

Verskil in opleiding geen belemmering voor Europese arts

# ‘Taal is de sleutel’

Minister Ab Klink van Volksgezondheid laat onderzoeken of er problemen zijn met de taalvaardigheid van Europese artsen in Nederland. Het stellen van een taaleis is op grond van Europese wetgeving niet mogelijk, omdat elders in Europa behaalde diploma's zonder meer moeten worden geaccepteerd, ook al zijn de Europese opleidingen inhoudelijk niet altijd gelijk. Coördinator Lourens Kooij van de KNMG-afdeling Opleiding en Registratie: “Wij mogen alleen maar stempelen.”

[Door Daan Marselis | Illustratie Rik Verharen]

**‘Er wordt volledig voorbij gegaan aan de historisch bepaalde inhoudelijke verschillen tussen de Europese opleidingen’**

**D**at Kooij alleen maar mag stempelen als er een in Europa opgeleide specialist aan zijn bureau verschijnt, is ‘wel eens’ frustrerend. Maar, zegt Kooij, dat is nou eenmaal het systeem dat in Europa is afgesproken en daar is niet zoveel aan te veranderen. Te meer daar de afspraken voortkomen uit het ideaal van vrij verkeer van goederen, diensten en personen en ‘dat is een groot goed’. Veel vervelender vindt Kooij het dat Nederlandse instellingen en artsen geloven in het misverstand dat zijn afdeling, die zich bezighoudt met de opleiding en registratie van specialisten, ook de Europese opleidingen op hun merites heeft beoordeeld en dat de artsen die Kooij's stempel krijgen ‘dus’ goed zijn opgeleid voor het werk in de Nederlandse gezondheidszorg.

In Europees verband zijn namelijk afspraken gemaakt voor het ‘automatisch erkennen’ van beroepskwalificaties. Dit systeem is gebaseerd op de gedachte dat alle Europese opleidingen, in dit geval alle medische opleidingen, gelijkwaardig zijn. De opleidingen zijn echter in alle lidstaten (ten dele) verschillend en daarom zijn wel enkele minimum-eisen vastgelegd waaraan een degelijke medische opleiding moet voldoen. Zo worden er onder andere eisen gesteld aan de minimum opleidingsduur, die moet zes jaar zijn.

Voorzitter Theo van Berkestijn van de Commissie Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV), die het ministerie adviseert over de registratie van buitenlandse artsen, legt uit dat het Europese principe gebaseerd is op onderling vertrouwen tussen de lidstaten. “Het erkennen van elkaars diploma's is een politieke beslissing geweest. Er is

onderscheid tussen de beroepskwalificatie en de beroepsuitoefening. Aan de kwalificatie, het diploma van de betreffende arts, mogen geen verdere eisen gesteld worden. Dat betekent dat de overheid en de KNMG niet mogen stellen dat de arts bijvoorbeeld de Nederlandse taal spreekt. De werkgever mag van de beroepsbeoefenaar echter wel eisen dat die aan bepaalde eisen voldoet, zoals het spreken van een bepaalde taal.”

## Zelfreinigend vermogen

Kooij wijst erop dat dit systeem door de jaren heen – met enkele aanpassingen functioneert het sinds 1975 – altijd goed heeft gewerkt. Dit komt volgens hem mede door het zelfreinigend mechanisme op de arbeidsmarkt: de contracten van artsen die niet functioneren worden eenvoudig niet verlengd.

De problemen die ontstaan, worden volgens Kooij veroorzaakt doordat met de gelijkwaardering volledig voorbij wordt gegaan aan de historisch bepaalde inhoudelijke verschillen tussen de Europese opleidingen. Zo is de interne geneeskunde in Nederland een breed specialisme, terwijl het in Engeland juist heel ‘smal’ is. Kooij: “In Engeland zijn hematologie en oncologie bijvoorbeeld een apart specialisme, terwijl de Nederlandse internist beide onderdelen behoort te beheersen.”

Ook de Franse chirurgopleiding verschilt sterk van de Nederlandse, zegt de Franse chirurg Nicolas Cardin. Cardin rondde zijn opleiding tot oncologisch chirurg af in Frankrijk, waarna hij twee jaar geleden om familiereidenen naar Nederland trok. Eenmaal hier kwam hij maar moeilijk aan het werk. Naar eigen zeggen deels vanwege zijn moeizame Nederlands – hij spreekt verstaanbaar, maar lang-



zaam en moet soms naar woorden zoeken – maar ook omdat hij als Franse algemeen chirurg minder ‘kan’ dan zijn Nederlandse collega’s.

Cardin: “Mijn opleiding in Frankrijk is zo verschillend dat ik mij niet gelijk kan stellen met mijn Nederlandse concurrent. Zo ben ik niet opgeleid voor mammachirurgie. Ook bestaat bijna 50 procent van de activiteiten van de chirurg in Nederland uit traumatologie en daarin ben ik juist niet opgeleid. In Frankrijk namelijk, valt de traumatologie onder het domein van de orthopedisch chirurgen.”

Om goed in Nederland te integreren en zijn kansen op een baan te vergroten, volgde Cardin een traject van het re-integratiebureau SIBIO om de Nederlandse taal en ziekenhuiscultuur te leren kennen. Cardin: “Ik leerde dat het in Nederland heel belangrijk is dat je de patiënt alles uitlegt over de

aanstaande operatie en de mogelijke complicaties die daarbij op kunnen treden. Dat is een duidelijk verschil met de Franse cultuur. Bovendien is de zorg in Nederland heel zakelijk georganiseerd. Met je patiënten sluit je een contract en je hebt tien minuten per patiënt. Meer dan die tien minuten mag het ook niet worden, terwijl je in Frankrijk meer kunt doen waar je zin in hebt.”

Inmiddels heeft Cardin besloten naar Frankrijk te vertrekken om eerst meer ervaring op te doen in zijn eigen vak, voordat hij het opnieuw in Nederland zal proberen. Per 1 april start hij als chirurg in Grenoble, waar hij zich onder andere zal bezighouden met buikchirurgie en traumatologie. Precies wat hij in Nederland had willen doen.

Directeur Patricia Beversluis van het re-integratiebureau SIBIO waar Nicolas Cardin begeleiding →

## ‘Artsen moeten er ook bewust van worden gemaakt hoe zij met patiënten en collega’s om horen te gaan’

zoekt, ziet taal als ‘de sleutel tot’. Volgens haar moeten artsen minimaal het staatsexamen NT2 niveau twee voor hoogopgeleiden hebben behaald om met patiënten te kunnen werken. “Wij zijn van jongs af aan opgegroeid met de Nederlandse taal en kennen zodoende de conventies waarvan buitenlandse artsen geen weet hebben. Dan kan het zijn dat zij de plank soms volledig mis slaan, zeker tijdens telefoongesprekken. Telefoneren in een andere taal is het moeilijkste dat er is, omdat je dan belangrijke non-verbale communicatie mist. Ook tijdens spoedsituaties kunnen buitenlandse artsen het trouwens moeilijk hebben.”

Maar, zegt Beversluis, het beheersen van de taal alleen is niet voldoende. Artsen moeten er ook bewust van worden gemaakt hoe zij met patiënten en collega’s om horen te gaan. Ze wijst erop dat als artsen uit een autoritaire ziekenhuiscultuur komen, zoals bijvoorbeeld de Duitse, zij niet altijd door hebben welke toon zij tegen hun patiënten aan slaan. Beversluis: “Sommige talen klinken heel hakkelig, vaak blijven mensen zo’n accent houden als ze eenmaal Nederlands spreken, zij weten dan niet hoe zij klinken en welke indruk zij zo maken op patiënten.”

Nicolas Cardin ervoer zelf dat communiceren met collega’s niet altijd goed verliep. Als chirurg van Franse komaf was hij in het ziekenhuis in Stadskaanaal een soort attractie. “Vooral omdat daar bijna geen Fransen waren,” bekent hij. “Een jaar geleden was mijn Nederlands slechter dan nu. Communiceren met collega’s ging dan ook moeizaam. Sommigen hebben het geduld om dan naar me te blijven luisteren, die mensen hebben er geen moeite mee om dingen drie keer te herhalen. Voor andere collega’s bleek dat een stuk moeilijker en die irriteerden zich aan mijn manier van praten.”

### Kwaliteit en veiligheid

Lourens Kooij onderscheid drie soorten artsen. De eerste is de in Nederland opgeleide arts, de tweede de in Europa opgeleide arts en de derde de arts die buiten de EU zijn diploma behaalde. Kooij: “Artsen die hun diploma in Nederland behaalden, hebben een opleiding genoten die vanzelfsprekend aan de Nederlandse eisen voldoet. Hetzelfde geldt voor artsen die hun diploma buiten de EU behaalden en in Nederland aan slag mogen, want zij hebben een uitgebreid assessment moeten doorlopen.” Dat assessment wordt afgenomen onder verantwoordelijkheid van de Commissie Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid waarbij ook

alle medische faculteiten betrokken zijn. Tijdens het traject wordt gekeken of de arts het medisch Nederlands beheerst en dus met patiënten en collega’s kan communiceren. Daarnaast wordt onder andere gelet op de ICT-vaardigheid van de artsen, de kennis van het passief Engels (voor de na- en bijscholing) en de kennis van het Nederlandse gezondheidsstelsel. Ook wordt met examens getoetst of de arts voldoende medische competenties heeft om in Nederland aan de slag te kunnen.

“Maar,” zegt Kooij, “we hebben geen enkel zicht in de kwaliteit van de opleiding die specialisten elders in Europa hebben genoten. Die diploma’s moeten we zonder meer ondertekenen. Niemand kan daarvoor garanderen dat deze artsen in Nederland goed zullen functioneren. Soms hoop ik oprecht dat zo’n arts niet in mijn buik hoeft te snijden.”

Volgens Kooij is het de verantwoordelijkheid van de instellingen en van de buitenlandse artsen zelf om te beoordelen of zij in Nederland kunnen werken.

Op grond van de scheiding tussen beroepskwalificatie en -uitvoering, mogen ziekenhuizen en andere werkgevers in de zorg wel van hun personeel eisen dat het Nederlands spreekt. Kooij wijst er dan ook op dat er als onderdeel van het assessment al middelen zijn ontwikkeld om de vaardigheden en kennis van buitenlandse artsen te testen. Kooij: “Die testen zouden Europese artsen die in Nederland willen werken op basis van vrijwilligheid kunnen doen.”

Theo van Berkestijn wil echter nog verder gaan. Hij pleit voor een convenant dat minister Klink moet sluiten met werkgevers in de gezondheidszorg. In die overeenkomst zou moeten worden afgesproken dat ook Europese artsen die in Nederland aan de slag willen, het Nederlands machtig moeten zijn. Van Berkestijn: “Werkgevers kunnen nu van Europese artsen eisen dat zij Nederlands spreken. Maar ik wil dat ze de taaleis verplicht stellen. Dat is niet alleen voor patiënten, maar ook voor de werkgevers heel belangrijk. Op grond van de WGBO kunnen ziekenhuizen namelijk ook verantwoordelijk worden gesteld voor medische fouten, ook als die voortkomen uit storingen in de communicatie.” Bovendien, zo stelt Van Berkestijn, is het op grond van Europese regelgeving niet uitgesloten om van een arts te kunnen eisen dat hij de taal van zijn patiënten spreekt. Volgens de betreffende Europese richtlijn mag het ontvangende land eisen dat aan nationale wetgeving wordt voldaan, zoals het inform consent waarvan de WGBO uitgaat. 