van beroepenregulering: België, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, Estland, Canada, Australië en Nieuw-Zeeland. In al deze landen is sprake van een vorm van regelgeving door nationale en/of regionale overheden die ten doel heeft om de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de zorg te borgen en burgers en patiënten te beschermen tegen de risico's van ongekwalificeerd handelen van zorgprofessionals.

### *Leeswijzer*

Eerst gaan we in op de redenen waarom beroepen in de zorg zijn gereguleerd. In hoofdstuk 3 volgt een beschrijving op hoofdlijnen van hoe zorgberoepen zijn gereguleerd in de geselecteerde landen. In de daarop volgende hoofdstukken komen de kernelementen van de beroepenregulering aan bod: de registratie, de uitvoering hiervan en de toelatingseisen (hoofdstuk 4), de regulering van

voorbehouden handelingen (hoofdstuk 5), gevolgd door een hoofdstuk over de ervaringen met taakverschuiving en de relatie met de wijze van beroepenregulering (hoofdstuk 6). Daarna volgt een hoofdstuk over de eisen en procedures voor bekwaamheidsonderhoud en herregistratie (hoofdstuk 7) en het tuchtrecht (hoofdstuk 8). We eindigen met enkele conclusies (hoofdstuk 9).

## **2. Argumenten en aanleidingen voor het reguleren van zorgberoepen**

### *Tussenconclusie*

Het beschermen van burgers en patiënten tegen risicovolle handelingen is altijd de pijler geweest onder het wettelijk reguleren van zorgberoepen. Vanwege de informatie asymmetrie tussen zorgprofessionals en burgers is het bieden van informatie over welke zorgverleners bevoegd en bekwaam zijn een belangrijk argument voor het reguleren van zorgberoepen. Hiermee is de keuzevrijheid van patiënten en burgers dus gediend, hoewel regulering in beginsel de toegang tot zorgberoepen beperkt. Incidenten in de zorg, de behoefte aan verantwoording en transparantie van zorgverleners, en kostenbeheersing (taakverschuiving) zijn belangrijke motieven die in veel landen tot een verdergaande regulering van zorgberoepen hebben geleid.

### *Informatie asymmetrie en keuzevrijheid*

De regulering van zorgberoepen heeft oude papieren. Al in de 17<sup>e</sup> eeuw werd in Virginia (Verenigde Staten) wetgeving ingevoerd om de hoge tarieven die artsen vroegen voor hun diensten tegen te gaan (Aldridge, 2008). Kort daarna werd ook in Massachusetts wetgeving ingevoerd om kwakzalverij tegen te gaan.

Een kernargument voor het reguleren van beroepen is de informatie-asymmetrie die bestaat tussen beroepsbeoefenaren en patiënten. Doordat het patiënten aan de nodige kennis ontbreekt zijn zij in het algemeen niet goed in staat om de kwaliteit van het professioneel handelen te beoordelen. Dit belemmert hen om geïnformeerde keuzen te maken door wie zij willen worden behandeld, en zij dienen om deze reden te worden beschermd tegen onkundige zorgverleners. Als de keuzevrijheid niet in het geding is, kan dit juist een reden zijn om bepaalde beroepen niet te reguleren.

Het borgen van de keuzevrijheid van patiënten was ook in Nederland een kernargument bij de invoering van de Wet BIG in 1997. Voor de invoering was sprake van beroepsbescherming door een algemeen verbod op het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunde, tandheeskunde of het beroep van apotheker (“nee, tenzij ...”). Dit uitgangspunt werd niet meer houdbaar geacht omdat het een te grote belemmering vormde voor de keuzevrijheid van patiënten. Het algemeen verbod werd in de praktijk bovendien al in ruime mate overtreden. Met de nieuwe wet wilde de wetgever dus niet alleen recht doen aan de eigen verantwoordelijkheid van patiënten maar ook aansluiten bij een al gegroeide praktijk. In plaats van het stelsel van beroepsbescherming kwam een stelsel gebaseerd op titelbescherming en een aantal voorbehouden handelingen: risicovolle handelingen die voorbehouden zijn aan beroepsbeoefenaren met een beschermde titel. Het BIG-register werd

ingesteld voor diegenen die aanspraak willen maken op het voeren van een beschermde beroepstitel.<sup>1</sup>

### *Verantwoording, transparantie en herstel van vertrouwen*

De regulering van zorgberoepen kan niet los worden gezien van maatschappelijke ontwikkelingen waardoor aan zorgprofessionals steeds meer eisen worden gesteld om transparant te zijn en verantwoording af te leggen over wat zij doen (Healy 2006; Beupert 2014). Het vertrouwen in de beroepsgroep is steeds minder vanzelfsprekend. Deze ontwikkeling speelt zich gedurende de afgelopen decennia internationaal af.

Het vertrouwen in zorgprofessionals is meer en meer onder druk komen te staan door de toegenomen informatie over medische incidenten en door schandalen. Zo is in het Verenigd Koninkrijk (VK) een reeks van disfunctionerende artsen en schandalen, met als meest beruchte zaak die van dokter Shipman aan het eind van de vorige eeuw, de directe aanleiding geweest voor het invoeren van expliciete nascholings-eisen voor artsen (Smith 1999; Bourgeault 2013). In Australië was het Bundaberg Hospital schandaal (zie kader) weliswaar niet de aanleiding voor een ingrijpende hervorming van de beroepenregulering in 2008 – ten tijde van de gebeurtenissen waren de voorbereidingen hiervoor al in gang gezet – maar de casus illustreert wel de noodzaak tot deze hervorming. Deze bestond eruit dat de registratie en accreditatie van zorgprofessionals gecentraliseerd werd, iets wat tot die tijd een verantwoordelijkheid was van de afzonderlijke provincies en de provinciale ‘medical boards’ (Duckett 2014). Dit systeem werd te vatbaar geacht voor belangenverstrengeling.

Ook op Europees niveau zijn incidenten aanleiding geweest voor het aanscherpen van richtlijnen. Een voorbeeld is de Europese richtlijn 2013/55/EC die lidstaten verplicht om informatie over zorgverleners uit te wisselen als deze door een tucht- of strafrechtelijke sanctie hun beroep (tijdelijk) niet kunnen uitoefenen. Dit om te voorkomen dat artsen van wie in de ene lidstaat de bevoegdheid is ontnomen, in een andere lidstaat weer aan de slag kunnen gaan.

#### **Bundaberg Hospital schandaal**

Het Bundaberg Hospital is een klein ziekenhuis in een afgelegen gebied in Australië dat moeilijk aan gekwalificeerde artsen kon komen. In 2005 kwam het ziekenhuis in de publiciteit vanwege dr Jayant Patel, een chirurg afkomstig uit de VS, van wie de operaties buitensporig hoge aantallen ongunstige uitkomsten lieten zien. Afgezien van persoonlijk falen legden de gebeurtenissen ook diverse oorzaken van systeemfalen bloot. De regionale *medical boards* hadden ruime bevoegdheden om de registratie van artsen goed te keuren in zogenoemde ‘areas of need’. Hierdoor ontstond ruimte om artsen aan het werk te stellen die elders zouden worden geweigerd. Vooral in kleine regio’s stond de onafhankelijkheid van deze *medical boards* onder druk. Een andere oorzaak van systeemfalen is het gebrekkige interne toezicht in het ziekenhuis dat mede ingegeven was door financiële prikkels. Gedurende lange tijd greep het ziekenhuisbestuur niet in omdat Patel zeer productief was en dus veel omzet genereerde voor het ziekenhuis. Hier zaten ook risicovolle operaties bij die collega-chirurgen weigerden te doen.

*Bron: Duckett, 2014*

<sup>1</sup> De wet BIG maakt onderscheid tussen beroepen in het zware regime (artikel 3) en het lichte regime (artikel 34). Beroepen in het zware regime hebben een beschermde beroepstitel, en zijn verplicht geregistreerd in het BIG-register, moeten aan herregistratie-eisen voldoen, en op hen is tuchtrecht van toepassing. Ook is er voor deze beroepen een regeling van voorbehouden handelingen. Beroepen in het lichte regime kennen een beschermde opleidingstitel. Welke beroepen in het lichte regime vallen wordt bij AMvB vastgesteld.

### *Legitimatie, erkenning en politieke invloed; kostenbeheersing*

Behalve argumenten die verband houden met de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de veiligheid van zorg, heeft ook de beroepsgroep zelf belang bij een vorm van regulering. Regulering verleent legitimatie, erkenning en politieke invloed aan de betreffende beroepsgroep (Aldridge, 2008). De wettelijke bescherming van het artsenberoep heeft bijgedragen aan hun dominantie ten opzichte van paramedische en andere beroepen. De beroepenregulering begon daarmee ook een obstakel te vormen voor taakverschuiving. De druk hierop nam toe toen onder invloed van de voortschrijdende kennis en technologie andere disciplines ontstonden of bestaande disciplines zich doorontwikkelde. Voor overheden werd de beheersing van de sterk stijgende zorguitgaven een motief om de beroepenregulering te hervormen, de bevoegdheden van bepaalde zorgberoepen uit te breiden en daarmee de toegang tot goedkopere zorgverleners mogelijk te maken. Regulering kan dus de domeinstrijd tussen zorgberoepen versterken en heeft een aanzuigende werking. Bij de erkenning van verloskundigen in de jaren '80 in Canada speelde op de achtergrond de behoefte aan een vrouwvriendelijkere gezondheidszorg, onder invloed van de opkomende vrouwenemancipatie (Aldridge, 2008).

## **3. Beroepenregulering in geselecteerde landen**

### *Tussenconclusie*

De in dit onderzoek meegenomen landen kennen allen een vorm van wettelijke beroepenregulering. Met uitzondering van België, waar voor enkele beroepen beroepsbescherming geldt, kennen deze landen titelbescherming voor bepaalde zorgberoepen. De situatie in Estland komt er overwegend op om neer dat enkele zorgberoepen beschermde opleidingstitels hebben, vergelijkbaar met het lichte regime in de Nederlandse wet BIG. Er zijn verder grote verschillen tussen landen als het gaat om welke beroepen titelbescherming hebben en om die reden een verplichte registratie kennen. Ook de wijze waarop en de mate waarin overheden zorgberoepen reguleren verschilt. De situatie in het VK, Canada, en Australië is enigszins vergelijkbaar in de zin dat hier sprake is van gemandateerde zelfregulering door de beroepsgroepen binnen wettelijke kaders en, in het VK en Australië, met centraal georganiseerd toezicht op de verantwoordelijke organen. In Estland is evenals in Nederland de rol van de overheid in het opstellen van regels en de uitvoering groter, zoals het beheer van een centraal beroepsregister. In Duitsland en België zijn relatief weinig beroepen gereguleerd en zijn ook de bevoegdheden van de beroepsgroep als het gaat om het stellen van eigen regels voor toegang en het tuchtrecht relatief ruim. Uitgezonderd Estland kennen alle landen een vorm van tuchtrecht.

### **België**

Zorgberoepen zijn in België gereguleerd op basis van KB 78 (koninklijk besluit) betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.<sup>2</sup> Deze is in 1967 door de regering vastgesteld, echter zonder parlementaire behandeling, zodat deze formeel geen status van wet heeft. Voor artsen, tandartsen, apothekers, verloskundigen, verpleegkundigen, klinisch psychologen en klinisch

---

<sup>2</sup> <http://www.ejustice.just.fgov.be/wet/wet.htm>

orthopedagogen geldt beroepsbescherming door middel van een algemeen verbod op het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunde en 'artsenijbereidkunde' (art. 2), verpleegkunde, klinische psychologie en klinische orthopedagogiek (art. 21). Het KB bevat voor elk van deze beroepen een omschrijving van de handelingen waartoe geregistreerde beroepsbeoefenaren bevoegd zijn. Van de paramedici zijn de beroepstitels beschermd (art. 25). Op basis van het KB kunnen paramedische verrichtingen nader worden bepaald en de kwalificatievoorwaarden die hiervoor gelden met de bijbehorende beroepstitels (art. 23). Artsen, tandartsen en apothekers kennen beroepsverenigingen, gedragscodes en eigen tuchtrecht. De overige beroepsgroepen kennen geen beroepsverenigingen, gedragscodes of tuchtrecht.

De Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid beheert een centraal, publiekrechtelijk register voor alle door het KB 78 gereguleerde beroepen. Dit register is openbaar, waarbij de toegang tot specifieke gegevens afhankelijk is van de bevoegdheden van de raadplegende organisatie of persoon. Het register bevat informatie over wie bevoegd is het beroep uit te oefenen maar niet over wie het beroep werkelijk uitoefent, waar hij of zij dat doet en welke activiteiten worden uitgevoerd.

Sinds enkele jaren treft de Belgische overheid voorbereidingen om KB 78 te herzien. Onderdeel van de voorstellen is dat zorgprofessionals waarvan het beroep is gereguleerd verantwoordelijk zijn voor het aanleggen van een dynamisch portfolio waarmee zij kunnen aantonen dat zij zich continu bijscholen. In het een openbaar register komt informatie over wie welke zorg aanbiedt en met welke andere zorgverleners wordt samengewerkt.

## Duitsland

In Duitsland is alleen het beroep van artsen, tandartsen en psychotherapeuten gereguleerd. Voor artsen en tandartsen via de *Bundesärzteordnung*<sup>3</sup> en de *Approbatonsordnung für Ärzte*. Voor de genoemde beroepen geldt een beroepstitelbescherming. Voor uitoefening van het beroep is een vergunning vereist en een registratie op deelstaatniveau bij de *Ärzttekammern*. De uitoefening van de medische professie is alleen toegestaan voor artsen met een vergunning. Het is de vraag of dit moet worden uitgelegd als een algemeen verbod om onbevoegd medische handelingen te verrichten.<sup>4</sup> Wel hebben zorgberoepen zelfregulering omtrent taakdelegatie. Er zijn geen bij wet gedefinieerde voorbehouden handelingen. Voor artsen bestaat door de beroepsgroep zelf georganiseerd (niet-wettelijk) tuchtrecht.

## Estland

In Estland zijn zes zorgberoepen gereguleerd op basis van de *Health Services Organisation Act* van 2001: artsen, tandartsen, apothekers, apothekersassistenten, verloskundigen en verpleegkundigen.<sup>5</sup> Personen die één van deze beroepen uitoefenen zijn verplicht geregistreerd. Het register wordt beheerd door Terviseamet, een zelfstandige uitvoeringsorganisatie van de overheid. Zij zijn alleen bevoegd om handelingen te verrichten die vallen binnen hun beroep en specialisme en conform het certificaat dat bij registratie wordt verstrekt. Het uitgangspunt is bescherming van de opleidingstitel: alleen personen die voldoen aan de vereisten (w.o. opleiding) en die geregistreerd zijn mogen zorg

---

<sup>3</sup> [https://www.gesetze-im-internet.de/b\\_o/BJNR018570961.html](https://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html)

<sup>4</sup> De wet bevat geen algemeen verbod op het uitvoeren van medische handelingen door onbevoegden.

<sup>5</sup> Riigi Teataja, 2018. De wet lijkt een combinatie van de Nederlandse Wet BIG en de Wtzi.  
<https://www.riigiteataja.ee/en/eli/508012018001/consolide>

verlenen binnen hun deskundigheidsgebied.<sup>6</sup> Op basis van dezelfde wet is ook de toegang van zorgaanbieders en van zelfstandige beroepsbeoefenaren gereguleerd. Deze zijn vergunningsplichtig en moeten aan wettelijke kwaliteitscriteria voldoen. Estland kent geen herregistratie-eisen, geen regeling van voorbehouden handelingen en ook geen tuchtrecht. Wel is er een bij wet ingestelde *expert commissie kwaliteit van gezondheidszorg*. Deze is onderdeel van de overheid en houdt toezicht op zorgaanbieders inclusief zelfstandig werkende beroepsbeoefenaren. Deze *expert commissie* kan onderzoeken instellen en voorstellen doen aan een zorgaanbieder die betrekking hebben op de opleiding van individuele zorgprofessionals (Health Services Organisation Act, artikel 50).

## Verenigd Koninkrijk

In het Verenigd Koninkrijk (VK) bestaat wettelijke bescherming van beroepstitels voor 32 beroepen in de zorg en voor sociaal werkers. De *Health Act* biedt het overkoepelend wettelijk kader terwijl voor specifieke beroepen specifieke wetten gelden, zoals voor artsen de *Medical Act*<sup>7</sup>, of lagere wetgeving zoals de *Nursing and Midwifery Order* voor verloskundigen en verpleegkundigen. Voor deze beroepen geldt een verplichting tot registratie. Om hun registratie te kunnen behouden gelden vereisten voor het onderhouden van de bekwaamheid. Voor deze zorgberoepen geldt ook een vorm van tuchtrecht.

Er zijn negen verschillende *councils* die wettelijk verantwoordelijk zijn voor het opstellen van regels voor de onder hen ressorterende beroepsgroepen, toezien op de naleving ervan, en beroepenregisters beheren. Regels betreffen de (her)registratie en de klachtenprocedures tegen individuele beroepsbeoefenaren, onder meer. De *Professional Standards Authority for Health and Social Care (PSA)*, door de overheid in 2012 ingesteld, houdt toezicht op deze *councils*.<sup>8</sup> Hiertoe ontwikkelt de PSA onder meer standaarden en richtlijnen voor onderdelen van de beroepenregulering zoals voor registers, ook voor de vrijwillige registers van niet gereguleerde beroepen. Zo zijn er richtlijnen voor het beoordelen en reguleren van risicovolle handelingen<sup>9</sup> en voor bekwaamheidsonderhoud afgestemd op het risicoprofiel van het beroep<sup>10</sup>.

De Britse regering heeft plannen om de beroepenregulering te hervormen en is eind 2017 hiertoe een consultatie gestart.<sup>11</sup> Aanleiding voor de hervorming is de onoverzichtelijkheid en inconsistentie van de beroepenregulering. Het stelsel met negen wettelijke *councils* met eigen regels werkt voor werkgevers en patiënten verwarrend. Ook zijn veel procedures gedateerd en traag, waaronder het onderzoek dat de *councils* instellen bij klachten over individuele beroepsbeoefenaren.

## Australië

---

<sup>6</sup> In de wet is geen expliciet verbod opgenomen op het onbevoegd uitoefenen van geneeskundige of verpleegkundige zorg.

<sup>7</sup> <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/54/contents>

<sup>8</sup> Op basis van de Health and Social Care Act.

<sup>9</sup> <https://www.professionalstandards.org.uk/publications/detail/right-touch-assurance-a-methodology-for-assessing-and-assuring-occupational-risk-of-harm>

<sup>10</sup> <https://www.professionalstandards.org.uk/publications/detail/an-approach-to-assuring-continuing-fitness-to-practise-based-on-right-touch-regulation-principles>

<sup>11</sup> <https://www.gov.uk/government/consultations/promoting-professionalism-reforming-regulation>

In Australië zijn 14 beroepsgroepen in de zorg gereguleerd op basis van de *Health Practitioner Regulation National Law*.<sup>12</sup> Het doel van de wet is bescherming van burgers, het bevorderen van de kwaliteit van de beroepsopleidingen, en een flexibel en continu personeelsaanbod. Voor de 14 beroepsgroepen geldt titelbescherming en een verplichte (her)registratie. Er geldt een beperkte regeling van voorbehouden handelingen. De genoemde wet is de basis voor het *National Registration and Accreditation Scheme (NRAS)*. Deze wordt uitgevoerd door de *Australian Health Practitioner Regulation Agency (AHPRA)*, een wettelijk en onafhankelijk orgaan. Het *COAG Health Council*<sup>13</sup> is het orgaan van de gezamenlijke territoriale overheden dat toezicht houdt op het NRAS. Bij het AHPRA zijn de 14 vertegenwoordigende organen (*boards*) van de afzonderlijke beroepsgroepen aangesloten. Voor artsen is dit bijvoorbeeld de Australian Medical Board. Deze *boards* hebben publiekrechtelijke taken om burgers te beschermen tegen ongekwalficeerd handelen van zorgprofessionals, en zijn verantwoordelijk voor de instroom en mobiliteit van zorgprofessionals tussen territoria/staten. Hiertoe stellen zij standaarden voor de accreditatie van opleidingen op, registratiestandaarden, beroepscode en richtlijnen, en procedures voor klachtenafhandeling en tucht (AHPRA, 2013).

### **Nieuw-Zeeland**

In Nieuw-Zeeland zijn op basis van de *Health Practitioners Competence Assurance Act*<sup>14</sup> de titels van 16 zorgberoepen beschermd. De betreffende beroepsbeoefenaren zijn verplicht zich te laten (her)registreren. Zij mogen alleen handelingen uitvoeren binnen hun *scope of practice* (deskundigheidsgebied) zoals bepaald door de 16 daartoe aangewezen instanties (een *board of council*) die de beroepsgroepen vertegenwoordigen. De overheid is bevoegd om de leden van deze *boards* en *councils* te benoemen, bepaalt de processen om geschillen over deskundigheidsgebieden op te lossen, en kan bepaalde *restricted activities* definiëren: handelingen die zijn voorbehouden aan specifieke zorgberoepen. In het beroepsregister worden de kwalificaties van de zorgprofessionals opgenomen. De aangewezen *boards* en *councils* beheren de registers. Voor alle zorgberoepen gelden wettelijke klachtenprocedures en tuchtrechtspraak.

### **British Columbia (Canada)**

In Canada zijn de provinciale overheden zelfstandig bevoegd om zorgberoepen wettelijk te reguleren. Hierdoor kunnen verschillen bestaan tussen provincies. In British Columbia bijvoorbeeld biedt de Health Professions Act (HPA) een overkoepelend wettelijk kader voor alle beroepen in de zorg.<sup>15</sup> Op grond van de HPA heeft de overheid, na aanvraag door de beroepsgroep of op eigen initiatief, 26 beroepen aangewezen die titelbescherming hebben en bevoegd zijn tot zelfregulering.<sup>16</sup> Deze beroepen zijn gereguleerd in 26 *substatutes* van de HPA.

Wettelijk erkende beroepsgroepen kunnen definiëren welke diensten zij leveren (*scope of practice*) en eventuele voorbehouden handelingen (*restricted activities*) (HPA, art. 12). De Minister stelt vervolgens een *college* in als uitvoerend orgaan. Deze semi-publieke instanties hebben een wettelijke plicht om het publieke belang te beschermen. Tot de taken van een *college* behoren het beheren van

---

<sup>12</sup> [https://www.legislation.act.gov.au/a/db\\_39269/](https://www.legislation.act.gov.au/a/db_39269/)

<sup>13</sup> <https://www.coaghealthcouncil.gov.au/NRAS>

<sup>14</sup> <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2003/0048/latest/DLM203312.html>

<sup>15</sup> [http://www.bclaws.ca/civix/document/id/lc/statreg/96183\\_01](http://www.bclaws.ca/civix/document/id/lc/statreg/96183_01)

<sup>16</sup> Sociaal werkers zijn op een vergelijkbare wijze gereguleerd op basis van de *Social Workers Act*.



een beroepsregister, het houden van toezicht op de beroepsgroep, en het opstellen van toelatingseisen, bekwaamheidseisen en gedragscodes, programma's voor bekwaamheidsonderhoud, en tuchtprocedures (art. 16). De leden van het bestuur van deze *colleges* worden gekozen (3 leden, behorend tot de beroepsgroep) dan wel benoemd door de minister (2 leden, niet behorend tot de beroepsgroep) (art. 17).

## 4. Gereguleerde beroepen en toelatingseisen

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de (wettelijke) erkenning van beroepen en specialismen in de zorg en presenteren we een overzicht van welke zorgberoepen wettelijk gereguleerd zijn. Vervolgens gaan we in op het proces van toelating van personen tot het beroep en welke partijen hiervoor verantwoordelijk zijn, en op de toelatingseisen.

### *Tussenconclusie*

De wettelijke erkenning van zorgberoepen is voor zover hier informatie over beschikbaar is een strikt gereguleerd proces waarbij de vertegenwoordigende organen van de beroepsgroep en de overheid betrokken zijn.

Er bestaan aanzienlijke internationale verschillen in de zorgberoepen die wettelijk erkend zijn en in de erkende specialismen. Aan het ene uiterste bevindt zich Nieuw Zeeland waar bescherming van beroepstitels geldt voor alle zorgberoepen, terwijl Duitsland zich aan het andere uiterste bevindt met drie beschermde beroepstitels. Deze internationale verschillen dragen bij aan de verschillen in wat tot het handelingsspectrum behoort van specifieke zorgberoepen.

Ook zijn er verschillen in de rol van de overheid. Met uitzondering van Canada is sprake van publiekrechtelijke beroepsregisters waarvan de uitvoering in handen is van een overheidsorgaan of gedelegeerd is aan een wettelijk orgaan. De informatie in de beroepsregisters is openbaar toegankelijk maar de mate waarin verschilt per raadplegende instantie.

Er bestaan eveneens aanzienlijke verschillen in de processen en verantwoordelijkheden voor wat betreft de toegang tot zorgberoepen. Een voorbeeld is het onderscheid tussen registratie en vergunning dat in sommige landen bestaat. Soms houdt de registratie automatisch in dat men een vergunning krijgt om te praktiseren en soms zijn dit afzonderlijke stappen met afzonderlijke consequenties. De uitvoering van de beroepsregisters kan in handen zijn van de overheid of gemandateerd aan een beroepsorgaan. In sommige landen heeft de beroepsgroep vanwege de bevoegdheid om een erkenning of een vergunning af te geven zeggenschap over wie toetreedt tot de beroepsgroep.

De toegangseisen bestaan overwegend uit opleidingseisen. Hier is sprake van twee dominante modellen. In Canada geldt (evenals in de Verenigde Staten) een staatsexamen voor artsen, verpleegkundigen en verloskundigen terwijl in andere landen de eis is dat men een geaccrediteerde opleiding heeft voltooid.

### *Erkenning van beroepen en (sub-)specialismen*

Onder invloed van ontwikkelingen in opleidingen en technologie ontstaan nieuwe beroepen of specialismen en profielen binnen een beroep. Een voorbeeld is de academisering van de verpleegkundige opleidingen en de opkomst van de verpleegkundig specialist. Als gevolg is binnen de verpleegkundige en medische disciplines, maar ook elders, sprake van voortgaande specialisatie en superspecialisatie.

Mede door internationale verschillen in opleidingsstructuur bestaan verschillen tussen landen in de mate waarin bepaalde specialismen en sub-specialismen voorkomen. In het verlengde hiervan verschilt ook het handelingspectrum van individuele beroepsbeoefenaren met vergelijkbare beroepen of specialismen tussen landen. Een voorbeeld zijn de specialismen obstetrie en gynaecologie die in sommige landen (bijvoorbeeld Italië, Nederland) ongescheiden zijn en in andere landen als gescheiden specialismen naast elkaar bestaan (bijvoorbeeld België, Verenigd Koninkrijk).

De wettelijke regulering van zorgberoepen is, voor zover hier informatie over beschikbaar is, een strikt gereguleerd proces waarbij de vertegenwoordigende organen van de beroepsgroep en de overheid betrokken zijn. In Nederland is het de minister van VWS die nieuwe zorgberoepen toelaat tot de Wet BIG op aanvraag van de betreffende beroepsorganisatie en waarbij de minister vooraf advies kan vragen aan het Zorginstituut. In British Columbia gaat aan de toelating een uitgebreid onderzoek door de overheid vooraf, waarin onder meer wordt beoordeeld de mate waarin de beroepsuitoefening een risico vormt voor de veiligheid en de gezondheid van de bevolking, de mate waarin in de praktijk op individuele beroepsbeoefenaren toezicht plaatsvindt of wenselijk is, het deskundigheidsgebied, en of de juiste opleidingen bestaan (HPA, art. 9) (Aldridge, 2008). In de procedure betreft de overheid andere *colleges* en beroepsverenigingen. Ook in Nieuw-Zeeland bestaan criteria op basis waarvan de toelating van nieuwe beroepen tot wettelijke regulering wordt beoordeeld in een uitgebreide onderzoeks- en consultatieprocedure.<sup>17</sup> Overwegingen om al dan niet over te gaan tot wettelijke regulering van een beroepsgroep kunnen zijn de mate waarin de handelingen die tot het domein van een beroepsgroep behoren een veiligheidsrisico vormen, de mate waarin samenwerking en supervisie in de praktijk voldoende veiligheids garanties biedt, evenals afspraken in een arbeidsovereenkomst of in door de beroepsgroep opgestelde codes en standaarden.

De erkenning van specialismen en beroepsprofielen en het opstellen van regels hiervoor is overwegend in handen van de beroepsgroep zelf. Voor medisch specialismen is dit in Nederland het College Geneeskundige Specialismen van de KNMG. In Duitsland is de *Bundesärztekammer* betrokken, het landelijk vertegenwoordigend orgaan van de *Ärzttekammer* van de afzonderlijke deelstaten. In Canada en het VK is de erkenning van specialismen en het opstellen van regels hiervoor in handen van de *boards* respectievelijk de *councils* van de beroepsgroep die beide een wettelijke status hebben.

#### *Wettelijk beschermde beroepen en titels*

Behalve dat landen verschillen in de mate waarin (sub-)specialismen voorkomen en deze erkend zijn door de beroepsgroep, bestaan aanzienlijke internationale verschillen in welke basisberoepen en specialismen wettelijk zijn gereguleerd en in de aard van de bescherming: beroepsbescherming,

---

<sup>17</sup> <https://www.health.govt.nz/our-work/regulation-health-and-disability-system/health-practitioners-competence-assurance-act/regulating-new-profession>

bescherming van beroepstitels en van opleidingstitels. Zo kent België een aantal beschermde zorgberoepen, en kennen de overige landen bescherming van beroepstitels en van opleidingstitels (Estland). Aan het ene uiterste bevindt zich Nieuw Zeeland waar alle zorgberoepen een beschermde beroepstitel hebben, terwijl Duitsland zich aan het andere uiterste bevindt met drie beschermde beroepstitels. In tabel 1 is een overzicht opgenomen. Nederland bevindt zich in een tussenpositie met negen basisberoepen waarvan de beroepstitels zijn beschermd (zwaar regime) en een aantal zorgberoepen met een beschermde opleidingstitel (licht regime).

Physician assistants hebben alleen in Nederland een beschermde beroepstitel. Physician assistants zijn in de jaren '60 van de vorige eeuw opgekomen in de Verenigde Staten, en kunnen zowel in extramurale als intramurale settings werken. In andere landen is deze ontwikkeling veel later op gang gekomen. Physician assistants hebben specifieke bevoegdheden, zoals een voorschrijfbevoegdheid of het uitvoeren van eenvoudige chirurgische handelingen, die zij onder supervisie van een arts dan wel zelfstandig mogen uitvoeren.

Het overzicht in tabel 1 laat zien dat de wettelijke regulering van beroepen een inconsistent en ad hoc karakter heeft. De vraag is bijvoorbeeld waarom in het VK audiologen niet en audiciens wel zijn gereguleerd. In Nederland is fysiotherapeut een beschermde beroepstitel hoewel zij geen voorbehouden handelingen uitvoeren. In British Columbia kent het ambulancepersoneel zelfregulering terwijl hun aanvraag tot zelfregulering in Ontario werd afgewezen. Dit terwijl een vergelijkbaar wettelijk criterium geldt, en in British Columbia bijvoorbeeld beoefenaars van de chinese geneeskunde wel zijn gereguleerd (Health Professions Regulatory Advisory Council 2013). Vaak zijn incidenten de aanleiding geweest om beroepen te reguleren of is dit het resultaat van lobby en emancipatoire ontwikkelingen (hoofdstuk 2). In Canada zijn verloskundigen (gereguleerd in 1995), acupunctuur (1992), en traditionele Chinese geneeskunde (2000) voorbeelden van beroepsgroepen die onder invloed van maatschappelijke opvattingen en politieke lobby werden gereguleerd (Aldridge, 2008).

De trend dat steeds meer medische specialismen en subspecialismen wettelijk worden gereguleerd lijkt de laatste jaren af te nemen (Vaughan, 2018). In het Verenigd Koninkrijk heeft bijvoorbeeld de General Medical Council verklaard geen nieuwe subspecialismen meer te erkennen.<sup>18</sup>

Niet alleen tussen landen, ook binnen een land kunnen als gevolg van regulering de bevoegdheden of het recht op vergoeding van geleverde zorg door een beroepsgroep verschillen. In Denemarken kunnen bevoegde en onbevoegde psychologen in de zorg werken, maar alleen de activiteiten van de eerste worden vergoed door de publiekrechtelijke zorgverzekering. In Spanje zijn GZ-psychologen niet bevoegd om te werken in publieke zorginstellingen maar wel in private zorginstellingen. Voor klinisch psychologen geldt dit onderscheid niet.<sup>19</sup>

Voor beroepen die niet wettelijk zijn gereguleerd geldt veelal wel een vorm van zelfregulering. Hiertoe neemt dan de beroepsvereniging het initiatief, bijvoorbeeld door het inrichten van een vrijwillig beroepsregister en het opstellen van opleidingseisen, competentieprofielen, gedragscodes, en professionele standaarden.

---

<sup>18</sup> <https://www.gmc-uk.org/education/how-we-quality-assure/royal-colleges-and-faculties/sub-specialties>

<sup>19</sup> European Commission (2015). Mutual evaluation of regulated professions. Overview of the regulatory framework in the health services sector – psychologists and related professions

Tabel 1 Overzicht wettelijk beschermde zorgberoepen of beroepstitels met registratieplicht

Nederland (a)	België	Estland (b)	VK	Australië	British Columbia (Canada)	Nieuw-Zeeland
Arts	Arts (c)	Doctor	Doctor, psychiatrist	medical practitioner	Medical practitioner	Medicine
Apotheker	Apotheker (c)	Pharmacists, assistant pharmacist	Pharmacist, pharmacy technician	Pharmacist	Pharmacist, pharmacy technician	Pharmacy
Tandarts	Tandarts (c)	Dentist	Dental care professionals (Clinical dental technicians, Dental hygienists, Dental nurses, Dental technicians, Dental therapists, Orthodontic therapists)	dental practitioners (including dentists, dental hygienists, dental prosthetists & dental therapists)	dental practitioners (including dentists, dental hygienists, dental technicians, dental surgeons, denturists)	Dentistry, dental hygiene, clinical dental technology, dental technology and dental therapy
Fysiotherapeut	Paramedici (b)		Paramedic Physiotherapist	Physiotherapist	Physical therapist, physiotherapist, remedial gymnast	Physiotherapy
GZ-psycholoog	Klinisch psychologen (b)		Practitioner psychologist	Psychologist	Psychologist, psychological associate	Psychology
Psychotherapeut						Psychotherapy
	Klinisch orthopedagogen (b)					
Verloskundige	Verloskundige (b)	Midwife	Midwife	Midwife	Midwife	Midwife
Verpleegkundige	Verpleegkundige (b)	Nurse	Nurse	Nurse	Nurse	Nurse
Physician assistant						
			chiropractor	chiropractor	Chiropractor	Chiropractor
			Optician	optometrist	Optician, optometrist	Optician, optometrist
			Osteopath	osteopath	osteopath	osteopath
			Chiropodist / podiatrist	podiatrist	Podiatrist	Podiatrist
				Aboriginal and Torres Strait Islander health practitioners		
				Chinese medicine practitioners (comprising acupuncturists,	Chinese medicine practitioners (comprising acupuncturists,	

				Chinese herbal medicine practitioners and Chinese herbal dispensers)	Chinese herbal medicine practitioners)	
			Radiographer	medical radiation practitioners (comprising diagnostic radiographers, radiation therapists and nuclear medicine technologists)		Medical radiation technology
						Medical Laboratory Science, Anaesthetic Technology
			Occupational therapist	occupational therapists	occupational therapists	occupational therapists
			Arts therapist			
			Biomedical scientist			
			Clinical scientist			
			Dietitian		Dietitian	Dietitian
			Hearing aid dispenser		Audiologist, hearing instrument practitioner	
			Operating department practitioner			
			Orthoptist			
			Orthotist			
			Prosthetist			
			Social workers in England		Social workers	
			Speech and language therapist		Speech therapist, speech-language pathologist	
					Emergency medical assistants	
					Massage therapists	
					Naturopath	

(a) Beroepen met een beschermde titel ('zwaar regime'). Beroepen met een beschermde opleidingstitel, zonder mogelijkheid tot registratie en zonder tuchtrecht ('licht regime') zijn:

Apothekersassistent; Diëtist; Ergotherapeut; Huidtherapeut; Klinisch fysicus; Logopedist; Mondhygiënist; Oefentherapeut; Optometrist; Orthoptist; Podotherapeut; Radiodiagnostisch laborant; Radiotherapeutisch laborant; Tandprotheticus; Verzorgende in de individuele gezondheidszorg (VIG'er) <sup>20</sup>

- (b) geen tuchtrecht en herregistratie-eisen; geen regeling van voorbehouden handelingen
- (c) beroepsbescherming

#### *Toelating van individuele beroepsbeoefenaren: proces en verantwoordelijkheden*

Tabel 2 bevat een overzicht van de wijze waarop de registratie van artsen en verpleegkundigen is geregeld in de geselecteerde landen en welke organisaties daarvoor verantwoordelijk zijn. Een eerste opvallend verschil is dat de meeste landen onderscheid maken tussen vergunning (license) en registratie. Registratie en een vergunning kunnen in verschillende landen bovendien een verschillende betekenis of functie hebben. In Nederland bestaat dit onderscheid niet en zijn zorgprofessionals die voldoen aan de opleidingseisen en zijn ingeschreven in het BIG-register bevoegd om te praktiseren. Het BIG-register wordt beheerd door het CIBG, een uitvoeringsorgaan van het ministerie van VWS. De specialistenregisters worden beheerd door de RGS (Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten) van de KNMG, de federatie van de medische beroepsverenigingen.

#### *Waarom een publiekrechtelijk register?*

Het BIG-register dat tegelijk met de wet BIG werd ingesteld is een 'constitutief register': inschrijving in het register brengt rechten en plichten met zich mee. Pas door inschrijving verkrijgen beroepsbeoefenaren de bevoegdheid om een beschermde titel te voeren en eventuele voorbehouden handelingen uit te voeren en onderwerpt men zich aan het tuchtrecht ('zwaar regime'). Omdat inschrijving rechtsgevolgen heeft, is destijds besloten om het BIG-register onder de directe verantwoordelijkheid van de overheid te laten vallen. Een bijkomend voordeel is dat hiermee uniformiteit werd aangebracht in de regels voor registratie. Bovendien kon op deze manier de juistheid van informatie worden gegarandeerd. Deze laatste twee argumenten zijn echter ondergeschikt aan het eerste bij de keuze voor een publiekrechtelijk register.

*Bron: Memorie van Toelichting wet BIG*

<sup>20</sup> <https://www.bigregister.nl/registratie/nederlands-diploma-registreren/wet--en-regelgeving>

Tabel 2 Toelating van personen tot gereguleerde zorgberoepen: proces en verantwoordelijkheden

Land	Vergunning, registratie	Verantwoordelijke organisatie	Overheid	Kenbaar
België	Beide	Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid	Ja	Ja
	Registratie	Orde der artsen (registratie; alleen artsen)	Nee	Ja
	Erkenning	Gemeenschap	Ja	Ja
Estland	Beide	Terviseamet	Ja	Ja
Duitsland	Registratie Vergunning	Bundesärztekammer Landesärztekammer Federal Association of Statutory Health Insurance Physicians	Ja (a)	Ja
Nederland	Registratie	CIBG (BIG-register) RGS (registers medisch specialisten)	Ja Nee	Ja
UK	Beide	Negen <i>councils</i> (bijv. General Medical Council, Nursing and Midwifery Council)	Ja (b)	Ja
Canada	Beide	Diverse <i>councils</i> en <i>colleges</i> (Medical Council of Canada (basisartsen), Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (medisch specialisten), College of Family Physicians of Canada (huisartsen))	Ja (b)	Ja
Australië	Registratie	Australian Health Practitioner Regulation Agency (AHPRA)	Ja	Ja
	Vergunning	Diverse <i>boards</i>		
Nieuw-Zeeland	Beide	Diverse <i>councils</i> en <i>boards</i> die beroepsgroep vertegenwoordigen	Nee	Ja

(a) geen overheid, maar staan wel onder toezicht van de Duitse overheid

(b) wettelijke grondslag

Bronnen: Rowe 2005; Bourgeault 2013; Kovacs 2014

In **België** kunnen afgestudeerde zorgprofessionals waarvan het beroep op basis van KB 78 is gereguleerd een *visum* (werkvergunning) aanvragen bij de Geneeskundige Commissie van de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid. Sommige beroepen krijgen deze automatisch. Dit visum is in principe levenslang geldig. De FOD Volksgezondheid beheert een centraal register van deze zorgprofessionals. Huisartsen, medisch-specialisten, tandartsen, ziekenhuisapothekers, en bepaalde gespecialiseerde verpleegkundigen moeten een *erkenning* aanvragen bij één van de Gemeenschappen om deze te laten registreren. Deze erkenning is nodig om zorg te kunnen declareren en wordt ter goedkeuring voorgelegd aan de erkenningscommissie van hun beroepsgroep. Artsen dienen bovendien ingeschreven te zijn in het kadaster van de Orde der artsen, een publiekrechtelijke beroepsorganisatie.

In **Duitsland** krijgen artsen, tandartsen en psychotherapeuten op federaal niveau een *vergunning* de levenslang geldig is, en moeten zij zich op deelstaatniveau laten *registreren* om er ook te kunnen praktiseren. Pas afgestudeerde artsen krijgen eerst een voorlopige vergunning om gedurende een bepaalde tijd onder supervisie te kunnen werken. Het register wordt gebruikt om informatie over de

arbeidsmarkt te kunnen genereren. Voor beroepsbeoefenaren die ambulant werkzaam zijn is registratie vereist om een zelfstandige praktijk te kunnen voeren en geleverde zorg te kunnen declareren. De registers worden beheerd door de beroepsorganisaties op deelstaatniveau. Voor artsen zijn dit de *Ärzttekammer*. Deze hebben een publiekrechtelijke status. In drie deelstaten zijn ook *Kammer* voor verpleegkundigen maar deze zijn nog in ontwikkeling. Deze ontwikkeling houdt verband met het opleidingsniveau van verpleegkundigen die in toenemende mate academisch zijn geschoold.

In **Estland** is Terviseamet, de uitvoeringsorganisatie van de overheid, verantwoordelijk voor de registratie van zorgprofessionals met een beschermde titel, waarna zij een certificaat krijgen om te kunnen praktiseren. Voor de meeste beroepsgroepen, uitgezonderd enkele specialismen, is dit certificaat onbeperkt geldig. De competenties die vereist zijn voor een bepaald beroep of specialisme (certificaat) zijn met nadere regelgeving vastgesteld door de overheid.

In het **VK** zijn negen verschillende *councils* verantwoordelijk voor de registratie van beroepsbeoefenaren en voor het verlenen van vergunningen om te kunnen praktiseren (*license to practice*). De registratie is verplicht voor wettelijk gereguleerde beroepen met titelbescherming. Daarnaast bestaan een aantal vrijwillige registers voor niet wettelijk gereguleerde beroepen. De *councils* zijn wettelijke, onafhankelijke organen die bestaan uit geregistreerde beroepsbeoefenaren en leken, en hebben als taak de bescherming van burgers tegen ongekwalificeerd handelen van beroepsbeoefenaren. Voor artsen beheert de *General Medical Council (GMC)* een Medical Register en een Specialist Register. Nieuw afgestudeerde artsen krijgen een voorlopige registratie voor één jaar met beperkte bevoegdheden.

In **Australië** is sprake van een met het VK vergelijkbare situatie. Het *Australian Health Practitioner Regulation Agency (AHPRA)*, een wettelijk en onafhankelijk orgaan, voert de (her)registratie uit van de 14 beroepsgroepen die vallen onder het National Registration and Accreditation Scheme. Bij het AHPRA zijn de 14 *boards* van de afzonderlijke beroepsgroepen aangesloten, waarbij de AHPRA een toezichthoudende taak heeft (AHPRA, 2016; McKimm, 2013). Voor artsen is dit de *Australian Medical Board*. Voor verpleegkundigen en verloskundigen is de *Nursing and Midwifery Board of Australia (NMBA)* verantwoordelijk voor het verstrekken van vergunningen, terwijl registratie door de *boards* op territoriaal / statelijk niveau plaatsvindt.

In **Nieuw-Zeeland** zijn 16 beroepsorganisaties (*council of board*) wettelijk verantwoordelijk voor het beheren van een beroepsregister en het verstrekken van praktijkvergunningen. Verder zijn zij ook verantwoordelijk voor het bepalen van de *scope of practice* van de beroepsgroep en het opstellen van vereisten voor herregistratie.

In **Canada** verstrekken de *colleges* van de afzonderlijke beroepen de vergunningen om te praktiseren en deze beheren ook het beroepsregister. Voorbeelden zijn de Royal College of Physicians and Surgeons Canada (RCPSC), Canada Nurses Association, en de Canadian Association of Midwives.

De beroepsregisters in de geselecteerde landen zijn openbaar en door iedereen (online) te raadplegen. Tot welke gegevens men toegang heeft hangt echter af van de raadplegende instantie of persoon.



## *Toelatingseisen*

De toelatingseisen voor een gereguleerd beroep bestaan tenminste uit opleidingseisen. In sommige landen is daarnaast een verklaring omtrent gedrag (Nederland, Duitsland) en/of een gezondheidsverklaring (België, Duitsland, Nieuw-Zeeland) vereist. In meerdere landen geldt het vereiste dat men niet betrokken is bij een gerechtelijke procedure. Verder is voor Duitse artsen lidmaatschap van de beroepsorde vereist.

Wat betreft de opleidingseisen is sprake van twee dominante modellen waarbij onderscheid gemaakt moet worden tussen de opleidingseisen voor individuele beroepsbeoefenaren en de accreditatie van opleidingen. In de meeste landen is een diploma van een geaccrediteerde opleiding (of faculteit) vereist om toegelaten te kunnen worden tot een gereguleerd beroep. De geaccrediteerde opleidingen moeten aan bepaalde eisen voldoen – bijvoorbeeld gekwalificeerde eindtermen – maar zijn vrij in de inrichting van het curriculum. In Canada (evenals in de VS) moeten zorgprofessionals zoals artsen, tandartsen, apothekers en verpleegkundigen een nationaal examen afleggen voordat zij worden toegelaten als geregistreerd professional.

In beide modellen is het opstellen van de opleidingseisen waar beroepsbeoefenaren aan moeten voldoen, dan wel de accreditatie van opleidingen, grotendeels in handen van de beroepsgroepen (tabel 3). In Nederland zijn de opleidingseisen voor BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren omschreven in de wet en in lagere wetgeving nader ingevuld, maar zijn deze bepaald door de beroepsgroep. Het College Geneeskundig Specialismen van de KNMG stelt regels op voor de opleidingen, de erkenning van opleidingen en voor de (her)registratie van profielartsen en specialisten.

De situatie in Duitsland is hiermee vergelijkbaar. Het opstellen en invoeren van leerplannen voor de vervolgoopleidingen en van de afname van examens bij deze vervolgoopleidingen behoren tot de belangrijkste taken van de *Ärzttekammern*. In het VK zijn de *councils* verantwoordelijk voor het opstellen van opleidingseisen en de accreditatie van opleidingen (AHPRA, 2016; Department of Health rapport). De situatie in Australië is hiermee vergelijkbaar. Hier bepalen de *boards* van de afzonderlijke beroepsgroepen de opleidingseisen, terwijl per beroepsgroep een *council of committee* verantwoordelijk is voor de accreditatie van opleidingen. De Australian Medical Council is bijvoorbeeld verantwoordelijk voor de accreditatie van specialistenopleidingen. In Canada hebben de *colleges* een wettelijk gedelegeerde taak voor het opstellen van de opleidingseisen (AHPRA, 2016).

Tabel 3 Accreditatie van artsenopleidingen: verantwoordelijke partijen

Land	Accreditatie van opleidingen	Accreditatie criteria	Individuele opleidingseisen
Duitsland	Ärzttekammer	Bundesärztekammer houdt toezicht op de beroepscode (Berufsordnung) en stelt regels op voor specialisten opleidingen. De 17 Landesärztekammer zijn verantwoordelijk voor professionele standaarden, nascholing, accreditatie and nascholingsvereisten.	Bundesärztekammer houdt toezicht op de beroepscode (Berufsordnung) en stelt regels op voor specialisten opleidingen. De 17 Landesärztekammer zijn verantwoordelijk voor professionele standaarden, nascholing, accreditatie and nascholingsvereisten.
Nederland	Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO) (hoger onderwijs)	KNMG (basisartsen) KNMG (CGS) (specialistenopleidingen)	KNMG (basisartsen) KNMG (CGS) (huisartsen en specialisten)
VK	General Medical Council	General Medical Council	General Medical Council
Canada	The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, the Collège des Médecins du Québec and the College of Family Physicians of Canada	The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, the Collège des Médecins du Québec and the College of Family Physicians of Canada (CanMEDs. Family Medicine Triple C, curriculum based on CanMEDS)	Nationaal examen (basisarts)
Australië	Australian Medical Council (specialistenopleidingen) 16 specialisme colleges accrediteren de opleidingen bij zorginstellingen.	Australian Medical Council (specialistenopleidingen)	Australian Health Practitioner Regulation Agency, Medical Board of Australia

Bron: Vaughan, 2018 (niet gepubliceerd)

#### *Internationale standaarden en Europese richtlijnen met betrekking tot opleidingseisen en toegang*

Lidstaten hebben zelf zeggenschap over de opleidingseisen en de organisatie van zorgopleidingen, en universiteiten en hogescholen zijn autonoom als het gaat om de inrichting van hun opleidingen. Hierdoor kunnen er tussen landen verschillen zijn in de inhoud en niveau van de medische opleidingen. Om de toegang van lidstaten voor buitenlandse artsen te bevorderen is daarom Europese regelgeving ontwikkeld voor de wederzijdse erkenning van artsdiploma's tussen lidstaten en voor de erkenning van diploma's van personen van buiten de EU. Een belangrijke ontwikkeling hierin (en die van andere zorgberoepen) waren de Europese richtlijnen 75/362/EEC en 75/363/EEC in 1975 (+ amendement 93/16 EEC in 1993). Deze richtlijnen bevatten minimale eisen waaraan artsdiploma's in de verschillende lidstaten moeten voldoen. De wederzijdse erkenning van diploma's houdt in dat een buitenlandse arts automatisch wordt toegelaten als de aard van het diploma overeenkomt met de toelatingseisen. Als een diploma door een nationale autoriteit wordt erkend houdt dit automatisch in dat deze ook erkend wordt door andere lidstaten. Een lijst van erkende medische diploma's is opgenomen in de Annex van de *Doctor's Directive*.

De opleidingseisen in de genoemde richtlijnen betreffen een minimum aantal opleidingsuren en een globale omschrijving van de medische basiskennis; de kennis over het verband tussen gezondheid, gedrag en omgeving; kennis van ziekten, diagnostiek en behandelingen; en klinische ervaring. Omdat dit slechts beperkte aangrijpingspunten biedt voor het bepalen van de kwaliteit van de opleiding, zijn

in een reeks 'Opinions' aanbevelingen gedaan over de inhoud van de opleidingen. Deze zijn echter niet bindend. Voor diploma's van medisch specialisten geldt een minimale opleidingsduur, gespecificeerd per specialisme, met theoretische en praktische training. De lidstaten zien erop toe dat de zorgopleidingen en daarmee de diploma's voldoen aan deze minimale eisen. Verder moeten lidstaten erop toezien dat personen die naar een andere lidstaat migreren de taal voldoende machtig zijn om hun beroep uit te oefenen.

Wat betreft de medische opleidingen zijn door een commissie bestaande uit vertegenwoordigers van registratie autoriteiten en door internationale artsenorganisaties standaarden ontwikkeld waar de medische opleidingen aan moeten voldoen (Rowe, 2005). Voor de medische basisopleidingen zijn door de World Federation for Medical Education (WFME) internationale standaarden ontwikkeld. Deze standaarden kunnen door opleidingsinstellingen worden gebruikt om hun opleidingen te toetsen of door accreditatie autoriteiten, maar kunnen niet worden opgelegd..

## 5. Voorbehouden handelingen

### *Tussenconclusie*

Uitgezonderd Duitsland en het VK kennen alle landen een regeling van voorbehouden handelingen die zelfstandig mogen worden uitgevoerd door daartoe bevoegde beroepsbeoefenaren. In Nederland, Ontario (Canada), Estland, Australië en Nieuw-Zeeland zijn deze wettelijk omschreven. In Estland is deze regeling echter zeer beperkt. In British Columbia (Canada) en België zijn voorbehouden handelingen bepaald in lagere wetgeving. Het VK werkt uitsluitend met een omschrijving van het deskundigheidsgebied (*scope of practice*) die door de beroepsgroep is opgesteld. Dit systeem gaat er dus volledig vanuit dat beroepsbeoefenaren geacht worden te weten wat men wel en niet mag.

### *Voorbehouden handelingen per land*

In **Nederland** kent de Wet BIG 14 voorbehouden handelingen die zo risicovol zijn "dat ze beroepsmatig slechts zelfstandig mogen worden verricht door beroepsbeoefenaren die over de noodzakelijke kennis en vaardigheden beschikken om die handelingen op een verantwoorde wijze uit te voeren" (Memorie van toelichting). Verder bepaalt de Wet BIG de voorwaarden waaronder bepaalde beroepsbeoefenaren deze voorbehouden handelingen zelfstandig mogen uitvoeren, met of zonder supervisie. Beroepsbeoefenaren zijn uitsluitend bevoegd tot het verrichten van voorbehouden handelingen voor zover zij redelijkerwijs mogen aannemen dat zij hiervoor bekwaam zijn (art. 36 lid 1 tot en met 14 Wet BIG).

In **België** is het beroepsdomein van de beschermde zorgberoepen in het KB 78 algemeen omschreven. De specifieke handelingen waartoe zij zijn bevoegd zijn in ministeriële uitvoeringsbesluiten uitgewerkt. Ook de voorwaarden waaronder artsen handelingen mogen delegeren aan verpleegkundigen en paramedici, met of zonder supervisie, zijn in uitvoeringsbesluiten uitgewerkt. Voor verpleegkundigen bestaat onderscheid tussen een A-lijst met zelfstandig uit te voeren handelingen, een B-lijst met 'technische prestaties' of 'technische verpleegkundige verstrekkingen' die zelfstandig kunnen worden uitgevoerd zonder (B1) of met (B2) een voorschrift

van een arts, en een C-lijst met 'toevertrouwde medische handelingen' die artsen aan verpleegkundigen kunnen delegeren en die zonder supervisie kunnen worden uitgevoerd. Behalve via uitvoeringsbesluiten zijn 'gereserveerde activiteiten' die voorbehouden zijn aan specifieke beroepen op een indirecte manier geregeld via de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen van het RIZIV (het Belgische ziekenfonds).

In **Duitsland** bestaat geen wettelijke regeling van voorbehouden handelingen maar wel een vorm van zelfregulering voor taakverschuiving. In 2012 is een regeling ('ordinanz') voor taakverschuiving opgesteld door de *Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)*, een wettelijk publiekrechtelijk orgaan met vertegenwoordigers van ziekenhuizen, beroepsgroepen (artsen, tandartsen, psychotherapeuten), ziekenfondsen. Ook verpleegkundigen en patiëntenorganisaties waren betrokken bij het opstellen van de regeling maar deze partijen hadden geen stemrecht. In de genoemde regeling gaat het alleen om handelingen die door verpleegkundigen kunnen worden uitgevoerd in opdracht en eventueel onder supervisie van een arts. Op basis van deze regeling kunnen pilots worden gedaan die door het G-BA moeten worden goedgekeurd. Tot nu toe is echter geen enkel pilotvoorstel goedgekeurd.

De beroepenregulering in het **Verenigd Koninkrijk** kent geen wettelijk omschreven voorbehouden handelingen. De *councils* stellen professionele standaarden op voor de onder hen ressorterende beroepsgroepen, waarin opgenomen de bepaling dat individuele beroepsbeoefenaren worden geacht te handelen binnen de grenzen van hun deskundigheidsgebied (*scope of practice*). Hierin staan ook de voorwaarden beschreven waaronder zij handelingen mogen delegeren aan ondersteunend personeel. Deze grenzen worden bepaald door de toelatingseisen die de *councils* stellen bij registratie, en door alle activiteiten daarna waarmee geregistreerde beroepsbeoefenaren hun bekwaamheid (*fitness to practice*) dienen te onderhouden. De competenties worden bijgehouden in het beroepsregister zodat kan worden nagegaan of een zorgprofessional die een bepaalde handeling verricht hiertoe ook bevoegd is. De General Medical Council beheert naast het artsenregister ook specialistenregisters; bij artsen die hierin vermeld zijn wordt dit ook aangegeven in het artsenregister. Verpleegkundigen hebben verschillende bevoegdheden als het gaat om het voorschrijven van medicijnen, afhankelijk van wat hierover is aangetekend in het register. *Nurse independent prescribers* hebben bijvoorbeeld onbeperkte zelfstandige voorschrijfbevoegdheden.

In **Estland** zijn beroepsgroepen alleen bevoegd handelingen te verrichten die tot hun discipline of specialisme behoren, en waartoe zij ook geregistreerd zijn. Specifieke handelingen die zelfstandig mogen worden uitgevoerd zijn alleen gereguleerd voor ambulante werkende verpleegkundigen en verloskundigen, en voor verpleegkundigen in een *nursing hospital*. Deze diensten zijn gespecificeerd in lagere wetgeving.<sup>21</sup>

In **British Columbia (Canada)** is de wettelijk omschreven *scope of practice* van een beroepsgroep het uitgangspunt voor de handelingen waarvoor men bevoegd is. De *scope of practice* is zo algemeen omschreven dat de deskundigheidsgebieden tussen beroepsgroepen kunnen overlappen.<sup>22</sup> In lagere regelgeving (*regulations*) zijn per beroepsgroep *restricted activities* vastgesteld door de *colleges*: handelingen die alleen door geregistreerde beroepsbeoefenaren mogen worden uitgevoerd. In

---

<sup>21</sup> Riigi Teataja, 2018. De wet lijkt een combinatie van de Nederlandse Wet BIG en de Wtzi.  
<https://www.riigiteataja.ee/en/eli/508012018001/consolide>

<sup>22</sup> Vóór de introductie van de HPA was in Britisch Columbia sprake van wetgeving per beroepsgroep waardoor een strikte scheiding was aangebracht in het werkerrein tussen beroepsgroepen.

Ontario (Canada) wijkt de situatie hiervan af en bevat de overkoepelende *Regulated Health Professions Act*<sup>23</sup> een lijst van 14 *controlled acts* waartoe alleen aangewezen zorgprofessionals bevoegd zijn: “activities that are considered to be potentially harmful if performed by unqualified persons.” Onder de genoemde kaderwet hangen diverse wetten en regelingen voor specifieke beroepsgroepen waarin is opgenomen een omschrijving van de *scope of practice* per beroepsgroep en de *controlled acts* waartoe zij bevoegd zijn.

Evenals in Canada is in de **Vereinigde Staten** doorgaans het deskundigheidsgebied per beroepsgroep wettelijk omschreven en de voorwaarden waaronder bepaalde handelingen kunnen worden uitgevoerd. In sommige staten geldt een wettelijke verplichting om op het niveau van de zorgorganisatie *standardized procedures* op te stellen waarin de bevoegdheden van beroepsbeoefenaren en de voorwaarden waaronder specifieke handelingen mogen worden verricht zijn vastgesteld. Deze *standardized procedures* worden door de beroepsgroep (een *medical board* of een *nursing board* goedgekeurd). Dit heeft tot gevolg dat de bevoegdheden per zorginstelling kunnen verschillen. In sommige staten heeft de *nursing board* gedetailleerde lijsten met voorbehouden handelingen opgesteld, en de voorwaarden waaronder deze mogen worden gedelegeerd. In de eerstelijnszorg mogen praktijkondersteuners en praktijkassistenten onder supervisie geneeskundige handelingen verrichten, waardoor een vergaande taakherschikking mogelijk is (Bourgeault, 2013).

In **Australië** zijn de beroepsgroepen die zijn aangesloten bij de AHPRA verantwoordelijk voor het vaststellen van de *scope of practice*. Verder zijn een drietal handelingen in de wet opgenomen die zijn voorbehouden aan specifieke beroepsbeoefenaren (*restricted acts*): tandheelkundige handelingen, het voorschrijven van optische hulpmiddelen, en manipulatie van de wervelkolom.

In **Nieuw-Zeeland** is het de overheid die *restricted activities* kan aanwijzen die zijn voorbehouden aan bepaalde beroepsbeoefenaren. Momenteel zijn vijf handelingen aangewezen die alleen door geregistreerde zorgprofessionals mogen worden uitgevoerd.<sup>24</sup>

Tabel 4 Regeling van voorbehouden handelingen in geselecteerde landen

Land	Regeling	Omschrijving voorbehouden handeling	Voorschrijfbevoegdheid verpleegkundige
België	Uitvoeringsbesluiten op basis van KB 78	Voor verpleegkundigen: gespecificeerde handelingen in A-, B- en C-lijst.	Nee
Duitsland	Geen. Wel zelfregulering van taakdelegatie door <i>Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA)</i>	Zelfregulering betreft alleen taakdelegatie	Nee. Therapie is een niet delegeerbare taak.
Estland	Wettelijke regeling voor verpleegkundigen en verloskundigen	Niet bekend	Niet bekend

<sup>23</sup> <https://www.ontario.ca/laws/statute/91r18#BK24>

<sup>24</sup> <https://www.health.govt.nz/our-work/regulation-health-and-disability-system/health-practitioners-competence-assurance-act/restricted-activities-under-act>

Nederland	Wet BIG	Lijst van 14 gespecificeerde handelingen	Ja, verpleegkundig specialist en physician assistant
VK	Beroepsstandaarden opgesteld door de <i>councils</i>	Handelingen en voorwaarden waaronder deze worden uitgevoerd moeten vallen binnen deskundigheidsgebied zoals opgenomen in beroepsregister	Ja, onder meer <i>nurse practitioner</i> heeft zelfstandige bevoegdheid bij specifieke aandoeningen. <i>Nurse independent prescribers</i> hebben onbeperkte bevoegdheid
British Columbia (Canada)	Diverse wettelijke regelingen ( <i>regulations</i> )	<i>scope of practice</i> aangevuld met <i>restricted activities</i> per beroepsgroep	Geregistreerde verpleegkundigen die voldoen aan extra opleidingseisen hebben zelfstandige bevoegdheid voor specifieke geneesmiddelen en aandoeningen
Ontario (Canada)	Wet aangevuld met diverse wettelijke regelingen	lijst van 14 gespecificeerde handelingen	<i>Nurse practitioners</i> hebben gedelegeerde dan wel zelfstandige bevoegdheid voor specifieke geneesmiddelen en aandoeningen ('Schedule 1 en 2')
VS	In sommige staten wettelijk verplichte samenwerkingsovereenkomst en <i>standardized procedures</i> op instellingsniveau	<i>scope of practice</i> omschreven in samenwerkingsovereenkomst	Ja, <i>nurse practitioners</i> hebben zelfstandige of gedelegeerde bevoegdheid afhankelijk van samenwerkingsovereenkomst. Praktijkassistenten alleen onder supervisie.
Australië	Wet en beroepsstandaard	<i>scope of practice</i> in beroepsstandaard; drie voorbehouden handelingen	Ja, praktijkondersteuners voor specifieke geneesmiddelen en afhankelijk van samenwerkingsovereenkomst met huisarts.
Nieuw-Zeeland	Wet en beroepsstandaard	<i>Scope of practice</i> ; vijf voorbehouden handelingen	Ja, <i>nurse practitioners</i> hebben zelfstandige of bevoegdheid. Geregistreerde verpleegkundigen in teamverband hebben zelfstandige bevoegdheid voor specifieke geneesmiddelen en aandoeningen.

## 6. Taakverschuiving

### *Tussenconclusie*

De verschillen in bevoegdheden tussen artsen en verpleegkundigen worden kleiner door taakherschikking, maar landen lopen hierin verschillende tempo's. Deze verschillen houden verband met verschillen in de regelgeving maar zijn hier niet eenduidig aan toe te schrijven. Nederland doet het relatief goed en is het enige land met een experimenteerartikel om taakverschuiving te bevorderen. Internationaal gezien spelen ook andere factoren een rol zoals een eventueel artsentekort of juist een groot aanbod aan verpleegkundigen, de zeggenschap van beroepsgroepen, de ontwikkeling van opleidingen, en financiële prikkels.

### *Taakverschuiving*

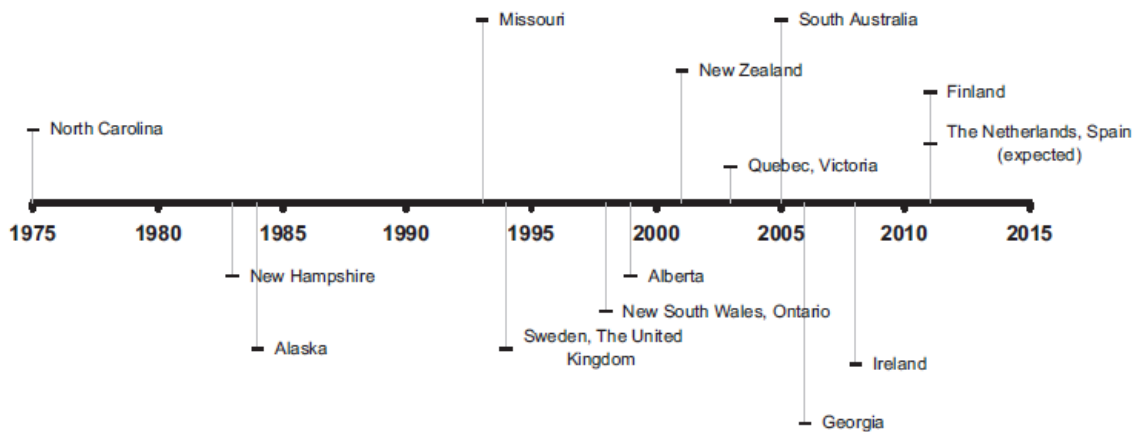
In vrijwel alle landen vindt taakverschuiving plaats van medisch specialisten en huisartsen naar verpleegkundigen en physician assistants, en van verpleegkundigen naar ondersteunende beroepen. De snelheid en mate waarin dit gebeurt verschillen echter internationaal en leiden tot verschillen in bevoegdheden per beroepsgroep tussen landen.

Illustratief zijn de verschillen in de voorschrijfbevoegdheid van verpleegkundigen (tabel 4). In veel landen hebben verpleegkundigen wanneer zij geregistreerd zijn of een bepaalde specialisatie hebben (verpleegkundig specialisten<sup>25</sup>, nurse practitioners, practice nurse) een voorschrijfbevoegdheid. De voorschrijfbevoegdheid kan bestaan uit een zelfstandige bevoegdheid, een gedelegeerde bevoegdheid of een bevoegdheid onder supervisie. De voorschrijfbevoegdheid kan beperkt zijn tot specifieke geneesmiddelen en aandoeningen afhankelijk van de specialisatie. Aan het ene eind van het spectrum bevinden zich België en Duitsland, waar verpleegkundigen geen voorschrijfbevoegdheid hebben. Het VK bevindt zich aan het andere eind. Hier hebben *practice nurses* en *supplementary prescribers* een beperkte voorschrijfbevoegdheid, en hebben *nurse independent prescribers* een onbeperkte zelfstandige voorschrijfbevoegdheid. Ook in de VS kunnen verpleegkundigen een vergaande voorschrijfbevoegdheid hebben.

---

<sup>25</sup> In Nederland zijn er verpleegkundig specialisten voor de acute zorg, de chronische zorg, de preventieve zorg en de intensieve zorg bij somatische aandoeningen, en de verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg.

Figuur 1 Introductie voorschrijfbevoegdheid van verpleegkundigen in verschillende landen



Bron: Kroezen, 2012

In de meeste landen is de taakverschuiving van artsen naar verpleegkundigen en physician assistants, waaronder praktijkondersteuners en verpleegkundig specialisten, een langdurig proces geweest (figuur 1). Nederland springt er in gunstige zin uit.

Landen die evenals Nederland relatief veel taakverschuiving laten zien zijn Canada, Australië, Nieuw-Zeeland, en het VK (evenals overigens Ierland en de VS die niet in deze vergelijking zijn meegenomen) (Maier et al., 2016). Landen zoals Duitsland (evenals bijvoorbeeld Oostenrijk, Frankrijk, Noorwegen) blijven vergeleken met bovengenoemde landen daarentegen sterk achter, terwijl Estland en België tot de middenmoot behoren. In Australië, Nieuw-Zeeland, Canada en de VS mogen praktijkondersteuners of verpleegkundig specialisten binnen hun *scope of practice* diagnoses stellen, zelfstandig of in overleg met een arts (zoals in Canada), diagnostiek aanvragen, behandelen, geneesmiddelen voorschrijven en verwijzen. In het VK kunnen verpleegkundigen, afhankelijk van het specialisme en de werkgever, zelfstandig geneesmiddelen voorschrijven, diagnoses stellen, eenvoudige diagnostiek aanvragen, behandelen en verwijzen. In Nederland mogen verpleegkundig specialisten afhankelijk van hun specialisme geneesmiddelen voorschrijven, diagnoses stellen, diagnostiek aanvragen en verwijzen.

Belangrijke factoren die bijdragen aan deze verschillen in taakverschuiving zijn het bevorderen van de toegankelijkheid van zorg in afgelegen gebieden, een tekort aan artsen of juist een groot aanbod aan verpleegkundigen, en een hoger opleidingsniveau van verpleegkundigen en physician assistants (Maier, 2016). Regelgeving, inclusief financiële regelgeving, kan daarentegen juist remmend werken. In Nederland is voor de verruiming van bevoegdheden van bepaalde beroepen niet alleen een wijziging van de Wet BIG vereist, maar zijn ook aanpassingen in de beleidsregels voor de bekostiging van zorg nodig (en in lokale zorgregistratiesystemen) om taakverschuiving in de praktijk mogelijk te maken. De gunstige positie van Nederland wordt overigens mede toeschreven aan de mogelijkheid die beroepsgroepen hebben om op basis van het experimenteerartikel zelfstandig voorbehouden handelingen uit te mogen voeren met een verplichte BIG-registratie (Maier, 2016). Andere landen kennen een dergelijke experimenteerregel niet. Andere belemmerende factoren voor taakverschuiving zijn weerstand bij artsen en organisatorische randvoorwaarden. De kleinschaligheid van de eerstelijnszorg kan een belemmering zijn voor de inzet van praktijkondersteuners.



Het verhogen van het niveau van de opleidingen draagt bij aan taakverschuiving. In Nederland is het niveau van de verpleegkundige basisopleidingen verhoogd en is specialisatie op academisch niveau mogelijk. In Duitsland, waar relatief weinig taakverschuiving plaatsvindt, is taakdelegatie naar physician assistants meer geaccepteerd door artsen dan naar verpleegkundigen. Momenteel zijn er zes bachelor opleidingen in Duitsland voor physician assistants (vaak verpleegkundigen). De artsenorganisatie heeft hiervoor een modelcurriculum ontwikkeld.

## 7. Onderhoud van bekwaamheid

In dit hoofdstuk gaan we in op de vereisten die bestaan voor het onderhoud van de bekwaamheid en herregistratie van gereguleerde zorgprofessionals, en vervolgens op de verantwoordelijke organisaties. We gaan in dit hoofdstuk overwegend in op het bekwaamheidsonderhoud van artsen en meer zijdelings die van andere zorgberoepen.

### *Tussenconclusie*

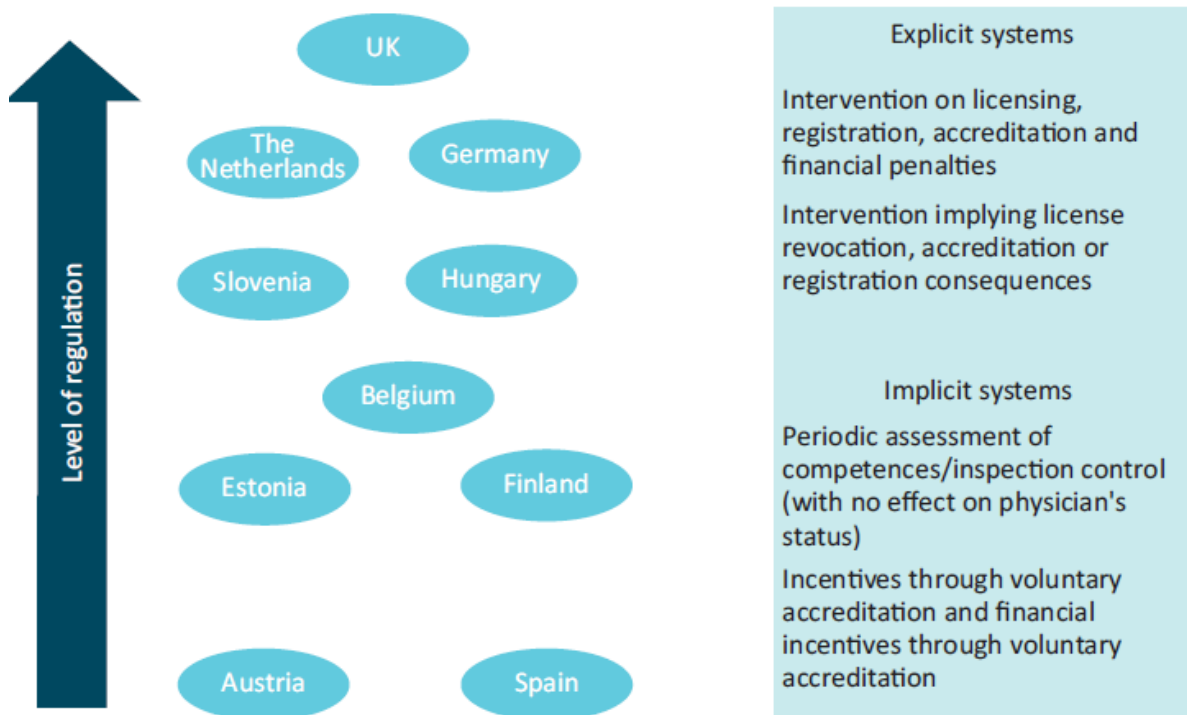
Internationaal bestaan zeer uiteenlopende vereisten voor het onderhoud van de bekwaamheid en voor de herregistratie in het verlengde hiervan, de wijze en frequentie waarop dit wordt getoetst en de eventuele sancties als hieraan niet wordt voldaan. In België is het bijhouden van de eigen competenties vrijwillig terwijl in de meeste andere landen er formele vereisten gelden, met als uiterste consequentie het doorhalen van de registratie of het intrekken van de vergunning als hieraan niet wordt voldaan.

In alle landen is het uitgangspunt dat artsen zelf beoordelen of zij aan de eventuele herregistratie-eisen voldoen en ook zelf kiezen welke nascholing zij volgen. In het VK en Nieuw-Zeeland zijn deze eisen het meest vergaand. De eigen gezondheid is in geen enkel land onderdeel van de herregistratie-eisen. Een uitzondering vormt België waar een goede gezondheid vereist is om een vergunning (visum) te behouden. In België en het VK is de werkgever betrokken bij de beoordeling van het functioneren van artsen. Patiënten zijn slechts in enkele landen bij dit proces betrokken. Voor zover vereisten voor herregistratie bestaan volgen deze niet rechtstreeks uit de wet, maar worden deze doorgaans vastgesteld door wettelijk aangewezen organen. De effectiviteit van herevaluaties van het eigen functioneren is nauwelijks aangetoond in onderzoek.

### *Regulering onderhoud van bekwaamheid: inhoudelijke eisen en sancties*

Een onderscheid is te maken tussen impliciete en expliciete systemen voor bekwaamheidsonderhoud (Sole, 2014). Bij expliciete systemen is het onderhoud van de bekwaamheid verplicht, met formele standaarden en eisen (bijvoorbeeld geaccrediteerde nascholing) en met sancties bij het niet voldoen aan deze eisen. Dit kan bijvoorbeeld een financiële sanctie of het intrekken van de vergunning zijn. Een financiële sanctie kan ook bestaan uit het verliezen van de mogelijkheid om zorg te kunnen declareren. Bij impliciete systemen is sprake van vrijwilligheid, zijn er geen formele standaarden voor bekwaamheidsonderhoud en geen sancties. Wel kunnen er financiële prikkels zijn om de eigen bekwaamheid te onderhouden, zoals in België waar artsen beloningen ontvangen voor het volgen van nascholing en deelname aan lokale intervisie. In het algemeen is er een ontwikkeling van impliciete naar expliciete systemen (Sole et al., 2014)

Figuur 2 Impliciete en expliciete systemen voor bekwaamheidsonderhoud



Bron: Sole, 2014

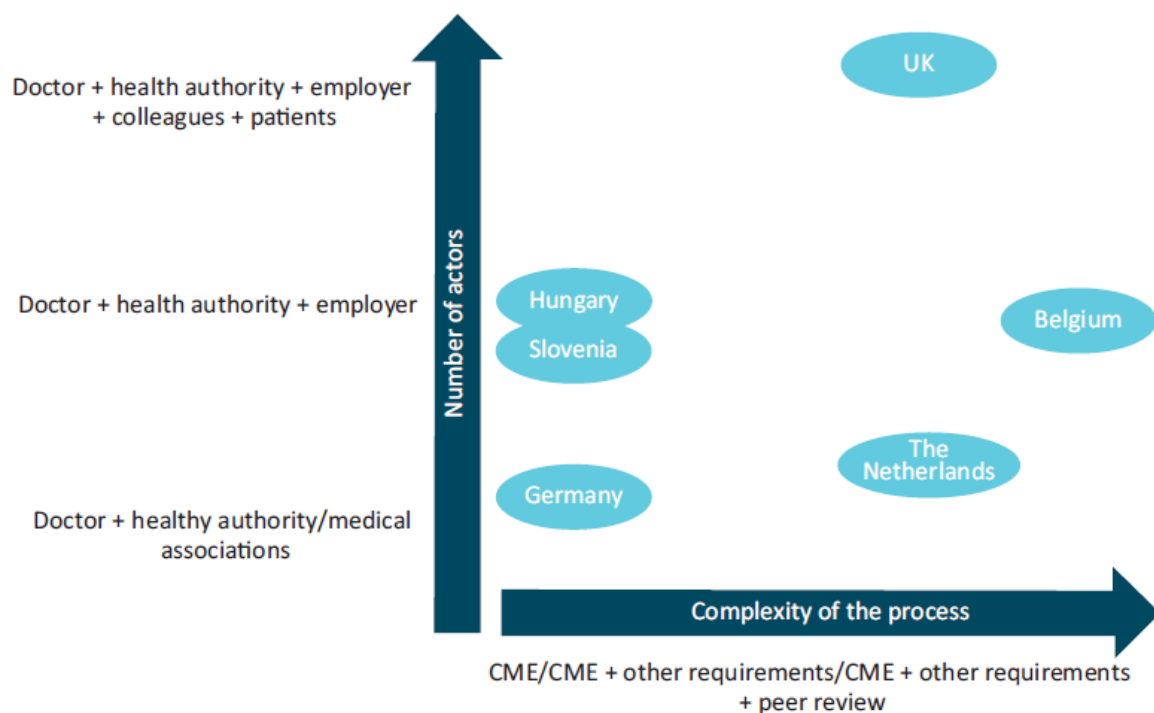
Figuur 2 laat hoe expliciet de bekwaamheid van artsen is gereguleerd in enkele Europese landen. Landen als Duitsland, Nederland, en het VK hebben expliciete systemen. Dit geldt ook voor Australië en Nieuw-Zeeland. Sancties op het niet voldoen aan de eisen voor herregistratie kunnen zijn het (tijdelijk) intrekken van de vergunning of het doorhalen van de registratie (Nederland, VK, Australië) of financieel (België, Duitsland). Nederland en het VK bieden de mogelijkheid om de registratie of vergunning op te schorten tot weer aan de vereiste nascholing of andere vereisten is voldaan (Sehlbach, 2018).

Voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening zijn belangrijke competenties het beschikken over actuele kennis, technische vaardigheden, het kunnen integreren van kennis en ervaring in de context van de patiënt, en werkhouding. In de meeste landen ligt het accent bij de herregistratie op zelfbeoordeling en (zelfgekozen) nascholing waarbij doorgaans een minimum aantal studiepunten moet worden behaald. In sommige landen vindt daarnaast ook beoordeling van het functioneren in de praktijk plaats door audits (Nederland, VK) en door feedback van bijvoorbeeld collega's (Nederland, VK) en andere direct betrokkenen zoals patiënten (VK). In het VK zijn ook communicatie en het kunnen samenwerken onderdeel van de beoordeling.

Behalve de beroepsbeoefenaar zelf (bijvoorbeeld Duitsland) zijn in sommige landen dus meer partijen betrokken bij de beoordeling van de bekwaamheid van artsen (figuur 3). Net als in het VK (via de *appraiser*) speelt ook in België de werkgever een rol (overigens geldt dit eveneens in landen als Denemarken, Hongarije, Slovenië, Spanje. In Denemarken worden afspraken over het onderhouden van de bekwaamheid gemaakt in onderling overleg tussen werkgever en werknemer.).

Er is nauwelijks onderzoek gedaan naar het effect van herevaluaties van het eigen functioneren op de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de patiëntveiligheid. Dit is opvallend afgezet tegen wat de herregistratie-eisen van artsen vragen en de gevolgen voor de administratieve lasten. In onderzoek uitgevoerd in het VK ziet de meerderheid van de artsen enige waarde in 'revalidation' en de helft ondervindt er enig persoonlijk nut van. "... All could identify potential benefits, particularly the developmental opportunities. However, there was some cynicism about the overarching purpose of assuring the public of doctor's fitness to practise" (Chamberlain, 2015). Ook zijn er aanwijzingen dat zelfbeoordeling van bekwaamheid niet betrouwbaar is (Sehlbach, 2018).

Figuur 3 Herevaluatie van de bekwaamheid in verschillende landen: proces en betrokken partijen



Bron: Sole 2014. CME = continuing medical education.

In **Nederland** worden BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren in staat geacht om zelf hun bekwaamheid te toetsen. Periodiek dient men aan te tonen op een verantwoorde wijze invulling te kunnen geven aan de eigen bevoegdheid, waarbij per beroepsgroep andere eisen gelden. Vaak geldt een werkervaringseis (urennorm) of scholingseis (puntensysteem). Artsen moeten in 5 jaar 2080 uur hebben gewerkt (ongeveer 8 uur per week) of anders voldoende geaccrediteerde nascholing hebben gevolgd. Voor medisch specialisten gelden strengere eisen. Voor hen is naast externe kwaliteitsevaluatie (visitatie) ook deelname aan het systeem Individueel Functioneren Medisch Specialisten inmiddels opgenomen als herregistratie-eis. Medisch specialisten worden geacht een portfolio bij te houden op basis van feedback van direct betrokkenen en zelfreflectie op de competentiegebieden van de CanMEDS. Dit vormt de basis voor een evaluatiegesprek met een daartoe opgeleid persoon en een persoonlijk ontwikkelingsplan.

Deze striktere eisen lijken op de systematiek van *revalidation* in het **VK** die geldt voor artsen. Behalve voldoende nascholing en werkervaring zijn artsen verplicht om het eigen functioneren jaarlijks bespreken met een getrainde collega (*appraiser*) in een evaluatiegesprek. Belangrijke elementen in dit gesprek zijn de feedback van collega's en patiënten, deelname aan geaccrediteerde deskundigheidsbevorderende activiteiten, en reflectie op klachten van patiënten en ernstige incidenten (Sole 2014; McKimm, 2013; Sehlbach, 2018). De uitkomsten van het jaarlijkse evaluatiegesprek en het persoonlijk ontwikkelingsplan worden doorgespeeld aan een *responsible officer*, vaak een senior arts binnen de eigen organisatie. Deze doet elke 5 jaar een aanbeveling aan de *GMC* die bepalend is voor de herregistratie.

In **Nieuw-Zeeland** dienen artsen zich elk jaar te kwalificeren om hun praktijkvergunning (*practicing certificate*) te behouden (registratie is levenslang). Op artsen die geen medisch specialist zijn is het programma 'Inpractice' van de *Medical Council* van toepassing.<sup>26</sup> Zij zijn verplicht een digitaal portfolio bij te houden met deskundigheidsbevorderende activiteiten. Een professioneel ontwikkelingsplan, een audit, 20 uur geaccrediteerde nascholing, 10 uur evaluerende gesprekken met collega's, en het bijwonen van een aantal bijeenkomsten met collega's, behoren tot de minimeisen die jaarlijks worden getoetst. Elke drie jaar zijn een toets van essentiële kennis, feedback van collega's en patiënten, en een praktijkbeoordeling vereist. Medisch specialisten volgen een eigen nascholingsprogramma dat is vastgesteld door hun eigen specialisme.

In **België** werken artsen aan hun bekwaamheid via vrijwillige deelname aan geaccrediteerde nascholing en via intercollegiale toetsing waarin bijvoorbeeld ook klachten en complimenten over de uitvoeringspraktijk worden meegenomen.

In **Canada** bestaan de herregistratie eisen uit het afleggen van examens en voldoende praktijkuren.

Landen met minder vergaande eisen zijn **Estland** en **Duitsland**. Ambulant werkende artsen in Duitsland die een contract hebben met een ziekenfonds moeten verplicht deelnemen aan nascholing. In Estland bestaan geen wettelijke vereisten voor herregistratie; registratie is in principe levenslang. Het wordt het aan de individuele verantwoordelijkheid van artsen overgelaten om de eigen bekwaamheid te onderhouden. In Duitsland geldt dit voor alle medisch specialisten.

*Regulering van onderhoud bekwaamheid: verantwoordelijke partijen, organisatie en proces,*

De vereisten voor bekwaamheidsonderhoud en eventueel herregistratie worden in de onderzochte landen bepaald door de beroepsgroep. In Canada, het VK, Australië en Nieuw-Zeeland is dit een *council, college of board* van de betreffende beroepsgroep die eisen opstelt voor toelating tot het beroepsregister en herregistratie. In Nederland stelt het CGS van de KNMG de herregistratie-eisen vast en accrediteert de nascholing van profielartsen en medisch specialisten. In België is het de beroepsgroep die de nascholing accrediteert.

In **België** zien 'erkenningcommissies' toe op de naleving van de vereisten die verbonden zijn aan het behoud van de erkenning van beroepsbeoefenaren. Deze commissies kunnen aan de minister sancties voorstellen wanneer blijkt dat aan de vereisten voor behoud hiervan niet is voldaan. Er zijn echter geen expliciete criteria bekend om dit te beoordelen. Verlies van een erkenning betekent voor sommige beroepsgroepen dat zij geen zorg kunnen declareren. De beroepsorganisaties van artsen,

---

<sup>26</sup> <https://www.inpractice.org.nz/Guides/Inpractice/welcome.aspx>

tandartsen en apothekers hebben hun eigen erkenningscommissies. Voor verloskundigen, verpleegkundigen, klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen zijn deze erkenningscommissies ingericht bij het FOD Volksgezondheid. De provinciale geneeskundige commissies zien toe op de psychische en fysieke conditie van zorgprofessionals. Deze commissies zijn bevoegd om eventueel een visum in te trekken.

Onderdeel van de voorstellen tot herziening van KB 78 in België is dat zorgprofessionals zelf verantwoordelijk zijn voor het aanleggen van een dynamisch portfolio waarmee zij kunnen aantonen dat zij zich continu bijscholen, en een openbaar register dat informatie bevat over wie welke zorg aanbiedt en met welke andere zorgverleners wordt samengewerkt. In de voorstellen komt in plaats van de provinciale geneeskundige commissies een *Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg*. Het is de bedoeling dat deze de bekwaamheid van artsen steekproefsgewijs gaat controleren aan de hand van het portfolio, en dat het toezicht breder getrokken wordt naar de praktijkvoering. Deze commissie kan vervolgens advies geven aan de minister over te nemen maatregelen of het stellen van voorwaarden. Hoe een en ander in de praktijk vorm krijgt is afhankelijk van uitvoeringsbesluiten.

In **Duitsland** wordt de vergunning om als arts in de zorg aan het werk te gaan voor het leven verkregen en pas ingetrokken indien er sprake is van wangedrag.

In **Estland** kunnen artsen op vrijwillige basis activiteiten verrichten om hun bekwaamheid te onderhouden. Deze kunnen zij via de eigen beroepsvereniging laten toevoegen in het beroepsregister (uitgevoerd door Terviseamet). De beroepsverenigingen van huisartsen, cardiologen en chirurgen hebben nascholingsactiviteiten en het maken van voldoende praktijken verplicht gesteld.

In **Canada** beoordeelt een *fitness to practice committee* van het *College of physicians and surgeons* of aan de eisen voor herregistratie is voldaan. Voor de betreffende arts nadelige beslissingen van dit *committee* kunnen worden aangevochten bij de *Appeal and review board*.

#### *Geen Europese richtlijn voor onderhoud bekwaamheid*

De Europese Commissie heeft geen richtlijnen voor het onderhouden van de bekwaamheid van zorgprofessionals. Wel wordt algemeen erkend dat leren levenslang is en dat beroepsbeoefenaren de verantwoordelijkheid hebben hun vakbekwaamheid te onderhouden.

Tabel 5 Onderhoud van bekwaamheid en herregistratie van artsen: eisen, verantwoordelijke organisatie

Land	Verplicht	Interval	Vereisten	Verantwoordelijke organisatie	Sanctie
België	Nee	3 jaar	Accreditatie; review van klachten en beoordelingen; deelname aan intervisie	FOD Volksgezondheid; Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV)	Financiële beloning

Duitsland	Ja	5 jaar	Accreditatie	Ärzttekammer	Herroeping affiliatie zorgverzekering (ambulant werkende artsen); Financieel
Estland	Alleen voor enkele specialismen	5 jaar	n.a.	Beroepsgroep	Nee
Nederland	Ja	5 jaar	Accreditatie; visitatie	KNMG	Doorhalen registratie
VK	Ja	5 jaar	POP; activiteiten voor professionele ontwikkeling; jaarlijkse beoordeling inclusief feedback van collega's en patiënten; review klachten en beoordelingen	General Medical Council	Intrekken vergunning
Australië	Ja		Continue professionele ontwikkeling	Australian Medical Council	Doorhalen registratie
Nieuw- Zeeland	Ja	1 jaar	Jaarlijks een professioneel ontwikkelings- programma; nascholing; visitatie; audit; bijeenkomsten met collega's; 3 jaarlijkse kennistoets, feedback en praktijkbeoordeling	Medical Council	
Canada	Ja		Continue professionele ontwikkeling	Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC), Collège des Médecins du Québec (CMQ) and the College of Family Physicians of Canada (CFPC)	Intrekken vergunning
US	Ja		Continue medische opleiding en aantoonbaar veilige zorgverlening	Accreditation Council for Graduate Medical Education and the American Osteopathic Association	Doorhalen registratie

Bron: Sole, 2014; Vaughan, 2018; Sehlbach, 2018

## 8. Tuchtrect

### *Tussenconclusie*

Het verschilt internationaal aanzienlijk welke partijen verantwoordelijk zijn voor de inrichting en uitvoering van tuchtrechtelijke procedures. Ook de gebruikte terminologie verschilt (Struckmann 2015). Er zijn door de beroepsgroep georganiseerde onafhankelijke tuchtraden, commissies, *councils* of *courts*. In Duitsland hebben deze een eigen statuut, terwijl deze organen in andere landen opereren binnen wettelijke kaders. In Estland, waar geen tuchtrect bestaat, heeft de werkgever een disciplinerende verantwoordelijkheid, vooral bij een beperkte schending van de professionele standaarden of codes.

In de meeste onderzochte landen bestaan tuchtraden uit een mix van leden van de beroepsgroep en juristen. In het VK maken ook leken deel uit van de tuchtraden. De zittingen en uitspraken zijn in de onderzochte landen in principe openbaar, hoewel er in sommige landen procedures zijn om een zaak achter gesloten deuren te behandelen.

Verschillen in regelgeving en procedures tussen landen geven aanleiding tot verschillende uitkomsten bij dezelfde klachten. Er zijn verschillen in de sancties die kunnen worden opgelegd en in de bevoegdheden van instanties om maatregelen op te leggen. Het ontnemen van een bevoegdheid of vergunning kan in een aantal landen alleen door het ministerie of door een rechter plaatsvinden terwijl de tuchtraad zelf alleen een waarschuwing kan afgeven of een aanbeveling kan doen aan het ministerie. In andere landen is de tuchtraad zelf bevoegd om een vergunning af te nemen of de registratie door te halen. Ook zijn er verschillende procedures voor hoger beroep tegen een tuchtuitspraak.

In veel landen wordt de tuchtpraktijk door beroepsbeoefenaren als repressief en straffend ervaren en is er (onbedoeld) weinig ruimte om ervan te leren door de beroepsgroep als geheel of door de individuele zorgverlener, en voor eerherstel.

### *Regulering van tuchtrect: organisatie en proces, verantwoordelijke partijen, samenstelling college*

In **België** is het tuchtrect voor artsen wettelijk geregeld in KB 79 (Koninklijk Besluit; overigens zonder parlementaire goedkeuring) betreffende de Orde der artsen. Patiënten kunnen een klacht indienen over de fysieke en psychische geschiktheid van hun arts of over ernstige schendingen van de beroepsuitoefening bij de federale gezondheidsinspectie van hun provincie. De Orde der Artsen behandelt de klacht, doet onderzoek, beoordeelt de klacht en kan disciplinaire maatregelen nemen, waaronder schorsing of doorhalen van de registratie. Het ontbreken van scheiding van functies, en daarmee een mogelijk gebrek aan onafhankelijkheid, vormt onderdeel van de huidige bezwaren tegen de praktijk van de tuchtrechtspraak. Ook wordt het proces als onvoldoende open ervaren voor patiënten.

KB 79 wordt momenteel herzien. Onderdeel van het wetsvoorstel is dat artsen tegen wie een tuchtuitspraak is gedaan zich kunnen rehabiliteren aan de hand van een verbeterplan, dat uitstel van

een sanctie mogelijk is, dat een waarschuwing of berisping uitwisbaar worden, en dat eerherstel mogelijk is.

In het **Verenigd Koninkrijk** kunnen patiënten en werkgevers een klacht indienen tegen een zorgverlener bij één van de *councils* (voor artsen is dit de GMC). Elk *council* heeft zijn eigen procedures waarbij in beginsel wordt gestart met een onderzoek ingesteld door een onafhankelijk *tribunal*. Bij de GMC is dit de *Medical Practitioners Tribunal Service (MPTS)*. Bij ernstige zaken kan deze openbare hoorzittingen houden. Een *panel* doet vervolgens uitspraak. De door de overheid ingestelde Professional Standards Authority reviewt alle uitspraken van de *tribunals* en kan eventueel aangifte doen.

In **Australië** kunnen klachten worden ingediend bij één van de klachtencommissies (*Health Complaint Entities, HCE*) die georganiseerd zijn op het niveau van de deelstaat/territorium en dus onafhankelijk ten opzichte van zorginstellingen. De procedures zijn gericht op mediation. Daarnaast bestaat de mogelijkheid tot het indienen van een tuchtklacht bij de AHPRA die vervolgens wordt behandeld door een regionaal *tribunal*. Deze opereren onafhankelijk van de *boards* die aangesloten zijn bij de AHPRA. Er bestaan, afhankelijk van de deelstaat, *tribunals* per beroepsgroep en algemene *tribunals*. Patiënten kunnen vrijwillig een melding doen, terwijl zorgprofessionals, werkgevers en opleiders verplicht zijn om ernstige problemen in de beroepsuitoefening te melden. Het proces bestaat uit een aantal stappen, met een 'tribunal hearing' als laatste stap. Welke stappen worden doorlopen is per zaak verschillend. De AHPRA en de national boards stemmen zaken af met de HCE's om ervoor te zorgen dat de klachten volgens het juiste proces worden behandeld (AHPRA annual report). In New South Wales bestaat hiervoor een verplichte consultatie.

In **Nieuw-Zeeland** worden klachten over individuele beroepsbeoefenaren direct verwezen naar de *Health and Disability Commissioner*, een wettelijk orgaan. Professional conduct committees (?).

**Estland** kent geen apart tuchtrecht (evenals Finland, Hongarije en Spanje (Struckmann, 2015)). Klachten kunnen worden ingediend bij de betreffende zorgaanbieder. Ernstige klachten worden doorgeleid naar een *Expert Commission of Patient Safety*, een adviserend orgaan dat ressorteert onder het ministerie van sociale zaken. Deze commissie kan een onderzoek instellen en voorstellen doen aan de betreffende zorgaanbieder om de bekwaamheid van een zorgprofessional te beoordelen en deze nascholing aan te bieden.

In **Duitsland** kunnen patiënten en artsen een klacht tegen een individuele arts indienen bij een onafhankelijke arbitragecommissie van de *Ärzttekammer*, de *Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler*. Deze bestaat uit artsen en juristen, die zijn benoemd door de *Ärzttekammer*. Klachten kunnen ook worden ingediend bij het ziekenhuis. Als de klacht gegrond is, is het ziekenhuis verplicht om een onderzoek in te stellen. Vervolgens kan de klacht bij de *Gutachterkommission* terecht komen. De uitspraken zijn juridisch niet bindend maar vormen de basis voor een buitenrechtelijke schikking. Als patiënten het niet eens zijn met de uitspraak kunnen zij in hoger beroep gaan bij een arbitragecommissie of alsnog een rechtszaak beginnen. Adviezen van de *Gutachterkommission* kunnen in het uiterste geval leiden tot het besluit van de *Ärzttekammer* om een vergunning (tijdelijk) te schorsen of in te trekken. Omdat dit op gespannen voet staat met het individueel recht om een beroep uit te oefenen komt dit bijna nooit voor.



In **Ontario (Canada)** hebben de *colleges* van de gereguleerde beroepsgroepen de taak om tuchtrechtprocedures te ontwikkelen voor de eigen beroepsgroep. Grotere *colleges* hebben eigen onderzoekers die bestaan uit leden van de eigen beroepsgroep. Kleinere *colleges* huren vaak juristen in. De zittingen zijn in principe openbaar maar kunnen, indien hier bijzondere redenen voor zijn, achter gesloten deuren plaatsvinden. De *colleges* hebben veel discretionaire ruimte bij het doen van uitpraak. Hoger beroep tegen een uitspraak is mogelijk bij het *Appeal and review board*, maar het komt weinig voor dat deze kritiek heeft op de werkwijze van de *colleges*. Tuchtrechtelijke uitspraken zijn gedeeltelijk openbaar of zichtbaar in het beroepsregister.

Tabel 6 Instellingen verantwoordelijk voor disciplinaire maatregelen tegen artsen

Land	Eindverantwoordelijke instelling	Instellingen die verantwoordelijk zijn voor lichte sancties	Instellingen die verantwoordelijk zijn voor zware sancties
Estland	Ministerie van Sociale Zaken ( <i>Terviseamet</i> )	Werkgever	Rechter
Duitsland	<i>Ärzttekammer</i> en <i>Approbationsordnung für Ärzte</i>	<i>Gutachterkommission</i> en <i>Ärzttekammer</i>	Rechter en <i>Approbationsordnung für Ärzte</i>
Nederland	<i>KNMG</i> en (regionale) tuchtcolleges	IGJ en werkgever	Tuchtcolleges
VK	<i>General Medical Council</i>	Onderzoekers van <i>General Medical Council</i>	Medical Practitioners Tribunal Service, Fitness to practice panel, Interim Orders Panel

Bron: Struckmann 2015

#### *Regulering van tuchtrecht: scope van tuchtklachten, scope van de beoordeling, overwegingen, aard maatregelen*

Er is in het algemeen een breed spectrum van uitkomsten mogelijk bij tuchtrechtprocedures, van een waarschuwing of berisping tot het (tijdelijk) schorsen of intrekken van een vergunning of het doorhalen van de registratie.

In sommige landen worden additionele overwegingen meegenomen bij de klachtbehandeling, zoals een eerdere overtreding in andere lidstaat (VK) of een reflexieve proceshouding en het meewerken aan corrigerende maatregelen van de aangeklaagde partij (VK, Nederland) (Struckmann 2015). In Nederland hebben tuchtraden een beperktere scope dan in de meeste andere Europese landen, en valt bijvoorbeeld laakbaar gedrag in de privésfeer buiten de zeggenschap.

In sommige landen is de tuchtpraktijk meer dan in andere landen geneigd tot sanctioneren en straffen dan tot leren, correctie van het professioneel handelen en eerherstel. Dit is met name het geval in het VK en Duitsland. Deze landen hanteren een breder perspectief in de beoordeling en laten niet alleen de patiëntveiligheid meewegen maar ook de maatschappelijke positie (voorbeeldrol) van de arts. Zo kan het hebben van een strafblad in bijvoorbeeld Duitsland en het VK consequenties hebben voor de beroepsuitoefening (Risso-Gill, 2014). Daarentegen is men in België (evenals

bijvoorbeeld Spanje) minder geneigd tot sanctionering en is er meer ruimte voor leren, correctie en eerherstel (Risso-Gill, 2014; Struckmann 2015). Wel zijn er in het VK voorstellen van de PSA om in het tuchtproces meer ruimte te creëren voor het lerend vermogen en verbeteren.<sup>27</sup>

#### *Europese richtlijnen ten aanzien van tuchtrechtelijke maatregelen*

Richtlijn 2005/36/EG legt verplichtingen op aan lidstaten om informatie uit te wisselen over (ernstige) tuchtrechtelijke en strafrechtelijke maatregelen. Ook beroepsorganisaties nemen initiatieven om dergelijke informatie uit te wisselen tussen lidstaten.

#### *Ervaringen: aantallen tuchtzaken, verdeling beroepsgroepen, uitkomsten, overige ervaringen*

Er zijn voor zover bekend geen internationaal vergelijkbare cijfers over het aantal tuchtklachten of over opgelegde maatregelen. Naar schatting 80-90% van de tuchtklachten komt van patiënten; andere klachten kunnen komen van zorginstellingen of toezichtautoriteiten (Struckmann 2015). In het algemeen is de bereidheid onder burgers/patiënten om een klacht in te dienen laag. In Estland gaat het bijvoorbeeld om circa 150 casussen per jaar bij de *Expert Commission*. In Australië is sprake van een sterke stijging in het aantal klachten bij de *Health Complaint Entities*. Wat hiervan de oorzaken zijn is onbekend.

De meeste klachten zijn gericht tegen artsen, met name huisartsen, chirurgen, en psychiaters. In Canada gaan de meeste klachten over seksueel overschrijdend gedrag (20%) of onprofessioneel gedrag (16%). Het voldoen aan de professionele standaard is in 19% van de tuchtklachten aan de orde (Alam 2011). In Australië betreffen zelfs de meeste tuchtklachten het gedrag van artsen (58%). Andere redenen zijn de beroepsuitoefening (38%) en de gezondheid (8%) van zorgprofessionals (AHPRA 2013).

De meerderheid van patiënten is ontevreden over de uitkomst van een klachtenprocedure (Friele 2008). Dit houdt verband met de wens tot genoegdoening en de vaak ontorechte verwachting dat een disciplinaire maatregel zal worden opgelegd.

## **9. Conclusies**

Internationaal gezien lopen de wijze waarop, welke elementen, en de mate waarin zorgberoepen zijn gereguleerd zeer uiteen. Sommige landen gaan ver in bijvoorbeeld het aantal zorgberoepen dat wettelijk is gereguleerd of stellen uitgebreide eisen aan herregistratie van beroepsbeoefenaren. Daartegenover staan andere landen waar slechts een zeer beperkt aantal zorgberoepen wettelijk is gereguleerd of waar het aan zorgprofessionals zelf wordt overgelaten of zij hun competenties onderhouden. De meeste landen kennen een vorm van titelbescherming terwijl alleen België beroepsbescherming kent voor enkele zorgberoepen.

Hoe uiteenlopend de verschillende systemen ook zijn, er is geen bewijs voor de superioriteit van het ene of andere systeem noch van onderdelen, zoals de herevaluatie van de bekwaamheid of het

---

<sup>27</sup> [https://www.professionalstandards.org.uk/docs/default-source/publications/thought-paper/right-touch-reform-2017.pdf?sfvrsn=2e517320\\_7](https://www.professionalstandards.org.uk/docs/default-source/publications/thought-paper/right-touch-reform-2017.pdf?sfvrsn=2e517320_7)

tuchtrect. Hoewel het ook zonder onderzoek aannemelijk is dat het stellen van eisen aan de bevoegdheden van zorgprofessionals beter is voor de patiëntveiligheid, is het weinige onderzoek opvallend als het wordt afgezet tegen de (onbedoeld) nadelige effecten van vergaande regulering, zoals het risico van schijnzekerheid, van een 'afvinkcultuur', en hoge uitvoeringskosten. Deze nadelen bieden voldoende reden om kritisch te zijn op het soms adhoc en inconsistente karakter van regulering, vaak als antwoord op incidenten of lobbydruk van beroepsverenigingen.

Hoe verschillend zorgberoepen internationaal ook zijn gereguleerd, de onderliggende problematiek waar landen mee worstelen is vergelijkbaar. Er is dus veel te winnen door van elkaar te leren, ook al is het vanwege de verschillen in context niet zonder meer mogelijk om oplossingen van elkaar over te nemen. Een voorbeeld is het bekwaamheidsonderhoud. Sinds enige tijd gelden in Nederland voor medisch specialisten hiervoor strengere eisen. Het kan zinvol zijn om de ervaringen hiermee te vergelijken met die van andere meer uitgebreide systemen van *medical revalidation* zoals in het VK en in Nieuw-Zeeland, en met de plannen die men in België heeft voor een verplicht dynamisch portfolio voor artsen.

In vergelijking tot andere landen is in Duitsland minder sprake van taakverschuiving van artsen naar verpleegkundigen. Hoewel het hier slechts om één observatie gaat en taakverschuiving van vele factoren afhankelijk is, is het opvallend dat in Duitsland artsen relatief veel zeggenschap hebben over de bevoegdheden om handelingen zelfstandig of in opdracht uit te voeren. Een wettelijke regeling van voorbehouden handelingen kan een dergelijke situatie doorbereken en de toegang tot andere zorgverleners verruimen.

Vergeleken met de gedetailleerde regeling van voorbehouden handelingen in de Wet BIG is de situatie in het VK, waar een dergelijke regeling niet bestaat, geheel anders. In het VK is het deskundigheidsgebied van het beroep zoals omschreven in standaarden en codes van de beroepsgroep het uitgangspunt voor waartoe een beroepsbeoefenaar bevoegd is. Dit laat in de eerste plaats zien dat het ook anders kan. Een mogelijk voordeel is dat het meer flexibiliteit biedt maar dit is onduidelijk. Het veronderstelt in elk geval dat beroepsbeoefenaren in het VK weten wat zij wel en niet mogen en dat hun deskundigheidsgebied voldoende scherp is omschreven. Een voordeel van een regeling van voorbehouden handelingen is dat het voor burgers en patiënten duidelijkheid biedt over waartoe beroepsbeoefenaren bevoegd zijn.

In veel landen wordt de tuchtpraktijk door beroepsbeoefenaren als repressief en straffend ervaren en is er minder ruimte dan mogelijk is voor leren (individueel of collectief door de beroepsgroep), voor correctie van het professioneel handelen, en eerherstel (zie hiervoor ook Weenink et al., 2018). Interessant is dat men in België en het VK, en wellicht in meerdere landen, op zoek is naar meer ruimte in de tuchtrechtelijke procedures voor het leren van fouten en voor eerherstel. Bijvoorbeeld door een tuchtmaatregel gepaard te laten gaan met een verbeterplan en de mogelijkheid om bepaalde maatregelen uitwisbaar te maken nadat een aangeklaagde zorgprofessional verbetering heeft aangetoond. Ook op dit terrein kunnen landen van elkaars verbeterinitiatieven leren.

In de onderzochte landen betekent de beroepenregulering dat de beroepstitels van bepaalde zorgberoepen beschermd zijn, of dat het beroep zelf beschermd is. De regelgeving in Estland lijkt het meest op het lichte regime in de Wet BIG waarbij een aantal zorgberoepen een beschermde opleidingstitel hebben. Voor hen bestaan er geen verplichte herregistratie-eisen, geen regeling van voorbehouden handelingen en ook geen tuchtrect. Het voordeel hiervan is dat hiermee kenbaar is

voor bijvoorbeeld patiënten en werkgevers dat een zorgverlener een opleiding heeft gedaan die recht geeft op het gebruiken van de beroepstitel. Hiervoor dient een zorgverlener wel te zijn geregistreerd. In Estland bestaat hiervoor een centraal en publiek register waarin beroepsbeoefenaren met een beschermde titel zich dienen te registreren. In Nederland is deze registratie echter vrijwillig en bestaan hiervoor diverse privaatrechtelijke registers. Dit komt de kenbaarheid voor patiënten, werkgevers en andere partijen niet ten goede. Dit roept de vraag op wat de meerwaarde is van een wettelijke regeling van beschermde opleidingstitels..

In diverse landen hebben bepaalde zorgberoepen naast een verplichte registratie en de daaraan verbonden (opleidings)eisen ook een vergunning of erkenning nodig om te kunnen praktiseren of hun zorg gedeclareerd te krijgen. Het is niet geheel duidelijk wat hiervoor de achterliggende reden is anders dan dat het voor de beroepsgroep of de overheid een extra instrument biedt om te beheersen wie toetreedt tot de beroepsgroep.

## Literatuur

AHPRA (2016). Comparison of international accreditation systems for registered health professions. Australian Health Practitioner Regulation Agency.

AHPRA (2013). Regulating health practitioners in the public interest – Annual Report 2012/13. Australian Health Practitioner Regulation Agency.

Alam A, Klemensberg J, Griesman J, Bell CM. The characteristics of physicians disciplined by professional colleges in Canada. *Open Medicine* 2011;5(4)e166.

Aldridge S. The Regulation of Health Professionals: An Overview of the British Columbia Experience. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences* 39 (2008) 4-10

Bourgeault IL, Grignon M. A Comparison of the Regulation of Health Professional Boundaries across OECD Countries. *The European Journal of Comparative Economics*. Vol. 10, n. 2, pp. 199-223.

Chamberlain J. Medical regulation, fitness to practise and revalidation – A critical introduction. Bristol UK, Policy Press, 2015, 49, 51.

College of Nurses of Ontario (2018). Legislation and Regulation. RHPA: Scope of Practice, Controlled Acts Model.

Commissie van de Europese Gemeenschappen, Groenboek over de gezondheidswerkers in Europa. Brussel, 2008.

Department of Health (2010). Review of the Regulation of Public Health Professionals. London.

Duckett S. The need for a regulatory rethink: a perspective from Australia. *Future Hospital Journal* 2014 Vol 1, No 2: 117–21.

European Commission. Mutual evaluation of regulated professions. Overview of the regulatory framework in the health services sector – psychologists and related professions. GROW/E5 – 29 April 2016.

European Commission. Mutual evaluation of regulated professions. Overview of the regulatory framework in the health sector on the example of physiotherapists. GROW/E5 – 29 April 2016.

Health Professions Regulatory Advisory Council 2013

HCPC-website

Kovacs E, Schmidt AE, Szocska G, Busse R, McKee M, Legido-Quigley H. Licensing procedures and registration of medical doctors in the European Union. *Clinical Medicine* 2014 Vol 14, No 3: 229–38.

Kroezen M, Francke AL, Groenewegen PP, van Dijk L. Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey on forces, conditions and jurisdictional control. *International Journal of Nursing Studies* 49 (2012) 1002–1012.

Maier CB, Aiken LH. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *The European Journal of Public Health*, Vol. 26, No. 6, 927–934.

Memorie van Toelichting Wet BIG

McKimm, J et al. 2013. Regulation and licensing of healthcare professionals: A review of international trends and current approaches in Pacific Island countries, Human Resources for Health Knowledge Hub, Sydney, Australia.

Mistiaen P, Kroezen M, Triemstra M, Francke AL (2011). Verpleegkundigen en verzorgenden in internationaal perspectief. Een literatuurstudie naar rollen en posities van beroepsbeoefenaren in de verpleging en verzorging. Utrecht: Nivel.

Risso-Gill I, Legido-Quigley H, Panteli D, McKee M. Assessing the role of regulatory bodies in managing health professional issues and errors in Europe. *International Journal for Quality in Health Care* 2014; Volume 26, Number 4: pp. 348–357.

Riigi Teataja (2018). Health Services Organisation Act. Estland.  
<https://www.riigiteataja.ee/en/eli/514112018001/consolide>

Rowe A, García-Barbero M. Regulation and licensing of physicians in the WHO European Region. WHO Europe, 2005.

Sehlbach C, Govaerts MJ, Mitchell S, et al. Doctors on the move: a European case study on the key characteristics of national recertification systems. *BMJ Open* 2018;8:e019963. doi:10.1136/bmjopen-2017-019963.

Sole M, Panteli D, Risso-Gill I, Döring N, Busse R, McKee M, Legido-Quigley H. How do medical doctors in the European Union demonstrate that they continue to meet criteria for registration and licencing. *Clinical Medicine* 2014 Vol 14, No 6: 633–9.

Struckmann V, Panteli D, Legido-Quigley H, Risso-Gill I, McKee M, Busse R. Deciding when physicians are unfit to practise: an analysis of responsibilities, policy and practice in 11 European Union member states. *Clinical Medicine* 2015 Vol 15, No 4: 319–24.

Vaughan S (2018). Current state and future directions of medical specialties internationally. Joint project by the Australian Medical Council and the Medical Specialties Council of the Royal Dutch Medical Association (draft report).

The World Bank Group (2015). A Review of Estonia's Quality Assurance System for Health Care.

Weenink JW, Wallenburg I, Hulst E, Bal R (2018). Tussen leren, samenwerken en straf: de verschuivende rol van wet- en regelgeving in de beroepsuitoefening van de zorg. Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus University Rotterdam.

<https://www.professionalstandards.org.uk/>

<https://www.mja.com.au/journal/2006/184/10/designing-safer-health-care-through-responsive-regulation>

<http://www.ose.be/hcconference2017/>

<https://consultations.dh.gov.uk/professional-regulation/regulatory-reform/>

[http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/Resources/PX/Databases/04THressursid/05Tootajad/THInfo01\\_en.htm](http://pxweb.tai.ee/PXWeb2015/Resources/PX/Databases/04THressursid/05Tootajad/THInfo01_en.htm)

<https://www.terviseamet.ee/en/health-care/registration-of-health-care-professionals.html>

### **Geconsulteerde personen**

Richard Marchant, assistant director, regulation policy, General Medical Council, UK.

Daisy Blench, policy manager, Professional Standards Authority, VK.

Tom Goffin, project manager hervorming KB 78 en hoogleraar gezondheidsrecht , Universiteit Gent

Pedro Facon, directeur-generaal FOD Volksgezondheid, Brussel

Liina Saar, Terviseamet, Estland

Claudia Maier, Technische Universität Berlin, Duitsland.

Trudo Lemmens, professor in Health Law and Policy, University of Toronto, Canada.

Sarah Vaughan, manager, Australian Medical Council, Australië

Rudi van Reenen, hoofd stafbureau Opleiding en Registratie, KNMG

Mike Rozijn, secretaris CGS, KNMG

Jan-Willem Weenink, ESHPM

