

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	2
Man-vrouw verschillen in medische specialismen en carrièrewensen.....	4
0. Algemeen.....	5
1. Huisartsen.....	11
1.1 Aantal geregistreerde mannelijke en vrouwelijke huisartsen.....	11
1.2 Fulltime / parttime.....	12
1.3 Aantal mannelijke en vrouwelijke artsen in opleiding tot huisarts.....	13
2. Medisch specialisten.....	15
2.1 Aantal geregistreerde mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten.....	15
2.2 Fulltime / parttime.....	20
2.3 Aantal mannelijke en vrouwelijke artsen in opleiding tot medisch specialist.....	23
3. Sociaal geneeskundigen.....	26
3.1 Aantal geregistreerde mannelijke en vrouwelijke sociaal geneeskundigen.....	26
3.2 Fulltime / parttime.....	28
3.3 Aantal mannelijke en vrouwelijke artsen in opleiding tot sociaal geneeskundige.....	29
4. Specialisten ouderengeneeskunde.....	31
4.1 Aantal geregistreerde mannelijke en vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde.....	31
4.2 Fulltime / parttime.....	32
4.3 Aantal mannelijke en vrouwelijke artsen in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.....	33
5. Medisch studenten.....	34
5.1 Aantal mannen en vrouwen.....	34
5.2 Hun wensen.....	35
6. Carrièrewensen van artsen.....	42
6.1 Algemeen.....	42
6.2 Basisartsen.....	43
6.3 Huisartsen.....	46
6.4 Medisch specialisten.....	50
6.5 Sociaal geneeskundigen.....	54
6.6 Specialisten ouderengeneeskunde.....	55
Aandeel in besturen.....	56
7. Hoogleraar m/v.....	57
8. Aantal vrouwelijke medische hoogleraren.....	72
9. Percentage vrouwelijke stafleden (UD, UHD en hoogleraren) bij medische faculteiten.....	74
10. Man-vrouw verdeling binnen academische ziekenhuizen.....	75
11. Aantal vrouwen in de top van de zorg.....	78
12. Beloningsverschillen M/V in de top van zorginstellingen in Nederland.....	80
13. Vrouwen in gezichts- en beleidsbepalende organen.....	81
Literatuurlijst.....	92
Websites.....	95

Samenvatting

Met een percentage van 66% vrouwelijke medisch studenten, wordt een groot potentieel aan vrouwelijke artsen opgeleid. Omdat de studierementen van vrouwelijke en mannelijke studenten geneeskunde ongeveer gelijk zijn, zal het percentage vrouwen onder de jonge artsen de komende jaren sterk toenemen. De doorstroom van vrouwelijke artsen naar een aantal specialismen en naar hogere wetenschappelijke of bestuurlijke functies blijft echter achter.

Bij de huisartsen en medisch specialisten is dit proces van doorstroming nog in volle gang, gezien het grote verschil in percentages tussen vrouwelijke artsen in opleiding en geregistreerde vrouwelijke artsen.

Carrièrewensen en beroepskeuze

Vrouwen werken over het algemeen minder dan mannen. Vrouwelijke medisch specialisten hebben een hoge carrièremotivatie en meer uitgesproken ambities (streven naar een topfunctie, hoog salaris) dan bijvoorbeeld huisartsen.

Vrouwelijke huisartsen, medisch specialisten en sociaal geneeskundigen in opleiding vinden mogelijkheden voor deeltijdwerk, privé- en gezinsomstandigheden, en werken conform kantooruren belangrijker dan mannen. Mannen vinden carrièremogelijkheden in het vakgebied, advies of stimulans van anderen, en salaris belangrijker.

Vrouwelijke huisartsen in opleiding vinden de mogelijkheid tot deeltijdwerk veel belangrijker dan mannelijke huisartsen in opleiding: 76% tegen 37%. Vrouwelijke artsen sociale geneeskunde lijken meer aangetrokken te worden tot het werken in loondienst en een deeltijdbaan. 96% van de vrouwelijke huisartsen willen niet in solopraktijken werken. Daarnaast geven ze de voorkeur aan een kleinere praktijk.

Gezien het aandeel vrouwelijke artsen in opleiding zal naar verwachting ook in de toekomst een ondervertegenwoordiging van vrouwen blijven bestaan in specialismen als orthopedie, heelkunde en cardiologie.

Medisch studenten

De verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke medisch studenten met betrekking tot beroepskenmerken zijn van invloed op hun latere beroepskeuze. Vrouwelijke studenten vinden een parttime werkmogelijkheid, het opbouwen van een vertrouwensrelatie met patiënten, een langdurige relatie met de patiënt en het kunnen communiceren belangrijker dan mannelijke studenten. Mannen vinden technisch nauwkeurig werk, handigheid met apparatuur, hoog aanzien, improvisatie, acute patiëntenzorg en een hoog inkomen belangrijker dan vrouwelijke studenten. Uit onderzoek blijkt dat contact met de klinische praktijk studenten stimuleert en motiveert om het specialisme van het betreffende coschap te kiezen. Het merendeel van de vrouwelijke geneeskundestudenten met een voorkeur voor huisartsgeneeskunde wil in deeltijd werken, tegen één op de vijf mannelijke geneeskundestudenten.

Aandeel in besturen

Hoewel er steeds meer vrouwelijke artsen en studenten bij komen is het aandeel vrouwen in de top van de zorg erg laag: 6-14%.

Nederland doet het slecht in Europees verband voor wat betreft het percentage vrouwelijke hoogleraren. Nederland zit bij de laatste zes en behoort daarmee tot de hekkensluiters van de 27 EU-landen. Alleen België, Ierland, Cyprus, Luxemburg en Malta doen het nog slechter. In 2008 was 11,7% van de hoogleraren vrouw, bij de Universitair Medische Centra was dat 12,9%.

Van bestuurders in de wetenschap is minder dan 6 procent vrouw (college van bestuur, decanen en directeurs van KNAW-erkende onderzoekscholen).

In de colleges van besturen van de universiteiten is maar 7% van de collegeleden vrouw. In de raden van bestuur van de Universitair Medische Centra was slechts 6,9% vrouw. Als we de raden van bestuur en raden van toezicht van de Universitair Medische Centra samen nemen, dan treffen we er 2 vrouwelijke artsen (2,6%) en 19 mannelijke artsen (25%) aan.

Verder blijkt het aandeel vrouwen in de top van de zorg af te nemen naarmate de organisatie groter is: van 31 procent in kleine tot 14 procent in grote organisaties. Onder artsen is het aandeel vrouwen zelfs nog lager: de raden van bestuur van ziekenhuizen tellen tachtig artsen, van wie acht vrouwen (10%).

Conclusie

Steeds meer vrouwelijke artsen realiseren hun voorkeur voor een bepaald specialisme. In alle medische specialismen neemt het percentage vrouwen toe. Toch blijft er ook binnen de medische disciplines een sekse segregatie bestaan. Een sterke ondervertegenwoordiging van vrouwen in enkele specialismen blijft een knelpunt. Dit verschil in posities wordt ook zichtbaar in de topposities. Het aandeel vrouwen in de top van de zorg is laag: 6-14%.

Meer vrouwen op posities met invloed komt niet vanzelf. Belangenorganisaties als de VNVA en wetenschappelijk onderzoek zijn hard nodig om gelijkheid van mannen en vrouwen binnen de gezondheidszorg te realiseren. Een betere doorstroom van vrouwen vereist een cultuuromslag. Naast aandacht voor adequate voorzieningen en vervanging van zwangerschap- en ouderschapsverlof zijn ook regelingen nodig die gericht zijn op volledige arbeidsdeelname (kinderopvang, flexibele werkuren, etc.). Vooral carrièreondersteuning is hierbij van groot belang, omdat dit de positieve effecten van arrangementen gericht op volledige arbeidsdeelname kan versterken.

Man-vrouw verschillen in medische specialismen en carrièrewensen

0. Algemeen

Hierna volgen enkele overzichtstabellen van het aantal geregistreerde artsen en artsen in opleiding in de diverse medische beroepen (tabel 0.1, 0.2 en 0.3). Op 1 januari 2010 bedroeg het gemiddelde percentage geregistreerde vrouwelijke artsen 37%; het gemiddelde percentage vrouwelijke artsen in opleiding bedroeg toen 60%.

In de grafieken 0.1 en 0.2 zijn de medische beroepen verder uitgesplitst in subspecialismen voor zowel praktiserende vrouwelijke artsen, als vrouwelijke artsen in opleiding.

In grafiek 0.3 wordt een beeld geschetst van het aandeel vrouwen bij de instroom in de diverse medische beroepen over de periode 1967 – 2006. Rond 1967 bedroeg het percentage nieuw erkende basisartsen 18%, in 2006 was dat 65%. Bij de huisartsen bedroeg dit percentage in 1977 (20%) en in 2006 (63%). Bij de medisch specialisten ging het om 12% nieuw erkende vrouwelijke specialisten in 1967, in 2006 was dit opgeklommen tot 47%.

De verschillen in carrièrewensen en beroepskeuzen van mannelijke en vrouwelijke artsen in opleiding worden weergegeven in de grafieken 0.4 en 0.5. Vrouwen vinden mogelijkheden voor deeltijdwerk, privé- en gezinsomstandigheden en werken conform kantoortijden veel belangrijker dan mannen. Mannen vinden carrièremogelijkheden binnen het vakgebied, advies of stimulans van anderen, en het salaris veel belangrijker dan vrouwen.

Tabel 0.1: aantal geregistreerde artsen in 2010*

Specialisme	M	V	Totaal
Huisartsen	5.389	3.532	8.921
Medisch specialisten	12.717	6.427	19.144
Sociaal geneeskundigen**	2.489	1.677	4.166
Specialisten ouderengeneeskunde	575	900	1.475
Totaal	21.170	12.536	33.706
	63%	37%	

* voor alle specialismen: stand per 1 januari 2010

** de profielregisters zijn niet meegeteld

Bronnen: NIVEL (Cijfers uit de registratie van huisartsen - peiling 2010); MSRC; SGRC; en Capaciteitsorgaan (Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 5: Specialist ouderengeneeskunde)

Tabel 0.2: aantal artsen in opleiding in 2010*

Specialisme	M	V	Totaal
Huisartsen	463	1.134	1.597
Medisch specialisten	2.449	3.230	5.679
Sociaal geneeskundigen**	139	93	232
Specialisten ouderengeneeskunde	39	145	184
Totaal	3.090	4.602	7.692
	40%	60%	

* voor alle specialismen: stand per 1 januari 2010

** de profielregisters zijn niet meegeteld

Bronnen: NIVEL (Cijfers uit de registratie van huisartsen - peiling 2010); MSRC; SGRC; en Capaciteitsorgaan (Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 5: Specialist ouderengeneeskunde)

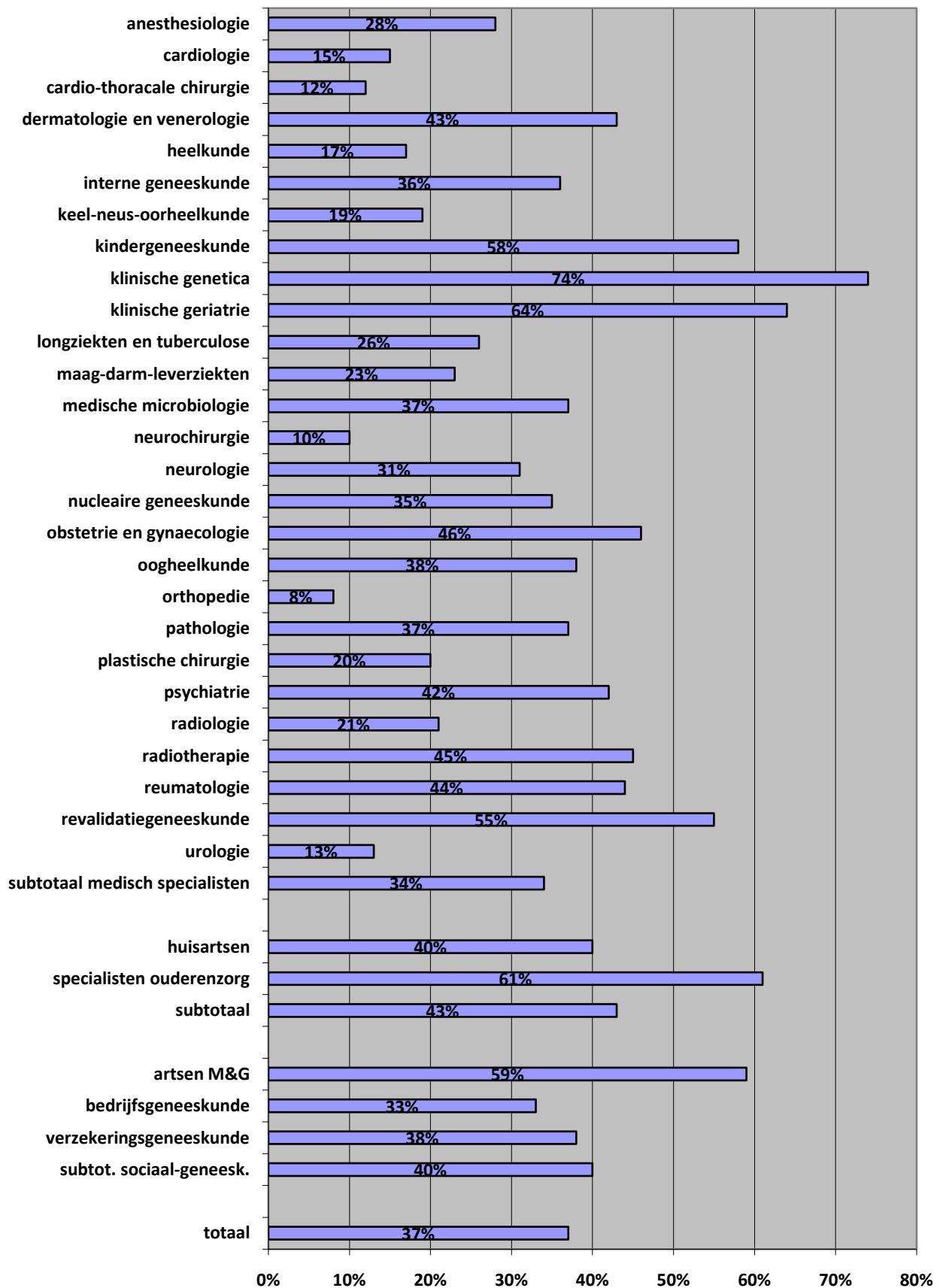
Tabel 0.3: percentage vrouwen in opleiding in 2010* en aandeel vrouwen in het veld in 2010*

	Aandeel vrouw in opleiding in 2010	Aandeel vrouw gevestigd specialist in 2010
Medisch specialisten	57%	34%
Huisartsen	71%	40%
Sociaal geneeskundigen	40%	40%
Specialisten ouderengeneeskunde	79%	61%
Totaal	60%	37%

* voor alle groepen: stand per 1 januari 2010

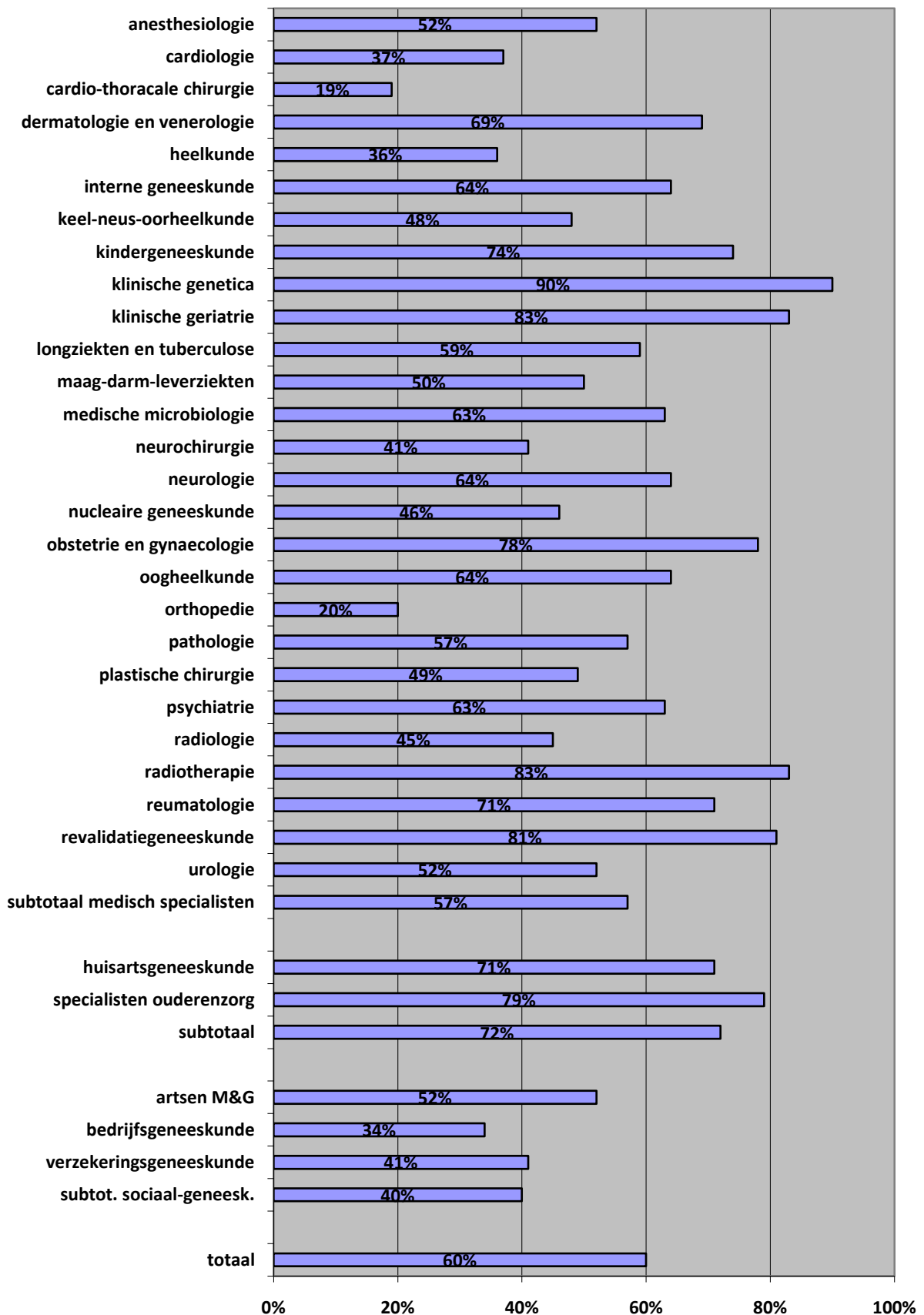
Bronnen: MSRC; NIVEL (Cijfers uit de registratie van huisartsen - peiling 2010); SGRC; en Capaciteitsorgaan (Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 5: Specialist ouderengeneeskunde)

Grafiek 0.1: Het aandeel vrouwen onder de praktiserende artsen per 1 januari 2010



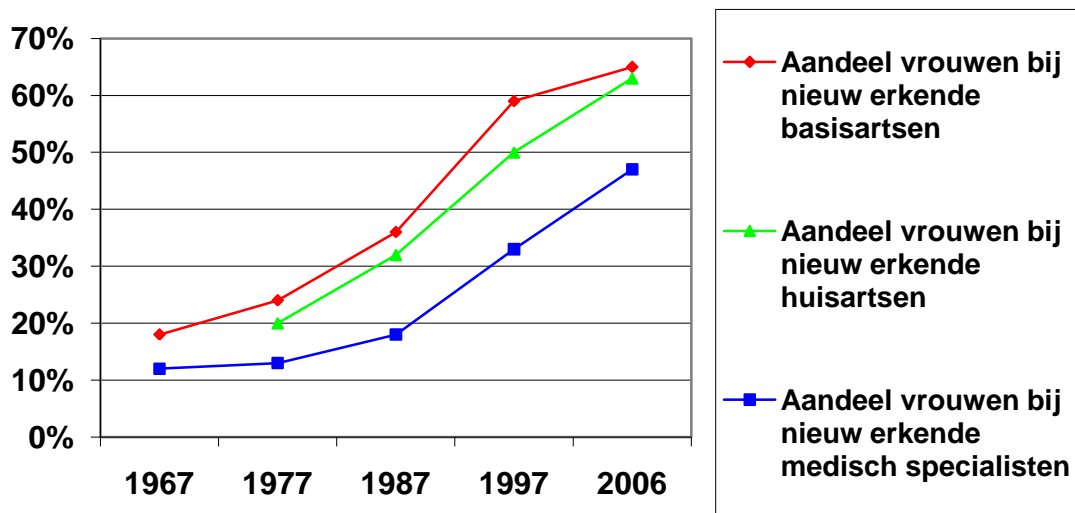
Bronnen: MSRC; NIVEL; Capaciteitsorgaan; SGRC

Grafiek 0.2: Het aandeel vrouwen onder artsen in opleiding per 1 januari 2010



Bronnen: MSRC; NIVEL; Capaciteitsorgaan; SGRC

Grafiek 0.3: Aandeel vrouwen bij instroom in medische beroepen



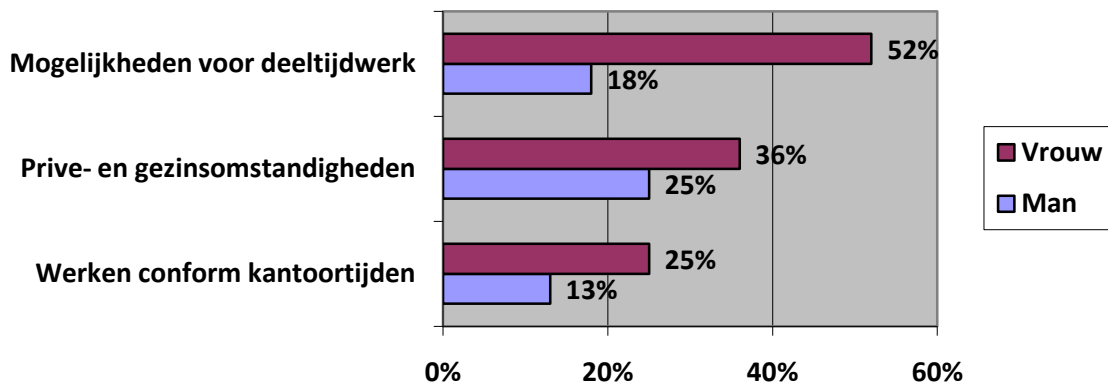
Bron: Velden, L. van der, e.a. *Doorstroming van vrouwen naar medische specialismen*. Nivel [Powerpointpresentatie]

Tabel 0.4: Gemiddelde uurlonen naar geslacht en leeftijdsgroep van artsen, 2004-2007

	M	V	M	V	M	V
	< 30 jr	< 30 jr	30-39	30-39	>=40 jr	>=40 jr
arts	23,54	17,82	30,04	22,11	39,54	30,80

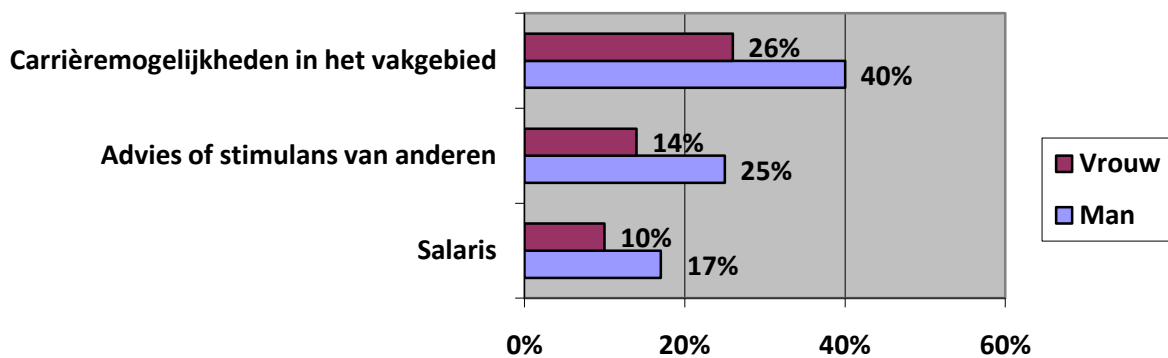
Bron: K. Tijdens (2007). *Lonen van mannen en vrouwen in een aantal beroepen*. Amsterdam : Instituut voor ArbeidsStudies, Universiteit van Amsterdam. Report 20/08/2007

Grafiek 0.4: carrièrewensen en beroepskeuze: verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen, medisch specialisten en sociaal-geneeskundigen in opleiding (alle groepen te samen). **Wat vrouwen belangrijker vinden dan mannen.**



Bron: Soethout, M.B.M., Wal, G. van der, Cate, Th.J. ten (2007). "Carrièrewensen en beroepskeuze van recent afgestudeerde artsen." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151(38):2118-23

Grafiek 0.5: carrièrewensen en beroepskeuze: verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen, medisch specialisten en sociaal-geneeskundigen in opleiding (alle groepen te samen). **Wat mannen belangrijker vinden dan vrouwen.**



Bron: Soethout, M.B.M., Wal, G. van der, Cate, Th.J. ten (2007). "Carrièrewensen en beroepskeuze van recent afgestudeerde artsen." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151(38):2118-23

1. Huisartsen

1.1 Aantal geregistreerde mannelijke en vrouwelijke huisartsen

Van alle werkzame huisartsen is 40% vrouw. Wordt er onderscheid gemaakt naar functie dan blijkt het aandeel vrouwen onder HIDHA's het grootst te zijn: 83%. Van de zelfstandig gevestigde huisartsen is 34% vrouw (tabel 1.1.1).

Tabel 1.1.1: Aantal huisartsen naar functie en geslacht, op 1 januari (vanaf 1980)

	Zelfstandig gevestigd			HIDHA's			Totaal
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	
1980	5.035	220	5.255	110	158	268	5.523
1985	5.426	482	5.908	123	182	305	6.213
1990	5.610	783	6.393	168	240	408	6.801
1995	5.636	1.104	6.740	105	280	385	7.125
1996	5.637	1.160	6.797	100	300	400	7.197
1997	5.657	1.262	6.919	118	349	467	7.386
1998	5.661	1.333	6.994	100	370	470	7.464
1999	5.683	1.412	7.095	118	393	511	7.606
2000	5.689	1.532	7.221	119	429	548	7.769
2001	5.596	1.656	7.252	116	453	569	7.821
2002	5.587	1.753	7.340	118	508	626	7.966
2003	5.549	1.845	7.394	135	595	730	8.124
2004	5.522	1.939	7.461	147	690	837	8.298
2005	5.511	2.033	7.544	169	769	938	8.482
2006	5.460	2.155	7.615	177	809	986	8.601
2007	5.412	2.262	7.674	187	852	1.039	8.713
2008	5.340	2.396	7.736	179	892	1.071	8.807
2009	5.267	2.504	7.771	174	901	1.075	8.846
2010	5.207	2.626	7.833	182	906	1.088	8.921

Bron: NIVEL, Cijfers uit de registratie van huisartsen : peiling 2010, p. 8

1.2 Fulltime / parttime

Huisartsen – gemiddeld aantal fte

Tabel 1.2.1 Gemiddeld aantal fte in 2000, 2007 en 2010 van regulier werkzame huisartsen naar geslacht

	2000	2007	2010*
Man	0,90 fte	0,86 fte	0,89 fte
Vrouw	0,63 fte	0,57 fte	0,64 fte
Totaal	0,84 fte	0,76 fte	0,79 fte

* op 1 januari 2010

Bronnen: Capaciteitsplan 2008 (Capaciteitsorgaan); en NIVEL, Cijfers uit de registratie van huisartsen : peiling 2010, p. 15

1.3 Aantal mannelijke en vrouwelijke artsen in opleiding tot huisarts

Tabel 1.3.1: Aantal artsen in opleiding tot huisarts naar Universitair Huisartsen Instituut, op 31 december (2005 – 2009)

	2005	2006	2007	2008	2009
U.v.Amsterdam (UvA)	235	241	232	218	231
VU Amsterdam (VU)	151	150	161	162	215
Groningen	143	149	166	160	195
Leiden	178	177	187	189	173
Maastricht	121	135	154	152	174
Nijmegen	206	201	221	215	213
Rotterdam	173	197	210	201	224
Utrecht	214	197	213	211	172
Totaal	1.421	1.447	1.544	1.508	1.597

Bron: NIVEL, Cijfers uit de registratie van huisartsen : peiling 2010

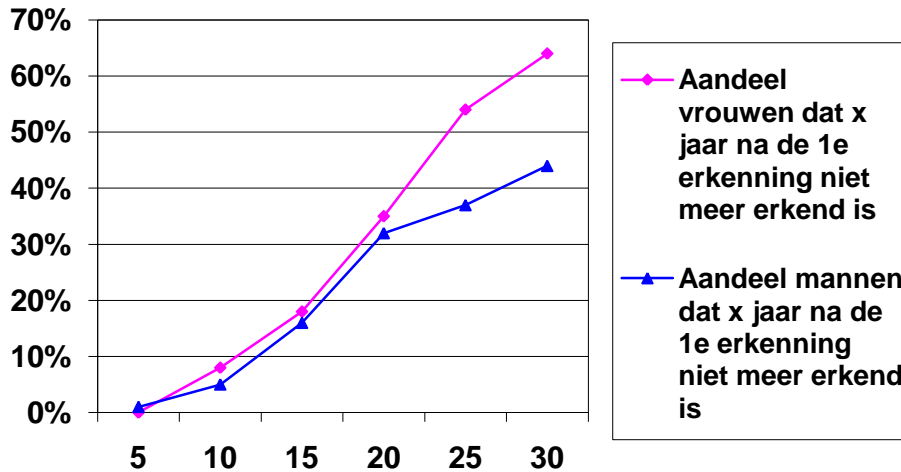
Tabel 1.3.2: Aandeel vrouwen in opleiding per 1 januari 2010 en aandeel geregistreerde vrouwelijke huisartsen per 1 januari 2010

	Aandeel vrouw in opleiding in 2010	Aandeel vrouw huisarts in 2010
Huisartsen	71%	40%

Bron: NIVEL, Cijfers uit de registratie van huisartsen : peiling 2010

In grafiek 1.3.1 zien we dat 20 jaar na de eerste erkenning het percentage vrouwen dat **niet** meer erkend is veel sterker stijgt dan onder de mannelijke huisartsen

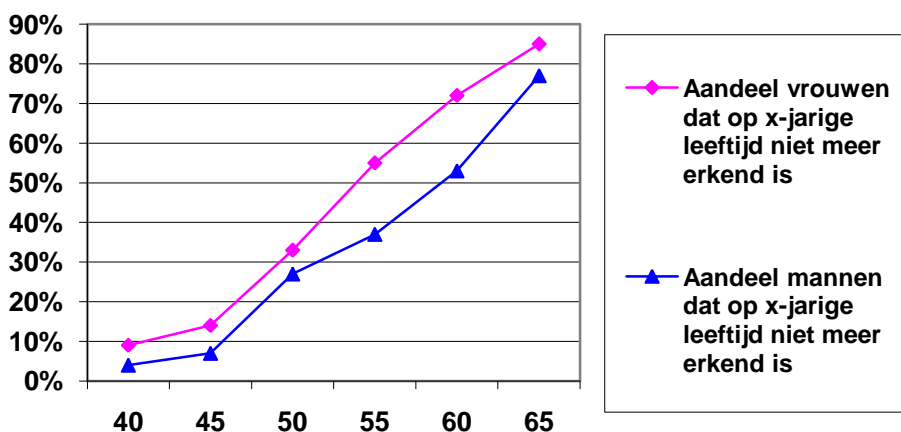
Grafiek 1.3.1 Uitstroom uit huisartsgeneeskunde (bekend per 15-5-2007)



Bron: Velden, L. van der, e.a. *Doorstroming van vrouwen naar medische specialismen*. Nivel [Powerpointpresentatie]

In grafiek 1.3.2 zien we dat vanaf 50 jarige leeftijd het percentage vrouwen dat niet meer erkend is sterker oploopt dan bij de mannen

Grafiek 1.3.2 Uitstroom uit huisartsgeneeskunde naar leeftijd (per 15-5-2007)

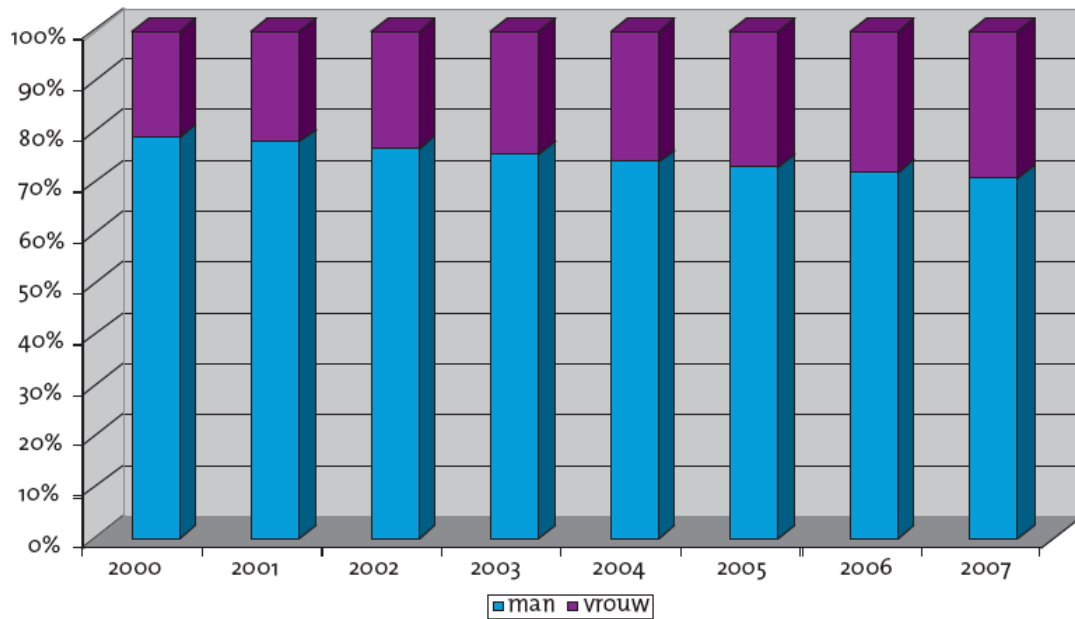


Bron: Velden, L. van der, e.a. *Doorstroming van vrouwen naar medische specialismen*. Nivel [Powerpointpresentatie]

2. Medisch specialisten

2.1 Aantal geregistreerde mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten

Grafiek 2.1.1: Geregistreerde medisch specialisten naar geslacht, 2000 t/m 2007



Van alle medisch specialisten was op 1 januari 2010 66% man en 34% vrouw, terwijl deze verhouding begin deze eeuw nog 80% man en 20% vrouw was.

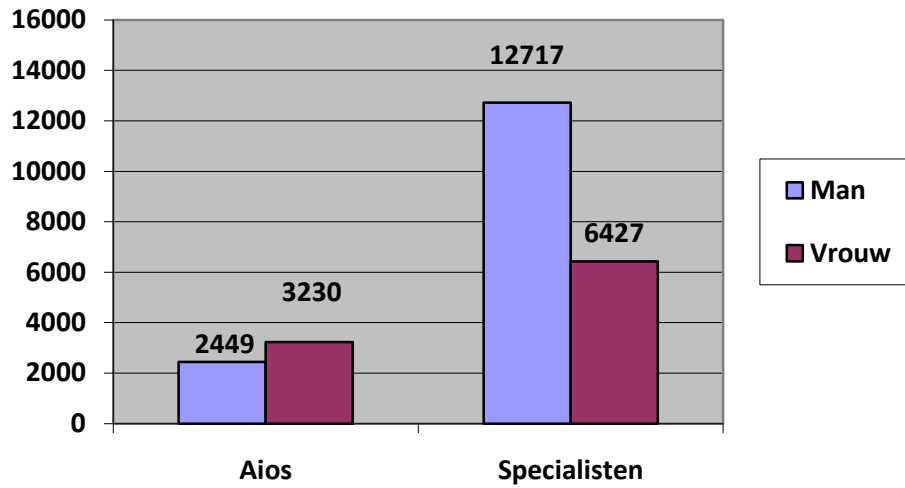
Bronnen: Capaciteitsplan 2008 (Capaciteitsorgaan); en Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 1: Medisch en klinisch technologische specialisten (Capaciteitsorgaan)

Tabel 2.1.1: Totaal aantal geregistreerde medisch specialisten per 1 januari 2010.
Op volgorde van “vrouwvriendelijke” specialismen

Specialisme	M	%	V	%	Totaal
klinische genetica	29	26%	81	74%	110
allergologie	3	30%	7	70%	10
klinische geriatrie	62	36%	112	64%	174
kindergeneeskunde	593	42%	815	58%	1.408
revalidatiegeneeskunde	205	45%	252	55%	457
obstetrie en gynaecologie	531	54%	447	46%	978
radiotherapie	140	55%	115	45%	255
reumatologie	139	56%	111	44%	250
dermatologie en venerologie	270	57%	204	43%	474
psychiatrie	1.722	58%	1.249	42%	2.971
oogheekunde	415	62%	257	38%	672
medische microbiologie	157	63%	92	37%	249
pathologie	247	63%	145	37%	392
interne geneeskunde	1.274	64%	713	36%	1.987
interne geneeskunde- allergologie	7	64%	4	36%	11
nucleaire geneeskunde	99	65%	53	35%	152
neurologie	574	69%	256	31%	830
anesthesiologie	1.159	72%	449	28%	1.608
longziekten en tuberculose	388	74%	137	26%	525
klinische chemie	18	75%	6	25%	24
maag-darm-leverziekten	282	77%	82	23%	364
radiologie	840	79%	219	21%	1.059
plastische chirurgie	217	80%	54	20%	271
keel- neus- oorheekunde	396	81%	95	19%	491
heelkunde	1.023	83%	203	17%	1.226
cardiologie	777	85%	139	15%	916
urologie	324	87%	49	13%	373
cardio-thoracale chirurgie	121	88%	17	12%	138
neurochirurgie	122	90%	13	10%	135
orthopedie	582	92%	51	8%	633
zenuw- en zielsziekten	1	100%	0	0%	1
Totaal	12.717		6.427		19.144

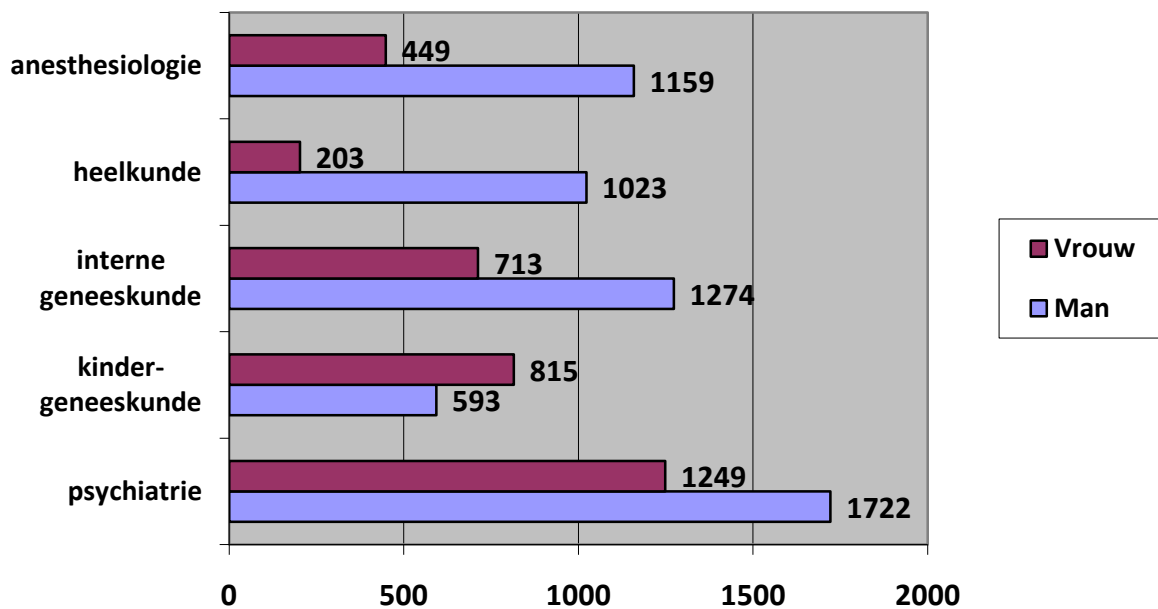
Bron: MSRC

Grafiek 2.1.2: Aantallen aios ingeschreven in het opleidingsregister per 1 januari 2010 en geregistreerde medisch specialisten per 1 januari 2010



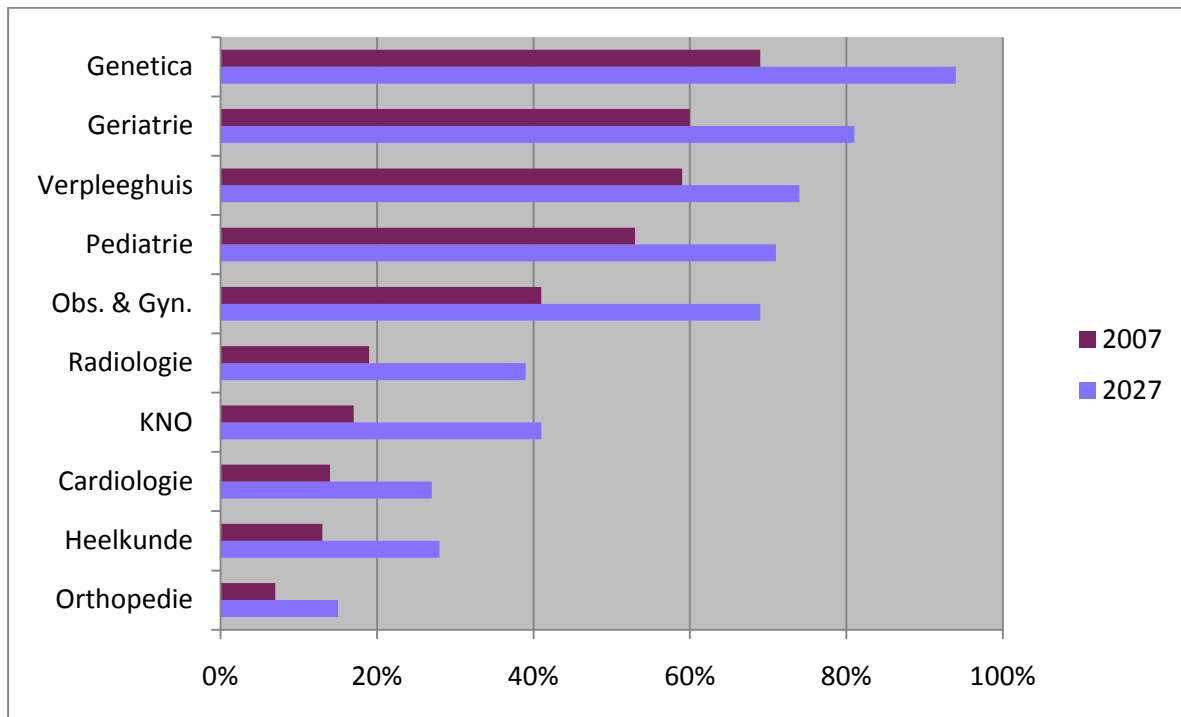
Bron: MSRC

Grafiek 2.1.3: Aantallen geregistreerde medisch specialisten per 1 januari 2010 voor enkele grote specialismen



Bron: MSRC

Grafiek 2.1.4: toename aandeel vrouwen (%) per specialisme

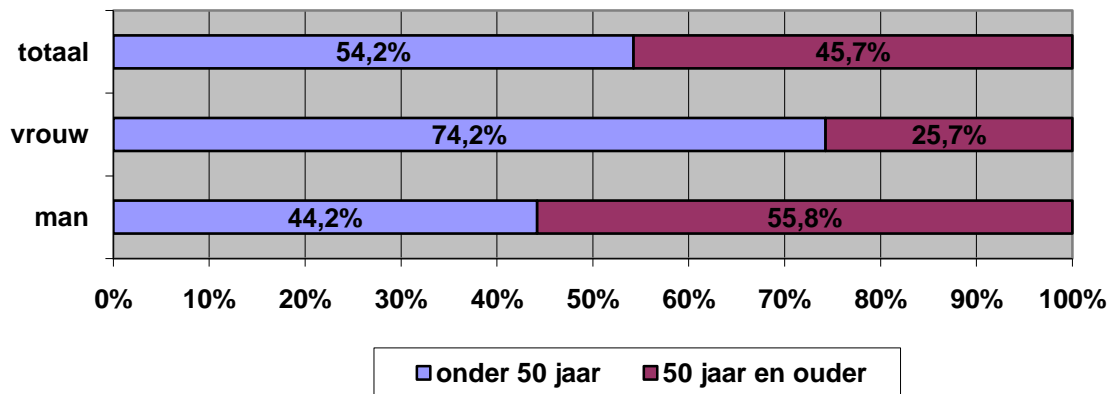


Bron: Capaciteitsorgaan

Toelichting bij grafiek 2.1.4: naar verwachting zal de verhouding m/v in 2027 in specialismen als verpleeghuisarts, kindergeneeskunde en gynaecologie & obstetrie ongeveer hetzelfde zijn als bij de nu toegelaten studenten. Daarbij zal een derde van deze specialisten man zijn, zoals nu een derde van alle specialisten vrouw is. Bij de specialismen geriatrie en genetica zal het aandeel vrouwen mogelijk stijgen tot resp. boven de 80% en 90%. Tegelijk zal er naar verwachting ook in 2027 een duidelijke ondervertegenwoordiging blijven bestaan in specialismen als orthopedie (15%), cardiologie (27%) en heelkunde (28%).

Bron: Assmann, P. (2009), Selectie aan de poort: is er een keus? In: Slager, E. (red.), *Reproductieve geneeskunde, gynaecologie en obstetrie anno 2009*, pp. 866-870

Grafiek 2.1.5: Werkzame medisch specialisten jonger en ouder dan 50 jaar, 1 januari 2010



Bron: Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 1: Medisch en klinisch technologische specialisten (Capaciteitsorgaan)

2.2 Fulltime / parttime

Medisch specialisten – gemiddeld aantal fte

Tabel 2.2.1: Gemiddeld aantal fte in 2000, 2005, 2007 en 2010 van regulier werkzame medisch specialisten naar geslacht

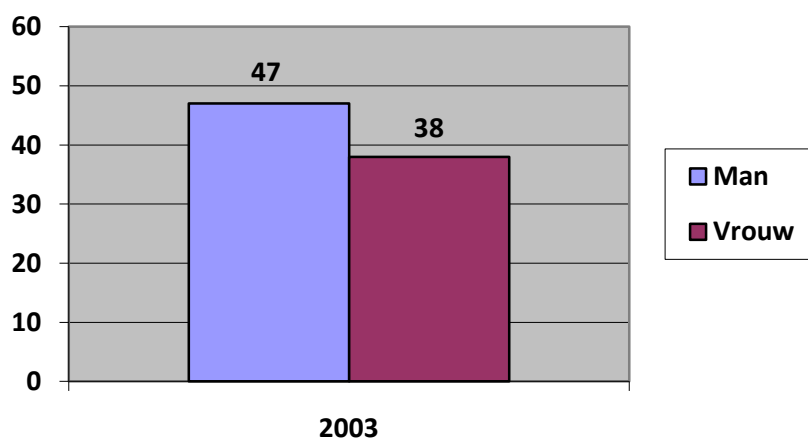
	2000	2005	2007*	2010*
Man	0,96 fte	0,94 fte	0,94 fte	0,94 fte
Vrouw	0,80 fte	0,79 fte	0,79 fte	0,82 fte
Totaal	0,92 fte	0,90 fte	0,89 fte	0,90 fte

* 1 januari 2007 en 2010

Bronnen: Capaciteitsplan 2008 (Capaciteitsorgaan); en Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 1: Medisch en klinisch technologische specialisten (Capaciteitsorgaan)

Medisch specialisten – gemiddeld aantal uren of fulltime / parttime

Grafiek 2.2.1: Gemiddeld aantal uren dat mannelijke en vrouwelijke specialisten werken in algemene en academische ziekenhuizen



Bron: Meijer, et al. (2005). *Medisch-specialist in perspectief* (Utrecht : MSRC), p. 66

In grafiek 2.2.2 zien we dat 80% van de mannen fulltime werkt, terwijl dat bij de vrouwen 30% is.

Grafiek 2.2.2: Fulltime – parttime verhouding bij mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten in algemene en academische ziekenhuizen (enquête-resultaten over 2003).



Bron: Meijer, et al. (2005). Medisch-specialist in perspectief (Utrecht : MSRC), p. 66

Tabel 2.2.2: deeltijdfactor en fulltime eenheden per specialisme, 1 januari 2010. Gesorteerd op de mate waarin vrouwen werken per discipline in fte (van hoog naar laag). Gemiddeld werken mannen 0,94 fte en vrouwen 0,82 fte

Specialisme	man	vrouw	totaal	fte'en
cardio-thoracale chirurgie	0,95	0,89	0,94	115
neurochirurgie	0,94	0,88	0,93	115
heelkunde	0,97	0,87	0,96	1.050
urologie	0,93	0,85	0,92	320
obstetrie en gynaecologie	0,95	0,84	0,90	810
pathologie	0,91	0,84	0,88	315
plastische chirurgie	0,92	0,84	0,90	210
cardiologie	0,94	0,83	0,92	785
medische microbiologie	0,93	0,83	0,90	200
neurologie	0,94	0,83	0,91	710
orthopedie	0,93	0,83	0,92	545
psychiatrie	0,93	0,83	0,89	2.400
radiologie	0,95	0,83	0,93	870
interne geneeskunde	0,93	0,82	0,89	1.585
nucleaire geneeskunde	0,94	0,82	0,90	120
radiotherapie	0,94	0,82	0,88	205
keel- neus- oorheelkunde	0,91	0,81	0,89	390
klinische genetica	0,92	0,81	0,84	85
longziekten en tuberculose	0,94	0,81	0,90	440
maag-darm-leverziekten	0,94	0,81	0,91	290
reumatologie	0,91	0,81	0,86	205
anesthesiologie	0,92	0,80	0,89	1.280
dermatologie en venerologie	0,92	0,80	0,87	375
revalidatiegeneeskunde	0,93	0,80	0,86	370
kindergeneeskunde	0,91	0,79	0,84	1.070
oogheelkunde	0,91	0,79	0,86	520
klinische geriatrie	0,95	0,78	0,84	145
totaal medische specialismen	0,94	0,82	0,90	15.525
klinische fysica	0,96	0,94	0,95	270
klinische chemie	0,98	0,91	0,96	250
ziekenhuisfarmacie	0,96	0,87	0,91	345
totaal klin. techn. specialismen	0,97	0,89	0,94	865

Bron: Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 1: Medisch en klinisch technologische specialisten (Capaciteitsorgaan), p. 106

2.3 Aantal mannelijke en vrouwelijke artsen in opleiding tot medisch specialist

Tabel 2.3.1: Totaal aantal aios ingeschreven in het opleidingsregister per 1 januari 2010. Op volgorde van "vrouwvriendelijke" specialismen

Specialisme	M	V	% V	Totaal
klinische genetica	5	45	90%	50
klinische geriatrie	16	80	83%	96
radiotherapie	14	68	83%	82
revalidatiegeneeskunde	22	96	81%	118
obstetrie en gynaecologie	61	219	78%	280
kindergeneeskunde	65	181	74%	246
reumatologie	29	71	71%	100
dermatologie en venerologie	42	95	69%	137
interne geneeskunde	245	445	64%	690
neurologie	110	199	64%	309
oogheelkunde	46	83	64%	129
medische microbiologie	26	44	63%	70
psychiatrie	263	452	63%	715
longziekten en tuberculose	95	136	59%	231
pathologie	48	63	57%	111
anesthesiologie	175	193	52%	368
urologie	52	57	52%	109
maag-darm-leverziekten	83	83	50%	166
plastische chirurgie	47	46	49%	93
keel- neus- oorheelkunde	57	52	48%	109
nucleaire geneeskunde	25	21	46%	46
radiologie	186	153	45%	339
neurochirurgie	19	13	41%	32
cardiologie	219	131	37%	350
heelkunde	254	142	36%	396
orthopedie	216	55	20%	271
cardio-thoracale chirurgie	29	7	19%	36
Totaal	2.449	3.230		5.679
	43%	57%		

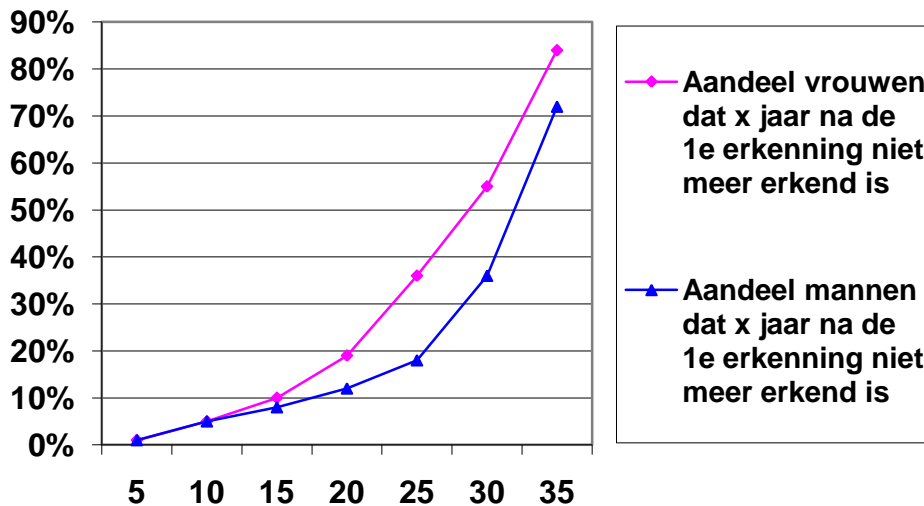
Bron: MSRC

Voor het vak urologie was de man-vrouw verhouding in 2008 precies gelijk. 2009 geeft een radicaal ander beeld te zien: 18 vrouwen tegenover 7 mannen. In 1984, toen voor het eerst de landelijke selectieprocedure plaatsvond, kwamen er uitsluitend mannen in opleiding.

Bron: Loo, R. van de, Witjes, F. (2009). Nieuwe instroom en vernieuwd competentieprofiel: resultaten keuzeprocedure 2009. *De Urograaf* (oktober), p. 3

15 jaar na de eerste erkenning stijgt het percentage vrouwen dat **niet** meer erkend is veel sterker dan onder de mannelijke medisch specialisten (grafiek 2.3.1).

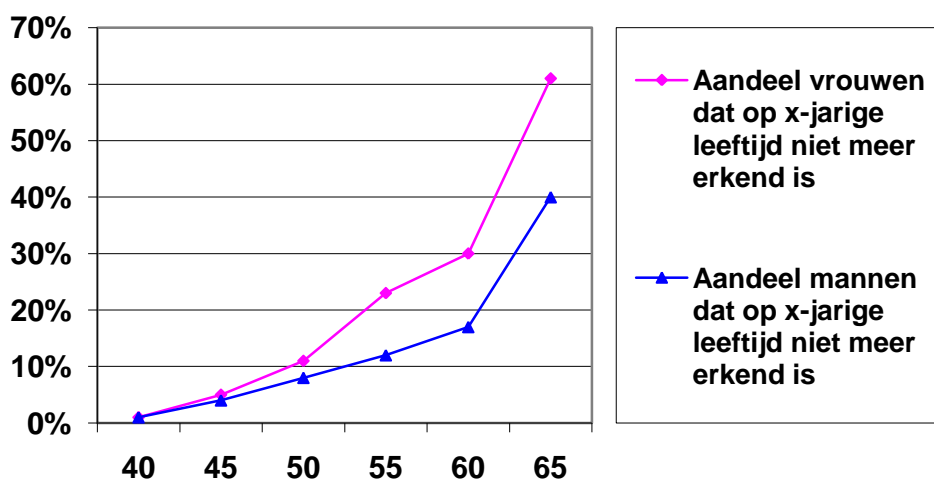
Grafiek 2.3.1 Uitstroom uit medische specialismen (bekend per 15-5-2007)



Bron: Velden, L. van der, e.a. *Doorstroming van vrouwen naar medische specialismen*. Nivel [Powerpointpresentatie]

Vanaf 50-jarige leeftijd loopt het percentage vrouwen dat niet meer erkend is sterker op dan bij de mannelijke medisch specialisten (grafiek 2.3.2).

Grafiek 2.3.2 Uitstroom uit medische specialismen naar leeftijd (bekend per 15-5-2007)



Bron: Velden, L. van der, e.a. *Doorstroming van vrouwen naar medische specialismen*. Nivel [Powerpointpresentatie]

3. Sociaal geneeskundigen

De meeste sociaal geneeskundigen werken in dienstverband. Ze zijn niet allemaal geregistreerd als specialist, omdat organisaties waar zij werken dit niet altijd nodig vinden en de opleiding tot nu toe maar voor een beperkte groep gefinancierd wordt. Daarnaast hebben vele veranderingen in de wetgeving gevolgen voor deze specialisten gehad.

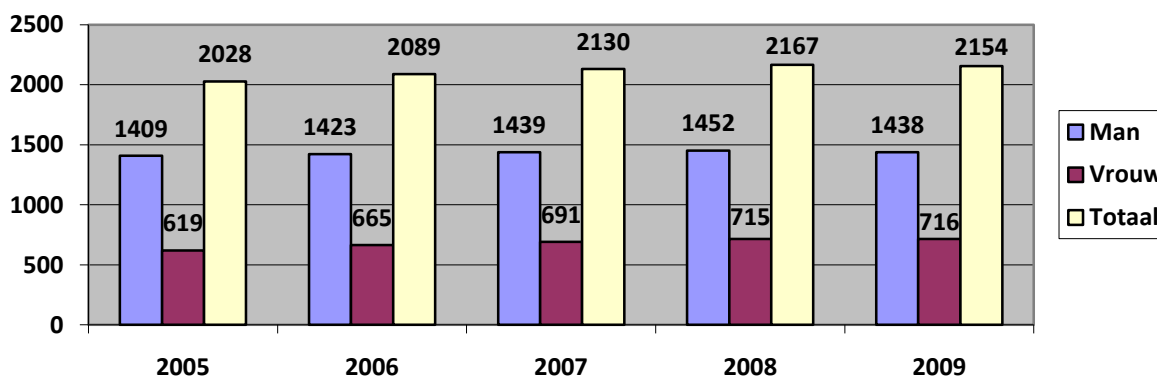
Bedrijfsgeneeskunde: door de wijziging van de Arbowet (juli 2005) verviel de verplichting voor de werkgever om zich aan te sluiten bij een arbodienst. Daardoor ontstond er minder behoefte aan (opgeleide) bedrijfsartsen. Om die reden is de instroom in de opleiding vrijwel stilgevallen.

Voor de Verzekeringsgeneeskunde speelt voor de langere termijn ook onzekerheid over wetgeving. Het aantal artsen in opleiding is afgenomen, omdat er teveel verzekeringsartsen zijn. Daarnaast hebben vele verzekeringsartsen zich laten omscholen tot bedrijfsartsen.

De opleiding Maatschappij en Gezondheid duurt 4 jaar. Eerst een tweejarige profielopleiding, die leidt tot een registratie als profielarts KNMG. Daarna een tweejarige profieloverstijgende en M & G brede vervolgoopleiding die leidt tot de BIG-registratie arts M & G. Er zijn 7 profielprogramma's: jeugdgezondheidszorg, beleid & advies, sociaal medische indicatiestelling en advisering, medische milieukunde, forensische geneeskunde, infectieziektenbestrijding en tuberculosebestrijding. Voor artsen die niet in één van deze profielen werkzaam zijn, bijvoorbeeld onderzoekers, bestaat de mogelijkheid om de vrije richting te volgen.

3.1 Aantal geregistreerde mannelijke en vrouwelijke sociaal geneeskundigen

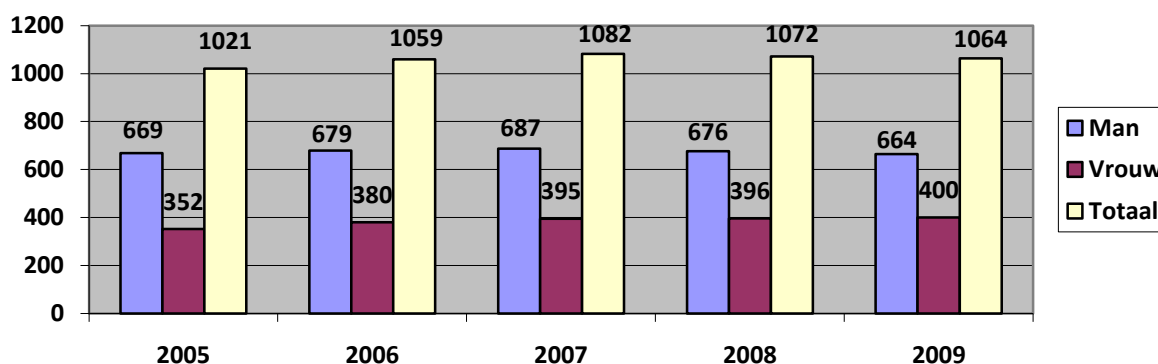
Grafiek 3.1.1 Bedrijfsgeneeskunde



Stand per 31 december (2005-2009) voor alle specialismen

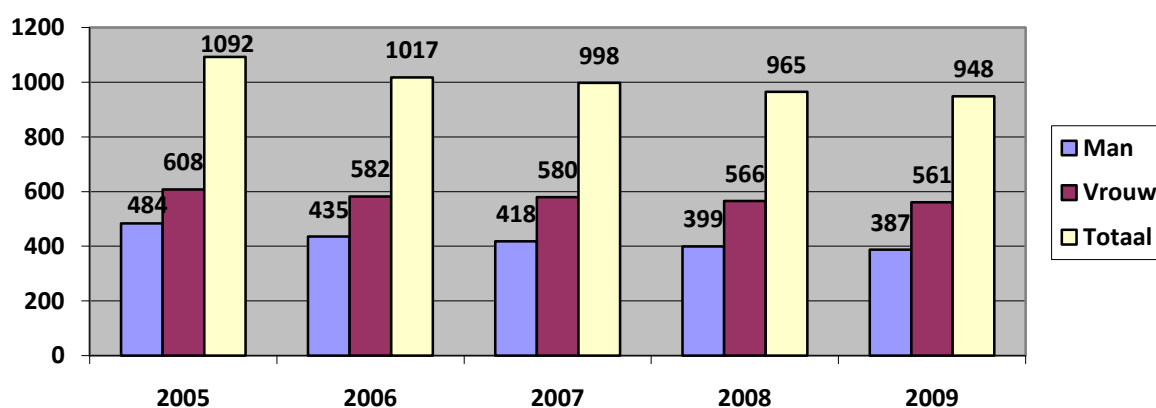
Bron: Jaarverslagen SGRC

Grafiek 3.1.2 Verzekeringsgeneeskunde



Bron: Jaarverslagen SGRC

Grafiek 3.1.3 Maatschappij en gezondheid



Profielregisters zijn niet meegerekend

Bron: Jaarverslagen SGRC

3.2 Fulltime / parttime

Tabel 3.2.1: gemiddelde aanstelling van mannelijke en vrouwelijke sociaal geneeskundigen in 2007

	Man	Vrouw	Totaal
Bedrijfsartsen	0,90 fte	0,70 fte	0,84 fte
Verzekeringsartsen	0,90 fte	0,70 fte	0,83 fte
Artsen Maatschappij en Gezondheid	0,72 fte	0,53 fte	0,56 fte
Overige artsen Maatschappij en Gezondh.	0,90 fte	0,70 fte	0,90 fte
Totaal	0,89 fte	0,64 fte	0,80 fte

Bron: Velden, L.F.J van der, en L. Hingstman (2008). *Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2009-2019/2025*, NIVEL

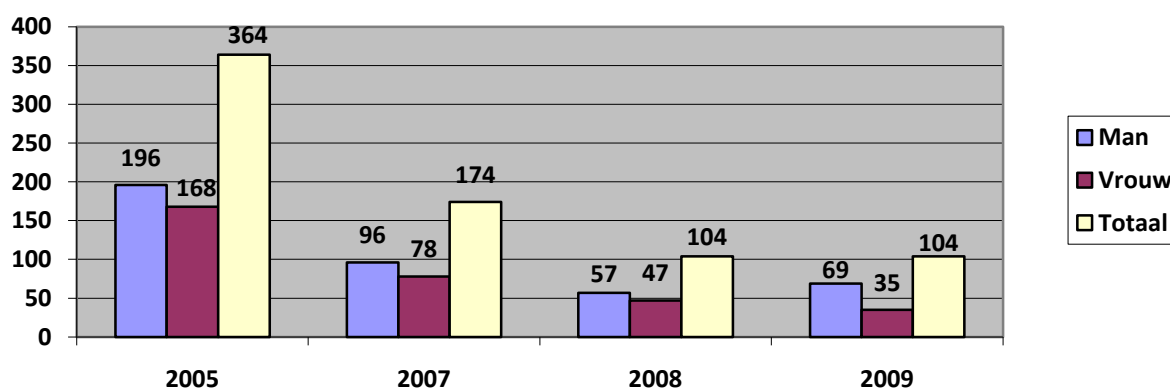
3.3 Aantal mannelijke en vrouwelijke artsen in opleiding tot sociaal geneeskundige

Tabel 3.3.1: Aandeel vrouwen in opleiding per 1 januari 2010 en aandeel vrouwen in het veld per 1 januari 2010

	Aandeel vrouw in opleiding in 2010	Aandeel vrouw in 2010
Sociaal geneeskundigen	40%	40%

Bron: SGRC

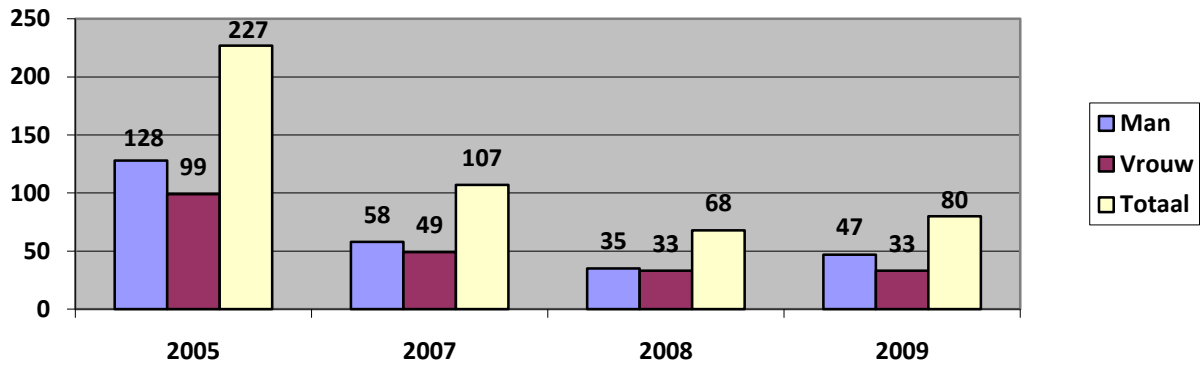
Grafiek 3.3.1 Bedrijfsgeneeskunde



Stand per 31 december (2005, 2007-2009) voor alle specialismen

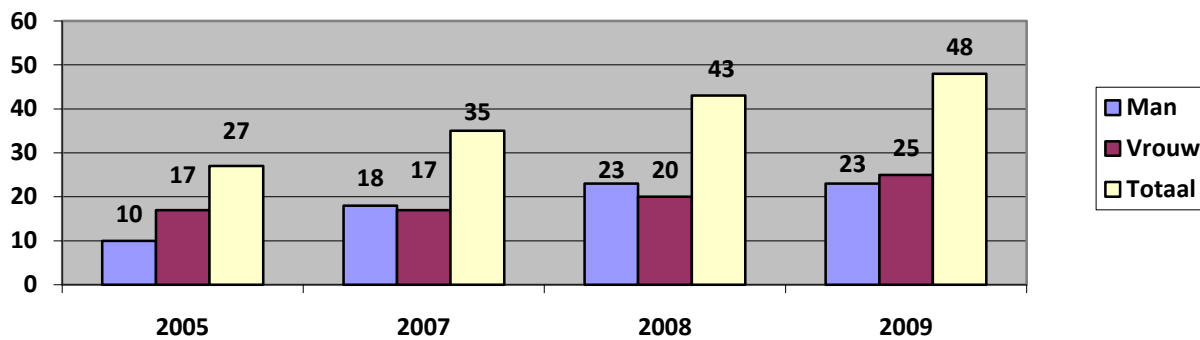
Bron: Jaarverslagen SGRC. Cijfers over 2006 ontbreken

Grafiek 3.3.2 Verzekeringsgeneeskunde



Bron: Jaarverslagen SGRC. Cijfers over 2006 ontbreken

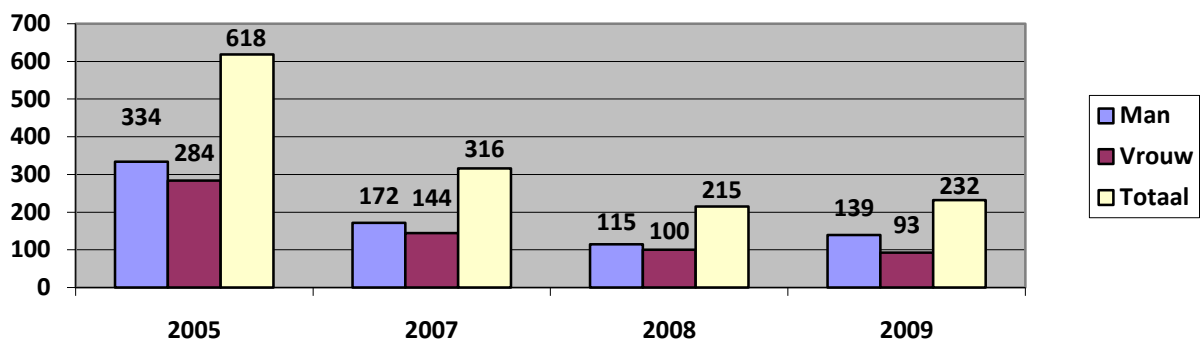
Grafiek 3.3.3 Maatschappij en gezondheid



Profielregisters zijn niet meegerekend

Bron: Jaarverslagen SGRC. Cijfers over 2006 ontbreken

Grafiek 3.3.4 Totaaltabellen voor alle vakgebieden



Bron: Jaarverslagen SGRC. Cijfers over 2006 ontbreken

4. Specialisten ouderengeneeskunde

4.1 Aantal geregistreeerde mannelijke en vrouwelijke specialisten ouderengeneeskunde

Tabel 4.1.1: Percentage vrouwen van het aantal geregistreeerde specialisten ouderengeneeskunde (1 januari van het betreffende jaar)

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aantal personen	1.256	1.275	1.325	1.395	1.447	1.475
Percentage vrouwen	59%	60%	60%	60%	61%	61%

Bron: Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 5: Specialist ouderengeneeskunde (Capaciteitsorgaan)

4.2 Fulltime / parttime

Tabel 4.2.1: Gemiddeld aantal fte in 2008 van specialisten ouderengeneeskunde naar geslacht

	2008
Man	0,91 fte
Vrouw	0,76 fte
Gemiddeld	0,83 fte

Bron: Prismant

4.3 Aantal mannelijke en vrouwelijke artsen in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde

Tabel 4.3.1: Instroom opleiding en opleidingscapaciteit

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009
Instroom aios	96	91	88	86	85
Totaal aantal aios*	201	200	184	162	184
Percentage vrouwen	72%	66%	68%	68%	79%

* per 31 december

Bron: Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 5: Specialist ouderengeneeskunde (Capaciteitsorgaan)

Tabel 4.3.2: Uitstroombestemming uitgetreden specialisten ouderengeneeskunde

	Man	Vrouw	Totaal
Managementfunctie	34%	4%	17%
Medische functie elders in ouderengeneeskunde	2%	20%	12%
Andere medische functie	37%	42%	41%
Pensionering	20%	14%	16%
WAO	2%	4%	3%
Buitenland	0%	8%	4%
Moederschap	0%	4%	2%
Overig/onbekend	5%	4%	4%

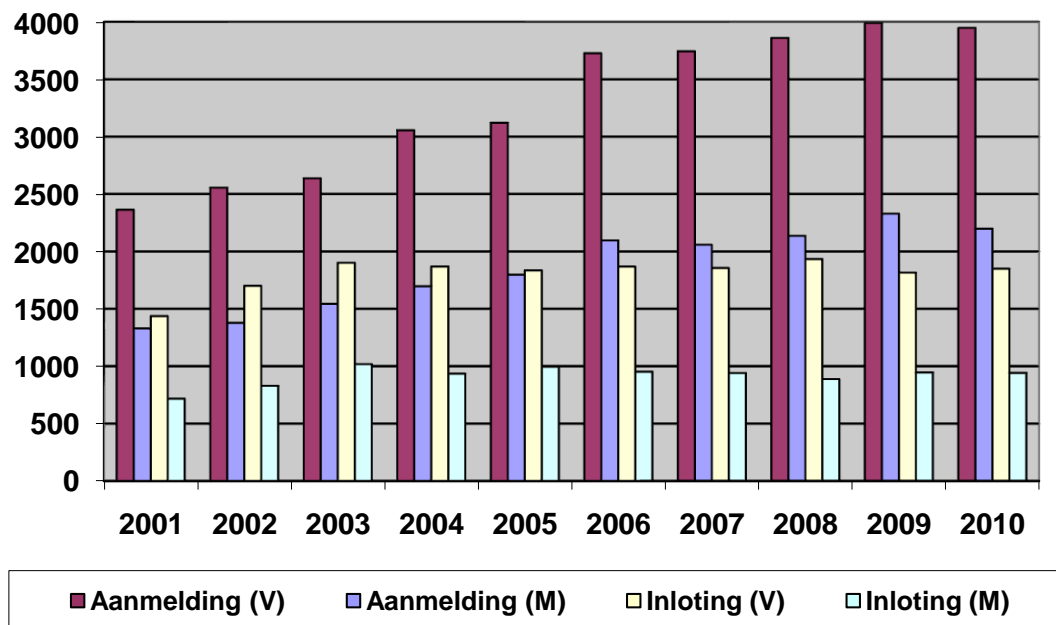
Bron: Capaciteitsplan 2008 (Capaciteitsorgaan), p 224

5. Medisch studenten

5.1 Aantal mannen en vrouwen

In grafiek 5.1.1 zien we dat ongeveer 66% van de nieuwe geneeskunde studenten vrouw is.

Grafiek 5.1.1: Aanmelding en inloting studenten geneeskunde (M/V) over de periode 2001 - 2010



Bron: Informatie Beheer Groep (IBG)

5.2 Hun wensen

Rademakers e.a. hebben in het studiejaar 2002/2003 een enquête uitgevoerd onder alle studenten geneeskunde van het VUmc en het UMC Utrecht (n=2928), met een respons van circa 80%. In de enquête is aan de studenten gevraagd om van 47 beroepskenmerken aan te geven in hoeverre zij deze aantrekkelijk zouden vinden voor hun toekomstige beroep.

Uit analyse van de gegevens van de totale onderzoekspopulatie (n=2326) blijkt dat er slechts bij 8 van de 47 beroepskenmerken het verschil tussen vrouwen en mannen gedurende de hele studieperiode significant blijft. Dit is het geval bij:

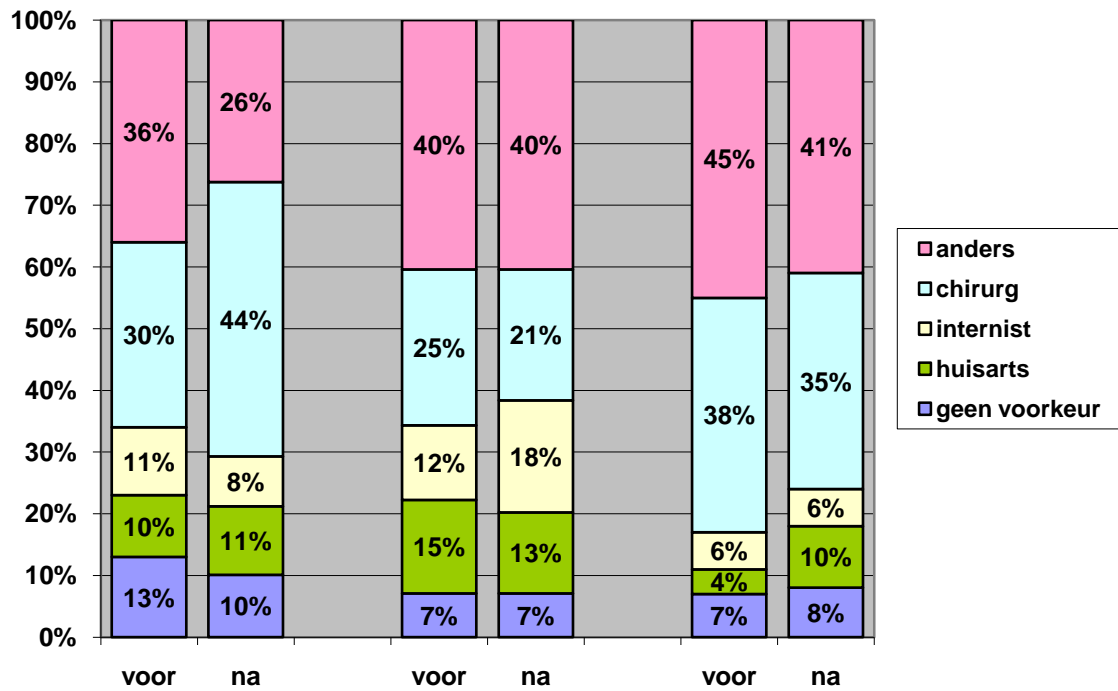
- kennis van psychosociale en culturele achtergronden (v>m)
- handigheid met apparatuur (m>v)
- langdurige relatie met patiënt (v>m)
- praatwerk (v>m)
- technisch nauwkeurig werk (m>v)
- opbouwen van vertrouwensrelatie met patiënt (v>m)
- parttime werkmogelijkheid (v>m)
- hoog inkomen (m>v)

De top vijf van beroepskenmerken die vrouwen aantrekkelijker vinden dan mannen zijn: parttime werkmogelijkheid; jonge patiënten; opbouwen van een vertrouwensrelatie met patiënten; langdurige relatie met de patiënt; en kunnen communiceren.

De top vijf van beroepskenmerken die mannen aantrekkelijker vinden dan vrouwen zijn: technisch nauwkeurig werk; handigheid met apparatuur; hoog aanzien; improvisatie; en hoog inkomen.

Bron: Rademakers, J.J.D.J.M. et al (2008). "Verschillen in belangstellingsprofielen van vrouwelijke en mannelijke studenten geneeskunde." *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*. 27(4): 171-180

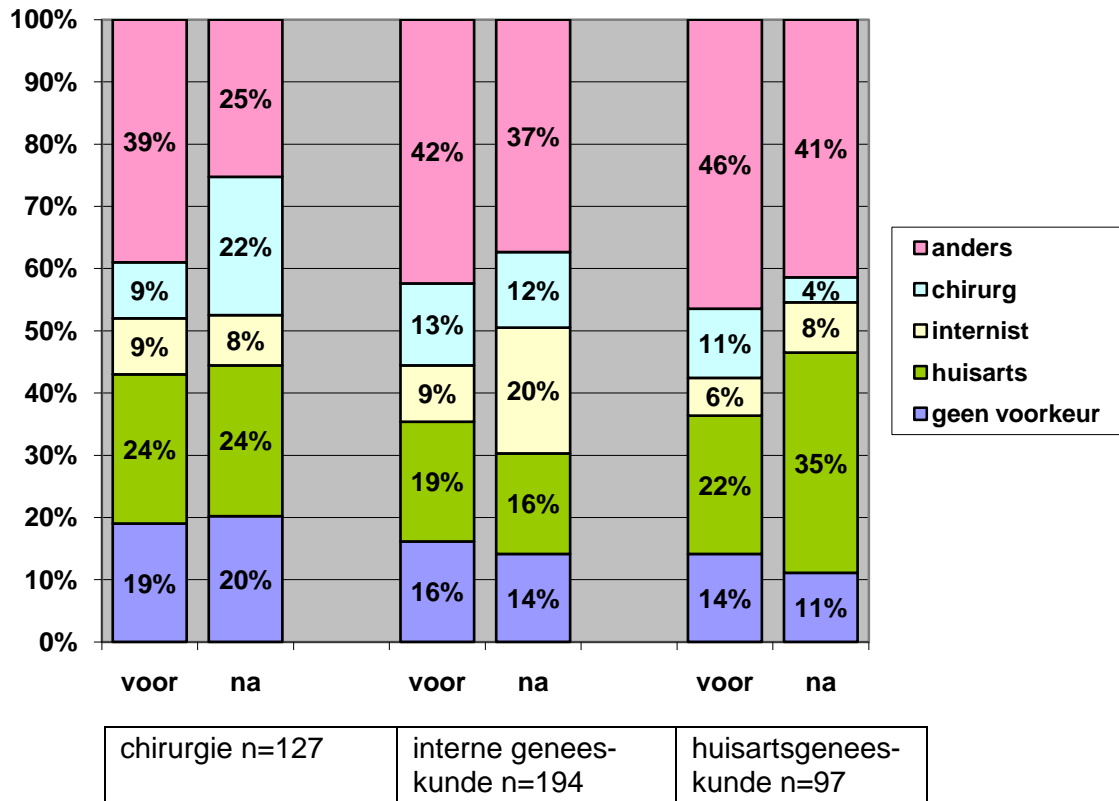
Grafiek 5.2.1: voorkeuren van mannelijke studenten voor en na hun coschappen



chirurgie n=61	interne geneeskunde n=67	huisartsgeneeskunde n=71
----------------	--------------------------	--------------------------

Bron: Maiorova, T. (2009). *The role of gender in medical specialty choice and general practice preferences*. Proefschrift. Maastricht : Universitaire Pers Maastricht, p. 73

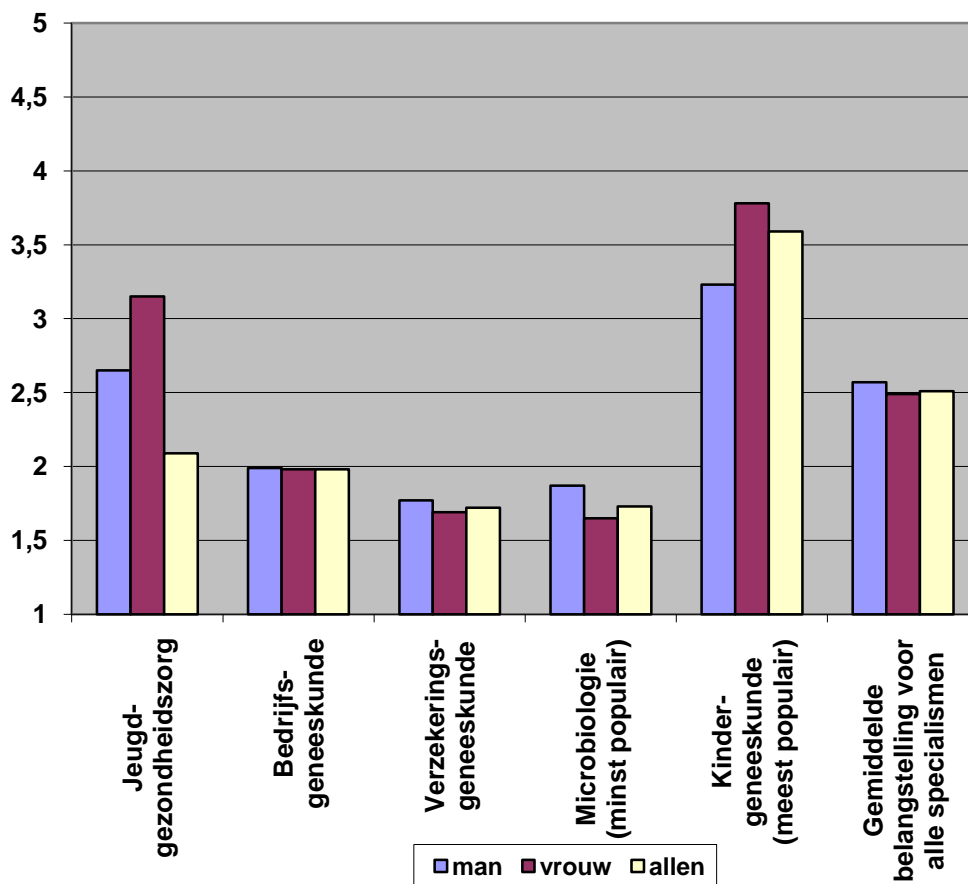
Grafiek 5.2.2: voorkeuren van vrouwelijke studenten voor en na hun coschappen



Bron: Maiorova, T. (2009). *The role of gender in medical specialty choice and general practice preferences*. Proefschrift. Maastricht : Universitaire Pers Maastricht, p. 73

In 2002 ontvingen alle 1474 studenten (dus van alle jaren bij elkaar) van het VUmc een vragenlijst over hun voorkeur voor een medisch specialisme. De respons was 93%. Het minst populaire specialisme was microbiologie, het meest populaire specialisme was kindergeneeskunde (grafiek 5.2.3).

Grafiek 5.2.3: Gemiddelde belangstelling voor drie specialismen in de volksgezondheid, microbiologie en kindergeneeskunde



Bron: Soethout, M.B.M. (2007), *Career preference of medical students and career choice of recent graduates*. (proefschrift VU), pp. 88-89

In 2006 en 2007 ontvingen alle 657 eerstejaars geneeskundestudenten van het UMC St. Radboud een enquête om genderverschillen vast te stellen met betrekking tot de voorkeur voor een specialisme en factoren in relatie tot arbeidsmotivatie. Respons was 94%.

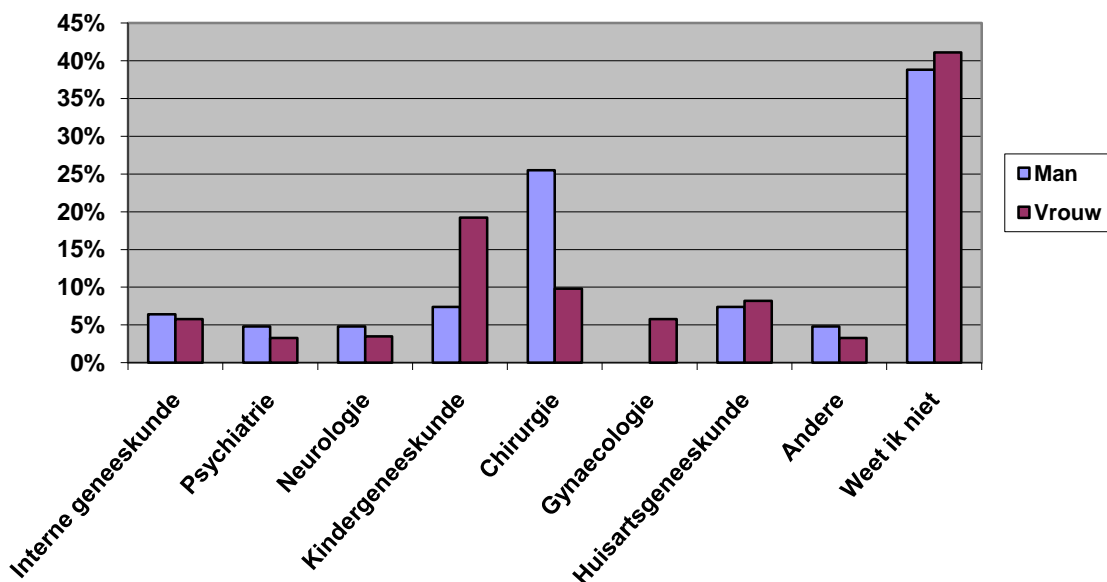
In grafiek 5.2.4 zien we dat de top drie voorkeur voor specialismen bij de vrouwelijke eerstejaars geneeskundestudenten zijn: kindergeneeskunde (19,2%), chirurgie (9,8%) en huisartsgeneeskunde (8,2%).

De top drie voorkeur voor specialismen bij de mannelijke eerstejaars geneeskundestudenten zijn: chirurgie (25,5%), huisartsgeneeskunde (7,4%) en kindergeneeskunde (7,4%).

Opvallend is dat het percentage mannelijke studenten dat de voorkeur geeft aan chirurgie twee en een halve keer meer is dan het percentage vrouwelijke studenten. Geen enkele mannelijke student heeft een voorkeur voor gynaecologie. Veertig procent van de studenten in het eerste jaar heeft geen duidelijke voorkeur voor een specialisme. In deze groep waarderen vooral de vrouwelijke studenten aantrekkelijke werkuren in hoge mate.

Vrouwelijke studenten hechten meer belang aan de combinatie van werk en privé, terwijl de mannelijke studenten carrièrekansen veel belangrijker vinden.

Grafiek 5.2.4: genderverschillen in voorkeur voor specialismen.



Bron: Tongeren-Alers, M. van, et al (2011), "Are new medical specialty preferences gendered? Related motivational factors at a Dutch medical school". [Accepted for publication.]

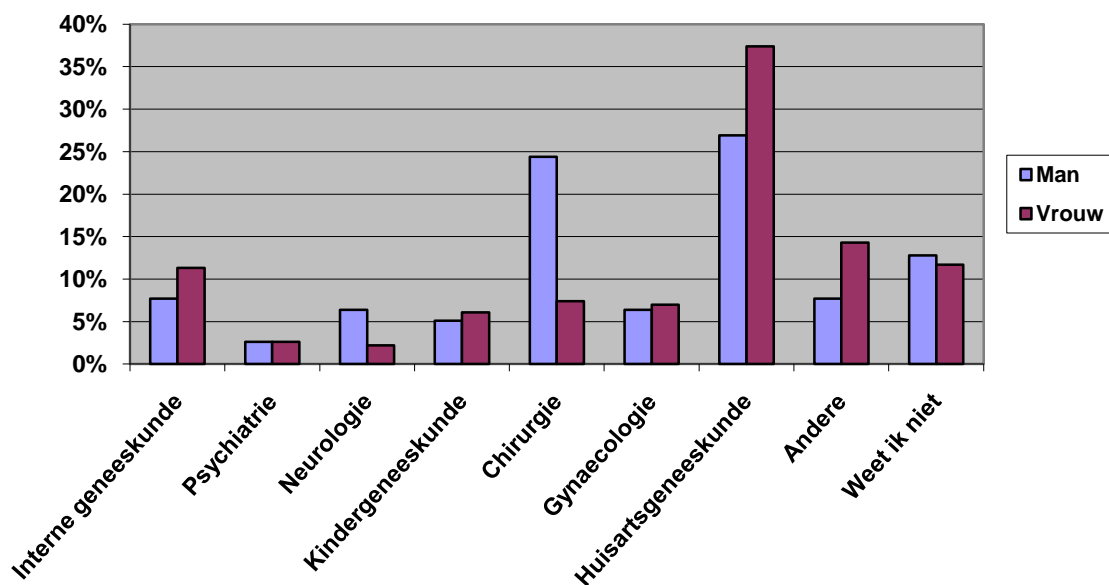
Ook werden in 2009 alle 329 geneeskundestudenten van het UMC St. Radboud in hun laatste studiejaar gevraagd een enquête in te vullen. Respons 93,6%.

In grafiek 5.2.5 zien we dat de top drie voorkeur voor specialismen bij de vrouwelijke studenten aan het einde van hun studie zijn: huisartsgeneeskunde (37,4%), interne geneeskunde (11,3%) en chirurgie (7,4%).

De top drie voorkeur voor specialismen bij de mannelijke studenten aan het einde van hun studie zijn: huisartsgeneeskunde (26,9%), chirurgie (24,4%) en interne geneeskunde (7,7%).

Opvallend is dat het percentage mannelijke studenten dat de voorkeur heeft voor chirurgie drie keer meer is dan het percentage vrouwelijke studenten. Daarnaast is het opvallend dat 12% van de studenten in het laatste jaar nog geen duidelijke voorkeur had voor een specialisme.

Grafiek 5.2.5: genderverschillen in voorkeur voor specialismen.



Bron: Pepping, T. (2009). *Gender associated specialty preferences in Dutch final year medical students*, p. 11

Aan het einde van hun studie vinden vrouwelijke studenten met een voorkeur voor chirurgie salaris en technische vaardigheden belangrijker dan vrouwelijke studenten die de voorkeur geven aan huisartsgeneeskunde of een niet-chirurgisch specialisme. De laatste twee groepen vinden veel directe patiëntencontacten belangrijker dan degenen die voor chirurgie kiezen.

Vrouwelijke studenten met een voorkeur voor huisartsgeneeskunde vinden de balans tussen werk en zorg, en aantrekkelijke werktijden belangrijker dan vrouwelijke studenten die voor een specialisme in een ziekenhuis kiezen. Van alle vrouwelijke studenten vinden degenen die voor huisartsgeneeskunde kiezen onderzoeksmogelijkheden het minst belangrijk.

Alle vrouwelijke studenten met een voorkeur voor chirurgie en niet-chirurgische specialismen vinden de inhoud van het werk heel belangrijk.

Aan het einde van hun studie vinden mannelijke studenten die de voorkeur geven aan chirurgie technische vaardigheden heel belangrijk. Inhoud van het werk en veel direct contact met patiënten vinden ze minder belangrijk dan de mannelijke studenten die de voorkeur geven aan niet-chirurgische specialismen of huisartsgeneeskunde.

Mannelijke studenten die kiezen voor niet-chirurgische specialismen vinden technische vaardigheden niet zo belangrijk als degenen die de voorkeur geven aan huisartsgeneeskunde en chirurgie.

Alle mannelijke studenten die de voorkeur geven aan huisartsgeneeskunde vinden veel contact met patiënten en inhoud van het werk belangrijk. Ze vinden aantrekkelijke werktijden belangrijker dan de mannelijke studenten die de voorkeur geven aan een specialisme in een ziekenhuis.

Tweederde van de vrouwelijke geneeskundestudenten en een vijfde van de mannen met een voorkeur voor huisartsgeneeskunde, zou in deeltijd willen werken (tabel 5.2.1).

De meeste vrouwelijke studenten met een voorkeur voor chirurgie of niet-chirurgische specialismen willen voltijds werken (72,7% versus 68,6%).

Tabel 5.2.1: percentages van mannelijke en vrouwelijke 6de jaars medisch studenten die de voorkeur geven aan voltijds of deeltijd werk, weergegeven voor elk van de specialismen.

	Mannen			Vrouwen		
	<i>Chirurgisch</i>	<i>Niet-chirurgisch</i>	<i>Huisartsgeneeskunde</i>	<i>Chirurgisch</i>	<i>Niet-chirurgisch</i>	<i>Huisartsgeneeskunde</i>
<i>Voltijd</i>	100%	70,6%	81,0%	72,7%	68,6%	32,6%
<i>Deeltijd</i>	0%	29,4%	19,0%	27,3%	31,4%	67,4%

Bron: Pepping, T. (2009). *Gender associated specialty preferences in Dutch final year medical students*

6. Carrièrewensen van artsen

6.1 Algemeen

Naast de feminisering van het medisch beroep is er de trend onder zowel mannelijke als vrouwelijke artsen om minder uren te werken. Deze trend om als arts parttime te werken, staat in schril contrast tot de groeiende vraag naar dienstverlening door de gezondheidszorg en het tekort aan artsen.

Welke gezinsvriendelijke arrangementen zijn, gezien vanuit personeelsbeleid, het beste om de eisen van de arbeidsmarkt (externe druk) te combineren met de interne strategie van de gezondheidsinstelling?

Gezinsvriendelijke arrangementen gericht op gereduceerde arbeidsdeelname (parttime werken, parttime opleidingen, verlofregelingen, etc.) hebben een negatief effect op de arbeidsuren van vrouwelijke artsen.

Gezinsvriendelijke arrangementen gericht op volledige arbeidsdeelname (kinderopvang, flexibele werkuren, telewerken, etc.) hebben geen negatief effect op de arbeidsuren van vrouwelijke artsen. Het is beter om meer van deze arrangementen in te zetten om de negatieve effecten van feminisering aan te pakken. Bij arrangementen gericht op volledige arbeidsdeelname moet de organisatie wel flexibel zijn met betrekking tot de manier waarop arbeidsprocessen worden ingericht, maar de werknemers kunnen dan wel meer uren werken wat resulteert in een grotere (kosten)efficiëntie.

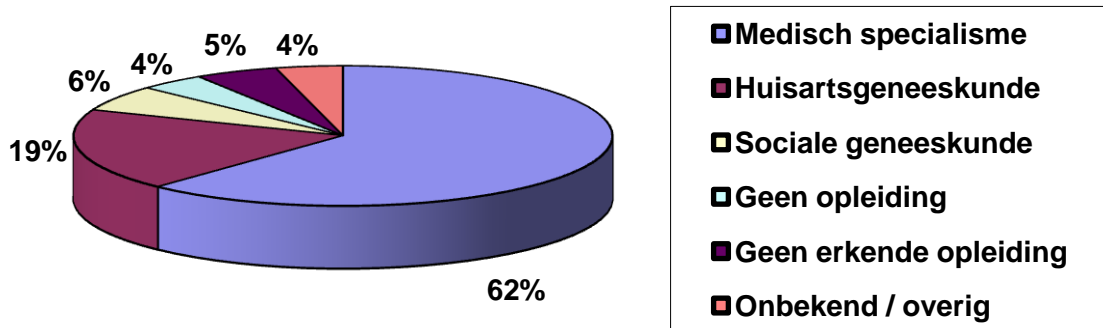
Vrouwelijke artsen die zich gesteund voelen in het bereiken van hun carrière doelen zijn gemotiveerder om hard te werken om die doelen te bereiken, wat leidt tot de bereidheid om meer uren te werken. Carrièreondersteuning versterkt de positieve effecten die arrangementen gericht op volledige arbeidsdeelname kunnen hebben op de arbeidsuren.

Ondervonden steun voor de balans tussen werk en privé bij vrouwelijke artsen tempert het positieve effect van arrangementen gericht op volledige arbeidsdeelname. Waarschijnlijk komt dit omdat hiermee onbedoeld hun zorgzame rol wordt versterkt, waardoor zij liever parttime gaan werken.

Bron: Pas, B., et al (2011), "Feminisation of the medical profession: a strategic HRM dilemma? The effects of family-friendly HR practices on female doctors' contracted working hours." *Human Resource Management Journal*. First published online: 6 January 2011
URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-8583.2010.00161.x/full>

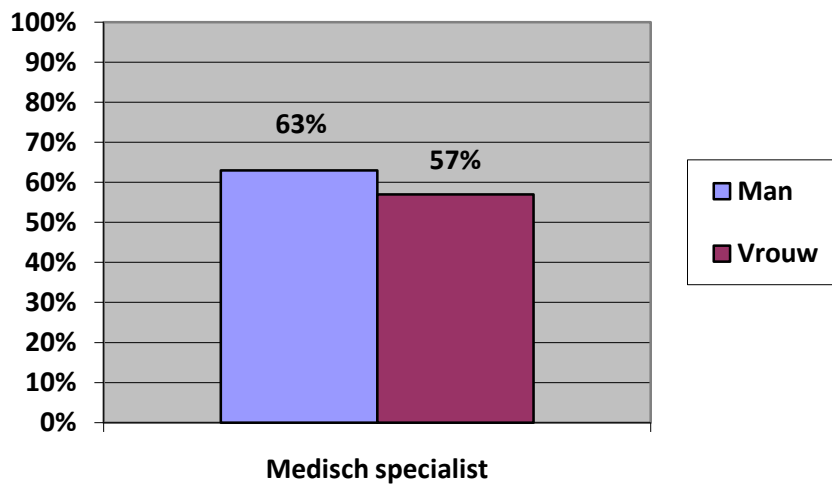
6.2 Basisartsen

Grafiek 6.2.1: Wensen basisartsen met betrekking tot de medische vervolopleiding



Bron: Lugtenberg, M. et al. (2005). *Artsen en hun carrièrewensen* (NIVEL)

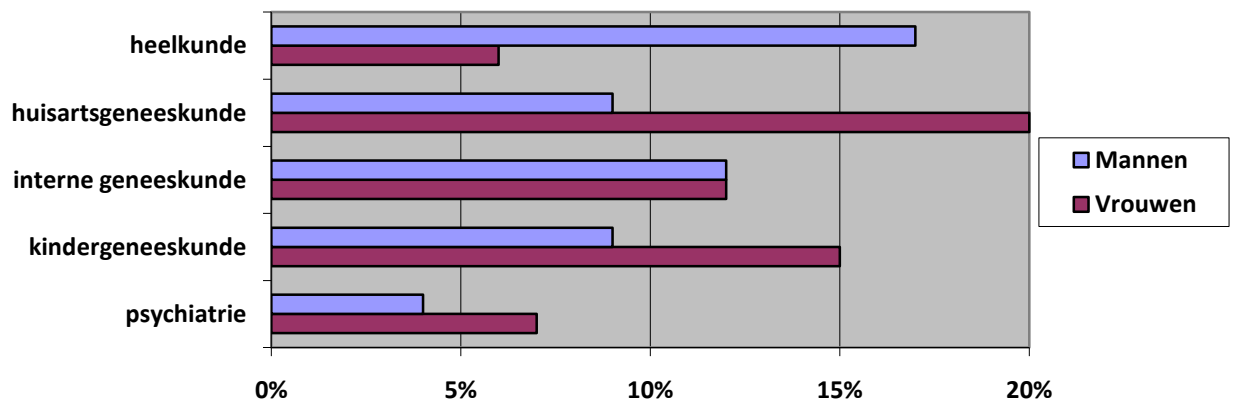
Grafiek 6.2.2: Percentage mannelijke en vrouwelijke basisartsen dat kiest voor een opleiding tot medisch specialist (op basis van studies tussen 2000 en 2005)



Bron: Lugtenberg, M. et al. (2005). *Artsen en hun carrièrewensen* (NIVEL), pp. 17-18

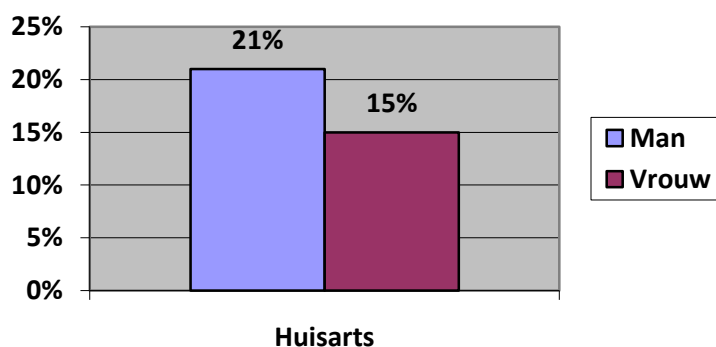
Grafiek 6.2.3: Voorkeur voor een specialisme van 760 basisartsen (%) die in de periode 1 juli 1999-30 juni 2002 zijn afgestudeerd aan de Vrije Universiteit te Amsterdam of de Universiteit Utrecht. De onderzochte populatie werd schriftelijk ondervraagd maximaal 3 jaar en 4 maanden en minimaal 4 maanden na het afstuderen.

De vrouwelijke basisartsen geven de voorkeur aan huisartsgeneeskunde (20%) en kindergeneeskunde (15%). De mannelijke basisartsen geven de voorkeur aan heilkunde (17%) en interne geneeskunde (12%).



Bron: Soethout, M.B.M. (2007), *Career preference of medical students and career choice of recent graduates*. (proefschrift VU), p. 56

Grafiek 6.2.4: Keuze van mannelijke en vrouwelijke basisartsen voor de specialisatie huisartsgeneeskunde (op basis van studies tussen 2000 en 2005)



Bron: Lugtenberg, M. et al. (2005). *Artsen en hun carrièrewensen* (NIVEL), pp. 17-18

Basisartsen die de voorkeur geven aan een **medisch specialisme** hechten in vergelijking tot de gemiddelde basisarts:

Bij psychiatrie:

- meer waarde aan: normale werktijden in de opleiding (mannen), opleiding in deeltijd kunnen volgen, werken in dienstverband en vaste werktijden in het beroep (vrouwen)
- minder waarde aan: het beter maken van mensen (mannen).

Bij een snijdend specialisme

- meer waarde aan: het beter maken van mensen, meer mogelijkheden voor wetenschappelijk werk, publiceren (mannen), onderzoek (vrouwen)
- minder waarde aan: beschikbaar zijn van voldoende opleidingsplaatsen, realisatiemogelijkheden van deeltijdwerken en kinderopvang in opleiding en werk (maar vinden dit wel belangrijk).

Bij een beschouwend specialisme

- meer waarde aan: een eenduidige groep patiënten (mannen)
- minder waarde aan: de realisatiekans van normale werktijden en een deeltijdopleiding (maar vinden dit wel belangrijk)

Bij een ondersteunend specialisme:

- meer waarde aan: het leveren van kwaliteit, goede privé-omstandigheden (mannen), de inhoudelijke kant van het beroep (vrouwen).
- minder waarde aan het menselijk contact.

Basisartsen die de voorkeur geven aan **huisartsgeneeskunde** hechten in vergelijking tot de gemiddelde basisarts:

- meer waarde aan werken in deeltijd (vrouwen), een beroep met een generalistisch karakter, zelfstandig ondernemer zijn
- minder waarde aan: werken in teamverband, doorgroeien binnen de functie (vrouwen), wetenschappelijk onderzoek/promoveren/publiceren (mannen)

Basisartsen die de voorkeur geven aan **sociale geneeskunde** hechten in vergelijking tot de gemiddelde basisarts:

Bij Maatschappij en Gezondheid:

- meer waarde aan: normale werktijden (vrouwen), werken in deeltijd (vrouwen), zowel tijdens opleiding als in beroep.

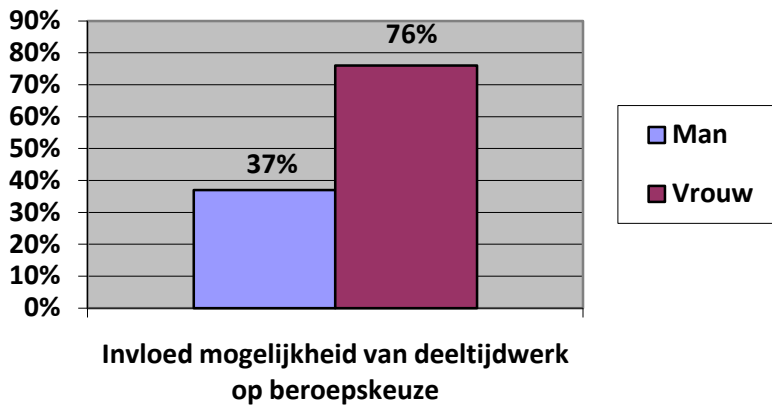
Bij Arbeid en Gezondheid:

- meer waarde aan: gunstige werktijden en werkomstandigheden (mannen), opleidingsgerelateerde factoren zoals voldoende opleidingsplaatsen en gunstige dienstroosters tijdens de opleiding (vrouwen).

Bron: Lugtenberg, M. et al. (2005). *Artsen en hun carrièrewensen* (NIVEL), p. 20

6.3 Huisartsen

Grafiek 6.3.1: huisartsen in opleiding – mogelijkheid van deeltijdwerk is zeer belangrijk voor de beroepskeuze van vrouwelijke huisartsen in opleiding



Bron: Soethout, M.B.M., Wal, G. van der, Cate, Th.J. ten (2007). "Carrièrewensen en beroepskeuze van recent afgestudeerde artsen." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151(38): 2118-23

Terwijl in de late jaren 80 van de vorige eeuw vooral vrouwen parttime werkten, is parttime werken meer gebruikelijk geworden, zowel onder mannen als vrouwen. In de periode 1997 – 2007 steeg het aandeel parttime werkende vrouwelijke huisartsen van 74% naar 87%. Echter, ook het aandeel parttime werkende mannelijke huisartsen verdubbelde in die periode: van 19% naar 41%.

Bron: Berg, M.J. van den (2010), Workload in general practice. (Proefschrift Tilburg), p. 53

Tabel 6.3.1: veel genoemde gunstige factoren in de eigen loopbaan van vrouwelijke huisartsen op sub-topposities

Factor (n)
Een goed geregelde thuissituatie en sociale steun (n=9, 8v/1m)
Een netwerk (n=8, 5v/3m)
Plezier hebben in het vak (n=8, 5v/3m)
Bepaalde kwaliteiten bezitten (n=6, 3v/3m)
Motivatie (n=5, 4v/1m)
(Bestuurlijke) ervaring hebben (n=5, 2v/3m)
Ambitie (n=5, 3v/2m)

Bron: Jong, G. de, Lagro-Janssen, A. (2004). *Barsten in het glazen plafond. Een studie naar gender en leiderschap binnen de huisartsgeneeskunde in Nederland*. Nederlands Huisartsen Genootschap

Uit het onderzoek van Vanweehaeghe (zie tabel 6.2.2) blijkt dat er een significant verschil is tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen voor wat betreft beroepslijfde, professionele bevrediging en verantwoordelijkheid tegenover patiënten. Vrouwelijke huisartsen hechten hier beduidend meer belang aan dan hun mannelijke collega's. Voor de mannelijke huisartsen is het financiële aspect het belangrijkste.

Tabel 6.3.2: Motivatie van de praktijkvoerende huisartsen naar geslacht (aan de hand van Mann-Whitney U test).

Motivatie		TOTAAL PH			
		man	vrouw	effect size	p-waarde
Financiële redenen	mean	n = 116	n = 199	-0,046	0,413
	rank	163,36	154,87		
Beroepslijfde, professionele bevrediging	mean	n = 116	n = 203	-0,171	0,002
	rank	141,62	170,50		
Verantwoordelijkheid tegenover patiënten	mean	n = 115	n = 196	-0,121	0,033
	rank	142,23	164,08		
Bezigheid	mean	n = 109	n = 186	-0,063	0,280
	rank	154,83	144,00		
Geen andere beroepsper- spectives, mogelijkheden	mean	n = 108	n = 181	-0,047	0,423
	rank	150,00	142,01		
Angst om officiële erkenning als huisarts te verliezen	mean	n = 106	n = 181	-0,023	0,701
	rank	146,37	142,61		
Verdere uitbouw, groei van de praktijk	mean	n = 111	n = 180	-0,022	0,704
	rank	143,64	147,45		

Bron: Vanweehaeghe, S. (2009). *Genderstudie huisartsenberoep*, deel 2, p. 38

Solopraktijk en groepspraktijk

In de jaren 80 en vroege jaren 90 gaven tussen de 10 en 20 procent van de mannen de voorkeur aan een solopraktijk, maar dat is in de late jaren 90 langzaam gedaald tot 3-15%. In de jaren 80 gaf slechts 1-8% van de vrouwen de voorkeur aan een solopraktijk, maar dat is in 2001 tot bijna 0% gedaald.

Het percentage huisartsen dat in een groepspraktijk werkt is gestegen van 28% in 1980 tot 73% in 2005 (66% van alle mannelijke huisartsen, 93% van alle vrouwelijke huisartsen).

Bron: Maiorova, T. (2009). *The role of gender in medical specialty choice and general practice preferences*. Proefschrift. Maastricht : Universitaire Pers Maastricht, pp. 30-31 en 62

Van de groep van 442 huisartsen die op zoek is naar een eigen praktijk heeft het grootste deel een voorkeur voor een groepspraktijk: mannen (53%) en vrouwen (56%). Relatief meer mannen dan vrouwen hebben een voorkeur voor een solopraktijk (respectievelijk 4% en 1%) (tabel 6.3.3).

Tabel 6.3.3: Gewenste praktijkvorm van huisartsen die op zoek zijn naar een eigen praktijk, op 1 januari 2010*

	Man		Vrouw		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
Solopraktijk	6	4,3	3	1,0	9	2,0
Duopraktijk	52	36,9	123	40,9	175	39,6
Groepspraktijk	75	53,2	167	55,5	242	54,8
Geen voorkeur	8	5,7	8	2,7	16	3,6
Totaal	141	100,0	301	100,0	442	100,0

* betreft alleen de praktijkzoekende huisartsen die gerepsondeerd hebben

Bron: NIVEL, Cijfers uit de registratie van huisartsen : peiling 2010, p. 29

Praktijkgrootte

In de periode 1982-2000 gaf 16% van de afgestudeerde vrouwelijke huisartsen de voorkeur aan een praktijk met minder dan 1500 patiënten, terwijl dat bij de mannen slechts 2% bedroeg. Vergeleken met vrouwelijke huisartsen geven mannelijke huisartsen vaker de voorkeur aan een praktijk met minstens 2500 patiënten (respectievelijk gemiddeld 31% versus 9%). Ook binnen de gemiddelde praktijkgrootte geven de mannen de voorkeur aan een wat grotere praktijk dan vrouwen (2000 tot 2499 patiënten versus 1500 tot 1999 patiënten).

Bron: Maiorova, T. (2009). *The role of gender in medical specialty choice and general practice preferences*. Proefschrift. Maastricht : Universitaire Pers Maastricht, pp. 30-31 en 62

Bovenstaande wordt bevestigd door het NIVEL. Er zijn grote verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft praktijkomvang. De gemiddelde gewenste praktijkomvang van mannen bedraagt 2.314 en van vrouwen 1.935 (tabel 6.3.4).

Tabel 6.3.4: Gewenste praktijkomvang van huisartsen die op zoek zijn naar een eigen praktijk, op 1 januari 2010*

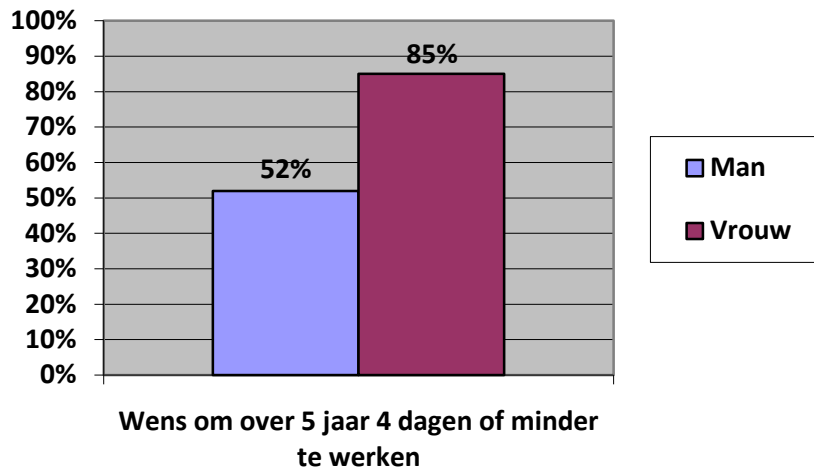
	Man		Vrouw		Totaal	
	abs	%	abs	%	abs	%
< 1.750	5	3,5	89	29,6	94	21,3
1.750-1.999	7	5,0	38	12,6	45	10,2
2.000-2.249	32	22,7	69	22,9	101	22,9
2.250-2.499	25	17,7	27	9,0	52	11,8
2.500 of meer	52	36,9	45	15,0	97	21,9
Geen voorkeur	20	14,2	33	11,0	53	12,0
Totaal	141	100,0	301	100,0	442	100,0

* betreft alleen de praktijkzoekende huisartsen die gerepsondeerd hebben

Bron: NIVEL, Cijfers uit de registratie van huisartsen : peiling 2010, pp. 30-31

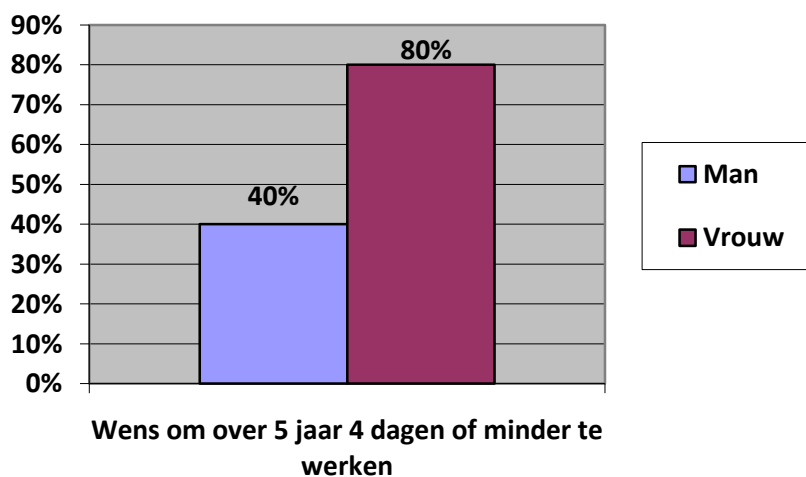
6.4 Medisch specialisten

Grafiek 6.4.1: medisch specialisten in opleiding – bijna 70% van de respondenten in opleiding had de wens om over 5 jaar 4 dagen of minder te werken.



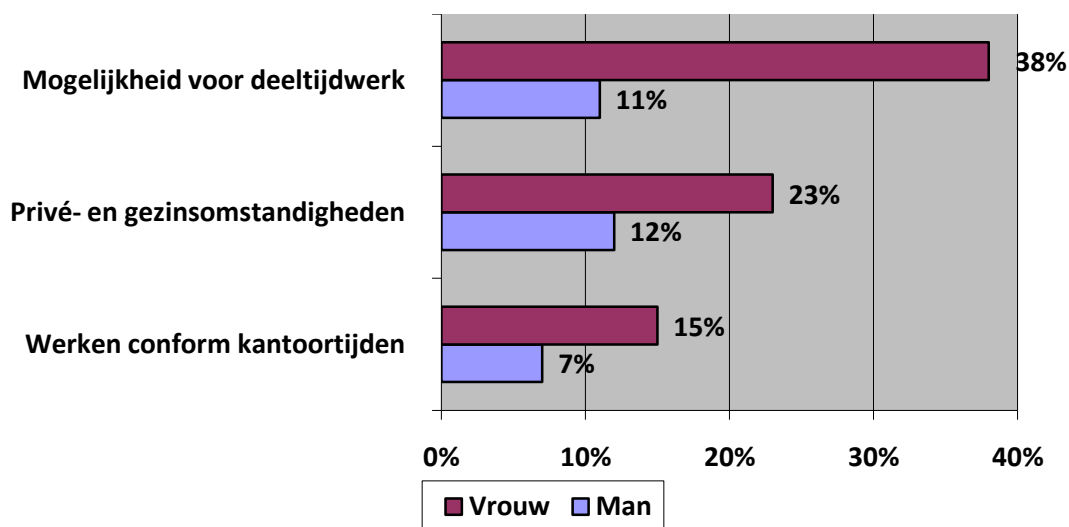
Bron: Soethout, M.B.M., Wal, G. van der, Cate, Th.J. ten (2007). "Carrièrewensen en beroepskeuze van recent afgestudeerde artsen." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151(38): 2118-23

Grafiek 6.4.2: medisch specialisten **niet** in opleiding – 70% van de respondenten had de wens om over 5 jaar 4 dagen of minder te werken



Bron: Soethout, M.B.M., Wal, G. van der, Cate, Th.J. ten (2007). "Carrièrewensen en beroepskeuze van recent afgestudeerde artsen." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151(38): 2118-23

Grafiek 6.4.3: medisch specialisten in opleiding - factoren die de beroepskeuze bepalen



Bron: Soethout, M.B.M., Wal, G. van der, Cate, Th.J. ten (2007). "Carrièrewensen en beroepskeuze van recent afgestudeerde artsen." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151(38): 2118-23

Vrijgevestigde specialisten maken gemiddeld meer uren dan specialisten in loondienst. In de algemene ziekenhuizen werkt meer dan de helft 50 uur per week of meer. Bij specialisten in loondienst is dit 29%. Uitzondering vormen de specialisten van de Universitaire Medische Centra (UMC). Bijna 60% van hen werkt meer dan 50 uur in de week.

De gemiddelde werkweek van specialisten ligt in meer dan de helft van de gevallen ruim boven de 50 uur per week.

Alle specialisten gaven aan dat ze liever korter willen werken. "Artsen die vijftig uur of meer werken geven de voorkeur aan een werkweek van 45 tot maximaal 47 uur. Artsen die gemiddeld 45 uur werken willen drie tot vijf uur per week minder werken."

Bron: Medisch specialisten willen korter werken. Mednet (8 feb 2010)

Carrière motivatie van vrouwelijke specialisten hoog

In tabel 6.4.1 valt op dat wat betreft ambitie (het willen behalen van een topfunctie, hoger salaris, etc.) zowel mannelijke als vrouwelijke specialisten in het UMC St Radboud erg hoog scoren, met een gemiddelde van 4.3 (op een schaal van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor “geheel mee oneens”). Vergeleken met andere, ook medische beroepsgroepen (zoals huisartsen) kan deze score als zeer hoog worden geïnterpreteerd.

Geen van de getoonde gemiddelden tussen mannen en vrouwen verschillen significant van elkaar. Een gemiddelde score van 3.2 indiceert een neutrale houding ten aanzien van de carrière en andere aspecten in het leven. De carrière staat niet centraal in het leven, maar is ook niet onbelangrijk. Zowel mannelijke als vrouwelijke specialisten hebben een neutraal inzicht in hun carrière. Dit betekent dat ze misschien wel een enkele strategie voor zichzelf hebben geformuleerd, maar ook niet uitgesproken planmatig met het beloop van hun carrière bezig zijn. Dit kan te maken hebben met het karakter van de medische loopbaan in het algemeen: om in bepaalde functies te komen behoort men een bepaald, algemeen bekend (tenure) traject af te leggen, wat relatief weinig strategisch carrière inzicht vraagt van de betrokkene.

Tabel 6.4.1: gemiddelde scores op carrière motivatie voor mannelijke en vrouwelijke specialisten in het UMC St Radboud. Gehanteerde verdeling: 5-puntsschaal, waarbij 1 staat voor “geheel mee oneens”

	<i>Ambitie</i>	<i>Carrière identiteit</i>	<i>Carrière inzicht</i>
<i>Mannen</i>	4.3	3.2	3.2
<i>Vrouwen</i>	4.2	3.2	3.3
<i>Totaal</i>	4.3	3.2	3.3

Wel gelijke prestaties; geen gelijke beloning

Vrouwen presteren even goed als mannen, wat het aantal publicaties betreft, maar komen toch minder vaak in topfuncties.

Er is een groot verschil in salariering tussen mannelijk en vrouwelijke medisch specialisten boven de 40 jaar, ondanks het gelijke aantal werkervaringsjaren. Hier zou meer onderzoek naar moeten worden gedaan.

Bron: Pas, B.R. (2009). *Vrouwen en carrière in het UMC st Radboud: een non-issue of een nulmeting? Rapportage onderzoek Arts en Carrière in het UMC St Radboud*

De paradox van de ideale werknemer in de familievriendelijke werkomgeving

Tabel 6.4.2: scores wat betreft opvattingen over de werkprivé cultuur, waarbij alle gevonden verschillen in gemiddelde scores van mannen en vrouwen significant waren.

	<i>Steun voor carrière</i>	<i>Steun voor werkprivé balans</i>	<i>Carrière barrières*</i>
<i>Mannen</i>	3.8	3.7	2.6
<i>Vrouwen</i>	3.6	3.5	2.4
Totaal	3.7	3.6	2.5

* Dit betreft een omgedraaide schaal; een score 1 betekent hier “helemaal mee eens”

Toelichting op bovenstaande tabel:

- de ervaren *steun voor carrière* (de mate waarin de respondent vindt dat hij/zij ondersteund wordt door collega's en leidinggevenden in zijn/haar carrière en carrière-doelen);
- de ervaren *steun voor werkprivé balans* (de mate waarin de respondent zich gesteund voelt in het verkrijgen of behouden van een balans tussen werk en privé);
- de ervaren *carrière barrières* (de mate waarin de respondent het gevoel heeft carrièreconsequenties te zullen ondervinden wanneer gebruik wordt gemaakt van arrangementen zoals parttime werken).

Vrouwelijke artsen voelen zich significant minder gesteund in hun carrière en carrière-doelen door leidinggevenden en collega's; voelen zich minder gesteund in het verkrijgen of behouden van een gezonde werkprivé balans en zijn er meer van overtuigd dat hun carrière negatieve consequenties zal ondervinden wanneer zij gebruik maken van werkprivé arrangementen (bijv. parttime werken of flexibele arbeidsuren aanvragen) dan hun mannelijke collega's.

Voor de ervaren steun ten aanzien van de carrière en de werkprivé balans kunnen we stellen dat mannelijke en vrouwelijke artsen zich wel gesteund voelen (het gemiddelde ligt boven de 3 op een 5-puntsschaal).

Wat betreft de ervaren carrière barrières is duidelijk te zien dat zowel mannen als vrouwen de cultuur als een barrière ervaren wanneer men gebruik zou willen maken van werkprivé arrangementen zoals parttime werken [of wanneer men niet bereid is structureel over te werken].

Bron: Pas, B.R. (2009). *Vrouwen en carrière in het UMC St Radboud: een non-issue of een nulmeting? Rapportage onderzoek Arts en Carrière in het UMC St Radboud*

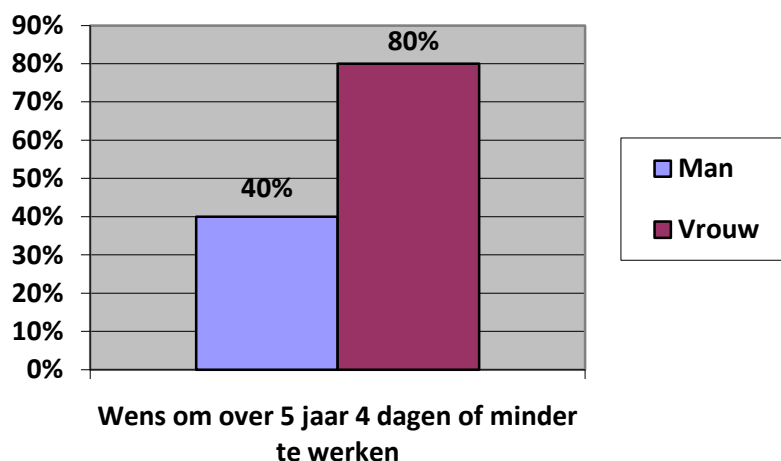
6.5 Sociaal geneeskundigen

Zowel de beroepsverenigingen (KAMG, NVAB en NVVG) als de onderzoeksinstituten (NIVEL en Capaciteitsorgaan) hebben geen inzicht in de carrièrewensen van sociaal geneeskundigen.

Het weinige materiaal dat we hebben kunnen achterhalen geeft ook aan dat er weinig bekend is over de wensen van aios sociale geneeskunde. Onderzoek van Wiegiers & Hingstman uit 1999 toonde aan dat 70% van de vrouwelijke sociaal-geneeskundigen in opleiding in deeltijd werkte. “Hoewel gegevens over de wensen van sociaal-geneeskundigen in opleiding niet bekend zijn, kwam bij de bespreking van de beïnvloedende factoren reeds naar voren dat men deze hoofdstroom vaak kiest omdat de deeltijdmogelijkheden, zowel tijdens opleiding als werk, hier groter zijn. Uit het onderzoek van Wiegiers & Hingstman (1999) blijkt bovendien dat de mogelijkheid om in dienstverband te werken en de mogelijkheid om in deeltijd te werken voor sociaal-geneeskundigen in opleiding mee hebben gespeeld bij het kiezen voor deze richting. Aangenomen kan dus worden dat er bij deze groep tenminste een zekere belangstelling bestaat voor een verband in loondienst en een deeltijdbaan.”

Bron: Lugtenberg, M. et al. (2005). *Artsen en hun carrièrewensen* (NIVEL), p. 24

Grafiek 6.5.1: sociaal geneeskundigen **niet** in opleiding – 70% van de respondenten had de wens om over 5 jaar 4 dagen of minder te werken



Bron: Soethout, M.B.M., Wal, G. van der, Cate, Th.J. ten (2007). “Carrièrewensen en beroepskeuze van recent afgestudeerde artsen.” *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151(38): 2118-23

6.6 Specialisten ouderengeneeskunde

De beroepsvereniging NVVA, de opleiding Specialisten ouderengeneeskunde van de Vrije Universiteit (Amsterdam), NIVEL en Prismant hadden geen inzicht in de carrièrewensen van de specialisten ouderengeneeskunde.

Aandeel in besturen

7. Hoogleraar m/v

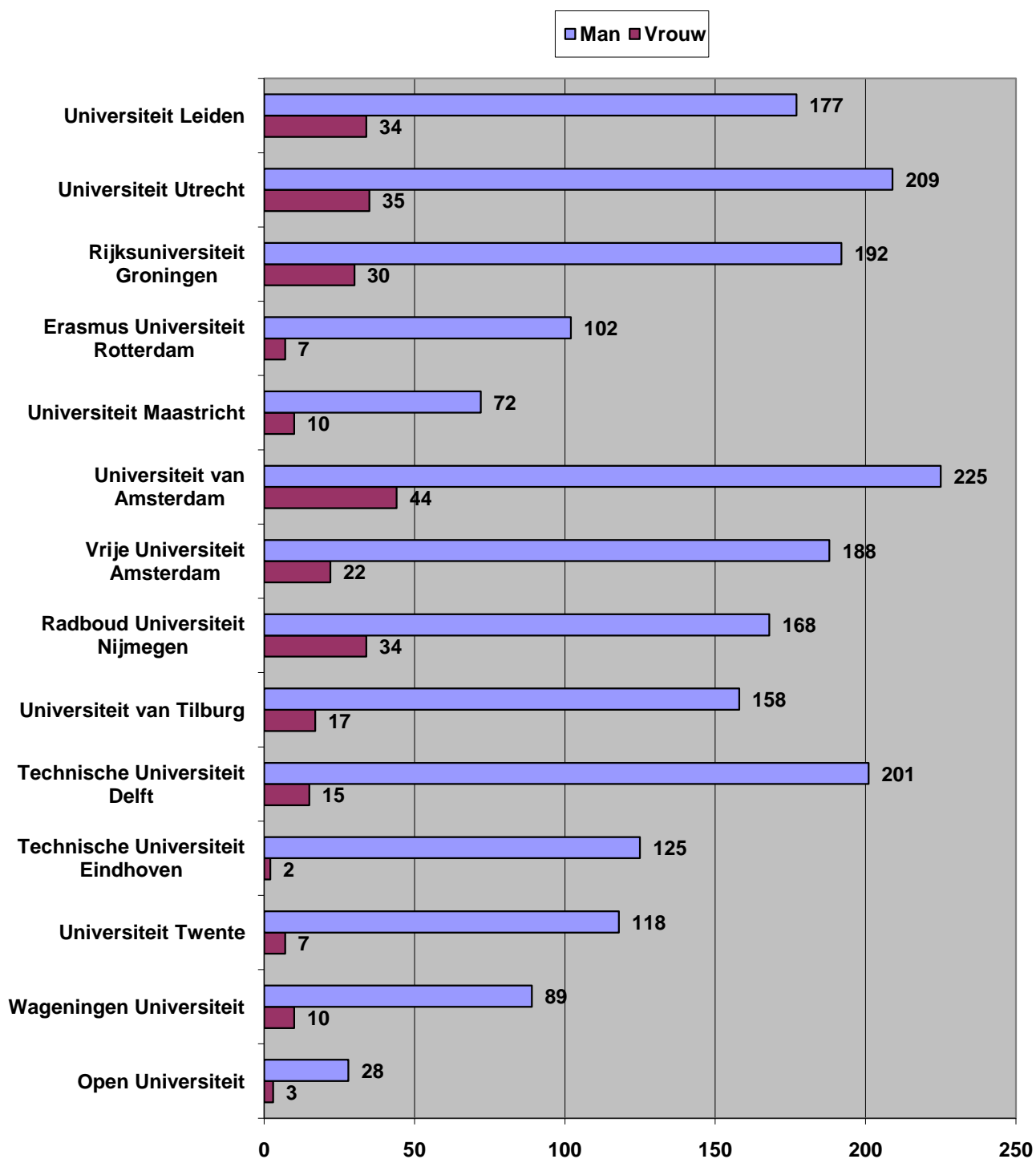
In dit hoofdstuk wordt een algemeen overzicht gegeven van het aantal vrouwelijke hoogleraren, UHDs, UDs en promovendi. Tevens wordt er aandacht besteed aan het glazen plafond en inzicht gegeven in de benoemingsprocedures van hoogleraren in de verschillende disciplines.

In grafiek 7.1 en tabel 7.1 zien we dat de Radboud Universiteit, de Universiteit van Amsterdam en de Universiteit van Leiden het hoogste percentage vrouwelijke hoogleraren hebben.

De technische universiteiten hebben minder vrouwelijke hoogleraren. Toch is het opvallend dat de Technische Universiteit Delft een veel hoger percentage vrouwelijke hoogleraren heeft dan de Technische Universiteit Eindhoven.

In grafiek 7.2 zien we dat Nederland het slecht doet in Europees verband voor wat betreft het percentage vrouwelijke hoogleraren. Nederland zit bij de laatste zes en behoort daarmee tot de hekkensluiters van de 27 EU-landen. Alleen België, Ierland, Cyprus, Luxemburg en Malta doen het nog slechter.

Grafiek 7.1: Aantal vrouwelijke hoogleraren per universiteit. Ultimo 2008



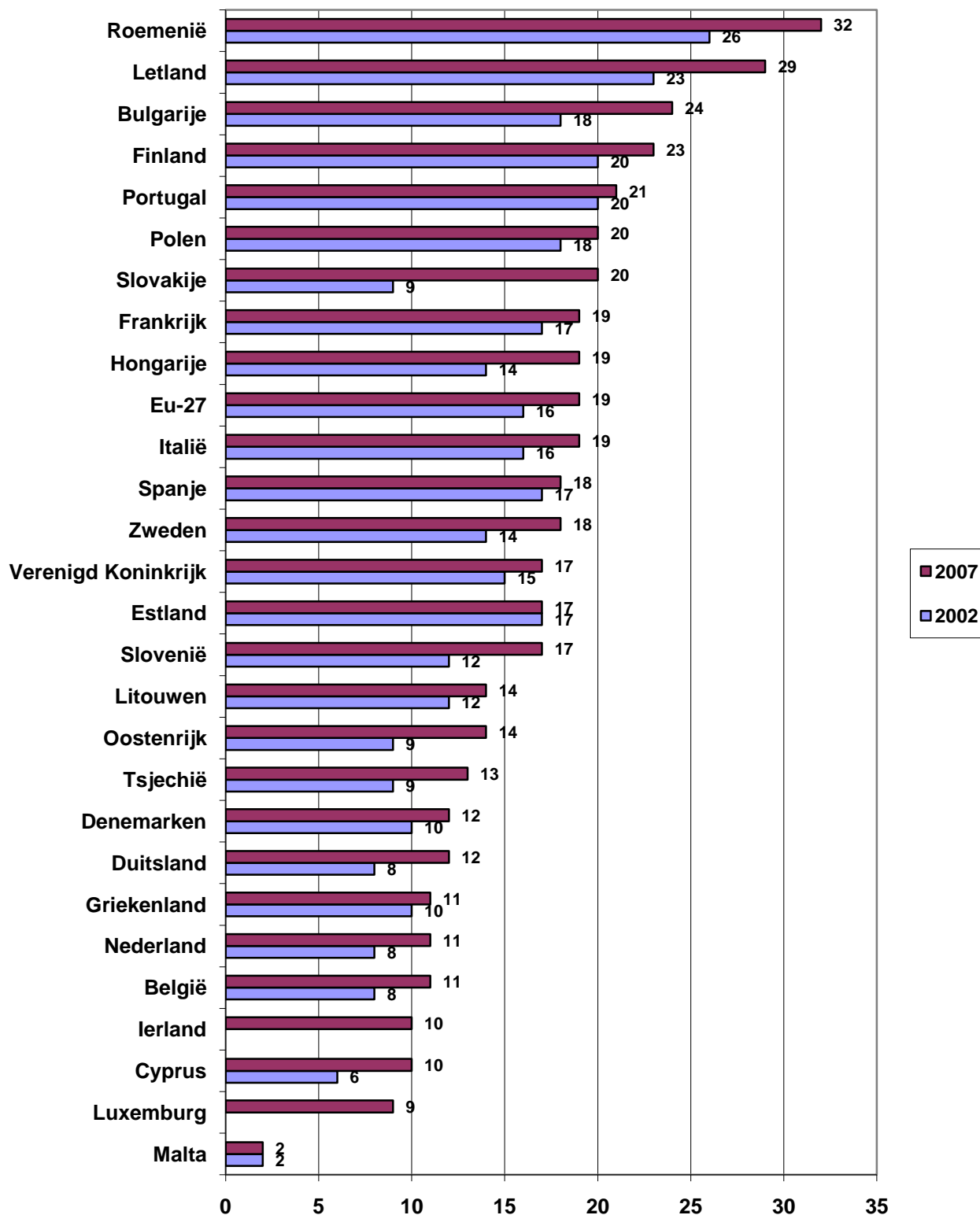
Bron: Gerritsen, M., et al. (2009). *Monitor vrouwelijke hoogleraren 2009*. Stichting de Beauvoir [et al.]

Tabel 7.1: percentage vrouwelijke hoogleraren in 2003 en 2008. Gerangschikt op vrouwvriendelijke universiteiten.

	2003	2008
Radboud Universiteit Nijmegen	12,8%	16,7%
Universiteit van Amsterdam	13,5%	16,5%
Universiteit Leiden	14,2%	16,3%
Universteit Utrecht	9,0%	14,3%
Rijksuniversiteit Groningen	8,9%	13,4%
Universiteit Maastricht	5,2%	12,2%
Open Universiteit	11,2%	11,0%
Vrije Universiteit Amsterdam	6,8%	10,5%
Wageningen Universiteit	9,5%	9,9%
Universiteit van Tilburg	8,0%	9,9%
Technische Universiteit Delft	3,1%	7,0%
Erasmus Universiteit Rotterdam	6,1%	6,6%
Universiteit Twente	3,9%	5,8%
Technische Universiteit Eindhoven	1,5%	1,6%
Totaal	8,6%	11,7%

Bron: Gerritsen, M., et al. (2009). *Monitor vrouwelijke hoogleraren 2009*. Stichting de Beauvoir [et al.]

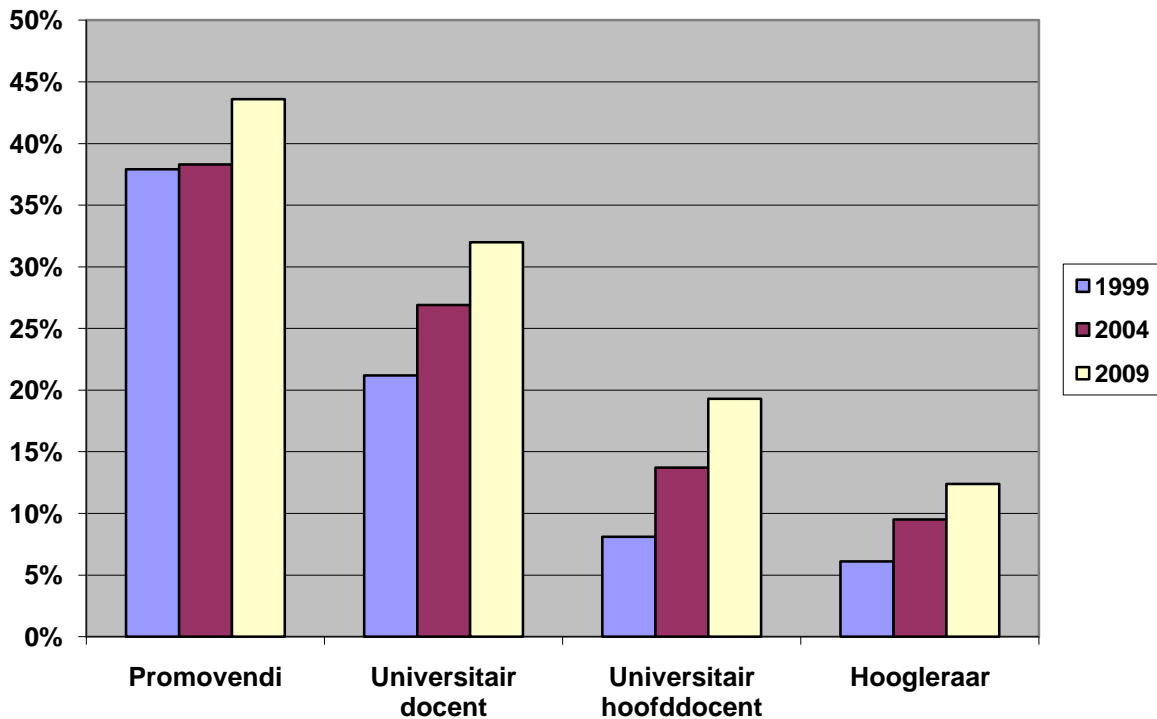
Grafiek 7.2: percentage vrouwelijke hoogleraren (Grade A academic positions) in de 27 EU-landen in 2002 en 2007.



Bron: *She Figures 2009*, EC, DG Research, WiS database, 2009

Binnen het totale wetenschappelijk personeel en binnen alle functies behorend tot het wetenschappelijk personeel is het percentage vrouwen van 1999 tot 2009 toegenomen. Naarmate de functie op de wetenschapsladder hoger wordt, neemt het percentage vrouwen af (zie grafiek 7.3).

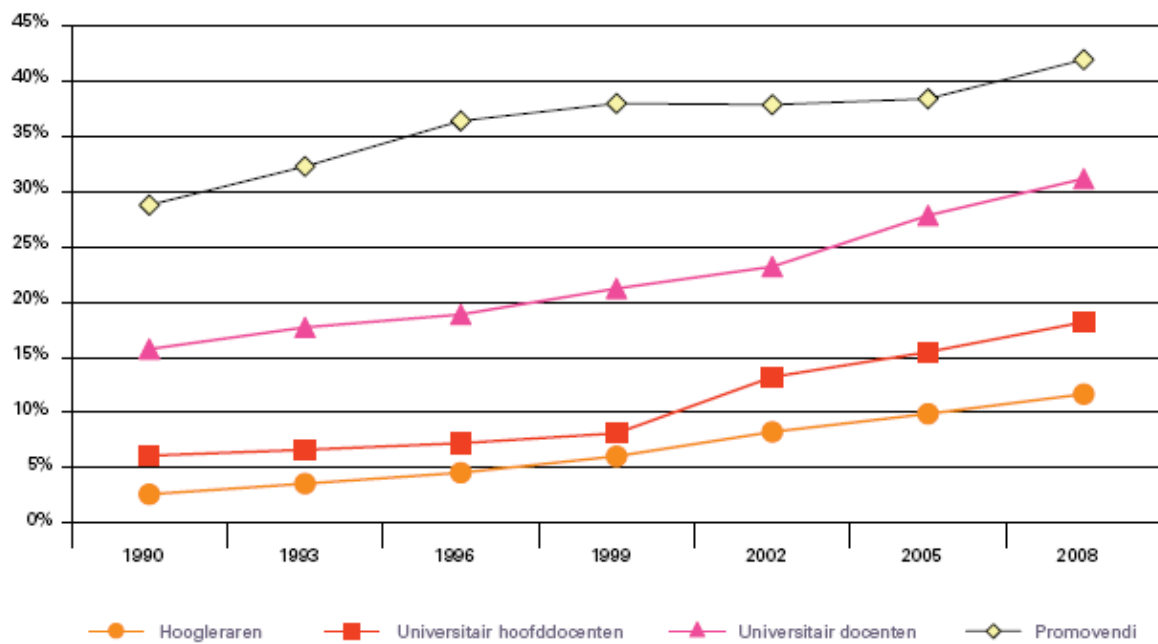
Grafiek 7.3: Percentage vrouwen op wetenschappelijke posities, verdeeld naar functie.



Bron: VSNU, WOPI, peildatum 31 december
Exclusief studentassistenten en het HOOP-gebied Gezondheid

Hoewel het percentage vrouwen in verschillende wetenschappelijke functies nog laag is, valt er toch een positieve trend waar te nemen. Bij de universitair docenten zien we een stijging van 15% in 1990 naar ruim 30% in 2008 (zie grafiek 7.4).

Grafiek 7.4: ontwikkeling van het percentage vrouwen naar functiecategorie tussen 1990 en 2008



Bron: Gerritsen, M., et al. (2009). *Monitor vrouwelijke hoogleraren 2009*. Stichting de Beauvoir [et al.]

De tabellen 7.2 – 7.5 gaan over de Glazen Plafond Index (GPI). De Glazen Plafond Index meet de dikte van het glazen plafond tussen verschillende functiecategorieën. Een GPI groter dan 1,0 duidt op problemen in de doorstroming: dat is het glazen plafond. Hoe groter de GPI, des te moeilijker is de doorstroming naar de volgende functie.

Tabel 7.2: ontwikkeling Glazen Plafond Index. **Vrouwen.** Ultimo 2003, 2005 en 2008

	Universitair hoofddocent/ hoogleraar	Universitair docent / universitair hoofddocent	Promovendus / universitair docent
2003	1,6	1,8	1,6
2005	1,6	1,8	1,4
2008	1,6	1,7	1,3

Vrouwen ondervinden overal belemmeringen, maar het glazen plafond is het dikst tussen universitair docent en universitair hoofddocent. Hoewel de GPI tussen universitair hoofddocent en hoogleraar wat lager ligt (1,6), is de doorstroming van universitair hoofddocent naar hoogleraar nog steeds lastig voor vrouwen.

Bron: Gerritsen, M., et al. (2009). *Monitor vrouwelijke hoogleraren 2009*. Stichting de Beauvoir [et al.]

Tabel 7.3: ontwikkeling Glazen Plafond Index. **Mannen.** Ultimo 2003, 2005 en 2008.

	Universitair hoofddocent/ hoogleraar	Universitair docent / universitair hoofddocent	Promovendus / universitair docent
2003	0,9	0,9	0,8
2005	0,9	0,9	0,9
2008	0,9	0,8	0,8

De GPI voor mannen ligt voor de periode 2003 - 2008 onder de 1,0. Dit geldt voor alle functieovergangen.

Bron: Gerritsen, M., et al. (2009). *Monitor vrouwelijke hoogleraren 2009*. Stichting de Beauvoir [et al.]

De GPI geeft per wetenschapsgebied aan op welke stap in de carrière van vrouwen het beleid zich zou moeten aanpassen (zie tabel 7.4).

Tabel 7.4: Glazen Plafond Index vrouwen per wetenschapsgebied. Ultimo 2003 en 2008.

2003			
	Universitair hoofddocent / hoogleraar	Universitair docent / universitair hoofddocent	Promovendus / universitair docent
Landbouw	1,1	1,6	2,6
Natuur	1,5	2,0	2,2
Techniek	1,6	3,2	1,8
Economie	2,1	2,2	1,8
Recht	2,5	1,5	1,2
Gedrag & Maatschappij	1,5	1,6	1,9
Taal & Cultuur	1,7	1,1	1,9
Divers	1,0	2,3	1,2
Totaal	1,6	1,8	1,6

2008			
	Universitair hoofddocent / hoogleraar	Universitair docent / universitair hoofddocent	Promovendus / universitair docent
Landbouw	1,2	2,2	1,9
Natuur	1,5	1,7	1,9
Techniek	1,5	2,8	1,4
Economie	1,5	2,5	1,4
Recht	2,1	1,3	1,3
Gedrag & Maatschappij	1,5	1,6	1,5
Taal & Cultuur	1,7	1,1	1,6
Divers	1,9	1,6	1,3
Totaal	1,6	1,7	1,3

Bron: Gerritsen, M., et al. (2009). *Monitor vrouwelijke hoogleraren 2009*. Stichting de Beauvoir [et al.]

In tabel 7.5 zien we dat bij acht van de veertien universiteiten het glazen plafond het dikst is tussen universitair hoofddocent en hoogleraar. Bij de drie technische universiteiten en de Universiteit van Wageningen vormt de stap van universitair docent naar universitair hoofddocent een belangrijke hindernis voor vrouwen.

Tabel 7.5: Glazen Plafond Index naar universiteit. Ultimo 2008.

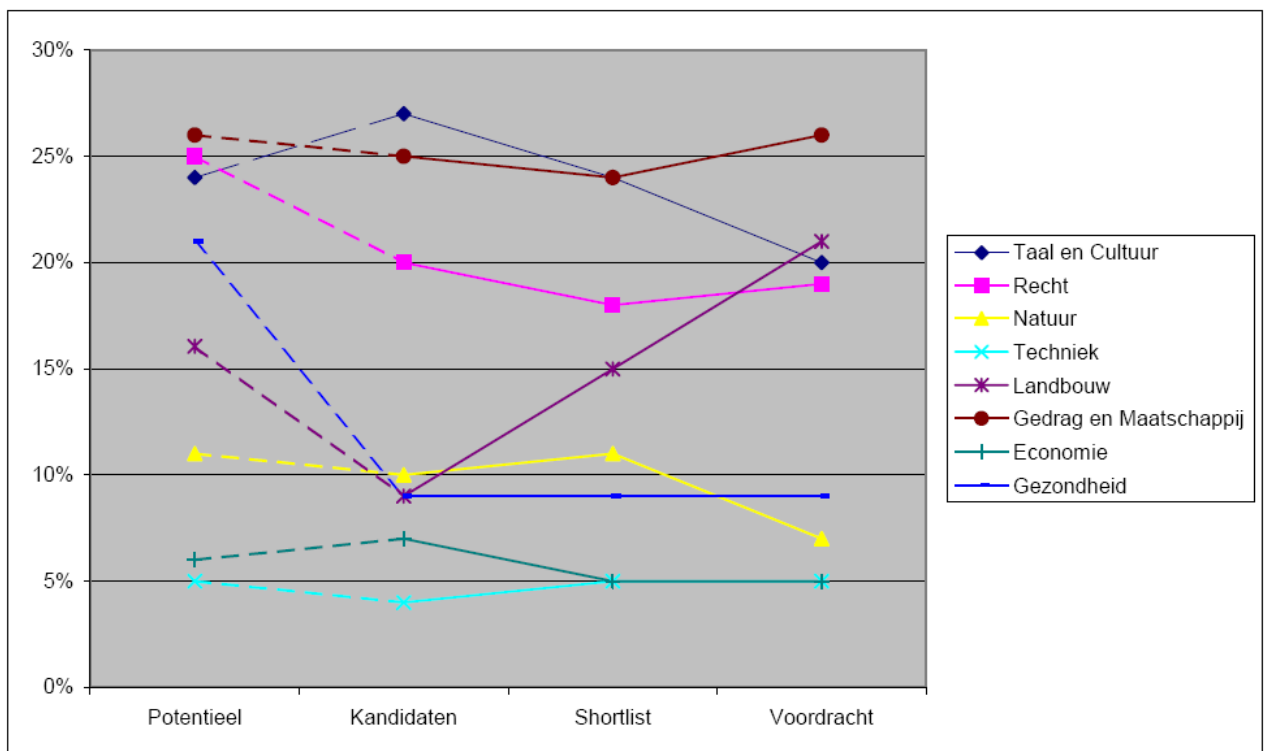
	Universitair hoofddocent / hoogleraar	Universitair docent / universitair hoofddocent	Promovendus / universitair docent
Universiteit Leiden	1,5	1,4	1,4
Universiteit Utrecht	1,8	1,4	1,4
Rijksuniversiteit Groningen	1,6	1,5	1,3
Erasmus Universiteit Rotterdam	2,7	1,7	1,3
Universiteit Maastricht	1,7	1,8	1,4
Universiteit van Amsterdam	1,2	1,7	1,3
Vrije Universiteit Amsterdam	2,1	1,6	1,4
Radboud Universiteit Nijmegen	1,3	1,4	1,8
Universiteit van Tilburg	1,8	1,7	1,7
Technische Universiteit Delft	1,1	2,5	1,4
Technische Universiteit Eindhoven	4,0	2,7	1,6
Universiteit Twente	1,8	2,8	1,0
Wageningen Universiteit	1,2	2,3	1,9
Open Universiteit	2,9	1,4	1,2
Totaal	1,6	1,7	1,3

Bron: Gerritsen, M., et al. (2009). *Monitor vrouwelijke hoogleraren 2009*. Stichting de Beauvoir [et al.]

Het laatste deel van dit hoofdstuk gaat over de benoemingsprocedures van hoogleraren in de verschillende disciplines. Met name de laatste toegang tot de wetenschappelijke top is een nog vrijwel onontgonnen terrein in de Nederlandse context.

Grafiek 7.5 "laat het verloop zien van het percentage vrouwen onder het potentieel tot het percentage vrouwen op de voordracht per wetenschappelijke discipline. Er zijn enkele verschillen tussen de disciplines: de lijn is redelijk vlak in Techniek, Economie, Gedrag & Maatschappij, zij het op verschillende niveaus. Uit deze gegevens blijkt geen onevenredige uitval van vrouwen gedurende het selectieproces. Het percentage vrouwen laat een daling zien in de disciplines Gezondheid, Taal & Cultuur, Recht en in mindere mate Natuur. De lijn voor het proces in de Landbouwdiscipline vertoont een opmerkelijke stijging: bij elke stap in het proces neemt het percentage vrouwen toe. Dit betekent dat het percentage succesvolle sollicitaties van mannen en vrouwen per discipline verschillend is, zoals ook onderstaande tabel 7.6 laat zien."

Grafiek 7.5: percentage vrouwen als potentieel, kandidaat (algemeen en op shortlist) en uiteindelijke voordracht voor het hoogleraarschap



Bron: Brink, M. van den, et al. (2006). *Gender & Excellence: een landelijk onderzoek naar benoemingsprocedures van hoogleraren*

Tabel 7.6: percentage succesvolle kandidaten M/V per discipline

	succesvolle kandidaten	succesvolle kandidaten
	M	V
	(%)	(%)
Taal & Cultuur	15	10
Recht	26	24
Natuur	26	16
Techniek	43	50
Landbouw	12	35
Gedrag & Maatschappij	21	22
Economie	32	21
Gezondheid	50	49

Bron: Brink, M. van den, et al. (2006). *Gender & Excellence: een landelijk onderzoek naar benoemingsprocedures van hoogleraren*

Tabel 7.7 geeft een overzicht van de verdeling tussen leerstoelen en mannen en vrouwen. Er is een significant sekseverschil: vrouwen bekleden in hogere mate een persoonsgebonden leerstoel en in mindere mate een strategische leerstoel.

Tabel 7.7: overzicht voorgedragen hoogleraren M/V naar type leerstoel 1999-2003

	Functioneel	Persoonsgebonden	Strategisch	
Man	548	78	124	750
	(87%)	(80%)	(92%)	(100%)
Vrouw	81	19	11	111
	(13%)	(20%)	(8%)	(100%)
Totaal	629	97	135	861
	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)

Bron: Brink, M. van den, et al. (2006). *Gender & Excellence: een landelijk onderzoek naar benoemingsprocedures van hoogleraren*

De eerste twee kolommen van tabel 7.8 laten het aantal kandidaten en voordrachten naar sekse zien. Uit de berekeningen blijkt dat meer mannen dan vrouwen hun sollicitatie succesvol afronden: 28 procent voor de mannen en 21 procent vrouwen. Vrouwen vallen meer uit in de disciplines Economie (-11%) en Natuur (-10%). Ook kunnen we zien dat vrouwen succesvol zijn in Landbouw en Techniek, wellicht is hier sprake van een inhaalslag.

Tabel 7.8: successcore kandidaten. % mannen en vrouwen als kandidaat

	Kandidaten		Voordracht		% succesvolle sollicitaties		Vershil M/V
	M	V%	M	V	M	V	%
Taal & Cultuur	421	155 (27%)	65	16 (20%)	15,4%	10,3%	-5,1%
Recht	267	67 (20%)	68	16 (19%)	25,5%	23,9%	-1,6%
Natuur	319	37(10%)	84	6 (7%)	26,3%	16,2%	-10,1%
Techniek	221	10 (4%)	96	5 (5%)	43,4%	50,0%	6,6%
Landbouw	215	20 (9%)	26	7 (21%)	12,1%	35,0%	22,9%
Gedrag en Maatschappij	260	85 (25%)	54	19 (26%)	20,8%	22,4%	1,6%
Economie	176	14 (7%)	57	3 (5%)	32,4%	21,4%	-11,0%
Gezondheid	355	35 (9%)	176	17 (9%)	49,6%	48,6%	-1,0%
	2234	423 (16%)	626	89 (12%)	28%	21%	-0,7%

Bron: Brink, M. van den, et al. (2006). *Gender & Excellence: een landelijk onderzoek naar benoemingsprocedures van hoogleraren*

Vrouwen hebben een grote kans hebben om op de shortlist te komen, “omdat sommige commissieleden welwillend staan tegenover gekwalificeerde vrouwelijke kandidaten. Het percentage vrouwen dat na het gesprek ook daadwerkelijke wordt voorgedragen is significant kleiner dan het percentage mannen. Dit laat tabel 7.9 zien. Bijna 60 procent van de mannelijk kandidaten op de shortlist wordt voorgedragen in tegenstelling tot 50 procent van de vrouwen. Dit verschil is significant. De vrouwen hebben meer succes in de disciplines Landbouw, Gedrag & Maatschappij en Recht.” Bij Natuur en Taal & Cultuur hebben de vrouwen beduidend minder kans om te worden voorgedragen.

Tabel 7.9: successcore kandidaten. % kandidaten op shortlist

	Kandidaten op shortlist		Voordracht		% succesvolle sollicitaties		Vershil M/V
	M	V (%)	M	V	M	V	%
Taal & Cultuur	142	46 (24%)	65	16	45,8%	34,8%	-11,0%
Recht	139	30 (18%)	68	16	48,9%	53,3%	4,4%
Natuur	138	17 (11%)	84	6	60,9%	35,3%	-25,6%
Techniek	133	7 (5%)	96	5	72,2%	71,4%	-0,8%
Landbouw	71	13 (15%)	26	7	36,6%	53,8%	17,2%
Gedrag en Maatschappij	119	38 (24%)	54	19	45,4%	50,0%	4,6%
Economie	86	5 (5%)	57	3	66,3%	60,0%	-6,3%
Gezondheid	234	23 (9%)	176	17	75,2%	73,9%	-1,3%
	1062	179 (14%)	626	89	59%	50,0%	-9,0%

Bron: Brink, M. van den, et al. (2006). *Gender & Excellence: een landelijk onderzoek naar benoemingsprocedures van hoogleraren*

In tabel 7.10 zien we dat er geen verschil is tussen de omvang van aanstelling tussen benoemde mannelijke en vrouwelijke hoogleraren. Het merendeel van de aangestelde hoogleraren heeft een aanstelling van meer dan 0,8 fte, er is hier geen sekseverschil. “Waarschijnlijk treedt hier een selectie-effect op. Vrouwen die bewust kiezen voor een carrière in de wetenschap en de optimale mogelijkheden willen creëren om dit te realiseren kunnen een klassiek carrièreplan volgen: sterke toewijding, fulltime, geen zorgtaken. Het is te verwachten dat vrouwen die hier niet voor kiezen al in het voortraject afvallen.”

Tabel 7.10: overzicht aantal naar sekse en omvang aanstelling

	<0,4 fte	0,5-0,7 fte	0,8-1,0 fte	Totaal
Man	215	61	441	717
	(30%)	(9%)	(62%)	100%
Vrouw	29	11	69	109
	(27%)	(10%)	(63%)	100%
Totaal	244	72	510	826
	(30%)	(9%)	(62%)	100%

Bron: Brink, M. van den, et al. (2006). *Gender & Excellence: een landelijk onderzoek naar benoemingsprocedures van hoogleraren*

Tabel 7.11 geeft een overzicht van het vrouwelijk potentieel per discipline. Er bestaat een substantieel vrouwelijk potentieel in de disciplines Gedrag & Maatschappij (26%), Recht (25%), Taal & Cultuur (24%) en Gezondheid (21%). De overige disciplines, met name Techniek (5%), Economie (6%) en Natuur (11%) blijven hierbij achter.

Tabel 7.11: percentage vrouwelijk potentieel, UHD's en benoemde vrouwelijke hoogleraren per discipline. Cijferanalyse Gender & Excellence, CBS, VSNU-WOPI-1999 t/m 2004

Discipline	Vrouwelijk Potentieel (%)	Vrouwelijke UHD's (%)	Benoemingen Vrouwelijke Hoogleraren (%)
Taal en cultuur	24	21	16,4
Recht	25	24	14,3
Natuur	11	7	7,6
Techniek	5	4	6,9
Landbouw	16	8	10,8
Gedrag en Maatschappij	26	17	21,5
Economie	6	8	7,0
Gezondheid	21	14	9,7

Bron: Brink, M. van den, et al. (2006). *Gender & Excellence: een landelijk onderzoek naar benoemingsprocedures van hoogleraren*

8. Aantal vrouwelijke medische hoogleraren

Tabel 8.1: percentage vrouwelijke hoogleraren bij universitair medische centra. Peildata 31-12-2008 tot juli 2009

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Percentage vrouwen
Leids Universitair Medisch Centrum	126	23	149	15,4%
Universitair Medisch Centrum Utrecht	112	18	130	13,8%
Universitair Medisch Centrum Groningen	149	28	177	15,8%
Erasmus Medisch Centrum	153	21	174	12,1%
Academisch Ziekenhuis Maastricht	127	13	140	9,3%
Academisch Medisch Centrum (UvA)	133	21	154	13,6%
VU Medisch Centrum	122	18	140	12,9%
Universitair Medisch Centrum St Radboud	122	12	134	9,0%
Totaal	1.044	154	1.198	12,9%

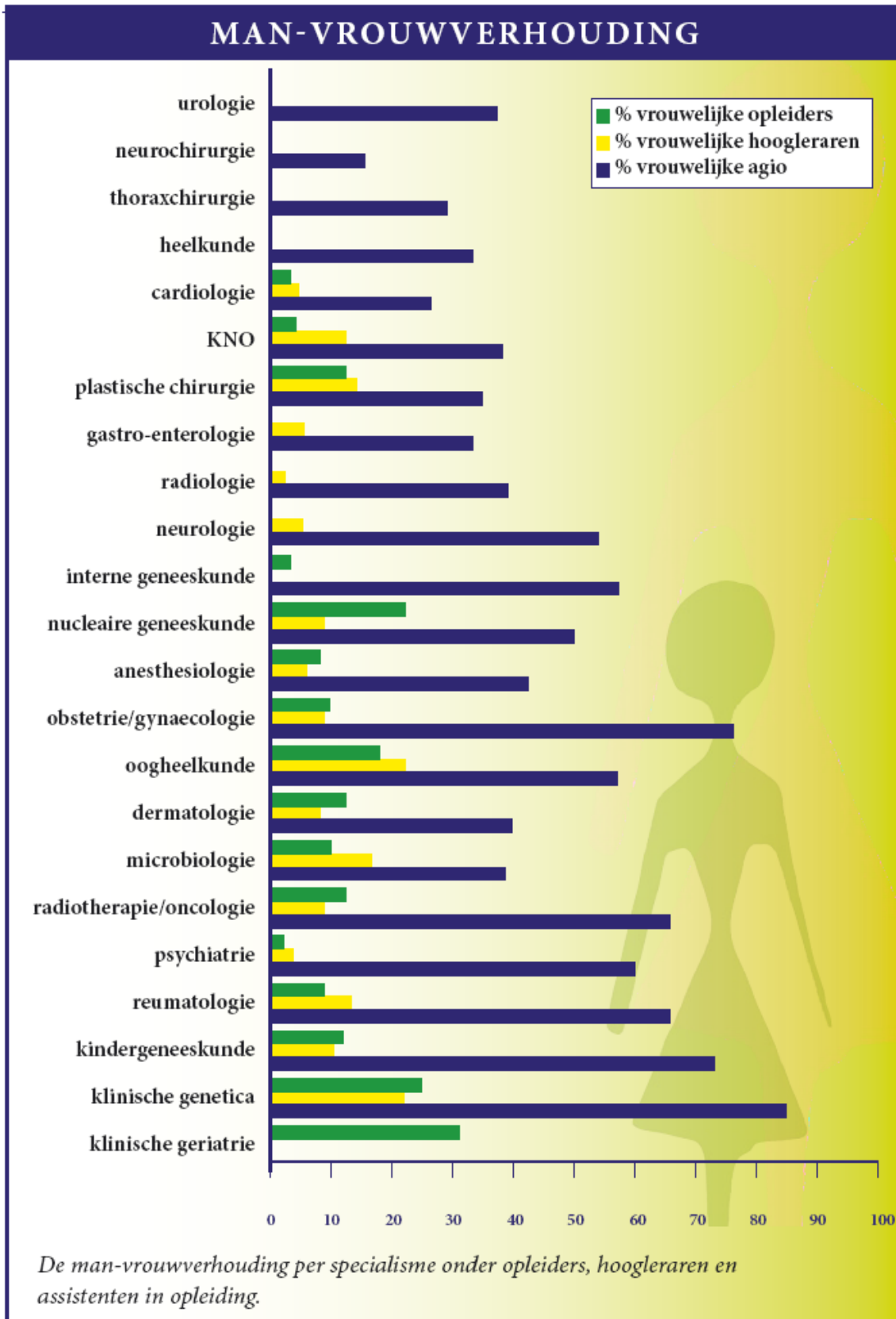
Bron: Gerritsen, M., et al. (2009). *Monitor vrouwelijke hoogleraren 2009*. Stichting de Beauvoir [et al.]

Tabel 8.2: aantallen hoogleraren afdelingshoofd aan universitair medische centra, naar geslacht, in personen. Peildata 31-12-2008 tot juli 2009.

	Afdelingshoofden hoogleraar			% vrouwen
	Mannen	Vrouwen	Totaal	
Leids Universitair Medisch Centrum	37	2	39	5,1%
Universitair Medisch Centrum Utrecht	35	4	39	10,3%
Universitair Medisch Centrum Groningen	34	5	39	12,8%
Erasmus Medisch Centrum	48	1	49	2,0%
Academisch Ziekenhuis Maastricht	36	4	40	10,0%
Academisch Medisch Centrum (UvA)	37	11	48	22,9%
VU Medisch Centrum	37	5	42	11,9%
Universitair Medisch Centrum St Radboud	41	2	43	4,7%
Totaal	305	34	339	10,0%

Bron: Gerritsen, M., et al. (2009). *Monitor vrouwelijke hoogleraren 2009*. Stichting de Beauvoir [et al.]

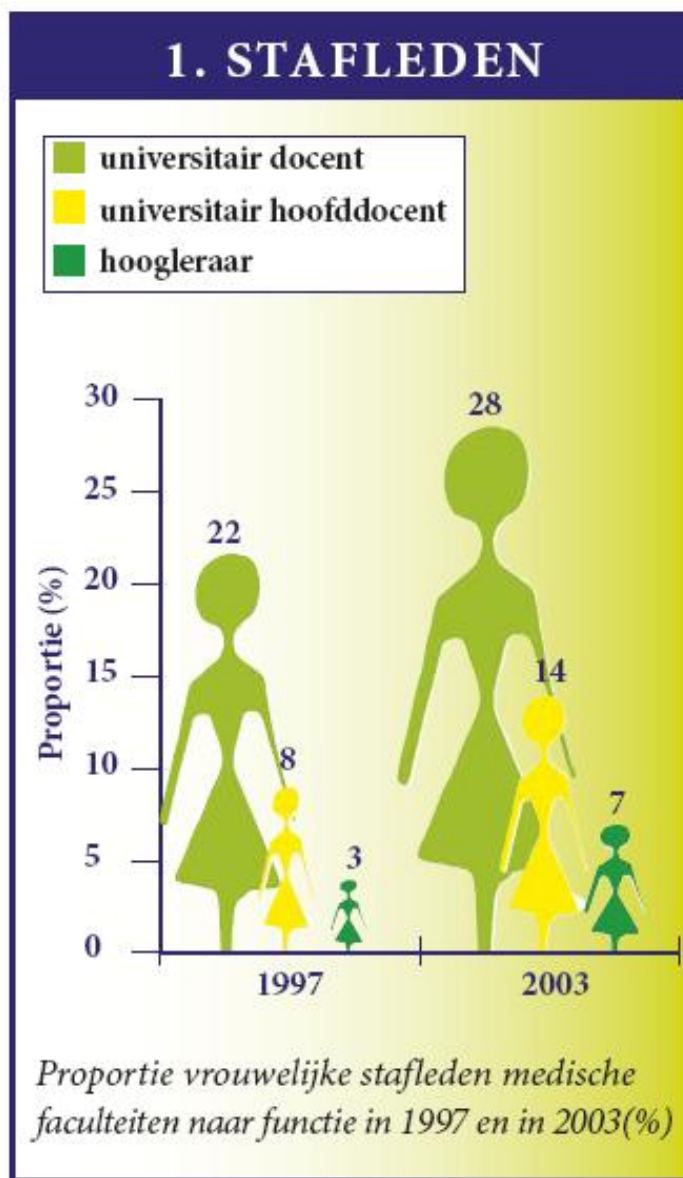
Grafiek 8.1: de man-vrouw verhouding per specialisme onder opleiders, hoogleraren en assistenten in opleiding (de gegevens in de tabel dateren uit 2004-2005)



Bron: Takkenberg, J.J.M., et al, (2005). "Vrouwen gezocht voor topfuncties." *Medisch Contact* 60(11): 452-454 (18-03-2005)

9. Percentage vrouwelijke stafleden (UD, UHD en hoogleraren) bij medische faculteiten

Grafiek 9.1: proportie vrouwelijke stafleden medische faculteiten naar functie in 1997 en in 2003 (%)



Bron: Takkenberg, J.J.M., et al. (2005). "Vrouwen gezocht voor topfuncties." *Medisch Contact* 60(11): 452-454 (18-03-2005)

10. Man-vrouw verdeling binnen academische ziekenhuizen

De cijfers in de tabellen 8.1 en 8,2 (hfst. 8) hebben betrekking op de periode 31-12-2008 tot juli 2009. De cijfers in tabel 10.1 hebben betrekking op de peildatum 31-12-2006. We zien dat er in enkele jaren veel is veranderd:

Academisch Ziekenhuis Maastricht:

HHA: in 2006 4%; in 2009 10,0%

Erasmus Medisch Centrum

HMS: in 2006 0%; in 2009 12,1%

Universitair Medisch Centrum Groningen:

HMS: in 2006 10%; in 2009 15,8%

HHA: in 2006 4%; in 2009 12,8%

Universitair Medisch Centrum Utrecht:

HHA: in 2006 4%; in 2009 10,3%

Radboud:

HMS: in 2006 2%; in 2009 9,0%

VU Medisch Centrum:

HMS: in 2006 9%; in 2009 12,9%

HHA: in 2006 6%; in 2009 11,9%

Maar er is ook achteruitgang in sommige gevallen:

Universitair Medisch Centrum Utrecht:

HMS: in 2006 15%; in 2009 13,8%

Radboud:

HHA: in 2006 6%; in 2009 4,7%

Tabel 10.1 percentage vrouwen als Universitair medisch specialist (UMS); Hoogleraar/medisch specialist (HMS) en Hoogleraar/hoogleraar afdelingshoofd (HHA). Gegevens per 1 januari 2007

% V	AMC	AzM*	EMC*	UMCG	UMCU	Vumc*	Radboud	UMC's
UMS	40%	34%	39%	33%	40%	39%	34%	37%
HMS	13%	7%*	0%*	10%	15%	9%*	2%	8%
HHA	21%	4%	3%	4%	4%	6%	6%	7%

* bij AzM, Erasmus MC en Vumc waren nog 8 vrouwelijke hoogleraren die wegens de status bijzondere leerstoel niet meetelden in bovenstaand schema. Zij zijn ook medisch specialist.

Uitleg afkortingen:

- Universitair medisch specialist (UMS)
- Hoogleraar/medisch specialist (HMS)
- Hoogleraar/hoogleraar afdelingshoofd (HHA)

Bron: Business Plan DIVAS (Diversiteitsbevordering door Vrouwelijke Academische Specialisten). Nijmegen, april 2009; en Verheijen, J.L.C.M. (2008). *Benchmark loopbaanontwikkeling*. p. 12

Het glazen plafond

De Glazenplafond-index levert altijd een getal op tussen 0 en 100. Hoe hoger het getal, hoe dikker het glazen plafond dus hoe groter de doorstroom belemmeringen.

In deze Benchmark is het glazen plafond berekend tussen de functies AIO/AGIKO (“lagere functies”) en MS/UMS (“midden functies”) en tussen MS/UMS (“midden functies”) en HMS/HHA (“top functies”).

We zien in tabel 10.2 dat het glazen plafond tussen AIO/AGIKO en MS/UMS het dikst is bij het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), het VU Medisch Centrum en het Academisch Ziekenhuis Maastricht.

Tabel 10.2: het glazen plafond (peildatum 31 december 2006).

UMC	% agiko/aio man	% agiko/aio vrouw	agiko/aio totaal	glazen plafond	% ms/ums man	% ms/ums vrouw	ms/ums totaal
AMC	48,4	51,6	434	17,0	57,2	42,8	446
azM	50,7	49,3	292	30,6	65,8	34,2	269
UMCG	48,4	51,6	380	33,5	65,7	34,3	449
ErasmusMC	47,7	52,3	426	22,0	59,2	40,8	544
LUMC							
Utrecht	43,9	56,1	440	26,4	58,7	41,3	431
Radboud	47,4	52,6	439	26,6	61,4	38,6	433
Vumc	41	59	376	32,0	59,9	40,1	327
UMC totaal	46,6	53,4	2787	26,6	60,8	39,2	2899

Toelichting op de afkortingen:

- Assistent geneeskundige in opleiding tot klinisch onderzoeker (Agiko)
- Assistent in opleiding tot medisch specialist (AIO)
- Medisch specialist (MS)
- Universitair medisch specialist (UMS)
- Hoogleraar/medisch specialist (HMS)
- Hoogleraar/hoogleraar afdelingshoofd (HHA)

Bron: Verheijen, J.L.C.M. (2008). *Benchmark loopbaanontwikkeling*. p. 13

In tabel 10.3 zien we dat het glazen plafond tussen MS/UMS en HMS/HHA het dikst is bij ErasmusMC, het Radboud en het Academisch Ziekenhuis Maastricht. Het glazen plafond tussen MS/UMS en HMS/HHA is veel dikker dan het glazen plafond tussen AIO/AGIKO en MS/UMS. Met andere woorden: het glazen plafond is het dikst voor een vrouwelijk medisch specialist om hoogleraar te worden.

Tabel 10.3: het glazen plafond (peildatum 31 december 2006)

UMC	% ms/ums man	% ms/ums vrouw	ms/ums totaal	glazen plafond	% hms/hha man	% hms/hha vrouw	hms/hha totaal
AMC	57,2	42,8	446	62,6	84,0	16,0	81
azM	65,8	34,2	269	84,5	94,7	5,3	57
UMCG	65,7	34,3	449	75,5	91,6	8,4	72
ErasmusMC	59,2	40,8	544	95,1	98,0	2,0	50
LUMC				nb			
Utrecht	58,7	41,3	431	79,4	91,5	8,5	71
Radboud	61,4	38,6	433	90,4	96,3	3,7	81
Vumc	59,9	40,1	327	81,0	92,4	7,6	66
UMC totaal	60,8	39,2	2899	80,3	92,3	7,7	477

Bron: Verheijen, J.L.C.M. (2008). *Benchmark loopbaanontwikkeling*. p. 14

11. Aantal vrouwen in de top van de zorg

Verhouding (M/V) in de top van zorginstellingen in Nederland

“De Nederlandse regering heeft twee jaar geleden streefcijfers opgesteld voor het aandeel vrouwen in hogere functies bij overheid, onderwijs, bedrijfsleven en politie.¹ Opvallend genoeg niet voor de zorgsector. Dit komt waarschijnlijk omdat de emancipatiemonitor aangeeft dat het aandeel vrouwen in de top van de sector zorg en welzijn met 30 procent relatief ruim is in vergelijking met andere branches. Echter, dat percentage is laag als je weet dat van alle medewerkers in de zorg 80 procent vrouw is.² Bovendien gelden deze cijfers voor de totale sector zorg en welzijn; voor de sector zorg liggen de percentages lager.

Verder blijkt het aandeel vrouwen in de top van de zorg af te nemen naarmate de organisatie groter is: van 31 procent in kleine tot 14 procent in grote organisaties (zie *grafiek 11.1*).³ Onder artsen is het aandeel vrouwen zelfs nog lager: de raden van bestuur van ziekenhuizen tellen tachtig artsen, van wie acht vrouwen (10%).⁴ Van bestuurders in de wetenschap is minder dan 6 procent vrouw (zie *grafiek 13.1*).⁵”

Bron: Assmann, P. (2009), Gezocht: bestuurlijke top m/v. Androgyn leiderschap in de zorg nog ver weg. *Medisch Contact* 64(27):1202-1206

¹ Meer kansen voor vrouwen: emancipatiebeleid 2008-2011. Emancipatienota 2007

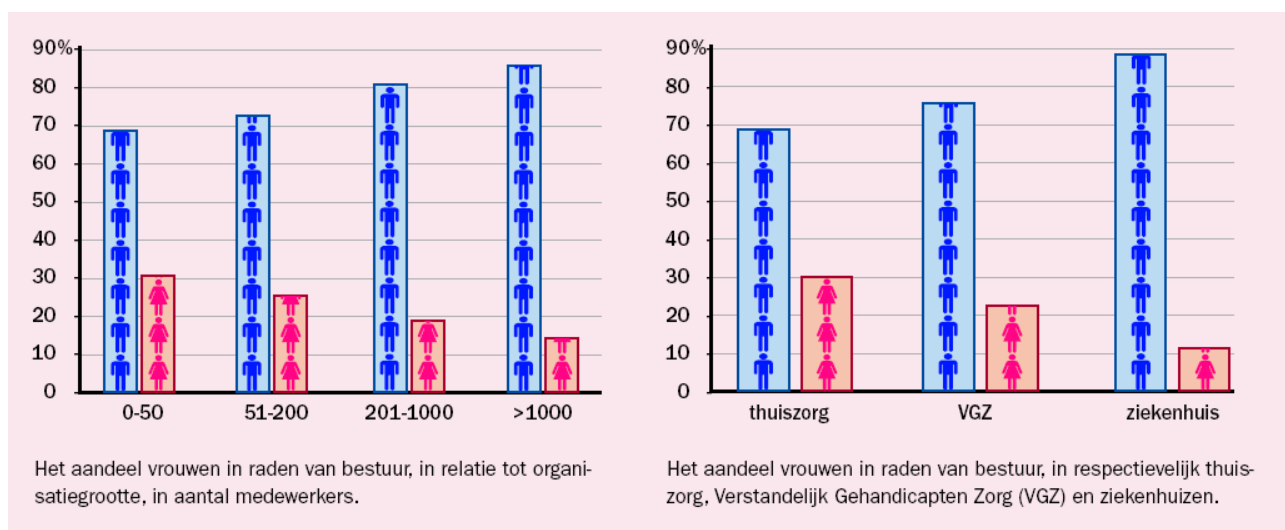
² Emancipatiemonitor 2008

³ Brethouwer, W. (2008). *The angel in de top. De angel in de boardroom : onderzoek naar m/v verschillen in raden van toezicht en raden van bestuur in de zorgsector.* Marketresponse, 3 oktober 2008

⁴ Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA) / Nederlandse Vereniging van Bestuurders in de Zorg (NVZD) / februari 2009

⁵ Landelijk Netwerk Vrouwelijke Hoogleraren (LNVH). URL: www.lnvh.nl

Grafiek 11.1: aandeel vrouwen in raden van bestuur van enkele gezondheidsorganisaties. Cijfers: 2007 of 2008

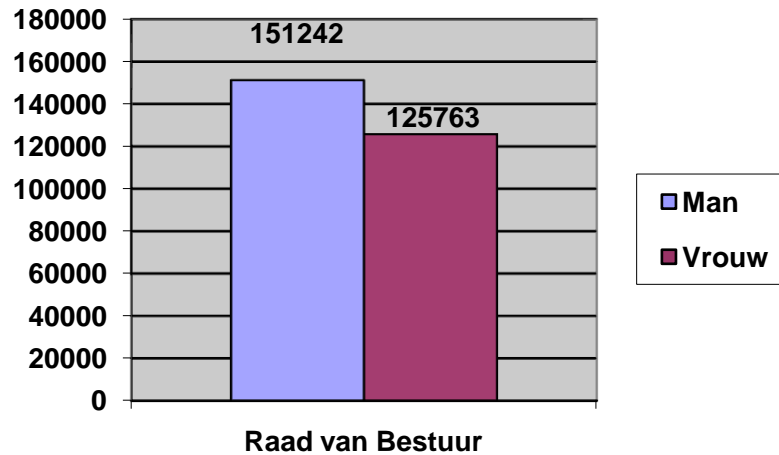


Bron: MarketResponse, in opdracht van: *Vrouwen hogerop, brengt balans in de top*

12. Beloningsverschillen M/V in de top van zorginstellingen in Nederland

Gemiddelde beloning Raad van Bestuur

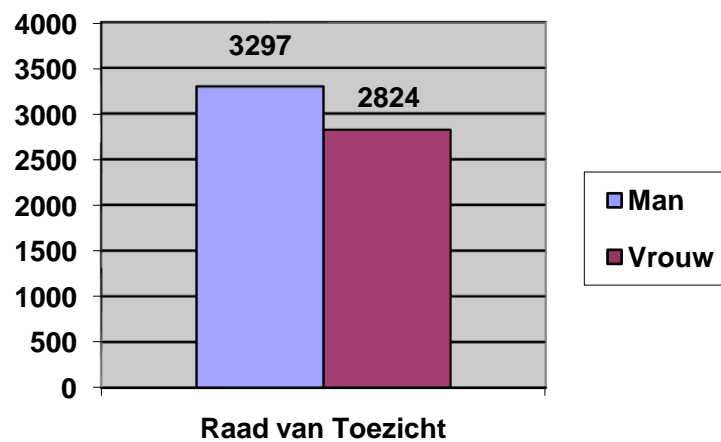
Grafiek 12.1: Vrouwen in Raad van Bestuur verdienen 17% minder dan mannen



Gemiddeld jaarsalaris (€) - 2006

Gemiddelde beloning Raad van Toezicht

Grafiek 12.2: Vrouwen in Raad van Toezicht verdienen 14% minder dan mannen



Gemiddeld jaarsalaris (€) - 2006

Bron: Brethouwer, W. (2008). *The angel in de top. Of ... De angel in de boardroom : onderzoek naar m/v verschillen in raden van toezicht en raden van bestuur in de zorgsector*. MarketResponse, 3 oktober 2008 [Powerpointpresentatie]

13. Vrouwen in gezichts- en beleidsbepalende organen

Hoeveel vrouwen besturen nu?

In tabel 13.1 zien we dat het percentage vrouwen het geringst is in die functies die het meeste aanzien hebben: decaan en directeur onderzoeksinstituut. Vrouwen bekleden vaker een positie van onderwijsdirecteur. Deze laatste functie staat in lager aanzien omdat wetenschappelijk onderzoek over het algemeen hoger gewaardeerd wordt dan wetenschappelijk onderwijs. Dat komt omdat wetenschappers vooral beoordeeld worden op hun onderzoekskwaliteiten.

Tabel 13.1: man-vrouwverhouding binnen het academisch management in de universiteiten en percentage vrouwen in functies binnen academisch management. Ultimo 2008.

	Mannen	Vrouwen	Percentage vrouwen
Decaan	54,4	3,0	5,2%
Directeur onderwijsinstituut	33,5	10,6	24,0%
Directeur onderzoeksinstituut	14,8	1,0	6,3%
Directeur capaciteitsgroep	3,0	1,5	32,6%
Totaal academisch management	105,8	15,0	12,4%

Bron: Gerritsen, M., et al. (2009). *Monitor vrouwelijke hoogleraren 2009*. Stichting de Beauvoir [et al.]

In tabel 13.2 valt op dat vooral in de colleges van besturen van de universiteiten vrouwen sterk ondervertegenwoordigd zijn. Slechts 3 van de in totaal 41 collegeleden zijn vrouw, dat is 7%. In de raden van toezicht van de universiteiten zijn vrouwen beter vertegenwoordigd, 31% van de leden van de raden van toezicht is vrouw.

Tabel 13.2: Man-vrouwverdeling in de colleges van bestuur en raden van toezicht van de universiteiten. Juli 2009.

	College van Bestuur		Raad van Toezicht	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Universiteit Leiden	2	1	3	2
Universiteit Utrecht	2	1	4	1
Rijksuniversiteit Groningen	3	0	3	2
Erasmus Universiteit Rotterdam	3	0	3	2
Universiteit Maastricht	3	0	4	1
Universiteit van Amsterdam	2	1	3	1
Vrije Universiteit Amsterdam	3	0	7	2
Radboud Universiteit Nijmegen	3	0	4	3
Universiteit van Tilburg	2	0	5	2
Technische Universiteit Delft	3	0	3	2
Technische Universiteit Eindhoven	3	0	4	2
Universiteit Twente	3	0	4	1
Wageningen Universiteit	3	0	3	1
Open Universiteit	3	0	3	2
Totaal	38	3	53	24

Bron: Gerritsen, M., et al. (2009). *Monitor vrouwelijke hoogleraren 2009*. Stichting de Beauvoir [et al.]

Van bestuurders in de wetenschap is minder dan 6 procent vrouw (zie *grafiek 13.1*).

Grafiek 13.1: aandeel vrouwen in besturen van de wetenschap (college van bestuur, decanen en directeuren van KNAW-erkende onderzoekscholen). Cijfers: maart 2008



Bron: Landelijk Netwerk Vrouwelijke Hoogleraren (LNVH)

In tabel 13.3. valt op dat Medische Wetenschappen en Geesteswetenschappen goed scoren. Er zijn opvallend weinig vrouwelijke bestuurders bij Maatschappij- en Gedragwetenschappen, hoewel hier veel vrouwen werkzaam zijn aan de universiteiten, ook in de hoger wetenschappelijke functies.

Tabel 13.3: Man-vrouwverdeling in de gebieds- en stichtingsbesturen van NWO, naar gebied. Juni 2009.

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Percentage vrouwen
Geesteswetenschappen	5	4	9	44%
Maatschappij- en Gedragwetenschappen	6	1	7	14%
Natuurkunde	5	0	5	0%
Chemische Wetenschappen	4	1	5	20%
Exacte wetenschappen	4	0	4	0%
Aard- en Levenswetenschappen	8	1	9	11%
Medische Wetenschappen	3	5	8	63%
Technische Wetenschappen	4	1	5	20%
WOTRO	5	2	7	29%
Stichting Nationale Computerfaciliteiten (NCF)	4	1	5	20%
Totaal	48	16	64	25%

Bron: Gerritsen, M., et al. (2009). *Monitor vrouwelijke hoogleraren 2009*. Stichting de Beauvoir [et al.]

In 2006 was slechts 8% van de hoogleraren geneeskunde vrouw (zie tabel 13.4).

In de besturen van de medische beroepsverenigingen bestaat het bestuur van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) voor 40% uit vrouwen en het centraal bestuur bestaat voor de helft uit vrouwen. In 2009 bestond de verenigingsraad van het Nederlands Huisartsen Genootschap voor 45% uit vrouwen. Voor de overige beroepsverenigingen bedraagt het percentage vrouwelijke bestuurders 40% of lager.

In de besturen en raden van de beleidsorganen schommelt het percentage mannen tussen de 60-80%. Alleen de Raad voor Volksgezondheid kent een verdeling van ongeveer fiftyfifty.

Bij de subsidieverstrekkers valt ZonMw op in positieve zin: meer vrouwen (5) dan mannen (4) in het bestuur. Bij de overige subsidieverstrekkers ligt het percentage mannen in het bestuur boven de 60%.

Bij de tijdschriftredacties bestaat alleen het Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen bestaat voor de helft uit mannen en vrouwen

Tabel 13.4: Vrouwen in medische gezichts- en beleidsbepalende organen (2006-2009)

Gebied	Onderdeel	Tot	M ⁶	HA (m) ⁷	Ov. arts (m) ⁸	V ⁹	HA (v) ¹⁰	Ov. arts (v) ¹¹	Bron
Wetenschap	Hoogleraren geneeskunde	563	518 (92%)	n.v.t.	n.v.t.	45 (8%)	n.v.t.	n.v.t.	1
	Hoogleraren afdelingen huisarts-geneeskunde	25	21	21	0	4	4	0	2
	Hoofden huisartsopleidingen	8	6	6	0	2	2	0	3
Besturen	KNMG	13	11	1	7	2	0	2	4
	LHV	5	4	3	0	1	1	0	5
	LAD Dagelijks Bestuur	5	3	0	3	2	0	2	6
	LAD Centraal Bestuur	12	6	1	5	6	0	6	6
	NVAB	10	7	0	6	3	0	3	7

⁶ Aantal mannen

⁷ Aantal mannelijke huisartsen

⁸ Overige mannelijke artsen

⁹ Aantal vrouwen

¹⁰ Aantal vrouwelijke huisartsen

¹¹ Overige vrouwelijke artsen

Gebied	Onderdeel	Tot	M ⁶	HA (m) ⁷	Ov. arts (m) ⁸	V ⁹	HA (v) ¹⁰	Ov. arts (v) ¹¹	Bron
	NVVA (Raad van Toezicht)	7	5	0	5	2	0	2	8
	NVVG (Algemeen Bestuur)	4	1	0	1	3	0	3	9
	NVVG (Dagelijks Bestuur)	4	4	0	4	0	0	0	9
	Orde van Medisch Specialisten (Dagelijks bestuur)	2	1	0	1	1	0	1	10
	Orde van Medisch Specialisten (Bestuur)	7	6	0	6	1	0	1	10
	NHG (Verenigingsraad in 2009)	18	10	10	0	8	8	0	11
	NHG (Verenigingsraad in 2007)	23	12	12	0	11	11	0	12
	NHG (Bestuur)	1	1	1	0	0	0	0	11
	NHG (Raad van Toezicht)	5	4	2	0	1	1	0	11
Beleid	Gezondheidsraad (Beraadsgroep Geneeskunde)	21	15	1	14	6	1	3	13
	Ministerie van VWS (secr. generaal en directeuren generaal)	5	4	0	0	1	0	0	14
	NZA (Raad van Bestuur)	3	2	0	0	1	0	0	15
	NZA (Raad van Advies)	11	8	0	0	3	0	1	16
	RGO (Raad voor Gezondheidsonderzoek)	15	9	1	5	6	0	3	17
	RVZ (Raad voor Volksgezondheid)	9	5	0	2	4	0	1	18
Subsidie-verstrek- kers	Astmafonds (Raad van Toezicht)	6	4	0	2	2	0	0	19
	Astmafonds (Adviesraad)	8	5	0	2	3	0	1	20
	Diabetes Fonds (RvT)	7	5	0	1	2	0	0	21

Gebied	Onderdeel	Tot	M ⁶	HA (m) ⁷	Ov. arts (m) ⁸	V ⁹	HA (v) ¹⁰	Ov. arts (v) ¹¹	Bron
	Diabetes Fonds (Wetensch. Adviesraad)	16	13	1	12	3	0	3	21
	KWF (Bestuur)	5	4	0	0	1	0	1	22
	KWF (Maatsch. Raad)	11	7	0	1	4	0	0	22
	KWF (Wetensch. Raad)	24	20	0	16	4	1	0	22
	Nederlandse Hartstichting (RvT)	6	6	0	2	0	0	0	23
	Nederl. Hartsticht. (Management-team)	4	3	0	0	1	0	1	23
	NWO (Algemeen Bestuur)	4	3	0	0	1	0	0	24
	NWO (directie)	4	3	0	0	1	0	0	24
	ZonMw* (Bestuur)	9	4	0	3	5	1	1	25
Redac-ties	Huisarts en Wetenschap	8	7	7	0	1	1	0	26
	Medisch Contact (hoofdredactie)	3	3	1	0	0	0	0	27
	NTvG redactie	35	27	2	23	8	1	6	28
	Tijdschrift voor Gezondheids-wetenschappen (TSG) (hoofdredactie)	2	2	0	1	0	0	0	29
	Tijdschrift voor Gezondheids-wetenschappen (TSG) (redactie)	14	7	0	1	7	0	0	29

* ZonMw:

Samenvoeging, in 2001, van het wetenschapsgebied Medische wetenschappen (MW) van het NWO met ZorgOnderzoek Nederland (ZON) tot ZonMw

Bronnenoverzicht:

1. Verheijen, *Eindverslag benchmark loopbaanontwikkeling*. Cijfers over 2006
2. NHG (mei 2009)
3. Website SVUH (april 2009) <http://www.svuh.nl/>
4. Website KNMG (feb 2009)
5. Website LHV (feb 2009)
6. Website LAD (feb 2009)
7. Website NVAB (feb 2009)
8. Website NVVA (feb 2009)
9. Website NVVG (feb 2009)
10. Orde van Medisch Specialisten (mei 2009)
11. Website NHG (mei 2009)
12. Website NHG (feb. 2009)
13. Website Gezondheidsraad (feb 2009)
14. Website VWS (sept. 2009)
15. Website NZA (maart 2009)
16. Website NZA (maart 2009). Gegevens van 2007
17. Website RGO (maart 2009)
18. Website RVZ (feb 2009)
19. Website (april 2009). Gegevens van 2007.
http://www.astmafonds.tv/2007/Organisatie/Bestuur_en_organisatie
20. Website (april 2009) Gegevens van 2007
21. Website DF (maart 2009)
22. Website KWF (maart 2009)
23. Website NH (maart 2009)
24. Website NWO (maart 2009)
25. Website ZonMw (maart 2009)
26. Colofon tijdschrift (feb. 2009)
27. Website Medisch Contact (maart 2009)
28. Website NTVG (maart 2009)
29. Gegevens opgevraagd per email: 22-4-2009

In tabel 13.5 zien we dat de mannen domineren (80 – 100%) in de raden van bestuur en raden van toezicht van de UMC's. Alleen in de raden van toezicht van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, het Leids Universitair Medisch Centrum en het Universitair Medisch Centrum St Radboud is de verhouding ongeveer fiftyfifty. Van de 76 personen in de raden van bestuur en raden van toezicht van de UMC's komen maar 2 vrouwelijke artsen voor (2,6%) en 19 mannelijke artsen (25%).

Tabel 13.5: Man-vrouwverdeling in de raden van bestuur en raden van toezicht van de universitair medische centra. Februari 2009.

	Raad van bestuur					Raad van toezicht				
	Man	Arts (M)	Vrouw	Arts (V)	Tot.	Man	Arts (M)	Vrouw	Arts (V)	Tot.
LUMC	4	1	0	0	4	3	1	2	0	5
Utrecht	4	3	0	0	4	4	1	3	1	7
UMCG	4	2	0	0	4	4	0	1	0	5
ErasmusMC	3	2	1	0	4	4	1	1	1	5
azM	3	1	0	0	3	4	0	1	0	5
AMC (UvA)	2	1	1	0	3	4	0	0	0	4
VUmc	4	2	0	0	4	7	0	2	0	9
UMC Radboud	3	2	0	0	3	4	2	3	0	7
Totaal	27	14	2	0	29	34	5	13	2	47

Bron: websites van de universitair medische centra. Voor het Universitair Medisch Centrum Utrecht en het Universitair Medisch Centrum St Radboud zijn ook de jaarverslagen van 2007 geraadpleegd.

De specialismen gynaecologie en psychiatrie tellen ieder twee vrouwelijke opleiders (tabel 13.6). Cardiologie, interne geneeskunde en kindergeneeskunde tellen ieder één vrouwelijke opleider. De overige vier grotere specialismen hebben geen enkele vrouwelijke opleider.

Tabel 13.6: A-opleiders van de grotere specialismen

	AMC	azM	UMCG	Erasmus MC	LUMC	Utrecht	Rad- boud	VUmc	Totaal	
									M	V
anesthesio- logie	M	M	M	M	M	M	M	M	8	0
cardiologie	V	M	M	M	M	M	M	M	7	1
gynaecologie	M	M	V	M	M	M	V	M	6	2
heelkunde	M	M	M	M	M	M	M	M	8	0
interne geneeskunde	M	M	M	M	M**	M	V	M	7	1
kindergenees- kunde	M	M	M	M	V	M	M	M	7	1
neurologie	M	M	M	M	M	M	M	M	8	0
psychiatrie	M	M	M	M	M	V	V**	M*	6	2
radiologie	M	M	M	M	M	M	M	M	8	0

* geen A-opleiding; VuMC werkt samen met GGZ Buiten-Amstel (hier zit de A-opleider)

** twee vacatures: hier zijn de plaatsvervangend opleiders gekozen

Bron: MSRC Erkende opleidingsinrichtingen per specialisme (13 september 2010)

Tabel 13.7: Oorzaken van schaarste aan vrouwen in topfuncties

Oorzaak (n)
Psychologische barrières van vrouwen (n=16)
Lastige combinatie van zorgtaken, praktijk en carrière (n=9)
Sollicitatieprocedures (n=8)
Mannen zijn in het voordeel (meer geldingsdrang, maatschappelijk meer vanzelfsprekend, langer in het vak) (n=6) *
Vrouwen beginnen later met hun carrière / carrièreplanning niet goed (n=5)
1 vrouw in een groep is geen vrouw (n=4)
Cultuurverschil (n=4)
Slechte randvoorwaarden (m.n. kinderopvang) (n=4)
Nee, er zijn geen aanwijsbare oorzaken die vrouwen belemmeren (n=3)
Vrouwen worden niet gevraagd (n=2)
Mannen voelen zich bedreigd (n=2)

* elk voorbeeld werd 2 maal genoemd

Bron: Jong, G. de en A. Lagro-Janssen (2004). *Barsten in het glazen plafond. Een studie naar gender en leiderschap binnen de huisartsgeneeskunde in Nederland*. Nederlands Huisartsen Genootschap

Tabel 13.8: oorzaken van schaarste aan vrouwen in topfuncties, specifiek voor de huisartsgeneeskunde

Factor (n)
De relatief makkelijke combinatie tussen huisartsgeneeskunde en een zorgfunctie maakt dat vrouwen daarvoor kiezen en geen verdere carrière ambiëren. (n=4, 3v/1m)
De traditionele huisarts is een man die veel uur per dag werkt. (n=4, 2v/2m)
Een huisarts is een vrij autonoom figuur, iedereen wil zijn eigen werkplek, er is weinig gelaagdheid. (n=3, 3v/0m)
Er zijn heel lang meer mannen geweest in de huisartsgeneeskunde dan vrouwen. (n=3, 3v/0m)
Een vrouwelijke huisarts met een carrière heeft een driedubbele taak: gezin, praktijk en carrière. Dat is lastig te combineren. (n=3, 2v/1m)
Huisartsen hechten meer waarde aan communicatie dan aan macht en prestige en identificeren zich dan ook niet met bestuurlijke/beleidsmatige functies. (n=2, 2v/0m)

Bron: Jong, G. de en A. Lagro-Janssen (2004). *Barsten in het glazen plafond. Een studie naar gender en leiderschap binnen de huisartsgeneeskunde in Nederland*. Nederlands Huisartsen Genootschap

N.B.: de onderzoeksgroep bestond uit 18 Nederlandse huisartsen, 11 vrouwen en 7 mannen, leeftijd tussen 47 en 66 jaar en bijna allen hadden een fulltime aanstelling. Hiervan hadden 6 een bestuurlijke carrière, 4 een beleidsmatige carrière en 8 huisartsen een voornamelijk wetenschappelijke carrière.

Literatuurlijst

Assmann, P. (2009), "Gezocht: bestuurlijke top m/v. Androgyn leiderschap in de zorg nog ver weg." *Medisch Contact* 64(27):1202-1206

Assmann, P. (2009), Selectie aan de poort: is er een keus? In: Slager, E. (red.), *Reproductieve geneeskunde, gynaecologie en obstetrie anno 2009*, Haarlem : DCHC, pp. 866-870

Berg, M.J. van den (2010), *Workload in general practice*. (Proefschrift Tilburg)

Brethouwer, W. (2008). *The angel in de top. De angel in de boardroom : onderzoek naar m/v verschillen in raden van toezicht en raden van bestuur in de zorgsector*. Marketresponse, 3 oktober 2008 [Powerpointpresentatie]

Brink, M. van den, Brouns, M. (2006). *Gender & Excellence : een landelijk onderzoek naar benoemingsprocedures van hoogleraren*. Den Haag : Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap

Business Plan DIVAS (Diversiteitsbevordering door Vrouwelijke Academische Specialisten). Nijmegen, april 2009

Capaciteitsorgaan (2010), *Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 1: Medisch en klinisch technologische specialisten*. Utrecht : Capaciteitsorgaan

Capaciteitsorgaan (2010), *Capaciteitsplan 2010. Deelrapport 5: Specialist ouderengeneeskunde*. Utrecht : Capaciteitsorgaan

Capaciteitsorgaan (2008). *Capaciteitsplan 2008 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante vervolgoopleidingen : Advies 2008 over de initiële opleiding geneeskunde beide vanaf 2009*. Utrecht : Capaciteitsorgaan

Du Moulin, M.F.M.T., Noordenbos, G., Heymans, R.J.H.M. (2000). "Genderfactoren in de keus voor opleiding tot medisch specialist." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144(3):129-33

Gerritsen, M., Verdonk, T., Visser, A. (2009). *Monitor vrouwelijke hoogleraren 2009. Stand van zaken vrouwen in universitaire functies en wetenschappelijke besluitvormingsorganen*. Stichting de Beauvoir [et al.]

Hingstman, L., Kenens, R.J. (2010). *Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2010*. Utrecht : NIVEL

Informatie Beheer Groep [cijfers aanmelding en inloting medisch studenten over de periode 2001-2010]

Jong, G. de, Lagro-Janssen, A. (2004). *Barsten in het glazen plafond. Een studie naar gender en leiderschap binnen de huisartsgeneeskunde in Nederland*. Nederlands Huisartsen Genootschap

Loo, R. van de, Witjes, F. (2009). "Nieuwe instroom en vernieuwd competentieprofiel: resultaten keuzeprocedure 2009." *De Urograaf* (oktober), p. 3

Lugtenberg, M., Heiligers, P.J.M., Hingstman, L. (2005). *Artsen en hun carrièrewensen. Een literatuurverkenning*. Utrecht : NIVEL

Maiorova, T. (2009). *The role of gender in medical specialty choice and general practice preferences*. Proefschrift. Maastricht : Universitaire Pers Maastricht

Medisch specialisten willen korter werken. Mednet (8 feb 2010)
URL: <http://www.mednet.nl/nieuws/id3728-medisch-specialisten-willen-korter-werken.html>

Meer kansen voor vrouwen: emancipatiebeleid 2008-2011. Emancipatienota 2007. Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap

Merens, A., Hermans, B. (2009). *Emancipatiemonitor 2008*. Den Haag : Centraal Bureau voor de Statistiek; Sociaal Cultureel Planbureau

Meijer, G.R., Heesen, B.J. (2005). *Medisch specialist in perspectief : een visie op de toekomst van de medisch-specialistische zorg*. Utrecht : Orde van Medisch Specialisten

MSRC (Medisch Specialisten Registratie Commissie). *Jaarverslag 2009*

Pas, B., Peters, P., Doorewaard, H., Eisinga, R., Lagro-Janssen, T. (2011). "Feminisation of the medical profession: a strategic HRM dilemma? The effects of family-friendly HR practices on female doctors' contracted working hours." *Human Resource Management Journal*. First published online: 6 January 2011
URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-8583.2010.00161.x/full>

Pas, B.R. (2009). *Vrouwen en carrière in het UMC st Radboud: een non-issue of een nulmeting? Rapportage onderzoek Arts en Carrière in het UMC St Radboud*. Uitgevoerd in opdracht van Vrouwen netwerk DIVAS. Medio april 2009. Nijmegen : Research group "Gender in Organizations". Faculteit Managementwetenschappen, Radboud Universiteit Nijmegen

Pepping, T. (2009). *Gender associated specialty preferences in Dutch final year medical students: are there also other factors influencing these preferences?* Nijmegen : Department of Primary Care and Community Care/ Women's Studies in Medicine Radboud University Nijmegen Medical Centre

Rademakers, J.J.D.J.M., Bloemen, A.L.S., Soethout, M.B.M., Cohen-Schotanus, J., Cate, Th.J. ten (2008). "Verschillen in belangstellingsprofielen van vrouwelijke en mannelijke studenten geneeskunde." *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*. 27(4):171-180

SGRC (Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie). *Jaarverslagen over 2005-2009*

She Figures 2009. Statistics and Indicators on Gender Equality in Science. Brussel : European Commission, DG Research

Soethout, M.B.M. (2007). *Career preference of medical students and career choice of recent graduates.* (proefschrift VU)

Soethout, M.B.M., Wal, G. van der, Cate, Th.J. ten (2007). "Carrièrewensen en beroepskeuze van recent afgestudeerde artsen." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151(38):2118-23

Takkenberg, J.J.M., Visser, M.C., Kenter, G.G. (2005). "Vrouwen gezocht voor topfuncties." *Medisch Contact* 60(11):452-454 (18-03-2005)

Tijdens, K. (2007). *Lonen van mannen en vrouwen in een aantal beroepen.* Amsterdam : Instituut voor ArbeidsStudies, Universiteit van Amsterdam. Report 20/08/2007

Tongeren-Alers, M. van, Esch, M. van, Verdonk, P., Johansson, E.E. (2011), "Are new medical specialty preferences gendered? Related motivational factors at a Dutch medical school." [Accepted for publication.]

Vanweehaeghe, S. (2009). Genderstudie huisartsenberoep. Geeft de eeuwwisseling samen met genderverschillen een andere invulling aan het huisartsenberoep? Literatuurstudie met aandacht voor gender en onderzoek naar de levenskwaliteit en de praktijkvoering van de huisartsen tussen de 30 en 39 jaar in Nederlandstalig België. [Masterproef tot het behalen van de graad van Master in de seksuologie]. Katholieke Universiteit Leuven, Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg, Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen

Velden, L.F.J. van der, Hansen, J., Hingstman, L. *Doorstroming van vrouwen naar medische specialismen.* NIVEL [Powerpoint presentatie]

Velden, L.F.J. van der, Hingstman, L., Heiligers, P.J.M., Hansen, J. (2008). "Toenemend percentage vrouwen in de geneeskunde : verleden, heden en toekomst." *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 152(40):2165-2171

Velden, L.F.J. van der, Hingstman, L., Windt, W. van der, Arnold., E.J.E. (2008). *Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2009-2019/2025.* Utrecht : NIVEL [et al.]

Verheijen, J.L.C.M. (2008). *Benchmark loopbaanontwikkeling vrouwelijk/mannelijk medisch en medisch wetenschappelijk personeel. Eindverslag.* Maastricht : Academisch Ziekenhuis Maastricht

Websites

Capaciteitsorgaan

URL: <http://www.capaciteitsorgaan.nl/>

Emancipatie.nl

URL: http://www.emancipatie.nl/home/nieuw_op_de_site/

Emancipatiemonitor 2008

URL:

http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2009/Emancipatiemonitor_2008

IGS – Institute for Genderstudies (Radboud Universiteit)

URL: <http://www.ru.nl/genderstudies/>

Kenniscentrum VALUE

URL: <http://www.umcn.nl/value>

LNVH – Landelijk Netwerk Vrouwelijke Hoogleraren

URL: <http://www.lnvh.nl/>

NIVEL

URL: <http://www.nivel.nl/>

Stichting de Beauvoir

URL: <http://www.stichtingdebeauvoir.nl/>

VNVA – Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen

URL: <http://www.vnva.nl/>

Vrouw en Wetenschap

URL: <http://www.vrouwenwetenschap.nl/>

Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, UMC St Radboud, Nijmegen

URL: <http://www.vrouwenstudiesgeneeskunde.nl>

VSNU – Factsheet ‘Vrouwen in de wetenschap’ (januari 2009)

URL: <http://www.vsnu.nl/Speerpunten-universiteiten/2.-Jong-talent/Cijfers-onderzoek.htm>

VSNU – Personeel naar HOOP-gebied en geslacht

URL: <http://www.vsnu.nl/Universiteiten/Feiten-Cijfers/Personeel/Personeel-naar-HOOP-gebied-en-geslacht.htm>

VSNU – Vrouwen in wetenschappelijke posities

URL: <http://www.vsnu.nl/Universiteiten/Feiten-Cijfers/Personeel/Vrouwen-in-wetenschappelijke-posities.htm>