

# Een vrouw aan de stoel is heel gewoon. De beroepsuitoefening van vrouwelijke tandartsen in Nederland

Vrouwen vormen 40% van de actieve beroepsgroep van tandartsen in Nederland. Op grond van de opleidingsinstroom kan worden verwacht dat hun aandeel verder zal toenemen tot ruim de helft. Uit de literatuur blijken verschillen tussen man en vrouw wat betreft voorkeuren voor werksetting en omvang van de werkweek. Ook in de feitelijke zorgverlening verschillen zij van elkaar. De gepresenteerde gegevens tonen de opmars van vrouwen en onderzoeksgegevens bevestigen de veronderstelde verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke tandartsen. Vrouwen zijn minder vaak praktijkhouder, vrouwelijke praktijkhouders werken vaker samen met collega's en hebben een kortere werkweek. In de patiënt-behandeling lijken vrouwen iets meer individueel gericht te zijn en oog te hebben voor de algemene gezondheid. Waardetheorieën in de literatuur bieden verklaringen voor deze sekseverschillen. De voorkeur van vrouwen voor samenwerking past in elk geval in de algemene ontwikkeling naar werken in teamverband.

Bruers JJM, Dam BAFM. Een vrouw aan de stoel is heel gewoon. De beroeps-  
uitoefening van vrouwelijke tandartsen in Nederland.

Ned Tijdschr Tandheelkd 2017; 124: 563-569

doi: <https://10.5177/ntvt.2017.11.17130>

## Inleiding

Vandaag de dag kijkt niemand meer op van een vrouwelijke arts in de spreekkamer en een vrouwelijke tandarts aan de stoel. In de afgelopen decennia hebben vrouwen een snelle opmars gemaakt in allerlei beroepen die ooit mannenbolwerken waren. Zelfs zo snel dat zij de mannen inhalen: inmiddels zijn om en nabij 7 van de 10 eerstejaarsstudenten aan de opleidingen geneeskunde en tandheelkunde vrouw (Universitairebachelors.nl, 2016). Als deze trend doorzet, betekent dit dat binnen 10 jaar de helft of meer van de (tand)artsen vrouw zal zijn. Ook in andere landen tekent deze trend zich af (Diringer et al, 2013; Pacey, 2014; Whelton en Wardman, 2015). Er is divers onderzoek gedaan naar de (mogelijke) gevolgen van deze feminisering voor de omvang en de aard van de zorgverlening. Daarbij ligt doorgaans de focus op verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft de werksetting, de omvang van de werkweek en de aard van de zorgverlening.

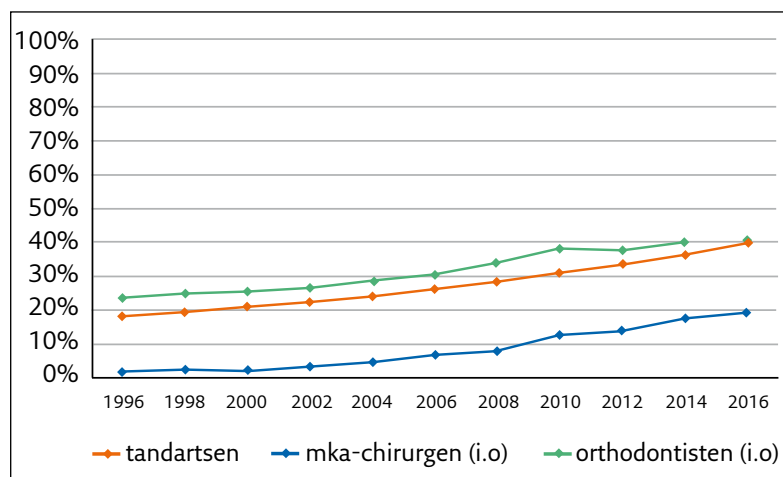
Zo komt in het algemeen naar voren dat vrouwelijke tandartsen in vergelijking met hun mannelijke collega's een kortere werkweek hebben (Van Dam en Van Rossum, 1994; Van Dam en Van Rossum, 1998, Murray, 2002; Del Aguila et al, 2005; Ayers et al, 2008; McKay en Quiñonez, 2012; Reynolds et al, 2015). Dit geldt overigens ook voor huisartsen (Wagenvoort en Lagro-Janssen, 2010; Van Hassel et al, 2015). Bovendien blijkt dit verschil verband te houden met het feit dat vrouwen meer dan mannen moeten balanceren tussen de belangen van werk en



gezin (Kuthy et al, 2013). Vooral de zorg voor (jonge) kinderen lijkt feitelijk de bepalende factor voor verschillen in de omvang van de werkweek (Pallavi en Rajkumar, 2011; Diringer et al, 2013). Daardoor, denk aan zwangerschap en bevallingsverlof, hebben vrouwen ook vaker en langer carrièreonderbrekingen (Newton et al, 2001; Ayers et al, 2008; Rajeh et al, 2014). Overigens ervaren meer vrouwen dan mannen de zorg voor kinderen als belastend (Gorter et al, 2001). Echter, Nguyen et al (2015) toonden aan dat ook bij mannen in de afgelopen 15 jaar een groeiende voorkeur lijkt te bestaan voor een kortere werkweek.

Onderzoek laat verder zien dat vrouwelijke tandartsen minder vaak dan mannen kiezen voor het praktijkhouderchap en er meer de voorkeur aan geven actief te zijn als praktijkmedewerker of in een dienstverband (Ayers et al, 2008; Riley et al, 2011; Pallavi en Rajkumar, 2011; McKay en Quiñonez, 2012; Diringer et al, 2013). Ook vrouwelijke huisartsen prefereren vaker het werken in dienst van een andere huisarts (HIDHA) dan hun mannelijke collega's (Van Hassel et al, 2015; Van Hassel et al, 2016). Diverse onderzoeken tonen aan dat vrouwelijke tandartsen bovendien vaker kiezen voor werken in een groepspraktijk (Pallavi en Rajkumar, 2011). Bij vrouwelijke huisartsen is dat eveneens het geval (Wagenvoort en Lagro-Janssen, 2010).

Voorts zijn er aanwijzingen dat bij (tand)artsen sprake is van een ondervertegenwoordiging van vrouwen binnen bepaalde specialisaties. Hetzelfde geldt voor academische functies. Vrouwen ambiëren deze ook minder vaak dan mannen (Wagenvoort en Lagro-Janssen, 2010; Pallavi en Rajkumar, 2011; McKay en Quiñonez, 2012). Zo laten vrouwelijke huisartsen, medisch specialisten en sociaal geneeskundigen in opleiding weten dat zij veel meer dan mannen belang hechten aan mogelijkheden voor deeltijdwerk, aan hun privé- en gezinsomstandigheden en aan de mogelijkheid om te werken conform kantoortijden. Om-



**Afb. 1.** Percentage vrouwen in de populatie tandartsen, mka-chirurgen (i.o.) en orthodontisten (i.o.) van 64 jaar of jonger met een bekend woon- en/of werkadres in Nederland in de periode 1996 - 2016 (Bron: (K)NMT-tandartsenbestand).

gekeerd zeggen mannen meer waarde te hechten aan carrièremogelijkheden binnen het vakgebied, aan advies of stimulans van anderen en aan het salaris (Wagenvoort en Lagro-Janssen, 2010). Bij tandartsen blijkt dat een verdere opleiding bij vrouwen vaak ook conflicteert met gezinstaken (McKay en Quiñonez, 2012).

Tot slot blijken verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke tandartsen ook in de feitelijke zorgverlening. Vrouwelijke tandartsen hebben een andere visie op de praktijkvoering en maken, in vergelijking met mannen, in een aantal opzichten andere behandelkeuzes (Daalmans et al, 2004; Van Dam et al, 2009). Uit recent onderzoek, gebaseerd op gegevens uit Amerikaanse tandartspraktijken, komt bijvoorbeeld naar voren dat vrouwen in vergelijking met mannen naar verhouding minder verrichtingen uitvoeren op het gebied van de endodontologie, implantologie en parodontale chirurgie (Gilbert et al, 2015).

	n	% vrouw	n	% vrouw
Geregistreerde differentiatie*, namelijk:			626	30,2%
Pedodontoloog	51	86,3%		
Tandarts gehandicaptenzorg	22	77,3%		
Tandarts angstbegeleiding	16	62,5%		
Tandarts voor orthodontie	10	60,0%		
MFP-tandarts	31	48,4%		
Endodontoloog	68	45,6%		
Gnatholoog	42	38,1%		
Gerodontoloog	11	36,4%		
Parodontoloog	82	25,6%		
Restauratief tandarts	32	18,8%		
Implantoloog	316	8,5%		
Geen geregistreerde differentiatie			8.030	40,3%
Totaal			8.656	39,6%

\* dubbelregistraties komen voor

**Tabel 1.** Totaal aantal geregistreerde gedifferentieerde tandartsen van 64 jaar of jonger met een bekend woon- en/of werkadres in Nederland in 2016 en proportie vrouwen per differentiatie \* (Bron: KNMT-tandartsenbestand / Opgaven wetenschappelijke verenigingen).

## Materiaal en methoden

Voor deze bijdrage is gebruikgemaakt van de registratiegegevens in de tandartsenadministratie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT). Hierin worden alle in Nederland geregistreerde tandartsen (leden en niet-leden) opgenomen, voor zover bij de KNMT bekend zijn.

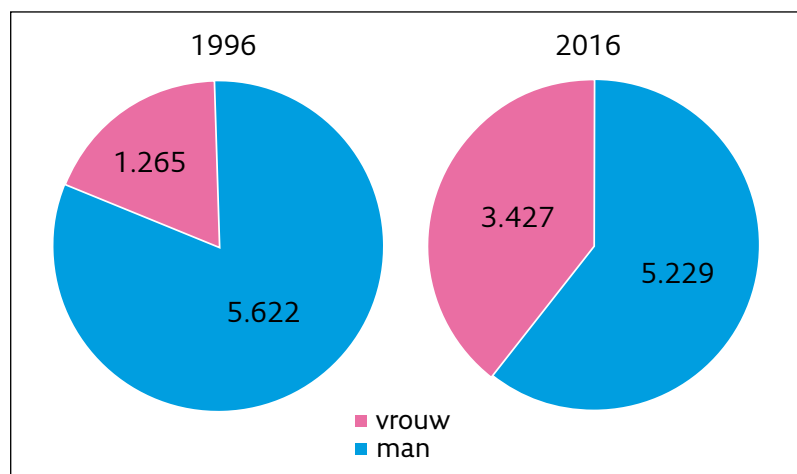
Daarnaast worden onderzoeksgegevens gepresenteerd die zijn verzameld via het Project Peilstations van de KNMT, waarmee sinds 1995 periodiek, bij steekproeven van tandartsen, informatie wordt verkregen over hun beroepsuitoefening (Bruers et al, 2014). Meer specifiek betreft het hier het tweejaarlijkse onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering (OTP),

dat ingaat op verschillende organisatorische aspecten van de tandartspraktijk. Bijvoorbeeld de omvang en samenstelling van het tandheelkundig team, de inrichting van de praktijk, de omvang van het patiëntenbestand, de organisatie van de zorg, de wachttijden, de werkdruk en de omvang van de werkweek van tandartsen. De gepresenteerde gegevens zijn in het voorjaar van 2014 verzameld bij een groep van 592 (44%) tandartsen, onder wie 471 praktijkhouders en 121 niet-praktijkhouders. De hiertoe samengestelde schriftelijke vragenlijst bestond uit voornamelijk gestructureerde vragen met gesloten antwoordcategorieën en werd op papier toegestuurd aan een steekproef van 1.358 tandartsen. Beantwoording daarvan kon ook elektronisch plaatsvinden via de webversie van de vragenlijst (Den Boer en Bruers, 2014a; Den Boer en Bruers, 2014b).

Bij gelegenheid komen in het OTP ook zorginhoudelijke onderwerpen aan de orde. Laatstelijk in een extra editie die is uitgevoerd in het najaar van 2015 bij een groep van 516 (45%) tandartsen (praktijkhouders en niet-praktijkhouders), waarin is ingegaan op verschillende aspecten van consultatie en preventieve behandeling. De voor dit onderzoek samengestelde schriftelijke vragenlijst, ook bestaande uit voornamelijk gestructureerde vragen met gesloten antwoordcategorieën, werd toegestuurd aan steekproef van 1.136 tandartsen. Zij konden de vragen desgewenst via een webversie elektronisch beantwoorden (Van Dam en Bruers, 2016). Ook uitkomsten van dit onderzoek worden hier besproken.

## Resultaten

Afbeelding 1 laat zien dat de proportie vrouwen in de beroepsgroep van tandartsen in de afgelopen 2 decennia is toegenomen van ruim 18% tot bijna 40%. De beroepsgroepen van tandartsspecialisten



**Afb. 2.** Het aantal mannelijke en vrouwelijke tandartsen van 64 jaar of jonger met een bekend woon- en/of werkadres in Nederland over de periode in 1996 en in 2016 (Bron: (K)NMT-tandartsenbestand).

laten een vergelijkbare ontwikkeling zien (toename met ongeveer 20 procentpunten), zij het dat het 'beginpunt' in 1996 voor de mka-chirurgen met 2% aanmerkelijk lager lag. Veelzeggend voor deze ontwikkeling is het feit dat sinds 1996 het aantal mannelijke tandartsen is afgenomen met 7% en dat aantal vrouwelijke tandartsen in dezelfde periode toenam met ruim 171%. Uiteindelijk leidde dit tot een algemene toename van het aantal tandartsen met bijna 26% (afb. 2). Bij deze inhaalslag geldt dat vrouwelijke tandartsen steeds gemiddeld jonger zijn dan hun mannelijke collega's. In 2000 lag de gemiddelde leeftijd op 39,5 jaar voor vrouwen versus 46,0 jaar voor mannen ( $p = 0,00$ ), in 2006 op 40,2 jaar versus 48,3 jaar ( $p = 0,00$ ) en in 2016 op 40,5 jaar versus 49,5 jaar ( $p = 0,00$ ).

### Werkzaamheid

In 2016 was bij de KNMT van 626 tandartsen bekend dat zij bij een wetenschappelijke vereniging stonden geregistreerd als gedifferentieerd tandarts. Van hen was 30% vrouw. Uit tabel 1 blijkt dat de proportie vrouwen per tandheelkundig deelgebied sterk varieert, van ruim 86% bij de pedodontologen tot ruim 8% bij de implantologen.

Tabel 2 toont enkele uitkomsten van het Onder-

zoek Tandheelkundige Praktijkvoering (OTP) 2014. Hieruit blijkt dat vrouwelijke tandartsen, in vergelijking met hun mannelijke collega's, minder vaak werkzaam zijn in een eigen praktijk (64% tegen 86% /  $p < 0,00$ ). Als vrouwelijke tandartsen een eigen praktijk hebben, werken ze daarbinnen naar verhouding vaker dan mannen samen met andere tandartsen (55% tegen 38% /  $p < 0,00$ ). Wat betreft de wijze waarop niet-praktijkhoudende tandartsen werkzaam zijn, is er daarentegen geen verschil tussen mannen en vrouwen.

### Tijdsbesteding praktijkhouders

Vrouwelijke praktijkhouders zijn per week gemiddeld minder uren werkzaam

in de praktijk dan mannelijke praktijkhouders (36,1 tegen 42,5 uren /  $p < 0,00$ ). Dat verschil zit vooral in het minder aantal stoeluren per week dat vrouwelijke praktijkhouders maken (tab. 3). Overigens manifesteert het verschil in tijdsbesteding tussen vrouwelijke en mannelijke praktijkhouders zich in alle leeftijdsgroepen.

Verder lijken vrouwelijke tandartsen gemiddeld per maand wat meer tijd te besteden aan het volgen van bij- en nascholing (6,9 tegen 5,8 uren /  $p < 0,05$ ) en hebben zij in 2013 minder vakantiedagen opgenomen (28,9 tegen 32,3 /  $p < 0,01$ ) dan hun mannelijke collega's (tab. 3).

### Tijdsbesteding niet-praktijkhouders

Tabel 3 laat zien dat het aantal uren per week dat vrouwelijke en mannelijke niet-praktijkhoudende tandartsen werkzaam zijn niet noemenswaardig van elkaar verschilt. Onder de jongere niet-praktijkhoudende tandartsen blijkt dat er wel sprake is van enig verschil: vrouwen zijn in deze groep per week gemiddeld minder uren werkzaam dan mannen.

Wat betreft de tijd die wordt besteed aan professionele activiteiten zoals bij- en nascholing zijn de verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke niet-praktijkhoudende

Praktijkhouder **	Man (n=415)	Vrouw (n=182)	Totaal (n=597)
Ja	86%	64%	79%
Nee	14%	36%	21%
Samenwerking met collega's door praktijkhouder **	Man (n=342)	Vrouw (n=104)	Totaal (n=446)
Geen mede-praktijkhouder, geen praktijkmedewerkers	62%	45%	58%
Geen mede-praktijkhouder, 1+ praktijkmedewerkers	28%	31%	29%
1+ mede-praktijkhouders, geen praktijkmedewerkers	6%	14%	8%
1+ mede-praktijkhouders, 1+ praktijkmedewerkers	4%	10%	5%
Werkzaamheid van niet-praktijkhouders **	Man (n=44)	Vrouw (n=63)	Totaal (n=107)
Via overeenkomst van opdracht (VAR-wuo)	75%	73%	74%
In loondienst	20%	25%	23%
Waarneming ter tijdelijke vervanging	5%	2%	3%

\*\*  $p < 0,01$

**Tabel 2.** Wijze van beroepsuitoefening in 2014, naar sekse (Bron: Onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering, 2014).

tandartsen klein (tab. 3). Alleen geldt dat vrouwelijke tandartsen in dienstverband in 2013 gemiddeld meer vakantie-dagen hebben opgenomen (31,9 tegen 26,8 /  $p < 0,01$ ).

### Instrumentarium in de praktijk

Als wordt bezien of er verschillen bestaan tussen vrouwelijke en mannelijke praktijkhoudende tandartsen met betrekking tot de aanwezigheid van bepaald (digitaal) instrumentarium in de praktijk, dan blijkt er alleen onderscheid te zijn wat betreft apparatuur voor het maken van digitale afdrucken. Die apparatuur is in de praktijken van vrouwelijke praktijkhouders in minder gevallen aanwezig dan in die van hun mannelijke collega's (6% tegen 18% /  $p < 0,05$ ). Vrouwelijke praktijkhouders beschikken iets vaker over digitale röntgenapparatuur (91% tegen 87% /  $p < 0,05$ ), ze hebben iets minder vaak röntgenapparatuur voor het maken van panoramische röntgenopnamen (41% tegen 45% /  $p < 0,05$ ). Ook hebben vrouwelijke praktijkhoudende tandartsen net iets minder vaak CAD-CAM apparatuur (CEREC) (6% tegen 13% /  $p < 0,05$ ) maar weer net iets vaker een microscoop voor de behandeling van patiënten (29% tegen 24% /  $p < 0,05$ ).

### Patiëntbehandeling

Ten aanzien van de patiëntbehandeling van tandartsen in de algemene praktijk op het gebied van periodieke controle, vroegsignalering rondom de algemene gezondheid en (mond)gezondheidsvoorlichting is er sprake van enig verschil tussen vrouwelijke en mannelijke tandartsen, althans op basis van door hen zelf verklaard gedrag (tab. 4). Zo geven vrouwelijke tandartsen vaker dan hun mannelijke collega's aan dat zij voor alle of voor een deel van hun patiënten een op het individu afgestemde termijn hanteren voor de periodieke controles (81% tegen 72% /  $p < 0,05$ ). Ook blijkt dat zij in meer gevallen tijdens een periodieke controle bij patiënten informeren naar (veranderingen in

hun algemene gezondheid (92% tegen 81% /  $p < 0,01$ ), maar verklaart dan weer een kleiner deel van hen regelmatig contact op te nemen met de huisarts vanwege verdachte signalen in of rondom de mond bij een patiënt (26% tegen 36% /  $p < 0,05$ ). Verder geven naar verhouding meer vrouwelijke tandartsen aan dat zij hun patiënten bij (vrijwel) ieder bezoek wijzen op gevolgen van onvoldoende zelfzorg: 65% tegen 49% van de mannelijke tandartsen ( $p < 0,01$ ).

### Discussie

De in dit artikel gepresenteerde gegevens over de beroepsuitoefening van vrouwelijke tandartsen zijn in overeenstemming met inzichten en ontwikkelingen die in de literatuur worden beschreven (Reynolds et al, 2015; McKay en Quiñonez, 2012; Diringer et al, 2013). Niet alleen blijken vrouwelijke tandartsen in Nederland zich te onderscheiden van hun mannelijke collega's wat betreft werkomstandigheden, ook zijn er aanwijzingen dat vrouwen in de verlening van zorg aan patiënten andere accenten leggen dan mannen.

Het feit dat vrouwen minder vaak kiezen voor het praktijkhouderschap, meer lijken te opteren voor het uitoefenen van het beroep in samenwerking met collega's en gemiddeld minder uren werken, is in overeenstemming met theorieën die ervan uitgaan dat het belang dat men aan bepaalde arbeidswaarden toekent, leidt tot andere voorkeuren in het werk. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen intrinsieke waarden (aard van het werk, mate van autonomie) extrinsieke waarden (inkomen, prestige), sociale waarden (anderen kunnen helpen) en waarden die te maken hebben met de balans tussen werk en vrije tijd. Denk bijvoorbeeld aan de combinatie van zorg- en werktaken, die voor vrouwen sterker speelt dan voor mannen (Jolly et al, 2014). Onderzoek in Duitsland laat zien dat sekseverschillen inderdaad kunnen worden verklaard vanuit het feit dat vrouwen aan sociale waarden van het werk meer en aan extrinsieke waarden minder belang hechten dan mannen (Busch, 2011).

	Praktijkhouders			Niet-praktijkhouders		
	Man (n=332-336)	Vrouw (n=107-108)	Totaal (n=440-444)	Man (n=38-40)	Vrouw (n=57-59)	Totaal (n=95-99)
Aantal declarabele uren (stoeluren) per week **	33,2	27,3	31,7	31,6	29,7	30,5
Aantal niet-declarabele uren per week	9,3	8,8	9,2	3,9	4,1	4,0
Totaal aantal uren per week **	42,5	36,1	40,9	35,6	33,8	34,5
Aantal uren per maand bij- en nascholing *	5,8	6,9	6,1	3,8	4,8	4,4
Aantal uren per maand gestructureerd intercollegiaal overleg	1,9	2,2	2,0	1,3	1,4	1,4
Aantal uren per maand lezen van vakliteratuur	5,2	5,7	5,3	4,1	3,8	3,9
Totaal aantal uren per maand professionele activiteiten	12,8	14,7	13,3	9,2	10,0	9,7
Aantal dagen vakantie in 2013 *#	32,3	28,9	31,5	26,8	31,9	29,8
Aantal dagen ziekteverlof in 2013	2,9	5,8	3,6	6,5	8,1	7,4

\*  $p < 0,05$  (praktijkhouders); #  $p < 0,05$  (niet-praktijkhouders); \*\*  $p < 0,01$  variatie n wegens 'missing values' (geen waarneming, geen antwoord e.d.)

Tabel 3. Tijdsbesteding van praktijkhoudende en niet-praktijkhoudende tandartsentandartsen in 2014, naar sekse (Bron: Onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering, 2014).

Deze waardentheorie biedt ook aanknopingspunten voor de geconstateerde verschillen in de verlening van zorg. De scheve verdeling van vrouwen en mannen binnen de mka-chirurgie en verschillende tandheelkundige differentiaties kan te maken hebben met een andere beoordeling van intrinsieke waarden. Alhoewel niet direct gerelateerd aan tandheelkunde, blijkt uit een Amerikaans overzichtsartikel naar de ondervertegenwoordiging van vrouwen in de wetenschap dat vrouwen, bij gelijke kennis en vaardigheden op gebied van wiskunde en wetenschap, zich in hun beroepskeuze meer richten op mensgeoriënteerde en mannen meer op objectgeoriënteerde werkerreinen (Ceci et al, 2009). Als verklaring wordt er daarbij op gewezen dat carrière doelen nauw zijn verweven met cultuur en socialisatie (Morgan et al, 2013). Of dit ook een verklaring is voor de specifieke sekseverdeling binnen de verschillende tandheelkundige deelgebieden is niet duidelijk, maar wel denkbaar. Vrouwen kiezen naar verhouding in meer gevallen voor zorg aan kinderen, gehandicapten en mensen met angst: patiëntgroepen waarbij sociale waarden wellicht meer een rol spelen.

De opkomst van vrouwen in de tandheelkundige zorgverlening houdt gelijke tred met die van vrouwen binnen de gehele gezondheidszorg. Daar heeft dat geleid tot een discussie over de 'wenselijkheid' van een grotere vertegenwoordiging van vrouwen in medische beroepen. Hoogleraar medische onderwijskunde Croiset stelde 10 jaar geleden aan de orde dat daarmee de status van het beroep gaat dalen, waardoor het volgens de zogenoemde 'Wet van Sullerot' steeds onaantrekkelijker wordt voor mannen (Koelewijn, 2007). Bovendien verschillen in het algemeen de kwaliteiten en interesses van mannen en vrouwen en zou het daarom voor de ontwikkeling van het vak (onderzoek en innovatie)

wenselijk zijn als er een zeker evenwicht bestaat tussen mannen en vrouwen die dit beroep uitoefenen. Dit zou ook gelden voor de uitvoering van managementtaken, die vrouwen minder zouden ambiëren. Verder zou de keuzevrijheid van patiënten voor een mannelijke of een vrouwelijke (tand) arts in het gedrang kunnen komen. Croiset's pleidooi voor positieve discriminatie van mannen wakkerde echter een discussie aan (De Rond, 2011). Tegenstanders betoogden dat een efficiëntere organisatie van de zorg, meer evenwichtige verdeling van taken tussen en benutting van specifieke kwaliteiten van mannen en vrouwen veel problemen zouden kunnen ondervangen (Sijthoff, 2010). Of en in hoeverre dit alles geldt voor de tandheelkunde, is vooralsnog onbekend. Tot slot wordt de keuzevrijheid van de patiënt voor een vrouwelijke of mannelijke arts genoemd in verband met feminisering. Bij (huis)artsen is dat een aantal jaren geleden wel een punt gebleken (Van den Brink-Muinen, 2008), maar de sekse van de (tand)arts lijkt tegenwoordig voor de meeste patiënten niet van doorslaggevend belang te zijn. De kwaliteit van en de persoonlijke band met de zorgverlener zijn belangrijker (RegioPeil, 2017).

Met de blik op de toekomst geldt dat geneigdheid tot samenwerken bij vrouwelijke tandartsen aansluit bij de bredere ontwikkeling naar meer samenwerking binnen de gezondheidszorg. Ook binnen de mondzorg wordt het werken in teamverband steeds meer gemeengoed (Bruers et al, 2014). Verder is er sprake van een langzame groei van het aantal tandartspraktijken dat deel uitmaakt van ketens (Gosselink, 2013). Dit heeft te maken met de keuze van oudere tandartsen, die het aantrekkelijk vinden om hun praktijk over te dragen en geleidelijk zonder de lasten van het ondernemerschap kunnen afbouwen naar hun pensioen. Maar niet onwaarschijnlijk is dat ook de voorkeur

	Man (n=301-309)	Vrouw (n=159-161)	Totaal (n=460-470)
Hanteren van een op het individu afgestemde controletermijn voor alle of een deel van de patiënten *	72%	81%	75%
Bij alle patiënten bij een periodieke controle informeren naar (veranderingen in) hun algemene gezondheid **	81%	92%	85%
Bij alle patiënten bij een periodieke controle letten op signalen in de mond en/of het hoofd-halsgebied die kunnen wijzen op een algemene aandoening	87%	86%	87%
Regelmatig contact opnemen met de huisarts vanwege verdachte signalen in of rondom de mond bij een patiënt *	36%	26%	32%
In de afgelopen zes maanden één of meer patiënten hebben verwezen voor nader onderzoek, na waarneming van iets dat zou kunnen wijzen op een algemene aandoening	64%	59%	63%
Als daarvoor aanleiding is, bij (vrijwel) ieder bezoek van patiënten de gevolgen onder de aandacht brengen van onvoldoende zelfzorg **	49%	65%	54%
Als daarvoor aanleiding is, bij (vrijwel) ieder bezoek van patiënten de gevolgen onder de aandacht brengen van slechte voedingsgewoonten	27%	34%	29%
Als daarvoor aanleiding is, bij (vrijwel) ieder bezoek van patiënten de gevolgen onder de aandacht brengen van roken	28%	25%	27%
* p < 0,05; ** p < 0,01 variatie n wegens 'missing values' (geen waarneming, geen antwoord e.d.)			

**Tabel 4.** Enkele aspecten van de patiëntbehandeling van tandartsen in de algemene praktijk met betrekking tot periodieke controle, vroegsignalering algemene gezondheid en (mond)gezondheidsvoorlichting in 2015, naar sekse (Bron: Onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering, 2015).

van jonge (vrouwelijke) tandartsen om niet te kiezen voor het praktijkhouderschap deze ontwikkeling stimuleert. De ketens lijken althans geen problemen te hebben om voldoende (jonge) tandartsen te werven voor hun praktijken.

Aansluitend op maatschappelijke ontwikkelingen kan eveneens als positief punt worden genoemd dat vrouwen in de verlening van zorg meer gericht zijn op communicatie dan mannen (Van den Brink-Muinen, 2008). Dit kwam ook enigszins naar voren uit het hier gepresenteerde onderzoek. Dat vrouwen zich bij de verlening van (tandheelkundige) zorg wat meer dan mannen lijken te richten op de communicatieve aspecten sluit aan bij de bredere maatschappelijke trend dat patiënten zich in toenemende mate bewust zijn van wettelijk recht op begrijpelijke informatie over hun (mond)gezondheid en over voorgestelde behandelingen én dat ook meer en meer verlangen.

Resumerend kan worden gesteld dat het beroep van tandarts in de afgelopen jaren is gefeminiseerd en dat die ontwikkeling zich in de toekomst zal doorzetten. Het feit dat vrouwen en mannen in de uitoefening van het beroep en de verlening van zorg over het geheel genomen op een aantal punten verschillen, dan wel andere accenten leggen, maakt het interessant om de gevolgen hiervan nader te bestuderen. Daarbij gaat het dan niet primair om het doorgronden van sekseverschillen in de beroepsuitoefening van tandartsen. Veel meer is er behoefte aan kennis om te kunnen borgen dat tandheelkundige zorg in Nederland voor zoveel mogelijk mensen toegankelijk blijft, dat die zorg patiëntgericht is en wordt verleend door vrouwelijke en mannelijke tandartsen samen, met als oogmerk een zo goed mogelijke mondgezondheid voor de Nederlandse bevolking.

#### Literatuur

- \* *Aguila MA del, Leggott PJ, Robertson PB, Poterfield DL, Felber GD.* Practice patterns among male and female general dentists in a Washington State population. *J Am Dent Assoc* 2005; 136: 790-796.
- \* *Ayers KMS, Murray Thomson W, Rich AM, Nweton T.* Gender differences in dentists' working practices and job satisfaction. *J Dent* 2008; 36: 343-350.
- \* *Boer JCL den, Bruers JJM.* Onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering: Praktijksituatie en werkdruk van praktijkhoudende tandartsen in 2014. Nieuwegein, KNMT, 2014a. Intern rapport.
- \* *Boer JCL den, Bruers JJM.* Onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering: Werksituatie van niet-praktijkhoudende tandartsen in 2014. Nieuwegein, KNMT, 2014b. Intern rapport.
- \* *Brink-Muinen A van den.* Sekseverschillen en de communicatie tussen huisarts en patiënt. *Bijblijven* 2008; 2: 7-13.
- \* *Bruers JJM, Boer JCL, Dam BAFM van.* Project Peilstations: monitor van de tandheelkundige beroepsuitoefening in Nederland. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2014; 121: 345-352.
- \* *Busch A.* Determinants of Occupational Gender Segregation: Work Values and Gender (A)Typical Occupational Preferences of Adolescents. Bielefeld, DFG Research Center. SFB 882 Working Paper Series 2011; 2.
- \* *Ceci, SJ, Williams WM, Barnett SM.* Women's underrepresentation in science: sociocultural and biological considerations. *Psychol Bull* 2009; 135: 218-261.
- \* *Daalmans MT, Vissia MS, Kuijpers-Jagtman AM, Lagro-Janssen ALM.* Hoe denken tandheelkundestudenten over hun toekomstige beroepsuitoefening? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2004; 111: 477-481.
- \* *Dam BAFM van, Rossum BAFM van.* Vrouwelijke tandartsen. Wijze van beroepsuitoefening. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1994; 101: 273-278.
- \* *Dam BAFM van, Rossum GMJM van.* Beroepsuitoefening van vrouwelijke tandartsen in Nederland. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1998; 105: 392-396.
- \* *Dam BAFM van, Boer JCL den, Bruers JJM.* Werksituatie en toekomstplannen van recent afgestudeerde tandartsen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2009; 116: 499-506.
- \* *Dam BAFM van, Bruers JJM.* Onderzoek Tandheelkundige Praktijkvoering najaar 2015. Algemene gezondheid: preventie in de tandartspraktijk (tabellenrapport 16.02). Nieuwegein, KNMT, 2016. Intern rapport.
- \* *Diringer J, Phipps K, Carcel B.* Critical trends affecting the future of dentistry: Assessing the shifting landscape. San Luis Obispo, 2013. American Dental Association.
- \* *Gilbert GH, Gordan VV, Korelitz JJ, Fellows JL, Meyerowitz C, Oates TW, Rindal DB, Gregory RJ.* Provision of specific dental procedures by general dentists in the National Dental Practice-Based Research Network: questionnaire findings. *BMC Oral Health* 2015; 11.
- \* *Gorter RC, Eijkman MAJ, Brake JHM ten.* Werkdruk en gezondheid bij tandartsen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2001; 108: 54-58.
- \* *Gosselink K.* Voorzichtige groei dentale ketens. *Nederlands tandartsblad* 2013; 21: 28-31.
- \* *Hassel DTP van, Kasteleijn A, Kenens RJ.* Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2014. Utrecht: Nivel, 2015.
- \* *Hassel DTP van, Velden LD van der, Batenburg R.* Veranderingen in de loopbanen van huisartsen. *Huisarts en wetenschap* 2016; 59: 6-8.
- \* *Jolly S, Griffith KA, DeCastro R, Stewart A, Ubel P, Jagsi R.* Gender differences in time spent on parenting and domestic responsibilities by high-achieving young physician-researchers. *Ann Intern Med* 2014; 160: 344-353.
- \* *Koelwijn J.* Bij gelijke geschiktheid liever een jongen. *NRC*, 25 april 2007.
- \* *Kuthy RA, Jennings AD, McQuistan MR, Marshall TA, Qian F.* Influence of minor children and contribution to household income on work hours of female dentists. *J Public Health Dent* 2013; 73:245-251.
- \* *McKay JC, Quiñonez CR.* The feminization of dentistry: implications for the profession. *J Can Dent Assoc* 2012; 78: c1.
- \* *Morgan SL, Gelbgiser D, Weeden KA.* Feeding the pipeline: Gender, occupational plans, and college major selection. *Soc Sci Res* 2013; 42: 989-1005.
- \* *Murray JJ.* Better opportunities for women dentists: a review of the contribution of women dentists to the workforce. *Br Dent J* 2002; 192: 191-196.
- \* *Newton JT, Buck D, Gibbons DE.* Workforce planning in dentistry: the impact of shorter and more varied career patterns. *Community Dent Health* 2001; 18: 236-241.
- \* *Nguyen M, Reynolds JC, McKernan SC, Kuthy RA.* Changes in the hours worked per week by Iowa dentists, 1997-2013. Iowa, 2015. The University of Iowa Public Policy Centre. Fourth in a series of issue briefs.
- \* *Pacey L.* Have women changed the dental workforce? *Br Dent J* 2014; 216: 4-5.
- \* *Pallavi SK, Rajkumar GC.* Professional practice among woman dentist. *J Int Soc Prev Community Dent* 2011; 1: 14-19.

- \* *Rajeh, M, Hovey R, Esfandiari, S.* An Inquiry into Female Dentists' Professional Lives and Concerns. *Open J Soc Sciences* 2014; 2: 121-129.
- \* *Reynolds JC, McKernan SC, Kuthy RA.* Changes in Iowa dentist workforce composition, 1997-2013. Iowa, 2015. The University of Iowa Public Policy Centre. First in a series of issue briefs.
- \* *RegioPeil.* 15 procent verandert van dokter als het om voorkeur M/V gaat. <http://www.regiopeil.nl/regiopeil-2/15-procent-verandert-dokter-als-om-voorkeur-mv-gaat/>; 2017.
- \* *Riley JL, Gordan VV, Rouisse KM, McClelland J, Gilbert GH.* Differences in male and female dentists' practice patterns regarding diagnosis and treatment of dental caries: findings from The Dental Practice-Based Research Network. *J Am Dent Assoc* 2011; 142: 429-440.
- \* *Rond M de.* Vrouwen en mannen in de geneeskunde: de balans slaat door. KNMG, 2011. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/lotte-heeft-meer-kans-dan-peter.htm>
- \* *Sijthoff S.* Het skalpel snijdt aan twee kanten. De vrouwelijke specialist in opkomst. *Groene Amsterdammer* 2010; 31.
- \* *Wagenvoort H, Lagro-Janssen T.* Feiten en cijfers over (aanstaande) artsen m/v. Nijmegen: UMC St Radboud, 2010.
- \* *Whelton H, Wardman MJ.* The Landscape for woman leaders in dental education, research, and practice. *J Dent Educ* 2015; 79: S1 -S12.

## Summary

### **A woman at the chair is nothing out of the ordinary. Dental practice by female dentists in the Netherlands.**

*Women currently make up 40% of the dentist population in the Netherlands. On the basis of enrolment in educational programmes their share can be expected to grow to more than half. The literature shows gender differences in preferences regarding work setting and duration of the working week. Men and women also differ from each other with respect to the way dental care is provided. The presented data demonstrate an increase in the number of women working in dentistry and research data have confirmed the presumed differences between male and female dentists. Women are less likely to be the owner of a practice, women who do own a practice are more likely to collaborate with colleagues and have a shorter working week. With regard to providing dental care, women seem to be slightly more orientated to the individual patient and are more likely to pay attention to the patient's general health. Theories about work values provide explanations for these gender differences. Women's preference for collaboration accords with the general development in dental care to work in teams.*

## Bron

J.J.M. Bruers, B.A.F.M. van Dam

Uit de afdeling Sociale Tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) en de afdeling Onderzoek & Informatievoorziening van de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde KNMT in Nieuwegein.

Datum van acceptatie: 25 september 2017

Adres: prof. dr. J.J.M. Bruers, ACTA, Gustav Mahler laan 3004, 1081 LA Amsterdam

[j.bruers@acta.nl](mailto:j.bruers@acta.nl)