

# Medicine in Context: ten years' experience in diversity education for medical students in Greater Western Sydney, Australia

## Abstract

**Objective:** This paper describes the Western Sydney University School of Medicine (WSUSoM) diversity education program, Medicine in Context (MiC). MiC implements community-engaged learning and partnership pedagogy in teaching diverse social determinants of health to first clinical year medical students. Central to MiC content and delivery methods is the local region's diversity which is also reflected in the student population and MiC staff.

**Methodology:** This is a descriptive report about how the WSUSoM staff with community and General Practice (GP) partners have co-designed, co-delivered, co-assessed and co-evaluated the MiC program in 2009-2018. In keeping with the community-engaged learning and partnership pedagogy, the report is co-authored by a cross section of MiC stakeholders: the WSUSoM staff members, community partners and an alumna.

**Results:** Ten weeks' immersion in community-based services, with debriefing and scaffolding in tutorials and workshops, exposes students to the complex interplay between social determinants of health and clinical practice. Sharing of experiences, insights and reflections in safe environments enables students to overcome the uneasiness of diversity education. Quality assurance reviews identified positive trends in students' quality of learning and satisfaction in the program following evidence-based continuous improvements of the program design and delivery.

**Conclusion:** Implementation of community-engaged learning and partnership pedagogy in the MiC program, supported by ongoing commitment from the WSUSoM and its community and GP partners, has been successful in engaging students in diversity education. The synthesis of diversity education and clinical learning throughout the MiC program is an important step toward building competency in patient-centred care.

**Keywords:** diversity, medical education, community participation, social accountability

**Brahmaputra Marjadi**<sup>1,2</sup>  
**Virginia Mapedzahama**<sup>3</sup>  
**Gayle Rogers**<sup>4</sup>  
**Margaret Donnelly**<sup>5</sup>  
**Anne Harris**<sup>6</sup>  
**Dale Donadel**<sup>7</sup>  
**Emilie Jakstas**<sup>1</sup>  
**Tinashe Dune**<sup>2,8</sup>  
**Winston Lo**<sup>1</sup>  
**Sowbhagya Micheal**<sup>1</sup>  
**Trelawny McKnight**<sup>1</sup>  
**Annemarie Hennessy**<sup>1</sup>  
**Vaishnavi Anu Ganapathy**<sup>9</sup>  
**Fiona Pacey**<sup>1</sup>

1 Western Sydney University, School of Medicine, Campbelltown, Australia

2 Western Sydney University, Translational Health Research Institute, Campbelltown, Australia

3 The University of Sydney, Susan Wakil School of Nursing and Midwifery, Faculty of Medicine and Health, Sydney, Australia

4 Northcott Disability Service, North Parramatta, Australia

5 Myrtle Cottage Group Inc., Ingleburn, Australia

6 Western Sydney Local Health District, Integrated and Community Health, Sydney, Australia

7 Chester Hill Neighbourhood Centre, Chester Hill, Australia

8 Western Sydney University, School of Health Science, Campbelltown, Australia

9 Royal North Shore Hospital, St Leonards, Australia

## 1. Background

There is an increasing body of work on the value and significance of diversity education in medical programs [1], [2], [3]. This paper adds to this body of work by discussing the implementation of diversity education at the Western Sydney University School of Medicine (WSUSoM), Australia. The paper outlines how the Medicine in Context (MiC) program at the WSUSoM exposes students to diversity as part of the social determinants of health and an integral part of patient-centred care. Discussion of four aspects of the MiC program (philosophy, pedagogy, clinical integration and evaluation) will be followed by MiC evolution as the WSUSoM transitions from a Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery (MBBS) course to a Doctor of Medicine (MD). This transition from a Bachelor's to a Professional Master's degree includes programmatic improvements in research skills teaching and the creation of a professional portfolio and a scholarly project.

The WSUSoM was established in Greater Western Sydney (GWS) in 2007 to help develop the medical workforce for under-served communities in Australia starting from the GWS region [4]. The GWS region is one of the fastest growing and most diverse in Australia, and home to the largest urban Aboriginal and Torres Strait Islander communities [5]. Over 50% of its two million inhabitants are migrants or their descendants from more than 170 countries. Over 100 languages are spoken in GWS; 38% of the population and up to 90% in some suburbs speak a non-English language at home [6], [7], [8].

Since its inception, the WSUSoM adopted social accountability principles [9] and embedded community-engaged learning components throughout its curriculum [5]. Therefore, GWS diversity is considered from student selection through to curriculum design and content. The School has a preferential system for applicants who have been GWS residents for five years or more resulting in a student diversity which reflects that of the GWS population [10]. Most of Western Sydney University students are 'first-in-family' to undertake a university degree [10] and the WSUSoM was designed to take high-school leavers. However, to allow those for whom access to medical training had previously been unattainable, mature-aged students are also able to apply. Particular attention is given to supporting Aboriginal and Torres Strait Islander students and the WSUSoM is proud that these endeavours are making a significant contribution to national efforts to increase the numbers of Aboriginal and Torres Strait Islander doctors in order to address gross discrepancies in life expectancy for our Indigenous peoples ([11], pp.36-37).

The WSUSoM has a 5-year fully-integrated curriculum which is centred on problem-based learning in Years 1-2 and immersive clinical learning in hospital and community settings in Years 3-5. The curriculum started as a Bachelor of Medicine/Bachelor of Surgery (MBBS) degree in 2007 at a time when all primary medical qualifications in Australia were thus provided, and is transitioning to a

Doctor of Medicine (MD) degree in 2019-2023 as part of a national trend.

The WSUSoM flagship diversity learning component is called Medicine in Context (MiC) and delivered in two 5-week rotations in the first clinical year (Year 3). Students attend a combination of community and General Practice (GP) placements for four days each week and return for campus-based tutorials and workshops every Friday to debrief and consolidate their placement learning experiences (see figure 1).

## 2. MiC program description

### 2.1. Philosophy

The MiC program was conceptualised after extensive community consultation [5] in line with the social accountability philosophy [9]. The program immerses first full clinical year students in community-based services including GP clinics to learn about the interplay between social determinants of health and clinical medicine. The MiC team implement the principles of community-engaged medical education [12] and partnership pedagogy [13] by involving community partners to contribute their wealth of experience in the community by co-designing, co-delivering, co-assessing and co-evaluating the program.

### 2.2. Pedagogy

The MiC program's pedagogy has evolved through continuous evaluation and improvement. MiC design originally consisted of orientation, community and GP placements, tutorials, guest lectures and reflections [5]. These teaching methods have been continually improved using evidence-based approaches. Blended learning strategies including flipped classrooms and online evaluations are adopted to improve students' engagement [14], [15] and scaffold increasing cognitive load [16]. Single-topic didactic lectures were replaced with interactive complex case discussions using games and role plays to introduce intersectionality between diversity aspects and facilitate a synthesis of community and clinical learning. MiC community and GP placements begin with a discussion between students and supervisors, where gaps in students' life experience in regard to exposure to diversity are identified and inform the development of a placement learning plan that would facilitate their personal and professional growth.

#### 2.2.1. Community placements

To date, the WSUSoM has partnered with over 100 community organisations as MiC placement hosts at community-based services in: Aboriginal and Torres Strait Islander health, aged care, children and young people, community care, disability, drugs and alcohol, health promotion, men's health, mental health, refugee and migrant health, sexual health, and women's health. Stu-

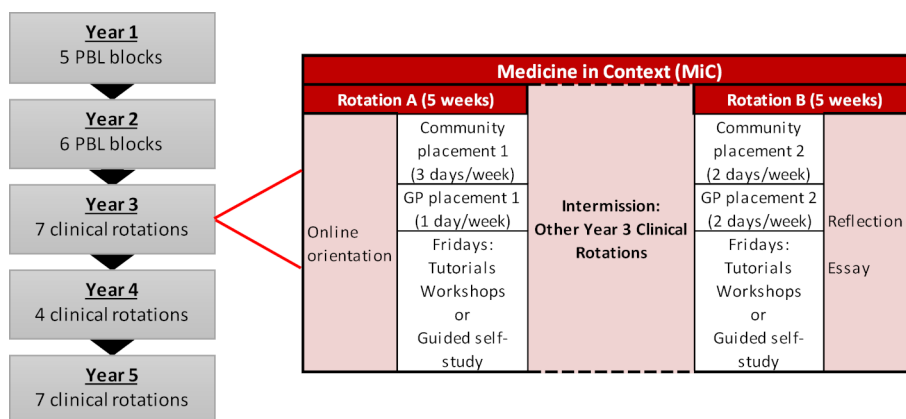


Figure 1: Medicine in Context program location and structure at the Western Sydney University School of Medicine MBBS curriculum.

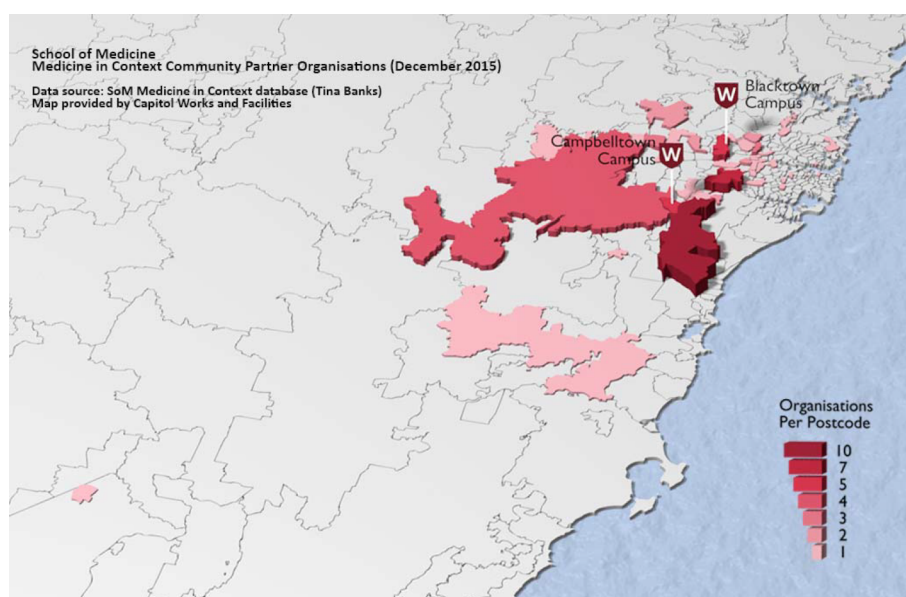


Figure 2: Geographical distribution of the WSUSoM Medicine in Context community partner organisations in 2015.

dents are exposed to diversity through immersion with service providers and their clientele. Most community partners serve the GWS region but some are located in other parts of Sydney and outside Sydney such as in the Australian Capital Territory (see figure 2). This geographic spread enriches the variety of community settings and demographics where students learn.

MiC community partners introduce students to a broad range of health services. For example, students may attend a home visit for a mother with postnatal depression, visit a post-stroke client who requires home modifications, or participate in a multicultural day health check for seniors. Students are encouraged to learn about the services and observe service providers' communication styles when engaging with different cultures, diverse health literacy levels, and challenging clients. Community placement supervisors regularly debrief students to address any concern and discuss how they may incorporate new insights into clinical practice. Students are guided to view patients holistically through discussions about social determinants of health and their influence on patients' health outcomes.

### 2.2.2. GP placements

MiC provides students with their first exposure to GP clinics, which forms a foundation for further GP learning in the final year in a vertical curriculum integration. MiC GP placements mirror the community placements' geographical spread and diverse clientele (see figure 3). Students are directly exposed to the delivery of primary care to people from different cultures, local epidemiology, and levels of socio-economy, health literacy and English proficiency. Students must demonstrate their learning across each of the Five Domains of General Practice as determined by The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP), the national accrediting body [17]. Students are assessed by their GP supervisors on their understanding and performance in all of the five domains. Diversity education in MiC particularly supports two of the five RACGP domains i.e. "Population health and the context of general practice" (which covers epidemiology, public health, prevention, family influence on health, resources) and 'Communication skills and the patient-doctor

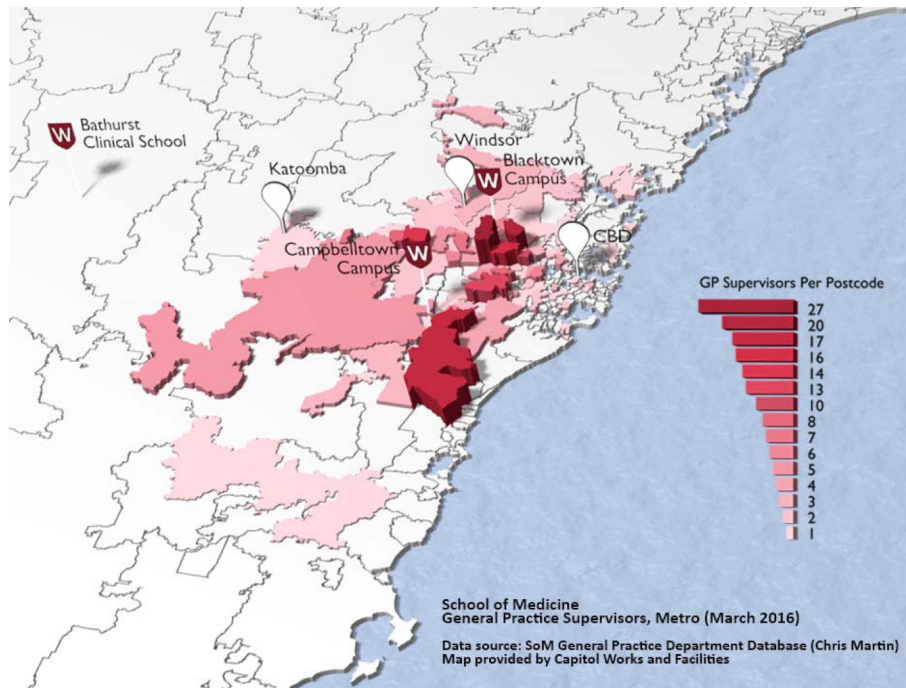


Figure 3: Geographical distribution of the WSUSoM Medicine in Context GP partners in 2016.

relationship' (which covers communication skills, patient-centredness, health promotion, whole person care).

### 2.2.3. Tutorials

Students share and synthesise their learning every week in tutorials. MiC tutors come from diverse professional backgrounds (sociology, psychology, chiropractic, medicine, education, nursing, chaplaincy) and life experiences (age, ethnicity, migration, religion/spirituality, disability, gender and sexuality). With students coming from a multitude of backgrounds and being placed in various community and GP settings, MiC tutorials provide an opportunity to dissect MiC learning experiences from various angles which enriches students' learning. For example, a tutorial discussion on trends in mental health saw students sharing their culture's acceptance or rejection of the concept of mental health, thus exposing the fundamental challenges in designing preventative strategies aimed at the general community.

### 2.2.4. Workshops

Community supervisors share their insights of diversity in providing their services in a series of MiC workshops on campus. These workshops raise discussions around managing diversity such as: social class, family structure (including same-sex parents), ethnicity, language barriers, cultural identities, racism, health literacy, gender and sexuality, domestic violence, health-seeking behaviours, and disability. All workshops are co-facilitated by MiC academics and community service providers and the case studies are taken from placement organisations' real clients. Community partners also contribute their resources such as video clips made by non-verbal clients with disability using communication aids. Clinical aspects

are integrated in all cases to train students in tailoring routine clinical tasks to the specific contexts of patients from diverse backgrounds, such as in breaking bad news, identifying domestic violence, discussing complementary medicine use, managing augmentative and alternative communications, contact tracing of sexually transmissible infections, and managing medications and referral pathways. The last workshop in the series discusses three patients with complex cases: drug addiction with domestic violence; autism spectrum disorder with " chromosome; and paranoid schizophrenia with a court restraining order. This final workshop brings together the students' learning and highlights the intersections of multiple diversities in clinical settings.

### 2.3. Clinical integration

Supervisors, tutors and workshop facilitators make a concerted effort to link students' MiC diversity education to their clinical learning. All discussions and sharing of insights are eventually brought to a question about how students can use their community-based diversity learning in clinical settings. Clinical integration of MiC diversity learning is also supported by assessments. Students are required to write an academic essay on a social determinant of health of their choice in light of all of their MiC experiences. The MiC team including community partners contribute to the end-of-year written exams. Since 2015 MiC has been regularly incorporating diversity aspects such as disability, social isolation, culture, and health literacy into the WSUSoM standardised clinical examination system (Objective Structured Clinical Examinations). Below are some examples of integration between diversity and clinical learning in MiC.

### 2.3.1. Disability service placements

Disability service placements help students learn about physical and cognitive disabilities in social and healthcare environments with experienced allied health professionals. Students learn about provision of support in complex human service environments, disability factors which may obscure clinical diagnoses [18], and self-determination, community participation and inclusion within the health context and wider community. Students are facilitated to transition from a medical model where individuals are defined by their deficits to a social model where disability is recognised as an intersection between the individual's impairments and the barriers created by society [19]. Students also discuss strategies to advocate for more inclusive medical and social environments for people with disabilities.

### 2.3.2. Community health centre placements

Community health centre placements expose students to services that meet the specific needs of individuals, families and community groups including vulnerable population groups. The diversity of services offered include medical and nursing, allied health, counselling, health promotion, aged care, drugs and alcohol, maternal and child health, mental health, and disability. Students are asked to reflect on how they see their future role as a doctor in relation to these services. Some students have critically questioned the vulnerable communities' ability to navigate the increasingly complex health services and digital/online health information and communication.

### 2.3.3. Aged care placements

Aged care placements enable students to experience diversity within the 60+ age group. Communicating with and observing people affected by social isolation and dementia has resulted in reflective conversations on how the experience will affect students' future medical careers. The realisation that social contact can increase individuals' health and wellbeing is a powerful learning experience for students. Clinically, aged care placements also introduce students to the various clinical presentations of dementia. Several students were surprised to experience the difficulty in recognising dementia in some patients with whom they had daily contact, which gave them first-hand insight into the challenge for clinicians in identifying dementia during brief clinical encounters.

## 2.4. Evaluation

All MiC components are evaluated at the end of each 5-week block. Students complete evaluation questionnaires about their community and GP placements, tutorials, and workshops. Community and GP supervisors assess their students and provide evaluation in placement assessment forms, where anecdotes such as reflective discussions were reported. Students' essays and their performance

in MiC-related exam questions are also monitored by the MiC Team, and the findings are qualitatively incorporated to the overall MiC program evaluation. All evaluation data are analysed by the MiC Convenor and aggregated reports are distributed annually to placement supervisors, the WSUSoM committees and student representatives. Any action taken based on evaluation data is reported in MiC curriculum documents in the following year.

Students' evaluation scores and comments, performance in assessments, and alumni feedback on the value of MiC have indicated a strong ongoing value in medical application from this program. From time to time there has been resistance from some students particularly when they could not see the clinical relevance of their community-engaged diversity education. The MiC Team engages student representatives including those who expressed dissatisfaction in designing improvements in the program, which has resulted in a diminishing number of complaints. Another regular challenge has been the need to balance between standardising students' learning and maintaining the unique experiences offered by each placement. The MiC learning outcomes and their associated assessment criteria form the parameters to which each placement learning activity need to adhere; and there is ample room within those parameters to accommodate site-specific placement learning activities. These learning activities and their alignment to the MiC learning outcomes and assessment criteria are monitored through MiC Placement Learning Plan documents which are discussed between students and their supervisors.

## 2.5. Transition

Since 2016, steps have been taken to remodel the MiC program in line with the WSUSoM transition from MBBS to MD in 2019-2023. Extensive consultation involving individual and small group meetings with community partners and student representatives were conducted in 2017-2018, and continues as the new curriculum is being rolled out. The MD MiC program will be better integrated vertically across the five years, and horizontally by creating new intersections with population health, problem-based learning, general practice and hospital-based rotations (see table 1). Students' exposure to diversity in GWS and beyond will be expanded through 2-year MD Scholarly Projects which include community-based research and service learning options.

## 3. Results and discussion

Multifaceted diversity education is at the forefront in MiC pedagogy and curriculum contents. First, MiC content was developed based on the health priorities which are grounded on community voices and contemporary challenges in the highly diverse GWS population. The structure and delivery of the MiC program enables students to understand the health system and the interplay between general practice and referral networks that connect indi-

**Table 1: Medicine in Context program location and structure at the Western Sydney University School of Medicine MD curriculum.**

Curriculum Year	Medicine in Context components
Year 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pre-exposure workshop</li> <li>• Brief exposure to community-based services</li> <li>• Initial exposure to GP clinics</li> <li>• Post-exposure tutorial</li> </ul>
Year 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pre-exposure workshop</li> <li>○ Brief exposure to community-based services</li> <li>○ Further exposure to GP clinics</li> <li>○ Post-exposure tutorial</li> </ul>
Year 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Five weeks combined community and GP placements</li> <li>• Tutorials and workshops</li> <li>• Community-based research and community service learning options in MD Scholarly Projects</li> </ul>
Year 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Review of Social Determinants of Health aspects in patient management plans at hospital settings</li> <li>○ Community-based research and community service learning options in MD Scholarly Projects</li> </ul>
Year 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Review of Social Determinants of Health aspects in patient management plans at primary care and hospital settings</li> </ul>

viduals to community services that support their needs. Community immersion hones the importance of multidisciplinary care, and how community organisations can support general practitioners and specialists. Diversity education in MiC thus fosters a broader perspective in medical students that is beneficial in delivering effective patient management. The teaching also provides students with the tools and knowledge to manage a patient's background appropriately and effectively. Through interactions with people from different backgrounds, students learn about effective communication, patients' journey through the health system, and the importance of gaining optimal clinical outcomes that respect the patients' health needs, wants and influencers.

Second, the MiC program acknowledges the diversity among students, and is designed to allow each student to craft their unique understanding of how social determinants of health impact themselves and their communities. Case studies involve patients/clients from diverse ethnic, gender and socioeconomic backgrounds which support the students who may identify with some of these markers. A multitude of teaching methods (games, group works, role plays) enable students to collectively participate thus increasing their engagement. By working in small groups and cultivating an atmosphere of respect, MiC tutorials provide a safe space for students to reflect upon their backgrounds and values and to celebrate and discuss their individual diversity [1]. MiC also uses several assessment modalities which enable students with different learning strengths to demonstrate their achievements. Reflection on teaching methods with an ongoing commitment to evaluating student learning experiences has resulted in the use of contemporary approaches to meet student learning needs, such as replacing didactic lectures with flipped classrooms [15].

Third, from the clinical perspective, the MiC program increases students' awareness of the impacts of social

determinants of health on patient health outcomes [20]. Student learning about diversity is integral to clinical learning given the diversity of patients in age, ethnicity, socio-economic status and health issues encountered on a daily basis, particularly in regions such as GWS. The exposure to diversity helps students place their clinical learning within the broader patient context. The MiC program, undertaken within and in partnership with the community during the initial clinical year, is uniquely placed to challenge future doctors to look beyond stereotypes and adopt a sense of social accountability [21]. Fourth, the MiC diversity education improves students' literacy about community-based services. Given that patients encountered in clinical settings, particularly in GP, may need to access community-based services, it is imperative that students gain insight into how these services support the patients, and the inter-professional dynamics between health and non-health professionals. The widespread MiC community and GP placements expose students to a range of patients' lived realities, which demonstrates to students that causes for poverty and inequities in health and access to healthcare are as numerous as the patients that they see [20].

Fifth, the MiC team was deliberately constructed to include diverse professionals from within and outside the WSUSoM (as reflected in the authorship of this paper) to expand students' perspectives during their learning and to model the collaboration students will need to establish in their medical careers. The team share not only their professional insights but also personal insights when relevant, such as first-hand accounts about the health and social challenges in caring for family members with disabilities, being a migrant, or being same-sex attracted. The MiC team also offers support for students who are facing challenges related to their identification with certain aspects of diversity such as disability or non-white ethnicity.

The MiC team has encountered resistance from some students that hampered their engagement with the MiC learning process. Such resistance is commonly found in diversity education [22] and has a distinct impact on patient engagement and community help-seeking behaviour [23]. Since diversity education is integral to improving health outcomes and health system work cultures [23] as desired by the community, the MiC team work with student resistance by highlighting the relevance of diversity education to clinical learning. The MiC team members are careful to address any discomfort students may have in addressing diversity [24], and discourage students from being 'blind' to differences [25]. Exposure to and engagement with diversity in MiC is important for students to become comfortable with being uncomfortable, break down resistance and effectively work through challenges to learning about diversity [1]. A formal evaluation research on MiC is underway, and ongoing qualitative and quantitative reviews as part of MiC quality assurance have identified improvements in students' quality of learning and satisfaction with the program particularly over the past four years [14], [15]. Reflective post-placement conversations between students and supervisors identified that students had grown personally and professionally by addressing challenges identified at the beginning of their placements, with an increased understanding of the diverse community in which they will practice.

## 4. Conclusion

The the WSUSoM MiC program – developed for over ten years in collaboration with community and GP partners – exposes medical students to diversity. The program has successfully implemented community-engaged learning and partnership pedagogy to prepare medical doctors with insights into their patients' complex world outside the hospital. In increasingly diverse societies like Australia, such learning is key to developing competency in patient-centred care.

## Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

## References

- Dogra N, Reitmanova S, Carter-Pokras O. Twelve tips for teaching diversity and embedding it in the medical curriculum. *Med Teach*. 2009;31(11):990-993. DOI: 10.3109/01421590902960326
- Siraj HH, Zamzam R, Ismail J, Mohamad N. Managing diversity: A 'must-have' skill for medical students. *Proc Soc Behav Sci*. 2011;18:379-883. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.05.054
- Muntinga ME, Krajenbrink VQ, Peerdeman SM, Croiset G, Verdonk P. Toward diversity-responsive medical education: taking an intersectionality-based approach to a curriculum evaluation. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2016; 21(3):541-559. DOI: 10.1007/s10459-015-9650-9
- University of Western Sydney. Annual Report 2004, volume 1. Sydney: University of Western; 2005. Zugänglich unter/available at: [https://www.westernsydney.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/176064/Annual\\_Report\\_2004\\_-\\_Volume\\_1.pdf](https://www.westernsydney.edu.au/__data/assets/pdf_file/0006/176064/Annual_Report_2004_-_Volume_1.pdf)
- McCarthy L, Jones A, Yeomans N, Bambrick H, Pacey F, Ramanathan J, Wills T. Engaging for Health: Medicine in Context as a Case Study in Engaged Teaching and Learning for Students in Medicine. *Aust J Uni Comm Engagement*. 2010;5(2):67-87.
- Australian Bureau of Statistics. Greater Sydney. Sydney: Australian Bureau of Statistics; 2011. Zugänglich unter/available at [http://stat.abs.gov.au/itt/r.jsp?RegionSummary&region=1GSYD&dataset=ABS\\_REGIONAL\\_ASGS&geoconcept=REGION&datasetASGS=ABS\\_REGIONAL\\_ASGS&datasetLGA=ABS\\_NRP9\\_LGA&regionLGA=REGION&regionASGS=REGION](http://stat.abs.gov.au/itt/r.jsp?RegionSummary&region=1GSYD&dataset=ABS_REGIONAL_ASGS&geoconcept=REGION&datasetASGS=ABS_REGIONAL_ASGS&datasetLGA=ABS_NRP9_LGA&regionLGA=REGION&regionASGS=REGION)
- WESTIR Limited. Population of Greater Western Sydney 2016. Sydney: WESTIR Limited; 2017. Zugänglich unter/available at <https://www.westir.org.au/new/images/CPGWS.pdf>
- Centre for Western Sydney. Data and visualisations. Sydney: Centre for Western Sydney; 2018. Zugänglich unter/available at [https://www.westernsydney.edu.au/cws/gws\\_research](https://www.westernsydney.edu.au/cws/gws_research)
- Boelen C, Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization; 1995.
- Whibley A. University dream becomes reality at UWS for first in family students. Sydney: Western Sydney University; 2012. Zugänglich unter/available at [https://www.westernsydney.edu.au/newscentre/news\\_centre/story\\_archive/2012/university\\_dream\\_becomes\\_reality\\_at\\_uws\\_for\\_first\\_in\\_family\\_students](https://www.westernsydney.edu.au/newscentre/news_centre/story_archive/2012/university_dream_becomes_reality_at_uws_for_first_in_family_students)
- Commonwealth of Australia. Medical training review panel 19th report. Canberra: Commonwealth of Australia; 2016. p.36-37
- Talib Z, Palsdottir B, Briggs M, Clithero A, Miniclier Cobb N, Marjadi B, Preston R and Williams S. Defining community-engaged health professional education: a step toward building the evidence. *NAM Perspect*. 2017;1-4. Zugänglich unter/available from: <https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/01/Defining-Community-Engaged-Health-Professional-Education-A-Step-Toward-Building-the-Evidence.pdf>
- Pizzica J. Partnership Pedagogy. Sydney: Western Sydney University; 2018. Zugänglich unter/available from: [https://www.westernsydney.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/1445289/PP2\\_pager\\_v2.1\\_120818.pdf](https://www.westernsydney.edu.au/__data/assets/pdf_file/0006/1445289/PP2_pager_v2.1_120818.pdf)
- Marjadi B, Dave K, Mason G. A Community of Inquiry approach to learning design in community-engaged learning program. In: Partridge H, Davis K, Thomas J, editors. *Me, Us, IT! Proceedings ASCILITE2017: 34th International Conference on Innovation, Practice and Research in the Use of Educational Technologies in Tertiary Education*. 2017. p.142-146.
- Micheal S, Marjadi B. Blended-learning to teach gender in medical school. *Clin Teach*. 2018;15:208-213. DOI: 10.1111/tct.12778
- Northern Illinois University Faculty Development and Instructional Design Center. Instructional scaffolding to improve learning. *Spectrum Newsletter*, Fall 2008. DeKalb, IL: Northern Illinois University; 2008. Zugänglich unter/available from: <https://niu.edu/spectrum/archives/scaffolding.shtml>
- The Royal Australian College of General Practitioners. Curriculum for Australian General Practice 2016 - CS16 Core skills unit. East Melbourne: RACGP; 2016.

18. Son J, Debono D, Leitner R, Lenroot R, Johnson J. Pass the parcel: Service provider views on bridging gaps for youth with dual diagnosis of intellectual disability and mental health disorders in regional areas. *J Paediatr Child Health*. 2018;55(6):666-672. DOI: 10.1111/jpc.14266
19. Haegele JA, Hodge S. Disability Discourse: overview and critiques of the medical and social models. *Quest*. 2016;68(2):193-206. DOI: 10.1080/00336297.2016.1143849
20. Marmot M. *The health gap: The challenge of an unequal world*. London: Bloomsbury Publishing; 2015. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00150-6
21. Rourke J. Social accountability: A framework for medical schools to improve the health of the populations they serve. *Acad Med*. 2018;93(8):1120-1124. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002239
22. Olson R, Bidewell J, Dune T, Lessey N. Developing cultural competence through self-reflection in interprofessional education: findings from an Australian university. *J Interprof Care*. 2016;30(3):347-354. DOI: 10.3109/13561820.2016.1144583
23. Dune T, Caputi P, Walker B. A systematic review of mental health care workers' constructions about culturally and linguistically diverse people. *PLOS One*. 2018;13(7):e0200662. DOI: 10.1371/journal.pone.0200662
24. Dogra N, Conning S, Gill P, Spencer J, Turner M. Teaching of cultural diversity in medical schools in the United Kingdom and Republic of Ireland: cross sectional questionnaire survey. *BMJ*. 2005;330(7488):403-404. DOI: 10.1136/bmj.38338.661493.AE
25. Roberts DE. Is race-based medicine good for us?: African American approaches to race, biomedicine, and equality. *J Law Med Ethics*. 2008;36(3):537-545. DOI: 10.1111/j.1748-720X.2008.302.x

**Corresponding author:**

Brahmaputra Marjadi  
 Western Sydney University, School of Medicine &  
 Translational Health Research Institute, Building 30,  
 Campbelltown Campus, Campbelltown NSW 2560,  
 Australia  
 b.marjadi@westernsydney.edu.au

**Please cite as**

Marjadi B, Mapedzahama V, Rogers G, Donnelly M, Harris A, Donadel D, Jakstas E, Dune T, Lo W, Micheal S, McKnight T, Hennessy A, Ganapathy VA, Pacey F. *Medicine in Context: ten years' experience in diversity education for medical students in Greater Western Sydney, Australia*. *GMS J Med Educ*. 2020;37(2):Doc21. DOI: 10.3205/zma001314, URN: urn:nbn:de:0183-zma0013145

**This article is freely available from**

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001314.shtml>

**Received:** 2019-01-30

**Revised:** 2019-06-13

**Accepted:** 2019-08-15

**Published:** 2020-03-16

**Copyright**

©2020 Marjadi et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.



# Medizin im Kontext: Zehn Jahre Erfahrung in der Diversity-Ausbildung für Medizinstudenten in Greater Western Sydney, Australien

## Zusammenfassung

**Zielsetzung:** In diesem Beitrag wird das Diversity-Ausbildungsprogramm an der Universität West-Sydney, Fachbereich Medizin (WSUSoM, Western Sydney University School of Medicine), Medizin im Kontext (MiK), beschrieben. Das MiK-Programm implementiert gemeinschaftsorientiertes Lernen und partnerschaftliche Pädagogik, indem Medizinstudenten in ihrem ersten klinischen Jahr die vielfältigen sozialen Gesundheitsdeterminanten vermittelt werden. Entscheidend für die MiK-Inhalte und Schulungsmethoden ist die Diversität (engl. Diversity) der lokalen Region, die sich auch in der jeweiligen Studentenpopulation und den MiK-Mitarbeitern widerspiegelt.

**Methodik:** In diesem Bericht wird beschrieben, wie die Mitarbeiter der WSUSoM das MiK-Programm in der Zeit von 2009-2018 gemeinsam mit Partnern aus der Gemeinschaft und Ärzteschaft (niedergelassene Allgemeinmediziner, GPs) konzipiert, vermittelt, bewertet und evaluiert haben. In Einklang mit dem Konzept des gemeinschaftsorientierten Lernens und der partnerschaftlichen Pädagogik wurde dieser Beitrag in Zusammenarbeit mit einem Querschnitt unterschiedlicher MiK-Akteure erstellt: den WSUSoM-Mitarbeitern, Partnern aus der Gemeinschaft sowie ehemaligen Absolventen (den Alumni).

**Ergebnisse:** Im Rahmen einer zehnwöchigen Phase im Gesundheits- & Pflegedienst mit anschließender Nachbereitung in Tutorials und Workshops lernen die Studenten das komplexe Zusammenspiel zwischen den sozialen Gesundheitsdeterminanten und der klinischen Praxis kennen. Durch den Austausch von Erfahrungen, Erkenntnissen und Gedanken in sicherer Umgebung können die Studenten ihre Berührungspunkte im Zusammenhang mit der Diversity-Ausbildung überwinden. Nach kontinuierlichen evidenzbasierten Verbesserungen am Konzept und der Umsetzung des Programms in die Praxis wurden bei Qualitäts-sicherungskontrollen positive Trends hinsichtlich der Lernqualität und der Zufriedenheit der Studenten mit dem Programm festgestellt.

**Fazit:** Durch die Implementierung des gemeinschaftsorientierten Lernens und der partnerschaftlichen Pädagogik im MiK-Programm konnten die Studenten durch fortlaufendes Engagement der WSUSoM und ihrer Partner aus der Gemeinschaft und Ärzteschaft erfolgreich in die Diversity-Ausbildung eingebunden werden. Die Synthese aus Diversity-Ausbildung und klinischem Lernen während des gesamten MiK-Programms ist ein wichtiger Schritt zur Entwicklung von Kompetenzen für eine patientenorientierte Versorgung.

**Schlüsselwörter:** Diversität, medizinische Ausbildung, gemeinschaftliches Engagement, gesellschaftliche Verantwortung

Brahmaputra Marjadi<sup>1,2</sup>  
Virginia Mapedzahama<sup>3</sup>  
Gayle Rogers<sup>4</sup>  
Margaret Donnelly<sup>5</sup>  
Anne Harris<sup>6</sup>  
Dale Donadel<sup>7</sup>  
Emilie Jakstas<sup>1</sup>  
Tinashe Dune<sup>2,8</sup>  
Winston Lo<sup>1</sup>  
Sowbhagya Micheal<sup>1</sup>  
Trelawny McKnight<sup>1</sup>  
Annemarie Hennessy<sup>1</sup>  
Vaishnavi Anu  
Ganapathy<sup>9</sup>  
Fiona Pacey<sup>1</sup>

1 Universität West-Sydney, Fachbereich Medizin, Campbelltown, Australien

2 Universität West-Sydney, Translationales Gesundheitsforschungsinstitut, Campbelltown, Australien

3 Universität Sydney, Fakultät für Medizin und Gesundheit, Susan Wakil Krankenpflege- und Hebammenschule, Sydney, Australien

4 Northcott Behindertenservice, North Parramatta, Australien

5 Myrtle Cottage Group Inc., Ingleburn, Australien

6 Gesundheitsbezirk West-Sydney, Gesundheits- & Pflegedienst, Sydney, Australien

7 Chester Hill Nachbarschaftszentrum, Chester Hill, Australien

8 Universität West-Sydney,  
Schule für Gesundheitswissenschaften,  
Campbelltown, Australien

9 Royal North Shore  
Krankenhaus, St Leonards,  
Australien

## 1. Hintergrund

Es gibt immer mehr Arbeiten über den Wert und die Bedeutung der Diversity-Ausbildung in medizinischen Ausbildungsprogrammen [1], [2], [3]. Mit dieser Arbeit möchten wir einen weiteren Beitrag leisten, indem wir die Einführung der Diversity-Ausbildung an der Universität West-Sydney (Western Sydney University) School of Medicine (WSUSoM) in Australien erläutern. Unser Beitrag umreißt, wie die Studenten im Laufe des Medizin im Kontext (MiK)-Programms an der WSUSoM mit der Diversität als Teil der sozialen Gesundheitsdeterminanten in Berührung kommen, die ein integraler Bestandteil der patientenorientierten Versorgung ist. Nach der Erläuterung der vier Aspekte des MiK-Programms (Philosophie, Pädagogik, klinische Integration und Beurteilung) werden die Entwicklungsschritte des MiK-Programms an der WSUSoM vom Bachelorabschluss in Medizin und Chirurgie (MBBS, Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery)-Kurs zum Doktor der Medizin (MD, Doctor of Medicine) beschrieben. Dieser Übergang vom Bachelor- zum Masterabschluss beinhaltet auch programmatische Verbesserungen bei der Vermittlung von Forschungskompetenzen, die Erstellung eines professionellen Portfolios sowie ein wissenschaftliches Projekt.

Die WSUSoM wurde 2007 im Großraum West-Sydney (GWS) gegründet, um die medizinische Versorgung in unterversorgten australischen Gemeinden aus der GWS-Region hinaus zu verbessern [4]. Die GWS-Region ist eine der am schnellsten wachsenden und vielfältigsten Regionen Australiens und beherbergt die größte städtische Aborigines- und Torres-Strait-Insulaner-Gemeinde des Kontinents [5]. Mehr als 50% der 2 Millionen Einwohner sind Migranten bzw. Nachfahren von Migranten aus mehr als 170 Ländern. In der GWS-Region werden mehr als 100 Sprachen gesprochen. 38% der Bevölkerung – und in manchen Vororten sogar mehr als 90% – sprechen zu Hause eine andere Sprache als Englisch [6], [7], [8].

Seit ihrer Gründung hat sich die WSUSoM den Prinzipien der gesellschaftlichen Verantwortung verschrieben [9] und Komponenten des gemeinschaftsorientierten Lernens in ihren gesamten Studienplan integriert [5]. Der Diversität in der GWS-Region wird somit von der Auswahl der Studenten bis hin zum Studienplan und den Studieninhalten Rechnung getragen. Die Schule hat ein Präferenzsystem für Bewerber, die seit mindestens fünf Jahren in der

GWS-Region leben, was zu einer Vielfalt der Studentenschaft führt, die sich so auch in der Bevölkerung in der GWS-Region widerspiegelt [10]. Die meisten Studenten der Universität West-Sydney sind die ersten in ihren Familien, die einen Hochschulabschluss anstreben [10], und das Konzept der WSUSoM sieht vor, Absolventen von den weiterführenden Schulen aufzunehmen. Um jedoch auch denjenigen eine medizinische Ausbildung zu ermöglichen, denen dies bisher verwehrt geblieben ist, können sich auch ältere und kognitiv reife Schüler für einen Studienplatz bewerben. Hierbei wird besonderes Augenmerk darauf gelegt, studierende Aborigines und Torres-Strait-Insulaner zu unterstützen. Die WSUSoM ist sehr stolz darauf, dass diese Bemühungen einen wichtigen Beitrag zu den nationalen Maßnahmen darstellen, die Anzahl von Ärzten unter Aborigines und Torres-Strait-Insulanern zu erhöhen, um die starken Diskrepanzen hinsichtlich der Lebenserwartung unserer Ureinwohner zu beseitigen ([11], S.36-37).

Der Schwerpunkt des voll integrierten 5jährigen Studienplans an der WSUSoM liegt im ersten und zweiten Jahr auf problemorientiertem Lernen, gefolgt von praxisorientiertem klinischen Lernen im Krankenhaus und in der Gemeinschaft im dritten bis fünften Jahr. 2007 startete der Studienplan zunächst mit dem Bachelorabschluss in Medizin und Chirurgie (MBBS, Bachelor of Medicine/Bachelor of Surgery), als noch alle primären medizinischen Qualifikationen in Australien gewährleistet waren, und befindet sich nun von 2019-2023 im Rahmen des nationalen Trends in der Übergangsphase zum Doktor der Medizin (MD, Doctor of Medicine).

Das Aushängeschild der Diversity-Lernkomponente an der WSUSoM ist das so genannte „Medizin im Kontext“-Programm (oder kurz „MiK“), das im ersten klinischen Jahr (3. Jahr) im Rahmen von zwei 5wöchigen Rotationen gelehrt wird. Die Studenten machen vier Tage pro Woche ein Praktikum bei einem Gesundheits- & Pflegedienst und bei niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen (GPs) und nehmen Freitag dann am Campus an Tutorials und Workshops teil, um ihre Lernerfahrungen aus der Praxis nachzubereiten und zu konsolidieren (siehe Abbildung 1).

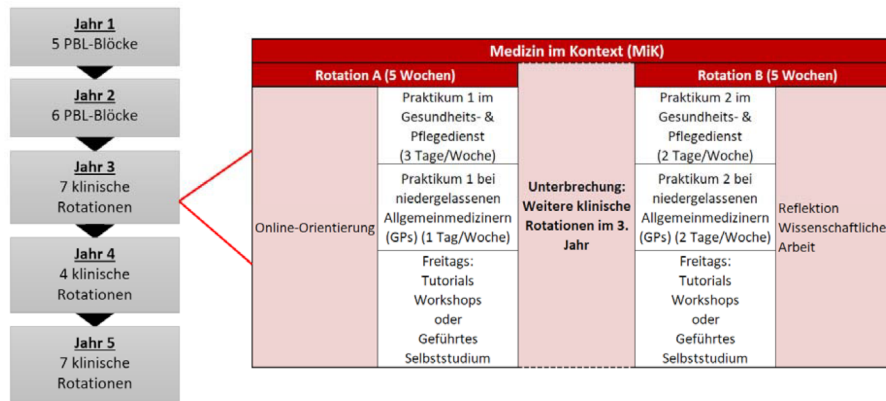


Abbildung 1: Programmpunkte und Struktur des Medizin im Kontext-Programms des MBBS-Lehrplans im Fachbereich Medizin an der Universität West-Sydney.

## 2. Das MiK-Programm

### 2.1. Philosophie

Das MiK-Programm wurde auf der Basis von umfangreichen Gesprächen mit Vertretern aus der Gemeinschaft [5] gemäß der Philosophie der gesellschaftlichen Verantwortung entwickelt [9]. Im ersten klinischen Jahr arbeiten die Studenten im Gesundheits- & Pflegedienst mit, wie z. B. in Ärztehäusern oder Hausarztkliniken, um etwas über das Zusammenspiel zwischen sozialen Gesundheitsdeterminanten und der klinischen Praxis zu lernen. Das MiK-Team implementiert die Prinzipien der gemeinschaftsorientierten medizinischen Ausbildung [12] und partnerschaftlichen Pädagogik [13], indem es Gemeindepартner mit ihrem reichen Erfahrungsschatz in die Konzeption, Vermittlung, Bewertung und Evaluierung des Programms einbindet.

### 2.2. Pädagogik

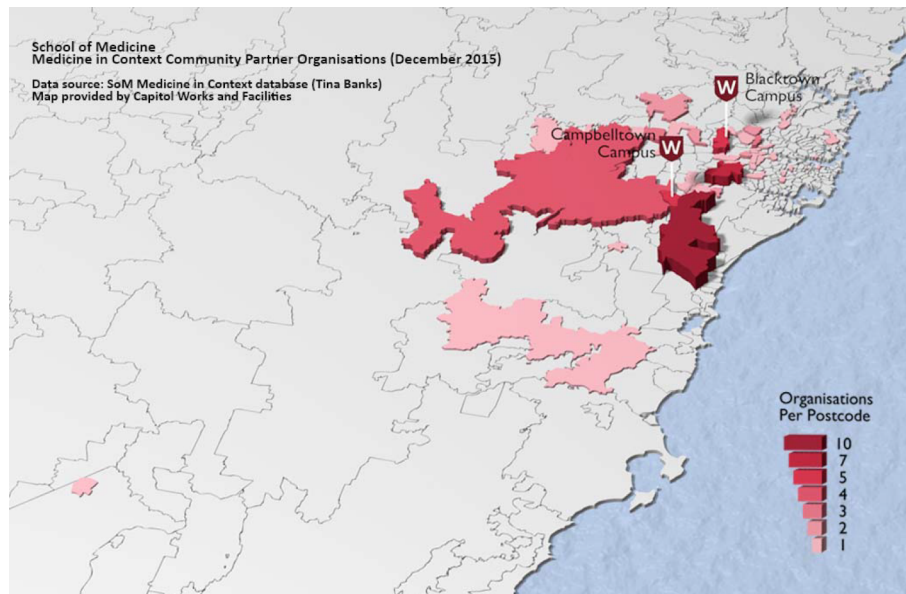
Die Pädagogik des MiK-Programms hat sich durch kontinuierliche Beurteilung und Verbesserungen weiterentwickelt. Ursprünglich bestand das MiK-Konzept aus der Orientierungsphase, Praktika im Gesundheits- & Pflegedienst und bei niedergelassenen Allgemeinmedizinern, Tutorials, Gastvorträgen und Nachbesprechungen [5]. Diese Lehrmethoden wurden mit Hilfe von evidenzbasierten Konzepten kontinuierlich weiter verbessert. Mit Hilfe von integrierten Lernstrategien, wie zum Beispiel umgedrehter Unterricht (flipped classroom) und Online-Beurteilungen, wird das Engagement der Studenten weiter verbessert [14], [15] und die steigende kognitive Belastung berücksichtigt [16]. Vorlesungen zu einem Thema wurden durch interaktive komplexe Falldiskussionen mit Hilfe von Spielen und Rollenspielen ersetzt, um eine Intersektionalität der unterschiedlichen Aspekte der Diversität zu erzielen und so die Synthese aus Lernen in Gemeinschaft und Klinik zu erleichtern. Die MiK-Praktika im Gesundheits- & Pflegedienst und bei niedergelassenen Allgemeinmedizinern beginnen mit einem Gespräch zwischen Studenten und Tutor, an welchen Stellen beim Kontakt der Studenten mit den unterschiedlichen Aspekten der Diver-

sität Lücken hinsichtlich der Lebenserfahrung festgestellt wurden, und wie der Praktikumsplan gestaltet wird, um ihre persönliche und berufliche Weiterentwicklung zu fördern.

#### 2.2.1. Praktika im Gesundheits- & Pflegedienst

Bislang hat die WSUSoM partnerschaftlich mit mehr als 100 Gemeindevorrichtungen zusammengearbeitet und Praktika bei Gesundheits- & Pflegediensten im Rahmen des MiK organisiert, wie zum Beispiel in folgenden Bereichen: Gesundheit von Aborigines und Torres-Strait-Insulanern, Pflege älterer Menschen, Kinder und Jugendliche, Pflege in der Gemeinschaft, Behinderung, Drogen und Alkohol, Gesundheitsförderung, Männergesundheit, psychische Gesundheit, Gesundheit von Flüchtlingen und Migranten, sexuelle Gesundheit und Frauengesundheit. Die Studenten lernen die Diversität kennen, indem sie sich bei ihren Dienstleistern und deren Kunden einbringen. Die meisten Partner aus der Gemeinschaft sind in der GWS-Region tätig, manche sind jedoch auch in anderen Gegenden von Sydney und außerhalb von Sydney ansässig, wie beispielsweise dem Gebiet der australischen Hauptstadt (Australian Capital Territory, siehe Abbildung 2). Diese geographische Streuung bereichert die Vielfalt an Gemeinden und Demographien, in denen die Studenten lernen.

Die MiK-Partner aus der Gemeinschaft binden die Studenten in viele unterschiedliche Gesundheits- & Pflegedienste ein. So begleiten die Studenten die Mitarbeiter zum Hausbesuch bei einer Mutter mit einer postnatalen Depression, besuchen gemeinsam einen Schlaganfallpatienten, bei dem Änderungen an seinem häuslichen Umfeld vorgenommen werden müssen, oder wirken an einem Gesundheitscheck für Senioren am multikulturellen Tag teil. Die Studenten werden ermutigt, etwas über die Dienstleistungen zu erfahren und die unterschiedlichen Kommunikationsstile des Dienstleiters im Umgang mit verschiedenen Kulturen, unterschiedlicher Gesundheitskompetenz und anspruchsvollen Patienten zu beobachten. Die Praktikumsbetreuer bereiten die Praktikumsinhalte regelmäßig mit den Studenten nach, um mögliche Probleme zu erkennen und sich damit auseinander zu



**Abbildung 2: Geographische Verteilung der Partner aus der Gemeinschaft im Medizin im Kontext-Programm der WSUSoM im Jahr 2015.**

setzen, und um zu besprechen, wie sie die neuen Einblicke in die klinische Praxis umsetzen können. Dabei werden die Studenten durch Gespräche über die sozialen Gesundheitsdeterminanten und deren Einfluss auf die Patientenergebnisse angeleitet, den Patienten stets ganzheitlich zu betrachten.

### 2.2.2. Praktika bei niedergelassenen Allgemeinmedizinern (GPs)

Im MiK-Programm kommen die Studenten erstmals mit Hausarztkliniken (den so genannten GP clinics) in Berührung, was die Grundlage für weiteres Lernen im Bereich der Allgemeinmedizin im Rahmen einer vertikalen Studienplanintegration im letzten Studienjahr schafft. Die Praktika bei niedergelassenen Allgemeinmedizinern spiegeln die geographische Streuung und die vielfältigen Kunden der Praktika im Gesundheits- & Pflegedienst wider (siehe Abbildung 3). Hier erleben die Studenten hautnah die primäre Gesundheitsversorgung von Menschen aus unterschiedlichen Kulturen, lokalen Epidemiologien und mit unterschiedlich ausgeprägter Sozioökonomie, Gesundheitskompetenz und Kenntnissen der englischen Sprache. Die Studenten müssen das Erlernte gemäß den Vorgaben der australischen Anerkennungsbehörde (RACGP, Royal Australian College of General Practitioners) in allen fünf Bereichen der Allgemeinmedizin nachweisen [17]. Die Studenten werden von ihren ärztlichen Betreuern in allen fünf Bereichen nach ihren Kenntnissen und ihren Leistungen beurteilt. Die Diversity-Ausbildung des MiK unterstützt insbesondere zwei der fünf RACGP-Bereiche, d. h. „Gesundheit der Bevölkerung und der Kontext der allgemeinen Praxis“ (mit Epidemiologie, öffentlicher Gesundheit, Prävention, Einfluss der Familie auf die Gesundheit, Ressourcen) und „Kommunikationsfähigkeiten und das Verhältnis von Patienten zum

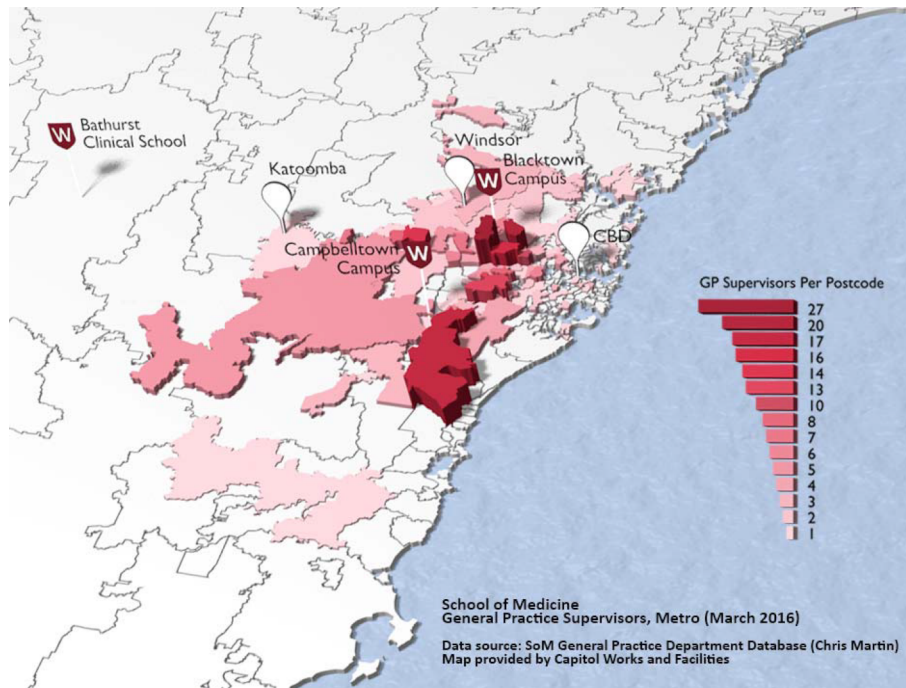
Arzt“ (mit Kommunikationsfähigkeiten, Patientenorientierung, Gesundheitsförderung, holistische Behandlung).

### 2.2.3. Tutorials

Im Rahmen von Tutorials tauschen sich die Studenten jede Woche über ihre Lerninhalte aus und führen ihr Wissen zusammen. Die MiK-Tutoren haben unterschiedliche berufliche Hintergründe (Soziologie, Psychologie, Chiropraktik, Medizin, Pädagogik, Krankenpflege, Seelsorge) und Lebenserfahrungen (Alter, Ethnizität, Migration, Religion/Spiritualität, Behinderung, Geschlecht und Sexualität). Da die Studenten aus vielen verschiedenen Bereichen kommen und in unterschiedlichen Gemeinde- & ärztlichen Settings eingesetzt werden, bieten die MiK-Tutorials die Möglichkeit, Lernerfahrungen aus unterschiedlichen Winkeln zu betrachten und analysieren, was eine große Bereicherung für die Lernerfahrung der Studenten darstellt. So tauschen sich die Studenten bei einer Diskussion über Trends in der psychischen Gesundheit im Rahmen eines Tutorials beispielsweise über die Akzeptanz bzw. Ablehnung ihrer Kultur gegenüber dem Konzept der psychischen Gesundheit aus und entdecken so grundlegende Herausforderungen bei der Entwicklung von präventiven Strategien für die Allgemeinheit.

### 2.2.4. Workshops

Die Praktikumsbetreuer schildern ihre Erkenntnisse hinsichtlich der Diversität bei der Bereitstellung ihrer Dienste im Rahmen von mehreren MiK-Workshops auf dem Campus. In diesen Workshops werden Themen rund um den Umgang mit Diversität behandelt, wie z. B. soziale Klasse, Familienstruktur (einschließlich gleichgeschlechtliche Eltern), ethnische Zugehörigkeit, Sprachbarrieren, kulturelle Identitäten, Rassismus, Gesundheitskompetenz, Geschlecht und Sexualität, häusliche Gewalt, gesundheitsbewusstes Verhalten und Behinderung. Alle Workshops



**Abbildung 3: Geographische Verteilung der Partner aus der Ärzteschaft im Medizin im Kontext-Programm der WSUSoM im Jahr 2016.**

werden von MiK-Akademikern und Gesundheits- & Pflegedienstleistern mitbetreut, und die Fallstudien stammen von echten Kunden der Gesundheits- & Pflegedienstleister, bei denen die Praktika stattfinden. Die Partner aus der Gemeinschaft bringen ihre Ressourcen ein, wie beispielsweise Video-Clips, die von stummen Kunden mit einer Behinderung gemacht wurden, die Kommunikationshilfen nutzen. Bei allen Fällen werden die klinischen Aspekte integriert, damit die Studenten lernen, ihre routinemäßigen klinischen Aufgaben individuell an die besonderen Umstände der Patienten mit unterschiedlichem Hintergrund anzupassen, wie zum Beispiel die Überbringung von schlechten Nachrichten, Erkennen von Fällen häuslicher Gewalt, Gespräche über den Einsatz von Komplementärmedizin, Umgang mit assistierter Kommunikation, Ermittlung von Kontaktpersonen bei sexuell übertragbaren Infektionen, Umgang mit Medikamenten sowie Überweisungswegen. Im letzten Workshop der Reihe werden drei Patienten mit komplexem Hintergrund diskutiert: Drogenabhängigkeit mit häuslicher Gewalt, Störung des autistischen Spektrums mit Beteiligung des "X-Chromosoms und paranoide Schizophrenie mit richterlichem Beschluss. In diesem abschließenden Workshop werden die Lernerfahrungen der Studenten zusammengetragen und die Schnittmengen der verschiedenen Diversitäten im klinischen Kontext herausgearbeitet.

## 2.3. Klinische Integration

Gemeinsam schaffen Betreuer, Tutoren und Workshop-Moderatoren eine Verbindung zwischen der MiK-Diversity-Ausbildung und dem klinischen Wissen der Studenten. Alle Gespräche und der Austausch von Erkenntnissen fließen schließlich in die Frage ein, wie die Studenten ihr

Wissen, das sie im Rahmen ihrer Praktika erworben haben, konkret im klinischen Kontext nutzen können. Die klinische Integration des MiK-Diversity-Lernprozesses wird zudem durch Bewertungen unterstützt. Aufbauend auf ihren gesammelten MiK-Erfahrungen müssen die Studenten dann eine wissenschaftliche Arbeit über eine soziale Gesundheitsdeterminante ihrer Wahl verfassen. Das MiK-Team und die Partner aus der Gemeinschaft leisten ihren Beitrag zu den schriftlichen Prüfungen am Ende des Jahres. Seit 2015 nimmt das MiK regelmäßig Aspekte der Diversität, wie zum Beispiel Behinderung, soziale Isolation, Kultur und Gesundheitskompetenz, in das standardisierte klinische Prüfungssystem der WSUSoM auf (objektiv strukturierte klinische Prüfungen bzw. OSCE, Objective Structured Clinical Examinations). Nachstehend sind ein paar Integrationsbeispiele für Diversität und klinisches Lernen im MiK erläutert.

### 2.3.1. Praktika im Behindertendienst

Durch Praktika im Behindertendienst lernen die Studenten von erfahrenen medizinischen Fachkräften etwas über körperliche und geistige Behinderungen im sozialen und Gesundheitsumfeld. Sie erfahren etwas über die Unterstützung von Menschen in komplexen sozialen Umgebungen, die Aspekte von Behinderungen, die klinische Diagnosen verzerren können [18], Selbstbestimmung, gemeinschaftliches Engagement und Inklusion im Gesundheitssektor und der Allgemeinheit. So können die Studenten leichter von einem medizinischen Modell, in dem Menschen nach ihren Defiziten definiert werden, zu einem sozialen Modell wechseln, in dem Behinderungen als Schnittstelle zwischen den Beeinträchtigungen eines Menschen und den Barrieren, die durch die Gesellschaft

erschaffen werden, verstanden wird [19]. So diskutieren sie auch Strategien, wie man integrativere medizinische und soziale Umgebungen für Menschen mit Behinderungen schaffen kann.

### 2.3.2. Praktika in kommunalen Gesundheitszentren

Bei Praktika in kommunalen Gesundheitszentren lernen die Studenten Dienste kennen, die den speziellen Bedürfnissen von Menschen, Familien und Gemeinschaftsgruppen, einschließlich schutzbedürftigen Bevölkerungsgruppen gerecht werden. Die Diversität der angebotenen Dienstleistungen beinhaltet medizinische Dienste und Pflege, alternative Behandlungsverfahren, Beratung, Gesundheitsförderung, Altenpflege, Drogen und Alkohol, Gesundheit von Mutter und Kind, psychische Gesundheit und Behinderung. Die Studenten sollen darüber nachdenken, wie sie ihre künftige Rolle als Arzt im Verhältnis zu diesen Diensten sehen. Manche Studenten haben die Fähigkeit von schutzbedürftigen Gemeinschaften kritisch hinterfragt, sich in den zunehmend komplexen Gesundheitsdiensten und digitalen/Online-Gesundheitsinformationen und -kommunikation zurecht zu finden.

### 2.3.3. Praktika in der Altenpflege

Im Rahmen von Praktika in der Altenpflege können die Studenten die Diversität in der Gruppe der über 60-Jährigen kennen lernen. Gesprächen mit und die Beobachtung von Menschen, die sozial isoliert oder dement sind, hat zu nachdenklichen Gesprächen darüber geführt, welche Auswirkungen diese Erfahrungen auf die künftigen medizinischen Karrieren der Studenten haben wird. Die Erkenntnis, dass soziale Kontakte die Gesundheit und das Wohlbefinden eines Menschen verbessern kann, ist eine wirksame Lernerfahrung für Studenten. Aus klinischer Sicht kommen die Studenten bei Praktika in der Altenpflege auch mit den unterschiedlichen klinischen Ausprägungen der Demenz in Berührung. Einige Studenten waren überrascht, wie schwer es ist, eine Demenz bei manchen Patienten zu erkennen, mit denen man täglich Kontakt hat. Dadurch bekamen sie eine erste Vorstellung darüber, wie schwer es manchmal für Ärzte ist, eine Demenz bei einem kurzen Arztbesuch zu erkennen.

## 2.4. Beurteilung

Am Ende jedes 5wöchigen Blocks werden alle MiK-Komponenten beurteilt. Die Studenten füllen Fragebögen zur Beurteilung ihrer Praktika beim Gesundheits- und Pflegedienst und bei niedergelassenen Allgemeinmedizinern, Tutorials und Workshops aus. Die Praktikumsbetreuer wiederum beurteilen ihre Studenten und dokumentieren deren Leistungen in Praktikumsformularen, in denen auch spezielle Anekdoten, wie z. B. nachdenkliche Gespräche über ein bestimmtes Thema, dokumentiert werden. Die wissenschaftlichen Arbeiten der Studenten und ihre Leistungen bei den MiK-Prüfungsfragen werden außerdem vom MiK-Team überwacht, und die Ergebnisse

fließen qualitativ in die Gesamtbeurteilung des MiK-Programms ein. Alle Beurteilungsdaten werden vom MiK-Leiter analysiert und in Berichte zusammengefasst, die jedes Jahr an Praktikumsbetreuer, die WSUSoM-Gremien und Studentenvertreter ausgegeben werden. Sämtliche Maßnahmen, die auf der Basis der Beurteilungsdaten ergriffen wurden, werden in den MiK-Studiendokumenten des darauffolgenden Jahres präsentiert.

Die Bewertungsergebnisse (Scores) der Studenten sowie eventuelle Kommentare, das Abschneiden bei den Leistungsbewertungen und das Feedback von ehemaligen Absolventen (den Alumni) haben einen starken dauerhaften Nutzen für die medizinische Umsetzung dieses Programms gezeigt. Gelegentlich gab es Widerstand von manchen Studenten, insbesondere wenn sie die klinische Bedeutung ihrer gemeinschaftsorientierten Diversity-Ausbildung zunächst nicht erkennen konnten. Das MiK-Team bindet auch die Studentenvertreter mit ein, auch Studenten, die ihre Unzufriedenheit mit den Verbesserungen am Konzept des Programms kundgetan haben, wodurch die Anzahl von Beschwerden reduziert wurde. Eine weitere regelmäßige Herausforderung stellt die Notwendigkeit dar, die Balance zwischen einem standardisierten Lernprozess und den einzigartigen praktischen Erfahrungen zu schaffen. Die MiK-Lernergebnisse und die dazugehörigen Beurteilungskriterien bilden die Parameter, an die sich alle Lernaktivitäten im Rahmen des Praktikums richten müssen; zudem gibt es genügend Raum innerhalb dieser Parameter, um standortspezifische Lernaktivitäten während des Praktikums zu ermöglichen. Diese Lernaktivitäten und ihre Ausrichtung auf die MiK-Lernergebnisse sowie die Beurteilungskriterien werden mit Hilfe der MiK-Studienplandokumente für Praktika überwacht, die zwischen den Studenten und ihren Betreuern besprochen werden.

## 2.5. Übergangsphase

Seit 2016 wurden konkrete Schritte unternommen, um das MiK-Programm in Einklang mit dem Übergang der WSUSoM vom MBBS zum MD von 2019 bis 2023 umzugestalten. 2017 und 2018 fanden umfangreiche Beratungen mit einzelnen Personen und in kleinen Gruppen mit Partnern aus der Gemeinschaft und Studentenvertretern statt, die im Laufe der Entwicklung des neuen Studienplans weitergeführt werden. Beim MD MiK-Programm soll eine bessere vertikale Integration über fünf Jahre erzielt werden. Horizontal sollen neue Schnittstellen zu Gesundheit der Bevölkerung, problemorientiertem Lernen, allgemeiner Praxis und Rotationen im Krankenhaus geschaffen werden (siehe Tabelle 1). Die Berührung der Studenten mit Diversität im GWS und darüber hinaus wird durch 2jährige wissenschaftliche MD-Projekte erweitert, zu denen auch Lernoptionen in den Bereichen gemeinschaftsorientierte Forschung und Gesundheits- & Pflegedienst gehören.

**Tabelle 1: Programmpunkte und Struktur des Medizin im Kontext-Programms des MD-Studienplans im Fachbereich Medizin an der Universität West-Sydney.**

Studienplan-Jahr	Medizin im Kontext-Komponenten
1. Jahr	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorbereitender Workshop</li> <li>• Kurzer Kontakt mit Gesundheits- &amp; Pflegediensten</li> <li>• Erster Kontakt mit Hausarztkliniken</li> <li>• Nachbereitendes Tutorial</li> </ul>
2. Jahr	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorbereitender Workshop</li> <li>○ Kurzer Kontakt mit Gesundheits- &amp; Pflegediensten</li> <li>○ Weiterer Kontakt mit Hausarztkliniken</li> <li>○ Nachbereitendes Tutorial</li> </ul>
3. Jahr	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fünfwöchige kombinierte Praktika im Gesundheits- &amp; Pflegedienst und bei niedergelassenen Allgemeinmedizinern</li> <li>• Tutorials und Workshops</li> <li>• Lernoptionen in den Bereichen gemeinschaftsorientierte Forschung und Gesundheits- &amp; Pflegedienst in wissenschaftlichen MD-Projekten</li> </ul>
4. Jahr	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Überprüfung der sozialen Gesundheitsdeterminanten in Patientenversorgungsplänen im Krankenhaus</li> <li>○ Lernoptionen in den Bereichen gemeinschaftsorientierte Forschung und Gesundheits- &amp; Pflegedienst in wissenschaftlichen MD-Projekten</li> </ul>
5. Jahr	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Überprüfung der sozialen Gesundheitsdeterminanten in Patientenversorgungsplänen in der primären Gesundheitsversorgung und im Krankenhaus</li> </ul>

### 3. Ergebnisse und Diskussion

Die vielfältige Diversity-Ausbildung steht bei der MiK-Pädagogik und den Studienplaninhalten im Vordergrund. Erstens wurden die MiK-Inhalte auf der Basis von Prioritäten im Gesundheitssektor entsprechend der Stimmen aus der Gemeinschaft und der aktuellen Herausforderungen in der äußerst vielfältigen GWS-Bevölkerung entwickelt. Die Struktur und Vermittlung des MiK-Programms ermöglichen es den Studenten, ein besseres Verständnis des Gesundheitswesens und des Zusammenspiels zwischen der allgemeinen Praxis und den Zuweisernetzwerken zu entwickeln, über die die Menschen mit den Gesundheits- & Pflegedienstleistern verbunden sind, die sie dabei unterstützen, ihren Bedürfnissen gerecht zu werden. Durch die Erfahrungen, die die Studenten in der Gemeinschaft machen, bekommen sie ein besseres Verständnis, wie wichtig die multidisziplinäre Versorgung ist, und wie kommunale Organisationen niedergelassene Allgemeinärzte und Fachärzte unterstützen können. Durch die Diversity-Ausbildung des MiK bekommen die Medizinstudenten einen breiteren Blickwinkel, der sich später positiv auf eine effektive Patientenversorgung auswirkt. Der Unterricht gibt den Studenten auch die Werkzeuge und das Wissen für einen angemessenen und effektiven Umgang mit dem persönlichen Hintergrund jedes Patienten an die Hand. Durch Interaktionen mit Menschen aus unterschiedlichen Hintergründen lernen die Studenten etwas über effektive Kommunikation, den Weg der Patienten durch das Gesundheitssystem, und wie wichtig es ist, optimale Ergebnisse zu erzielen, bei denen die gesundheitlichen Bedürfnisse, Wünsche und individuellen Einflussgrößen des Patienten berücksichtigt werden. Zweitens trägt das MiK-Programm der Diversität unter den Studenten Rechnung und wurde so konzipiert, dass jeder Student sein einzigartiges Verständnis dazu erlangen kann, welchen Einfluss die sozialen Gesundheitsde-

terminanten auf ihn selbst und seine Gemeinschaft haben. Fallstudien mit Patienten/Kunden mit unterschiedlichem ethnischen, geschlechtlichem und sozioökonomischem Hintergrund bestärken die Studenten, die sich unter Umständen mit einigen dieser Marken identifizieren können. Viele unterschiedliche Lernmethoden (Spiele, Gruppenarbeit, Rollenspiele) ermöglichen den Studenten das gemeinschaftliche Erleben und steigern so ihr Engagement. Durch die Arbeit in kleinen Gruppen und Kultivierung einer respektvollen Atmosphäre bieten die MiK-Tutorials einen geschützten Raum für die Studenten, in dem sie ihre Hintergründe und Werte reflektieren und ihre eigene individuelle Diversität zelebrieren und erörtern können [1]. MiK nutzt zudem verschiedene Bewertungsmodalitäten, mit denen Studenten mit unterschiedlichen Stärken ihre Leistungen unter Beweis stellen können. Überlegungen zu den Unterrichtsmethoden mit permanentem Engagement bei den Beurteilungen der Lernerfahrungen der Studenten hat dazu geführt, dass zeitgemäße Konzepte eingesetzt werden, mit denen die Lernbedürfnisse der Studenten erfüllt werden können, z. B. indem Vorlesungen durch umgedrehten Unterricht (flipped classroom) ersetzt wurden [15]. Drittens hat das MiK-Programm – aus der klinischen Perspektive betrachtet – das Bewusstsein der Studenten für die Auswirkungen der sozialen Gesundheitsdeterminanten auf die Gesundheitsergebnisse der Patienten verbessert [20]. Die Lerninhalte im Bereich Diversität sind integraler Bestandteil des klinischen Lernprozesses angesichts der Diversität der Patienten hinsichtlich Alter, ethnischer Herkunft, sozioökonomischem Status und Gesundheitsproblemen, die den Ärzten – insbesondere in Regionen wie dem GWS – täglich begegnen. Die Berührung der Studenten mit Diversität hilft ihnen, ihre klinischen Lerninhalte bei einer breiteren Patientenpopulation umzusetzen. Das MiK-Programm, das innerhalb des ersten klinischen Jahres in Partnerschaft mit der Gemein-

schaft durchgeführt wird, findet zum idealen Zeitpunkt statt und regt künftige Ärzte an, über Stereotypen hinweg zu sehen und einen Sinn für gesellschaftliche Verantwortung zu entwickeln [21].

Viertens verbessert die MiK-Diversity-Ausbildung das Wissen der Studenten über gemeinnützige Dienste. Wenn man davon ausgeht, dass die Patienten, denen der Arzt im klinischen Umfeld – insbesondere in der Allgemeinmedizin – begegnet, unter Umständen auf Gesundheits- & Pflegedienste zurückgreifen müssen, ist es unerlässlich, dass die Studenten einen Einblick gewinnen, welche Unterstützung diese Dienste den Patienten konkret geben können, und welche disziplinübergreifende Dynamik zwischen Fachkräften aus dem medizinischen und nicht-medizinischen Bereich herrscht. Durch die breit gefächerten MiK-Praktika im Gesundheits- & Pflegedienst und bei niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen lernen die Studenten eine Vielzahl von Lebenswirklichkeiten bei Patienten kennen und erfahren so, dass die Ursachen für Armut und gesundheitliche Benachteiligungen und der Zugang zur medizinischen Versorgung ebenso unterschiedlich sind, wie die Patienten, die sie in ihrer klinischen Praxis behandeln [20].

Fünftens wurden bewusst unterschiedliche Experten von innerhalb und außerhalb der WSUSoM in das MiK-Team aufgenommen (was sich auch in der Autorenliste dieses Beitrags widerspiegelt), damit die Studenten während ihrer Lernphase einen breiteren Blickwinkel bekommen und die Art von Zusammenarbeit aufbauen können, die sie später in ihrer medizinischen Karriere benötigen. Die Mitglieder des Teams teilen nicht nur ihre professionellen Erkenntnisse, sondern bieten gegebenenfalls auch ihre persönlichen Einblicke und berichten beispielsweise aus erster Hand über die gesundheitlichen und sozialen Herausforderungen bei der Pflege von Familienmitgliedern mit Behinderung, welche Erfahrungen man als Migrant macht, oder wie es ist, wenn man sich zum gleichen Geschlecht hingezogen fühlt. Zudem bietet das MiK-Team Unterstützung für Studenten, die Probleme haben, sich mit bestimmten Aspekten der Diversität zu identifizieren, wie zum Beispiel Menschen mit Behinderung oder einer anderen, nicht-weißen Ethnie.

Dem MiK-Team wurde von manchen Studenten ein gewisser Widerstand entgegengebracht, der ihr Engagement im MiK-Lernprozess beeinträchtigt hat. Dieser Widerstand ist jedoch nicht ungewöhnlich in der Diversity-Ausbildung ein [22] und hat merkliche Auswirkungen auf die Patientenversorgung und das Verhalten bei der Suche nach Hilfsangeboten [23]. Da die Diversity-Ausbildung ein integraler Bestandteil für die Verbesserung von Gesundheitsergebnissen und Arbeitskulturen im Gesundheitssystem [23] ist, wie dies von der Gemeinschaft gewünscht wird, arbeitet das MiK-Team mit dem Widerstand der Studenten, indem es die Bedeutung der Diversity-Ausbildung für den klinischen Lernprozess besonders betont. Die Mitglieder des MiK-Teams achten sehr darauf, jegliches Unbehagen direkt anzusprechen, das die Studenten eventuell im Umgang mit Diversität haben [24] und ermutigen die Studenten, Unterschieden gegenüber nicht die Augen zu

verschließen [25]. Die Berührung mit und das Engagement für Diversität im Rahmen des MiK ist wichtig für die Studenten, damit sie sich an das Gefühl gewöhnen, dass ihnen bestimmte Dinge unangenehm sind, und lernen, wie sie Widerstände abbauen und Herausforderungen beim Lernprozess über Diversität effektiv bewältigen können [1]. Derzeit wird eine formelle evaluierende Untersuchung über die MiK-Bewertung durchgeführt, und bei den kontinuierlichen qualitativen und quantitativen Überprüfungen im Rahmen der MiK-Qualitätssicherung wurden insbesondere über die letzten vier Jahre Verbesserungen bei der Lernqualität der Studenten und ihrer Zufriedenheit mit dem Programm festgestellt [14], [15]. Im Rahmen von reflektierenden Gesprächen zwischen den Studenten und ihren Betreuern nach den Praktika hat man festgestellt, dass sich die Studenten persönlich und fachlich weiterentwickelt haben, dadurch dass sie sich den Herausforderungen zu Beginn ihrer Praktika gestellt haben und so ein besseres Verständnis für die vielfältige Gemeinschaft entwickelt haben, in der sie später praktizieren werden.

## 4. Fazit

Beim WSUSoM MiK-Programm – das vor mehr als 10 Jahren in Zusammenarbeit mit Partnern aus der Gemeinschaft und Ärzteschaft entwickelt wurde – werden Medizinstudenten mit Diversität konfrontiert. Mit dem Programm wurden gemeinschaftsorientiertes Lernen und partnerschaftliche Pädagogik erfolgreich implementiert, um künftigen Ärzten Einblicke in die komplexe Welt der Patienten außerhalb des Krankenhauses zu gewähren. In zunehmend diversen Gesellschaften wie Australien ist derartiges Lernen der Schlüssel zur Entwicklung von Kompetenzen bei der patientenorientierten Versorgung.

## Interessenkonflikt

Die Autor\*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

## Literatur

1. Dogra N, Reitmanova S, Carter-Pokras O. Twelve tips for teaching diversity and embedding it in the medical curriculum. *Med Teach*. 2009;31(11):990-993. DOI: 10.3109/01421590902960326
2. Siraj HH, Zamzam R, Ismail J, Mohamad N. Managing diversity: A 'must-have' skill for medical students. *Proc Soc Behav Sci*. 2011;18:379-883. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.05.054
3. Muntinga ME, Krajenbrink VQ, Peerdeman SM, Croiset G, Verdonk P. Toward diversity-responsive medical education: taking an intersectionality-based approach to a curriculum evaluation. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2016; 21(3):541-559. DOI: 10.1007/s10459-015-9650-9
4. University of Western Sydney. Annual Report 2004, volume 1. Sydney: University of Western; 2005. Zugänglich unter/available at: [https://www.westernsydney.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/176064/Annual\\_Report\\_2004\\_-\\_Volume\\_1.pdf](https://www.westernsydney.edu.au/__data/assets/pdf_file/0006/176064/Annual_Report_2004_-_Volume_1.pdf)



5. McCarthy L, Jones A, Yeomans N, Bambrick H, Pacey F, Ramanathan J, Willis T. Engaging for Health: Medicine in Context as a Case Study in Engaged Teaching and Learning for Students in Medicine. *Aust J Uni Comm Engagement*. 2010;5(2):67-87.
6. Australian Bureau of Statistics. Greater Sydney. Sydney: Australian Bureau of Statistics; 2011. Zugänglich unter/available at [http://stat.abs.gov.au/itt/r.jsp?RegionSummary&region=1GSYD&dataset=ABS\\_REGIONAL\\_ASGS&geoconcept=REGION&datasetASGS=ABS\\_REGIONAL\\_ASGS&datasetLGA=ABS\\_NRP9\\_LGA&regionLGA=REGION&regionASGS=REGION](http://stat.abs.gov.au/itt/r.jsp?RegionSummary&region=1GSYD&dataset=ABS_REGIONAL_ASGS&geoconcept=REGION&datasetASGS=ABS_REGIONAL_ASGS&datasetLGA=ABS_NRP9_LGA&regionLGA=REGION&regionASGS=REGION)
7. WESTIR Limited. Population of Greater Western Sydney 2016. Sydney: WESTIR Limited; 2017. Zugänglich unter/available at <https://www.westir.org.au/new/images/CPGWS.pdf>
8. Centre for Western Sydney. Data and visualisations. Sydney: Centre for Western Sydney; 2018. Zugänglich unter/available at [https://www.westernsydney.edu.au/cws/gws\\_research](https://www.westernsydney.edu.au/cws/gws_research)
9. Boelen C, Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization; 1995.
10. Whibley A. University dream becomes reality at UWS for first in family students. Sydney: Western Sydney University; 2012. Zugänglich unter/available at [https://www.westernsydney.edu.au/newscentre/news\\_centre/story\\_archive/2012/university\\_dream\\_becomes\\_reality\\_at\\_uws\\_for\\_first\\_in\\_family\\_students](https://www.westernsydney.edu.au/newscentre/news_centre/story_archive/2012/university_dream_becomes_reality_at_uws_for_first_in_family_students)
11. Commonwealth of Australia. Medical training review panel 19th report. Canberra: Commonwealth of Australia; 2016. p.36-37
12. Talib Z, Palsdottir B, Briggs M, Clithero A, Miniclier Cobb N, Marjadi B, Preston R and Williams S. Defining community-engaged health professional education: a step toward building the evidence. *NAM Perspect*. 2017;1-4. Zugänglich unter/available from: <https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/01/Defining-Community-Engaged-Health-Professional-Education-A-Step-Toward-Building-the-Evidence.pdf>
13. Pizzica J. Partnership Pedagogy. Sydney: Western Sydney University; 2018. Zugänglich unter/available from: [https://www.westernsydney.edu.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/1445289/PP2\\_pager\\_v2.1\\_120818.pdf](https://www.westernsydney.edu.au/_data/assets/pdf_file/0006/1445289/PP2_pager_v2.1_120818.pdf)
14. Marjadi B, Dave K, Mason G. A Community of Inquiry approach to learning design in community-engaged learning program. In: Partridge H, Davis K, Thomas J, editors. *Me, Us, IT! Proceedings ASCILITE2017: 34th International Conference on Innovation, Practice and Research in the Use of Educational Technologies in Tertiary Education*. 2017. p.142-146.
15. Micheal S, Marjadi B. Blended-learning to teach gender in medical school. *Clin Teach*. 2018;15:208-213. DOI: 10.1111/tct.12778
16. Northern Illinois University Faculty Development and Instructional Design Center. Instructional scaffolding to improve learning. *Spectrum Newsletter*, Fall 2008. DeKalb, IL: Northern Illinois University; 2008. Zugänglich unter/available from: <https://niu.edu/spectrum/archives/scaffolding.shtml>
17. The Royal Australian College of General Practitioners. Curriculum for Australian General Practice 2016 - CS16 Core skills unit. East Melbourne: RACGP; 2016.
18. Son J, Debono D, Leitner R, Lenroot R, Johnson J. Pass the parcel: Service provider views on bridging gaps for youth with dual diagnosis of intellectual disability and mental health disorders in regional areas. *J Paediatr Child Health*. 2018;55(6):666-672. DOI: 10.1111/jpc.14266
19. Haeghele JA, Hodge S. Disability Discourse: overview and critiques of the medical and social models. *Quest*. 2016;68(2):193-206. DOI: 10.1080/00336297.2016.1143849
20. Marmot M. *The health gap: The challenge of an unequal world*. London: Bloomsbury Publishing; 2015. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00150-6
21. Rourke J. Social accountability: A framework for medical schools to improve the health of the populations they serve. *Acad Med*. 2018;93(8):1120-1124. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002239
22. Olson R, Bidewell J, Dune T, Lessey N. Developing cultural competence through self-reflection in interprofessional education: findings from an Australian university. *J Interprof Care*. 2016;30(3):347-354. DOI: 10.3109/13561820.2016.1144583
23. Dune T, Caputi P, Walker B. A systematic review of mental health care workers' constructions about culturally and linguistically diverse people. *PLOS One*. 2018;13(7):e0200662. DOI: 10.1371/journal.pone.0200662
24. Dogra N, Conning S, Gill P, Spencer J, Turner M. Teaching of cultural diversity in medical schools in the United Kingdom and Republic of Ireland: cross sectional questionnaire survey. *BMJ*. 2005;330(7488):403-404. DOI: 10.1136/bmj.38338.661493.AE
25. Roberts DE. Is race-based medicine good for us?: African American approaches to race, biomedicine, and equality. *J Law Med Ethics*. 2008;36(3):537-545. DOI: 10.1111/j.1748-720X.2008.302.x

#### Korrespondenzadresse:

Brahmaputra Marjadi  
 Universität West-Sydney, Fachbereich Medizin &  
 Translationales Gesundheitsforschungsinstitut, Building  
 30, Campbelltown Campus, Campbelltown NSW 2560,  
 Australien  
 b.marjadi@westernsydney.edu.au

#### Bitte zitieren als

Marjadi B, Mapedzahama V, Rogers G, Donnelly M, Harris A, Donadel D, Jakstas E, Dune T, Lo W, Micheal S, McKnight T, Hennessy A, Ganapathy VA, Pacey F. *Medicine in Context: ten years' experience in diversity education for medical students in Greater Western Sydney, Australia*. *GMS J Med Educ*. 2020;37(2):Doc21. DOI: 10.3205/zma001314, URN: urn:nbn:de:0183-zma0013145

#### Artikel online frei zugänglich unter

<https://www.egms.de/en/journals/zma/2020-37/zma001314.shtml>

**Eingereicht:** 30.01.2019

**Überarbeitet:** 13.06.2019

**Angenommen:** 15.08.2019

**Veröffentlicht:** 16.03.2020

#### Copyright

©2020 Marjadi et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.