

VROUWELIJKE HUISARTSEN

Belemmerd bij vestiging?

D. Kortenhoeven

januari 1985

Het onderzoek 'vrouwelijke huisartsen; belemmerd bij vestiging?' is uitgevoerd binnen de afdeling wetenschappelijk onderzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut.

Deze afdeling is per 1 januari 1985 omgevormd tot het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Het NIVEL verzamelt en verspreidt kennis en inzicht over structuur en functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg in relatie tot de andere (gezondheidszorg)systemen door het verrichten van onderzoek, documentatieactiviteiten en het beheren van een (algemeen toegankelijke) bibliotheek.

In dit onderzoek zijn een drietal deelonderzoeken verricht onder bepaalde groepen huisartsen:

- een groep huisartsen die naar een vestigingsplaats op zoek is en die enkele maanden lang een logboek hebben bijgehouden;
- een groep huisartsen die de vestigingsplannen heeft opgegeven en die is geïnterviewd over de redenen voor het opgeven van de vestigingsplannen;
- een groep gevestigde huisartsen die een opvolger of associé zoekt en die is gevraagd naar de wijze waarop gegadigden geselecteerd zijn.

Allen dank voor de welwillende medewerking.

Tevens dank aan de medewerkers van de OLMA die, in het deelonderzoek onder gevestigde huisartsen de contacten met gevestigde huisartsen tot stand hebben gebracht.

NIVEL, Utrecht, 1985

assistentie: Anton Nuyten

typewerk: Marijke Butzelaar

drukwerk: Anton Leerentveld

INHOUD	blz.
Inleiding	
Samenvatting	
Hoofdstuk 1 VRAAGSTELLING EN OPZET VAN HET ONDERZOEK	1
1.1 Verschillen tussen vrouwen en mannen in het aantal dat zich als zelfstandig huisarts vestigt	
1.2 Vraagstelling en methoden van onderzoek	
1.3 Opzet en deelname aan het onderzoek	
Hoofdstuk 2 BELEMMERENDE REGELINGEN EN ERVAREN BELEMMERINGEN	15
2.1 Belemmeringen in de fiscale regelingen	
2.2 Belemmeringen in de pensioenregeling voor huisartsen	
2.3 Belemmeringen in de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen	
2.4 Ervaring van belemmeringen	
Hoofdstuk 3 INVENTARISATIE VAN BELEMMERINGEN BIJ HET ZOEKEN NAAR EEN VESTIGINGSPLAATS	30
3.1 Doorslaggevende redenen voor het vinden van een vestigingsplaats	
3.2 Redenen waarom huisartsen hun vestigingsplannen opgeven	
Hoofdstuk 4 MOTIVATIONELE FACTOREN EN ZELFSTANDIGE VESTIGING	38
4.1 Meten van motivatie	
4.2 Validiteit van de motivatieschalen	
Hoofdstuk 5 GELEGENHEIDSFACTOREN EN ZELFSTANDIGE VESTIGING	47
5.1 Beroeps carrière en gezinssituatie	
5.2 Beroeps carrière en partner	
Hoofdstuk 6 ZOEKEN NAAR EEN HUISARTSPRAKTIJK	59
6.1 Gewenste en gezochte praktijk	
6.2 Wijze van zoeken en effectiviteit van zoekmethoden	
Hoofdstuk 7 ZOEKGEDRAG OP DE ARBEIDSMARKT	78
7.1 De vragers van huisartspraktijken	
7.2 De aanbieders van huisartspraktijken	
Hoofdstuk 8 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	109
8.1 Belemmeringen, voortvloeiend uit de mogelijkheden tot pensioenvoorziening en arbeidsongeschiktheidsverzekering	
8.2 Belemmeringen in de financierings- en fiscale sfeer bij vestiging, praktijkovername of associatie	
8.3 Belemmeringen, opgeworpen door de directe (sociale) omgeving van de vrouwelijke (adspirant-)huisarts	
8.4 Belemmeringen, voortvloeiend uit de voorkeuren van de groep gevestigde huisartsen ten aanzien van praktijkoverdracht, associatie of vestiging	
Literatuurverwijzingen	119
Geraadpleegde literatuur	123



## INLEIDING

In dit rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar belemmeringen die vrouwelijke artsen ondervinden bij vestiging als huisarts. De achtergrond van de vraagstelling is dat een veel groter percentage mannen dan vrouwen die de eenjarige opleiding tot huisarts gevolgd hebben, zich ook daadwerkelijk als zelfstandig huisarts vestigen.

Het initiatief tot een onderzoek naar vrouwelijke huisartsen is al in 1979 ontstaan in gesprekken van het Nederlands Huisartsen Instituut met artsen uit de kring van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen en de later opgerichte Werkgroep Vrouwelijke Huisartsen binnen de Landelijke Huisartsen Vereniging. Deze gesprekken hebben geleid tot een voorstel van het NHI om onderzoek te doen naar problemen op de arbeidsmarkt en de werksituatie van vrouwelijke huisartsen. Dit voorstel is indertijd ter subsidiëring ingediend bij het toenmalige Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

Vanwege de emancipatie-aspecten die aan het onderzoeksvoorstel te onderscheiden waren, is het voorstel in aangepaste vorm ingediend bij de Staatssecretaris belast met emancipatiezaken. Deze heeft het subsidieverzoek afgewezen, enerzijds omdat men geen sectorgebonden onderzoek wenste te subsidiëren en anderzijds vanwege de volksgezondheidsaspecten die aan het onderwerp te onderkennen waren. Het subsidievoorstel is daarop weer door Volksgezondheid in behandeling genomen. Het voorstel bleek een te breed terrein te beslaan en te omvangrijk van opzet te zijn om voor subsidiëring in aanmerking te komen. Vandaar dat het NHI in de zomer van 1982 een verzoek van het Ministerie van WVC kreeg om een onderzoek van beperkte omvang naar problemen van vrouwelijke artsen bij vestiging als huisarts te doen. Dit onderzoek is in het najaar van 1983 van start gegaan.

In de loop van de tijd is daarmee de vraagstelling van het onderzoek naar vrouwelijke huisartsen sterk ingeperkt. De oorspronkelijke vraagstelling luidde: "Welke motivationele en structurele factoren bepalen het al of niet werken als huisarts door vrouwelijke artsen die de opleiding tot huisarts gevolgd hebben", waarbij deze motivationele en structurele factoren opgedeeld waren in factoren die het verkrijgen van een arbeidsplaats beperken en de factoren die de uitoefening van het huisartsenwerk belemmeren.



In de opdracht voor het onderzoek zoals dat uiteindelijk uitgevoerd is, is de vraagstelling beperkt tot enkele met name genoemde belemmeringen die betrekking hebben op de volgende aspecten: sociale omgeving van de vrouwelijke (adspirant-)huisarts, op de voorkeuren van gevestigde huisartsen met betrekking tot praktijkoverdracht e.d., op financiering en belasting en op de mogelijkheden tot pensioenvoorziening en arbeidsongeschiktheidsverzekering.

Deze inperking van de breedte van het onderzoek naar vrouwelijke huisartsen heeft voor- en nadelen. Een voordeel is, dat de met name genoemde belemmeringen veel concreter zijn dan zaken als motivaties. Uitkomsten die wijzen in de richting van verschillen in motivatie zijn voor het beleid van de overheid ook veel minder interessant dan uitkomsten die concrete belemmeringen in de sfeer van bijvoorbeeld belasting, financiering, pensioenen en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen aanwijzen.

Deze laatste zijn immers veel duidelijker en op korte termijn voor verandering door beleid vatbaar. Dat geldt in mindere mate voor de eerste twee concrete belemmeringen die in de onderzoeksopdracht genoemd zijn, zij het dat belemmeringen door de voorkeuren van gevestigde huisartsen met betrekking tot praktijkoverdracht beïnvloedbaar zijn (of beter gezegd: uitgeschakeld kunnen worden) door regelingen in het kader van het vestigingsbeleid voor huisartsen.

Een nadeel is, dat andere zaken dan de genoemde belemmeringen buiten beschouwing blijven. De mogelijkheid bestaat dan dat bestudering van de genoemde belemmeringen geen of nauwelijks verschillen oplevert. In dat geval is men uitgepraat.

Men weet dat een aantal concrete belemmeringen waarschijnlijk niet verantwoordelijk is voor het verschil tussen vrouwelijke en mannelijke artsen in het percentage gevestigden, maar waar dat verschil dan wèl door veroorzaakt wordt, weet men nog steeds niet. Bij een breder opgezet onderzoek is de kans op zo'n situatie, waarin geen verklaring voor de verschillen gegeven kan worden, kleiner.

Het beleid van de overheid is er in zijn algemeenheid op gericht de achterstand die vrouwen in de deelname aan het arbeidsproces hebben te verkleinen. Vooral de hogere maatschappelijke posities worden voornamelijk door mannen bekleed. Uit het oogpunt van het streven naar emancipatie van vrouwen is het onderhavige onderzoek daarom relevant.

Men kan zich afvragen wat de specifieke beleidsrelevantie van dit onderzoek is voor het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Een rechtvaardiging kan niet gevonden worden in het feit dat er een tekort aan huisartsen zou zijn en dat daarom onderzoek nodig is naar mogelijke





belemmeringen voor vrouwelijke huisartsen.

Veeleer gaat het om het feit dat er een selectie plaatsvindt voor het huisartsberoep op gronden die redelijkerwijs niets te maken hebben met verschillen in de beheersing van het huisartsvak of de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Een dergelijke selectie is even verwerpelijk als een selectie op grond van financiële draagkracht (vergelijk de bezwaren die ingebracht worden tegen het systeem van goodwill-betaling bij praktijkoverdracht).

Het feit, dat er zo weinig vrouwelijke artsen als zelfstandig huisarts praktiseren heeft ook consequenties voor de mogelijkheden van patiënten om hun voorkeuren te realiseren in het geval zij een vrouwelijke huisarts willen kiezen. Een vergroting van de pluriformiteit van het zorgaanbod past in het beleid op het terrein van de volksgezondheid. Hierbij moet overigens gewaarschuwd worden voor de argumentatie dat vrouwelijke huisartsen beter in staat zouden zijn bepaalde problemen van patiënten op te lossen. Los van het feit of dat al of niet het geval is, brengt een dergelijke argumentatie het gevaar met zich dat vrouwelijke artsen een afgebakende sector van problemen toegewezen krijgen, waardoor het kenmerkende van het huisartsvak, de generalistische aanpak, in gevaar komt.



## SAMENVATTING

### Inleiding en vraagstelling

Het initiatief tot dit onderzoek is al in 1979 ontstaan uit gesprekken tussen het NHI en de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen. Het onderzoeksvorstel over vestiging van vrouwelijke huisartsen is in de loop der tijd ingeperkt en in november 1983 is een onderzoek van start gegaan met een beperkter vraagstelling. De looptijd van het onderzoek bedraagt één jaar voor vier/vijfde onderzoeker. Achtergrond van waaruit de vraagstelling van het onderzoek is ontstaan is de constatering (gegevens huisartsregistratie NHI) dat relatief minder vrouwen dan mannen zich zelfstandig vestigen als huisarts. Het doel van het onderzoek is het inventariseren van belemmeringen die vrouwelijke artsen ondervinden als zij zich als huisarts willen vestigen en aanbevelingen te doen over oplossingen voor deze belemmeringen.

In de onderzoeksopdracht zijn deze belemmeringen als volgt omschreven:

- belemmeringen en opvattingen, opgeworpen door de directe (sociale) omgeving van vrouwelijke (adspirant-)huisartsen
- belemmeringen, voortvloeiend uit de voorkeuren van de groep gevestigde huisartsen ten aanzien van praktijkoverdracht, associatie of vestiging
- belemmeringen in de financierings- en fiscale sfeer bij vestiging, praktijkovername of associatie
- belemmeringen, voortvloeiend uit de mogelijkheden tot pensioenvoorziening en arbeidsongeschiktheidsverzekering

### Onderzoeksmethoden en onderzoekseenheden

Belemmeringen in concrete regelingen (fiscale regelingen, pensioenregeling en arbeidsongeschiktheidsverzekering) zijn in eerste instantie bezien op verschillen in regelingen voor vrouwen en mannen (desk-research); aangevuld met gesprekken met ter zake kundigen. Formele belemmeringen kunnen op deze wijze achterhaald worden. Over doorwerking van deze belemmeringen valt dan nog weinig te zeggen. Daartoe moet men bij de 'slachtoffers' te raden gaan. Gekozen is daarbij niet voor vrouwen die belemmeringen hebben ondervonden, maar voor een bredere populatie van vrouwen en mannen. Dit om te kunnen nagaan of er verschillen in belemmeringen zijn tussen vrouwen en mannen.



In het onderzoek is gebruik gemaakt van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. Een schriftelijke enquête (een meer kwantitatieve vorm van gegevensverzameling) is verzonden naar een grote groep huisartsen die onlangs de huisartsopleiding heeft voltooid.

Daarnaast zijn drie - meer kwalitatieve - deelonderzoeken verricht om meer subtiele belemmeringen en percepties van belemmeringen op het spoor te komen.

Het eerste deelonderzoek is gehouden onder een groep artsen die de vestigingsplannen heeft opgegeven. Bedoeling van dit deelonderzoek is geweest om belemmeringen op het spoor te komen en daarbij mogelijke verschillen tussen vrouwen en mannen te onderkennen. Onderzoeksmethode: telefonische interviews.

Het tweede deelonderzoek is gehouden aan de hand van de logboekmethode. Een groep zoekende huisartsen heeft gedurende drie maanden een logboek (met gestructureerde en open vragen) bijgehouden van hun zoekactiviteiten. Deze methode is met name gekozen omdat de aldus verkregen gegevens nog niet gekleurd zijn door de afloop van de gebeurtenissen.

Het derde deelonderzoek is gehouden onder huisartsen die een opvolger of associé zoeken. Gegevens zijn via mondelinge interviews verkregen. Bedoeling is geweest om na te gaan of gevestigde huisartsen bij voorkeur géén vrouwelijke huisarts wensen bij associatie of overname.

### Onderzoekresultaten

In eerste instantie is - via desk-research - nagegaan of de in de onderzoeksopdracht genoemde concrete belemmeringen er de oorzaak van zouden kunnen zijn dat relatief minder vrouwen dan mannen zich zelfstandig vestigen. Er zijn op deze punten wel verschillen gevonden tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen, maar die verschillen waren niet zo groot dat ze van doorslaggevende invloed zouden kunnen zijn op vestiging.

Vervolgens zijn (onder meer via het deelonderzoek onder degenen die hun vestigingsplannen hebben opgegeven en uit de open vragen van de schriftelijke enquête) gegevens verzameld over mogelijke belemmeringen die vrouwen en mannen tegenkomen bij het zoeken naar een vestigingsplaats. Deze gegevens - aangevuld met pogingen tot verklaring ervan uit de literatuur - zijn aanleiding om een aantal mogelijke belemmeringen nader te onderzoeken op hun belemmerende werking.

Allereerst is onderzocht of vrouwelijke en mannelijke huisartsen verschillen in motivatie. Nadere analyses tonen aan dat hier geen grote verschillen zijn.



Naast motivationele factoren zijn ook situationele factoren op belemmeringen onderzocht. De gezinssituatie en met name het al of niet hebben van kinderen en eventuele conflicterende verantwoordelijkheden tussen beroepsarbeid en gezin, zijn daarbij nader beschouwd. Ook zijn mogelijke belemmeringen, opgeworpen door de partner, en vooral door de arbeidssituatie van de partner, hierbij nader bekeken. Gebleken is dat er wat betreft de situationele factoren verschillen zijn te constateren tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen. Daar deze factoren nauwelijks vatbaar zijn voor verandering door beleidsmaatregelen van de overheid, is verder gezocht naar factoren die het verschil in zelfstandige vestiging zouden kunnen verklaren.

Het zoekproces is daartoe aan een nadere analyse onderworpen. Geanalyseerd zijn vestigingswijze en samenwerkingsvorm waarnaar vrouwelijke en mannelijke huisartsen op zoek zijn; daarbij is onderscheid gemaakt tussen wens en concreet zoekgedrag.

Bij de analyse zijn verder betrokken: gewenste praktijkgrootte, aantal uren dat men aan beroepsarbeid wenst te besteden en de kans die men zichzelf geeft de gezochte vestigingsplaats te vinden. Zodoende kon een profiel geschetst worden van de praktijkvorm waarnaar vrouwelijke en mannelijke huisartsen op zoek zijn. De geschetste profielen geven verschillen te zien in voorkeuren en gezochte praktijkvormen.

Niet alleen verschillen in praktijkvormen waarnaar huisartsen zoeken zijn aan een nader onderzoek onderworpen, ook de zoekmethoden en de effectiviteit van zoekmethoden zijn onderzocht.

Het blijkt dat maar weinig zoekactiviteiten als effectief worden gezien, hetgeen ook niet verwonderlijk is gezien het grote aanbod van huisartsen op de 'huisartspraktijkenmarkt'. Het reflecteren op advertenties is een vaak ondernomen activiteit, hoewel men er weinig van verwacht. Het benaderen van relaties blijkt vaker door mannen dan door vrouwen te gebeuren.

Onderzoeken we de waardering van zoekactiviteiten nader dan blijkt dat driekwart van de respondenten de effectiviteit van bepaalde zoekmethoden op een inschatting baseert, daar men de activiteiten zèlf niet ondernomen heeft.





### De deelonderzoeken

In twee deelonderzoeken is diepgaander op het zoekproces ingegaan. Niet alleen de vragers maar ook de aanbieders van praktijken zijn daartoe benaderd.

De resultaten uit het eerste deelonderzoek - een onderzoek aan de hand van de logboekmethode dat gegevens oplevert over hoe het zoeken naar een huisartspraktijk concreet in z'n werk gaat - toont aan dat er verschillen zijn in zoekgedrag. De belangrijkste verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen liggen in het ontplooiën van zoekactiviteiten. Mannen zoeken frequenter en schakelen bij het zoeken vaker relaties en familie of vrienden in; zoals ook is gebleken bij de analyse van de zoekmethoden. Verschillen zijn er ook in belemmeringen die vrouwen en mannen tegenkomen. Vrouwen signaleren vaker dan mannen impliciete redenen van afwijzing en impliciet gebleven (voor-)oordelen bij gevestigde huisartsen.

In het tweede deelonderzoek is de andere kant van de 'praktijkenmarkt' onderzocht door degenen die een praktijk hebben aan te bieden te vragen naar hun voorkeuren ten aanzien van gegadigden en met name ten aanzien van het vrouwelijk of mannelijk geslacht. Gevestigde huisartsen, zo blijkt uit dit onderzoek, zoeken vaak mede via relaties naar een geschikte opvolger of associé. Sexe blijkt in een aantal gevallen een belangrijk selectie criterium te zijn.

Opgemerkt dient hierbij wel te worden dat de resultaten uit de deelonderzoeken niet zonder meer te generaliseren zijn; veeleer dienen ze als indicatie voor onderzoek onder een grotere populatie.

### Aanbevelingen

Op basis van de resultaten uit het onderzoek worden een aantal aanbevelingen aan de overheid gedaan. Een deel van deze aanbevelingen is gericht op het verstrekken van toegankelijke en gerichte informatie over de in de onderzoeksopdracht genoemde concrete regelingen. Uit het onderzoek is namelijk naar voren gekomen dat een aantal van deze regelingen in het recent verleden ingrijpend is gewijzigd en dat de direct betrokkenen daar onvoldoende van op de hoogte zijn.

Tevens is de aanbeveling gedaan om de uitwerking van de nieuwe fiscale regelingen kritisch te bezien op onbedoelde gevolgen voor bepaalde groepen, in het bijzonder voor de groep die overweegt om aan het arbeidsproces te gaan deelnemen.



Een ander deel van de aanbevelingen heeft betrekking op het treffen van maatregelen die gelijke kansen voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen op de 'huisartspraktijkenmarkt' zullen bevorderen. Binnen het vestigingsbeleid voor huisartsen - zoals dat door de overheid wordt voorgestaan - zouden een aantal regels gesteld kunnen worden die de positie van vrouwelijke huisartsen bij het zoeken naar een vestigingsplaats zouden kunnen verbeteren.

Tot slot wordt een aanbeveling gedaan om de achterstand die vrouwelijke huisartsen hebben opgelopen ten aanzien van haar mannelijke collegae, daadwerkelijk aan te pakken. Daartoe biedt de Wet Gelijke Behandeling voor mannen en vrouwen een goed aanknopingspunt. In navolging van een Amerikaans voorbeeld zou het verplicht uitvoeren van een programma voor positieve actie (affirmative action) bij overtreding van deze wet, een effectieve maatregel kunnen zijn.



## HOOFDSTUK 1

### VRAAGSTELLING EN OPZET VAN HET ONDERZOEK

Alvorens we ingaan op de precieze vraagstelling en op de opzet van het onderzoek is het goed om het verschijnsel dat in dit onderzoek bestudeerd wordt - de verschillen tussen vrouwen en mannen in het aantal dat zich als zelfstandig huisarts vestigt - kort te beschrijven.

#### 1.1 Verschillen tussen vrouwen en mannen in het aantal dat zich als zelfstandig huisarts vestigt

We starten met de beschrijving bij het artsexamen. Het percentage vrouwelijke studenten dat het artsexamen met goed gevolg aflegt, is gestegen van ongeveer 18% in het begin van de jaren vijftig tot + 27% op dit moment. Deze ontwikkeling reflecteert de stijging van de deelname van vrouwen aan het VWO en aan het universitair onderwijs.

Gegeven een met goed gevolg afgelegd artsexamen is de keuze voor een vervolgopleiding van belang. Uit onderzoek (Werkgroep Wachtende Huisarts Assistenten, 1980; Rutgers van der Loeff - Manschot & Van Gastel-Hermann, 1979) blijkt dat er nauwelijks verschil in keuzepercentage tussen mannelijke en vrouwelijke artsen bestaat.

Ook bij de deelname aan de huisartopleiding treden er nog nauwelijks verschillen tussen mannen en vrouwen op. Het percentage vrouwen onder de afgestudeerden van de huisartsopleidingen is van dezelfde orde van grootte als het percentage onder degenen die met goed gevolg het artsexamen afleggen.

Na de huisartopleiding beginnen de verschillen echter op te treden. De onderstaande tabellen die overgenomen zijn uit de jaarlijkse publicatie "Cijfers uit de huisartregistratie" van het NHI laten dat duidelijk zien. Tabel 1.1 toont het aantal en percentage zelfstandig gevestigden onder degenen die de huisartopleiding voltooid hebben. Tabel 1.2 toont het aantal zelfstandig gevestigden plus langdurige assistenten. Zelfstandig gevestigd wil in dit verband zeggen, de huisarts met een medewerkersovereenkomst met een ziekenfonds. Langdurige assistenten zijn degenen die na de opleiding voor een half jaar of langer in de praktijk van een zelfstandig gevestigde huisarts werkzaam zijn.

Tabel 1.1 Aantal zelfstandig gevestigden tot en met 1 januari 1983 in verhouding tot het aantal jaarlijks afgestudeerden, uitgesplitst naar geslacht

		ZELFSTANDIG GEVESTIGDEN					
		vrouwen		mannen		totaal	
		%	aantal	%	aantal	%	aantal
jaar voltooiing opleiding	1974	*	1	65.5	19	64.5	20
	1975	26.3	5	66.9	103	62.4	108
	1976	30.2	19	71.4	197	63.7	216
	1977	29.2	28	70.8	260	62.2	288
	1978	28.3	32	66.8	252	58.0	284
	1979	29.9	35	63.3	221	54.9	256
	1980	29.1	30	50.4	171	45.5	201
	1981	10.2	11	43.5	136	34.9	147
	1982	8.1	10	18.7	61	15.8	71
	Totaal		23.0	171	56.1	1420	48.6

\* aantal te klein om percentage zinvol te interpreteren.

Tabel 1.2 Aantal zelfstandig gevestigden en assistenten tot en met januari 1983 in verhouding tot het aantal jaarlijks afgestudeerden, uitgesplitst naar geslacht

		ZELFSTANDIG GEVESTIGDEN EN LANGDURIG ASSISTENTEN					
		vrouwen		mannen		totaal	
		%	aantal	%	aantal	%	aantal
jaar voltooiing opleiding	1974	*	1	65.5	19	64.5	20
	1975	31.6	6	67.5	104	63.6	110
	1976	39.7	25	72.1	199	66.1	224
	1977	45.8	44	71.7	263	66.3	307
	1978	49.6	56	68.2	257	63.9	313
	1979	53.8	63	65.0	227	62.2	290
	1980	52.4	54	53.7	182	53.4	236
	1981	33.3	36	48.9	153	44.9	189
	1982	23.4	29	26.9	88	25.9	117
	Totaal		42.1	314	58.9	1492	55.1

\* aantal te klein om percentage zinvol te interpreteren.

Tabel 1.1 laat zien dat 23% van de vrouwen in een eigen praktijk werkzaam is; van de mannen is dat 56,1%. Vrouwen beginnen dus minder vaak een zelfstandige praktijk dan mannen.

Tabel 1.2 laat zien dat indien naast de vestigingen ook de assistentschappen meegeteld werden, 42,1% van de vrouwelijke afgestudeerden het huisartsberoep uitoefent.

#### Literatuur over vrouwelijke (huis-)artsen

Een groot deel van de literatuur over vrouwelijke artsen is gericht op beschrijving van het aantal en de beroepsposities van (groepen) vrouwelijke artsen. Een overzicht van deze literatuur is te vinden in de dissertatie "Vrouwelijke artsen in Nederland: een onderzoek naar opleiding en beroepswerkzaamheden van vrouwelijke artsen" (Hermann, 1984). Wij beperken ons in deze paragraaf tot de verklaringen die in de literatuur te vinden zijn voor het verschil in beroeps participatie tussen mannelijke en vrouwelijke artsen en voor het verschil in bereikte beroepshoogte.

We sommen hier een aantal verklaringen op:

- de financieel-economische belemmeringen om een vrij beroep uit te oefenen zijn voor vrouwen groter dan voor mannen of worden als zodanig ervaren
- traditionele rolpatronen van vrouwen en mannen belemmeren vrouwen in de effectiviteit van hun zoekgedrag ten aanzien van een zelfstandige vestiging
- gezinsverplichtingen beperken de mogelijkheden voor vrouwen om werk naar keuze te doen
- de combinatie van werkverantwoordelijkheid en gezinsverantwoordelijkheid levert problemen op en daarom zoeken vrouwen minder veeleisende banen
- conflicterende loyaliteiten en verantwoordelijkheden tussen werk en gezinsleven en de reactie daarop van collega's (Swerlow e.a., 1980) weerhouden vrouwelijke artsen te zoeken naar een functie waar de eigen verantwoordelijkheid en zelfstandigheid centraal staat
- de geringe acceptatie door collega's bij overname of associatie benadeelt de concurrentiepositie van vrouwen
- vrouwelijke artsen ontberen een partner die bereid/in staat is de praktijkvoering te ondersteunen (door bijvoorbeeld als achterwacht op te treden). Dit gegeven impliceert voor vrouwen hogere kosten bij de keuze van een zelfstandige vestiging
- gehuwde vrouwelijke artsen zijn in hun keuze tot een klein geografisch gebied beperkt door de carrière van hun echtgenoot (Braslow en Heins, 1981) en concurreren daarmee met mannelijke artsen voor slechts een beperkt deel van de plaatsen

Deze aanzetten tot verklaringen die men in de literatuur over vrouwelijke artsen tegen kan komen, leggen voor een deel het accent op belemmeringen van buitenaf en voor een deel op interne motivationele en cognitieve processen. Problemen die voortkomen uit de combinatie van gezinsverplichtingen en een beroeps carrière, worden in de literatuur veelvuldig genoemd.

## 1.2 Vraagstelling en methoden van onderzoek

Het doel van het onderzoek is het inventariseren van belemmeringen die vrouwelijke artsen ondervinden als zij zich als huisarts willen vestigen en aanbevelingen te doen over oplossingen voor deze belemmeringen.

In de onderzoeksoopdracht werden deze belemmeringen als volgt omschreven:

- belemmeringen en opvattingen, opgeworpen door de directe (sociale) omgeving van de vrouwelijke (adspirant-)huisarts
- belemmeringen, voortvloeiend uit de voorkeuren van de groep gevestigde huisartsen ten aanzien van praktijkoverdracht, associatie of vestiging
- belemmeringen in de financierings- en fiscale sfeer bij vestiging, praktijkovername of associatie
- belemmeringen, voortvloeiend uit de mogelijkheden tot pensioenvoorziening en arbeidsongeschiktheidsverzekering (brief d.d. 29 juni 1982, nr. 87230 DG Vgz/STABO)

In de inleiding van dit rapport is al aangegeven dat het onderzoek naar vrouwelijke huisartsen een lange voorgeschiedenis heeft en dat de vraagstelling in eerste instantie veel breder was.

Op het eerste gezicht zou men denken dat een beperking van de vraagstelling tot de invloed van de bovengenoemde beperkingen de beantwoording vergemakkelijkt. Dat is echter maar gedeeltelijk waar. Indien men uitsluitend belemmeringen die vrouwen ondervinden bij vestiging onderzoekt, onderzoekt men slechts één van de elementen van een meer omvattend verklaringsmodel. Immers, de aanwezigheid van belemmeringen alleen verklaart nog niet waarom er zo weinig vrouwen zelfstandig gevestigd raken. Verschillen in voorkeuren, om een voorbeeld te noemen, zijn evenzeer van belang. Bij de opzet van het onderzoek en vooral bij het opstellen van een vragenlijst die in dit onderzoek gebruikt is, is daarmee rekening gehouden. In de analyses van dit rapport is wel aandacht besteed aan eventuele verschillen in voorkeuren, motivaties en dergelijke, maar is nog geen poging gewaagd deze elementen als onderdelen van een verklaringsmodel te analyseren. Daar is binnen de beperkte ruimte van het onderzoek geen tijd voor. In dit onderzoek ligt het accent op het exploreren van mogelijke belemmeringen.



### Methoden van onderzoek

Het doel van het onderzoek is belemmeringen bij vestiging te inventariseren. Om dat doel te bereiken, kan men nagaan of er in de regelingen met betrekking tot vestiging, financiering, belastingheffing en dergelijke, elementen te vinden zijn die een belemmerend effect op de vestiging van vrouwelijke artsen zouden kunnen hebben. De aangewezen methode daarvoor is de betreffende regelingen te bestuderen (wel aangeduid als desk-research) aangevuld met gesprekken met ter zake kundigen.

Daarmee kunnen de meer formele belemmeringen achterhaald worden; over de doorwerking ervan valt dan echter nog weinig te zeggen. Daartoe moet men bij de 'slachtoffers' te rade gaan. Twee vragen kunnen in dit verband gesteld worden: hoe vindt men de slachtoffers en hoe verzamelt men de gegevens.

Uitgangspunt bij het zoeken naar slachtoffers is niet geweest het zoeken naar vrouwen die belemmeringen hebben ondervonden. Gekozen is voor een bredere populatie van zowel vrouwen als mannen en nagegaan is of er belemmeringen voorkomen en zo ja welke; dit om verschillen in vestiging bij vrouwelijke en mannelijke huisartsen te achterhalen. Op de selectie van de onderzoekseenheden komen we in de volgende paragraaf terug.

Wat betreft de methode van gegevensverzameling is een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methoden gebruikt. Een deel van de onderzoeksgegevens is verkregen door een meer kwantitatieve methode te hanteren: de schriftelijke enquête. Een methode die vooral geschikt is voor het verzamelen van gegevens over een groot aantal respondenten; ook wel 'gegevensverzameling in de breedte' genoemd.

Daarnaast zijn drie deelonderzoeken opgezet die bedoeld zijn om over bepaalde onderzoeksvragen diepgaander informatie te verkrijgen. De gegevens voor de deelonderzoeken zijn verkregen door: telefonische interviews, logboekonderzoek (een groep huisartsen heeft gedurende een bepaalde periode een dagboek bijgehouden van hun zoekactiviteiten) en mondelinge vraaggesprekken.

De meer kwalitatieve methoden zijn waarschijnlijk geschikter om belemmeringen op het spoor te komen, vooral waar het subtiele belemmeringen en percepties van belemmeringen betreft. Maar de kwalitatieve methoden hebben als nadeel dat de omvang van de onderzochte groep veelal beperkt moet blijven. Hierdoor is het moeilijk om te schatten in welke mate belemmeringen die eventueelesignaleerd worden, voorkomen. Daar is een grotere groep onderzoekseenheden voor nodig.

De combinatie van onderzoek bij een grote groep door middel van schriftelijke vragenlijsten en bij kleinere groepen met behulp van andere methoden, beperkt de nadelen van elk van de methoden afzonderlijk.

### 1.3. Opzet en deelname aan het onderzoek

#### De schriftelijke vragenlijsten; onderzoekseenheden en deelname

De schriftelijke vragenlijsten zijn toegestuurd aan alle artsen die in de loop van 1983 de huisartsopleiding voltooid hebben.

Deze groep is gekozen omdat:

- de vraagstelling voor deze groep relevant is (ongeveer de helft is op de peildatum (= 1 januari 1984) zoekend naar een praktijk)
- er een aantal administratieve gegevens over deze groep bekend is, waardoor een vergelijking van respons en non-respons mogelijk is
- er gegevens uit eerdere peilingen ter vergelijking beschikbaar zijn

De vragenlijsten zijn in februari 1984 verzonden.

De verzending vond plaats in het kader van de peilingen die jaarlijks aan de afgestudeerden van de huisartsopleidingen worden toegezonden. Het verschil met de eerdere peilingen is dat de vragenlijst veel uitgebreider is. De uitgebreidheid van de vragenlijst (maar ook de inhoud) heeft geleid tot een lagere respons dan gewoonlijk.

De gangbare procedure bij de jaarlijkse peilingen is één schriftelijk rappel en daarna telefonische benadering van de respons; hiermee wordt gewoonlijk een respons van ruim 98% bereikt. Bij de uitgebreidere vragenlijst die in het kader van het onderzoek naar belemmeringen van vrouwelijke artsen bij vestiging is verzonden zijn twee rappels verstuurd. Degenen die daar niet op gereageerd hebben, zijn telefonisch benaderd, waarbij alleen de vragen gesteld zijn die bij de normale peilingen gesteld worden. De volgende tabel geeft een overzicht van de respons.

Tabel 1.3 Aantal verzonden en geretourneerde vragenlijsten

	aantal	percentage
aantal verzonden vragenlijsten	474	100
aantal geretourneerd na één rappel	286	60
aantal geretourneerd na het tweede rappel	350	74
totaal aantal bereikte respondenten (incl. telefonische benadering)	449	95
vertrek buitenland/niet bereikbaar/weigeraars	25	5

De artsen die bij de jaarlijkse peilingen benaderd worden (en ook degenen die dit jaar een uitgebreidere enquête gekregen hebben), kunnen opgedeeld worden in vier groepen:

- degenen die zoekend zijn naar een praktijk (of in de markt zijn voor een praktijk, maar ten tijde van de enquête om wat voor reden dan ook niet zoekend zijn)
- degenen die al een praktijk gevonden hebben
- degenen die als assistent in een huisartspraktijk werkzaam zijn (deze groep kan overlappen met de eerste groep, omdat vooral degenen die een tijdelijk assistentschap hebben vaak tevens op zoek zijn naar een praktijk)
- degenen die geen vestigingsplannen meer hebben of die de huisartsopleiding gevolgd hebben zonder duidelijke vestigingsplannen

Om mogelijke selectiviteit in non-respons te achterhalen zijn in tabel 1.4 de bovengenoemde vier groepen die de uitgebreide vragenlijst hebben ontvangen onderling vergeleken.

Tabel 1.4 Vergelijking van de respons en de non-respons over de onderscheiden groepen

	uitgebreide vragenlijst ingevuld		uitgebreide vragenlijst niet ingevuld	
	aantal	percentage	aantal	percentage
zoekend	145	41	56	56
niet-zoekend (maar 'in de markt')	36	10	34	35
gevestigd	99	29	3	3
assistent	38	11	5	5
geen plannen (meer)	32	9	1	1
Totaal	350	100	99	100

Tabel 1.4 geeft aan dat de respondenten die de uitgebreide vragenlijst niet hebben geretourneerd vooral te vinden zijn in de categorieën 'zoekend' en 'in de markt'.

#### Structuur van de schriftelijke vragenlijst

De vragenlijst is zo opgezet dat gegevens verkregen worden over verschillen in belemmeringen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen over voor dit onderzoek relevante aspecten. Deze aspecten zijn voor een deel gegeven in de onderzoeksopdracht. Bij de vraagstelling van het onderzoek (paragraaf 1.2) is uiteengezet dat dit een te beperkt inzicht zou geven omdat slechts gegevens verkregen worden over enkele elementen van een meer omvattend verklaringsmodel. Daarom zijn in de schriftelijke vragenlijst tevens vragen opgenomen over motivatie en verschillen in voorkeuren bij het zoeken naar een praktijk.

De groep huisartsen voor wie de vragenlijst bedoeld is, is in een bepaald opzicht heterogeen. Hoewel allen in hetzelfde jaar de huisartsopleiding voltooid hebben, verschilt de situatie waarin men zich ten tijde van de enquête bevindt.

Voor elk van de vier te onderscheiden groepen is een onderdeel van de vragenlijst ingeruimd: voor praktijkzoekenden en voor hen die in de markt zijn voor een praktijk, voor degenen die reeds gevestigd zijn, voor de assistenten en voor degenen die geen vestigingsplannen (meer) hebben. De onderdelen van

de vragenlijst voor deze onderscheiden groepen worden voorafgegaan door een gemeenschappelijk deel met vragen die voor alle respondenten relevant zijn.

Naast gestructureerde vragen en voor gegeven antwoordcategorieën zijn bij de onderdelen van de vragenlijst voor de vier onderscheiden groepen aan het einde open vragen gesteld. Bedoeling hiervan is om gegevens te verkrijgen over belemmeringen waarnaar niet gevraagd is in de vragenlijst en/of over de doorwerking van belemmeringen.

De indeling van de vragenlijst naar onderdelen en de onderwerpen die daarin aan de orde gesteld zijn, luiden als volgt:

1. Algemeen deel

- burgerlijke staat, opleiding en beroep van de partner, gezinssamenstelling en 'kinderwens'
- motivatie voor de medicijnenstudie en de huisartsopleiding
- factoren die men voor zichzelf en voor de partner van belang acht bij de keuze van een vestigingsplaats
- belang dat men hecht aan een aantal aspecten van het huisartsberoep (doelstellingen), de mate waarin men denkt de doelstellingen te kunnen bereiken bij verschillende praktijkvormen
- problemen bij de combinatie van beroep en gezin
- perceptie van belemmeringen

2. Onderdeel voor praktijkzoekende huisartsen

- voorkeur voor soort praktijk (vrij beroep - dienstverband, solo - samenwerking, aantal patiënten, aantal werkuren)
- soort praktijk waarnaar men in feite zoekt, kans op realisering die men zichzelf daarbij geeft, geschat aantal vestigingsplaatsen in de soort waarnaar men zoekt, geschat aantal mededingers naar de soort praktijk waarnaar men zoekt
- zoekactiviteiten
- problemen bij het zoeken (open vragen)

3. Onderdeel voor degenen die reeds gevestigd zijn

- soort praktijk waarin men gevestigd is
- komt de praktijk overeen met waarnaar men gezocht heeft
- redenen waarom men geslaagd is in het vinden van een vestigingsplaats (open vragen)

4. Onderdeel voor degenen die als assistent werken

- aard van het assistentschap (permanent, tijdelijk, proefperiode voor associatie of overname)
- redenen waarom men een assistentschap aanvaard heeft (open vragen)

5. Onderdeel voor degenen die geen vestigingsplannen (meer) hebben

- wilde men wel huisarts worden of heeft men de opleiding gevolgd zonder de expliciete doelstelling om als huisarts te gaan werken
- soort praktijk waarnaar men gezocht heeft
- redenen waarom men niet geslaagd is in het vinden van een praktijk (open vragen)

De deelonderzoeken; opzet en deelname

Daar waar een schriftelijke enquête ontoereikend is voor diepgaander onderzoek zijn deelonderzoeken ingevoegd. In deze deelonderzoeken is een meer kwalitatieve onderzoeksaanpak gehanteerd.

Het eerste deelonderzoek beoogt meer duidelijkheid te krijgen over de werking van de belemmeringen die in de onderzoeksopdracht zijn genoemd en om andere mogelijke belemmeringen op het spoor te komen.

Door middel van telefonische interviews zijn gegevens verzameld bij een groep artsen - vrouwen en mannen - die de huisartsopleiding heeft gevolgd maar de vestigingsplannen niet heeft kunnen realiseren. Deze groep is geselecteerd uit de groep nog-niet-gevestigde huisartsen die in 1982 de huisartsopleiding heeft voltooid. Gegevens over vestiging zijn ontleend aan het registratiesysteem van het NHI, waarin via jaarlijkse peilingen gegevens over vestiging van huisartsen worden bijgehouden.

Gekozen is voor een selectie van deze groep uit de voorgaande peiling (niet uitgebreide peiling) omdat uit de uitgebreide enquête al veel informatie is over de groep die in 1983 de huisartsopleiding heeft voltooid. Een andere reden is dat men meestal eerst een tijdje gezocht heeft voordat men de vestigingsplannen opgeeft; iemand die eind 1983 is afgestudeerd heeft bij de uitgebreide peiling begin 1984 daartoe nog nauwelijks de kans gehad.

De huisartsen die we voor dit onderzoek hebben benaderd waren allen bereid om hun medewerking te verlenen. In totaal zijn twintig huisartsen geïnterviewd; acht vrouwelijke en twaalf mannelijke huisartsen.

Daar het de bedoeling was om belemmeringen op te sporen - en niet in de vragen de mogelijke belemmeringen al aan te dragen - is de ondervraagde in het vraaggesprek in eerste instantie vrij aan het woord gelaten over de reden(en) van het opgeven van de vestigingsplannen. Daarna is via vragen gecheckt of de in de onderzoeksopdracht genoemde belemmeringen (tevens) hebben meegespeeld; dit om inzicht te krijgen in de werking van genoemde belemmeringen.

Het tweede deelonderzoek is bedoeld om het zoeken naar een huisartspraktijk nader te analyseren op mogelijke belemmeringen die vrouwen en mannen daarbij tegenkomen. Als methode van onderzoek is de logboekmethode gekozen. Deze methode houdt in feite in, dat een aantal geselecteerde huisartsen die naar een vestigingsplaats zoeken, de zoekactiviteiten dagelijks in een soort dagboekje bijhoudt. Door hun zoekactiviteiten iedere dag in een dagboekje te laten aantekenen wordt informatie verkregen die nog niet gekleurd is door de afloop der gebeurtenissen.

Voor het bijhouden van een dagboek van zoekactiviteiten zou in principe een selectie uit degenen die bij de schriftelijke enquête aangaven zoekend te zijn, genomen kunnen worden. Dit is om drie redenen niet gedaan:

1. om deze groep die al een vrij uitgebreide vragenlijst ingevuld heeft, niet zo kort daarna nog eens te belasten
2. omdat op het moment dat de 'dagboekgroep' geselecteerd moest worden de gegevensverzameling in het kader van de schriftelijke enquêtes nog niet geheel afgerond was
3. omdat het de bedoeling is de groep die nu een schriftelijke enquête gehad heeft, in de tijd te blijven volgen, waardoor het bijhouden van een dagboek door een aantal van hen een ongewenste invloed zou kunnen hebben op het zoekgedrag

Om deze redenen is als onderzoeksgroep voor de logboekjes gekozen voor een selectie uit degenen die in 1982 van de opleiding gekomen zijn (dus uit hetzelfde cohort als de groep uit het eerste deelonderzoek).

Als selectiecriteria zijn gehanteerd: geslacht, zoekend zijn naar een praktijk bij de peiling van 1984, op een redelijke afstand van Utrecht woonachtig zijn. De afstand tot Utrecht was een selectie criterium, omdat de introductie en eerste instructie voor het bijhouden van de logboekjes in een groepsbijeenkomst zijn gehouden.

Veertig huisartsen zijn òn schriftelijk òn telefonisch benaderd om hun medewerking aan het onderzoek te verlenen. Omstreeks dertig huisartsen wilden in eerste instantie wel meewerken. Om verschillende redenen zoals onvoorziene gebeurtenissen, te investeren (onbetaalde) tijd, arbeidsomstandigheden en persoonlijke omstandigheden zijn elf huisartsen voor aanvang van het deelonderzoek afgevallen. Zo bleven negentien zoekende huisartsen over - negen vrouwen en tien mannen - die hun zoekactiviteiten hebben bijgehouden in een logboek.

Het aantal dagen dat het logboek is bijgehouden - na aftrek van vakanties en perioden waarin men aangaf niet gezocht te hebben - bedraagt voor vrouwelijke huisartsen 652 dagen en voor mannelijke huisartsen 659 dagen. Het logboek onderzoek strekte zich over een periode van drie maanden uit.

Bij het ontwerpen van de structuur van het logboekje is ervan uitgegaan de registratie van de zoekactiviteiten enerzijds zo onbevangen mogelijk te laten optekenen en anderzijds de antwoorden zoveel mogelijk vergelijkbaar te houden. Daartoe is in eerste instantie een aantal dagelijks in te vullen vragen gesteld, vragen die beogen de pogingen welke dag voor dag in het werk gesteld worden om een vestigingsplaats te vinden in kaart te brengen. Naast deze vragen zijn steeds de meest voorkomende antwoordcategorieën afgedrukt met daarbij de mogelijkheid voor 'open antwoorden'.

Heeft de huisarts op een bepaalde dag iets ondernomen dan wordt daarover nadere informatie gevraagd in aparte vragen, waarvoor iedere dag een aparte ruimte is gereserveerd. Bij deze vragen zijn géén antwoordcategorieën gegeven; hoogstens één of meerdere voorbeelden om geen misverstand te laten bestaan over de strekking van de vragen. Is een dag niets ondernomen dan kan volstaan worden met het aankruisen van de "nee"-categorieën van de dagelijks in te vullen vragen.

De zoekende huisartsen hebben gedurende het onderzoek om de twee à drie weken een deel van het logboek toegestuurd gekregen; het logboek uit de voorgaande periode werd dan aan de onderzoekster teruggestuurd. Nadat de onderzoekster de geretourneerde logboeken had doorgenomen op volledigheid en duidelijkheid is steeds telefonisch contact opgenomen met de afzonderlijke deelnemers/ers. Geïnformeerd is dan naar de voortgang bij het zoeken en naar mogelijke vragen of onduidelijkheden. De informatie die op deze wijze is verkregen, heeft ertoe bijgedragen dat de gegevens uit de logboeken beter geplaatst konden worden. In de telefonische gesprekken kwam namelijk vaak de reden waarom men op een bepaalde manier gehandeld of gezocht had naar voren.

Opgemerkt dient nog te worden dat een onderzoek aan de hand van de logboekmethode een tijdrovende bezigheid is. De deelnemers moeten iedere dag een logboek bijhouden. Geen sinecure, zeker als men tevens weet dat er geen geldelijke beloning tegenover heeft gestaan. Het begeleiden van de groep en het verwerken van een grote hoeveelheid niet eenduidige formele en informele gegevens vraagt tevens veel van de onderzoeker.



Het derde en laatste deelonderzoek heeft als doel "belemmeringen, voortvloeiend uit de voorkeuren van de groep gevestigde huisartsen ten aanzien van praktijkoverdracht, associatie of vestiging" te onderzoeken. Deze in de onderzoeksopdracht genoemde belemmering kan met behulp van gegevens uit de schriftelijke enquête onvoldoende beantwoord worden; men heeft dan immers alleen gegevens van de zoekende huisartsen.

De voorkeuren van gevestigde huisartsen en met name met betrekking tot een vrouwelijke opvolgster of associée zijn danook in een mondeling interview met een groep artsen nader onderzocht. Vraaggesprekken zijn gevoerd met artsen die van plan zijn hun praktijk neer te leggen en aan een opvolger over te dragen of die van plan zijn een associatie aan te gaan.

De selectie van deze groep wordt bemoeilijkt door het feit dat over het algemeen niet tevoren bekend is of een huisarts zich zal gaan associëren of de praktijk zal gaan verlaten. Met name praktijkoverdrachten zijn veelal door een waas van geheimzinnigheid omgeven, hetgeen overigens begrijpelijk is. In feite zijn de enigen die op de hoogte zijn van op handen zijnde associaties en overdrachten, de bemiddelaars en financiers. Via deze ingang hebben wij dan ook getracht een aantal huisartsen te bereiken. We hebben daarbij de medewerking gehad van de Onderlinge Levensverzekeringsmaatschappij voor Artsen (de OLMA) die bij + 80 overdrachten en associaties per jaar betrokken is bij bemiddeling en/of financiering.

Aan de huisartsen die de hulp van de OLMA inriepen voor overdracht of associatie, is via de medewerkers van de OLMA gevraagd mee te werken aan het onderzoek. Bereidheid tot medewerking kon kenbaar gemaakt worden aan de onderzoekster of aan de betreffende medewerker van de OLMA die het telefoonnummer van de huisarts vervolgens aan de onderzoekster doorgaf.

Het doel van het onderzoek was in algemene termen geïntroduceerd bij de medewerkers van de OLMA: onderzoek naar de aanbodzijde van de 'praktijkmarkt' en met name naar het beeld dat gevestigde huisartsen hebben van hun toekomstige opvolgster/er of associé(e). In even algemene termen werd het onderzoek bij de potentiële deelnemers geïntroduceerd door middel van een brief die door de OLMA-medewerkers werd overhandigd en door een oproep in het ledenbulletin van de Landelijke Huisartsenvereniging.

Artsen die bereid bleken deel te nemen aan het onderzoek, zijn door de onderzoekster voor een vraaggesprek bezocht.

Bij de introductie van het deelonderzoek is uitdrukkelijk vermeld dat financiële kwesties niet aan de orde hoefden te komen in het vraaggesprek (althans wat de onderzoekster betrof). Dit is gedaan om potentiële deelnemers niet af te schrikken en omdat onderzoek naar financiële kwesties een andere meer toegesneden onderzoeksaanpak vereist.

Over deelname aan het onderzoek zijn twee opmerkingen te maken. In de eerste plaats bleek de deelname gering te zijn. Dit komt voor een deel voort uit het feit dat het deelonderzoek in de zomermaanden heeft plaatsgevonden, terwijl het grootste deel van de contacten van de OLMA in de laatste maanden van het jaar gelegd worden, omdat het gros van de overdrachten en associaties plaatsvindt rond de jaarwisseling. In de tweede plaats bleek dat het merendeel van de contacten van de OLMA pas plaatsvindt als de huisartsen al een opvolger of associé op het oog hebben. Hierdoor kon een belangrijk doel van dit deelonderzoek, namelijk een indruk te krijgen van het beeld dat de huisarts van de opvolger of de associé heeft vóórdat een opvolger of associé gekozen is, niet gerealiseerd worden. Het aantal artsen dat uiteindelijk voor dit deelonderzoek bereikt is, bedraagt veertien.

De bedoeling om de interviewvragen zo open mogelijk te houden is strijdig met het idee om enige structuur in de vragen te brengen terwille van de vergelijkbaarheid. Het 'compromis' is een lijstje met aandachtspunten geworden; dit wil zeggen punten die in ieder geval tijdens het interview aan de orde gesteld zijn.

In de interviews is in eerste instantie danook niet rechtstreeks gevraagd of de gevestigde huisarts aan een vrouwelijke of een mannelijke associé of opvolger de voorkeur geeft. Via indirecte vragen is geprobeerd om de arts zelf dit onderwerp te laten aansnijden. Lukte dit niet, dan is het terloops aan de orde gesteld door de interviewster. Wanneer daar geen respons op kwam of wanneer de mening van de arts over dit onderwerp in het vage bleef, zijn aan het einde van het interview gerichte vragen gesteld.

Op de opzet van de drie deelonderzoeken zullen we nader ingaan bij de bespreking van de resultaten uit de deelonderzoeken.

## HOOFDSTUK 2

### BELEMMERENDE REGELINGEN EN ERVAREN BELEMMERINGEN

Het percentage vrouwen dat de huisartsenopleiding heeft gevolgd en in eigen praktijk werkzaam is, ligt aanmerkelijk lager dan bij mannen; in 1983 zijn de percentages respectievelijk 23% en 56% (zie tabel 1.1.).<sup>1)</sup> Deze konklusie is getrokken op basis van de jaarlijkse peiling van het NHI onder alle huisartsen die in de afgelopen jaren hun opleiding hebben voltooid en zich wensen te vestigen.

Het doel van dit onderzoek is het inventariseren van belemmeringen die vrouwelijke huisartsen ondervinden bij vestiging als huisarts. Deze belemmeringen kunnen veroorzaakt worden door concrete regelingen die voor vrouwen mogelijk een grotere barrière vormen dan voor mannen. Bedoeld worden de in de onderzoeksopdracht genoemde fiscale regelingen, pensioenvoorzieningen en arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Werpen deze regelingen grotere belemmeringen op voor vrouwelijke dan voor mannelijke huisartsen? Om deze vraag te beantwoorden zal worden nagegaan of de genoemde regelingen inderdaad verschillen voor vrouwen en mannen. Daar regelingen in de loop der tijd aangepast of gewijzigd kunnen zijn, is niet alleen naar de situatie op dit moment gekeken, maar is tevens nagegaan of de regelingen in het recente verleden zijn gewijzigd. Hierbij zullen kritiek, adviezen en notities van onder meer de Werkgroep van Vrouwelijke Huisartsen en de Emancipatieraad - voor zover van belang bij wijziging van regelingen - betrokken worden.

Het is zeker niet ondenkbaar dat wijziging van regelingen in een recent verleden niet of onvoldoende bekend is bij de betrokkenen. Men kan de regelingen wel als belemmering ervaren, terwijl de feitelijke situatie geenszins belemmerend (meer) is. Omgekeerd is het ook mogelijk dat de feitelijke situatie belemmerend werkt maar dat de belemmeringen niet als zodanig ervaren worden. Om te weten of de respondenten de regelingen in de fiscale sfeer, de pensioenvoorziening en de arbeidsongeschiktheidsuitkering als belemmering ervaren is hun (in de enquête) een aantal vragen voorgelegd.

De concrete situatie en de ervaring van de situatie door de respondenten kunnen dan met elkaar vergeleken worden om mogelijke discrepantie daartussen op te sporen.

## 2.1. Belemmeringen in de fiscale regelingen

Fiscale belemmeringen zullen hier aan de orde komen voor zover ze te maken hebben met verschillende regelingen voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

Tot 1973 gold bij de inkomstenbelasting als regel dat het inkomen van de gehuwde vrouw bij dat van de man werd opgeteld. Op deze totale inkomsten kon een bedrag in mindering worden gebracht, afhankelijk van het arbeidsinkomen van de vrouw.

Het tarief van de Nederlandse inkomstenbelasting wordt progressief genoemd; naarmate het inkomen toeneemt wordt de belastingdruk groter.

Beide elementen, namelijk optelling van twee inkomens en het progressief tarief, leiden ertoe dat voor de gehuwde werkende vrouw (tweeverdiener) in feite een hogere belastingdruk bestond dan voor de alleen verdiener met hetzelfde inkomen.

Van 1973 tot 1984 gold een systeem van beperkte fiscale verzelfstandiging. Dit houdt in dat het inkomen uit arbeid van de gehuwde vrouw niet langer bij dat van de man wordt opgeteld, maar zelfstandig wordt belast. Hoe beperkt die fiscale zelfstandigheid eigenlijk is, blijkt bijvoorbeeld uit de hoogte van de belastingvrije som; deze is voor de gehuwde werkende vrouw veel lager dan voor de gehuwde werkende man.

De verzelfstandiging betreft slechts de inkomsten uit tegenwoordige arbeid, ziekengeld, ingehouden AOW/AWW-premies en WW-uitkeringen. Al het inkomen dat daarbuiten valt, waaronder bijvoorbeeld pensioen, wordt aan de man toegerekend.<sup>2)</sup> In 1976 is de arbeidsongeschiktheidsuitkering verzelfstandigd.

Per 1 januari 1984 zijn wijzigingen in het inkomsten- en loonbelastingstelsel aangebracht. Deze wijzigingen betreffen de tariefgroep-indeling (onder andere van de gehuwde vrouw en de gehuwde man), de hoogte van de belastingvrije sommen, een uitbreiding van de zelfstandig te belasten inkomensbestanddelen en het sexe-neutraal opzetten van wettelijke bepalingen.<sup>3)</sup> Het ligt in de bedoeling om de derde fase, de zogeheten tweeverdienerswetgeving, per 1 januari 1985 door de voeren. Deze voorgenomen

veranderingen hebben betrekking op:<sup>4)</sup>

- de hoogte van de algemene belastingvrije som en de toeslagen daarop<sup>5)</sup>
- de introductie van een arbeidstoelage; dit is een verhoging van de belastingvrije som voor degenen die feitelijke arbeid, inkomen of winst genieten<sup>6)</sup>
- de introductie van een kinderopvangtoelage; dit is een verhoging van de arbeidstoelage voor tweeverdieners met jonge kinderen.<sup>7)</sup>

Deze nieuwe regelingen zijn niet uit de lucht komen vallen. In een interimrapportage van de Werkgroep Vrouwelijke Huisartsen uit 1981 worden kritische kanttekeningen geplaatst bij de fiscale wetgeving. "Het voornaamste bezwaar tegen het huidige systeem schuilt in de ongelijke behandeling van de echtgenoten door het starrefiscale rollenpatroon, dat tot uiting komt in de hoge belastingvrije som van de gehuwde man (...) en de lage belastingvrije som van de gehuwde vrouw". Kritiek wordt ook geuit op het feit dat, met uitzondering van het inkomen van de vrouw uit tegenwoordige arbeid, alle andere inkomensbestanddelen bij dat van de man worden opgeteld. Verder wordt gepleit voor aftrekbaarheid van kosten voor verzorging van de huishouding en kinderopvang, indien beide echtelieden buitenshuis werken.<sup>8)</sup>

De Emancipatieraad - wiens advies gevraagd is bij de wijzigingen in het inkomsten- en loonbelastingstelsel - geeft commentaar in niet mis te verstane bewoordingen. Het uitgangspunt van de Emancipatieraad is individuele belastingheffing naar individuele draagkracht. In deze zienswijze past één algemeen geldende belastingvrije som voor elk individu, waarbij alle duidelijke persoonlijke inkomensbestanddelen individueel toegerekend moeten worden. In zo'n stelsel "kan de belasting (percentage, hoogte) van het ene individu nooit afhankelijk zijn van het inkomen van het andere individu, ook niet waar het gehuwden betreft". Het vigerende systeem voldoet, volgens de Raad, wat betreft de ongehuwden wel aan deze uitgangspunten, wat de gehuwden betreft is het onaanvaardbaar. "Daarnaast hoort bij een emancipatoir belastingstelsel ook een verruiming van de mogelijkheid voor aftrek van de kosten van kinderopvang, aangezien het ontbreken van deze aftrekmogelijkheid de deelname van de gehuwde vrouw aan betaalde arbeid verhindert of belemmert".<sup>9)</sup>

Het advies van de Emancipatieraad op de tweede fase van het wetsvoorstel op de tweeverdieners is zo mogelijk nog kritischer. "De Raad kan zich niet aan de indruk onttrekken dat het thans voorliggende wetsontwerp slechts met één doel voor ogen is ingediend, namelijk om een bijdrage te leveren aan de dekking van het financieringstekort".<sup>10)</sup> Niet alleen zullen de door de Raad als onjuist omschreven ontwikkelingen toch doorgang vinden, maar tevens wordt de individuele behandeling van ongehuwd samenwonenden verlaten. De regering gaat met haar plannen een geheel andere kant op, "te weten het gelijkstellen van ongehuwd samenwonenden aan gehuwd samenwonenden".<sup>11)</sup>

Advies van de Emancipatieraad wordt wederom aangevraagd voor het opstellen van de uitgangspunten van het wetsontwerp derde fase, die men op 1 januari 1985 wenst door te voeren. De Raad wijst ook deze voorstellen voor de derde fase principieel af. "De verschillen die zijn aangebracht bij invoering van de tweede fase worden verscherpt in plaats van verkleind. Door de verhoging van de belastingvrije som van alleenverdieners en tegelijkertijd verlaging van die van tweeverdieners wordt de zogenaamde impliciete heffing op het inkomen bij toetreding tot de arbeidsmarkt groter. Het gaat hierbij om de impliciete heffing op het inkomen van de 'minstverdienende partner'. Er bestaat geen verschil van mening over het feit dat dit in overgrote meerderheid vrouwen zijn. Meewerkende echtgenotes worden fiscaal onzichtbaar gemaakt. Hun inkomenspositie wordt niet verder verzelfstandigd, maar opnieuw geheel afhankelijk van hun echtgenoot".<sup>12)</sup>

Sexe-onafhankelijke beroepsregelingen zijn ook in breder verband ter discussie. Een internationaal orgaan als de Raad van Europese Gemeenschappen heeft zich gebogen over de gelijke behandeling van mannen en vrouwen. In een voorstel aan de Raad van Europese Gemeenschappen over richtlijnen voor gelijke behandeling wordt het aldus gesteld (art. 5): "Het beginsel van gelijke behandeling houdt in dat iedere vorm van discriminatie op grond van geslacht, hetzij direct, hetzij indirect, door verwijzing naar met name de echtelijke staat of de gezinssituatie is uitgesloten".<sup>13)</sup>

Bij de hantering van het uitgangspunt van gelijke behandeling is een nadere precisering van de begrippen direct en indirect onontbeerlijk. Directe sexe-discriminatie kan omschreven worden als een ongelijke be-

handeling van vrouw en man door middel van een onverbreekelijk aan de sexe verbonden criterium.<sup>14)</sup> Een omschrijving van indirecte discriminatie is meer problematisch. In een tussentijds verslag komt de Europese Commissie tot een soort werkdefinitie. Gesteld wordt dat "er een vermoeden van indirecte discriminatie kan worden aangenomen zodra een ogenschijnlijk neutrale maatregel in feite in overwegende mate de werknemers van één van beide geslachten treft, zonder dat de bedoeling van discrimineren behoeft te worden aangetoond".<sup>15)</sup> De discussie rond deze punten heeft zich tot nu toe vooral toegespitst op het kostwinnersbegrip en bepalingen over deeltijdwerk. De regering heeft in deze discussies nog geen definitief standpunt ingenomen; aan de Emancipatieraad en de SER is hierover advies gevraagd.

Maken we de balans op dan mogen we stellen dat ingrijpende fiscale veranderingen - voor zover van belang voor deze studie - vooral in 1972 en in 1984 zijn ingevoerd. In 1972 werd een fiscale verzelfstandiging van vrouwen ingevoerd; een emancipatorische maatregel met een beperkte strekking. De fiscale regelingen waren en bleven sexe-gebonden, hetgeen tot uiting kwam in een beperkte verzelfstandiging van het inkomen van de gehuwde werkende vrouw en in de verschillende belastingvrije sommen voor gehuwden.

In de veranderingen die in 1984 zijn ingevoerd - en waarvan de derde fase in 1985 zal worden doorgevoerd - wordt het belastingtarief niet langer gekoppeld aan sexe, maar aan de hoogte van het inkomen. Het inkomen van de zogenaamde tweeverdieners wordt nu bij elkaar opgeteld en over het totale inkomen kan een belastingvrije som in mindering worden gebracht. Deze belastingvrije som bedraagt omstreeks f 7.000,-; dit is een lager bedrag dan de belastingvrije sommen die gehuwden vóór 1984 konden aftrekken indien ze beiden inkomen uit arbeid genoten.

Het nadeel voor de gehuwden na 1984 is er in gelegen dat de vrouw weliswaar minder belasting zal gaan betalen (de belastingvrije som die ze mag aftrekken is groter geworden) maar dat de man meer belasting zal gaan betalen (zijn belastingvrije som is kleiner geworden). Hoe groter het verschil in inkomen tussen de gehuwde vrouw en man, des te groter het nadeel na 1984. Een uitzondering hierop vormen de gevallen waar de vrouw (hoofd-)kostwinner is; voor hen vallen de nieuwe fiscale regelingen voordelig uit.

Indien de man de meest verdienende partner is kan het fiscaal nadeel

gecompenseerd worden door het feit dat alle kostenposten aan hem toe vallen; hij zal dus een kleiner belastbaar inkomen overhouden na aftrek van die kostenposten.

Verdiend één der partners slechts een klein deel van het gezamenlijk inkomen, dan zal slechts een klein deel van de totale belastingvrije som in mindering kunnen worden gebracht. Na 1984 wordt het mogelijk om het resterende deel van de belastingvrije som naar de partner over te hevelen: de zogenaamde zuivere integrale voetoverheveling.

In 1985 zal verder kinderopvangtoeslag worden ingevoerd; een punt dat door de Werkgroep Vrouwelijke Huisartsen is bepleit. Hebben in een gezin beide partners inkomen uit arbeid, dan kunnen ze ieder voor een toeslag van f 750,- voor kinderopvang in aanmerking komen.

We mogen uit het voorgaande konkluderen dat in de fiscale regelingen vóór 1984 sprake was van verschillende regelingen voor vrouwen en mannen. In de nieuwe fiscale regelingen is niet de sexe, maar de hoogte van het inkomen de bepalende factor bij de indeling in de tarieven. Het verschil van mening over de nieuwe regelingen tussen de Emancipatieraad en de regering is in essentie terug te voeren op het feit dat de Emancipatieraad het samentrekken van de inkomens van tweeverdieners op principiële gronden afwijst; belasting dient individueel geheven te worden naar individuele draagkracht.

In de praktijk zullen de nieuwe regelingen in veel gevallen in het na-deel van de al dan niet gehuwd samenwonenden uitvallen. Het is echter zeer onwaarschijnlijk dat het fiscale nadeel voor deze groep zelfstandige vestiging van vrouwelijke huisartsen veel zal belemmeren.

## 2.2. Belemmeringen in de pensioenregeling voor huisartsen

De pensioenregeling voor huisartsen komt hier aan de orde voor zover relevant voor de vraagstelling van dit onderzoek. Dit houdt in dat wordt nagegaan of er verschillen zijn in de pensioenregeling voor vrouwelijke en mannelijke deelnemers.

Op 1 januari 1973 is een collectieve pensioenregeling voor alle huisartsen verplicht gesteld. Iedere arts die in Nederland een huisartspraktijk heeft is sindsdien verplicht een pensioen op te bouwen; de vrouwelijke huisarts heeft deze verplichting tot haar 60<sup>e</sup> jaar, de mannelijke huisarts tot z'n 65<sup>e</sup> jaar.



Het uitgangspunt voor dit verschil in pensioengerechtigde leeftijd is dat de vrouwelijke huisarts geacht wordt vijf jaar eerder met pensioen te gaan. Overlijdt de gehuwde vrouwelijke huisarts, dan krijgt haar echtgenoot in principe geen weduwnaarspensioen. Heeft het echtpaar - waarvan de vrouwelijke huisarts komt te overlijden - kinderen, dan komen deze kinderen wél in aanmerking voor een wezenpensioen.

Op grond van het zogenaamde omkeerartikel kan de vrouwelijke huisarts - administratief - als man aangemerkt worden. Ze krijgt in dat geval dezelfde rechten en pensioenverplichtingen als de mannelijke huisarts. Dat betekent onder meer dat ze tot haar 65<sup>e</sup> jaar pensioen moet opbouwen, maar dat haar man wél een weduwnaarspensioen zal krijgen als ze overlijdt.<sup>16)</sup> Ook de mannelijke huisarts kan vóór zijn 59<sup>e</sup> jaar een beroep doen op het omkeerartikel; in dat geval wordt hij - administratief - als vrouw aangemerkt. Voorwaarde hierbij is dat hij niet getrouwd geweest is in de periode dat hij bij de pensioenregeling aangesloten is geweest.

Oefenen beide echtelieden een huisartspraktijk uit, dan kan de vrouwelijke huisarts eveneens gebruik maken van het omkeerartikel zodat beiden - administratief - als man worden beschouwd, met alle rechten en plichten vandien. Wanneer een vrouwelijke huisarts geen beroep doet op het omkeerartikel, betaalt ze minder pensioenpremie dan haar mannelijke collega; ze gaat immers ook vijf jaar eerder met pensioen.

In 1981 is de pensioenregeling op een aantal punten gewijzigd. De voornaamste wijzigingen betreffen de verlaging van de zogenaamde back-service-premie.<sup>17)</sup>

Verder hebben de huisartsen een grotere vrijheid gekregen in de keuze van een verzekeringsmaatschappij voor de verzekering van het normpensioen.<sup>18)</sup>

Ook is er een duidelijker regeling gekomen voor de rechten van huisartsen bij achterstand in premiebetaling, met name voor de rechten van de gescheiden vrouw bij achterstand in de betaling van de premie door haar ex-echtgenoot (bijzonder weduwenpensioen).

Van belang voor deze studie is vooral de wijziging die op 1 januari 1984 van kracht is geworden. Toen werd het aantal trappen in de verplichte pensioenopbouw vergroot. De pensioenopbouw was tot 1984 namelijk gebaseerd op een indeling van vijf klassen in het bruto beroepsinkomen. Men kon dus - afhankelijk van het bruto-inkomen - een pensioen opbouwen met een laagste pensioentrap van 20% en een hoogste van 100%.

In de regeling die in 1984 van kracht is geworden is het bruto-beroepsinkomen in elf klassen ingedeeld, met als gevolg dat de verplichte pensioenopbouw nu uit elf trappen bestaat. Het betekent dat de pensioentrap in plaats van met 20% nu met 10% stijgt. Bovendien is onderaan de pensioentrap een soort extra opstapje gemaakt: de 5% pensioentrap. De hoogte van de premie wordt afgeleid van de pensioentrappen; vergroting van het aantal trappen werkt dus door in de hoogte van de premie.<sup>19)</sup>

Het inbouwen van lage en meerdere pensioentrappen is vooral voor huisartsen die een kleine praktijk hebben van belang. De premie voor de opbouw van een 20% of 40% pensioen kan een relatief zware belasting vormen wanneer men weinig patiënten heeft. Daar het in veel gevallen vrouwelijke huisartsen zijn die een kleinere praktijk hebben, betekent de gewijzigde pensioenregeling vooral voor deze groep een verbetering.

Tenslotte willen we het voornemen van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen vermelden om enige wijzigingen in de pensioenregeling aan te brengen per 1 januari 1985. Besloten is om met ingang van 1 januari 1985 geen backservice-premie meer te heffen, hetgeen een premiedaling tot gevolg zal hebben. Verder ligt er een voorstel om "het jaarlijks op te bouwen pensioenbedrag aan te passen aan de ontwikkelingen op het inkomensfront", gezien de "discrepantie die is ontstaan tussen de hoogte van het huidige inkomen van de huisarts (=huisarts met een rekennormpraktijk) en het te bereiken pensioen".<sup>20)</sup>

Na dit beknopt overzicht van de artsen-pensioenregeling - voor zover van belang voor dit onderzoek - de mening van de vrouwelijke huisartsen over de pensioenregeling. In de eerder genoemde interimrapportage van de Werkgroep Vrouwelijke Huisartsen is ook de pensioenverzekeringsproblematiek aan de orde gesteld. Het omkeerartikel kan - zo meent de werkgroep - "met recht beschouwd worden als een wezenlijke stap op de weg van de gelijkberechtiging van mannen en vrouwen en is als zodanig vooruitstrevend te noemen, indien men een vergelijking trekt met andere pensioenregelingen".<sup>21)</sup> Wel vindt de werkgroep dat de begrippen mannelijke en vrouwelijke deelnemer, zoals die in het pensioenreglement gehanteerd worden, vervangen dienen te worden door "deelnemer met of deelnemer zonder financiële verantwoordelijkheid voor andere personen". De voorgestelde terminologie impliceert tevens dat niet automatisch aangenomen wordt dat vrouwen in een regeling zonder weduwnaarspensioen vallen. Hierbij tekent de werkgroep nog aan dat "het huwelijk niet als enig mogelijk samenlevingsverband gezien behoeft te worden".

Over het inbouwen van meerdere trappen in de pensioenregeling (in 1984 ingevoerd) zegt de interimrapportage (in november 1981 uitgekomen), dat deze zo snel mogelijk gerealiseerd dient te worden. Juist omdat het veelal de vrouwelijke huisartsen zijn die een kleine praktijk hebben, drukt de premie die noodzakelijk is voor de laagste pensioentrappen (vóór 1984, 20% of 40%) relatief zwaar op het inkomen. Vooral bij de hoogte van de pensioenopbouw van de gehuwde vrouw plaatst de werkgroep een kritische kanttekening. Zoals in de voorgaande paragraaf uiteengezet is, werd (vóór 1984) het pensioen van de gehuwde pensioengerechtigde vrouw bij het inkomen van de man opgeteld. Over dit gezamenlijk inkomen wordt belasting betaald. "Het is derhalve de vraag of het voor een vrouwelijke arts wel lonend is, zich te verzekeren van uitgesteld loon middels een pensioenvoorziening of dat zij er wellicht verstandiger aan zou doen zich tevreden te stellen met een geringere opbouw van haar pensioen", zo vraagt de werkgroep zich af.<sup>22)</sup>

Voor een huisartsenechtpaar die beiden zelfstandig een huisartspraktijk uitoefenen, is de opbouw van het pensioen gerelateerd aan het bruto-inkomen van elk der echtelieden; ze worden als het ware als twee afzonderlijke deelnemers beschouwd. Dit betekent dat, in het geval ze beiden een praktijk hebben die boven de normpraktijk ligt, ze elk het volle pond aan premie moeten betalen. Hierover ontstaat vaak verwarring omdat men het idee heeft dat men sámen maar één pensioen hoeft op te bouwen.

De werkgroep heeft de indruk "dat financiers nogal eens op dit punt aan artsenechtparen misleidende informatie verstrekken en associatie steeds afraden, ongeacht de praktijkgrootte, waarschijnlijk veroorzaakt door het feit dat zij in het algemeen zelf vrij slecht op de hoogte zijn met de pensioenregeling".<sup>23)</sup>

Ongelijkheid tussen mannen en vrouwen signaleert de werkgroep ten aanzien van het gedeelte van de pensioenpremie dat bestemd is ter dekking van premievrijstelling bij blijvende of algehele invaliditeit. De vrouwen moeten daarvoor 4% opbrengen en de mannen 3%. Deze percentages zijn gebaseerd op berekeningen van de actuaris van het pensioenfonds. Zijn deze ervaringscijfers nog wel voldoende actueel, vraagt de werkgroep zich af. Zo dit uit onderzoek zou blijken, blijft nog de vraag "of men dan toch niet bereid is op dit punt tot een gelijkschakeling tussen mannelijke en vrouwelijke deelnemers te komen, waarbij een beroep ge-

daan kan worden op het solidariteitsprincipe".<sup>24)</sup>

In EG-verband staan - bij het opstellen van richtlijnen voor gelijke behandeling van vrouwen en mannen - ook de pensioenregelingen ter discussie. Een lagere pensioengerechtigde leeftijd voor vrouwen impliceert een direct onderscheid tussen vrouwen en mannen en is daardoor in strijd met de ontwerprichtlijn voor gelijke behandeling zoals die is opgesteld door de EG-commissie. Kan men - zoals bij de artsenpensioenregeling - op grond van het zogenaamde omkeerartikel ook kiezen voor een regeling van het andere geslacht dan is er géén sprake van ongelijke behandeling.

De pensioenregeling voor artsen kent een verschillend percentage aan premie - bedoeld ter dekking van premievrijstelling bij blijvende invaliditeit - voor vrouwelijke en mannelijke deelnemers. Bij hantering van de EG-ontwerprichtlijnen zou dit een ongeoorloofd onderscheid zijn.

Samenvattend kunnen we stellen dat de pensioenregeling voor huisartsen in de afgelopen jaren zodanig is herzien dat er geen sprake meer van is, dat de pensioenregeling voor vrouwen grotere belemmeringen opwerpt dan voor mannen. Het omkeerartikel is volgens de werkgroep van vrouwelijke huisartsen vooruitstrevend te noemen, zij het dat de begrippen mannelijke en vrouwelijke deelnemers geneutraliseerd dienen te worden.

Een belangrijke wijziging die door de werkgroep is bepleit - namelijk het inbouwen van meerdere en vooral lagere pensioentrappen - is in 1984 doorgevoerd.

Het pensioenfonds heeft onlangs besloten om het verschil in de hoogte van de premie (bestemd voor premievrijstelling bij blijvende/algehele invaliditeit) nader te bezien.

### 2.3. Belemmeringen in de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen

Vrije beroepsbeoefenaren - waaronder ook huisartsen - hebben niet de mogelijkheid om een verzekering af te sluiten die recht geeft op zwangerschapsverlofuitkering zoals dat in de ziekwet (werknemersverzekering) geregeld is. Tot voor kort was het ook niet mogelijk om bij de verzekeringsmaatschappijen voor artsen (Artsen Onderlinge en Movir-DTO) een verzekering af te sluiten die recht gaf op een uitkering bij inva-

liditeit ten gevolge van zwangerschap of baring. In 1980 heeft de Werkgroep Vrouwelijke Huisartsen tegen deze beperkingen geprotesteerd bij de artsen-verzekeringsmaatschappijen de Artsen Onderlinge en Movir-DTO. Een zwangerschapsverlofuitkeringsverzekering werd door beide verzekeringsmaatschappijen afgewezen. De Artsen Onderlinge bleek wel bereid om invaliditeit ten gevolge van zwangerschap of baring te erkennen als invaliditeit met recht op uitkering.<sup>25)</sup> Deze uitkering zal wel eerst na 30 dagen aanvangen. Dit blijkt nodig omdat het verzekeringsrisico wordt uitgebreid, terwijl de hoogte van de premie daar niet op berekend is.<sup>26)</sup>

Het niet bestaan van regelingen voor zwangerschapsverlofuitkering is een sexe-inherente ongelijkheid in beroepsregelingen en als zodanig verdient het aanbeveling om invoering ervan te bepleiten.

Het invoeren van betaald zwangerschapsverlof voor huisartsen en andere vrije beroepsbeoefenaren zou bij het opstellen van EG-richtlijnen voor gelijke behandeling van vrouwen en mannen ter tafel gebracht moeten worden. Via EG-richtlijnen hieromtrent zou deze kwestie in de landelijke politiek behandeld kunnen worden.

#### 2.4. Ervaring van belemmeringen

Uit de voorgaande paragrafen blijkt dat verschillen in konkrete regelingen voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen niet zodanig (meer) zijn dat ze van doorslaggevende betekenis zijn bij zelfstandige vestiging van vrouwelijke huisartsen. Recente veranderingen in deze regelingen hebben de verschillen in regelingen voor vrouwen en mannen grotendeels weggenomen.

De vraag is of deze regelingen en de recente veranderingen daarin gevoegelijk bekend zijn bij huisartsen die zojuist hun opleiding hebben voltooid. Het is niet ondenkbaar dat, hoewel de regelingen nauwelijks grotere belemmeringen opwerpen voor vrouwen dan voor mannen, deze wèl als een grotere belemmering ervaren worden.

Aan de respondenten is daarom - in de enquête - een aantal uitspraken over belemmeringen in fiscale regelingen, pensioenregelingen en zwangerschapsverlofuitkering voorgelegd.

In de onderzoeksoopdracht worden ook belemmeringen in de financieringsfeer genoemd; daarom is ook een zestal uitspraken over deze problematiek in de enquête opgenomen.

De uitspraken luiden:<sup>27)</sup>

Uitspraak I: Ongunstige fiscale regelingen doen vrouwelijke huisartsen in veel gevallen afzien van een zelfstandige vestiging of een duo-praktijk

Uitspraak II: Het ontbreken van een weduwnaarsuitkering in de pensioenregeling voor artsen belemmert de vrouwelijke huisarts om zich als huisarts te vestigen

Uitspraak III: De vrouwelijke huisarts komt - in tegenstelling tot haar mannelijke collega - niet in alle gevallen in aanmerking voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering en dat draagt ertoe bij dat vrouwelijke artsen minder vaak een zelfstandige vestiging zullen kiezen

Uitspraak IV: Financiële problemen vormen meestal een onoverkomelijke hindernis bij overname of associatie

Uitspraak V: Vrouwelijke huisartsen kunnen moeilijker een lening afsluiten bij overname of associatie dan haar mannelijke collega's

Uitspraak VI: De vrouwelijke huisarts wordt vaker negatief geadviseerd door bemiddelingsbureaus bij overname of associatie dan haar mannelijke collega

Bij iedere uitspraak over belemmeringen in regelingen konden de respondenten aangeven hoe zeker ze ervan waren dat de uitspraken klopten. De antwoordcategorieën varieerden van 'zeer onzeker' tot 'zeer zeker'. Een klein aantal respondenten wenste deze vragen niet te beantwoorden; een mannelijke huisarts gaf dit te kennen met de kanttekening "zoiets als aan een peer vragen of een appel lekkerder smaakt".

In de onderstaande tabellen zijn de resultaten uitgesplitst naar vrouwelijke en mannelijke huisartsen en gevestigden en niet-gevestigden.

Tabel 2.1 De zekerheid waarmee vrouwelijke huisartsen de uitspraken over belemmeringen onderschrijven, uitgesplitst naar gevestigden en niet-gevestigden (in percentages)

	VROUWELIJKE HUISARTSEN					
	gevestigden			niet-gevestigden		
	onzeker	neutraal	zeker	onzeker	neutraal	zeker
Uitspraak I	22	33	45	22	23	55
Uitspraak II	60	28	12	50	35	15
Uitspraak III	22	56	22	27	38	35
Uitspraak IV	11	11	78	12	16	72
Uitspraak V	15	16	69	14	31	55
Uitspraak VI	12	42	46	14	39	47

25 < N < 28

67 < N < 70

Uit tabel 2.1 blijkt dat vooral de niet-gevestigden er zeker van zijn dat ongunstige fiscale regelingen de vrouwelijke huisartsen in veel gevallen doen afzien van een zelfstandige vestiging (uitspraak I). De niet-gevestigden zijn er ook zekerder van dan haar gevestigde collega's dat het ontbreken van een arbeidsongeschiktheidsuitkering bij zwangerschap ertoe bijdraagt dat de vrouwelijke huisarts minder vaak een zelfstandige vestiging zal kiezen (uitspraak III).

Uitspraak II over belemmeringen in de pensioenregeling - die geen echte belemmering vormt vanwege het omkeerartikel - wordt toch nog door 15% van de niet-gevestigden en door 12% van de gevestigden onderschreven.

Wat betreft de uitspraken over belemmeringen bij financiering; het overgrote deel van de vrouwelijke huisartsen is er zeker van dat financiering bij overname of associatie vaak een onoverkomelijk probleem vormt (uitspraak IV). Dat vrouwen vaker negatief geadviseerd worden door bemiddelingsbureaus, daarvan is omstreeks de helft van de vrouwen zeker (uitspraak VI). Tweederde van de gevestigde vrouwelijke huisartsen meent verder dat het voor vrouwen moeilijker is om een lening af te sluiten dan voor mannen; de niet-gevestigden zijn daar iets minder zeker van.

De volgende tabel geeft de resultaten op dezelfde uitspraken, maar nu voor mannelijke huisartsen.

Tabel 2.2 De zekerheid waarmee mannelijke huisartsen de uitspraken over belemmeringen onderschrijven, uitgesplitst naar gevestigden en niet-gevestigden (in percentages)

MANNELIJKE HUISARTSEN

	gevestigden			niet-gevestigden		
	onzeker	neutraal	zeker	onzeker	neutraal	zeker
Uitspraak I	40	35	25	32	42	26
Uitspraak II	58	35	7	43	41	16
Uitspraak III	41	40	19	32	48	20
Uitspraak IV	9	22	69	14	15	71
Uitspraak V	16	32	52	15	29	56
Uitspraak VI	19	52	29	21	49	20

67 < N < 71

170 < N < 175

Vergelijken we de tabellen 2.1 en 2.1 dan blijkt de mannelijke huisarts er veel minder zeker van te zijn dat de eerste drie uitspraken over belemmeringen inderdaad een belemmering vormen voor vrouwelijke huisartsen. Gevestigde en niet-gevestigde mannelijke huisartsen wijken, wat de uitspraken I en III betreft, nauwelijks van elkaar af. De pensioenregeling wordt vooral door gevestigde mannelijke huisartsen nauwelijks als een belemmering gezien.

Dat financiering een grote hindernis vormt bij vestiging en dat vrouwelijke huisartsen moeilijker een lening kunnen afsluiten dan haar mannelijke collega's (uitspraken IV en V); deze uitspraken worden door de mannelijke huisartsen minder vaak onderschreven. Mannelijke huisartsen zijn er ook minder zeker van dat vrouwen vaker een negatief advies zullen krijgen van bemiddelingsbureaus.

Om de antwoorden op de laatste uitspraak over adviezen van bemiddelingsbureaus wat beter te kunnen beoordelen op hun realiteitswaarde hebben we aan de groep 'zoekenden' (zie paragraaf 1.3) die de schriftelijke enquête hebben ingevuld de vraag voorgelegd of men wel eens advies heeft ingewonnen over een bepaalde vestiging bij bemiddelingsbureaus of relaties. Tabel 2.3 geeft de resultaten.

Tabel 2.3 Advisering over vestiging aan zoekende huisartsen, uitgesplitst naar vrouwen en mannen (in percentages)

	Vrouwen	Mannen
Geen advies ingewonnen	72	45
Advies ingewonnen bij bemiddelingsbureaus	19	40
Advies ingewonnen bij relaties	9	15
N=	53	158

Uit de tabel blijkt dat driekwart van de zoekende vrouwelijke huisartsen en bijna de helft van de mannelijke huisartsen nog nooit advies heeft ingewonnen over een bepaalde vestiging. Een uitkomst die aangeeft dat we de antwoorden over de financieringsproblematiek en met name de uitspraak over adviezen van bemiddelingsbureaus niet onverkort kunnen interpreteren in termen van persoonlijk ervaren belemmeringen. Nader onderzoek naar de belemmerende werking van de financieringsproblematiek ten aanzien van de vestiging van huisartsen is nodig.



Vatten we de resultaten uit dit hoofdstuk samen, dan moeten we concluderen dat in de concrete regelingen (met name de regelingen in de fiscale sfeer, de pensioenvoorziening en de arbeidsongeschiktheidsuitkering) de verschillen voor vrouwen en mannen grotendeels zijn geëlimineerd. Desondanks worden deze regelingen door een deel van de huisartsen als belemmerend ervaren. Vooral de niet-gevestigde - en in mindere mate de gevestigde - vrouwelijke huisartsen menen dat genoemde regelingen een belemmering vormen bij zelfstandige vestiging van vrouwelijke huisartsen.

Conclusie moet zijn dat naast het invoeren van veranderingen in de regelingen aandacht besteed zal dienen te worden aan het verstrekken van toegankelijke informatie daaromtrent aan de direct betrokkenen.

### HOOFDSTUK 3

#### INVENTARISATIE VAN BELEMMERINGEN BIJ HET ZOEKEN NAAR EEN VESTIGINGSPLAATS

Bij pogingen om het verschil in zelfstandige vestiging tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen te verklaren is het in eerste instantie noodzakelijk om te weten welke belemmeringen huisartsen tegenkomen bij het zoeken naar een vestigingsplaats. Zijn de belangrijkste belemmeringen bekend dan kan onderzocht worden of er verschillen bestaan in belemmeringen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

In dit hoofdstuk zullen we ons bezighouden met het opsporen van belemmeringen. Daartoe zijn twee groepen huisartsen benaderd.

De eerste groep bestaat uit diegenen die in 1983 hun huisartsopleiding hebben voltooid en die erin geslaagd zijn een vestigingsplaats te vinden (zie paragraaf 1.3). De groep 'gevestigden' heeft naast het algemene deel van de enquête een afzonderlijk deel - voor gevestigden - ingevuld. Daarin is (in open vragen) gevraagd om aan te geven wat volgens hen de redenen zijn geweest die hebben geleid tot het vinden van een vestigingsplaats.

De tweede groep bestaat uit huisartsen die in 1981 of in 1982 de huisartsopleiding hebben voltooid en die hun vestigingsplannen hebben opgegeven (zie paragraaf 1.3). In een telefonisch vraaggesprek is gevraagd naar de belemmeringen bij het zoeken naar een vestigingsplaats en naar de reden(en) voor het opgeven van hun vestigingsplannen.

De redenen die de groep gevestigden aanvoert willen we vergelijken met de belemmeringen die degenen die hun vestigingsplannen hebben opgegeven aanvoeren. Op deze wijze is na te gaan wat de belangrijkste factoren zijn bij pogingen om een vestigingsplaats te bemachtigen.

#### 3.1 Doorslaggevende redenen voor het vinden van een vestigingsplaats

Waarom slagen sommige huisartsen erin een vestigingsplaats te vinden en anderen niet? Deze vraag hebben we in de schriftelijke enquête voorgelegd aan de groep gevestigden.

Van alle respondenten die de schriftelijke enquête hebben ingevuld blijken er 99 gevestigd te zijn: 26 vrouwelijke huisartsen en 73 mannelijke huisartsen.

De 'open vraag' uit de enquête is door veel gevestigden aangegrepen om in eigen bewoordingen hun mening daarover te berde te brengen. Uit de veelheid van antwoorden hebben we een beeld geschetst van redenen die de gevestigden daarvoor aanvoeren.

Als één van de belangrijkste redenen wordt - vooral door mannelijke huisartsen - genoemd voldoende financiële armslag of financiële haalbaarheid "met name het beschikken over een goed gevulde beurs maakt het 'vinden' c.q. kopen van een huisartspraktijk (veel) gemakkelijk(er)". Een respondent die part-time is begonnen in een praktijk-met-mogelijke-groei schrijft: "Dat was in mijn situatie te realiseren vanwege de vierdaagse werkweek van mijn echtgenote, waardoor er steeds een basisinkomen aanwezig zou zijn. Ook bij de bank speelt dit een rol voor de financiering".

Dat het lang niet altijd gemakkelijk is om financiering via een bank rond te krijgen, blijkt uit het volgende antwoord: "We nemen er genoeg mee in het begin niets te verdienen uit de praktijk. We hebben beiden een persoonlijke lening van familie en we proberen bijstand voor een half jaar te behouden (stimuleringsregeling nieuwe bedrijven). Banken wilden ons geen geld lenen in verband met het te grote risico".

De volgende opmerking wijst in dezelfde richting: "Voorts is een beetje geluk in de vorm van 'leningen' heel handig".

Bemiddelingsbureaus en verzekeringsmaatschappijen hebben bij enkele respondenten een doorslaggevende rol gespeeld bij het vinden van een vestiging; voorwaarde was wel dat de zaken financieel haalbaar waren.

Een ander aspect dat van groot belang wordt geacht zijn contacten, relaties of referenties. Vooral mannelijke gevestigden schrijven vaak dat ze nuttige relaties hebben, maar ook en vooral dat ze er bewust aan gewerkt hebben om relaties op te bouwen of nuttige contacten te leggen. Een van de mogelijkheden die daarbij genoemd worden is contacten en relaties aanknopen via waarneming en dergelijke. Andere wat assertiever methoden die werden genoemd zijn jezelf 'presenteren' of 'verkopen' door: alle gemeenten met groeikernen, uitbreidingsplannen etc. af te gaan, PHVs te benaderen of contacten te leggen - al dan niet subtiel - met gevestigde huisartsen op leeftijd. Het zijn methoden die vooral door mannelijke gevestigden zijn gevolgd.

Doorzettingsvermogen, knokken en volhouden zijn ook belangrijke aspecten wanneer men een praktijk wil vinden, zo blijkt uit de antwoorden. "Doorzettingsvermogen en vooral oogkleppen voor in onderhandelingen met PHVs, vestigingscommissies en in mindere mate gemeenten en collega's", zijn onontbeerlijk meent een gevestigde. Een ander is erin geslaagd een vestiging te vinden "ondanks de zeer felle tegenwerking van de gevestigde orde en ziekenfonds". Ze heeft samenwerking gezocht met andere collega's die bereid waren het "onwettige vestigingsbeleid van de LHV te breken".

Weer een ander meldt: "Organisatorisch met volledig lege handen de huisartsopleiding verlatend begon ik een lange tocht langs ziekenfondsen, overheidsinstellingen en banken (...). Dit ging gepaard met veel vallen en opstaan, niet in de laatste plaats omdat we vele malen ontmoedigd werden (...). Aannemende dat onze vrije vestiging inderdaad succes heeft denk ik dat een dergelijke voorbereiding, doorzettingsvermogen en veel energie belangrijke factoren zijn geweest".

Systematisch en vroegtijdig gaan zoeken, dan kan het niet misgaan meent een optimistische huisarts. "Tijdens de huisartsopleiding had ik diverse gebieden reeds geïnventariseerd en wist ik zeker dat het via de bestaande legale kanalen niet mogelijk was een praktijk te krijgen (...). Ik ben toen op mijn eigen manier te werk gegaan en twee maanden na m'n afstuderen kon ik kiezen uit 4 praktijken, waar de meeste collega's van dromen (...). Mijn motto is: er is plaats genoeg, maar je moet er wel wat voor doen."

Ervaring in het solliciteren wordt een paar maal als belangrijk argument voor slagen aangevoerd. Een gematigde opstelling is hierbij van belang, volgens enkele gevestigden: "Je moet niet te veel noten op je zang hebben".

Volgens sommige - voornamelijk vrouwelijke huisartsen - heeft de bereidheid om, vooral in het begin, veel en hard te werken voor weinig geld de doorslag gegeven: "... ik denk dat het veel belangrijker is om positieve keuzes te maken en dat heb ik gedaan. De betaling is dan iets wat anderen weerhoudt; ik heb het voor lief genomen, horend bij mijn keuze".

Andere factoren die door enkele gevestigden werden genoemd zijn een specifieke opleiding en motivatie of enthousiasme of, zoals een huisarts het uitdrukt: "niets anders dan huisarts willen worden". Een enkele maal werden een bepaalde geloofsovertuiging en het 'vrouw-zijn' aangevoerd als doorslaggevende argumenten voor het vinden van een vestigingsplaats.

Naast al deze argumenten die volgens de pas-gevestigden van doorslaggevend belang zijn geweest bij hun pogingen een praktijk te bemachtigen, spelen toeval, geluk of mazzel in meerdere of mindere mate mee. Dit komt tot uitdrukking in veelvuldige opmerkingen als: "op de juiste tijd en op de juiste plaats de juiste mensen ontmoeten" en "met de neus in de boter vallen". Enkele huisartsen hebben in het geheel niet gezocht; ze hebben een praktijk van ouders of familieleden overgenomen.

Vatten we de argumenten die de gevestigden als doorslaggevend benoemen samen, dan blijken voldoende financiële middelen en het hebben (of krijgen) van relaties de belangrijkste argumenten. Daarnaast zijn doorzettingsvermogen en een systematische en actieve, doortastende (maar toch bescheiden) manier van zoeken onontbeerlijk. Toeval of geluk zijn wel nodig bij het zoeken maar niet voldoende om te slagen. Of zoals een huisarts het uitdrukt: "een lot uit de loterij maar we hebben er ook hard voor gewerkt".

### 3.2 Redenen waarom huisartsen hun vestigingsplannen opgeven

In een deelonderzoek is een telefonisch vraaggesprek gehouden met huisartsen die hun vestigingsplannen hebben opgegeven. De groep bestaat uit twintig huisartsen, waarvan acht vrouwen en twaalf mannen. Alle huisartsen die voor een telefonisch vraaggesprek benaderd zijn, waren bereid om hun medewerking te verlenen.

Doel van het deelonderzoek is om de belemmeringen die huisartsen bij het zoeken naar een vestigingsplaats tegenkomen, op te sporen. Uitgangspunt bij het opzetten van een interviewschema is geweest huisartsen zelf aan het woord te laten over de redenen voor het afzien van vestigingsplannen. Daarnaast is er tevens naar gestreefd om alle respondenten eenduidige vragen voor te leggen teneinde de antwoorden beter te kunnen vergelijken.

Tijdens het interview wordt de huisarts allereerst gevraagd naar de reden(en) van het opgeven van de vestigingsplannen. Vervolgens is een aantal gerichte vragen gesteld over belemmeringen die in de literatuur naar voren komen en die ook in de open vragen van de schriftelijke enquête werden genoemd. De vragen naar de belemmeringen werden voorafgegaan door wat algemenere vragen.

Het interviewschema ziet er als volgt uit:

\* achtergrondgegevens

- vestigingsplannen na voltooiing van de huisartsopleiding
- type praktijk waarnaar men (eventueel) heeft gezocht
- manieren waarop men heeft gezocht

- \* reden(en) voor het opgeven van de vestigingsplannen (open vraag)
- \* belemmeringen die mogelijk tevens een rol hebben gespeeld. Daarbij is expliciet gevraagd naar:
  - belemmeringen opgeworpen door functie of woonplaats van de partner
  - belemmeringen vanwege onvoldoende tijd voor gezin, kinderen en huishouding
  - belemmeringen vanwege het feit dat een solopraktijk een te zware verantwoording betekent

#### Resultaten uit het deelonderzoek

Van de groep van 20 huisartsen die voor een telefonisch interview zijn benaderd hebben 17 huisartsen aanvankelijk plannen gehad om zich als huisarts te vestigen. Eén huisarts heeft nooit serieuze plannen gehad, een tweede heeft tijdens de opleiding van z'n plannen afgezien en de derde huisarts is zich gaan specialiseren.

De soort praktijk waarnaar wordt gezocht verschilt nogal voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen. Mannen zoeken in meerderheid uitsluitend of tevens naar zelfstandige beroepsuitoefening in het vrije beroep of een associatie. Vrouwen zoeken veeleer naar een dienstverband in een gezondheidscentrum of groepspraktijk. Een assistentschap (of geen zelfstandige beroepsuitoefening) wordt alleen door de vrouwelijke geïnterviewden genoemd (4x). Het zijn alleen de mannelijke huisartsen die aangeven dat ze zonder specifieke voorkeur (zijn gaan) zoeken.

Zowel vrouwen als mannen zoeken veelvuldig via advertenties. Bij mannen is het echter vaak één van de zoekmethoden; de vrouwelijke respondenten hebben hoofdzakelijk via advertenties gezocht. Het benaderen van (medische) kennissen en relaties uit de huisartsopleiding wordt danook voornamelijk door mannen genoemd.

Zoekmethoden die sporadisch worden genoemd zijn: benaderen van gezondheidscentra en inschrijving vacaturebank (alleen door vrouwen). Gezocht is ook via (commerciële) bemiddelingsbureaus, contacten met gemeenten, benaderen van huisartsen in de regio, en het afgaan op 'geruchten' (alleen door mannen).

Een inventarisatie van belemmeringen levert het volgende beeld op. De belangrijkste belemmering die vrouwen en mannen signaleren heeft te maken met financiële problemen bij overname of vrije vestiging. Bij de vrouwelijke huisartsen treden financiële problemen voornamelijk op in verband met (het omzetten van een assistentschap in een) associatie. Vooral de mannelijke huisartsen koppelen de prijs van de praktijken aan het aanbod aan praktijken: "Er is gewoon veel te weinig aanbod en wat te krijgen is, is veel te duur".

Deze schaarste aan aanbod geldt zeker ook voor een huisartspraktijk in dienstverband: "er is gewoon niet aan te komen".

Een andere veelvuldig genoemde belemmering vormt de noodzaak tot een arbeidstijd van 40 uur en meer. Ruim de helft van de geïnterviewde huisartsen wil naast het huisartsberoep voldoende tijd overhouden voor andere activiteiten en het liefst minder dan 40 uur werken. Bij een overname of vrije vestiging is deeltijdarbeid bijna niet mogelijk vanwege de financiële belasting. Tijd voor andere activiteiten komt bij een solo-werkend arts ook vaak in het gedrang omdat men, indien nodig, beschikbaar moet zijn: "je moet altijd maar klaar staan voor patiënten; je hebt geen privacy".

Andere huisartsen willen naast het huisartsberoep tijd hebben voor gezin, kinderen of huishoudelijke activiteiten. Ook zij voeren als belemmering aan dat het bijna onmogelijk is om het huisartsberoep in deeltijd uit te oefenen.

Gebondenheid aan een bepaalde regio vanwege de werkzaamheden van de partner of vanwege bindingen die men zelf heeft met een bepaalde plaats of streek, worden door ongeveer de helft van de respondenten genoemd als een belemmerende factor bij het zoeken naar een praktijk.

Minder vaak genoemde belemmeringen door vrouwelijke huisartsen zijn onder meer dat een solo-praktijk een te grote verantwoording met zich brengt. Een huisarts wil haar partner niet belasten met de achterwacht en dat houdt haar tegen om het huisartsberoep als vrij beroep uit te oefenen. Twee andere huisartsen willen samen met haar man een huisartspraktijk uitoefenen. In het ene geval kan geen goede modus gevonden worden voor de verdeling van de patiënten en in het andere geval besluit de mannelijke partner zich te gaan specialiseren.

Belemmeringen die verder nog door mannelijke huisartsen worden genoemd, zijn onder meer dat de kwaliteit van de dienstverlening tot een kleine praktijk en tot samenwerking met andere artsen noodzaakt: "je moet af en toe eens op je vingers getikt worden". Dergelijke eisen zijn bij het toch al summiere aanbod aan praktijken nauwelijks te verwerkelijken. Bij een ander is de motivatie om het huisartsberoep uit te oefenen een sterk verminderd vanwege negatieve ervaringen tijdens het zoeken: "ik wilde niet langer bij die club horen".

Een paar huisartsen zijn tijdens de huisartsopleiding of tijdens waarnemingen e.d. tot de ontdekking gekomen dat het huisartswerk in de praktijk toch minder aantrekkelijk is dan verwacht. Eén van de redenen die daarvoor worden aangevoerd is dat somatische klachten teveel nadruk krijgen: "patiënten willen er niet aan dat veel psychische klachten somatisch uitwerken".

In de meeste gevallen hebben de geïnterviewden een permanente functie zoals: arts in een verpleeghuis of ziekenhuis, schoolarts en verzekeringsgeneeskundige. Slechts drie huisartsen zoeken nog naar meer definitieve werkzaamheden. Het blijkt dat de mogelijkheid om genoemde functies te gaan vervullen in de meeste gevallen het punt is geweest waarop men de vestigingsplannen heeft laten varen. In een enkel geval is het een positieve keuze geweest; maar veelal is het in eerste instantie aangegrepen om in ieder geval werkzaamheden als arts te kunnen verrichten. Pas na verloop van tijd is men de voordelen van de functie gaan inzien en waarderen. Als voordelen werden vooral genoemd de financiële zekerheid en de mogelijkheid tot part-time arbeid of een niet meer dan 40-urige werkweek.

Vatten we de resultaten uit de telefonische enquête samen, dan blijkt dat de vrouwelijke respondenten vooral naar een dienstverband in een gezondheidscentrum of groepspraktijk hebben gezocht; de mannelijke respondenten zoeken naar meerdere vormen van praktijkuitoefening en met name naar een vrije vestiging. Een inventarisatie van belemmeringen bij het zoeken toont aan dat onvoldoende financiële middelen, de onmogelijkheid om huisartswerk in deeltijd te verrichten - waardoor men onvoldoende tijd overhoudt voor gezin, kinderen of andere activiteiten - en het gebonden zijn aan een bepaalde regio, de meest genoemde knelpunten zijn.

Vergelijken we de belemmeringen genoemd door huisartsen die hun vestigingsplannen hebben opgegeven, met de redenen welke gevestigden aanvoeren voor het slagen van hun vestigingsplannen, dan blijken voldoende financiële middelen bij beide groepen een belangrijk punt. Ook in het vorige hoofdstuk is gebleken dat financiële kwesties voor zoekende huisartsen - en in het bijzonder voor de vrouwelijk zoekenden - een grote hindernis vormen. In het kader van dit onderzoek, zo hebben we gesteld, kan deze belemmering niet nader worden onderzocht. Onderzoek waarbij ook adviserende en financierende instanties worden betrokken is nodig.

Een ander punt dat uit de inventarisatie van belemmeringen naar voren komt is de duur van de arbeidstijd. Is het al moeilijk om een full-time vestigingsplaats te bemachtigen, een part-time baan is nauwelijks te vinden; en zeker niet als het een vrije vestiging betreft. Van de huisartsen die hun vestigingsplannen hebben opgegeven voeren velen dit aan als belemmering bij het stichten van een gezin of het opvoeden van kinderen.



Deze belemmering wordt niet alleen genoemd door degenen die een gezin willen stichten maar ook door degenen die naast het huisartsberoep nog andere activiteiten wensen te ondernemen. Op deze belemmering zullen we in hoofdstuk 5 nader ingaan; daarbij zal vooral aandacht besteed worden aan mogelijke verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

Gebondenheid aan een bepaalde regio is een belemmering die veelvuldig wordt genoemd door degenen die hun vestigingsplannen hebben opgegeven. Met name de woonplaats en/of de werkzaamheden van de partner worden hierbij als belemmerende factor aangevoerd. Hierop komen we eveneens in hoofdstuk 5 terug.

Tenslotte is uit de telefonische enquête gebleken dat de vrouwelijke huisartsen vooral naar een dienstverband zochten terwijl de mannelijke huisartsen vaker probeerden zich vrij te vestigen. Uit de antwoorden van de groep die erin geslaagd is een vestigingsplaats te vinden, komt naar voren dat de mannelijke huisartsen meer zoekmethoden (konden) aanwenden dan de vrouwelijke huisartsen. Dit brengt ons tot de veronderstelling dat vrouwelijke huisartsen wat praktijk vormen betreft mogelijk andere voorkeuren hebben dan mannelijke huisartsen. Het zou tevens kunnen zijn dat vrouwelijke huisartsen op een andere wijze zoeken dan haar mannelijke collegae. In hoofdstuk 6 zullen we daarom het zoeken naar een praktijk en de manieren waarop gezocht wordt, aan een nadere analyse onderwerpen.

Verschil in motivatie van de huisartsen die de huisartsopleiding hebben voltooid zou een andere mogelijke verklaring kunnen zijn voor het verschil in zelfstandige vestiging tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen. Dit willen we in het volgende hoofdstuk nader onderzoeken.

## HOOFDSTUK 4

### MOTIVATIONELE FACTOREN EN ZELFSTANDIGE VESTIGING

Onderzoek naar mogelijke belemmeringen in concrete regelingen in hoofdstuk 2 heeft uitgewezen dat er geen grote verschillen zijn ten aanzien van het (subjectief) ervaren van belemmeringen in deze regelingen tussen de vrouwelijke en de mannelijke respondenten. Nader onderzoek heeft verder aangetoond dat de ongelijkheid in deze regelingen voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen de afgelopen jaren aanmerkelijk is afgenomen; in de huidige regelingen is geen sprake meer van grote verschillen. We zullen dus moeten zoeken naar andere belemmerende factoren die het verschil in zelfstandige vestiging tussen vrouwen en mannen kunnen verklaren.

Een verschil in motivatie tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen zou een mogelijke verklaring kunnen zijn voor het verschil in zelfstandige vestiging. Of dit ook werkelijk te onderkennen is wordt in dit hoofdstuk onderzocht.

In haar dissertatie 'Vrouwen en beroeps participatie', maakt Van Doorne-Huiskes een onderscheid in gedragsbepalende factoren naar motivationele en gelegenhedsfactoren. De motivationele factoren hebben betrekking op het feit dat men zich op een bepaalde wijze wil gedragen; de gelegenhedsfactoren op het feit dat men ook over mogelijkheden moet beschikken om dit gedrag te kunnen realiseren. Gedrag is dan afhankelijk van motivationele en gelegenhedsfactoren. In termen van dit onderzoek geformuleerd: men moet zich als huisarts willen vestigen en men moet over de mogelijkheden beschikken om de vestiging te realiseren.

De sterkte van motivationele en gelegenhedsfactoren kunnen variëren. Activiteiten om een vestiging als huisarts te vinden, kunnen ontplooid worden vanuit een motivatie om zich als huisarts te vestigen, terwijl de gelegenheid om dit daadwerkelijk te realiseren gering is. Activiteiten kunnen ook ontplooid worden door gebruik te maken van gunstige gelegenheden, hoewel in feite de voorkeur om huisarts te worden bijvoorbeeld weinig groter is dan om te specialiseren. Zijn beide factoren in sterke mate aanwezig, dan is de waarschijnlijkheid dat men zich zal vestigen groter dan wanneer er niet of nauwelijks sprake is van motivaties en gelegenheden.

Op de gelegenhedsfactoren komen we in het volgende hoofdstuk terug.

#### 4.1 Metten van motivatie

Boeiende en vooral véél literatuur is gewijd aan de wijze waarop motivatie tot stand komt. Het zou in het kader van dit onderzoek te ver voeren om hierop in te gaan. In dit onderzoek zullen we ons danook beperken tot het onderzoeken van verschillen in motivatie tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

Motivatie kan in verschillende dimensies uiteen gelegd worden.<sup>28)</sup> Het beroep van huisarts kan vanuit voornamelijk ethische overwegingen gekozen zijn; vanuit een roeping zoals dienstbaarheid aan de hulpbehoevende mens of zinvolle zelfstandige arbeid.

De keuze voor het huisartsvak kan ook vanuit financieel-economische motieven gemaakt zijn. Een adequate honorering en het wonen in een aantrekkelijke woonomgeving zijn in dat geval belangrijke motieven. Bij beloningen behoeft men echter niet alleen aan materiële beloningen te denken; ook immateriële beloningen zoals hoog sociaal aanzien kunnen het motief zijn om huisarts te worden.

Motivatie kan tevens ontleend worden aan ouders, vrienden of bekenden die als voorbeeld of stimulans dienen. Het kan in een bepaald milieu zelfs een min of meer vanzelfsprekende zaak zijn dat men huisarts wordt.

Vakinhoudelijke aspecten zoals een afkeer van de meer medisch-klinisch gerichte gezondheidszorg en de wens om zich te richten op de menselijke kant van de patiëntenzorg kunnen de motivatie eveneens voor een groot deel bepalen.

Tenslotte willen we een pragmatische dimensie onderscheiden. Het gaat hierbij niet om materiële of immateriële beloningen of om vakinhoudelijke motivatie, maar veeleer om een pragmatische keus. Te denken valt daarbij o.a. aan de wens om geen lange toegespitste beroepsopleiding te volgen, het verhogen van de kans op het vinden van een baan in de gezondheidszorg en de overweging dat dit het beste alternatief is in gegeven omstandigheden.

In de enquête zijn bovengenoemde dimensies van het begrip motivatie als uitspraken geformuleerd. De waardering voor die uitspraken is door de respondenten aangegeven, door achter iedere uitspraak één der vijf antwoordmogelijkheden aan te kruisen. De antwoordcategorieën variëren van 'zeer sterk van toepassing' tot 'geheel niet van toepassing'.

Om tot een meer overzichtelijk geheel van de antwoorden op de uitspraken over motivatie te komen, is besloten tot constructie van één of meer motivatieschalen. Daartoe is op basis van een correlatiematrix gezocht naar clusters van uitspraken. Er blijken er vier te zijn, namelijk de uitspraken over materiële motieven, die over immateriële motieven, die over pragmatische motieven en de uitspraken over vakinhoudelijke motieven. De samenhang tussen deze clusters is zwak.

In een factoranalyse worden de uitspraken met betrekking tot motivatie in twee factoren uiteengezet. De ene factor wordt gevormd door uitspraken over materiële en immateriële motieven; de andere factor door uitspraken over pragmatische en vakinhoudelijke motieven.

De scheve verdelingen van de antwoorden op de motivatievragen kunnen mogelijk tot enige vertekening van de uitkomsten hebben geleid en daarom is de factoranalyse opnieuw uitgevoerd met variabelen die gedichotomiseerd zijn. Inhoudelijk verandert er weinig. De oorspronkelijke factoren worden slechts iets verder uit elkaar getrokken zodat er vier factoren ontstaan.

Bij een factoranalyse met een gedwongen keuze voor twee factoren ontstaat er een factor 'pragmatische motieven' en een factor 'materiële en immateriële motieven'. Op grond van de resultaten van de laatste factoranalyse zijn twee schalen geconstrueerd door optelling van de scores op de afzonderlijke uitspraken. De betrouwbaarheid van deze schalen (uitgedrukt in Cronbach's alpha) bedraagt respectievelijk .65 en .57. Daarnaast is op inhoudelijke gronden besloten om de vakinhoudelijke motivatievariabelen samen te voegen tot één schaal (alpha .45).

Twee uitspraken uit de enquête blijken in geen der schalen te passen, te weten: de uitspraak met betrekking tot roeping en één der uitspraken over immateriële motieven; ze zijn uit de schalen weggelaten.

De drie aldus geconstrueerde motivatieschalen zijn samengesteld uit de volgende uitspraken (uit de enquête):

- \* sociaal-economische motivatieschaal, samengesteld uit uitspraken over materiële en immateriële motieven:
- het artsberoep leek me een financieel-economisch aantrekkelijk beroep
- het voorbeeld van m'n ouders of naaste verwanten die arts zijn, heeft me tot de medicijnenstudie aangezet
- de medicijnenstudie bood uitzicht op een beroep met een hoog sociaal aanzien
- mijn vrienden hebben me gestimuleerd om medicijnen te gaan studeren
- ik kom uit een milieu waar een academische opleiding een vanzelfsprekende zaak is

- \* pragmatische motivatieschaal, samengesteld uit instrumentale motieven
  - na het afstropen van de opleidingen die ik in ieder geval niet wilde volgen, bleef de huisartsopleiding als beste alternatief over
  - ik wilde de medicijnenstudie afsluiten met een korte beroepsgerichte opleiding
  - ik wilde wat langer bedenktijd hebben alvorens een definitieve keuze te maken
  - het verhoogt m'n kansen een baan te vinden in de medische beroepsuitoefening, anders dan als huisarts
- \* vakinhoudelijke motivatieschaal, samengesteld uit vakinhoudelijke motieven:
  - de medisch-technisch gerichte onderdelen in de medicijnenstudie hebben m'n motivatie voor de huisartsopleiding positief beïnvloed
  - de verwachting dat de huisartsopleiding gericht zou zijn op de menselijke kant van de patiëntenzorg heeft me deze opleiding doen kiezen
  - ik wilde het huisartsberoep gaan uitoefenen

Met behulp van de drie aldus geconstrueerde schalen is de motivatie van de respondenten gemeten. De antwoorden op de afzonderlijke uitspraken zijn daartoe voor elk van de drie schalen bij elkaar opgeteld en gedichotomiseerd bij de mediaan. Daar het ons vooral gaat om het opsporen van verschillen in motivatie tussen vrouwen en mannen, geven we de resultaten voor deze groepen apart weer.

Tabel 4.1 Gedichotomiseerde score op de sociaal-economische motivatieschaal naar geslacht (in percentages)

		geslacht	
		vrouw	man
score motivatie- schaal	laag	64	53
	hoog	36	47
	N*	98	200

Gemiddelde score voor vrouwen is 9.3  
Gemiddelde score voor mannen is 10.4

Tabel 4.2 Gedichotomiseerde score op de pragmatische motivatieschaal naar geslacht (in percentages)

		geslacht	
		vrouw	man
score motivatie- schaal	laag	62	69
	hoog	38	33
	N*	98	245

Gemiddelde score voor vrouwen is 7.8

Gemiddelde score voor mannen is 7.5

Tabel 4.3 Gedichotomiseerde score op de vakinhoudelijke motivatieschaal naar geslacht (in percentages)

		geslacht	
		vrouw	man
score motivatie- schaal	laag	62	56
	hoog	38	44
	N*	97	248

Gemiddelde score voor vrouwen is 11.9

Gemiddelde score voor mannen is 11.8

\*De aantallen verschillen per tabel omdat respondenten die een ontbrekende waarde hebben voor één van de samenstellende uitspraken van een schaal buiten de analyse vallen

De scores op de sociaal-economische motivatieschaal geven aan dat vrouwen sociaal-economische motieven wat lager waarderen dan mannen. Dit duidt erop dat vrouwelijke huisartsen hun keuze iets minder sterk door sociaal-economische motieven laten bepalen dan mannen.

De scores op de pragmatische motivatieschaal verschillen nauwelijks tussen vrouwen en mannen. Pragmatische motieven zijn kennelijk voor vrouwen en mannen even belangrijk.

De scores op de vakinhoudelijke motivatieschaal laten zien dat vrouwen vakinhoudelijke motieven iets lager waarderen dan mannen. Kijken we naar de gemiddelde scores op de drie motivatieschalen dan kunnen we ook daaruit concluderen dat er niet of nauwelijks verschillen bestaan tussen vrouwen en mannen. Met andere woorden vrouwen zijn - volgens het meetinstrument dat in de enquête gebruikt is - niet meer of anders gemotiveerd dan mannen. Twee kanttekeningen dienen hierbij gemaakt te worden. Ten eerste zijn de frequentieverdelingen van de variabelen waaruit de motivatieschalen zijn geconstrueerd tamelijk scheef. Gezien deze scheve verdelingen kunnen er moeilijker grote verschillen optreden. Ten tweede is de vakinhoudelijke motivatieschaal vooral op inhoudelijke gronden samengesteld; en is de alpha niet groot, te weten .45.

De conclusie moet zijn dat we vooralsnog geen verschillen tussen vrouwen en mannen hebben kunnen aantonen. We moeten dus naar andere oorzaken zoeken.

#### 4.2 Validiteit van de motivatieschalen

De kanttekeningen die we gemaakt hebben bij de conclusies ten aanzien van motivatie, noodzaken tot een test op de validiteit van de geconstrueerde motivatieschalen. We zullen daartoe de drie motivatieschalen gaan relateren aan vragen uit de enquête die betrekking hebben op het tijdstip waarop keuzen zijn gemaakt. Als keuzemomenten onderscheiden we:

- de keuze om de huisartsopleiding te gaan volgen
- de keuze om als huisarts te gaan praktiseren
- de keuze om niet te gaan specialiseren

We veronderstellen dat wanneer men aan het einde van de studie een keuze maakt, de pragmatische motieven een belangrijke rol zullen spelen. We veronderstellen tevens een sterke pragmatische motivatie bij degenen die overwogen hebben zich te specialiseren. Dit houdt in dat de scores op de pragmatische motivatieschaal een groter verschil zullen vertonen (tussen keuzen gemaakt aan het begin van de studie en keuzen gemaakt tegen het einde van de studie) dan de scores op de sociaal-economische en de vakinhoudelijke motivatieschalen. Het impliceert ook dat scores op de pragmatische motivatieschaal een groter verschil te zien zullen geven (tussen degenen die specialisatie hebben overwogen en degenen die dat niet hebben overwogen) dan de scores op de sociaal-economische en de vakinhoudelijke motivatieschalen.

Om mogelijke verschillen tussen vrouwen en mannen op het spoor te komen zijn de resultaten voor vrouwen en mannen apart weergegeven.

Tabel 4.4 Scores op de drie motivatieschalen voor vrouwen en mannen naar tijdstip waarop men de keuze heeft gemaakt om de huisartsopleiding te volgen \*

		gemiddelde score op de sociaal-economische motivatieschaal		gemiddelde score op de pragmatische motivatieschaal		gemiddelde score op de vakinhoudelijke motivatieschaal	
		vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen
keuze om huisartsopleiding te gaan volgen	vóór de medicijnenstudie	(17) 7.65	(59) 8.80	(17) 5.71	(59) 5.49	(15) 6.80	(59) 5.81
	tijdens de medicijnenstudie	(60) 8.53	(145) 9.84	(61) 6.77	(142) 7.24	(61) 6.85	(144) 6.64
	nà de medicijnenstudie	(20) 9.47	(46) 9.47	(19) 9.39	(44) 7.81	(20) 7.89	(44) 6.53

\*De getallen tussen haakjes geven het aantal respondenten per cel aan

Het besluit om de huisartsopleiding te gaan volgen wordt vooral genomen tijdens de medicijnenstudie, zo blijkt uit tabel 4.4. Uit de tabel is verder af te lezen dat de gemiddelde score op de pragmatische motivatieschaal hoger is wanneer de keuze in een later stadium van de medicijnenstudie wordt gemaakt. De scores op de pragmatische motivatieschaal vertonen een sterker stijgend verloop dan de scores op de twee andere motivatieschalen.

Het besluit om als huisarts te praktiseren wordt tijdens de medicijnenstudie genomen, zo is uit tabel 4.5 af te lezen. De gemiddelde scores op de pragmatische motivatieschaal zijn hoger naarmate het besluit om het huisartsberoep te gaan uitoefenen in een latere fase van de opleiding is genomen. De scores op de pragmatische motivatieschaal vertonen ook hier een sterker stijgend verloop dan op de twee andere motivatieschalen.



Tabel 4.5 Scores op de drie motivatieschalen voor vrouwen en mannen naar tijdstip waarop besloten is om al of niet als huisarts te willen praktizeren

		gemiddelde score op de sociaal-economische motivatieschaal		gemiddelde score op de pragmatische motivatieschaal		gemiddelde score op de vakinhoudelijke motivatieschaal	
		vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen
keuze om als huisarts te praktizeren	beslist vóór de medicijnenstudie	(9) 8.00	(44) 9.00	(9) 5.56	(44) 5.27	(9) 6.33	(44) 5.73
	beslist tijdens de studie	(70) 8.56	(174) 9.67	(70) 6.67	(171) 6.84	(68) 6.85	(172) 6.47
	beslist nà de huisartsopleiding	(5) 8.00	(11) 9.73	(5) 8.60	(11) 9.36	(5) 7.00	(11) 8.18
	nog geen beslissing genomen	(14) 9.14	(20) 9.30	(13) 9.85	(19) 10.11	(14) 8.64	(20) 6.65

Tabel 4.6 Scores op de drie motivatieschalen voor vrouwen en mannen en overwegingen t.a.v. specialisatie

		gemiddelde score op de sociaal-economische motivatieschaal		gemiddelde score op de pragmatische motivatieschaal		gemiddelde score op de vakinhoudelijke motivatieschaal	
		vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen
specialisatie	niet overwogen	(47) 8.38	(138) 9.13	(48) 6.50	(134) 6.13	(47) 6.57	(137) 6.10
	wel overwogen	(37) 8.97	(90) 10.06	(36) 7.97	(90) 8.30	(37) 7.51	(89) 6.65

Uit tabel 4.6 blijkt dat de meeste respondenten niet hebben overwogen om zich te specialiseren. De tabel geeft verder aan dat de gemiddelde score op de pragmatische motivatieschaal hoger is bij degenen die hebben overwogen zich te specialiseren. Het verschil in scores (tussen degenen die overwogen hebben zich te specialiseren en degenen die dat niet overwogen hebben) is groter op de pragmatische motivatieschaal dan op de andere twee motivatieschalen.

Vatten we de resultaten uit de tabellen samen dan kunnen we concluderen dat de gemiddelde scores alle in de veronderstelde richting gaan. De scores op de pragmatische motivatieschaal zijn hoger wanneer de keuzen op een later tijdstip zijn gemaakt. De scores op de genoemde schaal vertonen een groter verschil (tussen degenen die een keuze aan het begin en degenen die een keuze tegen het einde van de studie hebben gemaakt) dan de scores op de andere twee motivatieschalen. Dit duidt erop dat de pragmatische motieven vooral belangrijk zijn bij degenen die in een laat stadium een beslissing nemen, hetgeen we ook verondersteld hebben.

Pragmatische motieven, zo hebben we gevonden, zijn ook sterker bij degenen die specialisatie overwogen hebben dan bij degenen die dat niet hebben overwogen. Ook dit komt overeen met hetgeen we hebben verondersteld.

De verschillen in het verloop van de gemiddelde scores - ten aanzien van het tijdstip waarop men een beslissing heeft genomen en ten aanzien van specialisatie - op de drie motivatieschalen zijn echter niet bijzonder groot. Ook zijn er geen opmerkelijke verschillen tussen vrouwen en mannen aangetroffen. We roepen hierbij in herinnering de opmerking die we aan het einde van de vorige paragraaf hebben gemaakt. Naar aanleiding van de analyse over verschillen in motivatie tussen vrouwen en mannen, maakten we de kanttekening dat, gezien de scheefheid van de verdelingen, grote verschillen ook moeilijker kunnen optreden.

De resultaten uit deze paragraaf vormen de aanleiding om met grote zekerheid aan te nemen dat de drie geconstrueerde motivatieschalen het begrip motivatievalide meten. We moeten echter wel rekening houden met de mogelijkheid dat er in werkelijkheid wel verschil in motivatie tussen vrouwen en mannen bestaat, dat door de scheve verdeling van de antwoorden niet tot uitdrukking is gekomen.

## HOOFDSTUK 5

### GELEGENHEIDSFACTOREN EN ZELFSTANDIGE VESTIGING

Niet alleen de sterkte van de motivatie is bepalend voor het (vestigings-)gedrag van huisartsen. Gedrag, zo hebben we in het begin van hoofdstuk 4 gesteld, is afhankelijk van motivationele factoren en gelegenheidsfactoren. Naast motivatie moet men immers over mogelijkheden beschikken om een zelfstandige vestiging te realiseren. De voornaamste gelegenheidsfactoren die we binnen het kader van deze studie zullen behandelen zijn de voor beroepsarbeid beschikbare tijd en de gebondenheid aan een bepaalde plaats of regio vanwege de (arbeids-)omstandigheden van de partner. Beide gelegenheidsfactoren zullen op hun belemmerende werking onderzocht worden.

#### 7.1 Beroeps carrière en gezinssituatie

De gelegenheid om zich zelfstandig te vestigen hangt nauw samen met de tijd die beschikbaar is voor beroepsarbeid. De gezinssituatie is hierbij een belangrijke graadmeter. Met name de opvoeding en verzorging van kinderen is - vooral voor de vrouw - vaak bepalend voor de tijd die aan beroepsarbeid besteed kan worden.

Werpt de gezinssituatie en vooral de opvoeding en verzorging van kinderen inderdaad belemmeringen op en zijn die belemmeringen voor vrouwelijke huisartsen groter dan voor mannelijke huisartsen? Deze vragen hebben we in een aantal uitspraken ondergebracht en aan alle respondenten voorgelegd.<sup>29)</sup>

Uitspraak I: Het stichten van een gezin en de opvoeding van kinderen vormen een belemmering bij de beroeps carrière

Uitspraak II: De huisarts die de rol van kostwinner vervult, zal daarnaast weinig tijd over hebben voor gezin of huishouden

Uitspraak III: Als de mannelijke huisarts een volledige dagtaak heeft zal hij nauwelijks tijd hebben voor gezinstaken of huishoudelijke taken

Uitspraak IV: Wanneer een vrouwelijke huisarts kinderen heeft of wil hebben, dan zal ze gedwongen zijn een keuze te maken tussen haar moederschapsrol en haar beroepsarbeid

Voor elk van deze uitspraken hebben de respondenten op een vijfpunts-schaal aangekruist hoe zeker ze ervan zijn dat de combinatie van beroepsarbeid en gezinstaken dwingen tot een keuze tussen deze taken.<sup>30)</sup>

In de volgende tabellen zijn de antwoorden apart weergegeven voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen. Binnen deze groepen is weer onderscheid gemaakt tussen huisartsen met en zonder kinderen.

Tabel 5.1 Het percentage vrouwen dat de uitspraken al dan niet onderschrijft voor vrouwelijke huisartsen met en zonder kinderen

	VROUWELIJKE HUISARTSEN					
	kind(eren)			geen kinderen		
	onzeker	neutraal	zeker	onzeker	neutraal	zeker
Uitspraak I	28	11	61	19	12	69
Uitspraak II	33	28	39	24	18	58
Uitspraak III	22	11	67	12	10	78
Uitspraak IV	83	6	11	52	19	29
	N=18			N=80		

Uit de tabel blijkt dat bijna tweederde van de vrouwelijke huisartsen met kinderen er zeker van is dat de verzorging en opvoeding van kinderen een belemmering vormt bij de beroeps-carrière. Dat men weinig tijd zal overhouden voor gezins- en huishoudelijke taken wanneer men als huisarts een gezin wil onderhouden, daar is bijna 40% van de vrouwen zeker van. Opmerkelijk is dat wanneer dezelfde uitspraak wordt toegespitst op mannelijke huisartsen (uitspraak III), tweederde van de vrouwelijke huisartsen er zeker van is dat er weinig tijd overblijft voor gezins- en huishoudelijke taken. Verder valt op dat de vierde uitspraak over een gedwongen keuze tussen beroeps-carrière en moederschaprol door weinig vrouwelijke huisartsen onderschreven wordt.

Vergelijken we vrouwelijke huisartsen die wel en geen kinderen hebben, dan blijkt dat vrouwen zonder kinderen er nog zekerder van zijn dat gezins- en huishoudelijke taken een belemmering vormen bij de beroeps-carrière. Ze zijn er tevens zekerder van dat de vrouwelijke huisarts zal moeten kiezen tussen haar beroeps-carrière en gezinstaken.

Dezelfde uitspraken zijn ook aan mannelijke huisartsen met en zonder kinderen voorgelegd. Daar er geen grote verschillen zijn tussen degenen die kinderen hebben en degenen die geen kinderen hebben geven we in tabel 5.2 alleen de resultaten voor mannelijke huisartsen met kinderen weer.

Tabel 5.2 Het percentage mannen dat de uitspraken al dan niet onderschrijft voor mannelijke huisartsen met kinderen

	MANNELIJKE HUISARTSEN MET KINDEREN		
	onzeker	neutraal	zeker
Uitspraak I	64	14	22
Uitspraak II	47	25	28
Uitspraak III	40	12	48
Uitspraak IV	39	27	34

N=69

Vergelijken we de resultaten van vrouwelijke en mannelijke huisartsen met kinderen op de eerste twee uitspraken, dan blijkt de mannelijke huisarts er veel minder zeker van te zijn dat gezinstaken een belemmering vormen bij de beroeps carrière. Niettemin is bijna de helft van de mannelijke huisartsen er zeker van dat ze naast hun beroepsarbeid weinig tijd zullen hebben voor gezinstaken (uitspraak III). De mannelijke huisarts is er ook zekerder van dan zijn vrouwelijke collega, dat de vrouwelijke huisarts een keus moet maken tussen beroep en gezin.

Vatten we de resultaten van de uitspraken samen, dan zijn vooral de vrouwelijke huisartsen er zeker van dat opvoeding en verzorging van kinderen een belemmering vormen bij de beroeps carrière. Het feit dat het merendeel van de vrouwelijke huisartsen er zeker van is dat de mannelijke huisarts weinig tijd overhoudt voor gezinstaken wanneer hij een volledige dagtaak heeft, duidt op een takenverdeling waarbij de man voor het inkomen en de vrouw voor de kinderen zorgt. Temeer

daar ook bijna de helft van de mannen met kinderen er zeker van is dat ze naast hun werk weinig tijd zullen hebben voor hun gezin. De antwoorden op de laatste uitspraak wijzen in dezelfde richting. Mannelijke huisartsen met kinderen zijn er veel zekerder van dat de vrouwelijke huisarts een keuze moet maken tussen haar beroep en haar gezin. Vrouwelijke huisartsen zijn daar erg onzeker over. Hoewel ze de belemmeringen onderkennen is de consequentie klaarblijkelijk geen keuze tussen taken, maar veeleer een combinatie van gezins- en beroepstaken.

Verschillen tussen huisartsen met en zonder kinderen

Uit de literatuur is bekend dat - met name voor vrouwen - het hebben van kinderen vooral van invloed is op het verrichten van beroepsarbeid. De vrouwelijke respondenten die de enquête hebben ingevuld verrichten nagenoeg allen beroepsarbeid. De omvang daarvan verschilt echter nogal; het varieert van waarnemingen tot consultatiebureauwerk of verpleeghuisarts. Van de vrouwen die - al dan niet actief - naar een praktijk op zoek zijn, verrichten er slechts zeven geen beroepsarbeid.

Het is dan ook niet ondenkbaar dat gevestigde en niet-gevestigde huisartsen verschillen in hun mening over de belemmerende werking van gezins- en huishoudelijke taken. We hebben daarom de respondenten ingedeeld naar: gevestigden en niet-gevestigden, vrouwelijk en mannelijk en wel of geen kinderen. Tabel 5.3 geeft de verdeling van de respondenten over de groepen.

Tabel 5.3 Aantal huisartsen met en zonder kinderen, uitgesplitst naar geslacht en vestiging als huisarts

	vrouw		man	
	kinderen	geen kinderen	kinderen	geen kinderen
Gevestigd	4	18	31	40
Niet-gevestigd	9	62	38	136

Voor elk van de groepen zijn we nagegaan of ze verschillend antwoorden op de uitspraken over belemmeringen.

Van de vrouwelijke huisartsen zijn het vooral de niet-gevestigden zonder kinderen die er zeker van zijn dat het verzorgen en opvoeden van kinderen een belemmering vormt bij de beroeps carrière (gemiddeld 71%). De gevestigde vrouwelijke huisartsen met kinderen zijn er het minst zeker van, alhoewel toch nog gemiddeld 52% het als belemmering ziet.

Maken we dezelfde vergelijking voor mannelijke huisartsen, dan komt vrijwel hetzelfde beeld naar voren, zij het dat mannelijke huisartsen er minder zeker van zijn dan hun vrouwelijke collegae dat verzorging en opvoeding van kinderen een belemmering vormen bij de beroeps carrière. Van de mannelijke huisartsen vinden vooral de niet-gevestigden met kinderen de verzorging en opvoeding van kinderen een belemmering (gemiddeld 35%); de gevestigden zonder kinderen zijn er het minst zeker van dat dat een belemmering vormt (gemiddeld 27%).

Wat betreft de keuze tussen beroeps carrière en moederschaprol, de noodzaak daartoe wordt vooral door de gevestigde mannelijke huisartsen met kinderen benadrukt; 36% is er zeker van dat die keus gemaakt moet worden. Bij de niet-gevestigde mannen met kinderen is het percentage 32. De vrouwelijke huisartsen met kinderen zijn er het minst zeker van dat ze moeten kiezen tussen beroeps carrière en moederschaprol. Slechts 11% van de gevestigde vrouwelijke huisartsen - en ook van de niet-gevestigde vrouwelijke huisartsen - die kinderen hebben stemt in met deze uitspraak.

Samenvattend kunnen we stellen dat de resultaten er eenduidig op wijzen dat het merendeel van de vrouwelijke huisartsen zonder kinderen er zeker van is dat de verzorging en opvoeding van kinderen belemmerend werken op de beroeps carrière. Een indeling in gevestigden en niet-gevestigden versterkt deze konklusie nog. Het zijn vooral de niet-gevestigde vrouwelijke huisartsen zonder kinderen die de uitspraken over belemmeringen vanwege de gezinssituatie onderschrijven.

Het is heel goed mogelijk dat vrouwelijke huisartsen zonder kinderen het krijgen van kinderen hebben uitgesteld totdat ze hun opleiding hebben afgerond en/of een vestigingsplaats hebben gevonden. Daarom hebben we de vrouwelijke huisartsen zonder kinderen de vraag voorgelegd of ze in de toekomst kinderen wensen te krijgen. Van deze groep van 80 vrouwen wenst 35% in de toekomst kinderen te krijgen, 60% heeft daarover

nog geen beslissing genomen en slechts 5% wenst geen kinderen. We mogen hieruit afleiden dat, hoewel de vrouwelijke huisarts zonder kinderen niet uit persoonlijke ervaring kan putten wat betreft de belemmeringen die het stichten van een gezin met zich meebrengt, het waarschijnlijk is dat ze de kinderwens naar de toekomst heeft verschoven, juist vanwege de belemmerende werking op de beroeps carrière.

De uitspraak over de noodzaak van een keuze tussen beroeps carrière en moederschaprol wordt - zo hebben we gezien - vooral door gevestigde mannelijke huisartsen die kinderen hebben, onderschreven. De gevestigde vrouwelijke huisartsen die kinderen hebben zijn daar het minst zeker van. Deze uitkomst kan worden opgevat als een indicatie hoe de sociale omgeving van vrouwelijke huisartsen reageert op een combinatie van taken. Denkt de vrouwelijke huisarts met kinderen veeleer aan een combinatie van beroepsarbeid en gezinstaken, de mannelijke huisarts met kinderen is er veel meer van overtuigd dat een keuze gemaakt moet worden.

De vrouwelijke huisarts wordt in haar beroeps carrière dus niet alleen belemmerd door de verzorging en opvoeding van kinderen. Ook haar directe sociale omgeving zal haar niet onverdeeld steunen in haar dubbele taak, maar aandringen op een keuze tussen beroep en gezin.

## 5.2 Beroeps carrière en partner

Een gelegenhedenfactor die - naast de gezinssituatie - bepalend kan zijn, houdt verband met de partner. Heeft men een partner die vanwege werkzaamheden aan een bepaalde plaats of regio gebonden is, dan kan het gebied waarin naar een huisartspraktijk wordt gezocht daardoor drastisch ingeperkt worden. Financieel-economische aspecten kunnen hierbij van doorslaggevend belang zijn. Ook sociale of emotionele bindingen aan een bepaalde plaats kunnen er de oorzaak van zijn dat men zich beperkt bij het zoeken tot een bepaalde regio.

In welke mate met deze aspecten rekening wordt gehouden bij het zoeken, is onderzocht aan de hand van enquêtevragen. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen en tussen (gehuwd)samenwonenden en alleenstaanden.



De vrouwelijke huisarts wordt in haar beroepswerkzaamheden beperkt door de beroeps carrière van haar man of partner.<sup>31)</sup>

Deze bewering hebben we aan alle respondenten voorgelegd. Bijna de helft van de 74 vrouwelijke huisartsen die een partner heeft, is er zeker van dat deze bewering klopt. Van de 25 vrouwelijke huisartsen die geen vaste partner hebben is zelfs 67% het ermee eens. Bij de mannelijke huisartsen onderschrijft omstreeks de helft van de 251 mannen - met en zonder partner - deze bewering.

De partner wordt dus door veel huisartsen als een belemmering voor de beroeps carrière van de vrouwelijke huisarts gezien; we zullen daarom wat nauwkeuriger nagaan waar de belemmeringen zich voordoen.

Dat men niet op alle geschikte vestigingsplaatsen solliciteert, maar zich bij het zoeken beperkt (heeft) tot een bepaalde plaats of regio kan verband houden met verschillende factoren. Deze factoren hebben we ingedeeld in: arbeidsomstandigheden (van de partner), financieel-economische aspecten en sociale en emotionele bindingen aan een gebied of plaats.<sup>32)</sup>

#### ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN

Vraag I: Hoe belangrijk is: de plaats waar de partner werkt of gaat werken

Vraag II: Hoe belangrijk is: de plaats waar de kansen op het vinden van werk voor de partner niet drastisch wordt ingeperkt

#### FINANCIEEL ECONOMISCHE ASPECTEN

Vraag III: Welk belang hecht u aan: de plaats waar u een praktijk wordt aangeboden die goede financiële vooruitzichten biedt

Vraag IV: Welk belang hecht u aan: de plaats waar het grootste deel van het (gezins)inkomen wordt verdiend

#### SOCIALE EN EMOTIONELE BINDINGEN

Vraag V: Welk belang hecht u aan: de plaats waar u uw sociale contacten heeft

Vraag VI: Welk belang hecht u aan: de plaats waaraan u emotioneel gebonden bent

Voor elk van deze factoren hebben de respondenten in de enquête weergegeven welk belang ze eraan hechten.<sup>33)</sup> In de volgende tabel worden de resultaten voor vrouwen en mannen apart weergegeven.

Tabel 5.4 Het belang dat aan de belemmerende factoren wordt gehecht voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen met partner (in percentages)

	VROUWEN MET PARTNER			MANNEN MET PARTNER		
	onbe- langrijk	enig belang	belang- rijk	onbe- langrijk	enig belang	belang- rijk
<b>ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN</b>						
Vraag I	13	22	65	34	22	44
Vraag II	10	7	83	22	20	58
<b>FINANCIEEL-ECONOMISCHE ASPECTEN</b>						
Vraag III	26	42	32	13	43	44
Vraag IV	31	22	47	43	23	34
<b>SOCIAAL-EMOTIONELE BINDINGEN</b>						
Vraag V	29	31	40	24	34	42
Vraag VI	47	24	29	46	31	23

68 < N < 72

198 < N < 207

De plaats waar de partner werkt of mogelijk werk zal vinden wordt door een overgrote meerderheid van de vrouwelijke huisartsen die een vaste partner heeft belangrijk gevonden. Bijna de helft van hen benadrukt tevens de plaats waar het grootste deel van het gezinsinkomen wordt verdiend.

Mannelijke huisartsen met partner benadrukken evenals de vrouwelijke huisartsen de plaats waar de partner werkt of de plaats waar de kans op het vinden van werk niet drastisch wordt ingeperkt voor de partner, zij het in veel minder sterke mate dan de vrouwelijke huisartsen. De plaats waar een praktijk met goede financiële vooruitzichten wordt geboden wordt vooral door de mannelijke huisartsen belangrijk gevonden; vrouwelijke huisartsen vinden daarentegen de plaats waar het grootste deel van het gezinsinkomen wordt verdiend belangrijker.

We mogen uit deze resultaten konkluderen dat vooral vrouwelijke huisartsen - en ook wel mannelijke huisartsen - die een vaste partner hebben, de arbeidsomstandigheden van de partner belangrijk vinden. Ook aan financieel-economische aspecten wordt belang gehecht, zij het dat vrouwen een ander aspect benadrukken dan mannen.

Vatten we het belang dat aan genoemde factoren wordt gehecht op als een indicatie voor de afbakening van het gebied waarin naar een huisartspraktijk wordt gezocht, dan kunnen we stellen dat vooral de vrouwelijke huisartsen met een vaste partner bij het zoeken naar een vestigingsplaats worden belemmerd door de plaats waar haar partner werkt of gaat werken.

Verschillen tussen gevestigden en niet-gevestigden

Het is niet ondenkbaar dat gevestigden van niet-gevestigden verschillen in het belang dat ze aan de belemmerende factoren hechten. Daarom hebben we de groep huisartsen die een vaste partner heeft onderverdeeld in vrouwelijke en mannelijke huisartsen en gevestigden en niet-gevestigden.

Tabel 5.5 Het belang dat aan belemmerende factoren wordt gehecht door vrouwelijke huisartsen die al dan niet gevestigd zijn (in percentages)

VROUWEN MET PARTNER

	gevestigd			niet-gevestigd		
	onbelangrijk	enig belang	belangrijk	onbelangrijk	enig belang	belangrijk
ARBEIDSONMSTANDIGHEDEN						
Vraag I	26	16	58	8	24	68
Vraag II	16	5	79	8	8	84
FINANCIEEL-ECONOMISCHE ASPECTEN						
Vraag III	37	32	31	23	45	32
Vraag IV	44	17	39	26	24	50
SOCIAAL-EMOTIONELE BINDINGEN						
Vraag V	47	21	32	23	34	43
Vraag VI	58	21	21	43	25	32

N=19

50 < N < 54

Uit de tabel is af te lezen dat de niet-gevestigde vrouwelijke huisartsen met partner de belemmerende factoren wat belangrijker achten dan haar gevestigde vrouwelijke collegae.

Tabel 5.6 Het belang dat aan belemmerende factoren wordt gehecht door mannelijke huisartsen die al dan niet gevestigd zijn (in percentages)

MANNEN MET PARTNER

	gevestigd			niet-gevestigd		
	onbe- langrijk	enig belang	belang- rijk	onbe- langrijk	enig belang	belang- rijk
<b>ARBEIDSSOMSTANDIGHEDEN</b>						
Vraag I	42	11	47	31	27	42
Vraag II	36	13	51	16	24	60
<b>FINANCIEEL-ECONOMISCHE ASPECTEN</b>						
Vraag III	20	41	39	9	45	46
Vraag IV	39	24	37	46	23	31
<b>SOCIAAL-EOMOTIONELE BINDINGEN</b>						
Vraag V	24	42	34	25	29	46
Vraag VI	47	33	20	46	29	25

62 < N < 67

134 < N < 140

De niet-gevestigde mannelijke huisartsen met partner benadrukken de belemmerende factor over het algemeen sterker dan de gevestigden.

Een vergelijking tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen toont aan dat vooral de arbeidsomstandigheden door de niet-gevestigde vrouwelijke huisartsen - en in mindere mate door de gevestigde vrouwelijke huisartsen - veel belangrijker wordt gevonden dan door de mannelijke huisartsen. Het belang dat aan financieel-economische

aspecten wordt gehecht is niet eenduidig; niet-gevestigde mannelijke huisartsen benadrukken de plaats waar een praktijk met goede financiële vooruitzichten wordt geboden, terwijl de niet-gevestigde vrouwelijke huisartsen de plaats waar het grootste deel van het gezinsinkomen wordt verdiend belangrijker vinden.

Deze uitkomsten leiden ertoe dat we de konklusie uit tabel 5.4 wat nauwkeuriger kunnen formuleren. Het zijn vooral de niet-gevestigde vrouwelijke huisartsen met partner die bij het zoeken naar een vestigingsplaats belemmerd worden door de plaats waar de partner werkt of de plaats waar het vinden van werk voor de partner niet drastisch wordt ingeperkt.

#### De partners van huisartsen

Daar het hier gaat om belemmeringen die door de partner worden opgeworpen is het niet alleen zinvol om naar de mening van de respondenten te vragen, maar is het tevens zinvol ook de mening van de partners te kennen. Wanneer de partner er een andere mening op na zou houden, dan heeft dat immers consequenties voor de sociale druk die op de huisarts kan worden uitgeoefend.

Daarom is aan de huisartsen die een vaste partner hebben gevraagd om naast hun eigen mening ook die van hun partner weer te geven; met andere woorden, gevraagd is naar de perceptie die de respondenten hebben van de mening van hun partner.<sup>34)</sup> De resultaten zijn te vinden in de tabel op de volgende bladzijde.

Het blijkt dat vrouwelijke huisartsen menen dat haar partners de arbeidsomstandigheden van groot belang achten. De scores van de partners van mannelijke huisartsen liggen lager op deze factoren; mannelijke huisartsen hebben dus het idee dat hun partners daar minder belang aan hechten.

De vrouwelijke huisartsen menen verder dat haar partners de plaats waar het grootste deel van het gezinsinkomen wordt verdiend benadrukken; de mannelijke huisartsen denken dat hun partners vooral de plaats waar de sociale kontakten liggen belangrijk vinden.

Tabel 5.7 Het belang dat aan de belemmerende factoren wordt gehecht door de partners, uitgesplitst naar partners van vrouwelijke en mannelijke huisartsen (in percentages)

	PARTNERS VAN VROUWEN			PARTNERS VAN MANNEN		
	onbe- langrijk	enig belang	belang- rijk	onbe- langrijk	enig belang	belang- rijk
ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN						
Vraag I	9	22	69	32	20	48
Vraag II	5	6	89	23	22	55
FINANCIEEL-ECONOMISCHE ASPECTEN						
Vraag III	17	48	35	16	43	41
Vraag IV	27	22	51	38	29	33
SOCIAAL-EMOTIONELE BINDINGEN						
Vraag V	22	40	38	19	28	53
Vraag VI	43	33	24	37	33	30

63 < N < 66

194 < N < 204

Konkluderend kunnen we stellen dat vooral de vrouwelijke huisarts bij het zoeken naar een vestigingsplaats, rekening zal houden met de arbeidssituatie van de partner, hetgeen veelal zal leiden tot een afbakening van het gebied waarin naar een vestigingsplaats wordt gezocht. Deze gebiedsafbakening is des te waarschijnlijker naarmate ze niet alleen zèlf de arbeidsomstandigheden van de partner van groot belang acht, maar tevens van mening is dat ook haar partner daar veel belang aan hecht.

## HOOFDSTUK 6

### ZOEKEN NAAR EEN HUISARTSPRAKTIJK

Uit de voorgaande hoofdstukken is gebleken dat verschillen in motivatie noch gelegenheidsfactoren, zoals gezinssituatie en de werkzaamheden van de partner, het verschil in zelfstandige vestiging tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen kunnen verklaren. We hebben wel verschillen gevonden maar niet van dusdanige omvang dat deze als verklarende variabelen zouden kunnen fungeren. We zullen dus verder moeten zoeken naar factoren die het verschil in zelfstandige vestiging kunnen verklaren.

Het zoekproces zal daartoe aan een nadere analyse onderworpen worden. Het zoekproces is in twee vraagstellingen te vangen: naar welke praktijkvorm is men op zoek en op welke manieren wordt daarnaar gezocht? Bij de uitwerking van deze vragen zal vooral aandacht besteed worden aan mogelijke verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

Wanneer men het zoekproces nader wil bestuderen zal men te rade moeten gaan bij de direct betrokkenen, degenen die naar een huisartsp praktijk op zoek zijn. De groep 'zoekenden' bestaat niet alleen uit degenen die actief zoeken maar omvat tevens degenen die niet (actief) zoeken op de peildatum (= 1 januari 1984): de categorie "in de markt" (zie tabel 1.4). De groep zoekend assistenten maakt tevens deel uit van de groep 'zoekenden'. Het aantal respondenten dat het deel van de enquête, bestemd voor zoekenden, heeft ingevuld bedraagt 199.

#### 6.1 Gewenste en gezochte praktijk

Wil men als huisarts de praktijk gaan uitoefenen dan heeft men in principe de keuze uit diverse vestigingswijzen. Daarnaast is het - eveneens in theorie - mogelijk om voor een bepaalde manier van (samen-)werken te kiezen. De vragen die we hier willen beantwoorden zijn: naar welke vestigingswijze zijn de respondenten op zoek en aan welke vorm van (samen-)werken geeft men de voorkeur.

Gezien het grote aanbod aan huisartsen op de arbeidsmarkt is het niet onwaarschijnlijk dat men - naast de vestigingswijze en de samenwerkingsvorm die men het liefst wenst - ook naar een tweede of derde alternatief op zoek gaat.

In deze paragraaf zullen we nagaan of er verschillen zijn in vestigingswijze en samenwerkingsvormen waarnaar vrouwelijke en mannelijke huisartsen op zoek zijn. Onderzocht zal verder worden welke kans men zichzelf geeft op het vinden van de gezochte praktijk. Daarnaast zullen gewenste praktijkgrootte en gewenst aantal arbeidsuren nader bekeken worden. De resultaten stellen ons in staat een profielschets te maken van de huisartspraktijk waarnaar vrouwelijke en mannelijke huisartsen zoeken.

Allereerst willen we nagaan welke vestigingswijze en welke samenwerkingsvorm de respondenten zich het liefst wensen.

Tabel 6.1 Verband tussen gewenste vestigingswijze en gewenste samenwerkingsvorm naar geslacht (in percentages)

		vrouwen			mannen		
		solo	mono-disciplinair	multidisciplinair	solo	mono-disciplinair	multidisciplinair
vestigingswijze	vrij beroep	2	8	11	10	17	16
	dienstverband	-	13	58	1	11	44
	assistent-schap	-	4	4	-	-	1
	N = 52						
vestigingswijze	vrij beroep				10	17	16
	dienstverband				1	11	44
	assistent-schap				-	-	1
	N = 130						

Uit de tabel blijkt dat bijna driekwart van de vrouwelijke huisartsen het liefst in een mono- of multidisciplinair dienstverband zou willen werken. Mannen daarentegen wensen deze vorm van werken voor iets meer dan de helft. Vergelijken we de percentages van degenen die het artsberoep als vrij beroep wensen uit te oefenen dan zien we dat 20% van de vrouwen dat zou willen tegen 43% van de mannen. Weinig respondenten ambiëren een assistentschap.

Vrouwen wensen dus over het algemeen vaker samen te werken in dienstverband; mannen kiezen meer voor een vrije vestiging en wensen daarbij vaak wel een vorm van mono- of multidisciplinaire samenwerking.



Naarmate de vestigingsplaatsen schaarser worden, zullen praktijkzoekende huisartsen meer geneigd zijn om zich bij het zoeken niet te beperken tot datgene wat ze het liefst zouden willen. Daarom hebben we ons in de enquête niet beperkt tot vragen over de praktijk die men het liefst wenst maar is tevens gevraagd naar welke praktijk men daadwerkelijk zocht. In de enquête konden maximaal drie praktijkvormen worden aangekruist. Aan de zoekenden is gevraagd om dit in volgorde van belangrijkheid te doen; dus de praktijk waar men op de eerste plaats daadwerkelijk naar zocht ook als eerste in te vullen enz.

Bij de uitwerking van de resultaten zijn de gewenste en de gezochte praktijkvormen tegen elkaar afgezet. De resultaten zijn uitgesplitst naar vestigingswijze en samenwerkingsvorm en voor vrouwen en mannen apart weergegeven.

Tabel 6.2 geeft aan in hoeverre vrouwelijke huisartsen daadwerkelijk op zoek zijn naar de vestigingswijze die ze het liefst zouden willen.<sup>35)</sup>

Tabel 6.2 Verband tussen wenselijke vestigingswijze en gezochte vestigingswijze voor vrouwelijke huisartsen (in percentages)

		VROUWEN											
		GEWENSTE VESTIGINGSWIJZE											
		vrij beroep			dienstverband			assistent-schap					
gezochte vestigingswijze	vrij beroep	Alternatief I	20	20	-	Alternatief II	16	40	4	Alternatief III	3	36	10
			-	52	4		4	16	2		10	3	-
			-	-	4		-	16	2		6	32	-
			N = 50	N = 45	N = 31								

In de gearceerde cellen van de tabel vallen de vestigingswijze die men wenst en de vestigingswijze waar men daadwerkelijk naar zoekt samen. De cellen links van het gearceerde gebied geven aan in hoeverre bij het zoeken de gewenste vestigingswijze verschuift in de richting van het vrije beroep; de cellen rechts van het gearceerde gebied geven een verschuiving in de richting van het assistentschap aan.

Uit tabel 6.2 blijkt dat ruim de helft van de vrouwelijke respondenten het liefst in dienstverband zou werken en daar ook daadwerkelijk naar op zoek is; 20% van de respondenten wenst eveneens in dienstverband te werken maar zoekt naar een plaats als vrij beroepsbeoefenaar. Degenen die het liefst als vrij beroepsbeoefenaar werken zoeken daar ook daadwerkelijk naar.

Het percentage vrouwen dat een dienstverband of vrij beroep wenst en daar ook naar zoekt, daalt bij het tweede alternatief; voor vrouwen die een dienstverband wensen daalt het zelfs sterk. Het percentage vrouwen dat een dienstverband wenst, zoekt als alternatief vooral naar een plaats als vrij beroepsbeoefenaar en in wat mindere mate naar een assistentschap.

De tendens die in het eerste en het tweede alternatief naar voren komt zet zich bij het derde alternatief nog sterker door. Weinig van degenen die een dienstverband of een plaats als vrij beroepsbeoefenaar wensen, zoeken daar nog naar. Wat opvalt is dat een assistentschap nauwelijks wordt gewenst maar wel als alternatief wordt gekozen.<sup>36)</sup>

Dezelfde analyse passen we opnieuw toe maar dan voor de mannelijke huisartsen.

Tabel 6.3 Verband tussen wenselijke vestigingswijze en gezochte vestigingswijze voor mannelijke huisartsen (in percentages)

		MANNEN											
		GEWENSTE VESTIGINGSWIJZE											
		vrij beroep			dienstverband			assistent-schap					
gezochte vestigingswijze	vrij beroep	Alternatief I	50	23	1	Alternatief II	38	34	2	Alternatief III	24	44	1
			1	25	-		12	12	-		19	5	1
			-	-	1		1	1	-		4	1	-
			N = 139				N = 129				N = 96		

Uit tabel 6.3 is af te lezen dat de helft van de mannelijke respondenten het huisartsberoep op de eerste plaats als vrij beroep wenst uit te oefenen en daar ook daadwerkelijk naar zoekt. Een kwart van de mannelijk zoekenden wenst en zoekt een dienstverband; 23% wenst een dienstverband maar zoekt naar een vestigingsplaats in het vrije beroep.

Het percentage mannen dat als vrij beroepsbeoefenaar wenst te werken en daar naar zoekt daalt bij het tweede alternatief; het percentage dat een dienstverband wenst en zoekt neemt tot de helft af.

Bij het derde alternatief wenst en zoekt toch nog een kwart van de mannelijke huisartsen naar het vrije beroep. Er zijn er nog maar weinig die een dienstverband wensen en zoeken.

Vergelijken we de vrouwelijke en mannelijke respondenten dan zien we dat de helft van de vrouwen op de eerste plaats een dienstverband wenst en zoekt. De helft van de mannelijke huisartsen wenst en zoekt op de eerste plaats naar een vestigingsplaats in het vrije beroep.

Het percentage vrouwen dat een dienstverband wenst en zoekt neemt bij het tweede alternatief met circa tweederde af. Het percentage mannen dat een vrij beroep wenst en zoekt neemt in veel mindere mate af.

Bij het derde alternatief zoeken vrouwen nog nauwelijks naar de vestigingsplaats die ze het liefst zouden willen. Bij de mannen zoekt nog een kwart naar een plaats als vrij beroepsbeoefenaar.

Een assistentschap wordt niet zozeer door vrouwen gewenst maar er wordt wel naar gezocht als alternatief. Mannen ambiëren noch zoeken nauwelijks naar een assistentschap.

Bij vestiging als huisarts is niet alleen de vestigingswijze maar ook de vorm van (samen-)werken van belang. We willen daarom - evenals bij de vestigingswijze - de gewenste en de gezochte (samen-)werkvorm aan elkaar relateren.

Tabel 6.4 Verband tussen wenselijke samenwerking en gezochte samenwerking voor vrouwelijke huisartsen (in percentages)

		VROUWEN GEWENSTE (SAMEN-)WERKVORM								
		solo			mono-disciplinair			multi-disciplinair		
gezochte samenwerking	solo mono-disciplinair multi-disciplinair	VROUWEN								
		Alternatief I			Alternatief II			Alternatief III		
		solo	mono-disciplinair	multi-disciplinair	solo	mono-disciplinair	multi-disciplinair	solo	mono-disciplinair	multi-disciplinair
	solo	-	4	7	1	-	3	-	5	9
	mono-disciplinair	2	17	11	3	17	44	4	9	52
	multi-disciplinair	-	2	57	-	-	33	-	4	17
		N = 46			N = 36			N = 23		

Evenals bij de tabellen over vestigingswijze vallen ook hier bij de gearceerde gebieden de gewenste en gezochte vorm van werken samen.

Uit de tabel is op te maken dat ruim de helft van de zoekende vrouwelijke huisartsen een multidisciplinaire samenwerkingsvorm verkiest en daar ook in eerste instantie naar zoekt.

Bij het tweede alternatief daalt het percentage vrouwen dat een multidisciplinaire samenwerkingsvorm wenst en zoekt en schuift vooral op naar monodisciplinair samenwerkingsverband.

Bij het derde alternatief daalt niet alleen het percentage van gewenste en gezochte multidisciplinaire samenwerking maar ook het percentage monodisciplinaire samenwerking.

Opvallend is dat nagenoeg geen vrouwen solo wensen te werken.

De volgende tabel geeft dezelfde resultaten maar dan voor mannen weer.

Tabel 6.5 Verband tussen wenselijke samenwerking en gezochte samenwerking voor mannelijke huisartsen (in percentages)

		MANNEN								
		GEWENSTE (SAMEN-)WERKVORM								
		Alternatief I			Alternatief II			Alternatief III		
		solo	mono-disciplinair	multi-disciplinair	solo	mono-disciplinair	multi-disciplinair	solo	mono-disciplinair	multi-disciplinair
gezochte samenwerking	solo	9	4	3	4	6	11	6	9	33
	mono-disciplinair	1	21	17	6	14	21	1	5	17
	multi-disciplinair	1	1	43	1	8	29	4	12	13
		N = 111			N = 100			N = 69		

Uit de tabel blijkt dat bijna de helft van de zoekende mannelijke huisartsen multidisciplinair wenst te werken en daarnaar zoekt. Een vijfde deel van de mannen wenst en zoekt een monodisciplinair samenwerkingsverband.

Bij het tweede alternatief is het percentage dat mono- of multidisciplinair wenst samen te werken en daarnaar zoekt, afgenomen.

Bij het derde alternatief zien we vooral een verschuiving naar solo-arbeid.

Vergelijken we de gewenste en gezochte (samen-)werkvormen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen dan zien we dat vrouwen in eerste instantie wat vaker een multidisciplinaire vorm van samenwerken zoeken dan mannen. Mannen wensen en zoeken - zeker als alternatief - vaker naar een solistische werkvorm; vrouwen ambiëren deze vorm niet en zoeken er ook nauwelijks naar.

Bij vragen over vestiging en samenwerkingsvorm waarnaar de respondenten op zoek zijn, kruist een aantal respondenten de antwoordcategorie 'maakt niet uit' aan. Omdat deze categorie (vanwege de overzichtelijkheid) niet in de tabellen is opgenomen zullen we er apart aandacht aan besteden.

Er zijn er maar weinig die het niet uitmaakt welke vestiging ze krijgen of - positiever geformuleerd - die coûte que coûte een vestigingsplaats willen. Bij het eerste alternatief zijn het er vijf (drie vrouwen en twee mannen) waarvan er vier het vrije beroep als wenselijkheid hebben aangekruist. Bij het derde alternatief zijn het er twee (één vrouw en één man); hun ideaal is een dienstverband.

Het aantal respondenten dat aangeeft dat de samenwerkingsvorm niet uitmaakt is aanmerkelijk groter, zoals ook te verwachten valt. Het zijn 49 respondenten, waaronder 11 vrouwen. Monodisciplinaire maar vooral multidisciplinaire samenwerking hebben ze als een wenselijke situatie opgegeven.

Om een profielschets te maken van de praktijkvorm waarnaar vrouwen en mannen op zoek zijn is naast gewenste en gezochte vestigingswijze en (samen-)werkvorm de praktijkgrootte en het aantal uren dat men aan beroepsarbeid wenst te besteden van belang. De onderstaande tabellen geven hiervan een beeld.

Tabel 6.6 Gewenst aantal patiënten naar geslacht

		vrouw	man
gewenst aantal patiënten	1000-1750	53%	13%
	1751-2000	31%	35%
	2001-2400	10%	25%
	2401-3000	6%	27%
N =		49	145

Het blijkt dat zoekende vrouwelijke huisartsen voor meer dan de helft een patiëntenaantal wensen dat varieert tussen de 1000 en 1750. Mannelijke zoekende huisartsen ambiëren over het algemeen een groter aantal patiënten; ruim de helft wenst een patiëntenaantal dat ligt tussen 2000 en 3000 patiënten.

Tabel 6.7 Gewenst aantal arbeidsuren naar geslacht

		vrouw	man
gewenst aantal arbeidsuren	32	60%	18%
	33-40	27%	33%
	41-56	13%	49%
N =		52	147

Uit de tabel is af te lezen dat 60% van de zoekende vrouwelijke huisartsen 3 tot 32 uur aan beroepsarbeid wenst te besteden. De zoekende mannelijke huisartsen daarentegen wensen voor bijna de helft 41 tot 56 arbeidsuren te maken.

Gegeven de resultaten uit het onderzoek ten aanzien van vestigingswijze, (samen-)werkform, praktijkgrootte en arbeidstijd waarnaar huisartsen zoeken, rijst de vraag naar de kans die men zichzelf geeft op het vinden van de gewenste praktijkvorm. Tabel 6.8 geeft daarvan een overzicht.

Tabel 6.8 Kans die vrouwen en mannen zichzelf geven op het vinden van de vestigingsplaats waarnaar in eerste instantie gezocht wordt (in percentages)

		vrouwen			mannen		
		vrij beroep	dienstverband	totaal percentage	vrij beroep	dienstverband	totaal percentage
kans	klein	53	93	76	47	83	57
	50%	21	4	11	24	14	21
	groot	26	4	13	28	13	21
N =		19	27		99	36	

De tabel geeft aan dat vrouwen zichzelf over het algemeen een kleinere kans geven op het vinden van een vestigingsplaats dan mannen. Er zijn geen grote verschillen in de kansen die vrouwen en mannen zichzelf geven op het vinden van een praktijk in het vrije beroep. Omstreeks een kwart geeft zichzelf een grote kans van slagen en ruim 20% geeft zichzelf een kans van 50%.

Bij het dienstverband zijn de verschillen groter. Van de vrouwen die een dienstverband zoeken geeft slechts 4% zich een grote kans; 4% geeft zichzelf een kans van 50%. Van de mannen die een dienstverband zoeken geeft 13% zich een grote kans en 14% schat de kans op fifty-fifty.

De kans die men zichzelf geeft op het vinden van de gezochte praktijk wordt vooral bepaald door schatting die men heeft van aantallen gegadigden voor de betreffende praktijk en het aantal praktijken dat vrijkomt. Naar beide punten is in de enquête gevraagd; in de volgende tabellen zijn de resultaten te vinden.

Tabel 6.9 Geschat aantal gegadigden voor de vestigingsplaats waarnaar men op de eerste plaats zoekt, uitgesplitst voor vrouwen en mannen (in percentages)

		vrouwen			mannen		
		vrij be-roep	dienst-ver-band	totaal per-cen-tage	vrij be-roep	dienst-ver-band	totaal per-cen-tage
aantal kandidaten	tot 100	5	8	7	8	6	8
	meer dan 100	53	50	51	52	61	55
	niet te schatten	42	42	42	40	33	37
N =		19	26		96	36	

De tabel laat zien dat nog geen 10% van de zoekende vrouwen en mannen het aantal gegadigden tussen 1 en 100 schat. Opmerkelijk is dat circa 40% van de zoekenden het aantal kandidaten niet weet te schatten. Verschillen tussen vrouwen en mannen zijn niet groot.

Tabel 6.10 Geschat aantal beschikbare praktijken per jaar in de vestigingsplaats waarnaar men op de eerste plaats zoekt, uitgesplitst voor vrouwen en mannen (in percentages)

		vrouwen			mannen		
		vrij be-roep	dienst-ver-band	totaal per-cen-tage	vrij be-roep	dienst-ver-band	totaal per-cen-tage
aantal beschikbare plaatsen per jaar	tot 40	16	19	17	16	42	23
	meer dan 40	16	11	13	25	14	22
	niet te schatten	68	70	70	59	44	55
N =		19	27		97	36	

Uit tabel 6.10 is af te lezen dat 19% van de vrouwelijke huisartsen schat dat er per jaar tussen 1 en 40 vestigingsplaatsen in dienstverband vrijkomen. De mannen zijn daar wat meer optimistisch over; 42% van hen meent dat er tussen 1 en 40 plaatsen beschikbaar komen.

Het percentage mannen dat geen idee heeft van het aantal vrijkomende plaatsen is lager dan bij vrouwen zowel wat het vrij beroep als het dienstverband betreft.

Schetsen we - als samenvatting - het profiel van de praktijk waar vrouwelijke en mannelijke huisartsen naar op zoek zijn dan blijkt:

- t.a.v. de gewenste en gezochte vestigingswijze  
dat vrouwen op de eerste plaats vooral een dienstverband wensen en zoeken. Mannen wensen en zoeken op de eerste plaats vooral naar een praktijk in het vrije beroep. Vrouwen kiezen als tweede of derde alternatief relatief vaker een vestigingswijze die niet met hun wens samenvalt dan mannen. Een assistentschap is niet zozeer een eerste keuze bij vrouwen; wel wordt er als alternatieve keuze naar gezocht. Mannen zoeken noch wensen een assistentschap.
- t.a.v. de gewenste en gezochte (samen-)werkvorm  
dat vrouwen in eerste instantie wat vaker ~~een~~ multi-disciplinaire vorm van samenwerken wensen en zoeken dan mannen. Mannen ambiëren en zoeken (zeker als alternatief) vaker naar een solistische werkvorm. Solo-arbeid wordt door vrouwen niet gewenst, en nauwelijks gezocht.
- t.a.v. de gewenste praktijkgrootte  
dat vrouwelijke huisartsen relatief vaker een kleiner aantal patiënten wensen dan mannelijke huisartsen.
- t.a.v. het gewenst aantal uren beroepsarbeid  
dat vrouwelijke huisartsen relatief minder tijd aan beroepsarbeid wensen te besteden.
- t.a.v. de inschatting van het aantal gegadigden zijn geen opmerkelijke verschillen tussen vrouwen en mannen te constateren. Omstreeks 40% weet het aantal gegadigden niet te schatten.
- t.a.v. de geschatte kans de gezochte vestiging te realiseren  
dat vrouwen zichzelf over het algemeen een kleinere kans van slagen geven dan mannen. Over het aantal vrijkomende praktijken zijn vrouwen ook wat minder optimistisch dan mannen. Hierbij dient wel te worden aangetekend dat 70% van de vrouwen (en 44% van de mannen) geen idee heeft van het aantal vrijkomende plaatsen.



Om de schattingen van de respondenten t.a.v. het aantal beschikbare praktijken op hun realiteitswaarde te kunnen beoordelen, plaatsen we deze schattingen tegenover de exacte aantallen nieuw gevestigde huisartsen in 1983. De onderstaande tabel geeft hiervan een overzicht.<sup>37)</sup>

Tabel 6.11 Praktijkvormen nieuw gevestigde huisartsen in 1983

		aantal	percentage
praktijkvorm	solo-praktijk	133	40,8
	duo-praktijk	145	44,5
	groepspraktijk	10	3,1
	gezondheidscentrum	38	11,7
	totaal	326	100

Uit tabel 6.11 blijkt dat 38 artsen zich in 1983 in een gezondheidscentrum hebben gevestigd. Nemen we aan dat deze artsen in dienstverband werkzaam zijn en we vergelijken dit met tabel 6.10 dan blijkt dat 42% van de mannen - tegen 19% van de vrouwen - een redelijk werkelijkheidsgetrouw beeld heeft van het aantal beschikbare vestigingsplaatsen in dienstverband.<sup>38)</sup> Het aantal vrijkomende plaatsen in het vrije beroep wordt zowel door vrouwelijke als door mannelijke huisartsen onderschat.

Een vergelijking van schattingen door de groep zoekende huisartsen met de in 1983 gerealiseerde nieuwe vestigingen toont aan dat mannen een meer werkelijkheidsgetrouw beeld hebben van het aantal vrijkomende plaatsen.

## 6.2 Wijze van zoeken en effectiviteit van zoekmethoden

In deze paragraaf zullen we nader ingaan op de manieren waarop naar een praktijk wordt gezocht. Welke methoden van zoeken zijn er te onderscheiden en hoe effectief zijn deze methoden volgens de zoekende huisartsen, zijn hier de belangrijkste vragen.

Huisartsen die naar een huisartspraktijk op zoek zijn kunnen op diverse wijzen zoeken. De wijze waarop men zoekt zal vooral afhangen van de waardering van de effectiviteit van de gehanteerde zoekmethoden. In de enquête zijn daarom dertien verschillende 'zoekmethoden' opgesomd.

Aan de 'zoekenden' is gevraagd om voor elk van de genoemde zoekactiviteiten aan te geven hoe effectief men deze activiteiten vindt. Bij iedere activiteit kan gekozen worden uit één van de vijf antwoordcategorieën variërend van 'geen effect' tot 'zeer effectief'.

Om overzicht en vergelijking van de resultaten te vergemakkelijken zijn de verschillende wijzen van zoeken in drie groepen ingedeeld, te weten (zie ook tabel 6.12):

- formele wijzen van zoeken
- benaderen van familie of relaties
- verrichten van waarneming, assistentschap, e.d.<sup>39)</sup>

In tabel 6.12 is weergegeven hoe effectief de verschillende zoekmethoden beoordeeld worden door degenen die naar een huisartspraktijk op zoek zijn. Uit de tabel blijkt dat de formele wijze van zoeken maar door weinigen als effectief wordt beoordeeld. Vooral in het plaatsen van advertenties ziet men weinig heil. Wel blijkt dat het inschakelen van bemiddelingsbureaus en zeker het reflecteren op advertenties door mannen positiever wordt beoordeeld dan door vrouwen.

Alhoewel de beoordeling van het effect van het benaderen van familie of andere relaties wat gunstiger uitvalt dan de formele wijze van zoeken, wordt het over het algemeen niet als een erg effectieve wijze beoordeeld. Binnen het cluster wordt van contacten via huisartsopleider/opleiding en van contacten via assistentschappen nog het meeste effect verwacht. Het benaderen van PHV's blijkt door vrouwen effectiever te worden beoordeeld dan door mannen.

Als meest effectieve zoekmethoden worden door de respondenten het verrichten van waarnemingen, assistentschappen en dergelijke genoemd. Uitzondering hierop vormt het opdoen van ervaring in ziekenhuis of inrichting; dit wordt als de minst effectieve wijze bestempeld.

De waardering van de effectiviteit van zoekactiviteiten kan beïnvloed worden door de ervaringen die men ermee heeft opgedaan. Mogelijk schat men de effectiviteit van zoekactiviteiten anders in wanneer men uit eigen ervaring put dan wanneer men nooit op een dergelijke wijze heeft gezocht. Daarom hebben we de zoekende huisartsen gevraagd om aan te geven welke zoekactiviteiten ze hebben ondernomen en welk resultaat deze hebben opgeleverd. Als 'resultaat' kan worden aangekruist positief, onzeker of negatief.<sup>39)</sup>

Tabel 6.12 Waardering van de effectiviteit van zoekactiviteiten uitgesplitst naar geslacht (in percentages)

	vrouwen			mannen			
	geen ef- fect	neu- traal	ef- fec- tief	geen ef- fect	neu- traal	ef- fec- tief	
zoekactiviteiten	FORMELE WIJZEN VAN ZOEKEN						
	. het plaatsen van advertenties	76	20	4	83	11	6
	. het reflecteren op advertenties	68	23	9	53	20	27
	. het inschakelen van bemiddelingsbureau's	45	37	18	43	35	22
	BENADEREN VAN FAMILIE OF RELATIES						
	. benaderen van familie/vrienden	54	16	30	44	25	31
	. benaderen van huisartsen op leeftijd	61	25	14	50	30	20
	. benaderen van PHVs of gemeenten	41	30	29	49	37	14
	. contacten via assistentschappen gebruiken	36	30	34	28	37	35
	. contacten via huisartsenopleider/ding gebruiken	37	28	35	31	28	41
	. volgen van cursussen, symposia e.d.	66	28	6	76	17	7
	VERRICHTEN VAN WAARNEMINGEN, ASSISTENTSCHAPPEN						
	. vervangen van artsen bij ziekte, zwangerschap, e.d.	4	10	86	5	12	83
	. vervullen van weekend- en avonddiensten	18	26	56	16	20	64
	. verrichten van assistentschappen	4	14	82	6	14	80
	. ervaring opdoen als (assistent-)arts in ziekenhuizen, inrichtingen, e.d.	38	32	30	52	31	17

N=51

N=146

Tabel 6.13 Ondernomen zoekactiviteiten uitgesplitst naar resultaat en geslacht (in aantallen)\*

	vrouwen			mannen		
	posi- tief	on- zeker	nega- tief	posi- tief	on- zeker	nega- tief
FORMELE WIJZEN VAN ZOEKEN						
. het plaatsen van advertenties	-	-	2	3	1	17
. het reflecteren op advertenties	1	3	26	3	1	65
. het inschakelen van bemiddelingsbureau's	-	-	5	2	5	44
BENADEREN VAN FAMILIE OF RELATIES						
. benaderen van familie/vrienden	1	1	5	7	4	40
. benaderen van huisartsen op leeftijd	-	-	2	3	2	29
. benaderen van PHVs of gemeenten	1	-	9	3	6	28
. contacten via assistentschappen gebruiken	-	1	2	-	1	11
. contacten via huisartsenopleider/ding gebruiken	1	3	6	3	5	39
. volgen van cursussen, symposia e.d.	-	1	9	-	2	18
VERRICHTEN VAN WAARNEMINGEN, ASSISTENTSCHAPPEN, E.D.						
. vervangen van artsen bij ziekte, zwangerschap, e.d.	3	3	13	5	7	44
. vervullen van weekend- en avonddiensten	2	2	4	2	6	45
. verrichten van assistentschappen	-	2	4	-	2	14
. ervaring opdoen als (assistent-)arts in ziekenhuizen, inrichtingen, e.d.	2	3	5	1	3	18

\* De aantallen per cel zijn te klein om zinvol te percenteren; de resultaten zijn daarom in aantallen weergegeven.

Uit tabel 6.13 is af te lezen dat de zoekmethoden, samengevat onder de noemer 'benaderen van familie of relaties', de meest ondernomen zoekactiviteiten zijn. Deze activiteiten worden relatief vaker door mannen dan door vrouwen ondernomen (respectievelijk 201 maal en 42 maal).

Bij de formele wijzen van zoeken springt vooral het reflecteren op advertenties in het oog. Vrouwen reageren relatief vaker op advertenties dan mannen, zo is uit de tabel af te lezen. Mannen blijken relatief vaker bemiddelingsbureaus in te schakelen.

Van de methoden die we onder het kopje 'verrichten van waarnemingen, assistentschappen e.d.' hebben samengevat, worden met name vervanging en het vervullen van weekend- en avonddiensten relatief vaak ondernomen. Vooral weekend- en avonddiensten worden veel vaker door mannen dan door vrouwen verricht (respectievelijk 53 maal en 8 maal).

Vergelijken we de tabellen 6.12 en 6.13 dan blijkt de waardering van de effectiviteit van zoekactiviteiten voor het overgrote deel van de respondenten gebaseerd te zijn op een inschatting aangezien men deze activiteiten niet zelf heeft ondernomen.

Verder blijkt dat hoewel het reflecteren op advertenties de meest ondernomen zoekactiviteit is, deze toch als weinig effectief wordt beschouwd; slechts 18% van de vrouwen en 27% van de mannen vindt deze methode effectief. De 'effectief' gewaardeerde zoekmethoden, met name vervanging, vervullen van weekend- en avonddiensten en het verrichten van assistentschappen, blijken desondanks door minder dan eenderde van de zoekenden ondernomen te worden.

Het ondernemen van zoekactiviteiten is afhankelijk van de moeite die het kost en van de geschatte kans op succes. Uit de resultaten moeten we concluderen dat het reflecteren op advertenties wel vaak gebeurt - de moeite die het kost is niet erg groot - maar dat men er niet veel van verwacht. Anderzijds worden de door de respondenten als effectief gewaardeerde methoden doorgaans veel minder vaak ondernomen. Mogelijk kosten deze methoden te veel moeite. Uit voorgaande analyses is gebleken dat de respondenten over het algemeen veel waarde hechten aan 'vrij te besteden tijd' hetgeen door effectieve methoden als waarneming of vervanging in het gedrang kan komen. Een andere verklaring voor de uitkomst dat effectief gewaardeerde zoekmethoden als waarneming of vervanging toch minder vaak ondernomen worden, komt mogelijk vooral uit het feit dat de mogelijkheden daartoe de laatste jaren nogal zijn ingeperkt. Een steeds groter wordend aantal artsen gaat samenwerken met collega's in waarneemgroepen of andere samenwerkingsvormen. Bij een toenemend aantal waarneemkandidaten en een afnemend aantal waarneemplaatsen zal het moeilijker worden om deze 'zoekmethode' te hanteren.

Dat de resultaten van de ondernomen zoekactiviteiten nogal negatief uitvallen is niet verwonderlijk, gezien de situatie op de arbeidsmarkt voor huisartsen. Om een beeld te krijgen van de problemen waarop men stuit bij het zoeken naar een huisartspraktijk, is in de enquête een open vraag opgenomen waarin zoekenden is gevraagd de knelpunten bij de zoekactiviteiten aan te geven. Veel huisartsen hebben aan dit verzoek voldaan en hebben hun commentaar in niet mis te verstane bewoordingen gegeven. Enigen van hen laten we hier aan het woord; dit commentaar is op dezelfde wijze ingedeeld als de zoekactiviteiten in de tabellen 6.12 en 6.13.

\* Het commentaar bij de formele zoekactiviteiten.

Solliciteren op advertenties - zo weten we uit de voorgaande tabellen - is een vaak ondernomen zoekactiviteit. Het grote aanbod wordt door velen als knelpunt genoemd: "door het grote aanbod is het een soort loterij". Vaak wordt ook iemand met ervaring gevraagd en sommige zoekende huisartsen denken onvoldoende ervaring te bezitten. Soms ook worden er eisen gesteld die nergens op slaan: "vaak zijn intern de kandidaten al uitgezocht, maar wordt formeel een advertentie gezet".

Dat bij een afwijzing niet of nauwelijks redenen worden aangegeven, zit ook veel huisartsen dwars.

Het plaatsen van een advertentie wordt door weinigen ondernomen en wordt door nog minder respondenten als zinvol beschouwd.

Het inschakelen van bemiddelingsbureaus stuit bij sommigen op ethische bezwaren; vercommercialisering van het huisartsenberoep vinden ze een verwerpelijke zaak. Anderen zien het nut ervan niet in: "te weinig aanbod aan praktijken bij een hoog aantal ingeschrevenen". Het inschakelen van deze bureaus zo meent iemand, "gaat gepaard met grote schulden en ik wil niet alleen voor een bank werken". "Te hoge financiële eisen voor te kleine praktijken", meent een ander. "Via het LHV-bureau" zo schrijft weer een ander "wordt zeer weinig aangeboden en vaak zijn het praktijken waar iets mee is".

\* Het commentaar bij het benaderen van familie of relaties.

Over familie of vrienden doet men er het zwijgen toe; slechts huisartsen die niet over dergelijke contacten beschikken melden dat als een spijtige zaak.

Het commentaar op het benaderen van huisartsen op leeftijd is tweeledig. Sommigen vinden het te opdringerig of ongepast. Anderen daarentegen zijn boos dat oudere huisartsen vaak niet bereid zijn de praktijk neer te leggen en dat het eigen belang hierbij een behoorlijk woordje mee spreekt. "Ze voelen zich in de kuif gepikt als je er zelfs maar even op aanstuurt". "Oudere huisartsen aanschrijven heeft volgens mij alleen maar succes als ze al bijna in hun graf liggen".

Het inschakelen van PHVs of gemeenten wordt door een groot aantal zoekenden becritiseerd; ze verwachten er over het algemeen weinig van. Soms meldt iemand dat een PHV geheel niet reageert op brieven; soms dat een standaardbriefje met "geen plaats" wordt gezonden. Is er wel een vacature dan blijken "reeds bekende huisartsen de voorkeur te genieten". "Menig PHV lapt het vestigingsbeleid aan z'n laars." "Vestigingscommissies beschermen de belangen van de gevestigden teveel." "Ook gemeenten", zo schrijft een zoekende huisarts, "houden je af met wachtlijsten." "Je krijgt geen medewerking van PHVs eerder word je tegen gewerkt en de gemeente kan geen vuist maken tegen gevestigde artsen."

Contacten via assistentschappen of huisartsopleider worden wel in de enquête gemeld, maar de mogelijkheden om via die weg aan een praktijk te komen zijn niet erg groot volgens de zoekenden. "Is men ergens bekend dan is men daar steeds eerste keus, is men niet bekend dan krijgt men weinig kans om bekend te worden."

Over het volgen van cursussen en symposia wordt weinig gemeld.

\* Het commentaar bij het verrichten van waarnemingen e.d..

Vervanging of waarneming wordt door sommige artsen als een noodzakelijke voorfase beschouwd. "Huisartsen die pas van de opleiding komen zijn financieel en wat ervaring betreft nog niet in staat om een praktijk over te nemen." Een ander meldt "slechts harde en zakelijke contacten met artsen waarvoor waargenomen is". "Zieke huisartsen worden weer beter, althans in mijn geval" schrijft iemand die heeft waargenomen.

Kritiek wordt ook wel geuit "er bestaat vaak een soort circuit waar je in moet zitten" en "zittende huisartsen houden de zaak dicht".

Een klacht die een aantal malen wordt geuit is dat men naast het werk weinig tijd overhoudt om actief naar een praktijk te zoeken. Een (assistent-)arts in een ziekenhuis meldt dat je in een dergelijke werkkring weinig contact hebt met de huisartspraktijk.

Naast het aangeven van knelpunten schrijven sommigen ook eigen wensen en eisen neer die volgens hen het knelpunt vormen. Genoemd worden onder meer: te uitgesproken eigen ideeën over praktijkvoering, alternatief willen werken (homeopathie e.d.), duo-baan, te uitgesproken politieke ideeën, arbeid partner, tegenwerking van zittende huisartsen, werken voor een speciale doelgroep, geen passende werkkring, geografische ligging van de praktijk. Er is ook een aantal zoekenden die niet full-time wil werken en iemand die "niet meer dan full-time" wenst te werken. Commentaar wordt ook geleverd op het feit dat soms speciaal een vrouw gevraagd wordt: "bij vacatures voor dienstverband hebben vrouwen momenteel de voorkeur en ik ben een mannelijk mens!".

Verreweg het meest worden onvoldoende financiële middelen en een te groot aanbod aan huisartsen als knelpunt genoemd. "Het is een massaal gebeuren en een puur financiële kwestie", of "gewoon te veel kapers op de kust".

Tot zover de reacties van zoekende huisartsen over knelpunten bij het zoeken naar een huisartspraktijk.

De resultaten uit dit hoofdstuk zijn als volgt samen te vatten.

Het profiel van een huisartspraktijk waarnaar men zoekt verschilt nogal voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen. Vrouwelijke huisartsen wensen en zoeken vooral naar een dienstverband, mannelijke huisartsen zoeken vooral naar een plaats in de vrije beroepsuitoefening. Relateren we deze uitkomst aan de vestigingen die in 1983 zijn vrijgekomen dan blijken de dienstverbandplaatsen slechts omstreeks 11% van de vrijgekomen vestigingen te bedragen. Vrouwelijke huisartsen concurreren voornamelijk op een deel van de arbeidsmarkt met mannelijke huisartsen zo moeten we hieruit concluderen.

Ook ten aanzien van de (samen-)werkvormen, de gewenste praktijkgrootte en de tijd die men aan beroepsarbeid wenst te besteden, hebben we verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen geconstateerd. Vrouwelijke huisartsen wensen vaker een kleine praktijk en wensen minder tijd aan beroepsarbeid te besteden dan mannelijke huisartsen. Gegeven het feit dat het merendeel van de vrijkomende praktijken in het vrije beroep uit - ten minste - full-time arbeid bestaat, is de kans op het vinden van een zelfstandige vestiging in deeltijdarbeid klein. Het betekent dat de vrouwelijke huisarts - wanneer ze aan haar wensen vasthoudt - een aanmerkelijk kleinere kans heeft om een zelfstandige



vestigingsplaats te realiseren dan haar mannelijke collega. Het is danook niet verwonderlijk dat de vrouwelijke huisarts zichzelf minder kans van slagen geeft dan de mannelijke huisarts.

Wat betreft de methode van zoeken, ook hier treden verschillen tussen vrouwen en mannen aan het licht. Mannen benaderen aanmerkelijk vaker familie of relaties dan vrouwen. Ook andere wijzen van zoeken, de formele wijzen en het verrichten van waarnemingen, assistentschappen e.d. worden relatief vaker door mannen dan door vrouwen ondernomen.

Ondanks het feit dat men de formele wijzen van zoeken weinig effectief acht, worden deze manieren relatief vaak ondernomen. Het verrichten van waarnemingen, assistentschappen e.d. acht men over het algemeen effectieve methoden, alhoewel men deze methoden minder vaak onderneemt dan de formele wijzen van zoeken. We hebben het ondernemen van zoekactiviteiten geïdentificeerd als een functie van kosten (c.q. moeite) en kans op succes. In het volgende hoofdstuk zullen we het zoeken naar een huisartspraktijk diepgaander onderzoeken.

## HOOFDSTUK 7

### ZOEKGEDRAG OP DE ARBEIDSMARKT

Twee deelonderzoeken zijn verricht om het zoekgedrag van huisartsen diepgaander te bestuderen dan mogelijk is met vragen aan de hand van een schriftelijke enquête.

Het eerste deelonderzoek is uitgevoerd met behulp van de logboekmethode. Een groep zoekende huisartsen heeft drie maanden lang een logboek bijgehouden waarin deze dag voor dag hun zoekactiviteiten en hun ervaringen daarbij hebben opgetekend. Doel van het deelonderzoek is te achterhalen of vrouwelijke huisartsen bij het zoeken naar een vestigingsplaats grotere belemmeringen ondervinden dan mannelijke huisartsen. Drie onderzoeksvragen willen we in dit deelonderzoek beantwoorden:

- zijn er verschillen in de wijze waarop vrouwelijke en mannelijke huisartsen zoeken
- zijn er verschillen in kansen die vrouwelijke en mannelijke huisartsen zichzelf geven
- zijn er verschillen in belemmeringen die vrouwelijke en mannelijke huisartsen tegenkomen.

Aan het deelonderzoek hebben negentien zoekende huisartsen hun medewerking verleend; negen vrouwen en tien mannen.

In het tweede deelonderzoek staat de aanbodzijde van de 'huisartspraktijkenmarkt' centraal. Enkele gevestigde huisartsen die wilden associëren of hun praktijk overdragen zijn benaderd voor een interview (zie paragraaf 1.3).

Doel van het deelonderzoek is inzicht te verkrijgen in de wijze waarop gevestigde huisartsen naar een opvolger of associé zoeken. De vraagstelling van het deelonderzoek is drieledig:

- hoe selecteren huisartsen die een opvolger of een associé zoeken de gegadigden
- welke selectiecriteria hanteren ze daarbij
- speelt de sexe een - belangrijke - rol bij dit selectieproces

Veertien gevestigde huisartsen die een opvolger of een associé zochten, hebben aan dit onderzoek meegewerkt; twee vrouwelijke huisartsen en twaalf mannelijke huisartsen.

## 7.1 De vragers van huisartspraktijken

In dit deelonderzoek aan de hand van de logboekmethode staat het opsporen van mogelijke verschillen in zoekgedrag en belemmeringen die vrouwelijke en mannelijke huisartsen bij het zoeken tegenkomen centraal.

### Structuur van het logboek

In het logboek is in eerste instantie een aantal vragen gesteld dat dagelijks ingevuld dient te worden. Deze vragen beogen om de pogingen om een vestigingsplaats te vinden dag voor dag te registreren. Bij deze vragen is - naast de voorgestructureerde antwoorden - steeds ruimte gelaten voor 'open antwoorden'.

Heeft de zoekende huisarts een dag niets ondernomen dan kan volstaan worden met het aankruisen van de 'nee'-categorieën bij de dagelijks in te vullen vragen. Is op een bepaalde dag een zoekactiviteit ondernomen dan wordt de respondent gevraagd daarover nadere informatie te verstrekken. Voor de antwoorden op deze meer toegespitste vragen is in het logboek iedere dag een aparte ruimte gereserveerd. Bij deze vragen zijn géén antwoordcategorieën gegeven; hoogstens één of meerdere voorbeelden om geen misverstand te laten bestaan over de strekking van de vragen.

Bij het opstellen van de vragen in het logboek is uitgegaan van de drie - genoemde - onderzoeksvragen. De structuur van het logboek kan als volgt in schema worden gebracht:

\* verschillen in wijze waarop vrouwen en mannen zoeken

- het op het spoor komen van een mogelijke vestigingsplaats

1.1 actief gezocht?

1.2 attent gemaakt op?

1.3 bij toeval iets tegen gekomen?

- ontplooiën van activiteiten als men iets gevonden heeft

1.4 concrete stappen ondernomen?

1.5 (sollicitatie-)gesprek gevoerd?

1.6 concrete stappen overwogen?

- activiteiten in verband met lopende contacten/sollicitaties

2.1 actie(s) in verband met bestaande contacten?

2.2 actie(s) in verband met financiën?

\* verschillen in kansen die vrouwen en mannen zichzelf geven

(in het logboek de zogenaamde A-vragen)

Deze A-vragen dienen beantwoord te worden wanneer men een mogelijke vestigingsplaats gevonden heeft (de vragen 1.1-1.2-1.3).

Gevraagd wordt naar: de waardering van de vestigingsplaats, geschatte kans die men zich geeft, de eisen die gesteld worden, of aan die eisen voldaan kan worden, geschat aantal gegadigden en de concrete stappen die men denkt te ondernemen.

\* Verschillen in belemmeringen die vrouwen en mannen tegenkomen  
(in het logboek de zogenaamde B en C-vragen)

De B-vragen moeten ingevuld worden wanneer men een (sollicitatie-) gesprek heeft gevoerd. De vragen die beantwoord moeten worden zijn: functie of positie van degene(n) met wie het sollicitatiegesprek plaatsvindt, status van het gesprek, gespreksonderwerpen, vereiste expliciete hoedanigheden of kwaliteiten, vereiste impliciete hoedanigheden of kwaliteiten, gestelde eisen en andere belemmeringen.

De C-vragen worden ingevuld wanneer een sollicitatie is afgewezen. Vragen die hier gesteld worden zijn: stadium waarin de sollicitatie verkeerde, formele reden(en) van afwijzing, impliciete reden(en) van afwijzing, gestelde eisen, wijze waarop de afwijzing werd meegedeeld en de teleurstelling over de afwijzing.

De resultaten uit het logboekonderzoek zullen aan de hand van de drie onderzoeksvragen worden weergegeven.

#### Verschillen in de wijze waarop vrouwen en mannen zoeken

De dagelijks terugkerende vragen naar ondernomen zoekactiviteiten zijn onderverdeeld in drie vragenclusters, t.w.:

1. hoe komt men een mogelijke vestigingsplaats op het spoor
2. welke activiteiten worden ontplooid wanneer men iets gevonden heeft
3. welke activiteiten worden ontplooid in verband met lopende contacten

ad 1: In het eerste vragencluster is er bij de vragen naar het opsporen van mogelijke vestigingsplaatsen van uitgegaan dat dit opsporen op drie manieren plaatsvindt: zèlf actief zoeken, er door anderen op attent gemaakt worden en bij toeval iets op het spoor komen. We zullen de resultaten uit het eerste vragencluster op dezelfde wijze weergeven.

Het opsporen van - namen en adressen van - mogelijke vestigingsplaatsen gebeurt verreweg het vaakst door het zoeken in advertenties in medische tijdschriften en kranten. Een activiteit die door mannen veel vaker wordt

genoemd dan door vrouwen; voor mannen schijnt het meer een wekelijks bezigheid, voor vrouwen eerder een incidentele. Het telefonisch inwinnen van informatie over advertenties of over tips van vrienden, familie of bekenden gebeurt af en toe. Het raadplegen van de vacaturebank is een andere mogelijkheid die soms aangegeven wordt om namen en adressen te verkrijgen. Als andere meer incidentele activiteiten worden genoemd: contact opnemen met het bureau waarneming, gesprek voeren met betrekking tot vestiging in het buitenland, gesprek met specialist arrangeren en (éénmaal) het plaatsen van een advertentie.

De tweede wijze waarop men een vestigingsplaats op het spoor kan komen - attent gemaakt worden op een praktijk - gebeurt niet dikwijls. De schaarse tips zijn veelal afkomstig van vrienden, familie of bekenden (3 x door vrouwen en 6 x door mannen genoemd). Mannen blijken tevens vaker een tip van een collega te krijgen dan vrouwen. Als incidentele tipgevers worden verder genoemd: bemiddelingsbureaus (3 x), PHV (2 x), huisartsopleider (1 x), bedrijfsgeneeskundige (1 x) en hoofd EHBO (1 x).

Bij toeval iets tegenkomen overkomt de mannelijke respondenten zelden. Vrouwen komen vaker onverwacht iets tegen. Dit gebeurt dan zoal door een brief op een prikbord, een studiegenoot die men tegenkomt, iemand die zomaar 's opbelt, een advertentie die men bij toeval onder ogen krijgt en een waarneemgroep waar toevallig iets ter sprake komt.

ad 2: Het tweede vragencluster heeft betrekking op de stappen die worden ondernomen wanneer men een adres of een tip gekregen heeft. In het logboekje is een aantal mogelijke activiteiten opgesomd en er is tevens ruimte voor 'open antwoorden' gelaten. Een voor de hand liggende activiteit is contact zoeken met de huisarts die wil associëren of die de praktijk wil overdragen (7 x door vrouwen en 5 x door mannen genoemd). Een sollicitatiebrief schrijven doen mannen vaker dan vrouwen (mannen 15 x en vrouwen 8 x). Slechts eenmaal vermeldt een man dat hij contact gezocht heeft met een commercieel bureau; vrouwen tekenen dit viermaal op. De LHV wordt door vrouwen tweemaal om advies of inlichtingen gevraagd; door mannen éénmaal. Mannen blijken wel iets frequenter contact te hebben met PHVs dan vrouwen. Een activiteit die alleen door vrouwen wordt vermeld is kennismaking met de arts bij wie men gaat waarnemen. Kennelijk verwacht of hoopt men dat het niet bij een waarneming blijft.

Incidentele activiteiten die door vrouwen worden ondernomen zijn: bijeenkomst van VNVA bijgewoond (1 x) en symposium bijgewoond (1 x) (o.m. voor het leggen van nuttige contacten), schoolartsdienst gebeld,

gesprek gevoerd met stichting over mogelijkheden voor het opzetten van een centrum en inlichtingen ingewonnen over tarieven bij het pensioenfonds.

Mannen melden als incidentele activiteiten: contact gezocht met gemeente over een vrije vestiging, bijeenkomst (met gemeentebestuur) bijgewoond waar vrije vestiging ter sprake is gekomen en telegram naar het buitenland verzonden over 'een op handen zijnde vestiging' aldaar.

In het tweede vragencluster wordt tevens gevraagd of men overwogen heeft om concrete stappen te ondernemen, maar dit toch achterwege heeft gelaten. Hieronder volgt een bloemlezing van de antwoorden.

Allereerst voor vrouwen: "Mij is een voorstel gedaan voor een full-time assistentschap dat mogelijk uitmondt in een associatie, maar het lijkt mij geen goed voorstel"; "de plaats lijkt me niet" en "de praktijk is te groot". Een ander heeft besloten om geen concrete stappen te ondernemen omdat ze de komende maanden bevredigend werk zal hebben en ze haar "kansen bij de aangeboden advertenties bijzonder laag schat". Weer een ander ziet er maar vanaf om een sollicitatiebrief te schrijven omdat het "toch niet het risico en de tijdsverspilling waard lijkt".

Tenslotte schrijft een vrouw dat ze het idee om een eigen solo-praktijk te hebben uit haar hoofd gezet heeft omdat ze voor "ontzettend zware lasten" komt te zitten. De drukke werkzaamheden van haar man laten het bovendien niet toe dat hij in de huisartspraktijk bijspringt. Bovendien verwacht ze een baby en krijgt ze ook nog een gehandicapt pleegkind; voor beiden wil ze de zorg zelf op zich nemen. "In hoeverre ik er dan nog bij kan werken is de vraag" schrijft ze. Op een vacature voor een geriater, die ze van het arbeidsbureau ontvangt, reageert ze dan ook niet.

De mannen voeren de volgende argumenten aan voor het afzien van concrete activiteiten. Iemand besluit om van een sollicitatiegesprek voor een functie als huisarts in een psychiatrisch centrum af te zien: "ik voel er meer voor om als assistent te gaan werken voor vier halve dagen, naast mijn half-time baan".

Een ander besluit niet te reageren op een advertentie voor praktijkovername van een natuurarts: "ik ben dat niet en wil ook niet zo werken". Weer een ander heeft een mogelijke associatie met vrienden besproken. Hij zal er voorlopig niet op ingaan; "we zullen elkaar niet liggen", veronderstelt hij. "Ik begin me werkelijk (en dat toch wel iedere dag) af te vragen of er voor iemand in mijn positie nog wel een reële mogelijkheid is", verzucht hij daarbij. Via een commercieel bureau een huisartspraktijk krijgen verfoeit hij; hij hoopt maar op een tip of het toeval.

Een volgende huisarts heeft overwogen om een slecht contact met een PHV bij de KNMG bespreekbaar te maken, doch bij nader inzien leek hem dat weinig vruchtbaar.

ad 3: In het derde vragencluster worden vragen gesteld over activiteiten die zijn ondernomen ten aanzien van bestaande contacten. Een aantal mogelijke activiteiten is in het logboek opgesomd en er is tevens ruimte voor 'open antwoorden'.

De vrouwelijke huisartsen hebben kennelijk weinig aanleiding om deze vraag te beantwoorden. Eenmaal heeft iemand een huisarts gebeld naar aanleiding van een sollicitatie. Tweemaal wordt vermeld dat een oriënterend gesprek is gevoerd en tweemaal is bij de vestigingscommissie van de PHV geïnformeerd.

Mannen beantwoorden deze vraag aanmerkelijk vaker. Vermeld wordt zoal: dat men de huisartsopleider heeft geïnformeerd over "verrichte sollicitaties", een oriënterend gesprek heeft gevoerd en geïnformeerd heeft bij een PHV. Iemand heeft in het verpleegtehuis waar hij werkt geïnformeerd naar consequenties indien hij er een assistentschap bij zou krijgen. Een ander heeft dikwijls waargenomen in een praktijk van een bekende zieke collega en deze ook vaak in het ziekenhuis bezocht. Aanvankelijk was de kans op herstel nogal dubieus; later bleek dat alles mee te vallen (voor de zieke huisarts).

Een doortastende huisarts heeft een enquête opgesteld en die laten verspreiden onder de bevolking van een bepaalde plaats waar misschien een mogelijkheid is voor een vrije vestiging. Hij wil graag weten hoe de bevolking staat tegenover de komst van een nieuwe huisarts. Daarnaast heeft hij contact gezocht met het ziekenfonds, met de wethouder en met diverse mensen uit de betreffende plaats. Tevens heeft hij contacten met een fysiotherapeut die zich - eventueel samen met hem - in deze plaats wil gaan vestigen.

Weer anderen hebben gesprekken met huisartsen gevoerd en ook contacten met de vestigingscommissies van PHVs worden af en toe genoemd.

Vatten we de resultaten over de wijze waarop de zoekende huisartsen hebben geprobeerd een huisartspraktijk te vinden samen, dan blijkt dat het opsporen van namen en adressen voornamelijk via advertenties gebeurt.

Mannen zoeken veel vaker op deze wijze en schrijven dan ook vaker een sollicitatiebrief dan vrouwen. Slechts zelden wordt men door anderen attent gemaakt op een mogelijke vestigingsplaats. Wel blijken mannen vaker een tip van een collega te krijgen dan vrouwen. Daar staat tegenover dat vrouwen vaker bij toeval iets tegenkomen.

Heeft men een mogelijke vestigingsplaats gevonden dan is het schrijven van een sollicitatiebrief òf contact zoeken met de betreffende huisarts meestal de volgende stap. Interessant zijn hierbij de antwoorden op de vraag naar overwogen maar niet uitgevoerde activiteiten. Vrouwen voeren hier vooral te weinig kans op succes en persoonlijke argumenten aan. Bij mannen heeft het afzien van concrete activiteiten veeleer te maken met hun huidige werkzaamheden (als arts) die ze naast hun zoekactiviteiten verrichten.

Opvallend is dat er weinig reactie komt van vrouwen op vragen naar ondernomen activiteiten in verband met bestaande contacten. Bij analyse van dit deel van de logboekjes ontstaat de indruk dat mannen vaker contacten hebben die ze kunnen aanspreken of iemand die ze als relatie kunnen opvoeren; een indruk die wordt versterkt door de uitkomst dat mannen vaker tips van collega's krijgen.

Overzien we het geheel aan zoekactiviteiten dat in ongeveer drie maanden door de deelnemers aan het logboekonderzoek is ondernomen dan blijkt het zoeken naar een huisartspraktijk zeker geen dagelijkse bezigheid te zijn. In de regelmatige contacten met de individuele groepsleden over de voortgang bij het bijhouden van de logboekjes verontschuldigen sommige deelnemers zich dat ze zo weinig activiteiten in het logboek hebben te melden. De vrouwelijke deelnemers voeren daarbij ter verontschuldiging vooral persoonlijke zaken aan zoals: verhuizing, huwelijk, teleurgesteld zijn na afwijzing en het hebben van een tijdelijke baan. Desalniettemin zijn ze er emotioneel vaak wel dagelijks mee bezig: "het is toch wel iets dat je iedere dag bezighoudt". De mannelijke deelnemers zeggen veelal dat het hun aan tijd ontbreekt om naast hun andere werkzaamheden veel zoekactiviteiten te ondernemen, een argument dat - zoals we zagen - ook wordt aangevoerd bij de overweging om toch geen activiteiten te ontplooiën bij het mogelijk verkrijgen van een vestigingsplaats.



Verschillen in kansen die vrouwen en mannen zichzelf geven

Wordt één der 'alledaagse' vragen naar zoekactiviteiten positief beantwoord dan worden - soms - nadere vragen gesteld; de zogeheten A-vragen. De A-vragen zijn bedoeld om een idee te krijgen van de waardering van de mogelijke vestigingsplaats door de respondenten. Bij deze waardering zal tevens meespelen de kans die men zichzelf geeft om deze praktijk te krijgen en de eisen die aan de kandidaten gesteld worden. Voor elk van deze punten zijn in het logboekje vragen gesteld.

- waardering vestigingsplaats

Op de directe vraag uit het logboekje: 'hoe waardeert u deze mogelijke vestigingsplaats' antwoorden vrouwelijke huisartsen vaak met enige aarzeling. "Gezien de grote onzekerheid sta ik sceptisch tegenover een eventuele associatie", schrijft een vrouwelijke huisarts. Een ander antwoordt op een vacature voor een solopraktijk: "zeer vaag allemaal, niet het liefst wat ik zou willen; maar ik zie wel mogelijkheden een samenwerkingsverband met een collega op te zetten".

Ook antwoorden als: "niet bepaald mijn eerste keus" en "wel een redelijk alternatief" worden gegeven. Anderen geven aan dat het een poging is om in elk geval het beroep uit te oefenen of hebben nog onvoldoende informatie over de mogelijke vestigingsplaats. Zesmaal wordt geantwoord dat dit de vestiging is die men het liefst zou willen hebben; eenmaal wil een vrouw graag de (part-time) baan hebben omdat dit goed te combineren zou zijn met een (mogelijke) andere vestigingsplaats.

Vergelijken we dit met de mannelijke huisartsen dan blijkt dat mannen een meer uitgesproken mening hebben over deze kwestie.

Achtmaal antwoordt men dat dit de vestigingsplaats is die ze bij uitstek zouden willen; eenmaal wordt daarbij aangetekend "mits niet te duur".

Viermaal waardeert men de mogelijke vestigingsplaats met "aantrekkelijk". Zesmaal zegt men het een goede mogelijkheid te vinden waarbij één de opmerking plaatst "waarschijnlijk wel te groot en te duur".

Een goed tot redelijk alternatief wordt acht keer als waardering gegeven. Viermaal ziet men het als een poging, zonder er al te veel van te verwachten en in twee gevallen vindt men het moeilijk te beoordelen.

Tenslotte zegt men in drie gevallen dit geen goede vestigingsplaats te vinden. Als redenen worden daarbij genoemd: een half-time associatie zonder zicht op groei, een dreigende vrije vestiging in een dorp en een praktijk met een groot aantal patiënten plus een praktijkpand.

- geschatte kansen

Vervolgens is in het logboek onder de A-vragen gevraagd naar de kans die men zichzelf geeft om de praktijk te krijgen. We geven hieronder de resultaten voor vrouwelijke en mannelijke deelnemers weer.

Zeven maal geven de vrouwelijke respondenten zichzelf een geringe kans op de betreffende vestigingsplaats. In drie van de zeven gevallen schat men het aantal sollicitanten hoog namelijk van  $\pm$  50 tot  $\pm$  80. In één geval zijn er collega's met bestaande praktijken die de betreffende praktijk gedeeltelijk willen overnemen en in een ander geval betreft het een huisarts die z'n oude sollicitanten afbelt. Een vrouw weet "dat al drie mensen om financiële redenen van deze praktijk hebben afgezien".

Vier vrouwelijke huisartsen geven zichzelf een kans tussen 40% tot 60%. In twee gevallen heeft men geen idee hoeveel sollicitanten er zijn, één vrouwelijke huisarts zegt dat er op dat moment één sollicitant is en een andere vrouwelijke huisarts meent dat het er tegen de honderd zullen zijn als ze "het aantal werkloze artsen en zeker vrouwen in ogenschouw neemt". Slechts eenmaal denkt iemand een grote kans te hebben aangezien ze bovenaan de PHV-lijst staat vooropgesteld dat er een vrije vestiging in die plaats komt. Er zijn al wel enkele sollicitanten.

Dan is er ook nog iemand die van een vestigingsplaats zegt "tot nu toe ben ik de enige die het weet"; ze heeft geen idee welke kans van slagen ze heeft. Eenmaal wordt ook door een respondent gemeld dat ze geen idee heeft van haar kansen noch van het aantal sollicitanten voor de vestigingsplaats.

De kansen die mannelijke huisartsen zichzelf geven zijn evenmin erg groot. Eenmaal geeft iemand zichzelf 90% tot 100% kans. Er zouden ook weinig sollicitanten zijn "een collega-waarnemer zou tevens in de (niet-open) sollicitatie meedingen". Eenmaal meent iemand een redelijke kans te hebben bij een kandidatenaantal van enkele tientallen. Omstreeks 25% kans van slagen geven drie mannelijke respondenten zichzelf. Het geschatte aantal sollicitanten loopt uiteen van "niet meer dan een handvol" tot omstreeks 130. Verreweg het meest - namelijk in 31 gevallen - geven de mannelijke huisartsen zich een kleine tot zeer kleine kans. In de meeste gevallen wordt daarbij ook een groot aantal kandidaten vermeld; soms ook heeft men er geen idee van. Een respondent geeft zichzelf weliswaar steeds weinig kans maar schrijft erbij "je weet het maar nooit".

- gestelde eisen

Onder de A-vragen is tenslotte gevraagd naar de eisen die gesteld worden en naar de mogelijkheden om aan deze eisen te kunnen voldoen. Hieronder volgen de antwoorden op de vragen voor vrouwen en mannen afzonderlijk.

In zes gevallen wordt expliciet naar een vrouwelijke huisarts gevraagd; eenmaal speciaal voor een vrouw die een kleine praktijk ambieert, eenmaal een gehuwde vrouw en eenmaal een vrouwelijke huisarts op korte termijn. Aan deze laatste eis kan de betreffende vrouw niet voldoen.

Verdere eisen zijn zoal: belangstelling voor homeopathie, verhuizen naar praktijkplaats, actief deelnemen aan het wijkgebeuren, voltooide huisartsopleiding, R.K. geloofsovertuiging, een fors bedrag aan eigen middelen, liefst een man met achterwacht en kennis van de Spaanse taal. Voldaan kan niet worden aan: belangstelling voor homeopathie, de hoeveelheid eigen middelen en (uiteraard) de laatst genoemde eis. In zes gevallen weet men de eisen nog niet en in twee gevallen worden geen (specifieke) eisen gesteld.

Dezelfde vragen - maar dan gesteld aan mannelijke huisartsen - leveren het volgende beeld op. In vier gevallen rekenen de mannelijke huisartsen erop dat geen bepaalde eisen gesteld worden. In twaalf gevallen zijn de eisen (nog) niet bekend. Als eisen worden verder genoemd: ervaring in de jeugdgezondheidszorg en/of part-time functie, natuurarts, ervaring in huisartsgeneeskunde, extra tijd steken in opbouw van het centrum, organisatietalent, ervaring op beleidsniveau, ervaring in gerontopsychiatrie. Wat betreft de ervaring op beleidsniveau en organisatietalent, daarover spreken de respondenten zich niet uit. Aan de eis 'ervaren' collega zegt een respondent eigenlijk niet te voldoen. Op de eis natuurarts wordt geantwoord "nee, ben geen natuurarts". Bij de eis, ervaring in de jeugdgezondheidszorg of in het bezit zijn van een cursus op dat gebied, wordt getwijfeld of men daaraan in voldoende mate kan voldoen.

Een aantal keren wordt ook het beschikken over voldoende financiële middelen, in verband met overname van woon/praktijkruimte, vereist. Viermaal wordt daarbij vermeld dat men aan deze eis niet kan voldoen; eenmaal denkt iemand van wel "ik zoek een financier". Een bepaalde christelijke levensovertuiging of althans respect daarvoor wordt in vier gevallen als eis genoemd. Eenmaal voldoet iemand niet aan een R.K. levensovertuiging. Een ander merkt op dat het een wijd begrip is. Hij vindt zelf wel

dat hij eraan voldoet "behalve dat ik door mensen die zichzelf als positief christelijk benoemen meestal niet als een van de hunnen wordt beschouwd". In vijf gevallen wordt 'vrouw-zijn' als eis gesteld.

- samenvatting

Vatten we de resultaten op de vraag naar de kansen die men zichzelf geeft samen, dan moeten we concluderen dat mannen deze vragen veel vaker hebben beantwoord dan vrouwen. Dit is niet verwonderlijk want uit het voorgaande is gebleken dat mannen vaker zoekactiviteiten ondernemen dan vrouwen zodat er ook vaker een reden is om de A-vragen te beantwoorden.

Verder valt op dat vrouwen een meer aarzelende, minder uitgesproken mening naar voren brengen ten aanzien van de waardering van de vestigingsplaats dan mannen. Vrouwelijke huisartsen geven zichzelf, eveneens in aarzelende termen, wat hogere kansen dan mannen. Dit lijkt niet zozeer af te hangen van het aantal gegadigden; grote verschillen zijn op dit punt niet waar te nemen tussen vrouwen en mannen. Evenmin zijn er grote verschillen te constateren tussen de eisen die aan vrouwelijke en mannelijke huisartsen gesteld worden; een bepaalde sexe, een bepaalde geloofs-overtuiging en voldoende financiële middelen zijn zowel bij vrouwen als bij mannen de meest gestelde - expliciete - eisen.

Deze resultaten geven aanleiding tot de veronderstelling dat vrouwen in sterkere mate dan mannen slechts ingaan op een mogelijke vestigingsplaats wanneer ze zichzelf een redelijke kans op slagen geven. Dit zou verklaren waarom vrouwen minder zoekactiviteiten melden en ook waarom ze zichzelf een wat hogere kans van slagen geven.

Verschillen in belemmeringen die vrouwen en mannen tegenkomen

De B- en de C-vragen uit de logboekjes worden ingevuld wanneer de respondenten een sollicitatiegesprek hebben gevoerd (B-vragen) of wanneer ze hebben vernomen dat een contact op niets is uitgelopen. Bij de B-vragen is gevraagd welke status het sollicitatiegesprek heeft gehad, de onderwerpen die zijn besproken, de eisen die gesteld werden en naar impliciet gebleven punten of (voor-)oordelen.

Bij de C-vragen is gevraagd naar de fase waarin de sollicitatie of het contact verkeerde, de wijze waarop men de afwijzing te horen kreeg, de reden (expliciet en impliciet) van afwijzing en de gestelde eisen. We geven eerst de antwoorden op de B-vragen, uitgesplitst voor vrouwen en mannen.

- status (sollicitatie-)gesprek

Om te weten welke 'status' een (sollicitatie)gesprek heeft gehad, eerst de vraag met wie het gesprek heeft plaats gevonden en of er sprake was van informatie of selectie.

In bijna alle gevallen wordt een gesprek met de huisarts gevoerd; soms in het bijzijn van een wijkverpleegster, een maatschappelijk werkster of de echtgenote van de huisarts. In één geval is het de echtgenote van de huisarts die een part-time functie ter beschikking heeft. Het karakter van het gesprek wordt niet altijd vermeld; in één geval gaat het om een telefonisch gesprek. In vijf gevallen geeft men aan dat het informierend van karakter is, in twee gevallen selecterend. Een vrouwelijke huisarts merkt op "wat mij betreft informierend, voor de huisarts, denk ik, ook selecterend".

Ook bij de mannen vindt het gesprek in vrijwel alle gevallen met de huisarts, eventueel in gezelschap van echtgenote, plaats. In één geval "met vier collega's van het dorp" en eenmaal met B & W van een bepaalde plaats. Driemaal gaat het om een telefonisch contact. Op één uitzondering na zijn de gesprekken informierend.

-gespreksonderwerpen

Als (sollicitatie-)gespreksonderwerp komt uiteraard de betreffende praktijk aan de orde, waaronder punten als: grootte, ligging, praktijksoort en soms het type patiënten. Nauw verbonden met dit onderwerp is (indien het een overname betreft) de overname of huur van woon en/of praktijkpand. De financiële haalbaarheid - waaronder met name goodwill-som en financiering vallen - komen vrijwel altijd ter tafel, zowel bij vrouwen als bij mannen.

Het hebben of krijgen van kinderen, en de regelingen die men daaromtrent denkt te treffen, komen eveneens bij vrouwen en mannen aan bod.

Ook de partner is in veel gevallen een expliciet bediscussieerd onderwerp, met name activiteiten of beroep van de partner en het meewerken van de partner in de praktijk in verband met achterwacht en assistenttaken.

Bij vrouwen en mannen wordt naar hun ervaring met het huisartswerk geïnformeerd door de gevestigde huisarts. Daarbij komen meestal de huidige werkzaamheden van de sollicitant ter sprake.

De persoonlijke omstandigheden van de sollicitant zoals geboorteplaats, opleiding, hobby's worden als gespreksonderwerpen voornamelijk door vrouwen gemeld. Ook onderwerpen als medisch belangstelling, ideeën over

alternatieve geneeswijzen, affiniteit met de eerstelijnsgezondheidszorg en het vormgeven van bewonersactiviteiten in praktijk worden vooral bij vrouwelijke huisartsen te berde gebracht. De mannelijke huisartsen praten daarentegen vaker over zaken als werkomschrijving, werkinhoud, samenwerking, inwerkperiode en waarneming.

- expliciete en impliciete eisen

De vraag naar expliciet gestelde eisen tijdens het gesprek en de vraag of de sollicitanten aan deze eisen kunnen voldoen, leveren het volgende resultaat op.

In een aantal gevallen wordt specifiek een vrouw gevraagd, in één geval wil men persé een gehuwde mannelijke huisarts in verband met achterwacht en assistenttaken.

Vrouwelijke huisartsen melden verder: bepaalde geloofsovertuiging, lange carrière-planning, extra tijd steken in de opbouw van een gezondheidscentrum, een "aan de weg timmerende huisarts". In één geval wordt "geld plus een snelle overname" vereist.

De mannelijke huisartsen noemen als eisen: iemand met een part-time functie (praktijk onvoldoende om financieel rond te komen), vestiging in de regio, proefperiode, eisen met betrekking tot persoonlijke samenwerking, het verrichten van bevellingen en een partner als achterwacht.

Met uitzondering van het hebben van een partner, een bepaalde geloofsovertuiging en geld op korte termijn schijnt geen van de eisen onoverkomelijk problemen op te leveren; zo is althans uit de antwoorden op de vraag of de respondenten aan de gestelde eisen kunnen voldoen op te maken.

Naast de expliciet gestelde eisen tijdens het (sollicitatie-)gesprek is ook gevraagd naar impliciet gebleven punten of (voor-)oordelen.

Vrouwelijke huisartsen antwoorden daarop onder meer: "ik had het idee dat hij iemand op het oog had met een partner met inkomsten, gezien de uiterst onzekere financiële kant van deze vestiging". Een ander voert aan dat de huidige waarnemer goed functioneert en dat dit haar kansen wellicht verkleint. Weer een ander meent dat de weifelende houding van de associé die mogelijk weggaat voor haar een belemmering vormt. Verder meent iemand dat haar huidige werkring een beletsel vormt. Een volgende meent dat wanneer ze snel voldoende financiële middelen op tafel zou leggen, er geen beletselen zouden zijn.

Ook wat minder concrete, onuitgesproken (voor-)oordelen van gevestigde huisartsen worden door de vrouwelijke huisartsen opgeschreven in het logboek. Met opmerkingen als: "ik heb het idee dat ze niet echt geïnteresseerd waren" en "ze doen alsof een vrouwelijke huisarts een bijzonder soort huisarts is", wordt hieraan uiting gegeven. Waarom speciaal een vrouwelijke huisarts wordt gevraagd, blijft voor een kandidate een raadsel; de betreffende huisarts "heeft een weinig gefundeerde mening over het aantrekken van een vrouw op deze plaats". In een ander sollicitatie-gesprek waar een vrouwelijke kandidate op het belang van een vrouwelijke huisarts wees, werd haar geantwoord: "We kunnen niet aan alle wensen van patiënten voldoen".

Op een paar uitzonderingen na beantwoorden de mannelijke huisartsen de vraag naar impliciet gebleven (voor-)oordelen ontkennend. De uitzonderingen betreffen impliciet gebleven eisen ten aanzien van: een goede achterwacht, gehuwd en van het mannelijk geslacht zijn, en een bepaalde levensovertuiging hebben.

Een vergelijking van de (sollicitatie-)gesprekken die vrouwelijke en mannelijke sollicitanten hebben gevoerd, levert het volgende beeld op. Naast gesprekken over de betreffende praktijk komen onderwerpen als partner, kinderen, ervaring zowel bij vrouwen als mannen ter sprake. Bij vrouwelijke huisartsen wordt daarnaast vooral over persoonlijke omstandigheden en medische belangstelling gepraat. Mannelijke huisartsen praten daarentegen vaker over concrete taken als werkinhoud, inwerkperiode en waarneming.

Vergelijken we de expliciete eisen die aan vrouwelijke en mannelijke sollicitanten worden gesteld dan blijken die nogal divers te zijn. Opvallend is dat vooral vrouwelijke sollicitanten vaak impliciete eisen of oordelen menen te signaleren. Mannen beantwoorden de vraag naar impliciete punten meestal ontkennend.

- reden van afwijzing

Eveneens om verschillen in belemmeringen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen op het spoor te komen is in het logboek gevraagd naar reacties op sollicitaties of lopende contacten (C-vragen). Hierna geven de we resultaten weer.

Allereerst een vraag over de fase waarin de sollicitatie of het contact verkeerde en de wijze waarop ze worden afgewezen. Negen maal hebben èn mannelijke èn vrouwelijke huisartsen een sollicitatiebrief geschreven. Een oriënterend gesprek is driemaal door mannen en tweemaal door vrouwen gevoerd. Eenmaal heeft een vrouwelijke huisarts uitgebreide gesprekken gevoerd; ze was één van de twee die uit een selectieprocedure waren overgebleven. In een - lang - telefonisch gesprek is haar de afwijzing medegedeeld. De andere sollicitaties zijn in de meeste gevallen per brief(je) afgedaan.

Gevraagd naar de redenen van afwijzing noemen vrouwelijke huisartsen: organisatorische kwaliteiten van degenen die de plaats gekregen heeft, onvoldoende aanknopingspunten om de sollicitatieprocedure voort te zetten, niet voldaan aan alle eisen, onvoldoende financiële middelen, te groot aanbod aan kandidaten, en voorzien in vacature. Een sollicitante merkt op: "Ik was te nerveus volgens hem, te gespannen, te oppervlakkig, te argwanend naar hun toe". In drie gevallen vermelden vrouwen dat er geen reden is opgegeven.

Op de vraag naar impliciete redenen van afwijzing wordt door vrouwelijke huisartsen geantwoord dat de aan de huisarts bekende kandidaat het is geworden. Een ander denkt dat ze iemand met onderwijskundige ervaring zoeken. Weer een ander meent "ik denk dat ik te 'lastig' was, teveel eisen had; niet alles klakkeloos wilde aannemen, maar handelen volgens eigen inzicht".

De mannelijke huisartsen tekenen negen maal aan dat ze zonder opgave van redenen zijn afgewezen. Redenen voor afwijzing zijn verder: "geen vrouw", ouder dan 30 jaar, een andere kandidaat heeft meer ervaring, en geen plaats voor een (nieuwe) praktijkvestiging.

Mannelijke huisartsen antwoorden in overgrote meerderheid dat impliciete redenen hen in ieder geval niet bekend zijn. Iemand heeft gehoord "dat degene die daar gekozen is (...) acht maanden onbetaald als volontair heeft gewerkt". Eenmaal wordt ook opgemerkt dat de "advertentie misleidend was, de werkelijkheid was anders!"

- gestelde eisen

Een vraag naar de gestelde eisen levert naast het antwoord 'onbekend', een waslijst aan eisen op. De vrouwelijke huisartsen noemen onder meer: meelevend N.H., woonachtig in de omgeving, verhuizen, ervaring als schoolarts, ervaring als verpleeghuisarts, samenwerking, enthousiast



huisarts, vrouw, financiële middelen en 'geen duidelijke eisen'. Aan iemand wordt als eis gesteld om volgens de richtlijnen van de huisarts te handelen. "Dit was voor mij het breekpunt" schrijft de vrouwelijke huisarts.

De mannelijke huisartsen noemen als eisen: aantekening jeugdgezondheidszorg, voorkeur voor iemand met ervaring op het platteland met apotheekhoudende praktijk, en "geen plaats voor (nieuwe) praktijkvestiging". Aan iemand wordt een voorstel gedaan voor een part-time functie op basis van assistentensalaris. Later zou er een mogelijkheid zijn tot associatie: "De rest van de tijd zou ik wetenschappelijk onderzoek moeten verrichten over een voor mij minder aantrekkelijk onderwerp".

#### -teleurstellingen

Stelt deze afwijzing u (zeer) teleur en heeft het gevolgen voor de wijze waarop u verder gaat zoeken?, hebben we tot slot gevraagd. Mannelijke huisartsen reageren òf teleurgesteld: "je raakt wel wat ontmoedigd", òf zeggen niet teleurgesteld te zijn.

Vrouwelijke huisartsen zijn wat genuanceerder in hun reacties: "Ik weet niet of ik met het werk zo gelukkig zou zijn geweest", verbaasd over niet beleefde behandeling (anonieme brief van arts, D.K.), "ik had niks anders verwacht 'en' natuurlijk teleurgesteld dat dit niet DE baan was". Het is eigenlijk een opluchting dat ik het niet geworden ben, vertelt een vrouwelijke huisarts, "ook een prettig gevoel dat ik zelf m'n grenzen kan bepalen, dat ik niet alles hoeft te pikken voor een baan".

#### - samenvatting en conclusies

Vergelijken we de afwijzingen op sollicitaties van vrouwelijke en mannelijke huisartsen, dan blijkt men in de meeste gevallen een schriftelijke afwijzing op een schriftelijke sollicitatie te krijgen. Het merendeel van de sollicitaties verkeerde in de beginfase.

Redenen van afwijzing lijken vaker aan vrouwelijke dan aan mannelijke sollicitanten te worden meegedeeld; 'zonder opgave van redenen' wordt meestal door mannen gemeld. Impliciete redenen van afwijzing worden met name door vrouwen gesignaleerd.

Mannen reageren manmoedig op afwijzingen; ze schrijven dat ze teleurgesteld of niet teleurgesteld zijn. Vrouwen hebben meer de neiging om de afwijzing goed te praten in de trant: het is eigenlijk maar goed dat ik deze praktijk niet gekregen heb.

Overzien we de resultaten uit het logboekonderzoek dan blijken er inderdaad verschillen tussen de vrouwelijke en mannelijke deelnemers ten aanzien van de drie onderzoeksvragen.

De wijzen waarop vrouwelijke en mannelijke huisartsen zoeken - de eerste onderzoeksvraag - gebeurt voornamelijk via advertenties. De mannelijke deelnemers zoeken vaker op deze wijze dan de vrouwelijke deelnemers; ze schrijven dan ook vaker een sollicitatiebrief. Mannelijke huisartsen krijgen ook vaker een tip van een collega of relatie en dat heeft als consequentie dat ze meer zoekactiviteiten ontplooiën via bestaande contacten dan vrouwen. Mannen schijnen meer relaties te hebben die ze kunnen aanspreken bij nieuwe of lopende sollicitatie; ze schrijven 'er beter in te zitten'.

Bij de tweede onderzoeksvraag - geven vrouwelijke en mannelijke huisartsen zichzelf verschillende kansen - zijn eveneens verschillen. Vrouwelijke huisartsen geven zichzelf wat hogere kansen dan mannen. Een uitkomst die niet blijkt te liggen aan verschillen in aantallen sollicitanten noch aan gestelde eisen. We veronderstelden dat vrouwen slechts dan solliciteren wanneer ze zichzelf een redelijke kans van slagen geven. Een veronderstelling die wordt ondersteund door de uitkomst dat de overwegingen die vrouwen aanvoeren bij het afzien van sollicitatie veelal zijn: te geringe kans op succes of persoonlijke argumenten.

De laatste onderzoeksvraag naar verschillen in belemmeringen levert ook geen eenduidig beeld op voor vrouwen en mannen. Tijdens een (sollicitatie-) gesprek signaleren vrouwelijke huisartsen vaker impliciete eisen of (voor-)oordelen dan mannen. Bij afwijzing van een sollicitatie voeren vrouwen ook vaker impliciete redenen aan. Daarnaast worden aan vrouwen vaker expliciete redenen van afwijzing meegedeeld. Vrouwen proberen een afwijzing kennelijk ook meer aanvaardbaar te maken door argumenten aan te dragen die moeten aantonen dat het eigenlijk toch maar goed is dat ze die praktijk niet gekregen hebben.

De resultaten uit het logboekonderzoek komen op een aantal punten overeen met de resultaten uit het voorgaande hoofdstuk, te weten:

- mannen zoeken vaker via relaties en vrienden dan vrouwen; dit is ook gebleken bij het onderzoek naar de effectiviteit van zoekmethoden (hoofdstuk 6)
- mannen ondernemen frequenter zoekactiviteiten dan vrouwen. Een resultaat dat we eveneens in hoofdstuk 6 hebben gevonden toen we de ondernomen zoekactiviteiten aan een nader onderzoek hebben onderworpen.

- vrouwen solliciteren mogelijk wat selectiever dan mannen. Dit resultaat uit het logboekonderzoek is niet geheel vergelijkbaar met de resultaten uit hoofdstuk 6. In dat hoofdstuk 6 is de kans op succes gekoppeld aan gewenste en gezochte vestigingswijze; in het logboekonderzoek is naar de kans op succes gevraagd naar aanleiding van verrichte sollicitaties. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor het feit dat vrouwen zichzelf in het eerste geval een kleinere kans geven dan mannen terwijl ze haar kansen bij het logboekonderzoek hoger schatten dan mannen.

Samenvattend mogen we stellen dat de antwoorden op de drie onderzoeksvragen naar verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen bij het zoeken naar een vestigingsplaats bevestigend beantwoord moeten worden. De gevonden verschillen mogen echter niet zonder meer als 'tekorten' worden aangemerkt. Aan de verschillen kunnen uiteenlopende oorzaken ten grondslag liggen. Het minder frequent en selectiever zoeken kan voortkomen uit het feit dat vrouwen - omdat ze vooral naar bepaalde (schaarse) vestigingswijzen zoeken - slechts op een deel van de praktijkenmarkt actief zoeken terwijl mannen zich op het gehele gebied manifesteren. De reden waarom vooral vrouwen een bepaalde vestigingswijze zoeken is mogelijk terug te voeren op de wens om naast het huisartsberoep voldoende tijd over te houden voor gezin, huishoudelijke taken of andere activiteiten.

Wel mogen we uit de gevonden verschillen concluderen dat - gegeven de schaarste aan huisartspraktijken en het grote aanbod aan huisartsen - vrouwelijke huisartsen een kleinere kans van slagen hebben op het vinden van een zelfstandige vestigingsplaats dan mannen.

Uit het logboekonderzoek is als ander interessant punt naar voren gekomen dat vrouwelijke huisartsen vaak impliciete en expliciete (voor-)oordelen signaleren bij gevestigde huisartsen. Het is daarom zinvol om de zoekactiviteiten van de zoekende huisartsen in een breder perspectief te plaatsen door degenen die een praktijk hebben aan te bieden, erbij te betrekken. In de vorm van een deelonderzoek is nagegaan op welke wijze de gevestigde huisartsen hun toekomstige opvolger of associé selecteren.

## 7.2 De aanbieders van huisartspraktijken

In een deelonderzoek naar de aanbodzijde van de arbeidsmarkt is getracht te achterhalen op welke manieren gevestigde huisartsen hun toekomstige opvolger of associé uitkiezen en welke selectiecriteria ze daarbij hanteren.

Daartoe zijn interviews gehouden met gevestigde huisartsen die wilden associëren of de praktijk wilden overdragen. Aan hen is gevraagd op welke wijze ze naar een opvolger of associé hebben gezocht en welke selectiecriteria ze daarbij hebben gehanteerd.

Veertien gevestigde huisartsen hebben hun medewerking aan dit deelonderzoek verleend; twaalf mannelijke huisartsen en twee vrouwelijke huisartsen. Gezien de centrale vraagstelling van het onderzoek is vooral aandacht geschonken aan mogelijke verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

#### Structuur van het interviewschema

Wil men een zo getrouw mogelijke weergave van het selectieproces krijgen dan zullen de interviewvragen zo open mogelijk moeten zijn; de huisarts zou zo onbevangen mogelijk zijn verhaal moeten kunnen vertellen. Er is echter niet te ontkomen aan een zekere structurering van de vragen om de antwoorden enigszins vergelijkbaar te houden. Het 'compromis' is een lijstje met aandachtspunten geworden; dat wil zeggen onderwerpen die tijdens het interview aan de orde gesteld worden. Dit lijstje omvat de volgende punten:

##### \* Aandachtspunten ten aanzien van de vestigingsplaats

Hierbij komen onder meer aan de orde: vestigingswijze van de gevestigde huisarts, reden van praktijkoverdracht of associatie, aantal patiënten, verzekeringsvorm van de patiënten, specifieke groepen patiënten (bijvoorbeeld buitenlanders, buurtbewoners, agrarische bevolking, patiënten uit bepaalde stadswijken).

##### \* Aandachtspunten bij selectie van gegadigden

Van belang zijn hier: op welke manier is de praktijkovername ter kennis gebracht (Bureau Vestiging LHV, OLMA, commercieel bureau, advertentie, etc.), hoe lang is men bezig met het zoeken naar een opvolger, hoeveel gegadigden hebben zich aangemeld, hoeveel serieuze kandidaten zijn uitge-selecteerd, had men al lang iemand op 't oog, zijn de gevestigde huisartsen via informele kanalen benaderd (bijvoorbeeld familie, vrienden, collegae, huisartsopleider), zijn de serieuze kandidaten bekenden (bijvoorbeeld familie, vriend, vroegere waarnemer, etc.).

\* Aandachtspunten bij kenmerken van gegadigden

We denken hierbij aan: moet men een bepaalde godsdienst of levensovertuiging hebben, moet men bepaalde kennis of ervaring bezitten, moet men bepaalde karaktereigenschappen hebben, moet men bepaalde sociale vaardigheden bezitten, is het hebben van een vaste achterwacht belangrijk, is ras of huidskleur van belang, moet men uit een bepaalde regio komen, is het al of niet gehuwd zijn van belang, moet men bepaalde opvattingen hebben over ethische kwesties als abortus of euthenasie.

Ten aanzien van de voorkeur voor een bepaalde sexe zijn aanvankelijk geen directe vragen gesteld. Gezien de probleemstelling van deze studie was het van belang dat de gevestigde huisarts hiervoor zo onbevangen mogelijk zijn mening zou geven. De kans dat sociale wenselijkheid en werkelijkheid verwisseld worden, is immers groot wanneer hierover directe vragen zouden worden gesteld. Daarom is gedurende het interview geprobeerd om de arts zèlf dit onderwerp te laten aansnijden. Lukte dit niet dan is het terloops aan de orde gesteld bij de vragen over kenmerken van gegadigden. Wanneer de mening van de arts over dit onderwerp dan nog in het vage bleef, zijn aan het einde van het interview meer directe vragen gesteld.

Het selecteren van een toekomstige opvolger of associé

De gevestigde huisartsen die aan het onderzoek hebben meegewerkt zoeken:

- een opvolger (8 x)
- een opvolger, voorafgegaan aan associatie (1 x)
- een associé (3 x)
- een medewerker, waarbij de samenwerkingsvorm nog niet vaststond (2 x)

Van de aangeboden praktijken zijn er zeven als grote-stad-praktijk te karakteriseren, drie praktijken liggen in wat kleinere gemeenten en vier praktijken zijn gevestigd in plattelands- of forensengemeenten.

Het gaat bij artsen die een opvolger zoeken in vier gevallen om praktijken met 2500 of (veel) meer patiënten; in drie praktijken varieert het aantal patiënten tussen de 1400 en 1700. Drie huisartsen hebben vragen hieromtrent niet exact beantwoord. Bij de artsen die een associé zoeken gaat het in het algemeen over een veel kleiner aantalpatiënten dat de associé krijgt toegemeten.

De patiënten van de artsen die een opvolger zoeken worden in drie gevallen als niet specifiek omschreven. De andere zes artsen duiden hun patiëntenpopulatie als volgt aan: veelal oudere patiënten vanwege sluiting van de praktijk (2 x), voor een deel specifiek homeopatische patiënten, patiënten uit de oudere stadswijken, 'specifieke-buurt'patiënten en een doorsnee-stadsbevolking die varieert van 'bankier tot Marokkaan'.

De artsen die een associé zoeken, typeren hun patiënten als volgt: geschoolde arbeidersklasse en middenstand, patiënten uit de goeude middenklasse, relatief veel particuliere patiënten (2 x), vooral jonge patiëntenpopulatie (2 x), plattelandspraktijk (2 x).

Van de negen huisartsen die een opvolger zoeken zijn er zes omstreeks 65 jaar. De leeftijd is bij deze huisartsen dan ook de belangrijkste reden voor het zoeken naar een opvolger. "Ik kan de praktijk niet meer verantwoord uitoefenen" meent een arts. Een ander heeft "de kennis niet meer zo paraat en de tijd voor bijscholing ontbreekt". Gezondheidsredenen zijn daarnaast de aanleiding om naar een opvolger uit te zien.

De drie jongere artsen die een opvolger zoeken doen dat om uiteenlopende redenen. De één vertrekt voor studie naar het buitenland. Een ander heeft de praktijk van z'n 65-jarige associé overgenomen en zoekt voor een deel van de totale praktijk een opvolger. De derde voert een aantal persoonlijke redenen aan.

Bij het zoeken naar een associé worden andere accenten gelegd: vertrek van de huidige associé (2 x), dreigende vrije vestiging (2 x) en een groeiende praktijk in een nieuwbouwwijk.

In een aantal gevallen is het komende vestigingsbeleid voor huisartsen tevens een extra stimulans om wat meer spoed te zetten achter overname of associatie.

#### - selectie van een opvolger

Zoeken naar een opvolger of een associé betekent in een tijd waarin een huisartspraktijk een schaars goed is vooral inperking van het aantal gegadigden.

Huisartsen op leeftijd worden rond hun 60<sup>e</sup> jaar veelal overstroomd met brieven, telefoontjes en 'collegiale' bezoeken. Deze 'belangstelling' wordt met name door de artsen die al iemand op het oog hebben als hinderlijk of brutaal bestempeld. De overige artsen uit het deelonderzoek raden 'serieuze' kandidaten meestal aan om een sollicitatiebrief te schrijven.

Voor een huisarts wordt het vinden van een opvolger een acute zaak om gezondheidsredenen; twee anderen hebben snel beslist vanwege overstelpende drukte en één huisarts heeft niet gezocht omdat het al lang vaststond dat iemand uit zijn kennissenkring de praktijk zou overnemen. De overige huisartsen uit het deelonderzoek hebben er de tijd voor kunnen nemen om een geschikte opvolger te kiezen.

Hoe hebben de huisartsen die een opvolger zochten de gegadigden geselecteerd? De eerste arts heeft - zoals gezegd - in het geheel niet gezocht naar een opvolger omdat zijn keuze al vaststond. De tweede arts die wegens zijn gezondheid de praktijk moest overdragen, speelde reeds met het idee van praktijkoverdracht vanwege zijn leeftijd, maar had nog geen concrete stappen ondernomen. Toen de noodzaak van overname zich opdrong, maakte een collega uit de waarneemgroep hem attent op zijn (vroegere) waarnemer. Informatie die is ingewonnen bij de huisartsopleider en andere waarneemartsen was positief. De arts heeft toen niet verder gezocht en de eerste - in ieder geval goede - kandidaat genomen.

Bij de derde en vierde arts die door te drukke werkzaamheden op korte termijn een opvolger zochten is de selectie op soortgelijke wijze verlopen. De ene arts is door een collega benaderd. Deze had een zoon - die overigens nog studeerde - die wel interesse had om de praktijk te zijner tijd over te nemen. Na kennismaking bleek dat een 'geschikte knaap'. Toen na verloop van tijd de drukte in de praktijk toenam heeft de arts niet verder gezocht en de zoon van de collega genomen. Achteraf zegt hij dat het misschien wel jammer is dat hij andere mogelijkheden zoals associatie met neef of associatie met zijn assistente heeft laten voorbij gaan. Had hij destijds daartoe besloten dan zou er nu slechts een nieuwe associé nodig zijn en zou voortzetting van de praktijk op de oude voet wat beter gewaarborgd zijn. Het is extra jammer omdat een nieuwe arts zich 'wild' heeft gevestigd naast zijn praktijk, net nadat de overdracht had plaatsgevonden.

De andere arts heeft ook niet echt gezocht. Toen zijn associé zich op 65-jarige leeftijd terugtrok en men in de gaten kreeg dat er een praktijk vrijkwam, heeft hij aanvankelijk 'de boot afgehouden'. Hij kreeg het echter zo druk dat hij besloot een deel van de praktijk over te doen en drie kandidaten selecteerde uit de inmiddels ontvangen sollicitatiebrieven. Maar het is de waarnemer van een collega geworden die de praktijk heeft overgenomen.

Van de resterende vier artsen wilden er twee hun praktijk overdragen vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Zij hebben zorgvuldig de mogelijke gegadigden geselecteerd uit de kandidaten die zich inmiddels reeds hadden aangediend.

Eén van deze artsen heeft - voordat hij de drie geselecteerde kandidaten uitnodigde voor een gesprek : zich zelfs getraind in het voeren van sollicitatiegesprekken. Degene die de praktijk heeft overgenomen, is niet via kennissen of vrienden geïntroduceerd. Van de drie kandidaten is hij overgebleven. De tweede kandidaat viel af, omdat hij nog niet had gewerkt nadat hij was afgestudeerd en de derde omdat hij wel een veelbelovende sollicitatiebrief had geschreven maar een aantal zaken kon hij tijdens het onderhoud niet waarmaken.

De andere arts wilde haar praktijk per sé aan een vrouw overdragen en heeft alle mannelijke kandidaten afgewezen. Van de vrouwelijke kandidaten die zich aandienden : via relaties of anderszins - was er niet één die echt aan de eisen kon voldoen. Eén serieuze kandidate meende dat ze de (grote) praktijk best alleen aan zou kunnen en zou dit onwerkbaar blijken dan zou ze wel een hulp aantrekken. Maar de gevestigde arts die haar praktijk zèlf had opgebouwd ging niet akkoord met deze voorgestelde 'oplossing' en wenste zelf te bepalen wie haar zou opvolgen. Uiteindelijk heeft een huisartsechtbaar haar praktijk overgenomen. Om financieel-technische overwegingen is het toch niet de vrouwelijke maar de mannelijke huisarts die de praktijk heeft overgenomen.

Van de overige twee artsen die een opvolger zochten, heeft de vrouwelijke huisarts eveneens veel moeite gedaan om een vrouwelijke opvolgster te krijgen. Het moest bij voorkeur een vrouwelijke homeopatisch huisarts zijn. Via de vereniging van homeopatisch artsen en via een advertentie in een medisch tijdschrift heeft ze geprobeerd een geschikte vrouwelijke arts te vinden. Maar degenen die in aanmerking kwamen waren òf 'te fanatiek feministisch' òf ze beheersten de homeopatische geneeskunst onvoldoende. De vrouwen die haar geschikt leken hadden andere prioriteiten. Ze heeft toen de brieven op de advertentie vergeleken en een mannelijke huisarts uitgekozen als opvolger.

Vertrek voor studie naar het buitenland was de reden waarom de andere arts een opvolger zocht. Hij heeft deze plannen angstvallig geheim gehouden omdat hij geen toeloop van gegadigden wilde. Slechts persoonlijke (medische) vrienden werden geraadpleegd over een geschikte opvolger. Aanvankelijk wilde een arts uit de buurt, die een kleine praktijk had, wel overnemen.



Bij nader inzien zag hij daar toch maar vanaf; teveel gebonden, was zijn argument. Een andere kandidaat die een tip had gekregen van een vriend, beviel hem niet: "Hij had geen interesse in de menselijke kant". Het is een vrouwelijke huisarts, die regelmatig bij hem waargenomen heeft, geworden die de praktijk heeft overgenomen.

Overzien we de manieren waarop de opvolgers zijn geselecteerd dan zijn er van de acht beschikbare plaatsen maar drie via een open sollicitatieprocedure ingevuld. Daarbij werd in één geval nog sterk geselecteerd door het stellen van specifieke eisen (vrouwelijke homeopatische huisarts). Bij plotselinge ziekte of oeverstelpende drukte is men kennelijk snel geneigd om allereerst reeds bekenden te polsen of bij (medische) vrienden naar geschikte kandidaten te informeren. Daarnaast lijken waarnemers een redelijke kans te hebben om voor overname van een praktijk in aanmerking te komen.

Opmerkelijk is dat de beide vrouwelijke huisartsen uit het deelonderzoek, die beiden besliste een vrouwelijke opvolgster wilden, toch uiteindelijk een mannelijke opvolger hebben genomen. In het geval waar een vrouwelijke huisarts de praktijk van een mannelijke huisarts heeft overgenomen was dat niet op de eerste plaats vanwege het vrouw-zijn.

- selectie van een associé

Selectie van gegadigden bij de zes huisartsen die een associé of medewerker zoeken is als volgt verlopen.

De eerste huisarts had een studievriend die altijd al bovenaan de lijst gestaan heeft in geval van associatie. Hij behoort tot hetzelfde kerkgenootschap en de arts 'mag hem als mens graag'. De tweede huisarts - waar associatie moest uitmonden in overname - heeft uit drie kandidaten gekozen. Collega's hebben hem op die kandidaten attent gemaakt. Eén van hen vond hij 'gelijk al niets'. Keuze tussen de twee anderen was moeilijker; hij heeft uiteindelijk degene gekozen met wie hij meende beter te kunnen samenwerken.

De overige artsen hebben via officiële kanalen van de KNMG en/of advertenties kenbaar gemaakt dat ze een associé zochten. Daarnaast is ook bij collega's of vrienden naar een geschikte associé geïnformeerd. Mede is overwogen vroegere studiegenoten of vroegere waarnemers te benaderen.

Twee van hen wilden beslist een vrouwelijke associé. Eén van hen werd plotseling ziek en kreeg bij toeval een waarneemster. Deze beviel zo goed dat hij haar al na twee weken vroeg of ze interesse had in associatie. Bij de andere arts was het selectieproces, ten tijde dat het deelonderzoek is afgesloten, nog niet voltooid.

Samenvattend kunnen we stellen dat van de zes huisartsen die een associé zochten, vier dit hebben kenbaar gemaakt via advertenties en/of bemiddelingsbureaus. Vergelijken we dit met de huisartsen die een opvolger zoeken dan blijkt dat deze veelal op meer beperkte schaal ruchtbaarheid geven aan hun voornemen om de praktijk over te dragen; soms wordt zelfs in alle stilte de zaak geregeld.

Het overdoen van een praktijk lijkt ook een langere voorbereidingstijd te vergen dan het zoeken van een associatie-partner. In dit deelonderzoek waren sommige vertrekkende artsen zich al jaren (geestelijk) aan het voorbereiden. Waarschijnlijk leidt zo'n proces tot een duidelijker profiel-schets; de selectiecriteria kristalliseren zich uit in de loop der tijd. Dit proces speelt zich echter wel meer in het verborgene af.

- kenmerken van gegadigden

Selectie van gegadigden geschiedt op basis van bepaalde aandachtspunten of criteria. Tijdens het interview is aan de huisartsen de vraag voorgelegd om deze punten in volgorde van belangrijkheid te noemen. We geven eerst de selectiecriteria welke huisartsen die een opvolger zoeken, gehanteerd hebben.

Sexe is bij drie kandidaten het belangrijkste criterium; de twee vrouwelijke huisartsen willen per sé een vrouw en één mannelijke huisarts wil een mannelijke opvolger. Een ander vindt het belangrijk dat zijn opvolger positief staat tegenover de katholieke godsdienst. De overige artsen leggen het zwaartepunt bij sociaal-medische capaciteiten van de kandidaten. Deze worden als volgt aangeduid "een enthousiast iemand die het huisartsvak graag uitoefent", "iemand met verantwoordelijkheidsgevoel voor de patiënten", "vertrouwenspersoon voor patiënten", "iemand met een gelijkmatig humeur", "humaan huisarts".

Zo deze sociaal-medische vaardigheden niet als meest doorslaggevend worden aangevoerd, komen ze op de tweede plaats. Genoemd worden de volgende kwalificaties: "vermogen om patiënten op hun gemak te stellen"; "openheid naar de patiënten toe"; "werkelijke interesse in patiënten"; "warme persoonlijkheid". Daarnaast wordt gedegen vakkennis in de meer medisch-technische zin als criterium gehanteerd.

Als derde criterium wordt genoemd het onderschrijven van een bepaalde levensovertuiging danwel het begripvol tegemoet kunnen treden van de levensovertuiging van de patiënten. Ofwel, in meer algemene termen gesteld, het tolerant staan ten opzichte van de waarden en normen van patiënten.

Het hebben van een achterwacht is een punt dat voor sommige artsen belangrijk is. Enkele artsen hebben er speciaal op gelet of de vrouw van de opvolger wel geschikt is om als achterwacht te fungeren. Anderen daarentegen maakt het niet zoveel uit wie de achterwacht vervult, mits dit wel goed geregeld wordt.

Overige criteria die genoemd zijn: de wijze van praktijkvoering die in overeenstemming moet zijn met die van de gevestigd arts; medisch-ethische opvattingen over abortus en euthenasie; politieke richting; niet al te jonge leeftijd en bereidheid om actief aan het sociale leven in die plaats deel te nemen.

Huisartsen die een associé of medewerker zoeken formuleren de volgende aandachtspunten. Van de zes mannelijke artsen zijn er twee die in eerste instantie een vrouwelijke huisarts zoeken. Eén huisarts vindt de christelijke overtuiging van zijn associé het meest doorslaggevend. De andere artsen stellen op de eerste plaats eisen aan de persoonlijke samenwerking. Bij degenen die deze eis niet als eerste opvoeren komt deze in ieder geval op de tweede plaats. Goede samenwerking wordt door de artsen als volgt onder woorden gebracht: een persoon die niet extreem is in gedrag of mening en uiterlijk; een associé die me als persoon ligt; werken vanuit een bepaalde godsdienstige overtuiging; iemand die het huisartsberoep geestelijk en lichamelijk aankan; een arts die op basis van - gedegen - vakkennis goed met patiënten om kan gaan. Openheid, echtheid en hartelijkheid zijn hierbij vaak gehoorde herbegrippen.

Het derde criterium betreft de eisen gesteld aan de achterwacht. Eén arts heeft daarom speciaal een getrouwde man uitgekozen. Daarnaast wordt soms ervaring in het algemeen of verloskundige ervaring vereist.

Overige criteria die gehanteerd worden zijn: ordelijke manier van werken of een werkwijze die overeenstemt met de gevestigd arts; bereidheid tot na- of bijscholing, medisch-wetenschappelijke belangstelling of hobby's op medisch terrein en een niet al te jeugdige leeftijd (niet iemand die juist is afgestudeerd).

Overzien we de criteria die de artsen uit het deelonderzoek hanteren bij selectie van gegadigden, dan blijkt in één geval de godsdienst en in zeven gevallen de sexe een absolute voorwaarde te zijn. Daarnaast tellen bij degenen die een opvolger zoeken de sociaal-medische capaciteiten van de kandidaat het zwaarst; bij degenen die een associé zoeken zijn het vooral eisen ten aanzien van samenwerking. Vakkennis is een derde selectie criterium dat wordt aangevoerd door artsen die een opvolger zoeken; ervaring wordt op de derde plaats vaak vereist door artsen die een associé zoeken. Een goede regeling van de achterwacht wordt bij associatie wat sterker benadrukt dan bij overname.

- sexe als selectie criterium

Huisartsen vormen zich van tevoren al een min of meer duidelijk beeld van hun toekomstige opvolger of associé. De vraag die in dit deelonderzoek van belang is luidt dan ook: hebben huisartsen bij deze beeldvorming een uitgesproken voorkeur voor een vrouwelijke of mannelijke huisarts?

Bij degenen die een opvolger zoeken is gebleken dat sexe in drie gevallen het belangrijkste selectie criterium is geweest. Twee vrouwelijke huisartsen wensen een vrouwelijke opvolgster en één mannelijke huisarts wil per sé een mannelijke opvolger. Aangezien de twee vrouwelijke huisartsen geen geschikte vrouwelijke kandidaten kunnen vinden, is het in beide gevallen toch uiteindelijk een mannelijke huisarts geworden, zij het in het geval van opvolging door huisarts slechts formeel en wegens financieel-technische redenen. Degene die een mannelijke opvolger heeft gezocht wijst erop dat een "vrouw de praktijk niet aan zou kunnen, met al die buitenlanders". "Je moet over veel incasseringsvermogen beschikken en een man is daar beter voor toegerust", aldus de betreffende huisarts.

De mannelijke huisarts die de praktijk aan zijn waarneemster heeft overgedragen dacht dat zijn patiënten - met name de buitenlandse vrouwen - het wel prettig zouden vinden om een vrouwelijke huisarts te raadplegen. Hij heeft een stencil opgesteld (in verschillende talen) en dit aan iedere buitenlander die op het spreekuur kwam voorgelegd en heeft erbij verteld

dat de vrouwelijke huisarts eens in de week spreekuur heeft. Het resultaat was "zeer teleurstellend"; er reageerden slechts een paar vrouwen op. Hij denkt dat bij overname door zijn waarneemster wel patiënten (vooral buitenlandse mannen) zullen weglopen. Hij vindt het zelf wel positief dat een vrouw zijn praktijk overneemt "want er werken hier voornamelijk mannelijke huisartsen".

Twee andere huisartsen staan eveneens positief tegenover overname door een vrouwelijke huisarts, hoewel de keuze is gevallen op een mannelijke opvolger. De één kende een vrouwelijke huisarts met wie hij ooit eens over overname heeft gepraat, maar ze vond zijn praktijk te groot. Als huisartsopleider heeft hij verschillende goede vrouwelijke studentes gehad; één ervan zou zeker een serieuze kandidate geweest zijn als hij geen andere goede kandidaten had gehad. Ook zijn patiënten zouden geen bezwaar maken tegen een vrouwelijke huisarts; het zou wel goed geweest zijn wanneer patiënten zouden kunnen kiezen tussen een vrouwelijke en een mannelijke huisarts, zo meent hij. Een vrouwelijke huisarts zal echter wel op tegenstand van zijn gereformeerde collega in dezelfde plaats kunnen rekenen, voorspelt hij.

"In het begin denk je eigenlijk automatisch aan een man", vertelt de andere huisarts. Maar er heeft ooit eens een vrouwelijke huisarts gesolliciteerd en dat heeft hem aan het denken gezet. Ook heeft hij eens een vrouwelijke huisarts (een familielid die de praktijk overigens niet wilde overnemen) als assistent gehad en dat ging zeer goed. De patiënten zouden er geen bezwaar tegen hebben en hijzelf zou het prima vinden als "hier eens een vrouw kwam". Bij de open sollicitatieprocedure heeft echter geen vrouw gesolliciteerd.

De twee overige artsen die een opvolger zoeken staan niet uitdrukkelijk afwijzend tegenover een vrouwelijke huisarts, maar hebben wel enige bedenkingen.

De één heeft overwogen een vrouwelijke associé te nemen omdat het "aantal patiënten onvoldoende was om van te leven". Met een vrouwelijke huisarts loop je echter wel de kans dat ze kinderen krijgt en dat kan toch wel moeilijkheden opleveren. Hierom, en omdat hij een eigen winkeltje wil hebben heeft hij een deel van de praktijk aan de waarnemer van zijn collega overgedragen.

De ander heeft een vrouwelijke assistent die goed bevalt, maar zijn patiënten zullen een vrouwelijke huisarts waarschijnlijk niet zo waarderen. Hij verwacht dat er zeker een aantal - mannelijke - patiënten zal weglopen. "Dan moet je geen vrouwelijke huisarts als opvolgster nemen", vindt hij. Dat is ook niet eerlijk tegenover degene die in feite een kleinere praktijk zal overnemen.

Van de huisartsen die een associé zoeken zijn er twee die uitdrukkelijk een vrouwelijke huisarts wensen.

De één wil graag met een vrouw samenwerken omdat een vrouw de problemen op een andere manier benadert. "Ik heb het idee dat een vrouw zich beter kan inleven, meer ruimte geeft om de ander aan het woord te laten en er niet zozeer op uit is om zichzelf te bewijzen; zij voegt als het ware iets extra's toe".

De ander meent dat een vrouwelijke huisarts beter is in het leggen van sociale contacten. Dat maakt een vrouw bij uitstek geschikt voor het huisartsberoep en daarom wil hij ook graag met een vrouw samenwerken. Ook zijn patiënten zullen een vrouwelijke huisarts wel prettig vinden, denkt hij. Wanneer ik hem - tijdens het interview - erop attent maak dat hij over de toekomstige associé spreekt in termen van een goeie vent, die er netjes uit moet zien, maar "geen colbert met stropdas hoeft te dragen", haalt hij glimlachtend de schouders op en zegt: "dat zal mijn degelijke opvoeding wel zijn".

Een volgende huisarts meent dat de associatie die hij aanbiedt vooral voor vrouwen aantrekkelijk is vanwege het kleine aantal patiënten. Sommigen van zijn patiënten zullen het zeker prettig vinden om naar zijn vrouwelijke associé te gaan; degenen die dat niet prettig vinden - waarschijnlijk voornamelijk mannen - kunnen dan bij hem terecht.

Drie huisartsen uit het deelonderzoek wensen beslist géén vrouw als associé.

De eerste heeft wel eens over een vrouw gedacht "maar als ze dezelfde geloofs-overtuiging als ik heeft (eerste selectie-criterium), dan zou ze spoedig trouwen en kinderen krijgen". "Dus als ik al iemand zou vinden dan zou ik die zo weer kwijt zijn".

De tweede meent dat zijn praktijk voor een vrouw te groot is. Bovendien moet de achterwacht verzorgd worden. Betaalde achterwacht is niet voldoende; "het moet iemand zijn die meer kan dan de telefoon aannemen". Op de vraag

of het voor een vrouwelijke huisarts fysiek onmogelijk is om een grote praktijk uit te oefenen is het antwoord "dan moet ze wel uit het goede hout gesneden zijn". Er is overigens maar weinig goed hout voor handen, meent hij, en hij vestigt de indruk dat dit voornamelijk voor mannen gebruikt wordt.

De derde vindt dat "vrouwelijke huisartsen minder gemotiveerd zijn voor het vak". Er zijn wel uitzonderingen maar die zijn vaak nogal extreem in hun opvattingen en uitingsvormen. Vrouwen hebben volgens hem ook lagere verwachtingen ten aanzien van het uitoefenen van een solo-praktijk. Dit leidt hij onder meer af uit het feit dat maar weinig vrouwen op deze baan solliciteren; vrouwen wensen meestal part-time te werken.

Vatten we de resultaten samen dan blijkt sexe een belangrijk selectie-criterium. Van de acht huisartsen die hun praktijk willen overdoen wensen twee (vrouwelijke) huisartsen een vrouwelijke opvolgster.

Twee huisartsen staan niet afwijzend tegenover een vrouw maar hebben toch een mannelijke opvolger gekozen; één huisarts heeft een vrouwelijke opvolgster genomen maar het had evengoed een man kunnen zijn. Twee huisartsen hebben bedenkingen tegen een vrouwelijke huisarts en één huisarts wenst per sé een man.

Bij degenen die willen associëren zijn er twee die graag een vrouwelijke associé willen vanwege specifiek vrouwelijke capaciteiten. Eén huisarts meent dat de vacature aantrekkelijk is voor een vrouw vanwege het kleine aantal patiënten. De drie overige huisartsen willen beslist géén vrouwelijke associé. De één vanwege zijn geloofsovertuiging, de ander vanwege de te grote praktijk en onvoldoende gewaarborgde achterwacht, en de derde omdat hij liever niet met een vrouwelijke huisarts samenwerkt.

Overzien we deze resultaten dan blijken degenen die een associé zoeken een meer uitgesproken mening te hebben over sexe als selectiecriterium dan degenen die hun praktijk overdragen. Huisartsen die willen associëren blijken ook vaker beslist géén vrouwelijke huisarts te kiezen dan huisartsen die een opvolger zoeken. Vrouwen zijn ook minder geschikt om een grote praktijk te runnen dan mannen, althans volgens de uitlatingen van sommige huisartsen.

Deze uitkomsten mogen zeker niet als generaliserende uitspraken worden opgevat. Het gaat in dit deelonderzoek slechts over een klein aantal artsen en de uitkomsten zijn veeleer te beschouwen als indicatie voor nader onderzoek.

We mogen op basis van de resultaten uit dit hoofdstuk de gevolgtrekking maken dat op de markt waar de aanbieders van en de zoekenden naar een huisartspraktijk samenkomen, de vrouwelijke huisartsen minder kansen lijken te hebben aangezien:

- \* een opvolger (en in mindere mate geldt dit voor een associé) waarschijnlijk meestentijds via medische relaties of collega's, familie of bemiddelingsbureaus wordt aangezocht. Het is gebleken dat het voornamelijk mannelijke huisartsen zijn die via genoemde kanalen naar een huisartspraktijk op zoek zijn; een uitkomst die door de resultaten uit het logboekonderzoek wordt ondersteund.
- \* de gevestigde huisartsen in een aantal gevallen een uitgesproken voorkeur of afkeer blijken te hebben ten aanzien van vrouwelijke huisartsen en waarbij afkeer de doorslag lijkt te geven. Deze afkeer komt bij degenen die een associé zoeken in sterkere mate naar voren dan bij degenen die een opvolger zoeken. Dit is althans de voorzichtige conclusie uit het deelonderzoek waarbij zes van de veertien gevestigde huisartsen beslist géén vrouwelijke huisarts wensten en vier gevestigden geen voorkeur te kennen gaven.

Uit het logboekonderzoek is naar voren gekomen dat vrouwelijke huisartsen vaak impliciete of expliciete (voor-)oordelen bij gevestigde huisartsen signaleren. De resultaten uit dit deelonderzoek vormen een indicatie dat deze (voor-)oordelen - zeker wat betreft sexe - geen ingebeelde ideeën van zoekende vrouwelijke huisartsen zijn.



## HOOFDSTUK 8

### CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In de onderzoeksoopdracht naar belemmeringen voor vrouwelijke artsen bij vestiging als huisarts is naast een inventarisatie van de problematiek gevraagd aanbevelingen te doen over de oplossing voor deze belemmeringen. In dit hoofdstuk zullen we daarom de bevindingen uit het onderzoek samenvatten en op basis van deze conclusies voorstellen of aanbevelingen doen, aan de hand van de in het onderzoeksvorstel genoemde belemmeringen,

- belemmeringen, voortvloeiend uit de mogelijkheden tot pensioenvoorziening en arbeidsongeschiktheidsverzekering
- belemmeringen in de financierings- en fiscale sfeer bij vestiging, praktijkovername of associatie
- belemmeringen, opgeworpen door de directe (sociale) omgeving van de vrouwelijke (adspirant-) huisarts
- belemmeringen, voortvloeiend uit de voorkeuren van de groep gevestigde huisartsen ten aanzien van praktijkoverdracht, associatie of vestiging

#### 8.1 Belemmeringen, voortvloeiend uit de mogelijkheden tot pensioenvoorziening en arbeidsongeschiktheidsverzekering

De pensioenvoorziening voor huisartsen werpt voor vrouwen nauwelijks grotere belemmeringen op dan voor mannen, hebben we na nader onderzoek van deze regeling geconstateerd. De pensioenregeling is in de loop der tijd dusdanig gewijzigd dat de ongelijkheden tussen vrouwen en mannen nagenoeg zijn geëlimineerd.

Een belangrijke wijziging is begin 1984 doorgevoerd; meer en vooral lagere pensioentrappen zijn toen in de regeling ingebouwd. Deze wijziging betekende vooral voor huisartsen met een kleine praktijk een grote verbetering. Daar dit in veel gevallen vrouwelijke huisartsen zijn is deze verandering vooral voor vrouwen een grote verbetering.

Het zogenaamde omkeerartikel uit de pensioenregeling - waarin de vrouwelijke huisarts (administratief) als man aangemerkt kan worden zodat de echtgenoot in de betreffende gevallen aanspraak kan maken op een weduwnaarsuitkering - noemt de Werkgroep Vrouwelijke Huisartsen zelfs vooruitstrevend.

Blijft als punt van ongelijkheid tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen nog over het verschil in premie dat bestemd is ter dekking van premievrijstelling bij blijvende en algehele invaliditeit (4% voor vrouw - en 3% voor man).

Financiële instellingen zijn niet altijd even goed op de hoogte van de bestaande of gewijzigde pensioenregelingen, zo is uit dit onderzoek en uit de rapportage van de Werkgroep Vrouwelijke Huisartsen gebleken. Het zou daarom **AANBEVELING** verdienen om duidelijke en gerichte informatie te verstrekken over de huidige regelingen, niet alleen aan de beroepsgroep maar zeker ook aan adviserende en financierende instellingen.

De arbeidsongeschiktheidsverzekering is tevens op verschillen in regelingen voor vrouwen en mannen onderzocht. Het punt waar het om gaat is dat vrije beroepsbeoefenaren geen verzekering kunnen afsluiten die recht geeft op zwangerschapsverlof-uitkering (zoals dat in de ziekwet voor werknemers is geregeld). De Artsen Onderlinge heeft zich onlangs bereid verklaard om invaliditeit ten gevolge van zwangerschap of baring te erkennen als invaliditeit met recht op uitkering.

Desalniettemin is en blijft de onmogelijkheid tot het afsluiten van een zwangerschapsverlofverzekering voor vrouwelijke huisartsen een belemmering die inherent is aan de sexe.

Het is overigens geen belemmering die alleen geldt voor vrouwelijke huisartsen; deze regeling geldt voor alle vrouwelijke vrije beroepsbeoefenaren. Het initiatief tot het doorvoeren van betaald zwangerschapsverlof is dan ook niet van particuliere verzekeringen te verwachten. Het is veeleer een zaak die landelijk en door de overheid aangepakt dient te worden in het kader van hervormingen in het sociale voorzieningenstelsel. De **AANBEVELING** is dan ook dat de overheid regels stelt die de ongelijkheid tussen vrouwelijke vrije beroepsbeoefenaren en vrouwen die in dienstverband werken opheft op het gebied van betaald zwangerschapsverlof.

## 8.2 Belemmeringen in de financierings- en fiscale sfeer bij vestiging, praktijkovername of associatie

De fiscale regelingen en met name de loon- en inkomstenbelasting zijn de afgelopen jaren drastisch gewijzigd. De herziening van het belastingstelsel is gepland in drie fasen; de eerste en tweede fase zijn per 1 januari 1984 gecombineerd doorgevoerd, de derde fase is per 1 januari 1985 van kracht geworden. De wijzigingen behelzen in essentie verandering in de tariefgroep

indeling van de gehuwde man en de gehuwde vrouw en een verandering van de hoogte van de belastingvrije som. Doelstellingen van de overheid hierbij zijn onder meer het sexe-neutraal opzetten van de regelingen en het bevorderen van belastingheffing naar draagkracht.

Deze veranderingen in fiscale regelingen betekenen met name voor gehuwden die beiden inkomen uit arbeid genieten en voor ongehuwd samenwonenden die beiden inkomsten hebben, vaak een verslechtering. In welke mate deze regeling een verslechtering betekenen voor genoemde groepen is niet in z'n algemeenheid te zeggen daar dit afhankelijk is van het inkomen van de partners.

De Emancipatieraad, wiens advies is gevraagd bij de drie onderscheiden fasen, heeft de voorstellen op principiële gronden afgewezen. De Raad twijfelt aan de doelstellingen van de regering; de voorstellen hebben op de eerste plaats bezuinigingen tot doel, meent men.

De individuele behandeling van ongehuwd samenwonenden wordt verlaten; ongehuwd en gehuwd samenwonenden worden - fiscaal althans - gelijkgesteld. Daarmee wordt de fiscale ongelijkheid tussen gehuwde vrouwen en mannen wel weggenomen, maar tegelijk wordt een nieuwe ongelijkheid ingevoerd, namelijk die tussen kostwinners en tweeverdieners. Door verhoging van de belastingvrije som voor toenmalige alleenverdieners (nu in sommige gevallen als tweeverdieners geclassificeerd) ontstaat als het ware een impliciete heffing op het inkomen bij toetreding tot de arbeidsmarkt, volgens de Emancipatieraad.

In theorie vallen de doelen van de regering - het sexe-neutraal opzetten van fiscale regelingen en belastingheffing naar draagkracht - wel samen met het uitgangspunt van de Emancipatieraad, namelijk individuele belastingheffing naar individuele draagkracht. In de fiscale praktijk worden echter de inkomens van samenwonenden aan elkaar gekoppeld. Een indirecte ongelijkheid in regelgeving die met name nadelige consequenties kan hebben voor gehuwd en ongehuwd samenwonende vrouwelijke huisartsen (met verdienende partner).

Uit ons onderzoek blijkt dat ruim de helft van de vrouwelijke huisartsen meent dat ongunstige fiscale regelingen vrouwen in veel gevallen doen afzien van een zelfstandige vestiging of associatie. Na nader onderzoek van de fiscale regelingen hebben we vastgesteld dat de nieuwe fiscale regelingen nadelige gevolgen hebben voor de bovengenoemde groep samenwonenden.

Het zou danook **AANBEVELING** verdienen om de werking van de nieuwe fiscale regelingen na te gaan op - mogelijk onbedoelde - negatieve financiële consequenties met name voor de vrouwen (met verdiende partner) die overwogen zich op de arbeidsmarkt te begeven maar door de nieuwe fiscale regelingen worden afgeschrikt.

Gezien het feit dat de regelingen pas zeer recent in werking zijn getreden en ten dele nog doorgevoerd moeten worden gezien ook de ingewikkeldheid van de regelingen zou het tevens **AANBEVELING** verdienen om informatie hierover wat meer toegankelijk te maken en gericht te verstrekken.

Een ander punt ter aanbeveling betreft de fiscale aftrekbaarheid van de kosten van verzorging van de huishouding en kinderopvang.

Wanneer beide echtelieden of partners buitenshuis werken zal men hulp in de huishouding moeten aantrekken. Dat de kosten daarvan fiscaal niet aftrekbaar zijn is des te onredelijker wanneer de zogenoemde tweeverdieners wel fiscaal zwaarder belast worden. **AANBEVELING** is danook om aftrekbaarheid van kosten van de verzorging van de huishouding te overwegen.

De kinderopvangtoeslag is op 1 januari 1985 geïntroduceerd. Het gaat om een verhoging van de belastingvrije som. Daarmee wordt een begin gemaakt met een financiële regeling maar het is niet meer dan een begin. Het is de vraag of deze financiële tegemoetkoming zal opwegen tegen de werkelijk te maken kosten voor kinderopvang. Bovendien zullen ook voldoende kinderopvangmogelijkheden in de vorm van kindercrèches en dergelijke aanwezig moeten zijn. Voorzieningen die nu òf geheel ontbreken òf onvoldoende aanwezig zijn.

Het bevorderen van kinderopvangmogelijkheden en het kritisch bezien van de financiële tegemoetkoming verdienen danook **AANBEVELING**.

Voor het opsporen van belemmeringen in de financiële sfeer is het nodig om niet alleen de vragers van kapitaal naar belemmeringen te vragen maar ook de verstrekkers van kapitaal bij het onderzoek te betrekken. In dit onderzoek hebben we moeten volstaan met een inventarisatie van de financiële problematiek bij de groep huisartsen. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de financiële kwesties een grote hindernis vormen. Een meerderheid van de vrouwelijke huisartsen meent dat ze moeilijker een lening kan afsluiten en vaker negatief geadviseerd wordt door bemiddelingsbureaus dan mannelijke huisartsen. Uit het deelonderzoek aan de hand van de logboekmethode blijkt dat voldoende financiële middelen één van de meest gestelde expliciete eisen is bij een sollicitatieprocedure.

Aanbevelingen op dit punt moeten achterwege blijven. Nader en meer gericht onderzoek onder financiers en bemiddelingsbureaus is nodig alvorens hierover uitspraken te doen.

### 8.3 Belemmeringen, opgeworpen door de directe (sociale) omgeving van de vrouwelijke (adspirant) huisarts

Bij het zoeken naar factoren die het verschil in zelfstandige vestiging tussen vrouwen en mannen zouden kunnen verklaren, hebben we motivationele en situationele factoren onderzocht op verschillen tussen vrouwen en mannen.

Een nadere analyse van motivationele factoren levert nauwelijks verschillen op in de motivatie om huisarts te worden tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

Onder gelegenheidsfactoren hebben we verstaan de mogelijkheden waarover men beschikt om zich op een bepaalde manier te gedragen. Onderzocht zijn in dit verband mogelijke belemmeringen opgeworpen door de partner en de gezins-situatie.

Uit de resultaten van het onderzoek komt naar voren dat vrouwelijke huisartsen veel belang hechten aan de plaats waar de partner werkt of gaat werken. Ook zegt de vrouwelijke huisarts het belangrijk te vinden dat de woonplaats zó gekozen wordt dat het de kansen voor de partner op het vinden van (beroeps-)arbeid niet al te drastisch beperkt. De vrouwelijke huisartsen hebben bovendien het idee dat haar partners deze punten nog belangrijker vinden dan zijzelf.

Een vergelijking met mannelijke huisartsen leert dat mannen deze punten in mindere mate van belang achten.

Uit deze resultaten is af te leiden dat vrouwelijke huisartsen die een vaste partner hebben bij het zoeken naar een vestigingsplaats in belangrijke mate rekening zullen houden met de plaats waar de partner werk heeft of mogelijke zal krijgen. Deze plaatselijke of regionale gebondenheid zal een belemmering vormen bij het zoeken. Het betekent dat men niet de gehele 'praktijkenmarkt' bestrijkt maar slechts een segment ervan.

Een andere gelegenheidsfactor is de gezinssituatie die we aan nader onderzoek onderworpen hebben. Het gaat in wezen om de beschikbare tijd voor beroepsarbeid en het hebben of krijgen van kinderen is hierbij een belangrijke indicatie.

Een aanmerkelijk deel van de vrouwelijke huisartsen heeft geen kinderen maar wenst in de toekomst wel kinderen te krijgen, zo blijkt uit het onderzoek. We veronderstellen dat veel vrouwelijke huisartsen de kinderwens naar de toekomst hebben verschoven omdat ze eerst de studie willen afronden en een vestigingsplaats zoeken.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt verder dat vrouwelijke huisartsen er zekerder van zijn dat gezins- en huishoudelijke taken een belemmering vormen bij de beroeps carrière dan mannelijke huisartsen. Hoewel vrouwelijke huisartsen deze belemmeringen in sterkere mate onderkennen, is de consequentie die ze eruit trekken niet een keuze tussen beroep of gezin maar veeleer een combinatie voorstaan. Een groot deel van de mannelijke huisartsen vindt daarentegen dat de vrouwelijke huisarts een keuze zal moeten maken tussen beroepsarbeid en gezinstaken.

Gevolg zal zijn dat de vrouwelijke huisarts die kinderen heeft, geconfronteerd zal worden met een afweging van taken en verantwoordelijkheden tussen werk en gezin hetgeen in veel gevallen zal leiden tot conflicterende verantwoordelijkheden. Haar directe (sociale) omgeving zal deze conflicten vaak nog versterken door aan te dringen op een keuze tussen gezin en beroep.

Uit deze onderzoeksresultaten is te concluderen dat bij de verklaring van verschillen in zelfstandige vestiging niet zozeer gezocht moet worden naar verschillen in motivatie maar meer in de richting van situationele omstandigheden.

Een andere mogelijke verklaring - die we eveneens onderzocht hebben - is terug te voeren op verschillen in voorkeuren voor bepaalde praktijken. We hebben daartoe een profielschets gemaakt voor zoekende vrouwelijke en mannelijke huisartsen van gewenste en gezochte vestigingswijze, gewenste en gezochte vorm van (samen-)werken, gewenste praktijkgrootte en gewenst aantal arbeidsuren. We hebben moeten concluderen dat vrouwen inderdaad voor een deel naar een andere huisartspraktijk op zoek zijn dan mannen. Vrouwen wensen en zoeken vaker naar een dienstverband dan mannen. Vrouwen ambiëren - anders dan mannen - geen solo-arbeid en zoeken daar nauwelijks naar. Vrouwen wensen relatief vaker een kleiner aantal patiënten en wensen ook minder tijd aan beroepsarbeid te besteden.

De uitkomsten uit het deelonderzoek aan de hand van de logboekmethode wijzen erop dat vrouwen mogelijk ook een ander zoekgedrag vertonen dan mannen. De belangrijkste indicaties die dit deelonderzoek heeft opgeleverd zijn dat vrouwen minder frequent zoekactiviteiten ondernemen, dat vrouwen

minder relaties (kunnen) aanspreken bij het zoeken. We hebben verondersteld dat vrouwen mogelijk meer selectief solliciteren. Een veronderstelling die wordt ondersteund door de uitkomst dat vrouwen zichzelf wat hogere kansen op succes geven. De vraag in hoeverre verschillen in voorkeur voor bepaalde praktijkvormen en zoekgedrag elkaar beïnvloeden kan met de gegevens uit dit onderzoek vooralsnog niet beantwoord worden.

Op basis van de profielschetsen en de indicatieve resultaten uit het logboekonderzoek kunnen we concluderen dat vrouwen voor een deel een ander type huisartspraktijk zoeken dan mannen. Deze resultaten en de resultaten uit de analyse van situationele factoren rechtvaardigen de conclusie dat vrouwen slechts voor een deel met mannen concurreren op de 'huisartspraktijkenmarkt'.

Uit de geschetste profielen en uit het onderzoek naar situationele factoren komt de vraag van vrouwelijke huisartsen naar deeltijdarbeid - en een dienstverband dat een werkweek van niet meer dan veertig uur impliceert - sterk naar voren. Het probleem is dat in het huisartsberoep weinig deeltijdplaatsen beschikbaar zijn; het merendeel van de vrijkomende plaatsen is full-time of meer.

In het vestigingsbeleid wordt met de steeds toenemende tendens om in deeltijd te gaan werken geen rekening gehouden; de mogelijkheid tot uitgave van deelvergunningen is niet aanwezig. Het verdient dan ook **AANBEVELING** om binnen het vestigingsbeleid de mogelijkheid van deeltijdarbeid te vergroten, onder andere door het verstrekken van deelvergunningen.

Een ander punt dat uit de onderzoeksresultaten naar voren komt is de tendens naar samenwerking die zich uit in het zoeken naar (multidisciplinaire) vormen van samenwerking (met name in dienstverbandssituaties). Een groot deel van de aangeboden praktijken bestaat daarentegen uit vrije vestigingen of overnamen. Een **AANBEVELING** aan de overheid is om de tendens naar samenwerking - die overigens ook door de overheid als wenselijk wordt beschouwd - daadwerkelijk te stimuleren. Dit zou onder meer kunnen door de inhoudelijke samenwerkingsvormen financieel aantrekkelijk te maken; met name bij vrijkomende solo-praktijken en andere zakelijke samenwerkingsverbanden.

#### 8.4 Belemmeringen, voortvloeiend uit de voorkeuren van de groep gevestigde huisartsen ten aanzien van praktijkoverdracht, associatie of vestiging

In een deelonderzoek zijn de belemmeringen die voortvloeien uit voorkeuren van gevestigde huisartsen nader onderzocht met behulp van mondelinge interviews. De onderzochte groep blijkt in een aantal gevallen uitgesproken voor- en afkeuren te hebben. Sexe blijkt een belangrijk selectie criterium te zijn bij het zoeken naar een opvolgster/er of associé(e). Afkeuren voor vrouwelijke huisartsen lijken daarbij te overwegen; voor deze overwegingen draagt men in een aantal gevallen rationele argumenten aan.

Verder hebben we de methoden waarop gevestigde huisartsen zoeken vergeleken met de zoekmethoden van de zoekende huisartsen. Evenals bij het deelonderzoek met de logboekmethode blijkt ook hier dat vrouwen relatief minder zoekactiviteiten ontplooiën. De veronderstelling die we daarbij gemaakt hebben over mogelijke selectiviteit is ook hier van toepassing. Verder blijkt dat gevestigde huisartsen mede via (medische) relaties of collega's naar een opvolger of associé zoeken; van de groep zoekende huisartsen zijn het vooral de mannelijke huisartsen die op deze wijze zoeken en dus een grotere kans maken.

De resultaten uit het deelonderzoek vormen een indicatie dat de uitgesproken afkeuren voor een vrouwelijke opvolgster of associée bij sommige gevestigde huisartsen de kansen op de arbeidsmarkt voor vrouwen wel degelijk negatief beïnvloeden. Voegen we deze resultaten bij de conclusies uit de voorgaande paragraaf - namelijk dat vrouwelijke huisartsen slechts op een deel van de praktijkenmarkt met mannen concurreren - dan mogen we stellen dat de kans op het realiseren van een zelfstandige vestiging voor vrouwen kleiner is dan voor mannen.

Uit het deelonderzoek onder gevestigde huisartsen die een opvolger of associé zochten, is gebleken dat de selectie van gegadigden veelal via informele circuits plaatsvindt en zich dan ook voor een groot deel in het verborgene afspeelt.

Een **AANBEVELING** is om in het kader van het vestigingsbeleid een bepaald percentage vrouwelijke huisartsen in een regio verplicht te stellen om de achterstand die vrouwelijke huisartsen hebben opgelopen op de arbeidsmarkt op te heffen. Een aanbeveling die past binnen het beleid van de overheid dat onder meer als doelstelling heeft een differentiëring van het dienstenaanbod van hulpverleners.



Een andere **AANBEVELING** om binnen het vestigingsbeleid voor huisartsen de openheid van sollicitatieprocedures te bevorderen is door de verplichting te stellen om vrijkomende zelfstandige vestigingen kenbaar te maken in medische vakbladen. Openheid zou tevens bevorderd kunnen worden door - de plaatselijke vestigingscommissies - verplichtingen op te leggen ten aanzien van de duur van de sollicitatieprocedure, de selectiecriteria en het openbaar maken van het aantal gekwalificeerde gegadigden en de redenen van afwijzing.

De bovengenoemde aanbevelingen zullen - zelfs als ze worden doorgevoerd - niet het gewenste resultaat opleveren als er daarnaast geen effectief toezicht wordt gehouden op naleving en gerichte sancties bij overtreding. De Wet Gelijke Behandeling van mannen en vrouwen moge hier als voorbeeld dienen voor een vergelijking met een soortgelijke wetgeving in Amerika.

Deze wet vertoont qua inhoud veel overeenkomst met de Title VII van de Civil Rights Act uit Amerika.<sup>41)</sup> Er bestaat echter een groot verschil tussen deze wetten wat het toezicht op naleving en sancties bij overtreding ervan betreft. Evenals in Nederland is het toezicht op naleving geregeld door instelling van een speciale commissie. De Amerikaanse commissie heeft echter veel grotere bevoegdheden dan de Nederlandse wat betreft opsporing van overtreding en sancties. Eén van de belangrijkste sancties die bij overtreding van de Title VII opgelegd kan worden, is het verplicht uitvoeren van een programma van positieve actie (affirmative action). Een dergelijk programma is erop gericht om zo snel als in redelijkheid mogelijk is te komen tot een evenredige vertegenwoordiging van vrouwen en minderheids-groeperingen in het personeelsbestand.

Positieve actie houdt meer in dan gelijke behandeling. Er wordt een bijzondere inspanning gevraagd op het gebied van werving, opleiding en begeleiding om bepaalde groepen in staat te stellen om de gevolgen van achterstelling en ongelijke behandeling in het verleden te boven te komen. De belangrijkste elementen uit een programma voor positieve actie zijn: een intentieverklaring van het betreffende bedrijf, wijze waarop medewerkers en buitenstaanders van het programma op de hoogte worden gebracht, regeling van de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het programma, bepalen van streefcijfers, passende maatregelen ter opheffing van knelpunten en interne controle en rapportering over de bereikte resultaten.

Positieve actie zal nodig zijn wanneer men ook in Nederland ernst wil maken met een daadkrachtig emancipatiebeleid.

LITERATUURVERWIJZINGEN

1. Registratie adspirant-huisartsen, peiling 1983  
J.H.M. Postma Brochure Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, 1983.
2. De mogelijkheid bestaat wel om rolwisseling toe te passen, dit is een wisseling van belastingvrije sommen, maar dat kan alleen als het inkomen van de man lager is dan diens belastingvrije voet.  
Verder is er ook nog de mogelijkheid om bij een negatief fiscaal vermogen van de echtgenoot dit te verrekenen met het inkomen van de vrouw; de zogenaamde maritale verliescompensatie.
3. Wet tweeverdieners, Staatsblad 690.
4. Persbericht Financiën mei 1984. Ministerie van Financiën, Centrale directe voorlichting.
5. De volgende belastingvrije sommen zullen worden voorgesteld:
  - algemene belastingvrije som (tariefgroep I) f 7.000 (in '84 f 7.662);
  - belastingvrije som "echte" alleenverdiener (tariefgroep III) f 14.000 (in '84 f 13.200);
  - belastingvrije som alleenstaande (tariefgroep II) f 10.500 (in '84 f 10.298);
  - belastingvrije som alleenstaande ouder (tariefgroep IV) f 12.600 (in '84 f 13.200);De aanvullende alleenstaande-ouder-toeslag (max. f 4.231) zal worden gehandhaafd.
6. De algemene belastingvrije som zal worden aangevuld met een arbeidstoeslag van f 386,50 voor een ieder die actief aan het arbeidsproces deelneemt.
7. Voor de alleenstaande ouder met jonge kinderen die werkzaamheden buiten het huishouden verricht zal deze verhoging van de arbeidstoeslag niet gelden. Deze toeslag bedraagt f 750,- voor elk der partners, indien beiden een inkomen hebben.
8. Interim-rapportage van de Werkgroep Vrouwelijke Huisartsen aan het Centraal Bestuur van de LHV en het Hoofdbestuur van de VNVA 1981, blz. 15.
9. Advies van de Emancipatieraad over het 'ontwerp van wet houdende wijziging van de inkomensbelasting en van de loonbelasting voor het jaar 1983 (tariefgroepindeling van de gehuwde vrouw en de gehuwde man) alsmede aanpassing van enkele volksverzekeringen', april 1983, blz. 2.
10. Advies van de Emancipatieraad over het 'wetsvoorstel houdende wijziging van de indeling in tariefgroepen in de inkomsten- en loonbelasting en wijziging van de inkomstentoe rekening voor gehuwde-belastingplichtigen in de inkomstenbelasting alsmede aanpassing van een aantal andere wetten', november 1983, blz. 3. Tot dezelfde konklusie komen H.A. Pott-Buter en J.J. Siegers in hun artikel 'Herziening van het stelsel van sociale zekerheid en de emancipatie van vrouwen' in Beleid en Maatschappij 1984, p. 235-245.

11. Advies van de Emancipatieraad, november 1983, blz. 6-7.
12. Advies over de derde fase herziening loon- en inkomstenbelasting van de Emancipatieraad, juli 1984.
13. Voorstel voor een richtlijn van de Raad betreffende de tenuitvoerlegging van het beginsel van gelijke behandeling van mannen en vrouwen in de beroepsregelingen van de sociale zekerheid, door de Commissie bij de Raad van Europese Gemeenschappen ingediend op 5 mei 1983, Publicatieblad Europese Gemeenschappen.
14. A.W. Govers in zijn pré-advies 'Gelijkheid van vrouw en man in het Europees sociaal recht. Samson 1981.
15. Tussentijds verslag over de toepassing van Richtlijn nr. 79/7/EEG van 19 december 1978 (6 januari 1984).
16. Overweegt de vrouwelijke huisarts gedurende de uitoefening van haar beroep om alsnog van het omkeerartikel gebruik te maken, dan is dat mogelijk, mits ze zich vooraf aan een geneeskundig onderzoek onderwerpt. Dit onderzoek is niet nodig wanneer de vrouwelijke huisarts binnen drie maanden na het sluiten van een huwelijk aangeeft dat ze van het omkeerartikel gebruik wil maken en ook niet op het moment dat ze tot de pensioenregeling toetreedt.
17. Huisartsen die voor 1967 als huisarts werkten kunnen aanspraak maken op een uitkering uit het pensioenfonds: de zogeheten back-servicerechten. De verlaging van de premie die bestemd is voor de back-servicerechten van huisartsen die vóór 1 januari 1967 een praktijk uitoefenden (van 21,43% naar 10% van de totale premie) heeft niet tot verlaging van de totale premie geleid. Het geld dat door deze verlaging vrijkomt zal worden besteed voor de verhoging van de toekomstige pensioenopbouw met 14,5%. De back-servicerechten blijven gehandhaafd.
18. Het normpensioen - het nominale deel van het pensioen - kon in het geldende reglement om de tien jaar gewisseld worden van verzekeraar als men dat wenste. In de nieuwe regeling kan men, indien gewenst, iedere vijf jaar een andere verzekeraar voor het normpensioen kiezen.
19. Voor het bruto beroepsinkomen gelden per 1 januari 1984 de volgende grenzen en de daarop betrekking hebbende pensioenopbouw- en premiebedragen, uitgaande van de tarieven mannelijke deelnemer met als verzekeraar Eigen Beheer (Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen):

Niet-apotheekhoudende huisartsen

Trap- code	Bruto beroepsinkomen op jaarbasis	Verplichte pensioen- opbouw per jaar	Premie
11	f 217.200,- of meer	f 1.492,80 (100%)	f 35.480,-
10	f 195.480,- tot f 217.200,-	f 1.343,52 ( 90%)	f 31.932,-
9	f 173.760,- tot f 195.480,-	f 1.194,24 ( 80%)	f 28.384,-
8	f 152.040,- tot f 173.760,-	f 1.044,96 ( 70%)	f 24.836,-
7	f 130.320,- tot f 152.040,-	f 895,68 ( 60%)	f 21.288,-
6	f 108.600,- tot f 130.320,-	f 746,40 ( 50%)	f 17.740,-
5	f 86.880,- tot f 108.600,-	f 597,12 ( 40%)	f 14.192,-
4	f 65.160,- tot f 86.880,-	f 447,84 ( 30%)	f 10.644,-
3	f 43.440,- tot f 65.160,-	f 298,56 ( 20%)	f 7.096,-
2	f 21.720,- tot f 43.440,-	f 149,28 ( 10%)	f 3.548,-
1	f -,- tot f 21.720,-	f 74,64 ( 5%)	f 1.774,-

Bron: Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen.

20. Pensioen-informatie, maart 1984.  
Kwartaaluitgave van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen.
21. Interim-rapportage van de Werkgroep Vrouwelijke Huisartsen aan het Centraal Bestuur van de LHV en het Hoofdbestuur van de VNVA, 1981, blz. 12.
22. Interim-rapportage, blz. 13.
23. Interim-rapportage, blz. 13.
24. Interim-rapportage, blz. 12.
25. Daartoe is artikel 19 als volgt aangevuld:  
Geen recht op uitkering bestaat terzake van invaliditeit ten gevolge van zwangerschap, baring en kraambed, tenzij invaliditeit het gevolg is van een ziekelijke afwijking in het normale beloop daarvan, in welk geval eerst recht op uitkering ontstaat, nadat de invaliditeit tenminste 30 dagen heeft geduurd.
26. Na drie jaar zal bepaald worden of het eigen risico van 30 dagen kan vervallen en/of er eventueel een tariefsbijstelling voor de leden moet plaatsvinden.
27. Enquêtevragen blz. 7.
28. Onderzoek naar de beroepskeuze -motivatie van medische studenten in opdracht van het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Leiden, Rapport A 4135, 1973.
29. Enquêtevragen blz. 6.
30. In de enquête lopen de antwoordcategorieën van 'zeer onzeker' tot 'zeer zeker'. Bij de weergave van de resultaten zijn de categorieën 'zeer onzeker' en 'onzeker' samengevoegd vanwege de overzichtelijkheid. Dit is ook gebeurd bij de categorieën 'zeer zeker' en 'zeker'.
31. Enquêtevraag blz. 6.

32. Enquêtevragen blz. 4.
33. De antwoordcategorieën bij elk aspect variëren van 'onbelangrijk' tot 'noodzakelijke voorwaarde'. De categorie 'neutraal' is hier met opzet weggelaten, zodat de respondenten worden gedwongen een aspect belangrijk of onbelangrijk te vinden.  
Bij de weergave van de resultaten zijn de antwoordcategorieën 'belangrijk' en 'noodzakelijke voorwaarde' samengevoegd.
34. Er is voor deze indirecte wijze van vragen gekozen omdat het te belastend zou zijn om ook de partners van de huisartsen een deel van de vragen te laten invullen.
35. Het afnemende aantal respondenten bij het tweede en het derde alternatief is te wijten aan het feit dat niet alle respondenten een tweede en/of derde alternatief hebben ingevuld.
36. Mogelijk is dat zowel bij het eerste als bij het tweede alternatief dezelfde vestigingswijze wordt aangegeven. De respondenten hebben namelijk in de enquête vaak nuancerings gemaakt die binnen de antwoordcategorieën niet tot uitdrukking kunnen komen. Bijvoorbeeld: 1<sup>e</sup> alternatief vrije beroepsuitoefening in het midden des lands, 2<sup>e</sup> alternatief vrije beroepsuitoefening (in het algemeen).
37. L. Hingstman. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg 1, NHI Utrecht, november 1984.
38. Opgemerkt moet worden dat het in tabel 6.11 over dienstverband en in tabel 6.12 over gezondheidscentra gaat. De mogelijke vertekening die hierdoor kan ontstaan zal grotendeels worden opgeheven doordat enerzijds in een groepspraktijk ook artsen in dienstverband kunnen werken terwijl anderzijds artsen in een gezondheidscentrum niet altijd in dienstverband werkzaam zijn. Daar de cijfers uit tabel 6.12 als indicatie dienen volstaan we met deze opmerking.
39. Het onderscheid tussen de tweede en de derde cluster zoekactiviteiten is gelegen in het feit dat bij de cluster 'benaderen van familie of relaties' contacten met personen centraal staan. Bij de cluster 'verrichten van waarnemingen en assistentschappen' ligt het accent op het opdoen van ervaring om zodoende een betere positie op de arbeidsmarkt te verkrijgen.
40. Onder de categorie 'positief' valt niet alleen het slagen in het vinden van een vestigingsplaats maar ook uitnodigingen tot nadere kennismaking, oproep voor sollicitatiegesprek e.d.
41. A.M. de Jong, Antidiscriminatiewetgeving en positieve actie in de V.S., Sociaal Maandblad Arbeid, februari 1984.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

- Aalders, C., C. Sieters, De vrouwelijke huisarts, Huisartsengeneeskunde VU, Amsterdam, 1981.
- Arts en uurwerk, informatiemap van de Landelijke Actiegroep voor Medische Deeltijd Opleiding en -Arbeid, 1983.
- Bobula, J.D., Workpatterns, Practice characteristics and incomes of male and female physicians, Journal of Medical Education, volume 55, 1980.
- Boerma, L.H., C. Hermann, I.M.J.G. Tijssen, Deeltijdarbeid onder artsen, Medisch Contact, no. 23, 1983.
- Braslov, J.B., M. Heins, Women in medical education, The New England journal of medicine, no. 19, 1981.
- De dokter, dat ben ik, Congresboek VNVA, Nijmegen, 1983.
- Deeltijd, geen half werk, korter werken door artsen, informatiemap van de Landelijke Actiegroep voor Medische Deeltijd Opleiding en -Arbeid, 1983.
- Doorne-Huiskes, J. van, Vrouwen en beroeps participatie, Een onderzoek onder gehuwde vrouwelijke academici, Utrecht, 1979 (diss.).
- Doorne-Huiskes, J. van, De sociale positie van de vrouw, balans en beleid, Van Loghum Slaterus, Deventer, 1982.
- Doorne-Huiskes, J. van, M. Bedaux-de Jonge, Gezinssituatie en beroepsloopbanen van vrouwelijke artsen, Gezondheid & Samenleving, no. 3, 1983.
- Eisenberg, C., Women as physicians, Journal of Medical Education, volume 58, 1983.
- Es, J.C. van, Vrouwelijke artsen, Medisch Contact, no. 23, 1983.
- Emancipatieraad, Een emancipatoir belastingstelsel, Advies over de derde fase herziening loon- en inkomstenbelasting, Den Haag, 1984.
- Govers, A.W., Gelijkheid van vrouw en man in het Europees sociaal recht, Samson, 1981.
- Groenewegen, P.P., Vrouwelijke huisartsen, NHI, Utrecht, 1981.
- Hermann, C., Vrouwelijke artsen in Nederland, Een onderzoek naar opleiding en beroepswerkzaamheden van vrouwelijke artsen, Nijmegen, 1984 (diss.).
- Kelly, J.M., Sex preference in patient selection of a family physician, The journal of family practice, volume 11, no. 3, 1980.

- Kraayenbrink-de Zeeuw, B., Problematiek vrouwelijke artsen, Medisch Contact, no. 23, 1983.
- Lorber, J., P.H.D. Ecker, Career development of female and male physicians, Journal of Medical Education, volume 58, 1983.
- Onderzoek naar beroepskeuze - motivatie van medische studenten in opdracht van het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Leiden, Rapport A 4135, deel I en II, 1973.
- Pas afgestudeerde arts tussen wal en schip? Een onderzoek naar de duur en de besteding van de tijd tussen artsexamen en beroepsopleiding door de Werkgroep Wachtende Huisartsen, 1980.
- Persoon, J.M.G., F. Stuurmans, Sexe-ongelijkheid in opleiding en beroepsuitoefening van artsen, Onderwijssymposium KUN, Nijmegen, 1981.
- Pott, H.A., I. Butter, J.J. Siegers, Herziening van het stelsel van sociale zekerheid en de emancipatie van vrouwen, Beleid en Maatschappij, 1981.
- Preston-Whyte, M.E., R.C. Fraser, J.L. Beckett, Effect of a principal's gender on consultation patterns, Journal of the Royal College of General Practitioners, 1983.
- Rapport van de Commissie Problematiek van de vrouwelijke arts, Medisch Contact, no. 23, 1983,
- Rapportage van de Werkgroep arbeidspositie vrouwelijke artsen in dienstverband, LAD, 1980.
- Rapportage van de Werkgroep Vrouwelijke Huisartsen aan het centraal bestuur van de LHV, 1982.
- Rutgers van der Loeff-Manschet, W., C. Gastel-Hermann, Plaats en plicht van de vrouwelijke arts, Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1979.
- Sociale atlas van de vrouw, Sociale en culturele studies 3, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 1983.
- Staveren, G. van, Geneeskundestudenten en het huisartsberoep, Een onderzoek naar de houding van studenten ten opzichte van diverse aspecten van het huisartsberoep, Gezondheid & Samenleving, no. 4, 1983.
- Swerdlow, A.J., R.H. McNeilly, E.R. Rue, Women doctors in training: problems and progress, British Medical Journal, volume 281, 1980.
- Symposium, Waarom zo weinig vrouwen onder artsen? Een vrouw wordt niet geacht een praktijk te kunnen voeren, Weekblad Gezondheidszorg, no. 20, 1981.
- Tielens, V.C.L., R.P.T.M. Grol, Beleving van de opleiding tot huisarts, Huisarts en wetenschap, no. 27, 1984.
- Vrouw en arts, congresboek VNVA-VVAO, Utrecht, 1978.



Ward, A.W.M., Careers of medical women, British Medical Journal, volume 284, 1983.

Weisman, C.S., Ph.D. David, M. Levine et al, Male and Female Physician Career Patterns: specialty choices and graduate training, Journal of Medical Education, volume 55, 1980.

Welzen, D.J. van, Motieven om Geneeskunde te gaan studeren, Rapport no. 10, Dienst Onderwijsontwikkeling Medische Faculteit, Leiden, 1975.

