

EEN VERGETEN GEBIED IN DE GENEESKUNDE!

GENDER EN DE ONTWIKKELING VAN DE PROFESSIONELE IDENTITEIT
VAN AANSTAANDE ARTSEN

Yvonne Winants

A neglected area in medicine! Gender and the development of the professional identity of medical trainees.

Professional socialization brings about considerable changes in views, norms and values and in self-identification or identity. This article takes a closer look at the impact of gender on the development of professional identity of clinical trainees. In my study of the formation of professional identity I explored three themes: identification, gender differentiation and aspects of professional identity. I found that the image of the ideal doctor among clinical trainees could be characterized as androgynous. But the results on the discrepancy between ideal-image and self-image over time suggest that the instrumental or masculine aspects of the medical professional role are more valued than the feminine or expressive characteristics. The results revealed furthermore that female trainees were better able than their male colleagues to continue identifying with their patients while also identifying increasingly with the medical profession. Moreover, the gender-identity of female trainees proved to be strongly confirmed. This means an implicit confirmation of females being 'different' in the medical profession, which in the long term may impede the integration of female doctors in the medical profession on their own terms. Thus the sex-related practices, as perceived in the clinical training stage, revealed a certain extent of ambivalence towards femininity in the profession, although the ideology that the profession is gender-neutral and offers equal opportunities to everyone has a large following among medical trainees.



Vrouwelijke studenten medicijnen in het begin van de jaren zestig. Locatie onbekend.

Geneeskunde studeren en opgeleid worden tot arts betekent niet alleen kennis verwerven en vaardigheden aanleren, maar het betekent ook gevormd worden tot iemand die in staat is de maatschappelijke rol van arts adequaat in te vullen. Dit impliciete, ietwat verborgen vormingsproces van de persoonlijkheid,

vaak aangeduid als professionele socialisatie of professionalisering, kreeg tot voor kort weinig aandacht binnen medische faculteiten in Nederland. Momenteel lijkt er echter onder invloed van sociale veranderingen binnen en buiten het beroep, sprake te zijn van een kentering (Dupuis & Thung, 1992; Metz,

Pels Rijcker-Van Erp, Kip & Van den Brand Valkenburg, 1994; Van Luijk, Van Santen-Hoeufft, Hillen & Smeets, 2000; Scherpbier, 2000). De medische beroepsrol heeft als kernelement het inzetten van kennis en kunde bij het pogen om ziekte en gebrek te genezen en het lijden van de medemens te verlichten. Hoe dit *pogen* vorm moet krijgen en op welke manier deze maatschappelijke rol concreet ingevuld moet worden, blijkt in sterke mate tijd- en cultuurgebonden te zijn. De rolvoorschriften zijn het resultaat van een lange geschiedenis van onderhandelingen en compromissen, waarin naast de beroepsgroep ook veranderingen in publieke opinie, in verwachtingen van patiënten en de overheid een grote rol spelen.

Nu zijn de maatschappelijke opvattingen over de rol en plaats van de geneeskunde in de moderne westerse samenleving de afgelopen decennia behoorlijk verschoven (Dunning, 1981; McKeown, 1979). Ook veroorzaken veranderingen in het morbiditeitspatroon naar meer ouderdomsziekten en meer chronische of ongeneeslijk ziekten een accentverschuiving in het medisch handelen. 'Care' (begeleiding) van patiënten is geleidelijk aan belangrijker geworden en moet nu naast 'cure' (behandeling) een integraal bestanddeel van goed medisch handelen gaan vormen (Mulder, 1996; Mol & Van Lieshout, 1989). Ook veranderen door nieuwe wet- en regelgeving, budgettering of reorganisaties de onderlinge verhoudingen zoals die tussen arts en patiënt of die tussen arts en organisatie. Deze veranderingen stellen andere eisen aan moderne artsen die nu worden opgeleid. Artsen worden geacht uit hun ivoren toren te komen en moeten 'alledaagser' worden (Metz, 1993). Zij kunnen zich steeds minder een autoritaire houding permitteren en kunnen niet meer volstaan met verwijzing naar medische expertise alleen, maar dienen ook te onderhandelen met patiënten. Verder worden samenwerking en teamwork binnen het medisch beroep steeds belangrijker. Moderne artsen moeten sociaal vaardig en sociaal intelligent zijn, en meer dan vroeger in staat zijn om adequaat te communiceren met patiënten en met elkaar (Bensing, 1991; Meeuwesen, Schaap & Van der Staak, 1991; Rouneau, 1994; Mulder, 1996; Goleman, 1996).

Een volgende grote verandering is de verschuiving van de sekseverhoudingen in de medische beroepsgroep en studentenpopulatie. Van oudsher was het artsenberoep een door mannen gedomineerd beroep. Vrouwelijke artsen vormden generaties lang een minderheid, die weinig invloed kon doen gelden op inhoud en inrichting van het beroep. Ook bleken mechanismen als sociale sluiting en culturele genderbias in de medische professie te functioneren die integratie van vrouwen en vrouwelijkheid in het medisch beroep belemmerden (Bosch, 1994; Schoon, 1995).

Ook meer recent blijken soortgelijke obstakels voor vrouwelijke artsen nog steeds een rol te spelen (Hermann, 1984; Riska & Wegar, 1993; Allen, 1994; Keizer, 1997). Ondertussen maken vrouwen sinds 1983 ruim de helft van de Nederlandse medische studentenpopulatie uit en sinds 1990 is minstens de helft van de uitstromende basisartsen vrouw (KNMG, 1989; Martens, 1990; Borst-Eilers, 1998). De jonge generatie medisch specialisten-in-opleiding bestaat voor 41% uit vrouwen, de zittende beroepsgroep die deze jonge generatie opleidt en socialiseert bestaat nog grotendeels (79%) uit mannelijke klinisch specialisten (Borst-Eilers, 1998). Overigens voltrekt dit patroon van vervrouwelijking van het medische beroep zich niet alleen in Nederland, maar ook in diverse andere westerse landen.¹

Samenvattend kunnen we stellen dat de druk op de medische professie om te vernieuwen groot is, maar of en in welk tempo dit lukt, is vooralsnog de vraag. Al vaker werd immers beschreven hoe resistent professionele groepen zijn tegen verandering en hoe groot hun vermogen is om de invloed van buiten af te houden (Klinkert, 1974; Freidson, 1975; Van der Krogt, 1981; Lupton, 1994).

Wisselwerking tussen beroeps cultuur in de kliniek en co-assistent

Vrouwelijke en mannelijke studenten ontwikkelen hun professionele identiteit in de beroepscontext van een door mannen gedomineerd beroep. De periode van de co-assistentenschappen, die zich in het vijfde en zesde jaar van de medische opleiding afspeelt, is een vormende en indringende ervaring waarin de student de beroepsrol aanleert en wordt ingewijd in de medische beroeps cultuur (Coombs, 1978; Winants, 1999). Het is een periode waarin de medische student de universitaire schoolbank verlaat en letterlijk en figuurlijk de witte jas aantrekt. Voor het eerst wordt zij of hij door de omgeving als arts aangesproken, door patiënten, artsen, verpleegkundigen en andere werkers in de gezondheidszorg. Fahrenfort (1985) verrichtte een kwalitatieve studie naar het veranderingsproces van co-assistenten tijdens het co-assistentenschap interne geneeskunde en beschreef het opleidingsklimaat in het ziekenhuis als een wereld van hard werken en geconfronteerd worden met emotionele zaken waarvan het bestaan wordt ontkend of gebagatelliseerd. In de co-assistentenschappen zouden de studenten worden 'ingelijfd' in de professionele cultuur van artsen, hetgeen zij benoemt als een proces van medicalisering van de medische student. Als leek betreedt de student de opleidingskliniek en in een sfeer van *Umwertung aller Werte* en vervreemding zou de student het lekenperspectief - dat een sterke identificatie met de patiënt inhoudt - vervuilen voor

het artsenperspectief, dat een carrièreperspectief is.

Lupton (1994) beschreef de medische opleiding in de Verenigde Staten als een leercontext, die op een positivistische wetenschapsopvatting is gebaseerd en gericht is op snelle productie van kennis en vermeerdering van feiten. Er is weinig aandacht voor de menselijke communicatie of de geschiedenis en de epistemologie van de geneeskunde.

Medische studenten wordt geleerd dat er voor elke situatie of ziekte een diagnose is en dat bij elke ziekte een set van behandelstrategieën hoort. Wanneer medische studenten naar een druk opleidingsziekenhuis gaan, is er weinig ruimte voor onzekerheid, aarzeling en dubbelzinnigheid. De goede student wordt geacht snel te oordelen en een zaak snel af te handelen. Medische studenten worden erin getraind om patiënten vooral te zien als ziekten en daarmee als gemakkelijk te diagnosticeren en in te delen in eendimensionale hokjes. Medische studenten worden in hun opleiding vooral gestimuleerd om hun vermogen te versterken tot een no-nonsense-aanpak en tot een zakelijke, neutrale houding van reageren op delicate of in verlegenheid brengende situaties in de hulpverlening aan patiënten (Lupton, 1994).

In ons eigen onderzoek naar percepties van de medische beroeps cultuur onder co-assistenten vonden wij² dat deze beroeps cultuur in hun ogen wordt gekenmerkt door grote machtsongelijkheid tussen artsen onderling en een sterkere gerichtheid op competitie en individuele profilering van professionals onderling dan op samenwerking en onderlinge steun (Winants, 1999).

Omdat in de genoemde studies de reflectie op de werking van gender in het socialisatieproces van aanstaande artsen nog ontbreekt, gingen wij te rade bij Benschops empirisch onderzoek naar gender in arbeidsorganisaties (1996). Zij concludeert dat in de huidige werkpraktijk, ondanks de verschuivingen in genderideologie en maatschappelijke opvattingen over de verhoudingen tussen de seksen, in de praktijk nog steeds een stereotiepe en traditionele karakterisering van mannelijkheid en vrouwelijkheid dominant is. De sociale en praktische verschuivingen die uit de veranderde opvattingen zouden moeten voortvloeien, blijven uit of zijn nog onvoldoende doorgedrongen in de praktijk. Benschop introduceerde het begrip gendersubtekst van een organisatie.³ Zij liet zien hoe de reproductie van genderongelijkheid in zijn werk gaat ondanks een expliciet emancipatiebeleid gericht op gelijke kansen voor mannen en vrouwen. Hierbij bleken op persoonsniveau de volgende zaken van belang:

- ambities;
- de noodzaak om de formele gelijkheidsideologie

van de organisatie te onderschrijven;

- de wijze waarop mannen en vrouwen zichzelf identificeren en geïdentificeerd worden.

De ambities van vrouwelijke werknemers bleken sterk gerelateerd aan de praktische mogelijkheden in de organisatie. Het streefniveau werd neerwaarts bijgesteld wanneer de haalbaarheid van loopbaanwensen in de praktijk gering was. Verder bleek de filosofie van 'gelijke kansen voor vrouwen en mannen' - die populair was in de onderzochte organisatie - het zicht op reële inkomens- en statusverschillen tussen de seksen en op de evidente verschillen in doorstroming naar hogere functies, te belemmeren. Deze verschillen werden door de respondenten vaak gebagatelliseerd, vergoelikt of ontkend (Benschop, 1996).

Hoe nu functioneert gender in de concrete opleidingscontext van co-assistenten, vroegen wij ons af. Hiertoe werd een empirisch onderzoek opgezet waarin de volgende vraagstellingen centraal stonden:

- Met wie identificeren co-assistenten zich tijdens de klinische stages?
- Welk beeld hebben co-assistenten van de ideale arts, is dit beeld meer prototypisch mannelijk of vrouwelijk ingekleurd? Hoe verhoudt dit ideaal zich tot hun zelfbeeld?
- Nemen co-assistenten sociale interactie waar die duidt op ongelijke behandeling van vrouwen en mannen?

Om deze laatste vraagstelling te beantwoorden werden de volgende deelvragen gesteld:

- Wordt de genderidentiteit van co-assistenten bekrachtigd in de werksetting?
- Nemen co-assistenten een erotisering van de sociale verhoudingen in de setting van de klinische stage waar?
- Nemen co-assistenten een voorkeursbehandeling voor mannelijke collega's waar?
- Nemen co-assistenten ongewenste intimiteiten waar?

Om in beeld te krijgen of vrouwen in de opleidingscontext anders worden aangesproken dan mannen, vroegen wij ons per vraagstelling af of er sprake is van een seksspecifiek patroon. Ook hebben we bij elke vraagstelling onderzocht of er in de loop van de tijd veranderingen optraden. Dit omdat een socialisatieproces veelal pas in de loop van de tijd veranderingen op het niveau van de persoon laat zien.

Hypothesen over identificatie, ideaalbeeld en seksegebonden praktijken

Het proces van identificatie met de beroepsrol van arts is geen sinecure en gaat gepaard met talrijke dilemma's en paradoxen voor de nieuwkomer (Fahrenfort, 1985; Baneke, 1987; Firth-Cozens, 1990; Batenburg, 1995). De eerste hypothese is gebaseerd op de beschreven verschuivende identificatie van co-

assistenten met de patiënt – het lekenperspectief – naar die met artsen. We nemen dan ook aan dat co-assistenten zich in de loop van de tijd minder met de patiënt identificeren, waardoor een afname optreedt in compassie en meevoelen met het lijden van de patiënt, en dat de identificatie met artsen in de loop van de tijd toe zal nemen.

Omdat momenteel de meest statusrijke rollen nog steeds worden vervuld door mannelijke artsen (Keizer, 1997; Borst-Eilers, 1998), nemen we verder aan dat mannelijke artsen het sterkst worden beleefd als cultuurdragers; co-assistenten van beide seksen zullen zich derhalve waarschijnlijk het meest met mannelijke artsen identificeren. Omdat vrouwelijke arts-assistenten echter een steeds groter deel vormen (41% in 1999) van de groep artsen die in de praktijk de zwaarste rol hebben in de werkbegeleiding van co-assistenten, vragen wij ons af of loyaliteit aan hen de identificatie met vrouwelijke rolvoorbeelden ook versterkt.

Ook het arts-ideaalbeeld zal waarschijnlijk worden beïnvloed door het gegeven dat de 'helden' en cultuurdragers binnen de medische professie nog voornamelijk van het mannelijk geslacht zijn. Het is aannemelijk dat co-assistenten meer prototypisch mannelijke dan vrouwelijke eigenschappen toeschrijven aan het ideaalbeeld van een arts.

Wat het zelfbeeld betreft veronderstellen we dat vrouwelijke co-assistenten zichzelf sterker herkennen in vrouwelijke of expressief georiënteerde termen en mannelijke co-assistenten meer in de mannelijke, instrumenteel georiënteerde termen.⁴ Tot slot verwachten we dat het zelfbeeld van co-assistenten onder invloed van de medische cultuur verschuift naar minder vrouwelijk in de loop van de tijd.

Voor deze hypothesen over de seksegebonden praktijken in de medische opleidingscontext hebben we ons laten leiden door de theorie van de macht van de vanzelfsprekendheid (Komter, 1985) en de token-theorie (Kanter, 1977). Deze leren dat een minderheidspositie en seksestereotypen het sociale verkeer binnen arbeidsverhoudingen sterk kunnen beïnvloeden. Dit geldt in sterkere mate voor mannenberoepen of door mannen gedomineerde werkcontexten dan voor vrouwenberoepen (Ott, 1985; Timmerman, 1990). Omdat vrouwelijke artsen in de medische professie langdurig een minderheidspositie hebben bekleed en veranderingen in het denken over gender nog niet direct zijn doorgedrongen in praktijken, veronderstellen we dat vrouw-zijn en arts-zijn door de opleidende medische klasse nog steeds als een ongebruikelijke combinatie wordt ervaren. Indien deze aanname correct is zal de genderidentiteit van vrouwelijke co-assistenten meer aandacht krijgen en zullen vrouwen sterker aan hun sekse worden herinnerd dan mannelijke co-assistenten.

De macht van de vanzelfsprekendheid maakt dat de geprivilieerde positie van mannen nauwelijks wordt geïdentificeerd en dat een dienende, ondersteunende of assisterende rol van vrouwen als juist en adequaat wordt opgevat (Komter, 1990). Ook wordt de ongelijkheid tussen de seksen soms geïdealiseerd en als een adequate omgangsvorm tussen vrouwen en mannen bekrachtigd. Machtsongelijkheid tussen vrouw en man kan dan gemakkelijk worden gero-mantiseerd. Dit leidt mogelijk tot een erotisering van de verhoudingen en de omgangsvormen op de werkplek. Ook nemen we aan dat in de klinische setting een subtiele voorkeur voor mannelijke artsen en co-assistenten voelbaar is. We nemen tot slot aan dat ongewenste intimiteiten voorkomen en vooral door vrouwen worden ervaren.

In eerder onderzoek naar percepties van co-assistenten (Winants, 1999) vonden we dat vooral de percepties van co-assistenten van de hun omringende cultuur veranderden in de loop van de beroepssocialisatie en niet hun normatieve oordeel over deze cultuuraspecten. Gevorderde co's bleken de cultuuraspecten pregnanter waar te nemen. Op basis hiervan veronderstellen we dat ook in dit geval de percepties van onder andere 'sfeer van erotisering' en 'voorkeur voor mannen' sterker worden waargenomen in de loop van de tijd. Samengevat luiden de hypothesen:

1. De identificatie vertoont veranderingen in de loop van de tijd, in die zin dat co-assistenten zich in de loop van hun co-assistentenschappen *minder* identificeren met patiënten en *meer* met de artsen-opleiders.
2. De identificatie vertoont een seksspecifiek patroon, in die zin dat co-assistenten zich het sterkst met mannelijke artsen identificeren.
3. Het ideaalbeeld van arts is voor co-assistenten meer prototypisch mannelijk ingekleurd dan prototypisch vrouwelijk.
4. De discrepantie tussen ideaal- en zelfbeeld op de mannelijke dimensie is en blijft in de loop van de tijd groot.
5. Het zelfbeeld van vrouwelijke co-assistenten wordt in de loop van de tijd minder vrouwelijk.
6. De genderidentiteit van vrouwen wordt sterker benadrukt dan die van mannen.
7. De perceptie van 'sfeer van erotisering' wordt sterker in de loop van de tijd.
8. De perceptie van 'voorkeur voor mannen' wordt sterker in de loop van de tijd.
9. Ongewenste intimiteiten worden voornamelijk door vrouwen ervaren.

Methodologie en respons

De onderzoeksvragen werden beantwoord aan de hand van een semi-kwantitatief, longitudinaal vragenlijstonderzoek met twee meetmomenten met een

interval van 1 jaar. Over de seksegebonden praktijken werd additioneel enig kwalitatief materiaal verzameld door enkele open vragen te stellen over de ervaringen tijdens de co-assistentenschappen. De vragenlijsten zijn opgebouwd uit een aantal items waarop de respondenten konden antwoorden op een vierpuntsantwoordschaal van '1: volledig eens' tot '4: volledig oneens' of '1: helemaal niet' tot '4: heel goed'.

Ter validering van de verschillende concepten werden op de data van de eerste meting (N=185) eerst factoranalyses uitgevoerd en correlaties berekend, waardoor inhoudelijke samenhang tussen items al of niet werd bevestigd. Daarna werd de betrouwbaarheid van de samengestelde variabelen onderzocht met *reliability*-testen (Cronbachs alpha). Als achtergrondvariabelen werden sekse, leeftijd, fase van co-assistentenschappen, opleiding van vader en moeder, leefsituatie, wel of geen extra vooropleiding en wel of geen arts in de familie geïnventariseerd. (Voor een overzicht van de variabelen zie Appendix 1.)

De respons bij de eerste meting, waarbij 170 co-assistenten en 69 vierdejaarsstudenten werden gevraagd, bedroeg 77% (n=185). De respons in de onderscheiden groepen co-assistenten en vierdejaarsstudenten, vlak voor aanvang van het co-assistentenschap apart bedraagt respectievelijk 80% en 70%. De non-respons onder co-assistenten bestaat uit 48 personen, waarbij de mannen een kleine meerderheid vormen. Bij de vierdejaarsstudenten bestaat de non-respons uit 21 personen, waarvan 11 vrouwen en 10 mannen. (Voor gedetailleerde informatie zie Appendix 2.)

De sekseverschillen werden onderzocht aan de hand van de data van de eerste meting. De veranderingen in de tijd werden bestudeerd in een longitudinaal design, waarbij respondenten van de eerste meting dezelfde vragenlijst een jaar later opnieuw voorgelegd kregen. De respons van het longitudinale onderzoek bedroeg 70,4%.

Resultaten

Identificatie

Op de vraag met wie co-assistenten zich identificeren, blijkt dat zij zich het sterkst identificeren met artsen, zowel met vrouwelijke als met mannelijke artsen (gemiddelde score respectievelijk 2.8 en 2.7). Ze identificeren zich slechts in geringe mate met patiënten, verpleegkundigen en fysiotherapeuten (gemiddelde scores respectievelijk 1,5; 1,7 en 1,3).

Er blijkt een seksspecifiek patroon van identificatie: beide seksen identificeren zich met mannelijke artsen, maar alleen vrouwelijke co-assistenten identificeren zich daarnaast ook sterk met vrouwelijke artsen (zie Appendix 3). Co-assistenten identificeren zich niet sterk met patiënten, maar nog minder met verpleegkundigen en fysiotherapeuten.

Wij vroegen ons af of deze identificatie in de loop van de tijd verandert en of vrouwen anders veranderen dan mannen. Co-assistenten blijken zich in de loop van de tijd niet minder, maar meer met patiënten te gaan identificeren. Deze verschuiving moet echter vooral aan vrouwelijk co-assistenten worden toegeschreven (zie Appendix 3). Ook vertonen vrouwelijke co-assistenten een verandering in de tijd in de mate van identificatie met hun mannelijke artsen-opleiders: zij gaan zich sterker met hen identificeren. Bij mannelijke co-assistenten wordt deze verandering in de tijd niet gezien. Wel gaan die zich aan het eind van de studie iets sterker met fysiotherapeuten identificeren.

Ideaalbeeld en zelfbeeld

Op de vraag of de ideale arts meer prototypisch mannelijk of vrouwelijk is, kwam naar voren dat in de ogen van co-assistenten de ideale arts androgyn is, dus zowel vrouwelijke als mannelijke eigenschappen vertoont (zie Appendix 3). De ideale arts bezit een aantal mannelijke of instrumentele eigenschappen: is zelfverzekerd, dominant, eerzuchtig of ambitieus en moedig, denkt logisch en heeft een groot abstractievermogen, gaat methodisch te werk en is formeel. Tegelijkertijd dient de ideale arts echter ook tactvol en begrijpend, aantrekkelijk, emotioneel, attent, zorgzaam en gevoelig te zijn en warm spontaan in het contact en nieuwsgierig, kortom een meer vrouwelijk of expressief profiel te vertonen.

Ook het zelfbeeld van co-assistenten werd onderzocht op de dimensies mannelijk/ vrouwelijk en instrumenteel/expressief. Op de pool 'instrumenteel' blijken vrouwelijke co-assistenten een even mannelijk zelfbeeld te hebben als hun mannelijke collega's. Op de pool 'expressief' blijkt hun zelfbeeld, niet onverwacht, sterker vrouwelijk gekleurd te zijn dan dat van mannen.

Veranderen ideaalbeeld/zelfbeeld van co-assistenten in de loop van de tijd? Zelfbeeld en ideaalbeeld laten, los van elkaar bestudeerd, geen verschuiving in de tijd zien. Maar wanneer beide aspecten aan elkaar gekoppeld worden, vertonen zij wel verandering (verschilscore ideaal- en zelfbeeld). Het verschil tussen ideaal- en zelfbeeld op de instrumentele of mannelijke dimensie fluctueert weliswaar in de tijd bij zowel vrouwelijke als mannelijke co-assistenten, maar het verschil tussen ideaal- en zelfbeeld blijft op deze dimensie bestaan. Het verschil tussen ideaal- en zelfbeeld op de vrouwelijke dimensie vertoont een ander patroon, in die zin dat bij vrouwelijke co-assistenten de discrepantie aanwezig is en blijft in de tijd. Bij mannelijke co's blijkt echter op de vrouwelijke dimensie nauwelijks verschil tussen ideaal- en zelfbeeld te zijn en dit blijft ook zo in de loop van de tijd (zie Appendix 3).

Genderidentiteit en de seksegebonden praktijken

Op de vraag in hoeverre men zich bewust wordt van de eigen sekse in de klinische stage en op de vraag of co-assistenten de genoemde sferaspecten waarnemen, blijkt dat co-assistenten zich enigszins bewust zijn van de eigen sekse in de context van de klinische stages en dat ze nauwelijks een erotisering van de atmosfeer of van de betrekkingen tussen vrouwen en mannen percipiëren. Het is wel zo dat ze enigszins een voorkeur voor mannen waarnemen. Ongewenste intimiteiten richting collega's of patiënten worden nauwelijks gepercipieerd, noch geven ze aan zelf deze ervaringen te hebben. Wanneer men de scores van de 3 vragen over 'ongewenste intimiteiten' met elkaar vergelijkt, blijken ongewenste intimiteiten richting collega's nog het meest te worden waargenomen (zie ook Appendix 3).

Wanneer we de veranderingen in de tijd bij co-assistenten beschouwen, zien we dat alleen vrouwelijke co-assistenten een significante toename vertonen van het 'bewustzijn van de eigen sekse'. Deze verhoogde aandacht blijkt vooral op te treden in de beginfase van de co-assistentenschappen, wanneer de studenten de kliniek betreden. De entree in de medische beroeps wereld blijkt voor vrouwelijke co-assistenten een significante toename van hun besef van vrouw-zijn op te leveren, terwijl mannelijke co-assistenten in dezelfde fase van hun ontwikkeling een dergelijke toename van hun besef van eigen sekse niet laten zien.

Ten aanzien van de perceptie van de onderscheiden sferaspecten valt op dat de perceptie van erotisering toeneemt bij de gehele groep co-assistenten, maar vooral bij de vrouwelijke co-assistenten.

De ervaring en de 'perceptie van ongewenste intimiteiten' blijkt geen significante verandering te vertonen. Daarentegen is dit wel het geval ten aanzien van de perceptie van een eventuele voorkeursbehandeling voor mannelijke co's of artsen. Op dit punt blijken zowel vrouwelijke als mannelijke co-assistenten een significante afname te vertonen. Gaf men bij de eerste meting aan mogelijk nog enige voorkeursbehandeling voor mannen waar te nemen (score 2,5), bij de tweede meting blijkt iedereen dit minder of niet meer waar te nemen. Deze significante afname tekent zich af bij *alle* subgroepen.

Ongewenste intimiteiten

Uit het kwalitatieve deel van de studie is extra informatie met betrekking tot ongewenste intimiteiten verkregen. Op de vraag of co-assistenten zelf ervaring hebben met ongewenste intimiteiten geeft 6% en bij de tweede meting 14% van de ondervraagde vrouwelijke co-assistenten aan bepaalde zaken als zodanig te

hebben ervaren. Bij de eerste meting gaven zes vrouwen (6%) aan zelf ervaring te hebben met intimiteiten die als ongewenst werden ervaren. Er werd enkele keren melding gemaakt van onnodige aanrakingen en aanrakingen langer dan noodzakelijk. De mannelijke co-assistenten rapporteerden geen eigen ervaringen op dit vlak. Bij de tweede meting maakten 11 vrouwen en 2 mannen melding van ongewenste intimiteiten.

Ook op de vraag of men ongewenste intimiteiten ziet richting collega's luidt het antwoord bevestigend. Dertien vrouwelijke (12%) en 12 mannelijke (15%) co-assistenten rapporteerden bij de eerste meting dat ze getuige waren van ongewenste intimiteiten richting collega's. Bij de tweede meting gaven 14 vrouwelijke (18%) en 12 mannelijke (22%) co-assistenten aan gehoord te hebben van ongewenste intimiteiten ten opzichte van collega-studenten. Zowel mannelijke als vrouwelijke co's noemden aanrakingen iets vaker dan seksistische opmerkingen. In de voorbeelden die mannen geven, kwam vaker het woord 'seks...' voor dan in de voorbeelden van de vrouwelijke co's. Opmerkelijk is dat, zonder dat er expliciet naar gevraagd is, drie keer melding werd gemaakt van ongewenste intimiteiten door patiënten ten opzichte van collega-co-assistenten. Dit waren allen mannelijke co-assistenten.

Ongewenste intimiteiten ten opzichte van patiënten blijken weinig voor te komen. Bij de eerste meting vermeldden vijf mannelijke co-assistenten en twee vrouwelijke co-assistenten ongewenste intimiteiten ten opzichte van patiënten, vooral in de vorm van 'onnodig' medisch onderzoek. Bij de tweede meting gaven negen vrouwen en een man dergelijke incidenten aan. Eén mannelijke en één vrouwelijke co-assistent beschreven hun indruk dat artsen/opleiders een zekere voorkeur lijken te hebben voor bepaalde patiënten. Ook medische handelingen kunnen bij co-assistenten de indruk wekken grenzen van het gepaste of gewenste te passeren. Een vrouwelijke co-assistent noteerde: 'slipje omlaag houden (voorbij haargrens) voor opwekken buikhuidreflexik zou dat als ongewenst ervaren, maar betrokken patiënte koppelde dat niet zo terug.'

De prijs van de aanpassing.

Co-assistenten blijken zich het meest met mannelijke artsen te identificeren, waarmee bevestigd is dat zij vooralsnog de belangrijkste rolmodellen zijn tijdens de klinische fase voor de nieuwe generatie artsen. Verder blijken vrouwelijke co-assistenten zowel vrouwelijke als mannelijke artsen-opleiders tot voorbeeld te kiezen, maar houden mannelijke co-assistenten het bij hun mannelijke rolvoorbeelden.

Ten aanzien van ideaalbeeld en zelfbeeld moesten

de meeste hypothesen worden verworpen, met uitzondering van de discrepantie tussen ideaal- en zelfbeeld die op de mannelijke dimensie bij alle co-assistenten groot bleek te blijven. Dit houdt waarschijnlijk verband met de hoge culturele waarde die van oudsher in de medische professie wordt toegekend aan rationaliteit en medische expertise, die liefst door een objectieve en 'neutrale' beroepsbeoefenaar wordt toegepast. De communicatieve en intermenselijke aspecten van het medisch handelen worden wel als belangrijk gezien, maar zijn minder cruciaal en vormen niet de kern van het medisch handelen voor de meeste opleidende klinici.

Ten aanzien van de seksegebonden praktijken blijkt te worden bevestigd dat de genderidentiteit van vrouwelijke co-assistenten, conform de hypothese, wordt versterkt in de context van de klinische stades en die van mannelijke co-assistenten niet. Deze bekrachtiging valt vooral op in de startfase van de co-assistentenschappen. Er lijkt bij vrouwelijke co-assistenten een ander mechanisme van kracht dan voor hun mannelijke collega's.

Verder neemt de perceptie van een zekere mate van erotisering in de atmosfeer van klinische stades toe in de loop van de tijd, conform de hypothese. Daarnaast blijken vrouwelijke co-assistenten sterker een voorkeursbehandeling voor mannen in de medische professie waar te nemen dan hun mannelijke collega's. Vrouwen blijken sensitief te zijn voor deze vorm van mogelijke discriminatie. Echter het longitudinale verloop van deze perceptie wijkt sterk af van de verwachting.

Vrouwelijke co-assistenten rapporteren ook meer ervaringen met ongewenste intimiteiten. Uit de antwoorden op de open vragen over de seksegebonden praktijken blijken vrouw-zijn en vrouwelijkheid zeker aandacht te krijgen in de medische beroepsgroep. Negatieve uitingen hierover blijken geen uitzondering te zijn. Wel moet hierbij rekening worden gehouden met het gegeven dat vooral vragen zijn gesteld over negatieve uitingen over patiënten en vrouwen en niet over mannelijke patiënten of mannelijke artsen.

De bevinding dat in de setting van de kliniek seksistische uitingen en denigrerende uitlatingen over vrouwen voorkomen en worden opgemerkt door co-assistenten, stemt tot nadenken. Ook in de literatuur werd hier de afgelopen jaren aandacht aan besteed (Nicolson & Welsh, 1993; Komaromy, Bindman, Haber & Sande, 1993). Dit leverde meer inzicht op in de negatieve werking van dergelijke uitingen op aanstaande artsen. Het feit dat de spreker vaak geen vervelende bedoelingen heeft, doet helaas aan deze negatieve effecten niets af. Zeker een medische beroepsgroep kan zich op dit vlak geen incorrect

gedrag veroorloven en moet zich van dergelijke uitingen onthouden.

Er kwamen ook verrassende en niet-verwachte bevindingen naar voren in de studie. Zo blijkt het proces van professionele socialisatie bij vrouwelijke studenten anders te verlopen dan dit vroeger beschreven werd (Becker et al., 1961; Fahrenfort, 1985). Een proces van toenemende medicalisering en zich afwenden van het patiëntenperspectief kon in dit onderzoek niet worden gevonden. Bij vrouwelijke co-assistenten blijkt sprake te zijn van een stijgende identificatie met patiënten, parallel aan een toenemende identificatie met mannelijke artsen-opleiders. Bij mannelijke co-assistenten blijkt alleen sprake te zijn van een toenemende identificatie met mannelijke artsen-opleiders. We kunnen concluderen dat vrouwelijke co-assistenten in staat blijken tot een *meer-voudige of duale identificatie*. Een toenemende identificatie met artsen-opleiders als representanten van de eigen beroepsgroep blijkt bij vrouwelijke aanstaande artsen een toenemende vereenzelviging met patiënten niet in de weg te staan. Dit gegeven kan als hoopvol worden beschouwd vanuit het perspectief van kwaliteit van zorg en de toenemende noodzaak voor artsen om meer gelijkwaardigheid, dialoog en onderhandeling in de arts-patiënt-relatie in te brengen in combinatie met voldoende empathie.

De opmerkelijke afname in de waarneming van mogelijk praktijken van bevoordeling van mannelijke artsen zou, conform de inzichten van Benschop (1996), opgevat kunnen worden als een vorm van assimilatie aan de mythe van 'gelijke kansen voor iedereen' en 'seksneutraliteit', die vaker wordt beschreven in organisaties. Maar het is ook mogelijk dat er daadwerkelijk sprake is van een afname van de bevoordeling en positieve discriminatie van mannelijke studenten.

Men kan zich afvragen hoe deze afname zich verhoudt tot de opmerkelijke bevinding dat vrouwelijke co-assistenten bij hun entree in de klinische fase een bekrachtiging ervaren van hun genderidentiteit en zich meer dan in de pre-doctorale fase realiseren dat ze vrouw zijn. Was het in de eerdere stadia van de medische opleiding blijkbaar geen opmerkelijke zaak, binnen de context van de co-assistentenschappen blijkt genderidentiteit voor vrouwen een topic te worden. Deze bevindingen, evenals die op het terrein van seksegebonden praktijken in de context van de stades, roepen de vraag op of hier een vorm van reproductie van sociale ongelijkheid wordt aangetroffen door middel van invloed op het identiteitsarrangement van vrouwen. Vrouw-zijn bekrachtigen in een culturele context van een door mannen gedomineerd beroep, gekenmerkt door mannelijke helden en een overmaat aan mannen in nagenoeg alle hoge functies

(verticale seksesegregatie), betekent het bekrachtigen van anders-zijn en afwijken van de norm. Hoewel deze aandacht voor de vrouwelijkheid van vrouwelijke co-assistenten in de opleidingscontext niet als onaangenaam hoeft te worden ervaren, lijkt hier sprake van een adder onder het gras.

Wanneer vrouwelijke co-assistenten assimileren en zich aanpassen aan de huidige beroeps cultuur en -structuur en dientengevolge de inrichting van het beroep en de onderliggende waarden en normen als vanzelfsprekend gaan zien, dan zal een versterkt bewustzijn van hun vrouw-zijn op de langere duur dilemma's en paradoxen kunnen oproepen, omdat het beroep vooralsnog niet is aangepast aan participatie van grote aantallen vrouwen. Vooral voor vrouwelijke aanstaande artsen is de kans groot dat dilemma's als individueel probleem worden gezien en op de eigen persoon worden betrokken en dat de context niet evenredig wordt geïmplementeerd. Een dergelijk identiteitsarrangement kan de betrokkenheid en de motivatie bij vrouwelijk artsen op de langere termijn onder druk zetten en hun kwetsbaarheid vergroten in het verdere verloop van hun loopbaan. Omdat voor artsen de volgende fase in de loopbaan vaak betekent dat men op jacht gaat naar de schaarce en door velen begeerde (opleidings)plaatsen die toegang geven tot de betere posities in het professionele domein, is de kans groot dat vrouwelijke artsen hun vrouwelijke kanten verhullen in de competitie en zich slechts wensen te profileren op geaccepteerde – lees: meer mannelijke – kwaliteiten. Dit is jammer, omdat op het collectieve niveau van de beroepsgroep zelfbewuste inbreng van feminiene kwaliteiten een meerwaarde zou kunnen betekenen voor het veranderend beroepsprofiel van artsen.

Literatuur

- Allen, J. (1994). *Doctors and their careers: a new generation*. London: Policy Studies Institute.
- Baneke, J. (1987). *Studiesucces, persoonlijkheid en stress bij geneeskundestudenten*. Amsterdam: UvA.
- Batenburg, V. (1995). De terugkommiddag voor co-assistenten: een reflectie. Zoiets laat een scherf in je achter. *Bulletin Medisch Onderwijs*, 14, 32-38.
- Becker, H.S., Geer, B., Huges, E.C., & Strauss, A.L. (1961). *Boys in white*. Chicago: University of Chicago Press.
- Benschop, Y. (1996). *De mantel der gelijkheid: gender in organisaties*. Assen: van Gorcum.
- Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Social Science and Medicine*, 32, 1301-1310.
- Borst-Eilers, E. (1998). Vrouwen aan de top. *VWS Bulletin*, 3.
- Bosch, M. (1994). *Het geslacht van de wetenschap. Vrouwen en hoger onderwijs in Nederland 1878-1948*. Amsterdam: SUA.
- Coombs, R. (1978). *Mastering medicine, professional socialisation in medical school*. The Free Press.
- Dunning, A. (1981). *Broeder ezel. Over onvermogen in de geneeskunde*. Utrecht: Bunge.
- Dupuis, H. & Thung, P. (1992). Casuïstiek I. In H. Dupuis, P. Thung & A. Kerkhoff (Eds.), *Voordelen van de twijfel, een inleiding tot de gezondheidsethiek*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Elston, M. (1993). Women doctors in a changing profession: the case of Britain. In E. Riska & K. Weger (Eds.), *Gender, work and medicine* (pp.27-61). London: Sage Publications.
- Fahrenfort, M. (1985). *Een doktersroman. Een verkenning van de ervaringswereld van arts en patiënt op een polikliniek interne geneeskunde*. Amsterdam: UvA.
- Firth-Cozens, J. (1990). Sources of stress in women junior house officers. *British Medical Journal*, 301, 89-91.
- Freidson, E. (1975). *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. Chicago/London: University of Chicago Press.
- Goleman, D. (1996). *Emotionele intelligentie. Emoties als sleutel tot succes*. Amsterdam: Contact.
- Hermann, C. (1984). *Vrouwelijke artsen in Nederland. Een onderzoek naar opleiding en beroepswerkzaamheden van vrouwelijke artsen*. Meppel: Krips Repro.
- Kanter, R. (1977). *Men and women of the corporation*. New York: Basic Books.
- Keizer, M. (1997). *De dokter spreekt. Professionaliteit, gender en uitsluiting in de medische specialismen*. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht.
- Klinkert, J. (1974). *Macht van artsen. Een bezorgde verkenning van een professie*. Assen: Van Gorcum en Comp.
- KNMG (1989). *Rapport van de commissie problematiek van de vrouwelijke arts*. Utrecht: KNMG.
- Komaromy, M., Bindman, A., Haber, R. & Sande, M. (1993). Sexual harassment in medical training. *The New England Journal of Medicine*, 328 (5), 322-326.
- Komter, A. (1985). *De macht van de vanzelfsprekendheid in relaties tussen mannen en vrouwen*. Den Haag: VUGA.
- Komter, A. (1990). *De macht van de dubbele moraal*. Amsterdam: Van Gennep.
- Krogt, T. van der (1981). *Professionalisering en collectieve macht, een conceptueel kader*. Den Haag: VUGA.
- Lorber, J. (1993). Why women will never be true equals in the American medical profession. In E. Riska & K. Weger (Eds.), *Gender, work and medicine* (pp. 62-76). London: Sage.
- Luijk, S. van, Santen-Hoeufft, M. van, Hillen, H. & Smeets, J. (2000). Het beoordelen van professioneel gedrag bij studenten en artsen. *Tijdschrift voor Medisch*

- Onderwijs, 19(5), 163-171.
- Lupton, D. (1994). *Medicine and culture, illness, disease and the body in western societies*. London: Sage.
- McKeown, T. (1979). *The role of medicine*. Oxford: Basil Blackwell.
- Meeuwesen, L., Schaap, C. & Staak, C. van der (1991). Verbal analysis of doctor-patient communication. *Social Science and Medicine*, 32, 1143-1150.
- Metz, J. (1993). Leren en onderwijzen in de geneeskunde. *Bulletin Medisch Onderwijs*, 12, 11-26.
- Metz, J., Pels Rijcker-Van Erp, T., Kip, E. & Brand Valkenburg, B. van den (1994). *Raamplan 1994 artsopleiding. Eindtermen van de artsopleiding*. Nijmegen: KUN.
- Mol, A. & Lieshout, P. van (1989). *Ziek is het woord niet. Medicalisering, normalisering en veranderende taal van huisartsgeneeskunde en geestelijke gezondheidszorg (1945-1985)*. Nijmegen: SUN.
- Mulder, H. (1996). *Het medisch kunnen. Technieken, keuzen en zeggenschap*. Assen: Van Gorcum.
- Nickerson, K., Bennett, N., Estes, D. & Shea, S. (1990). The status of women at one academic center. *Journal of the American Medical Association*, 264(14), 1813-1817.
- Nicolson, P. & Welsh, C. (1993). Sexual harassment, male dominated organization and the role of counseling psychology: the case of medical school. *Counseling Psychology Quarterly*, 4, 291-301.
- Notzer, N. & Brown, S. (1995). The feminization of the medical profession in Israel. *Medical Education*, 29, 377-381.
- Ott, M. (1985). *Assepoesters en kroonprinsen. Een onderzoek naar de minderheidspositie van agentes en verplegers*. Amsterdam: SUA.
- Riska, E. & Wegar, K. (1993). *Gender, work and medicine. Women and the medical division of labour*. London: Sage.
- Rouneau, C. (1994). *Doctor's gender and patient care: a study of perceived general practitioner behavior during consultations*. Antwerpen.
- Scherpbier, A. (2000). *Voorstel voor het nieuwe Maastrichtse curriculum: best evidence based medical education*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Schoon, L. (1995). *De gynaecologie als belichaming van vrouwen. Verloskunde en Gynaecologie 1840-1920*. Zutphen: Walburg pers.
- Sieverding, M. (1990). *Psychologische Barrieren in der beruflichen Entwicklung von Frauen. Das Beispiel der Medizinerinnen*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Timmerman, G. (1990). *Werkrelaties tussen vrouwen en mannen. Een onderzoek naar ongewenste intimiteiten in arbeidssituaties*. Amsterdam: SUA.
- Winants, Y. (1999). *Co-assistenten als inwijding in de medische beroeps cultuur. Gender in de socialisatie tot arts*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Woodward, C., Cohen, M. & Ferrier, B. (1990). Career interruptions and hours practiced: comparison between young men and women physicians. *Canadian Journal of Public Health*, 81, 6-20.

Noten

- Ook in andere Westerse landen als de Verenigde Staten, Canada, Israël, Duitsland en Groot-Brittannië ziet men een snelle toename van het aantal vrouwelijke studenten en artsen (Nickerson, Bennett, Estes & Shea, 1990; Lorber, 1993; Woodward, Cohen & Ferrier, 1990; Notzer & Brown, 1995; Sieverding, 1990; Elston, 1993)
- Aan het onderzoek werd meegewerkt door prof. dr. A. Knottnerus, prof. dr. G. Essed, dr. G. Noordenbos en dr. F. van der Horst.
- De gendersubtekst in organisaties is een proces waardoor een systematisch genderonderscheid, dat gerelateerd is aan processen van hegemoniale genderregulering en dat deels impliciet deels expliciet naar voren komt in sociale praktijken in organisaties, als dualiteit gereproduceerd wordt via een gelaagd stelsel van arrangementen op structuur- en handelingsniveau.
- In het onderzoek van Sieverding (1990) over psychologische barrières voor vrouwelijke artsen worden de termen instrumenteel respectievelijk expressief gebruikt voor meer mannelijke respectievelijk meer vrouwelijke typering.

Appendix I

Operationalisatie van variabelen in items

Identificatie

Items:

- ik identificeer me als co-assistent het meest met patiënten.
- ik identificeer me als co-assistent het meest met mannelijke artsen.
- ik identificeer me als co-assistent het meest met verpleegkundigen.
- ik identificeer me als co-assistent het meest met fysiotherapeuten.
- ik identificeer me als co-assistent het meest met vrouwelijke artsen.
- ik identificeer me als co-assistent het meest met overigen.

Beeld ideale arts en zelfbeeld

De variabele *vrouwelijke/mannelijke eigenschappen toegeschreven aan de ideale arts* en de variabele *vrouwelijke/mannelijke eigenschappen toegeschreven aan zichzelf* zijn gemeten met de 'BEM sex-role inventory', door van onderstaande eigenschappen op een 4-puntschaal aan te geven in hoeverre dit volgens de respondenten eigenschappen zijn van een ideale arts en in hoeverre die op de respondent van toepassing zijn.

12 eigenschappen, passend bij het mannelijk prototype ($\alpha = 0.66$): *joviaal, groot abstractievermogen, eerzuchtig, logisch denken, zelfverzekerd, dominant, rationeel, durf, methodisch, ambitieus, formeel, krachtig*

14 eigenschappen, passend bij het vrouwelijk prototype ($\alpha = 0.69$): *spontaan, aantrekkelijk, tactvol, begrijpend, afhankelijk, zachtvaardig, overgevoelig, emotioneel, attent, warm, gezellig, gevoelig, nieuwsgierig, zorgzaam*

Seksegebonden praktijken en genderidentiteit

De variabele *bewustzijn van sekse* ($r = 0.51$; $p \neq 0.001$), met als items:

- word je er vaak door de omgeving aan herinnerd dat je een vrouw of man bent?
- ben je je tijdens de co-schappen ervan bewust dat je vrouw of man bent?

De variabele *perceptie van erotisering van de betrekkingen* ($\alpha = 0.62$), met als items:

- ik heb de indruk dat er veel verliefdheden optreden

tussen co-assistenten en artsen.

- ik heb de indruk dat er veel verliefdheden optreden tussen artsen en verpleegkundigen.
- ik word gemakkelijk verliefd op opleiders, docenten enz.
- ik bespeur vaak een erotische ondertoon in de omgang met anderen werkzaam in de kliniek.

De variabele *perceptie voorkeursbehandeling voor mannelijke (a.s.) artsen* ($r = 0.40$; $p \neq 0.001$) met de items:

- aan mannelijke artsen wordt meer competentie toegeschreven dan aan vrouwelijke artsen.
- mannelijke (a.s.) artsen hebben meer kans op een plaats bij een vervolgopleiding.

De variabele *het vóórkomen van ongewenste intimiteiten* ($r = 0.44$; $p \neq 0.001$) met de items:

- word je geconfronteerd met ongewenste aanrakingen?
- heb je wel eens een ongewenste intimiteit meege-

maakt?

Appendix 2

Tabel met gedetailleerde informatie over de respondenten

		eerste meting			tweede meting		
				totaal			totaal
4 ^{de} -jaars	0	32 (67%)	16 (33%)	48 (26%)	25 (66%)	13 (34%)	38 (30%)
Beginnende co's	1	40 (50%)	40 (50%)	80 (43%)	31 (53%)	27 (47%)	59* (47%)
Gevorderde co's	2	35 (61%)	22 (39%)	57 (31%)	20 (69%)	9 (31%)	29 (23%)
Totaal	0+1+2	106 (57%)	79 (43%)	185 (100%)	76 (60%)	49 (40%)	126* (100%)

Respondenten

* 1 sekse missing

Appendix 3

Overzicht van hypothesen: bevestigd of verworpen

1. De identificatie vertoont veranderingen in de loop van de tijd in die zin dat co-assistenten zich in de loop van hun co-assistentschappen *minder* identificeren met patiënten en *meer* met de artsen-opleiders: VERWORPEN
2. De identificatie vertoont een seksespecifiek patroon in die zin dat co-assistenten zich het sterkst met mannelijke artsen identificeren: BEVESTIGD, WEL NUANCERING
3. Het ideaalbeeld van arts is voor co-assistenten meer prototypisch mannelijk ingekleurd dan prototypisch vrouwelijk: VERWORPEN
4. De discrepantie tussen ideaal- en zelfbeeld is en blijft groot op de mannelijke dimensie: BEVESTIGD
5. Het zelfbeeld van vrouwelijke co-assistenten wordt in de loop van de tijd minder vrouwelijk: VERWORPEN
6. De genderidentiteit van vrouwen wordt sterker benadrukt dan die van mannen: BEVESTIGD
7. De perceptie van sfeer van erotisering wordt sterker in loop van de tijd: BEVESTIGD
8. De perceptie van sfeer van voorkeur voor mannen wordt sterker in de loop van de tijd: VERWORPEN
9. Ongewenste intimiteiten worden voornamelijk door vrouwen ervaren: BEVESTIGD

Beeldmateriaal

Spaarnestad fotoarchief