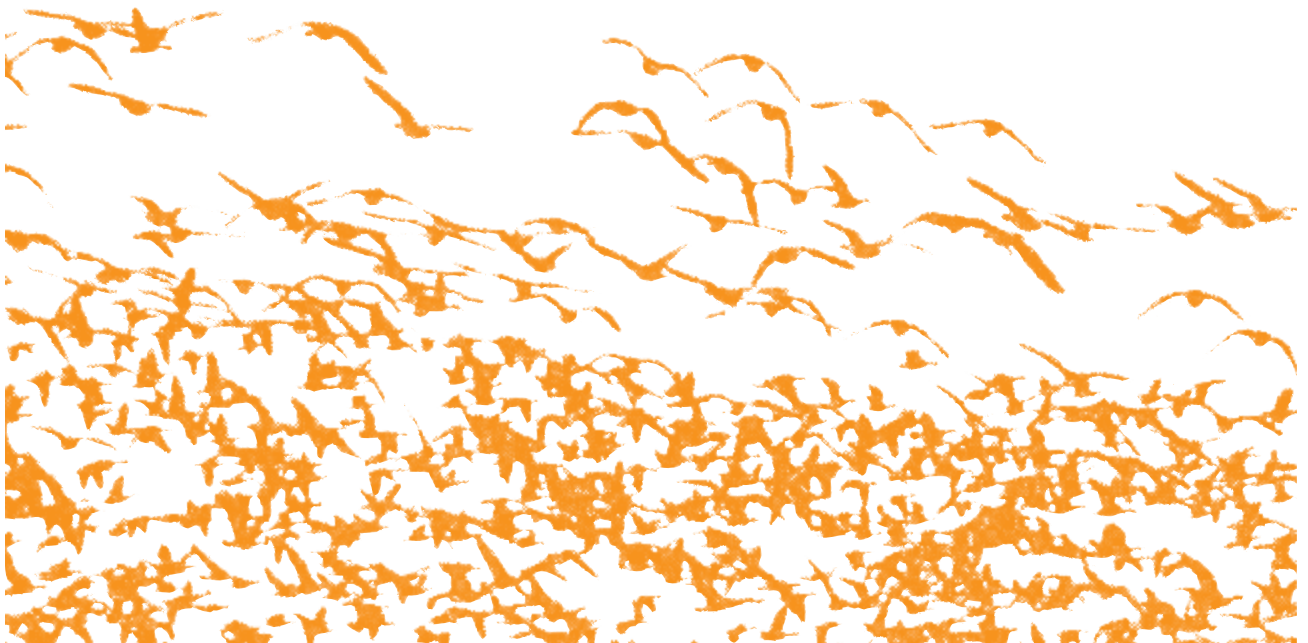


Universitaire Medische Centra:

VROUWEN IN DE ACADEMISCHE TOP



Anneke van Doorne | Annemieke van Beek

Annemieke van Beek

Drs. Annemieke van Beek MPM is partner van VanDoorneHuiskes en partners en gespecialiseerd in coaching, mentoring en advisering van overheidsorganisaties en bedrijven op het gebied van cultuurverandering en de doorstroom van vrouwen. Zij heeft verschillende Management Development trajecten, gericht op doorstroom van vrouwen, samen met organisaties vormgegeven. De laatste jaren heeft zij verschillende projecten geleid op het terrein van inzetbaarheid en duurzame loopbanen.

Anneke van Doorne

Prof. Dr. Anneke van Doorne-Huiskes werkt als partner bij VanDoorneHuiskes en partners. Zij is emeritus hoogleraar Sociologie (sinds maart 2006) aan de Universiteit Utrecht en voorheen aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Zij adviseert onder meer over doorstroming van vrouwen naar hoge functies. Zij neemt deel aan internationaal-vergelijkende projecten op het vlak van family-friendly organisaties en kwaliteit van de arbeid. Zij is lid van de Raad van Toezicht ING Nederland en sinds 2001 lid van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. Zij was voorzitter van het Gebied Maatschappij- en Gedragswetenschappen van NWO (2000-2006).

Context

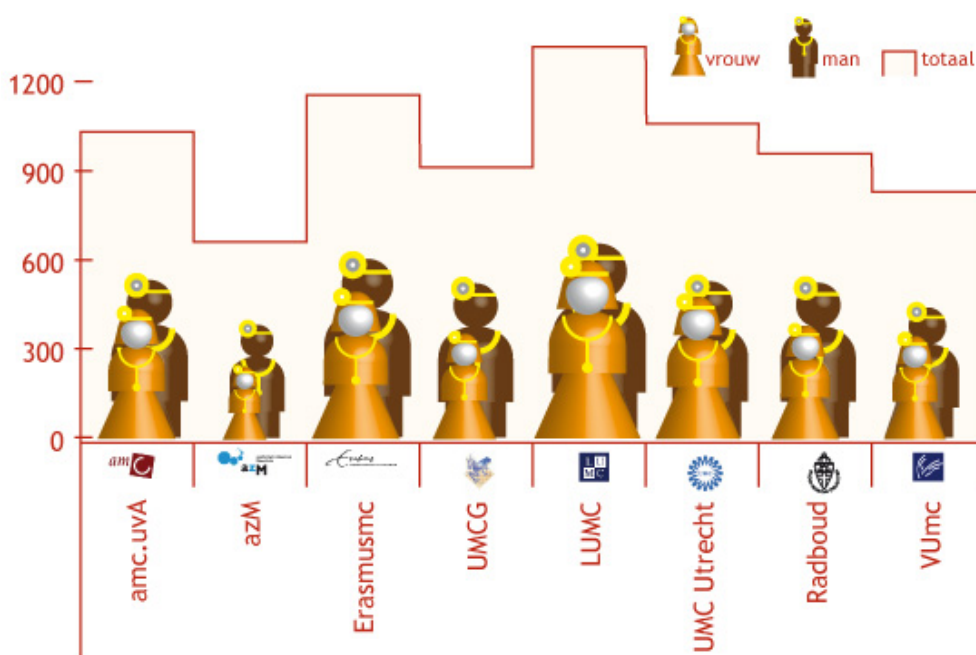
Het is nog maar een aantal decennia geleden dat vrouwen binnen de studie geneeskunde een kleine minderheid vormden. Die tijd lijkt ver voorbij. Vrouwelijke studenten zijn inmiddels stevig in de meerderheid: 65 procent van de studenten geneeskunde is vrouw.

Dit feit werkt door. De instroom van vrouwelijke artsen in de specialistenopleidingen neemt toe. Dat leidt op zijn beurt tot een ruimere aanwezigheid van vrouwen binnen het medisch en medisch wetenschappelijk personeel in Universitaire Medische Centra (UMC's). Per januari 2007 was het aandeel vrouwen in die categorie 44 procent. De verschillen tussen de UMC's op dit punt van aandelen vrouwelijke artsen zijn klein (figuur 1).









Het beeld van een prominente vrouwelijke aanwezigheid onder de medisch specialisten vraagt om nuances, wanneer we verder in het rangenstelsel kijken. Het onderzoek *Benchmark loopbaanontwikkelingen vrouwelijk/mannelijk medisch en medisch wetenschappelijk personeel* (2008) dat VanDoorneHuiskes en partners uitvoerde in 2008 onder alle UMC's, meldt dat onder basisartsen, aio's, agiko's en medisch specialisten vrouwen in de meerderheid zijn, variërend van 53 tot 57 procent. In de hogere rangen wordt het beeld anders. Bij de universitair medisch specialisten is 37 procent vrouw, bij de hoogleraren medisch specialisten 8 procent, bij de bijzondere hoogleraren 9 procent en bij de hoogleraren afdelingshoofden ten slotte, 7 procent (tabel 1 en figuur 2).

We kunnen constateren dat er sprake is van een glazen plafond. Met de glazenplafond-index (De Olde en Slinkman, 1999) kan de dikte van het glazen plafond in organisaties gemeten worden. De index geeft het verschil aan tussen het aandeel vrouwen in twee opeenvolgende functieniveaus ten opzichte van het aandeel vrouwen in het laagste van deze twee functieniveaus (=het potentieel voor een hoger functieniveau. De waarden van de index lopen van 0 tot 100 waarbij geldt hoe hoger het getal, hoe dikker het glazen pafond). In de Benchmark van UMC's blijkt dat sprake is van een glazen plafond tussen de functies AIO/AGIKO ("lagere functies") en MS/UMS ("midden functies") en tussen MS/UMS ("midden functies") en HMS/HHA ("top functies"). Het glazen plafond is het dikst tussen medisch specialist en hoogleraar (figuur 3).

Deze getalsverhoudingen roepen vragen op. Ze doen vermoeden dat er in bepaalde fasen van carrières talent verloren gaat. De rol van de tijd moet natuurlijk niet worden veronachtzaamd, de aanwezigheid van veel vrouwelijke artsen in de lagere echelons kent nog een vrij korte geschiedenis. Er is nog wat tijd nodig om de representatie van vrouwen binnen de hogere functies in overeenstemming te krijgen met hun aandeel lager op de carrière ladder. Maar tijd alleen verklaart het kleine getal aan vrouwen in hoge medische functies niet. Ook andere mechanismen spelen een rol.

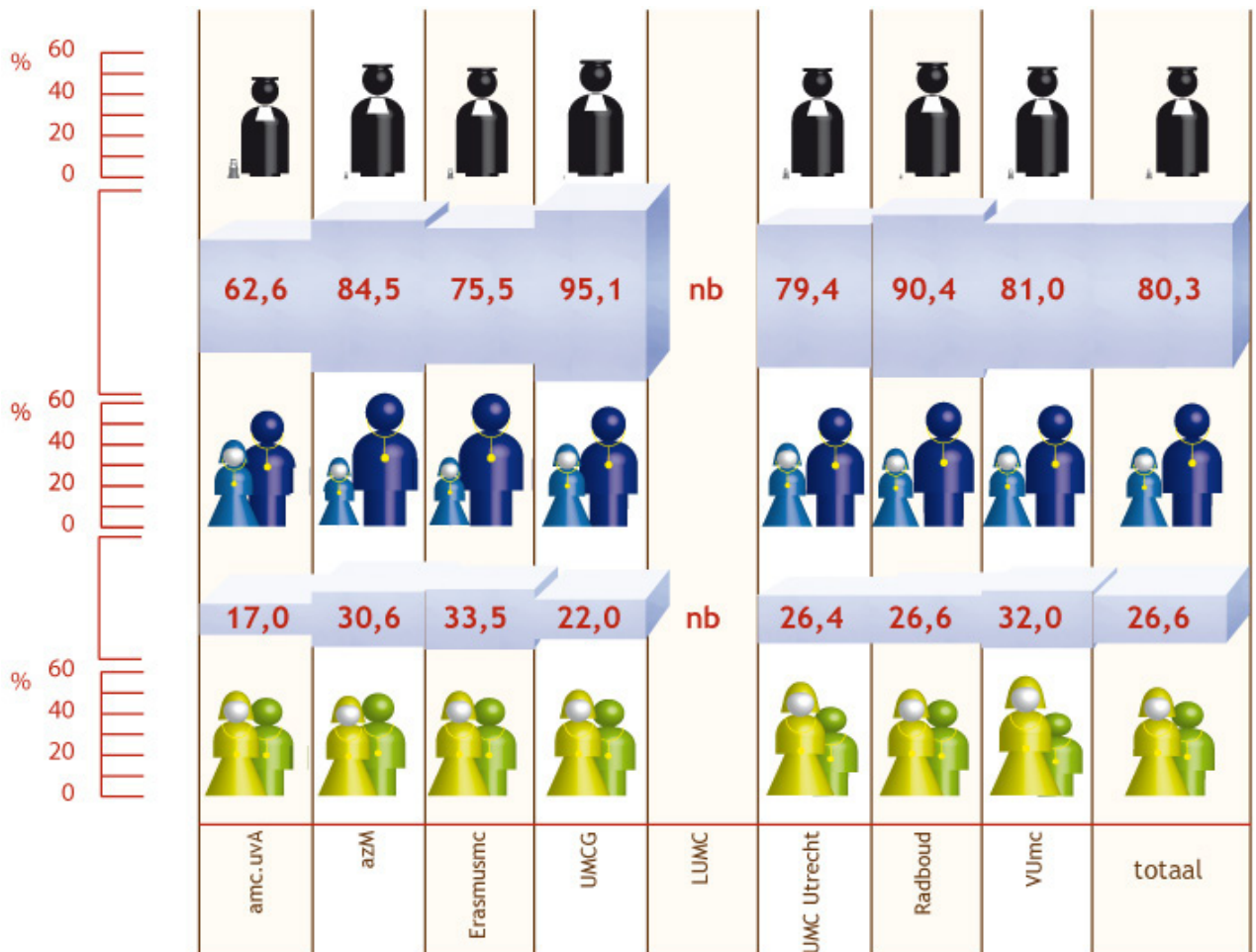


[figuur 1] Man/vrouw verdeling medisch wetenschappelijk personeel in absolute getallen

	amc.uva 	azM 	Erasmusmc 	UMCG 	LUMC 	UMC Utrecht 	Radboud 	VUmc 
<i>Hoogleraar afdelingshoofd</i>	21%	4%	3%	4%		4%	6%	6%
	79%	96%	97%	96%		96%	94%	94%
	28	27	33	23		45	34	32
<i>Hoogleraar medisch specialist</i>	13%	7%	0%	10%		15%	2%	9%
	87%	93%	100%	90%		85%	98%	91%
	53	30	17	49		26	47	34
<i>Universitair medisch specialist</i>	40%	34%	39%	33%		40%	34%	39%
	60%	66%	61%	67%		60%	66%	61%
	354	240	489	409		386	342	303
<i>Medisch specialist</i>	54%	38%	56%	53%		49%	57%	50%
	46%	62%	44%	47%		51%	43%	50%
	92	29	55	40		45	91	24
<i>Assistent geneesk. in opleiding tot klinisch onderzoeker</i>	50%	29%	57%	67%		56%	46%	50
	50%	71%	43%	33%		44%	54%	50%
	14	7	30	9		50	26	10
<i>Assistent in opleiding tot medisch specialist</i>	52%	50%	52%	51%		56%	53%	59%
	48%	50%	48%	49%		44%	47%	41%
	420	285	396	371		390	413	366
<i>basisarts</i>	57%	42%	63%	45%		56%	80%	25%
	43%	58%	37%	55%		44%	20%	75%
	70	38	110	11		16	5	4

50% = % ♀ 50% = % ♂ 460 = totaal

[tabel 1] Man/vrouw verdeling medisch wetenschappelijk personeel naar functie (peildatum 1 januari 2007)
460= totaal in absolute getallen
LUMC: geen cijfers beschikbaar



[figuur 2] Glazen plafond tussen AIO/AGIKO en MS/UMS en tussen MS/UMS en HMS/HHA (glazen-plafond index volgens De Olde en Slinkman):

glazen plafond = $100 \times (b-a)/b$

waarbij b = gecumuleerde % vrouwen in lagere functieniveaus

a = gecumuleerde % vrouwen in hogere functieniveaus

Een aantal verklaringen

Waarom stopt de doorstroom van vrouwelijke artsen naar de hoge academische rangen? In het benchmark onderzoek zoals hierboven genoemd, passeren verschillende hypothesen de revue. Een “*gebrek aan aanbod*” hypothese lijkt niet meer toereikend. Er is inmiddels een brede basis van vrouwelijke medisch specialisten ontstaan, waaruit hoge functionarissen kunnen worden gerekruteerd. De “*vrouwen kiezen voor zorg thuis en daarom voor deeltijd*” hypothese wordt vaak als verklaring aangevoerd. Maar als de werktijden van vrouwelijke medische specialisten worden bekeken, dan is die hypothese maar beperkt houdbaar. Vrouwelijke specialisten blijken weliswaar iets minder vaak in volledige banen te werken, maar als zij deeltijdfuncties hebben zijn dit ruime deeltijdbanen (van 32 - 35 uur). (figuur 3). De boodschap is daarmee duidelijk: een ruime meerderheid van de vrouwelijke specialisten heeft volledige banen en de in deeltijd werkende vrouwelijke artsen kennen substantiële werkweken. Daarmee vervalt voor een flink deel de verklaringskracht van de deeltijdhypothese. Er spelen (ook) andere mechanismen.

Het onderzoek binnen UMC's oppert nog een aantal andere hypothesen. “*Vrouwen zijn te weinig ambitieus, niet gericht op leidinggevende functies*”. Evidentie uit de praktijk lijkt een andere taal te spreken. Maar voor zo ver deze ambitie hypothese geldt, vormen coaching, mentoring en trainingen belangrijke instrumenten om niet (h) erkende ambities te activeren en te stimuleren. Deze publicatie gaat daar verder op door. De “*gebrek aan transparantie bij benoemingen*” hypothese krijgt bijval in het benchmark onderzoek. Alle betrokken UMC's herkennen dit punt als een algemeen mechanisme dat nadelig werkt op de kans van vrouwen om hoger op te komen. In algemene zin kan worden gezegd dat gebrek aan transparantie bij benoemingen en bevorderingen met name nieuwkomers treft. Bij gebrek aan transparantie heeft de vanzelfsprekendheid het laatste woord. En mannen zijn tot nu toe eenmaal een vanzelfsprekender verschijning op hoge medische posities dan vrouwen.

Dan is er nog de “*cultuur van de organisatie*” hypothese. Moeilijk grijpbaar vaak, maar wel werkzaam. Codes in omgangsvormen zijn een deel van de cultuur, evenals netwerken van mensen die elkaar kennen en elkaar desgewenst noemen

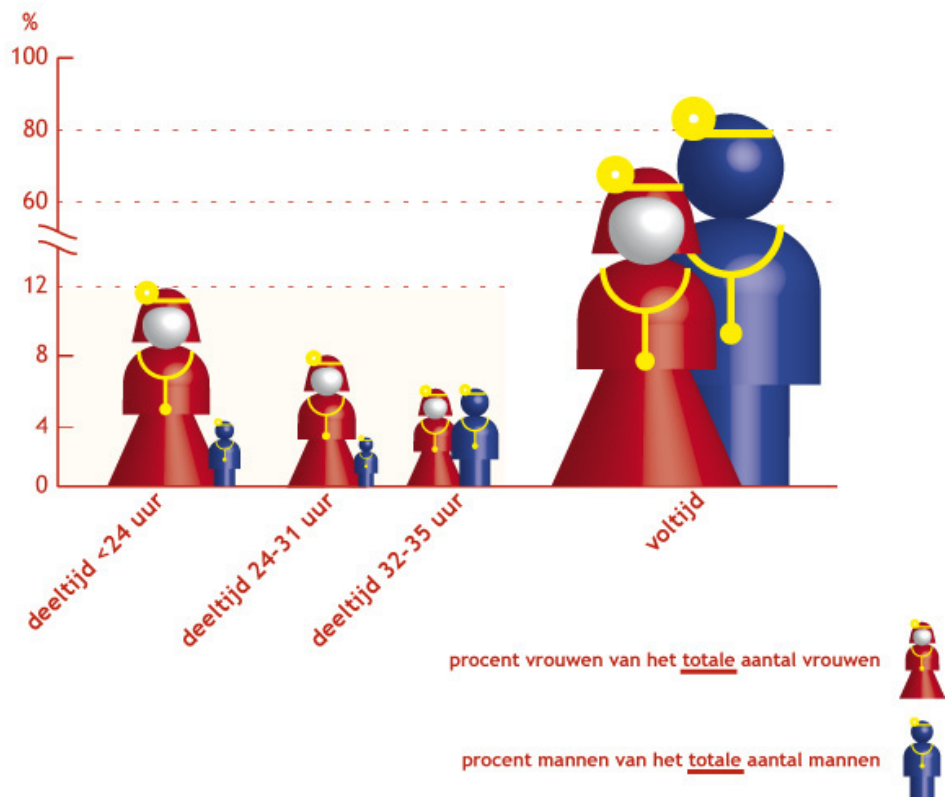
en aanbevelen. De medische cultuur kent een lange traditie van mannelijke specialisten die op allerlei manieren met elkaar te maken hebben. Het is niet zo dat daar geen ingewikkeldheden of animositeiten bestaan. Maar er zijn wel codes van interacties en gedragingen gegroeid die men van elkaar kent, herkent en apprecieert. De integratie van vrouwen in die netwerken en cultuur en het gebruik kunnen maken van de voordelen die dat biedt, is een proces dat tijd vraagt. Daarnaast vormen strategisch-politieke werkwijzen ook een onderdeel van de organisatiecultuur. Lang niet iedereen is daar goed in ingevoerd, dat geldt ook voor mannen. Maar vrouwen hebben er vaak een verklaarde hekel aan, uit die hekel ook en gaan bij voorkeur voor de inhoud, de professie en het vak. Dat zo'n houding de carrière kan schaden blijkt dan pas later of acht men - in eerste instantie - minder relevant.

Alle genoemde hypothesen dragen een stukje verklaring aan. Een apart gewicht per hypothese is moeilijk te bepalen. Om dat te kunnen doen zou complex en grootschalig onderzoek nodig zijn. Maar bij elkaar vormen deze hypothesen de puzzelstukken van het verklaringspotentieel, wanneer de vraag van geringe representatie van vrouwen in de medische top aan de orde is. Ze bieden ook aanknopingspunten tot interventies. Over mogelijke interventies gaat deze publicatie.

Eerst nog even aandacht voor het *Loopbaanmodel: kans op doorstroom van vrouwelijk medisch/medisch wetenschappelijk personeel*, zoals dat in het genoemde benchmark onderzoek is gehanteerd. In dit model vormen de kansen op doorstroom van vrouwelijke specialisten de zogenaamde afhankelijke variabele. Die kansen kan men op verschillende manieren indiceren of operationaliseren. In het benchmark onderzoek is gekozen voor drie criteria:

- Aandeel vrouwen instroom opleidingsplaatsen specialismen
- Aandeel vrouwen in de verschillende functieniveaus
- Aandeel vrouwen in de uitstroom
- Doortroomgegevens

(VanDoorneHuisjes en partners, 2007) [figuur 4]



[figuur 3] Verdeling parttime/fulltime werkers (m/v)

Aan de kant van de zogenaamde onafhankelijke variabelen, de kenmerken waarvan wordt verondersteld dat ze van invloed zijn op de kansen van vrouwelijke specialisten om door te stromen naar hogere functies, is een onderscheid gemaakt tussen organisatiekenmerken en individuele kenmerken. Natuurlijk zijn kansen op carrière niet alleen van organisatiekenmerken afhankelijk. Ook individuele *human capital* variabelen, zoals omvang van de werkweek, aantal ervaringsjaren, leeftijd, doen er toe. In deze publicatie zal de aandacht vooral naar een aantal organisatiekenmerken uitgaan. Mede omdat op het vlak van *human capital* de betrokken vrouwen al hoog scoren.



[figuur 4] Loopbaanmodel: kans op doorstroom van vrouwelijk medisch/medisch wetenschappelijk personeel

Op grond van de hierboven beschreven overwegingen is gekozen voor bovenstaand model (VanDoorneHuiskes, 2007)

Waarom deze publicatie?

Het voorgaande laat zien dat er veranderingen mogelijk zijn. Deze publicatie wil daarvoor een aantal instrumenten aanbieden en beschrijven. Het doel van die instrumenten is om onnodig verlies van vrouwelijk medisch talent te voorkomen. De studie Geneeskunde vraagt om grote investeringen. Zowel van de samenleving als geheel als van mannen en vrouwen die geneeskunde als vak hebben gekozen. Het is jammer als al dit talent en al die investeringen niet tot volle ontplooiing kunnen komen. Dat geldt zeker in een tijd waarin van ziekenhuizen innovierend handelen en beleid worden verwacht. De noodzaak van klantgerichtheid, de patiënt centraal, een meer holistische benadering vanuit de patiënt en minder “stuksgewijs” handelen vanuit de de disciplines, het zijn evenzo vele eisen van een moderne tijd, die ook voor academische instituties gelden. Vrouwelijke artsen kunnen in die innovatieontwikkelingen niet worden gemist. Ook niet, of beter wellicht juist niet, als het om gezichtsbebepalende functies gaat.

Organisaties willen hun prestaties verbeteren: enkele algemene modellen

Het vrouwelijk talent beter benutten: een vorm van prestatieverbetering van organisaties

In de algemene managementliteratuur bestaat veel aandacht voor de thematiek van organisatieveranderingen en organisatieverbeteringen. Hoe kunnen de prestaties van een organisatie worden verbeterd, waarom blijven de uitkomsten achter bij de gestelde doelen, wat kan er worden gedaan om de doelen wel te halen? Ziekenhuizen verkeren in turbulente omgevingen en staan voor grote uitdagingen. Meer competitie, een toenemende nadruk op kwaliteit en prestaties, een samenleving die van de gezondheidszorg steeds meer openheid, transparantie en klantvriendelijkheid vraagt. Voor academische ziekenhuizen geldt dit alles nog in versterkte mate. Als zaken niet goed gaan zijn de media er snel bij om dit de wereld te laten weten. Daarnaast nemen in academia in het algemeen de eisen op het vlak van wetenschappelijke prestaties nog steeds toe. Het binnen halen van schaarse onderzoeksgelden is een vorm van topsport geworden, die van de academische staf voortdurende alertheid en betrokkenheid vraagt.

In een dergelijk klimaat van nadruk op *performance* kan, gegeven de ontwikkelingen van de laatste decennia in de samenstelling van de medische beroepsgroep, de inbreng van vrouwen niet worden gemist. Ook niet in de top van de organisatie. Natuurlijk is het niet zo dat de aanwezigheid van vrouwen een voldoende voorwaarde is voor excellentie van academische ziekenhuizen. Maar een noodzakelijke voorwaarde is het wel. Excellentie, zo is het uitgangspunt van deze publicatie, kan alleen worden bereikt op basis van een gemengde organisatie: mannen en vrouwen zijn op alle niveaus vertegenwoordigd.

Dit streven naar meer vrouwen in gezichtsbebepalende functies krijgt daarmee een tweeledige betekenis. Het vormt een prestatieverbetering van de organisatie in zich zelf en het is tegelijkertijd één van de noodzakelijke voorwaarden voor een verdere verhoging van de kwaliteit van de organisatie.

Hoe komen organisaties tot betere prestaties?

De vraag naar prestatieverbeteringen van organisaties wordt in de managementliteratuur regelmatig gesteld. Er zijn dan ook vele organisatie modellen ontworpen om die vraag zo gestructureerd mogelijk te beantwoorden. Het zogenaamde negenvelden model van Rummler (1995, 2004) biedt interessante aanknopingspunten. In dit model worden drie gezichtspunten of prestatievariabelen - organisatie, processen en professionals - gecombineerd met drie soorten organisatiebehoeften - doelen, ontwerp en management (zie Arets & Heijnen, 2008). Zonder op alle elementen van dit model in te gaan, kunnen een paar belangrijke aandachtspunten worden genoemd. Combineren we bijvoorbeeld *organisatie* met *doelen*, dan verwijst dit naar de noodzaak om bij na te streven organisatieveranderingen doelstellingen te formuleren, strategieën te definiëren en te communiceren en de strategieën te doen aansluiten op een analyse van kansen en bedreigingen. Het gezichtspunt *processen* gaat in op de vraag hoe de veranderingen tot stand kunnen komen, hoe de organisatieprocessen zodanig moeten zijn ingericht dat de doelstellingen ook daadwerkelijk worden gehaald. Het gezichtspunt *professionals* gaat in op de taken die moeten worden verricht om de gestelde doelen te halen, op de middelen die daarvoor nodig zijn, op de kennis en vaardigheden die de professionals moeten bezitten om de voorgenomen organisatieveranderingen te realiseren.

Belangrijk is dat de verschillende gezichtspunten in samenhang worden gezien. Het formuleren van doelstellingen alleen heeft weinig zin, wanneer er geen processen worden ingericht die de realisatie van die doelstellingen ondersteunen. Het inrichten van processen op zijn beurt leidt tot weinig, wanneer het de professionals aan kennis, vaardigheden en motivatie ontbreekt om de voorgenomen veranderingen daadwerkelijk tot stand te brengen.

Bij processen van organisatieveranderingen is in alle gevallen een communicatiestrategie van groot belang. Evenals het verder ontwikkelen van draagvlak en betrokkenheid en het managen van mogelijke weerstand. In alle fasen moet duidelijk zijn wie de eigenaar is van de geconstateerde problematiek. Het belang van dat laatste kan niet genoeg worden benadrukt. Veel goede voornemens op het vlak van organisatieverandering stranden op het ontbreken van mensen die zich daadwerkelijk verantwoordelijk voelen voor het bereiken van de gestelde doelen.

Tot zo ver enkele algemene principes van processen en procedures die tot een verbetering van de organisatieprestaties moeten leiden. We komen weer terug op de vraag hoe universitaire medische centra het aandeel vrouwen in de gezichts-bepalende functies kunnen verhogen. Het is zinvol om daarbij eerst nog een paar weerbarstigheden onder de loep te nemen.

Meer vrouwen in de academische top: een weerbarstig vraagstuk

Waarom blijkt de doelstelling “meer vrouwen in gezichts-bepalende functies” zo vaak zo moeilijk te realiseren binnen organisaties? Enkele verklaringen waarom de doorstroom van vrouwelijke artsen naar de hoge academische rangen stopt, zijn in het voorgaande al aan de orde geweest. Hier gaan we vanuit een perspectief van organisatieverandering kort in op deze vraag.

Het perspectief van de organisatie

Meer vrouwen in de academische top wordt vaak niet als een strategische doelstelling van de organisatie gedefinieerd. De neiging dit streven vooral als een onderdeel van het *human resources* beleid te zien is groot. Human resources onderwerpen komen zelden op de agenda van de Raad van Be-

stuur. Daarnaast blijft de concretisering van het doel meer vrouwen in de academische top vaak vaag en weinig geëxpliciteerd. Er zijn verschillende invullingen mogelijk, er worden ook vaak verschillende invullingen aan gegeven. Maar door gebrek aan explicitering van de doelstelling, blijven die verschillen in uitwerking en accenten ook in het vage.

Een tweede kwestie is een gebrek aan probleemeigenaarschap. Wie is de eigenaar van deze organisatieverbetering, bij wie of bij welke bestuurlijke eenheid ligt de hoofdverantwoordelijkheid? Wie of welke eenheid heeft het op zich genomen om deze doelstelling daadwerkelijk te realiseren, of althans om vooruitgang te boeken op het vlak van meer vrouwen in gezichts-bepalende functies. Om het wat huiselijker te zeggen: wie ligt er wakker van als de doelstelling meer vrouwen in de academische top niet wordt gehaald. Als dat uiteindelijk niemand is, is de kans dat er weinig gebeurt groot. De verantwoordelijkheid voor het welslagen van beleid om het vrouwelijk aandeel in hoge functies te vergroten, moet hoog in de organisatie worden geborgd.

Een derde kwestie, die met bovengenoemde zaken samenhangt, is het gebrek aan verantwoordingslijnen. Het algemene doel blijft vaag, de verantwoordelijkheid voor het behalen ervan is vaak niet goed belegd, er worden op afdelingsniveau geen concrete subdoelen gesteld, er wordt derhalve niet of te weinig effectief naar voortgang geïnformeerd, leidinggevend worden te weinig voor de uitdaging gesteld om over de voortgang te rapporteren. Op een gegeven moment verdwijnt de belangstelling, zonder dat er veel is gebeurd.

De vierde kwestie is in zekere zin nog hardnekkiger: de organisatie kent weinig *gendersensibiliteit*. Noch bij de leidinggevend, noch in wat als de dominante cultuur van de organisatie kan worden beschouwd. Organisationscultuur is, zoals we al aangaven, een wat diffuus begrip. Maar het is wel van groot belang als men wil begrijpen waarom bepaalde organisatieprocessen niet lopen zoals men eigenlijk zou willen. Bij cultuur gaat het bijvoorbeeld om opvattingen over wat goede artsen zijn. Ideeën over hoe men vindt dat het beroep van medisch specialist moet worden ingevuld. Gangbare ideeën over de toewijding die dit beroep vraagt en hoe die toewijding tot uitdrukking komt in bijvoorbeeld aanwezigheid

op de werkplek en in duur van de werkweken. Ideeën over collegialiteit, over afbakening van eigen competenties en eigen terrein. Normen over de mate van autonomie van afdelingen. Ideeën ook over hoe patiënten moeten worden benaderd en over de vraag wat academische excellentie is. Stereotype, vaak weinig bewuste, opvattingen en beelden over de rol van vrouwen en de strijdigheid daarvan met het beeld en de norm van autoriteit uitstralende artsen. In al deze ideeën kunnen elementen zitten die voor vrouwen en mannen niet altijd op dezelfde wijze uitpakken. Inzicht in deze cultuureffecten is belangrijk om effectief te kunnen werken aan de doelstelling van meer vrouwen in gezichtsbepalende functies. In algemene zin kan worden gezegd dat mensen (m/v) die beter “passen” in een bepaalde organisatiecultuur, die daar een meer vanzelfsprekende plaats innemen, die zich daar - dienstengevolge - beter thuis voelen, meer kansen hebben om in die organisatie in positieniveau te stijgen.

De vrouwen zelf

Los van alle organisatieperikelen: een hoge functie bereiken vraagt veel inzet van de betreffende medewerker. Er moet in de regel hard voor worden gewerkt, je hebt er een stevige ambitie voor nodig, je maakt er niet altijd vrienden mee. Ook moet je soms strategischer handelen dan je wellicht gewend bent of aantrekkelijk vindt. Daarnaast vraagt streven naar een hogere positie om zelfvertrouwen, om een gevoel dat je dat aan kunt. Wellicht ben je nu nog niet zo ver, maar je hebt wel het vertrouwen dat je tot een hoog niveau kunt doorgroeien. Natuurlijk moeten anderen dat vertrouwen ook hebben, maar de basis ligt toch bij je zelf. Zichtbaarheid binnen de organisatie is ook zo'n belangrijke voorwaarde om in positieniveau te stijgen. Hoge posities zijn schaars, er zijn in het algemeen meer belangstellenden dan vacante plaatsen. In die concurrentieslag moet je duidelijk zien te maken dat je mee wilt doen, dat je je zelf als geschikt voor die positie beschouwt, dat je een meerwaarde vertegenwoordigt en dat je “het verschil kunt maken”.

Al deze zaken liggen voor vrouwen vaak net een slag ingewikkelder dan voor mannen. Vrouwen in hoge medische posities hebben, historisch gezien, de vanzelfsprekendheid niet mee. Veel kan echter worden geleerd, worden ervaren en geoefend. Daarover meer in deze publicatie.

We leiden uit dat wat eerder is gezegd een aantal uitgangspunten af voor succesvol veranderingsbeleid op het vlak van meer vrouwen in gezichtsbepalende functies. Daarna geven we verschillende instrumenten weer, die aan deze organisatieverandering kunnen bijdragen.

Een aantal uitgangspunten voor een succesvol beleid

Wil een veranderingsbeleid op het punt van meer vrouwen in gezichtsbepalende functies succesvol zijn, dan moet met de weerbarstigheid van dit vraagstuk rekening worden gehouden. Urgentie, resultaten en werkelijk iets doen, zijn belangrijke gezichtspunten.

Het belang van urgentie

De kwestie “meer vrouwen in gezichtsbepalende functies” komt niet zo maar op de agenda van universitaire medische centra. Daar spelen immers talloze andere vraagstukken, die als meer urgent worden beleefd. Dit geldt ook als iedereen overtuigd is van de noodzaak van meer vrouwelijke specialisten in het hoger academisch kader. Door aan te sluiten bij knelpunten die binnen de organisatie worden gevoeld, kan de urgentie van meer vrouwen in de hoge wetenschappelijke staf worden vergroot. Bijvoorbeeld wanneer u merkt dat de bezetting van leidinggevende functies problemen oplevert, in termen van omvang en kwaliteit van het aanbod. Of wanneer u het innoverend vermogen van uw ziekenhuis als te gering ervaart en er dringend nieuwe ideeën en oplossingen nodig zijn. Of wanneer u merkt dat de klanten van uw organisatie, de patiënten, meer vrouwen in gezichtsbepalende functies verwachten of op prijs zouden stellen. In samenhang daarmee: wanneer de eenzijdige samenstelling van de groep hoge academische functies imago-problemen gaat opleveren voor uw ziekenhuis, of de geloofwaardigheid ervan gaat aantasten, of wanneer de wens tot cultuurverandering speelt.

Voorwaarde voor een succesvolle aanpak is dat de Raad van Bestuur van uw ziekenhuis de noodzaak van vergroting van het aandeel vrouwen in gezichtsbepalende functies onderschrijft. Dat is een eerste en essentiële stap. Vervolgens kunnen er in praktische zin verschillende dingen worden gedaan.

Sturen op resultaten

Daarnaast is een beleid dat stuurt op resultaten een belangrijk uitgangspunt. Beleidsinterventies dienen te leiden tot meer vrouwen in gezichts-bepalende functies. Dat laatste is het criterium waarmee kan worden bepaald hoe succesvol de interventies tot een bepaald moment in de tijd zijn geweest. Natuurlijk kan men in een veranderingsbeleid allerlei subdoelen stellen. Bijvoorbeeld een ruimere deelname van vrouwen aan management development trajecten. Maar wanneer een UMC zich voorneemt een groter aandeel vrouwen in hogere functies benoemd te krijgen, dan vormt dat gegeven als het ware de criterium-variabele van de verschillende acties. Datzelfde geldt wanneer we kijken naar cultuur. Het kan zijn dat een UMC zich voorneemt om tot een organisatiecultuur te komen die meer dan tot voorheen tot de ontwikkeling van al het aanwezige talent uitnodigt. Wanneer men dat doet met het oogmerk om de doorstromingskansen van vrouwen naar hogere functies te vergroten, dan moet dat laatste ook het gezichtspunt zijn van waaruit men het succes van de acties beoordeelt. Daarmee is natuurlijk niet gezegd dat een dergelijke culturele ontwikkeling niet een doel in zich zelf kan zijn, met als mogelijk neveneffect dat de kansen van vrouwen in zo'n setting stijgen.

Een kwestie van doen

Het bevorderen dat meer vrouwelijke artsen naar hogere academische functies doorstromen, is vooral een kwestie van doen. Doen, vanuit de vrouwelijke artsen zelf en doen, vanuit de betrokken organisaties. Dat betekent niet dat het allemaal snel en gemakkelijk gaat. Het huidige aandeel vrouwelijke artsen in hoge functies kan worden gezien als een uiting of verschijningsvorm van een diep in de samenleving cultureel en institutioneel verankerd gegeven. Dat gegeven veranderen gaat niet zo maar. Interventies op het niveau van organisaties zullen in de regel dan ook geen snelle spectaculaire resultaten opleveren. Voor de goede orde: dat betekent niet dat ze niet moeten worden gedaan. Integendeel, wanneer een ziekenhuis, een organisatie echt een verandering wil op het punt van vrouwelijke representatie in de hogere echelons, dan vraagt dat om duurzame aandacht en tijd.

Een drieluik: diagnose, individuele ontwikkeling en organisatieverandering

Succesvolle interventies die bedoeld zijn om meer vrouwen in gezichts-bepalende functies te krijgen kennen ten minste drie gezichtspunten. In de eerste plaats moet bekend zijn hoe de situatie nu is. Wat is de *diagnose* van dit moment. Hoeveel vrouwelijke specialisten zijn er in de verschillende functieniveaus werkzaam? Hoe staat het met recente benoemingen? Hoeveel vrouwelijk talent hebben we in huis?

Een tweede gezichtspunt betreft de nadruk op de *individuele ontwikkeling* van de betrokken vrouwelijke specialisten. Wat kan in termen van *empowerment* worden gedaan om hun kansen op doorstroming naar hoge functies binnen het ziekenhuis te vergroten?

Een derde gezichtspunt gaat uit van de *organisatie*. Welke interventies vanuit het beleid van de organisatie op het vlak van doorstromingskansen van vrouwen zijn mogelijk en zijn aan te bevelen? Welke *organisatieveranderingen* zijn nodig om het aandeel vrouwen in gezichts-bepalende functies te doen toenemen?

We zullen in het navolgende dit drieluik van interventies verder uitwerken. Eerst komt de fase van *diagnose* aan de orde. Dan volgt de weergave van een instrumentarium dat op de *individuele ontwikkeling* van het potentieel van vrouwelijke artsen is gericht. Ten slotte zullen interventies op het vlak van *organisatieveranderingen* worden uitgewerkt. Alle interventies hebben een empirische basis: VanDoorneHuiskes en partners heeft de afgelopen jaren in UMC's de beschreven interventies toegepast.

Bij bovengenoemd drieluik worden interventies beschreven, met daarbij kort benoemd de mogelijke instrumenten die kunnen worden ingezet.

De fase van de diagnose

Hoeveel vrouwelijk talent hebben we in huis?

Binnen uw instelling is wel bekend dat het aantal vrouwen in gezichtsbepalende medische functies beperkt is, maar precieze gegevens ontbreken. Evenmin is duidelijk waarom de doorstroming van vrouwen naar de hogere functies stagneert of hoeveel vrouwen voortijdig de organisatie verlaten en waarom zij dat doen. Verder zou u graag willen weten hoe het met de vertegenwoordiging van vrouwelijke specialisten is gesteld in andere academische ziekenhuizen in binnen- en/of buitenland.

Om de kwesties helder te stellen kan het zinvol zijn eerst onderzoek te (laten) doen binnen uw organisatie.

Soorten onderzoeken zijn:

- **Onderzoek naar loopbanen van mannelijke en vrouwelijke specialisten**
- **De Gender Audit**
- **De Glazen Plafond Index**
- **Onderzoek naar vertrekmotieven van medisch specialisten (m/v)**
- **Benchmark analyse in vergelijkbare organisaties**

Krijgen we wel de beste mensen?

De twijfel groeit of het potentiële talent aan medisch specialisten wel in uw instelling terecht komt. Bovendien maakt u zich zorgen over de bezetting van gezichtsbepalende functies in de nabije toekomst. U zoekt naar mogelijkheden om de aandacht voor het thema “meer vrouwelijke specialisten in gezichtsbepalende functies” op de agenda te krijgen.

Instrumenten zijn:

- **Beschikbaarheidsanalyse vrouwelijke specialisten voor gezichtsbepalende functies**
- **Strategische conferentie met leidinggevend en hrm-staf binnen uw instelling**
- **Scenario analyses**

Individuele ontwikkeling

Hoe (h)erkennen en ontwikkelen we het leidinggevend potentieel van vrouwelijke specialisten?

Modern personeelsmanagement kent veel aangrijpingspunten voor herkenning en ontwikkeling van het potentieel van vrouwelijke en mannelijke specialisten. Zo zijn management-development trajecten, persoonlijke ontwikkelingsplannen en competentie management belangrijke instrumenten bij het *spotten* van talentvolle kandidaten voor gezichtsbepalende functies. Het is niet zonder meer vanzelfsprekend dat vrouwen daar in gelijke mate als mannen bij betrokken zijn. Wilt u het profijt van modern personeelsbeleid voor vrouwelijke specialisten in uw organisatie verhogen, dan vraagt dat om specifieke aandacht. Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat er een apart management development traject voor vrouwelijke high potential medisch specialisten wordt georganiseerd. Of een mentoring project, dat op dezelfde groep is gericht. Ook bij het voeren van POP-gesprekken is het van belang weet te hebben van de specifieke obstakels die zich voor vrouwen kunnen voordoen in hun weg naar de top.

Instrumenten zijn:

- **Een gendercheck op competentie management**
- **Een management development traject voor vrouwen**
- **Mentoring en coaching**

Hoe organiseren we meer balans tussen werk en privé?

Veel jonge specialisten zoeken naar een zeker evenwicht in hun loopbaan. Naar een loopbaan, waarin plaats is voor een privé-leven. Dertigers bijvoorbeeld vinden werk heel belangrijk, maar willen tegelijkertijd ruimte houden voor een leven naast het werk. Hoe kan dit worden georganiseerd?

Ook in andere Europese landen worden dit soort discussies gevoerd. Vooral door mensen die hun baan met de zorg voor kinderen willen combineren. Niet alleen vrouwen hechten belang aan een balans tussen privé-leven en werk. In toenemende mate wordt dit ook voor mannen een belang-

rijke waarde. Wanneer uw instelling het talent van deze jonge specialisten wil behouden en ook in gezichtsbepalende functies kunnen inzetten, dan is het goed om flexibele arrangementen van praktijkvoering te ontwikkelen. VanDoorneHuiskes bracht in 2007 de publicatie *Artsen van de Toekomst: Best practices in flexibele arrangementen* uit. Hierin zijn op basis van onderzochte preferenties verschillende modellen beschreven, die meer flexibilisering in de praktijkvoering van medisch specialisten mogelijk maken.

Instrumenten zijn

- **In samenspraak met leidinggevenden, hrm-staf en betrokken specialisten zoeken naar mogelijkheden om leidinggevende functies in een meer flexibele arrangering te vervullen**
- **In functionerings- of POP-gesprekken invoegen van afspraken over tijdelijk een langzamer track en/of flexibele werktijden gedurende bepaalde fases in de loopbaan en levensloop**

Organisatieverandering

Hoe krijgen we meer transparantie en professionalisering in selectieprocedures?

U constateert dat selectiebeslissingen in uw instelling niet transparant zijn. Dat geldt vooral voor de doorstroom naar medische gezichtsbepalende functies. Een gebrek aan transparantie kan vooral nadelig uitvallen voor relatieve nieuwkomers in de organisatie. Vrouwen en leden van etnische minderheden horen hier vaak bij. Transparante en professioneel uitgevoerde selectieprocedures verhogen de kansen op doorstroming van deze groepen.

Instrumenten zijn:

- **Relevante gegevens bij selectiebeslissingen vastleggen**
- **Trainingen in criteriumgericht interviewen**

Speelt de organisatiecultuur een rol?

De onderzoeksliteratuur laat duidelijk zien dat aspecten van een organisatiecultuur zoals waarden binnen de organisatie die belangrijk worden gevonden, beelden die er bestaan van de ideale dokter/medisch specialist, van de ideale medewerker, impliciete ideeën over wie er voor bevordering in aanmerking komt en wie niet, van groot belang zijn voor de carrièrekansen die mensen binnen de organisatie hebben. Vaak is er aan dit soort cultuuraspecten een bepaalde *genderdimensie* te herkennen. Als een instelling streeft naar meer vrouwen in de medische gezichtsbepalende functies, dan is het noodzakelijk om de eigen cultuur te kennen. Om weet te hebben van bepaalde vanzelfsprekendheden die binnen de instelling gelden en die voor vrouwelijke specialisten een belemmering kunnen vormen tot de hoge functies door te dringen.

Instrumenten zijn:

- **Een training “De kracht van het verschil” voor leidinggevenden**
- **De Organisatie Cultuur Inventarisatie (OCI)**

Hoe veranker je een beleid “meer vrouwelijke specialisten in gezichtsbepalende functies” in het bestaande HRM beleid?

Beleed dat tot doel heeft om het aantal vrouwen in gezichtsbepalende functies te vergroten, kan alleen in de instelling beklijven, wanneer het in de bestaande HRM-kaders wordt geïntegreerd. Al naar de specifieke aard van de organisatie wordt met de HRM-staf besproken hoe deze verankering het best kan worden gerealiseerd.

Hoe kom je van mooie voornemens tot daadwerkelijk beleid?

Uw instelling wil de doelstelling “meer vrouwen in gezichtsbepalende functies” opnemen in het strategisch beleid en u zoekt naar mogelijkheden tot daadwerkelijke implementatie. Alle veranderingstrajecten laten zien: willen beleidsdoelstellingen daadwerkelijk worden gerealiseerd, dan is adressering noodzakelijk. Te vaak toont de praktijk dat mooie bedoelingen bij gebrek aan “probleemeigenaar” geen nadere uitwerking krijgen.

Instrumenten voor adressering en implementering zijn:

- Een functionaris binnen de Raad van Bestuur krijgt deze beleidsdoelstelling in zijn of haar portefeuille
- Er worden verantwoordingslijnen gecreëerd, die aansluiten bij de gangbare wijzen van rapportage van afdelingen aan leidinggevenden. Het aandeel vrouwelijke specialisten in hogere posities wordt een vast onderdeel in de managementrapportages van de afdelingshoofden of afdelingsdirecteuren aan de leiding van de organisatie

Voor meer gedetailleerde informatie bezoek onze website www.vandoornehuiskes.nl en/of neem contact op met Annemieke van Beek (annemieke.vanbeek@vandoornehuiskes.nl)

VanDoorneHuiskes en partners
Kerkstraat 19E
3581 RA Utrecht

Bronnen:

Arets, Jos & Vivian Heijnen. (2008). *Kostbaar misverstand: Van training naar business improvement*. Sdu Uitgevers.bv.

van Beek, Annemieke e.a. (2005). *Cultuurdiagnose M/V: Zicht op belemmeringen voor de doorstroom voor vrouwen in de bedrijfscultuur*. Ministerie van SZW.

Van Doorne, Anneke en Wieteke Coonen (2007). *Artsen van de toekomst: best practices in flexibele arrangementen*. Utrecht. VanDoorneHuiskes en partners.

De Olde, Cora en Esther Slinkman (1999) *Het Glazen Plafond. Een inventarisatie van cijfers, literatuur en onderzoek met betrekking tot doorstroom van vrouwen naar de top*. Den Haag, Elsevier.

Rummler, G.A. & G. Brache (1995). *Improving performance: How to Manage the White Space on the organisational Chart*. San Fransico: Jossey-Bass.

Rummler, G.A. (2004). *Serious Performance Consulting: According to Rummler*. Alexandria: ISPI/ASTD.

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

VanDoorneHuiskes en partners: profiel

VanDoorneHuiskes en partners is een onafhankelijke expertorganisatie op het vlak van diversiteit in arbeidsorganisaties. Onderzoek, advies en projectmanagement zijn onze kerntaken. VanDoorneHuiskes en partners richt zich op beleids- en organisatievraagstukken binnen overheid en bedrijfsleven. Veel onderzoeks- en adviesprojecten op het terrein van emancipatie- en diversiteitsbeleid zijn uitgevoerd, waaronder: genderbewust personeelsbeleid, gendermainstreaming, levensfasebewust personeelsbeleid, (etnische) doelgroepenbeleid, gelijke beloning naar sekse en etniciteit, management development voor vrouwen, balans tussen werk en privé-leven, werken in deeltijd, vrouwen in mannenberoepen, loopbaanonderzoek, cultuurdiagnose m/v en competentieontwikkeling. Maar ook onderzoek naar maatschappelijke trends, organisatieverandering en innovaties behoren tot ons werkterrein.

Wij onderzoeken en adviseren in verschillende fasen van beleidsontwikkeling: verkenning en diagnose, strategie- en instrumentontwikkeling, begeleiding en monitoring bij beleidsimplementatie, evaluatie. VanDoorneHuiskes en partners, opgericht in 1987, heeft een ruime ervaring met projectmanagement en instrumentontwikkeling.

De laatste jaren is VanDoorneHuiskes en partners actief geweest binnen academische en algemene ziekenhuizen. Binnen algemene ziekenhuizen vooral op het vlak van leeftijds- of levensfasebewust beleid. In dat kader zijn in drie grote streekziekenhuizen cijfermatige analyses uitgevoerd en zijn trainingen voor het management en voor medewerkers ontwikkeld en gehouden. In managementtrainingen gaat het vooral om de vraag hoe het bewustzijn van leidinggevenden met betrekking tot een mogelijke leeftijdsproblematiek of levensfaseproblematiek binnen hun afdeling kan worden vergroot, hoe men tot meer duurzaamheid in loopbanen van de medewerkers kan komen, hoe de brede inzetbaarheid of *employability* van de medewerkers kan worden vergroot. Ook heel belangrijk is de vraag hoe de kennis en ervaringen van het ouder wordende personeel via - bijvoorbeeld - mentoringsystemen Meester/Gezel kunnen worden geborgd. Vragen naar loopbaanontwikkeling, de noodzaak van langer doorwerken, hoe behoud ik mijn motivatie voor het werk, staan ook in de trainingen voor medewerkers centraal. Evenals het zoeken naar een gezonde balans tussen werk en privéleven. VanDoorneHuiskes heeft een spel “Leeftijdsbewust beleid” ontwikkeld. Via dobbelstenen, pionnen en kaarten met verschillende opdrachten verhoogt dit spel de bewustwording en de vaardigheden met betrekking tot een beleid dat de realisatie van een grotere duurzaamheid van loopbanen beoogt. VanDoorneHuiskes heeft afgelopen jaar vijf train-de trainerssessies geleid, om medewerkers van zo’n 20 ziekenhuizen uit het gehele land met dit spel vertrouwd te maken.

In twee grote Universitaire Medische Centra heeft VanDoorneHuiskes en partners de afgelopen jaren projecten uitgevoerd die tot doel hebben om het aandeel vrouwen in hoge universitaire medische functies te vergroten. Die projecten kennen verschillende onderdelen: van de ontwikkeling van competentieprofielen tot het houden van ontwikkelclasses, het opzetten van mentorsystemen, het aanbieden van coaching, het leiden van intervisiegroepen, het geven van leiderschapstrainingen, het doen van loopbaanonderzoek en verrichten van cultuuranalyses binnen afdelingen en de UMC organisatie als geheel. Deze publicatie is vooral op genoemde ervaringen gebaseerd. Op verschillende terreinen wordt samengewerkt met andere experts en gastdocenten. In MD-trajecten in UMC’s is op het terrein van ‘performanceverbetering’ nauw samengewerkt met Judith de Bruin.