

'VAKBEKWAAMHEID ZONDER GRENZEN'

Een sfeerverslag

Opening door Th.M.G. van Berkestijn, voorzitter van de CBGV



'Buitenlandse verpleegkundigen, tandartsen en dokters: het was een hoofdpijndossier in de jaren negentig. Gelukkig hebben we daar nu iets op gevonden!' Met deze woorden opent de heer Van Berkestijn, arts en voorzitter van de Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV) de Invitational Conference 'Vakbekwaamheid zonder grenzen!'. Een conferentie die de CBGV, in samenwerking met het agentschap CIBG (uitvoeringsorganisatie van het ministerie van VWS en uitvoerder van het project Assessment Buitenslands Gediplomeerden Gezondheidszorg), organiseerde op 21 juni 2007.

Hij gaat met zijn toehoorders terug in de tijd. Het kabinet vond in 2001 dat er een centraal toelatingsexamen moest komen voor alle buitenlandse beoefenaars van een BIG-beroep: de oude manier van beoordelen (diplomawaardering) paste niet meer in deze tijd van competenties. De Tweede Kamer nam ook een motie aan (de motie van mevrouw dr. Hermann die ook aanwezig was), waarin zij de regering verzocht de medische faculteiten te faciliteren bij stroomlijning van aanvullende scholing van buitenlandse artsen alvorens zij in Nederland aan de slag mogen. Het kabinet zegde toe hiervoor geld te reserveren. De medische faculteiten waren het er al eerder over eens dat de toestroom van buitenlandse artsen alleen kon worden gestroomlijnd door samen te werken: met elkaar, met de CBGV én met het ministerie van VWS. Want deze toestroom is breder dan alleen de instroom in de opleidingen: een deel benadert de minister van VWS met een verzoek om ingeschreven te worden in het Nederlandse BIG-register op basis van een zogenoemde 'verklaring van vakbekwaamheid'. Want om in Nederland als bijvoorbeeld arts, tandarts of verpleegkundige met een geldige beroepstitel aan de slag te mogen, is opname in het BIG-register noodzakelijk.



In 2002 vroeg de minister van VWS de CBGV advies over de inrichting en uitvoering van een centraal toelatingsexamen voor buitenslands gediplomeerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. In het advies werd in grote lijnen de procedure geschetst die nu bekend staat als 'de Assessmentprocedure'. Tevens werd er in maart 2003 een Invitational Conference voor alle stakeholders gehouden. Tijdens deze conferentie werd afgesproken dat het ministerie van VWS de verdere uitvoering van dit advies in de praktijk zou coördineren.

In mei 2003 startte een projectgroep met de ontwikkeling van een assessment voor, in eerste instantie, artsen. Centraal staat een kennis- en vaardighedentoets. Een toets die niet gericht is op slagen of zakken, maar op het opsporen van hiaten in competenties om in de Nederlandse gezondheidszorg aan het werk te kunnen gaan. Eventuele hiaten kunnen vervolgens in een op maat gemaakt scholingstraject opgevuld worden.

De wet BIG staat niet toe om naast de eisen die in het opleidingsbesluit staan, aanvullende eisen te stellen. Toch vindt iedereen het noodzakelijk dat zorgverleners de Nederlandse taal goed beheersen en de Nederlandse cultuur en structuur van de gezondheidszorg kennen. Daar werd een oplossing voor gevonden. Het kernbegrip vakbekwaamheid, waar het in de wet BIG om draait, was nergens expliciet gedefinieerd in termen van competenties zoals kunnen communiceren met patiënten en collega's en vakkennis op peil houden. Door vakbekwaamheid in die termen te definiëren en in een richtlijn vast te leggen heeft de CBGV de juridische basis gelegd om de kennis van het Nederlands en Engels, ICT-vaardigheden, regelgeving en de structuur van de Nederlandse gezondheidszorg te kunnen toetsen. Deze competenties worden dan ook vooraf aan de Beroepsinhoudelijke toets, in de zogenaamde AKV (Algemene Kennis en Vaardighedentoets), getoetst.

De conferentie van vandaag is bedoeld om de resultaten voor de beroepsgroepen (artsen, tandartsen, verpleegkundigen) waarvoor een assessment is ontwikkeld, te presenteren. Tijdens die ontwikkeling zijn de projectgroepen knelpunten (financiering, verandering in studiefinanciering, daling aantal aanvragers) tegen gekomen waarover een discussiepanel zich gaat buigen. Het gaat dan om de financiering van deze procedure, van levensonderhoud van de kandidaten, over voorbereiding en over de op handen zijnde verandering van studiefinancieringsmethodiek. Maar er zijn ook kansen. Immers: een toetsing voor gediplomeerden van buiten de EER is alleen zinvol als alle EER-landen dat doen. Dat is nu niet het geval. De kans: ons assessment als exportartikel. Maar ook: beroepsbeoefenaren van binnen de EER kunnen hier aan de slag, ook als zij onze taal



niet beheersen. Is dat rechtvaardig? Of is daar toch iets voor te bedenken? Over deze onderwerpen gaan de deelnemers in twee parallelle sessies met elkaar discussiëren.

Introductie door de dagvoorzitter, mr. R.H.L.M. van Boxtel

Na deze inleidende woorden stapt dagvoorzitter de heer Van Boxtel het podium op. Waarom de heer Van Berkestijn hem gevraagd heeft deze conferentie voor te zitten weet hij niet precies, zo start hij zijn verhaal. Is het omdat hij minister van Integratie is geweest? Is het omdat hij bestuursvoorzitter van zorgverzekeraar Menzis is? In elk geval ziet hij wel een link tussen wat vandaag wordt besproken en de zorgverzekeraars. Ook die maken zich zorgen over het verwachte tekort aan zorgverleners nu de zorgvraag groter wordt en het aantal chronisch zieken toeneemt.



Van Boxtel juicht dan ook toe dat de kennismigratie van zorgverleners op een goede manier wordt ingericht. Toch is er ook een keerzijde aan deze kennismigratie. Hij vertelt over Margret Chan, directeur-generaal van de World Health Organization. Tijdens een persconferentie in mei jl. meldde mevrouw Chan dat bijna een half miljoen artsen en verpleegkundigen uit Latijns-Amerika, Afrika en Azië in West-Europa en de Verenigde Staten werkt, terwijl deze zorgverleners in het land van herkomst vaak broodnodig zijn. Zij vindt het schandalig dat rijke landen bezuinigen op opleidingen in de zorgsector en vervolgens zorgverleners uit ontwikkelingslanden aantrekken. De rijke landen moeten hun tekort aan personeel zelf aanpakken. Maar zij realiseert zich tevens dat niemand verboden kan worden elders een betere toekomst op te bouwen.

De heer Van Boxtel is het met mevrouw Chan eens. Hij vindt dat de ethische kant van de zaak niet uit het oog moet worden verloren. Maar voor degenen die als asielzoeker of in het kader van de gezinshereniging naar Nederland komen, en dat is in Nederland vaak het geval, moet de regering ruimdenkend zijn en ze omarmen. Hoogopgeleide en ervaren zorgverleners uit niet-Europese landen moeten hun vak zo snel mogelijk kunnen uitoefenen. Ze moeten door bureaucratie en regelgeving niet zo worden afgeschrikt dat ze een baan aannemen beneden hun niveau.



De CBGV heeft nu een ander, eerlijker systeem bedacht. Voor artsen werkt dit systeem nu anderhalf jaar, voor verpleegkundigen en tandartsen een half jaar. De vraag is of de medici hun competenties nu ten volle kunnen inzetten in de Nederlandse samenleving en of de wachttijd voordat ze aan het werk kunnen korter is en of ze het systeem als eerlijker ervaren.

Van Boxtel ziet de conferentie als een bijeenkomst met concrete doelstellingen: welke problemen zijn er nog, hoe kunnen die worden opgelost en wie wordt de probleemeigenaar? Daarover moeten de deelnemers aan het einde van de bijeenkomst heldere afspraken maken.

Presentaties vanuit de projectgroepen

Presentatie van de heer A. Heyboer, voorzitter deelprojectgroep tandartsen

Na een intermezzo geeft de heer Heyboer, tandarts en voorzitter van de deelprojectgroep tandartsen, een presentatie over het ontwikkelde assessment voor buitenslands gediplomeerde tandartsen. Hij vertelt dat er in 2006 bij Cliëntenbelang meer dan vijfhonderd klachten zijn binnengekomen over tandartsen. Cliëntenbelang constateert ook een toename van commerciële praktijken waarin degene die zich als tandarts presenteert, vaak uit het buitenland afkomstig, dit vaak niet blijkt te zijn. Nederland heeft gekozen voor gereguleerde marktwerking in de zorg. Dat maakt het niet-zorgverleners mogelijk een praktijk te starten en tandartsen en –assistenten in dienst te nemen. Daar heeft de heer Heyboer niets op tegen, mits de kwaliteit van de zorg gewaarborgd is.

Het blijkt nu echter dat niet-BIG-geregistreerde buitenlandse beoefenaren van de tandheelkunde zich als tandarts uitgeven. Ze komen meestal zowel van binnen als buiten de EER. Of de behandelaar daadwerkelijk tandarts is, is voor patiënten lastig na te gaan omdat het BIG-register voor velen moeilijk toegankelijk is. De wet BIG was bedoeld om een einde te maken aan het zonder wettelijk erkende beroepstitel uitoefenen van o.a. de tandheelkunde. Maar dit effect is in de praktijk niet altijd even evident: door een ruime formulering van de wet mag iedereen nu de tandheelkunde uitoefenen, mits hij zich maar geen tandarts noemt en geen voorbehouden handelingen verricht. De wet BIG is hierdoor niet altijd het juiste instrument om misstanden en ongewenste ontwikkelingen te voorkomen.

Uit resultaten van de NMT-patiëntenenquête blijkt dat 93 procent van de patiënten vindt dat de

tandarts hen (zeer) goed behandelt. Dat de tandarts hen goed informeert, vindt 80 procent. De dertig miljoen patiëntcontacten leiden jaarlijks tot ongeveer vierhonderd klachten (waarvan de helft een vraag blijkt te zijn) binnen de NMT-klachtenregeling, waarbij zesduizend tandartsen zijn aangesloten. Daarvan verklaart de klachtencommissie er uiteindelijk twintig gegrond. De heer



Heyboer stelt dat deze aantallen laag zijn, maar de NMT neemt ze zeer serieus.

Hij legt vervolgens uit dat het kwaliteitssysteem van de NMT gericht is op continue verbetering van de kwaliteit van zorg. Nadat de tandartsen hun diploma hebben gehaald, is bij- en nascholing verplicht. Het controleren van tandartsen is geen taak van de beroepsorganisatie, maar van de Inspectie van de Gezondheidszorg. De Inspectie heeft echter een capaciteitstekort als het gaat om de beroepsgroep tandartsen, waardoor zij volgens de NMT haar taken niet optimaal kan uitvoeren. Het bewaken van de kwaliteit van de tandheelkundige zorgverlening is ook in het belang van de zorgverzekeraars. Wat dat betreft zou de heer Heyboer

het tandheelkundig controle instituut weer in het leven willen roepen.

In Nederland werken zeventuizend tandartsen. De jaarlijkse instroom is ongeveer vierhonderd. In 2005 zijn er 390 ingeschreven in het BIG-register, waarvan ongeveer de helft uit het buitenland. Hun kwaliteitsniveau is wisselend. Voor de tandartsen buiten de EER wordt dit ondervangen door de invoering van het assessment. EER-tandartsen (tandartsen gediplomeerd in een EER-land) hoeven dit assessment echter niet te doen.

Dan zijn er nog de tandartsen die zich niet BIG laten registreren. Deze groep is of afgewezen door de CBGV of heeft zich zelfs niet aangemeld. Voor deze groep is het nu ontwikkelde assessment buitenslands gediplomeerde een kans zich een legale status te verwerven. Als dit niet gebeurt, krijgt de inspectie er weer een taak bij.



De kennis- en vaardigheidstoetsen voor buitenslands gediplomeerde tandartsen, de kern van de assessmentprocedure, zijn ontwikkeld door het Taalkundige Instituut van de Rijksuniversiteit Groningen en het ACTA, het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam. De daartoe speciaal ingerichte projectgroep waarin alle drie de universiteiten met een opleiding tot tandheelkunde, de CBGV, het ministerie van VWS en de NMT vertegenwoordigd zijn, begeleidde de ontwikkeling van deze toetsinstrumenten en de bijbehorende procedure.

De heer Heyboer merkt op dat de sector er met een assessment alleen nog niet is. De aanvullende scholing moet wél worden gefinancierd. Ook is er geld nodig voor supervisie van minimaal drie maanden nadat de tandartsen het assessment hebben gehaald.

Een ander knelpunt is volgens hem de instroom van binnen de EER. Zij hoeven geen assessment te doen, maar ook deze groep heeft taalproblemen en kent de Nederlandse tandheelkundige zorgverlening onvoldoende, zodat zij fouten kunnen maken.

Tot slot meldt de heer Heyboer dat per 1 juli 2007 het Kwaliteitsregister Tandartsen een feit is. Daarmee krijgen patiënten meer inzicht in de kwaliteit van hun tandarts. Tandartsen die in het kwaliteitsregister staan, staan ongeclausuleerd in het BIG-register ingeschreven, werken in de patiëntgebonden tandheelkundige zorgverlening, leven gedragsregels na, volgen bij- en nascholing en zijn in het bezit van een klachtenregeling zoals de wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector vereist.

De heer Heyboer sluit zijn presentatie af met de constatering dat de beroepsgroep haar verantwoordelijkheid neemt voor de kwaliteit van zorg, maar dat zij niet de taken van de Inspectie kan overnemen en ook niet verantwoordelijk kan worden gesteld voor de gevolgen van Europees beleid waardoor beroepsgenoten kunnen instromen zonder aan de kwaliteitseisen te voldoen. Het is de taak van de overheid en Inspectie daarop toe te zien. Overigens heeft hij er geen bezwaar tegen dat buitenlandse tandartsen in Nederland komen werken, mits ze gekwalificeerd zijn.

Presentatie van mevrouw W.I.M. Hoebink, plv. voorzitter CBGV, voorzitter deelprojectgroep verpleegkundigen

Mevrouw Hoebink presenteert op uitvoerige wijze de historie en de uitgangspunten van het assessment voor buitenslands opgeleide verpleegkundigen. De inhoud van het assessment sluit aan bij de Europese richtlijnen hierover, de MBO- en HBO-opleidingen verpleegkundige en de onderwijskundige richtlijnen zoals examinering en EVC-procedures.



De opleidingen voor verpleegkundige in Nederland zijn in 1997 herzien en voldoen aan de richtlijnen die hierover in 2005 vanuit Brussel kwamen. In die richtlijnen staan vijf overwegingen die in dit kader relevant zijn: vrij verkeer van personen, het Lissabon-akkoord van 2000 (regelt de interne marktstrategie voor diensten), toegang tot hetzelfde beroep, een stelsel van erkenning van de opleidingstitel en een vastgestelde wijze van erkenning. Bij deze sectorale richtlijnen gaat het om artsen, algemeen ziekenverplegers, tandartsen, dierenartsen, verloskundigen, apothekers en architecten.

De eisen die Brussel aan de inhoud van de beroepsopleiding voor verpleegkundigen stelt, zijn volgens mevrouw Hoebink niet passend bij het huidige onderwijskundige denken.

Het is een vakkengerichte aanpak, waarin beroepscompetenties geen rol spelen. De beroepspraktijk komt tot uiting op basis van het benoemen van het verplegen van patiënten gericht op aandoeningen.

In het assessment is veel aandacht besteed aan deelkwalificaties om te toetsen op welk niveau een verpleegkundige of verzorgende functioneert. Daarnaast zijn er generieke deelkwalificaties. Daaraan moeten de verpleegkundigen en verzorgenden van alle niveaus voldoen.

Verpleegkundigen vallen onder artikel 3 van de wet BIG, evenals een deel van de verzorgenden: de Verzorgende IG (VIG), zij vallen onder artikel 34 van de Wet BIG.

Het valt mevrouw Hoebink op dat in beleidsnotities van VWS verpleegkundigen en verzorgenden te veel over een kam worden geschoren, terwijl er juist op specifieke terreinen tekorten gaan ontstaan: met name verzorgenden (niveau 3) in verzorg- en verpleegtehuizen en in de thuiszorg.

Het assessment voor buitenslands gediplomeerde verpleegkundigen bestaat uit de volgende onderdelen: een Algemene Kennis- en Vaardighedentoets (Nederlandse taal met verpleegkundige begrippen, Engelse taal en ICT-vaardigheden), een portfolio en een beroepsinhoudelijke kennis- en vaardighedentoets (generieke deelkwalificaties, zorgcategorieën, keuzedifferentiaties). Om aan de Beroepsinhoudelijke toets deel te kunnen nemen, moet de Algemene Kennis- en Vaardighedentoets behaald zijn. Op basis van de resultaten van de Beroepsinhoudelijke toets beoordeelt de CBGV of het niveau van de kandidaat gelijkwaardig is aan dat van een Nederlands opgeleide MBO-verpleegkundige. Invulling van een gericht opleidingsadvies of een eventuele HBO-V- of VIG-relevantie, is mogelijk op basis van de extra informatie die het portfolio biedt.



Sinds 1997 kent Nederland zogenoemd eindtermengericht onderwijs, afgeleid van beroepsactiviteiten met een groei naar competentiegericht onderwijs. In het MBO-onderwijs wordt competentiegericht onderwijs in 2010 ingevoerd. Voor de HBO-V is dit al gerealiseerd. Vanaf 1997 werden drie herkenbare opleidingen voor een verzorgend/verpleegkundig beroep ingericht. De overeenkomstige kenmerken daarvan zijn: een beroepenstructuur uitgewerkt in kwalificatieniveaus met een verdeling in deelkwalificaties. Iedere beroepsgroep heeft daarin zijn eigenheid. Het gaat er volgens mevrouw Hoebink dus niet om of een verzorgende minder zou zijn dan een verpleegkundige. Ze hebben allebei een eigenstandig beroep.



In het assessment is veel aandacht besteed aan deelkwalificaties om te toetsen op welk niveau een verpleegkundige of verzorgende functioneert. Daarnaast zijn er generieke deelkwalificaties. Daaraan moeten de verpleegkundigen en verzorgenden van alle niveaus voldoen. Verpleegkundigen vallen onder artikel 3 van de wet BIG, evenals een deel van de verzorgenden: de Verzorgende IG (VIG), zij vallen onder artikel 34 van de Wet BIG.

Het valt mevrouw Hoebink op dat in beleidsnotities van VWS verpleegkundigen en verzorgenden te veel over een kam worden geschoren, terwijl er juist op specifieke terreinen tekorten gaan ontstaan: met name verzorgenden (niveau 3) in verzorg- en verpleegtehuizen en in de thuiszorg.

Het assessment voor buitenslands gediplomeerde verpleegkundigen bestaat uit de volgende onderdelen: een Algemene Kennis- en Vaardighedentoets (Nederlandse taal met verpleegkundige begrippen, Engelse taal en ICT-vaardigheden), een portfolio en een beroepsinhoudelijke kennis- en vaardighedentoets (generieke deelkwalificaties, zorgcategorieën, keuzedifferentiaties). Om aan de Beroepsinhoudelijke toets deel te kunnen nemen, moet de Algemene Kennis- en Vaardighedentoets behaald zijn. Op basis van de resultaten van de Beroepsinhoudelijke toets beoordeelt de CBGV of het niveau van de kandidaat gelijkwaardig is aan dat van een Nederlands



opgeleide MBO-verpleegkundige. Invulling van een gericht opleidingsadvies of een eventuele HBO-V- of VIG-relevantie, is mogelijk op basis van de extra informatie die het portfolio biedt. Het Kennis Centrum Examinering (KCE) heeft processtandaarden voor het assessment ontwikkeld en zorgt ook voor de kwaliteitsborging van de Beroepsinhoudelijke toets. Omdat de Beroepsinhoudelijke toets gebaseerd is op het document 'Gekwalificeerd voor de Toekomst', is de assessmentprocedure is in elk geval tot 2014 houdbaar. Verder lijkt het haar interessant te onderzoeken in hoeverre het assessment, behalve voor buitenslands gediplomeerde verpleegkundigen, ook inzetbaar is voor de herregistratie van verpleegkundigen die binnenkort van start zal gaan.

Presentatie van prof.dr. T.A.W. Splinter, voorzitter deelprojectgroep artsen

De heer Splinter, onderwijsdecaan aan het Erasmus MC, geeft een voordracht over het assessment voor buitenslands gediplomeerde artsen. Hij begint te zeggen dat hij in tegenstelling tot de dagvoorzitter denkt dat er een overschot aan artsen is.

Toen een werkgroep vanuit de gezamenlijke medische faculteiten zich een aantal jaren geleden boog over de ontwikkeling van een betere stroomlijning voor buitenlandse artsen, bleek al snel dat een groot probleem voor buitenslands opgeleide en gediplomeerde artsen, het niet beheersen van de Nederlandse taal was. Het NT-2 diploma bleek volstrekt onvoldoende. Verder bleek dat buitenlandse artsen vaak geen ervaring hadden met de technische apparatuur waarmee



Nederlandse artsen werken en dat ze anders omgingen met hun patiënten en collega's dan in Nederland gebruikelijk is. Ook hielden de titels uit verschillende landen niet hetzelfde in. Nog een probleem was de leeftijd van buitenlandse artsen. Ze waren vaak ouder dan 35 en konden niet concurreren met Nederlanders die tien jaar jonger waren. Dat deze problemen bleven bestaan, komt volgens de heer Splinter omdat niemand de buitenlandse artsen wilde kwetsen door aan te geven dat ze niet voldoende functioneren.

De werkgroep stelde voor een landelijke eenvoudige procedure in te richten waardoor buitenlandse artsen



zo snel mogelijk een kans konden krijgen op een carrière in de Nederlandse gezondheidszorg. Brede toetsing op gelijkwaardigheid van niveau en een 'maatwerk'oplossing bij de onderwijsinstellingen om hiaten in kennis en vaardigheden op te vullen, stond daarbij centraal.

De procedure bestaat uit een aantal stappen: de eerste is de fase van inburgering (aanmelding en dossiervorming, check op voorwaarden als NT2-niveau 2 en diploma's, portfolio-opbouw, verificatie van diploma's door Nuffic). Daarna volgt het assessment dat bestaat uit een algemene kennis- en vaardighedentoets (Nederlandse taal en communicatievaardigheden, Engelse leesvaardigheid, ICT-vaardigheden en kennis van de Nederlandse gezondheidszorg) en een beroepsinhoudelijke toets. De assessmentprocedure wordt afgesloten met een adviesgesprek met de CBGV. De CBGV brengt vervolgens een advies uit aan de minister van VWS die vervolgens een beschikking afgeeft. Wanneer de minister, op basis van het advies van de CBGV, beschikt dat aanvullende opleiding vereist is, kan een kandidaat voor eventuele hiaten in kennis en vaardigheden een opleiding aan een UMC volgen. Een Nederlands diploma geneeskunde (en een BIG-registratie) is het uiteindelijke product.

Vragen uit publiek naar aanleiding van de presentaties

Na de drie presentaties krijgen de toehoorders de gelegenheid vragen te stellen.

De heer Buurke van de Medisch Specialisten Registratie Commissie van de KNMG geeft aan dat het een groot goed is dat het assessment voor medici er is. Hij vraagt ook aandacht voor de groep buitenlandse specialisten, die in Nederland meteen als specialist aan de slag willen. Daarin voorziet dit assessment niet.

De heer Splinter antwoordt dat het meestal gaat om oudere kandidaten, die al zo'n twintig jaar geen ervaring meer hebben. Het ligt niet voor de hand dat die in Nederland hun oude beroep weer kunnen uitoefenen, want zo iemand kan, met dit assessment alsnog besluiten verpleeghuisarts te worden. Daarom wordt van iedereen toch het basisartsdiploma geëist.

Mevrouw Van Reenen, jurist bij de Specialisten Registratie Commissie van de KNMG wil weten hoeveel mensen een assessment aanvragen en hoe het hen verder vergaat. De heer Splinter kan geen exacte aantallen geven. Wel weet hij dat er na een aanvankelijke daling in het begin van het assessment weer een stijgende lijn in het aantal aanvragen zit. De kennis van de kandidaten is onmiskenbaar goed, maar struikelblokken zijn vooral de taal en de praktijkvaardigheden. Mevrouw



Hoebink geeft aan dat het assessment voor verpleegkundigen pas in het najaar start. In november en december 2006 is er een enorme toename van het aantal aanvragen geweest, vooral uit de Nederlandse Antillen en Aruba. De heer Heyboer geeft aan dat de nieuwe assessmentprocedure voor tandartsen op papier is begonnen. De eerste AKV start in september van dit jaar.

De heer Van Bolderen, directeur van de Landelijke vereniging Artsen in Dienstverband en KNMG delegatie Comité Permanent in Brussel wil weten hoeveel buitenlandse artsen die BIG-geregistreerd zijn in een vervolgopleiding terecht komen. Hij heeft de indruk dat die groep moeilijk aan een vervolgopleiding kan beginnen. De heer Splinter antwoordt dat dit klopt. Volgens hem komt dat omdat die groep de oude procedure nog heeft doorlopen, waar het niveau van het Nederlands niet werd getoetst. Hij kan zich voorstellen dat wanneer tijdens een intakegesprek voor een vervolgopleiding blijkt dat een kandidaat nauwelijks Nederlands spreekt en verstaat, die niet wordt toegelaten.

De heer Elfring van Emplooi merkt op dat er in Nederland honderden buitenlandse artsen van boven de 40 zijn die kansloos zijn omdat hun kennis is weggezakt en zich dus niet aanmelden voor een assessment. Hij pleit ervoor deze groep een andere plaats in de gezondheidszorg te geven in plaats van hen thuis te laten zitten met een uitkering.

Paneldiscussie 'Samenwerken aan succes'

Onder leiding van de heer Van Boxtel

Intussen hebben op het podium de vier leden van het panel dat discussieert over de knelpunten in de assessments plaatsgenomen: dr. ir. G.J.M.W. Arkesteijn, ministerie VWS/directeur agentschap CIBG, prof. dr. J.J. van Dijk, Tweede Kamerlid namens CDA, mevrouw M. Besselink, Tweede Kamerlid namens PvdA en dr. L.J. Roborgh, ministerie OCW/directeur-generaal Hoger Beroepsonderwijs, Beroepsonderwijs en Wetenschap.

De heer Van Boxtel, die de discussie leidt, begint met een stelling: *"Er is afgesproken dat het kabinet voor adequate financiering en invulling van de opleiding zorgt voor diegenen, die het assessment verlaten met een gericht opleidingsadvies. Hij wil weten welk ministerie voor dat geld gaat opdraaien".*



De heer Roborgh geeft aan dat dit al helemaal is geregeld. Het geld voor een aanvullende opleiding ligt bij de instellingen en is al sinds 2002 beschikbaar. De numerus fixus voor geneeskunde is toen omhoog gegaan van 1750 naar 2850. Voor die duizend studenten extra is er bovenop het bekostigingsmodel per student 120.000 euro beschikbaar gesteld. De commissie Linschoten heeft dit in kaart gebracht. Het rendement van deze inputfinanciering is 80 procent. Er is 20 procent 'snijverlies'. Dat geld kan echter nog steeds worden gebruikt.

De heer Splinter vraagt zich af of de Colleges van Bestuur (CvB's) weten dat er geld op de plank ligt. Bovendien komen buitenlandse studenten hier alleen voor de klinische fase. De UMC's krijgen alleen financiering voor het artsdiploma. Daar komt bij dat de collegegelden voor niet EER-studenten vanaf 2007 dramatisch omhoog gaan. Dat is volgens de heer Splinter niet in de bedragen, die de heer Roborgh heeft genoemd, verdisconteerd.



De heer Herfs van de Universiteit Utrecht specificereert dat veel buitenlandse artsen die in een hoger jaar de opleiding binnenstromen het bovenwettelijke collegegeld moeten gaan betalen. Dat kan oplopen tot € 20.000 per jaar. Hij vraagt zich af of het ministerie van OCenW de Colleges van Bestuur van

de diverse opleidingen niet kan vragen deze buitenlandse artsen, tandartsen en verpleegkundigen alleen het wettelijke collegegeld te laten betalen.

De heer Roborgh antwoordt dat de colleges weten dat er geld beschikbaar is. Verder geeft hij aan dat er in het allocatiemodel vanuit werd gegaan bulk te maken. Bij het werven van niet-EER studenten werd daarom niet alleen gekeken naar kwaliteit, maar vooral naar kwantiteit. Het ministerie van OCenW heeft dan ook besloten dat de opleidingen het geld voor het volume van deze studenten mochten houden, maar hen aangeraden alleen naar kwaliteit te kijken. De opleidingen hebben dus het geld om kwalitatief goede buitenlandse studenten een beurs te



verstrekken. Mevrouw Besselink geeft aan dat het kabinet inzet op kwaliteit. De maatregel die de heer Roborgh noemt is daar een uitwerking van. De instellingen hebben het geld. Het gaat er nu niet meer om dat de instellingen iedereen binnenhalen, maar dat ze keuzes maken.

De heer Splinter merkt op dat de heer Roborgh en mevrouw Besselink het hebben over de toppers uit het buitenland. Hij doelt op asielzoekers of mensen die in het kader van de gezinshereniging naar Nederland zijn gekomen, waar de instellingen niet om hebben gevraagd.

De heer Van Dijk antwoordt dat Nederland er goed in is voor elke uitzondering weer een oplossing te bedenken. Hij zegt dat de heer Splinter het over enkele uitzonderingen heeft. Hij vindt echter dat de instellingen ook naar deze groep moeten kijken, maar het voert te ver voor hen een nieuw financieringssysteem te ontwikkelen.

De heer Arkesteijn geeft aan dat er genoeg instrumenten zijn die buitenlandse studenten een eerlijke kans geven op het juiste niveau in te stromen. Er zijn echter blokkades in het voortraject (assessment) en in het na-traject. Het is niet nodig daarvoor weer nieuwe procedures te ontwikkelen, het gaat om een betere stroomlijning.



De heer Van Dijk geeft aan dat asielzoekers en gezinsherenigers ook gebruik moeten kunnen maken van de voorzieningen die de colleges hebben voor buitenlandse studenten. Mevrouw Besselink ziet het probleem helemaal niet. Wanneer asielzoekers en gezinsherenigers de Nederlandse nationaliteit hebben gekregen, betalen ze hetzelfde collegegeld als Nederlandse



studenten.

De heer Roborgh raadt de aanwezigen aan hun eigen Colleges van Bestuur aan te spreken op de beschikbaarheid van de middelen en de keuzes die ze moeten maken.

De heer Van Dijk geeft aan dat mochten er desondanks nog hobbels moeten worden genomen het kabinet aanspreekbaar is op dit onderwerp. Maar het kabinet heeft te maken met beperkte financiële middelen.

Mevrouw Besselink complimenteert de aanwezigen met de assessmentregeling. Die ziet er goed uit. De overheid moet nu kijken hoe ze eventuele uitvoeringsproblemen kan oplossen. Maar ze wil niet dat de overheid alleen voor de problemen moet opdraaien. Dat moet samen met het veld.

Mevrouw Kruijshoop, studentendecaan aan de Universiteit Utrecht, stelt voor dat het doorlopen van het assessment aan de kwaliteitscriteria toegevoegd zou moeten worden om voor het wettelijk collegegeld (tarief) in aanmerking te kunnen komen. Mevrouw Besselink geeft aan dit een goed voorstel te vinden en geeft aan daar serieus naar te willen kijken. Daarbij merkt ze op dat het dan niet om te grote aantallen moet gaan. De heer Van Dijk sluit zich hierbij aan. Ook de heer Arkesteijn wil dit voorstel laten onderzoeken.

De heer Roborgh wil het voorstel eerst op zijn merites beoordelen, omdat een nieuwe maatregel altijd onbedoelde effecten met zich meebrengt. Hij vindt het bovendien ook een verantwoordelijkheid van de instellingen om hiaten in de financiering te dekken. Daarvoor hebben zij geld. De heer Roborgh wil eerst kijken welke mogelijkheden er al zijn, vervolgens inventariseren welke problemen zich nog voordoen en daarover samen in gesprek gaan. Verder vindt hij dat de buitenlandse artsen ook een lening kunnen afsluiten.

De heer Kersten, stafbureau ACTA, merkt op dat de Universiteit van Amsterdam en de Vrije Universiteit, het ministerie van OCenW begin dit jaar vragen hebben gesteld over het geld voor buitenlandse tandartsen, omdat de Colleges van Bestuur niet op de hoogte zijn hiervan. De universiteiten hebben geen antwoord gekregen op hun vraag. Hij verzoekt de heer Roborgh de CvB's alsnog schriftelijk op de hoogte te stellen van de beschikbaarheid van toegekende gelden.



Verder merkt hij op dat in de Wet op het Hoger Onderwijs staat dat de decaan degene is die over toelating beslist. Dat staat haaks op de outputfinanciering waarnaar de heer Roborgh streeft om het geld al naar de faculteiten te sturen voordat zij een prestatie hebben geleverd. Hij pleit ervoor weer met geormerkt geld te gaan werken om wrange situaties te voorkomen. Zo is besloten dat de ACTA de opleiding voor zijn rekening neemt uit oogpunt van efficiëntie, terwijl het geld ook bij Groningen en Nijmegen zit.

De heer Roborgh raadt de aanwezigen aan zich eerst tot de CvB's te richten. Er zijn uitvoerige gesprekken geweest over de financieringsmodellen met de NFU en de decanen van de medische faculteiten. Hij voelt zich niet verplicht de experts van de instellingen bij de les te houden. Verder antwoordt hij dat het geld voor tandheelkundige opleidingen per instelling wordt gealloceerd op basis van het aantal studenten. Het is overigens niet alleen output gestuurd.

De heer Roborgh zegt uiteindelijk toe dat hij alsnog een brief over de financieringsmodellen stuurt naar de Colleges van Bestuur van de verschillende universiteiten. Verder gaat hij dit punt met de colleges en hun voorzitters, die hij binnenkort ziet op een bestuurlijk overleg van de VSNU bespreken.

De heer Arkesteijn voelt zich na afloop van deze discussie een tevreden persoon. Voor het natraject zijn concrete stappen gezet.

Discussieplatform I: Vakbekwaamheid over de grenzen

Na de paneldiscussie worden twee parallelle discussieplatforms gehouden met inleidingen over de kansen van het assessment. Discussieplatform I heeft de titel *Vakbekwaamheid over de grenzen*. De discussie wordt ingeleid door prof. dr. Th.J. ten Cate en dr. L.R. Kooij. Mr. M. van Hall van het ministerie van VWS, leidt de discussie.

De heer Ten Cate, directeur van het expertisecentrum voor Onderwijs en Opleiding UMC Utrecht, gaat in op de internationale betekenis van het Nederlandse assessment voor buitenlandse artsen. Hij stelt dat de medische opleidingen steeds meer internationale aspecten hebben gekregen. Redenen daarvoor zijn de toenemende migratie van artsen, toenemende opleidingsmogelijkheden in een andere taal, het Engels dat steeds meer een gemeenschappelijke vaktaal wordt en de lokale en nationale richtlijnen voor medisch handelen die steeds meer internationaal worden. Er komt steeds meer behoefte aan mondiale standaarden. De 'World federation for Medical Education'



heeft daarom algemene eindtermen voor de basisartsopleiding geformuleerd. De 'Canadian Medical Educations Directives for Specialists' heeft algemene eindtermen voor specialistenopleidingen opgesteld. Ze zijn ingevoerd in Canada, Denemarken, Australië en Nederland.

In Europa gelden op dit moment regels voor medische opleidingen: 6 jaar en 5500 uur preklinisch en klinisch onderwijs. Voor de Bologna verklaring over harmonisering hoger onderwijs geldt hetzelfde. Bovendien zijn de registratiemomenten "MD" verschillend in de EU-landen. Er is dus ruimte voor en behoefte aan harmonisatie.

De heer Ten Cate denkt dat Nederland hierin een belangrijke rol kan spelen. In Nederland is een raamplan 'The Dutch Blueprint' opgesteld. Andere landen gebruiken dit plan waarin beschreven wordt over welke competenties een arts moet beschikken, vaak. Verder neemt onder andere Maastricht een vooraanstaande positie in de ontwikkeling van arts- en specialistopleiding in. Bovendien is Nederland zeer productief in onderzoek van medisch onderwijs. Ook heeft het al de BaMa-structuur ingevoerd.

De heer Ten Cate vindt dat het Nederlandse assessment goed in elkaar zit. De AKV-toets is zorgvuldig in elkaar gezet. De Beroepsinhoudelijke toets is ontleend aan de Interfacultaire voortgangstoets. Het onderdeel klinische kennis is vergelijkbaar met de USMLE Step 2 Clinical Knowledge test. Het onderdeel klinische vaardigheid is vergelijkbaar met de USMLE Clinical Skills test. Het professioneel functioneren wordt beoordeeld met een gevalideerd instrument (AACCS). Een assessment in andere Europese landen is beperkt, minder systematisch of helemaal afwezig. Nederland kan dus als voorbeeld functioneren.

Manieren om het Nederlandse assessment onder de aandacht te brengen zijn het bekend maken op het Congress Association for Medical Education in Europa in augustus 2007. Ook kunnen er een Engelstalige folder en website worden gemaakt. Verder kunnen landenvertegenwoordigers worden uitgenodigd voor demonstraties en conferenties.



Discussieplatform II: Vakbekwaamheid binnen de grenzen

Na de paneldiscussie worden twee parallelle discussieplatforms gehouden met inleidingen over de kansen van het assessment. Discussieplatform II heeft de titel *Vakbekwaamheid binnen de grenzen*. De discussie wordt ingeleid door mevrouw mr. G.M. van Reenen van de Specialisten Registratie Commissie en drs. H.J.B. Janssen van het St. Jansgasthuis te Weert. De heer N. Postma leidt de discussie.

Na de inleidingen van beide sprekers focussed de discussie zich op het onderwerp 'kwaliteit van zorgverleners in de praktijk'. Het gaat dan niet alleen om zorgverleners van buiten de EER, ook als het gaat om zorgverleners van binnen Europa is het van belang dat hun kwaliteit geborgd blijft. Een van de mogelijkheden om deze kwaliteit te blijven borgen is langdurige observatie van zorgverleners.

- Suggestie: langdurige observatie van zorgverleners in de praktijk is noodzakelijk. N.B. ook voor autochtonen.
- Suggestie: werk ook tijdens de studie met 'tutors' en/of 'buddies'.
- Meer informatie over het AKV-traject wordt opgepakt door CIBG en JBI in samenwerking met UAF. Een eerste stap naar meer informatie en betere voorbereiding.





Van uitspraak naar afspraak

Aan het einde van de conferentie passeren de uitspraken die zijn gedaan de revue. Ook wordt gekeken of over die uitspraken ook afspraken te maken zijn. Een samenvatting van deze afspraken is opgenomen in de bijlage.

Dankwoorden

De heer Van Berkestijn bedankt alle inleiders en conferentiedeelnemers voor hun bijdrage, waardoor de kwaliteit en affiniteit van de beoordeling van buitenslands gediplomeerden verzekerd wordt en een plaats vinden in de Nederlandse zorg.

Ook dankt hij de dagvoorzitter, het CIBG-projectteam en het ministerie van VWS die deze conferentie mogelijk maakte.

Namens het ministerie van VWS dankt Han Middelpaats op zijn buurt Theo van Berkestijn voor zijn onmisbare inzet.

