

De mannelijke gynaecoloog: een uitstervend ras?

W.J.K. Hehenkamp, F.W. van der Made, W.J. Kist en P.C.M. de Groot

Introductie

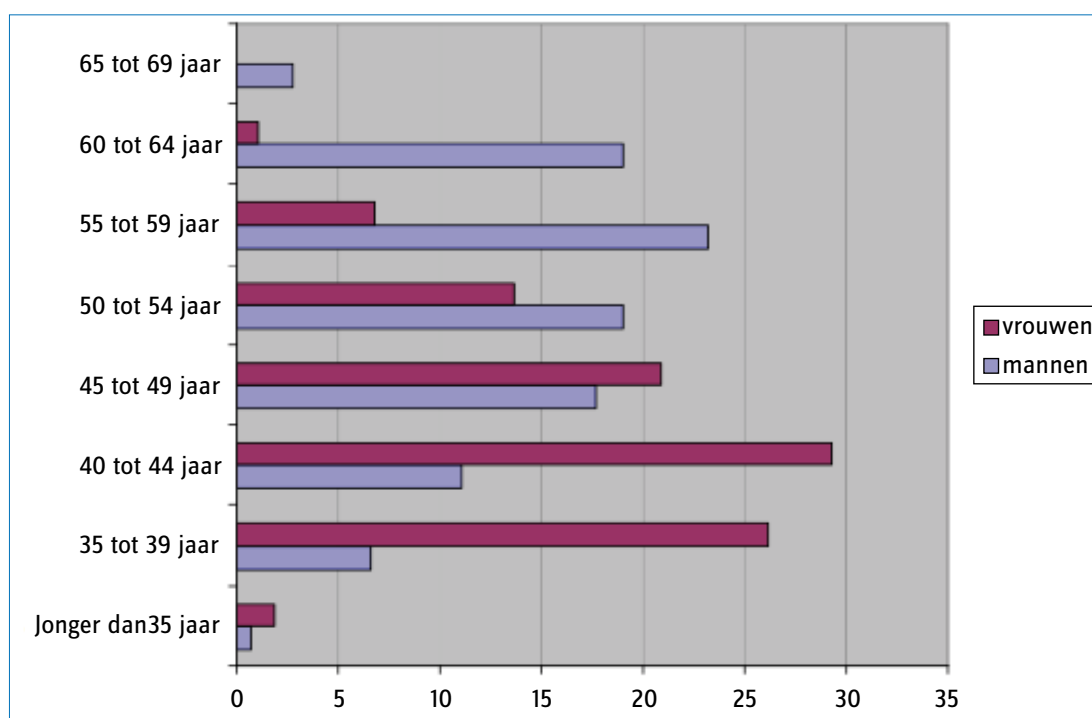
"Bij de selectie van gynaecologen in opleiding dient bij gelijke geschiktheid de voorkeur uit te gaan naar een man". Deze stelling was onderdeel van de stellingen behorende bij het proefschrift van een van de auteurs van dit artikel (WH). De stelling was niet op de inhoud van het proefschrift gebaseerd, maar op de constatering dat de sekseverhoudingen binnen onze beroepsgroep aan het veranderen zijn, ten voordele van het vrouwelijke aandeel. De stelling impliceert dat dit een onwenselijke situatie is, maar is dit ook rationeel te onderbouwen? Is het onwenselijk een beroepsgroep te hebben waarbij de professionals voor 100% uit vrouwen (of mannen) bestaat? Wat zijn de voordelen van een evenwichtige verdeling tussen de seksen? Daarnaast speelt de vraag of er maatregelen getroffen dienen te worden om de populariteit van het specialisme bij mannen te vergroten, aangezien een snel veranderende verhouding ten gunste van vrouwen mannen af zou kunnen doen zien om voor dit specialisme te kiezen. Ten slotte, wat vindt de patiënt? Dit artikel zal

een antwoord trachten te formuleren op deze vragen.

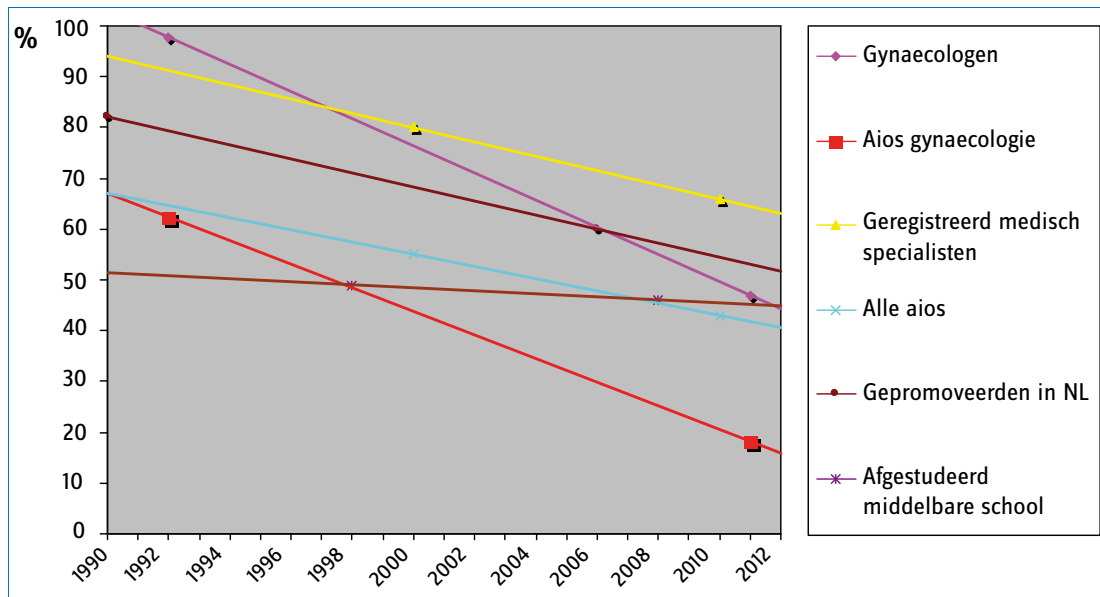
De feiten

Momenteel zijn er 899 gynaecologen ingeschreven bij de NVOG (peildatum 8-4-2011), hiervan zijn er 422 (47%) van het mannelijke geslacht. In 1992 waren dit er nog 596 van de 610 (98%). In de komende jaren zullen er op basis van leeftijd meer mannen uittreden dan vrouwen, waardoor het aantal vrouwelijke gynaecologen verhoudingsgewijs sterker zal stijgen (figuur 1).¹ Van de landelijk werkzame aios zijn er op dit moment 61 van de 337 van het mannelijke geslacht (18%), in 1992 waren dit er 71 van de 114 (62%).² Deze verhouding wordt mogelijk in de toekomst nog schever aangezien in sommige clusters (onder andere AMC) de laatste twee jaar geen enkele man meer is aangenomen voor de opleiding.

Deze trend is niet in vergelijkbare mate zichtbaar bij andere specialismen. Het capaciteitsorgaan laat zien dat in het begin van deze eeuw van alle geregistreerde medische specialisten 80% man was, dit is in



Figuur 1. Aantal in 2009 werkzame gynaecologen naar leeftijd en geslacht. Bron: NIVEL/NVOG-enquête 2009.



Figuur 2. Percentage mannen per opleidingsfase in de loop van de tijd.

tien jaar afgenomen tot 66% in 2010. Ook als naar de aios van alle specialisaties samen wordt gekeken is er niet een waar een dergelijk sterke daling als binnen de gynaecologie wordt waargenomen: 55% mannen in 2000 en 43% in 2010.³

Dat de daling van het aantal mannelijke aios gynaecologie niet zuiver en alleen te verklaren is door het dalende aantal geneeskundestudenten blijkt uit de gegevens van het centraal bureau voor de statistiek (CBS).⁴ In 1995-96 haalden 1613 studenten een medisch beroepsdiploma voor deze opleidingen. Dit betrof 675 (42%) mannen en 948 (58%) vrouwen. De verdeling in 2009-10 was veranderd in 2583 gediplomeerden waarvan er nog slechts 832 (32%) van het mannelijke geslacht waren. Hoewel ook hier een daling waar te nemen is, is deze niet zo uitgesproken als binnen de beroepsgroep gynaecologie.

Het buitenland

Ook in de Verenigde Staten is er sprake van een omslag: het aantal mannelijke *graduates obstetrician-gynecologists* daalt van 1100 mannen per jaar in de jaren '90 tot minder dan 750 per jaar in 2003. Het aantal vrouwen is in hetzelfde interval gestegen van 600 naar 900 per jaar.⁵ Het percentage mannelijke gynaecologen in de Verenigde Staten lijkt vergelijkbaar met de situatie in Nederland: 41% in 2006 en is daarmee het tweede specialisme met het hoogste percentage vrouwelijke specialisten.⁶ Ook het percentage mannen dat geneeskunde gaat studeren in de Verenigde Staten en Canada daalt met de jaren: in Canada is het percentage mannen dat geneeskunde ging studeren gedaald van 94% in 1956 naar 42% in 2007.⁷ In het algemeen wordt waargenomen dat er steeds meer vrouwelijke hulpverleners werken in *women's health care*.⁸

Hersenontwikkeling

De uitstroom van de leerlingen op de middelbare school lijkt niet in dezelfde verhouding te zijn als binnen de gynaecologie. Het aandeel jongens daalde van 49% in 1998 naar 46% in 2008. Meisjes scoren beter in de vaardigheden die met de invoering van de tweede fase belangrijker zijn geworden: zelfstandig werken, initiatief nemen, communicatieve vaardigheden, samenwerken, studieplanning en informatie verzamelen en verwerken. Niet alleen zijn meisjes beter in deze vaardigheden, door het grotere belang dat aan deze vaardigheden wordt toegekend in het onderwijs wordt het verschil tussen jongens en meisjes in het niveau van sommige van deze vaardigheden ook nog groter.⁹

De veranderende man-vrouwverhouding bij specialisten in opleiding is te herleiden op de instroom bij eerstejaars geneeskundestudenten: in 2006 was 30% van de eerstejaars geneeskundestudenten man. Hoogleraar onderwijskunde aan de universiteit van Utrecht Gerda Croiset (tegenwoordig aan de Vrije Universiteit) beschreef deze verhouding in haar oratie. Zij constateerde dat de ongelijkheid ontstond door de gewogen loting die geneeskunde kent: bij hogere cijfers heb je meer kans om in de opleiding in te stromen. Vanaf 1997 heeft dat geresulteerd in meer meisjes dan jongens. De onderliggende verklaring is het verschil in hersenontwikkeling in de adolescentiefase: jongens ontwikkelen zich langzamer dan meisjes en zullen - gemiddeld genomen - minder hoge cijfers halen dan meisjes. De positieve discriminatie heeft dus een biologische grondslag. Daarnaast speelt het feit dat jongens een meer visueel ruimtelijke manier van informatieverwerking hebben, waardoor de exacte vakken bij jongens makkelijker verwerkt worden. Het huidige onderwijs-

systeem maakt echter dat ook exacte vakken meer aanschouwelijk worden gemaakt en minder abstract. Hier hebben meisjes voordeel bij, en lopen jongens nog extra achter.

In het algemeen neemt het aantal gepromoveerden in Nederland toe, vooral doordat de laatste jaren steeds meer vrouwen een proefschrift schrijven. In 2006-2007 voltooiden ruim 3000 personen een promotieonderzoek, waarvan ruim 40% vrouwen. Dat is meer dan in 1990-1991; toen promoveerden er nog geen 2000 personen, waarvan bovendien slechts 18% vrouw. Bij gezondheidszorg en welzijn (faculteit geneeskunde) promoveerden de laatste 6 jaar zelfs meer vrouwen dan mannen: 614 vrouwen haalden een doctorstitel in 2009/2010, tegenover 547 mannen.¹⁰ Ook dit werkt een toenemend aantal vrouwelijke gynaecologen in opleiding mogelijk in de hand. Het afnemend percentage mannen in de verschillende opleidingsfasen is samengevat in figuur 2.

Gevolgen voor de beroepsgroep

Bij een hoger aandeel van vrouwen in een beroepsgroep gaat in het algemeen het aantal parttimers omhoog, waardoor meer artsen opgeleid zullen moeten gaan worden. De inventarisatie van gegevens over de huidige en toekomstige 'vraag en aanbod' op de arbeidsmarkt door het NIVEL laat zien dat gynaecologen gemiddeld 0,9 fte werken. Dit is voor vrouwen 0,84 fte, en voor mannen 0,95 fte.¹ Dit zal de immer onder druk staande kosten van de gezondheidszorg nog extra doen stijgen. Daarnaast blijkt dat vrouwen eerder genoegen nemen met een lager salaris, wat het aanzien van de beroepsgroep en daarmee uiteindelijk mogelijk de kwaliteit van de gezondheidszorg zou kunnen gaan ondermijnen, aldus Croiset. Een Amerikaanse survey heeft laten zien dat vrouwelijke gynaecologen ongeveer 85% zo productief zijn als hun mannelijke collega's en tevens 15% minder verdienen.¹¹ Hoewel deze publicatie hier geen verklaring voor geeft, lijkt dat verklaard te worden door parttime werk en niet door minder productie per uur. In Nederland laat de NIVEL-enquête zien dat vrouwelijke aios gemiddeld 0,79 fte wensen te werken in vergelijking met 0,87 fte bij de mannelijke aios. Het percentage vrouwelijk gynaecologen dat denkt voor het 60^{ste} levensjaar te stoppen is 31,8% in tegenstelling tot 7,7% onder de mannelijke gynaecologen.¹

Evenwichtige verdeling

Onder eerstejaars tandheekkundestudenten is onderzocht wat de motieven waren om te kiezen voor tandheekkunde.¹² Er werd significant verschillend gescoord op de volgende onderdelen: mannen scoorden hoger voor 'businessfactors', vrouwen scoorden hoger voor 'caringfactors'. In het huidige geneeskundig bestel met marktwerking en patiëntgerichtheid, lijken beide onderdelen belangrijk te zijn en zou een

evenwichtige man-vrouwverdeling het doel kunnen vergemakkelijken en evenwichtiger doen zijn. Het feit dat er een meerderheid vrouwen in een beroepsgroep aanwezig is, kan de keuze van jonge mannen voor dat beroep negatief beïnvloeden, wat de scheve verhouding nog meer in de hand zou kunnen werken.

Patiëntenperspectief

Een Amerikaanse studie onderzocht patiëntvoorkeuren om voor een mannelijke of vrouwelijke gynaecoloog te kiezen.¹³ Hiertoe werden twee foto's van mannen en twee foto's van vrouwen voorgehouden. Zonder aanvullende informatie koos 83% van de ondervraagden (n=901) een vrouw. Wanneer echter de aanvulling gegeven werd dat de mannen humanistische kwaliteiten en technische competenties bezaten koos 62% van de ondervraagden alsnog voor een man. Dezelfde onderzoeksgroep onderzocht factoren die patiënten voor een arts (m/v) deden kiezen.¹⁴ Hierbij bleek dat geslacht als onafhankelijke factor maar voor een minderheid de doorslag gaf; andere factoren zoals kwaliteit van zorg waren hierin belangrijker. Ook tevredenheid werd niet beïnvloed door het geslacht van de hulpverlener. Kennelijk zijn sociale vaardigheden en vakkennis het belangrijkste voor patiënten om te kiezen voor een mannelijke of vrouwelijke arts.

NVMG

De mannelijke gynaecoloog lijkt in Nederland dus inderdaad een uitstervend ras. Omdat de auteurs van dit artikel van mening zijn dat verandering van deze situatie alleen van binnenuit gerealiseerd kan worden, hebben zij het initiatief genomen om een aiosdag te organiseren voor alle mannelijke aios. Tijdens deze dag is onder andere de aftrap gedaan voor de Nederlandse Vereniging voor Mannelijke Gynaecologen (NVMG). De drijfveer is om ons eigen enthousiasme voor het vak over te dragen aan de potentiële nieuwe mannelijke collega's. Bij het ter perse gaan van dit artikel heeft de NVMG-dag inmiddels plaatsgevonden. Een verslag van deze dag zal worden ingezonden voor het volgende NTOG nummer.

Conclusie

Onderzoek naar het effect van geslacht op een beroepsgroep is lastig en leidt tot bias. Een *randomized controlled trial* is op dit vlak echter onmogelijk en observationele of sociale studies leveren slechts indirect bewijs dat een evenwichtige verdeling der seksen tot een betere en gezondere beroepsgroep zou leiden. 'Wandelgang-evidence' levert echter op dat zowel mannen als vrouwen die op dit moment in de beroepsgroep werken, het een nadeel vinden als er alleen maar vrouwen als gynaecoloog werkzaam zouden zijn. In dat licht zou dit artikel misschien ge-

zien moeten worden als een sympathieke oproep aan opleiders om aandacht te hebben voor de scheve verdeling en de wenselijkheid van een terugtrekkende beweging in deze. Om de trend te doen keren richting evenwicht zou het adagium niet 'bij gelijke geschiktheid kies een man' moeten zijn, maar: 'denk driemaal na voor je een man laat gaan die solliciteert naar aios gynaecologie'. Tegelijkertijd is het een plicht van alle werkzame gynaecologen en aios bewaamannelijke coassistenten te blijven enthousiasmeren voor het vak en dient het initiatief hiertoe uit de eigen groep te komen.

Reacties?

Wilt u op de hoogte worden gehouden van de ontwikkelingen over de oprichting van de NVMG, of heeft u ideeën en input? Laat het ons weten via nvmg2010@gmail.com

Literatuur

1. Greuningen M van, et al. NIVEL-Rapport: De arbeidsmarkt voor gynaecologen in Nederland; stand van zaken in 2009, met een behoefteberaming voor 2027. <http://www.nivel.nl/pdf/Rapport-de-arbeidsmarkt-voor-gynaecologen-in-Nederland.pdf>
2. Hingstman L, et al. Behoeftberaming voor gynaecologen/obstetici tot het jaar 2005. NTVG 1994; 138:369-73.
3. Capaciteitsorgaan; Capaciteitsplan 2010 deelrapport 1: medische specialisten. <http://www.capaciteitsorgaan.nl/Portals/0/capaciteitsorgaan/publicaties/capaciteitsplan2010/Deelrapport%201%20Medisch%20Specialisten.pdf>
4. Centraal Bureau voor de Statistiek: <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71073NED&D1=a&D2=2&D3=0&D4=a&D5=0&D6=0&D7=1-2&D8=a&HDR=G2,G4,G5,G6,G3,T&S TB=G1,G7&VW=T>
5. Vimo Research Group Report: Women's Health: OB/GYN Trends report, 2007 <http://www.vimo.com/reports/womenshealthreport.pdf>
6. The Physician Workforce: Projections and Research into Current Issues Affecting Supply and Demand, U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration Bureau of Health Professions December 2008. <ftp://ftp.hrsa.gov/bhpr/workforce/physicianworkforce.pdf>
7. Burton KR. A Force to contend with: The gender gap closes in Canadian medical schools. Canadian Medical Association of its licensors, april 27, 2004;170(9).
8. Lyon DS. Graduate education in women's health care: where have all the young men gone? *Curr Womens Health Rep* 2002 Jun;2(3):170-4.
9. Coenen J, et al. Schoolsucces van jongens en meisjes in het HAVO en VWO: waarom meisjes het beter doen. http://www.roa.unimaas.nl/pdf_publications/2011/ROA_R_2011_2.pdf
10. Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen, Statline, Wetenschappelijk onderwijs: gepromoveerden aan universiteiten. 2010.
11. Pearse WH, et al. Effect of gender on the obstetric-gynecologic work force. *Obstet Gynecol* 2001 May;97(5 Pt 1):794-7.
12. Scarbecz M, et al. Gender differences in first-year dental students' motivation to attend dental school. *J Dent Educ* 2002 Aug;66(8):952-61.
13. Schnatz PF, et al. Patient choice: comparing criteria for selecting an obstetrician-gynecologist based on image, gender, and professional attributes. *Am J Obstet Gynecol* 2007 Nov;197(5):548.e1-7.
14. Johnson AM, et al. Do women prefer care from female or male obstetrician-gynecologists? A study of patient gender preference. *J Am Osteopath Assoc* 2005 Aug;105(8):369-79.