

The background of the slide is a dense, abstract pattern of human silhouettes in various colors, including shades of blue, green, yellow, orange, red, and purple. The silhouettes are rendered in a soft, painterly style, creating a sense of a diverse crowd. A white rectangular box is overlaid on the bottom right portion of the image, containing the title and subtitle text.

Onderzoeks- rapport

Diversiteit &
Selectie

De Geneeskundestudent



De Geneeskundestudent
Onderzoeksrapport Diversiteit en Selectie 2023-2024

Auteurs (namens de werkgroep Diversiteit en Selectie)

Shamim Amiri Simkoei
Anna Titia Hoogslag
Selma Latic
Zehra Guven
Hajar Rotbi
Lara Capitanio

Vormgeving

Esmée Doense

Contactinformatie

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht
E info@degeneeskundestudent.nl
T 088 - 13 44 145
www.degeneeskundestudent.nl

Copyright © 2024

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

Inhoudsopgave

1	Introductie	2
2	Methode	5
3	Resultaten	7
4	Discussie	17
5	Conclusie	23
6	Aanbevelingen	25
	Bibliografie	29

1 Introductie

In 2023 hebben de Eerste en Tweede Kamer het wetsvoorstel geaccepteerd om gewogen en ongewogen loting weer mogelijk te maken voor numerus fixusopleidingen.^{1,2} Dit volgde op een periode waarin universiteiten zelf hun selectiemethode bepaalden, nadat het kabinet in 2017 had besloten om loting af te schaffen. Met het wetsvoorstel dat recent geaccepteerd is, volgt een nieuwe periode voor de universiteiten. De medische faculteiten mogen hun toelatingsprocedure aanpassen naar (on)gewogen loting, selectie of een combinatie hiervan. Uit onderzoek komt naar voren dat de gekozen toelatingsprocedure, of dat nou loting of selectie op basis van criteria is, invloed heeft op de diversiteit van de studentenpopulatie.³ Het is daarom van belang dit verder te onderzoeken.

Net zoals in de vorige rapporten van De Geneeskundestudent (DG), is ervoor gekozen om de definitie van diversiteit uit het Rapport “Diversiteit is een Werkwoord” van de Commissie Diversiteit van de Universiteit van Amsterdam aan te houden. Zij definiëren het als volgt: “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.”⁴ Uit het rapport van DG uit 2023 blijkt dat er een lichte toename is in de diversiteit wat betreft de migratieachtergrond ten opzichte van de het rapport uit 2018, maar de diversiteit van de studentenpopulatie binnen de studie geneeskunde nog steeds achterblijft in vergelijking met de Nederlandse bevolking. Het merendeel van de geneeskundestudenten is vrouw, in Nederland geboren en heeft minstens één ouder die HBO- of WO-geschoold is.⁵ Deze bevindingen benadrukken dat er nog steeds verbeteringen nodig zijn met betrekking tot de diversiteit binnen de geneeskundeopleidingen.

“De weg naar een gevarieerde studentenpopulatie begint al bij de poort”

De weg naar een gevarieerde studentenpopulatie begint al bij de poort; de toelatingsprocedure. Een recente studie toont aan dat decentrale selectie bepaalde groepen blijkt te bevoordelen. Vrouwelijke kandidaten, kandidaten met ouders die behoren tot de welvarendste 10% van Nederland en kandidaten met minstens één BIG geregistreerde ouder hebben hogere kansen op toelating. Kandidaten met een Surinaamse, Turkse, Nederlands Caribische of Marokkaanse achtergrond hebben

juist minder kans om te worden geselecteerd. Het onderzoek concludeert ook dat de diversiteit van de geneeskundestudenten in Nederland is verminderd tijdens de overgang van gemengde selectie (decentrale selectie én gewogen loting) naar alleen decentrale selectie.³ Of loting hiervoor de oplossing biedt is nog maar de vraag. De groep die zich na hun VWO aanmeldt voor de toelating van de geneeskundeopleiding is niet representatief voor de samenleving; slechts 30% van alle jongeren in Nederland heeft minstens één ouder die behoort tot de top 10% meest verdienende bevolking, in tegenstelling tot maar liefst 60% van de VWO-studenten. Zolang de groep kandidaten niet representatief is, wordt de studentenpopulatie dat bij loting ook niet, aldus de onderzoekers.⁶ De ondervertegenwoordiging van bepaalde groepen studenten lijkt niet aan de belangstelling van deze studenten te liggen. Onderzoekers van een studie naar de selectie van verschillende medische studies concluderen het volgende: “VWO-scholieren met een lagere of gemiddelde sociaal-economische status, of met een ondervertegenwoordigde migratieachtergrond, melden zich in hogere proporties aan dan hun aandeel in de VWO-populatie. Er is geen sprake van zelfselectie zoals men eerder dacht.”³⁻⁷ De ondervertegenwoordigde studenten melden zich dus wel aan, maar ze lijken te worden benadeeld door de selectiemethoden waardoor ze minder kans maken om daadwerkelijk toegelaten te worden tot de opleiding.

“Uit onderzoek blijkt dat een diverse artsenpopulatie die aansluit bij de diverse patiëntenpopulatie niet alleen bijdraagt aan inclusieve zorg, maar ook de kwaliteit van de zorg verbetert”

Het is voor de gezondheidszorg om meerdere redenen van belang dat de diversiteit onder de geneeskundestudenten toeneemt en er dus een diverse artsenpopulatie is. Uit onderzoek blijkt dat een diverse artsenpopulatie die aansluit bij de diverse patiëntenpopulatie niet alleen bijdraagt aan inclusieve zorg, maar ook de kwaliteit van de zorg verbetert⁸. Het zorgt voor grotere tevredenheid en vertrouwen van de patiënten in de artsen, hogere therapietrouw en betere communicatie vanwege bijvoorbeeld meer cultuursensitieve communicatie en minder taalbarrières. Daarnaast resulteert het in meer onderzoek naar ziektes die vaker voorkomend zijn in minderheidsgroepen. Hierdoor wordt de zorg voor deze groepen ook op de lange termijn verbeterd.⁹ Een divers team van collega's is ook voor medisch specialisten van waarde. De verschillende achtergronden van de artsen leiden tot verschillende perspectieven en inzichten. Dit heeft een positieve invloed op onder andere het probleemoplossend vermogen en draagt daarmee ook bij aan de verbetering van de zorg. Niet alleen medisch specialisten en patiënten zijn dus gebaat bij een diverse groep aan artsen, ook geneeskundestudenten kunnen hier de vruchten van plukken. Een diverse artsenpopulatie begint immers bij een diverse populatie aan geneeskundestudenten. Binnen een diverse studentenpopulatie

komen studenten vaker in contact met andere ideeën, achtergronden en culturen. Hierdoor kunnen ze beter aansluiten bij de patiënten van vandaag en morgen. Onderzoek toont bijvoorbeeld aan dat studenten zich dan ook meer voorbereid voelen om zorg te verlenen aan patiënten met andere achtergronden dan die van henzelf.¹⁰

Het staat buiten kijf dat een eerlijke selectie en een diverse groep geneeskundestudenten van cruciaal belang is. Met in het vooruitzicht de verwachte wijzigingen in de toelatingsprocedure en bijbehorende impact op de diversiteit van de geselecteerde studenten, is het van belang om juist nu de huidige diversiteit in kaart te brengen en verder onderzoek te doen naar de beste toelatingsprocedure. DG heeft met dit onderzoek twee doelen voor ogen. Enerzijds is het streven om inzicht te verkrijgen in onder andere de diversiteit van de studentenpopulatie, diversiteit in het onderwijs en de ervaren discriminatie. Anderzijds is het doel om de mening van studenten over de verschillende toelatingsprocedures te peilen. Op basis van de resultaten zal het onderzoeksrapport worden afgesloten met aanbevelingen aan belanghebbenden en beleidsmakers, met als doel het bevorderen van diversiteit en een eerlijke toelatingsprocedure binnen het geneeskundeonderwijs.

2 Methode

Studie design en deelnemers

DG voerde een digitale enquête uit onder haar leden. DG 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 2 november 2023 tot 17 december 2023. 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. Onderwerpen in de enquête waren diversiteit en selectie, begeleiding, coschappen, tegemoetkoming coassistenten, wachttijd, cum laude-regeling, promoveren, carrière-druk en minder bekende onderwerpen in de geneeskundeopleiding. Verder is gevraagd of het Capaciteitsorgaan verdiepende vragen mag stellen ten behoeve van het onderzoek naar loopbaanwensen. De vragen zijn opgesteld door de projectgroepen en voor feedback op inhoud en begrip voorgelegd aan het algemeen bestuur, de beleidsadviseur van DG en betrokkenen met onderzoekservaring. Na een testfase zijn de vragen definitief vastgesteld.

Procedure en dataverzameling

DG 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 e-mail, de website en social media van DG. Na het verstrijken van de uiterste invuldatum werd de vragenlijst gesloten.

De enquête bestond uit een maximum totaal van 61 vragen, inclusief vervolgvragen en vragen ter onderscheid van subgroepen. Van elke deelnemer werden eerst een aantal demografische gegevens verzameld (studiejaar, universiteit, leeftijd, 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 24 vragen over het thema diversiteit gesteld. Er zijn vier vragen gesteld over het geboorteland van de student en diens ouders en het opleidingsniveau van de ouders. Aan bachelor- en masterstudenten zijn verder aparte vragen gesteld over thuisvoelen op de faculteit, diversiteit in de opleiding, selectiekansen en uitgangspunten voor de selectie.

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 is, is voor numerieke data het gemiddelde gepresenteerd. Waar nodig zijn responses verder verdeeld in subgroepen volgens het studiejaar (bachelor en master) of de herkomst van studenten, om een gedetailleerd inzicht te krijgen in de diverse ervaringen van studenten van verschillende achtergronden. Dit is voor het eerst gedaan volgens de nieuwe indeling van het Centraal Bureau voor de Statistiek, waarbij een nieuwe indeling op basis van herkomst gemaakt¹¹. Deze indeling is gebaseerd op werelddelen en veelvoorkomende immigratielanden. Klassieke migratielanden, waar Nederland een bijzondere migratiegeschiedenis mee deelt en waar relatief meer inwoners en/of hun ouders geboren zijn, worden in de indeling apart onderscheiden. In dit rapport zijn de volgende subgroepen voor 'herkomst' gedefinieerd: Nederlandse herkomst, Europese herkomst (exclusief Nederland), Buiten-Europese herkomst (TMSID) (Turkish, Moroccan, Indonesian, Surinamese, Dutch Caribbean) of Buiten-Europese herkomst (overig).

Data omtrent ervaren thuisgevoel, ervaren discriminatie en ervaringen met beoordelingen binnen het onderwijs in de bachelor en master zijn verder geanalyseerd om meer inzicht te verkrijgen tussen eerder benoemde subgroepen. De ordinale categorische data zijn in dit geval omgezet naar numerieke data door een waarde toe te kennen aan "Ja, altijd" (4) - "ja meestal" (3) - "nee, meestal niet" (2) - "nee, nooit" (1) of aan "Sterk mee eens" (5) tot "Sterk mee oneens" (1). Statistische analyses zijn uitgevoerd middels het statistiekprogramma R Studio (versie 4.3.2). Verschillen in continue (ordinale) variabelen zijn getest met tweezijdige, non-parametrische toetsen in verband met niet normaal verdeelde onafhankelijke data (Mann-Whitney U toets). Onderlinge onafhankelijkheid van categorische variabelen is getest middels chikwadraattoetsen. Er is een significantieniveau van 0.05 aangehouden.

Privacy

DG heeft alle respondenten voor aanvang over het doel van de enquête geïnformeerd. Er is toestemming gevraagd om de data conform de Algemene Verordening Gegevensbescherming (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 2142 respondenten. Er is gecontroleerd op de datakwaliteit waarna 84 reacties zijn verwijderd die geen inhoudelijke antwoorden bevatten. Niet-volledige reacties zijn meegenomen waardoor het aantal respondenten bij de start 2058 bedroeg en afnam tot 1687 bij de laatste vraag. De gemiddelde invultijd lag op ruim 11 minuten.

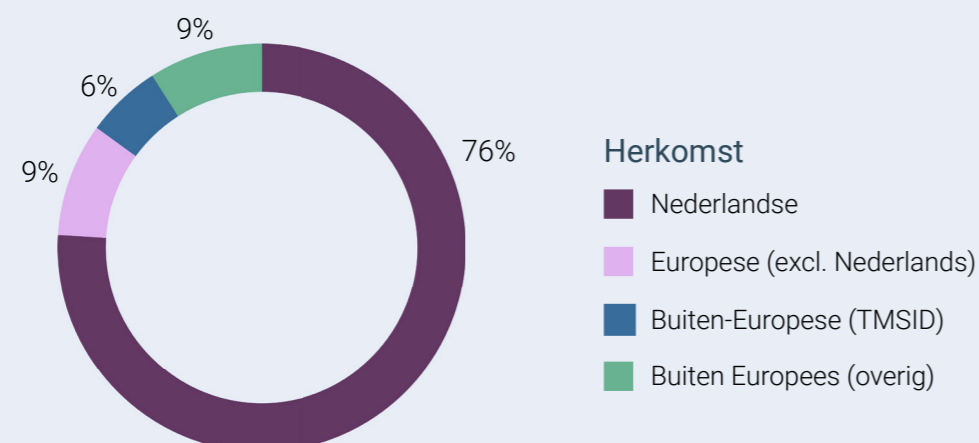
Kenmerken van geneeskundestudenten

De gemiddelde leeftijd van de studenten is 22 jaar, waarbij het merendeel tussen de 18 en 25 jaar oud is (89.2%). Van de studenten is 49.6% van de respondenten bachelorstudent, 45.9% masterstudent, 3.2% heeft verplichte wachttijd en 2.4% is korter dan 6 maanden afgestudeerd. Van de respondenten is 75.5% vrouw en 21.9% man. Daarnaast identificeert 0.3% zich als non-binair en van 0.4% is het geslacht onbekend. Verder is de enquête het meest ingevuld door studenten van de Erasmus Universiteit Rotterdam (16.6%) en de Radboud Universiteit Nijmegen (14.2%). De enquête is het minst ingevuld door de Universiteit van Groningen (9.9%) en de Universiteit van Amsterdam (8.3%).

Herkomst studenten

Er is ook gevraagd naar de herkomst van de respondenten. Het merendeel is geboren in Nederland (92.1%). Daarna volgen België (1.0%), China (0.9%) en Duitsland (0.8%). Volgens de nieuwe geadviseerde indeling van het Centraal Bureau voor de Statistiek zijn respectievelijk 75.9%, 8.9%, 6.1% en 9.4% van de studenten van Nederlandse herkomst, Europese herkomst (exclusief Nederland), buiten Europa (TMSID) of buiten Europa (overig). Zie **Figuur 1** voor de verdeling van de achtergrond van de studenten in deze categorieën.

Figuur 1. Herkomst van de studenten verdeeld in: Nederlandse herkomst, Europese herkomst, Buiten-Europese herkomst TMSID (Turks, Marokkaans, Surinaams, Indonesisch en Caribisch Nederland) en Buiten-Europese herkomst overig.



Herkomst en opleidingsniveau ouders

Naast de herkomst van de studenten is er ook gekeken naar de herkomst van de ouders. Het grootste gedeelte van de ouders van de studenten komen net als de studenten zelf uit Nederland (83.1%). Na Nederland volgen als geboorteland van de ouders van de studenten België, Marokko, Duitsland, Suriname en Turkije met allemaal een gemiddelde van 1%. Als er gekeken wordt naar het opleidingsniveau van de ouders, hebben de ouders van de studenten bij het merendeel een opleiding op HBO- of WO-niveau afgerond (78.5%). Van 20.9% van de studenten heeft geen van de ouders HBO of WO afgerond en bij 0.5% is dit onbekend.

Thuis voelen van de bachelor- en masterstudenten

Daarnaast is in de enquête het thuisgevoel van de studenten uitgevraagd. Van de bachelorstudenten voelt 50.4% zich altijd en 45.2% zich meestal thuis op de faculteit. Slechts 4.0% voelt zich meestal niet thuis en 0.3% voelt zich nooit thuis op de faculteit. Binnen de masterstudenten geeft 8.9% aan zich altijd en 73.6% aan zich meestal thuis te voelen op de coschaplocatie. Het percentage van de masterstudenten die zich meestal niet thuis voelt op de coschaplocatie is 17.1% en 0.4% zegt zich nooit thuis te voelen op de coschaplocatie. Uit deze resultaten viel op dat de bachelorstudenten een hoger thuisgevoel rapporteren ($M = 3.46$, $SD = 0.59$, $Mdn = 4$) in vergelijking met de masterstudenten ($M = 2.91$, $SD = 0.52$, $Mdn = 3$). Een Mann-Whitney U test toonde aan dat dit verschil significant was ($U(N_{\text{bachelorstudenten}} = 968, N_{\text{masterstudenten}} = 755) = 534309$, $p < .001$).

Het ervaren thuisgevoel is na het splitsen van bachelor- en masterstudenten nog verder uitgesplitst naar herkomst. Hierin is te zien dat 54.2% van de bachelorstudenten met Nederlandse herkomst zich altijd thuis voelt op de faculteit, tegenover respectievelijk 38.9%, 36.2% en 40.2% van de bachelorstudenten met herkomst Buiten-Europa (overig), herkomst Buiten-Europa (TMSID) en herkomst binnen Europa (exclusief Nederland). Voor de masterstudenten geldt dat 9.8% van de studenten met Nederlandse herkomst zich altijd thuis voelt op de coschaplocatie, tegenover respectievelijk 6.3%, 4.5% en 5.9% met herkomst Buiten-Europa (overig), herkomst Buiten-Europa (TMSID) en herkomst binnen Europa (exclusief Nederland). Zie **Figuur 2** voor de verdeling van de bachelor-, masterstudenten en alle studenten en hun thuisgevoel uitgesplitst naar herkomst.

Een verdere analyse met een Kruskal-Wallis test toonde aan dat er een significant verschil is in het 'thuisgevoel' van studenten van de verschillende herkomsten ($H(3) = 23.62$, $p < .001$). Studenten van Nederlandse herkomst ($M = 3.26$, $SD = 0.60$, $Mdn = 3$) voelden zich vaker thuis dan studenten van andere herkomsten (Figuur 3). Post-hoc Mann-Whitney U testen met een Bonferroni-correctie voor meervoudige vergelijkingen

($\alpha = .008$) werden gebruikt om alle groepen te vergelijken. De verschillen in 'thuisgevoel' tussen studenten van Nederlandse herkomst en studenten met een Europese herkomst (exclusief Nederland) ($M = 3.06$, $SD = 0.69$, $Mdn = 3$) waren significant ($U(N_{\text{Nederlandse}} = 1313$, $N_{\text{Europese (exclusief Nederland)}} = 150) = 84040.5$, $p < .001$). Ook waren er significante verschillen tussen studenten van Nederlandse herkomst en buiten Europese herkomst (TMSID) ($M = 3.08$, SD

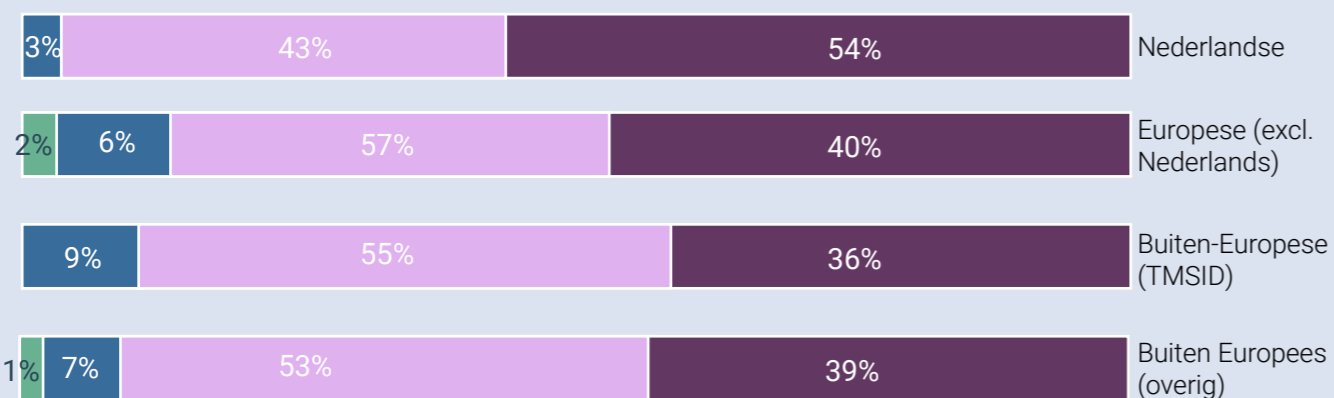
$= 0.62$, $Mdn = 3$) ($U(N_{\text{Nederlandse}} = 1313$, $N_{\text{Buiten-Europese (TMSID)}} = 102) = 57192.5$, $p = .005$). De verschillen in 'thuisgevoel' tussen studenten van Nederlandse herkomst en studenten met een herkomst van andere regio's buiten Europa waren ook significant ($M = 3.09$, $SD = 0.66$, $Mdn = 3$) ($U(N_{\text{Nederlandse herkomst}} = 1313$, $N_{\text{Buiten-Europese (overig)}} = 158) = 90432.5$, $p = .002$). Geen van de andere vergelijkingen waren significant na de Bonferroni-aanpassing (alle p 's $> .074$).

Figuur 2. Het ervaren thuisgevoel door geneeskundestudenten van verschillende herkomsten (Totaal), uitgesplitst op bachelorstudenten (Bachelor) en masterstudenten (Master).

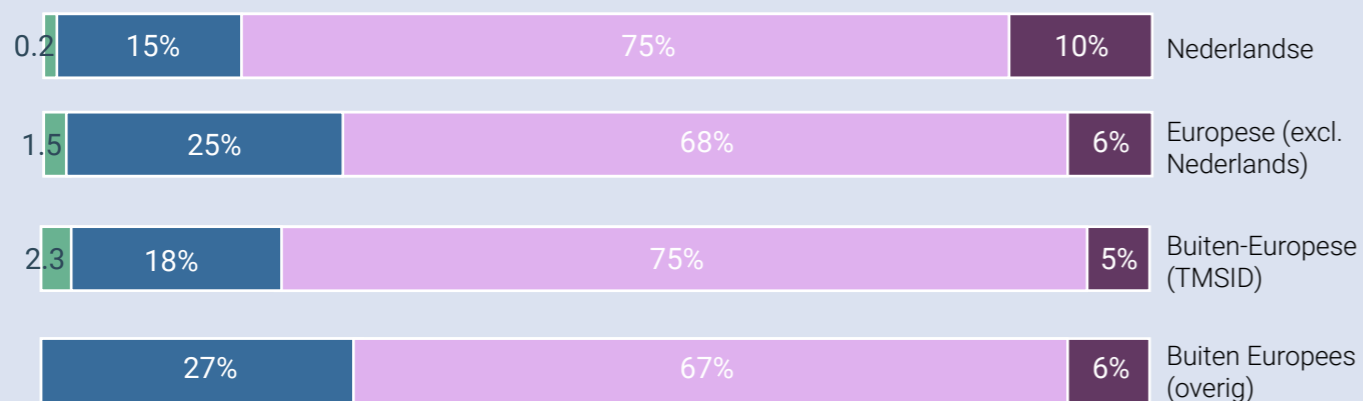
Thuisgevoel

■ Nee, nooit ■ Nee, meestal niet ■ Ja, meestal ■ Ja, altijd

Bachelor



Master



Als belangrijkste factoren voor het thuis voelen op de faculteit dan wel coschaplocatie werden de volgende drie factoren door geneeskundestudenten het meest benoemd: leuk contact met medestudenten (19.7%), fijne opleiders (17.2%) en optimale faciliteiten (13.3%). Wanneer bachelor- en masterstudenten van elkaar worden gesplitst, zijn leuk contact met medestudenten (18.8%), optimale faciliteiten (14.2%) en fijne opleiders (13.1%) het meeste genoemd door bachelorstudenten en fijne opleiders (23.4%), leuk contact met medestudenten (21.2%) en beschikbaarheid van persoonlijke begeleiding (12.7%) het meeste genoemd door masterstudenten.

Ervaren discriminatie bij bachelor- en masterstudenten

Aan de studenten is ook gevraagd of zij gedurende de opleiding ooit gediscrimineerd zijn. Binnen de bachelorstudenten geeft 10.8% aan het idee te hebben gediscrimineerd te worden, waar dit 25.1% is van de masterstudenten. De belangrijkste redenen die hiervoor gegeven zijn onder bachelorstudenten bestaan uit culturele achtergrond (26.8%), overige oorzaken (19.4%), uiterlijke kenmerken (18.5%), gender (14.8%), geloofsovertuiging (13.0%) en fysieke beperking (7.4%). Bij de masterstudenten gaat het met name om gender (41.5%), overig (17.0%), culturele achtergrond (16.5%), uiterlijke kenmerken (16.0%), (fysieke) beperking (6.6%) en geloofsovertuiging (2.4%). Als overige oorzaken geven de studenten meerdere oorzaken aan, waarbij gender en culturele achtergrond de boventoon voeren.

Om meer inzicht te krijgen in de ervaren discriminatie en om de specifieke aard van de ervaren discriminatie binnen diverse studentengroepen beter te begrijpen, is deze naast bachelor en master verder opgesplitst naar gender en herkomst. De genormaliseerde resultaten zijn gepresenteerd in **Figuur 3**. Bij de analyse op basis van gender, blijkt dat 33.3% van de vrouwelijke studenten aangeeft gediscrimineerd te worden op grond van gender, tegenover 26.2% van de mannelijke studenten. Daarnaast rapporteert 24.6% van de mannelijke studenten discriminatie op basis van culturele achtergrond, vergeleken met 19.7% van de vrouwelijke studenten (zie **Figuur 3a**). Studenten die zich identificeren als non-binair geven unaniem aan discriminatie op grond van gender te ervaren. Voor personen die niet hebben aangegeven wat voor gender zij zijn, rapporteert 50% discriminatie op grond van gender en 50% discriminatie op basis van culturele

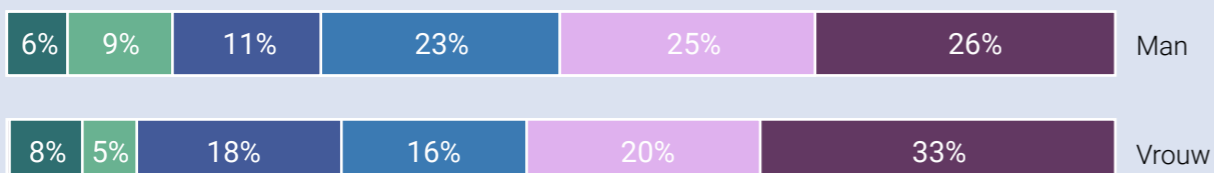
achtergrond aangeeft. Het verdient nadruk dat deze twee laatste groepen relatief klein zijn binnen de onderzoekspopulatie, hetgeen noodzaakt tot een voorzichtige benadering bij de interpretatie van deze resultaten.

Figuur 3. Oorzaken aangegeven voor de ervaring met discriminatie door bachelor- en masterstudenten van verschillende genders (a) en herkomst (b).

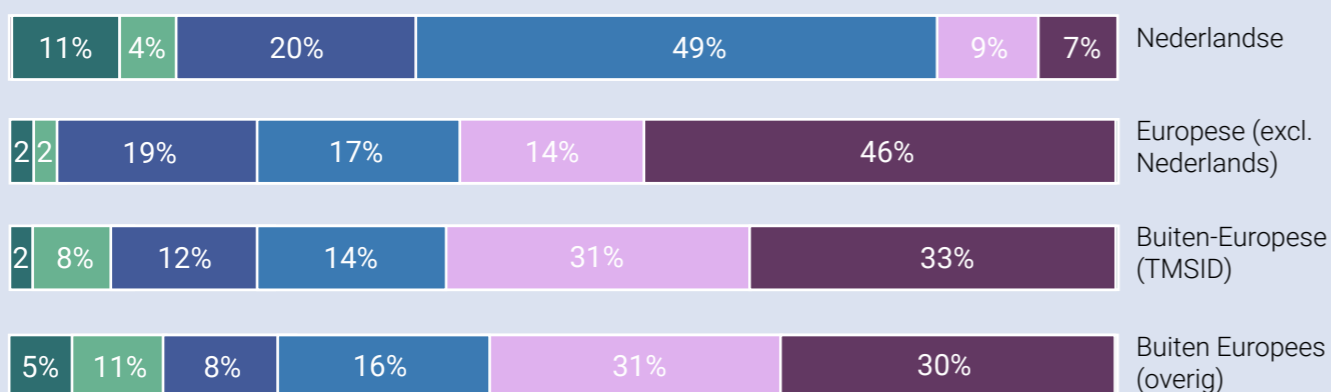
Oorzaak

- Vanwege (fysieke) beperking
- Vanwege geloofsovertuiging
- Overig
- Vanwege gender/geslacht
- Vanwege uiterlijke kenmerken (bijvoorbeeld huidskleur, hoofddoek, tatoeage)
- Vanwege culturele achtergrond (bijvoorbeeld gewoonten, taal, traditie)

(a) Oorzaak per gender



(b) Oorzaak per herkomst



Zie onderstaande quotes voor enkele voorbeelden die studenten gegeven hebben wanneer er aan ze gevraagd werd wat er gebeurde op het moment van discriminatie.

“

“Als mannelijke coassistent bij de gynaecologie heb ik bijzonder weinig kunnen doen en zien, omdat ik nergens bij mocht zijn. Daarnaast ging dit soms gepaard met ongepaste opmerkingen.”

“De opleider vertelde dat vrouwen minder goede chirurgen zijn en dat vrouwen minder ambitieus zijn. ‘Vrouwen zijn op hun top van hun kunnen als zij een kind baren’. Toen ik dit aan de vertrouwenspersoon vertelde reageerde ze met ‘ja zo is hij nou eenmaal.’”

“Ik heb echt nog nooit zoveel opmerkingen over mannen moeten slikken als bij de gynaecologie. Van dingen als dat ik waarschijnlijk mijn vriendin liet koken, kinderen mij niks boeiden tot dat ze geen zin hadden om een man iets te vertellen, omdat ik daar toch geen interesse in had.”

“Een arts die hoorde dat ik Indiaas was, ging een accent doen als ik er was en zeggen dat ik altijd curry eet.”

“Ontzettend veel incidenten gebeurt waarbij er belachelijk werd gedaan over mijn Chinese achtergrond. Werd zelfs als ‘de ene Chinees’ benoemd door een eindbeoordelaar.”

“Vaak microaggressie: ‘Oh, jij bent wel een slimme Antilliaan.’”

“Vervelende opmerking met aannames over bijvoorbeeld abortus standpunt toen ik bad voor mijn eten (als christen).”

”

Bij het onderzoeken van discriminatie op basis van herkomst (zie **Figuur 3b**), is te zien dat het merendeel van de studenten met een Nederlandse herkomst aangeeft gediscrimineerd te worden op basis van geslacht/gender (48.8%), gevolgd door overige redenen (19.5%) en (fysieke) beperking (11.0%). Studenten van een andere herkomst (Europese en Buiten-Europese herkomst), geven als oorzaak het meest aan gediscrimineerd te worden op basis van hun culturele achtergrond. Specifiek voor studenten met een herkomst binnen Europa

(exclusief Nederland) wordt vooral discriminatie genoemd door culturele achtergrond (45.2%), gevolgd door andere oorzaken (19.0%) en gender/geslacht (16.7%). Specifiek voor studenten afkomstig van buiten Europa (TMSID en overig) wordt naast culturele achtergrond, in het bijzonder discriminatie op basis van uiterlijke kenmerken het meest genoemd. Kijkend naar studenten met een Buiten-Europese herkomst, geven studenten met een TMSID-herkomst aan gediscrimineerd te worden op grond van culturele achtergrond (32.7%), uiterlijke kenmerken (30.6%) en gender/geslacht (14.3%). Een vergelijkbaar patroon is zichtbaar bij studenten met een overige Buiten-Europese herkomst, waarbij culturele achtergrond (29.7%), uiterlijke kenmerken (31.2%) en gender/geslacht (15.6%) als hoofdoorzaken worden aangegeven.

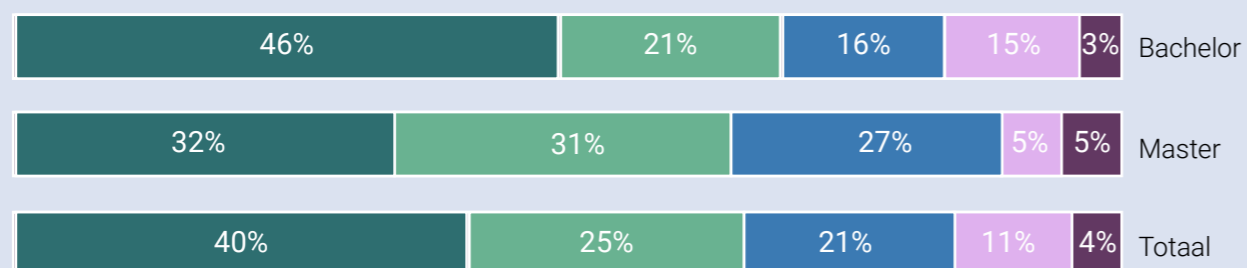
Diversiteit in de opleiding volgens bachelor- en masterstudenten

Verder werden er rondom het thema 'diversiteit in de opleiding' vijf stellingen aan de studenten voorgelegd. De studenten konden vervolgens aangeven of zij het hier (sterk) mee eens waren, (sterk) mee oneens waren of neutraal in stonden. De belangrijkste resultaten uit de stellingen zijn als volgt: het grootste deel van de bachelorstudenten (46.9%) vindt dat zij voldoende onderwijs krijgen over het omgaan met patiënten met een diverse achtergrond. Dit percentage ligt lager onder masterstudenten (31.4%). Zo'n respectievelijk 43.8% en 44.7% van de bachelor- en masterstudenten geeft aan (sterk)

Figuur 4a. Stellingen vier met betrekking tot diversiteit in de opleiding geïnventariseerd onder de geneeskundestudenten (totaal), uitgesplitst in bachelorstudenten (Bachelor) en Masterstudenten (Master).



Stelling 4: Er is geen sprake van stigma's en negatieve stereotypen in lesmaterialen en casuïstiek in mijn opleiding.



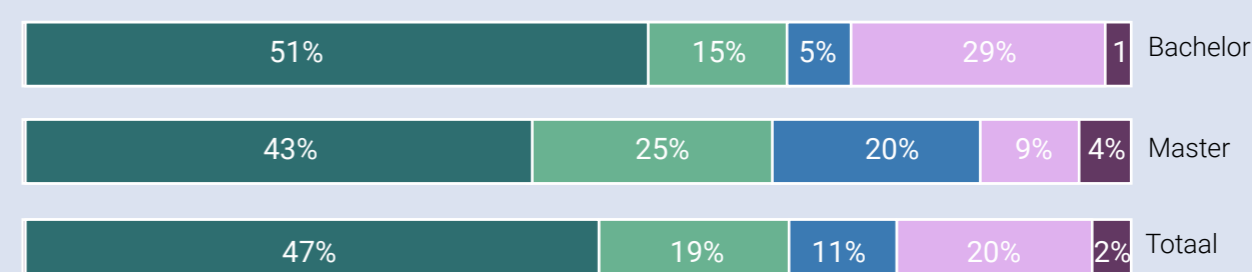
eens te zijn met de stelling dat ze zich als toekomstige arts voorbereid voelen bij het omgaan met patiënten met diverse achtergronden. Verder zijn 43.9% van de bachelorstudenten en 27.7% van de masterstudenten er (sterk) mee eens dat de inhoud van lesmaterialen tijdens de opleiding een diverse patiëntenpopulatie weerspiegelt. Op het gebied van stigma's en negatieve stereotypen in lesmaterialen en casuïstiek is 60.8% van de bachelorstudenten het er (sterk) mee eens dat hier geen sprake van is in de opleiding, tegenover 37.6% van de masterstudenten.

Van de bachelorstudenten is 79.8% het er (sterk) mee eens dat beoordelingscriteria en evaluatiemethoden gelijkwaardig worden toegepast, daarentegen is slechts 51.9% van de masterstudenten het hier (sterk) mee eens. Zie **Figuur 4a en b** voor een uitgebreide weergave van stelling 4 en 5. Het verschil tussen de bachelor- en masterstudenten betreft de beoordelingscriteria en evaluatiemethoden is verder onderzocht. Na toekenning van numerieke waarden aan de responscategorieën, lopend van "sterk mee eens" (5) tot "sterk mee oneens" (1), blijkt dat bachelorstudenten vaker neigen naar 'mee eens' met gemiddelde score van 4.02 ($M = 4.02$, $SD = 0.84$, $Mdn = 4.0$). Masterstudenten daarentegen hebben een gemiddelde score van 3.33 ($M = 3.33$, $SD = 1.02$, $Mdn = 4.0$), wat wijst op een neutralere houding. Een Mann-Whitney U test toonde aan dat er een significant verschil bestaat tussen de bachelor- en masterstudenten ($U(N_{\text{Bachelor}} = 953, N_{\text{Master}} = 752)$).

Figuur 4b. Stellingen vijf met betrekking tot diversiteit in de opleiding geïnventariseerd onder de geneeskundestudenten (totaal), uitgesplitst in bachelorstudenten (Bachelor) en Masterstudenten (Master).



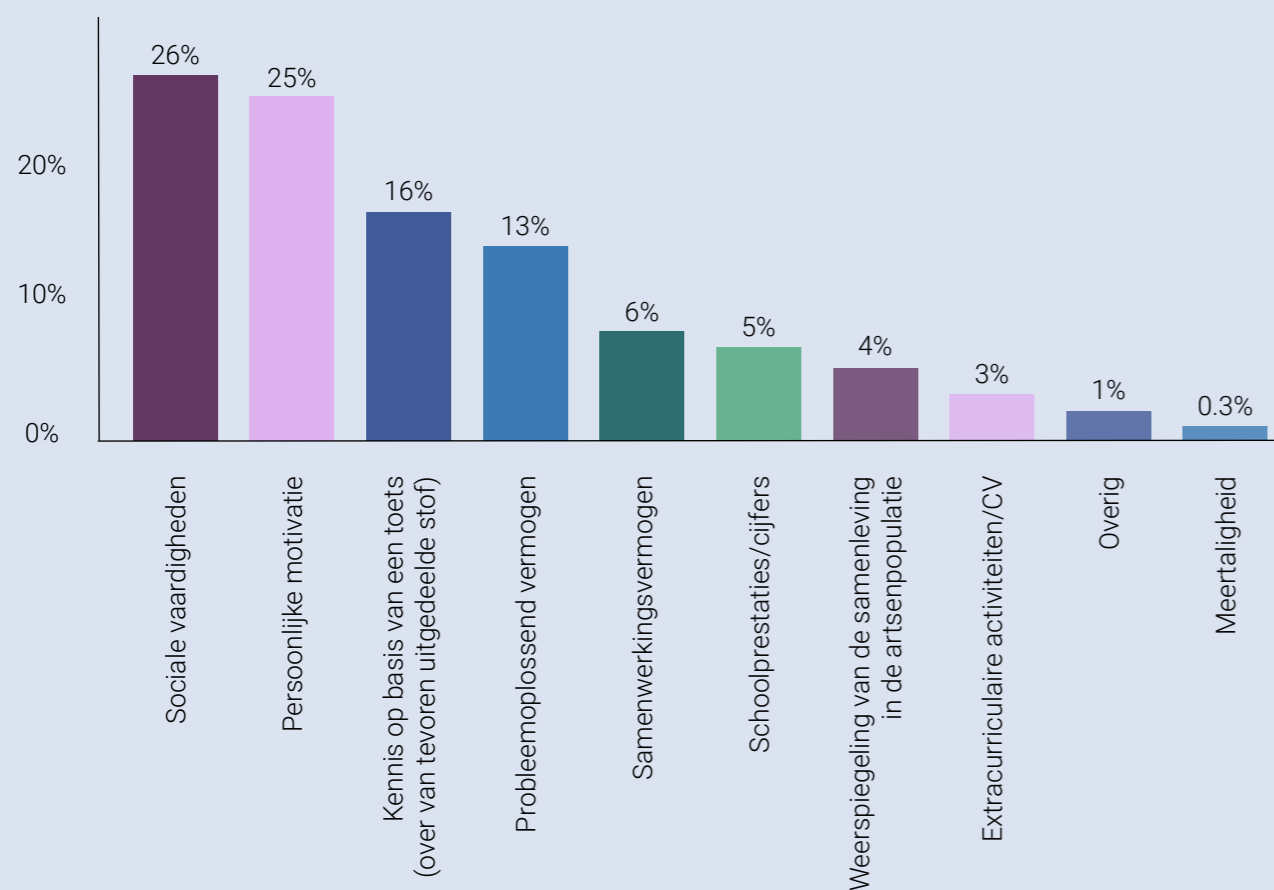
Stelling 5: De beoordelingscriteria en evaluatiemethoden worden gelijkwaardig toegepast voor alle studenten.



Selectiemethoden volgens bachelor- en masterstudenten

In de enquête moesten de studenten ook twee uitgangspunten kiezen waarop nieuwe studenten geselecteerd zouden moeten worden voor de studie geneeskunde. De twee meest gekozen opties bij bachelorstudenten zijn persoonlijke motivatie (25.4%) en sociale vaardigheden (24.3%). Bij de masterstudenten staan eveneens sociale vaardigheden (28.7%) en persoonlijke motivatie (23.7%) bovenaan. Bachelorstudenten kiezen daarnaast vaker voor 'kennis op basis van een toets' (19.0%) en 'probleemoplossend vermogen' (12.9%). Masterstudenten kiezen naast de twee belangrijkste uitgangspunten ook nog voor probleemoplossend vermogen (14.0%) en kennis op basis van een toets (11.5%). Zie **Figuur 5** voor de verdeling van de percentages van alle uitgangspunten volgens de bachelor- en masterstudenten samen.

Figuur 5. Uitgangspunten voor de toelating tot de studie geneeskunde volgens bachelor- en masterstudenten samen.



Kansen selectie van bachelor- en masterstudenten

Als laatste is er aan de studenten gevraagd hoe zij terugkijken naar hun eigen kansen tijdens de geneeskundeselectie. Het merendeel van de bachelor- en masterstudenten (80.8 en 81.3%) is het (sterk) eens met de stelling 'Ik heb de indruk dat ik een eerlijke kans heb gekregen om geselecteerd te worden voor de studie geneeskunde'. Daarentegen zegt 8.5% van de bachelorstudenten en 6.6% van de masterstudenten het (sterk) oneens te zijn met deze stelling. 10.9% van de bachelorstudenten en 12.1% van de masterstudenten staat neutraal tegenover deze stelling.

Als reden voor de lagere kansen geeft 19.8% van de bachelorstudenten aan dat het om onbekendheid met het selectieproces gaat. Daarnaast geeft 12.2% minder tijd voor voorbereiding als reden en 11.5% geeft aan dat ze beperkte toegang hadden tot studiematerialen. Bij de masterstudenten geeft 22.2% aan dat dit komt door onbekendheid met het selectieproces, 11.1% door beperkte kennis, 11.1% door culturele of persoonlijke achtergrond en 9.9% door beperkte toegang tot studiematerialen. Hiernaast geeft 35.1% van de bachelor- en 34.6% van de masterstudenten een andere reden op voor een lagere kans om geselecteerd te worden voor de studie geneeskunde. Bij de bachelorstudenten wordt er met name aangegeven dat het selectieproces als oneerlijk wordt gezien door het zwaar mee laten wegen van cijfers (met name de 8+ regeling), het wel of niet hebben van artsen in het eigen netwerk en financiële beperkingen waardoor een cursus ter voorbereiding niet bekostigd kan worden. Bij de masterstudenten geeft een groot deel van de studenten aan juist voordeel te hebben gehad door ouders die artsen zijn of financieel gezien kunnen steunen. Daarnaast geven ook de masterstudenten de 8+ regeling en het zwaar meetellen van cijfers aan als reden voor ongelijkheid in de selectie.

4 Discussie

Uit de resultaten van de enquête is gebleken dat het merendeel van de respondenten vrouw is en in Nederland is geboren. Het grootste deel van respondenten (75.6%) heeft een Nederlandse herkomst, gevolgd door respondenten uit overige landen buiten Europa (9.4%), Europese herkomst (8.9%) en de kleinste groep (6.1%) met een herkomst buiten Europa (TMSID) (Turks, Marokkaans, Surinaams, Indonesisch en Caribisch Nederland). Verder komen net als de studenten zelf hun ouders voor het grootste deel uit Nederland (83.1%). Tenslotte hebben de ouders van de grootste meerderheid van de studenten een opleiding op HBO- of WO-niveau afgerond (78.5%). Deze resultaten komt overeen met ons vorige rapport.⁵ De ondervertegenwoordiging van studenten met een herkomst buiten Europa, zowel TMSID als overige, blijkt uit onze resultaten al vroeg in de opleiding te beginnen. Dit heeft tot gevolg dat er tot in de vervolgoledingen geen representatieve afspiegeling van de maatschappij is. Uit eerder onderzoek blijkt dat artsenmeteeniet-Nederlandse herkomst, zoals Turkse of Marokkaanse, ondervertegenwoordigd zijn in vervolgoledingen tot medisch specialist. Bovendien blijkt dat vrouwelijke aspirant-geneeskundestudenten over het algemeen een grotere kans hebben om arts te worden.¹² Dit is niet in overeenstemming met het streven naar een diverse artsenpopulatie, waarbij doorgaans geldt dat een grotere diversiteit onder artsen de kwaliteit van de zorg ten goede komt.¹³

Naast de herkomst van de studenten en het geboorteland van hun ouders is er ook gekeken naar het ervaren thuisgevoel van geneeskundestudenten. ‘Thuisgevoel’ ook bekend als ‘sense of belonging’ is het gevoel van verbondenheid wat volgens psychologen een essentiële menselijke drijfveer is die op de universiteit kan leiden tot diepere betrokkenheid bij de studie en meer succes.¹⁴⁻¹⁵ Studenten die zich verbonden voelen maken vaker gebruik van universitaire voorzieningen, wat hun succes verder versterkt, en ervaren minder stress, wat hun mentale gezondheid ten goede komt. Echter, deze

“Studenten die zich verbonden voelen maken vaker gebruik van universitaire voorzieningen, wat hun succes verder versterkt, en ervaren minder stress, wat hun mentale gezondheid ten goede komt. Echter, deze voordelen zijn niet voor iedereen weggelegd.”

voordelen zijn niet voor iedereen weggelegd. Onderzoek wijst uit dat studenten uit etnische minderheidsgroepen en eerste-generatie studenten aan de universiteit lagere niveaus van verbondenheid ervaren.¹⁵⁻¹⁶

Onze bevindingen laten ten eerste een significant verschil zien tussen het ervaren thuisgevoel door bachelor- en masterstudenten. Een significant hoger percentage bachelorstudenten (60.4%) voelt zich altijd thuis op de faculteit in vergelijking met masterstudenten (8.9%) op de coschaplocatie. In de groep masterstudenten geeft maar liefst 17.1% aan zich meestal niet thuis te voelen. Dit onderzoeksrapport behandelt niet de precieze oorzaken achter de lagere ervaren thuisgevoel op de coschaplocaties. Mogelijke factoren die kunnen bijdragen aan lagere verbondenheid zijn relatief korte coschappen, vaak wisselende supervisors, gebrek aan (culturele) context over de student. Het bevorderen van persoonlijke begeleiding begint bij een introductiegesprek bij aanvang van het coschap waarbij persoonlijke leerdoelen ten aanzien van het desbetreffende coschap worden besproken, kennis wordt gemaakt met de (culturele) achtergrond van de student en verwachtingen naar elkaar toe worden uitgesproken. Tijdens dit gesprek kan ook actief gevraagd worden naar culturele kennis en meertaligheid van de student. Dit kan indien noodzakelijk worden ingezet om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Verder onderzoek is nodig om mogelijke interventies en het effect daarvan grondig te onderzoeken. Verder bleek uit dit onderzoek dat geneeskundestudenten leuk contact met medestudenten, fijne opleiders en optimale faciliteiten als belangrijkste factoren ervaren voor het thuisgevoel op de faculteit of coschaplocatie.

Daarnaast is onderzocht of verschillen in het ervaren van thuisgevoel afhankelijk zijn van de herkomst van studenten. Hieruit bleek dat studenten van Nederlandse herkomst over het algemeen significant een sterker thuisgevoel ervaren dan hun Europese (exclusief Nederland), Buiten-Europese (TMSID), en overige Buiten-Europese medestudenten. Dit verschil is in lijn met eerdere bevindingen waarbij herkomst invloed heeft op het niveau van het ervaren thuisgevoel van geneeskundestudenten¹⁵⁻¹⁶. Culturele factoren kunnen deels de perceptie van thuisgevoel en saamhorigheid van beïnvloeden. Een andere mogelijke verklaring voor de verschillen zijn ervaringen met vooroordelen, ongelijkheid of discriminatie tijdens de opleiding. Uit dit onderzoek blijkt dat studenten met een niet-Nederlandse herkomst zich in ongeveer 50% van de gevallen gediscrimineerd voelen op basis van hun culturele achtergrond en uiterlijke kenmerken, tegenover ongeveer 16% bij studenten van Nederlandse herkomst. Gezien het gebrek aan verbondenheid belangrijke gevolgen kan hebben voor het welzijn en de ontwikkeling van studenten tijdens deze kwetsbare en vormende fase van hun opleiding, iets wat ook uit eerder onderzoek blijkt, zijn er gerichte interventies van belang om de band tussen de faculteit of coschaplocatie en de student te versterken. De lagere

niveaus van thuisgevoel onder respondenten van niet-Nederlandse herkomst binnen de geneeskundeopleiding benadrukken de noodzaak van inclusief beleid en interventies om een gevoel van verbondenheid te bevorderen onder diverse populaties.

Ervaringen met discriminatie kunnen ook grote invloed hebben op het thuisgevoel van studenten. De resultaten van dit onderzoek wijzen uit dat zowel bachelor- als masterstudenten ervaring hebben met discriminatie, zij het in verschillende mate en op verschillende gronden. Binnen de bachelorstudenten geeft 10.8% aan het idee te hebben gediscrimineerd te worden terwijl dit percentage hoger is bij masterstudenten, namelijk 25.1%. De belangrijkste redenen voor discriminatie in beide groepen zijn culturele achtergrond, uiterlijke kenmerken en gender. Deze resultaten zijn in lijn met een systematische review die aantoonde dat een aanzienlijk deel van de geneeskundestudenten te maken krijgt met discriminatie waarbij culturele achtergrond en geslacht als de voornaamste discriminatiefactoren zijn.¹⁷ Daarom zijn de resultaten van de enquête verder geanalyseerd op basis van gender en herkomst om een dieper inzicht te krijgen in de aard van de ervaren discriminatie. Bij de analyse op basis van gender blijkt dat mannelijke studenten vaker discriminatie ervaren op grond van uiterlijke kenmerken dan vrouwelijke studenten, terwijl vrouwelijke studenten vaker discriminatie rapporteren op basis van culturele achtergrond. Studenten die zich identificeren als non-binair geven unaniem aan discriminatie op grond van gender te ervaren.

Bij het onderzoeken van discriminatie op basis van herkomst, blijkt dat studenten met een Nederlandse herkomst vaker discriminatie ervaren op basis van geslacht/gender, terwijl studenten met een andere herkomst, zowel binnen Europa als buiten Europa, culturele achtergrond als belangrijkste reden noemen. Specifiek bij studenten van buiten Europa wordt naast culturele achtergrond ook discriminatie op basis van uiterlijke kenmerken vaak genoemd. Aan dit resultaat ligt mogelijk ten grondslag dat studenten met een Nederlandse herkomst zich vaker bewust zijn van discriminatie op basis van geslacht vanwege de culturele context waarin er een grotere maatschappelijke nadruk is op gendergelijkheid en feminisme.¹⁸ Aan de andere kant kunnen studenten met een andere herkomst meer bewust zijn van discriminatie op basis van culturele achtergrond vanwege hun eigen ervaringen of de ervaringen van mensen in hun gemeenschap. Recente gebeurtenissen zoals de toeslagenaffaire en het onderzochte institutionele racisme in Nederland kunnen dit gevoel versterken.¹⁹ De literatuur beschrijft ook dat discriminatie in de gezondheidszorg vaak plaatsvindt op basis van micro-agressies.²⁰ Micro-agressies zijn alledaagse opmerkingen, vragen of handelingen die schadelijk zijn omdat ze negatieve stereotypen in stand houden, maar die soms ook subtiel zijn en daardoor moeilijk te herkennen. Micro-agressies kunnen leiden tot negatieve gevolgen

zoals een verminderd zelfbeeld, een verhoogde gevoeligheid voor stemmingsstoornissen en angst.²¹ Dit onderstreept de noodzaak om te streven naar verandering op dit gebied, zodat elke student in een veilig klimaat kan leren en werken. Met deze resultaten wordt het belang van het aanpakken van discriminatie binnen het medische onderwijs en het creëren van een inclusieve leeromgeving waar alle studenten zich veilig en gerespecteerd voelen verder benadrukt.

“Studenten van Nederlandse herkomst ervaren over het algemeen significant een sterker thuisgevoel dan hun Europese (exclusief Nederland), Buiten-Europese (TMSID), en overige Buiten-Europese medestudenten. Dit verschil is in lijn met eerdere bevindingen waarbij herkomst invloed heeft op het niveau van het ervaren thuisgevoel van geneeskundestudenten.”

Voor een inclusieve leeromgeving is het krijgen van onderwijs over diversiteit een belangrijk aspect. De resultaten van deze enquête tonen aan dat daar nog ruimte is voor verbetering. Hoewel bijna de helft van zowel bachelor- als masterstudenten zich voldoende voorbereid voelt om met diverse achtergronden van patiënten om te gaan, is er een significant verschil in hun perceptie van de lesinhoud. Slechts 27.7% van de masterstudenten vindt dat de inhoud van de lesmaterialen tijdens de opleiding een diverse patiëntenpopulatie weerspiegelt, tegenover 43.9% van de bachelorstudenten. Deze bevinding suggereert dat er mogelijk een verschil is in de kwaliteit of diepgang van het onderwijs over diversiteit in de geneeskundeopleiding naarmate de studie verder gevorderd is. Een andere mogelijke verklaring is dat het thema diversiteit slechts sinds een paar jaar echt onder de aandacht wordt gebracht en dat dat kan betekenen dat de huidige masterstudenten tijdens hun eigen bachelor minder divers lesmateriaal kregen. Al met al benadrukken de bevindingen het belang van voortdurende evaluatie en verbetering van het curriculum van de geneeskundeopleiding om ervoor te zorgen dat studenten adequaat worden voorbereid op het omgaan met de diverse behoeften van de patiëntenpopulatie en dat zij beschikken over de benodigde competenties om hoogwaardige zorg te leveren aan alle patiënten, ongeacht hun achtergrond. Dit is van groot belang omdat uit eerder onderzoek is gebleken dat patiënten met andere etnische achtergronden en patiënten uit lage sociaal economische klassen zorg van lagere kwaliteit ontvangen en er binnen die groepen meer sprake is van morbiditeit en mortaliteit dan in niet-minderheden.²²

Zoals al bekend heeft de selectie een significant effect op de diversiteit en de kansengelijkheid. Daarom is aan de studenten gevraagd wat volgens hun de belangrijkste

componenten zijn van een toelatingsmethode. Het blijkt dat zowel bachelor- als masterstudenten persoonlijke motivatie en sociale vaardigheden als belangrijkste selectiecriteria beschouwen voor de studie geneeskunde en dus niet academische prestaties die op dit moment bij de meeste faculteiten het zwaarst wegen. Het vermoeden is dat de respondenten ervan uitgaan dat iedereen die in aanmerking komt voor de opleiding geneeskunde in principe al academisch bekwaam is en dat selecteren op motivatie en sociale vaardigheden in die zin meer onderscheidend en relevanter is. Volgens eerder onderzoek zou selectie op CV en proefstudeertoetsen de diversiteit van de studentenpopulatie negatief beïnvloeden²³. Met name kandidaten van niet-Nederlandse herkomst werden hierdoor benadeeld. Hoewel een meerderheid van onze respondenten van mening is dat de huidige selectiecriteria eerlijk worden toegepast, zijn er ook studenten die kritisch zijn over de transparantie en eerlijkheid van deze processen. Bovendien geven sommige studenten aan dat zij zich benadeeld voelen door beperkte toegang tot studiematerialen, onbekendheid met het selectieproces, beperkte kennis, culturele of persoonlijke achtergrond en financiële beperkingen. Deze bevindingen worden bevestigd door eerder onderzoek²³. In de laatste jaren zijn er bovendien tientallen commerciële voorbereidingscursussen georganiseerd voor de decentrale selectie, volgens onderzoek zou de invloed van deze cursussen op de selectieuitkomsten gering zijn²³. Daarentegen zouden gratis voorbereidingscursussen aangeboden door de faculteiten een sterker verband tonen met hogere selectieuitkomsten, met name bij de groepen die ondervertegenwoordigd zijn²³. Het is daarom wenselijk als faculteiten zelf kosteloze voorbereidingscursussen aanbieden om zo een eerlijke kans te geven aan elke deelnemer die aan de selectie meedoet.

Een van de sterke punten van dit onderzoek is de uitgebreide enquête die is uitgevoerd onder zowel bachelor- als masterstudenten verspreid door het hele land, waardoor een breed scala aan ervaringen en perspectieven kon worden verzameld. Bovendien zijn verschillende aspecten van diversiteit en inclusie in de geneeskundeopleiding grondig onderzocht, waaronder thuisgevoel, dat niet eerder zo grondig is onderzocht. Aspecten zoals discriminatie, perceptie van diversiteit in het onderwijs en toelatingsmethoden zijn eveneens zorgvuldig behandeld. Een ander sterk punt is de gedetailleerde analyse van de resultaten, waarbij verschillen tussen groepen studenten op basis van herkomst, geslacht en studiefase zijn onderzocht. Deze

“Sommige studenten geven aan dat zij zich benadeeld voelen tijdens de decentrale selectie door beperkte toegang tot studiematerialen, onbekendheid met het selectieproces, beperkte kennis, culturele of persoonlijke achtergrond en financiële beperkingen.”

benadering biedt een dieper inzicht in de specifieke uitdagingen waarmee verschillende groepen studenten worden geconfronteerd en draagt bij aan een meer inclusieve aanpak van het onderwijs en de ondersteuning van studenten.

Desalniettemin zijn er enkele beperkingen aan dit onderzoek die moeten worden erkend. Ten eerste is het belangrijk op te merken dat dit onderzoek gebaseerd is op zelfrapportage van studenten, wat kan leiden tot vertekeningen als gevolg van subjectiviteit of sociaal wenselijke antwoorden. Bovendien kan de steekproefgrootte van het onderzoek invloed hebben op de generaliseerbaarheid van de bevindingen naar andere geneeskundeopleidingen elders of studentenpopulaties. Een andere belangrijke beperking van dit onderzoek is de mogelijkheid van een zogenaamde ‘self-selection bias’. Dit houdt in dat studenten die minder tevreden zijn over hun opleiding mogelijk eerder geneigd zijn om de enquête in te vullen, waardoor de resultaten mogelijk een vertekend beeld geven van de frequentie van bepaalde ervaringen en de algemene mening van de studenten.

In toekomstig onderzoek kan er worden ingegaan op enkele belangrijke onderwerpen die in dit rapport slechts beperkt zijn behandeld. Zo zou verder onderzoek kunnen worden gedaan naar de specifieke oorzaken achter de lagere niveaus van thuisgevoel en de ervaren discriminatie bij studenten van niet-Nederlandse herkomst. Ook zou dieper ingegaan kunnen worden op de impact van discriminatie en gebrek aan diversiteit in het onderwijs op de academische prestaties en het welzijn van studenten. Verder zou het waardevol zijn om longitudinaal onderzoek uit te voeren om de ontwikkeling van thuisgevoel, percepties van diversiteit en ervaringen met discriminatie gedurende de gehele geneeskundeopleiding te volgen. Dit zou inzicht kunnen bieden in de langetermijneffecten van diversiteitsinitiatieven en beleidsmaatregelen op het onderwijs en het welzijn van studenten.

5 Conclusie

Dit onderzoek biedt nieuwe inzichten in de ervaringen van geneeskundestudenten ten aanzien van diversiteit in de opleiding, waaronder thuisgevoel, discriminatie, perceptie van diversiteit in het onderwijs en toelatingsmethoden. Een opvallende bevinding is het significante verschil in thuisgevoel tussen bachelor- en masterstudenten, waarbij een aanzienlijk deel van de masterstudenten zich niet thuisvoelt op de coschaplocatie. Ook zien we dat studenten van niet-Nederlandse herkomst zich vaker niet thuisvoelen dan studenten van Nederlandse herkomst. Dit onderstreept de noodzaak van aandacht voor het welzijn van studenten tijdens deze vormende fase van hun opleiding. Daarnaast ervaren zowel bachelor- als masterstudenten om verschillende redenen discriminatie (bijvoorbeeld vanwege gender en afkomst). Dit benadrukt de dringende behoefte aan inclusieve maatregelen om een veilige en respectvolle leeromgeving te waarborgen. Bovendien wijzen de resultaten op een gebrek aan diversiteit in het onderwijs. Dit toont de noodzaak aan van voortdurende evaluatie en verbetering van het curriculum om studenten adequaat voor te bereiden op het omgaan met diverse patiëntenpopulaties. Ten slotte onthult het onderzoek knelpunten met betrekking tot kansengelijkheid in de toelatingsprocedure, zoals eerlijkheid en transparantie van deze processen. Dit onderstreept het belang van een grondige heroverweging van de selectiecriteria om een eerlijke en gelijke kans op toegang tot de geneeskundeopleiding te waarborgen.

De bevindingen van dit onderzoeksrapport benadrukken de noodzaak van een inclusieve en gelijkwaardige leeromgeving waarin studenten zich thuis voelen en diversiteit wordt gewaardeerd en gestimuleerd. Het is essentieel dat universiteiten en opleidingsinstanties actief streven naar een diverse studentenpopulatie en een eerlijke toelatingsprocedure met oog voor diversiteit.

6 Aanbevelingen

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

- Implementeer beleidsmaatregelen in academische ziekenhuizen en universiteiten die actief streven naar een diverse studentenpopulatie in de geneeskundeopleidingen, waarbij diversiteit wordt gewaardeerd en gestimuleerd als essentieel onderdeel van een inclusieve leeromgeving.
- Ondersteun en stimuleer initiatieven om een eerlijk toelatingsproces te garanderen, waarbij rekening wordt gehouden met diverse achtergronden en ervaringen van aspirantstudenten.
- Bevorder het gebruik van bewezen selectiecriteria die kansengelijkheid bevorderen bij (medische) opleidingen met een numerus fixus. Dit omvat het selecteren van criteria die niet alleen gebaseerd zijn op academische prestaties, maar ook op andere relevante aspecten zoals motivatie, sociale vaardigheden en ervaringen die diversiteit en inclusiviteit stimuleren.
- Waarborg een continue evaluatie en transparantie van de selectiemethoden van (medische) opleidingen met een numerus fixus om kwaliteit te waarborgen. Dit omvat gericht onderzoek naar behaalde diversiteit, feedback van alle deelgenomen kandidaten en aanpassingen aan de procedures om ervoor te zorgen dat de selectie eerlijk en transparant verloopt voor alle deelnemers.
- Stimuleer onderzoek naar kansenongelijkheid binnen medische studies door dit te financieren.

02 Aan de de decanen en opleidingsdirecteuren van afzonderlijke medische faculteiten en de NFU beveelt DG aan:

- Ontwikkel en implementeer inclusief beleid dat het thuisgevoel van alle studenten, ongeacht hun herkomst, versterkt. Besteed hierbij met name aandacht aan:
 - o Het creëren van een veilige en ondersteunende omgeving tijdens coschappen door de kwaliteit en de toegankelijkheid van persoonlijke begeleiding voor studenten tijdens deze periode te verbeteren. Leg hierbij ook de focus op kennismaking met de (culturele) achtergrond van studenten en het bespreken van verwachtingen en leerdoelen.

- o Implementeer inclusief lesmateriaal dat afbeeldingen van medische aandoeningen op een donkere huidskleur bevat en diversiteit in medische casuïstiek waarborgt, terwijl stereotyperende casussen worden vermeden.
- o Zorgen voor een divers samengesteld docentenkorps, zodat studenten zich kunnen identificeren met en herkennen in hun docenten.
- o Onderzoeken van specifieke knelpunten en uitdagingen rond kansengelijkheid binnen elke faculteit om inzicht te krijgen in problemen zoals beoordelingsverschillen, en deze inzichten gebruiken om gerichte interventies en beleidsmaatregelen te ontwikkelen om inclusiviteit te bevorderen.
- Verbeter de kwaliteit van de toelatingsprocedure door de selectiecommissie te professionaliseren in diversiteit en inclusiviteit. Zorg dat deze commissie een brede vertegenwoordiging van diverse achtergronden en stakeholders bevat. Implementeer selectie-instrumenten die de kans op ongelijkheid verkleinen. Evalueer regelmatig de effectiviteit van deze instrumenten binnen de faculteit en hun impact op de samenstelling van de studentenpopulatie.
- Richt u tijdens voorlichtingssessies op scholen specifiek op ondervertegenwoordigde studentengroepen, waaronder eerstegeneratiestudenten, studenten uit lagere sociaaleconomische klassen en studenten van diverse achtergronden. Organiseer kosteloze voorbereidingscursussen op de faculteiten voor de toelatingsprocedure om eerlijke kansen voor deze groepen te waarborgen. Daarnaast is het raadzaam om een diverse groep geneeskundestudenten samen te stellen voor de open dagen en proefstudeerdagen, zodat zij adequaat vragen kunnen beantwoorden van potentiële studenten.

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

- Faciliteer een inclusieve en ondersteunende omgeving waarin studenten zich veilig en gewaardeerd voelen, met speciale aandacht voor het bevorderen van een diversiteit aan perspectieven en ervaringen.
- Stimuleer interculturele bewustwording onder supervisors en medisch personeel, bijvoorbeeld via intervisie, om ongelijkheid tussen studenten in de beoordelingen, vooringenomenheid en discriminatie in de zorginstelling tegen te gaan.

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

- Implementeer inclusieve selectieprocedures die niet alleen academische prestaties beoordelen, maar ook nadruk leggen op de culturele competenties, persoonlijke eigenschappen en ontwikkelingspotentieel van kandidaat-aioissen. Deze procedures dienen rekening te houden met de diverse achtergronden en ervaringen van de kandidaten en bijzondere waarde te hechten aan hun motivatie en sociale vaardigheden.
- Implementeer doeltreffende maatregelen om mogelijke vooringenomenheid tijdens het sollicitatieproces te verminderen. Overweeg het aanstellen van een onafhankelijke beoordelaar vanuit de HRM of een gemengde commissie die toezicht houdt op en de selectieprocedures evalueert. Een training over onbewuste vooroordelen voor iedereen die betrokken is bij het selectieproces kan eveneens bijdragen aan het waarborgen van objectiviteit.
- Introduceer duidelijke, uniforme richtlijnen en criteria die publiekelijk beschikbaar zijn voor alle kandidaten met als doel naast kansengelijkheid, het vertrouwen in het selectieproces te verbeteren.

05 Aan wetenschappelijke verenigingen en opleidingsinstituten beveelt DG aan:

- Ontwerp voor elk specialisme een landelijke sollicitatieprocedure met heldere selectiecriteria, waarbij ook criteria voor de brievenronde duidelijk beschreven worden.
- Voorkom informele preselectie van kandidaten.

Bibliografie

1. Stemming Toevoegen van decentrale loting als selectiemethode voor opleidingen met capaciteitsfixus in het hoger onderwijs. Beschikbaar op: https://www.eerstekamer.nl/verslag-deel/20230516/toevoegen_van_decentrale_loting
2. 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. 2023. Beschikbaar op: <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/wetsvoorstellen/detail?cfg=wetsvoorstel-details&qry=wetsvoorstel%3A35765>
3. Mulder L, Wouters A, Twisk JWR, Koster AS, Akwiwu EU, Ravesloot JH, e.a. 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*. 2 maart 2022;44(7):790-9. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1080/0142159x.2022.2041189>
4. Wekker, Slootman, Icaza, Jansen, Vázquez. Diversiteit is een werkwoord. ResearchGate. 2016 jan. Beschikbaar op: https://www.researchgate.net/profile/Marieke-Slootman/publication/312198435_Diversiteit_is_een_werkwoord_Rapport_Commissie_Diversiteit_Universiteit_van_Amsterdam/links/5f75a489458515b7cf5c6f77/Diversiteit-is-een-werkwoord-Rapport-Commissie-Diversiteit-Universiteit-van-Amsterdam.pdf
5. Boon den, Hoogslag, Rotbi, Amiri Simkooei. Diversiteit. *De Geneeskundestudent*. 2023 dec. Beschikbaar op: <https://degeneeskundestudent.nl/wp-content/uploads/2023/12/Onderzoeksrapport-Diversiteit-2023-DEFkl.pdf>
6. Bakker M, Bakker M, Bakker M. 'Kansenongelijkheid toegenomen na invoering selectie; wat gaan we eraan doen?'. *Science-Guide* -. 2022. Beschikbaar op: <https://www.scienceguide.nl/2022/04/kansenongelijkheid-toegenomen-na-invoering-selectie-wat-gaan-we-eraan-doen/>
7. Hofland. Kansenongelijkheid medische studies gestegen: met een migratieachtergrond minder kans op toelating - Erasmus Magazine. *Erasmus Magazine*. 2022. Beschikbaar op: <https://www.erasmusmagazine.nl/2022/09/09/kansenongelijkheid-medische-studies-gestegen-met-een-migratieachtergrond-minder-kans-op-toelating/>
8. Saha S, Shipman S. The Rationale for Diversity in the Health Professions : A Review of the Evidence. 2007. Beschikbaar op: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Rationale-for-Diversity-in-the-Health-%3A-A-of-Saha-Shipman/6df3f7b73df07800b82250c2bf87ce594bbf667>
9. Mulder L, Wouters A, Akwiwu EU, Koster AS, Ravesloot JH, Peerdeman SM, e.a. Diversity in the pathway from medical student to specialist in the Netherlands: a retrospective cohort study. *The Lancet Regional Health - Europe*. 1 december 2023;35:100749. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100749>
10. Saha S, Guiton G, Wimmers PF, Wilkerson L. Student Body Racial and Ethnic Composition and Diversity-Related Outcomes in US Medical Schools. *JAMA*. 10 september 2008;300(10):1135. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1001/jama.300.10.1135>
11. Centraal Bureau voor de Statistiek. CBS introduceert nieuwe indeling bevolking naar herkomst. Centraal Bureau Voor de Statistiek [Internet]. 15 februari 2022; Beschikbaar op: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2022/07/cbs-introduceert-nieuwe-indeling-bevolking-naar-herkomst>
12. Harbers, L. (27 december 2023). Artsenwereld geen goede afspiegeling maatschappij. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 167(C5611).
13. Gomez LE, Bernet P. Diversity improves performance and outcomes. *J Natl Med Assoc*. 2019 Aug;111(4):383-392. doi: 10.1016/j.jnma.2019.01.006. Epub 2019 Feb 11. PMID: 30765101.
14. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin* [Internet]. 1 januari 1995;117(3):497-529. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
15. Strayhorn TL. College Students' Sense of Belonging: A Key to Educational Success for All Students [Internet]. 2012. Beschikbaar op: <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BB14101787>
16. Yeager DS, Walton GM, Brady ST, Akcinar EN, Paunesku D, Keane L, e.a. Teaching a lay theory before college narrows achievement gaps at scale. *Proceedings Of The National Academy Of Sciences Of The United States Of America* [Internet]. 31 mei 2016;113(24). Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1073/pnas.1524360113>
17. Fnais N, Soobiah C, Chen MH, Lillie E, Perrier L, Tashkhandi M, e.a. Harassment and Discrimination in Medical Training. *Academic Medicine* [Internet]. 1 mei 2014;89(5):817-27. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000200>
18. Guimond S, Branscombe NR, Brunot S, Buunk AP, Chatard A, Désert M, Garcia DM, Haque S, Martinot D, Yzerbyt V. Culture, gender, and the self: variations and impact of social comparison processes. *J Pers Soc Psychol*. 2007 Jun;92(6):1118-34. doi: 10.1037/0022-3514.92.6.1118. PMID: 17547492.
19. De Correspondent. (z.j.). Institutioneel racisme in Nederland: wat het is, waar het zit en wat jij eraan kunt doen. Geraadpleegd op 11 april 2024, van <https://decorrespondent.nl/11317/institutioneel-racisme-in-nederland-wat-het-is-waar-het-zit-en-wat-jij-eraan-kunt-doen/>
20. Molina MF, Landry A, Chary A, Burnett-Bowie SAM. Addressing the Elephant in the Room: Microaggressions in Medicine. *Annals Of Emergency Medicine* [Internet]. 1 oktober 2020;76(4):387-91. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2020.04.009>
21. Togioka BM, Duviolier D, Young E. Diversity and Discrimination in Healthcare [Internet]. *StatPearls - NCBI Bookshelf*. 2023. Beschikbaar op: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568721/>
22. Egede LE. Race, ethnicity, culture, and disparities in health care. *Journal Of General Internal Medicine* [Internet]. 1 juni 2006;21(6):667-9. Beschikbaar op: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.0512.x>
23. Fikrat-Wevers S. Proefschrift: Selection and student diversity: The impact of tools, preparatory activities and applicant acceptance in health professions education, 2024. Beschikbaar via: <https://pure.eur.nl/en/publications/selection-and-student-diversity-the-impact-of-tools-preparatory-a>



DEGENEESKUNDESTUDENT
ARTS VAN DE TOEKOMST

