

De vrouw in en om het huisartsberoep

DRS. F. C. L. GOOSMANN, AGOOG*

De bij de opleiding van arts-assistenten tot huisarts opgedane ervaring dat het moeilijk blijkt voor vrouwelijke assistenten een plaats te vinden bij een huisarts-opleider, leidde tot confrontatie met een verrassende en tevens ingewikkelde problematiek betreffende de vrouw in de huisartspraktijk. Er is een poging gedaan deze problematiek te analyseren en een antwoord te formuleren op de vraag waarom de vrouw in dit beroep lijkt te worden gediscrimineerd.

Geen vrouw

Eén van de eerst opgemerkte verschijnselen was de uitspraak van een aanzienlijk aantal opleiders dat zij geen vrouw-in-opleiding in hun praktijk wisten, hetgeen door het dikwijls achterwege blijven van de argumentatie onaangenaam aandeed. Men kan dit als een vorm van discriminatie beschouwen en hoewel overtuigd dat man-vrouw verschillen, of deze nu cultureel, biologisch of psychologisch bepaald zijn, niet met een logische verhandeling uit de weg kunnen worden geruimd, dringt zich sterk de vraag op of het geringe percentage „de vrouw als huisarts” geen samenhang zou kunnen vertonen met het hoge medische consumptie-patroon van de „vrouw als patiënt” (*Van der Velden*).

Ten aanzien van de frequente verwerping van de vrouwelijke a.a.'s door de huisartsopleiders wordt bedoeld dat het hier niet alleen om een „zwijgende” discriminerende tendens gaat, maar dat er ook rationeel gezien een aantal zeer ongewenste elementen in deze afwijzing ligt. In de groepen a.a.'s die de huisartsopleiding volgen, was duidelijk waargenomen dat de inbreng en de „bijdrage” van de vrouwelijke a.a.'s een andere kwaliteit bezaten dan

Tijdens de opleiding van arts-assistenten (hierna aangeduid met a.a.'s) tot huisarts werd een toename opgemerkt van het aantal vrouwelijke assistenten dat de opleiding wilde volgen. Soms gemotiveerd om ook inderdaad huisarts te worden, soms ook niet met deze uitgesproken motivatie, maar meer met het idee om een studie af te ronden met een niet al te lang durende specialisatie, wel ziende wat men daarmee in de toekomst zou doen. Daarbij bleek een vrij ingewikkelde problematiek te bestaan, die zich vooral afspeelde in de onderlinge relaties tussen de vrouwelijke arts-assistenten en haar opleider, terwijl zich voorts een aantal problemen voordeden dat zich in het algemeen om „de vrouw in de praktijk” afspeelde, zoals de rol die de vrouw van de opleider speelde, de rol van de praktijk-assistente en de rol van de eventuele partner van de vrouwelijke arts-assistent.

Juist vanwege de ingewikkeldheid van de problematiek leek het zinvol een duidelijk onderscheid te maken in de aard daarvan.

* Wetenschappelijk hoofdmedewerker aan de Rijksuniversiteit te Utrecht en verbonden aan het Instituut voor huisartsgeneeskunde, Mariahoek 6, Utrecht.

6. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch zakboek, 1976.
7. Bron: C.B.S.
8. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch zakboek, 1976.
9. Centraal Bureau voor de Statistiek/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland, 1974, p. 137.
10. Centraal Bureau voor de Statistiek/Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 1977, p. 53.
11. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch zakboek, 1976.
12. Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Rapport benadering van de ontwikkeling van de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg, 1976.
13. Medical dictionary.
14. Zie bijv. E. Goffman. Stigma. Englewood Cliffs, N. J. 1963; voorts: D. N. Phillips. Rejection, a possible consequence of seeking help for mental disorders; in: S. P. Spitzer & N. K. Denzin. The mental patient. McGraw-Hill, New York, 1968.
15. Zie bijv. de documentatiemap van de „Woudschotenconferentie” over sociale wetenschappen in de geneeskunde.
16. Bovenstaande formuleringen zijn ten dele ontleend aan W. L. Lammers. Interne nota Vakgroep Gedragswetenschappen VU (niet gepubliceerd).
17. C. A. Vermeulen. Morbiditeit in het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
18. C. A. Vermeulen, op. cit.
19. J. Winkler Prins. Huisarts en patiënt. Boom, Meppel, 1966, p. 160-162, 296-298. Vergelijk in dit verband het begrip „functionele specificiteit” van T. Parsons. The social system. Routledge en Kegan Paul Ltd. London, 1970, p. 428-479. Zie ook J. J. Klinkert. Inleiding in de medische sociologie. Van Gorcum, Assen, 1977, p. 90, 91.
20. H. Philipsen. Afwezigheid wegens ziekte; een onderzoek naar oorzaken van ziekteverzuim in 83 middelgrote bedrijven. Wolters-Noordhof, Groningen, 1969, p. 44.
21. Zie onder meer: L. Srole en anderen. Mental health in the metropolis – the Midtown Manhattan study. New York, McGraw-Hill, 1962; G. S. Siegel. Periodic health examinations – abstracts from the literature. Public health service, publ. nr. 1010, Washington D.C., Government Printing Office, 1963. Zie ook: I. K. Zola, op. cit., p. 70-93.
22. E. Th. Cassee: Naar de dokter; enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg. Boom, Meppel, 1973, p. 44-86.

23. E. Th. Cassee, op. cit., p. 12.
24. F. van Heek: Sociale stijging en daling in Nederland I. Stenfert Kroese, Leiden, 1958.
25. E. Freidson: Profession of medicine. Dodd, Mead en Comp., New York, 1973. I. K. Zola, op. cit., T. Parsons, op. cit.
26. E. Freidson, op. cit., p. 72. J. J. Klinkert. Macht van artsen, een bezorgde

- verkenning van een professie. Van Gorcum, Assen, 1974, p. 21.
27. I. K. Zola, op. cit.
28. T. Parsons, op. cit., p. 428-479.
29. Zie: I. Illich. Het medisch bedrijf – een bedreiging voor de gezondheid. Het Wereldvenster, Baarn, 1975, p. 139. Het boek is te beschouwen als een pleidooi voor „ontmedicalisering”.

die van hun mannelijke collega's. Ongetwijfeld hing dat samen met de man-vrouw beleving uit ons cultuur-patroon en vanuit de opvoedingssituatie van de a.a.'s.

Oorzaken van discriminatie

Irritatie is niet altijd een ongewenste basis om een artikel te schrijven en het helpt stellig een juister beeld te krijgen over wat nu wel en niet een rol speelt bij het al dan niet accepteren van een vrouwelijke collega in de huisartspraktijk. Getracht werd het gevoel van sympathie voor de gediscrimineerde vrouw, de partij van de underdog, te scheiden van de cognitieve vraag wat er van de kant van de mannelijke huisartsen een rol speelt om hun vrouwelijke collega's in eerste instantie uit te sluiten.

Als eerste werd gedacht aan vooroordeel in de zin dat men de vrouw op welke gronden dan ook niet geschikt vindt om het huisartsberoep uit te oefenen. Dit argument lijkt gemakkelijk ontzenuwd door de persoonlijke ervaring met verscheidene vrouwelijke huisartsen, die geheel tegen de problemen van het beroep zijn opgewassen, terwijl zij stellig niet onder invloed van hun beroep zijn vermannelijkt of anderszins aspecten van het vrouw-zijn hebben opgegeven. Dit argument wordt als rationalisatie van het werkelijke probleem, ergens op de achtergrond, beschouwd. Vervolgens werd het argument overwogen dat men als huisarts een partner nodig zou hebben, die de telefoon kan beantwoorden en voor de opvang zorgt na de dagelijkse inspannende arbeid. Met behulp van technische hulpmiddelen, zoals semafoon, antwoord-apparaat en dokterstelefoon, is het probleem van de onbewaakte telefoon echter gemakkelijk te ondervangen, terwijl men zich als vrijgezel voldoende relaties kan permitteren om niet geïsoleerd te raken. Ook dit argument lijkt niet houdbaar.

Tenslotte werd een vingerwijzing ontvangen doordat zich enige problemen voordeden tijdens de opleiding van de a.a.'s in relatie tot het groepsgebeuren, waarbinnen de opleiding op de terugkomdagen plaatsvond. Het viel op dat de manifest geworden spanning in de stage-plaatsen bij de vrouwelijke arts-assistenten aanzienlijk groter was dan van hun mannelijke groepsleden, zonder dat er verschillen konden worden aangetoond in medisch-somatische kennis of beslissingsmomenten. Het bleek dat de vrouwelijke arts-assistenten veel eerder geneigd waren meer tijd in een patiënt te investeren dan de mannelijke collega's die naar de eisen van hun opleider erop uit waren om even weinig tijd aan een patiënt te besteden als hun opleider zelf. De man-

man identificatie blijkt eerder te slagen dan de vrouw-man identificatie.

Vrouwelijke benadering...

Duidelijk werd ook dat vele opleiders enerzijds hun vrouwelijke a.a.'s meer ontzagen, anderzijds vrouwelijke a.a.'s, of veel minder krachtig voor zichzelf opkwamen, of zich veel harder afzetten tegen het huisartsenpatroon waarin zij moesten werken en waarin zij zich niet voelden passen. Dit werd onder meer duidelijk door het feit dat de vrouwelijke arts-assistenten een andersoortige problematiek bij hun patiënt op tafel konden krijgen dan hun mannelijke collega's. Zij waren kennelijk in staat in een aantal gevallen hun patiënten beter aan te voelen, maar dat was niet alles. Zij waren bovendien in staat om hun gevoel van onzekerheid beter te erkennen en onder woorden te brengen en wilden die problematiek met hun huisartsopleider ook daadwerkelijk bespreekbaar stellen. Het heroïsche element van de strijder in het eerste „echelon” telt voor hen niet (echelon = troepenafdeling die zelfstandig kan optreden; klinkt nogal militant). Voor hen, de vrouwelijke a.a.'s, telt meer de onderliggende gedachte „Jouw (= de patiënt zijn) problemen kunnen morgen mijn problemen zijn; ik sta dicht bij jou”.

Enerzijds was dat iets wat voor vele opleiders een wat onbekende zaak was, in de zin van „kun je zoiets wel bij jezelf toelaten”, anderzijds nam de a.a. daarbij van haar huisartsopleider een wat grotere tijdsinvestering in beslag omdat dit soort problematiek nu eenmaal niet in vijf minuten is uitgepraat. Deze tijdsinvestering moest duidelijk in vele gevallen niet ten koste van het patiëntenwerk gaan, maar wel ten koste van het gezin van de huisartsopleider. En dat wekte repercussies op van de kant van de echtgenote van de huisartsopleider die een deel van haar eigen tijd door de vrouwelijke collega zag afgenomen en bovendien toch wel een tikeltje angstig was dat er wel eens een andere relatie tussen haar echtgenoot en die arts-assistente kon groeien, dan zij plezierig vond. En dit speelde zelfs in gevallen waarbij de vrouwelijke a.a. zelf een vaste partner had.

„Om twee uur 's nachts wordt een huisartsopleider door een patiënt gevraagd een visite af te leggen. Deze belt zijn sinds kort bij hem werkende vrouwelijke a.a. op. Zij is getrouwd en haar man woont bij haar (wat ook niet altijd het geval is). De klus kost nogal wat tijd. Om half vier gaat de telefoon bij de man van de vrouwelijke a.a. en de echtgenote van de huisartsopleider informeert of hij begrijpt waar zij zolang blijven?”

Nog een ander argument dook op, te weten het feit dat de patiëntenpopulatie een vrouwelijke arts vermoedelijk moeilijker zou vinden dan een mannelijke huisarts. Het leek in eerste instantie helemaal niet onmogelijk dat, zeker binnen een agrarische of andere zeer behoudende bevolkingsgroep, men dit argument als steekhoudend zou kunnen beschouwen. Maar de ervaringen leerden anders. Een aantal dorps-huisartsen dat een vrouwelijke arts-assistent had genomen, vertelde dat het helemaal geen probleem bleek. Het argument werd echter wel gehanteerd door een aantal huisartsen dat in een stadsbevolking zat en waarbij men rustig mocht veronderstellen dat een vrouwelijke huisarts absoluut niet als een probleem zou worden ervaren. Ook dit moest dus als een rationalisatie ter zijde worden geschoven.

Bedreiging huwelijksrelatie?

Ter sprake gebracht in huisartsopleidersgroepen kwam echter nog een volgend argument om de hoek kijken. Enigen van hen kwamen er rond voor uit dat zij liever geen vrouwelijke arts-assistenten in hun opleiding wilden omdat zij bang waren op de vrouwelijke a.a. verliefd te worden en aldus bang waren voor de bedreiging van hun eigen huwelijksrelatie. Toen dit probleem bij een aantal van mijn vrouwelijke gedragswetenschappelijke collega's naar voren werd gebracht, meenden zij dat als dat gebeurde, de huwelijksrelatie van de huisarts al lang niet goed was en dat dit dan alleen een manifest worden was van iets, dat reeds verborgen leefde. Afgezien van het feit dat ik het met deze verklaring helemaal niet eens was, vond ik het een veel te simplistische conclusie om mij daar zomaar bij neer te leggen. Ik denk dat het best mogelijk is verliefd te worden op iemand anders, terwijl de eigen huwelijksrelatie verder redelijk in orde is. Ik ben geneigd te veronderstellen dat het zelfs wijst en duidt op een wat rijpere uitgroeiing van het gevoelsleven. Maar al kan ik dat nu wel vinden, daarmee is het probleem van de betreffende huisarts en zijn partner niet opgeheven. Voor hem is de mogelijkheid om verliefd te worden op zijn vrouwelijke arts-assistent kennelijk een zodanige bedreiging dat hij deze liever niet zijn praktijk binnenhaalt. In dit verband herinner ik mij een spel uit een huisartsopleiders-training waarbij ik een aantal deelnemers een collega liet kiezen voor een eventuele groepspraktijk. Zij waren geneigd de vrouwelijke collega af te wijzen onder het motto „dat geeft alleen maar ellende”.

Dat klopte wel met bovenstaande, maar men kan zich natuurlijk ook de vraag stellen of de relatie huisarts-partner mis-

schien wel een bijzonder bedreigde relatie is, een soort high-risk groep ten aanzien van de huwelijksrelatie-problematiek. Het lijkt niet moeilijk daarvoor een aantal argumenten aan te dragen.

De huisarts is een hulpverlener pur sang op de meest vitale en bedreigde gebieden van de menselijke existentie en komt in aanraking met vele mensen in allerlei soorten nood. De geest van de Johannier orde leeft nog steeds, zoals ook uit het „echelon-principe” nog blijkt. Daarbij wordt uiteraard ook een groot beroep gedaan op zijn emotionele verwerkingsvermogen. Hij heeft lichamenlijk contact met zijn patiënten en bijvoorbeeld ook erotische gevoelens moeten voor hem op een gegeven ogenblik onontkoombaar zijn bij de lichamenlijke hulpverlening aan mannen en vrouwen. Iedere huisarts zal dit gevoel kennen en zal uiteraard een eigen oplossing hebben gekozen om met dit probleem al dan niet adequaat uit de voeten te kunnen.

Deze druk zal ongetwijfeld meestal onuitsproken repercussies hebben op de gevoelens, angsten, zekerheden en onzekerheden van de partner van de huisarts. In die zin loopt het huwelijk van een huisarts ongetwijfeld nog grotere risico's dan dat van een andere hulpverlener. Ik vrees dat hij in vele gevallen het probleem heeft weggestopt zonder het te hebben opgelost of besproken met zijn partner. In dat geval is het accepteren van een vrouwelijke aanstaande collega in de eigen praktijk een confrontatie ten aanzien van eigen niet opgeloste gevoelens.

Bij trainingen voor huisarts-opleiders wordt onder andere een film van Kagan vertoond met daarop korte vignettes die tot doel hebben de kijker emotioneel te laten reflecteren. Eén van deze vignettes toont een vrouw die haar hulpverlener zeer nabij probeert te komen. De ongekend krachtige afweer van huisarts en groepsleden spreekt boekdelen, zoals: „Zorg maar dat ik wegkom”; „die zou ik wel eens mores leren”; „wat een hysterica”, etcetera.

Uit de literatuur

Savage en Wilson stellen dat de vrouw als arts uitstekend zou voldoen in haar beroepsuitoefening en op intellectueel niveau, doch dat de combinatie: carrière-huiselijk leven door de samenleving niet wordt geaccepteerd. Ik ben echter geneigd om ook dit als rationalisatie te beschouwen. Indien inderdaad de verantwoordelijkheid voor het gezin alleen op de nek van de vrouwelijke partner wordt geschoven, ligt voor de man de weg open voor de vlucht naar de praktijk als de partnercommunicatie verstroeft en behoort de

relatie zeer zeker tot de high-risk-groep van huwelijken.

Kaufman-Cartwright geeft aan dat de vrouwelijke arts acht à elf jaar na voleinding van haar studie een groter zelfvertrouwen heeft ontwikkeld, zichzelf als vrouw veel beter accepteert en zich bewust is van de koesterende gevoelens in haar leven. Bovendien accepteert zij de van haar gevraagde rol-patronen, hetgeen inhoudt dat zij niet het mannelijk identificatiepatroon heeft geaccepteerd. Een onderzoek in het district Detroit gaf aan dat vrouwelijke artsen ondanks hun familie-leven tot een arbeidsproductie van 90 procent kwamen vergeleken met dat van hun mannelijke collega's (Heins). Toegegeven zij dat de Amerikaanse resultaten niet uitsluitend betrekking hebben op de huisarts-situatie. Bovendien is het Amerikaanse cultuur-patroon niet direct op ons overdraagbaar.

Tenslotte kan ik niet nalaten opnieuw mijn vermoeden uit te spreken dat het zo moeilijk doordringen van de vrouw in het huisarts-beroep wel eens een aanzienlijke missing-link zou kunnen zijn in de medische hulpverlening in de eerste lijn.

Van der Velden haalt Buytendijk en Folmer aan als hij stelt: „Uit verschillende onderzoeken is duidelijk geworden dat vrouwen meer sukkelen dan mannen”. En hij adstrueert dat zowel vanuit biologisch-somatische als culturele zijde.

Beschouwing

Ik waag het te veronderstellen dat de „cultureel mannelijke medische hulpverlening” wel eens geen antwoord zou kunnen geven op deze „vrouwelijke hulpvraag”. De vraag zou discutabel zijn of wij, als wij spreken van mannelijke en vrouwelijke hulpverlening, dit identiek moeten stellen met „hulpverlening” door mannen respectievelijk vrouwen.

Vooralsnog lijkt mij, dat in de huidige maatschappelijke situatie, dit onderscheid nog maar niet moet worden gemaakt, hoewel de termen „mannelijk” en „door een man” beslist niet synoniem zijn. In ieder geval blijkt dat de mannelijke arts er wel eens bang voor zou kunnen zijn. De existentiële emotionele vraag om hulp past niet in zijn differentiële diagnose. Hij zou er andere registers voor moeten opentrekken die hij nooit heeft leren bespelen. Een toename van het aantal vrouwelijke huisartsen zou wel eens een bijdrage kunnen betekenen voor een dichtere benadering van de frequent gepresenteerde functionele klacht.

Samenvattend veronderstel ik dat er overeenkomsten zouden kunnen zijn tussen de bestaande waargenomen weerstanden tegen de vrouwelijke collega in of bij de

eigen praktijk en de afweer tegen vele juist door vrouwen gepresenteerde klachten op het spreekuur van de huisarts. Overeenkomsten die teruggebracht zouden kunnen worden onder de noemer: „Angst voor de gevoelsmatige aspecten van de hulp respectievelijk samenwerkings-relatie.”

Samenvatting. Tijdens de opleiding van assistent-artsen tot huisarts blijkt dat een groot aantal huisarts-opleiders geen vrouwelijke assistent-arts in hun praktijk wenst.

Gezocht wordt naar de reden van deze discriminerende instelling, waarbij enkele mogelijkheden worden besproken.

In een ruimer verband wordt de positie van de vrouw in het algemeen in de huisartspraktijk beschouwd.

De afweer van de huisarts-opleider tegen de vrouwelijke inbreng zou mogelijk kunnen worden verklaard door de andere – vrouwelijke – benadering van de patiënt c.q. de toename van de gevoelsmatige aspecten van de hulpverleningssituatie.

Summary. Women in and about general practice. During the training of medical residents for general practice it becomes apparent that many general practitioners-mentors refuse to accept a female trainee in their practice. The reason for this discriminating attitude is discussed with reference to several possibilities. The position of women in general practice is also discussed in a more general context. The reluctance of the general practitioner-mentor to accept a female trainee might perhaps be explained in view of the different (feminine) approach to the patient, i.e. the increased importance of emotional aspects in the doctor-patient situation.

Hausfeld, F. (1976) Aust. Fam. Phys. 5, mei.

Heins, M., S. Smock, L. Martindale, J. Jacobs & M. Stein. (1977) J. Amer. med. Ass. 237, 2514-2517.

Kaufman-Cartwright, L. (1977) J. med. Educ. 52, 467-474.

Savage, R. & A. Wilson. (1977) J. roy Coll. Gen. Practit. 27, 363-365.

Velden, H. G. M. van der. Huisvrouw-huisarts-huisgezin Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1973.