



Resultaten quickscan assessment
Buitenslands Gediplomeerden
Volksgezondheid
November 2007



Resultaten quickscan assessment
Buitenslands Gediplomeerden
Volksgezondheid
November 2007

L.J. Schmit Jongbloed, arts MBA
drs D.C. Duchateau, MBA

LSJ Medisch Projectbureau
Rijnsburgerweg 10, poortgebouw
2333 AA Leiden 071-5232900
info@lsj.nl www.lsj.nl

SAMENVATTING	1
1. INLEIDING, OPDRACHT EN LEESWIJZER	5
2. OPZET ASSESSMENT	8
3. DE DOELSTELLINGEN VAN DE PROCEDURE BESCHOUWD	11
3.1 Doelstellingen in de documentatie van de CBGV	11
3.1.1 gelijke kansen	11
3.1.2 snel duidelijkheid voor kandidaat	12
3.1.3 assessment bereidt goed voor op eventueel te volgen opleiding	15
3.1.4 assessment zorgt voor realistisch beeld werken en studeren in NL	16
3.1.5 regie en verantwoordelijkheid in handen van aanvrager	17
3.2 Doelstellingen van VWS	18
3.2.1 onafhankelijke beoordeling door deskundigen	18
3.2.2 inbreng van de aanvrager zelf mbt verworven competenties	18
3.2.3 transparantie van de procedure	18
3.2.4 goede advisering over de eventueel nog te volgen opleiding	19
3.2.5 goede doorstroom naar deze opleiding	19
4. DE PROCEDURE NADER BESCHOUWD	21
4.1 Informatie vooraf en aanmelding	21
4.2 Algemene kennis en vaardigheden	24
4.2.1 Taaltoetsen	24
4.2.2 Kennis gezondheidszorg	24
4.2.3 Computervaardigheden	24
4.3 Medische kennis en vaardigheden	26
4.3.1 DKK	26
4.3.2 DMB	26
4.3.3 DKV	28
4.4 Van toetsresultaat naar uitslag	29
4.5 Aanvullende ervaringen en overwegingen	32
5. DE BEVINDINGEN VERTAALD VOOR ANDERE PROFESSIONALS	39
5.1 Tandartsen	39
5.2 Verpleegkundigen	40
BIJLAGE 1 gebruikte afkortingen	42
BIJLAGE 2 geraadpleegde literatuur	43
BIJLAGE 3 geraadpleegde deskundigen	47

SAMENVATTING

Per 1 december 2005 is een nieuwe assessmentprocedure gestart voor artsen van buiten de EER. In een quickscan is nagegaan hoe het assessment is ervaren door assessoren en kandidaten, of de praktijk verloopt conform de beschreven procedure, of de doelstellingen van het assessment worden gerealiseerd en hoe mogelijke knelpunten kunnen worden weggenomen.

Als doelstellingen zijn genoemd:

1. onafhankelijke beoordeling door deskundigen;
2. inbreng van de aanvrager zelf vooral op het gebied van de verworven competenties;
3. transparantie van de procedure;
4. goede advisering over de eventueel nog te volgen opleiding;
5. goede doorstroom naar deze opleiding.

Assessoren en kandidaten zijn het erover eens, dat de beoordeling objectief en onafhankelijk plaats vindt.. Na doorlopen van het assessment en een eventueel aanvullend opleidingstraject is het nagenoeg zeker, dat de buitenlandse arts zowel in taal als in kennis en vaardigheden op het juiste niveau functioneert.

Kandidaten zijn ontevreden over het nagenoeg ontbreken van mogelijkheden hun eerder verworven competenties te kunnen inbrengen in de procedure. Weliswaar worden zij aangemoedigd hun ervaring vast te leggen in een portfolio, maar dit komt pas aan het einde van het assessment aan de orde en dan nog uitsluitend indien binnen de CBGV geen consensus is bereikt over de adviezen voor aanvullende opleiding. Om ervaring en verworven competenties beter mee te wegen kan bij de start van de procedure een gesprek worden gevoerd met de kandidaat over diens portfolio. Op basis van aantoonbare eerder verworven competenties (bijvoorbeeld blijkend uit referenties van een Nederlandse opleider) kan de CBGV besluiten vrijstelling te geven voor (onderdelen van) de AKV en/of beroepsinhoudelijke toetsen.

Kandidaten wijzen op een knelpunt met betrekking tot het vereiste kennisniveau. Met name de beroepsinhoudelijke toetsen inzake klinische kennis en medische basiskennis zijn meer gericht op recent afgestudeerde (basis)artsen dan op artsen/specialisten die langer geleden zijn afgestudeerd en meerdere jaren werkzaam zijn geweest in één vakgebied. De eerste groep beheerst de meest recente kennis op alle vereiste vakgebieden. Voor de tweede groep vereist dit bijscholing. De kennis van de grote vakken (interne, chirurgie) beheersen zij meestal wel. Voor kleine vakken zoals oogheelkunde, KNO en dermatologie geldt dit veel minder, aangezien die vaak niet of nauwelijks relevant zijn voor de patiëntenpopulatie waarmee zij werkten. Voor de ervaren, oudere arts vormt het assessment een grotere drempel dan voor de basisarts. Dit is niet in lijn met het doel in het assessment rekening te houden met de ervaring van de kandidaat.

Alle betrokkenen achten de nieuwe procedure transparanter dan de oude procedure. De benodigde informatie is te vinden op de CIBG website. De factsheets aangaande de verschillende onderdelen van het assessment zijn helder en prettig leesbaar. Op onderdelen is de informatie echter niet direct helder of is informatie uit verschillende documenten niet consistent. Een aantal inconsistenties is inmiddels verholpen, voor een aantal moet dit nog gebeuren. Vanwege de omvang en complexiteit van de informatie en de indeling van het assessment in meerdere onderdelen, achten assessoren en kandidaten het van belang, dat regelmatig een voorlichtingsbijeenkomst wordt georganiseerd. Op die manier krijgen kandidaten de mogelijkheid verhelderende vragen te stellen en kunnen assessoren informatie geven over de toetsen. Inmiddels heeft één voorlichtingsbijeenkomst plaats gevonden. Deze voorzag duidelijk in een behoefte.

De transparantie van de grondslagen waarop de CBGV zijn advies baseerde over de te volgen aanvullende opleiding was tot voor kort onvoldoende. Inmiddels heeft de CBGV (concept) richtlijnen ontwikkeld op basis waarvan helder wordt hoe de beoordelingsprocedure verloopt en op welke wijze de CBGV komt tot zijn adviezen. Het op de website publiceren van deze richtlijnen zal de transparantie van de procedure verder verbeteren.

Met betrekking tot de advisering over de eventueel nog te volgen opleiding hebben kandidaten gesuggereerd vaker dispensatie te verlenen voor het volgen van een aanvullende opleiding voor één of meer vakgebieden indien duidelijk is dat deze vakken niet of nauwelijks relevant zijn voor de werkring van de kandidaat of de vervolgopleiding waarvoor hij is toegelaten. Met betrekking tot de doorstroom naar de aanvullende opleiding rapporteren kandidaten een verschil tussen de door de CBGV geadviseerde duur van de opleiding en de duur die naar de mening van de facultaire examencommissie nodig en mogelijk is. Inmiddels is als aanvullende mogelijkheid een advies ingevoerd van een half jaar bijscholing. Het CIBG heeft aangegeven dat het de voorstellen van een examencommissie volgt. Overwogen kan worden het advies over de inhoud van de aanvullende opleiding (door de CBGV) los te koppelen van het advies over de duur (door de examencommissie).

De verplichting voor kandidaten die als gelijkwaardig worden beoordeeld om nog 12 weken onder supervisie te werken, wordt inmiddels door alle betrokkenen als onnodig beoordeeld. Mede aangezien over deze supervisie nog veel onduidelijkheden bestaan kan worden overwogen deze verplichting te laten vervallen.

Een algemeen knelpunt is het zeer beperkte aantal kandidaten dat in de periode december 2005 tot heden het assessment heeft doorlopen. Het betrof tot op heden vijf artsen terwijl de verwachting veel hoger was (tientallen). Deze vijf kandidaten zijn óf recent afgestudeerd óf reeds in opleiding tot specialist óf reeds enige tijd werkzaam in Nederland. Tot op heden hebben noch artsen met een vluchteling status noch (oudere) artsen met langdurige ervaring in het buitenland de procedure doorlopen. Assessoren en andere betrokkenen hopen dat het aantal kandidaten zal toenemen. Een deel van de oorzaken van de daling ligt buiten de invloedssfeer van de betrokkenen. Wel kan het wegnemen van hobbels rond het assessment het aantal kandidaten doen toenemen.

Te denken valt aan:

- steun voor buitenlandse artsen in het toeleidingstraject naar het assessment,
- afschaffen van de verplichting tot verificatie van diploma's door Nuffic aangezien het assessment garandeert dat fraudeurs geen enkele kans maken,
- regelmatig organiseren van voorlichtingsbijeenkomsten,

- verlenen van vrijstellingen voor één of meer toetsonderdelen op basis van het portfolio van de kandidaat,
- vaker dispensatie verlenen indien de kandidaat onvoldoende heeft gescoord op vakgebieden die niet of nauwelijks relevant zijn voor het specialisme waarin de kandidaat reeds werkt of (na opleiding) werkzaam zal zijn.

Concluderend beschouwen alle betrokkenen de nieuwe procedure als een duidelijke stap voorwaarts ten opzichte van de oude procedure. Het assessment biedt een objectieve toetsing, garandeert gelijke kansen en geeft duidelijkheid over de te volgen stappen en de consequenties op basis van de toetsresultaten. Tevens is positief, dat het CIBG/de CBGV inmiddels actie heeft ondernomen ter verbetering van enkele "kinderziekten" in de procedure. Dit rapport biedt handreikingen om op nog andere onderdelen verbeteringen door te voeren en vertaalt de conclusies en aanbevelingen naar het assessment voor tandartsen en verpleegkundigen.

Met het huidige aantal kandidaten zijn de (beheers)kosten van het assessment per deelnemer hoog. Voor een economisch verantwoorde continuering is een verhoging van het aantal kandidaten wenselijk. Dit rapport doet suggesties waarmee het aantal deelnemers naar verwachting zal toenemen.

1. INLEIDING, OPDRACHT EN LEESWIJZER

Aanleiding onderzoek

Op verzoek van VWS heeft LSJ Medisch Projectbureau (LSJ) een quickscan uitgevoerd naar de ervaringen met de assessment procedure voor toelating van buitenslands gediplomeerde artsen. Het onderzoek is uitgevoerd door Lodewijk Schmit Jongbloed, arts, MBA en drs. Duco C. Duchateau, MBA. Aanleiding vormde de toezegging van de minister aan de kamer tot een evaluatie van het assessment¹ (mede in vervolg op het AO arbeidsmarkt d.d. 1 juni 2006)².

Algemene opzet en aanpak

De quickscan richt zich op de doelstellingen van het assessment te weten:

1. onafhankelijke beoordeling door deskundigen,
2. inbreng van de aanvrager zelf vooral op het gebied van de verworven competenties,
3. transparantie van de procedure,
4. goede advisering over de eventueel nog te volgen opleiding,
5. goede doorstroom naar deze opleiding.

Per doelstelling worden de volgende vragen beantwoord:

- Hoe wordt de assessment procedure ervaren door kandidaten en assessoren?
- Verloopt de praktijk conform de voorgenomen procedure?
- Worden de doelstellingen van het assessment gerealiseerd?
- Zijn er knelpunten en zo ja, hoe kunnen die worden weggenomen?

De vragen zijn beantwoord door middel van literatuuronderzoek en interviews met assessoren, kandidaten en ondersteunende organisaties.

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 29 282, nr. 35

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 29 282, nr. 31

Literatuuronderzoek

Ter voorbereiding op de interviewfase zijn beleidsstukken en overige documentatie bestudeerd. Op basis hiervan zijn de interviews (zie onder) voorbereid. In het bijzonder is aandacht besteed aan knelpunten die door kamerleden zijn ingebracht in het AO d.d. 1 juni 2006 en de (voor invoering van de nieuwe procedure) door het kamerlid mw. F. Koser Kaya gesignaleerde knelpunten³. Ook hebben wij nagegaan (naar aanleiding van de inbreng van de minister op dit punt) of de assessment procedure rekening houdt met de werkervaring van buitenslands gediplomeerden.

Interviews

In de gesprekken met assessoren, kandidaten en ondersteunende instanties is nagegaan of zij de doelstellingen als gerealiseerd beschouwen. Ook is gevraagd naar mogelijke knelpunten en de mogelijkheden die weg te nemen.

LSJ heeft gesproken met alle (vijf) kandidaten die in 2006 of 2007 het assessment hebben doorlopen. Met kandidaten die in de AKV toets zijn afgewezen is niet gesproken. Vier van de vijf kandidaten hebben een Nederlandse partner. Eén van de vijf is een Nederlander die zijn opleiding in Suriname heeft doorlopen. Allen werkten reeds voor of tijdens het assessment in een Nederlandse zorginstelling. Tot op heden hebben nog geen artsen met een vluchteling-status het assessment doorlopen. In het verlengde van de gesprekken met kandidaten is overleg gevoerd met vertegenwoordigers van UAF en stichting Emplooi. Deze organisaties zetten zich in voor studie en werk van respectievelijk studenten en vluchtelingen van buiten de EER.

Daarnaast is gesproken met assessoren betrokken bij de AKV (Utrecht), de DMB en de DKK (Maastricht) en de DKV (Nijmegen), met ambtenaren van het CIBG, voorzitter CBGV en voorzitter projectteam. Tenslotte is gesproken met een inspecteur van de IGZ, een beleidsmedewerker van de KNMG en de voorzitter van het studentenplatform KNMG. Een compleet overzicht van alle gesprekpartners vindt u in bijlage 3.

³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 2192, aanhangsel van de handelingen pagina's 4375, 4376

Leeswijzer

Paragraaf 2 geeft een korte beschrijving van het assessment op basis van de documentatie van de CBGV/CIBG. Paragraaf 3 geeft per doelstelling een overzicht van de antwoorden van de geïnterviewden. Paragraaf 4 bespreekt de procedure meer in detail en sluit af met aanvullende overwegingen. Paragraaf 5 tenslotte vertaalt de bevindingen naar (het assessment voor) tandartsen en verpleegkundigen.

2. OPZET ASSESSMENT

Onderstaande tekst is ontleend aan de CIBG/CBGV factsheet “Algemene informatie assessment buitenlandse artsen” zoals verstrekt op de voorlichtingsbijeenkomst d.d. 18 oktober 2007.

Om in Nederland als arts te kunnen werken is inschrijving in het BIG-register nodig. Kandidaten die een diploma hebben behaald buiten de EER en Zwitserland⁴ kunnen zich niet direct inschrijven. Hun diploma moet eerst erkend worden. Daartoe dienen zij een verklaring van vakbekwaamheid aan te vragen bij de minister van VWS. De Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV), een onafhankelijke adviescommissie van inhoudsdeskundigen, adviseert de minister daarbij. Sinds 1 december 2005 beoordeelt de CBGV vakbekwaamheid met behulp van een set van kennis- en vaardigheidstoetsen. Door betrouwbare, gestandaardiseerde toetsing van kennis en vaardigheden krijgt iedereen een gelijke kans en wordt tevens de kwaliteit van nieuwe instroom van zorgverleners in opleiding en praktijk geborgd.

De assessmentprocedure bestaat uit twee delen: een algemeen deel en een beroepsinhoudelijk deel. Het algemene deel toetst de kennis en kunde van de Nederlandse en Engelse taal. Ook algemene ICT vaardigheden worden getoetst evenals de kennis van de Nederlandse gezondheidszorg. De beroepsinhoudelijke toets voor artsen toetst het volledige curriculum van een recent afgestudeerde, in Nederland opgeleide basisarts. Centraal bij de toetsing staat de vraag of het niveau van de aanvrager gelijkwaardig is aan het niveau van een Nederlands opgeleide basisarts, wat nodig is voor inschrijving in het BIG-register. Wanneer uit de toetsing blijkt dat het niveau “niet gelijkwaardig is”, maakt de uitgebreide toetsing het mogelijk om gerichte opleidingsadviezen te geven. Op een gerichte en daarmee effectieve manier kan de kandidaat nu gaan werken om dit niveau te bereiken en af te sluiten met een Nederlands diploma geneeskunde.

⁴ In navolging van CBGV/CIBG-documentatie wordt in dit rapport gesproken over “buitenlandse artsen”. Daarmee wordt bedoeld op personen die buiten de EER en Zwitserland tot arts zijn opgeleid.

Procedure in het kort

De minister van VWS neemt een aanvraag in ontvangst en vraagt advies aan de CBGV. De CBGV biedt vervolgens de “algemene kennis en vaardighedentoets (AKV)” aan. Slaagt de aanvrager voor deze toets, dan biedt de CBGV de “beroepsinhoudelijke toets” aan. Ook vraagt de CBGV of de aanvrager in het bezit is van een zogenoemd “portfolio van eerder verworven competenties”. Dit portfolio geeft meer informatie dan alleen de toetsresultaten en kan helpen bij het invullen van het gerichte opleidingsadvies. Het portfolio moet dan voorafgaande aan de beroepsinhoudelijke toets worden ingeleverd. De toetsen zijn gebaseerd op de eindtermen van de Nederlandse opleiding geneeskunde. Dit maakt objectieve vergelijking tussen de deskundigheid van aanvrager en de kwaliteitseisen die aan Nederlandse artsen worden gesteld mogelijk. Een adviesgesprek tussen de kandidaat en enkele leden van de CBGV rondt de procedure af. De uiteindelijke beslissing over een aanvraag ligt bij de minister van VWS. Daarbij is het advies van CBGV vaak leidend. De adviesprocedure kan binnen zes maanden worden afgerond. Dit is afhankelijk van de eigen regie van de kandidaat en de behaalde resultaten. De wijze van toetsing is gestandaardiseerd, het resultaat is maatwerk.

Toetsinformatie

Algemene kennis en vaardighedentoets

Het James Boswell instituut (JBI), het talentcentrum van de Universiteit van Utrecht, neemt de toets vier keer per jaar af. Het is een toets die gericht is op communicatieve vaardigheden, begrip en beheersing van de Nederlandse taal, Engelse leesvaardigheid, ICT-vaardigheden en kennis van de Nederlandse gezondheidszorg.

Beroepsinhoudelijke toets (BI-toets)

De procedure voor artsen kent drie deelttoetsen: de deelttoetsen medische basiskennis (DMB), klinische kennis (DKK) en klinische vaardigheden (DKV). De DMB en de DKK worden drie maal per jaar aangeboden door de Universiteit van Maastricht en worden per computer afgenomen. De DMB bestaat uit 320 gesloten en meerkeuzevragen over acht kennisgebieden. De DKK bestaat uit 100 casus verdeeld over negen disciplines. Ook de

DKV wordt drie maal per jaar afgenomen, door de St. Radboud Universiteit te Nijmegen. Het gaat om een praktijktoets waarin de kandidaat simulatiepatiënten gaat behandelen. Uit de DKV blijkt of een kandidaat een anamnese kan afnemen, gericht lichamelijk onderzoek kan uitvoeren, een verslag kan schrijven en een behandelplan kan opstellen. Tevens worden de communicatieve vaardigheden en het professioneel gedrag van de kandidaat beoordeeld.

Na afronding van de toetsen worden de resultaten ter beschikking gesteld van de CBGV. In een plenaire vergadering met alle leden komt de commissie tot een besluit over het advies aan de minister aangaande (voorwaardelijke) toelating van de kandidaat. Het advies wordt door een delegatie van de CBGV aan de kandidaat medegedeeld. In het geval de CBGV in haar plenaire vergadering niet tot een eensluidend oordeel komt krijgt deze delegatie het mandaat een besluit te nemen na het gesprek met de kandidaat waarbij tevens diens portfolio wordt meegewogen.

De CBGV heeft bij haar advisering drie opties:

1. gelijkwaardig – geclausuleerde inschrijving in het BIG register (12 weken kennismaken met het Nederlandse zorgstelsel),
2. niet gelijkwaardig met gericht opleidingsadvies van een half, één, twee of drie jaar met als eindresultaat een Nederlands diploma geneeskunde,
3. niet gelijkwaardig – volledige opleiding geneeskunde.

3. DE DOELSTELLINGEN VAN DE PROCEDURE BESCHOUWD

De CBGV/CIBG brochure “Assessment Buitenslands Gediplomeerden Gezondheidszorg: elke beroepsbeoefenaar een gelijke en eerlijke kans om te laten zien wat hij waard is”⁵ noemt vijf doelstellingen. In de opdracht voor de quickscan noemt ook VWS vijf doelstellingen. Hieronder wordt besproken in hoeverre de doelstellingen zijn gerealiseerd. Waar de doelstellingen van CBGV/CIBG en VWS overlappen wordt verwezen naar de voorgaande tekst.

Iedere doelstelling wordt (cursief) vermeld waarna ervaringen en opmerkingen van assessoren en kandidaten worden besproken.

3.1 Doelstellingen CBGV/CIBG

3.1.1

“Het assessment biedt gelijke kansen aan iedere houder van een in het buitenland gehaald artsendiploma om in Nederland zijn/haar beroep te mogen uitoefenen. Niet het behaalde diploma, maar de totale en actuele kennis en ervaring van de gediplomeerde zijn doorslaggevend bij het bepalen of iemand in Nederland zijn of haar beroep mag uitoefenen”

Alle assessoren en kandidaten menen dat de assessmentprocedure gelijke kansen biedt voor alle aanvragers.

Met betrekking tot het doorslaggevend zijn van kennis en ervaring geven alle kandidaten en enkele assessoren aan dat de ervaring van de kandidaat niet of nauwelijks wordt meegewogen. Enkele assessoren geven aan dat de term “ervaring” beter kan worden vervangen door “vaardigheden”. Tijdens de voorlichtingsmiddag is het begrip “ervaring” ook niet of nauwelijks aan de orde gekomen.

Met name kandidaten met een afgeronde vervolgopleiding betreuren dat hun ervaring niet wordt meegewogen. Zij richten zich op hun eigen vakgebied bij het zoeken naar werk in Nederland. In het verlengde daarvan verwachten zij in de assessment te worden getoetst op

⁵ In het rapport wordt deze brochure benoemd als “basisbrochure”. Hierin wordt alle relevante informatie gepresenteerd voor buitenlandse artsen, tandartsen en verpleegkundigen.

de daarvoor relevante ervaring. Zij zijn teleurgesteld over de focus op medische basiskennis en klinische kennis op alle vakgebieden, ook als die niet of nauwelijks relevant is voor het eigen specialisme.

Enkele assessoren hebben gemeld meer rekening te willen houden met de ervaring van de kandidaat. Naar hun ervaring beheerst een buitenlandse arts-specialist in het algemeen de grote vakken naar behoren. Het probleem zit in de kennis van de kleinere vakken zoals KNO, oogheelkunde of dermatologie. In het huidige assessment wordt iedere kandidaat verplicht op alle vakgebieden bij te scholen als zijn score uitkomt onder de gemiddelde scores oftewel het 95% betrouwbaarheidsinterval (BI, zie ook paragraaf 4.3.2). De scores in de andere vakgebieden en met name het eigen vakgebied kunnen dat niet compenseren.

Samengevat

Alle betrokkenen menen dat het assessment gelijke kansen biedt voor alle kandidaten. Het assessment richt zich niet of nauwelijks op de ervaring van de kandidaat.

Overwogen kan worden dat de CBGV bij het opleidingsadvies voor kandidaten met ruime ervaring en goede scores binnen het eigen vakgebied dispensatie verleent voor onvoldoende scores in vakgebieden die niet of nauwelijks relevant zijn voor het specialisme waar de kandidaat in opleiding gaat of in gaat werken.

3.1.2

“De buitenlandse arts heeft snel duidelijkheid of hij⁶ wel of niet in Nederland zijn beroep mag uitoefenen: afhankelijk van zijn eigen initiatief en kennis en vaardigheden, kan de assessmentprocedure (van aanvraag tot en met advies) binnen minimaal zes maanden zijn afgerond.”

Assessoren geven aan dat onmiskenbaar winst is geboekt ten opzichte van de procedure voor 1 december 2005. Onder de oude procedure waren de doorlooptijden onduidelijk en soms lang. Tegelijkertijd geven betrokkenen aan dat het nog beter kan en moet.

⁶ Waar wordt gesproken over hij wordt hij/zij bedoeld.

Dit blijkt ook uit de door het CIBG ter beschikking gestelde logistieke gegevens van de vijf kandidaten die de procedure geheel hebben doorlopen. De resultaten staan in tabel 1.

aangemeld ASS	aangemeld AKV	datum AKV	herkans AKV	datum DKK	datum DMB	datum DKV	advies gesprek	Advies	voorn. tot besluit	zienswijze gesprek	definitieve beschikking
20-1-'06	24-3-'06	10-4-'06 12-4-'06		20-6-'06	9-6-'06	24-6-'06	5-7-'06	2-8-'06	4-8-'06	29-9-'06	29-9-'06
18-1-'06	17-3-'06	10-4-'06 12-4-'06	4-6-'06	16-11-'06	6-11-'06	18-11-'06	20-12-'06	23-1-'07	12-2-'07	28-2-'07 3-3-'07	27-3-'07
30-7-'06	15-8-'06	4-9-'06 6-9-'06		16-11-'06	6-11-'06	18-11-'06	20-12-'06	28-2-'07	21-3-'07	3-4-'07 25-4-'07	30-7-'07
29-6-'06	4-8-'06	4-9-'06 6-9-'06		22-2-'07	13-1-'07	3-4-'07	5-7-'07	12-7-'07	Ongeclaus. geen VNB		17-7-'07
12-6-'06	4-8-'06	4-9-'06 6-9-'06		16-11-'06	6-11-'06	18-11-'06	20-12-'06	22-1-'07	akk. VNB,		23-1-'07

Tabel 1: Data toetsen kandidaten assessment.

Bron: CIBG.

De doorloop van de gehele procedure van aanmelding voor het assessment tot de datum van de definitieve beschikking duurt gemiddeld 11 maanden (332 dagen). Dit is inclusief de kandidaat die een AKV herkansing had. Wanneer we hiervoor corrigeren is de duur gemiddeld 10 maanden (306 dagen).

De doelstelling spreekt over "van aanvraag tot en met advies". De doorlooptijd van aanvraag tot en met advies bedraagt gemiddeld negen maanden (276 dagen). Gecorrigeerd voor de kandidaat met AKV herkansing is dit acht maanden (252 dagen).

Het daadwerkelijke advies volgt gemiddeld een maand (34 dagen) na het adviesgesprek. De succesvolle kandidaat weet echter wel reeds in het adviesgesprek waar hij aan toe is. De doorlooptijd van aanmelding tot adviesgesprek is gemiddeld acht maanden (241 dagen), met correctie voor de AKV herkanser gemiddeld zeven maanden (218 dagen).

Strikt genomen wordt de doelstelling "van aanvraag tot en met advies binnen zes maanden" bij geen van de kandidaten gehaald. Indien we minder strikt redeneren en de doelstelling interpreteren als "van aanmelding tot adviesgesprek", dan wordt de doelstelling bij drie van de vijf kandidaten gerealiseerd.

Voorafgaand aan de aanmelding bij het CIBG maakt de kandidaat zijn dossier compleet met onder meer zijn gewaarmerkte en geverifieerde diploma's. Waarmerking en verificatie gebeurt door het Nuffic. De daarvoor benodigde tijd dient feitelijk bij de totale doorlooptijd opgeteld te worden voor een compleet beeld over de doorlooptijd van het assessment. LSJ beschikt niet over de gegevens om hier een uitspraak over te kunnen doen. Het is echter aannemelijk dat het ruim een jaar duurt om ingeschreven te worden in het BIG register.

Samengevat

De nagestreefde doorlooptijd van de zes maanden is theoretisch mogelijk maar wordt in de praktijk (nog) niet gerealiseerd.

Suggesties voor een snellere doorlooptijd:

- Het Nuffic heeft geruime tijd nodig voor het matchen van ingeleverde diploma's naar Nederlandse maatstaven alsmede voor het uitsluiten van falsificaties. Ook het laten vertalen van de diploma's in Nederlands of Latijn door een beëdigd vertaler, zoals vereist door Nuffic, kost tijd (en geld). Het assessment biedt echter goed en objectief inzicht in de kennis van de kandidaat. Een fraudeur heeft geen enkele kans positief te scoren. De meerwaarde van de diplomabeoordeling door Nuffic is daarmee onhelder geworden. Overwogen kan worden de toetsing op diploma's te laten vervallen. Dit versnelt de doorloop.
- Pas na een positieve AKV is aanmelding mogelijk voor de beroepsinhoudelijke toetsen (DKK / DMB / DKV). Het wachten op de uitslag duurt zes weken. Kandidaten die snel aan de slag willen in Nederland vinden deze vertraging frustrerend: "Waarom heb ik een half jaar nodig voor vier examens?". Overwogen kan worden om in de jaarplanning de ruimte tussen de AKV en de overige tijden te verkorten. Indien ook de periode tussen het adviesgesprek en het daadwerkelijk advies wordt verkort kan de doelstelling van zes maanden worden gerealiseerd.
- In bepaalde situaties kan een vorm van "voorwaardelijk slagen" worden overwogen voor één of enkele onderdelen van de AKV. Dat kan bijvoorbeeld voor (onderdelen van) de taaltoets als de kandidaat weliswaar nog niet geheel voldoet aan de gestelde eisen maar zijn taalbeheersing zal verbeteren in de maanden na de

taaltoets (bijvoorbeeld in de aanvullende leerperiode zoals geadviseerd door de CBGV). Betrokkene kan dan later in de procedure het betreffende onderdeel herkansen.

- Overwogen kan worden het portfolio een meer centrale plaats te geven in de vorm van een gesprek aan het begin van de procedure tussen kandidaat en (leden van) de CBGV. Voor de invulling is een format beschikbaar. Op basis van zijn portfolio kan de kandidaat voorstellen doen voor vrijstellingen op onderdelen van het assessment waar zijn competenties aantoonbaar gelijk zijn aan die van Nederlandse basisartsen. Kandidaten met een recent diploma van een universiteit in de VS, Canada of Australië maken bijvoorbeeld kans op vrijstellingen voor ICT vaardigheden en Engelse taal. Aangezien de United States Medical Licensing Examination (USMLE) op onderdelen overlapt met de beroepstoetsen (met name de DMB) komen Amerikaanse kandidaten in aanmerking voor vrijstelling voor betreffende onderdelen. Kandidaten die al werkzaam zijn in Nederland kunnen positieve referenties van hun medische opleiders inbrengen aangaande een of meer onderdelen van het assessment. Een definitief besluit over vrijstellingen kan worden genomen in de plenaire CBGV bijeenkomst.

3.1.3

“Het assessment zorgt ervoor dat houders van een buitenlands artsdiploma goed voorbereid zijn op de (eventuele) opleiding die zij in Nederland gaan volgen. Dit voorkomt teleurstellingen en overbodige investeringen in tijd en geld.”

Assessoren zijn hierover positief. Het assessment toont de witte vlekken bij de kandidaat en de CBGV geeft op basis daarvan advies over te volgen bijscholing.

De kandidaten zijn minder positief. Zij interpreteren de tekst in de CBGV/CIBG brochure als advies over een mogelijke vervolgopleiding. De tekst maakt inderdaad niet helder of het gaat om aanvullende opleiding binnen de medische basisopleiding of om advies over een vervolgopleiding na BIG registratie. Dit laatste maakt echter geen onderdeel uit van het assessment. De CBGV beschouwt dit niet tot zijn taak. Ook de examencommissies van

medische faculteiten zullen geen advies geven over een mogelijke vervolgopleiding. Zij doen dat ook niet bij Nederlandse studenten.

Om verwarring te voorkomen kan worden gesproken van “aanvullende opleiding aan een medische faculteit”.

3.1.4

“De voorbereiding op het assessment zorgt ervoor dat buitenlandse artsen een realistisch beeld hebben van de eisen die aan werken en studeren in Nederland worden gesteld.”

Assessoren zijn hierover positief, kandidaten minder. Zij verwerven wel een goed beeld van de eisen die worden gesteld aan werken in Nederland, maar krijgen niet of nauwelijks informatie over de eisen die worden gesteld aan studeren. Pas na afronding van het assessment wordt deze informatie verworven via contacten met de medische opleiding waar de kandidaat zijn bijscholing gaat volgen.

In dit verband zijn de resultaten van belang van een in 2006 gehouden enquête onder 6000 studenten geneeskunde door het KNMG studentenplatform⁷. Gevraagd is naar knelpunten in de samenwerking met buitenlandse studenten. Van de 2000 respondenten hebben 600 in de afgelopen jaren daarmee ervaring opgedaan. Als belangrijkste knelpunten worden genoemd de taal (97%) en cultuur (40%). Benadrukt wordt dat het hier buitenlandse artsen betreft die zich, op basis van adviezen vanuit de oude procedure, enige tijd bijscholen aan een medische faculteit. Het taalprobleem zal naar verwachting sterk afnemen als gevolg van het assessment. Aangaande het knelpunt “cultuurverschillen” zal dat waarschijnlijk minder het geval zijn. Overwogen kan worden nader onderzoek te doen naar mogelijkheden zo goed mogelijk om te gaan met de geconstateerde cultuurverschillen. De resultaten kunnen worden gebruikt om de buitenlandse artsen, Nederlandse studenten en andere betrokkenen beter te doen samenwerken.

⁷ Het artikel over uitslagen en conclusies van de enquête is begin november aangeboden aan Medisch Contact. Toestemming is verkregen vooruitlopend op publicatie gebruik te maken van de uitslagen.

Samengevat

Kandidaten krijgen goed inzicht in de eisen die gesteld worden aan het werken in Nederland. Zij krijgen minder inzicht in hetgeen van hen wordt verwacht als zij in Nederland gaan studeren.

3.1.5

“Het assessment legt de regie en de verantwoordelijkheid voor het verkrijgen van een vakbekwaamheidsverklaring voor een belangrijk deel bij de aanvrager zelf. Dit zorgt ervoor dat alleen mensen die werkelijk gemotiveerd zijn, aan het assessment en eventuele opleiding zullen beginnen.”

Assessoren zijn hierover positief. Kandidaten hebben wisselende ervaringen. Zij achten de doelstelling op zich positief maar waarschuwen voor het risico van afschuiven van verantwoordelijkheden. Ook hebben zij niet het gevoel echt zelf aan het stuur te staan en lopen zij regelmatig vast in de bureaucratie (zie ook paragraaf 4.5). Tenslotte klagen kandidaten over slechte bereikbaarheid van het CIBG als gevolg van wisselingen onder het personeel, ziekte of door andere oorzaken.

Samengevat

De eigen inbreng is beter geborgd dan in de oude procedure. Door de strikte regels ervaren de kandidaten de eigen inbreng als beperkt.

In paragraaf 3.1.2 is gesuggereerd bij de start van het assessment een gesprek te voeren met de kandidaat over de verworven competenties. In dat gesprek kan ook worden gesproken over bijvoorbeeld (de mogelijkheden van) het voorgenomen tijdpad om het assessment te doorlopen.

3.2 Doelstellingen VWS

3.2.1 onafhankelijke beoordeling door deskundigen

In 3.1.1 is aangegeven dat alle betrokkenen menen dat de beoordeling objectief en onafhankelijk plaatsvindt door deskundige assessoren.

3.2.2 inbreng van de aanvrager zelf met betrekking tot verworven competenties

In het assessment kunnen kandidaten hun eerder verworven competenties (EVC's) op diverse onderdelen in beeld brengen. Dit betreft alleen competenties die direct voortvloeien uit de basisopleiding. Competenties die zijn verworven door professionele ervaring worden niet of nauwelijks meegewogen. Dit is opvallend aangezien de basisbrochure aangeeft dat "de totale en actuele kennis en ervaring van de gediplomeerde" doorslaggevend zijn. Assessoren zien de term "ervaring" liever vervangen door "vaardigheden". Tijdens de voorlichtingsmiddag is het begrip "ervaring" ook niet of nauwelijks aan de orde gekomen.

In de tekst van de CIBG/CBGV basisbrochure en de samenvatting "algemene informatie assessment artsen" wordt nadruk gelegd op het belang van het EVC-portfolio. De CBGV gebruikt het portfolio echter uitsluitend indien de CBGV leden niet tot een eensluidend oordeel komen. Alleen dan betrekken de leden die het adviesgesprek voeren met de kandidaat het portfolio bij hun eindoordeel. Alle kandidaten en een enkele assessor menen dat het portfolio en eerder verworven competenties nadrukkelijker en eerder in beeld moeten komen.

3.2.3 transparantie van de procedure

Kandidaten en uitvoerenden geven aan dat de informatie over de diverse onderdelen van het assessment helder is. De informatie over de totale procedure is minder helder: het uitvinden van de samenhang tussen de AKV, de beroepsinhoudelijke toetsen en (met name) de beoordelingsprocedure ervaren kandidaten als ingewikkeld. Het verschil tussen het assessment en de adviesprocedure en de consequenties van de drie vormen van advies vergt nauwkeurig lezen. De voorlichtingsmiddag is in dit opzicht een grote verbetering.

3.2.4 goede advisering over de eventueel nog te volgen opleiding/

3.2.5 goede doorstroom naar de geadviseerde opleiding

Kandidaten en assessoren menen dat de assessmentprocedure in principe gelijke kansen biedt voor alle aanvragers. Wel is door verschillende betrokkenen gewezen op een mogelijk nadeel voor oudere, gespecialiseerde artsen. Met name de beroepsinhoudelijke toetsen inzake klinische kennis en medische basiskennis zijn meer gericht op recent afgestudeerde (basis)artsen dan op artsen/specialisten die langer geleden zijn afgestudeerd en meerdere jaren werkzaam zijn geweest in één vakgebied. De eerste groep beheerst de meest recente kennis op alle vereiste vakgebieden. Voor de tweede groep vereist dit bijscholing. De kennis van de grote vakken (interne, chirurgie) beheersen zij meestal wel. Voor kleine vakken zoals oogheelkunde, KNO en dermatologie geldt dit veel minder, aangezien die vaak niet of nauwelijks relevant zijn voor de patiëntenpopulatie waarmee zij werkten. Ook zal bij een specialist oogheelkunde, KNO of dermatologie veel kennis zijn weggezakt over bijvoorbeeld orthopedie. Ook zal hij de kennisvernieuwing op voor hem minder relevante vakgebieden beperkt hebben bijgehouden. Voor de ervaren, oudere arts vormt het assessment een grotere drempel dan voor de basisarts. Dit is niet in lijn met het doel in het assessment rekening te houden met de ervaring van de kandidaat.

Overwogen kan worden voor oudere artsen met een afgeronde vervolgopleiding dispensatie te verlenen voor aanvullende opleiding in kleine vakgebieden indien de kandidaat kan aantonen dat hij gaat werken in het eigen specialisme (al of niet na een aanvullende vervolgopleiding).

Aangaande de mogelijke adviezen van de CBGV hebben kandidaten verschillende vragen en opmerkingen. Bij het advies "gelijkwaardig" is onduidelijk waar en door wie de 12 weken supervisie plaatsvindt. Daarnaast is onduidelijk hoe deze 12 weken zich verhouden tot het assessment. Wat zijn bijvoorbeeld de consequenties van een negatief oordeel?

Waarom valt de supervisie buiten het assessment en niet daarbinnen?

Assessoren geven aan minder te hechten aan de 12 weken supervisie aangezien een kandidaat reeds is getest op vaardigheden en inzicht in de gebruiken van de Nederlandse samenleving. Inmiddels is in de [concept] CBGV richtlijn deze eis komen te vervallen voor

buitenlandse artsen die reeds enige tijd in Nederland werkzaam zijn. Overwogen kan worden de 12 weken kennismaking te laten vervallen voor alle kandidaten.

Bij "niet gelijkwaardig met gericht opleidingsadvies" is het kandidaten onduidelijk wie precies bepaalt hoe zij moeten bijscholen en hoe lang dat gaat duren. Voor medische faculteiten blijkt het namelijk niet eenvoudig de periode van een half, één, twee of drie jaar te vullen met aanvullende opleiding in de vakgebieden waarvoor de buitenlandse arts zijn kennistekort moet bijspijkeren. De oorzaak ligt in het gecombineerde CBGV advies over duur en inhoud van de bijscholing. Indien een kandidaat voor één deelttoets onder het BI scoort, dan geeft de CBGV een advies van 30 ECTS te behalen via het volgen van onderwijs in de vakgebieden waar een kennishiaat bestaat ([concept] CBGV richtlijn 4B). 30 ECTS komt overeen met een half jaar studietijd. De faculteit biedt de kandidaat gewoonlijk aan co-schappen te lopen op het betreffende vakgebied. De kleine co-schappen (KNO, oogheelkunde, dermatologie, etc.) duren gemiddeld twee weken, de grotere co-schappen (interne geneeskunde, chirurgie, kindergeneeskunde, psychiatrie, etc.) duren twee tot drie maanden. Het zinvol vullen van een half jaar met twee kleine co-schappen is dan niet mogelijk. Geen van de door ons gesproken kandidaten heeft 120 ECTS (twee jaar) geadviseerd gekregen. Het vullen van een zo lange periode is mogelijk nog lastiger. In eerste instantie was de duur van het gerichte opleidingsadvies beperkt tot één, twee of drie jaar. Per medio 2007 is de mogelijkheid van een half jaar toegevoegd.

Het CIBG heeft inmiddels aangegeven dat de examencommissie van de medische faculteit beslist over de exacte tijd die is gemoeid met de bijscholing.

Overwogen kan worden het advies van de CBGV te beperken tot de inhoud van de aanvullende opleiding en de duur indicatief te laten. De examencommissie van de medische faculteit besluit vervolgens over de wijze waarop de kandidaat kan worden "bijgeschoold" en over duur. Het verdient aanbeveling vast te leggen binnen hoeveel tijd de examencommissie aan de kandidaat uitsluitel moet geven.

Geen van de kandidaten heeft een advies van zes jaar gekregen. Hieromtrent zijn dan ook geen opmerkingen gemaakt.

4. DE ONDERDELEN VAN DE PROCEDURE NADER BESCHOUWD

4.1 Informatie vooraf en aanmelding

Informatie vooraf

Kandidaten geven aan dat alle benodigde informatie beschikbaar is via de CIBG website en aanvullende documentatie. Wel vonden zij de oude website van het CIBG moeilijk toegankelijk. Dit is inmiddels sterk verbeterd op de nieuwe RIBIZ website. Echter, de teksten op internet zijn op sommige onderdelen nog wel moeilijk of verwarrend.

Punten van verwarring zijn:

- Over de rol van het portfolio bestaat tegenstrijdige informatie: in CBGV/CIBG brochure 'Assessment Buitenslands Gediplomeerden Gezondheidszorg: elke beroepsbeoefenaar een gelijke en eerlijke kans om te laten zien wat hij waard is' wordt gesproken over "een belangrijke toegevoegde waarde voor het gesprek met de CBGV". Ook wordt in deze brochure gesteld dat het met name gaat om "de relevante beroepservaring die de aanvrager heeft opgedaan in de vijf jaar direct voorafgaand aan de aanvraag.". In de overige informatie komt het portfolio niet meer aan bod. Uit de (nog niet gepubliceerde) richtlijnen voor het CBGV beslissingsproces blijkt dat het portfolio alleen gebruikt wordt bij afwezigheid van consensus binnen de commissie.
- In deze brochure staat tevens: "[...] de totale en actuele kennis en ervaring [...] zijn doorslaggevend [...]." Welke rol de ervaring van de arts speelt wordt niet toegelicht. In de meer gedetailleerde informatie over de verschillende deeltaoetsen lijkt de ervaring geen rol meer te spelen. De factsheet 'Algemene informatie assessment artsen' noemt het portfolio wel, maar komt hier later bij de beschrijving van de verschillende stappen niet op terug. In de 'Circulaire Verklaring vakbekwaamheid buitenslands gediplomeerden volksgezondheid' (staatscourant 3 mei 2006) die via de RIBIZ website beschikbaar is staat echter: "Relevante en recente beroepservaring [...] kan [...] leiden tot gehele of gedeeltelijke compensatie van de eventueel geconstateerde tekorten in de opleiding."
- In de documentatie wordt gesproken over "advies over de eventueel te volgen opleiding". Het blijkt hier te gaan om remediërende basisopleiding. Verschillende kandidaten hebben dit echter geïnterpreteerd als advies over het vervolgtraject voor de opleiding tot specialist of andere vervolgopleidingen.

- De termen adviesprocedure en adviesgesprek in de CBGV/CIBG basisbrochure. Het betreft hier het advies van de CBGV aan de minister. Het gaat niet om een advies aan de kandidaat. Kandidaten vonden dit een verwarrende term. Ook andere teksten zijn soms verwarrend geformuleerd. Van welke duur mag een kandidaat uitgaan wanneer de brochure stelt dat de procedure binnen minimaal zes maanden (sic) kan zijn afgerond.
- De informatie op de "factsheets" is in de afgelopen maanden op enkele belangrijke onderdelen gewijzigd. Zo is bijvoorbeeld de mogelijkheid om een half jaar aanvullend onderwijs te volgen toegevoegd. In de algemene brochure is deze informatie niet aangepast en is de ondergrens nog één jaar.
- Over de "kennismakingsperiode met de Nederlandse gezondheidszorg" staat op verschillende plaatsen verschillende informatie (in de circulaire staat zes maanden, in de overige documentatie 12 weken).

De - door ons bijgewoonde - eerste voorlichtingsmiddag van het CIBG betekent een grote stap voorwaarts in het voorkomen en verhelpen van misverstanden, verkeerde interpretaties en onjuiste verwachtingen. Het geeft de CIBG ambtenaren gelegenheid kandidaten en begeleidende organisaties duidelijkheid te verschaffen over het hoe en waarom van de assessmentprocedure. Geïnteresseerden kunnen tijdens en na de informatiesessies vragen stellen en krijgen het gevoel serieus genomen te worden. Dat bevordert de acceptatie aanzienlijk. Ook komen de mensen achter de stemmen in beeld waardoor kandidaten minder het gevoel hebben met een instantie te maken te hebben.

De voorlichtingsbijeenkomst gaf ook medewerkers van het JBI gelegenheid kandidaten voor te bereiden op vragen en testen die zij kunnen verwachten in de AKV.

Kandidaten, UAF en Emplooi misten een voorlichtingsbijeenkomst. Inmiddels heeft op 18 oktober 2007 een eerste voorlichtingsbijeenkomst plaatsgevonden. Deze voorzag in een behoefte.

Wij bevelen aan deze bijeenkomst drie of vier maal per jaar te organiseren. Daarnaast lijkt het verstandig de gepresenteerde informatie van de eerste bijeenkomst integraal op de RIBIZ website te plaatsen. Naar wij begrepen sporen deze aanbevelingen met de intenties van RIBIZ/CIBG. Tevens bevelen wij aan dat tijdens de voorlichtingsbijeenkomst een

vertegenwoordiger van de CBGV een toelichting geeft op de grondslagen en achtergronden van de beoordeling en op de vervolgstappen na het adviesgesprek.

Aanmelding

Voordat een kandidaat het assessment kan doorlopen moet hij een aanvraag daartoe indienen. Deze aanvraag moet vergezeld gaan van een origineel en geverifieerd diploma en een bewijs van bevoegdheid tot beroepsuitoefening in het land van herkomst. Over het algemeen zijn de kandidaten vlot geaccepteerd bij het CIBG. Bij één kandidaat ontstond verwarring over het “zelfstandig bevoegd zijn” aangezien in het land van herkomst dat pas wordt toegestaan na twee jaar werkervaring. Met betrekking tot het NUFFIC melden de kandidaten lange doorlooptijden en een “formalistische” bejegening. Zo moest een in het Engels gesteld diploma door een beëdigd vertaalbureau in het Nederlands worden vertaald om in behandeling te worden genomen. De activiteiten van het Nuffic vallen buiten de reikwijdte van de quickscan. Bovenstaande ervaringen zijn derhalve niet nader getoetst.

In Nederland worden steeds vaker in het Engels gestelde diploma's verstrekt vanuit universiteiten en HBO instellingen. Wij bevelen daarom aan te onderzoeken of ook Engelstalige diploma's (al dan niet na verificatie, zie paragraaf 3.1.2) toegang geven tot het assessment.

4.2 Algemene kennis en vaardigheden toets

4.2.1 taaltoetsen

Assessoren zijn tevreden over de algemene kennis en vaardigheden (AKV) toets. Wel acht het JBI de huidige procedure erg streng en is men ongelukkig met het lage percentage geslaagden. Men verwacht dat met betere voorlichting dit percentage zal toenemen.

Kandidaten geven aan dat de AKV toets correct en netjes wordt uitgevoerd door de medewerkers van het JBI. Op onderdelen zijn problemen gemeld:

- Kandidaten met een Surinaamse achtergrond begrijpen niet waarom zij € 500,- moeten betalen voor het aantonen van beheersing van hun moedertaal. Verschillen met het Standaardnederlands zijn minimaal. Medisch Nederlands leren zij tijdens hun opleiding geneeskunde in Suriname waar wordt gewerkt met dezelfde terminologie en boeken als in Nederland.
- Het toetsen van presentatievaardigheden bij de kandidaten wordt door de kandidaten als niet of nauwelijks relevant beschouwd voor het bieden van verantwoorde zorg.

Reeds eerder is de vraag gesteld of voor alle kandidaten alle onderdelen van het assessment relevant zijn. Deze vraag kan worden beantwoord aan de hand van het EVC-portfolio van de kandidaat (zie ook paragraaf 3.1.2). Daarnaast kan worden overwogen het onderdeel "presentatie" binnen de taaltoets te laten vervallen voor alle kandidaten. Het is niet waarschijnlijk dat hierdoor de kwaliteit van de zorg wezenlijk wordt aangetast.

4.2.2 kennis gezondheidszorg

Alle kandidaten onderschrijven de relevantie van dit onderdeel. Over toetsvorm en voorbereidingsmogelijkheden zijn geen opmerkingen gemaakt.

4.2.3 computervaardigheden

Kandidaten achten dit onderdeel overbodig of in sommige gevallen zelfs grievend. Naar hun mening beschikt iedere (jongere) arts die zijn opleiding heeft afgerond aan een erkende universiteit in ruime mate over de benodigde computervaardigheden.

In paragraaf 3.1.2 is een voorstel gedaan om in geselecteerde gevallen vrijstelling te verlenen. Indien dit niet wenselijk wordt geacht, kan goede voorlichting tijdens de informatiebijeenkomsten de acceptatie vergroten.

4.3 medische kennis en vaardigheden

4.3.1 deoltoets klinische kennis (DKK)

Assessoren zijn tevreden over de DKK. Zij melden geen of weinig uitvoerings-problemen en de objectiviteit is gegarandeerd.

Kandidaten geven aan dat betrokkenen bij de toets vriendelijk en gemotiveerd zijn. Een groot nadeel noemen de kandidaten de onmogelijkheid om een totaalbeeld te krijgen van alle vragen binnen de DKK bij de start van de toets. Zicht krijgen op hetgeen de kandidaat nog kan verwachten aan zware of minder zware vragen in de toets is niet mogelijk omdat hij niet langs de 100 casus mag "scrollen". Reden is dat de toets werkt met subvragen. Indien subvraag A fout is beantwoord meldt de computer dit bij subvraag B om te voorkomen dat alle volgende subvragen fout worden beantwoord. Om herstellen van de fout bij subvraag A uit te sluiten is scrollen niet toegestaan. Dit bezwaar kan worden opgelost door kandidaten bij de start een papieren versie van de vragen te overhandigen en deze aan het eind van het examen in te nemen. Hiermee kan de kandidaat gericht (clusters van) vragen beantwoorden. Hij kan eerst de vragen beantwoorden waar hij direct antwoord op weet en zich daarna richten op de moeilijker vragen.

Kandidaten vonden de beschikbare tijd erg kort. Inmiddels is besloten per november 2007 de toetstijd te verlengen van 5 naar 6 uur.

Kandidaten begrijpen niet waarom herkansing van toetsen niet is toegestaan. De CBGV stelt zich op het standpunt dat het gaat om een assessment en niet om een examen. Uitgebreide voorbereiding door de kandidaat is volgens de CBGV niet noodzakelijk en herkansing wordt niet opportuun geacht.

4.3.2 deoltoets medische basiskennis (DMB)

Kandidaten wijzen zij er op dat de DMB met name geschikt is voor artsen die nog niet lang geleden zijn afgestudeerd (hetgeen geldt voor alle kandidaten die tot nu toe het assessment doorlopen hebben). Het niveau van vereiste detailkennis is hoog op alle negen

vakgebieden. Oudere artsen zullen heel veel moeten bijspijkeren met name op vakgebieden waarmee zij vanuit de eigen specialisatie niet of nauwelijks te maken hebben gehad.

Om die reden uiten kandidaten twijfels bij de referentiegroep van vijfde- en zesdejaars studenten geneeskunde. De scores van kandidaten in de DKK, DMB en DKV worden namelijk vergeleken met (de resultaten van) een referentiegroep van vijfde- en zesdejaars studenten. Om de score van de referentiegroep wordt een betrouwbaarheidsinterval van 95% weergegeven. Wanneer het resultaat van de kandidaat buiten dit betrouwbaarheidsinterval valt, kan met 95% zekerheid worden gesteld dat het niveau van deze kandidaat afwijkt van dat van de referentiegroep.

Kandidaten menen dat, indien het assessment tot doel heeft te borgen dat buitenslands gediplomeerde artsen over hetzelfde kennisniveau beschikken als Nederlandse artsen, de vergelijking moet worden gemaakt met een aselecte groep Nederlandse artsen die onvoorbereid de betreffende toets heeft afgelegd. Het is immers niet aannemelijk dat ervaren Nederlandse artsen in de volle breedte van de geneeskunst nog beschikken over alle detailkennis op het niveau dat zij hadden toen zij hun artsexamen deden.

Ook bij diverse assessoren leeft het besef dat een substantieel percentage Nederlandse artsen van boven de 40 jaar zou zakken voor één of meer beroepsinhoudelijke deoltoetsen.. Zoals een betrokkene het verwoordde: "Wie slaagt nog voor het rijexamen theorie 10 jaar na afrijden?"

De CBGV motiveert toetsing op alle vakgebieden met het argument dat een buitenlandse arts na registratie in het BIG register kan switchen naar een ander vakgebied.

Desgevraagd acht de IGZ de kans hierop klein onder verwijzing naar de eis van bekwaamheid die wordt gesteld in de wet BIG. Een internist uit een EER land die in Nederland komt werken kan ook niet aan het werk gaan in een geheel andere specialisatie. Betrokkene zelf én de organisatie waar hij in dienst is (bijvoorbeeld een ziekenhuis) handelen in strijd met de wet BIG (niet bekwaam) en met de Kwaliteitswet zorg (vanwege het niet leveren van verantwoorde zorg). Volgens de IGZ moeten artsen kennis hebben

van relevante medische basiskennis op alle medische vakgebieden maar is het voor het adequaat functioneren in een specialisme niet noodzakelijk te beschikken over alle kennis die een juist afgestudeerde basisarts paraat heeft.

Het IGZ wijst daarnaast op een mogelijk nadeel van een te hoge drempel door brede en diepgaande toetsing over de volle breedte van de medische (basis) kennis. Kandidaten zullen vanwege de verplichting tot aanvullende opleiding op de vakgebieden die zij niet of nauwelijks relevant achten voor de eigen specialisatie en de mogelijke vertraging in hun loopbaan wellicht afzien van het assessment. In dat geval kunnen zij gaan (of blijven) werken onder supervisie. Echter, niet BIG geregistreerde artsen zijn moeilijker controleerbaar dan wel BIG geregistreerde artsen.

Overwogen kan worden te onderzoeken of de referentiegroep kan worden aangepast. Een andere mogelijkheid is herkansing van de beroepsinhoudelijke kennistoetsen (DKK en DMB) toe te staan, al of niet eenmalig zoals bij de AKV. In paragraaf 3.1.1 is reeds besproken dat de CBGV iets flexibeler zou kunnen omgaan met het positief adviseren indien de kandidaat onvoldoende scoort op vakgebieden die niet of nauwelijks relevant zijn voor het specialisme waarin de kandidaat werkzaam is of zal zijn.

4.3.3 deeltoets klinische vaardigheden

Kandidaten hebben geen op- of aanmerkingen over deze deeltoets. Voorbereiding, begeleiding en sfeer zijn uitstekend in orde.

4.4 Van toetsresultaat naar uitslag

Alle kandidaten hebben kritiek op de onhelderheid met betrekking tot de adviesprocedure van de CBGV. Het betreft met name de beoordelingsmaatstaf en het niet of nauwelijks meewegen van de ervaring van de kandidaat of – in bredere zin – diens portfolio. Inmiddels zijn op het eerste punt duidelijke verbeteringen gerealiseerd. Op 18 september 2007 is de “richtlijn beoordeling” (in concept) gereed gekomen die inzichtelijk maakt op welke manier de CBGV tot haar advies komt. De CBGV overweegt deze richtlijn openbaar te maken na definitieve vaststelling.

Een andere verbetering is dat iedere kandidaat inmiddels één week voor het adviesgesprek de eigen toetsresultaten krijgt toegezonden. Voorheen kregen kandidaten hun resultaten te zien in het adviesgesprek.

Het gebruik van een “totaalscore” bij de resultaten van de beroepsinhoudelijke toetsen (DMB, DKK en DKV) wekt verwarring. Indien de totaalscore valt binnen het 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) lijkt het voor de kandidaat dat hij geslaagd is terwijl het advies van de CBGV op basis van één of meer onvoldoende deelscores kan leiden tot een advies tot aanvullende scholing. Indien deze niet wordt gebruikt kan worden overwogen deze weg te laten. Ook kan worden overwogen de totaalscore een rol te geven ter compensatie van mogelijke onvoldoendes indien deze niet of nauwelijks relevant zijn voor het vak dat de kandidaat gaat uitoefenen (zie 3.1.1).

In paragraaf 3.1.2 is besproken hoe de ervaring van kandidaten eerder en intensiever kan worden meegenomen in de procedure.

Kandidaten wijzen op diverse onduidelijkheden met betrekking tot de opties in vervolg op het CBGV advies:

- 1 gelijkwaardig: geclausuleerde inschrijving in het BIG register, 12 weken kennismaken met de Nederlandse zorgstelsel,
- 2 niet gelijkwaardig met gericht opleidingsadvies: half, één, twee of drie jaar met als eindresultaat een Nederlands diploma geneeskunde,
- 3 niet gelijkwaardig: volledige Nederlandse opleiding geneeskunde.

Aangaande optie één noemen de kandidaten de volgende onduidelijkheden:

- waar en hoe kan een kandidaat – die nog niet in een Nederlandse gezondheidszorginstelling werkzaam is – zijn 12 weken supervisie regelen?
- wat zijn de beoordelingscriteria voor de supervisor in deze 12 weken?
- wat zijn de consequenties indien een supervisor negatief adviseert?

Desgevraagd geven assessoren aan niet of minder te hechten aan de 12 weken supervisie aangezien een kandidaat in het assessment uitgebreid is getest op vaardigheden en inzicht in de gebruiken van de Nederlandse samenleving. Inmiddels is in de (concept) CBGV richtlijn deze eis komen te vervallen voor buitenlandse artsen die reeds enige tijd in Nederland werkzaam zijn. De verplichting tot 12 weken kennismaking is ingesteld op verzoek van VWS. VWS heeft aangegeven niet langer te hechten aan de 12 weken supervisie.

Overwogen kan worden de eis tot 12 weken kennismaking te laten vervallen voor alle kandidaten.

Aangaande optie twee is het voor kandidaten onduidelijk gebleken wie bepaalt hoe zij moeten bijscholen en hoe lang dat gaat duren. Voor medische faculteiten blijkt het namelijk niet altijd mogelijk de geadviseerde periode van een half, één, twee of drie jaar te vullen met een opleiding in de vakgebieden waarvoor de buitenlandse arts zijn kennistekort moet bijspijkeren. De oorzaak hiervan is gelegen in het gecombineerde CBGV advies over duur en inhoud van de bijscholing. Indien een kandidaat voor één deeltaets onder het BI scoort, dan geeft de CBGV een advies van 30 ECTS te behalen via het volgen van onderwijs in de vakgebieden waar een kennishiaat bestaat (zie [concept] CBGV richtlijn 4B). 30 ECTS komt overeen met een half jaar studietijd. De faculteit biedt de kandidaat gewoonlijk aan co-schappen te lopen op het betreffende vakgebied. De kleine co-schappen (KNO, oogheelkunde, dermatologie, etc.) duren gemiddeld twee weken, de grotere co-schappen (interne geneeskunde, chirurgie, kindergeneeskunde, psychiatrie, etc.) duren twee tot drie maanden. Het zinvol vullen van een half jaar met twee kleine co-schappen is dan niet mogelijk. Geen van de kandidaten heeft 120 ECTS (overeenkomend met twee jaar) geadviseerd gekregen. Het vullen van een zo lange periode is mogelijk nog lastiger.

In eerste instantie was de duur van het gerichte opleidingsadvies één, twee of drie jaar. Inmiddels is de mogelijkheid van een half jaar aanvullende opleiding toegevoegd.

Het CIBG stelt zich op het standpunt dat de examencommissie van de medische faculteit beslist over de tijd die is gemoeid met de aanvullende opleiding.

Overwogen kan worden de CBGV te laten adviseren over de inhoud van de aanvullende opleiding en een indicatie te geven over de duur. De examencommissie van de medische faculteit besluit vervolgens over de wijze waarop de kandidaat zijn aanvullende opleiding krijgt en over de duur daarvan. Om vertraging te voorkomen verdient het aanbeveling vast te leggen binnen hoeveel tijd de examencommissie uitsluitsel moet geven.

Geen van de kandidaten heeft een advies van zes jaar gekregen. Hieromtrent zijn dan ook geen opmerkingen gemaakt.

4.5 Aanvullende ervaringen en overwegingen

Structureel oplossen van aanloopproblemen

Sinds de start van het assessment zijn diverse aanloopproblemen aangepakt. Het betreft:

- betere aansluiting tussen de onderdelen van het assessment,
- verplaatsing van de aanvangstijd voor de toetsen in Maastricht en Nijmegen van de ochtend naar de middag. Dit bespaart kandidaten een (hotel)overnachting,
- verlengen van de toetstijd in Maastricht van 5 naar 6 uur (per november 2007),
- vooraf toezenden van de toetsuitslagen waarop de CBGV zijn oordeel baseert,
- toevoegen van de 30 ECTS/half jaar als gericht opleidingsadvies,
- volgen van examencommissies indien deze aangeven het kennisdeficit van kandidaten te kunnen verhelpen in een kortere periode dan geadviseerd,
- plaatsen van oefentoetsen op de website van het CIBG,
- voorlichtingsmiddag voor alle kandidaten (artsen en tandartsen).

Omgaan met aanloopproblemen voor eerste groep kandidaten

De kandidaten ervaren de medewerkers van het CIBG als vriendelijk, maar ook als strikt en formalistisch. Kandidaten betreuren dit, met name omdat zij als eerste "pioniercohort" de procedure hebben doorlopen. Allen geven voorbeelden waarbij dit – naar hun mening – voor hen nadelig heeft gewerkt.

Genoemd zijn: ontbreken van voorbeeldtoetsen op internet, minder of geen duidelijkheid over inhoud van de AKV toets, langere doorlooptijd van de procedure door lange tussentijden, ICT problemen bij de DKK, te weinig tijd voor de DKK, onduidelijkheid en vertraging bij het effectueren van het opleidingsadvies van de CBGV.

Kandidaten accepteren dat bij een nieuwe procedure kinderziekten optreden. Zij vinden wel dat dit gepaard moet gaan met een flexibele opstelling bij ambtenaren van het CIBG, assessoren én leden van de CBGV. Dit is naar de mening van de kandidaten noch bij het CIBG noch bij de CBGV het geval geweest.

Bijna alle kandidaten hebben problemen ervaren in de DKK als gevolg van het niet kunnen scrollen door de toetsvragen en door tijdgebrek. Zij wijten hun onvoldoende score op

enkele vakgebieden aan deze problemen. Deze te lage scores hebben vervolgens geleid tot het advies om zich bij te scholen op precies die vakgebieden waar kandidaten tijdens de toets niet of onvoldoende aan toe waren gekomen.

In reactie op verzoeken van kandidaten rekening te houden met de aanloopproblemen en de gevolgen daarvan hebben de toetsende organisaties en het CIBG zich op het standpunt gesteld “uitsluitend uitvoerend” respectievelijk “uitsluitend opdrachtgever” te zijn. Beroepen op coulance bij het CIBG/ de CBGV zijn niet gehonoreerd.

Kandidaten kregen hierdoor het gevoel van het kastje naar het muurtje te worden gestuurd. Dit heeft geleid tot boosheid en ontmoediging bij betrokken kandidaten, een substantieel aantal zienswijzegesprekken (drie van de vijf kandidaten), een bezwaarprocedure en een procedure bij de Nationale Ombudsman.

Kandidaten hebben tevens veel kritiek op de beroepsmogelijkheden. Degenen die één of twee zienswijzegesprekken hebben gevoerd geven aan daarbij met dezelfde personen te hebben gesproken als in het adviesgesprek.

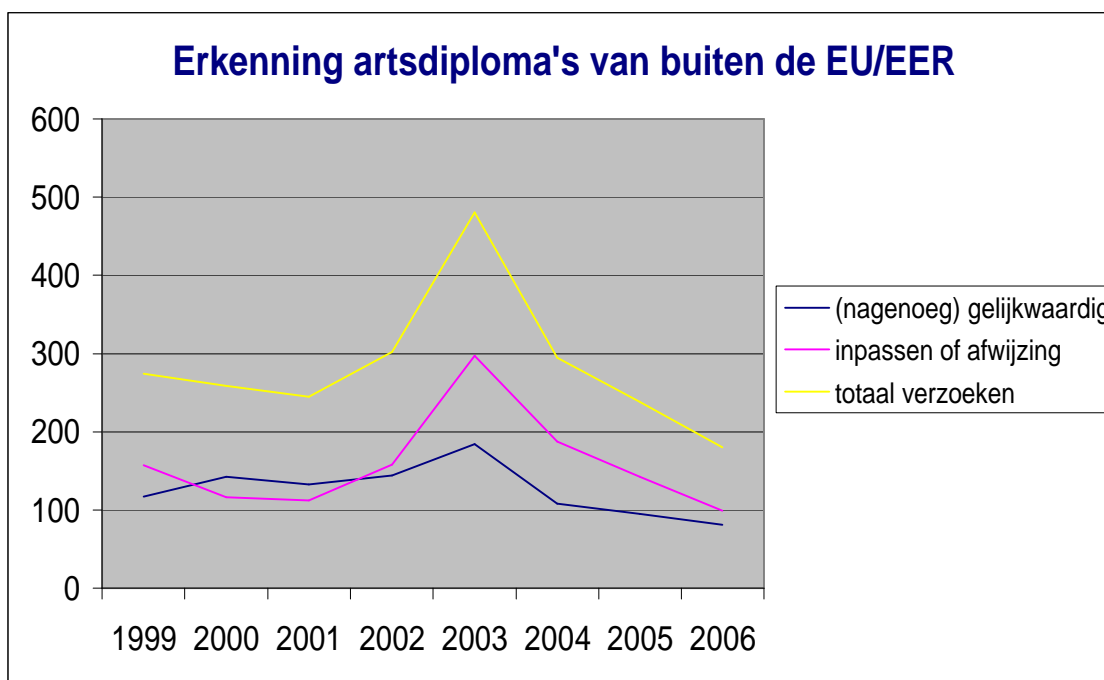
In de bezwaarprocedure wordt vervolgens getoetst of de procedure strikt is gevolgd. Kandidaten hebben juist kritiek op het te strikt volgen van de procedure. Het helder maken van dit verschil is niet eenvoudig.

Overwogen kan worden naast (of in plaats van) zienswijzeprocedure en bezwaarprocedure te streven naar aanstelling van een arbiter of ombudspersoon. Deze kan, na het horen van betrokkenen, besluiten tot aanpassing van het CBGV advies. Hiervoor kan worden gedacht aan een oud-voorzitter of prominent lid van één van de medische opleidingscolleges.

Aantallen kandidaten

Bij de start van het assessment is gerekend op ongeveer 100 kandidaten per jaar.

Gezien de aantallen artsen die in het verleden de procedure hebben doorlopen lijkt dit geen onaannemelijke schatting. Figuur 1 toont de aantallen artsen van buiten de EER die diploma-erkenning hebben aangevraagd.



Figuur 1: erkenning artsdiploma's van buiten de EU/EER.

Bron: presentatie Dr. L.R. Kooij op KNMG congres 'Opleiden voor kwaliteit' 11/10/07

In de figuur is te zien dat het laagste aantal aanvragers 180 per jaar bedraagt (2006). Sinds 2003 is sprake van een duidelijk dalende trend. De oorzaken hiervan kunnen zijn gelegen in geopolitieke ontwikkelingen of nationaal immigratiebeleid.

De daling van het aantal artsen komt overeen met de daling van het aantal buitenlandse artsen dat het UAF "in portefeuille heeft". In de periode 2002 tot 2007 is dit aantal gedaald van 358 (in 2002) tot 66 (in 2007). Het UAF heeft in 2006-2007 19 nieuwe buitenlandse artsen geaccepteerd. Naar verwachting zal de meerderheid hiervan het assessment gaan proberen.

Tot op heden hebben twee UAF cliënten de AKV toets gemaakt. Eén cliënt is na drie keer geslaagd, de andere cliënt heeft de toets in september gemaakt en is op één onderdeel gezakt. Hij herkanst in december. Het is voor betrokkenen nog onduidelijk wat de kans van slagen is als een kandidaat opgaat voor het assessment.

De voorlichtingsmiddag op 18 oktober is bezocht door 14 artsen en 7 tandartsen met een buitenlands diploma. Hoeveel van hen daadwerkelijk aan het assessment zullen deelnemen is niet bekend.

Om de kandidaten voor deze quickscan te kunnen spreken ontving LSJ van het CIBG de contactgegevens van vijf kandidaten die de assessmentprocedure in 2006/2007 hebben doorlopen. Dit aantal is aanzienlijk lager dan op grond van de resultaten uit het verleden mocht worden verwacht. Wel werden er in 2006 nog 81 artsen vanuit de oude procedure als (nagenoeg) gelijkwaardig beoordeeld.

Door de overgang naar een nieuwe procedure ontstaat mogelijk een tijdelijk "vertragingseffect". De kandidaten moeten zich immers voorbereiden op onder meer een taaltoets. Indien dit een verklaring is, dan zouden de aantallen in de komende periode moeten stijgen. Indien de aantallen significant laag blijven dan vormt de nieuwe procedure kennelijk een hogere drempel dan voorheen.

De nieuwe procedure is mede in het leven geroepen om te zorgen voor een borging van de kwaliteit van zorg. Het ligt voor de hand dat wanneer de eisen die worden gesteld hoger zijn, de aantallen afnemen. Indien de aantallen echter structureel laag blijven is de vraag opportuun of de drempel niet zodanig hoog is, dat dit kandidaten ontmoedigt om in Nederland als BIG-geregistreerd arts aan de slag te gaan. Op basis van bovengenoemde getallen alleen kan niet worden geconcludeerd dat de drempel nu te hoog is. Wel is het noodzakelijk om de aantallen kandidaten en het slagingspercentage te blijven monitoren.

Het aantal kandidaten voor de AKV toets zal naar verwachting toenemen nu ook de tandartsen starten met het assessment. Aangezien voor de tandartsen de DMB, DKK en DKV verschillend zijn van die bij artsen is daar geen verhogend effect te verwachten.

Het assessment garandeert een objectieve toetsing maar deze wordt als zodanig zwaar ervaren dat slechts een zeer beperkt aantal kandidaten durft te kiezen voor het assessment. Daardoor worden de kosten per kandidaat erg hoog. Ook is in paragraaf 4.3.2 reeds de vrees van de IGZ genoemd dat buitenlandse artsen die het assessment niet doorlopen

buiten zicht van de inspectie zullen gaan werken onder supervisie, met alle nadelen van dien.

De UAF noemt als belangrijke belemmering dat voor kandidaten die de asielprocedure hebben doorlopen het toeleidingstraject naar het assessment moeilijk is. Zij vinden slechts moeizaam hun weg in de zorg en alle procedures voor, tijdens en na het assessment.

Het is dan ook verheugend dat door de beleidsafdeling van de KNMG de mogelijkheden worden onderzocht om kandidaten in de periode voor, tijdens en na het assessment te laten begeleiden door medisch studenten en/of artsen vanuit het KNMG district waarbinnen de kandidaat woonachtig is. Op die manier wordt het werk verspreid over de 23 districten en krijgen kandidaten beter toegang tot relevante informatie.

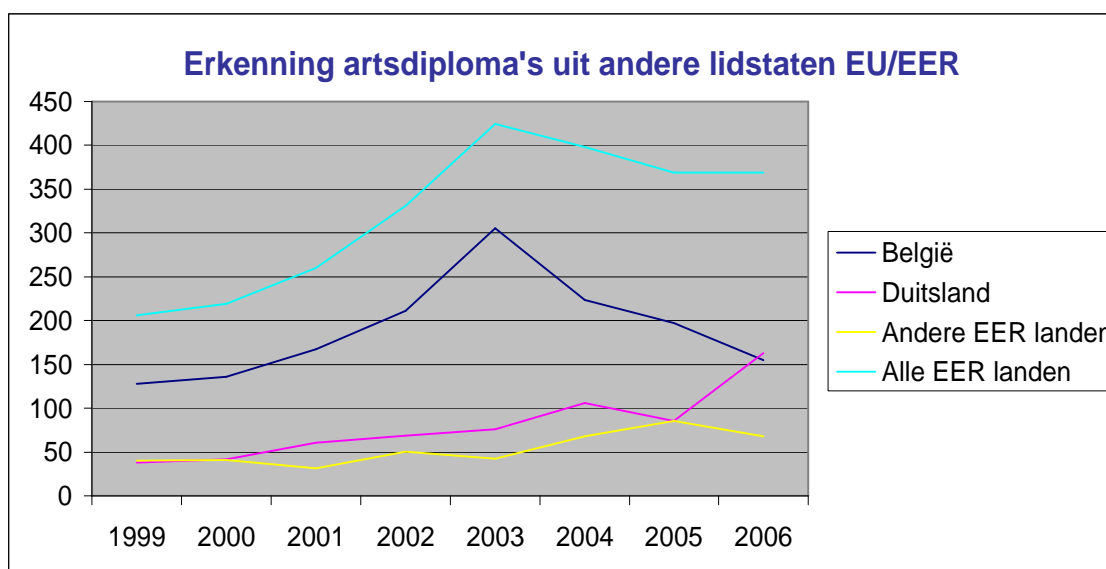
Voor een gezonde continuering van het assessment is het wenselijk dat het aantal kandidaten toeneemt. Dit mag echter niet ten koste gaan van de zekerheid dat de geslaagden goede zorg verlenen aan de patiënten.

Daartoe bestaan enkele mogelijkheden

- Het aantal kandidaten is mogelijk te bevorderen door het effectueren van (deels reeds voorgenomen) verbeteringen in de procedure. Te denken valt aan een regelmatige voorlichtingsmiddag, meer inbreng van de ervaring van kandidaten, etc.
- Ook kan het aantal kandidaten toenemen als het voornemen vanuit de KNMG wordt geëffectueerd vluchteling artsen vanuit de districten te ondersteunen bij het toeleidingstraject naar het assessment. Dit initiatief verdient steun.
- Het idee de AKV toets aan te bieden aan werkgevers die artsen van binnen de EER willen aannemen verdient steun (zie volgende paragraaf).

Buitenlandse artsen van binnen de EER

In de afgelopen jaren zijn in Nederland jaarlijks tussen de 300 en 400 buitenslands gediplomeerde artsen van binnen de EER in het BIG register opgenomen (zie figuur 2).



Figuur 2: erkenning artsdiploma's uit andere lidstaten EU/EER

Bron: presentatie Dr. L.R. Kooij op KNMG congres 'Opleiden voor kwaliteit' 11/10/07

Voor de kleinere groep instromers van buiten de EER is sprake van een gedegen kwalitatieve selectie. Het aantal instromers van binnen de EER is (met uitzondering van het jaar 2003) beduidend hoger. Op landelijk niveau kunnen in verband met het vrij verkeer van diensten deze instromers niet onderworpen worden aan eenzelfde procedure als artsen van buiten de EER. Hier ligt een taak voor werkgevers. Een werkgever kan immers bij het in dienst nemen van een arts bijvoorbeeld verlangen dat hij Nederlands spreekt.

De CBGV suggereert bij monde van zijn voorzitter om zorgwerkgevers aan te bieden de taalvaardigheid Nederlands van EER-instromers te toetsen door het JBI met behulp van de AKV. Dit kan preventief werken voor mogelijke problemen met artsen van buiten de EER die zich na de tussenstap van enkele jaren werken in een EER land zonder toetsing in Nederland vestigen.

Financiële aspecten

Kandidaten hebben aangegeven de kosten van het assessment ad € 2.200,- niet als een te hoge drempel te hebben ervaren. Allen hadden werk binnen de gezondheidszorg en soms betaalde de werkgever de kosten.

De kosten die gemoeid (kunnen) zijn met het gerichte opleidingsadvies vormen wel een barrière. Het gaat immers om het verlies van inkomen gedurende een half, één, twee of drie jaar waarbij kandidaten hun werk moeten opgeven ten behoeve van hun studie.

Ook komen kandidaten op basis van hun (hogere) leeftijd gewoonlijk niet in aanmerking voor studiefinanciering en worden zij geconfronteerd met hoge collegegelden.

Artsen met een vluchteling status hebben meestal geen werk op het moment dat zij het assessment willen doorlopen. Hun financiële middelen zijn (zeer) beperkt en zij zijn meestal afhankelijk van externe ondersteuning via UAF of gemeente (uitkering).

Ook enkele assessoren maken zich zorgen over de financiële drempels als daardoor goede kandidaten afzien van het assessment. Een assessor heeft het idee geopperd een fonds te vormen waaruit kandidaten financiële steun krijgen voor de duur van de aanvullende opleiding. Zodra artsen na inschrijving in het BIG register daadwerkelijk aan het werk gaan in Nederland (of elders in Europa) kunnen zij het geleende geld terug betalen. Dit idee verdient nader onderzoek.

Antecedentenonderzoek

Door diverse betrokkenen is gesuggereerd voor alle buitenlandse artsen (van binnen en buiten de EER) antecedentenonderzoek te laten verrichten, bijvoorbeeld door de IGZ. Dit moet echter niet vertragend gaan werken voor het assessment en moet geen taak worden voor de kandidaten.

5. DE BEVINDINGEN VERTAALD VOOR ANDERE PROFESSIONALS

5.1 tandartsen

De procedure voor tandartsen in grote lijnen vergelijkbaar met het assessment voor artsen. De kandidaat doorloopt dezelfde vijf stappen: aanvraag, AKV, BI-toetsen, adviesgesprek, eventueel vervolgtraject. De BI-toetsen worden verzorgd door ACTA. Alle overwegingen in dit rapport, met uitzondering van de opmerkingen over de DMB, DKK en DKV gelden derhalve ook voor het tandartsen-assessment. In aanvulling hierop nog de volgende opmerkingen en overwegingen.

- Alle (4) BI-toetsen worden afgenomen door ACTA. De kandidaat heeft hierdoor (behalve voor de AKV) maar met één toetsende instelling te maken. Hierdoor kan de doelstelling van 6 maanden doorlooptijd eenvoudiger worden gehaald. Gezien de start van deze nieuwe procedure in dit jaar is dit niet geverifieerd.
- ACTA voorziet tevens in begeleiding van de kandidaat. De kandidaat kan zich inschrijven voor een drie maanden durende voorbereidingsperiode, waarin hij kan oefenen voor de toetsen. ACTA stelt materialen en instrumenten beschikbaar.
- Voor tandartsen zijn via internet geen proeftoetsen beschikbaar. Alle kandidaten ontvangen bij inschrijving voor de BI-toetsen echter voorbeeldexemplaren van de verschillende toetsen.
- Voor tandartsen is de "kennismakingsperiode met het Nederlandse zorgstelsel" zes maanden. Waarom deze tijd voor tandartsen langer is dan voor artsen wordt niet gemotiveerd.
- De resultaten van BI-toetsen worden door ACTA voorzien van een preadvies. Dit komt de aansluiting tussen het assessment en aanvullende opleiding ten goede.
- De CBGV/CIBG basisbrochure geldt ook voor de tandartsen. In deze brochure wordt gesproken over een portfolio en het betrekken van ervaring in de procedure. Bij artsen is geconstateerd dat de rol hiervan beperkt is. In de procedure voor tandartsen wordt het portfolio niet genoemd. Dit staat haaks op de intentie van de minister om de werkervaring van buitenslands gediplomeerden mee te nemen in de procedure.

5.2 verpleegkundigen

Voor verpleegkundigen geldt een procedure die in structuur vergelijkbaar is, maar op een aantal punten verschilt van de artsenprocedure.

- Het beroep verpleegkundige kan in Nederland op verschillende niveaus worden uitgeoefend. Inschrijving in het BIG register geschiedt op basis van de beroepskwalificatie als verpleegkundige (mbo niveau, niveau 4). Bij deze inschrijving kan HBO-V relevantie (niveau 5) worden aangetekend indien de kandidaat slaagt voor de AKV op havo niveau en het portfolio aanleiding geeft tot aantekening van HBO-V relevantie.
- De verschillende niveaus van beroepsuitoefening brengen met zich mee dat de toetsen Nederland en Engels zijn samengesteld uit vragen op vmbo- én havo-niveau. Voor de BI-toets is minimaal een voldoende score op vmbo noodzakelijk. Wil de kandidaat HBO-V relevantie laten aantekenen, dan moeten ook de "havo-vragen" voldoende scores.
- De AKV wordt afgenomen door het CITO in Arnhem. Voorbereiding voor de toetsen Nederlands en Engels kan met vmbo en havo examenbundels.
- Evenals artsen en tandartsen worden de verpleegkundigen getoetst op Nederlands en Engels, maar wel op een ander niveau (vmbo/havo). De noodzaak voor beheersing van de Engelse taal wordt gemotiveerd door het feit dat de beroepsbeoefenaar internationale vakliteratuur moet bijhouden en Engelstalige handboeken moet kunnen raadplegen. De vraag is in hoeverre de mbo verpleegkundige in de dagelijkse beroepspraktijk het Engels moet beheersen.
Het taalvereiste impliceert immers voor sommige buitenslands gediplomeerden dat zij niet één, maar twee nieuwe talen moeten leren voordat zij hier aan de slag kunnen. Gezien de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor verplegend personeel moet de vraag worden gesteld of de kwaliteit van zorg ernstig wordt geschaad als deze vereiste voor verpleegkundigen niveau 4 verval.
- Ook de BI-toets wordt door het CITO verzorgd. Op de RIBIZ internetsite is informatie over de BI-toets beschikbaar. Een voorbeeldtoets is echter niet beschikbaar. Wellicht kan dit alsnog worden gerealiseerd.
- De procedure begint met een pre-aanvraag: met behulp van een portfolio kan een kandidaat een "zelf-test" doen die laat zien of hij voldoet aan het vereiste niveau.

Op basis van het portfolio verstrekt het secretariaat van de CBGV een vrijblijvende indicatie. Een kandidaat kan hier geen rechten aan ontleen, maar hoeft de indicatie ook niet te volgen. Het portfolio wordt aan het eind van de procedure opnieuw gebruikt. Op basis van het portfolio (en AKV op niveau havo) kan HBO-V relevantie in het BIG register worden aangetekend. In het assessment van verpleegkundigen speelt het portfolio een veel grotere rol dan in het assessment van artsen en tandartsen. In hoeverre werkervaring een rol speelt bij de beoordeling van het portfolio is op basis van de schriftelijke informatie niet duidelijk.

BIJLAGE 1, gebruikte afkortingen

AKV	Algemene Kennis- en Vaardighedentoets
BI	betrouwbaarheidsinterval
BI-toets	Beroepsinhoudelijke toets
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CIBG	het agentschap CIBG is een uitvoeringsorganisatie van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
CITO	voorheen: Centraal Instituut voor Toetsontwikkeling thans is CITO geen afkorting meer maar een naam.
CBGV	Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid
DMB	Deeltoets Medische Basiskennis
DKK	Deeltoets Klinische Kennis
DKV	Deeltoets Klinische Vaardigheden
ECTS	European Credit Transfer System
EER	Europese Economische Ruimte
havo	hoger algemeen voortgezet onderwijs
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JB I	James Boswell Instituut
OCW	ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
RIBIZ	Registratie en Informatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg
USMLE	United States Medical Licensing Examination
vmbo	voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs
vmbo-t	voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs, theoretische leergang
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

BIJLAGE 2, geraadpleegde literatuur

Informatie beschikbaar op www.ribiz.nl:

Algemene informatie

- Assessment Buitenslands Gediplomeerden Gezondheidszorg: elke beroepsbeoefenaar een gelijke en eerlijke kans om te laten zien wat hij waard is. Informatiebrochure CIBG/CBGV, ongedateerd.
- Circulaire Verklaring vakbekwaamheid buitenslands gediplomeerden volksgezondheid. Uit: Staatscourant 3 mei 2006, nr. 86 / pag. 31.
- Richtlijn beoordeling vakbekwaamheid buitensland gediplomeerden gezondheidszorg. CBGV, januari 2007.
- Informatie over 'Waarmerken en Verificatie'. Factsheet CIBG/CBGV, ongedateerd.
- Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 juni 2006, nr. MEVA/BO-2681583, houdende vaststelling van een tarief voor de kennis- en vaardighedentoets (tarifiering kennis- en vaardighedentoets).

Informatie voor artsen:

- Algemene informatie assessment artsen. Factsheet CIBG/CBGV, juli 2007.
- Overgangsregeling kennis- en vaardighedentoets 'nieuwe stijl' artsen. Factsheet CIBG/CBGV, geldigheidsduur tot en met 31 december 2007.
- Richtlijn beoordeling Vakbekwaamheid Buitenslands Gediplomeerde Artsen. CBGV, februari 2006. (betreft "oude procedure").
- Reglement 'Kennis- en vaardighedentoetsen' voor artsen. CBGV, juli 2007.
- Artsen: informatie Algemene kennis- en vaardighedentoets. Factsheet CIBG/CBGV, juli 2007.
- Artsen: Toetsplanning 2008 – Algemene Kennis en Vaardighedentoets. Factsheet CIBG/CBGV, ongedateerd.
- Informatie Algemene kennis- en vaardighedentoets. CIBG / CBGV, juli 2007.
- Voorbeeldtoets Algemene kennis- en vaardighedentoets voor artsen. Deeltoets Nederlandse taal en communicatievaardigheden, ongedateerd. (ook gepubliceerd onder informatie voor tandartsen).
- Artsen: Informatie Deeltoets Medische Basiskennis. Factsheet CIBG/CBGV, ongedateerd.
- Oefenset met antwoordsleutel Deeltoets Medische Basiskennis, ongedateerd.
- Informatie Deeltoets Klinische Kennis. Factsheet CIBG/CBGV, ongedateerd.

- Oefentoets Deeltoets Klinische Kennis met antwoordsleutel. Universiteit Maastricht, ongedateerd.
- Artsen: Toetsplanning 2008 – Beroepsinhoudelijke toetsen. Factsheet CIBG/CBGV, ongedateerd.
- Artsen: Informatie bij Deeltoets Klinische Vaardigheden (DKV).
- Artsen Toetsplanning 2008 – Algemene Kennis en Vaardighedentoets. Factsheet CIBG/CBGV, ongedateerd.
- Format voor Portfolio 'Elders verworven competenties'. CBGV, maart 2006.
- Metz JCM, Verbeek-Weel AMM, Huisjes HJ. Raamplan 2001 artsopleiding. Bijgestelde eindtermen van de artsopleiding (met bijlage).

Informatie voor tandartsen:

- Algemene informatie assessment tandartsen. Factsheet CIBG/CBGV, ongedateerd.
- Reglement 'Kennis- en vaardighedentoetsen' voor tandartsen. CBGV, juli 2007.
- Tandartsen: informatie Algemene kennis- en vaardighedentoets. CIBG / CBGV, januari 2007.
- Tandartsen: Toetsplanning 2008 – Algemene Kennis en Vaardighedentoets. Factsheet CIBG/CBGV, ongedateerd.
- Tandartsen: informatie Beroepsinhoudelijke toets. Factsheet CIBG / CBGV, juli 2007.
- Praktische informatie Algemene kennis- en vaardighedentoets – TA. CIBG / CBGV, ongedateerd.
- Raamplan 2000 Tandartsopleiding, eindtermen van de tandartsopleiding. VSNU, 2000.

Informatie voor verpleegkundigen:

- Algemene informatie assessment verpleegkundigen. Factsheet CIBG / CBGV, juli 2007.
- Reglement 'kennis- en vaardighedentoetsen' voor verpleegkundigen. CBGV, september 2007.
- Verpleegkundigen: informatie Algemene kennis- en vaardighedentoets. Factsheet CIBG/CBGV, januari 2007.
- Bijlage bij de examenoproep van het CIBG. CIBG / Cito, 2007.
- Informatie voor de kandidaat over de beroepsinhoudelijke toets voor buitenslands gediplomeerde verpleegkundigen. CIBG / Cito, 2007.
- London J, Grotendorst A, eaa. Gekwalificeerd voor de toekomst. Eindrapport Commissie Kwalificatiestructuur. VWS / OCW, juni 1996.

Overige bronnen:

Literatuur:

- Croonen H. Poolse arts hoeft geen Nederlands te spreken, ongelijke regels voor buitenlandse artsen. Medisch Contact 2007 (62) nr. 41; 1672-1774.
- Herfs PGP, Kater L. Haalboom JRE. Het zelfoordeel van buitenlandse artsen over hun VWS-assessment-competenties bij de start van de opleiding geneeskunde in Nederland. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs, september 2007. Vol. 26, nr. 4; 184-194.
- Herfs PGP. Is Nederland toe aan een Nt2-examen programma 3? Symposiumbundel Nederlands leren na het Staatsexamen Nt2-II. Instituut voor Nederlands als Tweede Taal, Universiteit van Amsterdam. pp.24-29.
- Herfs PGP, Kater L. Haalboom JRE. Non-EEA doctors in EEA countries: doctors or cleaners?. Mediscal Teacher 2007, 29; 383-389.
- Liefhebber S, Mast J, eaa. Beroepscompetentieprofiel mbo-verpleegkundige ten behoeve van onderwijsexperimenten. Movisie, juli 2007.
- Palenstein Helderman-Susan LHM van, Bekendam LM. Hoe zit het met staan. Cursus Nederlands voor anderstalige artsen. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten: 2000.

Congresdocumentatie

- Handouts presentaties Prof.dr. T.A.W. Splinter en Dr. L.R. Kooij op KNMG Congres 'Opleiden voor Kwaliteit' oktober 2007.
- Congresdocumentatie (verslagen, handouts en toespraken) Invitational Conference 'Vakbekwaamheid zonder grenzen!' juni 2007.
- Documentatie informatiebijeenkomst CIBG oktober 2007.
- Presentatie Th.M.G. van Berkestijn "Standardized assessment in an EU-country of doctors from outside the EU" op AMEE conference augustus 2007.

Overig:

- Actoren in actie, project Assessment Buitenslands Gediplomeerden Gezondheidszorg. CIBG, april 2006.
- Assessment Buitenslands Gediplomeerden Gezondheidszorg, beoordeling resultaten kennis- en vaardighedentoetsen voor artsen. CIBG / CBGV, maart 2007.
- Met een buitenlands diploma werken in de Nederlandse gezondheidszorg. Brochure VWS, juni 1999.

- Nederlands voor anderstalige artsen. De voorbereiding op de toets 'Nederlandse taal en communicatievaardigheden' van het landelijk assessment. Brochure Universiteit Utrecht / James Boswell Instituut, ongedateerd.
- Zorg voor gegevens, gegevens voor de zorg. Brochure CIBG, september 2006.
- Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid d.d. 27-01-2006 inzake "individuele financiering kandidaten toets" (IBE/BO-2655711).
- Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal inzake "stand van zaken buitenslands gediplomeerden volksgezondheid" (IBE/BO/2569603).
- Verslag algemeen overleg vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport met minister Hoogervorst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 29 282, nr. 31.
- Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 29 282, nr. 35.

BIJLAGE 3, geraadpleegde deskundigen (sstt)

A.C.M. van der Arend	CIBG
Th.M.G. van Berkestijn	CBGV
O. ten Cate	Universiteit Utrecht
J. Dijkstra	Universiteit Maastricht
I. van den Elsen	UAF
W. Elfring	Stichting Emplooi
P.G.P Herfs	Universiteit Utrecht
M.L. Hooyenga	CIBG
M. Kamerling	JBI
M. Koning	KNMG
W.P.J. van Oosterhout	KNMG studentenplatform
C.T. Postma	UMC St. Radboud
M.J. Ripken	JBI
K.I.M. Schoen	CIBG
L.W.T. Schuwirth	Universiteit Maastricht
Th.A.W. Splinter	Voorzitter projectorganisatie
H.J. Stoop	CIBG
P. Veltman	UAF
J. Vesseur	IGZ

Tevens is gesproken met vijf kandidaten die de procedure geheel hebben doorlopen.