

VNVA-VOORZITTER VINDT APARTE AANDACHT VOOR VROUWELIJKE ARTS NOG HARD NODIG

‘Promotiedruk brengt vrouwen eerder in spagaat dan mannen’

De vereniging van Nederlandse vrouwelijke artsen (VNVA) mag een ‘bejaarde dame’ van 87 jaar zijn, ze is nog altijd nodig, zegt voorzitter Lydia Ketting-Stroet. ‘Een gezin, wel of geen kinderen, promoveren – waarom moet dat allemaal tegelijk? Je ziet mensen vastlopen.’

Het zit wel snor met het aandeel vrouwen onder geneeskundestudenten en artsen. Tel maar mee. Allang studeren meer meisjes medicijnen dan jongens, dit collegejaar is het percentage 67. Onder basisartsen is 67 procent vrouw, dat was in 2009 nog 58 procent. De toename is terug te zien in het aantal geregistreerde medisch specialisten. Was in 2005 nog krap één op de drie (32%) specialisten vrouw, vorig jaar is dat gegroeid naar bijna fiftyfifty (49%), blijktens het meest recente Capaciteitsplan. Lydia Ketting-Stroet, voorzitter van de vereniging voor vrouwelijke artsen, kent de cijfers. Veel van haar collega’s vragen zich af of het wel nodig is, een aparte club voor louter vrouwelijke dokters. Ja, stelt ze. ‘De kansen voor meisjes om zich te ontplooiën zijn bereikt, maar de omstán-

digheden om die kansen optimaal te benutten, daar moeten we nog aan werken. Want ondanks dat meisjes verreweg in de meerderheid zijn als student, zie je dat verderop in de opleiding er een grote uitstroom plaatsvindt. Kennelijk zijn er nog altijd allerlei beperkingen die een optimaal functioneren van diezelfde vrouwelijke jonge artsen in de weg staan.’

In hoeverre heeft die uitstroom ermee te maken dat ze vrouw zijn?

‘Relatief meer vrouwelijke dan mannelijke artsen stoppen met hun opleiding. Juist in de fase van specialisatie zien we een groot lek, en ook erna is er een periode waarin je denkt: waar blijven ze? Kennelijk is het voor sommigen te moeilijk alles te combineren, en daar moeten we wat mee, want het is zonde.’

Samenwonen, verhuizen, gezin of niet, kinderen, of niet...

‘Ja, en het moet allemaal tegelijk, hè? Dat is precies waarin je ziet dat mensen vastlopen. Ze worden geconfronteerd met keuzedruk, maar eigenlijk is het helemaal geen keuze.’

Hoezo niet?

‘Je lichaam is nu eenmaal het meest geschikt om kinderen te krijgen tussen je 25ste en je 40ste jaar. Logisch dat jongelui ervoor kiezen om ergens in die fase een gezin te stichten. Dan komt het specialiseren erbij en het promovoren. En dat promovoren, op dat moment, is zo’n zinloze actie. Zonde, zonde om dat intensieve onderzoek juist dán te doen. Ze doen het, omdat ze naar hun idee hun kansen vergroten. Het gevolg is dat ze zichzelf in de

ÉÉN OP DRIE À VIER VROUWEN IN MEDISCHE TOP

In de hogere posities is de verdeling nog niet gelijk, al zit er schot in de zaak. Het percentage vrouwelijke hoogleraren aan de umc’s is 24,9. Ter vergelijking: bij de universiteiten is dat 23,1 procent. Aan alle umc’s was vorig jaar een stijging te zien van het percentage vrouwelijke hoogleraren, behalve aan het Erasmus MC (-0,1%). VUmc heeft relatief de meeste vrouwelijke hoogleraren (29,7%), zo blijkt uit de Monitor Vrouwelijke Hoogleraren 2019.

Het percentage vrouwelijke bestuurders en toezichthouders (gezamenlijk) in ziekenhuizen is van 24 procent (2014) gestegen naar 34 procent in 2018. Eind 2018 was er nog maar één Nederlands ziekenhuis dat geen vrouwelijke bestuurder en geen vrouwelijke toezichthouder had, en dat was het Spijkenisse Medisch Centrum.

Bron: Hospital Leadership Monitor 2019, opgesteld door TIAS.

weg gaan zitten. Want: dan ga je promoveren op een onderwerp waar je heel blij van wordt... maar niet heus.'

U heeft makkelijk praten, vanuit een gevestigde positie. Ondertussen zitten die aanstaande artsen er maar mee.

'Ja, dat realiseer ik me. Het gevoel dat ze moeten promoveren, laten we wel wezen, krijgen ze aangepraat vanuit de specialistenverenigingen. Voor vakgroepen is het handig, want zo krijgen ze betaalbare krachten. In feite creëren de specialistenverenigingen met elkaar een sfeer waarin de toegang tot een opleiding alleen mogelijk lijkt met een promotie. En ik denk dat ze daarmee volkomen misschieten, ik vind het echt verkeerd. Natuurlijk is het noodzakelijk dat er onderzoek wordt gedaan, maar het is de vraag of je dat zo moet organiseren. Volgens mij moet je jonge mensen gewoon de kliniek in laten gaan. Dan kunnen ze toepassen wat ze hebben geleerd, mensenkennis opdoen en klinische vaardigheden vergroten. Dat is waar je dokter voor bent geworden. Dat promoveren komt wel.'

Wanneer zou dan een ideaal moment zijn om promotieonderzoek te doen?

'In een latere fase van de loopbaan. Dat kun je de drukte van de kliniek geleidelijk afbouwen, je kunt je ervaring inzetten – ik denk dat je op die manier bovendien relevanter onderzoek krijgt. Ik ben in een levensfase terechtgekomen – ik ben nu 61 – dat ik een onderwerp eens goed wil uitdiepen. En volgens mij geldt dat voor meer mensen van mijn leeftijd.'

Die druk om te promoveren voelen mannen net zo goed, toch?

'Klopt. Toch denk ik dat vrouwen, meer nog dan mannen, door die druk in een spagaat terechtkomen. Ik zie dat het ze allemaal veel moeite kost. Vaak hebben ze een partner. En die partner doet wel wat, maar daar zit ook een beperking. Plus dat veel vrouwen van zichzelf denken dat ze het zelf voor elkaar moet krijgen.'

Wat kun je daartegen doen?

'Deels is het een logistiek probleem; neem



'Jonge mensen moet je gewoon de kliniek in laten gaan'

het regelen van ruimere openstellingen van kinderopvang. Het regelen geeft stress, maar dat is maar één aspect. Een belangrijker deel zit in iets ongrijpbare, in de hoofden van mensen, ook van vrouwen. Zij nemen beslissingen op basis van wat zij "normaal" vinden, en leggen zichzelf daarbij normen op – bijvoorbeeld: een kind hoort niet meer dan drie dagen

naar de crèche te gaan. Ik denk dat we als vrouwen zelf de grootste belemmering vormen.'

Wat is de oplossing?

'Veel vrouwen hebben het gevoel dat er geen keuze is. Wat helpt, is om steunend te zijn, en alternatieven te tonen. Rolmodellen kunnen laten zien: ik heb het zo en zo

gedaan, en dat kan óók. Het hoeft niet altijd nú. Je hebt nog een heel leven voor je.'

En hoe dat zit voor allochtone vrouwen? Hebben jullie daar zicht op?

'Meer nog dan andere vrouwen ervaren zij, zowel thuis als op de werkvloer, drempels en ook discriminatie. Ze moeten altijd nét iets meer overwinnen in de patiënt-relatie om serieus te worden genomen. Ik zie dat ook bij mijn coassistenten van allochtone komaf. Thuis wordt er, meer dan bij anderen, verwacht dat ze, ondanks hun artsenloopbaan, ook trouwen en kinderen krijgen.'

Als rolmodel zijnde, hoeveel uur werkt u zelf?

'Toen ik in deze praktijk kwam als huisarts in opleiding, was deeltijd hier al de norm; er werkten vier mannen 80 procent. Later kon ik samen met iemand anders één praktijk overnemen, ieder 40 procent. Achteraf was dat dus dom, dat moet je nooit doen. Dat kun je je broek niet ophouden en ben je financieel altijd afhankelijk. Dat ik dat deed had ook te maken met mijn twee kleine kinderen. Gelukkig werd dat later 60 procent en dat was goed. Met mijn huidige 70 procent-praktijk kan ik ook mijn bestuurlijke werk ernaast doen. In feite zou het voor vrouwen én mannen gezond zijn als we allemaal dertig uur werken, zoals de feministe Joke Smit ruim vijftig jaar geleden voorstelde. Dat zag zij goed.'

Wat vindt u van de teruggekeerde discussie over loting bij de toelating tot de geneeskundeopleiding? Een van de bezwaren tegen de selectie is dat je vooral nijvere meisjes met hoge cijfers zou krijgen.

'Helaas heb ik zelf nogal wat ervaring met loten, ik was vier keer uitgeloot. Ik was wel een nijver meisje, maar had niet heel hoge cijfers – er waren ook andere dingen interessant. Toentertijd was er een hardheidsclausule, er waren twaalf plaatsen in heel Nederland bestemd voor diegenen die wel heel zielig waren omdat ze waren uitgeloot. De tweede keer lukte dat. In feite was

PRAKTIJKPERIKEL

CORONAGEKTE

Op de hap was het geen-handen-schuddenbeleid zojuist ingegaan. Na een aantal patiënten werd de nieuwe begroeting normaal en de strijd tegen corona verdween weer naar de achtergrond, voor mij althans.

Ik haalde patiënt X binnen. Hij had een zelfmoordpoging gedaan, met flink wat medicatie. Hij kwam met zijn broer. Hij zou het zo weer doen, zei hij, maar de medicatie was op en een pijnlijke methode wilde hij absoluut niet. Dus nee. Nu een lage recidiefkans.

Soms had hij dubbele beelden, dus ik deed een oriënterend neurologisch onderzoek. Bij de top-neusproef ging hij tergend langzaam naar mijn vinger. Ineens keek hij mij angstig aan. 'Maar corona dan?' Ik zei dat dit wel kon en hij slaagde voor de test. Direct daarna spoedde hij zich naar de wastafel en drenkte zijn handen in de schaarse handalcohol. Daarna haalde hij opgelucht adem. 'Ja, kijk maar uit, anders ga je dood aan corona!' Nog nooit een TS-consult samen zo schaterlachend afgerond.

Heeft u ook een perikel? Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

dat ook een soort selectieprocedure, want ik moest een brief schrijven en mijn motivatie mondeling aan de commissie uitleggen. Ik denk dat je met selectiemethoden in theorie meer kunt bijsturen en zorgen voor evenwichtiger toegang, maar ik begrijp dat er ook bezwaren aan kleven. Met loting is dat wel neutraler.'

Wat heeft u in de tussentijd als alternatieve studie gedaan?

'Ik wilde aanvankelijk tropenarts worden en besloot culturele antropologie te studeren. Uiteindelijk heb ik ook die studie afgerond, met medische antropologie als afstudeerrichting. Die ervaring en het onderzoek hebben vormend gewerkt, en erin geresulteerd dat ik genuanceerder ben gaan denken over het werk als tropenarts en er uiteindelijk niet voor gekozen heb. Maar ik ben wel blij dat ik antropologie heb gedaan; het maakte me nog meer bewust van allerlei facetten in mensenlevens die van invloed zijn op gezondheid.'

U bent huisarts, hoe helpt die achtergrond u in de praktijk?

'Ik werk in een heel leuke Utrechtse praktijk in een soort halve achterstandswijk, met 30-35 procent van allochtone komaf, veel Marokkaanse mensen, maar ook vluchtelingen uit verschillende landen. Communiceren in het Nederlands lukt niet altijd, een tolk is ook niet altijd voorhanden, maar de bereidheid om aandacht te hebben, dát voelen mensen. Dat werkt meestal heel goed, al moet ik toegeven dat mijn spreekuur dikwijls uitloopt.' ■

Ter gelegenheid van de toekenning van de VNVA Els Borst Oeuvreprijs aan Hanneke Takkenberg had de VNVA op 28 maart in Baarn een symposium georganiseerd 'Naar inclusieve geneeskunde'. In verband met covid-19 is dit symposium nu uitgesteld tot najaar 2020.

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.