

Aad van Mourik/Jacques Siegers/
Martin Stijnenbosch*

Mannelijke verpleeg- kundigen en vrouwelijke ziekenverzorgenden

De verdeling van het mannelijke
en vrouwelijke verplegend
personeel over funktieniveaus in
de intramurale gezondheidszorg

Inleiding

Met goed recht kan worden beweerd dat het meest opvallende aspect van de maatschappelijke ongelijkheid tussen mannen en vrouwen de arbeidsverdeling betreft.¹ Het overgrote deel van de betaalde arbeid buitenshuis wordt verricht door mannen, het overgrote deel van de onbetaalde arbeid door vrouwen. En binnen de sfeer van de betaalde arbeid is sprake van een ongelijke verdeling van mannen en vrouwen over beroepen en functies. Wanneer de Nederlandse beroepsbevolking wordt verdeeld over zo'n 300 beroepen en als randvoorwaarde wordt gesteld dat de verdeling van de totale beroepsbevolking over deze 300 beroepen konstant dient te blijven, dan zou niet minder dan een kwart van de totale beroepsbevolking van beroep dienen te veranderen, om te bereiken dat mannen en vrouwen gelijkelijk over alle beroepen zijn verdeeld.² Er zijn ten minste een drietal redenen waarom deze beroepenscheiding ongewenst is.³

84

* De schrijvers zijn respectievelijk student economie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, wetenschappelijk medewerker aan het Economisch Instituut van de Rijksuniversiteit te Utrecht en wetenschappelijk medewerker aan het Geografisch Instituut van de Rijksuniversiteit te Utrecht. Zij danken H. Moerman en D. Odijk voor de door hen verstrekte informatie en

drs M. Brouwer, drs E.M. Ott en E.A.M. Siegers voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.
1. Zie bijvoorbeeld J.J. Siegers, Ongelijkheid tussen mannen en vrouwen op de arbeidsmarkt, *Sociaal Maandblad Arbeid*, juli/augustus 1981.
2. J.J. Siegers, Beroepssegregatie tussen mannen en vrouwen in Nederland, *Economisch-Statistische Berichten*, 28 februari 1979, p. 211.

In de eerste plaats draagt ze vermoedelijk in belangrijke mate bij aan het verschil in gemiddeld bruto uurloon tussen mannen en vrouwen, dat voor volwassen werknemers in de nijverheid en de dienstensektor ongeveer 20% in het nadeel van de vrouwen bedraagt.⁴ In de tweede plaats belemmert de beroepscheiding een verdeling van werkzaamheden over personen die aansluit bij hun talent en belangstelling. En in de derde plaats, niet los van het vorige punt, doet de hantering van het geslacht als criterium voor de maatschappelijke arbeidsverdeling afbreuk aan een in economische zin optimale aanwending van de faktor arbeid. Dat wil zeggen dat niet allen die werken ook daar werkzaam zijn waar zij de grootste bijdrage zouden kunnen leveren aan de maatschappelijke produktie. Op grond van deze overwegingen wordt dan ook vanuit het beleid getracht de beroepscheiding tussen mannen en vrouwen te verminderen.

Het valt evenwel te betwijfelen of een terugdringen van de scheiding tussen mannen- en vrouwenberoepen⁵ zonder meer de positie van de vrouw op de arbeidsmarkt versterkt.⁶ In de eerste plaats is het niet onaannemelijk dat de toetreding van vrouwen in mannenberoepen ertoe leidt dat zij binnen deze beroepen vooral de laagste posities bezetten en dat de toetreding van mannen in vrouwenberoepen tot gevolg heeft dat deze mannen daarbinnen vooral de relatief betere posities innemen. Een tweede negatief effect treedt op wanneer de instroom van mannen in vrouwenberoepen groter is dan die van vrouwen in mannenberoepen. Voor zover dit het geval is, betekent dit in een tijd van schaarste aan arbeidsplaatsen dat de werkgelegenheidspositie van vrouwen verslechtert. Gegeven de veel grotere spreiding van mannen over verschillende beroepen⁷ heeft de Sociaal-Economische Raad dan ook geadviseerd in de eerstkomende jaren het accent te leggen op

3. J.J. Siegers, Enkele kenmerken van vrouwen in mannenberoepen, *Intermediair*, 13 februari 1981, p. 55.

4. Berekend op basis van door het CBS verstrekte ongepubliceerde gegevens.

5. Bij ontstentenis van vaststaande inhoudelijke criteria wordt een beroep als mannenberoep (vrouwenberoep) aangemerkt als daarin hoofdzakelijk mannen (vrouwen) werkzaam zijn.

6. J.J. Siegers, Wetgeving als instrument ter bestrijding van de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen binnen de maatschappelijke arbeidsverdeling, in: W.C.J. Robert

en J.M.A. Waayer (red.), *Relatievrijheid en recht*, Deventer 1982.

7. A. van Mourik en J.J. Siegers, *Ontwikkelingen in de beroeps-segregatie tussen mannen en vrouwen in Nederland, 1973-1979*, Onderzoeksrapport, Economisch Instituut, RU, Utrecht 1982. Uitgaande van de verdeling van de beroepsbevolking over zo'n 300 beroepen was een vijfde van de vrouwelijke beroepsbevolking werkzaam in slechts twee, ruim een derde in vier en de helft in acht beroepen. Van de mannelijke beroepsbevolking is een vijfde gekoncentreerd in veertien beroepen.

de toetreding van vrouwen tot mannenfuncties, met name op middelbaar en hoger niveau.⁸ Een derde gevaar schuilt in de werking van de wet van de Franse sociologe *Sullerot*, volgens welke een toenemend aantal vrouwen in een mannenberoep ertoe leidt dat dit mannenberoep qua status, beloning en andere arbeidsvoorwaarden verslechtert.⁹

Als illustratie van de gevaren die de toetreding van mannen tot vrouwenberoepen met zich meebrengt wordt vaak naar voren gebracht, dat de toestroom van mannen tot het verplegend personeel tot gevolg heeft dat zij de vrouwen daarin uit de beste functies wegdrukken.

1 Mannen in de verpleging

Ten einde de bewering over het effect van de toestroom van mannen in de verpleging op haar juistheid te toetsen hebben wij een analyse uitgevoerd van de verdeling van het mannelijk en vrouwelijk verplegend personeel over funktieniveaus in de intramurale gezondheidszorg in Nederland voor de periode 1973 tot en met 1980.¹⁰ De laatste kolom van tabel 1 laat zien dat het aandeel van de mannen in het verplegend personeel in de eerste helft van de beschouwde periode is opgelopen van 17% tot 20%, waarna het op het laatstgenoemde percentage is gestabiliseerd. Wanneer het maximaal in een functie te verdienen bruto maandsalaris als maatstaf wordt gehanteerd, dan hebben de beste functies binnen de verpleging betrekking op de gediplomeerde verpleegkundigen. Blijkens tabel 1 is het aandeel van de mannen binnen deze categorie veel sterker gegroeid dan hun aandeel in het totale verplegend personeel, en wel van 17% in 1973 tot 26% in 1980 (dat wil zeggen met 50% in zeven jaar). Binnen het overige verplegend personeel is het procentuele aandeel van mannen over de gehele periode gezien konstant gebleven.

8. SER, *Nota gelijke behandeling mannen en vrouwen*, Den Haag 1981, p. 13.

9. E. Sullerot, *De vrouw van morgen*, Bussum 1968, pp. 140-141 en idem, *De vrouwenarbeid in onze tijd*, Bussum 1969, pp. 113 e.v.

10. De gehanteerde gegevens hebben betrekking op het personeel dat werkzaam was in algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, zwakzinnigzorginrichtingen, verpleeghuizen voor somatisch zieken, verpleeghuizen voor psychogeriatrische patiënten en gekombineerde verpleeghuizen; zij

zijn ontleend aan de door het Nationaal Ziekenhuisinstituut gepubliceerde statistieken betreffende de personeelssterkte en aan door het HZI verstrekte, niet gepubliceerde informatie. In verband met problemen betreffende onder andere de vergelijkbaarheid van de cijfers tussen de verschillende jaren is het personeel dat werkzaam was in academische ziekenhuizen, kategoriale ziekenhuizen en inrichtingen voor zintuigelijk gehandicapten buiten beschouwing gebleven. Buiten de beschouwde periode zijn geen vergelijkbare gegevens voorhanden.

Het procentuele aandeel van mannen in het verplegend personeel in de intramurale gezondheidszorg

tabel 1

jaar	gediplomeerd verpleegkundigen	overig verplegend personeel	verplegend personeel, totaal
1973	17	17	17
1974	19	17	18
1975	20	18	19
1976	21	18	19
1977	22	19	20
1978	23	18	20
1979	25	17	20
1980	26	17	20

Het procentuele aandeel van de gediplomeerde verpleegkundigen in het totale verplegend personeel in de intramurale gezondheidszorg

tabel 2

jaar	mannen	vrouwen	totaal
1973	33	32	32
1974	35	32	33
1975	36	32	33
1976	37	33	34
1977	40	34	35
1978	43	35	37
1979	46	36	38
1980	50	36	39

Segregatie-indices betreffende de functiesegregatie tussen mannen en vrouwen bij het verplegend personeel in de intramurale gezondheidszorg

tabel 3

jaar	s	S
1973	13,38	3,79
1974	15,84	4,65
1975	16,90	5,10
1976	17,94	5,58
1977	17,80	5,71
1978	17,16	5,52
1979	16,78	5,40
1980	18,87	6,11

Uit tabel 2 kan worden afgeleid dat het aandeel van de gediplomeerde verpleegkundigen in het totale verplegend personeel is gestegen van 32% tot 39%. De in tabel 1 weergegeven ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat het vooral de mannen zijn geweest die hiervan hebben geprofiteerd. Was in 1973 een derde van het mannelijke verplegend personeel gediplomeerd verpleegkundige, in 1980 gold dit voor de helft van hen. Bij de vrouwen was over dezelfde periode slechts van een lichte stijging sprake, van krap een derde tot ruim een derde.

De ongelijkheid in de verdeling van mannen en vrouwen kan worden gemeten met behulp van *segregatie-indices*. De segregatie-index s^{11} geeft een antwoord op de vraag hoe groot de som bedraagt van het percentage van het mannelijk verplegend personeel en het percentage van het vrouwelijk verplegend personeel dat van functie dient te veranderen, opdat de procentuele verdelingen van het verplegend personeel over de functies voor mannen en voor vrouwen dezelfde is. In tabel 3 zijn voor de jaren 1973 tot en met 1980 de waarden van s weergegeven.¹² Over de gehele periode bezien is sprake van een stijgende trend. Het gemiddelde over 1973 t/m 1980 ligt ruim 14% hoger dan dat over 1973 tot en met 1975. Voor 1980 geldt dat, ten einde alle functiescheiding tussen mannen en vrouwen te doen verdwijnen, minimaal een aantal ter grootte van ruim 18% van het mannelijke verplegend personeel van functie zou moeten veranderen. Omdat mannen in dat jaar 20,3% van het totale verplegend personeel vormden, komt dit overeen met $0,203 \times 18,87\% = 3,83\%$ van het totale verplegend personeel. Wanneer als randvoorwaarde wordt gesteld, dat de verdeling van het totale verplegend personeel over de onderscheiden functies ongewijzigd dient te blijven, dan moeten

11. De segregatie-index s is gedefinieerd als:

$$s = \frac{1}{2} \sum_{i=1}^n |(m_i - v_i)|$$

waarbij:

s = segregatie-index

m_i = aantal mannen in functie i in

procenten van het totale aantal

mannen in de verpleging

v_i = aantal vrouwen in functie i in

procenten van het totale aantal

vrouwen in de verpleging

n = aantal rangen.

12. Hierbij is uitgegaan van een indeling van het verplegend personeel in veertien categorieën volgens de door het Nationaal Ziekenhuis-

instituut gehanteerde viercijferige codering. Deze veertien categorieën zijn: gediplomeerd verpleegkundigen, gediplomeerd ziekenverzorgenden, gediplomeerd opvoedkundig personeel, gediplomeerd bejaardenverzorgenden, gediplomeerd bejaardenhelpenden, gediplomeerd zwakzinnigenzorgassistenten, gediplomeerd verzorgingsassistenten, verpleegkundigen in opleiding, ziekenverzorgenden in opleiding, opvoedkundig personeel in opleiding, bejaardenverzorgenden in opleiding, bejaardenhelpenden in opleiding, zwakzinnigenzorgassistenten in opleiding, verzorgingsassistenten in opleiding.

behalve mannen ook vrouwen van functie veranderen. De segregatie-index S geeft een antwoord op de vraag hoe groot het percentage van het totale verplegend personeel is dat met inachtneming van deze randvoorwaarde van functie dient te veranderen, om alle functiescheiding te laten verdwijnen.¹³ Ook de waarden van S zijn weergegeven in tabel 3. Evenals ten aanzien van s werd gekonstateerd, is bij S over de gehele periode bezien sprake van een stijgende trend. Tussen de periode 1973 tot en met 1975 en de periode 1978 tot en met 1980 is S met ruim 25% gestegen.¹⁴

2 Verslechtering positie vrouwen

Er kan uit het voorgaande worden gekonkludeerd dat de functiescheiding tussen mannen en vrouwen binnen het verplegend personeel in de beschouwde periode is toegenomen. De vraag is of dit ten voordele of ten nadele van het vrouwelijke verplegend personeel heeft gewerkt.

Een eerste aanwijzing dat sprake is geweest van een verslechtering van de positie van de vrouwen is reeds aangegeven bij de bespreking van de tabellen 1 en 2. Voor de jaren 1977 tot en met 1980 is evenwel een meer gedetailleerde analyse mogelijk en wel op basis van een indeling van het verplegend personeel in 35 categorieën volgens de door het Nationaal Ziekenhuisinstituut gehanteerde vijf-cijferige codering. De procentuele verdeling van het mannelijke en het vrouwelijke verplegend personeel is weergegeven in appendix A. De eerste zeven functies vormen te zamen het gediplomeerde verpleegkundig personeel. Ook *binnen* de gediplomeerde verpleegkundigen zijn de mannen oververtegenwoordigd in de hogere functies. Dit kan als volgt worden afgeleid. Voor 1980 bedroeg het procentuele aandeel van de gediplomeerde verpleegkundigen in het totale verplegend personeel blijkens tabel 2 bij de mannen bijna 40% meer dan bij de vrouwen, namelijk 50 tegen 36. Bij een evenredige vertegenwoordiging binnen de categorie van het

13. De segregatie-index S kan als volgt worden berekend:

$$S = 2 \cdot f_m \cdot f_v \cdot s$$

waarbij:

S = percentage van het totale verplegend personeel dat van functie dient te veranderen ten einde alle functiescheiding te doen verdwijnen, onder de restriktie dat de verdeling van het totale verplegend personeel over de onderscheiden functies ongewijzigd blijft

f_m = aantal mannen gedeeld door het totale aantal verplegenden

f_v = aantal vrouwen gedeeld door het

totale aantal verplegenden

14. Het feit dat S sterker gestegen is dan s is het gevolg van het feit dat f_m en f_v in de beschouwde periode minder ongelijk zijn geworden. Bij een gegeven waarde van s vertoont S op grond van het verloop van de waarde van het produkt van f_m en f_v een maximum ter grootte van $\frac{1}{2} s$, dat wordt bereikt in geval de twee frakties aan elkaar gelijk zijn; naarmate beide frakties meer uiteenlopen, daalt S op, ten opzichte van het maximum, symmetrische wijze naar nul.

gediplomeerde verplegend personeel zouden de voor elk van de eerste zeven functies voor 1980 vermelde percentages derhalve eveneens bij de mannen 40% hoger moeten liggen dan bij de vrouwen. Dit blijkt echter slechts te gelden voor de categorie van de verpleegkundigen/waarnemend 1e verpleegkundigen. Bij de eerste zes functies lag het percentage van de mannen (veel) meer dan 40% boven dat van de vrouwen; bij de verpleegkundigen lag het lager dan het percentage van de vrouwen.

Overeenkomstige konstateringen kunnen worden gedaan bij de gediplomeerde ziekenverzorgenden en de gediplomeerde bejaardenverzorgenden. Zo bedroeg in 1980 het percentage van de gediplomeerde ziekenverzorgenden dat zich bevond in de hoogste schaal bij de mannen 10,2 en bij de vrouwen 6,7. Voor de daarop volgende schaal luiden de overeenkomstige percentages 18,0 en 15,1 en voor de laagste schaal 71,9 en 78,2.

Tevens kan worden vastgesteld dat de oververtegenwoordiging van de mannen bij het gediplomeerde verpleegkundig personeel gepaard gaat met een oververtegenwoordiging van de vrouwen bij de gediplomeerde ziekenverzorgenden, bejaardenverzorgenden en bejaardenhelpenden.

De cijfers uit appendix A geven niet alleen aan dat de vrouwen in de hogere posities zijn ondervertegenwoordigd, maar laten op het oog ook een verschuiving ten nadele van vrouwen zien. Zo is het procentuele aandeel van het verplegend personeel in elk van de vijf hoogste functies over de gehele periode 1977 tot en met 1980 gezien bij de mannen gestegen en bij de vrouwen konstant gebleven of gedaald. En in de daarop volgende drie functies is het procentuele aandeel bij de mannen (veel) sterker gestegen dan bij de vrouwen.

In appendix B wordt aangegeven hoe het nadeel dat de functiescheiding binnen het verplegende personeel voor vrouwen oplevert met behulp van een kengetal kan worden gekwantificeerd. Het aldus gemeten nadeel blijkt in 1980 ten opzichte van 1977 verdrievoudigd.

3 Mogelijke oorzaken

Wat betreft de mogelijke oorzaken van de genoemde ontwikkelingen kan een onderscheid worden gemaakt tussen oorzaken die wel en oorzaken die niet specifiek zijn voor de gezondheidszorg. Met betrekking tot laatstgenoemde oorzaken kan worden gewezen op de maatschappelijke opvattingen omtrent de rollen die mannen en vrouwen worden geacht in de samenleving te vervullen.¹⁵ Deze opvattingen leiden onder meer tot een ongelijke

verdeling van de betaalde en onbetaalde arbeid over mannen en vrouwen. De zorg voor huishouden en kinderen komt vrijwel geheel voor rekening van de vrouw, ook als zij een betaalde baan heeft. Dit betekent dat voor haar de mogelijkheden om cursussen te volgen en om onregelmatige diensten te draaien worden verkleind. Daardoor zullen niet alleen minder vrouwen opleidingen volgen en de betreffende diploma's behalen, maar zullen ook vrouwen die een diploma behaald hebben met name na de geboorte van een kind stoppen met het verrichten van betaald werk. Voor mannen geldt in feite het omgekeerde. Na sluiting van een huwelijk neemt de hoeveelheid door hen verrichte huishoudelijke arbeid veelal af in plaats van toe en na de geboorte van een kind trachten zij vaak – bijvoorbeeld door het volgen van cursussen – hun (toekomstig) arbeidsinkomen te vergroten omdat kinderen behalve tijd ook geld kosten. Geen wonder dus dat de mannen, ook binnen de intramurale gezondheidszorg, zijn oververtegenwoordigd in de top van de hiërarchie en vrouwen zijn oververtegenwoordigd in de lagere regionen.

Wat echter nog verklaring behoeft is de gekonstateerde tendens dat de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen in de verdeling over functies in de intramurale gezondheidszorg in de zeventiger jaren is *toegenomen*. In de eerste plaats heeft in de gezondheidszorg geleidelijk een accentverschuiving plaatsgevonden van 'zorg' naar technische vaardigheden. Illustratief is de invoering van het begrip 'verpleegkundige' en – meer inhoudelijk – de komst van de HBO-V, de hogere beroepsopleiding voor verpleegkundigen. Door deze ontwikkelingen en de vergeleken met vroeger verbeterde salarissen werd een functie in de intramurale gezondheidszorg voor mannen aantrekkelijker. Ook voor mannen waarvoor naast de beroepsinhoudelijke aspecten de carrière in de sfeer van de betaalde arbeid nadrukkelijk een rol speelt. Daarbij voegt zich het feit dat een snelle carrière in het bedrijfsleven al sinds geruime tijd steeds moeilijker is geworden,¹⁶ terwijl die in het ziekenhuis nog in relatief ruime mate mogelijk was.

4 Positieve actie

Wat kan nu vanuit de intramurale gezondheidszorg zelf worden gedaan om de relatieve achteruitgang van het vrouwelijke

15. Zie J.J. Siegers, Op weg naar gelijkheid van mannen en vrouwen binnen de maatschappelijke arbeidsverdeling?, *Tijdschrift voor Politieke Economie*, jrg. 6 nr 2, december 1982 en de aldaar vermelde literatuur.

16. Zie bijv. P.J. Vos, Arbeidsbeleid en aanbodseconomie, in: *De economie van het aanbod*, Preadviezen van de Vereniging voor de Staathuishoudkunde, Leiden/Antwerpen 1982, p. 40.

verplegend personeel tot staan te brengen en in gunstige richting om te buigen? Een mogelijkheid daartoe vormt hetgeen in de Verenigde Staten bekend staat als *affirmative action* en hier zal worden aangeduid als positieve actie.¹⁷ Een programma voor positieve actie in een arbeidsorganisatie bestaat uit een geheel van maatregelen gericht op de verbetering van de positie van de vrouw binnen die organisatie. Het bevat in de eerste plaats een intentieverklaring waarin de verbetering van de positie van de vrouw als doel wordt gesteld en waarin met name wordt ugesproken dat zal worden gestreefd naar een vergroting van het aantal vrouwen in hogere functies. Een tweede element van een programma voor positieve actie vormt de kwantificering van de ongelijkheid tussen mannen en vrouwen in de betreffende arbeidsorganisatie en het achterhalen van de knelpunten die een verbetering van de situatie belemmeren. Door de Sociaal-Economische Raad wordt in dit verband genoemd een inventarisatie van onder andere de verdeling van mannen en vrouwen over functies, afdelingen, werktijden, leeftijden, aantal dienstjaren, deelname aan bedrijfsopleidingen, vervulling van (interne) vakatures, promoties en verloop.¹⁸ Nadat op basis van een dergelijke inventarisatie, aangevuld met meer kwalitatieve informatie, de belangrijkste knelpunten in kaart zijn gebracht, kan gerichte actie worden ondernomen. Hierbij kan met name worden gedacht aan:

- het opstellen van een meerjarenplanning met een vastgestelde wervingsverhouding tussen mannen en vrouwen voor de vervulling van vakatures vanaf een bepaalde schaal;
- het voeren van een gericht advertentiebeleid waarin vrouwen uitdrukkelijk wordt verzocht te solliciteren naar hogere functies;
- opzetten van trainingen voor met name vrouwen om de maatschappelijke weerbaarheid te vergroten;
- uitbreiding van het aantal deeltijdfuncties en het doen van onderzoek naar het vergroten van de mogelijkheden op dit terrein;
- het aantrekken van een emancipatiefunktionaris;
- het creëren c.q. uitbreiden van maaltijdvoorzieningen op het werk;
- besteden van aandacht aan een verantwoorde kinderopvang;
- om een gelijkwaardige verdeling tussen mannen en vrouwen op alle funktieniveaus te bevorderen, wordt aan vrouwen in lagere funktieniveaus en in het middenkader gerichte aandacht gegeven aan hun doorstroming naar middelbare en hogere functies. Voor middelbare en lagere functies wordt bij gelijke geschiktheid aan vrouwen de voorkeur gegeven zolang zij daarin onder-

17. Zie Siegers, a.w., *TPE* en *SER*, a.w., pp. 31-34.

18. *SER*, a.w., pp. 32-33.

vertegenwoordigd zijn.

Gegeven de uitkomsten van de statistische analyse betreffende de ongelijkheid tussen mannelijk en vrouwelijk verplegend personeel in de intramurale gezondheidszorg lijkt daar een dergelijk programma voor positieve actie bepaald geen overbodige luxe.

De procentuele verdeling van respectievelijk het mannelijk en het vrouwelijk verplegend personeel in de intramurale gezondheidszorg over functieniveaus

appendix A

Functieniveau	1977		1978		1979		1980	
	M	V	M	V	M	V	M	V
Hoofd verplegingsdienst	0,93	0,23	0,93	0,22	0,97	0,20	1,04	0,21
Hoofdverpleegkundige A	1,09	0,35	1,20	0,33	1,30	0,38	1,41	0,32
Hoofdverpleegkundige	4,69	2,64	4,88	2,61	5,22	2,46	5,37	2,36
1 ^o verpleegkundige A/waarnemend	5,83	2,78	5,74	2,88	5,98	2,90	6,14	2,78
hoofdverpleegkundige	6,54	4,91	6,83	4,95	7,27	4,84	8,05	4,74
1 ^o verpleegkundige	5,85	5,59	6,18	5,64	7,19	5,67	7,97	5,73
Verpleegkundige A/waarnemend	14,66	17,95	16,92	18,74	18,01	19,13	19,40	20,25
Verpleegkundige								
Ziekenverzorgende, 3 ^o schaal	0,49	1,07	0,55	1,00	0,68	1,08	0,72	1,15
Ziekenverzorgende, 2 ^o schaal	0,99	2,37	0,95	2,43	1,19	2,46	1,28	2,61
Ziekenverzorgende, 1 ^o schaal	3,65	12,40	4,18	13,40	5,23	13,06	5,13	13,50
Opvoedkundig personeel, gediplomeerd	2,82	1,24	3,45	1,44	2,73	1,22	2,59	1,27
1 ^o bejaardenverzorgende	0,02	0,02	0,01	0,03	0,02	0,02	0,02	0,03
bejaardenverzorgende	0,03	0,16	0,06	0,16	0,05	0,12	0,03	0,20
Bejaardenhelpende, gediplomeerd	0,04	0,11	0,03	0,09	0,03	0,08	0,02	0,10
Zwakkimengenzorgassistent, gediplomeerd	0,61	0,78	0,50	0,58	0,49	0,50	0,38	0,38
Verzorgingsassistent, gediplomeerd	0,00	0,08	0,04	0,12	0,04	0,17	0,04	0,23
4 ^o jaars leerlingverpleegkundige	2,21	2,41	2,41	2,45	2,41	2,75	2,09	2,24
3 ^o jaars leerlingverpleegkundige	11,35	8,36	11,47	8,22	10,00	7,91	9,51	7,99
2 ^o jaars leerlingverpleegkundige	14,47	9,82	12,44	9,47	11,20	9,13	10,86	9,00
1 ^o jaars leerlingverpleegkundige	12,99	10,33	11,22	10,22	10,68	10,11	10,12	9,56
Leerlingverpleegkundige, preklinische periode	0,62	0,45	0,35	0,38	0,37	0,38	0,11	0,19
Aspirant leerlingverpleegkundige	0,23	0,30	0,16	0,29	0,16	0,42	0,15	0,48
2 ^o jaars leerlingsziekenverzorgende	3,14	7,14	3,78	5,95	3,56	6,17	2,66	6,22
1 ^o jaars leerlingsziekenverzorgende	4,81	7,45	4,14	7,42	3,72	7,87	3,10	7,43
Aspirant leerlingsziekenverzorgende	0,23	0,30	0,16	0,29	0,16	0,42	0,15	0,48
Opvoedkundig personeel, in opleiding	1,17	0,38	0,81	0,28	0,83	0,32	1,08	0,37
2 ^o jaars leerlingbejaardenverzorgende	0,02	0,04	0,01	0,02	0,01	0,02	0,00	0,02
1 ^o jaars leerlingbejaardenverzorgende	0,02	0,03	0,00	0,02	0,01	0,01	0,00	0,01
Aspirant leerlingbejaardenverzorgende	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

2 ^e jaars leerlingbejaardenhel- pende	0,00	0,05	0,03	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01
1 ^e jaars leerlingbejaardenhel- pende	0,02	0,02	0,03	0,02	0,02	0,02	0,00	0,01
Aspirant leerlingbejaardenhel- pende	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00
2 ^e jaars leerlingwakzinnigen- zorgassistent	0,19	0,15	0,10	0,11	0,10	0,07	0,09	0,08
1 ^e jaars leerlingwakzinnigen- zorgassistent	0,11	0,09	0,10	0,11	0,12	0,07	0,20	0,06
Verzorgingsassistent, in oplei- ding	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01
Totaal ^{a)}	100	100	100	100	100	100	100	100

a) Verschillen door afronding.

appendix B De gewogen segregatie-index

Het nadeel dat de functiescheiding binnen het verplegend personeel voor de betreffende vrouwen oplevert, kan worden gekwantificeerd met behulp van de gewogen segregatie-index. Deze index is als volgt gedefinieerd:

$$s_w = \sum_{i=1}^n (m_i - v_i) \cdot w_i$$

waarbij:

s_w = gewogen segregatie-index

w_i = gewicht behorende bij functie i.

Zie hiervoor: J.J. Siegers, Segregatie en ongelijkheid, *Intermediair*, 7 december 1979, p. 35. Wanneer elke functiescheiding ontbreekt, dan geldt $s_w = 0$. Het laatstgenoemde resultaat wordt echter ook bereikt, wanneer wel van functiescheiding sprake is, maar de verdelingen van het mannelijke en het vrouwelijke verplegend personeel over de functies niet zodanig van elkaar verschillen, dat hetzij de vrouwen hetzij de mannen per saldo zijn oververtegenwoordigd in functies met relatief hoge gewichten. De optredende functiescheiding kan dan worden geacht niet ten nadele te werken van alle mannen te zamen of alle vrouwen te zamen.

94

Wanneer de gewogen segregatie-index kleiner is dan nul, dan is er in functies met relatief hoge gewichten sprake van een oververtegenwoordiging van de vrouwen. Een waarde van de gewogen segregatie-index die groter is dan nul, duidt daarentegen op een ondervertegenwoordiging van de vrouwen in functies met relatief hoge gewichten.

De gewogen segregatie-index bereikt een maximum (minimum) wanneer er gegeven de bij de functies behorende gewichten sprake is van een zodanige volledige functiescheiding, dat al het mannelijk verplegend personeel werkzaam is in de functie waarvan het

gewicht maximaal (minimaal) is en al het vrouwelijk verplegend personeel werkzaam is in de functie waarvan het gewicht minimaal (maximaal) is. Deze berekening van de maximale waarde van de gewogen segregatie-index is weliswaar rekentechnisch juist, maar weinig realistisch. Beter lijkt het om bij de berekening als randvoorwaarde te stellen, dat de verdeling van het totale verplegend personeel over de onderscheiden functies ongewijzigd dient te blijven. Dit is in het navolgende gebeurd.

De voor de jaren 1977 tot en met 1980 berekende waarden van de in procenten van de maximale waarde uitgedrukte gewogen segregatie-index luiden achtereenvolgens:

1977	5,52
1978	9,08
1979	13,48
1980	16,70

Als gewichten zijn de in de betreffende jaren in de respectieve functies maximaal te verdienen bruto maandsalarissen gehanteerd. Alle gevonden waarden van s_w/s_{max} zijn positief, zodat kan worden gekonkludeerd dat de funktiescheiding binnen het verplegend personeel ten nadele van vrouwen werkt. Tevens blijkt er sprake te zijn van een sterke stijging. Ten opzichte van 1977 is in 1980 de waarde van s_w/s_{max} verdrievoudigd. Op grond hiervan moet worden vastgesteld, dat de positie van het vrouwelijk verplegend personeel ten opzichte van die van de mannen een forse verslechtering heeft ondergaan.

Eerdere artikelen in TPE op verwant terrein waren:

Hettie Pott-Buter en Joop Odink, *Het eigen arbeidsinkomen van gehuwde vrouwen*. TPE 5/3.

Jacques Siegers, *Op weg naar gelijkheid van mannen en vrouwen binnen de maatschappelijke arbeidsverdeling?* (met commentaren van Joop Hartog en Mirjam Nijhof), en andere artikelen in het themanummer *Vrouwenemancipatie en economie*. TPE 6/2.