

voor de chirurgische specialismen. Bij een groot onderzoek van Business Week onder vrouwelijke topmanagers bleek ook dat zij een door mannen gedomineerde cultuur als sterkste belemmering voor hun carrière ervoeren. Aan het ontbreken van gelijke kansen door slechte voorzieningen voor kinderopvang en dergelijke werd in verhouding hiermee minder belang toegekend.

## CONCLUSIE

Uit de beschikbare literatuur komt naar voren, dat mannelijke en vrouwelijke artsen in de allereerste plaats arts zijn en pas daarna man of vrouw. Gegeven de weinig mensgerichte cultuur van de huidige klinische opleiding voor artsen moet dan ook de stelling van Eisenberg worden onder-

schreven, dat de instroom van vrouwen in de geneeskunde op zich weinig zal veranderen aan de tekortkoming van de huidige medische praktijkvoering. Zij stelt dat de karakteristieken van de vrouwelijke arts veel meer worden bepaald door opleiding en socialisatie dan door haar sekse. Voor het humaniseren van de geneeskunde dient de selectie van artsen te veranderen, de focus van de opleiding te worden verbreed en dienen vergoedingssystemen te worden geïntroduceerd die meer nadruk op communicatie met en aandacht voor de patiënt belonen.

### Literatuur

- Christie R, Merton RR. Procedures for the sociological study of values climate of the medical schools. *Journal of Medical Education* 1958; 13: 125-53.
- Coombs RH. Mastering medicine: Professional socializa-

tion in medical school. New York: New York Free Press, 1978.

Eron LD. The effect of medical education on attitudes. *Journal of Medical Education* 1955; 30: 559-66.

Fox R. Training for uncertainty. In: *The student-physician* (ed. by Merton, RK, Reader G, Kendall P.) Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1957.

Groot L de. Pliable but not receptive: concerning the marginal role of a medical psychology course on the socialization process of doctors. *Medical Education* 1987; 21: 419-25.

Heins M, Hendricks J, Marindal L, Smock S, Stein M, Jacobs J. Attitudes of women and men physicians. *AJPH* 1979; 69: 1132-8.

Levinou W, Tolle SW, Lewis C. Women in academic medicine. *N Engl J Med* 1989; 321: 1511-7.

Light D. Uncertainty and control in professional training. *Journal of Health and Social Behavior* 1979; 20: 310-22.

Martens ALJE. Cijfers over vrouwelijke artsen. *Medisch Contact* 1990; 46: 1369-71.

Stegeman JH. Meer vrouwen in de geneeskunde. *Medisch Contact* 1990; 46: 1371-4.

Roeske A, Lake K. Role models of women medical students. *Journal Medical Education* 1977; 52: 459-66.

Man/Vrouw maakt het uit?

# Huisarts (M/V)

## Het kleine verschil met de grote gevolgen

De klassieke dyade in het medisch consult bestaat uit een mannelijke arts en een vrouwelijke patiënt: zo is bijvoorbeeld nog steeds 87% van de zelfstandig gevestigde huisartsen in Nederland man,<sup>1</sup> terwijl ruim 60% van de patiënten die hun huisarts bezoeken vrouw is.<sup>2</sup> Overigens is op termijn wel een kentering te verwachten in de ongelijke verhouding tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen, aangezien er sinds een aantal jaren een sterke toename is van het aantal vrouwen in het medisch onderwijs, met name ook in de beroepsopleiding tot huisarts.<sup>3</sup>

Met de toename van het aantal vrouwen in het medisch onderwijs en de medische praktijk is ook de belangstelling toegenomen voor de plaats en positie van de vrouw in de medische beroepsgroep; het KNMG-RL-congres: 'Man/Vrouw maakt het uit? Loopbaan en opleiding in de medische professie' was daar een mooi voorbeeld van. Die belangstelling komt onder meer tot uiting in een algemeen pleidooi voor

### Jozien Bensing, Atie van den Brink-Muinen en Dinny de Bakker

*Vrouwelijke patiënten kiezen, als ze er de kans toe krijgen, voor een vrouwelijke huisarts. Vrouwelijke huisartsen krijgen met andere gezondheidsproblemen te maken dan hun mannelijke collega's. Vrouwelijke en mannelijke huisartsen kijken ook verschillend tegen klachten aan. Het kleine verschil heeft ook hier grote gevolgen. Een bericht uit het Nivel.*

meer vrouwelijke huisartsen, onder andere om de kwaliteit van de hulpverlening bij typische 'vrouwenproblemen' (zoals menstruatie- en menopauze problemen) te verhogen en om vrouwelijke patiënten de gelegenheid te geven voor een vrouwelijke huis-

arts te kiezen, als zij daar behoefte aan hebben.

Uit wetenschappelijk oogpunt is het interessant de geldigheid van een dergelijk pleidooi te toetsen. Daarom heeft het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) het materiaal van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk geanalyseerd op systematische verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen.

## ONDERZOEKSVRAGEN

De analyses hebben plaatsgevonden aan de hand van drie onderzoeksvragen:

1. Kiezen vrouwelijke patiënten voor een vrouwelijke huisarts wanneer ze daar de kans voor krijgen?
2. Worden aan vrouwelijke huisartsen andere gezondheidsproblemen voorgelegd dan aan mannelijke huisartsen?
3. In hoeverre verschilt de praktijk

van de hulpverlening van vrouwelijke en mannelijke huisartsen?

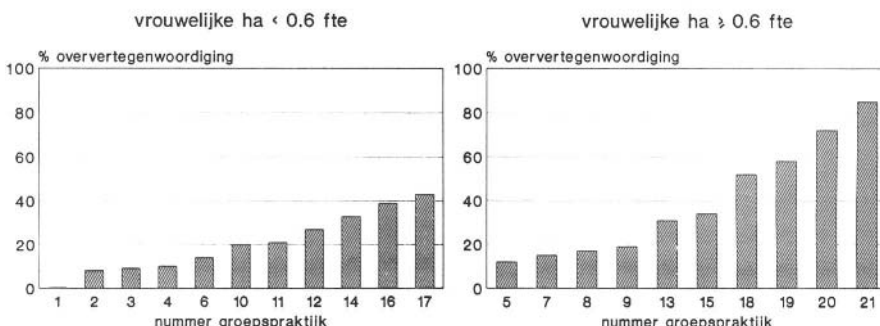
**METHODE**

In de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk hebben 161 huisartsen, werkzaam in 103 praktijken verspreid door heel Nederland, gedurende drie maanden alle contacten met hun patiënten uitvoerig gedocumenteerd.<sup>4</sup> Naast patiëntkenmerken en consultkenmerken werd informatie verzameld over de reden van contact, de door de arts gestelde diagnose, al zijn diagnostische en therapeutische interventies en zijn verwijzingen naar of overleg met andere hulpverleners in eerste of tweede lijn.

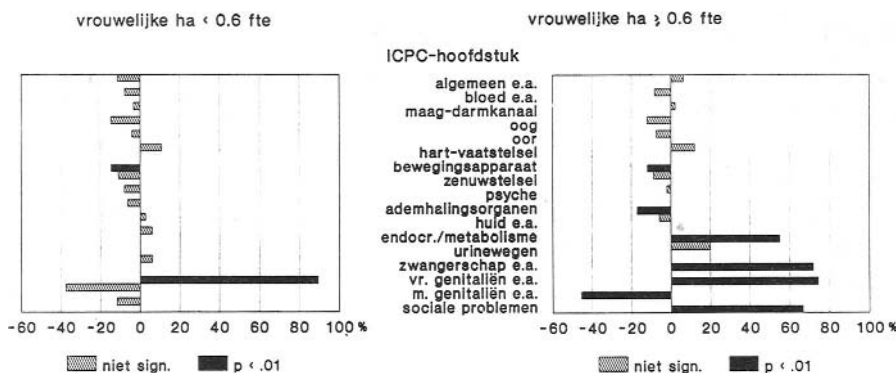
Op basis van de onderzoeksvragen is uit de praktijken die aan de Nationale Studie hebben deelgenomen een selectie gemaakt van alle meermanspraktijken waarin zowel mannelijke als vrouwelijke huisartsen praktizeren. Immers, alleen in deze praktijken bestaat er een reële mogelijkheid voor patiënten om te kiezen tussen een mannelijke en een vrouwelijke huisarts. Bovendien zijn door deze selectie allerlei structurele kenmerken waarvan bekend is dat ze invloed hebben op de medische consumptie, zoals de praktijksamenstelling, de urbanisatiegraad, sociale kenmerken van de buurt en de afstand tot het ziekenhuis, geëlimineerd.

Door deze selectie is onderzoeksmateriaal beschikbaar van 21 huisartspraktijken, met in totaal 23 vrouwelijke en 27 mannelijke huisartsen. De gemiddelde leeftijd van de mannelijke (38,2 jaar) en vrouwelijke (41,8 jaar) huisartsen was niet verschillend. Aangezien veel vrouwelijke huisartsen part-time werken, en part-time werken als alternatieve verklaring zou kunnen gelden voor eventuele gevonden verschillen, is bij de presentatie van de resultaten steeds een onderscheid gemaakt tussen vrouwen die minder dan 0,6 fte\* werkzaam zijn en vrouwen die minimaal 0,6 fte werkzaam zijn; deze twee groepen worden in het vervolg respectievelijk 'part-timers' en 'full-timers' genoemd. In dit artikel wordt uitsluitend gerapporteerd over de spreekuurcontacten (n=47.254). De morbiditeitsgegevens

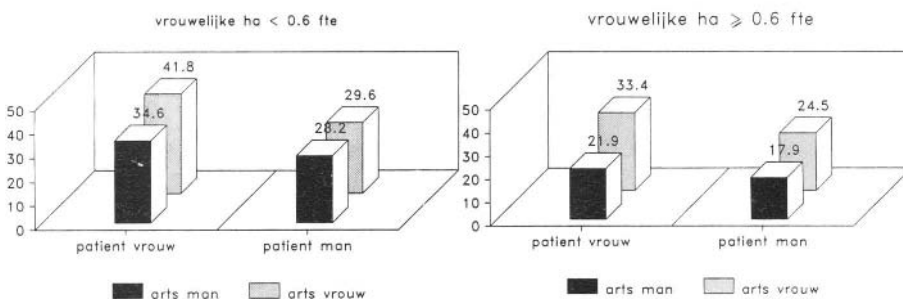
Figuur 1. Oververtegenwoordiging vrouwelijke patiënten bij vrouwelijke huisartsen.



Figuur 2. Oververtegenwoordiging vrouwelijke gezondheidsproblemen bij vrouwelijke huisartsen.



Figuur 3. Percentage consulten langer dan 10 minuten.



zijn direct gestandaardiseerd naar leeftijd. Bij de analyse van de gegevens over de verrichtingen van de huisarts heeft bovendien een standaardisatie naar morbiditeit plaatsgevonden.

**RESULTATEN**

*Kiezen vrouwen een vrouwelijke huisarts?*  
De eerste onderzoeksvraag is kort te

beantwoorden. Er komen in het algemeen meer vrouwen dan mannen bij de huisarts; dat geldt zowel voor mannelijke als voor vrouwelijke huisartsen. Gemiddeld is 62% van alle spreekuurbezoekers vrouw. Echter: bij de mannelijke huisartsen is dit percentage gemiddeld slechts 55%, tegen 71% bij de vrouwelijke huisartsen; vrouwelijke huisartsen krijgen dus relatief meer vrouwelijke patiënten op hun spreekuur.

\* fte = full-time equivalent

In *figuur 1* is de oververtegenwoordiging van vrouwelijke patiënten bij vrouwelijke huisartsen voor iedere individuele groepspraktijk grafisch weergegeven: links voor die praktijken waarin de vrouwelijke arts half-time of minder werkzaam is; rechts voor die praktijken waarin de vrouwelijke huisarts het grootste deel van de werkweek aanwezig is.

In geen enkele praktijk heeft de mannelijke arts relatief meer vrouwelijke patiënten dan zijn vrouwelijke collega die in dezelfde praktijk werkzaam is. In alle praktijken op één na ziet de vrouwelijke arts significant meer vrouwelijke patiënten dan haar mannelijke collega, en in die ene praktijk waar dat niet het geval is, werkt de vrouwelijke arts slechts één dag per week. De verschillen zijn het grootst in die praktijken waarin de vrouwelijke arts (nagenoeg) full-time werkzaam is.

Dus: vrouwelijke patiënten kiezen inderdaad voor een vrouwelijke huisarts, als zij daar de kans voor krijgen. En: zij doen dat meer naarmate die kans reëler is.

**Zien vrouwelijke huisartsen andere gezondheidsproblemen?**

Krijgen vrouwelijke huisartsen ook andere gezondheidsproblemen voorgeschoteld dan hun mannelijke collega? Om dit na te gaan zijn alle gepresenteerde gezondheidsproblemen gecodeerd in de 'International Classification of Primary Care (ICPC). De over- of ondervertegenwoordiging

*Tabel 1. Arts-effect, patiënt-effect en gecombineerd arts-patiënt-effect op de geconstateerde verschillen in morbiditeit.*

	♀ ha < 0,6 fte		♀ ha ≥ 0,6 fte	
	patiënt	arts	patiënt	arts
bewegingsapparaat .....	♂	♂	♂	♂
ademhalingsorganen .....			♂	♂
endocr./metabol. ....			♀	♀
zwangerschap .....			♀	♀
vr. genitaliën .....	♀	♀	♀	♀
m. genitaliën .....			♂	♂
sociale problemen ...			♀	♀

van bepaalde soorten gezondheidsproblemen is in *figuur 2* grafisch weergegeven.

Bij de part-time werkende vrouwelijke huisartsen zijn weinig in het oog springende verschillen: deze vrouwelijke huisartsen zien vooral meer problemen van het vrouwelijk genitaal systeem en iets minder problemen van het bewegingsapparaat dan hun mannelijke collega. Bij de full-time werkende vrouwelijke huisartsen zijn de verschillen veel prominenter: behalve de te verwachten oververtegenwoordiging van anticonceptieconsulten en andere typische vrouwenproblemen, ziet de vrouwelijke arts hier ook significant meer endocriene of metabole problemen (waaronder alle voedingsstoornissen) én veel meer sociale problemen. Zij ziet significant minder problemen van het mannelijk

genitaal systeem, minder bewegingsstoornissen en minder ademhalingsstoornissen.

Deze verschillen zijn slechts gedeeltelijk te verklaren door het feit dat vrouwelijke huisartsen relatief meer vrouwen (en dus minder mannen) op hun spreekuur krijgen. Dat blijkt, wanneer we met behulp van een logistische regressieanalyse nagaan wat de effecten zijn van respectievelijk het geslacht van de arts en het geslacht van de patiënt en van hun onderlinge wisselwerking. De significante effecten staan in *tabel 1* aangegeven.

Of problemen rond het mannelijk genitaal systeem in het spreekuur aan de orde komen, wordt bijvoorbeeld uitsluitend door de sekse van de patiënt bepaald. Anders ligt dit bij de endocriene en metabole problemen (de voedingsstoornissen) en bij de so-

*Tabel 2. Percentage consulten met specifieke interventies, naar sekse van huisarts en patiënt.*

	♀ ha < 0,6 fte				♀ ha ≥ 0,6 fte				totaal %
	♂ pat.		♀ pat.		♂ pat.		♀ pat.		
	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	
eigen diagnostiek .....	76.2	74.0	73.2	72.1	77.2	76.1	75.6	74.2	75.0
externe diagnostiek .....	6.1	6.6	8.8	11.7**	5.6	7.3**	7.5	8.9**	7.8
gespreksvoering:									
passief/luisteren .....	14.2	18.9**	16.6	18.7*	9.7	17.4	10.4	15.9**	14.2
actief/exploren .....	17.4	15.5	20.1**	15.5	12.9	20.5	13.5	17.3**	16.4
geruststellen .....	15.7	13.4	17.6**	13.0	17.5	10.4	18.4**	11.0	15.3
informatie over:									
gezondheidsproblemen/									
behandeling .....	38.6	51.4**	38.3	45.6**	49.4**	38.6	46.6**	34.3	41.8
GVO .....	3.2	5.3**	3.5	5.6**	4.3	3.8	4.1	4.3	4.1
afwachten .....	5.1	4.9	4.2	4.2	5.9	5.0	5.6*	4.7	5.0
advies over leefstijl .....	3.0	5.2*	2.4	4.1*	3.3	2.7	1.8	2.4*	2.7
med. techn. interventies .....	9.5**	6.3	5.6	4.9	8.9	7.6	6.6**	4.9	6.7
voorschrijven .....	41.2	41.0	44.0**	39.3	42.5*	39.7	46.6**	43.2	43.1
verwijzen eerste lijn .....	4.4	4.3	3.6	2.9	3.9	4.7	3.4	4.0	3.8
verwijzen tweede lijn .....	6.5	5.7	4.9	5.3	6.2	5.8	4.6	5.1	5.4
overleg .....	1.6	2.9*	1.2	2.3**	1.5	1.7	0.8	1.1	1.3
N .....	5.157	1.310	7.701	3.360	7.621	3.844	8.887	9.374	47.254

\* p < .01 \*\* p < .001

*Tabel 3. Consultkenmerken naar sekse van arts en patiënt.*

	♀ h < 0,6 fte				♀ ha ≥ 0,6 fte				totaal %
	♂ pat.		♀ pat.		♂ pat.		♀ pat.		
	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	♂ ha	♀ ha	
OORDEEL VAN AARD KLACHT									
% psychosociaal .....	23.9	35.8**	29.0	41.1**	31.6	31.5	33.8	33.8	31.2
% onzeker .....	9.3	16.4**	9.6	15.9**	10.7	14.8**	10.3	14.0**	15.2
N .....	5.157	1.310	7.701	3.360	7.621	3.844	8.887	9.374	47.254
TYPE CONSULT									
% eerste consult .....	44.6	45.2	41.9	43.8	49.6**	45.8	48.4**	44.9	45.6
% op initiatief patiënt .....	62.7	71.1**	63.1	70.6**	74.1**	69.6	75.7**	73.3	69.1
% vervolgspraak .....	69.5	68.2	72.6*	70.2	58.6	66.8**	57.7	66.0**	65.7

\* p < .01 \*\* p < .001

ciale problemen: hier is het vooral de sekse van de arts die bepaalt of dit type problemen op het spreekuur aan de orde komt. Dit betekent, dat bij vrouwelijke huisartsen significant vaker over sociale problemen wordt gesproken, zowel door vrouwelijke als door mannelijke patiënten. Datzelfde geldt voor de endocriene en metabole stoornissen: in de dyade mannelijke arts-mannelijke patiënt wordt significant minder over dit type problemen gesproken dan in alle andere dyades. Mannen praten niet met elkaar over eetproblemen! Het is overigens ook opvallend, dat in de meeste gevallen de sekse van de arts en de sekse van de patiënt elkaar lijken te versterken. Er is dus in zekere zin sprake van een *attributie-effect*: de huisarts krijgt de patiënten die hij of zij verdient; de patiënt kiest de huisarts die bij hem of haar past.

*Verschillen vrouwelijke en mannelijke huisartsen in hun handelwijze?*

Verschillen vrouwelijke en mannelijke huisartsen ook van elkaar in wat ze doen: in hun verrichtingen in de wijze waarop ze hun consulten managen? Laten we beginnen met het belangrijkste wat de huisarts aan de patiënt te bieden heeft: zijn tijd. Gemiddeld duurt een huisartsenconsult in Nederland ruim 8 minuten. Ongeveer 27% à 28% van de consulten duurt langer dan tien minuten. In *figuur 3* is het percentage consulten dat langer duurt dan 10 minuten grafisch weergegeven voor respectievelijk de part-timers (links) en de full-timers (rechts). Drie dingen vallen op in deze grafieken:

a. Part-time werkende artsen hebben meer lange consulten dan full-time werkende artsen.

b. Vrouwelijke huisartsen hebben meer lange consulten dan mannelijke huisartsen.

c. Vrouwelijke patiënten hebben meer lange consulten dan mannelijke patiënten.

Als een gecombineerd effect hebben part-time werkende vrouwelijke huisartsen in consulten met vrouwelijke patiënten bijna 2,5 zoveel consulten die langer dan tien minuten duren, vergeleken met hun tegenpolen: mannelijke full-timers met mannelijke patiënten.

Ook het *verrichtingenprofiel* ziet er in een aantal opzichten anders uit wan-

Tabel 4. Huidige werkzaamheden en preferenties van nog niet zelfstandig gevestigde huisartsen.

PRAKTIJKZOEKERS		
	♂	♀
huidige functie >40 u p/w .....	63,8%	18,5%
preferentie:		
loondienst/assistent .....	25,2%	59,6%
meermanspraktijk .....	63,7%	83,2%
< 2.000 patiënten .....	27,9%	54,4%
WAARNEMERS		
	♀	♂
laatste functie > 40 u p/w .....	66,9%	39,3%
meermanspraktijk .....	36,7%	50,9%
preferentie		
> 40 u p/w .....	57,1%	24,0%
meermanspraktijk .....	32,0%	79,1%

neer we vrouwelijke en mannelijke huisartsen met elkaar vergelijken (zie *tabel 2*): Full-time werkende vrouwelijke huisartsen laten meer laboratoriumonderzoek doen en lossen meer problemen op door middel van een gesprek, soms als praatpaal, maar ook actief/explorerend. Zij doen minder medisch-technische verrichtingen, schrijven minder medicijnen voor, stellen de patiënt minder vaak gerust en geven wat minder informatie. De gegevens over de part-time werkende vrouwelijke huisartsen bevestigen in grote lijnen dit beeld, met één opmerkelijke uitzondering: deze groep huisartsen geeft veel meer informatie, algemene gezondheidsvoorlichting en adviezen over leefstijl en leefgewoonten. Deze resultaten zijn in overeenstemming met die van *figuur 3*: praten met patiënten kost nu eenmaal meer tijd dan het voorschrijven van een recept of het simpelweg geruststellen van een patiënt.

Ook de *attitudes* van de huisartsen en de wijze waarop ze tegen klachten aankijken is duidelijk verschillend voor mannelijke en vrouwelijke artsen. Mannelijke artsen zijn (volgens de huisartsenquête) instrumenteler ingesteld: ze hebben meer affiniteit met medische technieken, ze hebben een bredere taakopvatting op somatisch gebied en voelen zich op dat gebied ook competentier dan hun vrouwelijke collegae. Daarentegen beoordelen met name de part-time werkende vrouwelijke huisartsen de gezondheidsproblemen van hun patiënten opmerkelijk veel vaker in een psychosociale context (zie *tabel 3*). Ook blij-

ken vrouwelijke artsen (volgens de cijfers uit *tabel 3*) vaker onzeker over de juistheid van hun diagnose. Wellicht dat dit ook het hogere percentage laboratoriumaanvragen verklaart. Misschien is het overigens beter om te zeggen dat vrouwelijke artsen eerder dan mannelijke huisartsen geneigd lijken hun onzekerheid te erkennen. De wijze waarop huisartsen hun spreekuur managen wordt in *tabel 3* weergegeven aan de hand van drie indicatoren: a. Wie nam het initiatief tot het contact? b. Is het een eerste consult of een herhaalconsult? c. Wordt het consult afgesloten met het maken van een nieuwe afspraak? Uit de resultaten van de groep huisartsen die full-time werkt blijkt een zekere consistentie in de wijze waarop vrouwelijke en mannelijke artsen hun spreekuur managen: full-time werkende vrouwelijke huisartsen bestellen hun patiënten vaker terug, hebben dientengevolge ook meer herhaalcontacten en minder consulten op initiatief van de patiënt. Het lijkt erop dat deze groep vrouwelijke huisartsen (al dan niet omdat ze bang zijn de juiste diagnose te missen) wat actiever is in het realiseren van continuïteit van zorg. Dat geldt overigens duidelijk niet voor de part-timers.

Dat tenslotte de verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen er al heel vroeg in zitten, bleek uit een onlangs door het Nivel gehouden onderzoek onder pas afgestudeerde huisartsen die zich nog niet hadden gevestigd.<sup>5</sup> Enkele interessante verschillen tussen de mannelijke en de vrouwelijke alumni zijn te vinden in *tabel 4*: Slechts ruim 18% van de vrouwelijke praktijkzoekende huisartsen werkt momenteel in een full-time baan, tegen bijna 64% van hun mannelijke leeftijdgenoten. Bij het zoeken van een praktijk gaat hun voorkeur duidelijk vaker uit naar een baan in loondienst of als assistent, het liefst in een meermanspraktijk en bij voorkeur met een praktijkgrootte die onder de 2.000 ligt. Vrouwelijke waarnemers hebben in hun meest recente waarneming ook vaker part-time en in een meermanspraktijk gewerkt dan hun mannelijke collegae. Als hun naar hun preferenties voor de eerstvolgende waarneming wordt gevraagd, liggen de verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke waarnemers zelfs nog verder uit elkaar.

## CONCLUSIE EN DISCUSSIE

Het is duidelijk: er zijn systematische verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen, die niet zonder meer kunnen worden wegverklaard door andere factoren. Hiermee is overigens nog niets gezegd over de vraag of de gevonden verschillen vooral moeten worden toegeschreven aan de biologie, de sociologie of de psychologie van de vrouwelijke respectievelijk de mannelijke arts: een dergelijke uitspraak zou nader onderzoek vragen.

Ook op andere fronten is er nog werk aan de winkel, want de in dit artikel gepresenteerde gegevens geven weliswaar aanleiding tot enkele concrete aanbevelingen, maar ze leveren vooral ook veel discussiepunten op, waarover de huisartsenberoepsgroep zich nader zou moeten buigen.

Een duidelijke aanbeveling die op basis van dit onderzoek mag worden geformuleerd is, dat het in meermanspraktijken, of in de wat kleinere gemeenten waar een vacature voor een huisarts ontstaat, een bewust beleid zou moeten zijn te streven naar huisartsen van beiderlei kunne. Vrouwelijke patiënten blijken te kiezen voor een vrouwelijke huisarts, als ze daar de kans voor krijgen; hun zou die keuzemogelijkheid dan ook zo veel mogelijk moeten worden geboden. Mutatis mutandis moeten mannelijke patiënten uiteraard ook de gelegenheid hebben een man als huisarts te kiezen.

Maar dan? Mannelijke huisartsen voor mannelijke patiënten en vrouwelijke huisartsen voor vrouwelijke patiënten? Mannelijke huisartsen voor de meer technische gezondheidsproblemen (bewegingsapparaat, ademhalingsstoornissen) en vrouwelijke huisartsen voor de zachtere gezondheidsproblemen (voedingsstoornissen en relatieproblemen)? Mannelijke huisartsen als *doe-dokters*, en vrouwelijke huisartsen als *praat-dokters*? Waar moet dat heen met het oude, en uiterst waardevol gebleken concept waar de huisarts lange tijd zijn identiteit aan ontleende: de continue, integrale, persoonlijke zorg voor de patiënt en zijn gehele gezin? In welke mate willen wij nog vasthouden aan dit concept? Of willen we toe naar een huisartsgeneeskunde die zorg op maat levert, geheel toegesneden op

de individuele wensen van de patiënt, hetgeen als ultieme consequentie kan hebben dat er op verschillende momenten verschillende dokters van verschillende sekse bij één gezin over de vloer komen? Of moeten mannelijke artsen wat vrouwelijker worden en vrouwelijke artsen wat mannelijker, opdat iedereen uiteindelijk beschikt over een breed gedragsrepertoire, waaruit de arts datgene kan putten wat hij/zij voor een specifieke patiënt nodig heeft? Of erkennen wij dat er niet alleen tussen patiënten maar ook tussen artsen, verschillen zijn en zullen blijven, ongeacht alle mogelijke nascholing? En realiseren wij ons voldoende dat de ultieme consequentie van een dergelijke acceptatie kan zijn, dat de klassieke huisarts, de generalist voor alles en iedereen, geleidelijk zou kunnen gaan verdwijnen? Ook het part-time-effect lijkt een nadere bestudering waard: Vrouwelijke huisartsen werken vaak part-time, en daar gaat ook duidelijk hun voorkeur naar uit. De door vrouwelijke alumni gewenste praktijkgrootte ligt 400 mensen lager dan bij hun mannelijke leeftijdgenoten. Uit de hier gepresenteerde onderzoeksresultaten blijkt dat part-timers zich op een aantal opvallende punten onderscheiden van hun full-time werkende vrouwelijke collega's: zij zijn sensitiever voor de psychosociale aspecten van de gezondheidsproblemen van de patiënt; zij besteden meer tijd aan de patiënt, tijd die voor een belangrijk deel wordt gevuld met gesprekken en het geven van allerlei soorten informatie en advies: allebei zeer belangrijk voor preventie en psychosociale hulpverlening, terreinen waarop de huisarts volgens allerlei onderzoek nogal eens te kort schiet. Betekent dit dat er meer part-timers moeten komen? Maar wat vinden we dan van de continuïteit van zorg, een punt waarop part-timers bijna per definitie, en ook blijkens dit onderzoek, een minder mooie score halen?

Al deze vragen zijn belangrijk, niet alleen voor de verdere emancipatie van de vrouwegezondheidszorg, maar tegelijkertijd ook voor de profilering van het huisartsenberoep voor de komende decennia. Hoe dan ook zullen er meer vrouwelijke huisartsen komen; die zitten immers al in de pijplijn. Maar wellicht is het verstandig dit proces enige sturing te geven.

Daarvoor is op sommige punten nader onderzoek nodig (bijvoorbeeld naar de consequenties en implicaties van deeltijdwerk), maar is het vooral belangrijk dat de beroepsgroep zelf discussieert en zich bezint op de resultaten van dit onderzoek. En – anders dan op de conferentie 'Man/Vrouw maakt het uit?' van de KNMG en de Maas-trichtse geneeskundefaculteit – zal dat dan niet alleen door vrouwen moeten gebeuren!

### Literatuur

1. Pool JB, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg, deel I. Utrecht: Nivel, 1990.
2. Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
3. Martens ALJE. Cijfers over vrouwelijke artsen. Een blik in de toekomst. Medisch Contact 1990; 45 (46):1369-71.
4. Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 1991; 34 (2):51.
5. Pool JB. Cijfers uit de Registratie van Beroepen in de Eerstelijnsgezondheidszorg 1991. Nog niet gevestigde huisartsen: aantallen, vestigingsvoorkeuren en bereidheid tot waarnemen per 1-1-1991. Utrecht: Nivel, 1992.

### Auteurs

Dr. J. Bensing, directeur van het Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel) te Utrecht;  
 Drs. A. van den Brink-Muinen, onderzoeker Nivel; en  
 Dr. D. de Bakker, projectleider Nivel.