

# DE DOKTER SPREEKT

PROFESSIONALITEIT, GENDER EN UITSLUITING IN MEDISCHE SPECIALISMEN

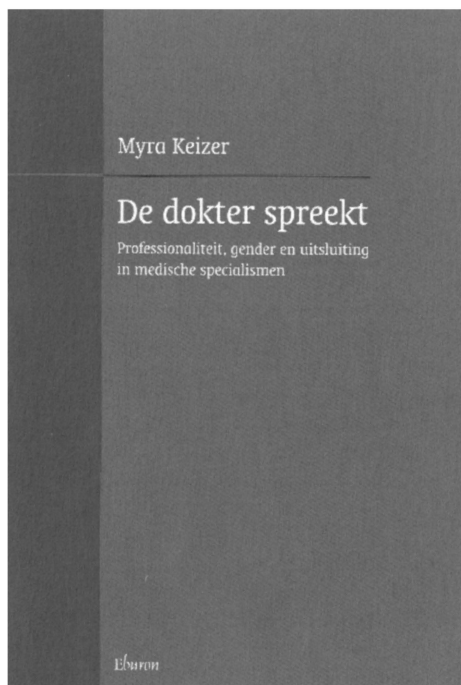
Myra Keizer  
Delft (Eburon) 1998  
285 blz., f 37,65

Op 28 november 1998 promoveerde Myra Keizer op het proefschrift *De dokter spreekt*. Daarmee trad ze in het voetspoor van haar moeder Mary Fahrenfort, die in 1985 promoveerde op een proefschrift getiteld *Een doktersroman*, over de ervaringswereld van arts en patiënt op een polikliniek interne geneeskunde. Keizer typeert zich terecht als tweede generatie feministe. Ze ging aanvankelijk uit van de opvatting dat veel verschillen tussen mannen en vrouwen intussen tot het verleden behoren. Maar gaandeweg werd duidelijk dat dit in de medische professie niet het geval was. Hoewel de instroom van de studie geneeskunde drastisch is veranderd, met een merendeel van vrouwelijke studenten, die vergelijkbare, zo niet betere prestaties leveren dan mannelijke studenten, is het aandeel vrouwen in de medische faculteit nog zeer gering: slechts 2,6% hoogleraren, 6,1% UHD's en 15,7% UD's. Bij de doorstroom naar de medische specialismen zien we een vergelijkbaar beeld. De afgelopen decennia is het percentage vrouwen onder de specialisten slechts met 6% gestegen, van 12% in 1978 tot 18% in 1997.

Bij de medische specialismen zien we een duidelijk seksesegregatie, waarbij mannen domineren in de chirurgie, heelkunde, urologie en orthopedie, terwijl vrouwen vooral voorkomen in de gynaecologie, kindergeneeskunde en de klinische genetica. De opleiding tot medisch specialist heeft duidelijk een genderspecifiek karakter, doordat uitgegaan wordt van een mannelijke arts die voltijds inzetbaar is en zorgtaken naar de 'achterban' kan delegeren. Dit bracht Keizer ertoe om in haar onderzoek de volgende vragen centraal te stellen:

- 1) Welke verklaringen zijn er te vinden voor de ondervertegenwoordiging van vrouwelijke artsen in de medische specialismen?
- 2) Welke opvattingen van professionaliteit liggen ten grondslag aan de huidige beroepsuitoefening in de medische specialismen?
- 3) In hoeverre speelt gender een rol in deze opvattingen en is er in verband hiermee ruimte voor alternatieve invullingen van professionaliteit?

In hoofdstuk 1 wordt een helder beeld geschetst van de seksesegregatie in de geneeskunde, waarna Keizer haar theorie over de werking van gender in de medische professie uiteenzet. Vervolgens geeft ze weer



waarom ze gekozen heeft voor kwalitatief onderzoek. Ze heeft 44 interviews afgenomen bij een selectieve steekproef van mannelijke en vrouwelijke specialisten in diverse fasen van hun opleiding en loopbaan. Om de bevindingen over de relatie tussen werk en privé te toetsen die uit dit uitgebreide kwalitatieve materiaal naar voren kwamen, stuurde ze een enquête naar 500 specialisten. De interviews zijn vooral gebruikt als exploratieve data, waarbij Keizer met close-reading en tekstanalyse probeerde te achterhalen welke relevante thema's voor haar onderzoek uit de interviews naar voren kwamen. Aangezien ze van tevoren niet duidelijk wist welke thema's ze wilde analyseren, leverde de grote hoeveelheid geschreven tekst een zoekproces op waarbij de promovenda soms dreigde te verdwalen. Nadat ze eerst een vergeefse analyse had gemaakt met het computerprogramma 'Kwalitan', zocht ze naar een analyse waarbij de biografische samenhang van de interviews tot hun recht zou komen en duidelijk zou worden welke betekenis de geïnterviewden hechtten aan hun loopbaan en privé-leven en hoe ze werk met zorgtaken zouden kunnen combineren. Tevens wilde Keizer nagaan hoe genderspecten in de organisatie

van de medische professie doorwerkten in de keuzen van mannen en vrouwen.

De resultaten van het onderzoek worden beschreven in de hoofdstukken 2 tot en met 7. In hoofdstuk 2 beschrijft Keizer de uitkomsten van de enquête, waarbij ze aangeeft wat de verschillen zijn tussen mannelijke en vrouwelijke specialisten betreffende de relatie arbeid en privé. Duidelijk wordt dat de correlatie tussen carrière en privé-leven bij vrouwelijke artsen veel hoger is dan bij mannelijke artsen. Hoofdstuk 3 gaat over de achtergronden van de organisatie, waarbij de vraag centraal staat wat geneeskunde tot een professie maakt en artsen tot professionals. In hoofdstuk 4 tot en met 7 worden de interviews geanalyseerd. In hoofdstuk 4 wordt aan de hand van interviews van de oudere generatie specialisten ingegaan op de historische achtergrond van de geneeskunde en de wijze waarop zij steunen op een 'thuisfront'. In hoofdstuk 5 en 6 komen jongere artsen (twee mannen en vier vrouwen) aan het woord over de wijze waarop zij hun werk combineren met hun privé-leven. Hoofdstuk 7 gaat over het werk in de kliniek en over de wijze waarop professioneel handelen wordt ingevuld. In hoofdstuk 8 en 9 tenslotte worden de conclusies van het onderzoek naar de relatie tussen professionaliteit en privé-leven beschreven.

Mede door het vele kwalitatieve materiaal zijn deze hoofdstukken boeiend om te lezen. De lezer krijgt een goed beeld van de genderspecifieke keuzes en dilemma's van de geïnterviewde mannen en vrouwen bij hun opleiding tot medisch specialist. Duidelijk is dat de medische professie geenszins genderneutraal is, maar nog altijd een 'mannelijk' bolwerk is, waarbij het aantal mannelijke opleiders verreweg in de meerderheid is. Het wordt vanzelfsprekend gevonden dat een arts voltijds inzetbaar is en een 'achterban' heeft die zorgt voor het huishouden en de opvoeding van de kinderen. Deze inzetbaarheid impliceert niet alleen lange werkdagen, maar ook nachtdiensten en weekenddiensten. Zolang zorgtaken in de privé-sfeer voor het merendeel door vrouwen worden verricht, komen vooral vrouwen met jonge kinderen voor de vraag te staan hoe ze hun moederschap kunnen combineren met de veeleisende opleiding tot medisch specialist, waarbij de werktijden vaak weinig flexibel zijn. Zo moet er gezorgd worden voor oppas in de vroege ochtenduren en in de late avonduren, voor de nacht- en de weekenddiensten. Daar zijn de huidige crèches niet op afgestemd, terwijl ook de naschoolse opvang verre van toereikend is. Ook mannelijke specialisten die een deel van de zorgtaken op zich nemen, ervaren dit als een ernstig knelpunt. Een verzoek om aanpassing van de werktijden en deeltijd wordt binnen de medische professie al snel gezien als voorbode van 'afhaken'. Keizer geeft een aantal voorbeelden van enthousiaste artsen voor wie de arbeidsuren binnen de medische professie een onoverkomelijke belemmering vormen voor een 'normaal' privé-leven.

Hoewel de titel *De dokter spreekt* en de ondertitel over professionaliteit de suggestie bieden dat dit boek vooral gaat over de vraag hoe mannelijke en vrouwelijke specialisten zichzelf zien als dokter in de medische professie, wordt voornamelijk aandacht geschonken aan de wijze waarop artsen werk- en privé-leven combineren en de problemen die dat oplevert. De professionele kant van de arts komt in dit boek erg weinig aan bod. Dit is ook in het laatste hoofdstuk het geval, waarin Keizer kiest voor het concept 'relationele professionaliteit', waarbij opnieuw duidelijk wordt dat het accent niet in de eerste instantie ligt op de relatie die artsen en specialisten hebben met hun patiënten, maar met hun 'achterban' in de privé-sfeer. Relationele professionaliteit wordt geplaatst tegenover de controlerende vorm van professionaliteit, waarbij de arts volledig beschikbaar en verantwoordelijk is voor de patiënt en geen zorgverantwoordelijkheid heeft voor het 'thuisfront'. De optimistische visie van Keizer dat een arts die in haar of zijn privé-leven voldoende tijd overhoudt om te zorgen voor partner en kinderen en voor zichzelf, óók zal bijdragen aan betere relaties met patiënten deel ik niet. Welke consequenties het combineren van werk en privé-leven heeft voor de medische professie in het algemeen en de relatie met patiënten in het bijzonder komt onvoldoende uit de verf. Om als arts in functie een goed professioneel contact te hebben met patiënten, zijn binnen de werksetting van het ziekenhuis regelingen en afspraken nodig, die niet alleen goede communicatieve vaardigheden vergen van de arts, maar ook voldoende tijd én continuïteit in het contact met de patiënt. Wanneer een patiënt wordt behandeld door meerdere artsen, zal deze erop moeten kunnen vertrouwen dat de informatie die aan de ene arts wordt gegeven, goed wordt doorgegeven aan de andere arts. Voor sommige patiënten die net een vertrouwensrelatie hebben opgebouwd met een bepaalde arts is dat niet altijd eenvoudig.

Mede als gevolg van de grote toestroom van vrouwen in de geneeskunde is een verandering van de organisatie van ziekenhuizen gewenst. De periode van 24-uurs beschikbaarheid van één en dezelfde arts wordt vervangen door een arbeidsorganisatie waarbij patiënten te maken krijgen met een roulerend team van artsen. Of deze verandering bij artsen even geruisloos zal verlopen als bij verpleegkundigen het geval was, valt nog te bezien. Onderzoek naar de consequenties hiervan voor de organisatie van ziekenhuizen én voor de beleving van de patiënten is dan ook dringend gewenst.

Greta Noordenbos