

COMMENTAAR

Actiever carrièrebeleid nodig voor vrouwelijke artsen

Angela H.E.M. Maas, Edith W.M.T. ter Braak en Annelies Verbon

De jaarlijkse vervanging van de sectieredacteurs van het *NTvG* (afgelopen najaar: 5 mannen en 1 vrouw) bestond dit keer uit alleen mannen. Op de vraag van enkele vrouwelijke sectieredacteurs of dit als een juiste afspiegeling van de geneeskundige sector in Nederland kan worden gezien, was het antwoord van de hoofdredactie dat deze keuze gebaseerd was op de voordracht van de wetenschappelijke beroepsverenigingen. In een tijd dat quota voor vrouwen in andere sectoren hoog op de politieke agenda staan, was dit voor ons aanleiding om de situatie binnen geneeskundig Nederland te evalueren. De vooruitzichten van vrouwelijke artsen op de carrière ladder zijn anno 2016 nog steeds niet hoopgevend.

STAGNATIE VROUWELIJKE ARTSEN IN LEIDINGGEVENDE POSITIES

Nederland bevindt zich nog steeds in de onderste regio's binnen de EU als het gaat om vertegenwoordiging van vrouwen in hogere posities in de wetenschap. De cijfers van de Monitor Vrouwelijke Hoogleraren 2015 laten zien dat er sinds 2012 slechts een lichte groei van gemiddeld 4% is in het aantal vrouwelijke hoogleraren.¹ In de verschillende UMC's variëren de percentages vrouwelijke hoogleraren tussen de 16,2 en 25,5 %, inclusief deeltijd-aanstellingen. Dit langzame groeitempo laat zich echter niet verklaren door de afwezigheid van gekwalificeerde vrouwen voor leerstoelen op wetenschappelijk, onderwijskundig en klinisch terrein.

Sinds ruim 15 jaar is meer dan twee derde van de geneeskundestudenten vrouw en dit zien we ook terug in het aantal aiossen. Deze zowel geroemde als verguisde 'feminisering van de geneeskunde' heeft zich echter niet vertaald in een evenredig aantal vrouwen met topposities binnen de UMC's: 'Het lijkt alsof een gletsjer sneller smelt dan wij voortgang maken in diversiteit', aldus ex-

bestuursvoorzitter Pauline van der Meer Mohr.² De weerstanden zijn hardnekkig en bevinden zich zowel bij de vrouwelijke artsen zelf als bij diegenen die in de positie zijn om veranderingen te realiseren. De oorsprong van die weerstand lijkt diep geworteld in de heersende cultuur onder artsen, speciaal binnen de academische wereld en in de Nederlandse maatschappij als geheel.

GENDER EN AMBITIE

De 'gender gap' die vrouwelijke wetenschappers ervaren in het verkrijgen van goede arbeidsposities, gelijkwaardig salaris en onderzoeksubsidies geldt ook voor vrouwen in de geneeskunde.³ Het rapport van de afdeling Genderstudies van het Radboudumc en de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen uit 2011 laat zien dat er man-vrouwverschillen zijn in de voorkeuren voor bepaalde medische specialismen, maar dat het ambitieniveau voor een hogere positie op termijn tussen de beide seksen niet wezenlijk verschilt.⁴

Mannelijke artsen ontlenen meer arbeidsvreugde aan status, inkomen en technische vaardigheden, terwijl vrouwelijke collega's meer geneigd zijn contact met patiënten centraal te stellen. Dit zijn zeer complementaire voorkeuren en vaardigheden, die juist van groot belang zijn bij de uitvoering van gezaghebbende functies. In een enquête onder Nederlandse geneeskundestudenten is vastgesteld dat wensen op het gebied van de balans tussen werk en privé in essentie niet verschillend zijn tussen de seksen, en dus niet langer moeten worden gezien als louter een vrouwenissue.⁵

'IMPOSTER'-FENOMEEN: MES SNIJDT AAN TWEE KANTEN

Vrouwen met een succesvolle carrière hebben significant vaker dan mannen last van het zogenoemde 'imposter'-fenomeen. Bij dit fenomeen twifelen zij fundamenteel aan de eigen deskundigheid en verworvenheden.⁶ Ze zijn continu geneigd hun vaardigheden te onderschatten en kunnen zichzelf minder goed promoten dan mannen. Het is geen valse bescheidenheid, maar zit eerder ingebakken in stereotiep gedrag en een verwachtingspatroon dat van jongs af is aangeleerd. Binnen de geneeskunde heeft dit niet alleen invloed op de keuze van specialisaties, maar ook op het afzien van solliciteren naar leidinggevende posities. Dit wordt nog versterkt door hardnekkige vooroordelen over benodigde competenties bij benoemingscommissies en voor wetenschappelijke sub-

Radboudumc, afd. Cardiologie, Nijmegen.

Prof.dr. A.H.E.M. Maas, cardioloog.

UMC Utrecht, afd. Interne Geneeskunde, Utrecht.

Prof.dr. E.W.M.T. ter Braak, internist-endocrinoloog.

ErasmusMC, afd. Infectieziekten, Rotterdam.

Prof.dr. A. Verbon, internist-infectioloog.

Contactpersoon: prof.dr. A.H.E.M. Maas (angela.maas@radboudumc.nl).

siediaanvragen, die ten nadele van vrouwelijke kandidaten uitpakken.^{7,8}

Ook is er een verschil in inkomen; gemiddeld krijgen vrouwelijke artsen en onderzoekers rond de 80% van het inkomen van hun mannelijke collega's, ook als er wordt gecorrigeerd voor specialisme, leeftijd, gewerkte uren en academische graad.¹⁰ Waardoor dit verschil in stand blijft is niet duidelijk. Om deze gendergap te slechten en een voor iedereen gunstige genderbalans te realiseren zijn er veranderingen nodig bij zowel de vrouwelijke artsen zelf als bij gezagsdragers op bestuurlijk niveau.

ONTWIKKELING VAN LEIDERSCHAP

Binnen de verschillende geneeskundige specialismen wordt het belang van het ontwikkelen van competenties als persoonlijke effectiviteit en leiderschap steeds meer erkend als een wezenlijk onderdeel van de opleiding en een vereiste voor herregistratie. Het College Geneeskundige Specialismen van de KNMG heeft met de nieuwe regeling voor herregistratie vanaf 2019 regelmatige evaluatie van het individuele functioneren en updaten van een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP) verplicht gesteld voor de 5-jaarlijkse herregistratie.¹¹ Dat is uiteraard geen garantie voor een toename van leidinggevende posities van vrouwelijke artsen binnen de UMC's en andere ziekenhuizen.

Voor een inhaalslag is extra training en support nodig. Beroepsverenigingen en opleiders zouden een actievere rol moeten vervullen in het stimuleren van de ontwikkeling van vaardigheden die nodig zijn voor een succesvolle carrière en van persoonlijke effectiviteit van jonge vrouwelijke artsen. Het is al langer mogelijk dit op eigen initiatief te doen, bijvoorbeeld via de kadertraining van de

vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen. De vraag rijst of binnen de geneeskundige sector net als in het bedrijfsleven quota voor vrouwen op hoogleraarposities of andere leidinggevende posities moeten worden ingesteld. In het bedrijfsleven zijn veelgehoorde argumenten tegen een vrouwenquotum dat er niet genoeg gekwalificeerde vrouwen zijn en dat getalenteerde mannen gepasseerd worden.

BENUT HET VOORDEEL VAN DIVERSITEIT IN DE GENEESKUNDE

Met de huidige verdeling van mannelijke en vrouwelijke artsen wordt het steeds belangrijker om talent, onafhankelijk van gender, zo goed mogelijk te benutten en het verspillen van intellectueel kapitaal tegen te gaan. Vanuit het bedrijfsleven weten we dat 'diversiteit in de boardroom' de creativiteit en productiviteit in positieve zin beïnvloedt. Wanneer in de cultuur van de academische gezondheidszorg flexibiliteit en de integratie van werk en privé cruciale onderdelen worden van succes, zal dit bijdragen aan het verkleinen van de gender gap voor leidinggevende posities.¹² De toegevoegde waarde van vrouwelijk leiderschap is onlosmakelijk verbonden met een goede en bij de maatschappij passende gezondheidszorg, nu en in de toekomst.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 27 januari 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D32

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D32**

LITERATUUR

- 1 Monitor Vrouwelijke Hoogleraren 2015. Ede: Landelijk Netwerk Vrouwelijke Hoogleraren; 2015.
- 2 Erasmus Magazine. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 2015. 12 oktober 2015.
- 3 Shen H. Mind the gender gap. *Nature*. 2013;495:22-4.
- 4 Feiten en cijfers over (aanstaande) artsen m/v 2011. Nijmegen: Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen; 2011.
- 5 Heiligers PJ. Gender differences in medical students' motives and career choice. *BMC Med Educ*. 2012;12:82.
- 6 Clance PR, Imes SA. The imposter phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic interventions. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. 1978;15:241-7.
- 7 Leslie S, Cimpian A, Meyer M, Freeland E. Expectations of brilliance underlie gender distributions across academic disciplines. *Science*. 2015;347:262-5.
- 8 Van der Lee R, Ellemers N. Gender contributes to personal research funding success in The Netherlands. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2015;112:12349-53.
- 9 Leidraad IFMS. Individueel Functioneren Medisch Specialisten. Utrecht: de Orde van Medisch Specialisten (OMS); 2014.
- 10 Jagsi R, Griffith KA, Stewart A, Sambuco D, DeCastro R, Ubel PA. Gender differences in the salaries of physician researchers. *JAMA*. 2012;307:2410-7.
- 11 Toekomstige regelgeving CGS. KNMG.
- 12 Valantine H, Sandborg CI. Changing the culture of academic medicine to eliminate the gender leadership gap: 50/50 by 2020. *Acad Med*. 2013;88:1411-3.