



Onderzoeksrapport

Diversiteit

# 1. Inleiding

**Voor u ligt het onderzoeksrapport diversiteit van de Geneeskundestudent (DC). In dit onderzoeksrapport is de huidige stand van zaken van de diversiteit binnen de geneeskunde opleiding in kaart gebracht. In 2018 schreef De Geneeskundestudent (DC) een rapport over het onderwerp diversiteit en inclusiviteit. Directe aanleidingen daarvoor waren de toen de recente afschaffing van de basisbeurs (2015-2016) en de afschaffing van de centrale loting als toelatingsmethode voor de studie geneeskunde (2017-2018).**

Vanaf dat moment vond op alle faculteiten toelating plaats middels decentrale selectie. Door mogelijke neveneffecten van selectie en financiële problemen door afschaffing van de basisbeurs kan de toegankelijkheid van de studie geneeskunde en daarmee de diversiteit van de geneeskundepopulatie in het geding komen. DC wilde dit daarom toentertijd in kaart brengen. Destijds werden geen effecten van bovenstaande ontwikkelingen op de diversiteit van de geneeskundestudenten gevonden.<sup>1</sup>

Diversiteit is een breed en ruim op te vatten begrip. Net zoals in het vorige rapport van DC houden wij in dit rapport de definitie van diversiteit uit het Rapport "Diversiteit is een Werkwoord" van de Commissie Diversiteit van de Universiteit van Amsterdam aan. Zij stellen

dat "De diversiteit van mensen verwijst naar de uitdaging om een gevarieerde academische omgeving te creëren, met mensen met een verschillende culturele en sociaaleconomische achtergrond, religie, huidskleur, geslacht, leeftijd en seksuele oriëntatie, of andere kenmerken die hun positie in de maatschappij vormen."<sup>2</sup>

Afgelopen jaren zijn discussies over selectie en diversiteit van de opleidingen geneeskunde weer opgelaaaid. Vanaf september 2023 wordt het leenstelsel, dat in 2015-2016 met de afschaffing van de basisbeurs was ingevoerd, weer afgeschaft en de basisbeurs heringevoerd. Tevens wordt er al enkele jaren weer uitgebreid gesproken over de selectie voor de studie geneeskunde. Niet alleen gaat het over de vraag op welke manier we de

beste geneeskundestudenten selecteren, maar ook hoe we kansengelijkheid waarborgen en een diverse geneeskundestudentenpopulatie kunnen creëren. In februari 2023 stemde de Tweede Kamer met een nieuw wetsvoorstel in, wat het opnieuw mogelijk maakt loting toe te voegen aan de toelatingsmethoden voor de studie geneeskunde.<sup>3</sup> In mei 2023 heeft ook de Eerste Kamer met het wetsvoorstel ingestemd, wat het mogelijk maakt voor faculteiten om vanaf studiejaar 2024-2025 zelf de keuze te maken over selectie- en toelatingsmethoden voor de studie geneeskunde. Juist met deze vrijheid in keuze voor selectiemethode in het achterhoofd is het belangrijk om de huidige diversiteit binnen de studie geneeskunde in kaart te brengen: de keuzes die faculteiten de komende jaren zelf ten aanzien van de gehanteerde toelatingsmethoden maken, verdienen namelijk een zo goed mogelijke onderbouwing.

Omdat de faculteiten zelf een beslissing mogen maken over de wijze van selectie is het goed om de diversiteit hierbij niet uit het oog te verliezen. In een recent verschenen rapport benoemt de Onderwijsinspectie expliciet het belang van evaluatie van de effecten van gehanteerde selectiemethoden op kansengelijkheid. Universiteiten reflecteren over het algemeen wél op het proces van selectie, stelt de Onderwijsinspectie, maar niet op de (onbedoelde) effecten (waaronder kansengelijkheid) van deze selectiemethoden.<sup>4</sup> Toch zijn daar wel effecten te verwachten, blijkt ook uit recent onderzoek van Mulder et al. Zo bevoordeelt de decentrale selectie sommige groepen: vrouwelijke kandidaten, kandidaten die behoren tot de welvarendste 10% van Nederland en kandidaten

met minstens één BIC geregistreerde ouder hebben hogere kansen op toelating, terwijl kandidaten met een migratieachtergrond minder kans hebben om te worden geselecteerd.<sup>5</sup>

Ook met het oog op de geneeskundige vervolgoopleidingen is er reden tot zorg. Vanuit de beroeps- en arts-assistentenverenigingen ontving DC signalen dat de diversiteit op de vervolgoopleidingen laag is – mogelijk zelfs lager dan in de initiële geneeskundeopleiding. Oorzaken hiervan zijn vooralsnog onbekend. Een reden zou kunnen zijn dat er kansengelijkheid in de selectie voor vervolgoopleidingen speelt.<sup>6</sup> Tevens zou er sprake kunnen zijn van zelfselectie – (ongewenste) redenen waardoor gekwalificeerde studenten niet voor een bepaalde opleiding kiezen –, bijvoorbeeld ten gevolge van minder ervaren kansen om in opleiding te komen. Deze verminderde diversiteit in zowel de studie geneeskunde als de vervolgoopleidingen is zeer onwenselijk. Niet alleen is het oneerlijk voor studenten die de dupe zijn van selectiemethoden, ook komt de kwaliteit van zorg in gevaar. Een diverse artsenpopulatie – die aansluit bij de diverse patiëntenpopulatie – draagt bij aan goede en inclusieve zorg.<sup>7</sup> Het valt te verwachten dat met het groeien van de bevolking, mede door factoren als immigratie, de patiëntenpopulatie steeds diverse zal worden. Uit eerdere onderzoekscijfers uit Amerika blijkt dat naarmate de bevolking groeit, de distributie van chronische aandoeningen in 2025 bij patiënten met een diverse achtergrond toeneemt. Om de diverse taal- en culturele barrières die hiermee gepaard gaan in de toekomstige zorg te overwinnen, is extra aandacht voor diversiteit ook in de opleiding van medische specialisten noodzakelijk. Ook kunnen geneeskundestudenten in geval van

'De diversiteit van mensen verwijst naar de uitdaging om een gevarieerde academische omgeving te creëren.'

meer diversiteit onder de studentenpopulatie meer in aanraking komen met andere ideeën, achtergronden en culturen, en daarmee beter aansluiten bij de diverse patiëntenpopulatie van het heden en van de toekomst: onderzoek laat zien dat de studenten zich dan ook meer voorbereid voelen om voor patiënten met andere achtergrond dan henzelf te.<sup>8</sup>

Buiten selectie om is ook bekend dat de beoordelingen van bachelor- en masterstudenten Geneeskunde hoger zijn bij etnische meerderheden in vergelijking tot etnische minderheden, ongeacht functioneren op de middelbare school. Deze discrepantie in beoordeling zou kunnen leiden tot betere carrièremogelijkheden voor geneeskunde studenten zonder diverse achtergrond en daarmee tot kansenongelijkheid.<sup>9</sup>

Het belang van een eerlijke selectie en diverse geneeskundestudentengroep staan dus buiten kijf. We staan aan de vooravond van (opnieuw) grote veranderingen die van invloed kunnen zijn op de toegankelijkheid van de studie geneeskunde. Dit onderzoeksrapport richt zich op de huidige stand van zaken van de diversiteit van de studie geneeskunde. Het doel is tweeledig: enerzijds wil DC een beeld krijgen van de diversiteit van de geneeskundestudenten, zodat dit vergeleken kan worden met voorgaande onderzoeken en ook als ijkpunt voor toekomstig onderzoek kan dienen. Ten tweede wil DC in kaart brengen of er bij huidige geneeskundestudenten aanwijzingen zijn voor het bestaan van factoren die leiden tot verschillen in de ervaren kansen om in vervolgopleiding te komen. Als dat het geval is zou dat dan namelijk kunnen wijzen op de aanwezigheid van zelfselectie, welke (vermoedelijke) vermindering van diversiteit bij vervolgopleidingen zou kunnen verklaren.

‘We staan aan de vooravond van (opnieuw) grote veranderingen die van invloed kunnen zijn op de toegankelijkheid van de studie geneeskunde.’



## 2. Methode

### Studie design en deelnemers

DC voerde een digitale enquête uit onder haar leden. DC is de landelijke, onafhankelijke belangenbehartiger van ongeveer 15.000 geneeskundestudenten in Nederland. Zij streeft naar de best mogelijke zorgprofessionals in de toekomst door optimale vertegenwoordiging en ondersteuning van studenten. De enquête was beschikbaar van 17 oktober 2022 tot 12 december 2022. Alle leden geregistreerd als geneeskundestudent aan één van de acht medische faculteiten, in bachelor- of masterfase of maximaal 6 maanden afgestudeerd, werden uitgenodigd voor deelname.

Nieuwe onderwerpen in de enquête waren loopbaanondersteuning, extramurale specialismen, diversiteit, opleidingscapaciteit en duurzaamheid. De vragen van de andere onderwerpen (beroepskeuze, ongewenst gedrag, mentale uitputting, uurbesteding, onderwijs en persoonlijke situatie) zijn zoveel mogelijk gelijk gehouden met de vragen uit voorgaande enquêtes en waar nodig vereenvoudigd. De vragen zijn opgesteld door de projectgroepen van DC en voor feedback op inhoud en begrip voorgelegd aan het Algemeen Bestuur van DC en betrokkenen met onderzoekservaring. Na een testfase zijn de vragen definitief vastgesteld.

### Procedure en dataverzameling

DC heeft de enquête online uitgezet middels SurveyMonkey, een betaalde cloud-based applicatie voor het ontwerpen, verspreiden en analyseren van enquêtes. Uitnodiging vond meermaals plaats via email, de website en sociale media van DC. Na het verstrijken van de uiterste invuldatum werd de vragenlijst gesloten. De enquête bestond uit een maximum aantal van 71 vragen, inclusief vervolgvragen en vragen ter onderscheid van subgroepen. Van elke deelnemer werden eerst een aantal demografische gegevens verzameld (studiejaar, universiteit, genderidentiteit), waarna in vooraf bepaalde volgorde de verschillende thema's van de vragenlijst werden doorlopen. Sommige vragen werden afhankelijk van eerdere antwoorden wel of niet aan de respondenten voorgelegd, waardoor niet iedereen alle vragen heeft hoeven beantwoorden.

Er zijn vier vragen over het thema diversiteit gesteld. Daarnaast zijn er vragen gesteld over het geboorteland van de student en diens ouders en het opleidingsniveau van de ouders. Tevens wordt in dit rapport aandacht besteed aan enkele vragen over het thema beroepskeuze. Dit gaat om de vragen die zijn gesteld over de specialisatievoorkeuren en de ervaren kansen om in opleiding te komen.

'Er zijn vier vragen over het thema diversiteit gesteld. Daarnaast zijn er vragen gesteld over het geboorteland van de student en diens ouders en het opleidingsniveau van de ouders.'

### Data-analyse

Datamanagement en descriptieve analyse werden uitgevoerd via de tool SurveyMonkey en Excel. Analyse van data vond anoniem plaats. Categorische data zijn als absolute aantallen (n) en percentages (%) gepresenteerd. Als dit van toepassing was, is voor numerieke data het gemiddelde gepresenteerd. Data omtrent ervaren kansen (voor 3 verschillende favoriete vervolgopleidingen) is uitgevraagd als categorische data ((heel) slecht – neutraal – (heel) goed). Deze data is omgezet naar numerieke data door een waarde toe te kennen van 1 aan heel slecht ervaren kansen tot 5 aan heel goed ervaren kansen). Totale ervaren kansen voor de top-3 specialisatievoorkeuren is zo geschat als een gemiddelde van de drie toegekende scores. Statistische analyses zijn uitgevoerd middels Stata 17. Verschillen in continue variabelen zijn getest met tweezijdige, non-parametrische toetsen in verband met niet normaal verdeelde data (t-test with unequal variances). Onderlinge onafhankelijkheid van categorische variabelen is getest middels chikwadraattoetsen. Er is een significantieniveau van 0.05 aangehouden.

### Privacy

DC heeft alle respondenten voor aanvang over het doel van de enquête geïnformeerd. Er is toestemming gevraagd om de data conform de AVG te verzamelen, te bewaren en anoniem te analyseren. Deelname was vrijwillig en kon te allen tijde worden beëindigd.

## 3. Resultaten

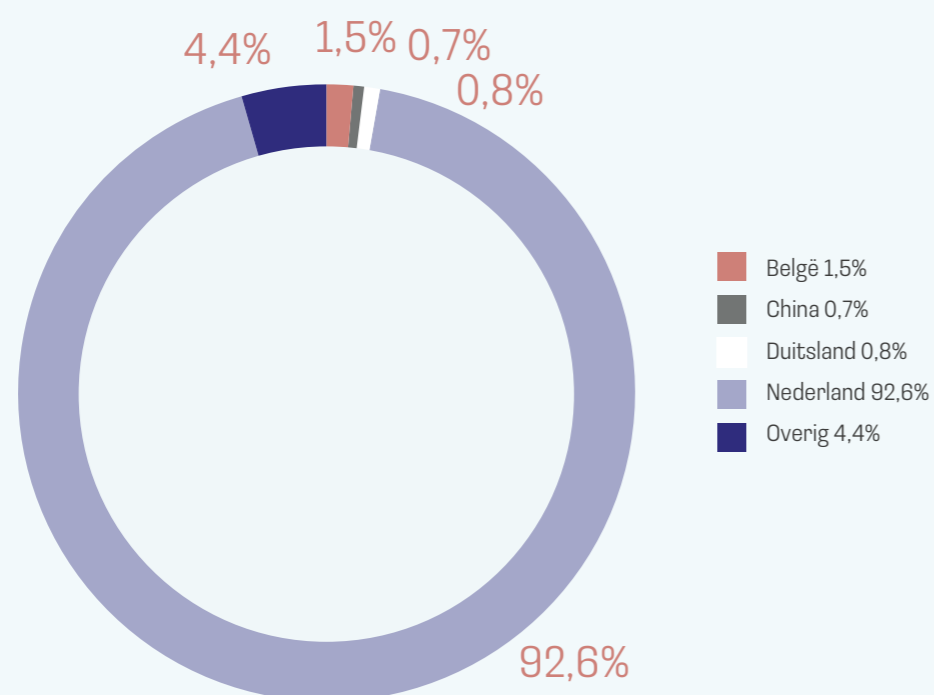
### Responspercentage en karakteristieken

De enquête is ingevuld door 2.647 respondenten. Ook reacties van studenten die de enquête niet volledig hebben ingevuld zijn meegenomen. De vragen over diversiteit en vervolgopleidingen zijn door 2607 respondenten ingevuld. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is 22 jaar. Het merendeel hiervan (87.2%) is tussen de 18 en 25 jaar oud, gevolgd door 10.2% die tussen de 26 en 29 jaar oud is. Verder is 46.8% van de respondenten bachelorstudent, 50.7% masterstudent en is 2.5% minder dan 6 maanden geleden afgestudeerd. De enquête is het meest ingevuld door studenten van de Erasmus Universiteit (15.0%) en de Radboud Universiteit (14.9%) en het minst door studenten van de Universiteit van Amsterdam (9.8%) en de Vrije Universiteit (10.1%).

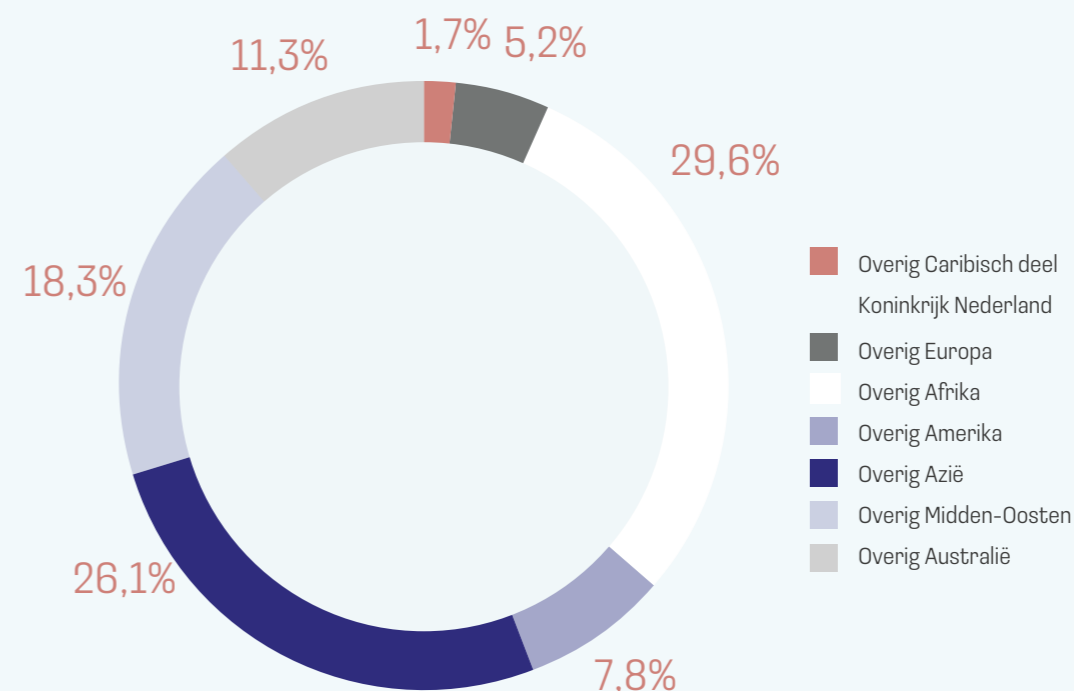
### Kenmerken van geneeskundestudenten

Van de respondenten is 76.6% vrouw, 22.6% man, 0.4% non-binair en geeft 0.4% aan de vraag niet te willen beantwoorden. Verreweg de meeste geneeskundestudenten zijn geboren in Nederland (92.6%). Daarna volgden België (1.5%), Duitsland (0.8%) en China (0.7%), zie figuur 1. Overige geboortelanden (4.4%) zijn meestal in Europa gelegen, zie figuur 2 voor verdere verdeling van de groep overige geboortelanden. Binnen de verschillende faculteiten zien we dat het grootste deel van de in België geboren studenten (66.7%) in Maastricht studeert en het grootste deel van de in Duitsland geboren studenten (50%) in Groningen studeert. Verder bestaan wat betreft geboortelanden van de studenten geen noemenswaardige verschillen.

Figuur 1: verdeling van geboortelanden van geneeskundestudenten



Figuur 2: verdeling van de geboortelanden van studenten die bij figuur 1 onder "overig" vielen.



### Ouders van studenten

Bij 79.5% van de studenten is beide ouders in Nederland geboren. Bij 9.5% van de studenten komt één ouder uit het buitenland en van 11.1% komen beide ouders uit het buitenland. Deze ouders zijn met name geboren in België (1.5%). Daarna volgen Turkije, China, Marokko, Suriname en Duitsland met allemaal gemiddeld (ruim) 1%. Wat opleidingsniveau betreft geven de meeste studenten aan dat ten minste één van hun ouders een HBO- of WO-diploma behaald heeft (77.7%).

### Vergelijking tussen 2018 en 2023

In tabel 1 zijn de getallen uit het rapport van 2018 en 2023 van de hierboven genoemde onderwerpen met elkaar en met data van het CBS vergeleken. Duidelijk wordt dat kijkende naar geslacht en opleidingsniveau van ouders van studenten er nauwelijks verschillen zijn tussen de jaren 2018 en 2023. Wat betreft migratieachtergrond is een duidelijke trend richting een meer diverse geneeskundestudentenpopulatie waarneembaar. De studie geneeskunde is daarmee echter nog geen afspiegeling van de diversiteit in de samenleving in vergelijking met de cijfers van het CBS, betreffende de totale Nederlandse bevolking.

### Voorkeurspecialisatie en ervaren kansen om in opleiding te komen

In de volgende sectie worden de uitkomsten van de enquête met betrekking tot beroepskeuze uitgelicht. Interesse in ziekenhuisspecialisme is gelijk tussen studenten met een migratieachtergrond versus studenten zonder migratieachtergrond: 86.8% van de 568 studenten met een migratieachtergrond in de enquête is geïnteresseerd in het ziekenhuis, versus 86.2% van 2039 studenten zonder migratieachtergrond. Ook als we kijken binnen de verschillende migratieachtergrond-groepen (niet-westers versus westers), zijn er geen significante verschillen in interesse in het ziekenhuis.

**Tabel 1: vergelijking tussen deelnemers van de enquête in 2018 en 2023 en cijfers van CBS-Statline: percentage herkomst ten opzichte van totale Nederlandse bevolking: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/70751ned/table?ts=1683987473177>**

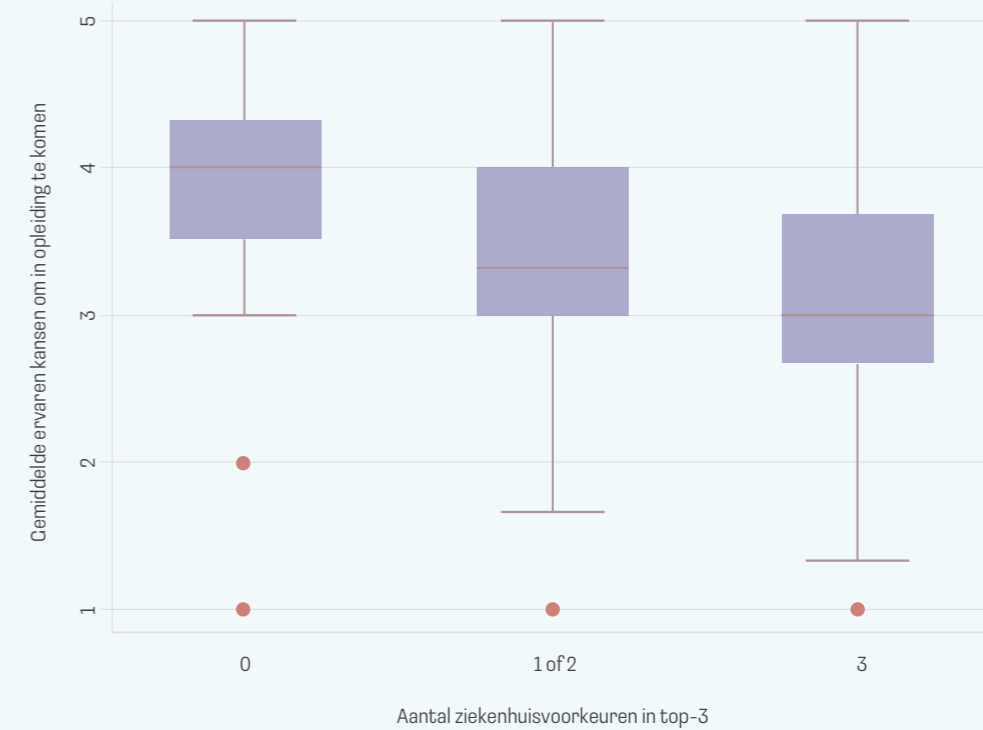
Gender	2018	2023	Nederland*
Vrouw	77.4%	76.6%	
Man	22.1%	22.6%	
Non-binair	-	0.4%	
Geen antwoord	0.5%	0.4%	
<b>Opleidingsniveau ouders</b>			
>1 HBO/WO	77.6%	77.7%	
Geen HBO/WO	21.5%	21.6%	
Onbekend	0.8%	0.7%	
<b>Migratieachtergrond</b>			
1e generatie westers	2.9%	4.3%	5.7%
1e generatie niet-westers	2.4%	3.1%	8.0%
2e generatie westers	5.1%	5.0%	5.2%
2e generatie niet-westers	7.2%	9.4%	6.3%
Geen migratieachtergrond	82.4%	78.2%	74.8%

**‘Vrouwen zijn vaker dan mannen geïnteresseerd in de sociale geneeskunde en de eerstelijns geneeskunde.’**

Tussen mannen en vrouwen zijn er wel verschillen: vrouwen zijn vaker dan mannen geïnteresseerd in de sociale geneeskunde (10.0% vs. 6.7%,  $p=0.016$ ) en de eerstelijns geneeskunde (46.1% vs. 40.9%,  $p=0.025$ ). Er is geen verschil in interesse in ziekenhuisgeneeskunde tussen mannen en vrouwen (15.7% vs. 15.6%,  $p=0.932$ ). Dit laatste verschil geldt alleen wanneer we interesse definiëren als minimaal 1 specialisme van de top-3 in een bepaald domein (ziekenhuis,

eerstelijns of sociale geneeskunde); als het gaat om de gehele top-3 in ziekenhuisspecialisaties laten mannen grotere interesse zien in het ziekenhuis: (47.1% van de mannen, vs. 40.0% van de vrouwen,  $p=0.005$ ). Voor de ervaren kansen om in opleiding te komen is er gekeken naar verschillen tussen studenten met verschillende specialisatievoorkeuren. Er zijn studenten die géén ziekenhuisspecialisatie overwegen (132 studenten (5.5%)), een of twee ziekenhuisspecialisaties in hun top 3 hebben staan (1154 studenten (48.9%)) en studenten die alleen maar voorkeur voor het ziekenhuis hadden (1072 studenten (45.5%)). In figuur 3 aanzienlijk groter zijn bij de studenten die géén ziekenhuisspecialisatie overwegen. Het getal 1 betekent hier “heel slechte kansen”, 3 betekent “neutraal” en 5 “heel goede kansen”. Studenten die niet voor het ziekenhuis kiezen ervaren hun kansen als gemiddeld 3.9 (ongeveer “goed”), ziekenhuisgeïnteresseerde studenten (1 of 2 voorkeuren in het ziekenhuis) ongeveer 3.5 (tussen “neutraal” en “goed” in) (verschil 0.4

**Figuur 3: verschillen in ervaren kansen van studenten die géén (links), 1 of 2 (midden) of 3 (rechts) ziekenhuisspecialisaties in hun top 3 voorkeurspecialisaties hebben staan.**



(95% betrouwbaarheidsinterval [0.31-0.55]\*\*\*). Ook tussen de studenten die een of twee ziekenhuisspecialisaties in hun top-3 hebben, ten opzichte van studenten die alleen maar ziekenhuisspecialisaties in hun top-3 hebben, zien we een verschil in gemiddeld ervaren kansen, respectievelijk 3.5 en 3.1 (verschil 0.4 [0.32-0.43]\*\*\*,

Vrouwen schatten hun kansen om in opleiding te komen ongeacht voorkeur voor vervolgopleiding in vergelijking met mannen significant slechter in: 3.3 ten opzichte van 3.5 (verschil: 0.19 [0.11 - 0.26]\*\*\*). Ook bachelorstudenten schatten hun kansen slechter in dan masterstudenten: 3.2 ten opzichte van 3.4 (verschil 0.23 [0.17 - 0.29]\*\*\*). Andere factoren hebben geen effect op de ervaren kansen om in opleiding te komen. Dit geldt bijvoorbeeld voor studenten met een migratieachtergrond (ervaren kans is 3.3), ten opzichte van studenten zonder migratieachtergrond (ervaren kans is 3.3); verschil -0.02 [-0.09 - 0.05]. Dit is ook het geval

**‘Als ouders niet-hoogopgeleid zijn, is de ervaren kans om in specialisatie van voorkeur in opleiding te komen 3.3.’**

als we kijken naar het verschil tussen studenten met een niet-westerse migratieachtergrond (ervaren kans is 3.3) versus studenten zonder migratieachtergrond (ervaren kans is 3.3); verschil -0.04 [-0.14 - 0.05]. Hetzelfde geldt voor het opleidingsniveau van de ouders van studenten: als ouders niet-hoogopgeleid zijn, is de ervaren kans om in specialisatie van voorkeur in opleiding te komen 3.3, evenals wanneer ouders hoogopgeleid zijn (verschil 0.01 [-0.06 - 0.08]).

## 4. Conclusie en discussie

Het doel van dit rapport was tweeledig: een beeld krijgen van de diversiteit van geneeskundestudenten en kijken of er aanwijzingen bestaan van factoren die leiden tot verschillen in de ervaren kansen om in vervolgopleiding te komen. De hypothese van het eerstgenoemde doel was dat de veranderingen in de afgelopen jaren wat betreft de basisbeurs en selectiemethodes een effect zouden kunnen hebben op de diversiteit van de geneeskunde opleiding.

Uit de resultaten van de enquête is gebleken dat het merendeel van de respondenten vrouw is en in Nederland geboren is. Van de in het buitenland geboren studenten komt het grootste deel uit België, daarna volgen Duitsland en China. Verder is het van het grootste deel van de studenten beide ouders in Nederland geboren (80%), van de overige 20% is of één van de ouders of beiden ouders geboren in het buitenland. Tenslotte is bij het merendeel van de studenten één van de ouders HBO- of WO-geschoold. Wanneer wij dit vergelijken met de cijfers van het onderzoek van DG uit 2018, zien wij dat er op het gebied van man-vrouw verhouding en opleidingsniveau weinig veranderd is. Wat betreft migratieachtergrond is er een stijging te zien in het aantal studenten met eerste of tweede generatie (niet-)westerse achtergrond in vergelijking tot 2018. Wanneer wij dit echter vergelijken met de cijfers van het CBS betreffende de totale Nederlandse bevolking zijn er met name relatief weinig studenten die zelf in het buitenland geboren zijn. Er zijn relatief wel meer studenten van wie minstens een van de ouders in het buitenland is geboren. Hoewel de basisbeurs en centrale loting enkele jaren

geleden zijn afgeschaft en er werd gevreesd voor een minder diverse populatie binnen de studie geneeskunde lijkt dat dus op het gebied van migratieachtergrond niet het geval te zijn. Het is echter belangrijk dat we ons realiseren dat op het gebied van geslacht en opleidingsniveau van ouders nog winst te behalen valt, evenals factoren die diversiteit beïnvloeden die nu niet gemeten zijn (seksuele geaardheid, religie, sociaaleconomische achtergrond). Daarnaast weten wij niet hoe de situatie eruit zou zien als de basisbeurs en centrale loting niet afgeschaft waren geweest, of wanneer aanvullende maatregelen waren genomen om de diversiteit te vergroten.

Het verdient de aanbeveling dat de getallen in dit rapport wat betreft diversiteit op de verschillende faculteiten aanzetten tot reflectie op de selectieprocedures en kenmerken van geneeskundestudenten. Er is in dit rapport, in tegenstelling tot het rapport uit 2018, gekozen de getallen over diversiteit niet te presenteren voor afzonderlijke faculteiten: enerzijds waren daarvoor methodologische redenen en kleine aantallen studenten per groep, anderzijds zijn

wij van mening dat deze resultaten niet als graadmeter van 'hoe goed faculteiten het doen' geïnterpreteerd dienen te worden. Als reflectie op de landelijke trend zijn de uitkomsten van dit rapport zeer waardevol; als reflectie op de diversiteit binnen faculteiten minder. Het responspercentage van deze enquête (circa 17% van de 15.000 leden van DG) is niet hoog; het is niet bekend hoe kenmerken van leden van DG zich verhouden tot kenmerken van de gehele groep geneeskundestudenten. Ook is niet bekend hoe kenmerken van de respondenten zich verhouden tot de grotere groep leden van DG. Daarbij is het goed mogelijk dat er tussen faculteiten verschillen zijn in de mate waarin geneeskundestudenten lid zijn van DG en dat er verschillen zijn tussen de kenmerken van deze geneeskundestudenten. Deze onzekerheden maken dat wij aanbevelen dat faculteiten zelf onderzoek doen naar de kenmerken van 'hun' geneeskundestudenten, wat zij kunnen inzetten om weer te weten komen over de diversiteit en kenmerken van de groep studenten die zich aanmeldt voor de selectie van die specifieke faculteit. Daarbij sluiten wij ons aan bij de aanbevelingen van de Onderwijsinspectie, en met name: "Evalueer de gehele selectieprocedure, ook de effecten op kansengelijkheid." Dit onderzoek richt zich alleen op de studie geneeskunde en de eerste zes maanden na afstuderen. De verdeling van verschillende kenmerken van studenten die in dit onderzoek gevonden werd, kan niet zonder meer vertaald worden naar de verschillende carrièrestappen voor en na de studie geneeskunde. Onderzoek laat zien dat zowel de overgangen van scholen, als aanmelding en selectie voor de studie geneeskunde, studenten met verschillende kenmerken in verschillende mate beïnvloeden. De getallen gepresenteerd in dit rapport – als we ze zien als een resultante van de verschillende

(selectie)momenten tijdens de levensloop van een schoolgaand persoon – worden dus door meer factoren dan alleen de manier van toelating tot de studie geneeskunde of het wel of niet ontvangen van de basisbeurs bepaald. Welke diversiteit van geneeskundestudenten gewenst is – of we streven naar een afspiegeling van de samenleving, of we streven naar een afspiegeling van de leeftijdsgroep, of we streven naar een afspiegeling van de zich voor de studie geneeskunde aanmeldende groep – is een vraag die buiten de reikwijdte van dit rapport ligt.

Dit rapport van DG beantwoordt de vraag of er tussen groepen studenten verschillen in ervaren kansen ten aanzien van loopbaan zijn. Daarbij was een hypothese dat er verschillen zijn in ervaren kansen om in opleiding te komen en dat deze zouden kunnen leiden tot zelfselectie. In het onderzoek werden echter nauwelijks verschillen in de voorkeuren tussen verschillende groepen studenten gevonden: alleen wat betreft eerstelijnsberoepen en de sociaal geneeskundige vakken werd grotere interesse gevonden bij vrouwen dan bij mannen. Dit ging echter niet samen met verschillen in voorkeur voor specialisatie in het ziekenhuis tussen mannen en vrouwen. Andere diversiteitskenmerken leiden niet tot andere voorkeuren wat betreft vervolgopleiding.

Ook is onderzocht hoe studenten hun kansen ervaren om in opleiding te komen bij hun specialismen van voorkeur. De ervaren kansen om toegelaten te worden tot een vervolgopleiding werden aanzienlijk hoger ingeschat bij studenten die géén ziekenhuisspecialisatie overwegen. Daarnaast schatten studenten die een of twee ziekenhuisspecialisaties in hun top-3 hebben hun kans hoger in dan studenten die alleen

‘Vrouwen schatten hun kans om in opleiding te komen ongeacht voorkeur voor vervolgopleiding significant lager in dan mannen, terwijl tegelijkertijd uit onze resultaten bekend is dat vrouwen de voorkeur geven aan een extramuraal beroep, waarbij ervaren kansen over het algemeen juist hoog zijn.’

maar ziekenhuisspecialisaties in hun top-3 hebben. Vrouwen schatten hun kans om in opleiding te komen ongeacht voorkeur voor vervolgopleiding significant lager in dan mannen, terwijl tegelijkertijd uit onze resultaten bekend is dat vrouwen de voorkeur geven aan een extramuraal beroep, waarbij ervaren kansen over het algemeen juist hoog zijn. Wel moet benoemd worden dat het verschil in kans voor mannen en vrouwen respectievelijk 3.5 versus 3.3 is en de gemiddelde ervaren kansen dus voor beide groepen neutraal-goed zijn. Andere factoren waaronder migratieachtergrond en opleidingsniveau van ouders leiden niet tot verschil in ervaren kans om in opleiding te komen. Nadeel van dit onderzoek is dat ervaren kansen niet direct te linken waren aan een bepaalde vervolgopleiding; de student gaf drie keer een inschatting van ervaren kansen (corresponderend met de top-3 specialisaties), maar kon niet rechtstreeks aangeven bij welke specialisatie welke ervaren kansen horen. De top-3 specialisaties zijn daarom in de brede groepen ziekenhuisvoorkeur, eerstelijnsvoorkeur en sociale geneeskunde-voorkeur ingedeeld. Studenten werden in een van deze groepen ingedeeld wanneer minstens één van hun voorkeuren overeenkwam met de desbetreffende groep. Het

is dus mogelijk dat er studenten zijn die in alle drie de groepen zijn ingedeeld. Daarbij dient ook de kanttekening geplaatst te worden dat het gemiddelde van drie ervaren kansen is berekend: elke kans kreeg een numerieke waarde (1 tot 5), op basis waarvan een gemiddelde werd berekend. Het staat buiten kijf dat het zeer discutabel is of de resulterende berekende kans (die een ratio-waarde veronderstelt) overeenkomt met werkelijke gemiddelde ervaren kans (die op een ordinale schaal werd ingevuld). Sommige studenten vulden minder dan driemaal een kans in. In de berekening van de gemiddelde kansen is daar rekening mee gehouden.

Dat de gemiddelde ervaren kansen, ondanks bovenstaande tekortkomingen, als zinnige uitkomstmaat geïnterpreteerd kunnen worden, blijkt uit de verschillen tussen studenten met een voorkeur voor het ziekenhuis, ten opzichte van studenten die dat niet hebben. Deze uitkomsten zijn in overeenstemming met wat wij op basis van gesprekken met studenten en ervaringen van artsen in opleiding zouden verwachten. De resultaten sluiten aan bij het beeld dat veel studenten hebben van hun kansen om in vervolgopleiding te komen (al dan niet terecht). Ook de mate van geïnteresseerdheid in het ziekenhuis hangt samen met de ervaren kansen om in opleiding te komen.

Ten aanzien van de medische vervolgoopleidingen geeft dit onderzoek geen antwoord op de vraag of de verschillende vervolgoopleiding (voldoende) divers zijn. Daarvoor is aanvullend onderzoek nodig, om te kijken naar zaken als de eerlijkheid van selectiemethodes, de kenmerken van de groepen artsen die zich aanmelden voor selectie en de kenmerken van de groepen arts-assistenten in opleiding. Ook is het belangrijk dat in dergelijke studies aandacht is voor ervaringen van de artsen: niet alleen onderrepresentatie van bepaalde groepen

vormt een probleem, ook zaken als discriminatie en ongelijke begeleiding hebben nadelige effecten op de opleiding.

Wat betreft veronderstelde verminderde diversiteit in vervolgoopleiding kunnen we dus op basis van dit rapport van De Geneeskundestudent concluderen dat er géén aanwijzingen zijn dat – afgezien van mannen en vrouwen – studenten met verschillende kenmerken of achtergronden tijdens hun studie andere voorkeuren hebben ten aanzien van hun loopbaan. Deze uitkomsten wijzen er daarmee op dat dus gedacht moet worden aan een andere oorzaak voor verminderde diversiteit in de selectie voor vervolgoopleidingen, waaronder kansenongelijkheid. Dit sluit aan bij eerder onderzoek, dat laat zien dat studenten met een niet-westerse migratieachtergrond lagere kansen hebben om tijdens een sollicitatiegesprek aangenomen te worden voor een medische vervolgoopleiding (zelfs ondanks een eventueel voorafgaand promotietraject). De ernst van deze kansenongelijkheid maakt dat ook wat betreft de selectie voor medische vervolgoopleidingen snel actie, in de vorm van meer onderzoek en interventies om kansenongelijkheid op te heffen, nodig is.

Tenslotte eindigt dit rapport met een terugblik op enkele andere rapporten van De Geneeskundestudent, waar relevante zaken aan bod zijn gekomen die niet verder in dit rapport besproken zijn. In het vorige rapport Diversiteit en Inclusiviteit (2018) werd gevonden dat studenten met een migratieachtergrond van de eerste generatie zich minder onderdeel van de groep voelden dan studenten zonder migratieachtergrond. Dit verlies aan ‘toebehoren’ werd nog eens versterkt wanneer het ging om studenten met een niet-westerse migratieachtergrond. Ook discriminatie blijkt nog een groot probleem te zijn. Het recent gepubliceerde rapport Ongewenst Gedrag laat zien dat het in bijna 18% van de gevallen van ongewenst gedrag gaat om discriminatie. Ongewenst gedrag kwam in een jaar voor bij bijna 17% van de coassistenten. DG hoopt dat wanneer de diversiteit van geneeskundestudenten – en dus toekomstige artsen – zal toenemen, ook een meer diverse en veiligere leer- en werkomgeving zal ontstaan.

‘Ten aanzien van de medische vervolgoopleidingen geeft dit onderzoek geen antwoord op de vraag of de verschillende vervolgoopleiding (voldoende) divers zijn. Daarvoor is aanvullend onderzoek nodig, om te kijken naar zaken als de eerlijkheid van selectiemethodes, de kenmerken van de groepen artsen die zich aanmelden voor selectie en de kenmerken van de groepen arts-assistenten in opleiding.’



## 5. Aanbevelingen

### Aan het ministerie van OCW en het ministerie van VWS beveelt DG aan:

- Dat zij onderzoek naar het onderwerp diversiteit faciliteren en initiëren. Dit onderzoek moet zich niet alleen richten op het in kaart brengen van de diversiteit van geneeskundestudenten, maar ook op de kansongelijkheid en discriminatie tijdens de selectie voor de opleiding geneeskunde. Ook is van groot belang dat deze onderwerpen (status van diversiteit, kansongelijkheid en discriminatie) in de (selectie voor) medische vervolgoopleidingen onderzocht worden.
- Dat zij kansongelijkheid en discriminatie in de selectie voor de studie geneeskunde en in de selectie voor de medische vervolgoopleidingen wegnemen.

### Aan de NFU en de afzonderlijke medische faculteiten beveelt DG aan:

- Dat zij kiezen voor een eerlijke en effectieve selectiemethode die rekening houdt met het belang van diversiteit en mogelijke (negatieve) neveneffecten die door selectie kunnen ontstaan.
- Dat zij onderzoek doen naar de diversiteit van en ervaringen rondom diversiteit van de geneeskundestudenten op de verschillende faculteiten, om inzicht te krijgen in huidige knelpunten specifiek op deze faculteiten.
- Dat zij in dat onderzoek aandacht besteden aan zaken als eerlijke beoordelingen (tijdens coschappen) en het vóórkomen van ongewenst gedrag, bijvoorbeeld in de vorm van discriminatie.
- Dat zij in toekomstig beleid met deze zaken rekening houden.

### Aan de zorginstellingen waar geneeskundestudenten coschappen lopen beveelt DG aan:

- Dat zij zich inzetten om een inclusieve en voor alle studenten (en werknemers) veilige leer- en werkomgeving te creëren waarbij ongewenst gedrag, en in het bijzonder discriminatie, niet getolereerd wordt.

### Aan de maatschappen en vakgroepen die sollicitaties houden voor vervolgoopleidingen beveelt DG aan

- Om het sollicitatiebeleid en het resultaat daarvan in kaart te brengen en te evalueren zodat er een diverse groep toekomstig specialisten wordt aangesteld.

## 7. Referenties

1. <https://degeneeskundestudent.nl/wp-content/uploads/2020/05/onderzoeksrapport-diversiteit-en-inclusie-2018.pdf>
2. Wekker, Clora en anderen. 2016. "Diversiteit Is Een Werkwoord." Onderzoeksrapport Commissie Diversiteit. Universiteit van Amsterdam
3. Stemming Toevoeging van decentrale loting als selectiemethode voor opleidingen met capaciteitsfixus in het hoger onderwijs. Tweede Kamer. 14 februari 2023. Zie: Wijziging van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek in verband met het toevoegen van decentrale loting als selectiemethode voor opleidingen met capaciteitsfixus in het hoger onderwijs | Tweede Kamer der Staten-Generaal
4. <https://www.onderwijsinspectie.nl/documenten/rapporten/2023/01/20/selectie-in-het-hoger-onderwijs-criteria-instrumenten-en-de-borging-van-kansengelijkheid>
5. Mulder L, Wouters A, Twisk JWR, et al. Selection for health professions education leads to increased inequality of opportunity and decreased student diversity in The Netherlands, but lottery is no solution: A retrospective multi-cohort study. *Medical Teacher*. 2022/07/03 2022;44(7):790-799. doi:10.1080/0142159X.2022.2041189 <https://www.tandfonline.com/doi/epub/10.1080/0142159X.2022.2041189?needAccess=true>
6. Zie bijvoorbeeld: Salih M, Stegers-Jagers K, Zandbergen A. Culturele diversiteit in de medische opleiding. *Interne Geneeskunde*. 2021; 12(1):14-6.
7. HRSA. 2006. "The Rationale for Diversity in the Health Professions : A Review of the Evidence U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration Bureau of Health Professions." (October). Clayborne EP, Martin DR, Goett RR, Chandrasekaran EB, McGreevy J. Diversity pipelines: The rationale to recruit and support minority physicians. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2021 Jan 2;2(1):e12343. doi: 10.1002/emp2.12343. PMID: 33532751; PMCID: PMC7823093.
8. Saha, Somnath, Gretchen Cuiton, Paul F Wimmers, and Luann Wilkerson. 2008. "Student Body Racial and Ethnic Composition and Diversity-Related Outcomes in US Medical Schools." *300(10): 1135-45.*
9. van Andel, C. E., Born, M. P., Themmen, A. P., & Stegers Jager, K. M. (2019). Broadly sampled assessment reduces ethnicity related differences in clinical grades. *Medical Education*, 53(3), 264-275.

## Colofon

Onderzoeksrapport  
Diversiteit

**Auteurs:** Pim den Boon, Anna Titia Hoogslag,  
Hajar Rotbi en Shamim Amiri Simkoei

**Redactie:** Lize Kooijman, Pim den Boon  
en Fabiënne Hofmans

### Contactgegevens:

Domus Medica  
Mercatorlaan 1200  
3528 BL Utrecht

E [info@degeneeskundestudent.nl](mailto:info@degeneeskundestudent.nl)  
T 088 – 13 44 145  
[www.degeneeskundestudent.nl](http://www.degeneeskundestudent.nl)

### Copyright © 2023

Alle opgenomen informatie is eigendom van  
De Geneeskundestudent. Overnemen van inhoud, geheel  
of gedeeltelijk, is toegestaan mits met bronvermelding.



**DEGENEESKUNDESTUDENT**  
**ARTS VAN DE TOEKOMST**