



Vereniging Buitenlands Gediplomeerde Artsen

NA HET ASSESSMENT

*Een onderzoek naar de carrière van
buitenlandse artsen in Nederland na de
diploma erkenningsprocedure*

Cansu de Muijnck
Amina Abdulkadir
Paul Herfs

VBGA
Januari 2021

INLEIDING	1
METHODE EN RESPONS	2
RESULTATEN	2
1. Algemene kenmerken	2
2. Specifieke resultaten	2
2.1. Drie maanden onder supervisie periode	2
2.2. Coschappen	3
2.3. Baan vinden als buitenlandse arts in Nederland	3
2.4. Op de werkvloer	4
2.5. Het moeilijkste probleem	5
2.6. Lichamelijke en psychische klachten	6
2.7. Tevredenheid over carrière	6
Verwachtingen van buitenlandse artsen voor een betere toekomst	7
DISCUSSIE	8
Over het assessment	8
De ervaren obstakels door buitenlandse artsen na het assessment	9
1. Problemen met taal en (werk)cultuur & praktische problemen	9
2. Een weg vinden in een competitieve arbeidsmarkt zonder netwerk	10
3. Psychische klachten bij de buitenlands arts	10
4. Problemen in de assessment procedure	11
Het probleem bekeken in een grotere maatschappelijke context en parallellen met andere groepen	11
1. Inclusieve arbeidsmarkt en gezondheidszorg	11
2. Tekort zorgprofessionals en onvoldoende inzet van beschikbare krachten	12
3. Parallellen en het “leaking pipeline” fenomeen	13
CONCLUSIE	14
TOEKOMSTPERSPECTIEF VAN VBGA VOOR DE POST ASSESSMENT PERIODE	15
REFERENTIES	15

Inleiding

Door de huidige corona pandemie is er weer aandacht gekomen voor het 'human capital' aan (nog) niet-werkzame buitenlandse artsen in Nederland. De oproep van de Vereniging Buitenlands Gediplomeerde Artsen (VBGA) tijdens de eerste lockdown om steun te bieden aan ziekenhuizen en verpleeghuizen leidde tot een grote toestroom van vrijwillige artsen, verpleegkundigen en apothekers. Een omvangrijke lijst met namen werd doorgespeeld aan "Extra Handen voor de Zorg", maar deze pool aan professionals bleef nagenoeg onbenut in de eerste golf van de crisis [1] [2]. Het artikel van de Groene Amsterdammer waaraan diverse leden van de VBGA meewerkten, deed stof opwaaien. Hetzelfde gold voor artikelen in Medisch Contact. Deze signalen vormden voor de Kamerleden Paternotte en Raemakers (beiden D'66) aanleiding om kamervragen te stellen aan minister van Ark van Medische Zorg. De minister gaf aan projecten te hebben geïnitieerd waarin tekorten in de zorg worden teruggedrongen. Tevens gaf zij aan dat ze bereid is ondersteuning te bieden voor het begeleiden van zorgprofessionals met een migratie-achtergrond die buiten Nederland zijn opgeleid naar een gepaste werkplek. Ook wilde ze kijken of de assessment procedure verbeterd of versneld kan worden, met behoud van kwaliteit. Tenslotte vond ze het aanbod van een groot aantal buitenlandse zorgprofessionals om bij te springen tijdens de Covid-crisis hartverwarmend [3, 2, 4].

Een uitgesproken gelegenheid dus voor de VBGA om opnieuw aandacht te vragen voor de obstakels die de buitenlandse arts tegenkomt op weg naar het erkennen van zijn of haar diploma. Dat motiveerde ons om dit artikel te schrijven.

Volgens de cijfers van Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) waren in 2017 2.2% van alle artsen in Nederland buitenlands gediplomeerd [5]. De diploma erkenningsprocedure voor buitenlandse artsen in Nederland is een lange procedure vooral voor artsen met een diploma behaald buiten de Europese Economische Ruimte (EER). Er zijn al diverse publicaties verschenen over de obstakels die buitenlandse artsen ervaren tijdens deze periode [6] [7]. Hoewel het behalen van de BIG-registratie een belangrijke mijlpaal is voor elke buitenlandse arts, is het zeker niet de laatste stap voor een succesvolle carrière. Veel buitenlandse artsen ervaren na het behalen van hun BIG-registratie ook belemmeringen bij het vinden van werk en als ze dat gevonden hebben, ondervinden ze belemmeringen op de werkvloer. Geïnspireerd door de verhalen binnen ons netwerk en door de huidige ontwikkelingen en acties door de Corona pandemie, wilden we vanuit de VBGA onderzoeken welke problemen buitenlandse artsen tegenkomen ná het afleggen van de diploma erkenningsexamens, of zoals we het vaker noemen na "het assessment". Voor zover we weten, is dit het eerste onderzoek naar de situatie van buitenlandse artsen in de post assessment fase.

Sinds 2014 vertegenwoordigt de VBGA de belangen van buitenlandse artsen in Nederland. Tot nu toe hebben we ons met name beziggehouden met het begeleiden van buitenlandse artsen voor de examens in het assessment. Na 6 jaar zien we dat de kandidaten steeds beter voorbereid zijn op deze examens en behalen ze steeds betere resultaten. In 2020 zijn we een nieuwe werkgroep begonnen om buitenlandse artsen ook na het assessment te begeleiden. Dit onderzoek is de eerste stap bij het in kaart brengen van hun knelpunten middels een enquête. Door het naar buiten brengen van de resultaten van de enquête in dit verslag hopen

we herkenning en aandacht te creëren voor de problemen waar buitenlandse artsen tegenaan lopen na het assessment en hopen we samen met betrokken instanties en partijen waar de buitenlandse arts mee te maken krijgt handvatten of oplossingen te bieden voor deze problemen.

VBGA Post Assessment Werkgroep
5 januari 2020

Methode en Respons

De gebruikte enquête is verspreid via een professionele website die de AVG-regels hanteert en die de anonimiteit van de respondenten zorgvuldig waarborgt. De vragenlijst bestond uit verschillende type vragen verdeeld over 3 onderdelen: 1) demografische gegevens, 2) de assessment fase en 3) de post assessment fase. De digitale vragenlijst is verspreid tussen 10 augustus en 10 september 2020 via de sociale mediakanalen van VBGA, gemaild naar oud-deelnemers van VBGA-workshops en verspreid via andere persoonlijke netwerken van buitenlandse artsen. In totaal hebben 73 buitenlandse artsen gereageerd en 41 respondenten hebben de vragenlijst volledig ingevuld. In dit verslag zijn alleen de data van de volledig ingevulde enquêtes gebruikt. De statistieken zijn geanalyseerd middels het programma R [8].

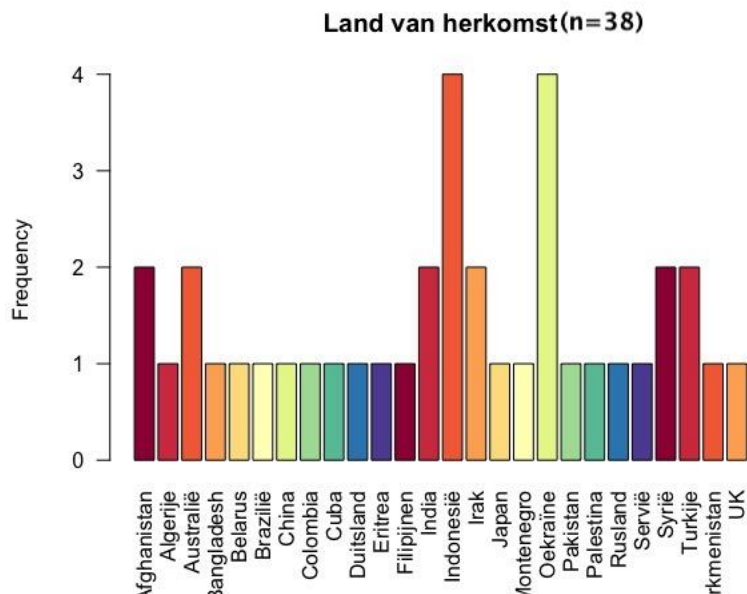
Resultaten

In de resultaten van het eerste hoofdstuk beschrijven we de algemene kenmerken van de respondenten. Vervolgens geven we de resultaten in specifieke hoofdstukken als volgt weer: problemen tijdens de drie maanden onder supervisie periode, problemen tijdens de coschappen, het vinden van werk in Nederland als buitenlandse arts en problemen op de werkvloer.

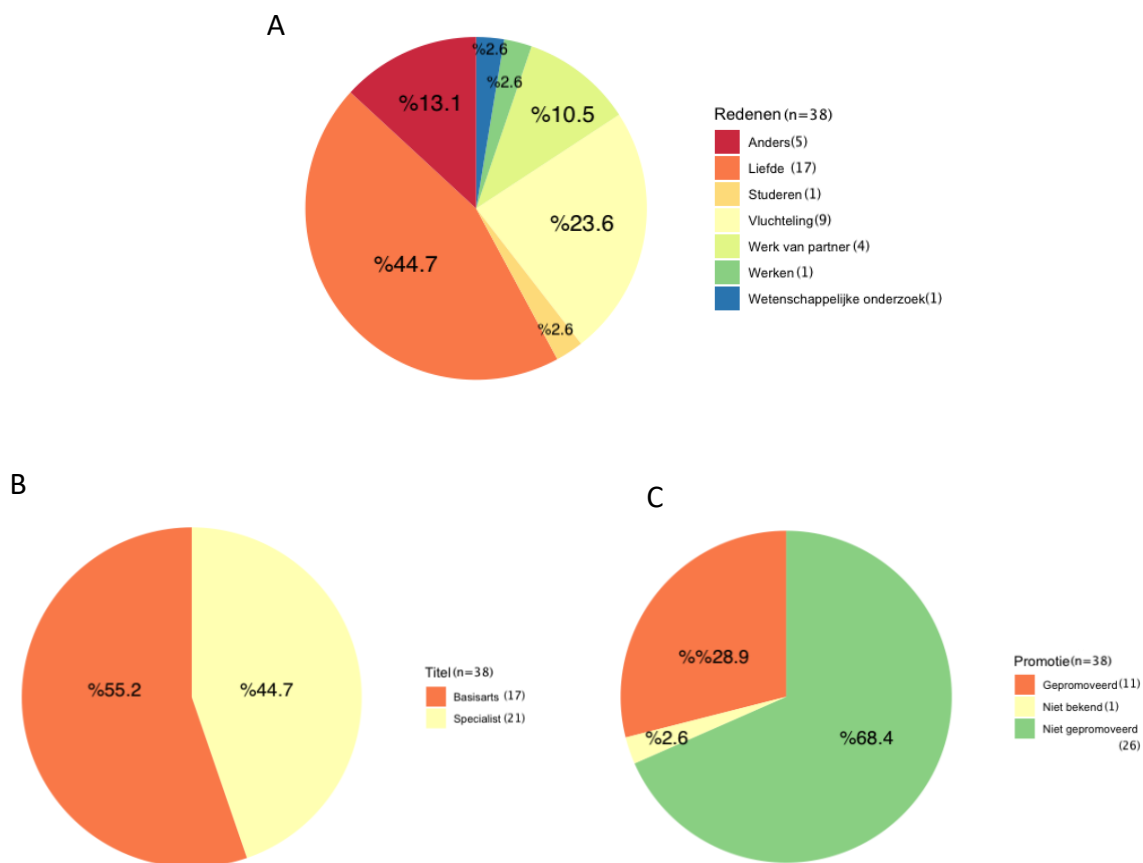
Terwijl de vragen in het eerste deel van de vragenlijst gesloten vragen of open vragen met een kort antwoord waren, bestond het tweede deel van de vragenlijst ook uit open vragen met ruimte voor lange antwoorden. We rapporteerden de antwoorden letterlijk, maar in sommige gevallen zijn kleine grammaticale fouten gecorrigeerd om het vloeiend lezen van de tekst te bevorderen.

1. Algemene kenmerken

In totaal hebben 73 buitenlandse artsen gereageerd op de enquête, waarvan 41 het volledig hebben ingevuld. 3 respondenten wilden niet meedoen aan een publicatie. Uiteindelijk zijn de data van 38 respondenten statistisch geanalyseerd. Respondenten kwamen uit 26 verschillende landen (Figuur 1). De meeste buitenlandse artsen immigrerden naar Nederland vanwege verblijf bij een Nederlandse partner (44%, n=17, figuur 2). De gemiddelde leeftijd was 39,9 jaar op het moment van invullen: de jongste respondent was 26 en de oudste respondent was 59 jaar oud. 29% van de respondenten was man en 71% was vrouw. 44% van de respondenten was specialist in land van herkomst en 56% basisarts (figuur 2). 28% van de artsen was gepromoveerd (figuur 2).

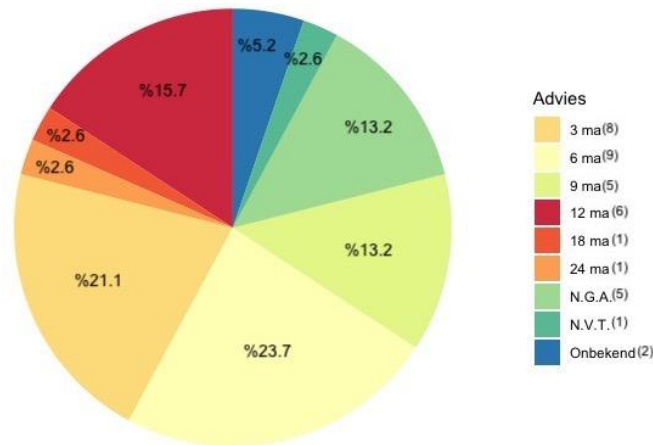


Figuur 1. Land van herkomst



Figuur 2. **A:** Redenen van immigratie naar Nederland. **B:** Status in land van herkomst **C:** Percentage gepromoveerden onder respondenten.

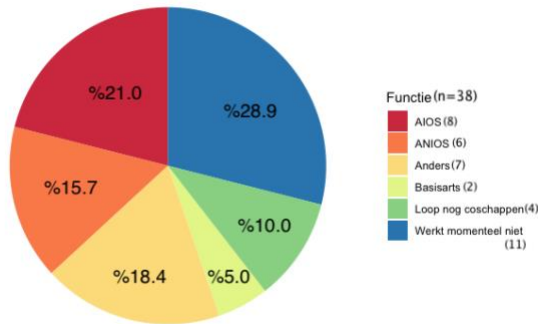
21% van de respondenten kreeg een directe erkenning van hun diploma na afronding van de assessment examens (namelijk drie maanden onder supervisie; voor verdere informatie over de procedure zie de paragraaf Discussie), 58% moest een aanvullende opleiding doen, 1 arts was binnen de EER gediplomeerd en kreeg daardoor een erkenning zonder beroepsinhoudelijke toetsing (figuur 3).



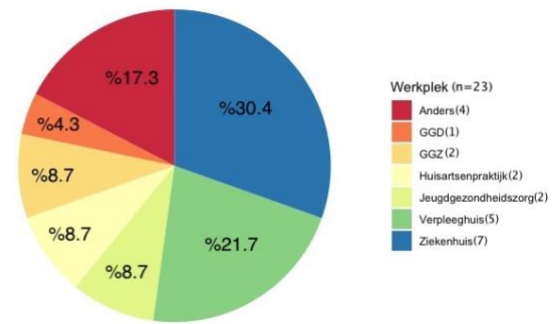
Figuur 3. Advies. 3ma: 3 maanden onder supervisie, N.G.A: Nog geen advies (examens gedaan en wacht op een adviesgesprek), N.V.T: Niet van toepassing.

Op het moment van invullen werkten 11 artsen niet, 4 artsen liepen nog coschappen, 8 werkten als AIOS, 6 werkten als ANIOS, 2 artsen als basisarts en 7 artsen in andere posities zoals jeugdarts, arts-onderzoeker, vrijwilliger, patent examiner, maatschappelijke ondersteuner en verzorger (Figuur 4). 21 artsen waren BIG geregistreerd en 17 artsen niet. Van de specialisten kon alleen één respondent erkenning krijgen als specialist en hij/zij was binnen de EER gediplomeerd. Na het behalen van de BIG-registratie werkten slechts 2 buitenlandse artsen in hun originele specialisme, één als AIOS (dit betreft een EER gediplomeerde arts) en de andere als ANIOS. Een overzicht van wisselingen van specialisme is te vinden in Tabel 1. Onder de artsen die momenteel werken, was het specialisme waarin ze werken voor 73% (n=17) hun eerste keuze in Nederland. Veruit de meeste respondenten werken buiten het ziekenhuis, 69,6% (figuur 4). Ouderengeneeskunde was het meest voorkomende specialisme (17%, n=4).

A



B



Figuur 4. **A:** Functie van respondenten. **B:** Verdeling van zorginstellingen waar artsen werken. Anders: Sanquin Bloedbank, non-gouvernementele organisaties, Europees octrooibureau, als verzekeringsarts in een onbekende instelling.

Tabel 1 Overzicht van veranderingen in specialisme of baan

Specialisme in land van herkomst	Baan/specialisme in Nederland
Anesthesiologie	Non-gouvernementele organisatie
Anesthesiologie en SEH	Anesthesiologie (Specialist) en SEH(AIOS)
Basisarts	Anesthesiologie (AIOS)
Basisarts	Donorarts (Basisarts)
Basisarts	Interne Geneeskunde (ANIOS)
Basisarts	Interne Geneeskunde (ANIOS)
Basisarts	Interne Geneeskunde (Arts-onderzoeker)
Basisarts	Jeugdarts (KNMG)
Basisarts	Jeugdarts (AIOS)
Basisarts	Jeugdarts (ANIOS)
Basisarts	Neurologie (ANIOS)
Basisarts	Ouderengeneeskunde (AIOS)
Basisarts	Ouderengeneeskunde (ANIOS)
Basisarts	Ouderengeneeskunde (Basisarts)
Basisarts	Patent proever - chirurgische instrumenten
Basisarts	Ouderengeneeskunde (Verzorgende; geen arts)
Basisarts	Psychiatrie (AIOS)
Chirurgie	Chirurgie (ANIOS)
Gynaecologie	Huisarts (AIOS)
Gynaecologie	Verzekeringsarts (AIOS)
Kindergeneeskunde	Huisarts (Waarnemer)
KNO	Ouderengeneeskunde (Vrijwilliger)
KNO	Verzorgingsgeneeskunde (AIOS)

2. Specifieke resultaten

In dit hoofdstuk presenteren we de resultaten van het tweede deel van de vragenlijst. Dit deel bestond uit vragen gericht op problemen in bepaalde fases na de assessment procedure, namelijk: drie maanden onder supervisie, coschappen, solliciteren en op de werkvloer. Bij sommige vragen kon er meer dan één optie gekozen worden, waardoor het aantal antwoorden per vraag kon verschillen. Opmerkelijk was dat in bijna alle fases “taal en communicatie” het meest voorkomende probleem was. Het valt ook op dat discriminatie in alle fases wordt genoemd als een probleem, maar dat bijna geen respondent details gaf in de open vragen over de vorm en/of inhoud van de discriminatie, hetgeen de objectivering van het probleem lastig maakt.

2.1. Drie maanden onder supervisie periode

Een buitenlandse arts krijgt “drie maanden onder supervisie” als hij of zij voldoende of goed scoort in alle assessment examens en daardoor geen aanvullende opleiding hoeft te volgen. Van onze populatie ontvingen 8 artsen drie maanden onder supervisie. (Voor verdere details over het assessment zie de paragraaf ‘discussie’).

Het meest voorkomende probleem tijdens deze periode was de taal en communicatie (50%, n=4), gevolgd door verschillen in cultuur (12.5%, n=1), relatie met collega’s (12.5%, n=1) en discriminatie (12.5%, n=1). Één respondent heeft “*wennen aan de Nederlandse richtlijnen, wetten/afspraken en inrichting van de gezondheidszorg*” als een ander probleem genoemd.

Figuur 5. Verdeling van de problemen in de ‘3 maanden onder supervisie’ periode



2.2. Coschappen

Buitenlandse artsen die het advies '3 maanden onder supervisie' krijgen hoeven geen aanvullende opleiding te doen. Buitenlandse artsen die wel aanvullende opleidingen opgelegd krijgen (6, 9, 12, 18 of 24 maanden) moeten opnieuw coschappen lopen. De aard en de lengte van de aanvullende opleiding worden medebepaald door de prestaties tijdens de assessment examens en de wens van de buitenlandse arts. (Voor verder details over het assessment zie de paragraaf 'discussie').

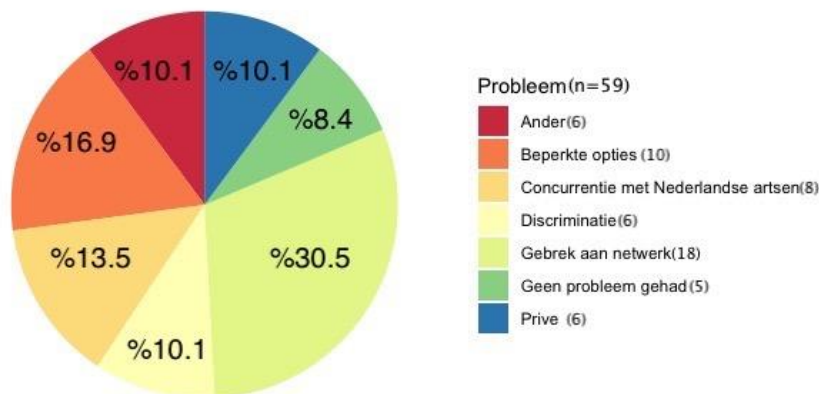


Figuur 6.
Verdeling van
problemen
tijdens
coschappen

Tijdens de coschappen ervaren buitenlandse artsen het vaakst problemen in "de relatie met andere collega's" (20.5%, n=14). Dit werd gevolgd door "taal en communicatie" (19.1%, n=13) en cultuur (17.6%, n=12). Dit was de enige fase waarin een ander probleem dan taal en communicatie het meest voorkomend probleem was. In de optie "anders" hebben mensen ook "gebrek aan begeleiding", "problemen met het regelen van de coschappen", "verschillen in het (zorg)systeem in vergelijking met het land van herkomst", "hiërarchie op de werkvloer" en "COVID-19" als probleem opgeschreven. Twee respondenten ervaren geen problemen tijdens de coschappen.

2.3. Baan vinden als buitenlandse arts in Nederland

Op het moment van invullen van de vragenlijst werkten 23 van de 38 buitenlandse artsen (60.5%). Het merendeel van de artsen heeft hun baan gevonden na één sollicitatie (47.8%, n=11). 9 buitenlandse artsen moesten 1-5 keer solliciteren om een baan te kunnen vinden, 2 artsen 5-10 keer en 1 arts moest 20 keer solliciteren maar vond slechts een stageplek (geen betaalde baan) (Tabel 2).



Aantal Sollicitaties	Aantal Artsen
1	11
1-5	9
5-10	2
>20	1

Tabel 2 Overzicht aantal sollicitaties bij het vinden van een baan

Figuur 7. Verdeling van problemen tijdens solliciteren

De meest genoemde uitdaging tijdens het solliciteren was een gebrek aan een netwerk (30.5%, n=18), gevolgd door beperkte opties (16.9%, n=10) en concurrentie met Nederlandse artsen (13.5%, n=8). 5 artsen hebben geen problemen gehad tijdens het solliciteren. In de open optie "anders" hebben artsen "nadruk op wetenschappelijke ervaring" en "taal" ook als problemen opgegeven.

2.4. Op de werkvloer

Vergelijkbaar met de andere fases waren taal en communicatie (27.4%, n=14), cultuur (17.6%, n=9) en relatie met collega's (11.7%, n=6) ook de meest voorkomende problemen naast het vinden van een betaalde baan. In deze fase hebben buitenlandse artsen "administratieve taken", "tempo van het werk, snelle en multifunctionele ANIOSen" en "houding van het management in sommige gevallen" ook als problemen genoemd.



Figuur 8. Verdeling van problemen op de werkvloer

2.5. Het moeilijkste probleem

Als een van de laatste vragen hebben we een open vraag gesteld over welk probleem de buitenlandse artsen als het moeilijkst hebben ervaren. Taal en cultuur waren weer de overheersende thema's. Respondenten gaven deze keer meer details over de problemen. Wat betreft taal heeft een paar artsen het perfectionisme dat wordt verwacht als onlogisch benoemd en te gemakkelijk kritiek krijgen als demotiverend. Voor sommigen was hun relatief hogere leeftijd (>40 jaar) een obstakel bij het leren van een nieuwe taal. In sommige gevallen droegen problemen in taal en culturele verschillen samen bij aan de problematiek. Zo schreef een arts:

“Ik kom regelmatig moeilijke gesprekken tegen en dat vind ik nog steeds lastig. Het is niet de grammatica maar de cultuur en gebruik van typische Nederlandse uitdrukkingen. De verwachtingen van de patiënten/donoren zijn hoog.”

Andere respondenten gaven voorbeelden van de verschillen in mentaliteit als gevolg van culturele verschillen:

“Ik ben qua persoonlijkheid niet iemand die alles wat in mijn hoofd zit gemakkelijk kan uitspreken. Mensen hier zien dat als bescheidenheid en willen mijn persoonlijkheid veranderen. Ik denk zelf dat als je zo opgevoed bent, het niet zo makkelijk is om dit in korte tijd te veranderen. In mijn laatste coschap kreeg ik een onvoldoende eindbeoordeling, ondanks voldoende medische kennis en vriendelijke houding, omdat ik geen klik had met mijn begeleider.”

“Door het verschil in mentaliteit denken Nederlandse begeleiders/collega's dat je niet beleefd, niet actief of ongeïnteresseerd bent.”

Een arts heeft vooroordelen als het moeilijkste probleem beschreven:

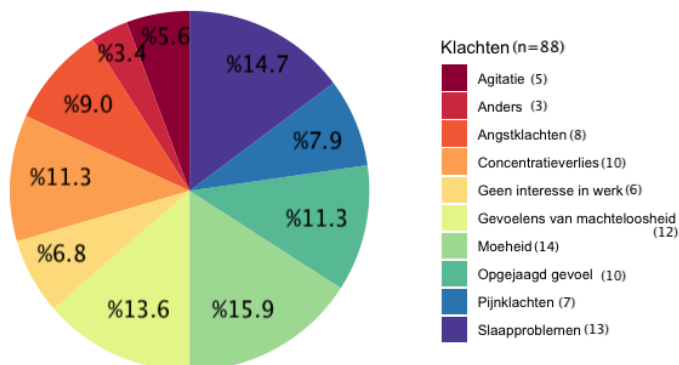
“Als buitenlandse arts ben jij niet goed genoeg totdat je het tegendeel zal bewijzen.”

Inhoudelijke verschillen in specialismen in vergelijking met het land van herkomst en praktische zaken zoals de organisatie en de logistiek in het ziekenhuis werden ook als lastige problemen genoemd. Één arts kon door financiële problemen de kosten van de examens niet betalen en vond dat het moeilijkste probleem.

2.6. Lichamelijke en psychische klachten

In dit onderdeel van de vragenlijst wilden we onderzoeken of de problemen in hun carrière invloed hadden op het lichamelijke en psychische welzijn. Hier hebben we geen gebruik gemaakt van de bekende, gevalideerde vragenlijsten. Het doel van dit onderzoek was om vooral inzicht te krijgen in de persoonlijke beleving van de buitenlandse artsen, meer dan het objectiveren van de problematiek.

De drie meest genoemde klachten waren vermoeidheid (15.9%, n=14), slaapproblemen (14.7%, n=13) en gevoelens van machteloosheid (13.6%, n=12). 14 artsen (34.1%) hadden geen lichamelijke klachten die toegeschreven konden worden aan problemen op werk. 3 artsen (7.3%) moesten professionele hulp krijgen als gevolg van deze klachten.



Figuur 9. Lichamelijke en psychische klachten tijdens moeilijke momenten op werk/tijdens coschappen

2.7. Tevredenheid over carrière

We hebben aan het eind van de vragenlijst respondenten gevraagd hoe tevreden ze zijn met hun carrière op een schaal van 1-5 (1: heel ontevreden, 2: ontevreden, 3: neutraal, 4: tevreden, 5: heel tevreden). De gemiddelde score was 3.21. Artsen die op het moment van invullen een baan hadden, hebben een hogere score van tevredenheid afgegeven in vergelijking met de hele groep, namelijk 3.91 vs 3.21 ($p=0,01$).

Verwachtingen van buitenlandse artsen voor een betere toekomst

Bij de laatste twee vragen vroegen we de deelnemers aan wat voor vorm van steun of actie buitenlandse artsen behoefte hebben om beter met de bovengenoemde problemen om te kunnen gaan en wat zij -met de kennis die ze nu hebben- anders zouden willen doen. Op de eerste vraag gaven veel artsen aan dat ze behoefte hebben aan een ondersteunend netwerk. Sommige artsen wilden meer horen over succesverhalen van buitenlandse artsen, zogenaamde rolmodellen, want het alleen horen over slechte ervaringen vonden zij demotiverend. Ook goede informatiebronnen over de specialismen ontbraken voor buitenlandse artsen. Veel specialismen zijn inhoudelijk anders ingedeeld in Nederland dan in de landen waar de artsen vandaan komen en ze vonden het moeilijk om duidelijke informatie te vinden over deze verschillen en of deze verschillen overbrugbaar zijn.

Op de tweede vraag varieerden de antwoorden sterk. Terwijl sommige artsen aangaven dingen anders te willen doen tijdens het assessment (eerder beginnen, beter studeren), gaven anderen aan dat ze zich anders zouden gedragen (soepeler omgaan met collega's, beter tegen kritiek te kunnen, betere integratie, meer accepteren, meer durven). Sommige artsen zouden intensiever investeren in de taal.

Samengevat de grootste obstakels:

Tijdens 3 maanden supervisie	Tijdens coschappen	Solliciteren	Op de werkvloer
Taal en communicatie (50%) Cultuur (12,5%)	Relatie met collega's (20.5%) Taal en communicatie (19.1%) Cultuur (17.6%)	Beperkt netwerk (30.5%) Beperkte opties (16.9%) Concurrentie met Nederlandse artsen (13.5%)	Taal en communicatie (27.4%) Cultuur (17.6%) Relatie met collega's (11.7%)

Discussie

Over het assessment

Onderdelen assessmentprocedure		
fase 1	Vorbereiding	Toezending diploma's vooropleidingen en buitenlands artsdiploma naar CBGV/VWS (ter verificatie en waardering) en aanmelding voor de assessment-procedure
fase 2	Algemene Kennis en Vaardighedentoets	Nederlandse taal en communicatievaardigheden niveau-eis NT2 C1 (vier toetsonderdelen) Leesvaardigheid Engels (niveau-eis IELTS 6,5/ TOEFL 600) ICT vaardigheden Kennis van de gezondheidszorg in Nederland
fase 3	Beroepsinhoudelijke toets	Medische basiskennis Klinische kennis Klinische vaardigheden (uitslagen van reguliere 5e/6e jaarsstudenten Geneeskunde gebruikt als referentiescore)
fase 4	Beschikking VWS op advies van CBGV	Aanvullende scholing: geen ⁹ ½ jaar 1 jaar 2 jaren 3 jaren

Figuur 10 Uit het artikel van Herfs 2017, met toestemming

Buitenlands gediplomeerde artsen moeten een lange diploma erkenning procedure doorlopen om in Nederland te kunnen werken. Ze moeten in totaal zeven examens afleggen waarvan de eerste 4 de algemene taal- en communicatievaardigheden toetsen (Algemene Kennis en Vaardigheden (AKV) toets) en de laatste 3 de beroepsinhoudelijke kennis toetst via de Beroepsinhoudelijke toets (BI-toets). De EER-gediplomeerde artsen kunnen na het succesvol afleggen van de AKV toets (Nederlandse taal en communicatie) direct een aanvraag indienen voor een BIG-registratie, terwijl de niet-EER gediplomeerde artsen de volledige AKV- en de BI-toetsen moeten doorlopen. Aan het eind van deze examens formuleert de Commissie Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV) voor elk kandidaat een persoonlijk advies op basis van de uitslagen van de BI-toets. Hoewel deze beslissing van de CBGV een "advies" heet, is het in feite bindend. Het beste "advies" dat een kandidaat kan krijgen is "drie

maanden onder supervisie werken". In dit geval kan de kandidaat een geclausuleerde BIG-registratie aanvragen en wordt gedurende 3 maanden het professionele gedrag en de mate van de integratie in het Nederlandse zorgsysteem beoordeeld door zijn of haar collega's. Indien de buitenlandse arts deze periode succesvol afrondt, wordt zijn of haar BIG-registratie naar ongeclausuleerd, dus zonder beperkingen, omgezet.

In alle andere gevallen moeten buitenlandse artsen een aanvullende opleiding volgen. De lengte van de opleiding kan variëren van 6 maanden tot de volledige masterstudie geneeskunde. Indien het advies > 3 jaar aanvullend opleiding is, dan moet een kandidaat de gehele geneeskundeopleiding opnieuw volgen en is dan ook niet verzekerd van een opleidingsplaats (dit betekent dat men zich moet aanmelden bij universiteiten zoals iedere Nederlandse scholier of student en moet men selectieprocedures ondergaan alvorens toegelaten te kunnen worden tot de geneeskundeopleiding). Overigens interessant om te weten: de loting voor de geneeskundestudie komt waarschijnlijk weer terug na enkele jaren afgeschaft te zijn, omdat gebleken is dat de huidige toelatingsprocedures voor ongelijkheid onder de studenten zorgden [9]). Na afronding van de aanvullende opleiding krijgt de buitenlandse arts direct een ongeclausuleerde BIG-registratie.

In het laatste jaarverslag van het CBGV van 2019 lezen wij dat er in dat jaar 58 adviezen over diploma's buiten de EER zijn gegeven, waarvan 52% het advies "3 maanden onder supervisie" kreeg; de rest kreeg andere adviezen die niet verder gespecificeerd zijn. Nergens is iets vermeld over het aantal toegelaten kandidaten tot de AKV-toets of de BI-toets. Wel is vermeld dat kandidaten niet zijn doorgedaan met de AKV- of BI-toetsen, of zijn gezakt voor de AKV-toets (resp. 5, 6 en 4 kandidaten), met daarbij als redenen "de aanvrager woont niet in Nederland of vertrekt weer, vindt de kosten te hoog of is van oordeel niet aan de eisen van de Wet BIG te voldoen. Ook komt het voor dat een buitenlandse diplomahouder een aanvraag doet in meerdere landen." [10] Dezelfde redenen komen in alle jaarverslagen in dezelfde bewoordingen steeds weer terug. Nochtans is opmerkelijk dat de CBGV nog nooit onderzoek heeft gedaan naar de motieven om af te zien van deelname aan de assessment procedure. Verder wordt gezegd dat alle beschikkingen binnen de wettelijke doorlooptijd zijn gegeven (12 weken). Er zijn geen gegevens over de volledig doorlooptijd tussen het adviesgesprek en BIG-registratie, zoals in het verslag van 2015. In 2015 kreeg 32% van de buitenlandse artsen "drie maanden onder supervisie" als advies en 68% moest een aanvullende opleiding volgen [11]. In de periode 2011-2015 was de gemiddelde tijd tussen het adviesgesprek en de BIG-registratie 15 maanden voor alle buitenlandse artsen en 22 maanden voor de buitenlandse artsen die een aanvullende opleiding moesten doen [11]. Uit de praktijk weten we dat men voor het beheersen van de Nederlandse taal en het afleggen van alle examens ook een paar jaar kwijt is. Een buitenlandse arts is in sommige gevallen meer dan 5 jaren kwijt voordat hij of zij klaar is voor de Nederlandse arbeidsmarkt [12].

De ervaren obstakels door buitenlandse artsen na het assessment

1. Problemen met taal en (werk)cultuur & praktische problemen

Taal & communicatie en culturele verschillen zijn in alle onderdelen van onze enquête de meest genoemde problemen. In de open vragen blijkt het verwachte assertiviteitsniveau in Nederland een grote uitdaging voor veel buitenlandse artsen. Vooral voor artsen die uit landen komen waarin een strenge hiërarchie op de werkvloer heerst, blijft het integreren in een systeem waar een hoog niveau van zelfstandigheid verwacht wordt een uitdaging. Ook voor artsen met culturele achtergronden waarin bescheidenheid meer gewaardeerd wordt dan assertiviteit, betekent het integreren in het Nederlandse systeem een fundamentele verandering in normen en waarden. De meeste artsen vinden deze veranderingen heel moeilijk aan te leren, zeker op oudere leeftijd. Bij de open vragen hebben we gemerkt dat veel buitenlandse artsen de oorzaken van deze problemen heel goed kunnen formuleren, maar zien echter weinig mogelijkheden voor een oplossing. Deze discrepantie is waarschijnlijk de reden waarom zoveel artsen zich "machteloos" voelen.

De taal- en communicatievaardigheden van de buitenlandse artsen worden tijdens het assessment op verschillende momenten beoordeeld. Eerst in de AKV-toets, daarna in het DKV-deel van de BI-toets en uiteindelijk na het assessment tijdens de coschappen of tijdens de 'drie maanden onder supervisie' periode. Terwijl deze vaardigheden op deze verschillende momenten worden getoetst, zijn er weinig mogelijkheden voor buitenlandse artsen in Nederland om de communicatie in een medische context te ervaren alvorens ze deelnemen aan de toetsen. Zelfs bij het regelen van een stageplek in een huisartsenpraktijk loopt men

soms tegen praktische problemen aan zoals het regelen van een (beroepsaansprakelijkheid) verzekering, die niet bestaat voor deze groep artsen. In een open vraag aan het eind van de enquête gaven verschillende artsen aan dat ze liever direct een periode coschappen zouden willen lopen of een paar jaar onder supervisie zouden willen werken dan deelnemen aan de dure en tijdrovende assessment procedure. Ze beargumenteerden dat dit hun integratie ten goede zou komen en dan ook nog tijdwinst zouden kunnen boeken. Deze bevinding sluit aan bij de uitkomsten van het proefschrift van Herfs [13]. Ook voor de invoering van de assessment procedure spraken buitenlandse artsen hun waardering uit voor het doorlopen van de (volledige) coschappen zodat zij gewend raakten aan de mores in de Nederlandse zorginstellingen.

2. Een weg vinden in een competitieve arbeidsmarkt zonder netwerk

De arbeidsmarkt voor artsen in Nederland is zodanig georganiseerd dat goede referenties een heel belangrijke rol spelen bij het vinden van een eerste baan als (jonge) arts. De meeste net afgestudeerde artsen in Nederland vinden hun eerste baan dankzij de goede indruk die ze achterlaten tijdens de coschappen. Hoewel er regelmatig vacatures zijn voor specialismen met een hoge turnover van arts-assistenten zoals bij de interne geneeskunde of chirurgie, vindt men bij andere specialismen uitsluitend een baan volgend op de laatste coschap of keuze-coschap of hoort men via via over een vrije plek. Dit geldt met name bij kleinere ziekenhuisspecialismen. Bovendien zijn de opleidingsplekken schaars en de concurrentie voor een opleidingsplek is ook hevig voor in Nederland opgeleide basisartsen [14]. Veel jonge artsen gaan naast hun werkervaring als ANIOS ook promoveren om hun kansen te vergroten op een opleidingsplek [15]. Echter buitenlandse artsen in Nederland proberen deel te nemen in een moeilijke arbeidsmarkt zonder te beschikken over een netwerk en met jarenlange vertraging, vaak ook nog zonder te weten hoe ze hun kansen kunnen vergroten op een baan of opleidingsplek. Ze moeten meer tijd steken in het vinden van een baan, om het zorgsysteem te leren kennen en om een netwerk op te bouwen. De meeste artsen zijn bijna 30 jaar oud als ze hun BIG-registratie krijgen en naast alle andere nadelen, zit hun gevorderde leeftijd tussen hun en hun droombaan in het gewenste specialisme in.

3. Psychische klachten bij de buitenlands arts

Door ons onderzoek begrijpen we dat buitenlandse artsen in Nederland tegen verschillende problemen aanlopen gedurende hun carrière. Als een resultaat daarvan ervaren ze dus ook lichamelijke en psychische klachten. In deze enquête hebben we bewust gekozen om geen gevalideerde vragenlijsten voor burn-out of andere werk gerelateerde stressindicatoren te gebruiken. Ons doel was een inzicht te krijgen in de persoonlijke beleving van buitenlandse artsen en via open vragen wilden we dat de deelnemers hun klachten op een persoonlijke manier beschreven. Hoewel de uitkomsten niet gevalideerd zijn, is de uitgebreidheid van de lichamelijke en psychische klachten bij de deelnemers van deze enquête zorgwekkend te noemen.

4. Problemen in de assessment procedure

De respondenten klaagden verder over het tijdrovende aspect en de hoge kosten van het assessment. Echter, het is niet de eerste keer dat er aandacht wordt gevraagd voor dit probleem. Enkele jaren terug hebben Herfs en Teunissen onderzoek verricht naar de struikelblokken van buitenlandse artsen in de assessment procedure [12]. Maar ondanks alle eerdere signalen en onderzoeken door hen, is er weinig voortgang geboekt in het verbeteren van de assessment procedure door de CBGV. In het eerdergenoemde artikel van de Groene Amsterdammer gaf Herfs aan dat “de uitvoerende instanties een snelweg hebben gebouwd en de oprit zijn vergeten”. Gepleit werd in dat onderzoek dat het CBGV betere voorlichting zou geven over geschikte taalinstellingen voor buitenlandse artsen, aangezien de helft zo’n 2-4 jaar deed over het leren van de taal. Ook was betere begeleiding nodig, al dan niet door de CBGV of door de studie-adviseurs van de medische faculteiten, zoals het in de tijd vóór deze erkenningsprocedure (van 1996-2006) het geval was. Als laatste pleitten zij voor terugdringing van de wachttijden in de ambtelijke organisatie van het ministerie en de medische faculteiten, die ook voor onnodige vertraging zorgen in dit hele proces. De procedure is zo ontworpen dat het mogelijk moet zijn de procedure binnen 9 maanden te voltooien, echter in hun onderzoek had géén van de (25) buitenlandse artsen het binnen deze periode kunnen voltooien.

Tenslotte willen we vermelden dat het ons opvalt dat artsen in de enquête zich niet durven uitspreken over misstanden die men meemaakt op de werkvloer, wellicht uit angst voor herkenning en zo een felbegeerde opleidingsplek te verliezen. Een fenomeen dat we ook zien onder (jonge) artsen in meerderheidsgroepen [16].

Het probleem bekeken in een grotere maatschappelijke context en parallellen met andere groepen

1. Inclusieve arbeidsmarkt en gezondheidszorg

De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor een inclusieve arbeidsmarkt. Nadat er aandacht kwam voor meer vrouwen in de bedrijfstop (genderdiversiteit), kwam ook meer aandacht voor culturele diversiteit op de werkvloer. De overheid stimuleert bedrijven, maar ook universiteiten, om werknemers uit verschillende culturen aan te nemen. Uit onderzoek is gebleken dat deze bedrijven beter presteren (zie de verschillende wetenschappelijke artikelen op de website van de Nationale InclusiviteitsMonitor) [17]. De Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten (VSNU) hebben een Nationaal Actieplan hiervoor gelanceerd [18]. Ook zijn onderwerpen zoals ethnocentrisme - het beoordelen van een ander cultuur met je eigen cultuur als norm, waarbij soms de eigen cultuur als superieur wordt opgevat [19] -, de ‘white coat privilege’ en ‘de witte blik in de zorg’ steeds actueler mede dankzij de aandacht voor racisme in de Black-lives-matter beweging die uit de VS overwaaid naar Nederland. Als gevolg kwam ook meer aandacht voor een inclusieve gezondheidszorg, een term die erop doelt om zorg te leveren die zoveel mogelijk cultureel competent is. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat culturele incompetentie in de zorg en ethnocentrisme schadelijk kunnen zijn voor patiënten. Belangrijk om te weten hierbij is dat dit beide kanten opwerkt (dus: zorgverlener uit meerderheidsgroep tegenover patiënt uit een minderheidsgroep en vice versa) [20].

De Nederlandse samenleving is multicultureel en binnen de zorg is daarom een diverse benadering nodig. Vanuit dat perspectief is de aanwezigheid van zorgprofessionals met verschillende achtergronden gewenst. Een artikel over de praktijkervaringen van een zesdejaars geneeskundestudent (uit een etnische minderheidsgroep maar in Nederland opgegroeid en opgeleid) maakte duidelijk hoe verschillen in de cultuur voor barrières kunnen zorgen, kennis over de context voor meer begrip en het bekijken van problemen uit een andere hoek uiteindelijk voor een oplossing kunnen zorgen [21]. Uit onderzoek blijkt dat bewustwording over je eigen normen en waarden, kunnen bijdragen aan het wegnemen van ethnocentrisme en het bevordert tevens culturele competentie van zorgverleners [20]. Ook universiteiten doen steeds vaker aan 'bias'-trainingen, om zo het bewustzijn over dit probleem onder hun werknemers te vergroten. Tenslotte zien we dat ook werkgevers en opleiders zich steeds meer bewust worden van impliciete professionele normen die voor barrières kunnen zorgen voor het bereiken van inclusiviteit.

2. Tekort zorgprofessionals en onvoldoende inzet van beschikbare krachten

De druk op de zorg vanwege de corona crisis maakte verder ook pijnlijk duidelijk dat er meer professionals in de zorg nodig zijn en de aandacht voor het ongebruikte buitenlandse 'human capital' kwam daardoor gelukkig meer in de schijnwerpers te staan. Echter, de zorg kampte ook buiten de corona crisis al jaren met tekorten, waar ook uitgebreid aandacht voor was ([22, 23]) en door verschillende instanties is gezocht naar het aantrekken van zij-instromers en het opleiden van nieuw personeel door het Actieprogramma Werken in de Zorg [24]. Via dit actieprogramma van het ministerie van VWS zijn de afgelopen jaren regionale actieplannen gemaakt om personeelstekorten in de zorg beter aan te pakken, alhoewel er nog altijd een tekort aanwezig blijft [25].

Tijdens de eerste golf van de corona crisis heeft de VBGA zich aangesloten bij een actie van de KNMG om bijna-afgestudeerde geneeskundestudenten en gepensioneerde artsen in te zetten via de verlengde-arm constructie, om zo ook niet-BIG-geregistreerde artsen in te kunnen zetten bij de corona zorg. Hoewel het nationale platform Extra Handen Voor De Zorg, opgezet door de overheid, ook buiten de crisis zorgde voor het terugdringen van de personeelstekorten in de zorg, lukte het dit platform niet de buitenlandse artsen als vrijwilligers in te zetten. Na de eerste corona-golf werd duidelijk dat maar een fractie van de meer dan 200 aangemelde buitenlandse artsen en andere zorgprofessionals ingezet zijn. Hoewel wij het terecht vinden dat er Kamervragen zijn gesteld over de assessmentprocedures van buitenlandse artsen, lijkt dit opvallende gegeven van de corona-actie van de VBGA slechts door weinigen gesignaleerd te zijn. Met dit artikel proberen we nogmaals aandacht te vragen voor dit fenomeen: wat zijn nu precies de obstakels waardoor de buitenlandse zorgprofessionals zélf niet als vrijwilligers ingezet konden worden in andere (niet-arts zijnde) functies tijdens de corona crisis [2]? Het lijkt ons zeer waardevol om hier meer onderzoek naar te doen, omdat dit ook een rol kan gaan spelen voor het bewerkstelligen van meer inclusiviteit in de zorg.

Door onszelf vragen te stellen over de moeizame weg naar de arbeidsmarkt op verschillende niveaus, begrijpen we steeds beter waar er ingegrepen kan worden om zo min mogelijk 'human capital' onderweg te verliezen. Ons onderzoek focust vooral op de ervaren problemen

vanuit het standpunt van de artsen, echter het moge duidelijk zijn dat we ook verbeterpunten zien in de uitvoering van inclusiviteit op arbeidsniveau. Iets waar gezien de nationale actieplannen van de overheid en universiteiten, gelukkig steeds meer bewustwording voor is.

Maar terugkomend op de gesignaleerde obstakels voor buitenlandse artsen: hoe komt het dat er artsen afhaken alvorens zij starten aan het assessment? Eerdere onderzoeken hebben zich vooral gericht op artsen in de assessment procedure en er is weinig bekend over uitval van artsen voorafgaand aan het starten van het assessment. We krijgen signalen uit ons netwerk dat er ook artsen zijn, die om verscheidene redenen niet aan de assessment procedure willen of kunnen beginnen, terwijl ons nog niet duidelijk is waar dat precies aan ligt.

En verder: waarom maken sommige artsen hun assessment procedure niet af? Hoewel we weten dat mensen afvallen tijdens de assessment procedure, zijn de redenen van uitval vaak nog onduidelijk. Tenslotte horen we dat zelfs na het behalen van de BIG-registratie, buitenlandse artsen nog problemen ervaren in het vinden van een opleidingsplek tot specialist. Ook deze kwestie verdient nader onderzoek onder buitenlandse artsen.

3. Parallellen en het “leaking pipeline” fenomeen

Hoewel we weten dat de concurrentie voor een opleidingsplek hevig is, weten we uit de cijfers van artsen uit etnische minderheden - die dus volledig opgeleid zijn binnen Nederland- dat ook zij kampen met problemen gedurende de opleiding en bij het vinden van een opleidingsplek als specialist. In een onderzoek van Leyerzapf en Abma uit 2012 over de doorstroom van studenten met een migratie-achtergrond naar een specialisme, blijkt dat in het academisch jaar 2009-2010 20-30% van de VU-geneeskundestudenten een migratie-achtergrond had. Hierbij werd gebruik gemaakt van de zogenaamde BiZa-systematiek. Volgens die systematiek geldt iemand als migrant als deze buiten Nederland is geboren of tenminste één van beide ouders [26]. Geschat werd dat aan het Amsterdam Medisch Centrum 5-7% AIOS een migratie-achtergrond had en dat 2-4% van de specialisten een migratie-achtergrond had. Er werden schattingen gemaakt, omdat het vanwege wettelijke voorschriften niet mogelijk is de afkomst bij te houden vanwege het risico op discriminatie. In een latere studie van 2019 van Leyerzapf et al, werd eenzelfde probleem vastgesteld en kwam naar voren dat barrières vaak gezien werden in impliciete professionele normen die gehanteerd werd tijdens de sociale interactie op de afdelingen en door stereotypering bij culturele diversiteit [27]. Met andere woorden: vooroordelen door stereotypering vormen barrières waarbij ook nog impliciete regels voor professionele beoordelingen gelden. Het gebruik van de taal in sociale context en het accent (niet per se de beheersing) bleken een rol te spelen in de sollicitatieprocedure naar een opleidingsplek. Verder had de arts uit een etnische minderheidsgroep vaker een hogere leeftijd door het afleggen van een langere weg richting de geneeskundestudie, waardoor de arts minder gewild was voor opleidingsplekken. Ook doen studenten met een migratie-achtergrond minder aan extra-curriculair werk zoals commissiewerk of het werken aan een onderzoek (PhD) alvorens af te studeren of in opleiding te gaan. Een oorzaak die benoemd wordt, is het hebben van een bijbaan om de studie te kunnen bekostigen en de onwetendheid over de meerwaarde van extra-curriculaire activiteiten door hun achtergrond als 1^e generatie geneeskunde-student of arts in hun gezin. Het ontbreekt de student met migratie-achtergrond aan een ‘kruiwagen’ of ‘het beschikken over de juiste referenties’. Het ontbreken van rolmodellen, het niet hebben van netwerken of

geleerd hebben om te netwerken gecombineerd met de geringe assertiviteit die ten onrechte geïnterpreteerd wordt als desinteresse of te weinig kennis, dragen daar nog verder aan bij [27]. De bevindingen uit deze studies vertonen duidelijke parallellen met onze groep buitenlandse artsen en onze bevindingen in dit onderzoek.

Een andere groep waar de parallellen ook zichtbaar worden, zijn de groep arts-assistenten-opleiding tot huisarts. Moppes doet op dit moment onderzoek naar ethnocentrisme binnen de huisartsenopleiding. Na het verrichten van een verkennend vooronderzoek door Huisartsenopleiding Nederland in 2018 kwam naar voren dat het opvallend was dat AIOS uit etnische minderheidsgroepen vaker in verplichte begeleidingstrajecten terechtkwamen en/of uitvielen [28] [29]. Over uitval van AIOS uit etnische minderheidsgroepen in andere specialismes is er alleen van de psychiatrie in Nederland bekend dat ze 4 x sneller uitvallen dan AIOS uit de meerderheidsgroep [30]. Verder is bekend dat 1 op de 10 AIOS van zowel minderheids- als meerderheidsgroepen vroegtijdig stopt met zijn opleiding en de oorzaak wordt gezocht in verschillende factoren zoals: hiërarchie op de werkvloer met daarbij een angst-cultuur om je uit te spreken, lange werktijden en andere prioriteiten van de AIOS in het leven. Ook blijkt dat maar 8% van de opleiders vrouw is [31] [16].

Dit fenomeen van de “leaking pipeline” zien we ook bij obstakels van genderdiversiteit en diversiteit op de werkvloer en het kan helpen om gebruik te maken van eerder verworven inzichten in dit fenomeen, om zo tot een inclusievere arbeidsmarkt te komen. Uit bovenstaande onderzoeken komt steeds naar voren dat culturele verschillen en netwerkproblemen de meest genoemde obstakels vormen naar een inclusieve arbeidsmarkt en dus naar een inclusieve gezondheidszorg. Dit onderwerp werd ook besproken tijdens een bijeenkomst van het Sciencecafé van Studium Generale Utrecht waarin ook racisme en discriminatie in de zorg aan bod kwamen. Deelnemers Van den Muijsenbergh en Busari hebben hierover gepubliceerd [32] [33].

Conclusie

Uit ons onderzoek zijn obstakels naar voren gekomen bij de buitenlandse arts ‘na het assessment’ waar oplossingen voor gevonden kunnen worden, met name op taalgebied en op cultureel gebied. Meer onderzoek, opleiding en bewustwording over ethnocentrisme en culturele competenties onder artsen, opleiders en werkgevers kunnen bijdragen aan een meer inclusieve arbeidsmarkt, waar naar ons idee op zowel het niveau van universiteiten, zorginstellingen als ook op overheidsniveau nog uitdagingen liggen. Dit is ons inziens noodzakelijk bij een steeds diverser wordende samenleving, waarin we in Nederland streven naar goede, inclusieve gezondheidszorg en waar op dit moment in de zorg nog geen sprake is van een verhoudingsgewijze gelijke afspiegeling van de Nederlandse samenleving.

Verder ervaren buitenlandse artsen niet alleen tijdens de assessment procedure maar ook daarna veel obstakels in hun carrière in Nederland. In sommige gevallen zijn deze belemmeringen zodanig ernstig dat ze het fysieke en mentale welzijn van de artsen bedreigen. De VBGA wil daarom in de toekomst meer gevalideerd onderzoek naar deze psychische klachten verrichten om zo objectievere waardes vast te stellen.

Ook lijken de obstakels die deze buitenlandse artsen ervaren parallellen te hebben met artsen uit etnische minderheidsgroepen die de reguliere opleiding hebben gevolgd en dit komt boven op het feit dat het opleidingsklimaat van de (jonge) dokter op zichzelf al als moeilijk wordt ervaren. Uiteindelijk zorgt dit 'leaking pipeline'-fenomeen voor een minder inclusieve arbeidsmarkt en daarmee ook een minder inclusieve gezondheidszorg.

Tenslotte moet er meer onderzoek gebeuren naar de factoren die bijdragen aan het niet beginnen aan de assessment procedure door buitenlandse artsen, het uitvallen tijdens het assessment en het niet inzetten van niet-BIG geregistreerde artsen in de corona crisis. Wellicht dat deze onderzoeken nog meer obstakels aan het licht brengen, die niet eerder gedocumenteerd zijn. Vanwege bekende angsten onder (jonge) artsen voor herkenning, is ons advies om anonieme data te verzamelen over deze kwesties.

Toekomstperspectief van VBGGA voor de post assessment periode

Na dit onderzoek zijn we binnen onze werkgroep nieuwe projecten gestart voor de post assessment begeleiding van buitenlandse artsen. De komende tijd zullen we de focus leggen op de verschillende ondersteuningsvormen voor de buitenlandse artsen die daaraan behoefte hebben (denk aan webinars, mentor-mentée programma's, intervisie, etc.). Daarnaast willen we op onze website een nieuwe pagina starten met interviews van rolmodellen: uit onderzoek is gebleken dat dit een sterke stimulans is voor de buitenlandse artsen. Uiteindelijk hopen we met ons sociaal netwerk, partners en opgebouwde expertise in Nederland deze artsen een duw in de goede richting te geven en zullen we op politiek niveau aandacht blijven vragen voor hun kwesties.

Referenties

- [1] I. Kleijne, „Inzet buitenlands gediplomeerde artsen onbenut in coronacrisis,” *Medisch Contact*, 16 September 2020.
- [2] I. Oosterhoff, „Buitenlandse artsen in Nederland, 'Ik denk dat niemand mij zal bellen',” *De Groene Amsterdammer*, 9 September 2020.
- [3] I. Kleijne, „Van Ark kijkt naar inzet buitenlandse artsen,” *Medisch Contact*, 10 November 2020.
- [4] Minister Tamara van Ark, „Beantwoording Kamervragen over het artikel 'Buitenlandse Artsen in Nederland: 'Ik denk dat niemand mij zal bellen',” 10 November 2020. [Online]. Available: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/11/10/beantwoording-kamervragen-over-het-artikel-buitenlandse-artsen-in-nederland-ik-denk-dat-niemand-mij-zal-bellen>. [Geopend December 2020].
- [5] Centraal Bureau van Statistiek, „Gezondheid en zorg internationaal vergeleken,” 7 November 2019. [Online]. Available: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2019/45/gezondheid-en-zorg-internationaal-vergeleken>. [Geopend 29 Oktober 2020].
- [6] P. Herfs en M. Teunissen, „Evaluatie van de toelating van buitenlandse artsen. Hoogste tijd voor verbetering van procedure en organisatie,” *Asiel & Migrantenrecht*, p. 5, 2 Juli 2017.
- [7] P. Herfs, „De assessment procedure voor buitenlandse artsen: een balans na 7 jaar.,” *ERCOMER; Universiteit Utrecht.*, 2013.
- [8] „R,” [Online]. Available: <https://www.r-project.org/>.
- [9] I. Kleijne, „Loting: terug van weggeweest?,” *Medisch contact*, 26 Februari 2020.
- [10] CBGV, 2019. [Online]. Available: <https://www.bigregister.nl/binaries/bigregister/documenten/publicaties/2017/03/03/jaarverslagen-commissie-buitenslands-gediplomeerden-volksgezondheid/CBGV-Jaarverslag-2019.pdf>. [Geopend December 2020].

- [11] CBGV, Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid, „Jaarverslag,” Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Den Haag, 2016.
- [12] P. Herfs en M. Teunissen, „Assessment struikelblok voor buitenlandse artsen,” *Medisch Contact*, 8 December 2017. [Online]. Available: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/assessment-struikelblok-voor-buitenlandse-artsen.htm>. [Geopend 9 November 2020].
- [13] P. Herfs, „Buitenlandse artsen in Nederlands,” *Universiteit Utrecht. Proefschrift*, 2009.
- [14] M. Van Twillert, „Basisarts wacht bijna drie jaar op opleidingsplek,” 13 November 2019. [Online]. Available: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/basisarts-wacht-bijna-drie-jaar-op-opleidingsplek.htm>. [Geopend 12 November 2020].
- [15] E. Kneepkens, „Promoveren doe je voor opleidingsplek, niet voor onderzoeksfunctie,” 11 April 2018. [Online]. Available: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/promoveren-doe-je-voor-opleidingsplek-niet-voor-onderzoeksfunctie.htm>. [Geopend 13 November 2020].
- [16] C. Loots, „Werkklimaat vaak moeilijk voor jonge dokters,” *Medisch Contact*, 29 Maart 2018. [Online]. Available: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/werkklimaat-vaak-moeilijk-voor-jonge-dokters.htm>. [Geopend December 2020].
- [17] „Nederlandse InclusiviteitsMonitor,” [Online]. Available: <https://nederlandseinclusiviteitsmonitor.nl/inclusiviteit-diversiteit/>.
- [18] VSNU, „https://www.vsnu.nl/files/documenten/Domeinen/Personeel/Nationaal_actieplan_diversiteit_inclusie.pdf,” 2020. [Online]. Available: https://www.vsnu.nl/files/documenten/Domeinen/Personeel/Nationaal_actieplan_diversiteit_inclusie.pdf. [Geopend 29 December 2020].
- [19] „Encyclo.nl,” [Online]. Available: <https://www.encyclo.nl/begrip/etnocentrisme>. [Geopend 11 12 2020].
- [20] L. Sutherland en alumni, „Ethnocentrism in a Pluralistic Society: A Concept Analysis,” *Journal of Transcultural Nursing*, vol. 13, nr. 4, pp. 274-281, 2002.
- [21] Siham, „Ik wil niet meer zwijgen,” *Arts in Spe*, 19 november 2020.
- [22] R. v. d. Brink, R. Herdeschee en A. vleugels, „Personeelstekorten ziekenhuizen nemen dramatisch toe,” NOS, 02 Juni 2018. [Online]. Available: <https://nos.nl/artikel/2234675-personeelstekorten-ziekenhuizen-nemen-dramatisch-toe.html>. [Geopend december 2020].
- [23] M. Schoneveld en H. Veraart, „Blog: Drie sleutels als oplossing voor de personeelstekorten,” *Zorgvisie*, 11 December 2020. [Online]. Available: <https://www.zorgvisie.nl/blog/drie-sleutels-als-oplossing-voor-de-personeelstekorten/>. [Geopend December 2020].
- [24] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, „<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/jaarplannen/2018/03/14/actieprogramma-werken-in-de-zorg>,” 13 Maart 2018. [Online]. Available: <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/jaarplannen/2018/03/14/actieprogramma-werken-in-de-zorg/Actieprogramma-Werken-in-de-Zorg.pdf>. [Geopend December 2020].
- [25] J. Chaudron, „Een forse meevaller: het personeelstekort in de zorg loopt sneller terug dan verwacht,” *Trouw*, 23 Mei 2019.
- [26] H. Leyerzapf en T. Abma, *Naar een kleurrijk UMC*, VUmc, afdeling Metamedica en onderzoeksschool EMGO+, 2012.
- [27] H. Leyerzapf en T. Abma, „Standing out and moving up: performance appraisal of cultural minority physicians,” *Pubmed*, 4 Oktober 2015.
- [28] N. Moppes, H. Schleypen, C. Fichtner, M. Visser, V. d. Muijsenbergh en METC., „Onderzoek naar etnocentrisme bij de huisartsopleiding is nodig,” *Huisarts & Wetenschap*, December 2019.
- [29] Landelijke Werkgroep Etnocentrisme in de Huisartsopleiding 2018, *Globale verkenning bij de Nederlandse huisartsopleiding*, 2018.
- [30] M. Popal, J. Van der Velde, M. Nijs en H. Knegtering, „Verschil in uitval tussen allochtone en autochtone artsen in opleiding tot psychiater; enquête onder opleiders,” *Tijdschrift voor Psychiatrie*, vol. 59, nr. November, 2017.
- [31] M. Katzenbauer, „Medisch Contact,” 9 April 2009. [Online]. Available: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/die-cultuur-paste-niet-bij-mij.htm>. [Geopend December 2020].
- [32] Studium Generale Utrecht, „Waarom we moeten praten over racisme en discriminatie in de zorg,” Youtube, Utrecht, 2020.
- [33] M. van den Muijsenbergh en J. Busari, „Is er een 'witte' blik in de gezondheidszorg?,” *Sociale Vraagstukken*, 2 December 2020. [Online]. Available: <https://www.socialevraagstukken.nl/de-witte-blik-domineert-in-de-gezondheidszorg/>. [Geopend December 2020].
- [34] T. Abma en V. Baur, „User involvement in long-term care. Towards a relational care-ethics approach,” *Pubmed*, 18 December 2015.

[35] J. Capell en alumni, „The relationship between cultural competence and ethnocentrism of health care professionals,”
Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society, pp. vol. 19,2 (2008): 121-5, 2008.