

**BIOGRAFIE**

Kiki Lombarts (1967) studeerde Beleid en Management van de Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit en promoveerde in 2003 aan de Universiteit van Amsterdam. Sinds 1991 bekleedde en bekleedt ze verschillende rollen in de intramurale, curatieve gezondheidszorg, onder andere als adviseur kwaliteit van specialisten bij het Kwaliteitsinstituut CBO, als zelfstandig organisatieadviseur, als lid van de ZonMw-programmacommissie Gender & Gezondheid, van de Wetenschappelijke Adviesraad van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn en van diverse raden van toezicht.

Sinds 2013 is ze hoogleraar Professional Performance (Amsterdam UMC/Universiteit van Amsterdam). Haar onderzoeksgroep bestudeert de medische professie en het functioneren van medisch specialisten in het licht van de kwaliteit van patiëntenzorg en de medische opleiding. Ze was in 2020-2021 als fellow verbonden aan Stanford University. Het artikel dat ze samen met Abraham Verghese schreef voor *The New England Journal of Medicine*, getiteld 'Medicine Is Not Gender-Neutral – She is Male', is te vinden op haar eigen website: [www.kikilombarts.com](http://www.kikilombarts.com).

Tekst: Anne Doeleman

Beeld: Merel Waagmeester

Prof. dr. Kiki Lombarts over vooroordelen, compassie en diversiteit in de geneeskunde

# “Meer ruimte voor ‘vrouwelijke’ kwaliteiten komt dokters en patiënten ten goede”

**Haar artikel in The New England Journal of Medicine in maart dit jaar, ‘Medicine Is Not Gender-Neutral – She is Male’, bracht heel wat teweeg. Kiki Lombarts, hoogleraar Professional performance in het Amsterdam UMC, concludeert erin dat het dominante masculiene perspectief in de geneeskunde betekent dat vrouwelijke dokters nog steeds achtergesteld worden ten opzichte van hun mannelijke collega's. Maar niet alleen dat: vrouwelijke patiënten zijn beter af bij een vrouwelijke dokter. Wat Lombarts betreft gaat de geneeskunde terug naar de tekentafel.**

## **Wat heeft u onderzocht voor uw artikel in The New England Journal of Medicine?**

Ik begon met de vraag wat de instroom van vrouwen in de geneeskunde – in Nederland is nu 70% van de geneeskundestudenten vrouw – zou kunnen betekenen voor de performance van artsen en voor de kwaliteit van zorg. Maar toen ik in de medische literatuur op zoek ging naar studies over mannelijke en vrouwelijke dokters, kwam ik in een heel ander domein terecht, dat van de ongelijke behandeling van mannelijke en vrouwelijke artsen. De schellen vielen van mijn ogen. Ik was tot dan toe een non-believer. Ik geloofde niet zo in zaken als het glazen plafond, uitsluiting of vrouwenquota. Ik dacht: het gaat alleen om kwaliteit en als je gewoon hard werkt als vrouwelijke dokter, dan kom je er wel. Van dat idee ben ik af.

Vrouwen worden in elke fase van hun medische carrière professioneel benadeeld ten opzichte van mannen. Er is een *pay gap*, ze worden vaker achtergesteld, gediscrimineerd, buitengesloten, lastiggevallen, ondermijnd, niet serieus genomen, et cetera. Dat geldt denk ik voor radiologen en nucleair geneeskundigen net zo goed als voor andere specialisten. De feiten zijn overweldigend. Vrouwen zijn slechter af dan mannen in de geneeskunde. Ze moeten harder werken, beter hun best doen, genoeg nemen met minder, zich aanpassen. Het is voor vrouwen lastiger om binnen te komen, een leidinggevende positie te krijgen en ze zijn minder vaak eerste of laatste auteur op wetenschappelijke publicaties. Overigens is dit ook heel herkenbaar in veel andere sectoren.

### En uw tweede onderzoeksvraag: wat betekent de instroom van meer vrouwen in de geneeskunde voor de kwaliteit van zorg?

Er zijn een paar heel grote, vrij recente, goede studies binnen onder meer de interne geneeskunde, cardiologie en chirurgie die laten zien dat vrouwelijke dokters iets beter presteren dan mannelijke dokters als we kijken naar klinische uitkomsten voor patiënten. Dan gaat het dus over harde zaken als complicaties, heropnames en mortaliteitscijfers. Bij patiënten van vrouwelijke dokters zie je geen uitkomstverschillen tussen mannen en vrouwen. Maar vrouwelijke patiënten zijn significant minder goed af bij mannelijke dokters. Een verontrustende studie onder cardiologen laat bijvoorbeeld zien dat vrouwelijke patiënten twee tot drie keer meer kans hebben om te overlijden als ze op de Spoedeisende Hulp door een mannelijke cardioloog worden behandeld. En vrouwelijke patiënten hebben 15% meer kans op een negatieve postoperatieve uitkomst als ze door een mannelijke chirurg worden geopereerd. Vrouwelijke patiënten betalen dus de prijs in de genderdiscussie. Dat was voor mij een openbaring.

“Onderzoek laat zien dat er niet per se minder belangstelling is bij vrouwen voor een plaats in een vakgroep”

### De vraag is natuurlijk: waar komt dit verschil in uitkomsten door?

Ja, dat is de *million dollar question*. Alle studies zeggen: daar hebben we niet hét antwoord op, wel *clues*. Het is duidelijk dat het niet ligt aan het aantal ervaringsjaren, of je parttime of fulltime werkt, de setting, beschikbaarheid of de patiëntenmix. Waar ligt het dan wel aan? Er zijn studies die laten zien dat vrouwelijke dokters beter protocollen volgen, beter luisteren of anders communiceren met patiënten en beter zijn in *disease management*. In de chirurgie lijken vrouwelijke dokters daarnaast risicomijder te zijn en minder snel over te gaan tot een ingreep.



### Heeft het ook te maken met wat u ‘vrouwelijke’ kwaliteiten noemt?

Dat zou een van de verklaringen kunnen zijn. Overigens is deze discussie niet bedoeld als een *battle of the sexes*. Als er al sprake zou zijn van een strijd, dan zou het wat mij betreft de strijd mogen zijn tussen ‘vrouwelijke’ en ‘mannelijke’ kwaliteiten. Ik zet ze tussen aanhalingstekens, omdat we ze zo zijn gaan zien, maar in werkelijkheid zijn ze natuurlijk niet voorbehouden aan mannen of vrouwen. Als ‘vrouwelijke’ kwaliteiten worden vaak de relationele, verbindende en subjectieve kwaliteiten genoemd: empathisch vermogen, zorgen, samenwerken, intuïtie, het moeilijk grijpbare en het emotionele. Als ‘mannelijke’ kwaliteiten worden in onze cultuur onder meer efficiëntie, daadkracht, protocollering, objectiviteit, rationaliteit gezien. Mannen en vrouwen hebben alle kwaliteiten in zich en goede patiëntenzorg heeft zowel mannelijke als vrouwelijke kwaliteiten nodig.

*“Het is voor vrouwen lastiger om binnen te komen, een leidinggevende positie te krijgen en ze zijn minder vaak eerste of laatste auteur op wetenschappelijke publicaties”*

### **Wat maakt een dokter een goede dokter?**

Het gaat wat mij betreft om drie pijlers: het streven naar excellentie, handelen vanuit medemenselijkheid en afleggen van rekenschap. Ik denk dat we op dit moment in de zorg nog onvoldoende aandacht hebben voor het handelen uit medemenselijkheid. Het medemenselijke is voor veel dokters een belangrijke drijfveer om te kiezen voor het vak. Maar in de praktijk is daar weinig tijd voor. Het zit ook niet expliciet in de opleiding. In ons eigen onderzoek vroegen we aan aios wat compassie voor hen betekende. Zij gaven aan vooral beoordeeld te worden op technische skills en daar dus als eerste aandacht aan te geven. ‘En als we nog tijd over hebben, doen we aan compassie’. Zo’n geluid past bij een traditionele kijk op compassie: als ‘geneeskunst’ en losstaand van de geneeskunde als medische wetenschap. In dat perspectief is geneeskunst optioneel, een extraatje. Terwijl onderzoek laat zien dat de inzet van geneeskunst zoveel bijdraagt aan de kwaliteit van zorg dat het eigenlijk gewaardeerd en erkend zou moeten worden als geneeskunde.

### **Waarom is dat niet het geval?**

Zolang de blik op de geneeskunde mannelijk blijft, verandert de zorg ook niet. Wat we volgens mij willen is dat alle artsen al hun menselijke kwaliteiten ontwikkelen en inzetten in de zorg. Dat betekent dus ook dat de waardering van de zorg, ook financieel, moet gelden voor zowel vrouwelijke als mannelijke kwaliteiten, voor zowel de technische als de niet-technische skills of ‘harde en softe’ skills, om het anders te noemen.

### **Zijn vrouwelijke kwaliteiten als compassie en empathie aan te leren?**

Onderzoek laat zien dat het zeker te ontwikkelen is. Het is inherent aan de mens dat we compassievol zijn, dat we in relatie tot de ander zijn. De vraag is alleen: krijgt het waardering of niet? De zogenaamd ‘vrouwelijke’ kwaliteiten worden ook sociaalhistorisch gezien als een gegeven of als iets waar je niet voor hoeft te studeren. Daarmee krijgen ze ook minder waarde. Hoe zou je vrouwelijke kwaliteiten beter kunnen inbedden in de geneeskunde?

We zouden opnieuw naar de zorg moeten kijken: wat is de behoefte van de patiënt? Dat is geen onderwaardering van wat we allemaal hebben bereikt. Zaken als protocollering, registraties en een wetenschappelijke blik moeten we allemaal behouden. Maar daarnaast mag er meer ruimte komen voor vrouwelijke kwaliteiten. Dat betekent terug naar de tekentafel. Hoe gaan we dat vervolgens realiseren in de praktijk? Ik denk dat je in de geneeskundeopleiding meer tijd kan inrichten voor een vak als de wetenschap achter compassie. Dat wordt *compassionomics* genoemd: de wetenschap naar compassie die zich ook vertaalt in harde uitkomsten en kosten.

Daarnaast zijn rolmodellen en mentoren heel belangrijk in het inzetten van vrouwelijke kwaliteiten. Niet per se je punt willen maken, met de vuist op tafel bijvoorbeeld, maar juist door in verbinding te zijn met elkaar om tot inzichten of oplossingen te komen. Dat vergt andere manieren van denken en samenwerken.

### **Krijgen vrouwelijke kwaliteiten niet vanzelf meer ruimte als de meerderheid van de dokters vrouw is?**

Mijn hypothese was: als we meer vrouwen laten instromen in de geneeskunde, dan draagt dat bij aan de verdere humanisering van patiëntenzorg. Maar de conclusie is: je kunt nog zoveel vrouwen in de geneeskunde stoppen, als het model mannelijk blijft, dan gaat het te traag. Dus we moeten het model diversifiëren. Niet alleen met vrouwelijke kwaliteiten, maar ook met andere minderheidsperspectieven. Het gaat niet alleen over gender, maar ook over mensen met een andere etnische achtergrond en met een andere skillsset. Je wilt zo veel mogelijk verschillende perspectieven inbrengen om een zorg te ontwerpen waarin alle patiënten én dokters zich herkennen en gezien en gehoord voelen. Dat leidt aantoonbaar tot betere kwaliteit van zorg. We zien dat het niet alleen voor vrouwen in de geneeskunde moeilijker is dan voor mannen, maar voor elke minderheidsgroep.

### **Waarom is dat?**

Van oudsher was de dokter een man. Er is in de organisatie van het werk – de harde kant – veel verbeterd, zoals

zwangerschapsverlof, kinderopvang, mogelijkheden tot parttime werken. Maar wat heel moeilijk is, is om onze *bias*, onze vooroordelen aan te passen. We hebben geen van allen de intentie mensen te discrimineren, maar toch zijn we allemaal onder invloed van de verwachtingen die we onbewust hebben. Uiteindelijk is diversiteit zo belangrijk omdat iedereen er beter van wordt. Zoals gezegd blijkt dat vrouwelijke patiënten het slechtst af zijn bij mannelijke cardiologen. Maar op het moment dat er meer vrouwelijke cardiologen in het team komen, gaan de mannelijke cardiologen ook beter zorgen voor vrouwelijke patiënten. Dat geldt ook voor etniciteit: als je dokters van kleur hebt in je team, zijn patiënten van kleur ook beter af, bij alle dokters. En uiteindelijk gaat het erom dat patiënten van welke afkomst, gender of wat dan ook optimale zorg ontvangen.

*“Het is oké, en zelfs beter voor patiënten, om het vrouwelijke perspectief ook in te brengen”*

#### **Wat zou een vrouwelijke dokter hieraan kunnen doen?**

Vrouwen moeten dit niet alleen oplossen, net als racisme niet alleen moet worden opgelost door mensen van kleur. Het is een probleem van ons allemaal. Veel vrouwen hebben zich aangepast. Als jij radioloog of afdelingshoofd wilt worden, pas je je aan aan de mannen. Ik heb het ook gedaan: meegelachen met vrouwengrappen of niet ingegrepen bij seksistische opmerkingen. Ik ken geen vrouw die geen ervaring heeft met #MeToo. Ik dacht ‘zo zijn mannen nu eenmaal’. Maar als vrouwen moeten wij net zozeer als mannen bedenken dat we leven in dat mannelijke perspectief en dat het oké is, en zelfs beter voor patiënten, om dat vrouwelijke perspectief ook in te brengen. Niet meer aanpassen dus!

#### **Hoe kun je het vrouwelijke perspectief inbrengen? Als je bijvoorbeeld de enige vrouwelijke radioloog bent op een afdeling?**

Als je alleen bent is dat heel moeilijk. Ik sprak laatst een vrouwelijke specialist die op een afdeling werkte met alleen maar mannen. Zij zei ‘mijn collega’s werken samen door met elkaar te boksen, door competitie, dat wil ik niet’. Dat is heel lastig. Ik denk dat je het bespreekbaar kunt maken. En in ieder geval niet aan jezelf moet gaan

twijfelen. Vrouwen krijgen vaak te horen ‘je mag je wat meer laten horen in de vergadering’. Maar dan hoor ik van vrouwen terug ‘ik wil mezelf helemaal niet laten horen om mezelf te horen, ik wil iets in te brengen hebben en als ik dat niet heb, dan kan ik ook mijn mond houden’. Ik hoor ook vaak van vrouwen dat ze te horen krijgen dat ze minder bescheiden moeten zijn. Terwijl: uit onderzoek is gebleken dat bescheidenheid een heel belangrijk kenmerk is van topperformers. Een bescheiden houding – dus de moedwillige bereidheid om ook je kwetsbare kanten en tekortkomingen te zien en open te staan voor de sterke kwaliteiten en kracht van de ander – leidt minder vaak tot een tunnelvisie en *jumping to conclusions*. Dus bescheidenheid is nodig. Dat is natuurlijk iets heel anders dan je klein of onzichtbaar maken.

#### **Hoe kan bijvoorbeeld een radiologieafdeling een meer divers team krijgen?**

Als mensen zijn we allemaal bevooroordeeld. Bij roze babyspullen denkt bijvoorbeeld iedereen aan een meisje. Het is onmogelijk om dat tegen te gaan. Wat je dus moet doen is gelijkheid inregelen in systemen. Zorg er bij een sollicitatieprocedure bijvoorbeeld voor dat er in ieder geval even veel mannen als vrouwen in de sollicitatiecommissie zitten. Let ook op de taal van een vacature. Vraag je alleen maar mannelijke kwaliteiten, zoals daadkracht en resultaatgerichtheid, of gebruik je ook woorden zoals verbinding, teamwork en goede communicatie?

Daarnaast kun je kijken naar kwalitatief waarderen in plaats van kwantitatief waarderen. We kijken nu sterk naar hoeveel procedures een specialist heeft gedaan, hoeveel patiënten iemand heeft gezien, hoeveel artikelen iemand heeft geschreven, hoeveel geld iemand heeft binnengehaald. Maar je kunt ook kijken naar wat iemand bijdraagt aan de patiëntenzorg, aan het team, de relaties met andere specialisten, onderwijs. Geef daar meer waardering aan.

#### **Het nadeel van meer vrouwen in een beroep is dat het gezien kan worden als ‘vrouwenwerk’, zoals dat ook gebeurde bij leraren. Dat verlaagt de status, salaris en invloed van zo’n beroep. Hoe werkt dat?**

Dat wil niet zeggen dat de vrouwelijke kwaliteiten niet belangrijk zijn, maar het geeft nog eens extra aan dat vrouwelijke kwaliteiten of vrouwen ondergewaardeerd worden. Het is exemplarisch.

**In veel maatschappen of vakgroepen zijn mannen nog sterk in de meerderheid. Waarom is dat?**

Dat is weer een bevestiging van het feit dat vrouwen toch nog professioneel benadeeld worden in de doorstroming. Dat heeft ook te maken met het feit dat vrouwen nog steeds meer zorgtaken hebben dan mannen of zich daar verantwoordelijker voor voelen. Onderzoek laat zien dat er niet per se minder belangstelling is bij vrouwen voor een plaats in een vakgroep.

**In de radiologie en nucleaire geneeskunde is het aandeel werkzame vrouwen ongeveer een derde. Wat maakt deze specialismen minder aantrekkelijk voor vrouwen?**

Ik weet niet of het minder aantrekkelijk wordt gevonden door vrouwen. Het is wel een technisch vak en daarin worden vrouwen vaker ontmoedigd, blijkt uit onderzoek. Van de STEM-vakken (science, technology, engineering en math) werd vaak gezegd dat jongens er beter in zijn dan meisjes. De praktijk is dat meisjes er minstens even goed in zijn als jongens, maar als je na een examen vraagt hoe het gegaan is, zie je systematisch dat jongens zichzelf overschatten en meisjes zichzelf onderschatten. Dus meisjes hebben al op jonge leeftijd het beeld dat meisjes zo'n technisch vak niet kunnen. Dat draagt er misschien ook toe bij dat je minder snel voor radiologie of nucleaire geneeskunde kiest als vrouwelijke geneeskundestudent.

**Je zou kunnen zeggen: radiologen en nucleair geneeskundigen hebben minder patiënten-contact, dus is voor hen diversiteit minder van belang. Of werkt het zo niet?**

Radiologie is meer dan alleen plaatjes kijken. Je hebt ook multidisciplinair overleg, samenwerking en collegiale connecties nodig om te komen tot je beste kennis en kunde.

*“Ik denk dat je in de geneeskundeopleiding meer tijd kan inrichten voor een vak als de wetenschap achter compassie. Dat wordt compassionomics genoemd”*

**Steeds meer dokters krijgen een burn-out. Kunt u dit verklaren? En wat is de rol hierin van het toenemende aantal vrouwen in de geneeskunde?**

Vrouwelijke dokters krijgen vaker een burn-out dan mannelijke dokters. In het algemeen denk ik dat vrouwen meer last hebben van perfectionisme. Een van de mogelijke verklaringen tussen de kwaliteit van zorg die mannelijke en vrouwelijke dokters leveren is dat je als vrouw echt meer moeite moet doen om binnen het specialisme een plek te veroveren en het vol te houden. Als er thuis dan ook nog meer van je gevraagd wordt, kan ik me voorstellen dat je sneller slachtoffer wordt van burn-out. Maar burn-out is geen specifiek genderprobleem. We moeten de zorg voor iedereen minder belastend gaan organiseren en vooral niet de schuld bij individuen gaan leggen.

**Heeft u zelf ook hinder ondervonden van uw vrouw-zijn?**

Ik was eens uitgenodigd voor een lezing en werd opgehaald bij de receptie door een man die vroeg ‘komt professor Lombarts zelf ook?’. Dus ik ken het natuurlijk ook. Op het artikel in de NEJM heb ik ook de nodige reacties gehad. Een specialist, die ik overigens graag mag en hoog heb zitten, gaf aan dat hij zich als mannelijke dokter ontregeld voelde door dit stuk. Hij voelde zich aangevallen in alles wat hij met hart en ziel voor patiënten heeft gedaan. Hij zei ‘als je nou je toon wat aanpast, krijg je ook meer mannen zoals ik mee’. Maar het is een heel genuanceerd stuk. Ik zei tegen hem: ‘ik ben wel klaar met mijn toon aanpassen aan alfamanntjes’. Ik kreeg online ook boze reacties, zoals ‘wat een klinkklare onzin, we gaan je lynchen’. In deze tijdgeest, met misstanden en grensoverschrijdend gedrag, hebben mannen het zwaar, vinden ze. ‘Het feit dat ik een man ben maakt al dat ik word afgeserveerd’. Dat snap ik wel. Vanuit de schuring moeten we weer meer naar zachtheid en mildheid en daar hebben we mannen én vrouwen voor nodig. Nou ja, *it's a journey*.