

Na het assessment

Een onderzoek naar de problemen van
buitenlandse artsen in Nederland en
de procedure tot erkenning van diploma's

**Cansu de Muijnck
Amina Abdulkadir
Paul Herfs**



VBGA

VERENIGING BUITENLANDS
GEDIPLOMEERDE ARTSEN

NA HET ASSESSMENT

*Een onderzoek naar de problemen van
buitenlandse artsen in Nederland en
de procedure tot erkenning van diploma's*

NA HET ASSESSMENT

Cansu de Muijnck

Amina Abdulkadir

Paul Herfs

Voorwoord

In 2021 bracht de Vereniging Buitenlands Gediplomeerde Artsen (VBGA) het rapport ‘Na het assessment’ uit. Het rapport laat zien dat buitenlandse artsen ook na hun BIG-registratie nog tal van obstakels tegenkomen. Eén van de belangrijkste obstakels die door buitenlandse artsen wordt benoemd betreft de beheersing van de Nederlandse taal. De VBGA, een vrijwilligersorganisatie met beperkte financiële middelen, heeft na het verschijnen van dit waardevolle rapport gepoogd om het uit te geven, zodat de belangwekkende informatie kon worden onder verspreid onder politici, beleidsmakers en -uitvoerders, relevante organisaties zoals Vluchtelingenwerk, UAF en wetenschappers die zich buigen over migratievraagstukken. Dat bleek geen eenvoudige opgave. Dit rapport laat ook zien dat tijdens de corona-epidemie ongeveer 175 buitenlandse artsen zich via de VBGA aanmelden om als vrijwilligers hand- en spandiensten te verrichten in de ziekenhuizen en verpleeghuizen die onder hoogspanning moesten werken. Het aanbod leidde tot welgeteld één uitnodiging omdat de meeste buitenlandse artsen nog niet BIG-geregistreerd waren. Dat was voor enkele politici aanleiding om het ministerie van VWS nog eens kritisch te laten kijken naar de assessment procedure. Inmiddels heeft dat geleid tot afschaffing van de Algemene Kennis- en Vaardigheden-toets met ingang van januari 2024. Kandidaten moeten nog wel een certificaat (op B2+ niveau) en een certificaat Engelse leesvaardigheid behalen. Dat er enkele jaren verstreken zijn sinds de eerste verschijning van het VBGA-rapport heeft weinig ingeboet aan de relevantie ervan. Vermeldenswaard is dat de resultaten op de Beroepsinhoudelijke toets (van de assessment procedure) steeds beter worden. In het CBGV-jaarverslag 2023 is beschreven dat 78% van de buitenlandse artsen het oordeel “gelijkwaardig” heeft gekregen. Dat betekent dat zij na het doorlopen van een 3-maands supervisie BIG-geregistreerd worden. Dat heeft twee belangrijke redenen. De eerste betreft de trainingen op de BI-toets die die onder andere door de Vereniging Buitenlands Gediplomeerde Artsen (VBGA) en door Onderwijs voor Buitenlandse Artsen (OBUA) worden verzorgd. De andere reden betreft de advisering door de VBGA om theoretische kennis op te frissen (gebruikmakend

Colofon

Na het assessment

Cansu de Muijnck, Amina Abdulkadir, Paul Herfs

Eerste uitgave januari 2021

Tweede uitgave december 2024, VBGA©2024

Druk: Drukwerkdeal

Vormgeving/opmaak: Diet Rademaker

van het Compendium Geneeskunde van Snijders & Smit) alvorens deel te nemen aan de BI-toets. In augustus 2024 ontvingen 11 van de 14 artsen die deelnamen aan de BI-toets een 3-maands supervisieadvies. Dit is het kortst mogelijke advies en vereist geen inschrijving als student. Slechts 3 artsen moesten zich inschrijven als student geneeskunde. Dit is een belangrijke aanvulling op het onderhavige rapport. Het merendeel van het VBGA-rapport bevat informatie die nog steeds actueel is en daarom verspreiding verdient.

Paul Herfs,
December 2024

Inhoudsopgave

Voorwoord	7
Inhoudsopgave	9
1. Inleiding	11
2. Onderzoek, resultaten en respons	13
2.1 Het onderzoek	13
2.2 Resultaten	13
2.3 Algemene kenmerken	14
2.4 Specifieke resultaten	19
2.4.1 Problemen tijdens de supervisie periode	19
2.4.2 Problemen tijdens coschappen	20
2.4.3 Problemen bij het vinden van werk als buitenlandse arts in Nederland	21
2.4.4 Problemen op de werkvloer	22
2.4.5 Het lastigste probleem	22
2.4.6 Lichamelijke en psychische klachten	23
2.4.7 Tevredenheid over carrière	24
3. Informatie over de assessmentprocedure	26
4. De ervaren obstakels door buitenlandse artsen na het assessment	29
4.1 Problemen met taal en (werk)cultuur & praktische problemen	29
4.2 Een weg vinden in een competitieve arbeidsmarkt zonder netwerk	30
4.3. Psychische klachten bij de buitenlands arts	31
4.4 Problemen in de assessmentprocedure	31
5. Het probleem bekeken in een grotere maatschappelijke context en parallellen met andere groepen	33
5.1 Inclusieve arbeidsmarkt en gezondheidszorg	33

5.2	Tekort zorgprofessionals en onvoldoende inzet van beschikbare krachten	34
5.3	Parallellen en het 'leaking pipeline' fenomeen	36
6.	Conclusies	38
7.	Toekomstperspectief van VBGA voor de post-assessment periode	40
8.	Referenties	41
9.	Bijlagen	44
	Bijlage 1	44
	Buitenlandse artsen in Nederland: 'Ik denk dat niemand mij zal bellen'. Uit de <i>Groene Amsterdammer</i> ; 9 september 2020	
	Bijlage 2	58
	Aanhangsel van de handelingen uit de Tweede Kamer der Staten Generaal; vergaderjaar 2020-2021. Vragen gesteld door leden der Kamer Paternotte (D66) en Raemakers (D66) aan de Ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en Medische Zorg.	
	Bijlage 3	60
	Antwoorden op Kamervragen van de Kamerleden Paternotte (D66) en Raemakers (D66) door Minister Medische Zorg en Sport T. van Ark	68

1. Inleiding

Door de huidige coronapandemie 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 coronacrisis hartverwarmend^(2,3,4).

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 rapport 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 coronapandemie, 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*

2. Onderzoek, resultaten en respons

2.1 Het onderzoek

De onderzoeksvraag luidt: welke problemen komen buitenlandse artsen tegen na het afleggen van de examens van de assessmentprocedure?

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⁾.

2.2 Resultaten

In dit 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.

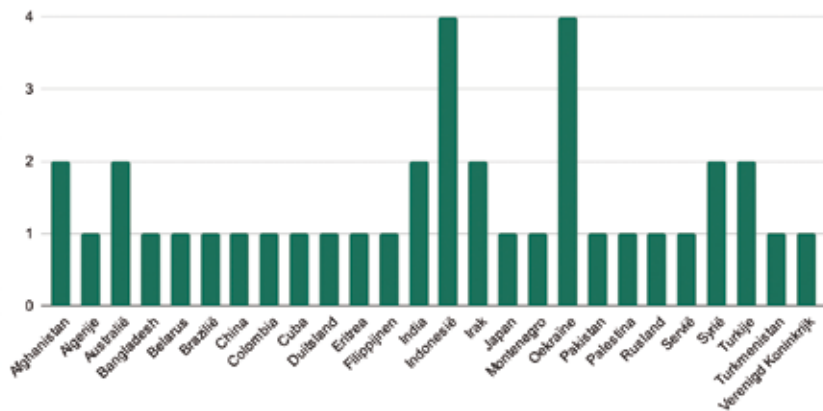
Terwijl de vragen in het eerste deel van de vragenlijst gesloten vragen of open vragen met een kort antwoord waren, bestond het tweede deel van de vragenlijst ook uit open vragen met ruimte voor lange antwoorden. We rapporteerden de antwoorden letterlijk, maar in sommige gevallen

zijn kleine grammaticale fouten gecorrigeerd om het vloeiend lezen van de tekst te bevorderen.

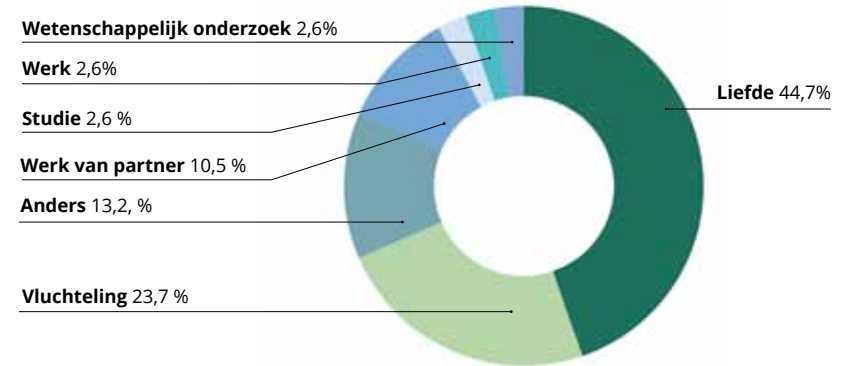
2.3 Algemene kenmerken

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).

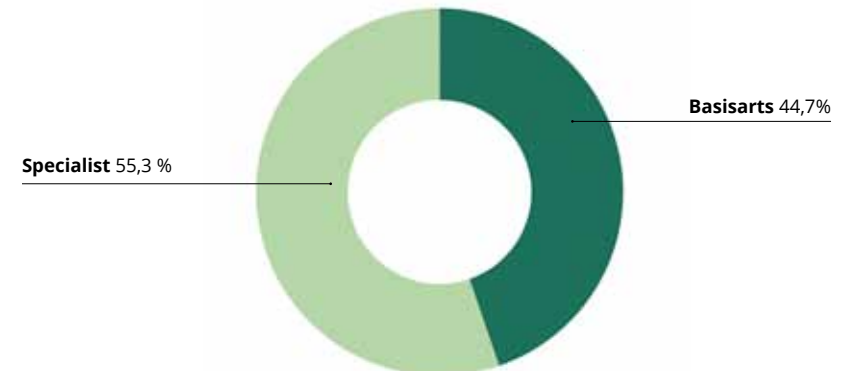
Figuur 1. Land van herkomst (n=38)



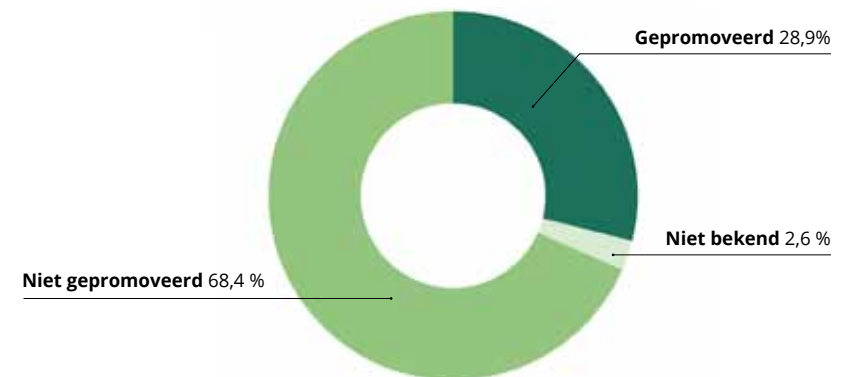
Figuur 2A. Redenen van immigratie naar Nederland (n=38)



Figuur 2B. Status in het land van herkomst (n=38)

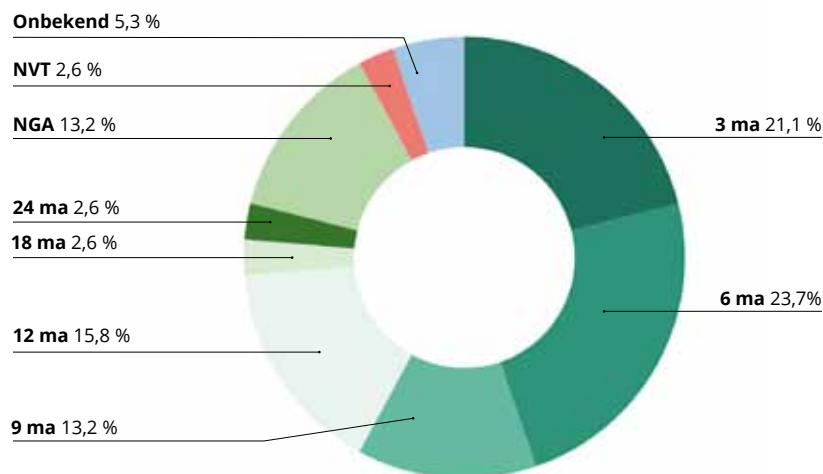


Figuur 2C. Percentage gepromoveerden onder respondenten (n=38)



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 hoofdstuk 3), 58% moest een aanvullende opleiding doen, 1 arts was binnen de EER gediplomeerd en kreeg daardoor een erkenning zonder beroepsinhoudelijke toetsing (figuur 3).

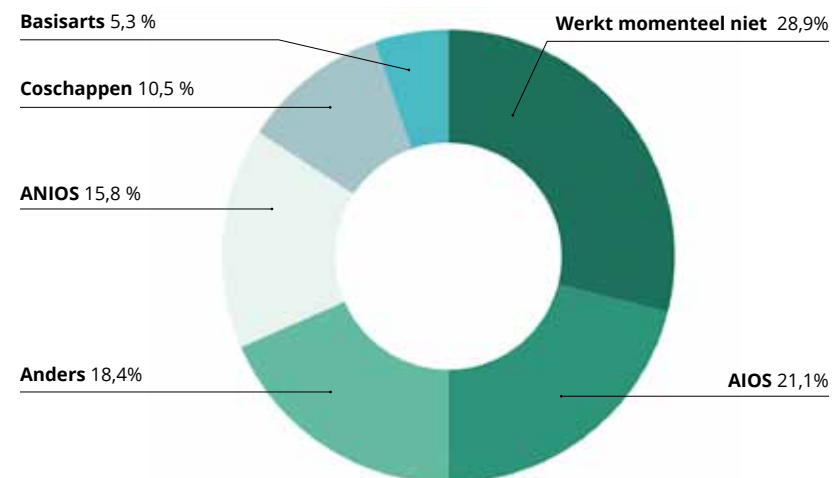
Figuur 3. Advies. na 3 maanden onder supervisie, N.G.A: Nog geen advies (examens gedaan en wacht op een adviesgesprek), N.V.T: Niet van toepassing (n=38).



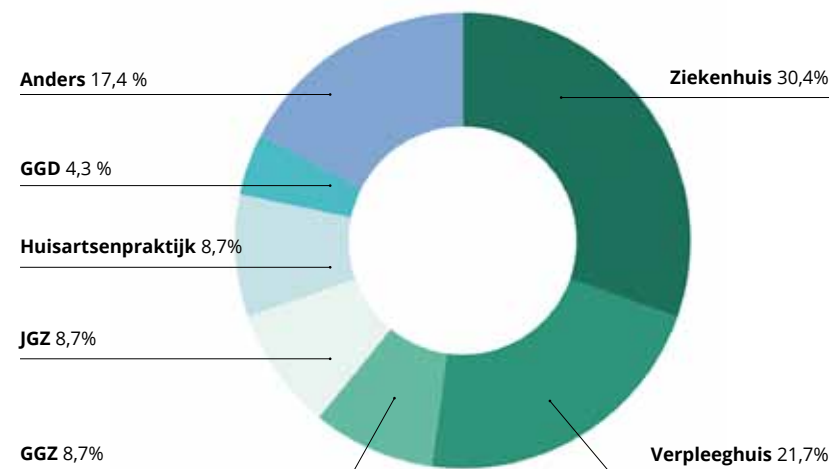
Op het moment van invullen werkten 11 artsen niet, 4 artsen liepen nog coschappen, 8 werkten als AIOS, 6 werkten als ANIOS, 2 artsen als basisarts en 7 artsen in andere posities zoals jeugdarts, arts-onderzoeker, vrijwilliger, patent examiner, maatschappelijke ondersteuner en verzorger (Figuur 4). 21 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).

Figuur 4 A: Functie van respondenten (n=38).



Figuur 4 B: Verdeling van zorginstellingen waar artsen werken. Anders: Sanquin Bloedbank, non-gouvernementele organisaties, Europees octrooibureau, als verzekeringsarts in een onbekende instelling (n=23).



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	Verslavingsgeneeskunde (AIOS)

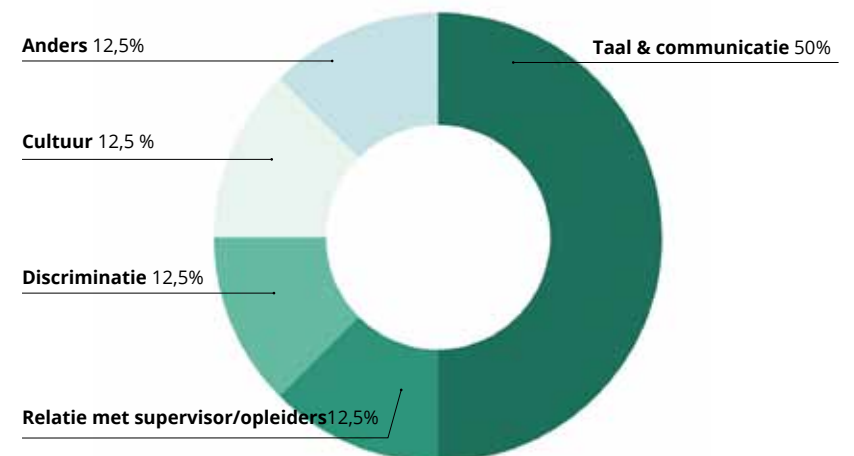
2.4 Specifieke resultaten

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.

2.4.1 Problemen tijdens de 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.

Figuur 5. Verdeling van de problemen in de ‘3 maanden onder supervisie’ periode (n=8)

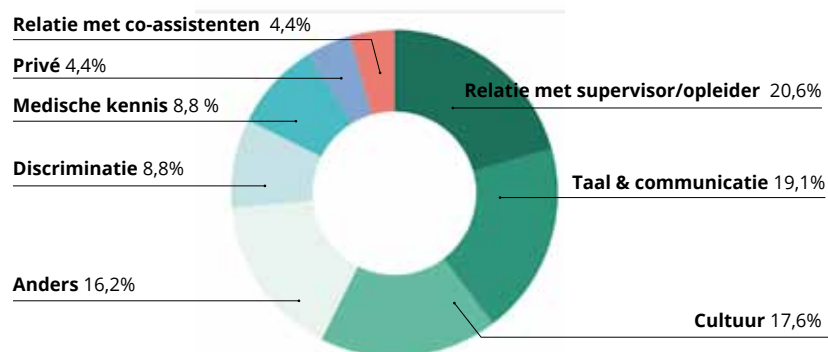


Het meest voorkomende probleem tijdens deze periode was de taal en communicatie (50%, n=4), gevolgd door verschillen in cultuur (12.5%, n=1), relatie met collega's (12.5%, n=1) en discriminatie (12.5%, n=1). Eén respondent heeft 'wennen aan de Nederlandse richtlijnen, wetten/afspraken en inrichting van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

2.4.2 Problemen tijdens 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.

Figuur 6. Verdeling van problemen tijdens coschappen (n=68)

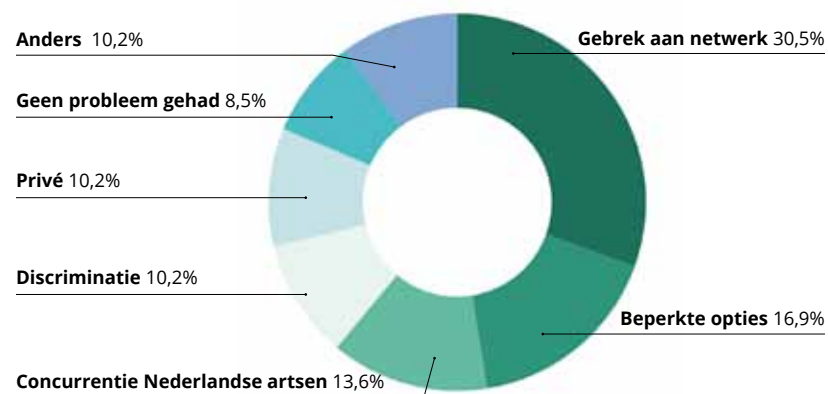


Tijdens de coschappen ervaren buitenlandse artsen het vaakst problemen in 'de relatie met andere collega's' (20.5%, n=14). Dit werd gevolgd door 'taal en communicatie' (19.1%, n=13) en cultuur (17.6%, n=12). Dit was de enige fase waarin een ander probleem dan taal en communicatie het meest voorkomend 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.

2.4.3 Problemen bij het vinden van werk 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).

Figuur 7. Verdeling van problemen tijdens solliciteren (n=59)



Tabel 2. Overzicht aantal sollicitaties bij het vinden van een baan

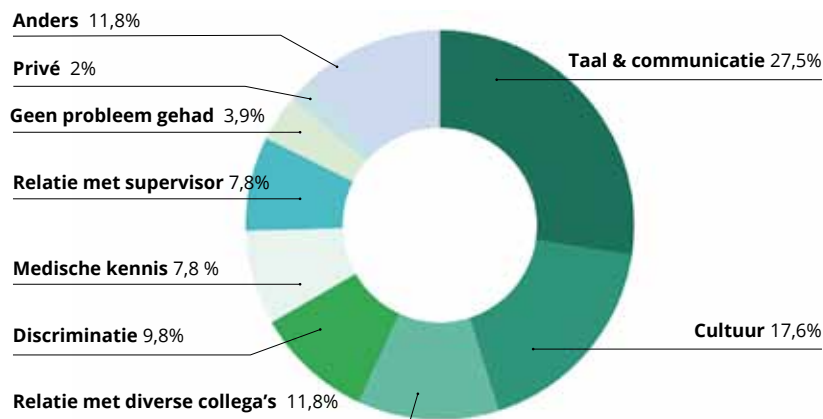
Aantal sollicitaties	Aantal artsen
1	11
1-5	9
5-10	2
>20	1

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.

2.4.4 Problemen 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 (n=51)



2.4.5. Het lastigste 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 lastigste 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. Eén arts kon door financiële problemen de kosten van de examens niet betalen en vond dat het moeilijkste probleem.

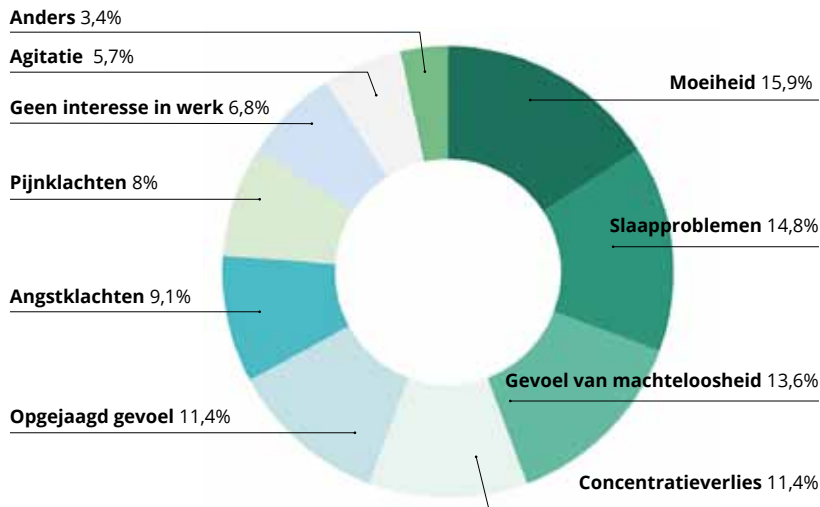
2.4.6 Lichamelijke en psychische klachten

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 belevenis 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 (n=88)



2.4.7 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.

De grootste obstakels samengevat

Tijdens 3 maanden supervisie	Tijdens coschappen	Solliciteren	Op de werkvloer
Taal en communicatie (50%)	Relatie met collega's (20.5%)	Beperkt netwerk (30,5%)	Taal en communicatie (27.4%)
Cultuur - (12,5%)	Taal en communicatie (19,1%)	Beperkte opties (16.9%)	Cultuur (17.6%)
	Cultuur (17.6%)	Concurrentie met Nederlandse artsen (13,5%)	Relatie met collega's (11.7%)

3. Informatie over de assessmentprocedure

Buitenlands gediplomeerde artsen moeten een lange diploma erkenning procedure doorlopen om in Nederland te kunnen werken. De Commissie Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV), een afdeling van het ministerie van VWS, is verantwoordelijk voor de uitvoering van de assessmentprocedures. Buitenlandse artsen 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 toets via de Beroepsinhoudelijke toets (BI-toets).

De assessmentprocedure bestaat uit de volgende onderdelen:

Fase 1	Vorbereiding	Toezending diploma's vooropleidingen en buitenlands artsdiploma naar CBGV/VWS (ter verificatie en waardering) en aanmelding voor de assessmentprocedure
Fase 2	Algemene Kennis - en Vaardighedentoets	Nederlandse taal- en communicatie vaardigheden 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 1/2 jaar 1 jaar 2 jaren 3 jaren

Figuur 10 Uit het artikel van Herfs & Teunissen (Asiel- en Migrantenrecht; 2017)

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 omgezet, dus zonder beperkingen.

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 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 doorgegaan 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 vermeld 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 om de Nederlandse arbeidsmarkt⁽¹²⁾ te betreden.

4. De ervaren obstakels door buitenlandse artsen na het assessment

4.1. 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.

4.2. 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 specialisten 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 keuzecoschap 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 toe te treden tot 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 rond de 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.

4.3 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.

4.4 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^(6,12). 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 de 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 studieadviseurs 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⁾.

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

5.1 Inclusieve arbeidsmarkt en gezondheidszorg

De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor een inclusieve arbeidsmarkt. Nadat er aandacht volgde 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 etnocentrisme - 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 overwaaide 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 etnocentrisme 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.

5.2 Tekort zorgprofessionals en onvoldoende inzet van beschikbare krachten

De druk op de zorg vanwege de coronacrisis 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 coronacrisis 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 coronacrisis 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 coronazorg. 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 coronagolf 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 coronacrisis van de VBGa slechts door weinigen gesignaleerd te zijn. Met dit rapport 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 coronacrisis ⁽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 ons zelf 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 ontstaat.

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.

5.3 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 in Nederland zijn opgeleid - 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 migratieachtergrond 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 migratieachtergrond 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 werden 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 eerste 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-in 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 ^(16, 31).

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).

6. Conclusies

Uit ons onderzoek zijn obstakels naar voren gekomen bij buitenlandse artsen 'na afronding van de assessmentprocedure' 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 deze artsen bedreigen. De VBGA bepleit daarom in de toekomst meer gevalideerd onderzoek naar deze psychische klachten te 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 in Nederland 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 plaatsvinden 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 coronacrisis. 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.

7. Toekomstperspectief van VBGA 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 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.

8. 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-hetartikel-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*, 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-commissiebuitenlands-gediplomeerden-volksgezondheid/CBGV-Jaarverslag-2019.pdf>. (Geopend December 2020).
- (11) CBGV, Commissie Buitenlands 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-opopleidingsplek.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-opleidingsplekniet-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/inclusiviteitdiversiteit/>.
- (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/ethnocentrisme>. (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-dramatischtoe.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-werkenin-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. Leyerzaph en T. Abma, 'Naar een kleurrijk UMC', *VUmc, afdeling Metamedica en onderzoeksschool EMGO+*, 2012.
- (27) H. Leyerzaph 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 ethnocentrisme bij de huisartsopleiding is nodig', *Huisarts & Wetenschap*, December 2019.
- (29) Landelijke Werkgroep Ethnocentrisme in de Huisartsopleiding 2018, 'Globale verkenning bij de Nederlandse huisartsopleidingen', 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-degezondheidszorg/>. (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.

9. Bijlagen

Bijlage 1

DE GROENE AMSTERDAMMER

Buitenlandse artsen in Nederland: 'Ik denk dat niemand mij zal bellen'

We staan te springen om zorgprofessionals. Waarom wordt het artsen die in het buitenland zijn opgeleid dan zo moeilijk gemaakt in te stromen in de Nederlandse gezondheidszorg?

Inge Oosterhoff beeld Aart-Jan Venema
9 september 2020 – uit nr. 37

Op tijdslijnen die volstromen met berichten over overvolle ic's, stijgende dodentallen en doemscenario's, trekt een verrassend positief Facebook-bericht van VluchtelingenWerk Nederland de aandacht: 'De Syrische arts Feisal staat al jaren te springen om aan het werk te gaan', kopt het bericht van 30 maart. 'Juist de afgelopen weken waren voor hem extra moeilijk.' "Het is pijnlijk om op tv alle coronapatiënten te zien, terwijl ik niet mijn stethoscoop mag gebruiken om hun pijn te verlichten."

Feisal wil dolgraag iets terugdoen voor het land dat hem een veilige haven bood. En dat mag! Vorige week besloot het ministerie dat in het buitenland gediplomeerde artsen nu ook aan de slag mogen. 'Yes!!! Wij wensen deze kanjer heel veel succes!'

Binnen de kortste keren wordt het de meest gedeelde post van *VluchtelingenWerk*. Al snel volgen interviews met het *Algemeen Dagblad* en het *Brabants Dagblad*.

Vanuit heel Nederland wordt Feisal Abou bedankt en succes gewenst. 'Geweldig!!'

'Nu zien ze in wie ze nodig hebben ondanks hun status', reageert Sonja de V. op Facebook, met een gifje van een applaudiserende Leonardo DiCaprio. 'Zou veel vaker moeten gebeuren', reageert Jan E. op



LinkedIn. 'Zo is mijn buurman apotheker. Uit Aleppo. Staat dus ergens aan de lopende band, want zijn apothekersdiploma is hier niet geldig.' Anderen beklagen zich over het feit dat artsen als Abou nú pas aan het werk mogen. 'Jammer dat er een crisis voor nodig is', schrijft Carla H. op Facebook.

Abou is dan ook niet de enige die staat te springen om aan het werk te gaan. Zo'n tweehonderd buitenlandse artsen, verpleegkundigen en

paramedici geven zich op om hun Nederlandse collega's tijdens deze nationale gezondheidscrisis te helpen. Hoe komt het eigenlijk dat er in Nederland zoveel medisch talent aan de zijlijn staat? En wat betekent de coronacrisis voor hun kansen in de Nederlandse gezondheidszorg?

Vrijwilligers melden zich aan

Half april legt Kamal Akawi (64) twee kussentjes op anderhalve meter van elkaar op een bankje voor zijn flat in Waddinxveen. Hij draagt een lichtblauw overhemd, een nette broek en een bruine pet, waarvoor hij zich excuseert. 'Ik ben al een tijdje niet naar de kapper geweest.' Op dit moment heeft Akawi echter belangrijker dingen aan zijn hoofd dan een kappersbezoek. Zodra hij hoorde dat buitenlandse artsen tijdens de coronacrisis aan het werk mochten, gaf hij zich op als vrijwilliger. Tijdens een noodsituatie gaan de regels opzij', lacht hij. Hij moet onder supervisie werken en mag alleen werkzaamheden verrichten die ver onder zijn niveau liggen, maar dat deert hem niet. 'Als ik kan helpen, is alles goed.'

In Syrië was Akawi huisarts. 'Ik had dertig jaar een eigen praktijk', vertelt hij trots. Toen hij in 2015 in Nederland aankwam, wilde hij niets liever dan als arts iets teruggeven aan de maatschappij die hem onderdak bood. Maar een loopbaanadviseur wees hem erop dat dat niet zomaar kon. 'Zij zei: "Je kunt het, maar je moet aan je leeftijd denken."

Ik was 61.' Het zou volgens de adviseur zo'n vijf jaar duren om zijn buitenlandse diploma's te laten erkennen. 'Ik heb gestudeerd om mijn kennis te gebruiken, om mensen te helpen,' zucht Akawi. 'Maar als ik vijf jaar bezig ben, alleen om een kans te hebben, om misschien twee jaar te werken – dat is een raar idee.'

Akawi werkte een tijdje als vrijwilliger in een psychiatrische jeugdinstituut, waar hij Arabisch sprekende jongeren begeleidde. Maar werk op zijn eigen niveau vinden is lastig: 'Ik word weleens gevraagd, maar alleen als schoonmaker.' Het frustrereert hem zichtbaar. 'Werken is goed, maar iedereen kan schoonmaken. Niet iedereen kan arts worden. In Syrië had ik een praktijk onder mijn eigen naam. Hier ben ik maar een nummer.' Begin dit jaar solliciteerde hij op een medische positie in Qatar. Hij leek een goede kans te maken, maar corona gooide roet in het eten. 'Ik wil hier werken, in Nederland. Maar als dat niet kan...'. Door de coronacrisis lijkt het plotseling tóch te kunnen. Akawi is gebeld door extrahandenvoordeezorg.nl. Op dit online platform worden de gegevens van alle Nederlandse zorgmedewerkers die zich als vrijwilliger hebben aangemeld verzameld, zodat zorginstellingen die ondersteuning zoeken makkelijk contact op kunnen nemen. 'Ze vroegen naar mijn ervaring, diploma's, wanneer ik kan werken. Ze zeiden dat ik nu gebeld kan worden,' zegt Akawi. Hij is voorzichtig hoopvol. 'Het is eigenlijk te laat, maar beter laat dan niet. Ik hoop dat ik nu weer iets kan betekenen.'

De VBGA komt in actie

Dat Akawi nu wel mag werken, komt door het snelle handelen van Nafise Ghalandari, voorzitter van de Vereniging Buitenlands Gediplomeerde Artsen.

Zodra ze hoorde dat artsenfederatie KNMG het ministerie vroeg om de regels voor BIG-registratie (BIG: Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) te versoepelen zodat ook net-afgestudeerde geneeskundestudenten en gepensioneerde artsen konden bijspringen, sloot ze zich via een openbare brief bij de oproep aan. 'Veel buitenlandse artsen waren in de landen van herkomst praktiserende artsen. Hun ervaring kan in Nederland benut worden,' schreef ze. 'Sommigen van ons zijn nog niet-BIG-geregistreerd. Niettemin willen ook zij hun bijdrage leveren aan de zorg voor coronapatiënten.'



173 artsen en 23 verpleegkundigen en paramedici met een buitenlands diploma werden uiteindelijk opgenomen in het bestand van extrahandenvoordeezorg.nl. 'Daar zitten veel mensen bij die ervaring hebben met het werken in noodsituaties',

vertelt Ghalandari begin april via de telefoon. Ze heeft goede hoop dat de artsen in deze gezondheids crisis echt iets kunnen bijdragen. 'Er zitten bijvoorbeeld ook een arts uit Soedan en een uit Mexico bij die in hun eigen land een pandemie hebben meegemaakt. Hun ervaring en kennis is juist nu essentieel.'

Buitenlandse artsen kunnen in Nederland niet zomaar aan het werk. Eerst moeten zij bewijzen dat hun buitenlandse opleiding voldoet aan de Nederlandse standaard en dat ze de Nederlandse taal voldoende beheersen om in de Nederlandse gezondheidszorg mee te draaien. Hoe dat precies wordt getoetst hangt af van hun opleiding en van het land waar die is gevolgd. Voor artsen, tandartsen en verpleegkundigen van buiten Europa duurt de procedure het langst. Zij moeten het Nederlands op academisch niveau beheersen, verschillende toetsen afleggen om hun vakkennis, vaardigheid en beroepsniveau te bepalen en in veel gevallen zes maanden tot drie jaar coschappen lopen voordat zij zich bij het BIG register kunnen aanmelden.

Stroperige erkenningsprocedures

Tot 2001 ging de erkenning van buitenlandse diploma's via medische faculteiten, maar na klachten over het vaak lage taalniveau en de lange opleidingsduur werd de verantwoordelijkheid voor het toetsen van buitenlandse artsen naar het ministerie van VWS verlegd. Vier jaar later werd een nieuwe procedure gepresenteerd, die het 'voor artsen en verpleegkundigen van buiten de EU die als asielzoeker of gezinsvormer in Nederland komen' mogelijk zou maken 'zo snel mogelijk hun beroep hier te kunnen (uit)oefenen'.

Een efficiënte instroom van buitenlandse artsen is voor beide partijen voordelig: de arts kan zijn of haar vak weer uitoefenen en de tekorten in de Nederlandse zorgsector worden sneller aangevuld. Het opleiden van nieuwe artsen kost bovendien veel tijd en geld. Voor de opleiding van buitenlandse zorgmedewerkers is elders al betaald. Ook brengen zij vaak unieke werkervaringen en inzichten mee. Al met al een win-win-winsituatie. Maar de procedure die het makkelijk zou maken om in de Nederlandse gezondheidszorg in te stromen, blijkt in veel gevallen een bron van frustratie, stress en financiële onzekerheid. Gemotiveerde buitenlandse artsen komen regelmatig vast te zitten in een onoverzichtelijk traject, dat soms jarenlang voortsleept en geen garantie biedt op werk.

Als ik geweten had

‘Als ik van tevoren had geweten hoe het zou gaan, dan had ik een andere carrière gezocht’, vertelt Adriana Villadiego Pereira. Ze appt dat ze er ‘typisch Latina’ uitziet, met een krullende bob. We treffen elkaar op het Malieveld in haar woonplaats Den Haag. Ze hoopt dat haar verhaal illustreert hoe slopend de assessmentprocedure voor buitenlandse artsen kan zijn. ‘In Colombia had ik een succesvolle carrière in het vooruitzicht. Hier was ik jarenlang niks. Ik moest veel wachten en wist nooit waar ik aan toe was. Bij elke stap was ik bang dat het mis zou gaan.’

Villadiego Pereira was halverwege het tweede jaar van een specialisatie tot dermatoloog toen ze haar opleiding afbrak om voor de liefde naar Nederland te verhuizen. Haar man, ook arts, zou zijn Nederlandse studieschulden niet met een Colombiaans salaris kunnen afbetalen. Op basis van de informatie die hij online kon vinden dachten ze dat het voor haar twee jaar zou duren om in Nederland weer aan het werk te kunnen. Maar toen ze in 2012 in Nederland aankwam, bleek dat de procedure een stuk ingewikkelder was. ‘Uiteindelijk heb ik er bijna zes jaar over gedaan.’

‘Het begon al bij de taalcursussen’, vertelt Villadiego Pereira. Ze had gelezen dat je niveau NT2 nodig had om in Nederland te werken, maar toen ze zich inschreef voor de assessmentprocedure bleek ze een veel hoger niveau nodig te hebben. ‘Ik heb nog twee cursussen gedaan, en een cursus medisch Nederlands. Ik had toen het juiste niveau, maar

ik was inmiddels wel al twee jaar verder.’ De toetsen haalde Villadiego Pereira allemaal in één keer, maar de lange wachttijden vond ze frustrerend. ‘Ik moest steeds weer wachten op een nieuw toetsmoment of op de uitslagen. Daar zat soms maanden tussen, waarin je continu in onzekerheid zat.’

Uiteindelijk moest Villadiego Pereira twaalf maanden coschappen lopen voordat ze zich mocht aanmelden bij het BIG-register. Via haar man kon ze vrij snel een plek regelen bij het LUMC in Leiden. ‘Niet iedereen heeft een partner die in de zorg werkt’, waarschuwt ze. Ze was ook veel geld kwijt aan de procedure. ‘Ik heb in totaal bijna achttienduizend euro betaald’, rekt ze uit; 2200 daarvan zijn de officiële procedurekosten. De rest gaat op aan taalcursussen, reiskosten, het beëdigd laten vertalen van opleidingsdocumenten en de opleidingskosten voor de geadviseerde coschappen. Kosten voor levensonderhoud heeft ze niet meegerekend. ‘Mijn man heeft alles voorgeschoten’, zegt ze. ‘Een bijbaantje durfde ik niet te zoeken. Ik was doodsbang om nog meer vertraging op te lopen. Omdat ik geen vluchteling ben, kon ik geen financiële steun krijgen en voor een lening bij DUO was ik inmiddels te oud.’

Tijdens haar coschappen werd de stress Villadiego Pereira te veel en kreeg ze een burn-out. ‘Ik moest opeens op hetzelfde niveau meedraaien als de Nederlandse studenten en binnen een paar minuten een consult afronden. Er zat wel een geacteerd consult in de toets, maar ik had nog nooit met Nederlandse patiënten gewerkt.’ Ze begon ’s avonds de consulten van de volgende dag alvast voor te bereiden en moeilijke woorden op te zoeken. ‘Ik was vaak pas rond tien uur thuis.’ Aan het einde van de rit leek alles ook nog vast te lopen op een bureaucratisch detail. ‘Ik moest mijn opleidingsdocumenten opnieuw aanleveren bij het DUO register, maar het waarmerken ging in Colombia sinds kort digitaal, met een unieke barcode. Dat accepteerden ze niet.’ Toen ook een officiële verklaring over de nieuwe methode van de consul niet mocht baten, reisde Villadiego Pereira zelf af naar Colombia, waar ze de documenten handmatig liet ondertekenen en bestempelen, op de ouderwetse manier. ‘Zo heeft het allemaal nog een half jaar extra gekost.’



De ervaringen van Villadiego Pereira zijn niet uniek. Uit een enquête die in 2017 werd uitgezet onder buitenlandse artsen blijkt dat een ruime meerderheid de bijkomende kosten en onduidelijkheid van de procedure als struikelblok ervaart. Respondenten zeggen vierhonderd tot achtduizend euro kwijt te zijn aan taalcursussen

en ontvingen slechts in een paar gevallen subsidie van de gemeente. De helft geeft aan dat ze er twee tot vier jaar over deden om de taalcursussen af te ronden. Ook weten ze vaak niet goed hoe ze zich kunnen voorbereiden op toetsen en moeten ze lang wachten op antwoorden en toets resultaten.

Er zijn ook opvallend veel artsen die niet aan de enquête willen deelnemen. Sommigen zijn bang om hun Nederlandse carrière in gevaar te brengen, ook al worden de antwoorden anoniem verwerkt. Anderen verwachten niet dat de overheid iets met hun feedback gaat doen. Adriana Villadiego Pereira denkt dat veel artsen zich ook te veel schamen om publiekelijk over hun ervaringen te praten, zeker als het niet zo goed gaat: 'Als je de taal niet onder de knie krijgt, of als je heel lange coschappen moet lopen, voelt het alsof je gefaald hebt. Daar praat je niet makkelijk over.'

De CBGV ziet de procedure als succesvol

De Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV), het overheidsorgaan dat verantwoordelijk is voor de erkenning van buitenlandse medici, lijkt de procedure zelf wel als succesvol te beschouwen. In 2017 publiceerden een aantal (voormalig) leden van de CBGV in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde een evaluatie van de nieuwe toetsing. Het overgrote deel van de artsen die tussen 2005 en 2015 deelnamen aan de procedure zou zich met succes inschrijven in het BIG-register. Dat zou vooral komen door 'het

aanbieden van een aanvullende opleiding die gericht is op het opheffen van vastgestelde tekortkomingen.'

Voormalig deelnemers reageerden online verbaasd op de positieve conclusies van het artikel. 'Ik ben een van de (...) artsen die geslaagd is voor de Algemene Kennis en Vaardigheidstoets (AKV) en de Beroepsinhoudelijke toets', schreef een kinderarts uit Mexico. 'De lezer die niet vertrouwd is met de procedures die wij als buitenlandse artsen moeten doorlopen, zal geneigd zijn om mijn resultaten op de assessmentprocedure als succes te beschouwen. Ik zie dat niet zo. De assessmentprocedure is een massieve opeenstapeling van barrières. De procedure is onduidelijk en de voorlichting matig. Als buitenlander die zich sinds kort heeft gevestigd in Nederland is het aanbod van cursussen Nederlands/medisch Nederlands op hoog niveau zeer beperkt. Kostbare tijd en veel geld gaan verloren. En de frustratie groeit.' Wim Davidse, secretaris van de CBGV, reageerde hierop dat het bekend is dat de hoge kosten voor veel buitenlandse artsen een probleem vormen, maar dat de commissie daar niet over gaat en dat sommige deelnemers de lat inderdaad niet halen, omdat deze in Nederland hoog ligt. Bovendien, schreef Davidse, gaat het niet om een officieel onderzoek, maar wordt 'alleen verslag gedaan van een aantal bevindingen (die ook al in het jaarverslag 2015 stonden).'

Paul Herfs, die ook een kritische reactie onder het artikel plaatste, deed wel uitgebreid onderzoek naar de instroom van buitenlandse artsen in Nederland. In 2009 promoveerde hij op het onderwerp en hij werkte daarna als senior onderzoeker bij het European Research Centre on Migration and Ethnic Relations van de Universiteit Utrecht. In de jaren negentig raakte hij bij het onderwerp betrokken als oprichter en adviserend lid van de Commissie Instroom Buitenlandse Artsen (CIBA).

'Lange tijd kon je als buitenlandse arts aan de slag nadat je twee jaar onder supervisie van een Nederlandse arts had gewerkt', vertelt Herfs. 'Die regeling werd van de ene op de andere dag ingetrokken. De enige route die overbleef was het volgen van een Nederlandse opleiding geneeskunde. Dat was een chaos: buitenlandse artsen schreven zich overal tegelijk in om een plek te vinden. Medische faculteiten werden overspoeld. De commissie (CIBA) hielp daar orde in te brengen.' Na invoering van de nieuwe procedure werd de CIBA in 2006 opgeheven.

Met het idee achter de huidige assessmentprocedure is volgens Herfs in principe niets mis. Met de uitvoering wel. 'Het is alsof ze een snelweg hebben gebouwd en de oprit zijn vergeten,' zegt hij. Buitenlandse artsen zijn zelf overal verantwoordelijk voor, maar worden blind de procedure ingestuurd. Dat begint volgens Herfs al bij het vinden van een goede taal cursus. 'Het aanbod is groot en lang niet altijd goed, maar er bestaat geen overzicht van geschikte taalscholen – de CBGV wil geen reclame maken. Voor je het weet zit je tussen de analfabeten en doe je er veel langer over dan nodig is.'

Dat zo'n groot deel van de deelnemers de procedure succesvol doorloopt als in het artikel wordt beweerd, is volgens Herfs onzin. 'De auteurs hebben alle onwelgevallige gegevens, bijvoorbeeld over de uitval, buiten beschouwing gelaten. Binnen- en buitenlandse studies laten een heel ander beeld zien.' Bovendien zouden de gegevens waarop de auteurs zich baseren niet beschikbaar moeten zijn. Naar aanleiding van signalen dat de procedure voor 'capabele artsen uit het buitenland' onnodige barrières opwierp, gaf minister Edith Schippers van Volksgezondheid onderzoeksbureau Panteia in 2013 opdracht om knelpunten in kaart te brengen en advies op te stellen voor verbeteringen. Maar de CBGV-administratie tussen 2005 en 2014 bleek zo gebrekkig dat de gegevens onbruikbaar waren.

Gevraagd naar zijn ideeën over de Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid verzucht Herfs: 'Hoe zeg ik dit netjes? Ze doen waarvoor ze zijn aangewezen, maar het is allemaal verschrikkelijk ambtelijk. De focus ligt op het uitsluiten van mensen die er niet horen, het beschermen van het Nederlandse zorgstelsel. Dat doen ze. Maar naar wie er om een of andere reden niet doorheen komt of er helemaal niet aan begint, wordt niet gekeken.'

Volgens Bauke Leijenaar, sinds twee jaar voorzitter van de CBGV, is er 'geen indicatie dat waardevolle mensen besluiten niet mee te doen'. Toch haakt een deel van degenen die zich voor de procedure aanmelden al vóór de eerste toets af. De CBGV gaat niet actief achter hun beweegredenen aan, vertelt Leijenaar. Wel staat er op basis van 'incidentele contacten' een aantal mogelijke redenen in de jaarverslagen: de aanvrager woont niet in Nederland of vertrekt weer, heeft in meerdere landen aanvragen gedaan, vindt de kosten te hoog of is van



oordeel niet aan de eisen van de Wet BIG te voldoen.

Volgens betrokkenen zijn er wel meer redenen om van de procedure af te zien. Bijvoorbeeld omdat de arts al op leeftijd is en de tijdsinvestering te

groot, zoals bij Kamal Akawi. In sommige gevallen kan de arts het zich niet veroorloven om tijdens de procedure van een uitkering te leven, bijvoorbeeld omdat deze een gezin moet onderhouden. Ook zijn lang niet alle gemeenten bereid om voor de duur van de procedure de sollicitatieplicht op te heffen. En sommigen hebben simpelweg geen zin om jarenlang te wachten tot ze weer aan het werk kunnen. Van wie wel aan de procedure begint zijn gevluchte artsen opvallend genoeg in het voordeel: zij hebben via vluchtelingenorganisatie UAF toegang tot persoonlijke begeleiding en financiële steun. Op dit moment begeleidt UAF 58 artsen en 13 verpleegkundigen met buitenlandse diploma's door de assessmentprocedure. Maar zelfs met deze hulp blijft de procedure vaak een uitdaging.

'De medische assessmentprocedure is een van de meest ingewikkelde procedures waar wij mee te maken krijgen,' zegt directeur Mardjan Seighali via de telefoon. 'Er is geen reader van A tot Z waarin staat wat je moet doen. De instellingen waar men van afhankelijk is zijn lang niet altijd goed geïnformeerd over de procedure en werken meestal niet goed samen. Je bent altijd veel tijd kwijt met uitzoeken en wachten.' Het vinden van een plek om coschappen te lopen blijkt vaak het moeilijkst. 'De wachtlijsten zijn lang en de concurrentie is groot. Je komt er als buitenlandse arts nauwelijks tussen. Soms moet iemand zo lang wachten dat het advies van de commissie al niet meer geldig is.' Toch kan UAF wel verschil maken. De Syrische Ahmed Al Hasan, in opleiding tot reumatoloog bij het Haagse ziekenhuis HMC Westeinde, slaagde erin om de volledige procedure binnen een jaar af te ronden. 'Een combinatie van geluk en hard werken,' zegt hij telefonisch. 'Ik

kwam naar Nederland voordat de azc's vol waren en kon een paar keer per dag bij de Nederlandse les aansluiten.' Ook kon hij zich direct aanmelden voor de toetsen en hoefde hij geen aanvullende opleiding te doen. Zijn laatste geluk was de hulp die hij kreeg van het UAF.

De oprichting van de VBGA

Artsen die niet als vluchteling naar Nederland komen hebben geen toegang tot de begeleiding en steun van UAF. Wel kunnen ze voor advies terecht bij de Vereniging Buitenlands Gediplomeerde Artsen (VBGA), in 2015 opgericht door enkele buitenlandse medici. 'We liepen allemaal tegen dezelfde problemen aan', vertelt medeoprichter en voormalig voorzitter Shabnam Ghahramani. Tijdens cursussen en toetsen ontmoette ze artsen die net als zij moeite hadden met het doorgronden van de procedure. 'Niemand wist precies hoe het werkte, dus als iemand van ons iets verder was adviseerde die de rest. Met de vereniging wilden we dat op grotere schaal doen.'

Ghahramani groeide op in Turkije, waar haar ouders vanuit Iran naartoe vluchtten toen zijzelf nog een baby was. Nadat ze haar opleiding tot basisarts aan de universiteit van Ankara had afgerond reisde ze haar ouders achterna, die asiel hadden gekregen in Nederland. Maar om hier als arts te kunnen werken moest Ghahramani eerst de assessmentprocedure doorlopen. 'Ik voelde me net een blinde bokser', zegt ze via de telefoon. 'Ik kende de taal niet en er was heel weinig informatie. Ik had geen idee wat ik moest doen of waar ik moest beginnen.'

Uiteindelijk rondde Ghahramani de procedure in drie jaar succesvol af, mede dankzij de hulp van de artsen met wie ze later de VBGA oprichtte. Inmiddels is de vereniging een onmisbare schakel. Ze bieden online informatie over het belang van een goede taalbeheersing en tips voor voorbereiding, organiseren workshops en geven in samenwerking met de CBGV voorlichting aan artsen die aan de procedure beginnen. Ook is er sinds een paar jaar een actieve Facebook-groep, waar artsen onderling vragen kunnen stellen, tips geven en hun frustraties delen. Maar wat de vereniging in de praktijk kan doen is beperkt. 'We doen alles vrijwillig, naast onze eigen opleiding en werk', zegt Ghahramani. Na twaalf jaar droeg ze het voorzitterschap over aan Nafise Ghalandari. De andere oprichters kregen ook opvolgers. 'We wilden de nieuwe

garde de ruimte geven, die beter op de hoogte is van de huidige issues. Ik moest steeds vaker de disclaimer geven dat mijn ervaringen uit 2009 stamden', lacht Ghahramani. Bovendien kon ze eindelijk haar droom waarmaken: sinds kort deelt ze een huisartsenpraktijk in Noord-Brabant. 'Ik wilde mij daar echt helemaal op kunnen richten. Ik ben zo trots dat het is gelukt!'

Na jarenlang lobbyen door de VBGA, UAF, Paul Herfs en anderen lijkt er schot in de zaak te komen. Allereerst is de informatievoorziening verbeterd. Wie zich nu voor de procedure aanmeldt wordt automatisch uitgenodigd voor een uitgebreide voorlichtingsbijeenkomst die meerdere keren per jaar wordt gegeven. Ook bestaat er sinds kort een voorbereidingscursus voor de AKV-toetsen. De wachttijden voor toetsen en uitslagen zijn flink ingekort. 'We zitten nu gemiddeld binnen de wettelijk vastgestelde termijnen voor adviezen en toets uitslagen', zegt CBGV voorzitter Bauke Leijenaar. Toch blijft de totale duur van de procedure lastig te voorspellen. 'Wij houden alleen de doorlooptijd bij van zaken waarvoor wij als commissie verantwoordelijk zijn. Als iemand besluit om een toets uit te stellen of moet wachten op een opleidingsplek, dan valt dat onder de eigen verantwoordelijkheid'. Nafise Ghalandari ziet ondanks deze aanpassingen nog genoeg ruimte voor verbetering. 'Artsen zitten tijdens de procedure vaak jaren thuis, waardoor hun kennis en vaardigheid snel achteruitgaan.' Werken in de zorg mag tijdens de procedure niet. Stage lopen mag wel, maar is vaak lastig te regelen. Een recente poging van de VBGA en artsenfederatie KNMG om stageplekken bij Nederlandse huisartsen aan te bieden liep op niets uit. 'Alles moest op individuele basis geregeld worden. Dat bleek toch een te grote investering voor Nederlandse artsen.' Het liefst ziet Ghalandari daarom een systeem zoals al in Duitsland bestaat. 'Daar mag je, na het behalen van de taaltoets, twee jaar lang onder begeleiding aan het werk. In diezelfde periode leg je examens af.' Je mag misschien niet alles doen, zegt Ghalandari, maar je doet tenminste relevante werkervaring op. 'Je hebt contact met patiënten, verdient geld en bouwt aan een netwerk. Zo ben je na het afronden van de procedure veel beter voorbereid en kun je meer betekenen voor je patiënten en collega's. Het is een aanpak die bewezen goed werkt. Daar moeten we een voorbeeld aan nemen.'

Mardjan Seighali van UAF hoopte de overheid dit jaar eindelijk wakker te schudden. 'Buitenlandse zorgprofessionals staan te springen om hun beroep uit te oefenen, maar worden door het huidige beleid gedwongen aan de zijlijn te staan, terwijl Nederlandse artsen en koepelorganisaties al jaren de noodklok luiden over tekorten in de zorg. Wij hadden een plan opgesteld om daar een einde aan te maken. In mei wilden we dat in een position paper aan de Tweede Kamer en de minister van Volksgezondheid presenteren.'

In de paper pleit het UAF onder andere voor een efficiëntere procedure met één centraal verantwoordelijk orgaan, structurele financiering en een duidelijk stappenplan. Maar de presentatie van de paper is vanwege de coronacrisis uitgesteld. 'Ik bevind me in een soort spagaat tussen gelegenheid en verlegenheid', zegt Seighali. 'Aan de ene kant is er meer dan ooit aandacht voor het belang van zorgpersoneel. Aan de andere kant hebben de partijen die we willen aanspreken de handen vol aan corona.'

De coronacrisis leek voor de buitenlandse artsen zelf nog een uitkomst te bieden. Maar van het optimisme van eind maart is weinig over. 'Tot op heden ben ik niet gebeld', mailt Kamal Akawi halverwege mei al. 'Ik denk dat niemand mij zal bellen.' Hij krijgt gelijk. Van de 22.817 aangemelde vrijwilligers op extrahandenvoordezorg.nl wordt iets minder dan de helft voorgesteld aan zorginstellingen. Daar zit één buitenlandse longarts bij, die aan de slag kan op een corona-afdeling in Limburg. 'Behalve deze ene arts is niemand uit ons bestand van bijna 200 artsen en verpleegkundigen opgeroepen', vertelt Nafise Ghalandari eind mei. 'Er zou grote behoefte zijn geweest aan verpleegkundigen, maar voor zover ik weet is geen van onze verpleegkundigen gebeld. Echt teleurstellend.' Ook Feisal Abou werd, alle steunbetuigingen ten spijt, niet ingezet.

Dat de crisis voor hemzelf geen uitkomst bood kan Kamal Akawi nog wel verkroppen, maar hij hoopt dat er voor de nieuwe generatie buitenlandse artsen wel verandering komt. 'De overheid betaalt veel voor een leger om het volk te beschermen', zegt hij. 'Maar ziekte is ook een vijand. En niet alleen tijdens de coronacrisis.' Het inzetten van buitenlands talent is volgens hem niet meer dan een logische oplossing. 'Nederland heeft medische werkers nodig. Zij betalen veel geld om gediplomeerde mensen te hebben. Maar als zij gratis gediplomeerde

mensen krijgen, waarom gebruiken zij hen niet? Dat is het probleem.' Om dat probleem op te lossen moet volgens Akawi eerst goed worden gekeken waar het nu precies misgaat. 'Want', stelt hij zelfverzekerd, 'zonder diagnose geen behandeling.'

De assessmentprocedure

Nederlands zorgpersoneel moet in het BIG-register zijn opgenomen om te mogen werken. Voor zorgpersoneel uit het buitenland bestaan er verschillende procedures om diploma's te laten erkennen. Is het diploma behaald in een land binnen de Europese Economische Ruimte (EER), dan zijn een taaltoets en dossierbeoordeling meestal afdoende, soms met een aanvullende 'proeve van bekwaamheid' of 'aanpassingsstage'.

Artsen, tandartsen en verpleegkundigen van buiten de EER moeten de taal op academisch niveau (B2/C1) beheersen en deelnemen aan een assessmentprocedure.

Die bestaat uit drie Algemene Kennis- en Vaardigheidstoetsen en een Beroepsinhoudelijke toets. Bij goede resultaten kan de arts, tandarts of verpleegkundige zich na drie maanden supervisie inschrijven in het BIG-register. De meesten moeten eerst zes maanden tot drie jaar coschappen lopen.

Met deze procedure wordt alleen het basisartsdiploma erkend: voor erkenning van een specialisatie als bijvoorbeeld internist of gynaecoloog moet een aanvullend traject worden afgerond. Overigens is de erkenning alleen geldig in Nederland: bij verhuizing naar een (al dan niet Europees) land moet de lokale erkenningsprocedure daar eerst doorlopen worden.

Uit *De Groene Amsterdammer* van 9 september 2020
www.groene.nl/2020/37

De Groene Amsterdammer
Onafhankelijk weekblad sinds 1877

Tweede Kamer der Staten-Generaal **2**

Aanhangsel van de handelingen uit de Tweede Kamer der Staten-Generaal; Vergaderjaar 2020–2021.

Vragen gesteld door leden der Kamer Paternotte (D66) en Raemakers (D66), aan de Ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en voor Medische Zorg over het artikel *Buitenlandse Artsen in Nederland: 'Ik denk dat niemand mij zal bellen'* (ingezonden 23 september 2020).

Vraag 1

Bent u bekend met het nieuwsartikel «Buitenlandse Artsen in Nederland: *'Ik denk dat niemand mij zal bellen'*?¹

Vraag 2

Kan de integratie van zorgprofessionals met een migratieachtergrond in de Nederlandse gezondheidszorg in uw optiek bijdragen aan het terugdringen van de tekorten in de zorg?

Vraag 3

Herkent u zich in het geschetste beeld van het artikel dat de huidige bijscholingstrajecten voor medisch personeel te lang duren, en vindt u dat deze terecht bestempeld worden als onoverzichtelijk, langdradig en aan de prijs?

Vraag 4

Ziet u mogelijkheden om deze trajecten te verkorten zonder kwaliteit in te boeten? Zo ja, welke concrete stappen wilt u in dit verband zetten?

Vraag 5

Vindt u het belangrijk dat deze potentiële groep hoogwaardige

¹ Groene Amsterdammer, 9 september 2020. «Ik denk dat niemand mij zal bellen», <https://www.groene.nl/artikel/ik-denk-dat-niemand-mij-zal-bellen>

arbeidskrachten wordt aangemoedigd om te komen werken in de Nederlandse zorgsector en dat het daarbij cruciaal is dat er geen motivatie verloren gaat?

Vraag 6

Bent u het eens met de Commissie Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV) dat, ondanks het geschetste beeld in het artikel, de procedure voor de integratie van buitenlandse zorgprofessionals succesvol is?

Vraag 7

Waarom is de regeling, waarbij een buitenlandse arts twee jaar onder supervisie meeliep met een Nederlandse arts voor de benodigde ervaring met het Nederlandse zorgdomein, opgeheven? Wanneer is hiertoe besloten? Was dit naar uw mening een goede keuze?

Vraag 8

Staat u in contact met de Vereniging Buitenlands Gediplomeerde Artsen (VBGA) en de CBGV? Bent u bereid om met deze verschillende belangenverenigingen te bezien waar de bijscholingstrajecten wellicht verbeterd kunnen worden?

Vraag 9

Bent u van mening dat bijscholingstrajecten voor de Nederlandse zorg te complex geworden zijn en er veel te verbeteren valt door middel van simplificatie?

Vraag 10

Herkent u zich in het geschetste beeld dat de informatievoorziening in de afgelopen jaren is verbeterd en dat hier ook een deel van de oplossing schuilt?

Vraag 11

Bent u bereid om het Duitse model te bestuderen en, indien van toepassing, elementen van het Duitse model over te nemen naar het Nederlandse model? Zo ja, welke elementen neemt u mee en hoe? Zo nee, waarom niet?

Bijlage 3

Antwoorden op Kamervragen van de Kamerleden Paternotte (D66) en Raemakers (D66) over het artikel 'Buitenlandse Artsen in Nederland: 'Ik denk dat niemand mij zal bellen' (2020Z16966) door de minister van Medische Zorg en Sport T. van Ark.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

De Voorzitter van de
Tweede Kamer der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Datum 10 november 2020
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,
Hierbij zend ik u, mede namens de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de antwoorden op de vragen van de Kamerleden Paternotte (D66) en Raemakers (D66) over het artikel 'Buitenlandse Artsen in Nederland: 'Ik denk dat niemand mij zal bellen' (2020Z16966).

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg en Sport,
T. van Ark

Vraag 1

Bent u bekend met het nieuwsartikel 'Buitenlandse Artsen in Nederland: 'Ik denk dat niemand mij zal bellen'? ¹

Antwoord vraag 1

Ja.

Vraag 2

Kan de integratie van zorgprofessionals met een migratieachtergrond in de Nederlandse gezondheidszorg in uw optiek bijdragen aan het terugdringen van de tekorten in de zorg?

Vraag 5

Vindt u het belangrijk dat deze potentiële groep hoogwaardige arbeidskrachten wordt aangemoedigd om te komen werken in de Nederlandse zorgsector en dat het daarbij cruciaal is dat er geen motivatie verloren gaat?

Antwoord op vragen 2 en 5

We hebben in de zorg veel extra mensen nodig. Iedereen die kan en wil bijdragen is wat mij betreft van harte welkom. Dat geldt ook voor zorgprofessionals met een migratieachtergrond die buiten Nederland zijn opgeleid. Ik krijg ook regelmatig signalen dat buitenslands gediplomeerde artsen graag bijspringen in de covidzorg. Dat vind ik hartverwarmend.

Om zelfstandig aan de slag te kunnen in Nederland is het nodig te voldoen aan alle vereisten van de Wet BIG. Voor het behoud van de kwaliteit van zorg acht ik dit van groot belang. Het traject om in dezelfde professie te werken als in het land van herkomst kan zodoende een behoorlijke investering vergen. In de eerste plaats voor de professional zelf, en in de tweede plaats ook voor zorgaanbieders, die mensen goede begeleiding moeten kunnen bieden. En hierin bied ik extra ondersteuning.

¹ Groene Amsterdammer, 9 september 2020. «Ik denk dat niemand mij zal bellen», <https://www.groene.nl/artikel/ik-denk-dat-niemand-mij-zal-bellen>

Met het Actieprogramma *Werken in de Zorg* zet ik in op het terugdringen van personeelstekorten in de zorg. Het programma is gericht op het aantrekken van nieuwe mensen en het behoud van zorgprofessionals. De regionale aanpak – die de kern vormt van het programma – steun ik met de subsidie SectorplanPlus voor het bieden van extra opleiding van nieuwe medewerkers.

Zij-instroom kan een waardevolle impuls geven aan het terugdringen van tekorten in de zorg. Ook mensen met een migratieachtergrond kunnen hierin van betekenis zijn voor de sector. In het programma *Verdere Integratie op de Arbeidsmarkt* van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid worden anderstalige Nederlanders met een niet-westerse migratieachtergrond opgeleid tot zorgprofessionals in de pilot ‘leren en werken in de zorg’. In deze pilot behalen de deelnemers een startkwalificatie op MBO-niveau. Als uit de evaluatie blijkt dat de pilot succesvol is zal worden gewerkt aan het verder delen van de inzichten, zodat effectieve aanpakken breder kunnen worden toegepast.

Vraag 3

Herkent u zich in het geschetste beeld van het artikel dat de huidige bijscholingstrajecten voor medisch personeel te lang duren, en vindt u dat deze terecht bestempeld worden als onoverzichtelijk, langdradig en aan de prijs?

Vraag 4

Ziet u mogelijkheden om deze trajecten te verkorten zonder kwaliteit in te boeten? Zo ja, welke concrete stappen wilt u in dit verband zetten?

Vraag 8

Staat u in contact met de Vereniging Buitenlands Gediplomeerde Artsen (VBGA) en de CBGV? Bent u bereid om met deze verschillende belangenverenigingen te bezien waar de bijscholingstrajecten wellicht verbeterd kunnen worden?

Antwoord op vragen 3, 4 en 8

Bij de inzet van zorgpersoneel staat de patiëntveiligheid voor mij voorop, daar wil ik niet aan tornen. Ik hecht er dan ook grote waarde

aan dat buitenslands gediplomeerden die in Nederland in een zorgberoep aan de slag willen beschikken over kennis en vaardigheden die van gelijkwaardige inhoud en niveau zijn als in Nederland opgeleide zorgprofessionals. Een goede en onafhankelijke toetsing, zoals de huidige Algemene Kennis- en Vaardighedentoets (AKV-toets) en de Beroepsinhoudelijke toets (BI-toets), is wat mij betreft noodzakelijk om de kwaliteit en patiëntveiligheid te kunnen blijven borgen.

Tegelijkertijd bereiken mij van tijd tot tijd signalen dat de erkenningsprocedure die buitenslands gediplomeerden moeten doorlopen soms als lang en ingewikkeld wordt ervaren en de nodige kosten met zich meebrengt. Ik vind het billijk dat de aanvrager zelf investeert in de benodigde aanvullende opleiding, maar kan mij voorstellen dat dat niet in alle gevallen gemakkelijk is op te brengen. Hoewel er de laatste jaren al verbeteringen zijn doorgevoerd, o.a. in de informatievoorziening over de procedure op de website van het BIG-register en qua doorlooptijd van aanvragen, ben ik bereid te verkennen op welke punten de toelatingsprocedure verder gestroomlijnd en versneld kan worden, met behoud van kwaliteit.

Ik zal in dit kader in gesprek gaan met zowel de Commissie Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV) als de VBGA om de mogelijkheden tot verbetering van de toelatingsprocedure en de bijscholingstrajecten voor buitenslands gediplomeerden te verkennen. Hierbij zal ik het UAF en Vluchtelingenwerk Nederland betrekken, zodat wij de ervaringen van vluchtelingen(studenten) kunnen meenemen in het gesprek.

Vraag 6

Bent u het eens met de Commissie Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV) dat, ondanks het geschetste beeld in het artikel, de procedure voor de integratie van buitenlandse zorgprofessionals succesvol is?

Antwoord vraag 6

De CBGV heeft op basis van gegevens uit 2015 geconcludeerd dat het Nederlandse model, bestaande uit kwalitatieve toetsing om tekortkomingen in kennis en vaardigheden in kaart te brengen gevolgd door een gericht scholingsadvies, succesvol is. Zo geeft de CBGV aan

dat van degenen die beginnen met de AKV-toets bijna 90% slaagt en van de aanvragers die de beroepsinhoudelijke toets afleggen komt naar schatting meer dan 80% van de artsen en tandartsen en de helft van de verpleegkundigen in het BIG-register wordt opgenomen.

Ik onderschrijf deze werkwijze. Tegelijkertijd realiseer ik mij dat het succesvol doorlopen van de toelatingsprocedure de nodige tijd en inspanningen vraagt van een buitenslands gediplomeerde en de nodige kosten met zich meebrengt, waardoor het niet voor een ieder haalbaar zal zijn.

Zoals hierboven aangegeven wil ik dan ook bezien waar de procedure verder verbeterd en versneld kan worden.

Vraag 7

Waarom is de regeling, waarbij een buitenlandse arts twee jaar onder supervisie meeliep met een Nederlandse arts voor de benodigde ervaring met het Nederlandse zorgdomein, opgeheven? Wanneer is hiertoe besloten? Was dit naar uw mening een goede keuze?

Antwoord vraag 7

De regeling waarbij een buitenlandse arts twee jaar onder supervisie meeliep met een Nederlandse arts dateert van vóór de inwerkingtreding van de Wet BIG in 1997. De toelatingsprocedure voor buitenlandse artsen verliep destijds via de academische ziekenhuizen, maar uit een evaluatie is gebleken dat dit model niet goed werkte. Met het van toepassing worden van de Wet BIG is besloten tot een centrale toetsing en is de Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid in het leven geroepen, die de minister adviseert over de vakbekwaamheid van buitenslands gediplomeerden. Deze werkwijze sluit aan bij internationale ontwikkelingen en uitvoeringspraktijken in andere landen.

Vraag 9

Bent u van mening dat bijscholingstrajecten voor de Nederlandse zorg te complex geworden zijn en er veel te verbeteren valt door middel van simplificatie?

Antwoord vraag 9

Zoals hierboven aangegeven staat de patiëntveiligheid voor mij voorop

en wil ik om die reden niet tornen aan de kwaliteitseisen waaraan zorgverleners, en dus ook buitenslands gediplomeerden, moeten voldoen. De ervaring leert dat er grote verschillen kunnen bestaan in inhoud en niveau van zorgopleidingen in het buitenland ten opzichte van de opleiding zoals die in Nederland wordt gegeven. In veel gevallen komt het CBGV dan ook tot de conclusie dat aanvullende scholing noodzakelijk is om aan het Nederlandse kwaliteitsniveau te voldoen. Zoals aangegeven wil ik met betrokken partijen de mogelijkheden tot verbetering onderzoeken.

Vraag 10

Herkent u zich in het geschetste beeld dat de informatievoorziening in de afgelopen jaren is verbeterd en dat hier ook een deel van de oplossing schuilt?

Antwoord vraag 10

Ik onderschrijf het belang van goede voorlichting om buitenslands gediplomeerden die in Nederland in de zorg aan het werk willen wegwijs te maken in de te volgen procedure voor toelating tot het beroep. Er zijn de laatste jaren inderdaad stappen gezet om de voorlichting verder te verbeteren. Zo worden er jaarlijks door het CBGV 3 algemene voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd voor potentiële aanvragers, waarin zij informatie krijgen over de te volgen procedure, hoe zij zich kunnen voorbereiden en de kosten die daarmee gemoeid zijn. Daarnaast organiseren CBGV en instituut Babel specifieke voorlichtingsbijeenkomsten over de AKV-toets. Ook over de BI-toets die artsen, tandartsen en verpleegkundigen die moeten afleggen voordat zij toegang kunnen krijgen tot het beroep, worden specifieke voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd. Daarnaast is op de website van het BIG-register een stappenplan uitgewerkt, waarin de te volgen stappen in de erkenningsprocedure per beroep/situatie gedetailleerd staan omschreven. Het CBGV brengt op basis van de uitslag van de toetsing en het dossier van de aanvrager een advies uit over de vakbekwaamheid. Het advies van de CBGV en de eventueel te volgen aanvullende opleiding wordt in een persoonlijk gesprek met de aanvrager toegelicht, zodat zo nodig extra uitleg gegeven kan worden en

de aanvrager de gelegenheid heeft vragen te stellen.
Niettemin ben ik graag bereid om in overleg met de betrokken partijen de voorlichting waar mogelijk verder te verbeteren.

Vraag 11

Bent u bereid om het Duitse model te bestuderen en, indien van toepassing, elementen van het Duitse model over te nemen naar het Nederlandse model? Zo ja, welke elementen neemt u mee en hoe? Zo nee, waarom niet?

Antwoord vraag 11

Ik ben bereid bij de verkenning van de verbetermogelijkheden van de toelatingsprocedure voor buitenlands gediplomeerden te leren van ervaringen uit andere lidstaten zoals Duitsland en te bezien of elementen van de daar gehanteerde werkwijze toepasbaar zijn in de Nederlandse situatie.

