



Naslagdocument NVMO 2024 Ronde tafelsessie De Geneeskundestudent – mei 2024

Inleiding

In het kader van de voortdurende zoektocht naar een eerlijker en inclusieve selectieproces voor de geneeskundeopleiding heeft De Geneeskundestudent op 16 mei 2024 een ronde tafelsessie georganiseerd tijdens het NVMO-congres (Nederlandse Vereniging voor Medische Opleidingen). Deze bijeenkomst was bedoeld om de uitdagingen rondom de decentrale loting te bespreken en om tot voorstellen te komen die de huidige (selectie)processen kunnen verbeteren, met een sterke focus op kansengelijkheid. Tijdens de sessie werden verschillende pitches gepresenteerd, waarin traditionele selectie-instrumenten werden gecombineerd met innovatieve methoden. Het doel was om de selectiecriteria en de kansen voor toekomstige studentente te optimaliseren.

In dit document worden zes specifieke pitches gepresenteerd, elk met een unieke benadering voor het verbeteren van de selectieprocedure.

1. Pitch groep 1: Toegepaste intelligentie- en vaardigheden toetsen zonder voorbereiding.

Voorstel: “Meerdere instrumenten inzetten die de student niet kan voorbereiden en die meerdere zaken toetst (zowel kennis als vaardigheden). Zo kan de student laten zien wat die in zijn mars heeft. Een voorbeeld is een toegepaste intelligentie toets die verschillende terreinen toetst, zoals bij de orthopedie opleiding waarbij je een IKEA kastje in elkaar moet zetten wat onder andere de vaardigheid ruimtelijk inzicht test (fluent intelligence). Fluent intelligence is het vermogen om logisch en abstract te denken, problemen op te lossen en aan te passen aan nieuwe situaties, zonder voorafgaande kennis. Het voordeel is dat de toets niet alleen kennis toetst, maar ook bijvoorbeeld communicatievaardigheden en samenwerken. In tegenstelling tot traditionele selectiemethoden is er bij fluent intelligence niet één criterium voor diversiteit. Het nadeel van één selectiecriteria is dat je een bepaalde groep selecteert en niet per se diversiteit. Door op fluent intelligence te toetsen, krijg je juist wel diversiteit doordat niemand zich daarop kan voorbereiden.”

Kritische noot: “Als de toets niet verandert, kan een student zich uiteindelijk toch wel voorbereiden (door bijvoorbeeld ruimtelijk inzicht-testen te oefenen, inlezen op bepaalde onderwerpen, etc.)”

2. Pitch groep 2: Afzien van VWO-cijfers en voorrang voor deelnemers met weinig 'zeven vinkjes' via een speciale kennistoets.

Voorstel: “Het VWO-cijfer niet meewegen onder andere om de stress daaromheen weg te nemen. Een van de voorstellen is een biomedische kennistoets die elk jaar van onderwerp verandert. Een ander idee is om iets met een casus te doen. Wat betreft de kansengelijkheid; misschien een weging inrichten rondom de zeven vinkjes van studenten? De zeven vinkjes luiden als volgt; minstens één hoogopgeleide of welgestelde ouder; minstens één in Nederland geboren ouder; is man; is hetero; is wit; heeft gymnasium of vwo afgerond; en heeft universiteit gedaan.

Een ander idee is om de studenten die 1-0 achterstaan juist op iets positiefs te discrimineren. Hierbij is wel belangrijk dat er niet op te veel vlakken positief gediscrimineerd wordt, want zodra je iemand positief discrimineert, geef je immers de ander minder kans. Eventueel kan er gekozen worden voor een ongewogen loting waarbij er op enkele factoren positief wordt gediscrimineerd.”

3. Pitch groep 3: Inzet van een patiënten panel voor de beoordeling van empathie en communicatievaardigheden.

Voorstel: “Dokters moeten met elk soort patiënt kunnen overleggen. Hoe meer vinkjes, hoe ongemakkelijker het is bij met bepaalde patiëntengroepen. Het voorstel is om iedere student bloot



te stellen aan bijvoorbeeld een verstandelijk beperkt persoon, laaggeletterd persoon, iemand uit laag sociaal milieu etc. om te kijken of de student zich kan verhouden tot die patiënt. Hierbij wordt de patiënt bijvoorbeeld beoordeeld op (gespreks)vaardigheden en hoe ongemakkelijker de student, hoe lager de score. University of California Los Angeles heeft bijvoorbeeld voor de geneeskundeselectie een patiëntenpanel waarin patiënten uit de stad Los Angeles worden gevraagd om een gesprek te hebben met de kandidaten. De universiteit kiest bewust mensen uit gemarginaliseerde groepen, bijvoorbeeld Latino's, slecht Engelssprekend, lage SES, laaggeletterd etc. Na het gesprek beoordeelt de patiënt hoe de empathie was en of de student goed met de patiënt kon spreken en geven ze een advies ('Willen wij deze persoon als arts in onze community?')."

4. Pitch groep 4: Een biomedische toets met daarnaast beloning van meertaligheid middels een artsen-, studenten- of patiënten panel die de taal beheerst.

Voorstel: "In plaats van de traditionele instrumenten stelt de groep een biomedische toets voor. In tegenstelling tot cijfers biedt een biomedische toets nog wel de mogelijkheid om te leren voor een toets, waarbij eerder behaalde cijfers niet meer een factor kunnen zijn die kansongelijkheid vergroten. De mate van inspanning op één moment is dan bepalend. Daarnaast is er wettelijk gezien weinig mogelijk voor het verbeteren van kansengelijkheid. Om dat toch te kunnen realiseren gaat de voorkeur uit naar het belonen van meertaligheid. De vraag is wel hoe dat gevraagd wordt van de kandidaten gezien niet alle kandidaten die meertalig zijn opgevoed een taalcertificaat hebben. Een oplossing kan zijn om interviews af te nemen waarbij de beheersing van de taal (Fries, Berbers, etc.) getoetst wordt. Het nadeel is dat het organisatorisch moeilijk is om deze methode in te zetten voor grote groepen kandidaten. Een oplossing hiervoor zou zijn om een pool van artsen, studenten en zorgverleners (vrijwillig) om hulp vragen voor het afnemen van deze interviews."

5. Pitch groep 5: Belonen van minderheidsgroepen bij selectievragen, na evaluatie van de responses.

Voorstel: "Implementeer de (biomedische- of kennis-) toets en maak daarnaast een grondige analyse van deze toetsen van de voorgaande jaren om te kijken waar minderheidsgroepen, zoals studenten met een migratieachtergrond, juist goed op scoren, om die vragen vervolgens vaker te gebruiken. Dit vereist een nauwe samenwerking tussen de selectiecommissie met een diverse groep aan onderzoekers, die bereid zijn vragen van eerdere jaren onder de loep te nemen."

6. Pitch groep 6: Implementeren van een 'Bonded Medical Program' voor zowel regionale zorgtekorten als kansengelijkheid.

Voorstel: "Voer een soortgelijk programma zoals de 'Bonded Medical Program' van Australië in. Bepaalde regio's in Nederland waar er minder artsen werkzaam zijn terwijl het aanbod wel hoog is, zouden hier baat bij hebben."

"Het voorstel houdt in dat voornamelijk kandidaten die voldoen aan eisen van een opleiding en uit verre en platteland gebieden de mogelijkheid krijgen om geneeskunde te studeren in ruil voor een aantal jaren teruggaan naar het afgelegen gebied waar de student vandaan kwam. Dit is voor enkele jaren en kan aan het begin van de carrière of in stukjes of aan het eind ingezet worden. Dit kan kansengelijkheid aan de ene kant verbeteren maar ook tekorten in de zorg wegnemen. In Nederland zijn er minder kandidaten voor de geneeskundeopleiding uit postcodes van afgelegen gebieden. Tegelijkertijd zijn dat ook de plekken met het grootste tekort aan artsen (bijvoorbeeld huisartsen).

Deze methode zou alleen mogelijk zijn voor "kandidaten met een bepaalde postcode, maar niet voor bijvoorbeeld kandidaten met een migratieachtergrond. Voor de groep kandidaten met een migratieachtergrond uit de Caribische gebieden zou dit wel een oplossing zijn."



Naslagdocument Het is inclusivITIJD! De Geneeskundestudent – juni 2024

Inleiding

Op dinsdag 11 juni 2024 kwamen studenten, artsen, onderzoekers en diversiteitsinstanties samen voor het evenement "Het is inclusivITIJD! – De Geneeskundestudent" in Domus Medica, Utrecht. Dit evenement stond in het teken van diversiteit en inclusiviteit binnen de geneeskundeopleiding en had als doel om concrete stappen te zetten richting meer gelijke kansen en een inclusieve leeromgeving voor geneeskundestudenten.

De avond werd vormgegeven door een reeks interactieve rondetafelgesprekken waarin prikkelende stellingen en casussen uit de praktijk centraal stonden. De deelnemers warentzorgvuldig ingedeeld om een diversiteit aan perspectieven te waarborgen. Zij gingen in groepjes in gesprek over onderwerpen als kansengelijkheid bij selectie, het thuis voelen binnen de opleiding, en inclusief opleiden in het medisch onderwijs. Het doel was om gezamenlijk tot innovatieve oplossingen te komen die bijdragen aan een meer inclusieve en rechtvaardige medische opleiding.

Deze bijeenkomst was niet alleen bedoeld om ideeën uit te wisselen, maar vooral om actie te ondernemen. Het resultaat van de avond, samen met de aanbevelingen van de projectgroep, zal worden overhandigd aan belangrijke stakeholders, waaronder het ministerie van OCW, VWS, NFU, en de decanen en opleidingsdirecteuren van medische faculteiten. Hiermee zetten we de eerste stappen van denken naar doen, om inclusiviteit in het medisch onderwijs daadwerkelijk te realiseren.

Dit naslagdocument biedt een gedetailleerd overzicht van de avond, inclusief de besproken thema's, de uitkomsten van de sessies en de voorgestelde aanbevelingen.

Ronde 1 Leren selecteren: waarborgen van kansengelijkheid

Stelling 1: De verantwoordelijkheid voor een representatieve en diverse artsenpopulatie ligt geheel bij de medische faculteiten.

De discussie richtte zich op de verantwoordelijkheid voor het bevorderen van diversiteit in medische opleidingen. Verschillende belanghebbenden werden genoemd: de overheid, het individu, selectiecommissies, opleidingen, en medisch specialisten. Er werd benadrukt dat ongelijkheid in het onderwijs vaak al op de basisschool begint en dat selectieprocedures, zoals situationele beoordelingen, cultureel bevooroordeeld kunnen zijn, wat sommige studenten benadeelt. Een concreet voorbeeld is het meenemen van CV's in de toelatingsprocedure. Een CV van een middelbare scholier is zeer afhankelijk van de omgeving waaruit iemand komt, wat selectie op basis van CV niet eerlijk maakt.

De verantwoordelijkheid voor diversiteit wordt deels gelegd bij de opleidingen, maar er werd ook benadrukt dat de overheid, door middel van wetgeving en financiële ondersteuning, een cruciale rol speelt. De faculteiten hebben invloed via hun selectieprocedures, maar ze kunnen niet de volledige verantwoordelijkheid dragen voor de verschillen die al in de vooropleiding ontstaan. Transparantie in selectiecriteria en -methoden is essentieel, evenals het inzetten van quota en 'contextualized admissions' om studenten met diverse achtergronden gelijke kansen te bieden.

Er werd geconcludeerd dat een centrale selectie, eventueel ondersteund door AI, gewenst is om bias te minimaliseren. Daarnaast zou een ongewogen loting een eerlijke start kunnen bieden, met de mogelijkheid om later criteria zoals meertaligheid mee te wegen. De maatschappelijke verantwoordelijkheid voor een diverse studentenpopulatie vereist ook representatie onder medisch specialisten en vanaf het begin van de schoolcarrière ondersteuning voor leerlingen uit minder bevoorrechte milieus. Wetgeving zou moeten worden aangepast om dit mogelijk te maken en te waarborgen dat alle onderwijsinstellingen hun toelatingsprocedures kunnen contextualiseren.



Stelling 2: De ondervertegenwoordigde groepen onder aspirant-geneeskundestudenten moeten actief worden gepreselecteerd om de diversiteit in de artsenpopulatie te waarborgen.

De discussie draaide om het creëren van een eerlijke selectieprocedure voor geneeskundestudenten, waarbij iedereen gelijke kansen krijgt. Er werd benadrukt dat selectie op basis van bijvoorbeeld quota of positieve discriminatie tot vooroordelen kan leiden, wat niet bevorderlijk is voor de diversiteit en inclusiviteit. Er werd echter ook erkend dat het lastig is om een studentenpopulatie te krijgen die de maatschappij volledig weerspiegelt.

Een bredere definitie van wat een goede arts maakt, inclusief meertaligheid en de sociaal-economische achtergrond, werd als essentieel beschouwd. Verschillende voorstellen werden besproken, zoals het inzetten op rolmodellen, het stimuleren van deelname aan open dagen, en het gebruik van contextualized admissions, waarbij studenten uit lagere sociaal-economische milieus extra begeleiding en stimulans krijgen.

Specifieke initiatieven zoals de Junior Med School en weekendscholen in achterstandswijken werden genoemd als manieren om scholieren al vroeg in hun schoolcarrière te motiveren voor de studie geneeskunde. Er werd echter ook gewezen op de mogelijke belasting die dit kan veroorzaken voor bepaalde groepen, zoals eerste generatiestudenten of studenten met een migratieachtergrond. Nuttiger lijkt het organiseren van evenementen binnen kleine gemeenschappen zoals een evenement in een buurthuis (in een kansenvijk), moskee of bepaalde middelbare scholen waarbij een arts waarmee je kunt identificeren informatie geeft over de opleiding. Ook kan er extra aandacht worden besteed aan de introductie/opendagen van de medische faculteiten en hun representatie van eerste generatie studenten.

Conclusies varieerden van het inzetten van sociaaleconomische factoren bij selectie, het belang van rolmodellen, tot het empoweren van eigen gemeenschappen door artsen. Het was duidelijk dat er een gedeelde verantwoordelijkheid ligt bij zowel de medische gemeenschap, de overheid, als het onderwijs om diversiteit te waarborgen. Sponsorshipprogramma's en de rol van middelbare schoolleraren werden ook genoemd als belangrijke factoren om ongelijkheid te verminderen en meer studenten met diverse achtergronden te motiveren en ondersteunen in hun keuze voor geneeskunde.

Al met al werd geconcludeerd dat een combinatie van empowerment, representatie en aangepaste selectieprocedures nodig is om een meer diverse en inclusieve artsenpopulatie te creëren.

Ronde 2 Binnen de opleiding: voelen studenten zich thuis?

Casus: Tijdens de vijfde week van het coschap interne geneeskunde zitten de coassistenten op ongeveer de helft van het coschap. In deze week moet er een tussentijdse beoordeling plaatsvinden om de voortgang te evalueren. Een van de coassistenten heeft een Aziatische achtergrond. Bij de ochtendoverdracht wordt de eindbeoordelaar eraan herinnert dat deze beoordeling vandaag moet plaatsvinden, waarop de beoordelaar antwoord "ja, van die ene chinees toch?". Tijdens de tussentijdse beoordeling zegt de coassistent niets over de ontzettend vele andere incidenten die voorgevallen zijn tijdens het coschap waarbij er vervelende grappen werden gemaakt over zijn Aziatische achtergrond. De eindbeoordelaar moet immers ook het uiteindelijke cijfer geven.

Wat voor interventies zouden er genomen kunnen worden om een veilig leerklimaat op coschap locaties te garanderen? En door wie?

De discussie over het creëren van een veilig leerklimaat voor coassistenten in medische instellingen bracht verschillende ideeën en voorstellen naar voren. Een centraal thema was de kwetsbare positie van coassistenten en de noodzaak om hen te ondersteunen in een omgeving waar ze veilig en gewaardeerd worden.



- **Buddy systeem en beoordeling:** In sommige ziekenhuizen wordt al gewerkt met een buddy systeem. Hierin worden coassistenten aan een buddy toegewezen, meestal een ANIOS, met wie ze elke twee weken kunnen praten over hun ervaringen. Hoewel dit systeem begeleiding en beoordeling scheidt, blijft er een risico bestaan dat de buddy invloed heeft op de beoordeling door deelname aan wekelijkse besprekingen. Het idee om coassistenten zelf hun beoordelaar te laten kiezen werd besproken, maar de meeste deelnemers zagen hier te veel nadelen in.
- **Veilig leerklimaat:** De verantwoordelijkheid voor een veilig leerklimaat ligt bij alle medische professionals, maar vooral bij de opleiders van coassistenten. Er werd benadrukt dat medisch specialisten elkaar meer moeten aanspreken op ongepast gedrag. Bystander training werd voorgesteld als een nuttige interventie om werknemers te leren hoe ze moeten handelen als ze ongepast gedrag zien.
- **Meldsystemen en consequenties:** Verschillende groepen stelden voor om meldsystemen zoals de #zouikwatzeggen-app te gebruiken om incidenten te rapporteren. Anonimiteit en de daadwerkelijke opvolging van meldingen werden als cruciaal gezien. Er werd gesuggereerd dat functioneringsgesprekken een geschikt moment zijn om meldingen te bespreken en dat herhaaldelijk wangedrag zou moeten leiden tot verplichte bijscholing of andere consequenties.
- **Opleiding en voorlichting:** Er werd voorgesteld om cursussen en trainingen aan te bieden aan begeleiders voordat ze met coassistenten werken, met nadruk op effectieve feedback en bystandertraining. Het belang van een aanspreekcultuur, waarin feedback geven en ontvangen normaal is, werd benadrukt.
- **Rolmodellen en bewustwording:** Het belang van rolmodellen werd herhaaldelijk genoemd. Initiatieven zoals co-assistentencabaret en heidagen voor medisch specialisten werden voorgesteld om bewustwording te vergroten. Het idee is om een cultuur te creëren waarin iedereen zich bewust is van zijn of haar gedrag en de verantwoordelijkheid voelt om ongepast gedrag aan te pakken.
- **Specifieke ondersteuning:** Er werd voorgesteld om vertrouwenspersonen aan te wijzen voor elke laag in de medische hiërarchie (studenten, coassistenten, aios/anios), om laagdrempelige ondersteuning te bieden en ervoor te zorgen dat incidenten effectief worden aangepakt.

In het geheel werd geconcludeerd dat een combinatie van systematische ondersteuning, training, meldingsmogelijkheden en een sterke aanspreekcultuur noodzakelijk is om een veilige en inclusieve leeromgeving voor coassistenten te waarborgen.



Ronde 3: inclusief opleiden binnen medisch onderwijs

Casus: In de wekelijkse mentorgroep wordt een casus behandeld over anticonceptie. Het gaat om Fatima, een verlegen 19-jarige vrouw met Marokkaanse roots. Ze komt naar je praktijk omdat ze graag wil beginnen met de anticonceptiepil. Tijdens het consult merk je als huisarts dat Fatima nerveus is. Je denkt dat ze bezorgd is dat haar ouders zullen ontdekken dat ze anticonceptie gebruikt. Wat voor invloed heeft het gebruik van stereotyperende casussen in het medisch onderwijs? Hoe bereiden we toekomstige artsen voor op het omgaan met diverse patiëntenpopulaties?

De discussie richtte zich op de noodzaak van cultuursensitief onderwijs in de geneeskunde om toekomstige artsen beter voor te bereiden op de diverse patiëntenpopulaties die ze zullen tegenkomen. Het belang van representatieve casuïstiek werd benadrukt, met aandacht voor de specifieke behoeften van verschillende patiëntengroepen. Er werd erkend dat cultuursensitiviteit een houding is die verder gaat dan alleen kennis over specifieke culturele groepen.

- **Cultuursensitiviteit:** Er werd besproken hoe casussen, zoals die van Fatima, moeten worden beoordeeld op hun relevantie voor de culturele achtergrond. Het is belangrijk dat casuïstiek niet alleen stereotyperende elementen bevat, maar ook diversiteit en variatie toont, bijvoorbeeld door casussen met Nederlandse namen te gebruiken. Dit voorkomt dat studenten alleen bepaalde groepen associëren met specifieke ziektebeelden.
- **Opleiding en voorbereiding:** Verschillende groepen stelden voor om docenten en toetsingscommissies bewuster te maken van stereotyperingen in het lesmateriaal. Dit kan worden bereikt door toetsvragen te beoordelen op diversiteit en het vermijden van stereotypen. Op dit moment wordt bij de beoordeling van de inhoud vaak gekeken naar taal en moeilijkheidsgraad.
- **Interventies en verbeteringen:** Specifieke interventies zoals cultuursensitief en genderspecifiek onderwijs, training in het omgaan met laaggeletterdheid, simulatiepatiënten met diverse achtergronden in te zetten en videotrainingen met diverse afkomsten werden genoemd als manieren om het onderwijs inclusiever te maken. Er wordt gezien dat docenten het vaak vinden wanneer epidemiologische factoren wel of niet moeten worden benoemd. Een balans moet worden gevormd tussen groepsherkenning en dat iemand tot een bepaalde groep behoort. Het belang van het bespreken van stereotyperende casussen werd erkend, mits deze worden aangevuld met andere casussen om een breed beeld te geven van de patiëntenpopulatie.

Er werd geconcludeerd dat het essentieel is om stereotype associaties te vermijden en een volledig beeld te schetsen van de diversiteit onder patiënten. Het werd aanbevolen om samen te werken met experts in culturele diversiteit bij het opstellen van onderwijs- en testmateriaal en om gastcolleges te organiseren die stereotype beelden vermijden maar wel de realiteit van verschillende culturele achtergronden tonen. Het doel is om toekomstige artsen voor te bereiden op het leveren van zorg aan een diverse patiëntenpopulatie.

Contactgegevens

Projectgroep Diversiteit en Selectie – De Geneeskundestudent

Shamim Amiri Simkoei | Algemeen Bestuurslid De Geneeskundestudent | Voorzitter Projectgroep Diversiteit en Selectie | Vertegenwoordiger Amsterdam – UvA

shamim.amirisimkoei@degeneeskundestudent.nl | info@degeneeskundestudent.nl