

De verkwisting van het menselijk kapitaal van vrouwen in de geneeskunde

Yvonne Winants

Regelmatig verbaas ik mij over de wonderlijke tegenstelling tussen de verhalen over een schrijnend artsentekort enerzijds en de verkwisting van menselijk kapitaal van vooral vrouwelijke artsen anderzijds. Terwijl het veld schreeuwt om gemotiveerde artsen en de betekenis van inspirerende rolvoorbeelden genoegzaam bekend is, zie ik in mijn omgeving, de academische geneeskunde, tal van getalenteerde, hoogopgeleide collegae afknappen of afhaken. Kwaliteit en talent waaraan vanuit het perspectief van gezondheidszorg toch een schreeuwende behoefte is, lekt weg of komt nog nauwelijks tot uitdrukking in die medische kringen.

Zo viel mij tijdens de NHG-kaderopleiding Palliatieve zorg op dat nagenoeg alle mannelijke deelnemers praktijkvoerend zijn, maar dat een substantieel deel van de vrouwelijke huisartsen in allerlei onhandige of onconventionele arrangementen probeert een professionele bijdrage aan vak en gemeenschap te leveren. Veel vrouwen werken als waarnemer, hidha of hebben een of andere tijdelijke universitaire aanstelling: constructies met de beeldvorming van hulpje van de echte huisarts en met een weinig interessant toekomstperspectief of fatsoenlijke honorering. Het professionele zelfvertrouwen van deze vrouwelijke artsen lijkt hierdoor in te boeten. Soms zie ik intelligente, hoogopgeleide collegae veranderen in weifelende, onzekere en zich steeds maar weer verdedigende professionals. Vrouwen lijken wel in het defensief gedrongen te zijn.

Een ander verbazingwekkend voorbeeld vind ik de bemensing van de kaderopleiding huisartsgeneeskunde van enige jaren geleden aan de Universiteit Maastricht. Met behulp van overheidsgelden kon een postacademische opleiding worden ingericht voor jong huisartsgeneeskundig kader, dat zich twee jaar mocht bekwamen in één of twee relevante klinische of andere kennisgebieden. Ook toen was al zichtbaar dat minstens de helft van de huisartsen van de toekomst uit vrouwen zou bestaan. Deze opleiding gold als een kweekvijver voor toekomstige topfuncties in de huisartsgeneeskunde van na 2000 en zou een voorbeeldrol gaan vervullen. Na enige tijd bleek het geselecteerde gezelschap uit 18 mannen en 2 vrouwen te bestaan. Nog gekker werd het toen ik jaren later een van die hooggekwalificeerde vrouwelijke collegae weer eens ontmoette en vernam dat zij nog

steeds aan het solliciteren was naar een functie op haar niveau. Haar hoog gewaardeerde adviezen vonden weliswaar gretig aftrek, maar betaling of inkomen leverde dat nauwelijks op. Gelukkig bleken alle mannen redelijk goed terechtgekomen. Wat is er toch in het medische beroepsveld aan de hand? Is de huidige medische top blind voor het menselijk kapitaal van vrouwen? Voelen vrouwen zich niet aangesproken? Of speelt een chronisch gebrek aan innovatie en vernieuwing van het artsenberoep een rol?

Lange tijd was het kritische bevragen van je eigen vakgebied met haar gewoonten en eigenaardigheden afkeurenswaardig en 'not done', omdat het snel wordt opgevat als disloyaal. Diversiteit onder artsen en variatie in arts-zijn lijken verdacht?! In haar lange en eerbiedwaardige geschiedenis lijkt dit binnen onze professie met succes de kop ingedrukt. Kuddegeest en discipline lijken in de medische beroepsgroep haast 'ingemendeld' te zijn. In de medische opleiding en beroepssocialisatie tijdens (co-)assistentenschappen wordt de klus van de grote aanpassing geklaard, ondanks onderwijsvernieuwing op onderwijsvernieuwing. Zou het niet nuttig zijn om eens aandacht te besteden aan sociale processen als elitevorming en uitsluiting (op basis van sekse, kleur, klasse) binnen de medische beroepsgroep? De sporen van deze dynamiek werken natuurlijk nog steeds door in sfeer en cultuur in menig medisch veld¹ en veroorzaken dat – ook in tijden van schaarste en tekort – goede professionals ten onrechte worden uitgestoten of gediskwalificeerd.

De medische stand en universiteiten lijken ondertussen weinig last te hebben van deze verspilling. Onder het motto 'liever een topsporter, dan tien voldoende-presterenden' laadt de zittende club heren die in academia en geneeskunde de touwtjes nog steeds stevig in handen heeft, vooral haar eigen accu op. In een ivoren toren bepaalt men namelijk zelf wat kwaliteit is en selecteert de oude garde bij voorkeur een kloon van zichzelf.² Dit alles heeft een hoge prijs... het verlies van menskracht, motivatie en expertise onder artsen. En dat vind ik een veel te hoge prijs.

Loopbaanbeleid en coaching voor artsen (man/vrouw), stimulering van artsen met ambitie en talentmanagement, mentorsystemen en het opheffen van de ergste belemmeringen om medische arbeid te combineren met zorg, zijn voorbeelden van een actieve beleidsmatige aanpak,³ die in het buitenland en in andere sectoren van de arbeidsmarkt allang met succes zijn toegepast. Terwijl in politiek en profitsector vrouwen allang zijn doorbroken, suddert de academische geneeskunde al jarenlang op het aloude pitje verder, niet in staat om andere inzichten te

Auteursgegevens

dr. Yvonne Winants, huisarts, afdeling Genderstudies Geneeskunde, Universiteit Maastricht, P. Debeyeplein 1, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.
Correspondentie: yvonne.winants@hag.unimaas.nl

absorberen en veranderingen door te voeren richting eigentijdse sociale verhoudingen. Wordt het niet eens de hoogste tijd dat de medische professie zelf een goede dokter opzoekt en behandeling zoekt voor haar selectieve slechtiendheid? Want wie heeft uiteindelijk de meeste last van die krapte en verspilling onder dokters...? Juist ja, vooral de patiënt en dat kan toch niet de bedoeling zijn.

Ingezonden

Vitamine-D-tekort

In de rubriek *Journal in Huisarts en Wetenschap* wordt gesteld dat een vitamine-D-tekort wel niet zo vaak zal voorkomen.¹ Aanbeveling voor extra vitamine D bij zwangeren en zogenden wordt door huisartsen, verloskundigen en gynaecologen in twijfel getrokken.² Nederland is echter toenemend een multiculturele samenleving en juist migranten hebben vaak meerdere risicofactoren voor een vitamine-D-deficiëntie: een donkere huid, de neiging om zonlicht te vermijden, bedekkende kleding en een zuivelarme voeding.³ Een klein nog ongepubliceerd onderzoek naar de vitamine-D-status van een groep van vijftig gesluisde vrouwen aan het eind van de winter door Jos Wielders, klinisch chemicus van het ziekenhuis Eemland te Amersfoort en ondergetekende leverde 80% ernstig deficiëntie vrouwen op, gedefinieerd als hebbende een 25 (OH) vitamine-D-status <13 nmol/l. Deze bevindingen komen overeen met Deens onderzoek.⁴ Van de 50 Nederlandse vrouwen bleek slechts één vrouw extreem deficiënt. Een casus van een Nederlandse vrouw werd onlangs in dit tijdschrift besproken.⁵

Welke invloed heeft een hypovitaminose D op de kwaliteit van leven?

Recent werden enkele migranten met een hypovitaminose D beschreven; moeheid, spierpijn en spierzwakte in de proximale spieren waren de meest voorkomende klachten.⁶ De relatie van een hypovitaminose D met osteoporose mag bekend verondersteld worden, de mogelijke relatie met diabetes, sommige vormen van kan-

ker, tuberculose en schizofrenie staat volop in de belangstelling.⁷ Receptoren voor het vitamine-D- (hormoon)metabolisme worden wereldwijd onderzocht. Het NHG preekt in zijn adviezen het nadeel van de twijfel. Mijns inziens echter verdienen, naast adviezen wat betreft zonlicht, de praktische aanbevelingen gedaan door de Gezondheidsraad wat betreft een adequate vitamine-D-voorziening het voordeel van de twijfel.⁸ Levertraan werd door onze ouders gelukkig nooit als medicaliserend beschouwd. Waarom zou de huidige huisarts verzuimen om kwetsbare groepen in de samenleving adequaat te informeren?

I. Grootjans-Geerts

1 Zaat JOM. *Zelfzorg*. *Huisarts Wet* 2001;44 (10):409.

2 Wiersma TJ, Daemers DOA, Steegers EAP, Flikweert S. Onterechte aanbeveling voor extra vitamine D bij zwangeren en zogenden. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1700-1.

3 Lips P. Vitamine-D-gebrek in de multiculturele samenleving. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:2060-1.

4 Glerup H, Mikkelsen K, Poulsen L, Hass E, Overbeck S, Thomsen J, et al. Commonly recommended daily intake of vitamin D is not sufficient if sunlight exposure is limited. *J Intern Med* 2000;247:260-8.

5 De Ridder J. Vitamine-D-deficiëntie, niet alleen bij migrantenvrouwen. *Huisarts Wet* 2001;45(10):450-2.

6 Grootjans-Geerts I. Hypovitaminose D: een versluisde diagnose. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:2057-9.

7 Norris JM. Can the sunshine vitamin shed

light on type 1 diabetes? *Lancet* 2001; 358:1500-3.

8 Gezondheidsraad. Voedingsnormen: calcium, vitamine D, thiamine, riboflavine, niacine, panthotheenzuur en biotine. Publicatie nr 2000/12. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000.

Antwoord

Grootjans vraagt terecht aandacht voor hypovitaminose D bij vooral allochtonen en het is natuurlijk de taak van de huisarts kwetsbare groepen te informeren. In het jaartalstukje ging het echter over vitamines die in grote hoeveelheden bij drogist of apotheek worden aangeschaft. Naar alle waarschijnlijkheid zullen dat voornamelijk autochtone Nederlanders zijn. De kwetsbare groep geeft daar geen euro's aan uit. Zoals met veel voorzieningen en geneesmiddelen komt de (zelf)zorg bij de verkeerde groepen.

Joost Zaat

Etniciteit als contextuele factor

In zijn lezenswaardige artikel *Context en medisch handelen*¹ stelt van Weel een aantal prioriteiten in wetenschappelijk onderzoek naar contextuele factoren.

Als huisarts in een multiculturele wijk in Amsterdam mis ik onder het kopje 'gezin, ziekte en ziektegedrag' zeer de *etniciteit* van onze patiënten. De afkomst van onze patiënten heeft in onze setting een grote invloed op ons medisch handelen:

1. Medisch-technisch in de zin dat bepaalde ziekten een hogere prevalen-