

De instroom van vrouwen in het artseneroep

Een onderzoek naar de beroepssegregatie op basis van sekse, 1961-1995

Als we de verdeling van vrouwelijke artsen over de vier medische beroepsgroepen vergelijken met die van de mannelijke, dan blijkt dat zowel in de jaren zestig als negentig de beroepsarbeid van artsen in hoge mate gesegregeerd was naar sekse. Wel is de medische arbeid heden ten dage langs andere lijnen gesegregeerd dan in de jaren zestig. De beroepssegregatie naar sekse binnen de medische specialismen wordt in het artikel vanuit drie perspectieven geanalyseerd. De eerste analyse toont aan dat er vooral een scheiding is ontstaan tussen enerzijds specialismen met een evenredige vertegenwoordiging vrouwen en mannen en anderzijds specialismen waarin nagenoeg alleen mannen werkzaam zijn gebleven. Uit de tweede analyse kan geconcludeerd worden dat vrouwelijke specialisten niet in een beperkter aantal specialismen zijn geconcentreerd dan hun mannelijke collega's. Uit de derde analyse blijkt dat de verdeling van vrouwelijke en die van mannelijke specialisten over de vrouwenspecialismen, de 'evenredige' specialismen en de mannenspecialismen meer aan elkaar gelijk zijn geraakt, al zijn de verschillen tussen de beide verdelingen gedurende de jaren negentig nog steeds substantieel.

Inleiding

Uit buitenlands onderzoek blijkt dat zich gedurende de jaren zeventig en tachtig een kentering heeft voorgedaan in de trend van een toenemende beroepssegregatie naar sekse. In de Verenigde Staten nam de segregatie reeds sinds de jaren zeventig af (Beller, 1985; Bianchi & Rytina, 1986; Jacobs, 1989; Reskin & Roos, 1990), evenals in andere westerse landen (OECD, 1985). De afname in de VS is vooral bewerkstelligd door een verhoogde instroom van vrouwen in de mannenberoepen en in mindere mate doordat mannen vaker empooi vonden in vrouwenberoepen (Beller, 1985; Reskin & Roos, 1990). Daarnaast trokken veel vrouwen

weg uit beroepen waarin nagenoeg alleen vrouwen werkten (Bianchi & Rytina, 1986). Gedurende de jaren tachtig nam in de VS de beroepssegregatie verder af, opnieuw vooral door de toename van vrouwen in de mannenberoepen (Cotter, DeFiore, Hermsen, Marsteller Kowalewski & Vanneman, 1995). In Groot-Brittannië bleef de beroepssegregatie gedurende de jaren zeventig stabiel. Hier deed de omslag zich gedurende de jaren tachtig voor. De afname van de beroepssegregatie was in Groot-Brittannië vooral het gevolg van veranderingen in de verdeling van de mannelijke in plaats van in de vrouwelijke beroepsbevolking. Mannen vonden hier vaker werk in de evenredige beroepen en, in mindere mate, in de vrouwenberoepen.

* Fokje Faber is als NWO-onderzoeker verbonden aan de Afdeling Emancipatie-onderzoek/Vrouwenstudies van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Zij verricht op dit moment een onderzoek naar de relatie tussen de status van beroepen en het getalsmatige aandeel vrouwen van die beroepen. Met dank aan A.G.M. Duivestein (GHI), J.G.M. van Hussen (CBS), W. Lasut (KNMG) en drs. J. de Boom (RISBO/EUR). De heer Duivestein verstrekke de gegevensbestanden van de geregistreerde artsen, de heer Van Hussen was behulpzaam bij de verzameling van de gegevens over het totale artsenbestand, terwijl de heer Lasut additionele gegevens verschaftte, waardoor de betrouwbaarheid van de GHI-gegevens kon worden vastgesteld. Jan de Boom verzorgde de geautomatiseerde gegevensverwerking ten behoeve van de analyses in dit artikel.

De vertegenwoordiging van vrouwen in de mannenberoepen bleef in Groot-Brittannië laag. In de evenredige beroepen nam het aandeel vrouwen iets toe en in de vrouwenberoepen iets af (Hakim, 1993). In de overige Europese landen bleef de beroepssegregatie gedurende de jaren tachtig stabiel of nam licht af (Rubery & Fagan, 1994).

In Nederland nam tussen 1971 en 1989 de beroepssegregatie eveneens af (Faber, Van Doorne-Huiskes & Van Schuur, 1995). Net als in de VS is vooral de verandering van de verdeling van vrouwen over de beroepen debet geweest aan deze afname. Vrouwen vonden in ons land vaker emplooi in de mannenberoepen en de evenredige beroepen, terwijl zij veel minder vaak werkzaam waren in de vrouwenberoepen. De vertegenwoordiging van mannen in de vrouwenberoepen en de evenredige beroepen nam iets toe, terwijl hun vertegenwoordiging in de mannenberoepen navenant afnam.

Waar echter op macroniveau de seksesegregatie afneemt, blijken zich binnen beroepen waarvan de seksesamenstelling zich wijzigt, opnieuw segregatie-ontwikkelingen voor te doen. Zo ontstond er door de uitbouw van het bibliotheekwezen, waarbinnen de werkzaamheden aanvankelijk hoofdzakelijk door vrouwen werden verricht, een scheiding tussen beleidsvoorbereidend en beleidsuitvoerend werk. Managementtaken kregen een zwaarder accent. Werkzaamheden werden gecentraliseerd en er ontstonden nieuwe functies. Mannen traden in het bibliotheekwezen vooral toe tot de midden en hoge functies waarin beleids- en managementtaken centraal staan. Vrouwen raakten oververtegenwoordigd in die functies waarin het draait om de directe dienstverlening (Boon, 1984). Binnen de verpleging ontstond een scheiding tussen de zorgtaken ('care') en de behandelingstaken ('cure'). In de verzorgende functies zijn uitsluitend vrouwen werkzaam. De mannen die tot de verpleging toetraden zijn voornamelijk terechtgekomen in de cure-functies (Bijleveld & Derksen, 1978; Kroef, Jansen & Willekens, 1986). Behalve een scheiding tussen de care- en cure-functies ontstond er binnen de verpleging een scheiding tussen management- en uitvoerende taken. Mannen bleken al gauw oververtegenwoordigd in de leidinggevende functies, vrouwen in de uitvoerende (Van Mourik, Siegers & Stijnenbosch, 1983; Broshuis & Verschure, 1988). In de advocatuur, een professie

waarin het aandeel vrouwen belangrijk is gestegen, zijn vrouwen op andere terreinen werkzaam dan mannen. In Nederland behandelen vrouwen significant vaker dan mannen zaken die het familierecht betreffen, terwijl mannen vaker zaken betreffende het verbintenissenrecht, het handelsrecht en het onroerend goed behartigen (Klijn, 1991). Podmore en Spencer (1986) vonden vergelijkbare resultaten voor Groot-Brittannië. Reskin en Roos (1990) constateren omtrent veertien voormalige mannenberoepen waarvan het percentage vrouwen gedurende de jaren zeventig en tachtig bovengemiddeld toenam, dat vrouwen en mannen in geen van deze beroepen werkzaam waren in gelijksoortige functies, in dezelfde werksettingen en op hetzelfde niveau van de hiërarchie binnen organisaties. Als vrouwen toetreden tot mannenberoepen en mannen tot vrouwenberoepen lijkt er dus een nieuwe scheiding te ontstaan tussen door vrouwen en mannen verrichte werkzaamheden.

Eén van de beroepen in Nederland waarvan het percentage vrouwen gedurende de afgelopen decennia meer dan gemiddeld toenam is het artseneroep. Waar het percentage vrouwen tussen 1920 en 1960 gestaag toenam van 3% tot 11%, was van 1960 tot 1995 sprake van een snellere toename, namelijk van 11% tot 29%. Daarmee nam het percentage vrouwelijke artsen in deze periode meer toe dan het percentage vrouwen in de beroepsbevolking, dat steeg van 22% tot 38%. Het aantal vrouwelijke artsen heeft zich tussen 1960 en 1995 meer dan vertienvoudigd. In 1960 hadden bijna 1300 vrouwen zich gekwalificeerd als geneeskundige, in 1995 waren dit er 14.500. Tezelfdertijd verdrievoudigde het aantal mannelijke artsen zich nagenoeg. Hun aantal bedroeg in 1960 bijna 13.000, in 1995 was dit aantal 35.500¹.

Het artseneroep was in 1995 nog steeds een mannenberoep, maar het aantal vrouwelijke afgestudeerde geneeskundigen is inmiddels zodanig toegenomen dat waarschijnlijk binnen afzienbare tijd het beroep ophoudt een domein van mannen te zijn. Waar in 1960 nog maar 17% van de afgestudeerde geneeskundigen van het vrouwelijk geslacht was, bestaat sinds 1990 de helft van de afgestudeerde artsen uit vrouwen. In 1995 was het percentage vrouwen dat afstudeerde als arts zelfs hoger dan dat van mannen, namelijk 58%².

De centrale vraag in het artikel is of de in-

stroom van vrouwen in het artseneroep geleid heeft tot een arbeidsdeling op basis van sekse en zo ja, hoe deze zich sinds het begin van de jaren zestig heeft ontwikkeld. De beroepssegregatie binnen het medische beroep is op twee niveaus onderzocht. In de eerste plaats is de verdeling van de vrouwelijke en de mannelijke artsenuitpopulatie over de vier medische beroepsgroepen onderwerp van onderzoek. Het gaat hierbij om de gehele artsenuitpopulatie. Ten tweede is onderzocht of zich op het niveau van de afzonderlijke medisch specialismen een arbeidsdeling op basis van sekse heeft ontwikkeld. De beroepssegregatie binnen de specialismen is vervolgens vanuit drie perspectieven bekeken. Ten eerste is onderzocht welke specialismen zich hebben ontwikkeld tot vrouwen-specialismen en evenredige specialismen en welke specialismen het domein van mannen zijn gebleven. Ten tweede is bekeken of de instroom van vrouwelijke artsen zich geconcentreerd heeft in een beperkt aantal specialismen. Tot slot is geanalyseerd hoe in de loop der tijd de vrouwelijke en de mannelijke specialistenpopulatie over de categorieën vrouwenspecialismen, evenredige specialismen en manenspecialismen verdeeld raakten.

Data

Data betreffende het onderzoek naar de ontwikkeling van de beroepssegregatie binnen de vier beroepsgroepen

De Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid (GHI) onderscheidt vier groepen van artsen: specialisten, huisartsen, sociaal-geneeskundigen en 'overige geneeskundigen'. Specialisten zijn geneeskundigen die als zodanig zijn ingeschreven in de registers van de Specialisten Registratie Commissie; huisartsen en sociaal geneeskundigen de artsen die zijn geregistreerd in het Register van Huisartsen respectievelijk in het Sociaal Geneeskundigen Register. Inschrijving in de registers vindt plaats nadat een opleiding is gevolgd in de huisartsgeneeskunde, de sociale geneeskunde of in één der specialismen.

Er vindt door de GHI geen registratie plaats van de werkzaamheden van de 'overige geneeskundigen', zodat de inspectie niet beschikt over gegevens omtrent de arbeidspositie van

deze artsen. Een numeriek belangrijke deelgroep van de overige geneeskundigen zijn de pas afgestudeerde artsen en de artsen in opleiding voor specialist, huisarts of sociaal-geneeskundige. In 1989 bijvoorbeeld was ruim 24% van de overige geneeskundigen in opleiding (Van den Berg, Rijssenbeek, Davidse, Postma & Dols, 1993, p. 27). Een groot deel van de overige geneeskundigen behoort dan ook slechts tijdelijk tot deze categorie. Uit onderzoek van Hermann (1984) blijkt dat daarnaast artsen in de zwakzinnigenzorg, militaire artsen, directeurs van ziekenhuizen en gemeentelijke geneeskundige diensten, alsmede wetenschappelijke onderzoekers anders dan in een erkend specialisme tot deze groep behoren. Bovendien is een belangrijk deel van de overige geneeskundigen werkzaam in de sociale geneeskunde, zonder daarvoor een opleiding te hebben gevolgd. In de sociale geneeskunde bestaat geen verplichting tot registratie. Deze niet opgeleide sociaal geneeskundigen werken voor instellingen waar voldoende deskundigheid bestaat in de betreffende tak van de sociale geneeskunde. Daarnaast hebben veel werkzaamheden, uitgeoefend door de 'overige geneeskundigen' een tijdelijk karakter of vinden in deeltijd plaats, zoals waarneming, keuringen en assistentie, aldus Hermann. Hoewel precieze gegevens over de omvang van de onderscheiden groepen overige geneeskundigen ontbreken, is wel duidelijk dat de arbeidspositie van de overige geneeskundigen over het algemeen, zo niet zwak, dan toch minder goed is dan die van de geregistreerde artsen.

Tijdens de Tweede Wereldoorlog zijn op last van de toenmalige Nederlandse regering de registers van de GHI vernietigd. Pas in 1961 waren de registers zodanig op orde dat weer betrouwbare gegevens voorhanden waren (GHI, 1963). In 1963 verscheen de eerste publikatie 'Statistiek Geneeskundigen' met gegevens over de artsen in Nederland betreffende het jaar 1962, in 1988 de laatste. De publikaties verschenen onregelmatig³.

De verdeling van de vrouwelijke en mannelijke artsenuitpopulatie over de vier beroepsposities gedurende de periode 1962-1988 is in kaart gebracht op basis van gegevens uit de GHI-publikaties. Voor de situatie in 1995 is gebruik gemaakt van de 'Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1995' (Ministerie VWS, 1995) en van GHI-gegevens.

Data betreffende het onderzoek naar de ontwikkeling van de beroepssegregatie binnen de medische specialismen

De ontwikkeling van de beroepssegregatie op basis van sekse binnen de specialismen is in kaart gebracht met geautomatiseerde gegevensbestanden van de GHI. De gegevensbestanden maken het mogelijk de aantallen vrouwen en mannen werkzaam in de onderscheiden specialismen vast te stellen.

De GHI is de enige organisatie in Nederland die over *historische* gegevens beschikt van het aantal vrouwelijke en mannelijke artsen werkzaam in de onderscheiden specialismen sinds 1961. Een nadeel van het GHI-bestand is dat de gegevens van artsen na hun overlijden met terugwerkende kracht uit het bestand worden verwijderd, met als gevolg dat het aantal artsen in de vroege bestanden onderschat wordt. Voor het onderzoek zou dit een probleem zijn, indien de sekse-ratio's van de onderscheiden specialismen hierdoor (niet-systematisch) zijn veranderd. De waarde van de maat die in het onderzoek gebruikt wordt om vast te stellen of een specialisme zich heeft ontwikkeld tot een vrouwenspecialisme of een evenredige specialisme, te weten het sekse-segregatie-quotiënt (SSQ), wordt namelijk in belangrijke mate bepaald door deze verhouding. De verhouding tussen de aantallen vrouwelijke en mannelijke beroepsbeoefenaren binnen de afzonderlijke specialismen blijft in principe echter gelijk. Hoogstens zou, vanwege de omstandigheid dat vrouwen gemiddeld op hogere leeftijd overlijden dan mannen, verhoudingsgewijs het aantal vrouwelijke artsen in de vroege bestanden iets overschat kunnen zijn.

Onderzoeksresultaten

De beroepsregistratie binnen de vier beroepsgroepen

De vraag of zich een arbeidsdeling op basis van sekse binnen het artseneroep als geheel heeft ontwikkeld, is onderzocht door de verdeling van de vrouwelijke en die van de mannelijke artsenpopulatie over de vier beroepsposities, namelijk die van huisarts, specialist, (geregistreerd) sociaal geneeskundige en basisarts met elkaar te vergelijken en wel op acht meetmomenten gedurende de jaren 1962-1995. Voor een goed inzicht in de diverse trends is het vol-

doende om de situatie op vijf meetmomenten weer te geven, zoals is gebeurd in Tabel 1.

In Tabel 1 zijn de beide artsenpopulaties in 1962 verdeeld over drie beroepsgroepen, namelijk die van huisartsen, specialisten en overige geneeskundigen. Pas in 1971 verschijnt de beroepspositie van (geregistreerd) sociaal geneeskundige in de statistieken. De opleidingen in de sociale geneeskunde zijn namelijk in de jaren 1961-1965 ingesteld en registratie als sociaal geneeskundige is pas sinds 1965 mogelijk. De beroepspositie van sociaal geneeskundige met een registratie is dan ook na 1965 ontstaan. Als gevolg van de toename van het aantal categorieën van drie naar vier tussen 1962 en 1971 zijn de percentages van vóór 1971 niet geheel vergelijkbaar met die van 1971 en die daarna. Afnamen van 1 à 2 procent van het aantal huisartsen, specialisten of overige geneeskundigen tussen 1965 en 1971 zijn een artefact van de verandering van het aantal categorieën en hebben geen werkelijke betekenis. Toenamen van 1 à 2 procent (of meer) zijn echter wel van betekenis.

Uit Tabel 1 blijkt dat in 1962 vrouwelijke artsen zich aanmerkelijk minder vaak als huisarts hadden gevestigd dan hun mannelijke collega's (12% versus 39%). Gedurende de daarop volgende decennia is hun vertegenwoordiging in de beroepspositie van huisarts echter steeds minder gaan verschillen van die van mannen: in 1962 was dit verschil nog 27%, in 1995 was dit nog maar 8%. De afname van dit verschil komt niet doordat vrouwen in de loop der tijd vaker huisarts zijn geworden. Integendeel, vrouwen hebben aanvankelijk na 1962 verhoudingsgewijs steeds minder vaak voor het beroep van huisarts gekozen, al is in de periode 1981-1988 een eind gekomen aan deze dalende trend (Tabel 1). De afname van het verschil in vertegenwoordiging van vrouwen en mannen is geheel toe te schrijven aan het feit dat mannelijke artsen zich sinds 1962, relatief gezien, steeds minder vaak hebben gevestigd als huisarts.

Vrouwelijke artsen waren in 1962 iets vaker specialist dan mannelijke artsen (33% versus 31%). Na 1962 nam het aandeel specialisten van de vrouwelijke artsenpopulatie gestaag af tot 19% in 1995. Het aandeel specialisten van de mannelijke populatie fluctueerde gedurende de periode 1962-1995: het bewoog zich tussen 31% en 39%. In 1995 was dit aandeel

Tabel 1 Aantallen en percentages vrouwelijke en mannelijke geneeskundigen, verdeeld naar de beroepsgroepen van huisarts, specialist, sociaal geneeskundige en overige geneeskundigen, 1962-1995

Beroepsgroepen	Jaar									
	1962		1971		1981		1988		1995	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Huisartsen										
Vrouwen	189	12	166	7	309	6	625	8	1.576	11
Mannen	4.460	39	4.304	31	5.247	25	5.677	22	6.581	19
Totaal	4.469	36	4.470	28	5.556	20	6.302	18	8.157	16
Vershuilscore ^a		-27		-24		-19		-14		-8
Specialisten										
Vrouwen	508	33	729	30	1.295	24	1.872	22	2.770	19
Mannen	3.562	31	4.974	36	8.037	37	10.085	39	12.618	35
Totaal	4.070	31	5.703	35	9.332	35	11.957	35	15.388	31
Vershuilscore		2		-6		-13		-16		16
Sociaal geneeskundigen										
Vrouwen			148	6	296	5	608	7	1.147	8
Mannen			889	6	1.045	5	1.597	6	2.728	8
Totaal			1.037	6	1.341	5	2.205	6	3.875	8
Vershuilscore				0		0		1		0
Overige geneeskundigen										
Vrouwen	853	55	1.415	57	3.594	65	5.328	63	8.926	62
Mannen	3.445	30	3.667	27	7.164	33	8.833	34	13.632	38
Totaal	4.298	33	5.082	31	10.758	40	14.161	41	22.558	45
Vershuilscore		25		30		32		29		24
Totaal										
Vrouwen	1.550	100	2.458	100	5.494	100	8.433	100	14.419	100
Mannen	11.476	100	13.834	100	21.493	100	26.192	100	35.559	100
Totaal	13.017	100	16.292	100	26.987	100	34.625	100	49.978	100

De percentages betreffen per beroepsgroep het aandeel vrouwelijke, mannelijke en totale aantal artsen van respectievelijk de vrouwelijke, mannelijke en de totale artsenpopulatie dat werkzaam is in de betreffende beroepsgroep

^a Het percentage van de vrouwelijke artsenpopulatie werkzaam in de betreffende beroepsgroep minus het percentage van de mannelijke artsenpopulatie werkzaam in dezelfde beroepsgroep.

Leeswijzer: In 1962 is 12% van de vrouwelijke artsen werkzaam in de huisartsgeneeskunde, van de mannelijke artsen is dit 39%. De vershuilscore is 27%, dat wil zeggen dat in 1962 de vertegenwoordiging van mannelijke artsen in de beroepspositie van huisarts dus 27% hoger is dan die van vrouwelijke artsen.

^b De Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie is in 1963 ingesteld; in 1971 zijn voor het eerst gegevens omtrent het aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen in de statistieken vermeld.

Bronnen: – GHI-Statistiek Geneeskundigen 1962 t/m 1988

– NIVEL, NZI en OSA - Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1995

– Totaalcijfers omtrent het totaal aantal geneeskundigen in 1995 zijn verstrekt door de afdeling Statistiek van de GHI

35%. Het substantiële verschil in vertegenwoordiging van vrouwen en mannen in de beroepspositie van specialist in 1995 (16%), was vrijwel geheel het gevolg van de afname van het aandeel vrouwelijke specialisten (Tabel 1).

Vrouwelijke en mannelijke artsen zijn sinds 1971 – het jaar waarin voor het eerst gegevens over het aantal geregistreerde sociaal-geneeskundigen in de statistieken zijn opgenomen – altijd nagenoeg evenredig vertegenwoordigd geweest in de beroepspositie van geregistreerd sociaal-geneeskundige: het verschil in vertegen-

woordiging was nooit groter dan 1% (Tabel 1).

Het aandeel vrouwen van de vrouwelijke artsenpopulatie behorend tot de groep 'overige geneeskundigen', is altijd substantieel groter geweest dan het aandeel mannen van de mannelijke artsenpopulatie dat tot deze categorie behoorde. In 1962 behoorde 55% van de vrouwelijke artsen tot de groep 'overige geneeskundigen', terwijl 30% van de mannelijke artsen geen vervolgregistratie had. In 1995 waren deze percentages 62% respectievelijk 38% (Tabel 1).

De conclusie is dat de werkzaamheden van artsen, zowel in het begin van de jaren zestig als zeer recent, in hoge mate gesegregeerd waren naar sekse. De beroepssegregatie zag er echter vier decennia geleden anders uit dan halverwege de jaren negentig.

Een verklaring voor de afname van het aandeel specialisten onder vrouwen zou mogelijk de toename van het aantal gehuwden onder de vrouwelijke artsen kunnen zijn. Uit onderzoek onder vrouwelijke artsen blijkt namelijk dat van de oudere generaties vrouwelijke artsen een veel groter deel ongehuwd bleef (Hermann, 1984, p. 73). Voor vrouwelijke artsen geldt dat er een samenhang bestaat tussen arbeid en privé-situatie. Onderzoek van Van Doorne-Huiskes en Bedaux-De Jonge (1983) toont aan dat alleen al het gehuwd zijn van vrouwelijke artsen in veel gevallen leidt tot vermindering van de arbeidstijd: eenderde van de gehuwde artsen zonder kinderen werkt in deeltijd. Kenmerkend voor gehuwde vrouwelijke artsen met kinderen is de voortdurende part-time en onderbroken beroepsloopbaan. In bijna tweederde van de gevallen waarin zich bij vrouwen wijzigingen in de tijd, besteed aan het beroep, voordeden, viel deze samen met de geboorte van een kind.

Werken in deeltijd was tot voor kort binnen het merendeel van de specialismen niet gebruikelijk. Het is te eenvoudig om te concluderen dat vrouwen, anticiperend op deze situatie, er zelf voor kozen om van specialisatie af te zien. Ook de opleiders, die vaker te maken kregen met gehuwde vrouwen, anticipeerden op problemen rond zwangerschapsverlof, deeltijdarbeid en werktijdverkorting bij hun keuze voor het wel of niet aannemen van gehuwde artsen (Heymans en Du Moulin, 1997). Uit een onderzoek onder basisartsen blijkt echter wel dat vrouwelijke artsen bij de keuze voor hun beroep of voor een specialisme in veel sterkere mate dan hun mannelijke collega's rekening houden met een (toekomstig) privéleven (Dijkstra, 1992). De druk op mannelijke artsen om hun beroepskeuze mede te laten bepalen door hun privéleven is veel minder groot dan voor vrouwelijke. De overgrote meerderheid van de gehuwde vrouwen heeft namelijk een arts of een andere academicus als partner (Hermann, 1984). Onderzoek van Keizer (1996) bevestigt deze situatie nog eens voor de jaren negentig. Haar onderzoek toont aan dat mannelijke artsen in veel mindere mate samenleven met ie-

mand van academisch niveau. Waar het overgrote deel van de mannelijke artsen een partner heeft die het grootste deel van de zorg voor de kinderen op zich neemt, geldt dit slechts voor een klein deel van de vrouwelijke artsen. Ook in de jaren negentig blijkt dat er voor vrouwelijke artsen nog steeds een sterk verband bestaat tussen arbeid en privé-situatie, terwijl dit verband voor mannelijke artsen afwezig is (Keizer, 1996; Heiligers, Hingstman & Marrée, 1997).

De beroepssegregatie binnen de medische specialismen

In de vorige paragraaf is de beroepssegregatie tussen vrouwen en mannen zoals deze zich heeft ontwikkeld binnen het artseneroep als geheel, beschreven. In de nu volgende analyses is de seksesegregatie binnen de drie beroepsposities waarvoor registratie noodzakelijk is, aan de orde. In Tabel 2 is vermeld hoe groot het aandeel vrouwen van de geregistreerde artsen was gedurende de periode 1961-1995.

Waar het percentage vrouwen in het artseneroep als geheel tussen 1960 en 1995 toegenomen is van 11% tot 29%, nam dit percentage gedurende diezelfde periode onder de geregistreerde artsen toe van 14% tot 20 % (Tabel 2). In de nu volgende analyses gaat het steeds om de groep geregistreerde artsen, die hier verder worden betiteld als specialisten. Dat houdt in dat de vier takken van de sociale geneeskunde en de huisartsgeneeskunde eveneens als specialismen worden beschouwd, hoewel dit in de medische wereld niet gebruikelijk is.

De beroepssegregatie vanuit het perspectief van de afzonderlijke medische specialismen

In plaats van de seksesamenstelling van de specialismen uit te drukken in een percentage, is de seksecompositie van de onderscheiden specialismen gemeten op basis van hun seksesegregatie-quotiënten (SSQ's). Het voordeel van

Tabel 2 Percentages vrouwen van de geregistreerde geneeskundigen in Nederland, 1961-1995

Jaar			
1961	1971	1981	1995
14%	14%	16%	20%

de maat SSQ is dat veranderingen in de seksecompositie van de afzonderlijke specialismen gerelateerd worden aan de veranderingen van de seksecompositie van de totale specialistenpopulatie. Deze standaardisering maakt het mogelijk de seksecompositie van de specialismen op één meetmoment en tussen verschillende meetmomenten te vergelijken.

Het seksesegregatie-quotiënt voor specialismen waarvan het percentage vrouwen hoger is dan hun percentage in de totale specialistenpopulatie, wordt berekend op basis van de formule $SSQ_v = (p_{vi} - p_{vn}) / (100 - p_{vn})$, waarbij p_{vi} het percentage vrouwen in specialisme i is in een bepaald jaar en p_{vn} het percentage vrouwen in de totale specialistenpopulatie in datzelfde jaar. Het seksesegregatie-quotiënt voor specialismen met een oververtegenwoordiging mannen wordt vastgesteld op basis van de formule $SSQ_m = (p_{mi} - p_{mn}) / (100 - p_{mn})$, waarbij p_{mi} het percentage mannen in specialisme i in een bepaald jaar is en p_{mn} het percentage mannen in de totale specialistenpopulatie in datzelfde jaar. Indien $p_{vi} > p_{vn}$ dan geldt de formule SSQ_v . Bij $p_{vi} < p_{vn}$ wordt de formule SSQ_m toegepast.

De maat SSQ kan een waarde aannemen van 0 tot en met 1. Van een exact evenredige vertegenwoordiging van vrouwen en mannen in een specialisme is sprake als de SSQ een waarde heeft van 0. Als in een specialisme alleen vrouwen of alleen mannen werkzaam zijn, heeft de SSQ_v respectievelijk de SSQ_m een waarde van 1.

De maat SSQ_v relateert het interval van oververtegenwoordiging van vrouwen in een specialisme in een bepaald jaar ($p_{vi} - p_{vn}$) aan het interval van mogelijke vrouwenspecialismen in dat jaar ($100 - p_{vn}$). De maat kan dan ook geïnterpreteerd worden als de mate waarin een specialisme een vrouwenspecialisme is. De maat SSQ_m heeft dezelfde betekenis voor mannenspecialismen als de maat SSQ_v voor vrouwenspecialismen. De waarden van de beide maten zijn onderling vergelijkbaar: een vrouwenspecialisme met een SSQ_v -waarde van bijvoorbeeld 0,55 is in dezelfde mate gesegregeerd als een mannenspecialisme met eenzelfde SSQ_m -waarde.

Zo is in 1961 het percentage vrouwen in het specialisme longziekten 26% en dat van vrouwen in de totale specialistenpopulatie 14%. Omdat hier geldt dat $p_{vi} > p_{vn}$ wordt in dit ge-

val SSQ_v berekend. Deze heeft een waarde van 0,14. In 1995 is het aandeel vrouwen in het specialisme longziekten 14,7%; in de totale specialistenpopulatie is het aandeel vrouwen in dat jaar 19,7%, zodat nu $p_{vi} < p_{vn}$ opgaat. Daarom dient nu SSQ_m berekend te worden: het quotiënt heeft een waarde van 0,25. Het specialisme longziekten waarin aanvankelijk vrouwen oververtegenwoordigd waren, is dus in 1995 een mannenspecialisme geworden.

Een belangrijke kwestie betreft het criterium om het 'sekselabel' van specialismen vast te stellen. Omdat een theoretische grond hiervoor ontbreekt, heeft een criterium om mannen- en vrouwenspecialismen te onderscheiden tot op zekere hoogte een willekeurig karakter.

Tussen 1961 en 1995 nam het aandeel vrouwen in de specialistenpopulatie toe van 14% tot 20%. Strikt genomen is er in 1961 dus sprake van oververtegenwoordiging van vrouwen in een specialisme indien meer dan 14% van de beroepsbeoefenaren vrouw is, in 1995 indien dit aandeel meer dan 20% is. Om echter alleen die specialismen waarvan het aandeel vrouwen 14% respectievelijk 20% is, aan te merken als specialismen waarin vrouwen en mannen evenredig vertegenwoordigd zijn en de overige specialismen te betitelen als vrouwen- of mannenspecialismen, is een te rigide voorstelling van zaken.

Een bruikbare leidraad ter onderscheiding van de drie categorieën van specialismen is uit te gaan van een (relatief) symmetrisch interval rond het aandeel vrouwen in de specialistenpopulatie. Gekozen is voor een intervalbreedte van 1/5-deel van het gebied van mogelijke mannenspecialismen en van 1/5-deel van het gebied van mogelijke vrouwenspecialismen. Uitgaande van een specialistenpopulatie met 14% vrouwen in 1961, ligt het interval van mogelijke mannenspecialismen in dat jaar tussen 0% en 14% vrouwen en dat van mogelijke vrouwenspecialismen tussen 14% en 100% vrouwen. Bij een keuze voor het 1/5-criterium noemen we een specialisme met 11% vrouwen ($14\% - 14/5\%$) nog net evenredig, evenals een specialisme met 31% vrouwen ($14\% + 86/5\%$). In 1961 loopt het interval van evenredige specialismen aldus van 11% tot en met 31% vrouwen. Mannenspecialismen zijn dan de specialismen met minder dan 11% vrouwen en vrouwenspecialismen die met meer dan 31%. Het

Tabel 3 Segregatiequotiënten (ssq's) van de medisch specialismen, verdeeld naar vrouwen- evenredige en mannenspecialismen, 1961-1995¹

	Jaar							
	1961		1971		1981		1995	
Specialismen (N=36)	ssq _v	ssq _m	ssq _v	ssq _m	ssq _v	ssq _m	ssq _v	ssq _m
<i>Oververt. vrouwen (n=6)</i>								
Jeugdgezondheidszorg	0,56		0,65		0,66		0,67	
Klinische Geriatrie ^a							0,25	
Klinische Genetica ^b							0,23	
Kindergeneeskunde	0,24		0,24		0,22		0,23	
Allergologie			0,07		0,23		0,22	
Revalidatiegeneeskunde	0,24		0,19		0,23		0,20 ²	
<i>Evenredige vert. (n=14)</i>								
Psychiatrie ^c					0,10		0,10	
Klinische chemie					0,11		0,09	
Radiotherapie ^c					0,05		0,07	
Oogheelkunde	0,01		0,02		0,06		0,07	
Reumatologie	0,05		0,17		0,13		0,07	
Dermatologie en Venerologie		0,20	0,01		0,03		0,06	
Medische microbiologie	0,01		0,04		0,06		0,05	
Anesthesiologie	0,10		0,14		0,10		0,05	
Huisartsgeneeskunde		0,66		0,68		0,33	0,00	
Interne geneeskunde	0,00		0,01		0,02			0,05
Verloskunde/Gynaecologie	0,00			0,19		0,18		0,07
Nucleaire Geneeskunde ^d								0,11
Verzekeringsgeneeskunde		0,41		0,16	0,01			0,11
Pathologie		0,61		0,35		0,16		0,14
<i>Oververt. mannen (n=16)</i>								
Neurologie ^c						0,25		0,22
Longziekten en Tuberculose	0,14		0,11		0,03			0,25
Zenuw- en Zielsziekten	0,03		0,02			0,19		0,36
Gastro-enterologie				0,20		0,34		0,44
Algemene Gezondheidszorg		0,50		0,44		0,39		0,47
Arb.- en Bedr. geneeskunde		0,82		0,69		0,41		0,47
Cardiologie		0,58		0,32		0,43		0,50
Radiodiagnostiek ^c						0,57		0,55
Plastische Chirurgie		0,69		0,49		0,48		0,55
Neurochirurgie		1,00		1,00		0,67		0,65
Keel/Neus/Oorheelkunde		0,81		0,81		0,85		0,72
Radiologie		0,69		0,66		0,59		0,73
Heelkunde		0,78		0,75		0,79		0,82
Cardiopulmonale Chirurgie ^e						0,77		0,84
Orthopedie		1,00		1,00		0,93		0,95
Urologie				0,88		0,95		0,96

¹ Volgens de situatie in 1995² Specialismen met een ssq-waarde van 0,20 of lager worden beschouwd als evenredige specialismen. De ssq-waarde van revalidatiegeneeskunde in 1995 is 0,203³ Het aantal beroepsbeoefenaren is te gering voor de berekening van een betrouwbare SSQ-waarde^a Erkend als zelfstandig specialisme in 1983^b idem in 1987^c idem in 1972^d idem in 1984^e idem in 1973

Bron: Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid

aandeel vrouwen is in 1995 toegenomen tot 20%, zodat het interval van evenredige specialismen dan begrensd is door de waarden 16%-36%. Immers, $20\% - 20/5\% = 16\%$ en $20\% + 80/5\% = 36\%$.

Gegeven het 1/5-criterium zijn de specialismen met een SSQ-waarde van 0,20 of lager de evenredige specialismen. Immers, het interval van evenredige specialismen bestaat uit 1/5-deel van het mogelijke gebied van vrouwenspecialismen ($SSQ_v\text{-waarden} \leq 0,20$) en 1/5-deel van het mogelijke gebied van mannenspecialismen ($SSQ_m\text{-waarden} \leq 0,20$).

Om de vraag te onderzoeken of zich tussen 1961 en 1995 binnen de specialismen een arbeidsdeling naar sekse heeft ontwikkeld, zijn vanaf 1961 tot en met 1991, om de vijf jaar, en in 1995 – dus op acht meetmomenten – de SSQ-waarden van alle specialismen berekend. In Tabel 3 zijn de uitkomsten voor de jaren 1961, 1971, 1981 en 1995 weergegeven. De specialismen zijn in Tabel 3 geordend naar de hoogte van hun SSQ-waarden in het meest recente jaar, in dit geval 1995.

Tabel 3 laat de volgende veranderingen zien. Van de zes in 1995 bestaande *vrouwenspecialismen* is alleen allergologie veranderd van sekselabel: in 1971 was het nog een evenredig specialisme⁴. Drie van de veertien in 1995 bestaande *evenredige specialismen* waren in 1961 mannenspecialismen: huisartsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde en pathologie. Huisartsgeneeskunde heeft in termen van segregatie van alle specialismen de grootste verandering ondergaan: van een mannenspecialisme met een SSQ_m -waarde van 0,66 werd het een evenredig specialisme met een SSQ_v -waarde van 0,00. Na huisartsgeneeskunde heeft pathologie de sterkste sekselabelverandering ondergaan: in 1961 had het een SSQ_m -waarde van 0,61, in 1995 een SSQ_m -waarde van 0,14. Van de zestien in 1995 bestaande *mannenspecialismen* waren in twee specialismen vrouwen en mannen aanvankelijk evenredig vertegenwoordigd: in longziekten en tuberculose en in zenuw- en zielsziekten. Longziekten heeft een opvallende ontwikkeling doorgemaakt: van een evenredig specialisme met een SSQ_v -waarde van 0,14 in 1961 werd het tussen 1981 en 1991 een mannenspecialisme met een SSQ_m -waarde van 0,25. Na huisartsgeneeskunde en pathologie heeft longziekten de sterkste sekselabelverandering ondergaan sinds 1961. Aan de

sekselabelverandering van zenuw- en zielsziekten ligt een splitsing van het vak in de twee specialismen neurologie en psychiatrie ten grondslag. Het specialisme is bezig te verdwijnen. Kortom, van zes van de 36 in 1995 bestaande specialismen is tussen 1961 en 1995 het sekselabel veranderd. Van de overige specialismen bleven de SSQ-waarden nagenoeg stabiel.

Van de specialismen die in 1995 een SSQ_v -waarde hadden die hoger was dan 0,20, is in feite alleen jeugdgezondheidszorg een vrouwenspecialisme te noemen. De vijf overige vrouwenspecialismen zijn net geen evenredige specialismen: hun SSQ -waarden waren tussen 1961 en 1995 amper hoger dan 0,20 (Tabel 3). Voor twee van de zestien mannenspecialismen, namelijk neurologie en longziekten, gaat eveneens op dat hun SSQ -waarden in de periode 1961-1995 amper hoger waren dan 0,20. Behalve de veertien in 1995 bestaande evenredige specialismen, kunnen dus nog zeven andere specialismen beschouwd worden als specialismen waarin vrouwen en mannen min of meer evenredig vertegenwoordigd waren. Als we ook zenuw- en zielsziekten rekenen tot de evenredige specialismen, omdat het pas na de splitsing in de twee hoofdvakken neurologie en psychiatrie een mannenspecialisme werd, dan is de conclusie dat in 22 van de 36 specialismen vrouwen en mannen naar evenredigheid werkzaam zijn geraakt.

Er is, met andere woorden, één domein van vrouwen ontstaan, terwijl dertien van de 36 specialismen het domein van mannen zijn gebleven. Vrouwen en mannen hebben in 22 specialismen naar evenredigheid emplot gevonden. Geconcludeerd kan worden dat er vooral sprake is van een scheiding tussen enerzijds specialismen waarin vrouwen en mannen naar evenredigheid werkzaam zijn en anderzijds specialismen waarin vrouwen nauwelijks zijn doorgedrongen.

Het evenredig vertegenwoordigd zijn van vrouwen in het merendeel van de specialismen, betekent niet dat vrouwen in deze specialismen evenveel vrouwelijke als mannelijke collega's hebben. Ook in de evenredige specialismen zijn vrouwen nog steeds (ver) in de minderheid. In 1995, in welk jaar het interval van evenredige specialismen, zoals we zagen, begrensd werd door de waarden 16% en 36%, was de kans op een vrouwelijke collega, afhan-

kelijk van het evenredig specialisme, ten minste 16% maar ten hoogste 36%. Zelfs in een vrouwenspecialisme als de kindergeneeskunde was in 1995 de kans op een mannelijke collega ruim anderhalf keer zo groot als op een vrouwelijke: in dat jaar bedroeg het aandeel vrouwen in de kindergeneeskunde 38%.

De concentratie van vrouwelijke en mannelijke artsen

Het antwoord op de vraag of vrouwelijke artsen in een beperkt aantal specialismen zijn terechtgekomen, is gezocht in de vergelijking van het aantal specialismen waarin driekwart van de vrouwelijke specialisten is ingestroomd met het aantal specialismen waarin driekwart van hun mannelijke collega's werkzaam is. In Tabel 4 zijn de beide situaties voor de jaren 1961, 1976 en 1995 weergegeven.

Tabel 4 toont aan dat het merendeel (driekwart) van de vrouwelijke specialisten tussen 1961 en 1995 steeds in zeven tot negen, groten-deels dezelfde, specialismen werkzaam was. Mannelijke specialisten waren voor het overgrote deel geconcentreerd in tien tot elf specialismen, waarbij het in de achtereenvolgende jaren eveneens om vrijwel dezelfde specialismen ging. Uitgedrukt in een percentage van het totale aantal specialismen in 1961, 1976 en 1995 (respectievelijk 28, 33 en 36) blijkt dat vrouwelijke specialisten grotendeels geconcentreerd waren in achtereenvolgens 25%, 27% en 19% van de specialismen, terwijl mannelijke specialisten in de respectieve jaren voor het overgrote deel emplooi vonden in 36%, 33% en 28% van de specialismen. In de grote lijn is voor beide populaties de concentratiegraad dus wat toegenomen. De concentratiegraad van vrouwelijke specialisten was weliswaar altijd hoger dan die van hun mannelijke collega's maar alleen in 1961 was sprake van een substantieel verschil ($> 10\%$). De conclusie is dat vrouwelijke specialisten niet werkzaam zijn geraakt in een beperkter aantal specialismen dan hun mannelijke collega's.

Een opvallende verandering die zich na 1961 heeft voorgedaan, is de afname van de concentratie van vrouwen in de jeugdgezondheidszorg. In 1961 was bijna 30% van alle vrouwen die een registratie hadden verworven jeugdarts, terwijl in 1995 nog maar bijna 9% van hen in de jeugdgezondheidszorg emplooi vond. Tabel 4 illustreert bovendien hoezeer in

de loop der tijd zowel een groot deel van de vrouwelijke als van de mannelijke geregistreerde artsen geconcentreerd is geraakt in de huisartsgeneeskunde. Van beide populaties was in 1995 ruim eenderde werkzaam in het betreffende beroep⁵. Een derde trend die opvalt is de substantiële afname van zowel het aandeel vrouwelijke als mannelijke zenuwartsen tussen 1961 en 1976. In 1976 werkte nog maar 3.7% van de vrouwelijke en 4.0% van de mannelijke specialisten als zenuwarts, terwijl in 1961 deze percentages 17.0% respectievelijk 13.8% bedroegen. Deze verandering is echter het gevolg van een verandering van het opleidingsstelsel. In 1972 zijn psychiatrie en neurologie, tot dat jaar twee hoofdvakken binnen zenuw- en zielsziekten, erkend als zelfstandige specialismen met een vierjarige opleiding. Tot 1984 bleef het mogelijk de vijfjarige opleiding tot zenuwarts te volgen. Daarna is het register voor inschrijving in de zenuw- en zielsziekten gesloten en de opleiding tot zenuwarts opgeheven⁶. De psychiatrie is in de loop der tijd uitgegroeid tot één van de drie grootste specialismen, terwijl neurologie een klein specialisme bleef.

In 1976 was in de psychiatrie, de neurologie en de zenuw- en zielsziekten samen 14.7% van de vrouwelijke en 12.0% van de mannelijke specialistenpopulatie werkzaam. Het aandeel vrouwen in het specialisme zenuw- en zielsziekten – als samenstelling van de specialismen neurologie, psychiatrie en zenuw- en zielsziekten – is dus slechts afgenomen met 2.3%, in plaats van met 13.3%, dat van mannen met 1.8% in plaats van met 9.8%.

Uit de vorige analyse bleek dat jeugdgezondheidszorg, kindergeneeskunde en revalidatiegeneeskunde en in latere instantie allergologie, klinische genetica en klinische geriatrie, zich ontwikkeld hebben tot vrouwenspecialismen (Tabel 3). Tabel 4 laat echter zien dat vrouwen in 1961 vaker zenuwarts waren dan kinderarts of revalidatiearts, terwijl zenuw- en zielsziekten een evenredig en niet een vrouwenspecialisme was. Ook waren vrouwen in 1961 vrijwel even vaak internist als kinderarts. In 1976 waren vrouwen vaker huisarts, internist en psychiater dan kinderarts en revalidatiearts en in 1995 was zelfs jeugdgezondheidszorg niet meer het specialisme waarin de meeste vrouwelijke artsen emplooi vonden.

De vorige analyse, waarin de sekselabels van de specialismen zijn vastgesteld op basis

Tabel 4 Medische specialismen waarin driekwart van de vrouwelijke en mannelijke specialistenpopulatie werkzaam is in 1961, 1976 en 1995

Jaar	Specialismen			
	Concentratie vrouwen		Concentratie mannen	
		% ^a		% ^b
A 1961	1 Jeugdgezondheidszorg	29,8	1 Huisartsgeneeskunde	19,3
	2 Zenuw- en zielsziekten	17,0	2 Zenuw- en zielsziekten	13,8
	3 Kindergeneeskunde	8,1	3 Arb. en bedr. geneesk.	7,9
	4 Interne geneeskunde	7,5	4 Interne geneeskunde	7,4
	5 Huisartsgeneeskunde	5,9	5 Verzekeringsgeneeskunde	6,5
	6 Anesthesiologie	5,3	6 Algemene heelkunde	5,9
	7 Verlosk. en gynaecologie	2,9	7 Radiologie	5,6
			8 Algemene gezondheidszorg	4,0
			9 Anesthesiologie	2,9
			10 Verloskunde en gynaecologie	2,8
	Totaal A:	76,5		76,1
B 1976	1 Jeugdgezondheidszorg	20,3	1 Huisartsgeneeskunde	26,5
	2 Huisartsgeneeskunde	10,8	2 Interne geneeskunde	8,2
	3 Interne geneeskunde	9,3	3 Algemene heelkunde	6,3
	4 Psychiatrie	8,9	4 Psychiatrie	5,2
	5 Kindergeneeskunde	8,4	5 Radiodiagnostiek	5,0
	6 Anesthesiologie	6,8	6 Arb. en bedr. geneesk.	4,6
	7 Zenuw- en zielsziekten	3,7	7 Verloskunde en gynaecologie	4,0
	8 Verzekeringsgeneeskunde	3,2	8 Zenuw- en zielsziekten	4,0
	9 Oogheelkunde	3,1	9 Anesthesiologie	3,5
			10 Verzekeringsgeneeskunde	3,0
			11 Kindergeneeskunde	3,0
	Totaal B:	74,5		73,3
C 1995	1 Huisartsgeneeskunde	35,1	1 Huisartsgeneeskunde	34,6
	2 Psychiatrie	9,5	2 Interne geneeskunde	7,3
	3 Jeugdgezondheidszorg	8,6	3 Psychiatrie	6,1
	4 Interne geneeskunde	6,9	4 Algemene heelkunde	4,8
	5 Kindergeneeskunde	6,7	5 Radiodiagnostiek	4,2
	6 Anesthesiologie	4,8	6 Arb. en bedr. geneesk.	3,7
	7 Oogheelkunde	2,9	7 Anesthesiologie	3,9
			8 Verloskunde en gynaecologie	3,1
			9 Neurologie	2,9
			10 Cardiologie	2,7
	Totaal C:	74,5		73,3

Noot: Aantal erkende specialismen - in 1961: 28

- in 1976: 33

- in 1995: 36

^a Het aandeel vrouwelijke specialisten van de vrouwelijke specialistenpopulatie

^b Het aandeel mannelijke specialisten van de mannelijke specialistenpopulatie

van de SSQ-waarden ervan, geeft uitsluitsel over de mate waarin de onderscheiden specialismen tot dusverre toegankelijk waren voor vrouwelijke artsen. De tweede analyse waarin de mate van concentratie van de beide specialistenpopulaties onderwerp van onderzoek is, geeft inzicht in de vraag in welke specialismen het grootste deel van de vrouwelijke artsen (en ook van de mannelijke) emplooi heeft gevon-

den. In tegenstelling tot de eerste analyse is in de tweede rekening gehouden met de omvang van de specialismen.

Huisartsgeneeskunde, interne geneeskunde en zenuw- en zielsziekten (later psychiatrie) zijn de drie grootste specialismen. Dat was in 1961 al zo en dat is gedurende ruim drie decennia daarna zo gebleven. Interne geneeskunde en zenuw- en zielsziekten (psychiatrie) waren

altijd evenredige specialismen, zodat steeds een groot deel van zowel de vrouwelijke als mannelijke artsen in deze specialismen werkzaam was. Huisartsgeneeskunde was aanvankelijk een mannenspecialisme, zodat in 1961 een veel groter deel van de mannelijke dan van de vrouwelijke artsen hierin werkzaam was. Door de meer dan gemiddelde groei van de huisartsgeneeskunde nam het aandeel van zowel de vrouwelijke als mannelijke artsen in de huisartsgeneeskunde belangrijk toe. Het aantal vrouwen binnen de huisartsgeneeskunde nam echter verhoudingsgewijs veel sterker toe dan het aantal mannen. Dit betekent dat zich tussen 1976 en 1995 binnen de vrouwelijke specialistenpopulatie een grote verschuiving voerde: in 1976 was nog maar ongeveer 11% van de vrouwelijke specialisten huisarts, in 1995 was dit 35%. De verschuiving binnen de mannelijke specialistenpopulatie was in diezelfde periode veel minder groot: het aandeel huisartsen nam hier toe met 8%.

In 1961 was ruim 30% van de vrouwelijke en ruim 40% van de mannelijke specialisten werkzaam in de huisartsgeneeskunde, de interne geneeskunde en in de zenuw- en zielsziekten samen. In 1995 waren deze percentages toegenomen tot 51% respectievelijk 48% (Tabel 4). Met andere woorden, ongeveer de helft van zowel de vrouwelijke als de mannelijke specialistenpopulatie was in 1995 werkzaam in dezelfde drie specialismen.

Gezien de voor vrouwelijke artsen staande samenhang tussen arbeid en privé-situatie en de afwezigheid van dit verband voor mannelijke artsen, ligt de veronderstelling voor de hand dat de vrouwen- en evenredige specialismen, in tegenstelling tot de mannenspecialismen, goede mogelijkheden bieden om betaalde en onbetaalde arbeid te combineren.

Voor een antwoord op deze vraag dient voor elk specialisme vastgesteld te worden in hoeverre de eisen van en de gewoonten in het specialisme het privé-leven van de beoefenaren ervan beïnvloeden. Schwartz, Simpson en Strodel e.a. (1989) spreken in dit verband van 'controllable lifestyle' (CL) en 'non-controllable lifestyle' (NCL) specialismen, waarbij de CL-specialismen de beoefenaren ervan de mogelijkheid bieden om hun leefstijl in hoge mate zelf te bepalen, terwijl de NCL-specialismen de beoefenaren ervan daarvoor vrijwel geen ruimte laten. De laatstgenoemde specialismen worden

gekenmerkt door arbeidsomstandigheden als lange werkdagen, onregelmatige werktijden en veel weekend- en nachtdiensten waarin men regelmatig wordt opgeroepen voor spoedende hulp. Deze arbeidsomstandigheden maken het moeilijk zo niet onmogelijk om arbeid en privé-leven goed te combineren.

Een nader onderzoek zou moeten uitwijzen of de vrouwen- en evenredige specialismen de CL-specialismen zijn en de mannenspecialismen de NCL-specialismen. In Nederland is dergelijk onderzoek nog niet verricht. Volgens Schwartz e.a. behoren anesthesiologie, dermatologie, oogheelkunde, pathologie, psychiatrie en radiologie (radiodiagnostiek) tot de CL-specialismen. Als NCL-specialismen beschouwen zij heelkunde, cardiopulmonale chirurgie, neurochirurgie, plastische chirurgie, keel-, neus- en oorheelkunde, orthopedie en urologie, alsmede de huisartsgeneeskunde, interne geneeskunde, verloskunde en gynaecologie en kindergeneeskunde. De overige specialismen zijn niet in hun onderzoek betrokken.

De NCL-specialismen huisartsgeneeskunde, interne geneeskunde, verloskunde en gynaecologie en kindergeneeskunde behoren in ons land tot de categorie vrouwen- en evenredige specialismen, zoals eerder bleek. Radiologie (CL) behoort in Nederland tot de mannenspecialismen. Daarbij komt dat twee andere mannenspecialismen, namelijk algemene gezondheidszorg en arbeids- en bedrijfsneeskunde met hun normale arbeidsweken van 38 uur en hun regelmatige werktijden eveneens gerekend kunnen worden tot de CL-specialismen. Met andere woorden, de scheiding tussen de evenredige specialismen en de mannenspecialismen lijkt maar tot op zekere hoogte bepaald te worden door de omstandigheid dat de evenredige specialismen betere condities voor de combinatie van arbeid en privé-leven bieden dan de mannenspecialismen.

De verdeling van de vrouwelijke en mannelijke specialistenpopulatie over de vrouwenspecialismen, de evenredige specialismen en de mannen-specialismen

Uit het voorgaande is gebleken dat zes specialismen in de loop der tijd veranderd zijn van sekselabel. Daarbij hebben zich ook in de overige specialismen hier en daar veranderingen voorgedaan in de SSQ-waarden, zij het dat deze

veranderingen niet erg groot waren. De vraag is of deze veranderingen geleid hebben tot een toename of juist een afname van de beroepssegregatie naar sekse op het niveau van alle specialismen samen. Voor een antwoord op deze vraag dient rekening te worden gehouden met de omvang van de specialismen, zoals al bleek uit de vorige paragraaf. Zo zijn de vrouwenspecialismen allergologie, klinische genetica en klinische geriatrie, maar ook de mannesspecialismen cardiopulmonale chirurgie, neurochirurgie en gastro-enterologie zo klein – in elk van de zes specialismen is 0.4% of minder van alle specialisten werkzaam – dat de toetreding van mannen c.q. vrouwen al snel tot verandering van de SSQ-waarde ervan zou leiden. Dergelijke veranderingen hebben echter maar een klein effect op de beroepssegregatie zoals deze bestaat op het niveau van alle specialis-

men samen. Veranderingen in de SSQ-waarde van grote specialismen, zoals de psychiatrie en de interne geneeskunde zijn in dit opzicht van veel grotere betekenis.

Voor een juist beeld van de ontwikkeling van de arbeidsdeling op basis van sekse zijn de verdeling van de vrouwelijke en die van de mannelijke specialisten over de drie categorieën specialismen – de vrouwen-, evenredige en mannesspecialismen – voor de jaren 1961, 1971, 1981 en 1995 met elkaar vergeleken. Het sekselabel van de specialisten is in dit geval steeds bepaald door de SSQ-waarden van het specialisme in de onderscheiden jaren. In Tabel 5 zijn de betreffende verdelingen weergegeven.

Uit Tabel 5 komen twee belangrijke trends naar voren, namelijk een substantiële afname van het verschil in vertegenwoordiging van vrouwen en mannen in zowel de categorie

Tabel 5 Aantallen en percentages vrouwelijke en mannelijke specialisten, verdeeld naar de categorieën vrouwenspecialismen, evenredige specialismen en mannesspecialismen, 1961 - 1995

Categorieën	Jaar							
	1961		1971		1981		1995	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
<i>Oververt. vrouwen</i>								
Vrouwen	278	40	484	36	826	27	879	19
Mannen	259	6	457	6	839	5	931	5
Totaal	537	11	941	10	1.665	8	1.810	8
Verschilscore ^a		34		30		22		14
<i>Evenredige vert.</i>								
Vrouwen	295	42	639	48	1.368	44	3.276	69
Mannen	1.489	35	3.382	40	6.045	36	12.305	64
Totaal	1.784	36	4.021	41	7.413	37	15.581	65
Verschilscore		7		8		8		5
<i>Oververt. mannen</i>								
Vrouwen	122	18	218	16	916	29	549	12
Mannen	2.508	59	4.557	54	10.127	59	5.926	31
Totaal	2.630	53	4.775	49	11.043	55	6.475	27
Verschilscore		-41		-38		-30		-19
<i>Totaal</i>								
Vrouwen	695	100	1.341	100	3.110	100	4.704	100
Mannen	4.256	100	8.396	100	17.011	100	19.162	100
Totaal	4.951	100	9.737	100	20.121	100	23.866	100

Het sekselabel van de specialismen, op basis waarvan de specialismen zijn ingedeeld in één van de drie categorieën, is voor alle jaren bepaald door de participatiegraad voor vrouwen in de vier onderscheiden jaren.

De percentages betreffen per categorie het aandeel vrouwelijke, mannelijke en totale aandeel specialisten van respectievelijk de vrouwelijke, de mannelijke en de totale specialistenpopulatie dat werkzaam is in de betreffende categorie.

^a Het percentage van de vrouwelijke specialistenpopulatie werkzaam in de betreffende categorie minus het percentage van de mannelijke specialistenpopulatie werkzaam in diezelfde categorie. Leeswijzer: in 1961 is 40% van de vrouwelijke specialisten werkzaam in de vrouwenspecialismen, van de mannelijke specialisten is dit 6%. De verschilscore is 34%, dat wil zeggen, in 1961 is de vertegenwoordiging van vrouwelijke specialisten in de vrouwenspecialismen 34% hoger dan die van vrouwen.

vrouwenspecialismen als in de categorie mannesspecialismen. De afname van het verschil in de vrouwenspecialismen is nagenoeg geheel toe te schrijven aan de afname van het aandeel vrouwelijke artsen in de vrouwenspecialismen: dit nam tussen 1961 en 1995 geleidelijk af van 44% tot 19%. Uit de vorige paragraaf is gebleken dat vooral de teruggang van het aandeel vrouwen in de jeugdgezondheidszorg debet is aan de afname van het aandeel vrouwen in de vrouwenspecialismen.

Aan de afname van het verschil in de mannesspecialismen ligt een aantal factoren ten grondslag die samenhangen met de groei van het huisartseneroep. Uit Tabel 5 blijkt dat tussen 1961 en 1971 zowel het aandeel vrouwen als dat van mannen in de mannesspecialismen vrijwel constant bleef. In de tien jaar daarna veranderde er nog steeds weinig wat het aandeel mannen betreft, maar het aandeel vrouwen in de mannesspecialismen nam belangrijk toe, namelijk met 13%. Dit was vooral het gevolg van de instroom van vrouwen in de huisartsgeneeskunde dat in die jaren een mannesspecialisme was. Behalve dat hierdoor het verschil in vertegenwoordiging van vrouwen en mannen in de mannesspecialismen afnam met 8%, leidde de hoge instroom van vrouwen in het huisartseneroep ertoe dat de huisartsgeneeskunde veranderde van sekselabel: het werd een evenredig specialisme, zodat het wisselde van categorie. Deze categoriewisseling, die plaatsvond tussen 1981 en 1986, zorgde ervoor dat tussen 1981 en 1995 zowel het aandeel vrouwen als dat van mannen belangrijk afnam in de mannesspecialismen, maar juist substantieel toenam in de evenredige specialismen. Omdat de afname van het aandeel vrouwen in de mannesspecialismen gedurende de periode 1981-1995 belangrijk kleiner was dan de afname van het aandeel mannen in de mannesspecialismen (17% versus 28%), is in die periode het verschil in vertegenwoordiging van vrouwen en mannen in de mannesspecialismen nog verder afgenomen, namelijk met 11% (Tabel 5).

Het resultaat van de bovengenoemde veranderingen is dat de oververtegenwoordiging van vrouwen in de vrouwenspecialismen tussen 1961 en 1995 is afgenomen met 20% en die van mannen in de mannesspecialismen met 22%. De vertegenwoordiging in de evenredige specialismen van zowel vrouwen als mannen is toe-

genomen en wel met 27% respectievelijk 29%. De beroepssegregatie op het niveau van de specialismen is dus in de periode 1961-1995 belangrijk afgenomen. Toch waren in 1995 vrouwen nog steeds in hoge mate oververtegenwoordigd in de vrouwenspecialismen en ook hun ondervertegenwoordiging in de mannesspecialismen is tot dusverre hoog gebleven.

Samenvatting en conclusies

In dit artikel is beschreven hoe de arbeidsdeling op basis van sekse binnen het medische beroep zich tussen 1961 en 1995 heeft ontwikkeld. De beroepssegregatie naar sekse is op twee niveaus onderzocht, namelijk op het niveau van de vier binnen het artseneroep bestaande beroepsgroepen en op het niveau van de specialismen.

De eerste analyse toont aan dat de werkzaamheden van artsen zowel in de jaren zestig als zeer recent in hoge mate gesegregeerd waren naar sekse. De beroepssegregatie zag er echter vier decennia geleden anders uit dan in recentere jaren. Aanvankelijk waren vrouwelijke artsen even vaak specialist als hun mannelijke collega's. Ze waren bovendien net zo vaak werkzaam in de sociale geneeskunde. Vrouwen hadden zich daarentegen substantieel minder vaak gevestigd als huisarts, maar waren in hoge mate oververtegenwoordigd in de categorie 'overige geneeskundigen'.

Halverwege de jaren negentig is er nog steeds sprake van een hoge oververtegenwoordiging van vrouwen in de categorie 'overige geneeskundigen' en van een evenredige vertegenwoordiging van vrouwen en mannen in de sociale geneeskunde. Door de gestage afname van het aandeel specialisten onder de vrouwen en de geleidelijke teruggang van het aandeel huisartsen onder de mannen, is er in 1995 een substantieel verschil in vertegenwoordiging van vrouwen en mannen in de beroepspositie van specialist ontstaan, terwijl dit verschil in de beroepspositie van huisarts juist belangrijk afnam.

De beroepssegregatie naar sekse op het niveau van de medisch specialismen is op drie manieren onderzocht. Ten eerste is geanalyseerd welke specialismen zich ontwikkeld hebben tot vrouwenspecialismen en evenredige specialismen en welke specialismen vrijwel

alleen mannen werkzaam zijn gebleven. Uit deze analyse is gebleken dat er één domein van vrouwen is ontstaan, namelijk de jeugdgezondheidszorg, terwijl dertien specialismen het domein van mannen zijn gebleven. In 22 van de 36 specialismen zijn vrouwen en mannen naar evenredigheid werkzaam, zodat vooral een scheiding is ontstaan tussen de evenredige specialismen en mannenspecialismen. Opvallend is de stabiliteit van de arbeidsdeling naar sekse op het niveau van de afzonderlijke specialismen: alleen allergologie, huisartsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde, pathologie, longziekten en zenuw- en zielsziekten veranderden van sekselabel. Allergologie veranderde van een evenredig in een vrouwenspecialisme. Huisartsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde en pathologie veranderden van mannen in evenredige specialismen, terwijl longziekten en zenuw- en zielsziekten van evenredige specialismen mannenspecialismen werden.

Ten tweede is bekeken of de instroom van vrouwelijke artsen zich geconcentreerd heeft in een beperkt aantal specialismen. In deze analyse is, in tegenstelling tot de vorige, rekening gehouden met de omvang van de specialismen. Gebleken is dat vrouwelijke specialisten niet in een beperkt aantal specialismen werkzaam zijn dan hun mannelijke collega's. Opvallend is dat in 1995 ongeveer de helft van zowel de vrouwelijke als de mannelijke specialisten werkzaam was in de drie grootste specialismen: huisartsgeneeskunde, interne geneeskunde en psychiatrie. Een andere opmerkelijke trend is de afname van de concentratie van vrouwen in de jeugdgezondheidszorg. In 1961 was bijna 30% van alle vrouwen die een vervolgregistratie hadden verworven, jeugdarts; in 1995 vond nog maar 9% van hen emplot in de jeugdgezondheidszorg.

Ten derde is de beroepssegregatie onderzocht op het niveau van de specialismen samen. In deze analyse zijn de verdeling van de vrouwelijke en mannelijke specialistenpopulatie over de drie categorieën specialismen op een aantal momenten met elkaar vergeleken. Uit deze derde analyse blijkt dat tussen 1961 en 1995 de oververtegenwoordiging van vrouwen in de vrouwenspecialismen afgenomen is met 20% en die van mannen in de mannenspecialismen met 22%. De vertegenwoordiging van vrouwen in de evenredige specialismen nam toe met 27%, die van mannen met 29%. De

conclusie is dat op het niveau van de specialismen samen de beroepssegregatie naar sekse belangrijk is afgenomen.

De afname van de oververtegenwoordiging van vrouwen in de vrouwenspecialismen is nagenoeg geheel het gevolg van de afname van de concentratie van vrouwelijke artsen in de jeugdgezondheidszorg. De afname van de vertegenwoordiging van mannen in de mannenspecialismen en de toename van zowel vrouwen als mannen in de evenredige specialismen is vrijwel geheel toe te schrijven aan de sekselabelverandering van huisartsgeneeskunde.

Noten

- 1 Bronnen: Volkstelling 1920 en 1960, Enquête Beroepsbevolking 1995, CBS; Afdeling Statistiek GHI.
- 2 Bronnen: Statistisch Zakboek, Statistisch Bulletin, CBS.
- 3 De publikaties verschenen in 1963, 1966, 1972, 1977, 1983, 1987 en in 1987, met daarin de gegevens van het jaar daarvoor.
- 4 Allergologie is inmiddels de status van zelfstandig specialisme ontnomen. Het hoort weer tot het 'moederspecialisme' interne geneeskunde.
- 5 Deze bevinding lijkt in strijd met de eerdere bevinding dat het aandeel huisartsen onder de mannelijke artsen tussen 1962 en 1995 sterk afnam, terwijl het aandeel huisartsen onder de vrouwelijke artsen aanvankelijk halveerde en later toenam tot 'slechts' het niveau van 1962. De eerste analyse betreft echter het totale artsbestand. Omdat het aantal (vrouwelijke en mannelijke) huisartsen minder toenam dan de aantallen specialisten, sociaal geneeskundigen en overige geneeskundigen, nam *verhoudingsgewijs* het aantal vrouwelijke en mannelijke huisartsen ofwel het aandeel huisartsen onder de vrouwelijke en mannelijke artsen, af. In absolute zin nam het aantal vrouwelijke en mannelijke huisartsen echter toe en als één van de specialismen komt het uit de laatste drie analyses naar voren als het sterkst groeiende 'specialisme'.
- 6 Opvallend is dat de psychiatrie zich heeft ontwikkeld tot een evenredig specialisme met een SSQ_v -waarde van 0,09, terwijl neurologie evolueerde tot een mannenspecialisme met een SSQ_m -waarde van 0,22 (Tabel 3, 1995). Binnen de radiologie heeft zich een ontwikkeling analoog aan die binnen het specialisme zenuw- en zielsziekten voorgedaan. In 1972 zijn namelijk de twee binnen de radiologie bestaande werkerterreinen radiodiagnostiek en radiotherapie erkend als zelfstandige specialismen met elk een opleidingsduur van vier jaar. Daarnaast bleef de radiologie als zelfstandig specialisme bestaan

met de hoofdvakken radiodiagnostiek en radiotherapie. De opleiding tot radioloog duurde op dat moment vijf jaar en dit bleef zo. Net als bij zenuw- en zielsziekten is het register voor radiologen in 1984 gesloten en de opleiding tot radioloog opgeheven. De werkzaamheden van radiologen waren vooral diagnostisch van aard zodat in Tabel 4 (B en C) het aandeel mannelijke radiologen en radiodiagnosten bij elkaar is opgeteld. De radiodiagnostiek ontwikkelde zich tot een mannenspecialisme met een SSQ_m-waarde van 0,56, terwijl de radiotherapie veranderde in een evenredig specialisme met een SSQ_v-waarde van 0,07 (Tabel 3, 1995).

Literatuur

- Beller, A.H. (1985). Changes in the sex composition of U.S. occupations, 1960-1981. *Journal of Human Resources*, 20, 235-250.
- Berg, van den, S.A., A.P.M.M. Rijssenbeek, W. Davidse, J.A. Postma & W.P.M. Dols (1993). *Artsen buiten de curatieve zorg*. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg, TNO.
- Bianchi, S.M. & N. Rytkina (1986). The decline in occupational sex segregation during the 1970s: Census and CPS comparisons. *Demography*, 23, 79-86.
- Bijleveld, L. & A. Derksen (1978). De roeping van een verpleegster. Arbeidsvoorwaarden van verpleegsters in de jaren twintig en dertig in historisch perspectief. In S. Sevenhuijsen (Red.) *Socialistische-Feministische Teksten I*. Amsterdam: Feministische Uitgeverij Sara.
- Boon, J. (1984). *Mannen in een vrouwenberoep: de positieverandering van vrouwen in de openbare bibliotheek*. Den Haag: Nederlands Bibliotheek en Lektuur Centrum.
- Broshuis, C.J. & C. Verschure (1988). *Vrouwen in de intramurale gezondheidszorg*. Utrecht: Nationaal Ziekenhuisinstituut.
- Cotter, D.A., J.M. DeFiore, J.M. Hermsen, B. Marsteller Kowalewski & R. Vanneman (1995). Occupational gender desegregation in the 1980s. *Work and Occupations*, 22, 3-21.
- Dijkstra, T.M. (1992). *Strijd om tijd. Een onderzoek naar meningen en wensen van basisartsen met betrekking tot hun beroeps- en privéleven*. Utrecht: KNMG/Universiteit Utrecht.
- Doorne-Huiskes, A. van & Bedaux-de Jonge (1983). Gezinssituaties en beroepsloopbanen van vrouwelijke artsen. *Gezondheid en Samenleving*, 4, 144-153.
- Faber, F., A. van Doorne-Huiskes & W.H. van Schuur (1995). De beroepssegregatie tussen mannen en vrouwen in Nederland opnieuw in kaart gebracht. Veranderingen in de seksamenstelling van de beroepen in Nederland tussen 1971 en 1981. *Mens en Maatschappij*, 70, 243-259.
- GHI, (1963). *GHI Bulletin. Registratie Medische Beroepen. De artsen*. Den Haag: GHI.
- Hakim, C. (1993). Segregated and integrated occupations: A new approach to analyzing social change. *European Sociological Review*, 9, 289-314.
- Hermann, C. *Vrouwelijke artsen in Nederland. Een onderzoek naar opleiding en beroepswerkzaamheden van vrouwelijke artsen*. Meppel: Krips Repro.
- Heiligers, Ph.J.M., L. Hingstman & J.T.C. Marrée (1997). *Inventarisatie deeltijd werken onder artsen*. Utrecht: NIVEL.
- Heymans, R. & Du Moulin, M. (1996). *Van basisarts tot medisch specialist m/v. Een onderzoek naar seksespecifieke factoren in de doorstroom van basisartsen naar de medische specialisaties*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Jacobs, J.A. (1989). Long-term trends in occupational segregation by sex. *American Journal of Sociology*, 95, 160-173.
- Keizer, M. (1996). Verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten in arbeids- en privésituatie. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 12, 186-199.
- Klijn, A., (1991). *Rechtshulp onderzocht en overdacht*. Arnhem: Gouda Quint BV.
- Kroef, M., I. Jansen & N. Willekens (1986). *Kenauw van Nachtegaal. Vrouwen in de verplegende en verzorgende beroepen*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Ministerie VWS (1995). *Rapportage arbeidsmarkt zorgsector. Deel 2: Tabellenrapport*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Mourik, A. van, J. Siegers & M. Stijnenbosch (1983). Mannelijke verpleegkundigen en vrouwelijke ziekenverzorgenden. De verdeling van het mannelijk en vrouwelijk verplegend personeel over functieniveaus in de intramurale gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Politieke Economie*, 6, nr. 4, 84-95.
- OECD (1985). *The integration of women into the economy*. Parijs: OECD.
- Podmore, D.N. & A. Spencer (1986). Gender and the labourprocess - The case of women and men lawyers. In D. Knights & H. Wilmott (Red.), *Gender and the labourprocess*, 36-53.
- Reskin, B.F. & P.A. Roos (1990). *Job queues, gender queues. Explaining women's inroads into male occupations*. Philadelphia: Temple University Press.
- Rubery, J. & C. Fagan (1993). *Occupational segregation of women and men in the European community*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Schwartz, R.W., W.G. Simpson, W.E. Strodel, R.K. Jarrecky, W.O. Griffin & A. Byron Young (1989). Career change: In quest of a controllable lifestyle. *Journal of surgical research*, 47, 189-192.