



Kracht in diversiteit

Vandaag zijn de vaccinatiestudies gestart naar kwetsbare patiëntengroepen, zoals patiënten met oncologische aandoeningen, transplantaties of immuundeficiënties. Een ongelofelijke mijlpaal, waarin netwerken van verschillende internisten een belangrijke rol spelen. Maar helaas beginnen de besmettingen ondertussen weer op te lopen, en is in ziekenhuizen nog steeds een deel van de zorg afgeschaald. Dat maakt het snel kunnen vaccineren van onze kwetsbare patiënten des te belangrijker. Wat dat betreft zijn de resultaten uit landen die al verder zijn met vaccineren, zoals Israël en Engeland, erg hoopgevend.

De pandemie heeft niet alleen grote gevolgen voor onze manier van leven, maar ook voor onze manier van werken. En hoewel ik het sociale en informele deel van de congressen enorm mis, heeft online nascholing ook belangrijke voordelen. Zo is het erg inspirerend om te zien dat onze E-learning, gericht om basisartsen en andere medisch specialisten te trainen om onder supervisie te kunnen werken op een Covid-afdeling, inmiddels meer dan 10.000 keer is geraadpleegd (p.21). Wel zijn de spelregels bij het geven van online onderwijs net iets anders dan bij gewoon onderwijs. In het artikel op pagina 10-11 worden daarom de drie belangrijkste succesfactoren van digitale didactiek besproken.

Om onze nieuwe directeur, Samara Jaber, te citeren over de pandemie: ‘Lessons learned zijn belangrijk, maar we moeten ons niet blindstaren op de korte termijn. Om ons echt voor te bereiden op de toekomst moeten we breder kijken.’ En daar wordt in dit magazine op verschillende vlakken bij stil gestaan. Een belangrijk onderwerp dat tijdens de pandemie veel aandacht heeft gekregen is het belang van preventie en een gezonde leefomgeving (p.18-20), mede doordat patiënten met morbide obesitas en chronische ziekten onevenredig hard geraakt werden door het virus. Net als dat het belang van voldoende beschikbare capaciteit de afgelopen periode keer op keer werd benadrukt. Dat geldt voor capaciteit in de ziekenhuizen, maar zeker ook voor je eigen beschikbare capaciteit. Ik vond het erg nuttig om de do’s en dont’s van effectief werken weer even op een rijtje te zien (p.22-23). En om als dokter effectief te kunnen zijn, is het belangrijk dat wij kunnen doen waar wij goed in zijn, waarbij de administratielast de komende jaren steeds verder verminderd wordt (p.17).

“Kracht in diversiteit” is het motto van de NIV. Niet alleen de diversiteit van ons vak is belangrijk voor de toekomst, maar diversiteit in de breedste zin van het woord. Diversiteit in mate van competenties en kwaliteiten, diversiteit in man-vrouwverdeling, en diversiteit in etniciteit en culturele achtergrond. We zullen al deze diversiteit de komende jaren veel meer als een kracht moeten inzetten. Maar hoe doen we dat en wat is daarvoor nodig? Het artikel op pagina 14-16 laat zien dat er nog wel een aantal stappen te zetten zijn. Het is daarbij goed om te weten dat ook de JNIV diversiteit heeft bestempeld als een van haar speerpunten voor de komende jaren.

Robin Peeters
Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde,
magazine voor de internist
12e jaargang, nummer 1, maart 2021

Redactie

Hans Ablij, Gysèle Bleumink (hoofdredacteur), Caroline Canté, Marianne Hendriks, Charlotte Krol, Lianne van der Meer, Coco Opheij, Harriët Teijen, Hein Visser

Redactie-adres

MacChain
E-mail: info@macchain.nl

Vormgeving en DTP

HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn

Beeld omslag

Fjodor Buis

Uitgever

MacChain, Connecting Medical Initiatives,
Postbus 330, 1960 AH Heemskerk

ISSN 2211-100X

© NIV, 2021

Website NIV: www.internisten.nl

Culturele diversiteit in de medische opleiding

Tekst: Mahdi Salih, nefroloog in opleiding en voorzitter diversiteitscommissie JNIV, Karen Stegers-Jager, onderwijskundige en universitair docent verbonden aan het Institute of Medical Education Research Rotterdam (iMERR), Erasmus MC, Adrienne Zandbergen, internist-vasculair geneeskundige en opleider Interne Geneeskunde Erasmus MC

Om diversiteit op de arbeidsmarkt te bevorderen is het van belang om studenten gelijke kansen te bieden om toegelaten te worden tot een studie. Dus ook de studie geneeskunde. Dat kan bijvoorbeeld gaan om studenten met een migratieachtergrond of studenten die uit een gezin komen met laagopgeleide ouders, waar studeren niet tot de standaard behoort. Na het succesvol afronden van de studie moeten ook deze studenten een opleidingsplek en een baan kunnen krijgen. In dit artikel schetsen wij de huidige situatie rond culturele diversiteit binnen de studie geneeskunde en de vervolgopleiding tot internist.

De diversiteit van het individu wordt gelukkig steeds meer omarmd in onze samenleving. Waar vroeger de verschillen werden weggepoetst onder het mom van 'iedereen is gelijk', ziet men steeds meer in dat verschillen er wel degelijk toe doen. Verschillen in afkomst bijvoorbeeld, in geslacht of door een lichamelijke beperking. Het maatschappelijk correcte 'ik zie geen kleur, geslacht of lichamelijke beperking', is weliswaar goed bedoeld, maar doet juist tekort aan het individu. In een samenleving waarin een meerderheid de norm bepaalt, is het juist belangrijk om ongelijkheid te erkennen (of positiever en beter: niet-gelijkheid). Pas dan kunnen individu en de

maatschappij er op inspelen en het maximale uit ieders capaciteit halen. Binnen de geneeskunde is dit niet anders. Als artsen een meer diverse culturele achtergrond hebben, kunnen ze deze gebruiken om betere patiëntenzorg te leveren. Wil je bijvoorbeeld juiste voedingsadviezen kunnen geven, dan zul je iemands keuken moeten kennen.

Toelating geneeskundeopleiding

De vervanging van de centrale loting door volledige decentrale selectie roept de vraag op of studenten met een niet-Nederlandse achtergrond gelijke kansen hebben op toelating tot de studie geneeskunde. Onderzoek heeft aangetoond dat

een decentrale selectie niet hoeft te leiden tot kansenongelijkheid.¹ Zo bleek uit onderzoek naar de selectieprocedure voor de studie geneeskunde in Rotterdam, dat de kans op toelating op basis van de kwaliteit en kwantiteit van extra-curriculaire activiteiten niet werd beïnvloed door het wel of niet hebben van een migratieachtergrond en/of hoogopgeleide ouders.² Ook in het grote landelijke onderzoek van ResearchNed uit 2018, naar selectie en toegankelijkheid, werd geen bias gevonden op basis van geslacht, leeftijd, sociaal-economische status, eerste generatie hoger onderwijs, hulp van ouders of school en ouders met een opleiding in hetzelfde domein.³ Kandidaten met een (niet-westerse) migratieachtergrond hadden in dat onderzoek wel een iets lagere kans om toegelaten te worden. Dit is mogelijk te verklaren door de hoge(re) populariteit van de studie geneeskunde onder jongeren met een migratieachtergrond.⁴

Dit laatste raakt aan een andere zorg rondom selectie, die vaak wordt genoemd. En dat is die van zelfselectie, waarbij bepaalde groepen op voorhand besluiten dat ze geen kans maken bij de selectie. Een kleinschalige kwalitatieve studie van het VUmc suggereerde dat de huidige (decentrale) selectieprocedures kandidaten afschikken die geen 'medisch netwerk' hebben. Echter, in overeenstemming met de bevinding van ResearchNed, vonden wij in de bovengenoemde studie uit Rotterdam, dat het percentage

'Opvallend is dat slechts een klein percentage van de **basisartsen met een niet-westerse achtergrond** een opleiding tot specialist volgt'

kandidaten met een niet-westerse achtergrond dat zich aanmeldde voor de studie geneeskunde met 27% juist veel hoger was dan het percentage scholieren met een niet-westerse achtergrond dat in datzelfde jaar het vwo afrondde met het juiste profiel (8%). De laatste jaren is het percentage eerstejaars studenten met een migratieachtergrond bij de studie geneeskunde in Rotterdam gestegen naar zo'n 35%. De invloed van zelfselectie en van verschillende selectiemethoden op de diversiteit van de studentenpopulatie wordt momenteel bij verschillende opleidingen en instellingen verder onderzocht. Het lijkt er dus op dat de studie geneeskunde erg populair is bij scholieren met een niet-westerse achtergrond, waarbij zij niet structureel benadeeld worden in de toelating tot de studie.

Opleiding geneeskunde

In de volgende fase, namelijk die van het succesvol afronden van de studie geneeskunde, lijken er wel verschillen te ontstaan. Meerdere onderzoeken, onder meer in Rotterdam, toonden aan dat de etnische achtergrond samenhangt met studieprestaties, en dan vooral tijdens de klinische fase. In de preklinische fase (bachelor) scoorden alleen Surinaamse en Antilliaanse studenten slechter dan studenten zonder migratieachtergrond. Het slagingspercentage jaar 1 nominaal was 37% versus 64%; in de preklinische fase nominaal 19% versus 41%. Tijdens de coschappen hadden alle studenten met een migratieachtergrond

		Overig		Niet-Westerse migratieachtergrond		% Niet-Westers
		Niet gepromoveerd	Gepromoveerd	Niet gepromoveerd	Gepromoveerd	
Genodigden	106	42	42	12	10	21
Aangenomen	74	28	39	1	6	9
% Acceptatie	70	67	93	8	60	

Tabel 1. Sollicitanten voor een opleidingsplek binnen de Interne geneeskunde in de regio Zuidwest Nederland in de periode 2017 tot en met 2020.

een kleinere kans op het behalen van een goed cijfer. Van de studenten zonder migratieachtergrond kreeg 88% voor minstens drie van de eerste vijf coschappen een 8. Voor studenten met een migratieachtergrond was dit aanzienlijk lager: 54-77%.⁵ Prestatieverschillen tijdens de preklinische fase werden vooral gevonden op de taal-, schrijfvaardigheid- en klinische toetsen.⁶

Na het invoeren van deelbeoordelingen tijdens de coschappen (d.w.z. meerdere beoordelingen door verschillende beoordelaars en op verschillende competenties), namen de verschillen in cijfers tussen studenten met en zonder migratieachtergrond af. Dit kwam doordat studenten met een migratieachtergrond in het nieuwe beoordelingssysteem vaker een hoger cijfer kregen, terwijl studenten zonder migratieachtergrond juist minder vaak een hoger cijfer kregen. Opvallend genoeg traden er opnieuw verschillen in cijfers op wanneer examinatoren mochten afwijken van het eindcijfer dat op basis van de deelbeoordelingen door het beoordelingssysteem werd voorgesteld.⁷ Dit berust waarschijnlijk

op het onbewust bevoordelen van degene met dezelfde etnische achtergrond, een fenomeen dat consistent naar voren komt in psychologisch onderzoek. Door deelbeoordelingen in te voeren krijgt de examinator meer informatie om zijn stereotypische verwachtingen tegen te gaan, de zogenaamde *forecasting error*. Daarmee vermindert de kans op onterechte verschillen in beoordelingen in de klinische fase.

Medische vervolgopleiding Interne geneeskunde

Opvallend is dat slechts een klein percentage van de basisartsen met niet-westerse migratieachtergrond een opleiding tot specialist volgt. Is het zo dat deze basisartsen minder vaak solliciteren voor een vervolgopleiding, of komen zij moeizamer door de selectieprocedure?

Om hier meer inzicht in te krijgen hebben wij retrospectief (in de periode 2017-2020), gekeken naar alle sollicitanten voor een opleidingsplek binnen het specialisme interne geneeskunde. We keken hierbij naar de Opleidings- en Onderwijsregio (OOR) Zuidwest Nederland, waar het percentage geneeskundestudenten met een niet-westerse achtergrond hoog is, namelijk 35%.

Tabel 1 vermeldt het aantal sollicitanten dat is uitgenodigd voor een sollicitatiegesprek. Omdat een promotietraject voorafgaand aan de sollicitatie mogelijk de kansen vergroot op aanname voor de opleiding, hebben we de groepen op basis hiervan uitgesplitst.

Van de 106 genodigden werden er 74 aangenomen voor de opleiding (70%). Het blijkt dat een aanzienlijk deel (21%) van de genodigden een niet-westerse achtergrond had

DIVERSITEIT ALS JNIV-SPEERPUNT

Diversiteit is bestempeld als één van de speerpunten van de JNIV voor de komende jaren. Waar de JNIV *kracht in diversiteit* als credo heeft, ziet ook de JNIV kansen en uitdagingen in het onderwerp diversiteit.

Het gaat hier om culturele diversiteit, maar ook diversiteit in de opleiding en werkvormen. Uiteindelijk is het doel om werkplezier en werkgelegenheid te verbeteren.

Het thema werd onlangs afgetrapt tijdens een digitale strategieavond. Als JNIV signaleren wij dat er binnen de ziekenhuizen (te) weinig aandacht is voor diversiteitsbeleid. Om hier de komende tijd mee aan de slag te gaan en (nog) meer bewustzijn te creëren is de commissie Diversiteit opgericht. Deze commissie bestaat uit enthousiaste aios Interne Geneeskunde die diversiteit in al haar facetten op de agenda zullen zetten.

en dat daarvan maar een klein deel werd aangenomen, namelijk 9%. De acceptatiegraad voor kandidaten met een niet-westerse migratieachtergrond was 32%, tegenover een acceptatiegraad van 80% voor overige kandidaten. Deze discrepantie lijkt vooral, maar zeker niet exclusief, verklaard te worden door de lage acceptatiegraad van niet-westerse kandidaten die geen promotieonderzoek hadden gedaan.

Uit deze getallen kunnen we concluderen dat er geen gebrek is aan kandidaten met een niet-westerse achtergrond voor een opleidingsplek binnen de Interne geneeskunde in de OOR Zuidwest Nederland. Wanneer deze kandidaten een promotietraject hadden afgerond maakten ze een redelijke, maar nog steeds lagere kans om aangenomen te worden, ten opzichte van gepromoveerde kandidaten zonder migratieachtergrond (60% vs. 93%). Daarentegen zijn de kansen voor niet gepromoveerde kandidaten met een niet-westerse achtergrond zeer slecht

in vergelijking met niet-gepromoveerde kandidaten zonder migratieachtergrond (8% vs. 67%). Deze cijfers zijn alleen gebaseerd op de kandidaten die uitgenodigd zijn voor een gesprek: data van de sollicitanten die op basis van de sollicitatiebrief en/of CV afgewezen zijn, zijn niet beschikbaar.

Conclusie

Studenten met een niet-westerse achtergrond zijn, dankzij de hoge populariteit van de opleiding en ondanks de soms gerapporteerde negatieve effecten van selectie, goed vertegenwoordigd bij de studie geneeskunde. Wel krijgen deze studenten vaker lagere cijfers in de klinische fase (coschappen) en hebben zij minder kans om aangenomen te worden voor een opleidingsplek binnen de Interne geneeskunde. De ongelijkheid bij beoordelingen in de klinische fase kan - in ieder geval deels - worden weggenomen door meerdere beoordelingen en meerdere beoordelaars. Hoe vervolgens

de ongelijke kansen op aanname voor de opleiding Interne geneeskunde kunnen worden geadresseerd, dient onderwerp van onderzoek en discussie te worden. ■

Referenties

1. Betancourt, J.R. Eliminating racial and ethnic disparities in health care: What is the role of academic medicine? *Academic medicine*, 2006;81(9):788-92.
2. Stegers-Jager, K.M., Steyerberg, E.W., Lucieer, S.M. & Themmen, A.P.N. Ethnic and social disparities in performance on medical school selection criteria. *Med Educ*. 2015;49(1):124-33.
3. Broek, A. van den, Mulder, J., Korte, K. de & Bendig-Jacobs, J. Selectie bij opleidingen met een numerus fixus & de toegankelijkheid van het hoger onderwijs. Nijmegen: Research Ned, 2018.
4. Cleutjens, K. & Stegers-Jager, K. Decentrale selectie is zo slecht nog niet. *Medisch Contact*. 2020;34/35:36-7.
5. Stegers-Jager, K.M., Steyerberg, E.W., Cohen-Schotanus, J., Themmen, A.P.N. Ethnic disparities in undergraduate pre-clinical and clinical performance. *Medical Education*. 2012;46(6):575-85.
6. Stegers-Jager, K.M., Brommet, F.N. & Themmen, A.P.N. De invloed van afkomst op studieresultaten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:D597.
7. Andel, C.E.E. van, Born, M.P., Themmen, A.P.N. & Stegers-Jager, K.M. Broadly sampled assessment reduces ethnicity-related differences in clinical grades. *Medical Education*. 2019;53(3):264-75.

Cartoon

Dr Punthoofd...

DRAAIT ER BIJ DE OPEN DAG NIET OMHEEN



M van Delft