

Tussen Leren, Samenwerken en Straf: de Verschuivende Rol van Wet- en Regelgeving in de Beroepsuitoefening van de Zorg

Jan-Willem Weenink, Iris Wallenburg, Ernst Hulst & Roland Bal

Erasmus School of Health Policy & Management
Erasmus University Rotterdam

*"I've delivered a million passengers
over 40 years in the air,
but in the end,
I'm going to be judged on 208 seconds."*

Verschuivend perspectief op de regulering van beroepsbeoefenaren

Bovenstaande uitspraak is van Tom Hanks uit de op waargebeurde feiten gebaseerde film Sully. Hij speelt daarin gezagvoerder Chesley "Sully" Sullenberger, die op 15 januari 2009 een Airbus A320 op de rivier de Hudson in New York laat landen, nadat beide motoren het hebben begeven door een botsing met een vlucht wilde ganzen. Alle passagiers en bemanningsleden overleven de noodlanding. De gezagvoerder wordt als held ontvangen door publiek en pers, maar al snel twijfelt de Nationale Veiligheidsraad of de piloot er goed aan heeft gedaan om op de rivier te landen, of dat hij een stunt heeft uitgehaald voor eigen eer en glorie. De film volgt het onderzoek van de Veiligheidsraad en daarin komen de rol en verantwoordelijkheid van de piloot uitgebreid aan bod. Had hij niet genoeg tijd om naar een vliegveld te gaan en nam hij met de landing op de rivier soms onnodig veel risico? De simulatie, die onderdeel uitmaakt van het onderzoek van de Veiligheidsraad, wijst uit dat er voldoende tijd was om te landen op een van de nabijgelegen vliegvelden. De clou van het verhaal zit, zoals het een Hollywood film betaamt, aan het eind van de film waarin de piloot in de rechtszaal de commissie erop wijst dat bij de simulatie geen rekening is gehouden met de menselijke factor; de verwarring en koortsachtige besluitvorming in een noodsituatie die kostbare tijd in beslag neemt. De Veiligheidsraad laat daarop de simulatie nog een keer uitvoeren, nu met een vertraging van 35 seconden. Het vliegtuig crasht. Natuurlijk krijgt het personage van Tom Hanks hierna alle eer en wordt de film een eerbetoon aan Chesley Sullenberger.

Het doel van dit essay is niet om de loftrumpet af te steken over heldhaftige en onbegrepen (zorg)professionals. Wel laat de film op fraaie wijze een spanningsveld zien dat in dit essay centraal staat, namelijk de spanning tussen leren en verantwoorden in de relatie tussen de 'binnenwereld' van professionals en de 'buitenwereld' van regulerende instanties en toezichthouders. De afgelopen jaren is de aandacht voor leren en verantwoorden sterk toegenomen. Met het rapport *To Err is Human* van het Amerikaanse Institute of Medicine eind jaren '90, dat wereldwijd veel opvolging heeft gekregen – denk maar aan het Nederlandse VMS programma – is de aandacht voor fouten in de zorg sterk toegenomen en is de nadruk verschoven van de individuele professional naar het zorgsysteem: goede zorg en veiligheid worden steeds vaker gezocht in kwaliteitssystemen

(richtlijnen en protocollen, het meten van uitkomsten van zorg aan de hand van prestatie-indicatoren) en controle (houden professionals zich wel aan de protocollen en richtlijnen?). Met deze beweging is een schare aan instanties aan die van de professionals toegevoegd die meekijken met en oordelen over het professioneel handelen: van bestuurders en kwaliteitsmanagers tot externe toezichthouders als de Inspectie Gezondheidszorg & Jeugd (IGJ) en het Zorginstituut Nederland, maar bijvoorbeeld ook de groeiende rol van het strafrecht en het civiele aansprakelijkheidsrecht en daarmee in verband staande schadeverzekeraars. Zo is het aantal claims in de Nederlandse gezondheidszorg de afgelopen jaren verviervoudigd (Kleemann et al. 2018). Ook actualiteitenprogramma's en sociale media richten de kijker op de gezondheidszorg. Zo zijn er websites waarin misstanden aan de kaak worden gesteld.¹ Verder hebben berichten in de media en extreme incidenten zoals de zaak Ernst Jansen Steur en meer recent de KNO-artsen van het UMCU (vermeende) misstanden in de zorg meer dan ooit in de schijnwerpers gezet.² Daarbij worden de pijlen regelmatig niet alleen op de zorgverleners en de zorgorganisatie gericht, maar ook op toezichthoudende instanties zoals de IGJ.

In dit essay richten we ons op wat we zullen noemen de 'vermaatschappelijking' van de regulering van zorgprofessionals. Hiermee doelen we op een veranderende sturingsfilosofie van het toezicht op en het bewaken van de kwaliteit van zorgverlening door zorgprofessionals die zich steeds vaker in de openbaarheid afspeelt. Hierbij is een aantal ontwikkelingen in de zorg relevant die we in dit essay uitwerken en naast de huidige wetgeving leggen, waarbij we ons specifiek richten op de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Allereerst is dit de toenemende nadruk op de rol van de autonome, kiezende patiënt die afdoende moet worden geïnformeerd en beschermd. Ten tweede de verschuiving naar samenwerking in de zorg en het werken in teams. Hiertoe behoort ook de flexibilisering van zorg waarbij afgeweken wordt van traditionele patronen en geëxperimenteerd wordt met aangepaste en nieuwe organisatievormen en professionele rollen om aan nieuwe zorgbehoeftes te voldoen. Ten slotte is er de toenemende aandacht voor het continu leren en verbeteren in de zorg en van zorgprofessionals specifiek. We beschouwen hierbij het groeiend aantal evaluatie- en beoordelingsinstrumenten dat wordt ingezet voor reflectie en leren in het licht van de maatschappelijke roep om transparantie en verantwoording – denk aan de discussie over het publiceren van berispingen en geldboetes na een tuchtzaak – en de 'punitieve werking' die hier in de beleving van professionals vanuit gaat. We beschrijven hoe deze verschuivingen zich verhouden tot de (veranderende) sturingsfilosofie van zorgprofessionals in relatie tot de Wet BIG. Centraal in dit essay staat de volgende vraag: *Wat is de betekenis van huidige ontwikkelingen in de zorg zoals de verschuiving naar teams, flexibilisering en 'leren en verbeteren' voor de sturingsfilosofie zoals weergegeven in de Wet BIG, en hoe werkt de huidige toepassing van de Wet BIG uit op deze (gewenste) ontwikkelingen in de zorg?*

¹ Zie bijvoorbeeld <http://www.zwartelijstartsen.nl/>. Deze lijst wordt gevoed door www.bigregister.nl. Deze website schuwt niet om foto's van artsen te plaatsen van wie het handelen een maatregel is opgelegd, waaronder ook maatregelen die niet voor publicatie in aanmerking komen (zie bijv. <http://www.zwartelijstartsen.nl/page/52/> (geraadpleegd 17 sept. 2018)). Het leidde verder tot een uitvoerige reactie van de Minister van VWS, brief van 22 jan. 2013.

² Zie bijv. 'Meld misstanden in de zorg' van omroep Max, 13 mei 2018 (website <https://www.maxvandaag.nl/sessies/paginas/oproep/meld-misstanden-in-de-zorg/> (geraadpleegd 17 sept. 2018)); Duizend meldingen over misstanden in de zorg, AD laatst bijgewerkt op 31 aug. 2016 op website: <https://www.ad.nl/nieuws/duizend-meldingen-over-misstanden-in-de-zorg~aed197c3/> (geraadpleegd 17 sept. 2018).

Het essay is als volgt opgebouwd. In de volgende paragraaf bespreken we de ontwikkeling van de Wet BIG en de betekenis die hieraan wordt verleend bij de regulering van zorgprofessionals. We laten zien hoe de Wet BIG de afgelopen jaren is aangepast, zowel in de vorm van een wetswijziging (zoals het toekennen van voorbehouden handelingen aan verpleegkundig specialisten en physician assistants) als in de manier waarop zij wordt toegepast; bijvoorbeeld in de discussies over het openbaar maken van berispingen en het betrekken van privé-gedragingen in de besluitvorming. Dit werken we vervolgens verder uit aan de hand van twee ontwikkelingen in de zorg: de verschuiving naar teamgerichte zorg (o.a. via het mechanisme van taakherschikking en bijkomende vraag over behandelverantwoordelijkheid) en de nadruk op transparantie, leren en de reflexieve zorgprofessional.

Wet BIG: kwaliteitsborging en patiënt empowerment

Van bescherming naar patiënt empowerment

De Wet BIG werd in 1997 ingevoerd, als opvolger van de Wet op de Uitvoering van de Geneeskunst (WUG). De Wet BIG zette de ontwikkeling voort die met de WUG in 1865 was ingezet, namelijk een versterking van de positie van de patiënt. De WUG trachtte de bevolking te beschermen tegen wat in de Memorie van Toelichting werd genoemd 'kwakzalverij'.³ In wezen was onder de WUG sprake van een artsenmonopolie waar het ging om beoefening van de geneeskunst. Om de burger te beschermen tegen ondermaatse geneeskunde werd in 1928 de Medische Tuchtwet in het leven geroepen. Het tuchtrecht werd hiermee een wettelijke taak, nadat de KNMG al in 1903 een vorm van verenigingstuchtrecht had ontwikkeld om een oncontroleerbare gezagsuitoefening te voorkomen (Crul et al. 2011). Tuchtzaken waren daarbij in principe niet openbaar, net zomin als de uitspraak, tenzij de tuchtrechter of de gerechtshoven om redenen van algemeen belang van oordeel waren dat de beslissing wel moest worden gepubliceerd. Onder druk van oordelen van het Europese Hof voor de Mensenrechten moest de rechtsgang echter als geheel openbaar worden en beslissingen te allen tijde worden gepubliceerd. Dit leidde mede de geboorte in van de Wet BIG met zijn openbare rechtsgang en een actievere rol van de klager.

In 1988 werd de Leidraad Klachtenbehandeling voor de geneeskundige inspectie gepubliceerd (Kastelein 1993). De patiënt stond daarmee twee klachtwegen open: een klacht indienen bij het medisch tuchtcollege of door de klacht bij de regionale inspecteur voor de volksgezondheid te brengen. Met de komst van de Wet BIG veranderde de rol van (tegenwoordig) de IGJ; zij speelde niet langer een directe rol bij de klachtenbehandeling maar heeft wel de bevoegdheid een zaak aanhangig te maken bij de tuchtrechter (Kastelein 1993). De afgelopen jaren lijkt de rol van de IGJ bij klachten en verdenkingen van disfunctioneren juist weer toe te nemen. Zo is een zorginstelling verplicht het ontslag van een medewerker wegens disfunctioneren te melden aan de IGJ. Daarnaast is er een Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ). Het LMZ vormt sinds 2016 een aparte afdeling binnen IGJ die nauw samenwerkt met de inspecteurs. Mensen kunnen het LMZ direct benaderen. Het IGJ ziet het LMZ als een middel om feeling te houden met de dagelijkse zorgpraktijk en mogelijke risico's voor de patiëntveiligheid te signaleren. In bepaalde gevallen legt het LMZ een klacht aan de IGJ

³ In het NTvG van 4 februari 1857 werd de volledige MvT afgedrukt. Zie de passage over kwakzalverij op p. 548.

voor.⁴ Het is dus niet zo dat een burger rechtstreeks bij een inspecteur kan klagen, maar wel vormt het LMZ een toegang tot de inspectie (Wallenburg et al. 2018). Met de aangenomen wijziging van de Wet BIG (per 2019) kan de IGJ daarnaast vooruitlopend op de uitspraak van de tuchtrechter een BIG-geregistreeerde zorgverlener dwingen het werk neer te leggen. Dit is de zogenoemde last tot onmiddellijke onthouding van de beroepsactiviteiten (LOB). Op de consequenties van deze toezichthoudende en handhavende rol gaan we hieronder verder in als we het hebben over het spanningsveld tussen leren en straffen.

Met de invoering van de Wet BIG verdween het algemeen verbod op uitoefening van de geneeskunst, iets wat onder de WUG uitsluitend was voorbehouden aan artsen. Het verbod werd vervangen door een stelsel waarin alleen nog riskant geachte handelingen (de zogenaamde voorbehouden handelingen) exclusief aan in de wet benoemde beroepsbeoefenaren zijn toebedeeld. Het gaat hierbij bijvoorbeeld over het uitvoeren van een scopie, het zetten van een injectie, het voorschrijven van bepaalde enkel via de apotheek verkrijgbare geneesmiddelen en chirurgie. Door de geneeskunst niet geheel aan artsen voor te behouden zette de wetgever de weg (weer) open voor alternatieve geneeswijzen en verruimde hij de mogelijkheid voor patiënten om voor eigen hulpverleners te kiezen. Hoewel de ruimte die werd geboden aan alternatieve genezers een aantal keer tot felle maatschappelijke discussies heeft geleid – denk aan de discussie rondom actrice Sylvia Millecam die werd behandeld door het eveneens landelijk bekende medium Jomanda – is deze door de wetgever in stand gehouden. Dit illustreert de toenemende nadruk op keuzevrijheid in de zorg.

Beroepstitelbescherming

Met de invoering van de Wet BIG werden bestaande zorgberoepen ('beroepstitels') versterkt en gekoppeld aan op basis van de Wet BIG gestelde opleidings- en kwaliteitseisen. Zo mag iemand zich slechts verpleegkundige noemen indien hij of zij de opleiding tot verpleegkundige heeft voltooid. De opleiding dient de elementen te bevatten die door of op basis van de Wet BIG zijn gesteld. Er werd tevens een stelsel van periodieke herregistratie ingevoerd met een plicht tot voldoende beroepsgebonden werkervaring. In het op 1 januari 2009 van kracht geworden Besluit Periodieke Registratie Wet BIG en bijgesteld vanaf 15 mei 2016, geldt dit voor alle beroepsbeoefenaren van de in art. 3 Wet BIG genoemde beroepstitels opdat de kennis van de dragers van de wettelijke beschermde beroepstitels up-to-date blijft. Qua na- en bijscholing hebben de beroepsverenigingen van de art. 3 Wet BIG beroepen nog geen plicht dit te verlangen. Maar *de facto* is dit voor veel artikel 3 beroepen wel (recent) gebeurd.⁵ Het medisch tuchtrecht werd in die zin gewijzigd dat uitsluitend nog de speciaal daartoe ingestelde tuchtcolleges voor de gezondheidszorg zich konden buigen over ingediende klachten. Voorheen kon in bepaalde zware beroepszaken zowel naar de Hoge Raad als hoogste college worden gegaan. Gevolg is dat een tuchtklacht in alle gevallen

⁴ <https://www.igi.nl/onderwerpen/klacht-of-vraag-over-de-zorg> | (geraadpleegd 16 okt. 2018); Landelijk Meldpunt Zorg 2017, Klachtbeeld 2017.

⁵ Vanouds geldt dit al voor artsen, maar de KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen) hebben met het nieuwe beroepsprofiel van 2014 bij- en nascholingsplicht ingevoerd. Bij de voor verpleegkundigen relevante Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) is een discussie gaande om eenzelfde systeem in te voeren (<https://www.nursing.nl/poll-herregistratie-big-of-doorlopend-bijscholen/>) (geraadpleegd 16 okt. 2018).

beoordeeld wordt door een college samengesteld uit juristen en vakgenoten. Bovendien is de behandeling van een tuchtzaak nu in principe openbaar, iets dat voorheen niet het geval was.

Tweede Tuchtnorm: invloed van privégedragingen op beoordeling van professionele kwaliteit

Bovenstaande korte historische schets laat zien hoe de rol van openbaarheid in de regulering van de beroepsuitoefening in de zorg zich heeft ontwikkeld. Het tuchtrecht dient in de eerste plaats een publiek belang, namelijk het borgen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. In een tuchtzaak wordt de professionele kwaliteitsnorm vastgesteld en publiek gemaakt. Het dienen van het publieke belang lijkt echter te verschuiven naar een beoordeling van het gedrag van een individuele zorgbeoefenaar en het informeren van het publiek hierover. Dit zien we zowel terug in de verschuivende toepassing van de zogeheten 'tweede tuchtnorm' als (in de discussies over) het publiceren van tuchtrechtelijke maatregelen. De tweede tuchtnorm (op basis van artikel 47, eerste lid, aanhef en onder b BIG) betreft het "enig ander (...) handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg." Het betreft een soort 'restnorm' die het mogelijk maakt om vormen van handelen en nalaten te toetsen die niet vallen onder de eerste tuchtnorm. De tweede tuchtnorm werd in eerste instantie vooral toegepast op gedragingen buiten de directe patiëntenzorg maar nog wel in de werksfeer, bijvoorbeeld in een bestuurlijke of leidinggevende functie. De afgelopen jaren is dit opgerekt naar het handelen in de privésfeer. Als een BIG-geregistreerde zorgbeoefenaar privégedrag vertoont dat niet strookt met wat mensen van artsen mogen verwachten kan dat tot een tuchtprocedure leiden. Het toepassen van de tweede tuchtnorm heeft een vlucht genomen sinds een uitspraak van het CTG in 2005 (zie kader).⁶ Het verbreden van de toepassing van de tweede tuchtnorm werd ondersteund door voormalige Minister Schippers⁷ die een pleidooi hield ook gedragingen in de privésfeer in het tuchtrecht te betrekken.

Hoewel een recente uitspraak van het CTG juist weer een grens lijkt te stellen aan het betrekken van privégedrag in het Tuchtrecht (zie het kader op de volgende pagina), past het binnen de huidige vermaatschappelijking van de zorg waarbij een vergrootglas lijkt te liggen op het gedrag van zorgprofessionals en waarbij discussies hierover steeds meer publiekelijk worden gevoerd. Dit wordt verder versterkt door een recent aangenomen wetswijziging, waarbij 'onbetamelijk privégedrag' voortaan ook onder het tuchtrecht valt (Hendriks 2015). Volgens de minister vallen hieronder gedragingen 'die in het licht van de beroepsuitoefening ongeoorloofd moeten worden geacht', en waarbij 'de beroepsbeoefenaar een gevaar voor patiënten vormt of het vertrouwen in de beroepsuitoefening ernstig schaadt'.⁸ Een voorbeeld daarvan is een uitspraak van het Regionaal tuchtcollege van 22 november 2016, waarin een kinderarts die onder meer kinderporno op zijn

⁶ D.Y.A. van Meersbergen. Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 09-06-2015, ECLI:NL:TGZCTG:2015:177, (X/Y), datum 25-06-2015, op 23 sept. 2018 geraadpleegd op www.gzr-updates.nl/commentaar/GZR_2015_0261.pdf

⁷ Kamerstukken II, 2014/15, 29282, 211, p. 8.

⁸ MvA 34 629 (ontvangen 29 juni 2018) Wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de verbeteringen die worden doorgevoerd in het tuchtrecht alsmede verbeteringen ten aanzien van het functioneren van de wet, p. 3. De discussie gaat over de invoering van de LOB (Last tot onmiddellijke onthouding van de beroepsactiviteiten) als instrument van IGJ om een beroepsbeoefenaar onmiddellijk beroepsbeoefening te ontzeggen ingeval van ernstig laakbaar gedrag. In deze MvA laat de minister weten dat de LOB een zuiver bestuursrechtelijke maatregel is die losstaat van het tuchtrecht

computer had staan, de maatregel van doorhalen van de specialisatie van kinderarts beval.⁹ In hoger beroep herhaalde het CTG de overwegingen maar kwam tot een strengere maatregel, namelijk gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid als arts om jeugdigen te behandelen, dus ook niet als jeugdarts, sportarts, huisarts of anderszins.¹⁰ Het verband met de misdraging en de bescherming van kinderen ligt hier wel duimendik bovenop. Er is weliswaar sprake van een privégedraging, maar het voert te ver enkel op basis van deze uitspraak te concluderen tot een diepe doorwerking op privégedragingen. Toekomstige jurisprudentie moet uitwijzen wat precies als onbetamelijk wordt gezien. In het buitenland gaat het bijvoorbeeld over veroordelingen voor het rijden onder invloed of frauduleus handelen in de privésfeer omdat deze handelingen het vertrouwen in de beroepsgroep zouden beschamen – iets wat de door ons gesignaleerde vermaatschappelijking van het beoordelen van zorgbeoefenaren weerspiegelt.

Uitspraak CTG uit 2005 m.b.t. tweede tuchtnorm

In CTG 31 juli 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:230, zaak c2017.525 behandelde het hoogste tuchtcollege een zaak waarin de ex-vrouw van klager een verhouding zou hebben gekregen met verweerder, psychiater. Een later gesprek liep uit de hand, waarbij de psychiater klager ook geestelijk als ziek verklaarde. Ook zou hij klager telefonisch bedreigd hebben. Klager verwijt de psychiater grensoverschrijdend gedrag. Er is geen geneeskundige behandelrelatie geweest tussen klager of zijn ex-vrouw en verweerder. Zo komt de tweede tuchtnorm ter sprake waar deze eis niet gesteld wordt. Waar aanvankelijk volgens Kamerstukken (MvT, Kamerstukken II 1985/1986, w.o. 19 522, nummer 3, pag. 74) privégedrag van de tuchtnorm werd uitgesloten kwam het CTG later toch tot een ruimere interpretatie. In de woorden van CTG 31 juli 2018: 'Dit uitgangspunt is blijkens de (vaste) rechtspraak van het Centraal Tuchtcollege genuanceerd in die zin dat het handelen – in de privésfeer – van de BIG-geregistreerde onder de tweede tuchtnorm kan vallen als dit handelen voldoende weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg (zie onder meer CTG 12 februari 2015, ECLI:NL:TGZCTG: 2015:56 en RTG Amsterdam 29 januari 2016, ECLI:NL:TGZRAMS:2016:14). Dat laatste is bij handelen in de privésfeer het geval, als sprake is van (i) zeer ernstig verwijtbaar handelen in flagrante strijd met de algemene zorgplicht, (ii) handelen dat de waarden van het beroep in de kern raakt en (iii) handelen dat het vertrouwen in het handelen van een arts wezenlijk aantast.' Het CTG vindt dat deze gedragingen 'louter in de privésfeer' hebben plaatsgevonden en stelt daarop vast: 'Van voldoende weerslag op het belang van de individuele gezondheidszorg als hiervoor in 4.4 bedoeld is met betrekking tot deze gedragingen geen sprake'. Het CTG verklaart op basis daarvan het beroep niet ontvankelijk. Enkel wanneer privégedragingen het vertrouwen in de arts stand wezenlijk aantast kan de tweede tuchtnorm van toepassing zijn. Privégedrag kan in termen van strafrecht (zoals bedreiging, aantasting van iemands goede naam en dergelijke) of in civielrechtelijke zin relevant zijn, maar voor het tuchtrecht is nu een grens getrokken door de zaak radicaal niet ontvankelijk te verklaren en dus in de zin van het tuchtrecht irrelevant te achten.

Openbaarmaking als onderdeel van patiënten informatie

De afgelopen jaren lijkt nog een ander element aan belang te winnen, en dat is het informeren van het publiek over de kwaliteit van zorgbeoefenaren, wat past binnen een breder streven naar transparantie in de zorg (Schippers 2013). Sinds 2010 worden berispingen en geldboetes gepubliceerd in de Staatscourant en de regionale krant met vermelding van de naam van de zorgverlener en de 'aard' van het vergrijp. Dit blijft voor vijf jaar zichtbaar. De gedachte hierachter is dat patiënten moeten kunnen beoordelen wie hen behandelt, en zij moeten daar keuzes in kunnen maken. Door zorgbeoefenaren wordt de publicatie van tuchtrechtelijke maatregelen als een

⁹ RTG Amsterdam 22 nov. 2016, ECLI:NL:TGZRAMS:2017:7 (2016/201).

¹⁰ CTG 5 dec. 2017, c2017.093, ECLI:NL:TGZCTG:2017:326.

bedreiging en straf ervaren, iets wat recent ook weer tot felle discussies heeft geleid (KNMG 2015).¹¹ Met name de KNMG heeft zich altijd sterk verzet tegen openbaarmaking. Uit onderzoek weten we dat zorgverleners deze publicatie als bezwaarlijk ervaren, waarbij de tuchtmaatregel indringt in hun privéleven en de manier waarop zorgverleners hun werk tijdens en in de periode na de tuchtprocedure ervaren. Zorgbeoefenaren voelen zich uitermate kwetsbaar en ervaren fysieke en psychische klachten (Friele et al. 2017; Verhoef et al. 2015). De openbaarheid van een tuchtmaatregel lijkt de impact van een tuchtzaak verder te vergroten (Friele et al. 2017). In tegenstelling tot het strafrecht wordt in het tuchtrecht de persoon met een maatregel (behoudens een waarschuwing) met naam en toenaam genoemd. Dit wordt door zorgverleners als zeer ingrijpend en zelfs criminaliserend ervaren.

De onrust en kritiek op de openbaarmaking heeft er mede toe geleid dat per 2019 de standaard publicatie van lichte maatregelen (nl. geldboetes en berispingen) van de baan is, en de tuchtrechter de afweging kan maken of het publiek belang gediend is met de publicatie van een tuchtmaatregel. Overigens is er discussie of een tuchtmaatregel, met name de lichte maatregelen waarbij geen beroepsbeperking geldt, iets zegt over de kwaliteit van zorgbeoefenaren en dus kwaliteitsinformatie is. Het gaat immers vaak over het niet volgen van de beroepsnormen in één situatie en niet per se iets over het functioneren van de zorgverlener in algemene zin. Daarbij komt dat veel gevallen van afwijken van de beroepsnormen niet zullen leiden tot een tuchtzaak doordat deze elders worden afgedaan (bijv. interne klachtprocedure) of niet aan het licht komen. Dit zou ertoe kunnen leiden dat zorgverleners met een tuchtmaatregel als 'slecht' worden gezien en zorgverleners zonder tuchtmaatregel automatisch als 'goed'. De vraag is of dit beeld wel opgaat.

De vermaatschappelijking van de betekenis en toepassing van de Wet BIG is dus ingegeven door, maar heeft ook gevolgen voor hoe de samenleving tegen zorgbeoefenaren aankijkt. We komen hier nog op terug. Eerst verbreden we ons maatschappelijk perspectief door twee andere brede veranderingen te beschrijven die van invloed zijn op de regulering van de (individuele) beroepsuitoefening: de (gewenste) flexibilisering van het zorgwerk en de toenemende nadruk op het belang van leren en verbeteren.

Van beroepen naar zorgwerk: flexibiliteit, diversiteit en samenwerken

Beroepstitels vertegenwoordigen een eveneens krachtens de Wet BIG verordonneerde inhoud van de opleiding. Bijvoorbeeld een verpleegkundige moet een erkende opleiding met succes hebben doorlopen. De basisinhoud van deze opleiding is eveneens op basis van de Wet BIG geregeld. Het uitgangspunt van zorgberoepen met ieder eigen taken en bevoegdheden staat in contrast met recente beleidsrapporten en oproepen van experts om afscheid te nemen van de traditionele beroepsdomeinen en toe te werken naar een organisatie van zorg waarin competenties leidend zijn en 'bekwaam is bevoegd' betekent (Kaljouw and van Vliet 2015; RVZ 2011). Het toekennen van bevoegdheden op basis van competenties sluit aan bij de behoefte aan een meer dynamische en flexibele inzet van zorgprofessionals waarbij niet de titel maar bekwaamheden leidend zijn—bekwaamheden die ook gedurende de loopbaan kunnen worden verworven. Meer diversiteit in opleidingen en nadruk op bij- en nascholing ('een leven lang leren') moet leiden tot een meer

¹¹ Kamerstuk 34.629 a Wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in verband met de verbeteringen die worden doorgevoerd in het tuchtrecht alsmede verbeteringen ten aanzien van het functioneren van de wet, als aanvulling op art. 48 BIG.

flexibel aanbod van zorgverleners die kan inspelen op een veranderende zorgbehoefte van een ouder wordende bevolking met meer co-morbiditeit en tegen de achtergrond van een krimpende beroepsbevolking (Kaljouw and van Vliet 2015; Kervezee 2016).

Deze flexibiliteit vraagt om een meer vloeibare benadering van het organiseren van zorg, het ontwikkelen van nieuwe zorgvormen op het snijvlak van ‘care’ en ‘cure’ en samenwerking tussen zorgverleners. Bij die toenemende samenwerking tussen zorgverleners speelt de vraag wie de eindverantwoordelijk draagt voor de zorg van een patiënt, en wie er op deze eindverantwoordelijkheid aangesproken kan worden als het misgaat. Het tuchtrecht richt zich immers op de persoonlijke verwijtbaarheid van de individuele zorgverlener. In deze discussie heeft het begrip ‘hoofdbehandelaarschap’ vaste grond in de dagelijkse praktijk gevonden, ondanks het feit dat deze term in de Wet BIG niet voorkomt (zie kader hieronder). Koepelorganisaties hebben de term ‘hoofdbehandelaarschap’ en de verantwoordelijkheden bij samenwerking verder proberen te verduidelijken. Zo kent de NFU een reglement ‘Hoofdbehandelaar/medebehandelaar/consulent’ en verduidelijkt de KNMG de randvoorwaarden voor samenwerking in de ‘Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg’. Samenwerking speelt in toenemende mate ook tussen zorginstellingen; de wens om zorg geïntegreerd en patiëntgericht te verlenen werkt samenwerking in netwerken van zorginstellingen in de hand – veelal ook gestimuleerd door integrale bekostiging, bijvoorbeeld via de lijn van waardengedreven zorg. Daarnaast werkt een tekort aan zorgverleners regionalisering van zorg in de hand. Dit speelt met name in de ouderenzorg in krimpregio’s waar zorginstellingen de handen ineen hebben geslagen om zorgverlening ‘op maat’ te organiseren, steeds vaker over de muren van de zorginstelling heen en de traditionele zorglijnen door, zoals het experiment met Persoonsvolgende Zorg in Limburg¹² en recente initiatieven in andere (krimp)regio’s om met de organisatie van ouderenzorg te gaan experimenteren. Een relevante vraag is onder welke wettelijke, bestuurlijke en professionele voorwaarden dergelijke samenwerking kan plaatsvinden en of de Wet BIG hier voldoende houvast voor biedt. Immers, de praktijk blijkt nogal eens weerbarstiger dan het veelbelovende idee. We verkennen dit verder aan de hand van het voorbeeld van taakherschikking en hoofdbehandelaarschap in de zorg.

Hoofdbehandelaarschap

In een recent artikel in het NTVG zet Aart Hendriks uiteen wat het hoofdbehandelaarschap (niet) inhoudt (Hendriks 2018). De tuchtcolleges zijn vanaf 2007 gaan spreken over het hoofdbehandelaarschap. Deze term is overgenomen door de overheid, andere rechtscolleges, beroepsorganisaties als de KNMG, en – niet in de laatste plaats – ziekenhuizen. In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) daarentegen bestaat een voorkeur voor de term ‘regiebehandelaar’, zonder dat er grote verschillen bestaan tussen de hoofd- en regiebehandelaar. Dat de term ‘hoofdbehandelaar’ geen wettelijke basis heeft, evenmin als ‘regiebehandelaar’, lijkt voor de praktijk niet ter zake te doen. Hendriks constateert daarmee onduidelijkheid voor de arts. Onduidelijkheid is er bijvoorbeeld wanneer een patiënt voor verschillende aandoeningen wordt behandeld. Ook problematisch is de situatie waarin een ziekenhuis een bepaalde arts als hoofdbehandelaar etiketteert zonder dat deze het overzicht over de diverse behandelingen heeft. In de tuchtrechtspraak is het aantal tuchtzaken met het begrip hoofdbehandelaar van 30 zaken in 2010 naar 100 zaken in 2017 is gestegen. Hendriks gaat na hoe het CTG de term ‘hoofdbehandelaar’ is gaan invullen. Voornaamste criterium is dat de regievoering tijdens het gehele behandeltraject, dus ook regie over de inbreng van andere behandelaren en ook het gehele traject, vanaf de voorfase tot en met de

¹² <https://www.persoonsvolgendezorg.nl/actueel/de-brief-van-de-minster-over-de-tussenevaluatie-van-het-experiment-persoonsvolgende-zorg/>

postoperatieve fase. De hoofdbehandelaar is het aanspreekpunt voor de patiënt en de naasten. Maar regievoering is nog niet hetzelfde als (eind)verantwoordelijkheid. Iedere behandelaar blijft verantwoordelijk voor diens eigen stukje behandeling. Hulst en Kerff kwamen ten aanzien van transmurale zorg tot eenzelfde constatering. Zij stelden vast dat de verantwoordelijkheid ligt bij de meest gereede hulpverlener (Hulst & Kerff 1998). Concreet, als de hoofdmoot gaat om een patiënt die thuis verblijft waar de patiënt allereerst de huisarts consulteert bij problemen dan is het redelijk de huisarts als meest gereede partij de eerste verantwoordelijkheid toe te dichten. Regievoering staat dus niet gelijk aan eindverantwoordelijkheid.

Taakherschikking in de Zorg

De afgelopen jaren zijn verschillende nieuwe zorgberoepen geïntroduceerd die moeten inspelen op een veranderende zorgbehoefte en tegelijkertijd carrièrekansen bieden aan talentvolle en ambitieuze HBO-opgeleide zorgverleners zoals verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Voorbeelden van nieuwe beroepen zijn de verpleegkundig specialist, de physician assistant, de HBO-medisch hulpverlener en de klinisch technoloog. De intentie is dat deze beroepsbeoefenaren taken van artsen gaan overnemen, waarbij het vooral gaat over routinematige en niet-complexe werkzaamheden. Om dit mogelijk te maken is in 2011 het zogenaamde Experimenteerartikel aan de Wet BIG toegevoegd (art. 36a BIG) dat de Minister de bevoegdheid geeft een beroepstitel voor maximaal vijf jaar een beschermde status te geven. Dit betrof aanvankelijk de verpleegkundig specialist en physician assistant, aan wie het toegestaan werd om bepaalde voorbehouden handelingen zelfstandig te indiceren en uit te voeren. De physician assistant heeft inmiddels een vaste plaats gekregen in art. 3 BIG en de verpleegkundig specialist is vastgelegd in art. 14 Wet BIG; voor de HBO-medisch hulpverlener en de klinisch technoloog gaat het voorlopig nog om een tijdelijke bevoegdheid. Het toekennen van deze bevoegdheid is gepaard gegaan met felle debatten onder medisch specialisten en tussen medisch specialisten en verpleegkundigen, en leidde tot een Kamerdebat.¹³ Groepen artsen waren (en zijn) van mening dat de voorbehouden handelingen te risicovol zijn om aan niet-artsen over te laten. Een veel gebruikt argument is dat alleen artsen, na een jarenlange opleiding, de kennis en ervaring hebben om risico's op waarde te kunnen inschatten en een ogenschijnlijk routinematige procedure te kunnen onderscheiden van een uitzonderlijke klinische situatie. Verpleegkundig specialisten en physician assistants daarentegen stellen dat zij met hun beroepservaring en daaropvolgende masteropleiding zelfstandig zorg kunnen verlenen en in staat zijn om in te schatten wanneer bijstand van een arts gewenst of noodzakelijk is (Kroezen et al. 2014).

Interessant genoeg spitste het evaluatieonderzoek over de verpleegkundig specialist en physician assistant (de Bruijn-Geraets et al. 2016) dat Minister Schippers toezegde aan de Kamer zich enkel toe op de voorbehouden handelingen, en wat het overdragen hiervan aan deze nieuwe beroepsbeoefenaren betekende voor de kwaliteit en (kosten)effectiviteit van zorg – een evaluatievraag die een paar jaar later wederom werd gesteld rondom de introductie van de HBO-medisch hulpverlener en klinisch technoloog. Hoewel deze vraag past binnen het kader van de Wet BIG –immers, hierin is de kwaliteitslogica dat 'bekwaam is bevoegd' met uitzondering van de voorbehouden handelingen – verbaast deze vanuit het perspectief van de zorgpraktijk. Nieuwe beroepen worden vooral ingezet op die plekken waar 'care' en 'cure' samenkomen, en daarbij gaat

¹³ Kamerstuk 32 261 Wijziging van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg onder andere in verband met de opnemingsmogelijkheid tot taakherschikking.

zorg verlenen veelal verder dan enkel het indiceren en uitvoeren van voorbehouden handelingen: het gaat over de totale zorgverlening aan een patiënt of groep van patiënten (Wallenburg et al. 2016). Praktijkonderzoek laat zien dat taakherschikking een complex proces is van het afbakenen van zorggebieden voor de verpleegkundig specialist of physician assistant, het verkrijgen van steun bij bestuurders, en het ontwikkelen van nieuwe samenwerkingsrelaties met artsen, verpleegkundigen en verzorgenden. Physician assistants en verpleegkundige specialisten werken in de praktijk veelal nog onder een verlengde arm constructie, iets dat volgens de Wet BIG niet nodig is: ze zijn immers (op basis van respectievelijk art. 33b BIG en art. 36, lid1 sub e BIG) zelfstandig bevoegd. Meer dan het toekennen van voorbehouden handelingen blijkt taakherschikking te gaan over het winnen van vertrouwen in kennis en kunde, en daarmee het geleidelijk uitbreiden van taken en verantwoordelijkheden (Wallenburg et al. 2016).

Bovenstaande bevindingen laten zien dat taakherschikking een proces is van aftasten, vertrouwen winnen en onderhandelen (de Bont et al. 2016). Hieraan kleven onzekerheden die terug te leiden zijn naar de Wet BIG: vooral bij artsen leeft de angst dat zij (toch) voor de tuchtrechter moeten verschijnen als bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist een fout maakt. Zij ervaren een gevoel van (eind)verantwoordelijkheid wat de daadwerkelijke taakherschikking in de praktijk belemmert. Taakherschikking blijkt veel meer een situationele verworvenheid ('een verpleegkundig specialist die in een specifieke zorginstelling de gelegenheid krijgt om medisch werk te verrichten') dan dat een nieuwe beroepsgroep is geïntroduceerd met gelijksoortige taken en verantwoordelijkheden. Dit inzicht is relevant voor de bredere wens om te komen tot een nieuwe flexibele beroepenstructuur waarbij 'handelingen moeten worden verricht door de professional met de meeste vaardigheid en niet die met de meeste strepen' (Meijerink 2011). De huidige Wet BIG met haar focus op de bescherming van beroeps- en opleidingstitels en (voorbehouden) handelingen geeft onvoldoende handvatten om tot een meer dynamische en flexibele invulling te komen van een 'zorg workforce' doordat het de focus legt op individuele zorgverleners en taken in plaats van op werkprocessen en samenwerking. Het voorbeeld van taakherschikking laat zien hoe lastig dit is te organiseren binnen een zorginstelling. De huidige ontwikkeling van regionalisering van zorg waarbij zorg wordt verleend door de traditionele lijnen en over de muren van een zorginstelling heen, zal dit naar alle waarschijnlijkheid nog complexer maken.

De reflexieve professional: leren en verbeteren

Naast een meer prominente rol van de patiënt en een (gewenste) flexibilisering van zorgberoepen is er nog een derde maatschappelijke verandering in de beroepsuitoefening van de zorg, en dat is de nadruk op reflexiviteit, leren en verbeteren. Zorgprofessionals moeten niet alleen technisch kundig zijn, maar ook een drive hebben (en tonen) om te willen leren en verbeteren. Het lijkt erop dat leren en verbeteren, en als onderdeel daarvan het afleggen van (publieke) verantwoording, afgelopen jaren steeds meer synoniem is komen te staan voor goede zorgverlening. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting in initiatieven waarin de zorgverlener als individu gestimuleerd wordt om samen met anderen te reflecteren op het eigen functioneren (een voorbeeld is de IFMS, zie het kader hieronder) en om eigen kennis en vaardigheden op peil te houden. Maar bijvoorbeeld ook in het huidige IGJ speerpunt van 'Gezond Vertrouwen' waarin vooral de lerende organisatie vertrouwen geniet (Wallenburg et al. 2018).

Deze ontwikkelingen zijn vanuit historisch perspectief deels te plaatsen als een reactie van 'het veld' om aan kritiek op de professie tegemoet te komen. De medische professie had lange tijd de autonomie om zichzelf te reguleren (Freidson 2001). De professie reguleerde de toegang tot het beroep, stelde de normen voor het beroep en ontwikkelde mechanismen om naleving van deze normen te verzekeren (Dixon-Woods et al. 2011). Daarbij was de aanname dat er tijdens de opleiding socialisering plaatsvond waardoor elke afgestudeerde arts bekwaam was. Vertrouwen in de medische professie was een overheersende factor in het bestaan van deze zelfregulerende rol. In de tweede helft van de twintigste eeuw kreeg het heilige vertrouwen in artsen in toenemende mate kritiek. Deze kritiek leidde tot een verschuiving van vertrouwen in de medische professie naar, aanvankelijk wantrouwen, maar later naar wat sommigen hebben omschreven als 'afdwingbaar' of 'gerechtvaardigd vertrouwen': vertrouwen gebaseerd op zichtbare markeringen of meetbare resultaten (Goodwin 2018; Kuhlmann 2006). In plaats van de betrouwbaarheid van de medische professie te veronderstellen groeide de vraag naar bewijs van de kwaliteit en waarde van de professie (Light 2010). Onder meer praktijkvariatie tussen zorgverleners en het uitvoeren van 'onnodige' procedures droegen bij aan een roep om evidence-based geneeskunde en de ontwikkeling van richtlijnen. Wat de prestaties van individuele zorgverleners betreft, werd niet langer aangenomen dat geregistreerde professionals competent waren, maar was er een toenemende behoefte aan bewijsvoering. Deze ontwikkeling in de richting van verantwoording wordt waargenomen in de meeste westerse landen, al verschilt de invloed van stakeholders daarbij. In het Verenigd Koninkrijk bijvoorbeeld worden initiatieven meer centraal gestuurd door de overheid, terwijl in landen als Nederland en Frankrijk beroepsgroepen zelf (en daarmee hun professionele organisaties) een grote rol spelen. Hoewel professionals met de roep om transparantie inboeten op professionele autonomie door bijvoorbeeld het ontwikkelen van externe monitoring behouden zij tegelijkertijd een belangrijke invloed op en vrijheid bij de criteria en procedures die hierbij gehanteerd worden, iets wat Levay and Waks (2009) hebben aangeduid als 'soft autonomy'.

Verbeteren van het eigen functioneren

Met de toenemende vraag aan professies om aan te tonen dat professionals competent zijn, is het in het kader van dit essay interessant om te verkennen wat professies zelf aan initiatieven ontplooiën en welke eisen er door de 'buitenwereld' gesteld worden. Zoals Yolande Witman (2008) in haar proefschrift betoogt, zijn autonomie en zelfregulatie interessante parameters omdat veranderingen daarin kunnen wijzen op veranderde machtsverhoudingen: namelijk de mate waarin de maatschappij de medische wereld een bepaalde (autonome) positie 'gunt' (Witman 2008).

In 2007 publiceerde de KNMG het manifest 'Medische professionaliteit'. Hierin wordt gesteld dat onderlinge toetsing een primaire verantwoordelijkheid is van de medisch professionals. Deze publicatie volgde op discussies in binnen- en buitenland over een herziening van professionaliteit (als reactie op het afnemend vertrouwen in de professie), en de publicatie van de CanMEDS in 2000 die verschillende competentiegebieden voor medisch specialisten beschrijft en waarbij nadruk ligt op traditionele niet primair medische competenties als organiseren en maatschappelijk functioneren (Frank 2005). Hierbij is een formatief systeem opgetuigd waarin medisch specialisten reflecteren op het eigen functioneren aan de hand van feedback uit hun omgeving: het Individueel Functioneren Medisch Specialist, IFMS. Voor de huisartsen werd later een vergelijkbaar systeem ontwikkeld (IFH). Deelname aan IFMS en IFH waren tot voor kort vrijblijvend, net als de manier waarop met feedback werd omgegaan. Afgelopen jaren heeft het IFMS echter een meer dwingend karakter

gekregen – iets wat illustreert hoe instrumenten om te leren in toenemende mate worden geïncorporeerd door regulerende organen om te sturen. Zo heeft de IGJ, weliswaar in samenspraak met de beroepsgroepen en de NVZ en NFU, het gebruik van IFMS opgenomen in de basisset (prestatie-indicatoren) voor de medisch specialistische zorg waarmee het een norm-zettend en dwingend karakter heeft gekregen. Dit wordt verder versterkt door zorgverzekeraars die het gebruik van IFMS als inkoopvoorwaarde stellen voor ziekenhuizen. Hiermee wordt het feedback-instrument gericht op ‘leren en verbeteren’ tevens een instrument voor verantwoording en sturing. Inmiddels is deelname aan IFMS/IFH ook opgenomen als herregistratie-eis voor het BIG-register en daarmee is alle vrijblijvendheid eraf: reflexief zijn moet en er wordt op gecontroleerd.

Het IFMS-systeem

De Federatie Medisch Specialisten installeerde in 2005 (toen nog als Orde van Medisch Specialisten) een commissie IFMS (Orde 2005). Deze commissie kreeg de taak om uitspraak te doen over hoe de evaluatie van het individuele functioneren van medisch specialisten in de toekomst het beste zou kunnen plaatsvinden. De gedachte was dat als artsen ieder bereid zijn om zichzelf en door anderen te laten beoordelen, dit de kwaliteit van zorg ten goede komt en het vertrouwen in medisch specialisten zou vergroten. Er werd een ontwikkel- en wetenschappelijk traject gestart en er werd een pilot uitgevoerd in acht ziekenhuizen. Op basis daarvan kwam de commissie in 2008 met een advies waaruit het huidige IFMS-systeem is voortgekomen. Dit richt op het evalueren en verbeteren van het individuele professionele handelen van medisch specialisten. Het IFMS-systeem is vervolgens binnen de algemene ziekenhuizen geïntroduceerd. Binnen het IFMS-systeem bestaan verschillende methodes, zoals de Multi Source Feedback (MSF) en Appraisal & Assessment (A&A). Bij beide methodes vult de medisch specialist een portfolio in op basis van feedback en zelfreflectie, met daarin aandacht voor de verschillende competentiegebieden van de CanMEDS. Dit portfolio geeft input voor een eindgesprek met een gespreksleider met als doel om op het eigen functioneren te reflecteren (spiegelen van feedback en zelfreflectie) en verbeterpunten voor het functioneren te identificeren. IFMS werd op vrijwillige basis ingevoerd. De Federatie Medisch Specialisten meldt dat aan het IFMS-systeem ongeveer 85% van de medisch specialisten meedoen.

Het vastleggen van het werken aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening (én het zichtbaar maken hiervan) zien we ook terug bij andere beroepsgroepen zoals verpleegkundigen, verloskundigen en tandartsen. Bij deze beroepsgroepen is de afgelopen jaren veel aandacht voor de ontwikkeling van kwaliteitsregisters (Weenink et al. 2017). Een zorgverlener kan zich hierin laten opnemen als deze aantoonbaar aan verschillende kwaliteitseisen te voldoen, zoals deelname aan deskundigheid bevorderende activiteiten. De professional toont hiermee aan niet alleen bevoegd maar ook bekwaam te zijn, zo is de gedachte. Het is aan zorgverleners zelf om deel te nemen maar ook hier wordt druk gezet door de buitenwereld. Zo stellen sommige raden van bestuur de eis dat hun verpleegkundigen aan de eisen van het kwaliteitsregister voldoen en vragen verschillende zorgverzekeraars bij zorgaanbieders uit of verpleegkundigen in het kwaliteitsregister zijn opgenomen. Dit spel is niet nieuw, en al eerder is beschreven hoe professionele maatstaven door buitenstaanders worden gebruikt om professionals te beoordelen (van Oorschot 1995). In de praktijk kan dit er echter ook toe leiden dat beroepsgroepen terughoudend zijn om harde beroepsnormen te stellen, bijvoorbeeld rondom deskundigheidsbevordering als men weet dat deze normen gebruikt worden voor verantwoording door de ‘buitenwereld’ en ook financiële gevolgen kunnen hebben als het gaat om afspraken met zorgverzekeraars.

Leren, controleren of straffen?

Voor het succes van een systeem als IFMS is het van belang dat professionals de meerwaarde ervan inzien in plaats van dat zij het afdoen als een 'vinkje' dat ze moeten behalen om hun registratie te verlengen of te voldoen aan de eisen van de IGJ/zorgverzekeraar. Het doel is immers niet meedoen aan IFMS an sich, maar het reflecteren op en verbeteren van het eigen functioneren. De inhoudelijke beoordeling weegt bijvoorbeeld niet mee in het wel of niet herregistreren; het is een formatief en geen summatief systeem. De herregistratie-eis gaat dan ook niet over de beoordeling van het functioneren in IFMS (dit in tegenstelling tot Engeland waar de output van IFMS wel meeweegt in het besluit tot herregistratie, zie kader over *Medical Revalidation*). Hoewel IFMS ook niet bedoeld is als instrument om in te zetten bij disfunctioneren, zien we in de praktijk dat een formeel instrument als IFMS soms wel als aanleiding wordt gebruikt om een disfunctioneren traject te starten bij iemand waar al langer zorgen over zijn. Hoewel dit niet onlogisch is levert het ook spanning op omdat summatieve aspecten in het 'lerende' formatieve systeem kruipen. Openheid, leren en verbeteren komen dan op gespannen voet te staan met het afleggen van verantwoording met als uiterste consequentie 'straf'.

Deze spanning zien we niet alleen bij beoordelingsinstrumenten als IFMS, maar ook bij andere ontwikkelingen rondom leren en verbeteren. Een treffend (en pijnlijk) recent voorbeeld uit Engeland is dat van een kinderarts in opleiding, dr. Hadiza Bawa-Garba. Na een calamiteit waarbij een zesjarig jongetje overleed schreef zij op verzoek van haar supervisor een reflectieverslag om van de casus te leren. In de strafzaak die volgde werd het reflectieverslag echter opgevraagd als mogelijk bewijs tegen de arts (Cohen 2017). Het reflectieverslag verwerd daarmee tot een verantwoordingsmiddel en een instrument om individuele verantwoordelijkheid aan te tonen voor de calamiteit. De zaak leidde er onder meer toe dat veel artsen opriepen om geen reflectieverslagen meer te schrijven zolang er garantie kan worden gegeven dat deze verslagen niet als verantwoordingsmiddel kunnen worden gebruikt (Madsen and Lind 2018). Vergelijkbare discussies spelen momenteel bij het vastleggen van operaties en andere medisch risicovolle handelingen op film. Het filmen is bedoeld om te leren (wat ging fout, wat kan beter?) maar maakt zorgverleners kwetsbaar als filmbeelden vervolgens op andere plaatsen worden gebruikt om oordelen te vellen. Hoewel dit voor (immers ook kwetsbare) patiënten een logisch gevolg kan zijn, dient de vraag zich aan hoe leren als instrument om te verbeteren kan plaatsvinden als een controlerend oog meekijkt.

Medical Revalidation in het Verenigd Koninkrijk

Medical Revalidation is het periodieke proces waarmee de General Medical Council (GMC) herregistratie van een dokter in het Verenigd Koninkrijk bevestigt. Alle artsen die hun registratie willen behouden moeten deelnemen aan dit proces. Revalidation is gebaseerd op het reflecteren op het eigen functioneren aan de hand van feedback van collega's en patiënten, vergelijkbaar met IFMS in Nederland (*medical appraisal*). Tijdens een jaarlijks gesprek met een getrainde collega (*appraiser*) wordt teruggekeken op het afgelopen jaar en vooruitgekeken op ambities en mogelijke uitdagingen in het komende jaar. Uitkomsten hiervan worden vastgelegd in een persoonlijk ontwikkelplan. Voor het herregistratieproces krijgt elke arts een *responsible officer* aangewezen. Dit is vaak een senior arts binnen de organisatie. De output van het jaarlijkse evaluatiegesprek (zoals samenvatting van de discussie met de appraiser en het persoonlijk ontwikkelplan) worden doorgegeven aan deze senior arts. Op basis van deze output en andere informatie uit de organisatie doet deze senior arts elke vijf jaar een aanbeveling aan de GMC over verlenging van de registratie. Overigens laat een eerste evaluatie zien dat er variatie zit tussen *responsible officers* in welke informatie zij gebruiken voor hun besluit, en dat artsen het reflecteren vooral zien als een 'product' van revalidatie, met andere woorden iets dat erbij hoort om het proces succesvol af te ronden in plaats van dat

Het spanningsveld tussen leren en controleren zit ook in het eerder aangehaalde tuchtrecht. Een tuchtmaatregel is in eerste instantie niet straffend maar corrigerend bedoeld, om zo van een incident te kunnen leren en te verbeteren (Friele et al. 2017). Leren en verbeteren kan op twee niveaus plaatsvinden. Enerzijds op het niveau van de beroepsgroep, doordat professionele normen worden verduidelijkt. Verschillende vaktijdschriften zoals Medisch Contact besteden aandacht aan uitspraken van de tuchtrechter om professionele normen uit te dragen en het leereffect te bevorderen. Tegelijkertijd is er weinig ‘bewijs’ voor wat er door de beroepsgroep wordt geleerd van tuchtmaatregelen. Er zijn op dit moment geen gestructureerde kaders om van tuchtrechtsuitspraken te leren¹⁴. Recentelijk riepen leden van twee regionale tuchtcolleges (daarom) op voor een academisering van het tuchtrecht, waarbij tuchtmaatregelen op systematische wijze worden geanalyseerd en daar lessen voor de beroepsgroep uit kunnen worden getrokken (van Leeuwen and Schudel 2018). Naast het leren door de beroepsgroep kan de individuele zorgverlener leren van de tuchtmaatregel die aan hem of haar is opgelegd door het eigen medisch handelen te verbeteren. Onderzoek wijst, zoals gezegd, echter uit dat een tuchtzaak als zeer belastend wordt ervaren door zorgverleners. Het heeft impact op de mentale gezondheidstoestand en vaak ook het privéleven, en daarnaast heeft het gevolgen voor het professioneel functioneren van de zorgverlener. Die impact is ons inziens niet enkel relevant ter illustratie van het welzijn van de zorgverlener –met andere woorden we pleiten hier niet voor medelijden met de zorgverlener –, maar is ook relevant in relatie tot de kwaliteit en veiligheid van zorg. Zo geven artsen aan na een tuchtklacht defensiever te handelen door onder meer risicovolle patiënten te vermijden en uit voorzorg extra diagnostiek aan te vragen om zo een eventuele nieuwe klacht te voorkomen. Zorgverleners gaan patiënten ook geregeld zien als potentiële klager (Friele et al. 2017; Verhoef et al. 2015). Factoren die bijdragen aan de negatieve impact van een tuchtzaak zijn onder meer de eerder besproken openbaarheid, de lange duur van het proces en de eventuele aandacht die de (social) media schenkt aan de zaak. Je kunt je daarbij sterk afvragen of hiermee een klimaat is geschapen waarbinnen de individuele zorgverlener nog leert en verbetert, en tevens afvragen of het professioneel functioneren van de zorgverlener ten tijde en na afloop van de tuchtzaak in sommige gevallen niet suboptimaal is. Vanuit de praktijk lijkt steeds meer aandacht te komen voor deze negatieve bijwerkingen van het tuchtrecht: tuchtcolleges zelf zetten in op een korte doorlooptijd en het vaker afhandelen van een zaak in de raadkamer, en door beroepsgroepen zijn initiatieven genomen voor ondersteuning (peer support) om de zorgverlener bij te staan.

In het kader van de kritiek en discussie over het tuchtrecht is het interessant om te kijken hoe men in het buitenland het tuchtrecht heeft georganiseerd. Om twee redenen springt daarbij Frankrijk in het oog. Ten eerste omdat bij elke tuchtklacht standaard een oproep volgt tot een bemiddelingsbijeenkomst (*conciliation*) tussen klager en aangeklaagde (zie onderstaand kader). Ten tweede omdat lichtzinnige klachten worden ontmoedigd door mogelijke schadevergoeding voor de aangeklaagde zorgverlener. Vergelijkbaar met het in te voeren griffierecht in Nederland is de gedachte dat hiermee het aantal bagatelzaken vermindert. Het legt echter ook de nadruk op de belangen van de zorgverlener; niet alleen is er het recht van de patiënt om te klagen ten behoeve

¹⁴ Hier is in het verleden echter wel sprake van geweest: tot tien jaar geleden verschenen er met enige regelmaat bundels met uitspraken per beroepsgroep over een bepaalde periode. Het is ons onbekend waarom dit is gestopt.

van het publieke belang, tegelijkertijd wordt rekening gehouden met het beschermen van de onterechte aantasting van de reputatie van en daarmee het vertrouwen in de zorgverlener en de beroepsgroep in geheel.

Het Franse tuchtrecht

In Frankrijk leidt tuchtklacht bij ontvankelijkheid eerst tot een oproep tot een bemiddelingsbijeenkomst (*conciliation*). Als partijen in of na die bijeenkomst niet tot elkaar zijn gekomen of wanneer een of beide partijen niet is komen opdagen of heeft aangegeven dit niet te wensen, wordt de zaak drie maanden nadat de klacht is ontvangen voorgelegd aan de tuchtrechter in eerste aanleg. Daarmee is de bemiddelingsprocedure wel een station maar niet een verplichte gang. Van de uitspraak van de tuchtrechter in eerste aanleg, vergelijkbaar met het regionaal tuchtcollege in Nederland, kan naar het nationale tuchtcollege worden gegaan (vergelijkbaar met ons centrale tuchtcollege). Op de uitspraken van het nationale tuchtcollege is nog cassatie mogelijk bij de Conseil d'État. Net als in Nederland kan de tuchtrechter bij gegrondverklaring van de klacht geen schadevergoeding aan de klager toekennen, echter wanneer de tuchtrechter een *plainte abusive* vaststelt kan hij wel klager tot een schadevergoeding aan de arts veroordelen wegens beoedeling van diens goede naam en gemaakte proceskosten. Zo werd een klaagster die zonder enige basis de arts beschuldigde van handtastelijkheden veroordeeld tot 1000 euro schadevergoeding en 1000 euro voor door de arts gemaakte proceskosten (Ch. Disc. Nat. Ordre des Médecins, 18 nov 2015, n°11582). In een andere zaak werd klager veroordeeld tot 300 euro schadevergoeding aan de arts wegens aantasting van diens goede naam. De klager kwam niet bij de bemiddelingsbijeenkomst opdagen. Indien de tuchtrechter een ingediende klacht bestempelt als abusive (...) mag deze een schadevergoeding aan de gedaagde beroepsbeoefenaar toekennen van maximaal 3000 euro. Abusive moet onderscheiden worden van het enkel verwerpen van de klacht. In dat geval is toekenning van een schadevergoeding aan de gedaagde beroepsbeoefenaar niet op zijn plaats. Dit wordt echter zelden gedaan. Niettemin lijkt dit een prikkel om niet te lichtzinnig een tuchtklacht tegen een beroepsbeoefenaar in te dienen. De *plainte abusive* is bij wet van 4 maart 2002 ingevoerd om een dam op te werpen tegen te lichtzinnige tuchtklachten. Er is een zekere onbalans, omdat klager voor schadevergoeding zich altijd tot de burgerlijke rechter moet wenden, maar wel geconfronteerd kan worden door een schadevergoeding wegens een *plainte abusive*. Het is een autonome bevoegdheid van de tuchtrechter om die schadevergoeding toe te kennen; de gedaagde beroepsbeoefenaar kan er niet om verzoeken.

Samen leren en verbeteren

Hierboven beschreven we enkele initiatieven voor het leren en verbeteren van de individuele zorgverlener. De Wet BIG gaat immers over de individuele beroepsuitoefening. Eerder spraken we al over het toenemend belang van samenwerking in de gezondheidszorg. Het is dan ook relevant om te kijken naar bredere initiatieven om te leren en te verbeteren en hoe deze aansluiten bij de wetgeving (en vice versa). Er lijkt vanuit beroepsgroepen een toenemende aandacht voor leren en verbeteren in relatie tot patiëntveiligheid. Dit komt onder meer naar voren in initiatieven rondom Safety II, waarbij het leren van dat wat goed gaat centraal staat, en Just Culture waarbij het aanklaarten van onveilige situaties en leren van fouten centraal staan en ook gekeken wordt naar het herstel van zowel de patiënt als de zorgverleners als een 'second victim' (zie kader hieronder). Bij Just Culture gaat het er nadrukkelijk niet om dat een schuldige voor een fout wordt aangewezen maar dat fouten of calamiteiten besproken worden en er gezamenlijk van geleerd wordt. Ook de 'buitenwereld' is geïnteresseerd in dit soort initiatieven; bijvoorbeeld de IGJ maakt zich sterk om Just Culture als aangrijpingspunt voor het verbeteren van kwaliteit van zorg te verspreiden (Leistikow et al. 2015). Vanuit de optiek van de Wet BIG lijkt er echter een spanningsveld te ontstaan met het gedachtegoed van Just Culture: het tuchtrecht richt zich immers expliciet op de individuele

zorgverlener en het aanwijzen van verantwoordelijken. Daarbij kan de tegenstelling ontstaan dat vanuit een rechtvaardige cultuur er open en eerlijk over fouten kan worden gesproken, maar dat vanuit het tuchtrecht de individuele beroepsbeoefenaar ter verantwoording wordt geroepen. Dit zal de gewenste openheid over fouten niet bevorderen. Tegelijkertijd heeft de overheid de taak patiënten te beschermen tegen kwalitatief ondermaatse zorg en heeft de samenleving het blinde vertrouwen in professionals verloren, terwijl Just Culture impliciet juist om vertrouwen vraagt in het zelfregulerend vermogen van de professie. Het is vanuit deze optiek de professie die het best kan beoordelen wat er in een bepaalde situatie gebeurd is. Dit perspectief vraagt om een gesitueerde en explorerende manier van toezicht houden, terwijl de tendens er juist een is van standaardiseren en het kunnen afleggen van verantwoording hierover, niet in de laatste plaats omdat ook kritisch naar de IGJ wordt gekeken in het geval van gesignaleerde problemen en misstanden in de zorg.

Just Culture

Just culture of 'rechtvaardig cultuur' beoogt een beweging weg te maken van de Safety I benadering waarin de nadruk ligt op het tegengaan van fouten in de zorg. Safety I heeft vooral een retributief karakter waarbij schuldigen worden aangewezen en naar systematische oplossingen wordt gezocht om fouten te voorkomen. Vanuit de Just Culture benadering wordt de nadruk gelegd op de hoge mate van complexiteit van de gezondheidszorg en staat het gezamenlijk leren van fouten *en* van goede voorbeelden centraal (Dekker 2009). Daarbij wordt een fout of calamiteit in de context onderzocht (wat is hier gebeurd, wat maakt dat dit is gebeurd?) en is expliciet aandacht voor het herstel van de slachtoffers. Dit betreft zowel de patiënt en diens naasten als de betrokken zorgverlener(s) als second victim(s). De aanpak beoogt restauratief te zijn en is dus gericht op herstel. In de literatuur (en daarbuiten) is discussie over het trekken van een rode lijn: kan er sprake zijn van gedrag waarbij het wel mogelijk is om een schuldige aan te wijzen en daarop te handelen ('straffen') of is deze vraag ongepast vanuit een rechtvaardige cultuur en dient de focus volledig te zijn op de omstandigheden waarin de fout of calamiteit is opgetreden? Vanuit dit laatste perspectief is volledige openheid en daarmee leren alleen mogelijk in een omgeving waarin openheid niet kan leiden tot straf.

Tot slot

In dit essay is een aantal ontwikkelingen – namelijk, de prominente rol van de kiezende patiënt, de verschuiving naar samenwerking en team work, en de nadruk op leren en verbeteren – beschreven die we kunnen begrijpen als een 'vermaatschappelijking' van regulering van zorgprofessionals. Steeds meer actoren in de buitenwereld bemoeien zich met wat er binnen professies gebeurt en wat we van hen verwachten. Dit hangt nauw samen met het vertrouwen dat professies kennen, iets dat eerder door de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) beschreven is in het rapport over vertrouwen in de arts (RVZ 2007). Daar waar minder vertrouwen is in de professie worden de teugels aangetrokken en is er een nadrukkelijke roep om transparantie en publieke verantwoording. In de praktijk kan dit ertoe leiden dat de IGJ bijvoorbeeld meer mandaat krijgt om in te grijpen, zoals we nu zien bij de gelasting tot onmiddellijke beroepsontzegging. Tegelijkertijd is ook de buitenwereld zich bewust van de bijwerkingen en de beperkte mogelijkheden van volledige controle en 'er bovenop' zitten; zie bijvoorbeeld het huidige motto 'Gezond vertrouwen' van de IGJ. Daar waar er meer vertrouwen is zal er meer vrijheid zijn voor beroepsgroepen om zichzelf te reguleren. Dit vertrouwen wordt vooral gegeven als de beroepsgroepen zelf instrumenten inzetten om te leren en te verantwoorden. Hierbij, zo hebben we laten zien, ontstaat echter een paradoxaal effect; professies worden uitgedaagd instrumenten en systemen te ontwikkelen om te leren en te

verbeteren, maar deze worden vervolgens door externe stakeholders geïncorporeerd om de professie te monitoren en te beoordelen: 'leren' krijgt daarmee een dwingend karakter en verwordt tot een mechanisme van verantwoorden. Dit geconditioneerde vertrouwen geeft het spanningsveld aan waarin zorgprofessionals zich bevinden.

Een tweede centraal punt in dit essay is de vermaatschappelijking van de toepassing van de Wet BIG. De Wet BIG lijkt mee te bewegen met de sociale verwachtingen en normen ten aanzien van zorgbeoefenaren en 'goed' professioneel handelen. Dit gebeurt in een voortdurend proces van aftasten en uitvinden. Zie het voorbeeld van openbaarmaking van tuchtmaatregelen. Iets dat ingeroepen werd ten tijde van een sterke roep om transparantie en publieke verantwoording, wordt nu (deels) teruggedraaid of in ieder geval afgezwakt naarmate we zien en ervaren hoe dit in de praktijk uitwerkt. Tegelijkertijd krijgt de IGJ het recht toegewezen om een zorgverlener vooruitlopend aan een tuchtzaak (en/of strafzaak) de toegang tot de beroepsuitoefening te ontzeggen. Ook rondom deze nieuwe wijzigingen in de Wet BIG zal de praktijk uitwijzen hoe dit uitwerkt, waarbij eventueel weer aanpassingen zullen volgen naar aanleiding van ervaringen met de uitwerking van die wijzigingen in de praktijk en verwachtingen vanuit de maatschappij. Met name de betamelijksheidsnorm, en dat wat wij als maatschappij verwachten van een arts als persoon in plaats van als professional, is hierin interessant. Waar ligt de lijn en is die lijn wel zo duidelijk te trekken? Wordt deze norm steeds verder opgerekt of komen we, net als bij de openbaarmaking, op een gegeven moment tot een halt bij het aanspreken van de professional op privégedrag? En hoe gaan beroepsorganisaties hiermee om? Uiteindelijk zijn zij het die, anticiperend en reagerend op verwachtingen uit de maatschappij, de beroepsnormen vaststellen. Daarbij is het dan interessant om te volgen of en in hoeverre bepaalde ongeschreven gedragsregels worden opgenomen in formele beroepsnormen, zoals we recentelijk zagen bij 'nul is de norm' over middelengebruik tijdens de beroepsuitoefening.

Tot slot het citaat van Sully, waarmee we dit essay begonnen. Tijdens een nachtelijke wandeling met zijn copiloot – ze kunnen beiden niet slapen naar aanleiding van het incident en daaropvolgende onderzoek – beklagt Sully zich bij hem. Hij heeft tijdens zijn hele carrière altijd naar eer en geweten gehandeld en op het eind zijn het slechts enkele minuten in deze carrière die bepalend zijn voor hoe mensen hem zien, en hoe mensen hem zullen herinneren. Een momentopname bepaalt wie hij is als piloot en hoe zijn carrière wordt gewaardeerd. Deze individuele verantwoording staat, zoals we hebben getracht te laten zien in dit essay, op gespannen voet met het leren en verbeteren in de zorg. De openheid die nodig is voor het leren en verbeteren kan daarbij door zorgverleners als risico worden gezien voor het ter verantwoording worden geroepen. Het gevoel hebben om afgestraft te worden op een 'ogenblik' van je professioneel handelen, waar je altijd voor eigen gevoel naar eer en geweten handelt, wordt als wrang ervaren. Zoals een chirurg in de documentaire "Dokter onder Vuur" (2016) aangaf over een ongegrond bevonden tuchtklacht tegen haar: "als je daar al een tuchtzaak voor kan krijgen, die twee-en-een-halfjaar duurt, dan kun je elke vijf minuten van mijn werkdag wel iets aanwijzen waar je dan een tuchtzaak over kan beginnen". Aan het einde van de film haalt Sully nog een relevant punt aan, als hij gefeliciteerd wordt voor zijn heldhaftig handelen waarmee hij mensenlevens heeft gered. Hij verwijst niet naar zijn eigen heldhaftige handelen, maar naar het perfect handelen van zijn team: de copiloot, purser en andere staf hebben geweldig gehandeld waardoor mensenlevens zijn gered. Iedereen kijkt naar hem, terwijl hij de verdienste van zijn team ziet. Hoewel dit uiteraard het sentiment is uit een Hollywood film (en het daadwerkelijk

incident nog wat gecompliceerder lag) zien we hier een overeenkomst met wat we eerder over de zorg hebben beschreven. Ondanks de toegenomen complexiteit van zorg en samenwerking tussen professionals, ook steeds vaker over de grenzen van organisaties heen, wijzen we als het misgaat nog steeds vaak naar de individuele zorgverlener. Vanuit de Wet BIG is deze focus logisch, het tuchtrecht gaat immers over persoonlijke verwijtbaarheid, maar de vraag is of dit nog aansluit bij de huidige zorgpraktijk waarin organiseren en samenwerking aan belang winnen – en een vurige wens is vanuit het maatschappelijk perspectief van een efficiënte en kwalitatief hoogwaardige zorgverlening waarin niet de beroepsbeoefenaar maar de patiënt centraal staat. Waar de Wet BIG nog stamt uit een tijd dat professionals als individuen handelden, ontstaat er een groeiende behoefte om dit in lijn te brengen met een zich ontwikkelende zorgpraktijk waarin dat individu niet meer de leidende partij is.

Literatuur

- Cohen, D. (2017), 'Back to blame: the Bawa-Garba case and the patient safety agenda', *BMJ*, 359, j5534.
- Crul, B., van Meersbergen, D., and Rijksen, P. (2011), *Dokters voor de rechter: Tien jaar tuchtuitspraken in Medisch Contact* (Reed Business).
- de Bont, A., et al. (2016), 'Reconfiguring health workforce: A case-based comparative study explaining the increasingly diverse professional roles in Europe.', *BMC Health Services Research*, 16, 637-51.
- de Bruijn-Geraets, D.P., et al. (2016), 'VoorBIGhouden: Eindrapportage evaluatieonderzoek art.36a Wet BIG met betrekking to de inzet van de Verpleegkundig Specialist en de Physician Assistant', (Maastricht: Maastricht University).
- Dekker, S. (2009), 'Just culture: who gets to draw the line?', *Cogn Tech Work*, 11, 177-85.
- Dixon-Woods, M., Yeung, K., and Bosk, C. L. (2011), 'Why is UK medicine no longer a self-regulating profession? The role of scandals involving "bad-apple" doctors', *Social Science & Medicine*, 73, 1452-59.
- Frank, J. R. (2005), 'The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care', (Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada).
- Freidson, E. (2001), *Professionalism: the third logic* (Cambridge).
- Friele, R., et al. (2017), 'Zorgverleners en burgers over het openbaar maken van door de tuchtrechter opgelegde berispingen en geldboetes. ', (Utrecht: Nivel).
- Goodwin, D. (2018), 'Cultures of caring: healthcare 'scandals', inquiries, and the remaking of accountabilities', *Social Studies of Science*, 48 (1), 101-24.
- Hendriks, A.C. (2015), 'Tuchtrecht – meer tucht dan recht', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 39 (5), 322-28.
- Hendriks, A.C. (2018), 'Wat houdt hoofdbehandelaarschap in – en wat niet? ', *Ned Tijdschr Geneesk.*, 162.
- Kaljouw, M. and van Vliet, K. (2015), 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren', (Diemen: Zorginstituut Nederland).
- Kastelein, W.R. (1993), 'Het klachtrecht van de patiënt bij de medische inspectie en het Tuchtcollege: huidige situatie en toekomstige ontwikkelingen.', *Ned Tijdschr Geneesk.*, 1731-35.
- Kervezee, Commissie (2016), 'Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverschrijdend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk', (Diemen: Zorginstituut Nederland).
- Klemann, D.M.T.V., Mertend, H.J.M.M., and van Merode, G.G. (2018), 'Meer en hogere schadeclaims. Analyse van schadeclaims in de Nederlandse ziekenhuiszorg van 2007-2016. ', *Ned Tijdschr Geneesk.*
- KNMG (2015), 'Maak van tuchtrecht geen strafrecht! ', (Utrecht: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst).

- Kroezen, M., et al. (2014), 'Negotiating jurisdiction in the workplace: a multiple-case study of nurse prescribing in hospital settings', *Social Science & Medicine*, 117, 107-15.
- Kuhlmann, E. (2006), 'Traces of Doubt and Sources of Trust: Health Professions in an Uncertain Society', *Current Sociology*, 54, 607-20.
- Leistikow, I., van der Tuijn, Y., and van Diemen-Steen Voorde, R. (2015), 'IGZ promoot just culture: Onveilig gedrag aanpakken om de zorg veilig te maken', *Medisch Contact*.
- Levy, C. and Waks, C. (2009), 'Professions and the pursuit of transparency in healthcare: two cases of soft autonomy', *Organization studies*, 30 (5), 509-27.
- Light, D. W. (2010), 'Health-care professions, markets, and countervailing powers', in C. E. Bird, A. M. Fremont, and S. Timmermans (eds.), *Handbook of the medical sociology* (sixth edition; Nashville: Vanderbilt University Press), 270-89.
- Madsen, M. and Lind, S. (2018), 'Over half of GPs change or stop reflections following Bawa-Garba case', *Pulse Today*.
- Meijerink, R. (2018), <<https://www.raadrvs.nl/actueel/item/bekwaam-is-bevoegd>>, accessed September 25.
- Orde, van Medisch Specialisten (2005), 'Individueel Functioneren van Medisch Specialisten. Persoonlijk beter', (Utrecht).
- RVZ (2007), 'Vertrouwen in de arts', (Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, advies uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport).
- (2011), 'Bekwaam is bevoegd. Innovatieve opleidingen en nieuwe beroepen in de zorg', (Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg).
- Schippers, E. (2013), 'Brief aan de Tweede Kamer betreffende Uitkomstenbepaling in de curatieve zorg.', in Ministerie van VWS (ed.), (Den Haag).
- UMbRELLA (2018), 'Evaluating the regulatory impact of medical revalidation', (UK Medical Revalidation coLLaboration).
- van Leeuwen, R.B. and Schudel, B. (2018), 'Tuchtrecht gaat over betere zorg', *Medisch Contact*, 23, 32-33.
- van Oorschot, J. A. Fr C. A. Jaspers J. H. Schaaf C. A. G. Oostveen J. T. Braaksma (1995), *Professionele autonomie van de medisch specialist* (Asses: Van Gorcum).
- Verhoef, L.M., et al. (2015), 'The disciplined healthcare professional: a qualitative interview study on the impact of the disciplinary process and imposed measures in the Netherlands.', *BMJ Open*, 25 (5), 11.
- Wallenburg, I., Janssen, M., and de Bont, A. (2016), 'Taakherschikking pakt overal anders uit', *Medisch Contact*, 10, 34-36.
- Wallenburg, I., Kok, J., and Bal, R. (2018), 'Omgaan met Soft Signals in het Toezicht: Signaleren, Interpreteren en Duiden van Risico's in de Zorg door de IGJ', (Rotterdam: Erasmus University Rotterdam).
- Weenink, J.W., et al. (2017), 'Prevention of and dealing with poor performance: an interview study about how professional associations aim to support healthcare professionals', *Int J Qual Health Care*, 29 (6), 838-44.
- Witman, Y. (2008), 'De medicus maatgevend: over leiderschap en habitus', (Erasmus University).
- Witman, Y., et al. (2011), 'Doctors in the lead: balancing between two worlds', *Organization*, 18 (4), 477-95.