



De patiëntenpopulatie wordt steeds diverser. Maar zowel aios als vakgroepen kennen weinig variatie, met een oververtegenwoordiging van witte vrouwen met een wetenschappelijk profiel. Ondanks alle goede bedoelingen en initiatieven als decentrale selectie. Hoe komen we tot een beroepsgroep kinderartsen die een betere afspiegeling vormt van de samenleving? In dit minidossier vragen we aios (deel I) en opleiders (deel II) naar knelpunten en oplossingen.

Deel I: de visie van aios

'Onze uniformiteit is een probleem'

TEKST NAOMI VAN ESSCHOTEN | BEELD: MOON ILLUSTRATIES

Zelf werken ze beiden in een wijk met zeker 170 nationaliteiten en lopen de opleidingsniveaus en inkomens uiteen van laag tot hoog. De helft van de ongeveer 25.000 inwoners heeft overgewicht, en de helft sport wekelijks, volgens de website allcijfers.nl. 'Zo divers als de Bijlmer is, zo uniform is onze vakgroep kindergeneeskunde in het Amsterdam UMC', vat bestuurslid Bas Vaarwerk van de JuniorAfdeling (JA) het bondig samen. 'En dat is een probleem, want als ik een tiener met een andere culturele achtergrond zie op de poli twijfel ik: kan ik wel goed aansluiten met mijn adviezen?'

Niet te missen

Diversiteit staat al enige tijd op de agenda van de JA. Vaarwerk: 'Het wordt vaak benoemd in vergaderingen. Nou ja, met name het gebrek eraan.' Vanuit zijn portefeuille arbeidsmarkt en de niet-klinische kerntaken in de opleiding is hij daarom lid van de hagelnieuwe NVK-werkgroep Diversiteit en Inclusiviteit. Evenals zijn JA-collega Stephanie Klein Ikkink, die meedenkt vanuit de portefeuilles communicatie en persoonlijke ontwikkeling. 'Het is een niet te missen thema, maar het schort op veel plekken nog aan bewustwording. Dan wordt er tijdens de visite bijvoorbeeld een grap gemaakt die onbewust grensoverschrijdend is. We hebben nog veel blinde vlekken, mede omdat onze collega's op ons lijken. De vraag is dus: hoe en waar beginnen we?'

Monster

Want het is een veelkoppig monster, schetst Vaarwerk. 'Zo hebben we te maken met het feit dat bijvoorbeeld studenten met een migratieachtergrond vaker afhaken na de masteropleiding geneeskunde: zij kiezen niet voor een medisch-specialistische vervolgopleiding. Dat betekent dat

er voor opleiders dus ook minder 'aanbod' is. Ook moet je het vaak hebben van een kinderarts die zich voor je inzet, bijvoorbeeld voor een plek als anios of een promotieplek. Je kunt je dus ook afvragen of het opleidingstraject niet anders moet worden ingericht.' Klein Ikkink: 'En ook dan blijven er vraagstukken over de selectieprocedure: moeten we gaan werken met quota? Aan de hand van welke criteria? En wat doen we bij gelijke geschiktheid?'

Beweging

De JA-leden hopen dat ze met de initiatieven van de nieuwe werkgroep een beweging in gang kunnen zetten. Stephanie Klein Ikkink: 'Het is inmiddels geen taboe meer, maar nu moeten we nog van praten de slag maken naar doen.' Bas Vaarwerk besluit: 'We zijn geneigd om naar elkaar te wijzen – bijvoorbeeld naar de basisopleiding geneeskunde of naar de opleiders. Maar het zou al winst zijn als we allemaal eens bij onszelf te rade gaan over wat in onze macht ligt om aan onze houding te veranderen, zodat we écht meer openstaan voor diversiteit.'



Bestuursleden Bas Vaarwerk en Stephanie Klein Ikkink zien het gebrek aan diversiteit als veelkoppig monster. Ze hopen met de nieuwe werkgroep Diversiteit en Inclusiviteit de komende jaren stappen te zetten.

'Als specialist van kleur doe je extra je best'



Jason van Genderen (31) werkte als anios, deed promotieonderzoek en verrichte extra-curriculaire activiteiten als medeoprichter van CoMaster. Toch vindt hij niet dat hij 'meer moeite' heeft moeten doen om in opleiding te komen tot kinderarts. Uit onderzoek en in de praktijk blijkt echter dat een student met een andere achtergrond op achterstand staat.

'Niemand heeft ooit tegen me gezegd dat ik meer moet doen dan een ander om in opleiding te komen. Toch heb ik weleens het vermoeden gehad tijdens de master geneeskunde dat ik anders beoordeeld ben dan zou moeten: dan kreeg ik een 7 voor een coschap op het eindgesprek, terwijl ik steeds achten en negens had gehaald. Of andersom: een collega die steeds zevens haalde, kreeg juist een 8 als beoordeling. Onbewust heb ik daar misschien het gevoel gekregen dat ik harder moet werken dan een ander om hetzelfde resultaat te behalen.

Lagere scores

Daarin ben ik overigens niet alleen: in vergelijking tot andere Europese landen, stromen er in Nederland minder studenten geneeskunde met een niet-Westerse achtergrond door naar een medisch-specialistische vervolgopleiding. Ook blijkt uit onderzoek dat geneeskundestudenten met een migratieachtergrond in vergelijking met autochtone studenten lagere scores behalen in de master, terwijl zij in de bachelor nog hetzelfde scoren, en meer moeite moeten doen om in aanmerking te komen voor een specialistenopleiding.

Extra je best

Zelf heb ik als anios in het OLVG klinische ervaring opgedaan en daarna een promotietraject gevolgd: ik wil graag het fijne van zaken weten. Daarnaast ben ik een van de oprichters van CoMaster, waarin we gratis korte educatieve video's op YouTube voor coassistenten maken om medisch onderwijs te digitaliseren. Als ik dat zo opnoem, denk ik dat je als kandidaat met een niet-westerse achtergrond toch extra je best moet doen. En hoewel ik geen racisme heb ervaren tijdens mijn sollicitatieprocedure, heb ik wel onbewuste vooroordelen van de sollicitatiecommissie meegekregen.

Stille student

Mijn advies aan opleiders zou daarom zijn: wees je bewust van dat onbewuste oordeel. Kijk kritisch naar je beoordeling bij mensen die een andere achtergrond hebben dan jij. Zou je een andere student bij gelijke prestaties hetzelfde cijfer geven? Het moet niet uitmaken of iemand in dezelfde verenigingen zit. Ook kan het helpen om in gesprek te gaan: is de stille studente iemand die geen initiatief toont of vanuit haar cultuur gewend dat je eerst de mensen met de meeste autoriteit laat spreken? En wat is de reden dat die student niet wat extra's heeft gedaan: geen zin of is hij ook mantelzorger of kostwinner? Dat zet zijn prestaties in een ander licht.

Voorbeeldfunctie

Want uiteindelijk hebben patiënten en vakgroepen natuurlijk alleen maar baat bij een diverse groep collega's met verschillende achtergronden. Dat weten we ook uit onderzoek: de vakgroep functioneert beter, bijvoorbeeld omdat patiënten zich beter gehoord voelen op het gebied van levenseinde. Meer diversiteit in de vakgroep zorgt natuurlijk ook voor een voorbeeldfunctie voor studenten. Want daar valt nog de meeste winst te behalen: zorgen dat mensen doorstromen. Een goed begin zou al zijn om diversiteit vaker door te laten klinken in het onderwijs. Van vrouwelijke reanimatiepoppen tot prikarmen van kleur.'

'Vaak moet ik uitleggen wat ik heb gedaan'



Tessa Noijons (30) is anios kindergeneeskunde. Het afgelopen jaar werkte ze als arts klinisch onderwijs (AKO) op de afdeling kindergeneeskunde van het Radboudumc

Nijmegen. Daarmee kiest ze er bewust voor zich met een ander profiel te onderscheiden.

'Door de drukte van de kliniek is het onderwijs aan coassistenten en studenten geneeskunde vaak iets dat 'erbij' komt op het volle bordje van de kinderarts. Voor de vakgroep in Nijmegen was dat de aanleiding om een vacature te maken voor een anios die zich fulltime met het onderwijs bezighoudt.

Uitstapje

Voor mij bleek het een uitgelezen 'uitstapje' in plaats van een normale baan als anios. Onderwijs ligt mij veel meer dan wetenschap. Maandelijks gaf ik coassistenten ter voorbereiding op het coschap les in onder meer het doen van lichamelijk onderzoek, infectieziekten bij kinderen, gespreksvoering met ouders en kinderen en met kleine kinderen, en signalen van kindermishandeling. Daar steek je veel van op: het meest leer je van iets aan anderen leren. Maar ook onderwijstechnisch heb ik me ontwikkeld: zo beschik ik nu over een Basiskwalificatie Onderwijs (BKO) en ben ik bevoegd om les te geven.

Drie keer winst

Uiteindelijk levert een anios of kinderarts met een onderwijsprofiel drie keer winst op. Het is natuurlijk waardevol om jezelf te ontwikkelen in een richting die je ligt. Maar ook een vakgroep heeft baat bij mensen die zich hebben ontwikkeld in bijvoorbeeld bestuur, management of onderwijs. Nu zijn dat soort zaken vaak een ondergeschoven kindje, terwijl je dan iemand hebt als vast aanspreekpunt die daarnaast tijd heeft om bijvoorbeeld nieuw onderwijs te ontwikkelen. Dat is ook winst voor de student.

Brede kijk

Op dit moment werk ik weer als anios en ga ik bij de volgende ronde opnieuw solliciteren naar een opleidingsplaats kindergeneeskunde. Of ik me zorgen maak omdat ik niet ben gepromoveerd? Nou, ik moet tijdens sollicitaties wel vaak uitleggen wat ik heb gedaan als AKO. Toch denk ik dat ik juist vanwege mijn brede kijk en AKO-ervaring van toegevoegde waarde ben voor een vakgroep!

Hoe doorbreken we ingesleten patronen en dichten we de kloof? Over die vraag voeren voormalig opleider Paul Brand van het Isala Zwolle, opleider Janiëlle van der Velden van het Amalia kinderziekenhuis Radboudumc en kinderarts op Aruba Jamiu Busari, medeoprichter van CODING, het collectief voor diversiteit en inclusie in de Nederlandse geneeskunde, een openhartig gesprek.

Deel II: de visie van opleiders

'Opleiders kunnen het verschil maken'



Wat verstaan jullie onder diversiteit?

Paul Brand: 'Voor mij is dat variatie in geslacht, gender, huidskleur, religie, levensbeschouwing, culturele en sociale achtergrond, zodat de vakgroep zoveel mogelijk de samenleving representeert.'



Janiëlle van der Velden:

'Diversiteit zit voor mij ook in de inhoud. Dat betekent variatie in kinderartsen die in de academie werken, maar ook in algemene ziekenhuizen. En variatie in kinderartsen die onderzoek doen, onderwijs geven of

andere niet-klinische kerntaken uitvoeren. En dat we al die mensen evenwaardig waarderen: dus ook bij de selectie voor de opleiding.'



Jamiu Busari: 'Voor mij is de definitie nog breder. Ik kijk naar drie paradigma's voor een optimale samenstelling van een team: cognitief, demografisch en experiëntieel. Met cognitief bedoel ik hoe iemand aan kennisoverdracht doet: bijvoorbeeld

proactief of reactief, formeel of informeel of abstract of juist concreet. Met demografisch kun je denken aan of er

variatie is op het gebied van etniciteit, geslacht, leeftijd, en aan mensen die aan het begin of het einde van hun carrière staan. Onder experiëntieel versta ik dat ik wil weten wat voor mens er achter de dokter zit: houdt iemand van tennis, muziek maken, vissen? Ook die diversiteit is belangrijk in een team.'

Waar letten jullie op bij het selectieproces om meer diversiteit te bewerkstelligen?

Brand: 'Het is van belang dat onze artsen een afspiegeling vormen van de populatie patiënten die we zien. Zelf kijk ik bijvoorbeeld niet alleen naar opleiding, maar ook of iemand bijzondere dingen op zijn cv heeft staan: van schoonspringen tot actief zijn in de universiteitsraad.'

Van der Velden: 'Wat Paul en Jamiu hier zeggen, is interessant. Wij zijn continu bezig om de sollicitatieprocedure te verbeteren. In dat kader hebben we ouders van onze patiëntenadviesraad gevraagd wat zij belangrijk vinden en hen een aantal geanonimiseerde cv's en ons competentieprofiel voorgelegd. Opvallend: zij vonden juist de mens achter het cv belangrijk.'

Busari: 'Het is een kwestie van prioriteren. Bij de sollicitatieprocedure spelen veel elementen een rol, waarbij opleiders nog te veel vanuit hun eigen referentiekader denken. Als ik zie dat er niet veel kinderartsen zijn in mijn vakgroep met een niet-westerse achtergrond maar wel veel patiënten, zou ik als eerste kandidaten selecteren die de taal of cultuur van die patiënten begrijpen. Gepromoveerd zijn vind ik ook belangrijk, maar dat staat bij mij dan minder hoog op de prioriteitenlijst.'



Wat is er nodig om meer diversiteit te krijgen?

Van der Velden: 'Een lastig punt is dat de groep die solliciteert als aios, zelf niet zo divers is. Zo krijgen we weinig aanmeldingen van anios met een cv met vooral klinische ervaring, omdat zij verwachten dat je minimaal gepromoveerd moet zijn. Sommige coassistenten zeggen zelfs al: ik ga niet voor de kindergeneeskunde, want dan moet ik veel dingen doen waar mijn hart niet ligt.'

Busari: 'De huidige normen en criteria die we aanhouden om te beoordelen of iemand over relevante ervaring beschikt, zijn te nauw om kandidaten op een inclusieve manier te selecteren. Zo houden we nu geen rekening met wat mensen met een minderheidspositie al hebben moeten presteren om zover te komen. We kijken bijvoorbeeld naar bij welk dispuut iemand heeft gezeten. Maar dat zegt niets over hoe hard iemand heeft gewerkt, welke levenservaring hij heeft opgedaan en hoe hij met tegenslagen omgaat.'

Brand: 'Dat is waar. Al kun je ook op je cv zetten dat je aan mantelzorg doet of veel werk hebt verricht om te komen waar je nu staat. Ik denk dat dit bij veel opleiders juist indruk maakt. Verder ben ik het met jullie eens: het is lastig om het patroon te doorbreken, maar we kunnen als opleiders wel stappen zetten richting meer diversiteit.'

Wat kunnen opleiders doen om de verandering in gang te zetten?

Brand: 'De eerste stap is om er nu over in gesprek te gaan. Je kunt in de wervingstekst zetten dat je mensen

met een niet-westerse achtergrond aanmoedigt om te solliciteren. Of afspreken dat je in de groep een evenredige verdeling nastreeft tussen man en vrouw, of tussen mensen met een wetenschappelijk en een klinisch profiel. Met de huidige selectieprocedure blijven we hangen in een self-fulfilling prophecy. Om onze patiëntenpopulatie beter te dienen, moeten we onorthodoxe en soms pijnlijke keuzes maken.'

Busari: 'De verandering moet inderdaad intentioneel zijn, doelbewust. Dat begint met anders denken. Dat is misschien goed te illustreren met een anekdote. Een kandidaat had op zijn cv gezet dat hij werkte als vakkenvuller bij een supermarkt. Een collega-kinderarts vroeg in de pre-screening: waarom zet iemand dat op zijn cv? Ik vond het juist veelzeggend: het laat zien dat iemand over vaardigheden beschikt als willen dienen en deel uitmaken van een team.'

Van der Velden: 'In een aantal clusters is een aparte sollicitatieronde voor mensen met een wetenschappelijk en een klinisch profiel. Ik zou willen voorstellen daar van die beperkende rondes af te stappen: er zijn namelijk veel meer mogelijkheden. In TOP 2025 geven we ook bewust ruimte aan andere klinische kerntaken en geen voorrang aan wetenschap. Dan moeten we dat ook laten weerklinken in de selectieprocedure.'

Welke drempels zien jullie?

Busari: 'Een obstakel is de samenstelling van de opleidingsgroep. Als die bijvoorbeeld alleen bestaat uit witte vrouwen, is de kans klein dat ze een man van kleur aannemen.'

Brand: 'Dat klopt: we kiezen onbewust vaak toch mensen die op ons lijken. Verandering begint met het besef dat divers werven echt van belang is.'

Busari: 'Ook onbewuste vooroordelen maken het moeilijker voor mensen met een andere achtergrond. Ik had bijvoorbeeld als aios aanvankelijk een taalachterstand. Ik merkte dat sommige collega's daar geen geduld voor hadden of zich afvroegen of investeren in mij dan wel de moeite waard was.'

Brand: 'Ja, het komt zeker voor dat aios door een andere achtergrond te maken krijgen met vooroordelen. Daar moeten we ons veel actiever tegen verzetten.'

Van der Velden: 'Ik denk dat we ook moeten kijken hoe we voorkomen dat studenten in de masterfase niet kiezen voor een medisch-specialistische vervolgopleiding. Bijvoorbeeld door het gesprek aan te gaan met coassistenten over hoe zij de toekomst zien, en schetsen wat de mogelijkheden binnen de kindergeneeskunde zijn. Juist als je een andere achtergrond of profiel hebt.'

Tot slot: zijn er nog andere oplossingen denkbaar, die niet bij jullie liggen?

Brand: 'De decentrale selectie heeft bijgedragen aan een vrij uniform profiel: witte vrouwen die cognitief slim zijn en perfectionistisch van aard. De terugkeer van de loting kan bijdragen aan meer diversiteit.'

Busari: 'Zeker, maar gaat dat leiden tot een echte inhaalslag? Ik zou nog een stap verder willen gaan en een krachtig statement willen maken: reserveer een aantal opleidingsplaatsen voor de groep waaraan behoefte is. Dat lost het probleem niet meteen op, maar het biedt wel meer kansen voor de groep die toch al op achterstand staat.'

Van der Velden: 'Wij denken daarover. En wanneer ben je dan een etnische minderheid? Als je één ouder hebt van kleur? Of ook als je Duits bent? De uitvoering ervan is nog best lastig.'

Busari: 'Ik denk dat iedere assistent van kleur of met een hoofddoek op achterstand staat, nog zonder dat zij iets hebben gezegd. Dus die groep zou ik extra kansen bieden. Net zolang tot er genoeg representatie is in vakgroepen.'

Van der Velden: 'Graag doe ik ook een oproep aan kinderartsen met een andere achtergrond: pak je rol. Treed op de voorgrond, ook binnen de NVK. Wees een rolmodel voor anderen.'

Busari: 'De cultuur moet daarvoor wel veilig genoeg zijn. Laten we daarom van diversiteit een centraal thema maken en bewuste pogingen ondernemen om iets te doen. Overigens helpt het al dat kinderartsen met autoriteit, zoals Paul en Janiëlle, zich hierover uitspreken. Want als we niet beginnen, gebeurt er niets.'

NVK-werkgroep Diversiteit en Inclusiviteit (D&I)

Charlie Obihara, kinderarts-plv. opleider in het ETZ, trainer interculturele competenties en mede-oprichter van CODING, en Michèl Willemsen, hoogleraar en kinderneuroloog in het Radboudumc, richtten onlangs de NVK-werkgroep Diversiteit & Inclusiviteit op. Het onderwerp leeft sterk binnen de kindergeneeskunde, want de werkgroep telde in no time ruim twintig leden uit het hele land. Obihara vertelt waarom de werkgroep nodig is en wat de plannen zijn.

'De kwaliteit van de kindergeneeskunde is gebaat bij meer diversiteit', zegt Obihara. 'Onze populatie is divers en patiënten willen in hun eigenheid gehoord en gezien worden. Maar kijk je naar onze vakgroepen dan zie je een homogeen beeld: kinderartsen zijn vooral wit en in meerderheid vrouw.'

Chinees restaurant

Daarin is Nederland anders dan bijvoorbeeld Engeland. Obihara: 'Daar is 45% van alle artsen afkomstig uit etnische minderheidsgroepen. Terwijl in ons land, volgens een studie van het VUMC enkele jaren geleden, 2-4% van de medische specialisten een niet-westerse migratieachtergrond had. Dit percentage lijkt nauwelijks te zijn toegenomen.'

Hoe kan dat? Obihara denkt dat dit komt door verschillen in selectiemethode. Engeland hanteert naast het sollicitatiegesprek een objectieve schriftelijke kennistoets. Een sollicitatiegesprek is gevoelig voor bias. 'In de Nederlandse cultuur wordt het bijvoorbeeld gewaardeerd als je je mond opentrekt en je kennis etaleert. Kom je uit een cultuur waarin bescheidenheid past, dan verlies je het op die punten. Men denkt misschien dat je niet tegen de werkdruk bent opgewassen. Ook wat je naast je opleiding doet, weegt onbewust mee. Een weinig diverse sollicitatiecommissie zal eerder competenties herkennen bij iemand met een bestuursfunctie bij de studentenvereniging op het cv dan bij een kandidaat die het Chinese restaurant van zijn ouders runt.'

Geruisloos uit beeld

We zijn ons niet bewust dat we selecteren en beoordelen op basis van vooroordelen. Maar die blinde vlek draagt eraan bij dat een deel van de studenten geneeskunde geruisloos verdwijnt. 'In Rotterdam heeft 20-30% van de medisch studenten een migratieachtergrond', vertelt de kinderarts. 'Zij raken echter in groten getale uit beeld tijdens hun coschappen en dringen niet door tot de vervolgopleidingen. Dat zit hem deels in de beoordeling: zolang het vooral om objectieve kennis gaat, scoren ze goed. Maar zodra ze ook op gedrag en communicatie worden beoordeeld, kunnen onbewuste vooroordelen en culturele ruis om de hoek komen kijken.'

De nieuwe werkgroep wil iets doen aan deze problematiek. De plannen zijn nog pril want de club is pas één keer bijeengekomen. 'In elk geval willen we aanhaken bij landelijke initiatieven, want dit probleem is groter dan de kindergeneeskunde', legt Obihara uit. 'Daarnaast zetten we in op bewustwording van onze blinde vlekken bij de selectie en beoordeling. En tot slot willen we dat er binnen het onderwijs meer aandacht komt voor culturele competenties en nuances in de communicatie. Ook de inzet van mentoren en rolmodellen willen we onderzoeken. In het buitenland zijn daar goede ervaringen mee.' **SL**

Charlie Obihara initieert tijdens het NVK Congres een minisymposium over *Inclusie en gelijke kansen in de kinderartspraktijk* (donderdag 15 juni, 13.30 uur).



MEER WETEN OVER DEZE WERKGROEP? MAIL NAAR: NVK@NVK.NL