Feminisering van de geneeskunde

b.meyboom-de jong

In 1878 werd Aletta Jacobs als eerste vrouw tot geneesheer bevorderd, in een tijd waarin vanwege de Hoge Raad werd vastgesteld dat onder de begrippen 'Nederlander' en 'ingezetene' zoals ze voorkomen in de grondwet alleen de man moest worden verstaan, want indien het anders was, zou dat uitdrukkelijk zijn vermeld.[1] In Nederland was de toelating van de eerste vrouw tot de universiteit te danken aan de verlichte staatsman Thorbecke. In de Verenigde Staten werd de eerste vrouw toegelaten dankzij het besluit van haar medestudenten, aan wie de faculteit de beslissing overliet.[2] De studenten verwoordden hun beslissing als volgt: 'Tijdens een vergadering van de voltallige jaargroep geneeskundestudenten van Geneva Medical College werd op deze dag, 20 oktober 1847, de volgende resolutie met algemene stemmen aangenomen: dat de algemene scholing van beide seksen een van de grondprincipes is van republikeins bestuur; dat eenieder gelijkelijk toegang moet hebben tot elke tak van wetenschappelijke opleiding; dat de aanmelding van Elizabeth Blackwell om lid te worden van onze groep onze volledige instemming heeft; en dat wij deze anonieme uitnodiging vergezeld laten gaan van onze plechtige belofte dat zij door geen van onze gedragingen spijt zal krijgen dat zij in dit instituut een opleiding volgt.'

Feminisering. Aan het eind van de 20e eeuw, ruim een eeuw nadat deze voorvechtsters hun ideaal om arts te worden realiseerden, neemt het aantal vrouwelijke studenten en artsen sterk toe. De eerste stap is gezet op het gebied van de feminisering, omschreven als de getalsmatige toename van vrouwen in de geneeskunde en het creëren van een klimaat waarin vrouwen zonder belemmeringen en op gelijkwaardige wijze de door hen gewenste loopbaan als arts of specialist kunnen vervolgen.[3] Nu stap twee nog. Met de feminisering kan de eenzijdige mannelijke cultuur in balans worden gebracht – ten behoeve van patiënten. Vrouwelijke artsen hechten in vergelijking met hun mannelijke collega's namelijk meer belang aan een goede communicatie en relatie met patiënten, aan 'praten in plaats van pillen' en aan een consequent vervolgbeleid.[4]

Gezondheidszorg niet op vrouwen gericht. Vanaf hun intrede in de gezondheidszorg hebben voornamelijk vrouwelijke artsen aandacht gevraagd voor betrouwbare anticonceptie, voor betrouwbare abortus als die anti-

Zie ook de artikelen op bl. 1161 en 1167.

conceptie gefaald had, voor de her- en erkenning van slachtoffers van geweld en seksuele mishandeling, voor het gevaar van medicalisering van de zwangerschap en voor betere arbeidsomstandigheden voor vrouwen, van winkelmeisjes tot prostituees. Tevens hebben zij de aandacht gericht op de medische gevolgen van de socialisatie als vrouw (dat wil zeggen van het moeten voldoen aan het geheel van maatschappelijke waarden en normen die veelal door mannen, maar vaak ook door mannen en vrouwen samen worden gemaakt); zij hebben laten zien dat de gezondheidszorg als norm voor de menselijke maat de man neemt, met veronachtzaming van het vrouwelijke en met ernstige gevolgen voor de gezondheid van vrouwen.[5] Zo is het bekend dat vrouwen bij wie coronaire hartziekte vermoed werd, minder vaak werden doorverwezen voor specialistisch onderzoek.[6] Dit geldt ook – zij het in mindere mate – als coronaire hartziekte bij vrouwen is vastgesteld. Zowel vooronderstellingen van artsen gebaseerd op epidemiologische gegevens als seksestereotiepe opvattingen kunnen hieraan ten grondslag liggen. Om al deze redenen kiezen vrouwelijke patiënten als zij de keus hebben voor een vrouwelijke (huis)arts.[4]

Beroep/gezin. Daarnaast hebben vrouwelijke artsen getracht dusdanige voorwaarden te scheppen dat vrouwelijke artsen hun professionele en persoonlijke taken konden combineren.[7] Ondanks de instroom van meer dan 50% vrouwelijke studenten in de geneeskunde sinds 1985 is echter, zoals Vroom in dit nummer beschrijft, de doorstroming van vrouwen naar een vestiging als praktiserend huisarts of specialist, laat staan naar hogere functies als hoogleraar, directeur van een ziekenhuis of van een zorgverzekeringsinstelling en naar bestuurs- en beleidsfuncties, allerminst vanzelfsprekend.[8] Tijdens haar Aletta Jacobslezing te Groningen in 1998 zei de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport dat Nederland wat betreft het percentage vrouwelijke hoogleraren een ontwikkelingsland is.

Hogere functies. Het aantal vrouwelijke artsen dat werkzaam is in een bepaald specialisme hangt wel samen met het aantal vrouwen dat een hogere functie bekleedt. In Noorwegen, een geëmancipeerd land bij uitstek, met voorzieningen op het gebied van zwangerschaps- en ouderschapsverlof en kinderopvang waaraan Nederland niet kan tippen, bleek in 1997 dat onder de 13.800 werkzame artsen 5% van de vrouwen en 14% van de mannen een leidende functie had.[9] Er was een positief verband

Rijksuniversiteit, faculteit der Medische Wetenschappen, disciplinegroep Huisartsgeneeskunde, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.
Mw.prof.dr.B.Meyboom-de Jong, huisarts.

tussen het aantal vrouwen dat in een bepaald specialisme een leidende functie vervulde en het aantal vrouwelijke artsen dat in dat specialisme werkzaam was. In Nederland was in 1992 pas in eenderde van de specialismen het aantal vrouwelijke artsen groter dan 20%.[10] Alleen het jongste specialisme, de klinische geriatrie, met in totaal 37 specialisten, kende 50% vrouwen. In een recentelijk verschenen rapport wordt gepleit voor inbedding van de seksespecifieke gezondheidszorg zowel in de opleiding tot arts, als in de vervolgopleidingen en in de na- en bijscholing.[11]

Parttime werken. Om de barrières die vrouwelijke artsen in hun carrière tegenkomen na te gaan, ondervraagt men in Groningen jaarlijks twee cohorten medisch studenten (n = 333) die in 1982 en 1983 met hun studie geneeskunde begonnen.[12] Hierbij bleek dat vrouwen minder vaak extra onderzoek doen tijdens hun studie, minder vaak promotieplannen hebben, kortere specialisaties kiezen en minder publiceren. Vrouwen (90%) willen vaker parttime werken dan mannen (50%) en realiseren die wens ook vaker. Vrouwen werpen dus zelf een barrière op tijdens hun studie door te anticiperen op latere gezinsrollen als moeder en verzorgster. Niettemin krijgen vrouwelijke artsen hun eerste kind gemiddeld 7 jaar later dan de gemiddelde Nederlandse vrouw.[13] Dat heeft gevolgen voor de fertiliteit en de gezondheid van de kinderen.[14] Na het 31e levensjaar neemt de fertiliteit met circa 12% per jaar af, met als gevolg een veel groter beroep op de moderne (in)fertiliteitstechnologie, die bovendien bij oudere vrouwen slechtere resultaten geeft. Kinderen van oudere moeders hebben in hun volwassen leven een grotere kans op hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2.[15 16] In het carrièreonderzoek werden, naast het ontbreken van flexibele vervolgopleidingen (met name die tot snijdend specialist) en van goede vervangingsregelingen bij zwangerschap en ouderschap, de partners als een belangrijke barrière opgevoerd.[12] Het blijkt voor mannen moeilijker te zijn in deeltijd te gaan werken en daardoor zijn zij niet in staat een deel van de zorgtaken op zich te nemen.

Flexibilisering van de opleiding tot specialist. Het is nu soms mogelijk een vervolgopleiding in deeltijd te volgen. In een aantal ziekenhuizen is inmiddels de vervanging bij zwangerschapsverlof geregeld, maar vervanging bij ouderschapsverlof staat nog in de kinderschoenen. In veel ziekenhuizen is het ongebruikelijk om ouderschapsverlof op te nemen en dat wordt de ouders – meestal gaat het om moeders – zeer duidelijk gemaakt. Echter, het volgen van een voltijds specialistenopleiding wanneer men tevens de zorg heeft voor kleine kinderen is nauwelijks verantwoord, noch voor de opleiding, noch voor de kinderen. Waarom zouden er geen andere oplossingen mogelijk zijn, bijv. zo dat 3 artsen 2 opleidingsplaatsen bezetten en hun opleiding verlengen? Zoiets wordt mogelijk als een verkorting van basis- en specialistenopleiding wordt gerealiseerd, zoals tijdens de Tijdschriftconferentie werd bepleit.[8] De registratiecommissies en specialistenopleiders zouden er goed aan doen de opleiding te flexibiliseren, evenals dat op dit moment met de huisartsenopleiding te gebeuren staat.

Continuïteit van zorg. Nu mannelijke zowel als vrouwelijke artsen de wens te kennen geven niet meer fulltime te willen werken, is het moment aangebroken – het klinkt paradoxaal – om de continuïteit van zorg voor patiënten werkelijk te realiseren. Nooit is continuïteit van zorg echt verwezenlijkt, ondanks melancholieke verwijzingen naar die goede oude tijd toen dokters het normaal vonden 80 uur per week te werken. Dunning sprak ooit de gedenkwaardige woorden: 'Je zal maar het geluk hebben in het 81e werkuur van de chirurg geopereerd te worden.' In een week die 168 uren telt, is zelfs een werkweek van 80 uur minder dan de helft en ook dan al is organisatie nodig om continuïteit van zorg te realiseren. Dat is de opgave van deze tijd: de organisatie van de zorg zodanig aan te passen dat overdracht goed geregeld is, dat relevante zaken worden overgedragen en dat patiënten niet zonder adequate berichtgeving worden overgeplaatst en ontslagen.

Continuïteit van zorg kan ook bij parttime werken bereikt worden. In de universitaire huisartsengroepspraktijk te Groningen, met 4 halftime werkzame huisartsen die samen verantwoordelijk zijn voor de zorg gedurende 24 uur, 7 dagen per week, 365 dagen per jaar, voor de bij hen ingeschreven 5000 patiënten, bleek na goede organisatie dat de continuïteit zeer groot was, zelfs groter dan in solistische praktijken.[17] In de groepspraktijk werd de eigen huisarts in 1 jaar geconsulteerd door 83% van de patiënten die medische hulp zochten, en in 2 en 3 jaar door 79%. In 3 solistische praktijken varieerde dat laatste percentage van 74% tot 65%. In 1992 werd in dit tijdschrift een onderzoek gepubliceerd waaruit bleek dat de kinderwens onder assistent-geneeskundigen in opleiding (AGIO's) in twee academische ziekenhuizen groot was.[18] Vervanging bij zwangerschapsverlof was formeel niet geregeld. De oplossing werd gezocht in flexibiliteit van de collegae, die in hoge mate bereid bleken diensten van zwangere collegae over te nemen. De AGIO's vonden unaniem dat hun werkbelasting toenam als een van hen zwanger was. Zij waren niet bang voor een negatief effect op de opleiding, maar de mannelijke AGIO's waren wel beducht voor een negatief effect op het functioneren van de afdeling.

Grootvaders. Ik heb de indruk dat op microniveau veranderingen optreden nu de vaders-specialisten zien dat hun briljante dochters ook in het geneeskundige arbeidsproces een plaats wensen en zij als grootvaders ervaren wat zij zichzelf als vader ontzegden.

Wat moet er gebeuren om vrouwelijke artsen de mogelijkheid te bieden om medische zorg van goede kwaliteit en met voldoende continuïteit te verlenen?

Continuïteit van zorg is vooral een punt van aandacht, wil en managementcapaciteiten. Dit geldt ook voor studie en vervolgopleiding. Tijdens de studie dient aandacht te worden gegeven aan carrièreplanning, zodanig dat een soort assistent-in-opleiding(AIO)-co-schap mogelijk wordt voor degenen die een wetenschappelijke carrière ambiëren. Als er meer vrouwen in hogere functies komen, kunnen die als voorbeeld dienen en pressie uitoefenen om goede voorzieningen voor hun jongere

(vrouwelijke) collegae te organiseren.[19] Het zou mannen makkelijker moeten worden gemaakt in deeltijd te werken. Mannelijke artsen moeten leren 'vaderen' en dienen daartoe de gelegenheid te krijgen. Oude mannelijke specialisten moeten de kans krijgen te leren 'grootvaderen'. In elke maatschap, commissie en directie zouden meer vrouwen moeten worden opgenomen. In professionele organisaties is 'bigamie' een groot goed – als er nog geen vrouwelijke collegae in uw maatschap, directie, bestuur of disciplinegroep of onder uw assistenten zijn: neem er twee.

abstract

Feminization of medicine. – Since 1985 more than 50% of all medical students in the Netherlands are women. Only a tiny fraction of specialists, professors, directors of hospitals or insurance companies are women, however. Feminization of medicine will balance the skewed male medical culture. This will improve health care for women and career planning for women doctors. Encouraging part time work will generate incentives to enhance the continuity of medical care for patients in general.

literatuur

1 Bol FA. Honderd jaar vrouwelijke artsen in Nederland. Med Contact 1978;33:607.
2 Hall EV van. Feminisering van de geneeskunde. Med Contact 1992;47:867.
3 Schoon L. Een genderbender in de gynaecologie. In: Hall E van, redacteur. Vrouwen zijn gezonder dan u denkt. Utrecht: Bunge; 1997.
4 Bensing J, Brink-Muinen A van den, Bakker D de. Huisarts (M/V). Het kleine verschil met de grote gevolgen. Med Contact 1992;47: 879-83.
5 Lagro-Janssen ALM. De tweeslachtigheid van het verschil [oratie]. Nijmegen: SUN; 1997.
6 Brezinka V. Sekseverschillen in diagnostiek en behandeling van coronaire hartziekten. Ned Tijdschr Geneeskd 1995;139:7-10.
7 Griffioen FMM. 'Het is noodzakelijk dat de vrouwelijke artsen zich aaneensluiten': Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen, 1933-1998. Ned Tijdschr Geneeskd 1999;143:1161-6.
8 Vroom ThM. Vrouwen en deeltijdarbeid in het medische beroep. Ned Tijdschr Geneeskd 1999;143:1167-71.
9 Kvaerner KJ, Aasland OG, Botten GS. Female leadership; cross sectional study. BMJ 1999;318:91-4.
10 Meyboom-de Jong B. Op weg naar een grote minderheid. Loopbanen van vrouwelijke artsen. Med Contact 1992;47:873-6.
11 Projectgroep Beroepsgroepen in de gezondheidszorg. Naar een seksespecifieke gezondheidszorg. Den Haag: Stuurgroep Vrouwenhulpverlening; 1998.
12 Agsterribbe J, Meyboom-de Jong B, Cohen-Schotanus J. Barrières in de carrières van vrouwelijke artsen. Groningen: Faculteit der Medische Wetenschappen; 1998.
13 Velde ER te. Zwanger worden in de 21ste eeuw: steeds later, steeds kunstmatiger [oratie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht; 1991.
14 Zaadstra BM. Kind in de toekomst, kind van de rekening. Tijdschrift voor Verloskundigen 1999;24:1003-9.
15 Barker DJP. Fetal and infant origins of adult disease. Londen: BMJ Publishing Group; 1993.
16 Rich-Edwards J, Stampfer MJ, Manson JE, Rosner B, Hankinson SE, Colditz GA, et al. Birth weight and risk of cardiovascular disease in a cohort of women followed up since 1976. BMJ 1997; 315:396-400.
17 Braak EM ter, Smith RJA. Continuïteit van zorg bij part-time werkende huisartsen. Huisarts Wet 1993;36:47-9.
18 Maas SM, Hoff BWM van 't, Rings EHHM, Waals FW van der, Büller HA. Zwanger en in opleiding tot specialist. Ned Tijdschr Geneeskd 1992;136:2526-31.
19 Beaufort J de. Genen deels hetzelfde. Johanna A. Bijtelleerstoel. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 1999.

Aanvaard op 1 april 1999

Herwonnen herinneringen aan traumatische gebeurtenissen tijdens de jeugd

ph.spinhoven en r.van dyck

In mei 1995 stelde de Royal College of Psychiatrists (RCP) een werkgroep in om (a) een onderzoek uit te voeren naar op volwassen leeftijd herwonnen herinneringen aan seksueel misbruik tijdens de jeugd en (b) richtlijnen voor Britse psychiaters op te stellen omtrent de wijze van omgaan met deze herwonnen herinneringen. Onlangs verscheen er in de *British Journal of Psychiatry* een herziene versie van het originele rapport dat de werkgroep in 1996 uitbracht.[1] In het rapport wordt uitvoerig ingegaan op psychologische theorieën over herinneren, op opvattingen en therapeutische benaderingen met betrekking tot het herwinnen van herinneringen aan seksueel misbruik gedurende de kinderjaren, op de vraag of ernstig en herhaald seksueel misbruik in het verleden vergeten kan worden en op het effect van behandelingen die gericht zijn op het weer in de herinnering brengen van misbruik in het verleden. Aan het einde van hun verslag geven de auteurs een samenvatting van de beschikbare onderzoeksgegevens, algemeen commentaar en richtlijnen voor de klinische praktijk.

In dit artikel over het uitgebreide en kritische rapport beperken wij ons tot enige kanttekeningen bij de volgende twee conclusies: 'herwonnen' herinneringen na een lange periode van amnesie zijn naar alle waarschijnlijkheid onwaar, zeker wanneer deze tijdens psychotherapie zijn verkregen na het toepassen van technieken die gericht zijn op het verbeteren van de geheugenprestaties (zoals hypnose); er bestaat geen empirisch bewijs voor repressie of dissociatie van traumatische herinneringen, terwijl er daarentegen wel bewijs voor is dat het gebruik van bepaalde psychotherapeutische technieken bij pa-

Universiteit Leiden, faculteit der Sociale Wetenschappen, vakgroep Psychologie, sectie Klinische en Gezondheidspsychologie, Postbus 9555, 2300 RB Leiden.
Prof.dr.Ph.Spinhoven, klinisch psycholoog (tevens: afd. Psychiatrie).
Vrije Universiteit, afd. Psychiatrie, Amsterdam.
Prof.dr.R.van Dyck, psychiater.
Correspondentieadres: prof.dr.Ph.Spinhoven (e-mail: Spinhoven@rulfsw.leidenuniv.nl).