

Arts M/V

‘De verschillen moeten benoemd worden’

Het functioneren en presteren van medisch specialisten vormt de rode draad in het werkende leven van hoogleraar Kiki Lombarts. De discussie over het verschil tussen mannelijke en vrouwelijke artsen is een logische verdieping van haar vakgebied. Gender blijkt er namelijk toe te doen in zo’n beetje alle aspecten van het artsenvak. Louise van Galen ging met Kiki in gesprek.

TEKST: SACHA EIKENBOOM | BEELD: MEREL WAAGMEESTER

Vooropgesteld: dit artikel is niet bedoeld als een ‘jongens tegen de meisjes’-verhaal. Maar de ongelijkheid tussen mannelijke en vrouwelijke artsen is inmiddels een niet meer weg te denken onderwerp van gesprek. ‘Door het onderwerp bespreekbaar te maken voelen sommige medisch specialisten zich erkend, andere misschien wat bedreigd’, zegt Kiki Lombarts, hoogleraar professional performance aan de UVA en het Amsterdam UMC. ‘Maar zolang de ongelijke behandeling voortduurt, moeten de verschillen benoemd worden. Door erover te praten, creëren we kansen om de zorg te verbeteren.’

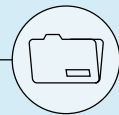
Onevenwichtig curriculum

‘Je zou zeggen: we krijgen allemaal dezelfde opleiding’, zegt Louise van Galen, vijfdejaars aios in het Amsterdam UMC. ‘Is er dan eigenlijk wel een verschil in hoe mannen en vrouwen hun werk doen?’ Kiki: ‘Maar die opleiding is dus niet voor ieder-

een gelijk, daar begint het al mee. De opleiding is veel meer dan een curriculum op papier. Een opleiding bestaat uit interacties met supervisors en collega’s, een werkomgeving waarin meer of minder kansen worden geboden, een werkklimaat waarin je al dan niet fouten mag maken of emoties tonen. Al die dingen samen maken dat de opleiding een unieke ervaring is voor iedere aios. Uit onderzoek blijkt dat deze ervaring voor vrouwelijke artsen op heel veel fronten minder positief uitpakt: ze krijgen minder kansen, worden minder serieus genomen, krijgen vaker de ondersteunende dan de leidende rol of een mindere auteurspositie in publicaties.’

Mannelijke oriëntatie

In een publicatie in *The New England Journal of Medicine*, getiteld *Medicine is not gender-neutral: she is male* beschrijft Kiki, samen met coauteur internist Abraham Verghese (Stanford University), onder andere als volgt de totstandkoming van de mannelijke oriëntatie binnen het



Kiki Lombarts

*vakgebied: 'De identiteit van een arts wordt gevormd tijdens de opleiding, wanneer de diepgewortelde waarden van het beroep en de heersende opvattingen over wat het betekent om arts te zijn, worden overgedragen en geassimileerd (...). De geïnternaliseerde waarden en overtuigingen vertalen zich in de praktijk in gedrag en prestaties (...) Geprotocolleerde geneeskunde, systeemgebaseerd denken, efficiëntie en autoritair leiderschap weerspiegelen de manieren waarop de moderne medische praktijk is gevormd door een mannelijke oriëntatie.'*¹

Kiki: 'Het ijkpunt van de geneeskunde was lange tijd de mannelijke dokter. Als gevolg daarvan werden vrouwelijke artsen bewust of onbewust professioneel benadeeld. Wilde je als vrouw in zo'n wereld een plek veroveren, dan moest je wel extra goed,

gemotiveerd en veerkrachtig zijn. Vrouwen vochten zich in.'

Louise: 'En dat doe je dan bijvoorbeeld door als vrouw vooral masculiene eigenschappen te presenteren?'

Kiki: 'Precies. Of door je vrouwelijke kwaliteiten bewust niet te tonen. Het maakt duidelijk dat mannelijke kwaliteiten - ook vandaag de dag nog - meer gewaardeerd

worden dan wat we historisch vrouwelijke kwaliteiten zijn gaan noemen. Ook in de zorg. Alsof technische skills waardevoller zijn dan relationele vaardigheden, zoals compassie en communicatie. Goede zorg vraagt om beide, en van alle dokters. Als we dat gaan erkennen en waarderen, ontstaat er meer ruimte voor artsen om zichzelf te zijn en hoeft er geen talent verloren te gaan. Dat verdienen artsen. En zeker hun patiënten.'

Beeldvorming

Louise: 'De beeldvorming rondom mannelijke en vrouwelijke artsen speelt ook een rol. Hoe worden mannelijke en vrouwelijke artsen door patiënten bekeken?'

Kiki: 'Oudere generaties kennen de tijd waarin de overgrote meerderheid van de artsen man was, de verpleegkundigen waren vrouwen. Dat beeld leeft voort in beeldvorming en verwachtingen, bijvoorbeeld wanneer de vrouwelijke arts als verpleegkundige wordt aangesproken. Maar dit beeld verandert: jongeren hebben die bias naar zorgverleners minder of zelfs helemaal niet. Niet gek, want vrouwelijke artsen vormen nu de meerderheid.'

Ruimte voor de relatie

Louise: 'Op welke manier beïnvloedt het geslacht van de arts de relatie met de patiënt?'

Kiki: 'Het is belangrijk eerst stil te staan bij de aard en kwaliteit van de arts-patiëntrelatie. Die is per definitie ongelijkwaardig. Alleen vertrouwen kan dat overbruggen. Om het vertrouwen van de patiënt te krijgen, is het belangrijk wie jij, de dok-

‘Masculiene kwaliteiten worden ook vandaag de dag nog meer gewaardeerd’



ter, bent als mens. De basis van het vak is dat je eerst een relatie aangaat van mens tot mens, zodat je daarna de patiënt kunt helpen. Voor het aangaan van een relatie helpt het als je jezelf een beetje kent; ik vind het daarom goed dat er ruimte is voor persoonlijke ontwikkeling in de opleiding

en daarna. Verder moet de arts natuurlijk bereid zijn de patiënt – en niet alleen de kwaal – te willen kennen. En dat lukt meestal niet in 10 minuten. We moeten (weer) beseffen dat de geneeskunde een relationele dienstverlening is. Zonder aandacht voor de relatie is de zorg niet meer dan een transactionele business. En in die business is meer waardering voor datgene wat we gelabeld hebben als masculiene kenmerken.’

Genderaannames

Als er geen ruimte is voor de relatie, dan hebben genderaannames en -verwachtingen meer kans om in de spreekkamer effect te hebben, vertelt Kiki: ‘Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat bij dezelfde klachten vrouwelijke patiënten eerder dan mannen de diagnose ‘psychosomatisch’ krijgen. Dat suggereert genderbias. Ook patiënten nemen genderverwachtingen mee naar het spreekuur. De vrouwelijke patiënt die zich bij een mannelijke arts stoerder voordoet dan ze zich voelt, of mannelijke patiënt die zich niet comfortabel voelt bij een vrouwelijke uroloog.

Overigens, diverse studies rapporteren dat het geslacht van de dokter een rol speelt in patiëntenuitkomsten. En dan heb ik het over harde klinische uitkomsten: mortaliteit, heropnamen en complicaties. Meerdere grote internationale studies laten zien dat de uitkomsten van zorg significant minder goed zijn voor vrouwelijke patiënten die door een mannelijke arts zijn behandeld. Verschillen in praktijkvoering tussen mannen en vrouwen zijn een mogelijke verklaring.’

‘Uit onderzoek blijkt dat vrouwelijke artsen minder kansen krijgen’

Meer lezen over dit onderwerp?

Kiki Lombarts attendeert je graag op de volgende artikelen:

- Miyawaki A, Jena AB, Rotenstein LS, Tsugawa Y. Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates by Physician and Patient Sex. *Ann Int Med* 2024; 177(5):598-608.
- Kang SK, Kaplan S. Working toward gender diversity and inclusion in medicine: myths and solutions. *Lancet*. 2019;393(10171):579-86.
- Mulder L, Wouters A, Akwiwu EU e.a. Diversity in the pathway from medical student to specialist in the Netherlands: a retrospective cohort study. *Lancet Reg Health Eur*. 2023;35:100749.
- Lombarts, K. De 3 van Kiki: Vrouwen en het vrouwelijke in organisaties - Leading Doctors. <https://leadingdoctors.nl/de-3-van-kiki-vrouwen-en-het-vrouwelijke-in-organisaties/>

Suggesties

Louise: ‘Wat kunnen we van de genderdiscussie meenemen naar ons werk?’

Kiki: ‘Erken dat er ongelijkheid is. Voel je daar niet door bedreigd, maar wees nieuwsgierig. Voorkom dat we de geneeskunde als relationele dienstverlening verliezen en neem daarin zelf de regie. En laten we vooral ruimte bieden aan het gesprek over de waardering van alle menselijke kwaliteiten voor goede zorg en plezierig werken.’ ●

Referentie

1. Lombarts KMJ, Verghese A. Medicine Is Not Gender-Neutral - She Is Male. *N Engl J Med*. 2022; 386(13): 1284-7.