

***Periodiek Registratie Certificaat (PRC):
Analyse van de werking van huidige
scholingsprogramma's, toetsing en
alternatieven***

Dr. Carolin Sehlbach, Drs. Anne Van Dijk, Prof.dr. Pim Teunissen
School of Health Professions Education, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences,
Maastricht University

Opdracht onderzoek scholingsprogramma's en alternatieven, kenmerk 217424.
School of Health Professions Education. t.a.v. Prof.dr. Pim Teunissen, Postbus 616, 6200
MD Maastricht

Eindversie 11 juni 2021



Maastricht University



Maastricht UMC+

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
Executive summary	8
Gebruikte afkortingen	10
1. Introductie	11
2. Omschrijving aanpak onderzoek.....	13
3. Het huidige PRC-traject in Nederland	17
Kenmerken van deelnemers aan het huidige traject	17
Inhoud van huidige scholingsprogramma's.....	20
Kenmerken van huidige toetsing	21
4. Knelpunten in het huidige systeem leidend tot een PRC	25
Discrepanties ervaren door deelnemers	25
Flexibiliteit.....	26
Kosten van de PRC-trajecten.....	27
Samenvatting: huidig Nederlands systeem leidend tot PRC en beschreven knelpunten..	30
5. Intersectorale vergelijking	31
Advocaten	31
Luchtverkeersleiders.....	33
Dierenartsen/ Architecten	35
6. Internationale vergelijking	38
Ierland	38
Duitsland.....	40
Canada	41
7. Validiteit van herregistratie systeem.....	47
8. Alternatieven voor inrichting van een herregistratiesysteem voor BIG-geregistreerde zorgverleners	49
I. Verleggen van de grens voor reguliere herregistratie ten behoeve van PRC-traject	49

II.	Aanpassingen in het traject dat tot een PRC leidt (van toets naar toetstraject).....	51
III.	Toevoegen van mogelijkheid tot tijdelijke of deel registratie	56
8.	Conclusie.....	58
9.	Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	60
	Gebruikte literatuur	62
	Appendix: Gebruikte vragenlijsten en interview gids.....	64

Samenvatting

Doel: Dit rapport beschrijft de werking van huidige scholingsprogramma's en toetsing ten behoeve van het Periodiek Registratie Certificaat (PRC). Tevens geeft het richting aan mogelijke alternatieven voor de invulling van het traject dat zorgverleners die niet aan de werkervaringseis voldoen voorbereidt op (her)registratie in het BIG-register. Om deze vraag te kunnen beantwoorden geeft dit rapport inzicht in de achterliggende doelen die met een herregistratiesysteem voor zorgverleners kan worden beoogd, ook gaat het in op de goed werkende aspecten en de knelpunten van het huidige PRC-traject. Voordat het rapport afsluit met een overzicht van redelijke alternatieven en hun consequenties wordt inzicht gegeven in herregistratiesystemen in andere sectoren zoals de advocatuur en luchtverkeersleiding en in herregistratie voor zorgberoepen in de landen zoals Ierland, Duitsland, en Canada.

Aanpak: Om het doel, de opzet en inhoud van de scholingsprogramma's en de desbetreffende toets te kunnen beschrijven werd een gerichte documentanalyse uitgevoerd. Hierop aansluitend werden interviews gehouden met enerzijds de vertegenwoordigers van een aantal instellingen die scholing en toetsing aanbieden (aanbieders) en anderzijds met deelnemers aan scholingsprogramma's en toetsen (doelgroep). Tevens werden in een gesprek met vertegenwoordigers van verschillende beroepsverenigingen knelpunten en voorbeelden uit de praktijk besproken. Input vanuit andere sectoren en landen werd initieel verkregen door documentanalyse, en opgevolgd met expertinterviews.

Bevindingen huidige traject t.b.v. BIG-herregistratie middels PRC: Een PRCTraject bestaat uit een verplicht af te leggen toets waarbij in veel gevallen voorafgaand een (niet verplicht) scholingsprogramma wordt aangeboden. De redenen voor deelname aan een PRC-traject zijn zeer uiteenlopend; bijvoorbeeld vanwege het werken op andere gebieden waarbij de uren niet meetellen voor registratie, de mate van praktische ervaring en competentie, en kennis met huidige regelgeving en informatievoorziening. Voor de hierdoor ontstane diverse deelnemersgroep die gebruik maakt (of wil maken) van een PRC zijn de vaak uniforme toetsvormen en inhoud van de toets alsook de vaste momenten van scholing en toetsing niet passend. De huidige gebruikte toetsvormen richten zich vooral op theoretische kennis, klinische/praktische vaardigheden en klinisch redeneren. De inhoud van de huidige scholingstrajecten varieert van een online aanbod van theoretische kennis tot een traject met elementen die zowel online, op locatie en op de werkplek plaatsvinden. Belangrijke knelpunten in het huidige PRC-traject zijn een gebrek aan flexibiliteit, het ontbreken van een gepersonaliseerd leertraject en de aansluiting aan de praktijk. Bovendien, kleine aantallen

deelnemers of grote verschillen in de aantallen deelnemers maakt het voor de aanbieders in vrijwel alle beroepsgroepen moeilijk om toets en eventuele scholing kostendekkend aan te bieden.

Uit de intersectorale en internationale vergelijking komen een aantal lessen voor mogelijke varianten voor herregistratie middels PRC met bijbehorende implicaties voor toetsing en eventueel scholingstraject naar voren. Belangrijkste elementen in deze variaties zijn de lengte van de periode waarin aan herregistratie eisen voldaan moet worden alsook uitzonderingen of coulanceregelingen hiervoor, de manier en regelmaat van toetsen, en de opbouw van een leertraject, inclusief de geboden begeleiding hierin.

Validiteit van herregistratie systeem: Experts op het gebied van medisch onderwijs en toetsing geven aan dat het afnemen van één enkel examen beperkte validiteit heeft. Dit is een knelpunt in het huidige systeem van scholing en toets leidend tot PRC. Daarbovenop, heeft het toetsen op voornamelijk kennis, vaardigheden en klinisch redeneren op het niveau van een basisopleiding naar verwachting een beperkte relatie met adequaat functioneren in de beroepspraktijk. Dit validiteitsprobleem wordt groter door de variatie aan deelnemers. Het inzetten van een bredere transitieperiode met verschillende scholingsvormen en toetsmomenten zou een grotere validiteit waarborgen en mogelijkheden scheppen voor flexibiliteit en individualisering van de behoeftes van de zorgverlener.

Richting alternatieve benaderingen voor PRC-traject in Nederland: Het rapport geeft richtingen aan alternatieven voor de toekomst, welke neerkomen op 3 grote categorieën van mogelijke aanpassingen. De eerste categorie betreft de aanpassing van de grens wanneer iemand zich niet meer regulier mag herregisteren. Hiermee kan meer flexibiliteit ontstaan voor zorgverleners om aan 'reguliere' herregistratie deel te nemen en ontstaat een andere doelgroep voor het PRC-traject. De tweede categorie aanpassingen richt zich op het traject dat tot een PRC leidt, gericht op het vergroten van de validiteit van het toetsen alsmede de kostendekking en flexibiliteit. Hierbij horen beperkte aanpassingen aan het huidige traject met behoud van de eenmalige toets, maar ook grotere aanpassingen zoals invoeren van een leertraject, waarbij een periode van gesuperviseerd werken met verplichte scholing en afgesproken ijkpunten afgerond kan worden met een (werkplek)toets. De derde categorie betreft een verruiming van de registratiemogelijkheden tijdens een PRC-traject en/of als uitkomst van een PRC-traject. De mogelijkheid om een tijdelijke of deel registratie te verlenen ('geclausuleerde' inschrijving in BIG-register) biedt zorgverleners de mogelijkheid om aan het werk te zijn/blijven en tegelijk een leertraject te volgen met scholing en/of toetsingsmodules.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek: Vervolgonderzoek naar de geraamde kosten van combinaties van de geboden alternatieven is aan te bevelen, waarbij het huidige rapport al inzicht geeft in aangrijpingspunten hiervoor, zoals deelnemersaantallen, mogelijkheden voor online en werkplekscholing en –toetsing, en de rol van aanbieder als coördinator en minder als organisator. Andere punten voor vervolgonderzoek zijn de acceptatie van het werkveld en beroepsgroepen van de geboden aanpassingen, patiënttevredenheid, en de juridische gevolgen van de geboden aanpassingen en alternatieven aan het herregistratiesysteem. Betrokken partijen dienen samen keuzes te maken in de verschillende aanpassingsmogelijkheden die dit rapport schets.

Executive summary

Background: In the Netherlands, a number of healthcare professions (i.e. dentists, physiotherapists, pharmacists) have a protected title under the Individual Healthcare Act (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, BIG). The corresponding registry has been set up to protect patients against professional misconduct and medical errors. Individual healthcare professionals must re-register every 5 years as proof that they still meet the requirements for their profession. To be allowed to re-register, healthcare professionals need to provide a proof of work experience (number of hours worked over a period of 5 years). In case a healthcare professional cannot provide proof of or cannot fulfil the work hour requirements for any reason (i.e. leave of absence, sick leave, working elsewhere), they need to pass an exam leading to what is called a Periodical Registration Certificate (PRC). Some professions offer (optional) courses in order to prepare for the PRC exam.

Objective: This report describes the working mechanisms of current training programs and PRC exam. It also gives direction to possible alternatives for implementing a process that prepares healthcare providers who do not meet the requirements of work experience for re-registration in the BIG-register. The report provides insight into the underlying objectives that can be achieved with a re-registration system for healthcare providers. Further, it provides insight into well-functioning aspects and bottlenecks of the current system as described by providers and participants. Next to that, the report includes a concise overview of re-registration systems in other sectors such as the legal profession and air traffic control as well as re-registration for healthcare professions in Germany, Ireland and Canada.

Approach: To describe the purpose, structure and content of the current training programs and the relevant assessments, the research team conducted a document analysis of information provided by the education institutes, policy documents and scientific as well as grey literature. Next, interviews were held with representatives of a number of institutions that offer training programs and PRC exam (providers) and with participants in the training programs and PRC exam (target group). Perceived bottlenecks, potential areas for improvement and practical examples were subsequently discussed in an interview with representatives of various professional associations. To draw a comparison and learn from other sectors (lawyers and air traffic controllers) and countries (Germany, Ireland and Canada), the researchers conducted an additional document analysis, followed by interviews with experts in the field of medical education.

Validity of re-registration through a PRC: Interviews conducted with international experts in the field of medical education, particularly in the area of performance assessment, provided additional insight into the conceptualities of re-registration systems. They viewed the single assessment of the PRC exam as an important limitation of the validity of the current Dutch system. Assessing knowledge, skills and clinical reasoning at the level of graduation is expected to have little in common with healthcare professional's current or desired future area of work. Offering a transition period or a learning trajectory with different forms of training and assessment moments may increase validity and create opportunities for flexibility by meeting the (learning) needs of individual healthcare providers.

Alternative approaches for PRC trajectory in the Netherlands: The report provides directions for alternatives for the future, organized in three broad categories of possible adjustments. The first category concerns adjustments of the criteria for re-registering through the regular process. This may offer more flexibility for healthcare providers to participate in 'regular' re-registration and will create a different group of professionals who go through a PRC trajectory. The second category of adjustments focuses on the process leading towards a PRC aimed at increasing the validity of the assessment as well as cost recovery and flexibility. One may think of small adjustments to the current trajectory while retaining the single assessment, but also larger changes such as introducing a learning trajectory, in which a period of supervised work is combined with mandatory training and pre-defined performance benchmarks, and completed with a (workplace) assessment. The third category concerns broadening the registration options during a PRC process and/or the result of a PRC process. Allowing a temporary or partial registration in addition to a full certification in the BIG-register, would offer healthcare professionals the opportunity to start/continue working while following a learning trajectory with training and/or assessment modules.

Recommendations for future research: We recommend to further investigate the expected costs of different alternatives. The report at hand already provides insight into factors that may serve as a starting point herein (e.g. numbers of participants, possibilities for online and workplace training and assessment, the role of providers as coordinator instead of organisers). Future research may also address to what extent the profession and professional groups accept the described alternatives adjustments, patient satisfaction and patients' role in the learning trajectory, the transition period back to independent work of recently re-registered healthcare professionals, and the legal consequences of the offered adjustments and alternatives to the re-registration system. Different stakeholders should jointly choose between the alternative combinations presented in this report.

Gebruikte afkortingen

BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg.
BPR	Besluit Periodieke Registratie
CPD	Continuing Professional Development
EASA	European Aviation Safety Agency
HABZ	Actiegroep Herregistratie Artsen bij Ziekte
LVNL	Luchtverkeersleiding Nederland
KNMG	De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNGF	De Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNMP	De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KNMT	De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
MCQ	Multiple Choice Question
MEVA	Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt
NOvA	Nederlandse Orde van Advocaten
NVP	Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie
PRC	Periodiek Registratie Certificaat
RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten
VenVN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

1. Introductie

Dit onderzoek richt zich op BIG-geregistreerde zorgverleners^{1 2} die bij hun vijfjaarlijkse herregistratie niet voldoen aan de werkervaringseis conform artikel 8 Wet BIG (zie Tabel 1). In de praktijk komt deze urennorm neer op acht uur werk in de week. Zorgverleners die niet aan de werkervaringseis voldoen, kunnen worden geherregistreerd middels een Periodiek Registratiecertificaat (hierna PRC). Het PRC wordt behaald door een toets met goed gevolg af te leggen. Ter voorbereiding op het maken van deze toets kunnen zorgverleners ervoor kiezen om een scholingsprogramma te volgen. De directie Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt (MEVA) van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in het kader van herregistratie in het BIG-register behoefte aan een onderzoek naar de werking van en mogelijke alternatieven voor het huidige PRC traject bestaande uit (optionele) scholingsprogramma's en toetsing.

Tabel 1 Overzicht herregistratie eisen per beroepsgroep conform Wet BIG

Land	Beroepsgroep	Herregistratie eisen
Nederland		Urennorm*
	Apothekers	2080 uur in 5 jaar
	Artsen	2080 uur in 5 jaar
	Fysiotherapeuten	2080 uur in 5 jaar
	GZ-psychologen	3120 uur in 5 jaar
	Psychotherapeuten	3120 uur in 5 jaar
	Tandartsen	2080 uur in 5 jaar
	Verloskundigen	2080 uur in 5 jaar
	Verpleegkundigen	2080 uur in 5 jaar

* Bij het niet behalen van de urennorm is de scholingseis van toepassing

¹Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, Hoofdstuk II. Registratie en titelbescherming, Artikel 3
<https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2020-07-01>

² Met uitzondering van de volgende beroepen: physician assistant, orthopedagoog-generalist, klinisch technoloog.

Er zijn een aantal redenen waarom er behoefte is aan een onderzoek naar dit PRC-traject. Zo geven verschillende instellingen die een PRC-traject aanbieden bij VWS aan dat door variatie in of gebrek aan aanmeldingen voor het PRC-traject, het huidige systeem van scholing en toets leidend tot PRC niet kostendekkend is. Daardoor komt de toekomstbestendigheid van het PRC-traject in gedrang. Een andere aanleiding is dat vanuit zorgverleners die zich via een PRC willen herregistreren, signalen komen dat er behoefte is aan meer flexibiliteit in het scholingsprogramma en/of de toets.

Doel van het onderzoeksrapport en hoofdvraag

Het primaire doel van dit onderzoek naar de werking van het herregistratie systeem van scholing en toets leidend tot PRC is om goed geïnformeerde keuzes te kunnen maken over eventuele wijzigingen in het huidige traject voor BIG-geregistreerde zorgverleners die niet aan de werkervaringseis voldoen. Goed geïnformeerde keuzes komen voort uit:

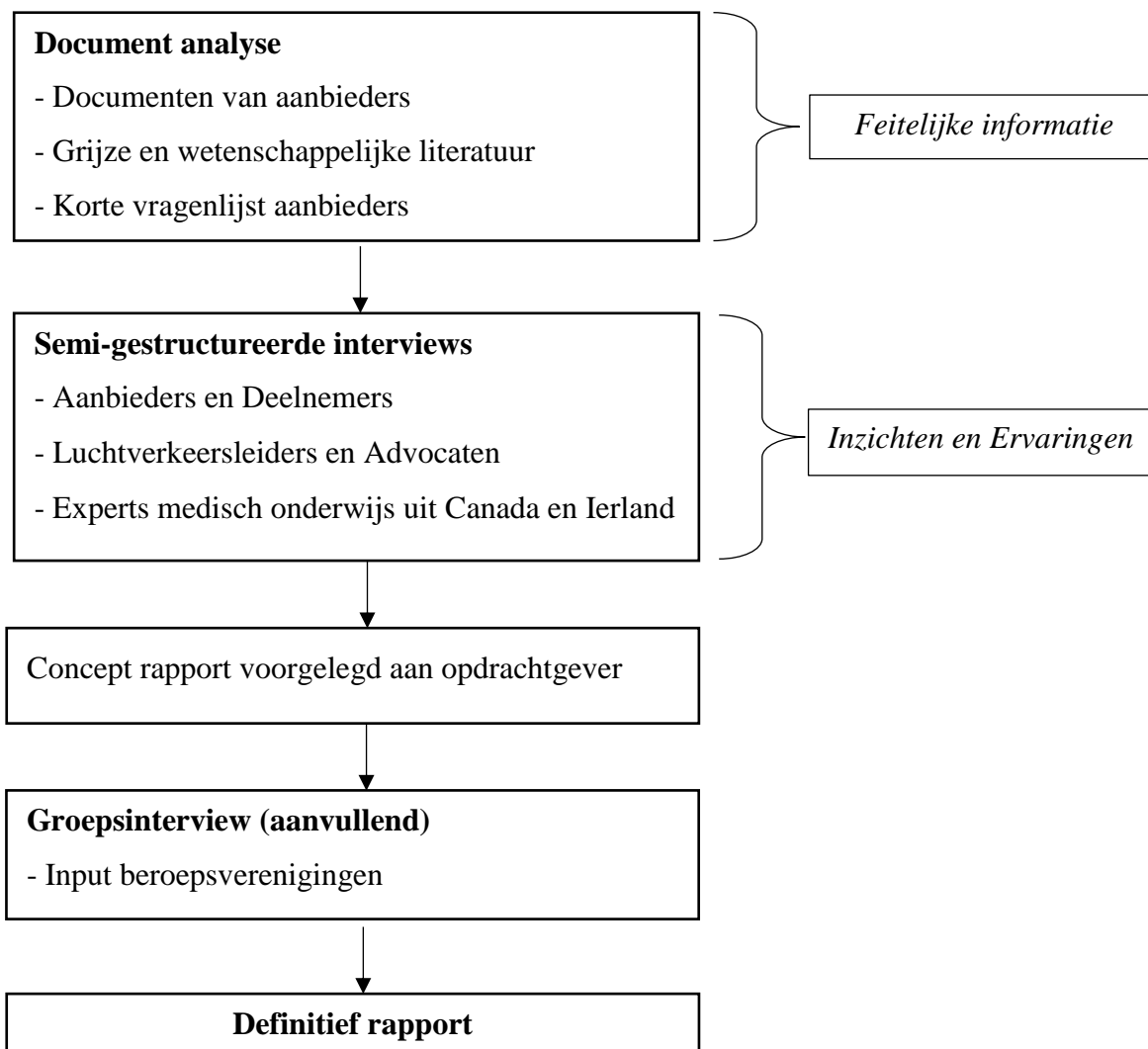
- inzicht in de belangrijkste doelen die met het herregistratiesysteem voor deze groep zorgverleners worden beoogd,
- inzicht in de goed werkende aspecten en knelpunten van het PRC-traject, en
- een overzicht van redelijke alternatieven en hun consequenties.

Deze doelstelling sluit aan bij de hoofdvragen die in dit onderzoeksrapport worden beantwoord:

Hoe werken de huidige scholingsprogramma's en toetsen voor zorgverleners die niet aan de werkervaringseis voldoen en welke alternatieven zijn er om een PRC af te geven?

2. Omschrijving aanpak onderzoek

Voor een beknopt overzicht van de aanpak van dit onderzoek zie Figuur 1. Ten eerste, werd een **gerichte documenten analyse** uitgevoerd om inzicht te krijgen in de werking van het huidige PRC-traject in Nederland. Hiervoor werd contact opgenomen met de onderwijsinstellingen welke scholingsprogramma's en toetsing aanbieden (zie Tabel 2). Hen werd gevraagd om een omschrijving te geven van het doel, de opzet en inhoud van het desbetreffende programma, het aantal inschrijvingen en informatie over deelnemers (bv. achtergrond, werkervaring, redenen voor het niet behalen van de werkervaringseis), looptijd scholingsprogramma, calculatie van kosten en de mate van flexibiliteit met betrekking tot de toets. Deze informatie werd tevens uitgevraagd aan de hand van een door het onderzoeksteam opgestelde, korte vragenlijst, zie Appendix.



Figuur 1 Flowchart aanpak onderzoek

Vervolgens werd op basis van grijze literatuur (i.e. beleidsdocumenten, rapporten) en inzichten uit relevante wetenschappelijke literatuur een indruk verkregen van de wijze waarop in andere sectoren en in andere landen wordt omgegaan met herregistratie, in het bijzonder herregistratie van professionals die gedurende een aanzienlijke periode weinig tot geen relevante werkervaring hebben opgedaan. In het verkennen van de literatuur werd aandacht besteed aan de sectoren advocatuur en luchtverkeersleiding in Nederland en aan herregistratiesystemen in Ierland, Duitsland en Canada. Hiernaast werd beknopt naar de tevens beschermde beroepsgroepen dierenartsen en architecten gekeken. De voorbeelden en mogelijke alternatieven uit deze sectoren en landen werden gebruikt om gesprekspartners voor interviews te selecteren en de inhoud van de interviews vorm te geven (zie Tabel 2).

Tabel 2 Overzicht gesprekspartners en aantal interviews

Categorie	Aantal interviews	Aantal gesprekspartners per beroepsgroep/land
Representanten van onderwijsinstellingen (aanbieders en docenten)	9	Arts (1); Apothekers (1); Fysiotherapeuten (3)*; GZ-psychologen/Psychotherapeuten (1); Tandartsen (3); Verpleegkundigen (5)*; Verloskundigen (1)
Deelnemers aan scholing/toets	8	Fysiotherapeut (1); Arts (3)**; Apotheker (1); Verpleegkundigen (2)*; Tandarts (2)
Beroepsverenigingen	1	KNMT (tandartsen), KNMP (farmacie), NVP (psychotherapeuten), KNMG (artsen), KNGF (fysiotherapie), KNOV (verloskundigen), VenVN (verzorgenden en verpleegkundigen), NAPA (physician assistants)***, NVvTG (technische geneeskunde)***
Representanten uit andere sectoren	3	Advocaten (1); Luchtverkeersleiders (3)*
Representanten uit andere landen	4	Canada (3); Ierland (1)
(Inter)nationale experts		
Totaal	25	32

* Gesprekspartners verdeeld over meerdere interviews

** 2 van de 3 artsen waren vertegenwoordigers van de actiegroep Herregistratie Artsen bij Ziekte (HABZ)

*** de beroepen physician assistants en technische geneeskunde zijn verder niet meegenomen in dit rapport

() aantal gesprekspartners

Deels parallel aan en deels voortbouwend op de documentanalyse, werden **semigestructureerde interviews** gehouden met een aantal stakeholders over hun ervaringen met het huidige PRC-traject. Onder de groep stakeholders vallen vertegenwoordigers van de instellingen die scholing en toetsing aanbieden (aanbieders) en deelnemers aan de scholingsprogramma's en toetsing (doelgroep) anderzijds. Tevens werd een online bijeenkomst gehouden met representanten van beroepsverenigingen. De gebruikte vragenlijsten voor de gehouden interviews staan in de Appendix.

In deze paragraaf worden de keuzes met betrekking tot de sectoren (advocaten en luchtverkeersleiders) en de internationale vergelijking (Ierland, Duitsland, en Canada) toegelicht. Om inzicht te krijgen in andere sectoren en mogelijke alternatieven die aldaar gebruikt worden voor herregistratie, werd naar de luchtverkeersleiding en de advocatuur gekeken. Binnen het medisch domein en opleiden voor gezondheidszorgberoepen, worden vaak vergelijkingen gemaakt tussen de luchtvaart en gezondheidszorg. Luchtverkeersleiders zijn een interessante groep om in dit onderzoek mee te nemen vanwege de strikte regelgeving rondom beroepsuitoefening en de afweging rondom een minimaal vereist aantal gewerkte uren als eis voor beroepsuitoefening die ook in deze sector speelt. De advocatuur is een professie met een relatief grote professionele autonomie als beroepsgroep en vanuit dat oogpunt interessant om van te leren qua benadering van herregistratie.

Voor de gedachtevorming over mogelijke alternatieven rondom toetsing en herregistratie werden **relevante gesprekspartners** geïnterviewd die betrokken zijn bij (her)registratie in andere landen. Deze gesprekspartners komen uit twee andere landen, namelijk Canada en Ierland, en zij staan tevens bekend als (inter)nationale experts op het gebied van onderwijs en opleiden in de zorg. Het model van registratie en herregistratie in Ierland is gebaseerd op het systeem dat in het Verenigd Koninkrijk gebruikt wordt en kent sterke overeenkomsten met andere Angelsaksische landen zoals Australië. Gezien de ontwikkelingen rondom Brexit, werd Ierland in plaats van het Verenigd Koninkrijk betrokken in dit onderzoek aangezien zij zich aan dezelfde Europese wetgeving dienen te houden als Nederland.

Hiernaast werd Canada in de analyse meegenomen aangezien er in Canada discussie gaande is om het huidige systeem van toetsing in het kader van initiële registratie te herzien. Dit bood de mogelijkheid om met stakeholders en experts aldaar van gedachte te wisselen over vraagstukken die voor dit onderzoek relevant zijn. Interviews met stakeholder uit Ierland en Canada waren met **(inter)nationale experts** op het gebied van toetsing en kwaliteitswaarborging. Naast een gesprek over de landelijke regelingen, werd een deel van het interview besteed aan een meer algemene gedachtewisseling over (systemen van) herregistratie

van zorgverleners. Dit hielp om in het begin van het onderzoek het probleem en een mogelijke aanpak te conceptualiseren en, richting het einde, de verkregen informatie te vertalen naar mogelijke alternatieven voor het huidige Nederlandse scholingsprogramma.

Tevens werd Duitsland, als land waar voor herregistratie van zorgverleners geen werkervaringseis geldt, middels een documentanalyse meegenomen in de internationale vergelijking.

3. Het huidige PRC-traject in Nederland

Kenmerken van deelnemers aan het huidige traject

Het huidige PRC-traject wordt gevolgd door een diverse groep deelnemers. Deze diversiteit ontstaat grofweg doordat deelnemers erg verschillen in de redenen voor het niet voldoen aan de werkervaringseis. De deelnemersgroepen in de scholingsprogramma's per beroepsgroep zijn als gevolg hiervan vaak gemêleerd en daarbij komt dat de deelnemers onderling vaak verschillen in werkervaring op andere gebieden, mate van praktische ervaring en competentie, en kennis over huidige regelgeving en informatievoorziening. Dit betekent dat de leerbehoeften van de deelnemers op verschillende competenties onderling sterk verschillen. Daarnaast is het opvallend en belangrijk om te vermelden dat de deelnemersaantallen aan de scholingsprogramma's per beroepsgroep sterk uiteenlopen, van bijvoorbeeld 0 bij de tandartsen of psychotherapeuten tot 20 bij fysiotherapeuten aan de Hogeschool Leiden in 2020. Het merendeel van de deelnemers aan een PRC-traject kiest echter ervoor om voorafgaande aan de verplichte toets het optionele scholingsaanbod te volgen.

Uit gesprekken met scholingsaanbieders blijkt dat de grootste groep deelnemers het beroep jarenlang niet heeft uitgeoefend (herintreders). Binnen deze groep zijn er een aantal die na afronding van de opleiding nooit in de praktijk hebben gewerkt en daardoor is hun BIG-registratie verlopen. Een andere groep heeft, na het initieel behalen van de registratie, wel werkervaring opgedaan maar is op een later moment elders gaan werken, deels binnen de zorg (bijvoorbeeld bij een verzekeringsmaatschappij of als consultant bij een farmaceutisch bedrijf) en deels in andere (dienstverlenende) sectoren, al dan niet met cliëntcontacten. Bij de scholing voor fysiotherapeuten bijvoorbeeld, zijn sinds 2020 een aantal deelnemers ingestroomd die voorheen als steward(es) bij een luchtvaartmaatschappij werkten maar nu het 'oude' beroep weer willen oppakken. Dit soort instroom is géén uitzondering bij deze beroepsgroep, ook bij verpleegkundigen komt dit regelmatig voor. Zo gaf bijvoorbeeld een deelnemer aan een verpleegkundig PRC-traject aan dat maar 2 van de 9 deelnemers recentelijk nog in de zorg werkten.

Een andere groep deelnemers betreft zorgverleners die nog wél in de praktijk werk(t)en met een BIG-registratie, maar in de voorgaande registratie periode van vijf jaar niet aan de werkervaringseis voldeden. De redenen voor het niet voldoen aan de werkervaringseis loopt sterk uiteen. Uit de gehouden interviews met aanbieders en deelnemers blijkt dat enkele deelnemers hun registratie niet goed bijhouden of dat gewerkte uren (deels) niet meetelden in het kader van BIG-herregistratie. Belangrijk om te benoemen is dat in deze groep ook

zorgverleners vallen die door persoonlijke omstandigheden niet aan de reguliere herregistratie eisen hebben kunnen voldoen, bijvoorbeeld door (langdurige) ziekte, ouderschapsverlof of andere persoonlijke of werk-gerelateerde omstandigheden. Deze groep staat vaak minder ver af van de praktijk, bijvoorbeeld omdat zij nog (beperkt) werkzaam zijn of recent zijn geweest. Echter, bij deze groep deelnemers ontstaat vaak een aantal knelpunten wanneer zij zich via een PRC-traject willen herregistreren. Dit wordt in het volgende hoofdstuk van het rapport beschreven.

Een laatste groep deelnemers die een PRC-traject volgt zijn diegenen die niet praktiserend zijn, maar wel hun BIG-registratie willen behouden. Dit speelt bijvoorbeeld binnen de beroepsgroep van apothekers. Ter illustratie, een deelnemer aan het examen voor apothekers werkte in een farmacie gerelateerde functie waar géén BIG-registratie voor vereist was, deels in een rol met HBO functie-eis en deels in een rol met WO functie-eis. De uren van eerstgenoemde rol telden niet mee voor registratie, maar de deelnemer besloot het examen te doen “om de titel te behouden”. Het behalen en behouden van de BIG-registratie kan bijdragen aan een positie en bepaalde reputatie in het werkveld, die bij verandering of uitbreiding van functie op de huidige werkplek of op een nieuwe werkplek gewenst en soms noodzakelijk is.

De grote verschillen in aantallen deelnemers aan de scholing en/of toets per beroepsgroep zijn opvallend. Zowel lage deelnemersaantallen alsook grote verschillen in aantal deelnemers per cohort maken dat de programma's op dit moment niet kostendekkend zijn. Dit geldt voor zowel de scholingsprogramma's als de toetsdeelname. Initieel werd bij het opzetten van PRC-trajecten uitgegaan van grotere aantallen aanmeldingen per jaar dan wat er in de afgelopen jaren is gerealiseerd. Uit gesprekken met aanbieders van de scholingsprogramma's voor apothekers blijkt bijvoorbeeld dat bij de start van het herregistratieprogramma in 2016 nog 84 deelnemers waren, maar in 2021 nog maar 9 deelnemers per jaar. In het algemeen is er van de jaren 2016 tot 2020 een dalende trend in het aantal deelnemers te zien bij meerdere beroepsgroepen (onder andere bij GZ-psychologen een daling van 12 naar 4 deelnemers van 2016 ten opzichte van 2020, en een daling van 17 naar 6 bij het aangeboden scholingsprogramma voor fysiotherapeuten in Groningen). Een uitzondering op de relatief kleine deelnemersaantallen is de verpleegkundige beroepsgroep. Daar wordt het grootste aantal deelnemers gezien, rond de 1500 per jaar tussen 2017-2019.

Tabel 3 Aantal deelnemers per beroepsgroep aan scholing en/of toets

Beroepsgroep	Onderwijsinstelling	Aantal deelnemers toets en scholing					
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
Apothekers	PAOfarmacie (namens universiteiten van Groningen en Utrecht)	84	10	8	9	9	
Artsen	VUmc Academie		305 (129)*	42 (65)*	36 (27)*	22 (13)*	25 (9)*
Fysiotherapeuten	Hanzehogeschool Groningen	17	25	19	16	6	6
	Hogeschool Leiden	22	20	39	34	18	20
	Hogeschool Zuyd	10-15 per jaar					
GZ-psychologen	RINO-Zuid	12	17	6	9	4	
Psychotherapeuten	RINO-Zuid	4	4	1	2	0	
Tandartsen	ACTA	52**	17	5	6	0	12
Verloskundigen	Hogeschool Rotterdam	41 (25***)					
Verpleegkundigen	Samenwerkingsverband MBO-raad, Actiz en V&VN is nu bezig met de ontwikkeling van een nieuw programma. Huidige programma wordt uitgevoerd door MBO raad.	Onbekend	1157 (2851****)				

NB: informatie op basis van documenten zoals aangeleverd door aanbieders

* aantal geslaagden PRC

** waaronder een grote groep docenten vanuit Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) om het programma aan te toetsen

*** deelnemers toets (meer deelnemers aan de scholing dan aan de toets)

**** cumulatieve aantallen van 2017-2019. Indien deelnemers meerdere malen aan het examen meededen en opgaven waar ze scholing hadden gevolgd, dan werden zij weer meegeteld

Let op: niet elke aanbieder onderscheidt het aantal deelnemers van de scholing en de toets. In dit geval staan dezelfde aantallen beschreven.

Inhoud van huidige scholingsprogramma's

De meeste scholingsaanbieders zijn in de afgelopen jaren van een volledig theoretisch programma overgestapt naar een combinatie van theorie en scholing in praktische vaardigheden en klinisch redeneren. Voor het aanbod van de theoretische kennis blijkt uit gesprekken met aanbieders dat men enerzijds de deelnemers wegwijs maakt in waar theoretische kennis gevonden kan worden door middel van studiewijzers en leermanagementsystemen, en anderzijds biedt men de benodigde theoretische kennis aan. Het veelal online kennismateriaal bestaat vaak uit video's van een college of met uitleg over theorie, een enkele keer wonen de deelnemers een lezing op locatie bij. Bij de tandartsen bijvoorbeeld, worden de deelnemers voorzien van inhoudelijke instructiefilmpjes per onderdeel van de tandheelkunde (zoals radiologie, mond-kaak-aangezicht, richtlijnen) via het leermanagementsysteem Canvas.

Scholing in praktische vaardigheden en klinisch redeneren wordt over het algemeen aangeboden door middel van trainingdagen op een scholingslocatie en in beperkte mate door training op de werkplek. Trainingen op locatie worden door zowel de deelnemers als aanbieders, die in het kader van dit onderzoek gesproken zijn, ervaren als zeer informatief en van toegevoegde waarde. Dit komt door de mogelijkheid om feedback te krijgen van anderen, samen te leren, inzicht krijgen in elkaars aanpak en intervisie. Het belang en de toegevoegde waarde van groepsleren werd vooral binnen de beroepsgroep van fysiotherapeuten zowel door docenten en deelnemers onderstreept. Dit is gebaseerd op de mogelijkheid tot interactie met andere cursusdeelnemers en vanwege de directe feedback op medisch handelen en/of klinisch redeneren. Scholingsprogramma's met samenwerking en intervisie wordt ook door deelnemers die hun basisopleiding lang geleden hebben afgerond (soms 30 jaar geleden) als extra informatief ervaren. Het helpt hen aansluiting te vinden bij beroepsgenoten en zo samen en van elkaar te leren aan de hand van de huidige eisen en richtlijnen van kwaliteit van zorg en hun kennis en vaardigheden naar het vereiste niveau te brengen. Uit een interview met een deelnemende arts kwam naar voren dat onder deelnemers zelfs nóg meer vraag naar interactie en uitwisseling bestaat. Een verpleegkundige gaf in een interview wel aan dat zij een duidelijke scheiding ervaarde in de theorie en het praktische vaardigheden onderwijs door soms verschillende aanbieders waardoor er soms weinig ruimte overbleef om aspecten rondom klinisch redeneren te bespreken en vragen te stellen. Zij gaf aan dat buiten het programma om deelnemers regelmatig groepen vormen (de deelnemer noemde het "lotgenoten") om ervaringen uit te wisselen. Bij de beroepsgroep apothekers vindt eveneens een vorm van peer-

support plaats, waarbij tijdens de individuele voorbereiding op de toets de deelnemers aan elkaar gekoppeld worden om bijvoorbeeld te kunnen overleggen over de te bestuderen studiestof.

Naast de behoefte aan interactie en uitwisseling, geven deelnemers aan dat leren van en door werk in de praktijk van toegevoegde waarde is. Een minimaal aantal uur stage van 80 uur is bijvoorbeeld een onderdeel van scholingsprogramma's voor verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Deze stage, en vooral de evaluatie van en reflectie op het klinisch handelen, wordt bijgehouden in een portfolio. Het portfolio wordt beoordeeld en telt mee als onderdeel van het toetsresultaat.

Deelnemers geven aan dat ze graag voorafgaand aan het traject beter zicht hadden gehad op de inhoud van en de nodige tijdsinvestering voor het scholingsprogramma. Men vindt het een tijdsintensief traject wat doorlopen moet worden, zowel degenen die vooral via individuele studie zich voorbereiden als degenen die een scholingsprogramma met meer bijeenkomsten en praktijkelementen volgen. Desalniettemin waren de deelnemers die geïnterviewd zijn te spreken over de scholingsprogramma's. Uit vrijwel alle gesprekken met aanbieders, docenten als ook met de deelnemers blijkt dat de deelnemers vaak erg gemotiveerd en leergierig zijn; ze willen graag goed voorbereid hun beroep (weer) uitoefenen.

Kenmerken van huidige toetsing

De huidige toetsvormen per beroepsgroep verschillen, maar richten zich vooral op theoretische kennis, praktische vaardigheden en klinisch redeneren (zie Tabel 4), deels bestaande uit meerdere examens. Toetsen van sommige beroepsgroepen, zoals voor de verpleegkundigen, maken gebruik van domein specifieke aandachtsgebieden, waarbinnen relevante kennis en kunde worden getoetst.

De toetsafname vindt plaats op verschillende locaties en er wordt gebruik gemaakt van verschillende toetsvormen. De kennistoetsen, vaak in de vorm van meerkeuzevragen, worden vaak op papier op een centrale locatie in Nederland of op het scholingsinstituut afgenomen. De kennistoets bij bijvoorbeeld de apothekers en de verpleegkundigen daarentegen vindt online plaats, met een online surveillant. Voor deze kennistoetsen worden toetsvragenbanken bijgehouden om telkens een unieke toets af te nemen, en dit vraagt regelmatige update van de toetsvragen. De praktijktoetsen vinden vrijwel altijd plaats op de scholingsinstelling, waarbij over het algemeen gebruik gemaakt wordt van de trainingsfaciliteiten van studenten in de basisopleiding. Bij de tandartsen wordt hierbij gebruik gemaakt van een trainingssimulator, die

realistisch praktijkscenario's traint en toetst. De toetsing binnen de beroepsgroep fysiotherapeuten is uniek onder de beroepsgroepen en maakt zowel in het reguliere herregistratieprogramma alsook in het Eerder Verworden Competenties traject gebruik van een portfolio, waarbij kennis en kunde geïntegreerd beoordeeld wordt.

Tabel 4 Overzicht toets vormen per beroepsgroep

Beroepsgroep	Onderwijsinstelling						Toetsvorm	Stage
		Kennis & Inzicht	Praktische vaardigheid	Klinisch redeneren	Klinische besluitvorming	Communicatie vaardigheden		
Apothekers	PAOfarmacie (namens universiteiten Groningen en Utrecht)	x					MCQ & open vragen	
Artsen	VUmc Academie	x	x	x			1) MCQ, 2) casuïstiek vragen, 3) stations toets	
Fysiotherapeuten	Hanzehogeschool Groningen		x	x	x	x	Portfolio & beoordelingsgesprek	x
	Hogeschool Leiden		x	x	x		Portfolio	x
	Hogeschool Zuyd	x	x	x	x	x	Portfolio & beoordelingsgesprek	
GZ-psychologen	RINO Zuid	x	x	x	x		Portfolio	
Psychotherapeuten	RINO Zuid	x	x		x		MCQ (kennis)& portfolio (vaardigheden)	
Tandartsen	ACTA	x	x		x	x	Simulator	
Verloskundigen	Hogeschool Rotterdam	x					Landelijke voortgangstoets, Portfolio & beoordelingsgesprek	x

PRC: analyse van de werking van huidige scholingsprogramma's, toetsing en alternatieven

Beroepsgroep	Onderwijsinstelling	Kennis & Inzicht	Klinische vaardigheid	Klinisch redeneren	Klinische beslisvorming	Communicatie vaardigheden	Stage
Verpleegkundigen	Samenwerkingsverband MBO-raad, Actiz en V&VN	x	x	x			MCQ, casus, rekenopdracht

Note: Dit is een versimpelde vorm en samenvatting van de beschreven toets vormen

4. Knelpunten in het huidige systeem leidend tot een PRC

Voortbouwend op de beschreven diversiteit in de doelgroep en de hieruit volgende uitdaging om een facultatief scholingsprogramma en uniforme toets voor alle deelnemers aan te bieden, kunnen een aantal knelpunten worden afgeleid.

Wat opvalt in het huidige PRC-traject (en tevens benoemd werd in de gesprekken met internationale experts, zie aldaar) is dat er vertrouwd wordt op toetsing van een beperkt aantal competenties om te kunnen functioneren in de praktijk. De aspecten die getoetst worden zijn in sommige gevallen zeer algemeen en hebben een beperkte relatie met het daadwerkelijk functioneren in de praktijk waar de deelnemer naar streeft. Dit wordt door deelnemers vanuit verschillende beroepsgroepen alsook beroepsverenigingen aangegeven. Het huidige systeem van scholing en toets leidend tot PRC heeft daardoor een beperkte validiteit ten opzichte van de praktijk en het werkveld dat iemand ná de toets gaat betreden. Er is weinig ruimte voor vertrouwen in de zelfregulatie van individuele deelnemers en er wordt beperkt gebruik gemaakt van de werkomgeving waar iemand (weer) aan de slag gaat. Het huidige scholings- en toets systeem is niet geschikt om iemand een lerende periode aan te bieden (bijv. middels geclausuleerde herregistratie).

Discrepanties ervaren door deelnemers

Deelnemers ervaren vaak moeite met de (evidence-based) theoretische kennis, het competentiegericht opleiden en het toepassen van huidig geldende richtlijnen. Dit is vooral van toepassing op deelnemers die jarenlang niet in het werkveld hebben gewerkt. Zij geven aan dat het beroepsbeeld en het werkveld (sterk) is veranderd en de huidige benaderingswijze afwijkt van de manier van redeneren en handelen van hun initiële opleiding. Voor deze groep deelnemers is de inhoud van de meeste onderdelen van de huidige scholing zeer waardevol in voorbereiding op de toets. Voor deelnemers die wat recenter nog in het werkveld actief waren geldt dat zij over het algemeen minder moeite hebben met de theorie, het competentiegerichte opleiden en kennis van de huidige richtlijnen. Zij kunnen veel onderdelen van het scholingsprogramma doorlopen op ervaring, en ervaren dat het volgen van alle onderdelen van het programma voor hen niet altijd even nuttig is.

Een ander belangrijk knelpunt ervaren veel deelnemers die na hun basisopleiding op een gespecialiseerdere werkplek terecht zijn gekomen, dit komt voor bij de beroepsgroepen die naast een basisregistratie (BIG) óók een specialistenregistratie hebben (bijv. Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS)). Hier kan bij langdurige afwezigheid

met gevolg het niet kunnen behalen van de vereiste nascholing voor specialisten, en de vereiste werkurennorm voor basisberoepen een schrijnende situatie ontstaan. Dat komt omdat volgens de huidige regelgeving bij verlies van de registratie voor specialisatie de basisregistratie in het BIG-register niet meer vanzelfsprekend is. Dit betekent dat een specialist die niet voldoet aan de werkervaringseis voor specialisten gedwongen is om een PRC-traject te doorlopen. Om weer te mogen werken in een (vaak zeer specifiek en afgebakend) deelaspect van het beroep, moeten zij middels een PRC eerst aantonen dat hun basisniveau van kennis en kunde gelijk is aan iemand die net de basisopleiding geneeskunde heeft afgerond. Voor hen is het opnieuw bestuderen van de complete kennisdomein van de basisopleiding een struikelblok. De deelnemers die wij spraken vragen zich tevens af wat het nut hiervan is, aangezien zij vaak in een veel gespecialiseerdere werkplek weer aan het werk gaan. De PRC-toets voor de BIG-herregistratie blijkt dan erg ver af te staan van de praktijk van de zorgverlener specialist. Een ander voorbeeld doet zich voor bij de apothekers. De PRC-toets die afgelegd wordt heeft voor het merendeel grote afstand tot de huidige werkplek.

Een laatste knelpunt dat in verschillende beroepsgroepen naar voren is gekomen geldt voor zorgprofessionals die in een aangrenzende functie werken en soms voor hun functie zelfs een BIG-registratie nodig hebben, maar waarvan de gewerkte uren vervolgens niet meetellen als werkervaringseis voor de herregistratie. Zo telden bijvoorbeeld voor een adviserend paramedicus die bij een zorgverzekering werkte de gewerkte uren niet mee als werkervaring. Voor deze deelnemers geldt dat bepaalde onderdelen van het PRC-traject veel (zelf-)studie vereisen om weer op basisniveau te komen, maar dat de getoetste kennis of kunde vervolgens voor de functie van de zorgprofessional niet van toepassing is.

Flexibiliteit

Vrijwel alle scholingsprogramma's en aansluitende toetsen bieden weinig flexibiliteit en mogelijkheden voor personalisatie. De toets dient in z'n geheel te worden gemaakt, vaak bestaande uit meerdere modules die op verschillende momenten worden afgenomen. Wat betreft scholingsprogramma, bieden de programma's voor de verloskundigen en de fysiotherapeuten (Groningen en Leiden) de meeste flexibiliteit door het gebruik van een portfolio en een stageperiode van 80 uur die men zelf kan plannen. Zowel de gesproken deelnemers als ook de betrokkenen vertegenwoordigers van beroepsverenigingen geven aan dat er naast een standaard deel ook maatwerk mogelijk zou moeten zijn in scholingsprogramma's en daarop aansluitende toetsen, onder andere vanwege de vele deskundigheidsgebieden en achtergronden van deelnemers. Beroepsverenigingen gaven aan dat de frequentie van

aanbieden van scholingsactiviteiten en toets vaker dan eenmaal per jaar zou moeten zijn om meer flexibiliteit te creëren.

Kosten van de PRC-trajecten

Deze sectie van het rapport identificeert factoren die effect hebben op kostendekkendheid en aanknopingspunten voor mogelijke aanpassingen. Later in het rapport komen verschillende aanpassingsopties aan bod. De financiële gevolgen van de (combinaties van) aanpassingen zijn geen onderdeel van dit rapport.

De programma's brengen (deels hoge) kosten met zich mee (Tabel 5). De kosten komen voort uit kosten voor de uitvoer van het scholingsprogramma en de toets (directe kosten), en indirecte kosten door de hiermee verbonden tijdsinvestering bij de aanbieders. Het totaal aan inkomsten is bij de meeste aanbieders niet toereikend om de kosten te dekken. Zo gaven vier aanbieders aan dat het programma niet kostendekkend is en beschreven twee andere aanbieders dat de kosten alleen bij meer dan 10 deelnemers gedekt worden. Bij de meeste aanbieders geldt dat de mate van kostendekking van het programma sterk afhangt van het deelnemersaantal, dat sinds 2016 elk jaar enorm verschilt.

Om de programma's kostendekkend te maken hebben sommige aanbieders een groot deel van het scholingsmateriaal online gezet. Voor de beroepsgroep tandartsen bieden een website en online leeromgeving de deelnemer toegang tot alle beschikbare informatie. Uit de gesprekken met aanbieders en docenten werd het online beschikbaar maken van lesmateriaal, begeleidende literatuur en kennisclips als enige optie benoemd om kosten te drukken. De aantallen deelnemers beïnvloeden is niet mogelijk en alternatieven om kosten te beperken leverden geen wezenlijke besparingen op. In gesprekken met docenten fysiotherapie werd bijvoorbeeld beschreven dat het geven van onderwijs altijd een tijdsinvestering vraagt. Door flexibele inzet van docenten en onderlinge samenwerking wordt reeds op efficiëntie gelet. Daarnaast accepteert men dat niet de kosten maar de (indirecte) maatschappelijke winst door het (weer) vakbekwaam maken van zorgverleners voorop staat. Ook werd vanuit de beroepsverenigingen aangegeven dat de scholing ingericht moet zijn voor een werkveld dat constant verandert waardoor regelmatige aanpassingen nodig zijn, wat veel maatwerk vraagt en variabele kosten met zich meebrengt.

Kosten voor deelnemers variëren van rond €800 tot €2.500, afhankelijk van de beroepsgroep en deels afhankelijk van of deelnemers alleen de toets of óók het scholingsprogramma volgen. Voor een deel van de PRC-trajecten is het volgen van het scholingsprogramma, hoewel

wettelijk niet verplicht, wel de norm. Uit interviews met fysiotherapeuten en artsen die deel hebben genomen aan het scholingsprogramma en de toets om hun PRC te halen blijkt dat zij de kosten (€2.215 en €2.500, zie Tabel 5) en duur van de trajecten acceptabel vinden. Een verpleegkundige daarentegen zag erg op tegen de kosten van €1.100 voor het scholingsprogramma en toets. Tevens werd door deelnemers aangegeven dat het een aanzienlijke financiële investering vergt om het PRC-traject te doorlopen. Het kost immers inschrijfgeld en daarnaast mogelijk verlies van inkomen vanwege de tijdsinvestering in het PRC-traject. De ruimte om dit te doen vergt soms een bijdrage van de huidige werkgever en kan implicaties hebben voor de financiën in een gezin. In het merendeel van scholingsprogramma's worden deelnemers geacht het volledige traject te doorlopen en alle modules te volgen, bijvoorbeeld bij artsen, ongeacht hun achtergrond en leerbehoeften. Een manier om de kosten, met name voor deelnemers, omlaag te kunnen brengen zou zijn om aan te bieden dat deelnemers kunnen kiezen welke modules zij willen volgen. Dit zou tevens enige reductie van betrokken personeel kunnen betekenen, alhoewel alle modules in beginsel wel aangeboden moeten kunnen worden.

Tabel 5: Overzicht kosten per programma

Beroepsgroep	Onderwijsinstelling	Kosten	
		Scholing	Toets
Apothekers	PAO-farmacie (namens universiteiten Groningen en Utrecht)	online zelfstudie, geen kosten	€ 998,-
		€ 2.215,-	
Artsen	VUmc Academie	Module 1: € 310,- Module 2: € 380,- Module 3: € 1.525,-	
Fysiotherapeuten	Hanzehogeschool Groningen	€ 2.500,-	
	Hogeschool Leiden	€ 2.500,-	
	Hogeschool Zuyd	€ 1.495,-**	
GZ-psychologen	RINO Zuid	€ 2.160,-	€ 950,-
			€ 950,-
Psychotherapeuten	RINO Zuid	n/a*	Deel 1: € 425,- Deel 2: € 425,-
Tandartsen	ACTA	€ 800,-	€ 1950,-
Verloskundigen	Hogeschool Rotterdam	o.b.v. individuele offerte	€ 2.000,-
Verpleegkundigen	Samenwerkingsverband MBO-raad, Actiz en V&VN	Van € 775,- tot € 2.000,- ***	€ 395,-

*nog geen scholing beschikbaar

**kosten voor het EVC (Eerder Verworden Competenties) programma zijn lager door een korter programma en minder geboden begeleiding

***afhankelijk van aanbieder

Samenvatting: huidig Nederlands systeem leidend tot PRC en beschreven knelpunten

De achtergronden en redenen voor deelname aan het PRC-traject van deelnemers is zeer divers. Over het algemeen is er sprake van deelnemers die herintreden, maar ook zijn er deelnemers die de titel en registratie willen behouden ook al zijn ze niet-praktiserend. In mindere mate zijn de deelnemers zorgverleners die door persoonlijke omstandigheden, zoals ziekte, niet aan de werkervaringseis hebben kunnen voldoen. De diversiteit in de doelgroep heeft implicaties voor de verschillende scholingsprogramma's en toetsing. De verschillende gebruikte toetsvormen per beroepsgroep richten zich vooral op theoretische kennis, klinische/praktische vaardigheden en klinisch redeneren. De meeste scholingsaanbieders zijn in de afgelopen jaren van een volledig theoretisch programma overgestapt naar een combinatie van theoretische en praktische onderdelen. In algemene zin geven deelnemers aan meerwaarde te zien in meer interactie in de scholing, uitwisseling met collega's, en de mogelijkheid om een leertraject in een werkomgeving te volgen. Het gebrek aan flexibiliteit en het ontbreken van een gepersonaliseerd scholingstraject en toets in het huidige systeem worden als belangrijke knelpunt ervaren. Bovendien hebben de grote verschillen in aantallen deelnemers aan scholing en/of de toets per beroepsgroep grote invloed op de kosteneffectiviteit van de programma's.

5. Intersectorale vergelijking

Advocaten

Bepalingen in de advocatenwet en in de verordening op de advocatuur (het herschrijven van advocatenwet in 2014) richten zich op de waarborging van de kernwaarden van de advocatuur, welke zijn partijdigheid, onafhankelijkheid, deskundigheid, vertrouwelijkheid en integriteit. De website van de Nederlandse Orde van Advocaten (NOvA) beschrijft uitgebreid en helder over de procedure die een (aspirant) advocaat dient te bewandelen om zich officieel te registreren op het tableau, zoals het register bij advocaten heet. Na het behalen van het masterdiploma vindt bij aanvang van de 3-jarige Beroepsopleiding Advocaten (BA) de eerste beëdiging plaats met een 'voorwaardelijke' inschrijving op het tableau, waarbij een bewijs van stage bij een advocatenkantoor en een VOG-verklaring (Verklaring Omtrent Gedrag) noodzakelijk is. Bij afronding van de BA is men officieel advocaat en start de 'onvoorwaardelijke' inschrijving op het tableau, waarbij elk jaar een financiële bijdrage verschuldigd is afhankelijk van het bruto-inkomen.

Na de start van de onvoorwaardelijke inschrijving op het tableau dienen advocaten in Nederland jaarlijks hun kennis en kunde aan te tonen. Opvallend is hierbij dat er géén werkurennorm (te vergelijken met de werkervaringseis/urennorm in de Wet BIG) gehanteerd wordt, enkel het behalen van opleidingspunten is van belang. Per jaar dient een geregistreerd advocaat minimaal 20 opleidingspunten te behalen, waarvan minimaal 10 punten betrekking moeten hebben op juridische activiteiten op een voor de advocaat relevant rechtsgebied.

Een verplicht onderdeel van het behalen van deze opleidingspunten zijn de in 2020 ingevoerde kwaliteitstoetsen, waarbij men één van twee wegen binnen deze toetsen kan bewandelen:

1) Keuze tussen minimaal 8 uur per jaar intervisie, of minimaal 4 uur per jaar peer-feedback. Deze vormen mogen niet gecombineerd worden en vinden plaats onder begeleiding van een bij NOvA geregistreerde reviewer of gespreksleider, en

2) Gestructureerd collegiaal overleg minimaal 8 uur per jaar onder begeleiding, per keer minimaal 2 uur en maximaal 4 uur aaneengesloten. Het aantal uur staat hierbij gelijk aan opleidingspunten tot een maximum van 4 punten per jaar.

Overige opleidingspunten kunnen overal in de markt worden behaald bij erkende alsook bij niet-erkende opleidingsinstellingen, maar ook door het geven van onderwijs of het schrijven van artikelen. Erkende instellingen hebben een kwaliteitscontrole van de NOvA doorlopen, waardoor bewijs voor cursusdeelname automatisch voldoende is voor opleidingspunten. Cursusdeelname bij niet-erkende instellingen wordt achteraf per deelnemer individueel

gecontroleerd voor de NOvA. Het cursusaanbod is zeer uitgebreid en onderverdeeld per rechtsgebied/specialisatie. Scholingsvormen die voorbijkomen bij een korte inventarisatie zijn: Webinars, colleges op locatie en individuele of plenaire casusbehandeling. Deelnemerskosten verschillen van een paar honderd euro tot een paar duizend euro, oplopend met het aantal te verkrijgen opleidingspunten.

Toezicht en handhaving van registratie op het tableau wordt gedaan door de deken van het lokale arrondissement. De deken heeft de bevoegdheid tot het vorderen van inlichtingen en inzage, en de advocaten zijn gehouden aan het toezicht mee te werken, een medewerkingsplicht. Dit gebeurt steekproefsgewijs op jaarlijkse basis. In de situatie waarbij deze 20 opleidingspunten níet worden gehaald zijn de vervolgstappen afhankelijk van de reden voor het niet behalen van het aantal punten. Wil men ondanks het onvoldoende aantal punten blijven werken als advocaat, dient binnen 12 maanden na afloop van het desbetreffende kalenderjaar het tekort aan opleidingspunten ingehaald te worden.

Advocaten die uitgeschreven zijn van het tableau en dus herintreden moeten opnieuw beëdigd worden en worden weer onvoorwaardelijk ingeschreven. Herbeëdiging is gelijk aan eerste beëdiging bij aanvang van de beroepsopleiding advocaten, behalve dat men géén bewijs van stage nodig heeft. In de 12 maanden ná beëdiging dient men naast de gebruikelijke 20 opleidingspunten tevens 20 opleidingspunten op het voor hen relevante rechtsgebied éxtra te behalen. Een advocaat kan binnen vier weken na beëdiging een verzoek indienen bij de raad van orde (onderdeel van het lokale arrondissement) voor gehele of gedeeltelijke vrijstelling van de eis van het behalen van de extra 20 punten, voorwaarde is dat men kan aantonen te bezitten over voldoende actuele kennis op het voor de praktijk relevante rechtsgebied.

Bij langdurige ziekte hoeft iemand niet aan de 20 opleidingspunten te komen, de regels worden dan opgeschort tot werkhervatting. Op het moment dat de advocaat praktijkoefening geheel of gedeeltelijk hervat wordt het aantal opleidingspunten in het kalenderjaar van hervatting naar rato verminderd, en daarbovenop geldt het volgende: <12 maanden geen praktijkuitoefening, 5 extra opleidingspunten behalen binnen 12 maanden; 12-24 maanden geen praktijkuitoefening, 10 extra opleidingspunten halen binnen 12 maanden. Voor deze eis van extra opleidingspunten kan vrijstelling worden aangevraagd op basis van bewijs van actuele kennis voor de relevante rechtsgebieden.

Kortom, er wordt zeer veel zelfstandigheid, maar ook veel keuzevrijheid gegeven aan deelnemers m.b.t. de kennisgebieden waarin zij zich willen scholen en hoe uitgebreid de cursus is. Voor een deelnemer die na ziekte het werkveld hervat betekent het dat zij, naast het oppakken van het werk, méér scholing moeten volgen dan een advocaat die is blijven werken. Door het

aantal vereiste opleidingspunten naar rato te verminderen gedurende een langdurige afwezigheidsperiode door ziekte, ontstaan er over het algemeen geen problemen in het kader van de registratie tijdens een ziekteperiode (indien <24 maanden).

De informatie in deze paragraaf berust op informatie van de website en een kort gesprek met een beleidsadviseur van de Nederlandse Orde van Advocaten (NOvA), alsook geraadpleegde wetsartikelen.

Luchtverkeersleiders

Aan luchtverkeersleiders wordt een certificaat afgegeven voor 3 jaar, wat hen in staat stelt hun werkzaamheden uit te voeren en dat vergelijkbaar is met een BIG-registratie voor zorgverleners. Hiernaast beschikken ze over een 'unit endorsement' dat aangeeft welke werkzaamheden ze mogen uitvoeren en in welke sector (geografisch gebied) ze werken. Tevens kan een luchtverkeersleider over een aanvullend certificaat als coach of assessor/praktijkbeoordelaar beschikken. Volgens het regelement van de European Organisation for the Safety of Air Navigation (EUROCONTROL) moeten luchtverkeersleiders uiterlijk na 3 jaar hun certificaat vernieuwen³. Hun 'unit endorsement' moet jaarlijks worden vernieuwd wat door continue training wordt gewaarborgd.

De unit endorsement wordt jaarlijks vernieuwd als aan drie criteria (werkervaringseisen) is voldaan: 1) de kandidaat heeft het minimumaantal vereiste uren gewerkt, 2) de kandidaat heeft meegedaan aan een 'refresher-training', en 3) de competenties van de kandidaat zijn beoordeeld, niet eerder dan 3 maanden voordat het endorsement verloopt. Het minimumaantal vereiste uren wordt door elke unit (sector/geografisch gebied waarin men werkt) bepaald maar is voor alle ter plekke werkzame luchtverkeersleiders gelijk. Dit komt vaak overeen met 45 uur in 180 dagen.

De refresher trainingen (criteria 2) zijn bedoeld om de bestaande kennis en vaardigheden van luchtverkeersleiders op peil te houden, te versterken, en voor een veilige, ordelijke en snelle stroom van luchtverkeer te zorgen. Deze jaarlijkse refresher training omvat ten minste:

(1) Standaardpraktijken en procedures, gebruikmakend van goedgekeurde terminologie en effectieve communicatie; (2) training in abnormale situaties en noodsituaties, gebruik makend van goedgekeurde terminologie en effectief communicatie in een simulator; en (3) Training op

³ Easy Access Rules for Air Traffic Controllers' Licensing and Certification (Regulation (EU) 2015/340), § Subpart B, Subpart D, Section 4 (2019).

het gebied van menselijke factoren (team resource management, fatigue management, stress management). De training kan modulair gegeven worden. Het in stand houden van bestaande kennis en kunde is een fundamenteel onderdeel van de refresher training.

Voor de "proficiency check" moet naast de refresher training vaardigheden en theoretische kennis en begrip worden getoetst. Toetsing van vaardigheden wordt gedaan door praktijkbeoordelingen. Dit wordt gedaan door één of een serie van observaties van live luchtverkeer in normale omstandigheden, zodat praktische vaardigheden door een supervisor beoordeeld kunnen worden. De supervisor of assessor is een ervaren en gecertificeerde luchtverkeersleider die voor de observatie gebruik maakt van een checklist. De andere onderdelen van de kennistoetsing bestaan uit een computertoets met meerkeuzevragen. Van deze jaarlijks toets van de theoretische kennis moet minimaal 75% gehaald worden. Er is één herkansingsmogelijkheid. Wordt de herkansing ook niet gehaald wordt op individueel niveau gekeken wat de achterliggende redenen zijn en waar tekortkomingen liggen. Een aanvullende eis voor herregistratie is de regelmatige beoordeling van het niveau van Engels en gespreksvaardigheden (afhankelijk van het behaalde niveau om de 3, 6 of 9 jaar).

Door de strenge wetgeving en het aantal vereiste gewerkte dagen en uren, wordt in de praktijk zo veel mogelijk geprobeerd om minder dan 180 dagen afwezig te zijn. Zo komen bijvoorbeeld veel vrouwen na 179 dagen terug van hun zwangerschapsverlof en kunnen zo hun unit endorsement behouden of alsnog behalen. Er is namelijk sprake van een consolidatieperiode waarin men binnen 90 dagen de nog uitstaande 45 werkuren kan inhalen. Echter moet een luchtverkeersleider bij afwezigheid tot 180 dagen wel minimaal één tot vier diensten onder supervisie werken. Dit mag naar wens uitgebreid worden door aanvullende begeleiding of extra uren in de simulator.

Bij een afwezigheid van langer dan 180 dagen en het niet behalen van de werkervaringseisen, en tevens bij herintreders, wordt een individueel trainingsplan opgesteld. Dit gebeurt door de trainingscoördinator en training design specialist, deels in samenspraak met de desbetreffende persoon en moet goedgekeurd worden door de Europese autoriteit. Het plan bestaat in ieder geval uit een mondeling examen om de redenering en toepassing van kennis en regelgeving te toetsen, een theoretisch examen bestaand uit meerkeuzevragen, en observatie door 2 assessoren gedurende minimaal 4 diensten. Afhankelijk van de wensen en leerbehoeften kan er meer simulatietraining of meer observaties worden opgenomen. Binnen EUROCONTROL bijvoorbeeld is er maar 2-3 keer per jaar sprake van personen die dit traject door 'long term absence' moeten ondergaan.

Er is sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid: de luchtverkeersleider en werkgever

zorgen samen dat verkeersleiders bekwaam blijven. Zo wordt in de dienstplanning rekening gehouden met en mogelijkheid gegeven om het vereiste aantal gewerkte uren en dagen te halen, maar is het de verantwoordelijkheid van het individu om zich hieraan te houden en niet van dienst te ruilen. Het aantal gewerkte uren wordt bijgehouden door de werkgever.

Luchtverkeersleiding Nederland (LVNL) richt zich naar de regels opgesteld door de European Aviation Safety Agency (EASA) en vereist tevens een urennorm (85 uur per jaar) van een minimumaantal gewerkte diensten en een herhalings-training (simulator, leslokaal en computer-based training) bestaande uit vier dagdelen per jaar. Om luchtverkeersleiders vakbekwaam te houden, wordt jaarlijks een theorie-examen afgelegd.⁴ Kan iemand niet aan de eisen voldoen dan volgt een inwerkdienst ('on-the-job-training'), en volgt na 1 jaar afwezigheid heropleiding.

Kortom, de luchtverkeersleiding heeft een streng systeem ter kwaliteitsbewaking, vastgesteld door Europese regelgeving, met regelmatige cursussen en toetsen om de theoretische kennis en praktische vaardigheden op peil te houden. Opvallend is dat de werkervaringseis bestaat uit een combinatie van aantal gewerkte uren en dagen, en dat er een schakelpunt bij 180 dagen ligt. Het aantal niet gewerkt dagen bepaalt of een luchtverkeersleider een beperkt of volledig trainingsprogramma moet volgen. Ook valt de consolidatieperiode van 90 dagen op om extra kans te bieden om de werkervaringseis alsnog te halen. Tevens wordt de verantwoordelijkheid niet alleen bij de luchtverkeersleider zelf gelegd maar mede gedragen door de werkgever. Ook al zou de dienstplanning als beperkende factor worden gezien, wordt er redelijk veel flexibiliteit en maatwerk geleverd om individuele leerbehoefte te bedienen.

De informatie in deze paragraaf berust op informatie van de websites en twee gesprekken met opleidings- en trainingscoördinatoren van EUROCONTROL en LVNL, alsook geraadpleegde richtlijnen.

Dierenartsen/ Architecten

Naast de luchtverkeersleiders en de advocaten werd in het kader van mogelijke alternatieven voor herregistratie ook naar twee andere beschermde beroepen gekeken die een meerwaarde voor dit rapport hebben: dierenartsen en architecten. Deze kenmerken zich vooral door een

⁴ LVNL. (2021). Veilige uitvoering in de praktijk. *Veiligheid*. Retrieved from <https://www.lvnl.nl/veiligheid/veilige-uitvoering-in-de-praktijk>

systeem van geclausuleerde registratie alsook de openbaar beschikbare informatie per persoon over gevolgde nascholing.

Dierenartsen

Registratie in het diergeneeskunderegister is verplicht voor dierenartsen die hun beroep willen uitoefenen. Dit kan direct na het behalen van het masterdiploma. Daarna kan iemand specialist worden en zich registreren in het veterinaire specialistenregister. Dit kan:

- 1) Ongeclausuleerd: registratie voor vijf jaar voor één specialisme, waarbij men in Nederland werkzaam is en voor meer dan 50% (min. 19 uur) per week in het betreffende specialisme;
- 2) Geclausuleerd (voor onbepaalde tijd): wanneer iemand niet aan de eisen van ongeclausuleerde registratie kan voldoen.

Geclausuleerde registratie wordt aangegeven door de term “niet-praktiserend” (n.p.). Dit gebeurt als iemand niet aan de 5-jaar herregistratie eisen voldoet, als iemand 2 jaar na afronding van opleiding tot specialist niet aan werkeisen voldoet, of als iemand niet meer praktiserend is vanwege leeftijd of arbeidsongeschiktheid. Als dit een tijdelijke situatie is en de omstandigheden die voorkwamen dat iemand aan de voorwaarden van ongeclausuleerde registratie kon voldoen zich niet meer voordoen, kan de registratiecommissie in kennis gesteld worden en een verzoek tot ongeclausuleerde herinschrijving worden ingediend.

De beroepsgroep dierenartsen heeft tevens een vrijwillig kwaliteitsregister (Centraal, Kwaliteitsregister Dierenartsen, CKRD), waarbij 100 punten geaccrediteerde nascholing in 5 jaar voldoende is voor herregistratie. Bij ziekte of zwangerschap tot maximaal 6 maanden wordt uitstel gehonoreerd. Bij ziekte van meer dan 6 maanden en een maximum van 25% niet gehaalde punten geldt uitschrijving met mogelijkheid tot herinschrijving na 2 maanden met behoud van reeds behaalde nascholingspunten. Nascholingspunten kunnen verkregen worden d.m.v. formele nascholing, informele nascholing, CKRD-punten voor KNMvD bestuurs-/commissiewerk. Formele nascholing bestaat uit: workshops, werkcolleges, lezingen, hoorcolleges, symposia, e-learning, congressen etc. Informele nascholing bestaat o.a. uit: intercollegiaal overleg, intervisie, participeren in kennisnetwerken, schrijven van richtlijnen uitvoeren van een zelfevaluatie.

Interessant om mee te nemen van de beroepsgroep dierenartsen is de mogelijkheid tot geclausuleerde registratie. Dit geeft de zorgverlener de kans om wel binnen het werkveld te blijven werken, maar mogelijk andere werkzaamheden uit te voeren.

Architecten

Architecten kennen de Regeling Beroepservaringperiode (BEP), waarbij men na behalen van het (master)diploma architectuur de eerste 2 jaar van uitoefening van het beroep van architect aan het werk gaat (min. 20 uur per week) onder begeleiding van een mentor. Daarna mag men zich pas inschrijven in het architectenregister. Voorafgaand aan deze periode wordt vastgesteld wat deze persoon aan het eind van de periode geleerd dient te hebben. Dit plan wordt voorgelegd aan het Bureau architectenregister.

Artikel 27a van de wet op de architectentitel verplicht architecten in het architectenregister hun vakkennis op peil te houden door jaarlijks minimaal 16 uur bij- en nascholing te volgen, er is géén werkuren-norm. De registratie, alsmede het jaarlijks online opgeven van de gevolgde scholing gaat op basis van eigen verantwoordelijkheid, maar zijn wel onderdeel van de informatieplicht. Deze informatieplicht zorgt ervoor dat zowel het register alsook opdrachtgevers inzicht hebben in de kennis en kunde van de geregistreerde architect. Daarnaast mag men vermoeden van titelmisbruik melden bij register. Op deze manier zorgt de beroepsgroep architecten voor transparantie naar de klant/opdrachtgever, waarmee men de bekwaamheid van de architect kan beoordelen.

Aanvullende perspectieven vanuit de beroepsgroep architectuur zijn het gebruik van een afgebakende periode waarin iemand onder supervisie aan het werk is met een vooraf goedgekeurd leerplan. Daarnaast wordt zelfstandigheid en transparantie verwacht over nascholing d.m.v. informatieplicht, en géén gebruik van urennorm als indicator van competentie.

6. Internationale vergelijking

Ierland

De beroepsgroepen die in Nederland samengevoegd zijn onder de Wet BIG, hebben in Ierland separate registratiesystemen. Fysiotherapeuten, en binnenkort ook de psychologen/psychotherapeuten vallen wél onder een overkoepelend registratiesysteem (Coru, Health & Social Care Professionals Council), dat op dit moment 11 beroepsgroepen reguleert. Dit grote registratiesysteem is het meest duidelijk in het beschrijven van het proces van 'return to practice'. Dit proces vraagt van de deelnemer die 2-5 jaar of >5 jaar 'out of practice' is, respectievelijk 210 uur of 420 uur 'updating' in de vorm van een gesuperviseerde praktijkperiode. Elementen van het updating proces zijn een gesuperviseerde praktijkstage (inclusief een voorbereiding d.m.v. maken van een leerplan) en daarnaast formele scholing en/of zelfstudie. Men wordt zelf verantwoordelijk geacht voor verslaglegging gedurende deze periode en de enige voorwaarde is dat de activiteiten hebben plaatsgevonden uiterlijk 2 jaar vóór het indienen van het herregistratieverzoek bij de Board. Nadat de Registration Board alle documenten heeft goedgekeurd volgt (weer) volledige registratie.

Bij het proces om terug te keren naar de praktijk wordt uitgegaan van eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid om zaken te regelen t.b.v. de 'return to practice', zoals het vinden van een geschikte praktijkstage en het opstellen van een leerplan. Een vergelijkbaar proces van elementen met duidelijke beschrijvingen van leeruitkomsten over kennis en vaardigheden wordt gehanteerd voor de beroepsgroepen verpleegkundigen en verloskundigen wanneer iemand meer dan vijf jaar 'out of practice' is geweest. Voor de beroepsgroep apothekers wordt het element praktijkstage groter naarmate er langer niet meer in de praktijk is gewerkt. Hier geldt dat wanneer iemand meer dan 6 maanden niet geregistreerd is, men een zelf-assessment aan de hand van het 'Core-Competency framework' dient te maken. Vanaf één jaar geen registratie moet men daarbij ook minimaal twee weken gesuperviseerde praktijktraining volgen, en vanaf drie jaar geen registratie moet een praktijkperiode minimaal vier weken duren. Deze praktijkperiode noemt men ook wel 're-familiarisation', het opnieuw vertrouwd raken met de praktijk, en hier is geen toetsing aan verbonden. De bewijsstukken voor deze activiteiten worden opgevoerd bij de aanvraag voor herregistratie ter beoordeling. Voor de beroepsgroep tandartsen wordt onderscheid gemaakt tussen iemand met een *full* of een *temporary* (working under supervision) registratie. Voor de beroepsgroep artsen geldt dat een arts die geregistreerd is bij de Medical Council, jaarlijks een verklaring dient aan te leveren met bewijs van professionele competenties. Dit bestaat uit minimaal 50 CPD-credits (Continuing

Professional Development) en minimaal 12 uur klinische audit. Er is geen werkervaringseis, echter voor de artsen geldt dat iemand 'absent from practice' is na meer dan 90 dagen afwezigheid binnen een kalenderjaar. Als dit is vanwege zwangerschaps- of ouderschapsverlof, wordt er bij de jaarlijkse verklaring een aantekening toegevoegd van deze situatie en vormt dit geen probleem voor de registratie. Andere situaties worden gezien als 'absence'. In dat geval dient iemand gebruik te maken van een ePortfolio en wordt op de werkplek een plan met passende scholing gemaakt voor 'return to work'. Voor personen die vallen in de categorie 'illness' wordt aan dit programma een 'occupational health professional' (arbeidsgezondheidszorg) bij het proces betrokken. Beoordeling vindt plaats door de Board van de Medical Council.

Input vanuit gesprek met internationale expert uit Ierland

In het interview met een expert uit Ierland (huisarts en hoogleraar toetsing in medisch onderwijs) viel op dat er vaak werd gerefereerd aan de prettige 'leercultuur' onder gezondheidsprofessionals. De nadruk ligt op continue professionele ontwikkeling, die al dan niet in informele sfeer plaatsvindt. Een voorbeeld is het organiseren van intervisiegroepen met collega's, waarbij in een vertrouwde omgeving patiëntsituaties en casussen worden besproken. Deze krachtige leervorm is gebaseerd op zelfregulatie, vertrouwen en autonomie van de zorgverlener. Sprekend was de nadruk op grote sociale controle onder collega's en de professionals die zelf verantwoordelijk zijn voor hun bekwaamheid. Dit kan bijvoorbeeld ook door regelmatig met een collega op een (in)formele manier casussen te bespreken, om zo gezamenlijk kennis op peil te houden.

Verder gaf de Ierse expert aan dat wanneer zorgverleners een tijd 'out of practice' is geweest, ze zich minder zeker voelen over procedures/protocollen en hun vaardigheden, en tevens dat zij ook kennis missen over hoe het zorgsysteem veranderd is. Wat wél beklijft, zelfs na een aantal jaar, is een basisgevoel van het omgaan met patiënten en het toepassen van probleemoplossend vermogen.

Bij het beschrijven van het proces van 'return to practice' kan gelijkenis worden gevonden met het proces van transitie. Belangrijk in een periode van transitie is dat verschillende vormen van support/ondersteuning een rol spelen, zowel professioneel als persoonlijk. De bekende uitspraak: "It takes a village to raise a child" werd door de expert die wij spraken aangepast naar "It takes a village to support a clinician coming back to practice, and to stay learning and developing". Daarbij werd ook een tegenstrijdigheid blootgelegd in het huidige denken over competentie. Zorgverlening is een interprofessioneel proces dat teamwork vereist, maar

tegelijkertijd benaderen we zorg als bestaande uit individuen die bekwaam en competent moeten zijn om zorg te verlenen en daar verantwoordelijk voor gehouden kunnen worden.

In het interview werd genoemd dat wanneer men na een periode van 'out of practice' weer toegelaten wil worden tot 'the village' het cruciaal is om tijdelijk voorwaardelijk onderdeel hiervan te zijn, waarbij de verhouding van praktijk en leren kan verschillen in de tijd. Gestructureerd onderwijs voorafgaand aan het herintreden is goed, maar "practice drives the learning needs" en andersom. Hierbij gaat het erom dat door het werken in de praktijk en door interactie met anderen duidelijk kan worden waar hiaten liggen en welke leerbehoeften iemand heeft. Herregistratie en herintreden zou verder moeten gaan dan het creëren van een schijnzekerheid op basis van een toets die vaststelt dat iemand veilig kan werken, maar gericht moeten zijn op bijdragen aan goede zorg in de complexe werkcontext van die zorg, aldus de expert.

Tevens is men in Ierland kritisch op het gebruik van het aantal gewerkte uren als eis voor herregistratie. De focus op gewerkte uren als werkervaringseis zou een "false sense of security" geven omdat het maar beperkte informatie geeft over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Duitsland

In Duitsland is geen sprake van een werkervaringseis ten behoeve van herregistratie. Echter wordt er van veel beroepsgroepen (bij voorbeeld artsen, fysiotherapeuten, psychologen) vereist om nascholing te volgen en zodoende een minimumaantal scholingspunten of uren aan nascholing te verzamelen. Dit is grotendeels wettelijk vastgelegd, zowel op nationaal als ook op regionaal (Bundesland) niveau. Bovendien kunnen beroepsorganisaties en verzekeringsmaatschappijen aanvullende eisen stellen. Specifieke eisen aan punten, uren en periode waarin deze gehaald moeten worden verschillen per beroepsgroep. Bij de beroepsgroepen waar nascholing verplicht is, is er vaak sprake van sancties als de nascholingsplicht niet gevolgd wordt. Deze kunnen oplopen tot bijvoorbeeld 25% ingehouden salaris. Binnen twee jaar dient aan de herregistratie eisen (het behalen van punten of dan wel uren aan nascholing) voldaan te worden. Mogelijke sancties en de mogelijkheden tot het inhalen van de vereiste nascholing lopen parallel. Indien zorgverleners zich niet houden aan de gemaakte afspraken voor het inhalen van nascholing kan dit uiteindelijk tot schorsing leiden en het intrekken van de registratie door de verantwoordelijke regionale vereniging van de desbetreffende professie. De periode waarin de zorgverlener nascholing moet volgen wordt stopgezet zodra er sprake is van ouderschap- of ziekteverlof, welke langer duurt dan 3 aaneengesloten maanden.

Een aantal zorgverleners, zoals apothekers en verpleegkundigen, zijn niet wettelijk verplicht om aan nascholing te doen maar kunnen wel door de organisatie waar ze werkzaam zijn verplicht worden om zich na te scholen.

Canada

De beschermde zorgberoepen in Canada en de regulering hiervan wordt grotendeels door de verschillende provincies gecontroleerd en bewaakt. Opvallend in het Canadese systeem is dat naast de eventuele eisen m.b.t. werkervaring ook algemene regels bestaan rondom deelname aan kwaliteitswaarborging ("Quality Assurance"). Deze zijn generiek en beschrijven het actief bezig zijn met continue ontwikkelen en omvatten het zelf inschatten van de eigen leerbehoeftes ("Self-assessment"), praktijkbeoordeling, feedback en beoordeling door collega's ("practice and peer assessment"), case-reviews en het volgen van nascholing (CPD). Deze stappen en onderdelen vormen onderdeel van een individueel leer- en ontwikkelplan welke in een portfolio worden vastgelegd. In de volgende paragrafen worden de specifieke eisen voor verschillende beroepen beschreven.

Artsen die werkzaam zijn in Canada worden geacht om op bovengenoemde wijze 400 'credits' in een cyclus van 5 jaar te behalen. Er is geen werkervaringseis. Een aanvullende eis is dat er per jaar in ieder geval 40 credits gehaald moeten worden. Deze kunnen door verschillende activiteiten in drie categorieën verworven worden: 1) groepsleren, 2) zelfstandig leren, en 3) toetsing. Van elke categorie moeten na 5 jaar minimaal 25 credits gehaald worden.

Fysiotherapeuten moeten binnen 5 jaar een urennorm van 1200 uren halen om zich te laten herregistreren, welke deels door 'professionele activiteiten' vervangen kunnen worden (30 uur per jaar). Deze professionele activiteiten houden nascholing en vrijwilligerswerk in welke het gebruik en de toepassing van fysiotherapeutische theorie en kennis vereist. Bij het niet behalen van de werkervaringseis worden op jaarlijkse basis in een persoonlijk gesprek alternatieven en volgende stappen besproken.⁵

Verloskundigen moeten grofweg voldoen aan drie overkoepelende criteria: 1) verplichte cursussen, 2) actief praktiseren eisen ("Active practice requirements") waarin gesteld wordt dat de verloskundige per 2 jaar 40 bevallingen (minimaal 10 thuis en 10 in een ziekenhuis) en per 5 jaar 100 bevallingen (waarvan minimaal 25 thuis en 25 in een ziekenhuis) begeleid moet

⁵ College of Physiotherapists of Ontario (2021). Practice hours. *Annual Renewal*. Retrieved from <https://www.collegept.org/registrants/annual-renewal-2021/practice-hours>

hebben, 3) deelname aan een systeem ter kwaliteitswaarborging.⁶

Psychotherapeuten moeten laten zien dat ze 750 uren hebben besteed aan activiteiten en werk gerelateerd aan het beroep gedurende een periode van 3 jaar. Hiernaast moet aan nascholing worden gedaan. Bij het niet halen van de werkervaringseis kan de registratie commissie verzoeken om additionele nascholing of moet de psychotherapeut een praktijkbeoordeling ondergaan.⁷

Tandartsen worden geacht om 900 uren binnen 3 jaar te werken. Zodra men de werkervaringseis niet haalt maar minder dan 5 jaar uit de praktijk is, kan een 'refresher course' worden gedaan of een gesuperviseerde praktijkstage ("guided clinical mentorship") met vooraf afgesproken leerdoelen van minimaal 20 uur per week gedurende 3 maanden worden gevolgd. Tandartsen die tussen 5-9 jaar uit het vak zijn, kunnen naast de 'refresher course' ervoor kiezen om het nationale examen te doen. Diegene die na 10 jaar weer willen herintreden moet verplicht het nationale examen afnemen.

Input vanuit gesprek met internationale experts uit Canada

We interviewden drie Canadese experts op het gebied van toetsing: een huisarts die betrokken is bij herregistratie processen, het registratie examen voor buitenlands getrainde artsen en tevens betrokken is bij een nationale samenwerking rondom toetsing vanuit de Medical Council in Canada; een gepensioneerde hoogleraar in medisch onderwijs met veel ervaring met toetsing van klinische vaardigheden; en een vooraanstaande hoogleraar binnen het domein van onderwijs en opleiden in de zorg met een achtergrond in de psychologie.

In het begin van het gesprek werd duidelijk dat in hun ogen nascholing en bewust leren van werken in de praktijk ('deliberate practice') nodig is om kennis en kunde op peil te houden. Wetenschappelijk onderzoek laat duidelijk zien dat bij gebrek aan actieve (na)scholing, intervisie en andere vormen van leren ook het functioneren van praktiserende zorgverleners met de tijd achteruit gaat, wat het belang van leren in en door de praktijk benadrukt en leidt tot vraagtekens bij het (alleen) stellen van werkervaring als eis voor goed functioneren in het kader van herregistratie.

⁶ Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2021). The Maintenance of Certification Program. Retrieved from <https://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/moc-program/cpd-activities-can-record-e>

⁷ College of Registered Psychotherapists of Ontario (2021). Registration Obligations. Retrieved from <https://www.crpo.ca/new-members-professional-obligations/>

De experts benadrukten de noodzaak van het personaliseren van een toetstraject voor de individueel lerende. Bovendien zal één toets nooit voldoende zijn om iemands competentie te beoordelen. Om een volledig beeld te krijgen van iemands competentie zijn verschillende vormen van toetsing nodig zoals bijvoorbeeld kennistoets, directe observatie in de praktijk, dossier reviews, of peer review afgestemd op de praktijk en leerbehoefte van het individu. In plaats van de toets als eindpunt te zien zou deze benaderd kunnen worden als startpunt of onderdeel van een leertraject, waarin formatief getoetst kan worden en leren ondersteund kan worden. Op deze manier kan gekeken worden naar kennis, vaardigheden en bijvoorbeeld klinische besluitvorming en vanuit daar kan men op zoek gaan naar tekortkomingen welke vervolgens in een individueel leertraject opgepakt kunnen worden. Hierdoor zal de focus van “assessment *of* learning” verschuiven naar “assessment *for* learning”. Deze insteek wordt bevorderd door de mogelijkheid om iemand een tijdelijke registratie of registratie met voorbehouden toe te kunnen kennen en (verplicht) begeleiding in vorm van een mentor of een werkplek begeleider te bieden. Ook al zou een soortgelijk benadering mogelijk hogere kosten met zich meebrengen door de noodzaak aan intensievere begeleiding, het zal meer aansluiten bij de behoeften van de lerende en vervolgens acceptatie, flexibiliteit en aansluiting aan de toekomstige praktijk verhogen, aldus de experts.

Tabel 6 Overzicht herregistratie eisen per beroepsgroep

Land	Beroepsgroep	Herregistratie eisen	Aanvullende eisen bij niet behalen van de herregistratie eisen	Opmerkingen
Duitsland ⁸	Apothekers	<u>vrijwillig</u> : 150 punten (inclusief controle van leerresultaten door single/multiple choice vragen) in 3 jaar	n.v.t	
	Artsen	250 uur (ook bij deeltijd werk) in 5 jaar	Punten inhalen binnen twee jaar. Anders kan de licentie/registratie ingetrokken worden. Sowieso geldt bij niet behalen van de eis: 10% loonkorting in de eerste vier kwartalen, 25% vanaf vijfde kwartaal. Sancties en mogelijkheden tot inhalen eisen lopen parallel.	Periode van 5 jaar wordt gepauzeerd bij o.a. verlof als er sprake is van minimaal 3 aaneengesloten maanden
	Fysiotherapeuten	60 uur in 4 jaar (15uur/jaar)	Punten inhalen binnen een jaar. Anders loonkorting van 7.5% in de eerste 6 maanden, en 15% vanaf maand 7. Anders kan de licentie/registratie ingetrokken worden.	Nascholingsplicht wordt gepauzeerd bij ouderschapsverlof, ziekte of arbeidsongeschiktheid bij meer dan 3 maanden
	GZ-psychologen	250 uur (ook bij deeltijd werk) in 5 jaar	Punten inhalen binnen twee jaar. Anders kan de licentie/registratie ingetrokken worden. Sowieso geldt bij niet behalen van de eis: 10% loonkorting in de eerste vier kwartalen, 25% vanaf vijfde kwartaal. Sancties en mogelijkheden tot inhalen eisen lopen parallel.	Periode van 5 jaar wordt gepauzeerd bij o.a. verlof als er sprake is van minimaal 3 aaneengesloten maanden
	Psychotherapeuten	250 uur (ook bij deeltijd werk) in 5 jaar	Punten inhalen binnen twee jaar. Anders kan de licentie/registratie ingetrokken worden. Sowieso geldt bij niet behalen van de eis: 10% loonkorting in de eerste vier kwartalen, 25% vanaf vijfde kwartaal. Sancties en mogelijkheden tot inhalen eisen lopen parallel.	Periode van 5 jaar wordt gepauzeerd bij o.a. verlof als er sprake is van minimaal 3 aaneengesloten maanden
	Tandartsen	250 uur (ook bij deeltijd werk) in 5 jaar	Punten inhalen binnen twee jaar. Anders kan de licentie/registratie ingetrokken worden. Sowieso geldt bij niet behalen van de eis: 10% loonkorting in de eerste vier kwartalen, 25% vanaf vijfde kwartaal. Sancties en mogelijkheden tot inhalen eisen lopen parallel.	Periode van 5 jaar wordt gepauzeerd bij o.a. verlof als er sprake is van minimaal 3 aaneengesloten maanden

⁸ Verplichte nascholing, geen werkervaringseis

PRC: analyse van de werking van huidige scholingsprogramma's, toetsing en alternatieven

Land	Beroepsgroep	Herregistratie eisen	Aanvullende eisen bij niet behalen van de herregistratie eisen	Opmerkingen
	Verloskundigen	40 uur in 3 jaar	Mogelijk verplicht bewijs, bevoegde gezondheidsautoriteit kan sancties uitspreken	Verschilt per Bondsland. Periode wordt gepauzeerd bij o.a. verlof als er sprake is van minimaal 3 aaneen gesloten maanden
	Verpleegkundigen	niet wettelijk geregeld	n.v.t	
Ierland	Apothekers	Jaarlijkse fee van €380 en ePortfolio bijhouden met CPD activiteiten	<1 jr. afwezigheid: POP aanleveren aan postgraduate training body + deficiencies in CPD credits inhalen 1-3 jr. afwezigheid: ook Medical Council op de hoogte brengen >3 jr. afwezigheid: uitschrijven uit register, of ingeschreven blijven (IMC behandeld verzoeken op case-by-case basis)	
	Artsen	Jaarlijks 50 CPD credits + 1 Clinical audit rapportage in een professional competence scheme		
	Fysiotherapeuten	Binnenkort regulering via CORU, maar dient CPD activiteiten te ondernemen en te handelen naar de code of professional conduct and ethics	Return to Practice eisen 0-2jr. uit praktijk: geen updating nodig 2-5jr. uit praktijk: 210 uur updating >5jr. uit praktijk: 420 uur updating	
	GZ-psychologen & Psychotherapeuten	Binnenkort regulering via CORU, maar dient CPD activiteiten te ondernemen en te handelen naar de code of professional conduct and ethics	Return to Practice eisen 0-2jr. uit praktijk: geen updating nodig 2-5jr. uit praktijk: 210 uur updating >5jr. uit praktijk: 420 uur updating	
	Tandartsen	Jaarlijkse vergoeding voor behoud van registratie: €250	Herstel in register: aanleveren van herstelformulier met o.a. werkhistorie en registratie historie, en daarnaast een bewijs van goede reputatie	
	Verloskundigen & Verpleegkundigen	Jaarlijkse herregistratie op basis van contract als zorgprofessional bij zorgaanbieder en betaling van €100	Return to Practice programma (minimaal 6 weken): Deel 1) theorie: 10-12 dagen les Deel 2) klinische: gesuperviseerde stage	

PRC: analyse van de werking van huidige scholingsprogramma's, toetsing en alternatieven

Land	Beroepsgroep	Herregistratie eisen	Aanvullende eisen bij niet behalen van de herregistratie eisen	Opmerkingen
Canada	Apothekers	600 uur in 3 jaar, deelname aan kwaliteitswaarborging		
	Artsen	40 CPD credits per jaar en minimaal 400 credits in totaal per 5 jaar cyclus (hiervan moeten 25 credits door groep leren, 25 credits door zelfstandig leren en 25 credits door toetsing worden behaald)		
	Fysiotherapeuten	1200 werkuren na 5 jaar waarvan per jaar 30 uren vervangen mogen worden door professional activiteiten	Persoonlijk gesprek op jaarlijkse basis om vervolgstappen te bespreken	
	GZ-psychologen			
	Psychotherapeuten	750 werkuren ("currency") per 3 jaar 40 CPD-uren in een 2jaarlijks cyclus Deelname aan kwaliteitswaarborging	Mogelijk nascholing of praktijkbeoordeling (peer of practice assessment)	
	Tandartsen	900 uur per 3 jaar, deelname aan kwaliteitswaarborging	<5 jaar opfriscursus of mentoraat van minimaal 20uur per week, gedurende 3 maanden 5-9 jaar: opfriscursus of nationaal examen >10 jaar: nationaal examen	
	Verloskundigen	Verplichte cursussen, actieve praktijkeisen en minimaal aantal bevallingen, Deelname aan activiteiten voor kwaliteitswaarborging waaronder nascholing valt		
	Verpleegkundigen	2.925 uren werkervaring en 100 uur nascholing, of een schriftelijke toets		

7. Validiteit van herregistratie systeem

Voor een conceptuele benadering van herregistratie en de vraag hoe we 'fitness to practice' kunnen vaststellen zijn een viertal internationale experts op het gebied van toetsing geïnterviewd. In de interviews, die deels hierboven reeds zijn beschreven, werd ingegaan op de inrichting van een systeem van scholing en toets leidend tot PRC gericht op het bereiken van 'fitness to practice' voor zorgverleners die door een verscheidenheid aan redenen een aanzienlijke tijd niet in de praktijk hebben gefunctioneerd. Tevens is de gebruikte literatuur en inzichten uit de interviews gebruikt om dit onderdeel in te vullen.

Herregistratie kan worden beschouwd als een periode waarin een transitie plaatsvindt van níet of te weinig werken naar wél of weer voldoende werken. Dit geldt vooral voor de deelnemers die in een andere sector aan het werk zijn geweest, of de werkervaringseis niet hebben gehaald vanwege afwezigheid door ziekte. Dit geldt niet voor de deelnemers die reeds in de sector werken en de BIG-registratie willen behouden als functie-eis of voor hun reputatie. Het is de vraag of BIG-registratie volgens het huidige systeem noodzakelijk is voor deze groep en daarmee deelname aan een PRC-traject wenselijk is. Indien zij een PRC-traject doorlopen, zou de periode van herregistratie een leerzamer traject kunnen zijn dan het nu is, blijkt uit gesprekken met medisch onderwijsexperts.

De vraag rijst dan hoe je deze transitieperiode het beste kunt inrichten, of en zo ja welke delen ervan getoetst moeten worden en wanneer er een (voorwaardelijke) BIG-registratie afgegeven kan worden? Een belangrijk uitgangspunt hierbij is dat de gekozen inrichting van het systeem een zekere mate van validiteit zal moeten hebben. De validiteit van een toets houdt in dat de toets meet wat je daadwerkelijk wilt meten; de relatie tussen een PRC en de uiteindelijke praktijk waarin de zorgverlener wil gaan werken. Er kunnen kanttekeningen gezet worden bij het gebruik van een eenmalige toets in het huidige PRC-traject. Hier komt vanuit de aanbieders, deelnemers en de internationale experts en gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur, de vraag naar boven of de huidige toets in staat is om aan te geven of de zorgverlener competent genoeg is en in de praktijk daadwerkelijk in staat is om veilige en goede kwaliteit van zorg te bieden. Een reden voor deze vraag is dat de toets gebaseerd is op de basale kerncompetenties, die vaak minder goed aansluiten bij de specifiek benodigde competenties in de praktijk van de zorgverlener. Dit komt bijvoorbeeld doordat iedere zorgprofessional zich over de jaren heen steeds verder specialiseert of dat men werkzaam is in afgebakende deelgebieden van het vak. Hierdoor wordt een toets die teruggaat naar de basisopleiding en algemene kerncompetenties toetst minder relevant voor de (toekomstige) praktijk van veel zorgverleners. Dat gaat ten koste

van de validiteit van de toets.

Ook is het van belang te herkennen dat zorgverleners die terug aan het werk willen gaan, starten met of terugkeren naar een werkveld waar levenslang leren de norm is. De transitieperiode start vaak met het weer behalen van de BIG-registratie, maar strekt zich verder uit dan de afsluitende toets voor het behalen van een PRC. Een PRC-traject is de (her)start van verder leren binnen een zorgberoep. Het uitgangspunt van deze transitieperiode is dat de zorgprofessional weer bevoegd en startbekwaam aan het werk kan.

In de verschillende gesprekken die zijn gevoerd, werd een belangrijke alternatieve benadering voor het huidige PRC-traject geschetst: het afleggen van een of meerdere toetsen (in welke vorm dan ook) vormen het startpunt van een leertraject, en niet enkel het einde of een toelatingseis voor de praktijk. Hierbij gaat het er niet om een initiële eis te stellen die afgevinkt kan worden, maar om een leertraject te bieden welke aansluit bij de individuele leerbehoeften en tevens geïntegreerd kan worden in de dagelijkse praktijk.

8. Alternatieven voor inrichting van een herregistratiesysteem voor BIG-geregistreerde zorgverleners

Voor dit onderzoek naar de werking van de huidige scholingsprogramma's, toetsing en alternatieven is uitgebreid gekeken naar het huidige PRC-traject in Nederland, de systemen van herregistratie uit verschillende sectoren en landen, en naar conceptualisering van herregistratie. Op basis van de gegeven input komen we tot richtingen voor alternatieven voor de toekomst, die neerkomen op 3 categorieën van mogelijke aanpassingen aan het huidige systeem van scholing en toets dat leidt tot een PRC. Deze categorieën worden hieronder toegelicht. Belangrijk om te vermelden is dat aanpassingen binnen elk van de drie categorieën in verschillende samenstellingen kunnen worden ingezet. Dit leidt tot een veelheid aan mogelijke alternatieven waarbij specifieke consequenties zullen variëren. Om een beeld te geven van de voor- en nadelen wordt dit bij verschillende aanpassingen binnen categorieën besproken.

De drie categorieën waarbinnen aanpassingen overwogen kunnen worden, zijn:

- I. Verleggen van de grens die bepaalt wanneer iemand zich niet meer regulier mag herregistreren en daarbij meer flexibiliteit om te kunnen voldoen aan 'reguliere' herregistratie;
- II. Aanpassingen in het proces dat tot een PRC leidt (van een eenmalige toets naar een traject van toetsen en leren);
- III. Toevoegen van mogelijkheid om naast volledige BIG-registratie een tijdelijke of deelregistratie te verlenen.

I. Verleggen van de grens voor reguliere herregistratie ten behoeve van PRC-traject

Een eerste categorie van aanpassingen betreft de grens waarop deelnemers nog regulier mogen herregistreren. Hierbij is het van belang om vast te stellen dat het huidige proces dat leidt tot een PRC een uniforme oplossing probeert te bieden voor een zeer diverse groep zorgverleners die om verschillende redenen niet kunnen voldoen aan de huidige eisen voor herregistratie. Aanpassingen aan de herregistratie eisen kunnen ervoor zorgen dat een deel van de groep die nu aan een PRC-traject moet starten, daar in de toekomst géén gebruik van hoeft te maken. Door op deze wijze de grens tussen reguliere herregistratie en PRC-traject te verleggen, ontstaat een andere samenstelling van de doelgroep voor het PRC traject. Om die reden is het van belang om aanpassingen aan de huidige eisen voor herregistratie, bestaande uit een werkervaringseis over 5 jaar waarbij een onderbreking van werkuren door bijvoorbeeld ziekte of andere omstandigheden niet meer dan 24 maanden heeft geduurd, mee te nemen in overwegingen in aanpassingen van het PRC-traject. Deze huidige eisen zijn vastgelegd in de wet Besluit

Periodieke Registratie Wet BIG (BPR)⁹, waarbij bepaald is dat de gewerkte uren automatisch behoud van professionele competenties betekent. Er wordt in deze wetgeving wel rekening gehouden met korttijdige ziekte of verlof maar er zijn weinig mogelijkheden om te handelen naar individuele omstandigheden en variaties waarin verlof of redenen voor het niet kunnen werken afwijken van de gestelde eisen.

In andere landen en sectoren wordt de zwaarte van het herregistratie traject afhankelijk gemaakt van de lengte van de periode die zorgverleners niet hebben gewerkt, maar ook worden verschillende varianten gebruikt om mensen binnen het bestaande systeem zich alsnog (soms deels) te laten herregisteren. Een voorbeeld is het minder strikt vasthouden aan het aantal gewerkte uren in de afgelopen 5 jaar bij afwezigheid door bijvoorbeeld ziekte of het niet meetellen van gewerkte uren in een bepaalde functie. In het herregistratiesysteem van Nederlandse advocaten alsook in het zorgsysteem in Ierland bijvoorbeeld verzamelen geregistreerden op basis van eigen inzicht opleidings-/nascholingspunten die, bij langdurige afwezigheid kunnen worden ingehaald zodra men weer aan het werk gaat/kan. Bij uitval die langer dan 24 maanden duurt wordt verwacht dat men aan extra scholing deelneemt, toegepast op het werk dat men weer gaat uitvoeren. Waarbij er in Ierland bijvoorbeeld ook nog minder strenge scholingseisen gesteld worden aan zorgverleners die 2-5 jaar niet hebben gewerkt ten opzichte van hen die langer dan 5 jaar uit de roulatie geweest zijn. En in Duitsland wordt bij een afwezigheid van langer dan 3 maanden de periode van herregistratie (tevens 5 jaar) gepauzeerd. Hierdoor kan meer ruimte worden gegeven aan de professionals om aan de herregistratie eisen te voldoen.

Om **voorbeelden** zoals hierboven genoemd te integreren in het Nederlandse systeem van scholing en toetsing leidend tot een PRC vergt dit aanpassingen aan de eisen die de Wet BIG stelt aan herregistratie of een flexibelere hantering van de huidige 'alles of niets' grens in de reguliere registratie eisen. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat er mogelijkheden komen waarbij op individuele basis gekeken kan worden welke competenties iemand wél of (nog) níet bezit om het werk uit te voeren waar de BIG-registratie bevoegdheid toe geeft. De geboden flexibiliteit zorgt ervoor dat niet iedereen deel hoeft te nemen aan een PRC-traject, omdat voor de groep mensen die nog dicht op het werkveld zitten (kortgeleden nog in de praktijk gewerkt)

⁹ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0024841/2020-07-01#Artikel3>

bijvoorbeeld maatwerk kan plaatsvinden, hetgeen door verschillende aanbieders alsook door deelnemers als belangrijke behoefte werd genoemd.

Een belangrijk concreet punt bij meer flexibiliteit en maatwerk is dat er beoordeling nodig is van individuele registraties, en de mogelijkheid voor een zorgverlener om navraag te doen naar een beoordeling. In Ierland bijvoorbeeld, beoordeeld de Board van de Medical Council de registratie alsook een door de zorgverlener aangeleverd plan waarmee zij/hij aangeeft hoe het individuele leertraject ingevuld zal worden. Bij advocaten in Nederland wordt deze toezichthoudende rol vervuld door de deken van het lokale arrondissement, die een steekproefsgewijze controlerende alsook een handhavende taak heeft.

In het licht van het PRC, is een **voordeel** van een andere hantering van de huidige herregistratie eisen dat er een andere samenstelling ontstaat van de doelgroep die voor een PRC-traject in aanmerking komt. Dit kan zorgen voor kleinere en minder divers samengestelde deelnemersgroepen aan scholingsprogramma's en toetsen. Dat maakt het mogelijk voor aanbieders om beter te anticiperen op de leer- en ontwikkelbehoeften van deelnemers en het traject leidend tot een PRC optimaal af te stemmen op de doelgroep. Dat zou kunnen bijdragen aan een betere kosteninschatting en daarmee kostendekkend maken van deze trajecten. Aansluiting op leer- en ontwikkelbehoefte is tevens een voordeel voor de deelnemers aan een PRC-traject. Potentieel **nadeel** van dit alternatief is dat de aantallen deelnemers (te) klein worden om kostendekkend te zijn. Tevens kan het zo zijn dat de groep die na aanpassingen van de reguliere herregistratie eisen resteert en een PRC-traject moet volgen, zulke specifieke scholing of begeleiding vereist, dat alsnog met (kostbaar) maatwerk gewerkt dient te gaan worden door aanbieders.

Voor de mogelijkheden van het bieden van meer maatwerk wordt in de volgende twee alternatieven meer ingegaan op het proces van het scholings- en toetstraject.

II. Aanpassingen in het traject dat tot een PRC leidt (van toets naar toetstraject)

De tweede categorie van aanpassingen betreffen veranderingen in het traject dat tot een PRC leidt. In dit rapport schetsen wij welke mogelijke aanpassingsrichtingen bestaan. Verder onderzoek is nodig naar de haalbaarheid en voor- en nadelen van specifieke keuzes, alsook naar de consequenties van keuzes binnen deze categorie wanneer die gecombineerd worden met aanpassingen binnen de twee andere categorieën. Voor- en nadelen worden daarom op hoofdlijnen besproken.

Behoud van eenmalige toetsing

Als het huidige PRC-traject met een eenmalige toets behouden zou blijven zijn er grofweg drie aanpassingsrichtingen mogelijk.

Ten eerste kan de inhoud van de toets aangepast worden, waarbij afhankelijk van de bestaande kennis en competenties per deelnemer/kandidaat bekeken kan worden welke toetsinhoud vereist is. Bij deze adaptieve vorm van toetsing kan de toets afgestemd worden op individuele deficiënties en leerbehoeften. Het **voordeel** van flexibiliteit van de toetsinhoud is dat dit mogelijkheden biedt om de getoetste kennis en vaardigheden beter te laten aansluiten op de toekomstige werkplek van de deelnemer. Uit interviews met aanbieders en deelnemers bleek meermaals dat de inhoud van de toets ver af stond van de uiteindelijk gebruikte kennis en vaardigheden op de werkplek. Daarbij komt ook dat deze aanpassing leidt tot een verhoging van de validiteit van de toets. **Nadelen** van het hanteren van een flexibele toetsinhoud zijn dat het specifiek methodologische expertise en een grote vragenbank vereist om met deze vorm van adaptieve toetsing te werken.

Voorbeelden van deze aanpak zijn te vinden bij de beroepsgroep verpleegkundigen waar gebruik wordt gemaakt van branche specifieke casus voor het toetsen van de vaardigheden en klinisch redeneren (wat zeer wordt gewaardeerd door de deelnemers). Het is opvallend dat andere beroepsgroepen, ook met grote diversiteit binnen het beroep zoals artsen en apothekers, geen deelgebieden hebben geïdentificeerd voor de BIG-registratie. Een **consequentie** van het aanpassen van de inhoud van de toets en daarmee betere afstemming creëren met de werkplek is dat het niet vanzelfsprekend is om te toetsen op het niveau van de basisopleiding. Die huidige BIG-herregistratie eis zou verlaten moeten worden om toetsen meer te kunnen laten aansluiten bij de beroepspraktijk en opleidingsinstellingen meer ruimte te bieden om daar hun toetsen en scholing op aan te passen.

Een tweede aanpassing met behoud van een enkele toets zou zijn om de toets op meer en andere momenten in het jaar aan te bieden. Uit interviews bleek dat wanneer een toets maar één of twee keer per jaar wordt aangeboden deelnemers soms in de knel kwamen met de datum van herregistratie, of dat zij heel graag weer aan het werk wilden maar vanwege de geplande toets en herregistratie dit moesten uitstellen. Het **voordeel** van het vaker aanbieden van de scholing/toets is de mogelijkheid voor deelnemers om zeer flexibel de toets af te leggen. Een ander belangrijk voordeel met het oog op personeelstekorten in de zorg is een meer constante instroom van gecertificeerde professionals naar het werkveld. Voor de aanbieder biedt deze flexibiliteit van toetsing een spreiding van het werk over het jaar heen en vermindert

piekmomenten. Zoals al eerder bleek kan ook hier het voordeel van de spreiding van organisatorische zaken over het jaar heen juist weer een **nadeel** zijn omdat het constant beschikbare menskracht vraagt bij de aanbieders en zal het deelnemersaantal per toets, zeker bij bepaalde beroepsgroepen, soms maar één of twee zijn. Dit vraagt een goede balans met oog op de kosten voor de aanbiedende instellingen. Om instellingen hierin tegemoet te komen zou het scholingstraject wellicht verplicht gesteld kunnen worden.

Een **voorbeeld** waarbij aan enkele van bovenstaande knoppen gedraaid is, zijn het gebruik van deeltaetsen gedurende het PRC-traject, zoals ook meer gedetailleerd beschreven in de volgende paragraaf. Bij het gebruik van deeltaetsen kan de inhoud per toets verschillen, en daarnaast kan de ene toets online plaatsvinden en de andere toets op locatie of via een portfolio, en hoeven uiteraard niet alle toetsen op hetzelfde moment plaats te vinden. Deze toetsvorm met deeltaetsen biedt meer flexibiliteit voor deelnemers en behoeft mogelijk beperkter inzet van docenten bij online toetsen of werkplektoetsen.

Een derde en laatste aanpassing met behoud van een enkele toets is om mogelijkheden te creëren voor het op andere manieren aanbieden van de toets. Zowel in de interviews in dit onderzoek alsook uit de literatuur rondom toetsing worden er vele vormen van toetsen besproken. Ten opzichte van de nog veel gebruikte papieren toetsvorm op locatie wordt er tegenwoordig ook toenemend online getoetst, waar in beide situaties toetsing vooral gericht is op het beoordelen van kennis en klinisch redeneren. Andere toetsmethoden kunnen een aanvulling zijn omdat ze andere aspecten helpen beoordelen. **Voorbeelden** hiervan zijn werkplekbeoordelingen om functioneren in de praktijk in te schatten, stations- en simulatietoetsen om gestandaardiseerde praktijksituaties te testen, 360-graden feedback om een beeld te krijgen van functioneren op bijvoorbeeld samenwerking- en leiderschapscompetenties, of portfolio's om een geaggregeerd beeld van diverse toetsinformatie te bereiken en reflectie van deelnemers te stimuleren. De huidige toetsvorm die leidt tot een PRC lijkt gebaseerd op de aanname dat een toets die kennis en klinisch redeneren beoordeeld een valide test is voor toegang tot de praktijk als BIG-geregistreerd zorgverlener. Deze aanname dient kritisch bediscussieerd te worden en alternatieven, zoals hierboven genoemd moeten in die discussie worden meegenomen. Hierbij hoort tevens de mogelijkheid dat bepaalde toetsen worden afgenomen door andere stakeholders dan de huidige aanbieders, bijvoorbeeld door begeleiders op een werkplek. Dit kan betekenen dat de huidige aanbieders van een organiserende rol naar een meer coördinerende rol gaan. **Voordelen** van variatie in het aanbieden van de toets zijn meer flexibiliteit en meer maatwerk voor de deelnemers. Dit is zeer gewenst door deelnemers en zal zorgen voor hoge acceptatie.

Tevens worden de kosten bij online toetsing en bij werkplektoetsen voor de aanbieders mogelijk lager, de organisatielast wordt namelijk verdeeld onder de beroepsgroep. Hierbij moet opgemerkt dat de vorm/manier van toetsen een bepaalde regelmaat met zich meebrengt, die **consequenties** heeft voor de planning en logistiek van toetsafname. Het nakijken van een portfolio vergt andere organisatie dan het aanbieden van een vaardigheidentoets of kennistoets op papier. Het **nadeel** van maatwerk bij het organiseren van werkplektoetsen is dat er voor deze vorm van toetsing voldoende plekken moeten zijn op de werkplek voor begeleiding én dat het mogelijk een logistieke en financiële uitdaging is om werkplekbegeleiders te zoeken, te trainen en in te plannen voor deze rol.

Van een toets naar een toetstraject

Een mogelijk alternatieve aanpak van het systeem van scholing en toets leidend tot een PRC is om te spreken over de concepten leer- en/of toetstrajecten zoals men doet in Canada. Deze alternatieve benadering houdt grofweg in dat onderwijs- en toetsactiviteiten tijdens het leertraject op elkaar aansluiten en voortbouwen. Dit betekent dat competenties die vooraf bepaald en afgestemd zijn op het domein als bouwstenen het leertraject vormen. Op deze manier wordt de deelnemer gedurende het traject stapsgewijs competent verklaard en kan meer zicht worden gehouden op de ontwikkeling van het individu.

Concreet kan gebruik gemaakt worden van een combinatie van formatieve en summatieve toetsmomenten, zowel in de praktijk als op een scholingsinstituut. Formatieve toetsing geeft de student feedback op zijn voortgang, en geeft (met feed-forward) aan wat de deelnemer nog moet doen om zijn doel te bereiken (feed-up). Een toetstraject zou op die manier kandidaten over een bepaalde periode de mogelijkheid bieden om te laten zien hoe ze in de praktijk functioneren. Dit kan vervolgens aangevuld of opgevolgd worden met summatieve toetsing, waar middels enkele toetsmomenten in de praktijk en eventueel daarbuiten als het gaat om kennis en klinisch redeneren, argumentatie wordt opgebouwd voor het wel of niet laten slagen van een kandidaat. Zoals ook eerder beschreven in het hoofdstuk conceptualisering zou de verhouding praktijk-scholing aangepast kunnen worden, waarbij in de loop van de tijd de nadruk steeds minder op scholing en steeds meer op praktijk komt te liggen. Tevens zou het interessant zijn om te kijken naar mogelijkheden voor vergroot vertrouwen in het zelfregulerend leren van het individu en het gebruik maken van de werkomgeving.

In de aansluitende periode van het uitoefenen van de beroepstaken kunnen aanvullende scholingseisen geteld worden aan de nieuw geregistreerde zorgverlener, waarbij Canada en Ierland goede **voorbeelden** zijn. In het Canadese systeem voor zowel basisartsen als ook

buitenlands gediplomeerden wordt gebruik gemaakt van een intake kennistoets voorafgaand aan een 12-weeks leertraject in de praktijk en onder supervisie. Gedurende deze periode worden vervolgens verschillende werkplektoetsen afgenomen, welke zijn afgestemd op het werkveld en de klinische vaardigheden die hiervoor nodig zijn. Dit wordt gedaan op een 'case-by-case' basis waar elke kandidaat een individueel toets- en leertraject volgt welke aansluit bij de toekomstige praktijk. Er zijn vergelijkbare voorbeelden in Nederland te vinden. Zo maken de beroepsgroepen verloskundigen en fysiotherapeuten al gebruik van afgebakende, deels formatieve, beoordelingsmomenten in de praktijk op basis waarvan wordt vastgesteld of een deelnemer op voldoende niveau zelfstandig in de praktijk kan functioneren.

Een belangrijk **voordeel** van deze wezenlijk andere aanpak ten opzichte van het huidige PRC-traject is de grotere validiteit en flexibiliteit. De validiteit ontstaat enerzijds vanwege de nauwe aansluiting op de toekomstige werkplek van de zorgprofessional, maar anderzijds ook door de grote invloed van actief leren, waarbij men 'leert door te doen' en zodoende groeit in professionele expertise. Deze aanpak geeft tevens ruimte voor het werken onder supervisie en kan als vorm van een leertraject op de werkplek gezien worden, afgesloten met een beperkte toets. Hiermee verschuift de focus van het traject van toetsen naar leren en zorgt het voor betere aansluiting op de individuele leerbehoefte. Dit kan aantrekkelijk zijn voor deelnemers en mogelijk de aanwezigheid van faalangst en zenuwen, die nu worden gerapporteerd, verminderen. De kosten voor aanbieders zullen in deze situatie mogelijk verminderen doordat meer kosten worden gedragen door de praktijken, die een grotere rol innemen in de vorm van supervisie. Dit biedt direct de mogelijkheid voor het beroepenveld om meer betrokken te zijn bij de herregistratie procedure.

Een **nadeel** van het transformeren naar een individueel toetstraject kan zijn dat er minder mogelijkheid tot interactie is met andere deelnemers en daardoor wellicht minder uitwisseling met gelijkgestemden en minder mogelijkheden voor peer support. Dit zou jammer zijn, aangezien alle geïnterviewde partijen aangaven dat het leren van en met mede-deelnemers zeer gewaardeerd werd, en er bij sommige beroepsgroepen zoals de apothekers ook verzocht werd om juist deelnemers met elkaar te verbinden. Belangrijk is het dus om de mogelijkheid van intervisie te laten bestaan, of de peer-support middels andere kanalen te laten verlopen zoals gebruik te maken van online meetings of een discussie platform.

De **consequentie** van deze andere aanpak van het PRC-traject is dat dit vraagt om een op maat gemaakte benadering voor elke zorgprofessional, welke vanuit de verschillende aanbieders/instituten gecoördineerd en overzien kan worden. Het vereist het faciliteren van goede begeleiding vanuit (stage)praktijken en training van beoordelaars. Tevens ligt hier een

uitdaging om geschikte en gewilde supervisors te vinden en dermate op te leiden dat kwaliteitswaarborging rondom de verplichte scholing gehandhaafd kan blijven. Het vraagt verder onderzoek naar de praktische haalbaarheid in termen van het vinden, voorbereiden en mogelijk vergoeden van beschikbare begeleiders en beoordelaars. De werking in de praktijk, en vooral de acceptatie hiervan door de lerende moet worden onderzocht. Tot slot zijn aanpassingen nodig in de huidige wet- en regelgeving.

III. Toevoegen van mogelijkheid tot tijdelijke of deel registratie

Een derde categorie van aanpassingen met effect op de organisatie van een traject leidend tot een PRC is om in plaats van een volledige registratie een tijdelijke registratie of deelregistratie mogelijk te maken. Dit sluit bijvoorbeeld goed aan bij aanpassingen op het gebied van het creëren van de mogelijkheid om onder supervisie te functioneren of zorgverleners weer te registreren in het BIG-register voor specifieke onderdelen. Belangrijk om te realiseren is dat met de bovengenoemde aanpak de huidige overgang (transitie) geleidelijker wordt.

Met een tijdelijke registratie (geclausuleerd) wordt een zorgverlener in staat gesteld om gedurende een vastgestelde periode weer te gaan voldoen aan (werkervaring) om op die wijze weer reguliere registratie (ongeclausuleerd) te kunnen verkrijgen. Aanpassingen op dit gebied sluiten aan bij veranderingen die in categorie I zijn geschetst, waarin tijdelijke registratie een manier zou zijn om zorgprofessionals die nog dichtbij het werkveld staan weer aan het werk te laten gaan, waarna ze kunnen werken aan het voldoen aan additionele eisen om te komen tot een ongeclausuleerde registratie.

Met een deelregistratie wordt een zorgverlener bevoegdheid gegeven voor het uitoefenen van een deel van het brede takenpakket waar de basisopleiding hen ooit op heeft voorbereid. Zij hebben zich sindsdien mogelijk op een specifiek onderdeel van de zorg toegelegd en zijn voornemens na verkrijgen van een registratie actief te zijn binnen dat expertisegebied. Het huidige PRC-traject is gericht op volledige registratie op basis van competenties die aansluiten bij de basisopleidingen. Indien het mogelijk is om zorgverleners een registratie te verlenen voor een deel van de beroepsuitoefening, kan een PRC-traject zich toespitsen op vaststellen dat een zorgverlener competent en veilig binnen dat deel functioneert.

De **voordelen** van het inzetten van tijdelijke (geclausuleerde) of deelregistraties beginnen bij de individuele zorgprofessional, die graag weer aan het werk wil. Op deze manier kunnen zij geleidelijk weer aan het werk, wat ook de nodige persoonlijke positieve invloeden kan hebben. Daarbij kan het ook zijn dat, vanwege de mogelijk lagere drempel, er méér interesse komt van deelnemers die de huidige lengte en kosten van het PRC-traject te omvangrijk vinden. Een

hoger aantal deelnemers heeft een positief effect op kostendekking van de scholingsprogramma's.

Het **nadeel** van aanpassingen op het gebied van tijdelijke of deelregistraties is dat dit het herregistratiesysteem complexer zal maken en een andere manier van toetsing zal vragen. Er zal verder uitgezocht moeten worden of de complexiteit en een mogelijke toename aan bureaucratie in balans gebracht kan worden met de flexibiliteit en afstemming op de individuele situatie waar men naar streeft. Verder is het relevant te achterhalen in hoeverre patiënten zorgverleners met geclausuleerde of deelregistraties vertrouwen en accepteren als zorgverlener.

Voorbeelden van deze aanpak worden in andere landen en sectoren reeds toegepast en kunnen voor een hogere mate aan flexibiliteit en afstemming op individuele situaties zorgen, bijvoorbeeld in Canada. Ook in Nederland staat men hier positief tegenover. Bij de beroepsgroep verpleegkundigen gaf een aanbieder als voorbeeld dat je in principe de medewerker bevoegd kunt verklaren voor het verrichten van specifieke taken op de werkvloer. Of voor artsen waarvan de BIG-registratie verlopen is kan voor een aantal deelgebieden gekeken worden of men bekwaam is, waarna hierop aansluitend een beperkt leertraject opgesteld kan worden en toetstraject doorlopen kan worden, gecombineerd met aanpassingen uit categorie II. Een ander voorbeeld dat voortkwam uit gesprekken met de beroepsgroepen is dat een zorgverlener die bijvoorbeeld onderwijs wil geven, dit met een deelregistratie zou kunnen doen in plaats van eerst een volledige BIG-registratie te verkrijgen.

8. Conclusie

Met dit rapport is beoogd om, op verzoek van de directie Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt (MEVA) van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), inzicht te geven in de werking van de huidige scholingsprogramma's en toetsing voor zorgverleners die niet aan de werkervaringseis voldoen in het kader van de herregistratie in het BIG-register. Vervolgens werd gekeken naar mogelijkheden voor alternatieve benaderingen van het systeem van herregistratie, dat op dit moment bestaat uit een optioneel scholingsprogramma en verplichte toets die leidt tot een Periodiek Registratie Certificaat (PRC). In dit onderzoek zijn de beroepsgroepen betrokken die ten tijde van dit onderzoek verplichtte herregistratie eisen volgens artikel 3 van de Wet BIG: apothekers, artsen, fysiotherapeuten, GZ-psychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen. Antwoord wordt gegeven op de volgende vraag: *Hoe werken de huidige scholingsprogramma's en toetsen voor zorgverleners die niet aan de werkervaringseis voldoen en welke alternatieven zijn er om een PRC af te geven?*

Voor het beantwoorden van deze vraag is gebruik gemaakt van een gerichte documentanalyse alsook van semi-gestructureerde interviews met aanbieders, deelnemers, beroepsverenigingen en relevante gesprekspartners uit andere landen en sectoren.

Het rapport schetst hoe in Nederland een uniform programma van scholing en toetsing ingezet wordt voor een zeer gevarieerde doelgroep. Het huidige PRC-traject legt de focus op kennis, klinische/praktische vaardigheden en klinisch redeneren. Opvallend is de enorme diversiteit aan deelnemers aan het scholings- en toetsprogramma. Dit leidt tot knelpunten in het Nederlandse PRC traject, zoals de afstand van de scholing en toets tot de huidige of toekomstige werkplek van deelnemers, de kosten van het traject die sterk afhankelijk zijn van het aantal deelnemers, de beperkte flexibiliteit voor de deelnemer om een op traject op maat te volgen, en de beperkte validiteit van huidige toetsing.

Vanuit de inzichten in andere landen en sectoren zijn lessen getrokken voor mogelijke aanpassingen en alternatieven van het huidige herregistratiesysteem in Nederland. Dit betreft voorbeelden omtrent jaarlijks beperkter toetsen, werken onder begeleiding, werkplekleren, mogelijkheden voor toetsing op de werkplek, versterkte coulanceregeling en de transitie (terug) naar het werkveld. Medisch onderwijskundige input op de conceptualisering van herregistratie benadrukt het belang van validiteit van toetsing, het aansluiten op de praktijk en de flexibiliteit voor deelnemers.

Op basis van de bevindingen komt dit rapport tot een drietal categorieën van alternatieven voor het huidige Nederlandse PRC-traject. 1) Het verleggen van de grens voor reguliere herregistratie, waardoor de samenstelling van de groep deelnemers veranderd; 2) Aanpassingen in het traject dat tot een PRC leidt, waarbij zowel mogelijkheden voor het behoud van een enkele toets alsook een toetstraject zijn; en 3) Toevoegen van de mogelijkheid om naast volledige BIG-herregistratie een tijdelijke of deelregistratie te verlenen. Aan elke aanpassing of alternatief zijn voor- en nadelen verbonden. Herregistratie middels PRC kan niet los gezien worden van reguliere herregistratie en er dient een zorgvuldige afweging gemaakt te worden omdat aanpassing van een onderdeel gevolgen zal hebben voor het gehele systeem.

De voordelen van de mogelijke aanpassingen die worden geschetst zijn vaak een grotere flexibiliteit en een betere aansluiting op de praktijk met daarmee het verhogen van de validiteit van het PRC-traject. Hierbij ligt de focus op het weer bekwaam verklaren van zorgverleners waarbij men als beroepsgroep een collectieve verantwoordelijkheid draagt. Voor het inzetten van bepaalde elementen in het traject zal dit een beperking in de kosten met zich mee brengen, en andere elementen zal een verhoging van de kosten vragen. Dit rapport geeft inzicht in welke aanpassingen mogelijk zijn. Keuzes hierin maken is aan het veld samen met andere betrokken stakeholders. Het is evident dat verschillende opties aanleiding kunnen geven tot verder onderzoek.

9. Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Het huidige rapport geeft, op basis van de gesprekken met aanbieders en deelnemers, inzicht in factoren die van invloed zijn op de kostendekking van het PRC-traject. Deze factoren kunnen meegenomen worden als aangrijpingspunt voor kostenefficiëntie. Hierop aansluitend zou het bijvoorbeeld interessant kunnen zijn om te kijken naar de werkelijke kosten van de geboden mogelijke alternatieven. Hierbij kan gedacht worden aan kosten die voortkomen uit de conceptueel andere inrichting van het herregistratiesysteem, waarbij andere stakeholders (bijvoorbeeld de toekomstige werkplek) een rol kunnen gaan spelen. Hiernaast zou onder andere door bijvoorbeeld een kosten-baten analyse specifiek naar de vraag voor meer kostendekking gekeken kunnen worden, wat een andere vorm en aanpak voor onderzoek eist. Daarnaast zou het waardevol zijn om te onderzoeken in hoeverre het haalbaar en door beroepsgroepen geaccepteerd wordt om een netwerk van supervisors op te stellen voor werkplek begeleiding en –beoordeling en deze hiervoor adequaat te trainen en te instrueren. Het werken onder supervisie doet namelijk een beroep op gedeelde verantwoordelijkheid van de supervisor en de gesuperviseerde.

Het veelomvattende begrip patiëntveiligheid was géén punt van aandacht voor dit rapport. Verdiepend onderzoek naar dit begrip vraagt gebruik van andere soort data, en bepaling van welke uitkomstmaten hierin meegenomen moeten worden (e.g. patiënttevredenheid, heropname cijfers, mortaliteit, klachten en bezwaren van patiënten, en tuchtrechtzaken). Ook kan de stem van patiënten of patiëntenorganisaties hierbij betrokken worden. Interessante vragen voor vervolgonderzoek zijn: Hoe kijken patiënten aan tegen een mogelijke rol binnen een leertraject of bij het beoordelen van het functioneren van herintredende zorgprofessionals? En hoe ervaren patiënten het wanneer zij zorg ontvangen van iemand met een deelcertificaat of een herintredende professional? In hoeverre zouden patiënten onderscheid maken tussen een behandeling door een zorgprofessional in opleiding onder begeleiding, vergeleken met een zorgprofessional die stage loopt of onder supervisie werkt om een PRC te behalen?

Zorgprofessionals die een PRC-traject hebben doorlopen zitten in een periode van transitie, die vergelijkbaar is met net afgestudeerde zorgverlener die zonder supervisie mogen gaan werken. Er zal verder onderzoek gedaan kunnen worden naar hoe begeleiding tijdens en na een PRC-traject ervoor kan zorgen dat de transitie (terug) naar de praktijk zo goed mogelijk verloopt. Hier zou onder andere gekeken kunnen worden naar het omgaan met en zich houden aan evidence-based principes, kennis van nieuwe richtlijnen in de zorg, maar ook naar professioneel gedrag en communicatie en samenwerking met patiënten en collega's.

Tot slot hebben de inzichten en geboden alternatieven in dit rapport mogelijk aanpassingen aan wet- en regelgeving tot gevolg. Om die reden zou het ook aan te raden zijn om te kijken naar de juridische gevolgen voor de genoemde aanpassingen aan en alternatieven voor het huidige systeem van scholing en toets leidend tot PRC.

Gebruikte literatuur

Bernie, K. M., Couch, E. T., & Walsh, M. (2016). Perceptions of California dental hygienists regarding mandatory continued competence requirements as a condition of license renewal. *American Dental Hygienists' Association*, 90(5), 275-282.

Bindon, S. L. (2017). Professional development strategies to enhance nurses' knowledge and maintain safe practice. *AORN journal*, 106(2), 99-110.

Bower, E. A., English, C., Choi, D., Cedfeldt, A. S., & Girard, D. E. (2010). Education to return nonpracticing physicians to clinical activity: a case study in physician reentry. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 30(2), 89-94.

Casey, M., Cooney, A., O'Connell, R., Hegarty, J. M., Brady, A. M., O'Reilly, P., ... & O'Connor, L. (2017). Nurses', midwives' and key stakeholders' experiences and perceptions on requirements to demonstrate the maintenance of professional competence. *Journal of Advanced Nursing*, 73(3), 653-664.

Chou, C. L., Kalet, A., Costa, M. J., Cleland, J., & Winston, K. (2019). Guidelines: The dos, don'ts and don't knows of remediation in medical education. *Perspectives on Medical Education*, 8(6), 322-338.

Choudhry, N. K., Fletcher, R. H., & Soumerai, S. B. (2005). Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. *Annals of Internal Medicine*, 142(4), 260-273.

Ericsson, K. A., Krampe, R. T., & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100(3), 363.

Eppich, W., Rethans, J. J., Teunissen, P. W., & Dornan, T. (2016). Learning to work together through talk: Continuing professional development in medicine. In *Supporting learning across working life* (pp. 47-73). Springer, Cham.

Eva, K. W. (2002). The aging physician: changes in cognitive processing and their impact on medical practice. *Academic Medicine*, 77(10), S1-S6.

Hawkins, R. E., Welcher, C. M., Elliott, V. S., Pieters, R. S., Puscas, L., & Wick, P. H. (2016). Ensuring competent care by senior physicians. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 36(3), 226-231.

James, C., Southgate, E., Kable, A., Rivett, D. A., Guest, M., & Bohatko-Naismith, J. (2011). The return-to-work coordinator role: qualitative insights for nursing. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 220-227.

Kalet, A., Chou, C. L., & Ellaway, R. H. (2017). To fail is human: remediating remediation in medical education. *Perspectives on Medical Education*, 6(6), 418-424.

Kugler, A. D., & Sauer, R. M. (2005). Doctors without borders? Relicensing requirements and negative selection in the market for physicians. *Journal of Labor Economics*, 23(3), 437-465.

Miller, G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic medicine*, 65(9), S63-7.

Norcini, J. J., & Mazmanian, P. E. (2005). Physician migration, education, and health care. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 25(1), 4-7.

Norcini, J. J., Boulet, J. R., Opalek, A., & Dauphinee, W. D. (2017). Patients of doctors further from medical school graduation have poorer outcomes. *Medical Education*, 51(5), 480-489.

Prescott-Clements, L., Voller, V., Bell, M., Nestors, N., & van der Vleuten, C. P. (2017). Rethinking remediation: a model to support the detailed diagnosis of clinicians' performance problems and the development of effective remediation plans. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 37(4), 245-254.

Sehlbach, C., Govaerts, M. J., Mitchell, S., Rohde, G. G., Smeenk, F. W., & Driessen, E. W. (2018). Doctors on the move: a European case study on the key characteristics of national recertification systems. *BMJ open*, 8(4).

Sehlbach, C., Govaerts, M. J., Mitchell, S., Rohde, G. G., Smeenk, F. W., & Driessen, E. W. (2018). Box-ticking and Olympic high jumping—physicians' perceptions and acceptance of national physician validation systems. *Medical Teacher*, 40(9), 886-891.

Sehlbach, C., Govaerts, M. J., Mitchell, S., Teunissen, T. G., Smeenk, F. W., Driessen, E. W., & Rohde, G. G. (2020). Perceptions of people with respiratory problems on physician performance evaluation—A qualitative study. *Health Expectations*, 23(1), 247-255.

Teunissen, P. W. (2015). Experience, trajectories, and reifications: an emerging framework of practice-based learning in healthcare workplaces. *Advances in Health Sciences Education*, 20(4), 843-856.

Teunissen, P. W., & Dornan, T. (2008). Lifelong learning at work. *BMJ*, 336(7645), 667-669.

Teunissen, P. W., & Westerman, M. (2011). Opportunity or threat: the ambiguity of the consequences of transitions in medical education. *Medical Education*, 45(1), 51-59.

Ritter, A. Z., Bowles, K. H., O'Sullivan, A. L., Carthon, M. B., & Fairman, J. A. (2018). A policy analysis of legally required supervision of nurse practitioners and other health professionals. *Nursing outlook*, 66(6), 551-559.

Weenink, J. W., Kool, R. B., Bartels, R. H., & Westert, G. P. (2017). Getting back on track: a systematic review of the outcomes of remediation and rehabilitation programmes for healthcare professionals with performance concerns. *BMJ quality & safety*, 26(12), 1004-1014.

Appendix: Gebruikte vragenlijsten en interview gids

Vragenlijst Aanbieders (mail contact)

- Aantal deelnemers aan scholing en toets per jaar (over periode 2016-2020)
- Aantal geslaagden per jaar/ slagingspercentage (over periode 2016-2020)
- Duur van het scholingsprogramma
- Frequentie van aanbieden van scholingsprogramma en van toets per jaar
- Kosten van de scholing en de toets
- Is het programma kostendekkend?
- Documenten m.b.t. cursusaanbod en toets, bijvoorbeeld met uitleg over de beoogde leeruitkomsten (beknopt)

Interview Gids Aanbieders (persoonlijk gesprek)

Tijdstip van interview:

Datum en plaats:

Interviewer:

Geïnterviewde code:

Positie van de geïnterviewde:

(doel) Bedankt dat u vandaag de tijd neemt om met me te praten over de werking van huidige scholingsprogramma's en toetsen voor zorgverleners. U hoort bij de aanbieders van zo een scholingsprogramma.

Zoals eerder benoemd, probeer ik de ervaringen van aanbieders van het huidige systeem te begrijpen. Ik wil graag beter begrijpen hoe het huidige systeem is opgezet, wat de belangrijkste doelen zijn, en in hoeverre het systeem ruimte geeft voor een flexibele aanpak, en welke uitdagingen worden ervaren. Verder ben ik erin geïnteresseerd of u als deelnemer mogelijke alternatieven voor het huidige systeem voor u ziet, ook om het mogelijkerewijs meer kostendekkend te gaan maken. Het is niet mijn bedoeling om u, of uw manier van werken, te beoordelen. Dit is belangrijk voor u om te weten. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Ik ben vooral geïnteresseerd in uw mening.

(procedure) Aarzel niet om me te vertellen hoe u erover denkt. We beginnen met een aantal algemene vragen over het huidige systeem en uw ervaringen ermee, en gaan vervolgens in op door u ervaren knelpunten en mogelijke alternatieve benaderingen.

Ik zal het interview opnemen, zodat ik me kan concentreren op wat u tijdens ons gesprek zegt. Het zal me ook in staat stellen om er later naar terug te luisteren en uit te schrijven. Bent u het hiermee eens?

(anonimiteit) Zoals beschreven in de informatiebrief, worden al uw gegevens vertrouwelijk behandeld en blijft alles wat u mij verteld anoniem. Uw naam zal worden vervangen door een code, bijvoorbeeld deelnemer 1. Alleen ik de hoofdonderzoekers zullen weten welke deelnemer welke code kreeg.

Heeft u nog vragen, die niet werden beantwoord door het informatieblad?

Als u akkoord gaat, start ik nu de opname. We kunnen de opname op elk gewenst moment stoppen.

Algemene, inleidende vragen:

Voordat we de meer inhoudelijke vragen rondom het scholingsprogramma en de toets bespreken willen we graag een aantal algemene vragen stellen:

- Hou zou u de doelgroep beschrijven? (Bv. achtergrond, werkervaring, redenen voor het niet behalen van de werkervaringseis)
- Hoeveel deelnemers zijn er per jaar? Komt het **aantal deelnemers** van de scholing overeen met de deelnemers van de toets?
- Kunt u iets vertellen over de mate van **kostendekking** van het scholings- toetsingsprogramma?
 - o Wat zijn de **kosten** voor a) het scholingsprogramma en b) de toets? Hoe komen de kosten tot stand? Is het kostendekkend?

Hoe zou u het **scholingsprogramma** beschrijven?

- Wat is het belangrijkste doel?
- Hoe is het ontstaan?
- Wie was erbij betrokken? In hoeverre waren/zijn de beroepsorganisatie of vertegenwoordigers hierbij betrokken? (Opzet en design, uitvoering)

Hoe wordt invulling gegeven aan het scholingsprogramma?

- In hoeverre bieden a) het scholingsprogramma en b) de toets mogelijkheid tot een **flexibele aanpak** die aansluit bij de individuele leerbehoefte van de deelnemers?
- In hoeverre weet u hoe de afnemers (=individuele deelnemers) het scholingsaanbod ervaren? Weet u hoe ze toets ervaren?
- Hoe bereid het door u aangeboden scholingsprogramma deelnemers voor op de toets?

Hoe wordt invulling gegeven aan de **toetsen**?

Hoe hoog is het slagingspercentage?

- Wat weet u vanuit de deelnemers in hoeverre zij de toets ervaren? (Relevantie voor huidige werkzaamheden, aansluiting aan leerbehoeftes)

In de volgende vragen wil ik het met u hebben over **uitdagingen en alternatieven** rondom het scholingsprogramma en de toets

- Welke uitdagingen worden ervaren?
- Welke knelpunten zijn er volgens u? Welke stakeholders ervaren welke knelpunten met name?
- Welke aanpassingen zou u zelf graag zien in het huidige systeem?
- Zijn er volgens u andere manieren om het doel van re-registratie te bereiken?
- Vind u het nodig om het systeem flexibeler te maken? Waarom wel/niet? Voor wie wel/niet?
- Als het systeem nu *niet* kostendekkend is, ziet u mogelijkheden om het systeem kostendekkender te maken?
- Zou u het systeem (scholingsprogramma's en/of toetsen) graag op een andere, alternatieve vorm willen zien?

- Hoe ziet het huidige scholings- en toetsprogramma eruit, ook i.v.m. 2020/2021 Covid19 situatie?

Aanvullende en afsluitende vragen:

Wilt u aspecten bespreken die nog niet zijn besproken?

Dank u voor uw deelname.

Interview Gids Deelnemers

Tijdstip van interview:

Datum en plaats:

Interviewer:

Geïnterviewde code:

Positie van de geïnterviewde:

(Doel) Bedankt dat u vandaag de tijd neemt om met me te praten over de werking van huidige scholingsprogramma's en toetsen voor zorgverleners.

Zoals eerder benoemd, probeer ik de ervaringen van deelnemers van het huidige systeem te begrijpen. Ik wil graag beter begrijpen hoe het huidige systeem wordt ervaren, in hoeverre het systeem ruimte geeft voor een individuele aanpak, en welke uitdagingen worden ervaren. Verder ben ik erin geïnteresseerd of u als deelnemer mogelijke alternatieve voor het huidige systeem voor u ziet. Het is niet mijn bedoeling om u, of uw manier van werken, te beoordelen. Dit is belangrijk voor u om te weten. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Ik ben vooral geïnteresseerd in uw mening.

(Procedure) Aarzel niet om me te vertellen hoe u erover denkt. We beginnen met een aantal algemene vragen over het huidige systeem en uw ervaringen ermee, en gaan vervolgens in op het verband met uw dagelijkse praktijk en mogelijke punten ter verbetering.

Ik zal het interview opnemen, zodat ik me kan concentreren op wat u tijdens ons gesprek zegt. Het zal me ook in staat stellen om er later naar terug te luisteren en uit te schrijven. Bent u het hiermee eens?

(Anonimiteit) Zoals beschreven in de informatiebrief, worden al uw gegevens vertrouwelijk behandeld. Uw naam zal worden vervangen door een code, bijvoorbeeld deelnemer 1. Alleen ik de hoofdonderzoekers zullen weten welke deelnemer welke code kreeg. In het rapport wat wij hierover schrijven voor het Ministerie VWS geven we mogelijk wel aan welke punten uit welke professie naar voren kwamen.

Heeft u nog vragen, die niet werden beantwoord door het informatieblad?

Als u akkoord gaat, start ik nu de opname. We kunnen de opname op elk gewenst moment stoppen.

Algemene, inleidende vragen:

Voordat we de meer inhoudelijke vragen rondom het scholingsprogramma en de toets bespreken willen we graag een aantal algemene vragen stellen:

- Heeft u deelgenomen aan een scholingsprogramma? Wanneer? Was dit verplicht of optioneel?
- Wat was u afweging om aan het scholingsprogramma deel te nemen (indien optioneel)?
- Aan welk programma heeft u (waar) deelgenomen?

Reden deelname scholingsprogramma

- Wat was de reden voor u om aan een scholingsprogramma deel te nemen?
- Bij niet behalen van de werkervaringseis: wat was de reden voor het niet behalen van deze eis?
- Hoe zag de periode tussen u laatste registratie als ... en uw deelname aan het herregistratie traject eruit?
- Welke rol speelde de (voorbereiding op) de toets bij deze keuze?

Kernvragen

- Hoe zou u het **scholingsprogramma** beschrijven?
- Hoe heeft u het ervaren?
 - o Duur
 - o Kosten
- Wat was volgens u het doel van het scholingsprogramma? Slaagt het erin dat doel te bereiken? In hoeverre sluit het aan bij de praktijk?
 - o In hoeverre heeft het programma u voorbereid op de toets?
- Hoe heeft u de **toets** ervaren? Wat wordt er volgens u voornamelijk getoetst?
- Was de toets inhoudelijk relevant voor u?
- Wat heeft u ervan meegenomen van de toets voor uw dagelijkse praktijk?
- Sluit het scholingsprogramma en de toets aan bij uw (huidige) werkzaamheden?
- Wat heeft u ervan meegenomen voor uw dagelijkse praktijk? Wat heeft u ervan geleerd?
- Heeft het programma een toegevoegde waarde gehad voor u? Zo ja welke en op welke manier/ zo niet, hoezo niet? Wat had u dan graag anders gezien?
- In hoeverre heeft het programma u voorbereid op het (blijven) leren?
- Was er ruimte voor flexibele aanpak m.b.t. op uw individuele leerbehoefte?
- Wat waren de totale kosten die u heeft gemaakt voor uw herregistratie?

Uitdagingen en alternatieven

- Waren er dingen die beter hadden gekund?
- Ervaren knelpunten?
- Hoe zouden deze aangepakt dan wel verbeterd kunnen worden?
- Zou u het systeem (scholingsprogramma's en/of toetsen) op een andere, alternatieve vorm willen zien? Welke?

Aanvullende en afsluitende vragen:

Wilt u aspecten bespreken die nog niet zijn besproken?

Dank u voor uw deelname.

Interview Guide International experts

Tijdstip van interview:

Datum en plaats:

Interviewer:

Geïnterviewde code:

Positie van de geïnterviewde:

Introduction:

In the Netherlands, a number of healthcare professions (i.e. dentists, physiotherapists, pharmacists) have a protected title under the Individual Healthcare Act (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, BIG). The corresponding registry has been set up to protect patients against professional misconduct and medical errors.

Individual healthcare professionals of this group must re-register every 5 years as proof they still meet the requirements for their profession. This is similar to Maintenance of Certification in North America. To do so, they must meet work experience and education requirements. The criteria are different for each profession. What they do have in common, however, is that health care professionals need to adhere to a minimum number of working hours throughout the duration of five years.

In case a healthcare professional cannot provide proof of or cannot fulfil the work hour requirements for any reason (i.e. leave of absence, sick leave, working elsewhere), they need to pass an exam leading to what is called a periodical registration certificate (PRC). Some professions offer (optional) courses in order to prepare for the (mandatory) (PRC) exam. Although the Ministry of Health is responsible for the option of re-registration through a PRC, the courses and exams are offered by educational organizations involved in the initial training of the respective healthcare professionals. The current system has shown to be not sustainable financially and, moreover, inflexible. Therefore, we have been asked by the Dutch Ministry of Health to analyse the current system of re-registration for healthcare professionals who do not meet the work hour requirements. Our project aims to better understand current practices of these courses and exams, including the aims of different courses offered as well as underlying challenges and bottlenecks. Likewise, we aim to seek alternatives for the current approach.

Interview guide

- Do you know if there is a **re-registration system in your country** and if so, how is this organized?
- What do you see as the **main purpose** of re-registration?
- What **means** are there to achieve the previously stated purposes?
- Whom do you consider the different **stakeholders** in this domain?
- What do you think of a minimum number of working hours as proof of practice in recent years?
- What is your stance on a knowledge-based exam as a substitute of minimum number of working hours?

- Keeping feasibility and cost-effectiveness in mind, which **alternative ways of assessment** (assessing competence) would you envisage?

- What do you know and can you advise us on the needs and options of re-registration for **different** categories of **professions**?
- What are the main **challenges** of different options?
- What are the most important **objectives** that need to be balanced in any option?

- How would you recommend **assessing fitness to practice**?
 - How can knowledge and performance assessment be balanced?
 - How to balance planned and unplanned learning?
- (Based on your experience, how should a system of regular performance assessment be organised?)