

R. Scherpenzeel  
Student Geneeskunde

J. Heineman  
Klinisch psycholoog

G. Noordenbos  
Onderwijskundige

Y. Winants  
Huisarts

Correspondentieadres:  
G. Noordenbos  
Vrouwenstudies Geneeskunde  
Vakgroep Huisartsgeneeskunde  
Rijksuniversiteit Limburg  
Postbus 616  
6200 MD Maastricht

*De laatste vijftientig jaar doen zich, onder andere onder invloed van de vrouwenbeweging, in Nederland verschuivingen voor in de traditionele rollen van mannen en vrouwen. In de praktijk zijn het echter nog overwegend vrouwen die de hoofdverantwoordelijkheid dragen voor de huishouding, óók als ze een (meestal gedeeltelijke) baan hebben, terwijl mannen veelal een volledige baan hebben en relatief weinig in de huishouding doen.<sup>1</sup> Omdat vooral vrouwen een breder gedragsscala wensen, zonder dat dit tot een dubbele belasting leidt, staan de traditionele sexe-stereotypen sterk ter discussie. Dit geldt uiteraard ook in het medisch beroep, waarvoor steeds meer vrouwelijke studenten zich aanmelden. Tijdens hun opleiding worden zij echter nog steeds geconfronteerd met voornamelijk mannelijke opleiders. Wil men in de geneeskunde een meer evenwichtige verdeling van mannen en vrouwen tot stand brengen, dan is de functie van het onderwijs bij rol doorbreking en rolvernieuwing van groot belang.*

## DE POSITIE VAN VROUWELIJKE ARTSEN IN NEDERLAND

Sinds 1984 studeren er meer vrouwen dan mannen aan de medische faculteiten in Nederland. De medische wereld is echter nog steeds een 'mannenwereld', zeker waar het gaat om de hogere functies. Dit heeft ook zijn weerslag in het onderwijs. Zo zal een medisch student tijdens de studie vaker college krijgen van een man dan van een vrouw, waardoor vrouwelijke studenten minder rolmodellen zien van hun eigen sexe dan hun mannelijke collega's.

De medische beroepsgroep bestaat op dit moment nog grotendeels uit mannen. Vrouwen zijn in de meerderheid bij sociale geneeskunde (27.5%), maar bij de huisartsen en de specialisten vormen zij een duidelijke minderheid met respectievelijk 10.8% en 15.8%. Bij de specialismen valt nog op dat vrouwen in een beperkt aantal specialismen werkzaam zijn: reumatologie (29.6%), kindergeneeskunde (34.5%) en revalidatiegeneeskunde (29.2%). Bij andere specialismen ligt het percentage beduidend lager, met als typisch 'mannenberoep' de chirurgie, waar vrouwen slechts 7.7% van de beroepsgroep vormen.<sup>2</sup>

Als een beroepsgroep voor meer dan 80% uit mannen of vrouwen bestaat spreekt men van een typisch 'mannen-' of 'vrouwenberoep'.<sup>3</sup> Uit de eerder genoemde percentages blijkt dat medische specialismen (inclusief de huisartsgeneeskunde) typische 'mannenberoepen' zijn.<sup>4</sup>

Dit heeft voor het onderwijs de consequentie dat vrouwen tijdens hun studie weinig vrouwelijke rolmodellen aangeboden krijgen waarmee ze zich kunnen identificeren. Hierdoor draagt de rolverdeling binnen de medische professie ertoe bij dat het medisch onderwijs de bestaande rolverdeling versterkt. Kan het onderwijs een rol doorbrekende functie vervullen?

## DE FUNCTIE VAN ONDERWIJS BIJ ROLDOORBREKING EN ROLVERNIEUWING

Uitgangspunt van dit onderzoek is dat een onderwijsinstelling verantwoordelijk is voor het onderkennen en doorbreken van bestaande traditionele opvattingen over sexerollen. De overheid stimuleert dit streven, zoals blijkt uit de nota Vrouwenhulpverlening, waarin gesteld wordt dat het onderwijs gangbare stereotiepe normen dient te doorbreken.<sup>5</sup> Expli-

**Verslag van een  
inventariserend  
onderzoek naar het  
voórkomen van  
sexe-stereotypen  
in medisch  
predoctoraal  
onderwijs**

citeren en doorbreken van vanzelfsprekendheden leidt ertoe dat studenten de mogelijkheid krijgen om een kritische houding te ontwikkelen ten aanzien van de bestaande rolverdeling. Daarnaast is het voor zowel mannelijke als vrouwelijke studenten belangrijk dat zij een diversiteit aan rollen aangeboden krijgen waarmee zij zich kunnen identificeren.<sup>6</sup> Het medisch onderwijs kan naar onze overtuiging een aanzienlijke bijdrage leveren aan het doorbreken van traditionele sexe-stereotiepe beelden en opvattingen binnen de geneeskunde. Mogelijkheden om de rol doorbreking in het medisch onderwijs te realiseren zouden ons inziens kunnen bestaan uit:

1. Een meer evenredige verdeling van vrouwelijke en mannelijke docenten in de verschillende medische disciplines.
2. Een meer gelijkwaardige verdeling van vrouwen over de verschillende functieniveaus.
3. Opheffing van een sexe-stereotiepe presentatie van vrouwen en mannen in het medisch curriculum, waarbij vrouwen en mannen niet meer exclusief gepresenteerd worden in traditionele rollen, maar er rekening gehouden wordt met de huidige maatschappelijke positie van vrouwen en mannen.
4. Presentatie van vrouwen en mannen in het medisch curriculum overeenkomstig de gewenste verdeling van rollen, waarbij vrouwen ook in de rol van leidinggevend gepresenteerd worden en mannen in de rol van verzorgers van kinderen etcetera.

Om genoemde mogelijkheden te effectueren is een analyse van de bestaande situatie in het medisch onderwijs een vereiste. In het hier gepresenteerde onderzoek is een inventarisatie gemaakt van de sexe-stereotiepe beelden en opvattingen in een medisch curriculum.

#### **VERANTWOORDING EN METHODE VAN ONDERZOEK**

De aanleiding voor dit onderzoek naar rolbevestigende danwel rol doorbrekende aspecten in het medisch curriculum van de Rijksuniversiteit Limburg was de kritiek die geuit werd door studenten over het verschil in presentatie van mannen- en vrouwenrollen in het onderwijsmateriaal. Medio 1989 is door het College van Bestuur en door de Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg een subsidie beschikbaar gesteld voor het aanstellen van een student-assistent voor het analyseren van het curriculum.

Bij de uitvoering van dit onderzoek is alle onderwijsmateriaal van de pre-doctoraal fase van het medisch curriculum (de jaren één tot en met vier) geanalyseerd op sexe-specifieke aspecten. De hierbij aanwezige onderwijsinstructies voor docenten zijn eveneens bekeken.

Het onderwijs aan de Rijksuniversiteit Limburg heeft een probleemgestuurd karakter. Dit houdt in dat studenten studeren aan de hand van probleemtaken of casus, waarin een medisch probleem aan de orde wordt gesteld. De casus worden ontwikkeld door docenten die voor het onderwijs verantwoordelijk zijn en worden beschreven in zogenaamde blokboeken betreffende een bepaalde problematiek. Probleemtaken of casus in het medisch curriculum zijn gebaseerd op werkelijk voorgekomen situaties in de praktijk van huisartsen of specialisten, maar kunnen ook min of meer verzonnen zijn.

In dit onderzoek is de inhoud van de probleemtaken van het medisch onderwijsmateriaal geanalyseerd op sexe-specifieke factoren. In totaal ging het hier om 297 casus. Ondanks de variatie in de casuïstiek is een van de gemeenschappelijke kenmerken dat in de meeste taken rollen voorkomen, zoals die van hulpvrager en hulpverlener, of patiënt en arts. In het onderzoek is nagegaan hoe deze rollen verdeeld zijn over vrouwen en mannen.

### *Analyse van de aard van de rollen en de verdeling over vrouwen en mannen*

Met het oog op sexe-specifieke factoren in de rolpresentatie is allereerst nagegaan of deze rollen vervuld worden door mannen of vrouwen. Door een kwantificering hiervan werd een overzicht verkregen van de man-vrouw-verdeling in de casuïstiek.

Om een kwantificering van de rollen te kunnen maken, werden de volgende verschillende roltypes onderscheiden:

*Hulpverlener:* de persoon die hulp verleent, meestal met een (para)medische achtergrond, bijvoorbeeld de huisarts, de co-assistent, of de wijkverpleegkundige.

*Hulpvrager:* de persoon (of groep) met een probleem en/of vraag, en de personen in zijn/haar omgeving, bijvoorbeeld familie, vrienden.

*Overige:* een andere rol, bijvoorbeeld een dialoog waarbij geen sprake is van een hulpvraag.

Bij elke casus die in het medisch curriculum wordt aangeboden, is nagegaan welke rollen worden gepresenteerd en hoe de verdeling is over vrouwen en mannen. Binnen deze categorieën is vervolgens gekeken naar de volgende roltypes:

*Actieve hoofdrol:* een medisch relevante initiërende rol, bijvoorbeeld een arts die voorstelt een bepaald diagnostisch onderzoek te verrichten.

*Passieve hoofdrol:* een medisch relevante reagerende rol, bijvoorbeeld een fysiotherapeut die op indicatie van een arts een behandeling verricht.

*Actieve bijrol:* een medisch relevante rol, waarbij iemand de actie van anderen ondergaat, bijvoorbeeld een patiënt die lichamelijk onderzocht wordt.

*Passieve bijrol:* een medisch niet-relevante rol, bijvoorbeeld een moeder van een ziek kind, die de huisarts binnenlaat.

Deze rollen zijn vervolgens gespecificeerd naar sexe.

### *Analyse van de inhoud van rollen en klachten*

Naast het kwantificeren van de rollen is de casuïstiek beoordeeld op de mate van rol-doorkreking. Hiertoe is een analyse gemaakt van de inhoud van de rollen en de klachten, om te bekijken in welke mate er sprake is van een stereotiepe of roldoorkrekkende inhoud. Hierbij is zowel gelet op de rolpresentatie van de hulpverlener en de hulpvrager, als op de klachtpresentatie.

Bij de rolpresentatie van de hulpverlener is gekeken naar de hele context waarin de rol gepresenteerd wordt, met name naar aspecten als attitude en handelingen.

Bij de rolpresentatie van de hulpvrager is gelet op de context waarin de rol gepresenteerd wordt en de achtergrond-informatie die over de hulpvrager gegeven wordt. Hieronder vallen bijvoorbeeld aspecten als sociale status of soort activiteiten.

Bij de presentatie van de klacht is gekeken naar de manier waarop de klacht of het probleem door de hulpvrager wordt gepresenteerd. Er is gelet op zaken als de aard van de klacht en de wijze waarop emoties naar voren komen.

De rolpresentatie van hulpverlener en hulpvrager en de klachtpresentatie zijn vervolgens beoordeeld op een vijf-puntsschaal. De indeling van de schaal was als volgt:

1. Extreem rolbevestigend.
2. Zonder dat er sprake is van extreem rolbevestigend gedrag zijn er wel stereotiepe elementen aanwezig.
3. Neutrale middencategorie.
4. De presentatie is niet stereotiep, maar enigszins roldoorkrekkend.
5. De presentatie doorkrekt de geijkte patronen.
0. Niet van toepassing, of onvoldoende informatie.

De beoordeling is gebaseerd op een indeling van eigenschappen in stereotiep mannelijke en stereotiep vrouwelijke eigenschappen. Actief, onafhankelijk, objectief, agressief en vol zelfvertrouwen worden hierbij aangemerkt als typisch mannelijk, terwijl als typisch vrouwelijk worden gezien: tactvol, passief, rustig, gevoelens uitend, verzorgend, zacht-

aardig.<sup>7</sup> Wanneer de rolbeschrijvingen conform deze karakteristieken zijn, kan gesproken worden van 'extreem rolbevestigend' (score 1). Een voorbeeld hiervan is een autoritaire mannelijke arts die een onzekere vrouwelijke patiënte nauwelijks laat uitspreken en reeds een recept uitschrijft, voordat zij haar klacht voldoende geuit heeft.

Het tegenovergestelde is dat in rolbeschrijvingen stereotiep vrouwelijke eigenschappen aan mannen worden toegeschreven, of zogenaamd mannelijke eigenschappen aan vrouwen; in die gevallen is er sprake van de score 'extreem roldoorbrekend' (score 5), bij voorbeeld een vrouwelijke vrachtwagenchauffeur die bij het tillen van de vracht haar rug heeft overbelast, of een vrouwelijke chirurg die haar operatieplan doorspreekt met collega's.

Vaak blijkt dat in de presentatie geen sprake is van deze extremen, maar dat bepaalde aspecten in de verschillende rollen 'rolbevestigend' of 'roldoorbrekend' zijn. In dat geval is gekozen voor de beoordeling '2', respectievelijk '4'.

De neutrale middencategorie wordt gebruikt als er geen sprake is van sexe-stereotiepe eigenschappen (score 3).

Uiteindelijk leverde dit per casus een analyse op, waarbij volgens de hierboven gepresenteerde methodiek zowel een kwantificering van de rollen als een beoordeling van de rollen en klachten is gemaakt.

## RESULTATEN

### *Totaal beoordeling betreffende de verdeling van de rol van hulpverlener*

In totaal zijn 297 casus geanalyseerd waarbij 778 rollen zijn beoordeeld.

Er waren 301 rollen als hulpverlener, waarvan 281 (93.4%) hoofdrol en 16 (6.6%) bijrol. Van de hoofdrollen waren 270 (89.7%) actief en 11 (3.7%) passief. Van de bijrollen waren 8 (2.7%) actief en 9 (2.9%) passief.

Wat betreft de verhouding tussen het aantal vrouwen en mannen viel op dat deze bij de actieve hulpverleners zeer scheef is. Er waren

namelijk tienmaal zoveel mannelijke actieve hulpverleners als vrouwelijke actieve hulpverleners. Zo waren er op het totaal aantal actieve hulpverleners 5 (1.8%) vrouwen en 50 (18.5%) mannen, terwijl het aantal actieve hulpverleners met een niet expliciet benoemde sexe zeer groot was, namelijk 215 (79.6%). Bij de overige rollen is het verschil in aantal tussen mannen en vrouwen niet zo duidelijk, aangezien het aantal personen in deze categorieën veel geringer is.

In veel blokken lijkt er rekening gehouden te worden met het feit dat een hulpverlener niet per definitie een man is. Men kiest voor een presentatie waarbij de sexe van de hulpverlener onbekend blijft. Gegeven de huidige situatie in de medische wereld bestaat de kans dat veelal toch min of meer vanzelfsprekend aan een man gedacht wordt.

Vrouwelijke hulpverleners werden vaak voorgesteld als ondersteunend, dienend en voorwaarden scheppend, zoals een vrouwelijke wijkverpleegkundige etcetera. Alleen in sommige gevallen betrof het een vrouwelijke arts en dan ging het meestal om de rol van huisarts; vrouwelijke specialisten kwamen slechts sporadisch voor.

### *Totaal beoordeling betreffende de verdeling van de rol van hulpvrager*

In totaal waren er 411 rollen als hulpvrager, waarvan 343 (83.4%) hoofdrol en 68 (16.6%) bijrol. Van het totaal aantal hulpvragers met een hoofdrol was 67.9% actief en 15.5% passief; van degenen met een bijrol was 6.8% actief en 9.8% passief.

De sexeverdeling over de hoofdrollen bij hulpvragers was als volgt: 176 (51.3%) vrouwen en 163 (47.5%) mannen. Vrouwen hadden de overhand met 54.8% in de actieve hoofdrol van hulpvrager, terwijl mannen met 59% de overhand hadden in de passieve hoofdrol als hulpvrager. De verschillen in aantal tussen vrouwelijke en mannelijke hulpvragers waren over het geheel genomen echter gering.

Voor een oordeel over de mate waarin er sprake was van sexe-stereotiepe aspecten bij de hulpvragers is een analyse van de inhoud van rol van de hulpvrager en de hulpvraag van groot belang. De sexeverdeling bij de patiënten is per casus verschillend. In sommige gevallen ligt dit besloten in de problematiek die in het blok voorkomt, bijvoorbeeld in het blok gynaecologie, maar in andere blokken werd een scheve verhouding aangetroffen zonder dat daarvoor een duidelijke reden te geven is.

*Totaal beoordeling betreffende de verdeling van de rol van 'overige personen' over mannen en vrouwen*

Het totale aantal 'overige personen' bedroeg 67. Hiervan hadden 53 (77.3%) een hoofdrol, terwijl de overige 14 (21.7%) een bijrol hadden. De hoofdrollen kunnen onderverdeeld worden in 45 (85%) actieve hoofdrollen en 8 (15%) passieve hoofdrollen. Van de bijrollen waren 8 (57%) actief en 6 (43%) passief.

In de categorie 'overige rollen' bleken de mannen de overhand te hebben in zowel de actieve als de passieve hoofdrollen, met respectievelijk 48.8% en 50%. Deze percentages waren bij de vrouwen respectievelijk 35.5% en 16.5%. Eenzelfde patroon was te zien bij de actieve en passieve bijrollen, waarbij mannen in de meerderheid waren met respectievelijk 37.5% en 33.3%, tegenover 25.0% en 16.6% vrouwen.

Hoewel het om kleine aantallen gaat is er sprake van een tendens in een bepaalde richting, die wellicht omgebogen zou kunnen worden in een minder sexe-stereotiepe richting.

Uiteraard is nader onderzoek van de inhoud van de rollen van belang voor een goed oordeel over de mate van rolbevestiging danwel rol doorbreking in het medisch curriculum. In de volgende paragraaf zullen we hier nader op ingaan.

*Analyse van de inhoud van de rollen en klachten*

Bij de inhoudelijke analyse van rollen en klachten is gekeken naar het vóórkomen van mannelijke en vrouwelijke stereotypen volgens de eerder gepresenteerde scoringsmethode. Dit leverde de volgende resultaten op:

**MANNELIJKE STEREOTYPEN**

- Mannen waren veel vaker bij een ongeval betrokken dan vrouwen.
- Activiteiten van mannen speelden zich vaker buitenshuis af dan die van vrouwen. Deels is dit te verklaren uit het feit dat in de casus de mannen veel vaker een baan buitenshuis hadden; anderzijds lijkt het of mannen zich sowieso meer buiten de deur begaven.
- Bij de presentatie van sportactiviteiten of sportletsels kwamen meestal mannelijke hulpvragers naar voren. Het betrof dan vaak voetbal.
- Bij de vermelding in de anamnestiche gegevens en in de presentatie van de casuïstiek kwam roken en drinken meestal bij mannen aan de orde; hoewel er in sommige casuïstiek ingespeeld werd op de maatschappelijke veranderingen, zoals bij voorbeeld een toename van roken bij (jonge) vrouwen.
- Bij de mannelijke hulpvragers werd veel eerder het beroep vermeld, ook wanneer dit niet medisch relevant leek te zijn, terwijl dit bij de vrouwen zelden gebeurde. Bovendien valt op dat 'huisvrouw' vaak niet als beroep geassocieerd werd.

**VROUWELIJKE STEREOTYPEN**

- De vrouwen leken overwegend thuis te zitten met de kinderen. Zelfs als dit overeenkomt met de realiteit, is het wel opvallend dat er geen voorbeeld is gebruikt van een man die de zorg deelt voor de huishouding en de opvoeding van de kinderen.
- Het is opvallend dat het bijna altijd de vrouwen waren, die met een kind naar de dokter gaan. Wanneer een kind alleen kwam, gebeurde dat op aanraden van de moeder.

- Bij de vrouwen werd een andere terminologie gebruikt: de woorden "depressief en angstig" zijn met name met vrouwen geassocieerd en werden in de casuïstiek ook gemakkelijker gebruikt bij vrouwen.
- Vrouwen presenteerden vaak een klacht die zowel henzelf als hun partner betrof, of soms zelfs alleen de partner. De man verscheen in dit geval helemaal niet ten tonele.

*Algemene aanbevelingen naar aanleiding van de kwantificering van de verschillende soorten rollen*

#### HULPVERLENERS

Hierbij was in de casus vaak sprake van een sexe-neutrale hulpverlener. Een roldoorbrekend effect zou heel goed bereikt kunnen worden door de hulpverlener als man of als vrouw te presenteren en daarbij een evenrediger plaats in te ruimen voor vrouwelijke artsen en hulpverleners. Eveneens dient er gestreefd te worden naar een gelijkere verdeling van de sexen over de verschillende disciplines. Het gaat dus niet uitsluitend om een toename van vrouwelijke actieve hoofdrollen bij de hulpverleners, maar ook om méér vrouwelijke specialisten in de verschillende disciplines.

Bovendien zou het goed zijn om meer actieve hoofdrollen te beschrijven van mannen in de rol van verplegend en ondersteunend personeel.

#### HULPVRAGERS

Het is niet mogelijk ten aanzien van dit punt algemene aanbevelingen te formuleren, omdat de verdeling naar sexe van de hulpvragers per onderdeel erg verschillend is.

Als voorbeeld verwijzen we naar het onderdeel "Gynaecologische problemen en complicaties in de zwangerschap". Hier heeft men, gezien de aard van de problematiek, met vrouwelijke hulpvragers te maken.

Een verdere analyse van de relatie tussen sexe en klachten van de hulpvragers is nodig. Hierbij dient enerzijds nagegaan te worden of klachten geslachtsspecifiek zijn, en dus vrijwel uitsluitend voorkomen bij vrouwen of

mannen, zoals baarmoederkanker of prostaatkanker. Anderzijds moet worden geanalyseerd welke klachten als sexespecifiek zijn te typeren, doordat ze te maken hebben met de maatschappelijke rolverdeling tussen mannen en vrouwen of de toekenning van sexespecifieke eigenschappen aan vrouwen of mannen. Tenslotte kan nog worden nagegaan in welke mate gelijke klachten van vrouwen en mannen door artsen verschillend worden gepercipieerd en beschreven, omdat men bij voorbeeld agressief gedrag bij mannen meer verwacht en 'gepast' vindt, dan bij vrouwen.<sup>8</sup>

*Aanbevelingen naar aanleiding van de analyse van de rollen en klachten*

#### MANNELIJKE STEREOTYPEN

Zoals uit de analyse is gebleken, begaven in de casuïstiek mannen zich vaker buiten de deur en waren daardoor ook meer bij ongevallen betrokken, of hadden meer te maken met sportletsels. Het curriculum loopt in dit geval achter bij de maatschappelijke verschuiving waarbij vrouwen frequenter betaald werk hebben en meer sporten dan vroeger. In dit geval dient het curriculum meer aan te sluiten bij deze maatschappelijke veranderingen.

Een ander punt dat opvalt is dat, ook wanneer het beroep van mannen geen medische relevantie had, dit wel vaak genoemd werd, in tegenstelling tot bij vrouwen. De hier genoemde punten zijn relatief makkelijk te veranderen zonder dat dit direct gevolgen heeft voor de medische inhoud van de casuïstiek.

Verder is bij de analyse van de rollen en klachten een opmerking gemaakt ten aanzien van de presentatie van rook- en drinkgedrag van mannen en vrouwen, waarbij roken en drinken vooral bij mannen beschreven werd, terwijl juist bij vrouwen de laatste jaren sprake is van een toename van roken en drinken.

## VROUWELIJKE STEREOTYPEN

In het curriculum waren het de vrouwen die met de kinderen thuis zaten en met een kind naar de arts gingen. Bij een probleem dat beide partners betrof, werd het probleem meestal door de vrouw gepresenteerd, hetgeen ook wel het geval was bij een probleem dat alleen de man betrof. Het zou goed zijn als mannen hier een duidelijker rol in krijgen. Het zou wenselijk zijn om bij sommige casuïstiek literatuur uit vrouwenstudies te gebruiken. Gedacht kan worden aan casuïstiek waarin het gaat over socialisatieprocessen, of over psychologische gevolgen van gynaecologische ingrepen en dergelijke.

## SAMENVATTING EN DISCUSSIE

Uitgangspunt van dit artikel was dat momenteel meer dan de helft van de studenten op de medische faculteiten uit vrouwen bestaat, maar dat deze nog steeds geconfronteerd worden met voor het merendeel mannelijke opleiders en een inhoudelijk curriculum waarin traditionele sexerol-stereotypen de verhouding tussen de overwegend mannelijke hulpverlener en vrouwelijke hulpvrager bepalen.

In de geneeskundige specialisaties is het aantal mannen veruit in de meerderheid. Bij 23 van de 29 specialismen bedraagt het percentage mannelijke specialisten meer dan 80%. Nergens is het percentage vrouwen hoger dan 40%. Dit betekent dat vrouwelijke studenten nog maar zeer weinig vrouwelijke voorbeelden zien tijdens hun opleiding.

Roldoorbreking in het medisch onderwijs kan gerealiseerd worden door meer vrouwen in te schakelen als docent, maar tevens door een meer gelijkwaardige vertegenwoordiging van vrouwen en mannen in het onderwijsmateriaal. Aan de Rijksuniversiteit Limburg is daarom een analyse verricht naar de roldoorbreking tussen vrouwen en mannen in de aangeboden casuïstiek, zowel wat betreft de klachtpresentatie als de inhoud van de rollen van hulpverleners en hulpvragers. Uit deze analyse blijkt dat mannen voornamelijk de rol vervullen van actieve hulpverlener en vrouwen de rol van actieve hulpvrager. Ook in de categorie 'overige rollen' blijken mannen te domineren, alhoewel het hier om relatief kleine aantallen gaat. Opvallend is dat bij vele casus de sexe van de hulpverlener niet expliciet werd vermeld. Het is niet denkbeeldig dat men gezien de bestaande situatie geneigd is hier toch aan een man te denken. Deze situatie biedt echter een goede gelegenheid om in het onderwijsmateriaal een doorbreking van de geijkte rolpatronen te bewerkstelligen door wél aan te geven of het een man of een vrouw betreft en meer vrouwen in deze rol te presenteren.

Hulpvragers waren voornamelijk vrouwen, terwijl de inhoud van de hulpvragen veel sexe-stereotiepe beelden bevatte.

Bij de aanbevelingen ten aanzien van de rol van hulpverlener, hulpvrager en klachtpresentatie worden suggesties gegeven om traditionele sexe-stereotypen te doorbreken en roldoorbrekende voorbeelden te geven. Dit roept uiteraard de vraag op wat een wenselijke vorm van roldoorbreking is. Vrijwel niemand zal in dit geval pleiten voor een volledige rolomkering tussen mannen en vrouwen. Ook een weergave van de feitelijke verdeling van rollen en klachten over mannen en vrouwen levert problemen op. Deze kan enerzijds nog sterk asymmetrisch zijn, bij voorbeeld waar het de zorg voor huishouden en opvoeding van kinderen betreft, en anderzijds ongewenst zijn, bij voorbeeld het toenemende rookgedrag van vrouwen. Ons inziens gaat het bij roldoorbrekend onderwijs niet om een simpele rolomkering, noch om

een feitelijke weergave van de huidige sexeverhoudingen. Wat beoogd wordt is een meer gelijkwaardige presentatie van mannen en vrouwen over de verschillende rollen en klachten overeenkomstig de volgende richtlijnen:

1. Het onderwijsmateriaal zal meer rolmodellen voor vrouwelijke medische studenten dienen te bevatten.

2. Het onderwijs zal vanzelfsprekendheden omtrent taakverdeling tussen de sexen dienen te expliciteren en ter discussie dienen te stellen.

3. Het onderwijs zal in de beeldvorming veranderingen in de man-vrouwverhouding dienen weer te geven, zowel wat betreft de rollen als de klachten en daarbij studenten leren na te denken over gewenste ontwikkelingen in de toekomst.

Tenslotte is het van veel belang dat geneeskundestudenten kritisch leren nadenken over de man-vrouwverhoudingen in de verschillende specialisaties en over de sexe-specifieke factoren die een rol kunnen spelen in de aard en de presentatie van de klachten.

#### LITERATUUR

1. Mottier I. Emancipatie aspecten in schoolboeken. Het ontwerpen van richtlijnen voor natuurkunde, techniek, geschiedenis en taal. Dissertatie, 1988
2. Statistiek: Artsen per categorie naar leeftijdsgroep. Rijswijk: Beleidsinformatie Centrum van het Ministerie van WVC, 1989.
3. Brouns K, Schokker A. Arbeidsvraagstukken en sekse. STEO Trendrapport. 's-Gravenhage, 1990.
4. Imandi K, Spaan J, Van Dunen J. Medische Specialisten in Nederland, 1977-1983. Utrecht: Nationaal Ziekenhuis Instituut, 1983.
5. Nota Vrouwenhulpverlening. 's-Gravenhage: Ministerie van WVC, 1986.
6. Van Domburg M, Noordenbos G, Portegijs W. Loopbaanplanning. Hoger Onderwijs Reeks. Groningen: Wolters Noordhoff, 1989
7. Broverman I, et al. Sex-role stereotypes: a current appraisal. *Journal of Social Issues* 1972; 28(2): 59-78.
8. Meeuwesen L, Ruiter M, Westerbeek van Eerten, Brinkgreve C. Vrouwen en Gezondheid. Een overzicht van onderzoek naar gezondheidsklachten van vrouwen. STEO Trendrapport. 's Gravenhage, 1991.

*Het hier beschreven onderzoek werd geïnitieerd vanuit Vrouwenstudies van de Faculteit der Geneeskunde door drs. Y. Winants en is uitgevoerd met behulp van gelden uit het emancipatiebudget van de Rijksuniversiteit Limburg. Het onderzoek is uitgevoerd door R. Scherpenzeel (studente geneeskunde) onder begeleiding van dr. J. Heineman (Vrouwenstudies Faculteit der Rechten). Het onderzoek heeft ondersteuning gekregen van een begeleidingscommissie bestaande uit: H. Snellen (Onderzoek en Onderwijs), H. Hamers (Sociale Psychiatrie), L. Willems (student Faculteit der Rechten en student-assistent, screening onderwijsmiddelen Faculteit der Rechten) en W. Weijts (Vrouwenstudies Faculteit der Gedragswetenschappen).*

*Met dank aan de Begeleidingscommissie van Vrouwenstudies Geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Limburg voor haar kritische en stimulerende commentaar op de eerste versie van dit artikel.*