

Vrouwelijke artsen en vestiging als huisarts

Vrouwelijke artsen en vestiging als huisarts

een verklaring van verschillen in vestiging tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen

Female physicians and variations in settlement as general practitioner

an explanation of differences in settlement between female and male general practitioners (with a summary in English)

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan de Rijksuniversiteit te Utrecht op gezag van de Rector Magnificus, Prof. Dr. J. A. van Ginkel ingevolge het besluit van het College van Dekanen in het openbaar te verdedigen op 26 januari 1990 des namiddags te 14.30 uur

door

Dirkje Kortenhoeven

geboren op 20 april 1942 te Lexmond

Uitgeverij Bohn, Scheltema & Holkema B.V.

promotoren: Prof. Dr. R. Wippler, Rijksuniversiteit Utrecht
Prof. Dr. J. van Doorne-Huiskes,
Landbouw Universiteit Wageningen

co-promotor: Dr. P. P. Groenewegen,
Nederlands Instituut voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht

Dit onderzoek werd mogelijk gemaakt met financiële steun van:

- de Stichting Sociaal-Culturele Wetenschappen die wordt gesubsidieerd door de Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (N.W.O.)
- het Stimuleringsfonds Emancipatie-Onderzoek (STEO)
- het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)
- de Rijksuniversiteit, vakgroep Empirisch Theoretische Sociologie (E.T.S.)

Het onderzoek is uitgevoerd als project van het NIVEL.

1. PROBLEEMSTELLING EN MAATSCHAPPELIJKE ACHTERGRONDEN	1
1.1. Verschillen in beroepsuitoefening tussen vrouwelijke en mannelijke artsen	1
1.2. Probleemstelling	4
1.3. Opzet van het boek	6
1.4. Probleemstelling geplaatst tegen de maatschappelijke achtergrond	9
1.4.1. Benadering van het probleem door de overheid	9
1.4.2. Benadering van het probleem door de beroepsgroep huisartsen	12
1.4.3. Benadering van het probleem door patiëntengroeperingen	15
1.4.4. Conclusie	17
2. HISTORISCHE ONTWIKKELING VAN BEROEPSDEELNAME VAN VROUWELIJKE ARTSEN EN VERKLARINGEN VOOR DE ACHTERSTAND IN BEROEPPARTICIPATIE IN DE ONDERZOEKSLITERATUUR	21
2.1. Beroepsdeelname van vrouwelijke artsen in historisch perspectief	22
2.1.1. Nederland	23
2.1.2. De Verenigde Staten	28
2.1.3. Groot-Brittannië	32
2.1.4. Sovjet-Unie	36
2.1.5. Concluderende opmerkingen bij historische schetsen	38
2.2. Onderzoeksliteratuur over verschillen in beroepsuitoefening tussen vrouwelijke en mannelijke artsen	40
2.2.1. Belemmeringen in de sociale situatie van vrouwelijke artsen die zich willen vestigen	41

	pag
2.2.2. Belemmeringen die vrouwelijke studenten onder- vinden bij de beroepsopleiding	46
2.2.3. Verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke artsen in produktiviteit en beloning	52
2.3. Conclusie	59
3. VERKLAREND MODEL VOOR VERSCHILLEN IN VESTIGING TUSSEN VROUWEN EN MANNEN	61
3.1. Eerste stap van het model: zoeken naar een be- paalde vestiging	63
3.1.1. Gedragalternatieven en doelstellingen	63
3.1.2. Restricties en doelstellingen	65
3.1.3. Restricties, en kosten en baten	66
3.2. Tweede stap van het model: realiseren van de ge- zochte vestigingswijze	70
3.2.1. Vraag en aanbod van vestigingsplaatsen	71
3.2.2. Verschillen in vestigingskansen tussen vrouwen en mannen	72
3.2.3. Zoeken naar een praktijk en beschikking over hulpbronnen	73
4. OPZET EN UITVOERING VAN HET ONDERZOEK	79
4.1. Bepaling van de onderzoekspopulatie	79
4.2. Respons en selectie van de onderzoekspopulatie	82
4.3. Selectiviteit van de respondenten uit de onder- zoekspopulatie	84
4.4. Analysemethoden	86
5. TRANSFORMATIE VAN VERKLAREND MODEL NAAR HYPOTHESEN EN TOETSING VAN DE HYPOTHESEN OVER DE VESTIGINGS- WIJZEN WAARNAAR HUISARTSEN BIJ VOORKEUR GAAN ZOEKEN	91
5.1. Verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen in de vestigingswijzen waarnaar men bij voorkeur op zoek gaat	93
5.1.1. Verschillen in gewenste en gezochte vestigings- wijzen	94
5.1.2. Brugassumpties over verbindingen tussen doel- stellingen en vestigingswijzen	96

	pag
5.1.3. Hypothesen over verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen in de waardering van doelstellingen en in de gezochte vestigingswijzen	98
5.1.4. Meetmodel ter vaststelling van waardering van doelstellingen	100
5.1.5. Hypothesen over de belemmerende werking van formele regelingen	107
5.2. Toetsing van verschillen in waardering van doelstellingen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen	109
5.2.1. Verschillen in waardering van de instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid'	110
5.2.2. Waardering van de tijdsdoelstelling door de groep gehuwde vrouwelijke huisartsen	111
5.2.3. Afzonderlijke factoren van de doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid'	115
5.2.4. Waardering van de tijdsdoelstelling door de groep gehuwde vrouwelijke huisartsen met kinderen	119
5.2.5. Waardering van de tijdsdoelstelling door de groep vrouwelijke huisartsen die kinderen wenst	122
5.2.6. Verschillen in waardering van de instrumentele doelstelling 'sociaal economische beroepsaspecten'	126
5.2.7. Afzonderlijke factoren van de doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten'	128
5.2.8. Nader onderzoek naar de brugassumpties over de verbinding tussen doelstellingen en vestigingswijzen	132
5.2.9. Belemmerende werking van de arbeidsongeschiktheidsverzekering	137
5.2.10. Belemmerende werking van de fiscale regelingen	139
5.2.11. Belemmerende werking van de pensioenregeling	140
5.2.12. Belemmerende werking van de achterwachtregeling	141

	pag.
5.3. Conclusie uit de analyses van de eerste stap van het verklarend model	142
6. TRANSFORMATIE VAN VERKLAREND MODEL NAAR HYPOTHESEN EN TOETSING VAN DE HYPOTHESEN OVER VESTIGINGSKANSEN VAN VROUWELIJKE EN MANNELIJKE HUISARTSEN	145
6.1. Kans op vestiging als huisarts in de jaren 1984 tot 1988	147
6.1.1. Verschillen in de kans op vestiging voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen	152
6.1.2. Manieren van zoeken en de kans op vestiging	155
6.1.3. Indeling en effectiviteit van zoekactiviteiten	155
6.1.4. Hulpbronnen bij het zoeken naar een praktijk	158
6.1.5. Constructie van een meetmodel voor zoekmethoden	161
6.1.6. Bepaling van de groep zoekenden huisartsen	164
6.2. Toetsing van hypothesen over verschillen in manieren van zoeken en de kans op vestiging	166
6.2.1. Verschillen in de effectiviteit van de zoekmethoden	166
6.2.2. Verschillen tussen vrouwen en mannen in het hanteren van verschillende zoekmethoden	175
6.2.3. Verschillen tussen vrouwen en mannen in de beschikking over hulpbronnen bij het zoeken naar een praktijk	180
6.3. Conclusie uit de analyses van de tweede stap van het verklarend model	190
7. HET ZOEKPROCES NADER ONDERZOCHT	193
7.1. Verzameling van onderzoeksgegevens met behulp van logboeken en de verwerking ervan	193
7.2. Keuzemomenten in het zoekproces en vraagstelling	198
7.3. Deelname en opzet van het logboekonderzoek	199
7.4. Opsporen van een mogelijke vestigingsplaats	201
7.4.1. Manieren waarop men een praktijk op het spoor komt	202
7.4.2. Ondernomen 'opsporingsactiviteiten'	204

	pag.
7.5. Activiteiten naar aanleiding van informatie over vestigingsplaatsen	206
7.5.1. Redenen voor afzien van verdere activiteiten	207
7.5.2. Stappen naar aanleiding van opgespoorde informatie over een praktijk	209
7.5.3. Waardering van de opgespoorde vestigingsplaats	210
7.6. Verschillen tussen vrouwen en mannen bij sollicitatiegesprekken	215
7.7. Afwijzing van kandidaten	218
7.8. Afsluiting: verschillen tussen vrouwen en mannen bij het zoeken naar een praktijk	221
8. VERKLARING VAN DE VESTIGINGSKANSEN VAN VROUWELIJKE HUISARTSEN DOOR DE VOORKEUREN VAN GEVESTIGDEN VOOR EEN MANNELIJKE OPVOLGER OF ASSOCIÉ	227
8.1. Deelname aan het onderzoek en verzameling van gegevens	228
8.2. Schets van praktijken die worden overgedragen of waarvoor men een associé(e) zoekt	230
8.3. Opsporen en selecteren van geschikte kandidaten	234
8.4. Profielschetsen van toekomstige opvolgers/sters en associé(e)s	237
9. SLOTBESCHOUWINGEN OVER ONDERZOEKSSTRATEGIE EN TOEPASSING VAN DE ONDERZOEKSRESULTATEN VOOR BELEID	245
9.1. Beschouwingen over de gehanteerde onderzoeksstrategie	245
9.2. Toepassing van de onderzoeksresultaten voor een beleidsstrategie	248
NOTEN	257
GERAADPLEEGDE LITERATUUR	261
SAMENVATTING	273
SUMMARY	279
CURRICULUM VITAE	285

I Probleemstelling en maatschappelijke achtergronden

De dokter is in Nederland te typeren als een man met een witte jas. Hoewel de laatste decennia de witte jas een wat minder vanzelfsprekend attribuut van de dokter is geworden, geldt als regel nog steeds dat de dokter een man is. Dit fenomeen vormt het centrale thema in het onderhavige onderzoek.

1.1. Verschillen in beroepsuitoefening tussen vrouwelijke en mannelijke artsen

Karakterisering van het artsenberoep als mannenberoep verwijst naar de verhouding tussen vrouwelijke en mannelijke beroepsbeoefenaren. Voor het bepalen van deze verhouding is het allereerst nodig om aan te geven welke beroepsbeoefenaren onder het begrip arts geschaard worden. Als arts worden aangemerkt: medisch-specialisten, sociaal-geneeskundigen en huisartsen. Niet meegerekend worden de artsen die wel de medicijnenopleiding hebben voltooid maar geen verdere specialistische opleiding zijn gaan volgen: de zogeheten basisartsen. Uit gegevens van de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI) valt af te leiden dat omstreeks 40% van de studenten die de medicijnenopleiding voltooien, vallen onder de categorie overige geneeskundigen¹. Deze categorie is op te vatten als een restcategorie waar artsen zijn ingedeeld die de medicijnenstudie hebben voltooid, maar géén huisarts, specialist of (erkend) sociaal-geneeskundige zijn. Deze artsen werken onder meer in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, verpleeghuizen, sociale geneeskunde (zonder aantekening), wetenschappelijk onderwijs en onderzoek

of zijn bezig zich te specialiseren. Slechts een klein gedeelte van deze groep - naar schatting zo'n 5 à 7% - is werkloos. De categorie 'overige geneeskundigen' bestaat voor omstreeks eenderde uit vrouwen.

Het aantal door de Geneeskundige Hoofdinspectie van Volksgezondheid geregistreeerde artsen bedraagt op 1 januari 1988 in totaal 20.437.²

Kijken we naar de onderscheiden specialisaties dan zijn er aanmerkelijke verschillen in het aandeel van de vrouwelijke beroepsbeoefenaren binnen de specialisaties. Het percentage vrouwen binnen de groep sociaal-geneeskundigen ligt het hoogst: van de 2205 beroepsbeoefenaren is 38% vrouw. Het aandeel van de vrouwen binnen de groep medisch-specialisten (in totaal 11.957) bedraagt 19%. Het sterkst ondervertegenwoordigd zijn de vrouwelijke huisartsen; het aandeel van de vrouwelijke huisartsen binnen de groep van 6275 praktizerende huisartsen bedraagt 10%.

Daar het onderzoek zal worden toegespitst op de beroepsgroep huisartsen, gaan we wat nader in op de verhouding tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

Tot 1970 is het aandeel van de praktizerende vrouwelijke huisartsen binnen de beroepsgroep te verwaarlozen; het bedraagt minder dan 3%. Tien jaar later is dit percentage nauwelijks toegenomen en vormen de vrouwelijke huisartsen slechts 4% van alle praktizerende huisartsen. Na 1980 neemt het aandeel van de vrouwelijke huisartsen binnen de beroepsgroep met omstreeks 1% per jaar toe. Uit het informatiesysteem van beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg van het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) blijkt dat per 1 januari 1988 van de 6275 zelfstandig gevestigde huisartsen 10% van het vrouwelijk geslacht is.³

Deze percentages kunnen mogelijk een vertekend beeld opleveren, omdat geen rekening is gehouden met verschillen in het aantal vrouwen en mannen dat bevoegd is om het huisartsenberoep uit te oefenen. Men mag het huisartsenberoep uitoefenen indien men de huisartsenopleiding met goed gevolg heeft afgesloten. Bovengeschetst beeld moet dan ook gecorrigeerd worden

voor de ongelijke aantallen vrouwen en mannen die de huisartsopleiding gevolgd hebben.

Daartoe stellen we jaargroepen of cohorten samen, dat wil zeggen we maken groepen van huisartsen die op eenzelfde tijdstip de huisartsopleiding hebben voltooid. Na verloop van een jaar gaan we na welk percentage van de afgestudeerde vrouwen zich heeft gevestigd en vergelijken dit met het percentage gevestigde mannen uit hetzelfde cohort. Zodoende kunnen we vergelijken welk deel van de vrouwelijke en mannelijke huisartsen zich één jaar na afstuderen gevestigd heeft. We kunnen tevens nagaan of er in de loop van de jaren verschuivingen optreden in de percentages gevestigde vrouwen en mannen, door cohorten huisartsen die op verschillende tijdstippen zijn afgestudeerd met elkaar te vergelijken.

Eenzelfde procedure herhalen we twee jaar na afstuderen, drie jaar na afstuderen, etc.

Een vergelijking van de percentages gevestigde vrouwen en mannen binnen de cohorten in de jaren 1975 tot 1988 levert het volgende beeld op.

In de jaren 1975 tot 1984 zijn één jaar na de voltooiing van de huisartsopleiding 20 tot 30% van de mannen gevestigd. Na vijf jaar ligt het percentage gevestigde mannen tussen de 60 en 70%.

In dezelfde periode schommelt het percentage vrouwen dat één jaar na het verkrijgen van de vereiste kwalificatie is gevestigd tussen de 10 à 20%. Vijf jaar na afstuderen van de huisartsopleiding stijgt het percentage zelfstandig gevestigde vrouwen van 21% in 1975 tot 47% in 1983.

Vergelijken we deze percentages van gevestigde vrouwen en mannen in de periode 1975 tot 1984 dan blijkt, dat één jaar na het behalen van de kwalificatie huisarts het percentage gevestigde vrouwen 10 tot 25% achterblijft bij dat van de mannen. De achterstand in vestiging is na vijf jaar opgelopen tot een percentage dat varieert tussen de 20 en 45%. De achterstand in vestiging van vrouwen is in de loop van de jaren wat afgenomen.

Over de cohorten die korter dan vijf jaar zijn afgestudeerd - namelijk in de jaren 1984 tot 1988 - kunnen we slechts een voorlopige indruk geven; veel huisartsen uit deze cohorten

zijn nog volop bezig een praktijk te realiseren.⁴ De verschillen in vestiging tussen de afgestudeerde vrouwen en mannen lijken nog iets verder af te nemen.

Uit bovenomschreven vergelijkingen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen in beroepsopleiding en vestiging kunnen we concluderen dat vrouwen zich minder vaak dan mannen als huisarts vestigen. Deze conclusie laat zich onverkort handhaven wanneer we rekening houden met verschillen in aantallen gekwalificeerde vrouwen en mannen.

Het valt te verwachten dat in de komende jaren het percentage vrouwelijke studenten dat een medische opleiding volgt zal toenemen. In het studiejaar 1987/1988 is circa de helft van de eerstejaarsmedicijnen-studenten vrouw. Ook het aandeel van vrouwen binnen de huisartsenopleiding is de laatste jaren gestegen; van het totaal aantal afgestudeerde huisartsen (zo'n 450 per jaar) is ruim een kwart vrouw. Een soortgelijke ontwikkeling is in landen als Engeland en de Verenigde Staten waar te nemen; in hoofdstuk 2 gaan we daar nader op ~~in~~gaan.

1.2. Probleemstelling

De empirische bevindingen uit de vorige paragraaf brengen ons tot de eerste probleemstelling:

Hoe komt het dat vrouwelijke huisartsen zich relatief minder vaak vestigen dan mannelijke huisartsen?

Verschillen in het percentage gevestigde vrouwelijke en mannelijke huisartsen zegt nog weinig over de positie van beroepsbeoefenaren binnen het beroep. Huisartsen kunnen zich op uiteenlopende wijzen vestigen, variërend van vrij beroepsbeoefenaar in een solopraktijk tot assistent van een andere huisarts.

Onder assistent-huisartsen verstaan wij in dit onderzoek huisartsen die langer dan een half jaar als assistent-huisarts werkzaam zijn; een definitie die is ingegeven door de beschikbaarheid van empirische gegevens over deze groep.⁵

Assistent-huisartsen hebben geen patiënten op naam en geen overeenkomst met ziekenfondsen. Formeel draagt de huisarts

voor wie men beroepswerkzaamheden verricht de verantwoordelijkheid voor de praktijk; voor hun medisch handelen dragen de assistenten een eigen verantwoording. Veelal verschillen de dagelijkse praktische werkzaamheden nauwelijks van die van de zelfstandig gevestigde huisartsen. In vergelijking met zelfstandig gevestigde huisartsen werken assistent-huisartsen meestal een geringer aantal uren, ontvangen daarvoor veelal een lagere beloning en genieten een lagere status binnen de beroepsgroep.

Raadplegen we het NIVEL-informatiesysteem, dan blijkt dat in de periode vóór 1975 - van alle mannen die het huisartsenberoep uitoefenen - minder dan 1% als assistent-huisarts te werken.⁶ Deze situatie verandert in de periode na 1975 nauwelijks; per 1 januari 1988 werkt 3% van alle praktizerende mannelijke huisartsen als assistent-huisarts.

De vrouwelijke huisartsen daarentegen werken aanmerkelijk vaker als assistent-huisarts. Het aandeel van vrouwelijke assistent-huisarts op het totale aantal praktizerende vrouwelijke huisartsen bedraagt in 1970, 32%. De volgende tien jaar neemt dit percentage gestaag toe en in 1980 werkt bijna de helft van alle praktizerende vrouwelijke huisartsen als assistent-huisarts. Na 1980 daalt dit percentage enigszins en neemt na 1983 sterk af. Per 1 januari 1988 is een kwart van alle praktizerende vrouwelijke huisartsen als assistent werkzaam.

Op basis van deze empirische gegevens kunnen we stellen dat - in vergelijking met mannelijke beroepsbeoefenaren - een aanmerkelijk groter deel van alle vrouwen die het beroep huisarts uitoefenen als assistent-huisarts werkzaam is.

Deze bevindingen leiden tot de formulering van een tweede probleemstelling:

Hoe komt het dat vrouwelijke huisartsen zich relatief minder vaak dan mannelijke huisartsen als vrij beroepsbeoefenaar vestigen en relatief vaker in dienstverband of als assistent gaan werken?

Bij het zoeken naar de oorzaken van deze ongelijkheid wordt terug gegrepen op historische processen die de wortels van het probleem kunnen blootleggen. In dit onderzoek plaatsen we het gestelde probleem in historisch perspectief. De geschiedenis

van de vrouwelijke (huis)artsen in Nederland wordt geplaatst tegen een internationale achtergrond. Deze historische schets kan inzicht verschaffen in de factoren die hebben geleid tot het ontstaan van het verschijnsel dat in de probleemstellingen beschreven wordt.

Met deze kennis bepalen wij ons tot de periode waarover wij empirische gegevens verzamelen. Voor de verklaring van de ongelijke beroepsuitoefening perken we de tijdsperiode in tot de periode die valt nà het afsluiten van de huisartsenopleiding. Verder wordt ook de populatie waaronder het onderzoek zal plaatsvinden ingeperkt tot die huisartsen, die te kennen hebben gegeven zich als huisarts te willen vestigen. Dit betekent dat verschillen in vestiging tussen vrouwen en mannen die voortvloeien uit verschillen in keuze voor een bepaalde medische studierichting, motivatie, opleiding etc. niet geproblematiseerd zullen worden.

De probleemstelling wordt door deze inperking nog wat aangescherpt. Het gaat om academisch geschoolden die allen te kennen hebben gegeven zich als huisarts te willen vestigen en die wat leeftijd en beroepsopleiding betreft geen verschillen vertonen tussen vrouwen en mannen. Dat er ondanks deze gelijke startpositie toch verschillen in vestiging optreden tussen vrouwen en mannen - zoals is getoond in bovenvermelde empirische gegevens - zal dan ook moeten worden toegeschreven aan het punt waarop deze huisartsen wel verschillen, namelijk sexe. In dit onderzoek wordt onderzocht hoe verschil in sexe leidt tot verschil in vestiging.

1.3. Opzet van het boek

Het onderzoek waarvan hier verslag wordt gedaan, kan worden gekenschetst als toegepast theoretisch onderzoek. Het theoretisch aspect zal tot uiting komen in de constructie van een verklarend model. Dit model wordt opgebouwd rond een keuzemodel, waarin het realiseren van een vestiging als een reeks van opeenvolgende keuzen wordt geduid. Deze keuzen worden gemaakt onder restrictieve omstandigheden. Verschillen in het percentage vrouwelijke en mannelijke huisartsen dat een vestiging realiseert worden hier opgevat als het resultaat van in-

dividuele keuzeprocessen. Toetsing van dit model bij de beroepsgroep huisartsen zal inzicht verschaffen in de werking van processen, die ertoe leiden dat vrouwelijke huisartsen voornamelijk in de minder zelfstandige vestigingswijzen terecht komen.

Dat het gaat om een toepassingsgericht onderzoek, blijkt uit de verbinding die zal worden gelegd tussen de resultaten die worden gevonden bij toetsing van het geconstrueerde model en het (overheids)beleid op het gebied van emancipatie en beroepskrachtenplanning binnen de gezondheidszorg.

Het boek heeft de volgende structuur.

In het navolgende deel van dit eerste hoofdstuk worden de geformuleerde probleemstellingen tegen een maatschappelijke achtergrond geplaatst. Ingegaan wordt op de bemoeienissen van de overheid op het terrein van emancipatie van vrouwen, vooral de beroeps participatie van vrouwelijke huisartsen; op de discussies binnen de beroepsgroep over vraag naar en aanbod van huisartspraktijken en op de meningen van patiënten(verenigingen) ten aanzien van vrouwelijke en mannelijke hulpverleners. Hoofdstuk 2 gaat in kort bestek op de geschiedenis van vrouwelijke (huis)artsen in. Voor Nederland zowel als voor enkele andere landen wordt een schets gegeven van de problemen die de intrede van vrouwelijke artsen in het beroep met zich heeft meegebracht. Moeilijkheden die gepaard gaan met de aanwas van vrouwelijke artsen binnen het beroep, monden uit in de hedendaagse problematiek rond de positie van de vrouwelijke artsen. Alhoewel de concrete situatie van land tot land verschilt, komt uit de vergelijking van de historische schetsen vooral de gemeenschappelijke problematiek waarmee vrouwelijke artsen hebben te kampen naar voren.

Vervolgens zal in de onderzoeksliteratuur worden nagegaan of het hier gestelde probleem wordt onderkend, welke aspecten de nadruk krijgen en welke - theoretische - verklaringen voor verschillen in beroepsuitoefening worden aangevoerd.

Uit de probleemomschrijvingen en verklaringen die in de (onderzoeks)literatuur worden aangedragen, zullen die elementen worden geselecteerd die een bijdrage kunnen leveren aan de verklaring van de ongelijkheid in beroepsuitoefening. Met gebruikmaking van deze elementen - uit verschillende theorieën -

zal in hoofdstuk 3 een theoretisch model geconstrueerd worden, waarmee de geconstateerde vestigingsverschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen kunnen worden verklaard. Dit theoretisch model - dat in principe op meer beroepsgroepen kan worden toegepast - zal gespecificeerd worden voor de beroepsgroep huisartsen.

Opzet en uitvoering van het empirisch onderzoek ter toetsing van implicaties van het model komen in hoofdstuk 4 aan de orde. Het onderzoek heeft een longitudinale opzet; een cohort afgestudeerde huisartsen wordt gedurende een vijftal jaren gevolgd bij de pogingen een huisartspraktijk te bemachtigen. Verder worden de keuze van de onderzoekspopulatie, de te verzamelen onderzoeksdata en de gehanteerde onderzoeksmethoden nader uitgewerkt.

Het theoretisch model dat in hoofdstuk 3 geconstrueerd is, bestaat uit twee stappen; hypothesen uit de eerste stap van dit model worden in de hoofdstuk 5 empirisch getoetst en hypothesen uit de tweede stap in hoofdstuk 6.

De eerste helft van de hoofdstukken 5 en 6 kunnen gekenschetst worden als de brug tussen het in hoofdstuk 3 geconstrueerde theoretisch model en de concrete, te verwachten onderzoeksresultaten. Deze brug wordt geslagen door uit het voor huisartsen gespecificeerde model hypothesen af te leiden en deze hypothesen op hun beurt weer uit te werken tot empirisch te toetsen voorspellingen. Bij de uitwerking van het theoretisch model wordt aangegeven hoe de te verwachten resultaten moeten zijn om de voorspellingen te kunnen aannemen.

In de eerste stap van het theoretisch model wordt verklaard hoe het komt dat vrouwelijke huisartsen naar de minder zelfstandige vestigingswijzen op zoek gaan. Deze verklaringen worden in hoofdstuk 5 empirisch getoetst.

De tweede stap van het theoretisch model geeft een verklaring voor verschillen in de kans op het realiseren van de gezochte vestigingswijzen. De verklaringen daarvoor worden in hoofdstuk 6 aan empirische toetsing onderworpen.

In hoofdstuk 7 wordt het procesmatig verloop van het zoeken naar een praktijk in kaart gebracht. Aan de hand van logboeken die door een groep zoekende huisartsen gedurende een periode dag voor dag is bijgehouden, is nagegaan of dit zoekproces voor vrouwelijke zoekenden anders verloopt dan voor mannelijke

zoekenden.

In hoofdstuk 8 wordt de andere kant van de huisartspraktijkenmarkt belicht. Met behulp van diepte-interviews onder een groep gevestigde huisartsen is nagegaan op welke wijze huisartsen die hun praktijk willen overdragen of willen associëren aan geschikte kandidaten komen. Daarbij is vooral aandacht besteed aan de vraag of gevestigden een voorkeur hebben voor een mannelijke kandidaat en of geslacht bij de selectie van de kandidaten een rol speelt.

Met slotbeschouwingen over de gehanteerde onderzoeksstrategie en de toepassing van de onderzoeksresultaten voor beleidsstrategieën wordt het boek afgesloten.

1.4. Probleemstelling geplaatst tegen de maatschappelijke achtergrond

Vrouwelijke huisartsen vestigen zich relatief minder vaak en minder vaak zelfstandig dan mannelijke huisartsen; dat is uit empirische gegevens gebleken. In de volgende paragrafen willen we dit gegeven tegen een maatschappelijke achtergrond plaatsen. Nagegaan wordt hoe de meest betrokken groeperingen tegen dit verschijnsel aankijken.

Ten eerste zal de bemoeienis van de overheid - die een belangrijke verantwoordelijkheid heeft op het gebied van de structuur en het functioneren van de gezondheidszorg - worden onderzocht. Ten tweede wordt nagegaan hoe de beroepsgroep huisartsen tegen de ongelijke beroepsparticipatie van vrouwelijke en mannelijke huisartsen aankijkt in de beleidsnota's, voorstellen, maatregelen etc.

Een derde groep direct betrokkenen vormen de patiëntenorganisaties. Ook daar stellen we de vraag wat deze consumenten van gezondheidszorg vinden van de ondervertegenwoordiging van vrouwelijke huisartsen binnen het beroep.

1.4.1. Benadering van het probleem door de overheid

De uitgangspunten van de overheid met betrekking tot verschillen tussen vrouwen en mannen in beroepsparticipatie zijn geëxpliciteerd in het emancipatiebeleid van de overheid. Dit emancipatiebeleid is te kenschetsen als facetbeleid; dat wil zeg-

gen dat de doelstellingen van het emancipatiebeleid bij nage-
noeg elk ministerie een facet van het beleid vormen en dat
effectief beleid alleen realiseerbaar is als het dwars door de
departementen heenloopt.

Vanaf 1974 maakt het emancipatiebeleid deel uit van het over-
heidsbeleid. Sindsdien, zo wordt in het Beleidsplan Emancipa-
tie 1985 gesteld, is de verandering in opvattingen en gedrag
bij vele mannen en vrouwen aanzienlijk geweest. Dit heeft ech-
ter niet geleid tot een wezenlijke vermindering van de maats-
schappelijke ongelijkheid tussen vrouwen en mannen. "Het kabi-
net is van oordeel dat het niet volgen van maatschappelijke
ontwikkelingen door een meer op structurele veranderingen ge-
richt emancipatiebeleid zou leiden tot onaanvaardbare hoge
maatschappelijke kosten."

Definieert het kabinet in 1977 emancipatie als het probleem
van een achtergestelde groep (in: Emancipatie, proces van ver-
andering en groei), in het Beleidsplan Emancipatie uit 1985
worden vernieuwde uitgangspunten geformuleerd. Het gaat er in
de laatstgenoemde nota veeleer om "te bereiken dat het ver-
schil tussen seksen als element in de maatschappelijke organi-
satie niet langer het effect heeft, dat systematisch de feite-
lijke mogelijkheden voor de ene groep kleiner zijn dan voor de
andere". Vaak wordt over het hoofd gezien dat niet alleen
traditionele waardenpatronen en socialisatieprocessen tot een
rolverdeling tussen vrouwen en mannen leiden, "maar dat ook
allerlei maatschappelijke structuren, instituties en het door
de overheid gevoerde beleid deze rolverdeling sanctioneerden.
Want ook (.....) is de overheid is geen neutrale instantie ten
aanzien van sekseverschillen".⁷

"De traditionele opvattingen en verwachtingen ten aanzien van
vrouwen en mannen en de maatschappelijke ongelijkheid tussen
hen, worden ook aangetroffen in de organisatie van het hulp-
aanbod in de gezondheidszorg" zo wordt in de nota uit 1985 ge-
steld. De invloed van stereotype opvattingen over vrouwen en
mannen in de medische wereld is vooral groot omdat "het aantal
vrouwelijke artsen nog steeds aanzienlijk geringer is dan het
aantal mannelijke artsen (.....). Vrouwelijke artsen hebben
bovendien veelal minder status dan hun mannelijke collega's".
Maatregelen en beleidsvoornemens om de gesignaleerde problemen

op het terrein van de gezondheidszorg aan te pakken worden voornamelijk voorgesteld op het gebied van vrouwenhulpverlening, zelfhulpgroepen en onderzoek op deze gebieden. In de laatste van de negen beleidsvoornemens uit het beleidsplan wordt aangegeven dat "de toeneming van de aantallen vrouwelijke huisartsen en specialisten zullen worden bevorderd".⁸

Een overzicht van de beleidsvoornemens met betrekking tot het emancipatiebeleid in de periode 1987-1990 geeft het Actieprogramma Emancipatiebeleid 1987-1990. Dit actieplan bouwt voort op het beleidsplan uit 1985. Men stelt daarin dat "een nadere concretisering van beleidsvoornemens gewenst is om realisering van de doelstellingen (uit Beleidsplan 1985) dichterbij te brengen". Onder het thema 'sociaal-economisch beleid' vinden we deze nadere concretisering. "In de jaarlijks door het ministerie van WVC uit te voeren evaluatie van de gevolgen van het Besluit vestiging en omvang van huisartspraktijken zal de specifieke vraag naar vrouwelijke huisartsen mede worden betrokken".

Er heeft echter nooit een jaarlijkse evaluatie plaatsgevonden en het vestigingsbeleid voor huisartsen zal rond 1991 worden ingetrokken.

Het meest concreet zijn de regeringsnota's over de beroepskrachtenplanning in de gezondheidszorg. In de planning uit 1986 wordt een schets gegeven van de te verwachten ontwikkelingen waarbij de arbeidsmarktsituatie rond het jaar 2000 als uitgangspunt is gekozen. Het beeld dat in deze planning wordt geschetst over de beroepsdeelname van vrouwelijke huisartsen is positief. Het percentage vrouwelijke huisartsen op het totaal aantal huisartsen is gestegen tot 8% in 1985 en "het aandeel van de vrouwen bij de nieuw gevestigde huisartsen (.....) komt overeen met hun aandeel in het aantal afgestudeerden bij de huisartsenopleiding".⁹

Opmerkelijk is dat deze schets allerm minst overeenstemt met de empirische gegevens uit de eerste paragraaf van dit hoofdstuk. Dit is des te opmerkelijker daar de gegevens in beide gevallen zijn ontleend aan het informatiesysteem van het NIVEL. We komen hier aan het einde van dit hoofdstuk op terug. Voor mogelijke belemmeringen die vrouwelijke huisartsen onder-

vinden bij vestiging, wordt in de beroepskrachtenplanning 1986 verwezen naar onderzoek van het NHI (Kortenhoeven, 1985). De beleidsaanbevelingen waarmee dit onderzoeksrapport is afgesloten zijn in de planning overgenomen. Van een aantal aanbevelingen wordt opgemerkt dat de Emancipatieraad in dezelfde zin heeft geadviseerd; van de aanbeveling over betere voorzieningen voor kinderopvang wordt gesteld dat de regering daar ook belang aan hecht. De meest vergaande aanbeveling uit het rapport namelijk om een bepaald percentage vrouwelijke huisartsen in een regio verplicht te stellen, wordt van de hand gewezen. "Het ligt in het kader van de de-regulering niet voor de hand om bij het vestigingsbeleid aan de gemeenten voor te schrijven hoe hoog het percentage vrouwelijke huisartsen zal moeten zijn".¹⁰ Deze reacties op de beleidsaanbevelingen uit het onderzoeksrapport uit 1985 leveren echter geen enkele concrete beleidsmaatregel op.

De 'notitie' uit 1988, die als voorbereiding dient voor de beroepskrachtenplanning 1988, geeft inzicht in de ontwikkelingen en de te verwachte ontwikkelingen (tot het jaar 2010) betreffende de vraag naar en het aanbod van huisartsen.¹¹ Het beeld dat wordt geschetst over verschillen in beroepsdeelname van vrouwelijke en mannelijke huisartsen, komt overeen met de - door ons in twijfel getrokken - schets uit de beroepskrachtenplanning 1986 (we komen hierop terug in de conclusie). Op basis van deze - te rooskleurige - schetsen blijven beleidsmaatregelen op dit terrein achterwege.

1.4.2. Benadering van het probleem door de beroepsgroep huisartsen

Voor de visie van de beroepsgroep gaan we te rade bij de beroepsorganisatie van huisartsen: de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). De LHV is sinds de jaren veertig de representatieve beroepsorganisatie voor alle Nederlandse huisartsen. In juni 1979 heeft de LHV aan haar ledenvergadering de volgende vraag voorgelegd: "Zien de leden van de LHV de vestiging van huisartsen als een gemeenschappelijk probleem en willen zij met het Centraal Bestuur aan een vestigingsbeleid werken binnen een tijdsbestek van anderhalf jaar?" Na een discussie met de achterban worden op de ledenvergadering in april 1980, "drieëntwintig onverbrekkelijk met elkaar verbonden uitgangs-

punten voor een vestigingsbeleid aangenomen". In punt 22, dat gaat over de spreiding van huisartsen over Nederland, wordt de "bereikbaarheid van de huisarts" uitsluitend opgevat als geografische bereikbaarheid. Punt 23 heeft betrekking op aanstaande huisartsen. Gesteld wordt daarin dat "een vestigingsbeleid de mogelijkheid tot het functioneren van de aanstaande huisarts ten goede komt. In deze zin acht de LHV zich verantwoordelijk, ook voor de aanstaande huisartsen". In geen der punten komt de vestigingsproblematiek van de vrouwelijke huisartsen aan de orde.

Op basis van deze uitgangspunten wordt de nota Vestigingsregelingen van de LHV (1981) opgesteld. Ook daar wordt niet ingegaan op de verschillen in vestiging tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen. De Vestigingsregelingen van de LHV worden in maart 1983 van kracht; het gaat om een privaatrechtelijke regeling.

Inmiddels wordt van overheidswege gewerkt aan een wettelijke regeling van het vestigingsbeleid in het kader van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. "De LHV is van mening dat haar privaatrechtelijke regeling na invoering van het wettelijk systeem de status krijgt van een aanvulling daarop", zo wordt in de nota Vestigingsregelingen gesteld. De wettelijke regeling: 'Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen' treedt op 1 februari 1986 in werking.¹² Maatregelen om de achterstand in vestiging van vrouwelijke huisartsen in te halen of weg te werken worden daarin niet voorgesteld.

Een belangenvereniging die specifiek voor de belangen van de vrouwelijke artsen opkomt, is de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA). "Omdat de vrouwelijke artsen, ondanks het hoge percentage dat aan de arbeidsmarkt deelneemt, een kwantitatieve minderheid vormt binnen de artsenwereld, dreigt het gevaar dat haar belangen niet ten volle worden vertegenwoordigd door de daartoe geëigende lichamen" (Van Dijk, 1983). Om daar in de toekomst verandering in te brengen worden training en kadervorming van vrouwen als aandachtspunten opgevoerd op een symposium in 1983 ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van de VNVA.

In 1980 wordt - mede door de VNVA - de werkgroep vrouwelijke

huisartsen opgericht. De taakopdracht van de werkgroep is tweeledig. Ten eerste krijgt de werkgroep als taak te inventariseren met welke problemen in het bijzonder vrouwelijke huisartsen worden geconfronteerd bij het vinden van passend werk, bij vestiging als huisarts en bij het functioneren als huisarts. Hierbij wordt de werkgroep tevens gevraagd advies uit te brengen over de wegen waarlangs de geïnventariseerde problemen opgelost kunnen worden.

X Ten tweede wordt gevraagd de specifieke inbreng van vrouwelijke huisartsen in de gezondheidszorg te beschrijven en het nut of de noodzaak aan te geven om daar bij de spreiding van huisartsenzorg rekening mee te houden. De laatste taak wordt echter door de werkgroep teruggegeven. Vrouwelijke huisartsen willen dezelfde kansen hebben als hun mannelijke collegae en ook bij vestiging zal eenzelfde gelijkwaardigheid moeten gelden, is haar standpunt (Interim-rapportage LHV, 1981).

In een - niet gedateerde - rapportage wordt een opsomming gegeven van de problemen waarmee vrouwelijke huisartsen geconfronteerd worden. Conform de opdracht oriënteert de werkgroep zich ook over de wegen waarlangs de geïnventariseerde problemen kunnen worden opgelost. Wanneer de vrouwelijke huisarts haar mening wil laten horen - zo besluit het rapport - dan zal zij numeriek beter vertegenwoordigd moeten zijn in bestuurs- en beleidsorganen. Dat is op korte termijn door gebrek aan mankracht(!) niet te realiseren (Rapportage Werkgroep Vrouwelijke Huisartsen).

In de jaren tachtig richt de aandacht van de vrouwelijke artsen zich in toenemende mate op de problematiek rond de vrouwenhulpverlening. Vanuit kritiek op de masculiene en technologische gezondheidszorg bepleiten sommige groepen vrouwelijke hulpverleners datgene wat de werkgroep vrouwelijke huisartsen als taakopdracht heeft teruggegeven, namelijk: de specifieke inbreng van vrouwelijke artsen binnen de gezondheidszorg. Dit is tevens de basis waarop voor toename van vrouwelijke hulpverleners wordt gepleit. En ook hier blijkt dat de conclusie uit het rapport van de Werkgroep Vrouwelijke Huisartsen nog niets aan actualiteit heeft ingeboet. Op een studiedag van de Werkgroep 'Vrouwenstudies Geneeskunde' wordt geconstateerd dat groeperingen die zich bezighouden met vrouwengezondheidszorg

beter vertegenwoordigd zijn op het hulpverleningsvlak dan op beleidsniveau (Dukkers van Emden, 1988).

Een voorzichtige stap in de richting van training en kader-
vorming wordt in 1987 gezet door de VNVA. Deze vereniging
heeft binnen haar gelederen een training opgezet op experimen-
tele basis voor vrouwen die zich willen bekwamen voor bestuur-
lijke functies. Daarnaast tracht de vereniging vertegenwoordi-
ging van vrouwen in bestuurs- en beleidsfuncties te stimule-
ren; te beginnen bij de eigen vakorganisatie (Geneeswijze
vrouwen, 1988).

1.4.3. Benadering van het probleem door patiëntengroeperin- gen

In het midden van de jaren '70 komen verschillende vrouwen-
groeperingen in verzet tegen de manier waarop vrouwen worden
behandeld in de gezondheidszorg. Deze onvrede komt onder meer
tot uiting in het opzetten van zelfhulpgroepen in vrouwenhui-
zen, de oprichting van groepen rond specifieke vrouwengezond-
heidsproblemen - zoals bijvoorbeeld de Vrouwen In De Overgang
(VIDO-)groepen - en de oprichting van vrouwengezondheids-
centra.

In de daarop volgende jaren verschuift het accent van erken-
ning van vrouwen-gezondheidsproblemen naar vrouwenhulpverle-
ning. In een deeladvies van de projectgroep Vrouwenhulpverle-
ning van het Ministerie van Sociale Zaken wordt deze hulpver-
lening omschreven als een hulpverlening waarin "vrouwen bewust
werken vanuit de visie dat problemen van vrouwen vaak te maken
hebben met haar socialisatie en met haar positie als vrouw in
deze maatschappij" (1986). Men verwacht dat vrouwelijke artsen
veel meer dan mannelijke artsen vanuit dat perspectief zullen
werken. Daarnaast speelt de ervaringsdeskundigheid een belang-
rijke rol bij de vrouwenhulpverlening. Binnen de vrouwenge-
zondheidsbeweging wordt door de leden dan ook al jaren aange-
drongen op meer vrouwelijke artsen, met name huisartsen en
gynaecologen.

Landelijk representatief onderzoek onder patiënten naar de be-
hoefte aan vrouwelijke artsen is niet voorhanden. Uit een pro-
bleemverkenkend onderzoek onder vrouwen en mannen komt naar
voren dat de voorkeur voor vrouwelijke artsen te maken heeft

met drie dimensies: aard van de klacht, verwachtingen die de patiënt heeft ten aanzien van de hulpverlener en ervaringen die patiënten hebben opgedaan binnen en buiten de gezondheidszorg (Hijmans, 1987).

Bij het kiezen van een arts blijkt volgens het onderzoek, identificatie belangrijk. Voor de vrouwelijke patiënten is het scala aan identificatiemogelijkheden met een vrouwelijke arts groter dan in het geval van een mannelijke arts.

Gebieden waarop vrouwelijke patiënten vooral een voorkeur voor een vrouwelijke arts uitspreken zijn: huisartsgeneeskunde, gynaecologie, verloskunde, chronische en/of ernstige ziekten (in het bijzonder borst- en baarmoederhalskanker) en psychiatrie. Voor de overige specialisaties is de behoefte aan een vrouwelijke arts minder groot, maar hebben de patiënten zeker geen bezwaar tegen een vrouwelijke hulpverlener.

In het onderzoek wordt de verwachting uitgesproken dat de vraag naar vrouwelijke artsen zal toenemen, omdat patiënten in toenemende mate het belang van een goede patiënt-arts-relatie en de bijzondere deskundigheid van vrouwelijke artsen beklemtonen.

Een indicatie voor de behoefte aan vrouwelijke huisartsen verschaft eveneens een enquête die in 1987 is gehouden onder alle Nederlandse gemeenten (De Bakker, 1987). Sinds de invoering van een wettelijke regeling op het gebied van vestiging en praktijkomvang van huisartsen, is de gemeente de bevoegde instantie voor de afgifte van vergunning tot vestiging van huisartsen. De gemeente is daarbij gebonden aan wettelijke normen aangaande de capaciteit en de spreiding van huisartsen. Bovendien moet de gemeente zich laten adviseren door een vestigingscommissie. Heeft een gemeente bepaalde wensen (buiten de wettelijke vastgelegde regels) dan kan de gemeente deze kenbaar maken aan de vestigingscommissie met het verzoek, om daar in het op te stellen advies rekening mee te houden.

Uit de enquête is gebleken dat het streven naar meer vrouwelijke huisartsen hoog scoort op de 'verlanglijstjes' van de gemeenten; meer dan de helft van de zelfstandige gemeenten spreekt dit als wens uit.

Daarnaast kan een gemeente invloed uitoefenen op de de samenstelling van de vestigingscommissies.

Op deze mogelijkheid zijn de gemeenten in een circulaire (uit 1985) geattendeerd, nadat de Tweede Kamer - via de vaste commissie voor volksgezondheid - vragen had gesteld over de uitvoering van de wettelijke regeling voor huisartsen. In deze circulaire stelt de staatssecretaris van WVC: "Eveneens is het van belang dat bij de samenstelling van de commissies aandacht is voor de positie van de vrouwelijke huisarts. Een deelname van vrouwelijke huisartsen in de commissie lijkt mij vanuit emancipatoir oogpunt gewenst. Te meer daar ook hier regelmatig sprake is van een specifieke vraag van - vrouwelijke - patiënten welke mede ten grondslag ligt aan de vestiging van een deel van deze vrouwelijke huisartsen".

Uit de eerder genoemde enquête die door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (in 1987) is gehouden blijkt echter dat in omstreeks de helft van de commissies vrouwelijke leden geheel ontbreken. Het aandeel van vrouwelijke huisartsen in vestigingscommissies is nog aanmerkelijk geringer, 14% bij zelfstandige gemeenten en 7% bij samenwerkenden gemeenten.

Naast de behoefte aan vrouwelijke huisartsen zijn ook de mogelijkheden tot het kiezen van een arts van belang. De vrije artskeuze is wettelijk gewaarborgd in de ziekenfondswet: "De verzekerde wordt de keuze gelaten uit personen en instellingen, (met wie het ziekenfonds een overeenkomst heeft afgesloten) voorzover deze in zijn woonplaats of in de naaste omgeving daarvan hun praktijk uitoefenen of gevestigd zijn"¹³.

Ook in het zogenoemde blauwe boekje: 'Gedragsregels voor artsen' van de artsenorganisatie KNMG (1984), wordt gesteld dat de arts het recht van de vrije artskeuze aan de zijde van de patiënt zal eerbiedigen. Of sexe daarbij ook als keuzemogelijkheid gezien wordt valt zeer te betwijfelen.

Formeel heeft de patiënt dus het recht om zelf te bepalen welke arts men kiest. Over de aanwezigheid van keuzemogelijkheden wordt in genoemde regelingen echter met geen woord gerept. Gegeven het geringe percentage praktizerende vrouwelijke huisartsen, zal het formele recht tot kiezen lang niet altijd daadwerkelijk kunnen worden geëffectueerd.

1.4.4. Conclusie

Vatten we de visies van de meest betrokken partijen op de achterstand van vrouwelijke huisartsen in beroepsuitoefening

samen, dan kunnen we daaruit het volgende concluderen.

In het emancipatiebeleid van de overheid wordt de achterstand van vrouwen op het terrein van arbeidsparticipatie als een structureel probleem gedefinieerd. Maatregelen om een meer evenwichtige verdeling van de beschikbare huisartspraktijken te bevorderen tussen vrouwelijke en mannelijke afgestudeerden, blijven echter achterwege. Dat geen beleidsmaatregelen worden getroffen, is mede te wijten aan een onjuiste interpretatie van empirische gegevens.

Verschillen in vestiging tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen worden niet afgemeten aan het aandeel van de vrouwelijke beroepsbeoefenaren binnen de beroepsgroep, dat slechts 10% bedraagt, maar aan een vergelijking tussen niet vergelijkbare grootheden. Vergeleken wordt namelijk het percentage vrouwelijke huisartsen dat gedurende één jaar de huisartsenopleiding voltooide, met het percentage vrouwelijke huisartsen - uit een aantal jaargroepen - dat zich gedurende één jaar heeft gevestigd. Uit het - te rooskleurige - resultaat van deze vergelijking wordt de conclusie getrokken dat speciale beleidsmaatregelen op dit terrein niet nodig zijn.

Een correcte vergelijking (van hetzelfde cijfermateriaal) leert ons echter dat er wel degelijk sprake is van een achterstand in vestiging van vrouwelijke huisartsen. Nemen we een jaargroep afgestudeerden en vergelijken we het percentage vrouwelijke en mannelijke artsen uit diezelfde jaargroep dat precies één jaar na afstuderen is gevestigd, dan ligt dit percentage voor vrouwelijke artsen zo'n 10% lager dan dat van mannelijke artsen. Deze achterstand van vrouwelijke huisartsen in vestiging is precies twee jaar na afstuderen opgelopen tot zo'n 15% (vergelijk voor een langere periode de cohortcijfers uit hoofdstuk 1, pagina 3).

Op basis van deze uitkomsten zou de afweging over het treffen van beleidsmaatregelen hebben moeten plaatsvinden.

De houding van de beroepsgroep huisartsen ten opzichte van de ondervertegenwoordiging van de vrouwelijke huisartsen binnen het beroep hebben we afgeleid uit discussienota's en beleidsstukken. Het is veelzeggend dat in deze stukken de positie van de vrouwelijke huisartsen niet als probleem ter sprake wordt gebracht. Pogingen van een werkgroep vrouwelijke huisartsen om

de beroepsgroep voor dit vraagstuk te interesseren, blijven steken in een inventarisatie van belemmeringen. Illustratief voor deze houding is een zinsnede uit een verslag van het rapport van vrouwelijke artsen: "Noch van KNMG-zijde, noch van de zijde der maatschappelijke verenigingen werd een mannelijke collega bereid gevonden aan de werkzaamheden van de commissie mee te werken".¹⁴

De werkgroep van vrouwelijke huisartsen blijkt niet in staat voldoende pressie uit te oefenen vanwege haar sterke ondervertegenwoordiging in bestuurs- en beleidsorganen.

Onvoldoende keuzemogelijkheden voor een vrouwelijke of mannelijke hulpverlener is binnen de patiënten/belangenverenigingen geen probleem dat op de voorgrond staat. Wel is uit de opkomst van de vrouwen-gezondheidszorgbeweging de onvrede - van vooral vrouwen - met de bestaande gezondheidszorg af te leiden. Binnen dat kader wordt dan ook geijverd voor meer vrouwelijke hulpverleners.

Concluderend kunnen we stellen dat het aandeel van de gevestigde vrouwelijke huisartsen binnen de beroepsgroep anno 1988 nog slechts zeer gering is (namelijk 10%) en dat deze problematiek - om uiteenlopende redenen - niet altijd als manifest probleem aan de orde wordt gesteld.

2 Historische ontwikkeling van beroepsdeelname van vrouwelijke artsen en verklaring voor de achterstand in beroeps participatie in de onderzoeksliteratuur

De toestroom van vrouwelijke medicijnenstudenten in de afgelopen jaren zal in de nabije toekomst de problematiek rond de beroeps participatie van vrouwelijke huisartsen duidelijker op de voorgrond doen treden. Beleidsmakers, beroepsbeoefenaren en patiënten/belangenverenigingen zullen in toenemende mate met de achterstand van vrouwelijke huisartsen in beroepsdeelname geconfronteerd worden.

Om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de beroeps participatie van vrouwelijke artsen is het zinvol om deze ontwikkeling in een historisch perspectief te plaatsen. Kennis van de historische ontwikkeling kan inzicht verschaffen in de factoren die een rol hebben gespeeld bij het binnendringen van vrouwen in het artsenberoep en bij de groei en stagnatie van de groei van het aantal vrouwen binnen het beroep. In het eerste deel van dit hoofdstuk zal een historische schets worden gegeven van de situatie van vrouwelijke artsen in Nederland en in enkele westerse landen.

De gestage groei van het aandeel van de vrouwelijke artsen binnen het beroep is zeker niet zonder strijd verlopen. In de loop der jaren is dan ook een groot aantal publikaties verschenen over de participatie van de vrouwelijke artsen binnen een zo traditioneel mannenberoep als het artsenberoep. En ook over de belemmeringen en de oorzaken van die belemmeringen voor vrouwelijke artsen en over de verklaringen hiervoor is veel geschreven. De verklaringen die in de literatuur worden gegeven voor verschillen in beroeps participatie zullen in het tweede deel van dit hoofdstuk centraal staan. We zullen ons daarbij de vraag stellen wat we kunnen leren uit deze ver-

klaringen en of we deze verklaringen kunnen inpassen in het theoretisch model dat we in hoofdstuk 3 zullen construeren.

2.1. Beroepsdeelname van vrouwelijke artsen in historisch perspectief

Een historische schets van de situatie van vrouwelijke artsen binnen het artsenberoep is een ontwikkelingsgeschiedenis waarvan de wortels in de vorige eeuw liggen. In 1865 vaardigt Thorbecke geneeskundige wetten uit die beogen het uitoefenen van de geneeskunst aan banden te leggen om daarmee de kwaliteit van het geneeskundig handelen beter te kunnen waarborgen. Vóór 1865 kan namelijk een ieder die meent geneeskundige krachten, kruiden of kwaliteiten te bezitten, vrijelijk de geneeskunst beoefenen, hetgeen naast kundige geneesheren ook een leger aan kwakzalvers en minder deskundige lieden tot gevolg heeft. Met de uitvaardiging van wetten wil men het kaf van het koren scheiden. Ieder die de geneeskunst wil uitoefenen moest een bewijs van bekwaamheid overleggen en de medische scholen en opleidingen die zo'n bewijs mogen afgeven moeten voortaan aan bepaalde wettelijke eisen voldoen.

De wettelijk erkende medische scholen en opleidingen worden aanvankelijk uitsluitend door mannelijke studenten bezocht. De heersende waarden- en normenpatronen en soms ook plaatselijke verordeningen in de negentiende eeuw, staan vrouwen niet toe om deel te nemen aan deze mannenwereld. De strijd van de vrouwelijke artsen vangt dan ook aan met de strijd van vrouwelijke studenten om tot de medische opleidingen te worden toegelaten.

Opleiding en toetreding van vrouwen tot het artsenberoep is ook in andere landen niet zonder strijd verlopen. Het is dan ook zinvol om een historische schets van de Nederlandse situatie van vrouwelijke artsen tegen een internationale achtergrond te plaatsen.

In het kader van dit onderzoek is het echter ondoenlijk om van een breed scala aan landen een historische schets te maken; we zullen enkele landen moeten selecteren. Bij de keuze van landen hebben we als criteria de organisatievormen van de medi-

sche beroepsarbeid gehanteerd. Deze organisatievormen kunnen uiteenlopen van staatsgeplande en centraal geleide organisatievormen tot vrij-ondernemerschap van de individuele beroepsbeoefenaren.

De hypothese dat de vrijheid die een beroepsgroep heeft om de setting waarin het beroep wordt uitgeoefend en de inhoud van het beroep zèlf te bepalen, samenhangt met het aandeel van vrouwelijke beroepsbeoefenaren binnen het beroep, is in een pilot-study door Kortenhoeven & Chatab (1987) geformuleerd.

In dit onderzoek hebben wij, naast Nederland, drie landen geselecteerd met een sterk uiteenlopende graad van professionele autonomie, namelijk de Sovjet-Unie waar een staatsgeplande organisatievorm bestaat, Groot-Brittannië waar de medische beroepsuitoefening op lokaal c.q. regionaal niveau is georganiseerd waarbij de staat de controle uitoefent, en de Verenigde Staten waar de organisatie van de medische beroepsuitoefening grotendeels aan het vrije ondernemerschap wordt overgelaten.

Met deze schetsen van de historische situatie van vrouwelijke artsen in enkele westerse landen, met een sterk uiteenlopende organisatie van medische beroepsarbeid, plaatsen wij de situatie van de vrouwelijke artsen in Nederland in breder perspectief.

2.1.1.1. Nederland

De geschiedenis van de vrouwelijke artsen in Nederland vangt aan in 1878; in dat jaar weet Aletta Jacobs als eerste Nederlandse vrouw de artsentitel te behalen. Een jaar later promoveert zij en vestigt zij zich als arts in Amsterdam waar zij al snel een grote praktijk opbouwt. Zij beperkt zich niet tot de verloskunde, maar beoefent de praktijk in volle omvang en berekent ook hetzelfde honorarium als haar mannelijke collega's. Daarmee plaatst zij zich op voet van gelijkheid met de mannelijke medici hetgeen haar beslist niet in dank wordt afgenomen.

Uit een polemiek uit 1898 tussen de gynaecoloog Prof.Dr. Treub en de psychiater Prof.Dr. Winkler is af te leiden hoe men in die dagen staat tegenover een academische opleiding voor

vrouwen.

Treub rekent - als voorstander - voor, dat het gewicht van de hersenen van vrouwen weliswaar lager ligt dan bij mannen, maar wanneer men daarbij rekening houdt met het totale lichaamsgewicht, de berekening in het voordeel van vrouwen uitvalt. Dat de kwantiteit nog niet alles zegt over de kwaliteit, pareert hij door het aanvoeren van wetenschappelijke werken van prominente vrouwen; zij blijven daarbij "echt vrouwelijk in denken en doen", zo benadrukt hij.

Winkler legt de taak van de vrouw in het moederschap: "intellectuele arbeid van enige omvang gaat ten koste van het sexuele leven". Volgens Winkler deugt een meisje niet voor de studie in medicijnen. "Geen vrouw kan dokter wezen in de volle omvang van het woord, haar fysiek laat het niet toe" (geciteerd in Pereira-d'Oliveira, 1973).

Meisjes behoren, volgens de toen gangbare opvattingen, thuis te blijven en zich in huishoudelijke taken te bekwamen als voorbereiding op het huwelijk. Het uitoefenen van een beroep door vrouwen wordt maatschappelijk nog wel getolereerd als het gaat om een typisch vrouwelijk beroep, zoals bijvoorbeeld onderwijzers, maar het uitoefenen van het artsenberoep door een vrouw wordt als onaanvaardbaar beschouwd.

De tweede vrouw die in Nederland de doktersgraad verwerft is Catharina van Tussenbroek in 1887; acht jaar later volgt Anna P.W.J. Stipriaan Luiscuis. Cornelia de Lange die in 1897 de titel behaalt is de eerste Nederlandse vrouw die tot hoogleraar wordt benoemd; in 1927 aanvaardt zij een leerstoel in de kindergeneeskunde.

De hoeveelheid literatuur die over de eerste vrouwelijke arts in Nederland is verschenen, staat in geen verhouding tot de literatuur over de situatie van haar vrouwelijke collega's gedurende de eerste helft van deze eeuw. Het lijkt wel of het voldoende is om te laten zien dat het verschijnsel vrouwelijke arts ook in Nederland voorkomt. Een schets van de situatie van vrouwelijke artsen uit die tijd moet dan ook slechts zeer globaal zijn en steunt op zeer summiere bronnen.

Uit een schets van de situatie van vrouwelijke artsen in 1913 - het jaar van de tentoonstelling 'de vrouw 1813-1913' -

blijkt dat er in dat jaar 72 vrouwelijke praktizerende artsen zijn en dat er 171 vrouwen medicijnen studeren (Pereira d'Oliveira, 1973).

Van deze praktizerende artsen heeft omstreeks eenderde een algemene praktijk. Dit betekent in die tijd dat de vrouwelijke artsen eigenlijk alleen vrouwen en kinderen als patiënt hebben. De ziekenfondsen hebben namelijk in contracten met vrouwelijke artsen vaak als bepaling dat zij geen mannen mogen behandelen. Ook het honorarium dat de ziekenfondsen en gemeenten met vrouwelijke artsen overeenkomen, ligt als regel - aanmerkelijk - lager dan dat van mannelijke artsen.

Het blijkt verder dat 18 vrouwelijke artsen in 1913 niet-praktizerend zijn vanwege haar huwelijk en dat 15 vrouwelijke artsen ~~haar~~^{hun.} man helpen in zijn artsenpraktijk.

Een tweede situatieschets ontleen wij aan Hermann (1984) die een overzicht geeft van het aantal vrouwelijke artsen en haar beroepswerkzaamheden in 1926 in Nederland en Nederlands-Indië. Er zijn dan ruim 200 vrouwelijke artsen, waarvan omstreeks 10% niet werkzaam is. De helft van de vrouwelijke artsen is gehuwd en in 60% van de gevallen is haar man een medicus.

De ongehuwden werken bijna allen full-time. Bij de gehuwde vrouwelijke artsen is dat omstreeks de helft, terwijl een kwart geen beroepsarbeid verricht.

In 1937 zijn er volgens het CBS in totaal 96 vrouwelijke artsen afgestudeerd. In een interview met Pereira d'Oliveira vertelt Chatarina van Tussenbroek echter dat er in 1913 al 105 vrouwen het artsdiploma bezaten.

Het verschil tussen deze cijfers is naar alle waarschijnlijkheid te wijten aan het niet opgeven van de naam van de echtgenoot; in de statistieken wordt de vrouw dan niet als vrouw herkend en meegeteld.

Met deze korte impressies moeten wij volstaan. Er bestaan nog wel wat oral histories over vrouwelijke artsen en ook zijn er wel enige beroepsinhoudelijke werken van prominente vrouwelijke artsen verschenen, maar daarin komt de situatie van de vrouwelijke artsen in Nederland niet aan de orde. Dit in tegenstelling tot landen als Engeland en de Verenigde Staten,

waar de achtergestelde situatie van vrouwelijke artsen ter discussie heeft gedaan en waar relatief veel onderzoek op dat terrein is verricht.

Tot aan de jaren zeventig zijn de vrouwelijke artsen in Nederland nagenoeg 'onzichtbaar' in de statistieken en in onderzoek en maken zij niet meer dan 3% van de beroepsgroep uit.

In 1971 wordt een enquête gehouden onder vrouwelijke artsen. Van de 417 vrouwelijke respondenten blijkt de helft (207) part-time te werken, 151 vrouwelijke artsen werken full-time en 59 vrouwen verrichten geen beroepsarbeid (Pereira d'Oliveira., 1973).

Tot 1973 kan iedere afgestudeerde arts zich als huisarts vestigen. In 1973 wordt een speciale opleiding tot huisarts ingevoerd en sindsdien moeten alle nieuw gevestigden de huisartsopleiding gevolgd hebben om als huisarts te mogen praktiseren.

Begin van de jaren tachtig verschijnt een aantal publikaties over de situatie van vrouwelijke huisartsen. Het gaat daarbij vooral om een inventarisatie van belemmeringen die vrouwelijke artsen ondervinden.

De plaats en plicht van vrouwelijke artsen worden door Van der Loef-Manschot e.a. (1979) beschreven. Zij stelt dat binnen de medische professie als norm geldt dat een arts full-time beschikbaar dient te zijn. Een norm die past binnen het mannelijk beroepspatroon, maar die vrouwen op indirecte wijze discrimineert.

De arbeidspositie van vrouwelijke artsen in dienstverband wordt in 1980 door een werkgroep van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband aan de orde gesteld. In vervolg op dit rapport wordt door een commissie binnen de KNMG het rapport 'Problematiek van de vrouwelijke arts' (1983) uitgebracht.

Een ander meer cijfermatig overzicht verschijnt in dezelfde periode (Groenewegen, 1981). Genoemd dienen ook te worden twee congresbundels van de VNVA (1978 en 1983). In deze publikaties komen als belangrijkste onderwerpen naar voren:

- Opbouw van een beroeps carrière die voor vrouwen vaak samenvalt met de opbouw van een partner-relatie en een gezin, waarbij de vrouw gezinstaken krijgt toebedeeld
- De opstelling van werkgevers en collega's
De beroepsarbeid van vrouwen dient ingepast te worden in de bestaande werkpatronen, hetgeen full-time beschikbaarheid vergt; een situatie die moeilijk is te verenigen met huishoudelijke en gezinstaken
Ook verschillen in persoonlijkheidsstructuur worden in dit kader te berde gebracht; de 'mannelijke' karaktertrekken vormen de norm waaraan vrouwen zich moeten aanpassen (vergeleijk ook Goosman, 1978)
- Onregelmatige werktijden binnen het artseneroep vormen voor vrouwen een handicap vanwege gezinsverplichtingen.
- Uitstel of onderbreking van de beroeps carrière in verband met het krijgen en opvoeden van kinderen (Van Doorne-Huiskes e.a., 1983)
- Formele regelingen zoals fiscale regelingen, pensioenregeling, arbeidsongeschiktheidsregeling die zelfstandig werkende vrouwen sterker belemmeren dan mannen.
- Ondervertegenwoordiging van vrouwelijke artsen in bestuurs- en besluitvormingsorganen

Een probleem dat afzonderlijk aandacht krijgt in rapporten en artikelen is de schaarste aan dienstverbandplaatsen en part-time arbeid & part-time opleidingen. Hierbij staat niet alleen de problematiek rond een combinatie van beroepsarbeid en gezinstaken voor vrouwelijke huisartsen centraal, maar ook - en soms vooral - de schaarste aan arbeidsplaatsen bij een toenevend aantal afgestudeerde huisartsen (WWHA, 1980; Goudsblom-Oestreicher, 1981; LAMDOA, oktober en november 1983; Van Es, 1983; Boerma e.a., 1983; De Wijn e.a., 1984 en 1985).

De meer beleidsmatige gezichtspunten hebben wij reeds in hoofdstuk 1.4 aan de orde gesteld.

In de bovengenoemde publikaties ligt het accent vooral op signalering van de problematiek rond de situatie van vrouwelijke artsen en de beschrijving ervan. Ter ondersteuning van het betoog worden soms empirische gegevens aangevoerd. Het gaat in deze probleembeschrijvingen voornamelijk over de

Nederlandse situatie. De situatie van vrouwelijke artsen in andere landen komt in de volgende paragrafen aan de orde.

2.1.2. De Verenigde Staten

In de negentiende eeuw kunnen vrouwen in de Verenigde Staten wel een medische opleiding krijgen maar slechts aan bepaalde scholen, namelijk de 'secretarian schools of lesser prestige'. Vrouwen zijn 'excluded from the regular medical schools'. De weinige vrouwen die erin slagen om toegelaten te worden tot deze scholen en eenzelfde opleiding ontvangen als mannen, worden "ostracized by the medical societies that controlled consultant referrals". Het is deze vrouwen ook niet toegestaan om te werken in "dispensaries and clinics run by regular physicians". Maar "women were able to compensate for their excommunication by forming female-dominated medical circles" en door ideeën over 'true motherhood' hoog in haar vaandel te zetten (Lorber, 1984; Morantz Sanchez, 1985). Ze behandelen uitsluitend vrouwen en kinderen.

In 1849 slaagt Elizabeth Blackwell er als eerste vrouwelijke arts in haar kwalificatie als arts te behalen aan een 'regular medical college' in New York. Alhoewel Blackwell haar graad heeft behaald aan een 'regular college', is ze niet welkom als lid van de medische wereld in New York. In haar autobiografie uit 1875 vertelt ze: "I had no companionship, the profession stood aloof, and society was distrustful of the innovation(...) I was advised to form my own dispensary". En dat doet ze; in 1857 opent ze de 'New York Infirmary for Women and Children'. Het is het eerste hospitaal in de Verenigde Staten dat een vrouwelijke staf heeft.

Haar voorbeeld wordt in 1862 gevolgd door Marie Zakrzewska die het 'New England Hospital for Women and Children' opricht. Beide hospitalen worden gefinancierd door 'wealthy women, who served as trustees' en die de gegoede cliëntèle vormen van de vrouwelijke artsen die het hospitaal beheren.

Zowel voor mannelijke als voor vrouwelijke artsen geldt in de Verenigde Staten van de negentiende eeuw dat succes in beroeps carrière afhangt van "attracting a circle of wealthy and socially prominent patrons and in setting up their own networks of schools, hospitals and dispensaries" (Starr, 1982).

En zo ontstaan er gescheiden beroepswerelden voor vrouwelijke en mannelijke artsen, met eigen opleidings- en beroepstrainingen en met eigen hospitalen.

Dat zelfs in 1917 nog een aantal medische scholen weigert vrouwen toe te laten blijkt uit een brief die Joseph Erlanger - verbonden aan Washington University Medical School - aan 68 medische scholen (met een hoge status, namelijk klasse A) zendt, om de mogelijke toelating van vrouwelijke studenten te peilen. Hij ontvangt antwoord van 55 scholen die vrouwen toelaten en van 11 scholen die dat niet doen. "The responses provide a fascinating look at the uneven and complex nature of institutional discrimination against women students", zo vat Morantz Sanchez (1985) deze brieven samen.

De eerste vrouwelijke artsen moeten haar plaats binnen de medische professie hard bevechten. Zowel de voor- als tegenstanders "connected womanhood with the guardianship of home and children". Volgens Elizabeth Blackwell zijn vrouwen "morally superior to men, because of spiritual power and maternity". Vrouwelijke artsen zijn echter in de publieke opinie verdacht "because they violated nineteenth-century norms for female behavior".

Tegenstanders veroordelen de vrouwelijke artsen op verschillende gronden. Vrouwen zouden het beroep psychisch niet aankunnen. "Dependent, nervous and excitable women - as all medical men know - were subject to uncontrollable hysteria." Een ander argument dat wordt aangevoerd is gericht tegen de medische training. Vrouwen zullen waarschijnlijk toch trouwen en kinderen krijgen en is het verspilling van geld. Vrouwelijke artsen worden door haar mannelijke collegae bovendien niet alleen om normatieve of fysieke redenen afgekeurd. Zo vertelt Morantz Sanchez (1985) dat "the editor of the Boston Medical and Surgical Journal continually grumbled about women becoming an economic threat in a profession already burdened with an oversupply of practitioners".

Hoewel vrouwelijke artsen tegen het einde van de negentiende eeuw worden geaccepteerd als leden van de Medical Associations vormen ze tevens haar eigen 'medical societies'. In 1915 richtten ze een eigen beroepsvereniging op: American Medical

Women's Association (AMWA).

Tijdens een internationale conferentie van vrouwelijke artsen in 1919 die in New York wordt gehouden - en die waarschijnlijk de eerste internationale vergadering van vrouwelijke artsen is geweest - neemt Christine Munch uit Noorwegen het initiatief tot de oprichting van een internationale beroepsvereniging voor vrouwen. Nog voor het einde van de conferentie - op 25 oktober 1919 - wordt de Medical Women's International Association (MWIA) opgericht met als voorzitter Esther Lovejoy uit New York. Behalve het uit twaalf leden bestaande bestuur worden 'corresponding secretaries' benoemd uit vijftien landen.¹⁵ In de statuten van de nieuwe beroepsvereniging voor vrouwelijke artsen worden de doelstellingen omschreven.¹⁶

De eerste helft van de twintigste eeuw kan worden gekenschetst als 'the dark years for the progress of women in medicine'. Uit de statistieken blijkt dat het aandeel van vrouwelijke artsen binnen de beroepsgroep niet langer bleef stijgen. Het aantal vrouwelijke medicijnen-studenten begint te dalen. De vrouwelijke artsen verliezen terrein, zowel wat haar absolute aantal betreft als haar relatieve aandeel binnen de beroepsgroep. Meer nog "medicine was the only profession in which the numbers of women declined absolutely". Het percentage vrouwelijke artsen bereikt in 1910 een hoogtepunt, namelijk 6%. Daarna begint dit percentage langzaam maar zeker te dalen om pas in 1950 het niveau van 1910 te bereiken.

In de literatuur worden twee oorzaken aangevoerd voor het afnemend aantal vrouwelijke artsen in de eerste helft van de twintigste eeuw. Ten eerste wordt de "emergence of modern scientific medicine and bacteriology" genoemd. Als tweede argument wordt de professionalisering en bureaucratisering in de twintigste eeuwse samenleving genoemd en met name van de medische beroepsuitoefening "the growth of modern medicine was continually interwoven with the structural changes within the profession".

Het belangrijkste effect van professionalisering van het medisch beroep is "to constrict women's activity as physicians, and to confine their participation to particular specialties already implicitly agreed upon in the nineteenth

century(...). Female physicians largely confined themselves to gynaecology and obstetrics in the nineteenth century, pediatrics, public health, training and counseling later on" (Morantz Sanchez, 1985). Deze functies hebben binnen de medische beroepsuitoefening een lage status en worden bescheiden gehonoreerd.

De vrouwelijke artsen in het begin van de twintigste eeuw moeten zowel tegen publieke als professionele oppositie opboksen. Werkende vrouwen worden in de publieke opinie afgekeurd en binnen het beroep voeren mannen de boventoon. "As competitors for equal recognition men simply tolerate us under compulsions", zo kenschetst Inez Philbrich in 1929 de houding van haar mannelijke collegae.

Na de Tweede Wereldoorlog volgt een kentering. Het aantal werkende vrouwen verdriedubbelt tussen 1940 en 1960. In tegenstelling tot de periode vóór de Tweede Wereldoorlog komen de werkende vrouwen nu niet voornamelijk uit de (gegoede) middenklasse, maar ook uit arbeidsklasse. De gunstige economische omstandigheden vormen in de jaren zestig een vruchtbare voedingsbodem voor feministische ideeën.

Het toenemend aantal vrouwelijke medische studenten in de jaren zestig wordt door Ginzberg (1987) vooral toegeschreven aan het invoeren van de Civil Rights Act uit 1964 "Faced with the challenge to admit much larger numbers of minorities, the medical establishment opted to lower the barriers against women (...) because the female pool contained a much larger number of well-qualified applicants than did the minorities pool".

Daarbij komt dat door toenemende staatsregulering en door schaalvergroting van de medische opleiding en de medische research, de macht van gevestigde artsen - die gefungeerd hebben als gate-keepers - afbrokkelt. "Large-scale tax-supported medical institutions, such as training and research-centers overshadow the prestige and political power of the local community practitioner" (Miller, 1977).

Vergelijken we het aandeel van de vrouwelijke artsen in 1910 met het aandeel in 1976, dan blijkt het percentage vrouwelijke artsen binnen de beroepsgroep slechts 2,5% hoger te zijn, namelijk van 6% naar 8,6%. Wel neemt het aantal vrouwelijke studenten sterk toe; met name door bovengeschetste maatschap-

pelijke ontwikkelingen. In 1976 maken vrouwelijke studenten een kwart van de eerstejaars medicijnen-studenten uit.

Het is echter de vraag "whether the status and power of women physicians will rise commensurately with their increase in numbers(...). Their elite professional position in the United States makes them an excellent test-case for the changes of women in an individualistic, capitalistic society" (Lorber, 1984).

2.1.3. Groot-Brittannië

De eerste vrouwelijke arts in Engeland is Elizabeth Garret Anderson. Ze behaalt in 1866 het artsendiploma aan de London University.

De situatie van de eerste vrouwelijke artsen in deze periode komt sterk overeen met die in de Verenigde Staten. Evenals Elizabeth Blackwell sticht Elizabeth Garret Anderson een ziekenhuis, dat later naar haar genoemd wordt. Vrouwelijke artsen kunnen daar ervaring opdoen. Het praktisch bekwamen in het vak vormt voor vrouwelijke artsen een groot probleem want de algemene ziekenhuizen weigeren vrouwelijke artsen. Aldus ontstaan ook in Engeland gescheiden opleidingsinstellingen voor vrouwelijke en mannelijke artsen. De vrouwelijke artsen verstrekken alleen medische hulp aan vrouwen en kinderen; deze hulp is goed en goedkoop.

Tot de Tweede Wereldoorlog worden aan het merendeel van de opleidingsinstituten geen vrouwen toegelaten. In Londen zijn slechts twee instellingen die vrouwen toelaten: the London School of Medicine for Women en the Royal Free Hospital. De vrouwelijke artsen in de periode voor de Tweede Wereldoorlog komen - evenals in de Verenigde Staten - uit de gegoede middle-class.

De organisatievormen van de beroepsgroep artsen rond de eeuwwisseling wijken wat af van die in Amerika. In Engeland heeft de beroepsgroep zich aaneengesloten in nationale en regionale 'councils'; de invloed van de artsen in Amerika verloopt veel meer via lokale gemeenschappen van collega-artsen.

In 1917 richten de vrouwelijke artsen een eigen beroepsvereniging op: the British Medical Women's Federation (BMWF). Zowel

de Britse als de Amerikaanse medical women's associations zijn relatief machteloze organisatie (Elston, 1977; Leeson en Gray, 1978).

De derde internationale bijeenkomst van de Medical Women's International Association (MWIA) wordt in 1924 in Londen georganiseerd.¹⁷ Er nemen 250 vrouwelijke artsen aan deel.

Het aandeel van de vrouwelijke artsen binnen de beroepsgroep voor de Eerste Wereldoorlog bedraagt slechts enkele procenten. Zo is in 1910 slechts 2% van de gekwalificeerde artsen vrouw. Daar komt tijdens de Eerste Wereldoorlog verandering in. De grote vraag naar artsen doet een groot aantal exclusief-mannelijke-opleidingen besluiten om vrouwelijke studenten toe te laten 'as a wartime measure only' (Elston, 1977). Dit heeft tot gevolg dat het percentage vrouwelijke artsen binnen de beroepsgroep in 1921 is gestegen tot 7%.

Direct na de Eerste Wereldoorlog kampt men met een overschot aan artsen en dat leidt ertoe dat bijna alle medische opleidingen die tijdens de oorlog vrouwen hebben toegelaten, hun deuren opnieuw sluiten voor vrouwelijke studenten.

Tussen 1920 en 1940 groeit het percentage vrouwelijke studenten gestaag van 10% naar 15%.

Tijdens de Tweede Wereldoorlog herhaalt de geschiedenis zich. De oorlog doet een grote vraag naar artsen ontstaan en na de Tweede Wereldoorlog is het percentage vrouwelijke studenten opgelopen tot 25%.

Gedurende de oorlog worden al plannen gemaakt voor een systeem van gezondheidszorgvoorzieningen voor de gehele bevolking: the National Health Service (NHS). In 1944 brengt een interdepartementale commissie een rapport uit over de medische opleiding in het kader van de NHS: het zogeheten Goodenough Report. In dit rapport wordt gesteld dat "no barriers other than aptitude should operate in the selection of students". Verder wordt voorgesteld dat "coeducation should be the norm in all schools". Ook in die scholen die tot op dat moment 'single-sex-institutions' zijn. Om deze situatie te bewerkstelligen wordt bepleit dat "the payment to any medical school(...) should be conditional upon the school being coeducational and admitting a reasonable portion of women students(...). Other-

wise the women will not form a sufficiently numerous body to ensure a proper status and position". Dit 'redelijk' aantal zal in de ogen van de commissie de grens van 20% niet mogen overschrijden.

De plannen voor de Nationale Health Service worden in 1948 gerealiseerd.

De staat krijgt de verantwoording voor de financiering van het gezondheidszorgsysteem, maar krijgt weinig directe controle op de medische beroepsuitoefening. "In fact, the introduction of a state financed system of medical care(...) increased even further the degree of functional autonomy enjoyed by the profession", zo stelt Manson (1977).

Het effect van het Goodenough rapport blijkt in de praktijk niet groot. Er blijven grote verschillen tussen de medische scholen waar het de toelating van vrouwen betreft: "specific selections and education policies were left" (Elston, 1977). Het aantal vrouwen dat na de Tweede Wereldoorlog aan de medische scholen wordt toegelaten, bedraagt omstreeks 15%; een percentage dat overeenkomt met de situatie voor de oorlog.

In 1960 wordt deze 20%-grens afgeschaft. De ziekenhuissector "brought increased demand for a pair of hands, particularly to staff the peripheral hospitals and unpopular specialties". In de periode vóór 1960 worden deze posten vooral opgevuld door "doctors from overseas, seeking further training". Men maakt zich echter bezorgd over "the drying up of the supply from overseas" (Elston, 1977). Een deel van de oplossing voor dit probleem "could come from more and better use of the pool of medical women willing to work part-time" (British Medical Journal, 1976).

Het beleid richt zich in de jaren zeventig dan ook op vergroting van het aandeel van vrouwelijke artsen.¹⁸ Met het zogeheten 'Doctors Retainers Scheme' tracht de NHS vooral gehuwde vrouwelijke artsen aan te trekken.¹⁹ Slechts circa 300 van de 2000-2500 vrouwelijke dokters die daarvoor in aanmerking komen, zijn op dat aanbod van de NHS ingegaan.

Later volgt nog een tweede beleidsmaatregel waarbij vrouwelijke artsen in de gelegenheid worden gesteld om zich in deeltijd te specialiseren, met name in 'shortage specialties'.

De beleidsmaatregelen vloeien vooral voort uit de noodzaak om

de functies met minder status, weinig carrière-perspectief en part-time functies bezet te krijgen. Vrouwelijke artsen dient een 'passend' carrière-perspectief geboden te worden, aldus Bewley and Bewley (1975). De nadruk op specialisaties die vooral geschikt zullen zijn voor vrouwelijke artsen wordt bij de werving van vrouwelijke artsen expliciet gehanteerd in de NHS circulaire. "Thus while these schemes have led to an increase in women's opportunities they have done so only on a limited scale and only in certain sectors of medicine", concludeert Elston (1977).

De NHS organiseert in 1975 een conferentie over vrouwen in de geneeskunde. Het is opnieuw een poging om het onbenutte potentieel aan vrouwelijke artsen te mobiliseren om zo het artsen-tekort binnen de NHS aan te vullen. Een vervolgbijeenkomst op deze NHS-conferentie wordt in 1979 georganiseerd door de Medical Women's Federation. Een bijeenkomst die bedoeld is als een campagne om de carrière-perspectieven voor vrouwelijke artsen te verbeteren (The Lancet, 1979).

Het invoeren van de Sex-discrimination Act in 1975 is een poging om discriminatie van vrouwen, vooral bij het verkrijgen en verrichten van beroepsarbeid, tegen te gaan.

De ontwikkeling van het percentage vrouwelijke studenten binnen de medische opleiding na de Tweede Wereldoorlog geeft geen sterke fluctuaties te zien op landelijk niveau. Aan het begin van de jaren zeventig bestaat omstreeks een kwart van de medische studenten uit vrouwen. In de periode die volgt is een sterke opwaartse tendens waar te nemen in het aantal vrouwelijke studenten. Voorspellingen voor de jaren tachtig wijzen op een 'national average of close to 50% women in the entering classes' "Specialty choices appear to focus on pediatrics, psychiatry, geriatrics and rehabilitation" (Lister, 1975). Slechts circa 3% van de vrouwelijke artsen bezetten "positions of authority in policy making groups" (Rosenthal, 1979). Wat betreft het percentage vrouwelijke artsen vermeldt Rue (1973) dat dit ongeveer 20% bedraagt.

2.1.4. Sovjet-Unie

Aan het einde van de negentiende eeuw worden ook in de Sovjet-Unie de eerste - hogere - medische scholen voor vrouwen gesticht. Op 27 november 1872 "a specialized four-year course for training learned midwives was opened. On this memorable day 89 young women crossed the threshold of this shrine of science" (Piradowa, 1976). Deze 'specialized course' wordt in 1876 omgezet in een reguliere 'women's medical doctor course'; het is de eerste hogere medische opleiding voor vrouwen in de Sovjet-Unie.

The Women's medical Institute wordt in 1897 in St. Petersburg opgericht. Deze oprichting vormt een stimulans om ook in een aantal andere grote steden instituten voor medische opleidingen voor vrouwen te stichten. In 1913 bedraagt het aantal vrouwelijke artsen 2800; dit is 10% van alle praktizerende artsen.

De sociale en economische transformatie na de Oktoberrevolutie van 1917 brengt ook een radicale omwenteling teweeg in de sociale positie van vrouwen. Er is in die tijd een groot tekort aan mankracht in de economie en een "high priority commitment to industrialization and to tasks place without the large-scale employment of women in medicine" (Field, 1967).

Wetten worden uitgevaardigd "that guarantee protection of women's labor including maternity leaves and favorable conditions and privileges for expectant mothers before and after childbirth". Daarnaast creëert de Staat een netwerk van "children's preschool establishments, creches, medical attention, extended day classes at school" etc., om de combinatie van arbeid en zorg voor kinderen te vergemakkelijken (Lapidus, 1978).

Als meest beslissende factor voor de groei van het aantal vrouwen in de gezondheidszorg ziet Piradova de reorganisatie van de gezondheidszorgsector. Na de oktoberrevolutie wordt een 'single state health care system' opgezet dat voor iedereen kosteloos toegankelijk is. Dit heeft verstreckende gevolgen voor de structuur en het functioneren van de beroepsgroep artsen. Het opzetten van een netwerk aan extramurale gezondheidszorg, zoals health centers, out-patient clinics en gespe-

cialiseerde prophylactic centers, verandert de solo-arts in een lid van een medical center.

De verantwoordelijkheden van de medische werkers worden duidelijk afgebakend en de beroepsarbeid genormeerd over vaste arbeidstijden en een daaraan gekoppelde beloning. De regelmatige arbeidstijden samen met de uitbreiding van de mogelijkheden om een medische opleiding te volgen, maken het arseneroep vooral voor vrouwen aantrekkelijk, aldus Piradova.

In de jaren twintig maken vrouwelijke artsen bijna de helft van de beroepsgroep uit. Het aandeel van vrouwelijke artsen binnen de beroepsgroep stijgt tot begin van de jaren zestig tot meer dan 70%. Daarna stabiliseert het aandeel van de vrouwelijke artsen zich rond dit percentage (= 70%) tot het midden van de jaren zeventig. Daarna zet een daling van het aandeel van de vrouwelijke artsen binnen de beroepsgroep in.²⁰ Deze daling wordt door Lapidus (1978) uitgelegd als een bewust geplande ontwikkeling. In de jaren zestig wordt het aantal vrouwelijke medische studenten teruggebracht "in order to achieve parity for men students".

De artsen in de Sovjet-Unie werken in dienstverband bij medische centra die zijn gevestigd binnen de woon-werk-gemeenschappen. Hun taak is om de gezondheidstoestand van de arbeiders te bewaken en te verbeteren. Ze geven medische verzorging aan de arbeiders, behandelen chronisch zieken, geven via lezingen en dergelijke gezondheidsvoorlichting aan de gemeenschap en houden zich bezig met gezondheidsvoorschriften en veiligheidsmaatregelen op de arbeidsplaatsen.

Naast deze centra die zich voornamelijk toeleggen op de medische verzorging van de arbeiders zijn er medische centra die zich vooral toeleggen op medische ontwikkeling en research (Haug, 1976).

Wat de aantallen vrouwelijke beroepsbeoefenaren binnen de medische professie betreft geeft de Sovjet-Unie een veel positiever beeld te zien dan de eerstgenoemde landen. Richten we onze aandacht op de functies die de vrouwen in de Sovjet-Unie bekleden, dan ontstaat een veel minder rooskleurige schets. Het werk dat vrouwen verrichten wordt in de Sovjet-Unie gewoonlijk lager betaald dan dat van mannen, stelt Swafford

(1978). Dodge maakt aannemelijk dat de artsen in de Sovjet-Unie een weinig invloedrijke beroepsgroep vormen.

Ondanks het feit dat de vrouwelijke artsen binnen het beroep in de meerderheid zijn, bezetten ze toch de weinig invloedrijke posities binnen de medische professie. "Even through three-quarters of Sovjet physicians are women, they are only half the directors, deputy directors and chief physicians in clinics and hospitals" (Dodge, 1971). Vrouwelijke artsen zijn vooral te vinden in specialisaties die gewoonlijk het meest geschikt geacht worden voor vrouwen zoals: general medicine (therapy), pediatrics and obstetrics-gynaecology. Zo blijkt uit een studie van Piradova (1976) over women-health-workers in the USSR dat het aandeel van vrouwen op het gebied van kindergeneeskunde omstreeks 90%, terwijl slechts een kwart van alle chirurgen in de Sovjet-Unie van het vrouwelijk geslacht is.

2.1.5. Concluderende opmerkingen bij historische schetsen

Vergelijking van de historische situatie van vrouwelijke artsen in landen waar de professionele autonomie van het artseneroep sterk uiteenloopt, leert ons het volgende.

Overeenkomstig eerdergenoemde resultaten uit een pilot-study, blijkt het aandeel van de vrouwelijke artsen lager te zijn in landen waar de professie een hoge mate van professionele autonomie bezit - zoals de Verenigde Staten en Nederland - dan in de Sovjet-Unie waar de professionele autonomie van de beroepsgroep betrekkelijk gering is.

In organisatiesystemen waarin vrouwelijke artsen op gelijke voet moeten concurreren met mannelijke artsen, blijken vrouwen zich systematisch in een zwakkere positie te bevinden. Zo kunnen in de Verenigde Staten, waar het vrije-markt-principe op het terrein van de gezondheidszorg hoogtij viert, de vrouwelijke artsen haar bevochten positie tot aan de Tweede Wereldoorlog maar ternauwernood handhaven. In de Sovjet-Unie daarentegen behoeven vrouwelijke artsen de toegang tot het beroep niet te bevechten; bij centrale regulering van beroepskrachten is de concurrentie tussen vrouwen en mannen niet aan de orde. Op de argumenten die worden aangevoerd voor de zwakkere concurrentiepositie van vrouwelijke artsen komen we in het volgende deel van dit hoofdstuk terug.

Een ander in het oog springend punt is dat de geschiedenissen van vrouwelijke artsen in verschillende landen laten zien dat de toetreding van vrouwen tot het beroep wordt aangemoedigd in tijden dat een tekort is of dreigt te ontstaan aan mannelijke beroepsbeoefenaren. Een situatie die vooral duidelijk naar voren komt tijdens de Wereldoorlogen. Deze tendens is zowel in de Sovjet-Unie als in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië waar te nemen. Vrouwelijke artsen worden als reserveleger gebruikt en ingezet in geval de economische en/of politieke situatie daarom vraagt.

Wat verder opvalt is dat vrouwelijke artsen in vergelijking met haar mannelijke collegae steeds de minder aantrekkelijke functies binnen het beroep bezetten. Een ontwikkeling die in alle - hier besproken - landen is te signaleren, ongeacht de mate van professionele autonomie van de beroepsgroep in dat land.

De beroepsarbeid van vrouwelijke artsen ligt veelal op het terrein van primaire en preventieve zorg en kan onder de meer routinematige beroepsarbeid gerangschikt worden. Zo werkt het merendeel van de vrouwelijke artsen in de Verenigde Staten als 'family practitioner' en als 'school/employee health service physician'. In Engeland en in de Sovjet-Unie werken vrouwelijke artsen vooral in sectoren als 'community health, family and child health clinics'. In de Nederlandse situatie kan men dezelfde trend waarnemen.

De leidinggevende functies binnen de gezondheidszorg worden in de genoemde landen grotendeels door mannen bezet. We kunnen dan ook concluderen dat vrouwelijke artsen als regel beroepsarbeid verrichten die lager betaald wordt, meer routinematig is en minder aanzien geniet dan de beroepsarbeid van haar mannelijke collegae.

Tegen deze achtergrond kan de opkomst van de vrouwen-gezondheidszorgbewegingen in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Nederland worden gezien als een uitvloeisel van de positie waarin vrouwelijke artsen binnen de gezondheidszorg verkeren. De vrouwelijke artsen zijn naar bepaalde sectoren van de gezondheidszorg gedrongen.

Gezondheidszorgsectoren die gericht zijn op specifieke

vrouwen-gezondheidsproblemen en de zorg voor zuigelingen en kleuters zijn van oudsher het werkterrein voor vrouwelijke artsen. Het versterken en uitbouwen van haar positie op die terreinen kan vanuit de geschiedenis beschouwd worden als het extrapoleren van de situatie van vrouwelijke artsen. Het bergt echter het gevaar in zich dat het streven naar een gelijkwaardige positie in het gedrang komt. In de volgende paragrafen komen we op deze kwestie terug.

2.2. Onderzoeksliteratuur over verschillen in beroepsuitoefening tussen vrouwelijke en mannelijke artsen

Staat in het eerste deel van dit hoofdstuk de ontwikkeling van het aandeel vrouwelijke artsen binnen de professie centraal, in het tweede deel van dit hoofdstuk houden we ons bezig met de verklaringen die in de literatuur worden gegeven voor de achterstand van vrouwelijke artsen binnen het beroep.

Veel literatuur is in de afgelopen decennia verschenen over verschillen in beroeps participatie tussen vrouwen en mannen.

Bepalen wij ons tot de onderzoeksliteratuur die over verschillen in beroeps participatie tussen vrouwelijke en mannelijke artsen is verschenen, dan neemt de hoeveelheid literatuur aanzienlijk af. Proberen wij in deze literatuur een onderscheid aan te brengen, dan komen wij tot de volgende indeling.

Het grootste deel van de literatuur betreft een beschrijving van de positie van vrouwelijke artsen binnen het beroep. Het gaat daarbij voornamelijk om cross-sectioneel of longitudinaal survey-onderzoek. Beroeps carrières van vrouwelijke - en soms ook van mannelijke - artsen worden gedurende een aantal jaren gevolgd. In veel van deze onderzoeken hebben de empirische gegevens vooral betrekking op het aandeel van vrouwen binnen het beroep, de burgerlijke staat van vrouwelijke artsen en het al dan niet hebben van kinderen.

Een ander deel van de literatuur handelt over belemmeringen die vrouwelijke artsen ondervinden bij de beroepsopleiding en de gevolgen daarvan voor de keuze van de specialisatie binnen het beroep. Deze keuzen worden in een groot deel van de onderzoeken gekenschetst als een choice-by-constraint.

In een laatste groep literatuuronderzoeken staan produktiviteits- en beloningsverschillen tussen vrouwelijke en mannelijke artsen centraal. Het nut van het investeren in het opleiden van vrouwelijke artsen wordt in deze onderzoeken afgemeten aan het aantal mensjaren dat de vrouwelijke en mannelijke artsen aan beroepsarbeid zullen besteden.

De onderzoeken kunnen gekenschetst worden als beschrijvend onderzoek. In het overgrote deel van deze onderzoeken wordt niet uitgegaan van theoretische noties; slechts in een enkel onderzoek worden ze gehanteerd als leidraad bij de beschrijvingen.

2.2.1. Belemmeringen in de sociale situatie van vrouwelijke artsen die zich willen vestigen

Het overgrote deel van de onderzoeksliteratuur over de beroepsgroep artsen is gericht op het beschrijven en empirisch aantonen van verschillen in beroepsuitoefening tussen vrouwelijke en mannelijke artsen. Het accent valt op verschillen in de mate waarin het beroep wordt uitgeoefend. De oorzaken van de geconstateerde verschillen worden - impliciet of expliciet - toegeschreven aan heersende waarden- en normenpatronen, waarbinnen vrouwen en mannen verschillende rollen zijn toebedacht. Voor de vrouw wordt de prioriteit gelegd bij huishoudelijke en gezinstaken, de man wordt geacht voor (het belangrijkste deel van) het gezinsinkomen te zorgen, hetgeen het verrichten van beroepsarbeid impliceert.

In het onderstaande wordt een overzicht gegeven van de onderzoeken die onder deze noemer zijn onder te brengen.

In 1957 publiceren Dijkman en Stalnaker een omvattend surveyonderzoek naar de positie van vrouwelijke artsen in de Verenigde Staten. Het onderzoek wordt gehouden onder medicijnenstudenten die tussen 1925 en 1940 zijn afgestudeerd (1824 vrouwen en 1098 mannen). Het belangrijkste doel is 'to appraise the extent to which medical education is utilized by women physicians'.

De mannen uit het onderzoek zijn nagenoeg allen gehuwd (95%); van de groep vrouwen is slechts iets meer dan de helft gehuwd (57%).

Uit de resultaten blijkt dat de meeste vrouwen beroepsarbeid

verrichten, maar 'they do not equal men in the volume of medical work'. Mannen blijken vooral 'engaged in private, partnership and group practice' (85%); vrouwen verrichten daarentegen vaker beroepsarbeid in dienstverband (61%).

Mannen genieten ook een wat hoger aanzien dan vrouwen, hetgeen volgens de onderzoekers tot uitdrukking komt in "their relatively higher salaries, greater number of hospital appointments, publications and membership of professional societies".

Vrouwen blijken vaker de beroepsarbeid onderbroken te hebben (33%) dan mannen (6%). Niet alleen de frequentie maar ook de duur ervan verschilt duidelijk; respectievelijk 4,5 jaar en 2,1 jaar. Als reden daarvoor noemen vrouwen "pregnancy and family problems"; "physical disability" is de belangrijkste reden bij mannen.

Op de vraag of zij hun beroep aan hun kinderen zullen aanbevelen, zeggen zowel de vrouwen als de mannen dat zij "more readily recommend medicine for a son than for a daughter", omdat "they feel medicine may lack social reward and lead to family conflict for women".

De onderwerpen die in dit meest uitgebreide onderzoek uit die tijd aan de orde zijn gesteld, zullen wij zien terugkeren in onderzoeken die in de jaren zestig en zeventig zijn gepubliceerd over de positie van de vrouwelijke artsen.

In een onderzoek uit 1968 (Shapiro e.a.) naar de mate waarin vrouwelijke artsen beroepsarbeid verrichten, blijkt eveneens dat een zeer hoog percentage (91%) "professionally active" is. Het betreft een survey-onderzoek onder vrouwelijke medicijnstudenten in de Verenigde Staten die tussen 1945 en 1951 zijn afgestudeerd. Vrouwelijke artsen, zo blijkt uit dit onderzoek, "tend to marry late", maar zo'n 15 jaar na afstuderen is het percentage gehuwde vrouwen gelijk aan het percentage van andere hoog opgeleide vrouwen.

Ruim driekwart van de groep vrouwen blijkt na die periode getrouwd en van deze groep heeft 64% kinderen. De vrouwelijke artsen zonder kinderen werken bijna zonder uitzondering full-time. Het overgrote deel van de vrouwelijke artsen met "family responsibilities were also working but at a reduced level of activity" (vergelijk ook Lawrie e.a., 1966).

De onderzoekers komen tot de conclusie dat "a democratic society that places barriers in the way of full utilization of the potential of half its citizenry is violating its commitment to basic traditions of freedom and equality of opportunity".

In een poging vast te stellen welke factoren van invloed zijn op "later professional attainment" worden in een onderzoek uit 1983 (Lorber e.a.) de beroeps carrières van vrouwelijke en mannelijke artsen vergeleken. Het gaat om een groep artsen (2665 mannen en 156 vrouwen) in de Verenigde Staten die in 1960 de medicijnenstudie hebben voltooid; deze groep wordt 'gevolgd' tot 1976. Als factoren die van invloed kunnen zijn op de 'professional attainment' worden prestatiegerichtheid, studieprestaties, oordeel van medestudenten en gezinsverantwoordelijkheid, gekozen omdat deze "usually are cited as the reason for the differentials between female and male professional attainment".

De variabelen blijken weinig verklarende waarde te bezitten. Wel blijken de "family responsibilities the most obvious barrier for women". En hoewel "there is some indication that men are diminishing their intense career commitment and increasing their level of family involvement and women go in the opposite direction, there is little indication of a convergence and truly equalitarian division of responsibility in the dual-career marriages of women physicians".

In dezelfde periode wordt een follow-up studie ondernomen naar verschillen in beroeps carrière tussen vrouwelijke en mannelijke artsen in de Verenigde Staten die in de periode 1967-1977 de medicijnenstudie voltooiden (Nadelson e.a., 1979). Het blijkt dat een "significant number of women have adjusted their careers because of family issues". Verder blijkt dat de vrouwelijke artsen gewoonlijk kleine gezinnen hebben. "It seems that one way of dealing with career-family dilemma is to postpone or abstain from having children". En in dit onderzoek blijkt tevens dat de verantwoordelijkheid voor de gezinstaken bij de vrouwen ligt, ook al is "earlier, while in medical school, the intent to share family responsibilities affirmed".

Dat 'family responsibilities' een ernstige belemmering vormen voor de beroeps carrière van vrouwelijke artsen toont ook een onderzoek onder 58 vrouwelijk artsen in de Verenigde Staten aan (Kaufman Cartwright, 1977). Op basis van een al dan niet onderbroken opleidingsfase worden de vrouwen in twee groepen ingedeeld en diepgaand geïnterviewd.

De groep vrouwen uit de niet-onderbroken opleiding onderscheidt zich van de andere groep ten aanzien van: "fewer children, working longer hours, not being in general practice and a distinctive personality configuration".

In een onderzoek in Groot-Brittannië uit 1982 (Ward) wordt opnieuw empirisch vastgesteld dat huishoudelijke en gezinstaken een belemmering vormen voor de beroeps carrière van vrouwelijke artsen. Maar uit het onderzoek blijkt tevens dat de situatie in de loop der tijd wel is veranderd. "In the early fifties women stopped work on marriage or the latest on the arrival of their first child (...). Substitute care for children was considered irresponsible".

In de jaren zeventig is dat weliswaar veranderd, maar de onderzoeksresultaten wijzen uit dat bijna alle vrouwelijke respondenten de verantwoordelijkheid dragen voor de verzorging van de kinderen. "Unfortunately child care is likely to be most time-consuming when medical practitioners are still establishing themselves".

Bepleit wordt de mogelijkheid voor "partial temporary withdrawal" hetgeen een structurele aanpassing betekent.

Uit twee andere onderzoeken uit Groot-Brittannië naar de beroeps carrière van afgestudeerde medicijnstudenten die in de jaren tachtig werden gepubliceerd (Stephen, 1987 en Parkhouse, 1988) blijkt eveneens het reeds genoegzaam vastgestelde effect van de 'domestic circumstances' op de beroeps carrière. In eerstgenoemd onderzoek wordt de nadruk gelegd op de "need for more career advice at all stages".

Uit deze onderzoeken naar de beroeps carrière van vrouwelijke artsen kunnen wij vaststellen dat huishoudelijke en gezinstaken worden gezien als de belangrijkste belemmering voor vrouwelijke artsen bij haar beroeps carrière. Wel blijkt de

situatie te veranderen in de richting van een grotere maatschappelijke tolerantie ten aanzien van het combineren van beroeps carrière en gezinstaken, maar de gezinstaken blijven de verantwoordelijkheid van de vrouwelijke artsen. 'Aanpassingen' als grotere maatschappelijke tolerantie, meer huishoudelijke hulp, minder kinderen, vergemakkelijken deze combinatie weliswaar, maar verdoezelen tegelijkertijd de problematiek.

Deze 'verdoezeling' wordt treffend verwoord in een onderzoek in Groot-Brittannië uit 1989 (Wakeford e.a.). Op basis van onderzoeksresultaten wordt de volgende profielschets gegeven van vrouwelijke artsen in de jaren tachtig.

"She is likely to work full-time and with a demanding rota, for the first three or four years after qualification and have married by the end of this time. She is likely to have her first child by six or seven years after qualification, particularly when she is a general practitioner. She will then probably prefer to work part-time and a second child will be born two or three years later, probably signaling the completion of the family. She will take a few months off work to have each child. The doctor/mother/wife then anticipates continuing in her part-time job for another five years or so, then returning to full-time work for the remaining 20 or 25 years up to retirement".

De achtergrondinformatie bij dit 'carrièreplaatje' geeft inzicht in de factoren die bepalend zijn geweest. "There is a willingness to change specially if this will allow her to get a job involving roughly the hours she wants, in the right (geographically) place. Dovetailing her career with her husband's - the factor which is likely to dictate where she works - is therefore not a major source of stress but spending the amount of time she wishes to with her small children - the factor which is likely to dictate how much she works - is".

De vrouwen uit het onderzoek geven te kennen dat zij vrijwillig werkeloos zijn of part-time werken; verdoezeld wordt hierdoor echter dat deze 'keus' vooral is ingegeven door de gezinssituatie.

2.2.2. Belemmeringen die vrouwelijke studenten ondervinden bij de beroepsopleiding

Eén van de gebieden waar de problemen die vrouwelijke artsen ondervinden bij het nastreven van een beroeps carrière zich voordoen is de opleiding tot arts. Als oorzaak of uitgangspunt van de problematiek rond de beroepsopleiding worden veelal de in de voorgaande paragraaf behandelde rolopvattingen over huishoudelijke en gezinstaken genoemd (wij zullen er in deze paragraaf niet opnieuw aandacht aan besteden).

Centraal staan in hier te bespreken onderzoeken de problemen die vrouwelijke artsen ondervinden bij de beroepsopleiding en de gevolgen die dat heeft voor de toekomstige beroeps carrière.

Specialisatiekeuzen van vrouwelijke artsen; een 'choice by constraint'

Problemen doen zich reeds voor bij de keuze voor een medische carrière, stellen Nadelson & Notman (1972). Binnen de medische opleidingen in de Verenigde Staten zijn de vrouwen in de jaren zestig nog in de minderheid en dat leidt tot problemen met betrekking tot de heersende mannelijke gedragspatronen, acceptatie door mannelijke medestudenten en de afwezigheid van vrouwelijke 'role-models' (vergelijk ten aanzien van dit laatste punt ook Roeske & Lake, 1977).

De niet-openlijke discriminatie waarmee vrouwelijke artsen - die een beroeps carrière willen opbouwen naast haar gezinstaken - worden geconfronteerd, heeft tot gevolg dat vrouwelijke studenten "are being directed towards certain fields, by internal and external pressures, that are not necessarily most appropriate for their interests and talents".

Dat de specialisatiekeuzen van vrouwen in de Verenigde Staten "are shaped and circumscribed by a discriminatory environment" benadrukken ook Bourne & Wikler (1978). De term discriminerende omgeving wordt door de auteurs uiteengelegd in twee componenten: subtiele, niet openlijke discriminatie en de 'maleness' van het medische beroep en de medische instituties. Deze niet-openlijke discriminatie is moeilijk aan te tonen; de discriminerende omgeving "persists in part because its structure is based on an understanding of 'commitment' and 'success' congruent with male sex roles stereotypes and

familial roles".

De vooronderstellingen over "women's lack of commitment" zijn niet alleen gebaseerd op de stereotype opvatting dat vrouwen "will be overwhelmed by a strong desire to get married and have children" ook op het feit dat "they will have to play the roles of doctor and wife and mother".

Ook Davidson komt in een onderzoek uit 1979 in de Verenigde Staten tot de conclusie dat "the selection of medical specialty by women physicians in training is a choice by constraint". Deze conclusie wordt getrokken uit onderzoeksdata die betrekking hebben op "sex role compatibility and time demand issues". Deze twee factoren "interact to constrain women's selection of specialty". De keuzen die de vrouwelijke respondenten gemaakt hebben, zijn vaak "expedient adjustments aimed at maximizing role compatibility and minimizing conflict between two statuses rather than at fulfilling the physicians preferred professional interest".

Hoewel zowel de vrouwelijke als de mannelijke respondenten aangeven dat ze streven naar het verkrijgen van medische beroepsarbeid op het terrein dat hun interesse heeft, blijkt dat de vrouwelijke studenten "feel disproportionately compelled to choose specialties within their fields of interest that offer them the greatest availability of hospital or institutional positions" en "that allows for limited working hours".

Het resultaat is "both a limited range of possibilities for unconstrained choice and a highly limited number of places for women within the present medical system".

De "believed suitability of medical specialties for women physicians" wordt in 1978 door Ducker onderzocht bij een groep mannelijke artsen uit de Verenigde Staten. De medische sectoren die door deze mannelijke artsen vooral geschikt geacht worden voor hun vrouwelijke collega's zijn: child psychiatry, pediatrics, psychiatry en anesthesiology. De aanbevolen specialisaties blijken echter juist degenen te zijn "which offer opportunities for limited time commitments and which are believed to call for qualities commonly attributed to women". Het zijn gebieden waar een relatief hoog percentage vrouwelijke artsen werkt.

De onderzoekster acht het waarschijnlijk dat "pressures - both obvious and subtle - will be exerted on women to enter the recommended specialties and avoid those not recommended".

"Two sources of role strain on women physicians", namelijk: "the believed unsuitability of a field and time demands" staan in een ander onderzoek van Ducker uit 1980 centraal. De twee conflictbronnen worden onafhankelijk van elkaar onderzocht. De data "suggest that these variables do not necessarily cause strain, leading to reduced professional activity and increased feeling that personal life suffers, for all women physicians". Op basis van de gevonden resultaten bepleit Ducker een longitudinale onderzoeksbenadering waarin het accent zou moeten liggen op de "degree of commitment to family and/or career, rather than mere time allocation".

Quadagno (1976) analyseert het probleem van de ongelijke verdeling van vrouwelijke en mannelijke artsen in de Verenigde Staten over de beroepsgebieden in termen van strategieën. Zij legt de nadruk op de strategieën die de vrouwelijke artsen hanteren bij toetreding en handhaving.

Uit haar onderzoek onder vrouwelijke en mannelijke artsen blijkt dat "stereotypes have been shown to be attached to certain medical specialties". De vraag die zich daarbij opdringt is hoe deze stereotyperingen leiden tot een verdeling van vrouwelijke en mannelijke artsen over de specialisaties. De "compatibility of professional and sex-roles is not so much a factor determined by prior socialization as it is imposed on them by the definitions of powerful others", volgens Quadagno. Bij haar verdere analyses sluit ze aan bij Epstein (1971) die het concept 'status-set-typing' introduceert. "Status-set-typing occurs when a class of persons share statuses, and when it is considered appropriate that they do so".

"Women are deviant members of a status-set (= clustering van statussen)". De keuze van beroepsgebieden waar vrouwen geen uitzondering zijn is een strategie "to minimize deviance by becoming less visible", aldus de onderzoekster.

Quadagno komt tot de conclusie dat "the future labor market may show drastic external changes but may remain internally segregated".

Gevolgen van de toename van vrouwelijke medicijnstudenten:
aanpassing of verandering van de situatie

Gedurende de jaren zeventig neemt het aandeel van de vrouwen binnen de medicijnenopleiding sterk toe; het accent komt dan te liggen op aanpassingen binnen de opleidingen en op het effect dat het groter aandeel vrouwelijke artsen zal hebben voor de professie.

De "women's liberation movement" in de Verenigde Staten en de invloed daarvan op het sociale klimaat maken volgens McGrath e.a. (1977) meer acceptabel dat vrouwen "seek a career in specialties other than those traditionally viewed as open to females".

De nieuwe generatie vrouwelijke artsen ziet zichzelf als "action-oriented, autonomous and aggressive". Onder invloed van deze verandering van "personality characteristics" is de keuze voor bepaalde specialisaties veranderd naar een minder traditionele keuze.

Eenzelfde idee ligt ook ten grondslag aan het onderzoek van Weisman e.a. (1980) uit de Verenigde Staten. Nu vrouwen aan het einde van de jaren zeventig niet langer als 'tokens' kunnen worden beschouwd binnen de medische opleiding zullen ze, volgens de theoretische noties van Kanter, "be integrated into the group as members in their own right". Deze 'convergence-hypothese' wordt door de onderzoekers getest. Zij vinden inderdaad dat "the predominant pattern observed(...) is one of convergence of male and female patterns", maar ze veronderstellen dat "new directions for the profession are not to be expected as a consequence of altering the sex composition of the profession".

Eveneens de convergentietheorie van Kanter als uitgangspunt nemend, komen ook Butter & Kleiverda (1984) tot de conclusie dat - ondanks een toenemend aantal vrouwelijke studenten in Nederland - geen grote verschuivingen te verwachten zijn in de bestaande sexeverdeling binnen de medische specialisaties.

Sutnick e.a. (1979) en Finseth (1978) gaan in op "programs developed for concerns for women in medicine" in de Verenigde Staten. Bij deze trainingsactiviteiten wordt speciale aandacht besteed aan onder andere "ombudsperson-negotiating, increasing

awareness of women in medicine, social and professional support".

Soortgelijke activiteiten worden in Engeland ontwikkeld (Smith 1981). Men richt zich hier meer expliciet op "newly married women with young children and women who had been out of touch with medicine for a number of years".

Swerdlow e.a. (1981) stellen dat de keuzen voor bepaalde sectoren binnen het artseneroep in Groot-Brittannië "seemed to be more dependent on conditions of work and compatibility with married life and caring for children than on particularly feminine interest in work". Ze pleiten voor voorzieningen als: "special study-leave arrangements, communal childminding facilities and financial support" om de vrouwelijke artsen meer in staat te stellen beroepsarbeid te verrichten. Daartoe zouden ook meer part-time arbeidsplaatsen gecreëerd moeten worden.

Uit een onderzoek in Engeland van Proctor & Roberts (1987) blijkt eveneens een duidelijke behoefte aan ondersteuning, zodat vrouwen haar opleiding kunnen voltooien en "compete successfully with their male colleagues for careerposts".

Een studie uit 1983 in de Verenigde Staten zoekt de oplossing vooral in ~~veranderingen binnen de opleiding~~. Eisenberg (1983) stelt dat de "characteristics women display as physicians are primarily determined by the impact of their professional education and by their socialization in medical roles". Vrouwen kunnen uit zichzelf de tekortkomingen in beroepsopleiding en -uitoefening niet veranderen. Daarom is het nodig om de toegangscriteria te veranderen "to broaden the narrow focus of medical education".

Aan het einde van de jaren zeventig wordt men echter meer sceptisch over de voorgestelde veranderingen c.q. aanpassing van de beroepsopleiding en -uitoefening, ten behoeve van vrouwelijke artsen.

De resultaten van een survey-onderzoek in Groot-Brittannië onder 3262 vrouwelijke artsen (Beaumont, 1979) "confirmed that the special forms of assistance provided to enable women doctors to continue training and to work after graduation are inadequate". Het grote probleem is niet "a lack of ideas about

suitable provisions for women doctors, but the implementation by the relevant authorities of the proposals already made".

Deze 'oplossingen' voor vrouwelijke artsen met gezinsverplichtingen in Groot-Brittannië worden door Roberts (1978) bekritiseerd; zij kenschetst ze als een paradoxale situatie. Aan de ene kant is het ijveren voor part-time opleidingen en banen positief te noemen daar het de mogelijkheden voor beroepsarbeid voor vrouwen verhoogt. Aan de andere kant wordt de vrouwelijke arts hiermee tegelijkertijd in haar traditionele rol gedrukt.

De voorgestelde veranderingen c.q. aanpassingen van de beroepsopleidingen in Groot-Brittannië worden ook door Angell (1981) ter discussie gesteld. De vrouwelijke arts, zo stelt zij, "carries two sets of serious time-consuming responsibilities; one to the profession and one to her children". Een oplossing is "to forfeit professional advancement in return for time - that is, to enter 'soft' specialties, look for relatively leisurely or part-time residencies, take salaried positions in clinics or health maintenance organizations and stay in the lower echelons of academic and organized medicine".

Het is simplistisch te denken dat "if we put more women on the lower rungs of various ladders, they will climb at the same rate as men".

Eenzelfde aarzeling laten Braslow & Heins (1981) horen: "It is difficult for women in medical academia to be optimistic, because the number of women at senior professional ranks (...) has been slow to change". De uitdaging voor de jaren tachtig in de Verenigde Staten is 'to ensure that women have equal access to leadership positions', aldus de auteurs.

Terwijl vrouwen duidelijke vooruitgang hebben geboekt waar het de toegang tot de beroepen in de gezondheidszorg betreft, "segregational patterns in the vast majority of female dominated jobs have persisted" in de Verenigde Staten, stellen Butter e.a. (1987). Om de verschillende vormen van deze segregatie te onderzoeken, hebben de onderzoekers twee analytische modellen ontworpen.

Het eerste model - the health occupations matrix - geeft de relaties tussen een aantal beroepen in de gezondheidszorg en de primaire functie (care, cure, technisch), de setting (bureaucratisch, institutioneel) en de mate van autonomie van de onderscheiden beroepen weer. Met behulp van deze matrix worden vrouwen en mannen op de genoemde aspecten vergeleken. Het tweede model - the health occupation hierarchy - geeft de distributie van vrouwen en mannen over de verschillende beroepen in de gezondheidszorg weer, onderscheiden naar niveau van opleiding en financiële beloning.

Butter et al komen tot de slotsom dat "these frameworks demonstrate that women always cluster at the bottom of whatever hierarchy or scale is chosen" In de gezondheidszorgindustrie waar vrouwen 75% van de arbeidskracht voor haar rekening nemen, worden de "valued work functions, prestigious positions and scarce resources controlled by men".

2.2.3. Verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke artsen in produktiviteit en beloning

In een laatste groep onderzoeken die wij in dit kader bespreken, wordt de achterstand van vrouwelijke artsen bij de beroepsuitoefening vanuit een meer economisch perspectief benaderd. Het accent ligt hier op de 'opbrengst' van de in opleiding geïnvesteerde kosten en op de verschillen in produktiviteit en beloning tussen vrouwelijke en mannelijke artsen.

Inperking van de beroepsdeelname van vrouwelijke artsen

In een onderzoek vergelijken Flyn & Gardner (1969) alleenstaande en gehuwde vrouwelijke artsen met en zonder kinderen op deelname aan beroepsarbeid.

De onderzoekers schatten dat 85 à 90 procent van de afgestudeerde vrouwelijke artsen zal trouwen. De onderzoeksgegevens laten zien dat gehuwde vrouwen zonder kinderen minder beroepsarbeid verrichten dan ongehuwde vrouwelijke artsen, "which highlights an inbuilt sex-discrimination". Er is volgens de onderzoekers vaak een conflict tussen de carrières van beide partners "and one of them has to put remaining together before their own career choice. It is traditional for the wife to make this sacrifice".

Bewley & Bewley (1975) becijferen dat vrouwelijke artsen in Groot-Brittannië zo'n vijf à tien jaar part-time beroepsarbeid zullen verrichten "because of the handicaps of pregnancy, child rearing and unequal distribution of housework and family responsibilities between the sexes". Dit betekent dat vrouwelijke artsen zo'n zevenachtste deel aan beroepsarbeid verrichten in haar beroeps carrière, vergeleken met full-time werkenden. Dit lijkt een relatief klein verschil maar "because it occurs in the early post graduate years this relatively small difference, handicaps most women doctors for the rest of their working lives". Het ontnemt vrouwen de kans om op gelijke voet met haar mannelijke collegae te concurreren waar het aantrekkelijke arbeidsplaatsen binnen de medische beroepsuitoefening betreft.

De auteurs komen tot de conclusie dat gelijke kansen voor vrouwen alleen kunnen worden bereikt "if men give up their present privileged position".

In een nauwgezette historische analyse wordt de verdeling van vrouwen en mannen binnen de professie in Groot-Brittannië door Elston (1977) aan de orde gesteld. Zij onderscheidt twee 'key areas of control' die hebben geleid tot de 'male supremacy' binnen de professie, namelijk: de toegang tot de professie en de carrière-perspectieven binnen de professie.

Wat het eerste gebied betreft voert Elston aan dat vrouwelijke artsen altijd zijn bejegend als 'potential resources'. Het wordt vrouwen voornamelijk toegestaan om tot het beroep toe te treden wanneer er op de arbeidsmarkt een schaarste ontstaat aan beroepskrachten. Als voorbeelden voert zij de situatie tijdens en na de twee wereldoorlogen aan. Ook schetst zij economische en politieke situaties waar de vraag naar beroepskrachten vooral verband houdt met de moeilijk te bemannen arbeidsplaatsen als de 'non-career-posts' en de zogeheten shortage-specialties.

Elston "tackles the traditional sociological explanation" die stelt dat "women fail to make full use of their medical education" en waarbij men stilzwijgend aanneemt "that it should be the women who has to combine home and career". Elston beschouwt deze uitgangspunten als "continuing discrimination" en als een "further form of occupational

control". Het dient "to relieve men of competition for the more prestigious hospital appointments".

In Engeland signaleert de Women Doctors Action Group (Pickles, 1979) een "threat of unemployment among doctors"; de groep vrouwen met jonge kinderen dreigt als eerste de dupe te worden.

Geschat wordt dat zo'n 80% van de medicijnenstudenten zal trouwen en de meesten zullen kinderen krijgen. Dit impliceert dat zij - tenminste een aantal jaren - part-time zullen gaan werken. Het aantal afgestudeerde vrouwelijke artsen is echter sneller gestegen dan het aantal part-time jobs. Daarom: "part-time posts should be acknowledged as part of each local establishment, to be advertised when vacant, and filled by open competition".

The British Medical Journal - het blad van de artsenorganisatie - laat in 1976 heel andere geluiden horen. Wanneer vrouwelijke artsen doorgaan met het onderbreken van haar beroepsactiviteiten, een paar jaar na afstuderen, om voor man en kinderen te gaan zorgen "its costs to society would rise with the rising numbers of women doctors and soon become unacceptably high". De opleidingsprogramma's en beroepschema's die speciaal voor gehuwde vrouwen zijn opgezet, worden dan ook ten strengste veroordeeld. "Women do not seek, nor should they be given, any special treatment or favour on the grounds of sex, when they compete with men on equal terms." Het zou geheel verkeerd zijn om veranderingen aan te brengen in het huidige systeem, ter aanmoediging van part-time opleidingen "in such demanding branches of medicine, for standards would inevitably fall".

Er zijn voldoende mogelijkheden voor vrouwen in de 'less demanding specialities'. Dit zijn weliswaar de minder populaire specialisaties, maar vrouwen zijn daar uitermate geschikt voor. Niet vanwege het feit dat ze vrouw zijn maar vanwege "the wish for a less-than-maximum commitment". Wat daarom nodig is zijn "practical provisions for the needs of women who wish to combine medicine with marriage without damage to the standards of either".

Eenzelfde sfeer ademt een editorial in The Journal of the Royal College of General practitioners - het formele orgaan van de huisartsenorganisatie in Engeland - in 1979. Het opleiden van vrouwelijke artsen, zo wordt gesteld is een relatief inefficiënte investering "because of the years lost through child-bearing and child-rearing". Vrouwelijke artsen "may give considerably fewer person-years of work, perhaps as little as 60 percent, than their male equivalents". Daarbij komt nog dat "employers and colleagues are increasingly finding that the demands of children(...) unexpected illness, or family commitments make female physicians less reliable sources of cover in many medical rotas, even when they are working part-time".

Vervolgens worden er een viertal 'theoretical reasons' aangegeven waarin wordt gesuggereerd dat "women may be particularly suited to primary medical care" zoals beter invoelend vermogen, eigen ervaringen met bepaalde kwalen, betere zorgende eigenschappen en een minder agressieve houding dan mannen.

Er komen veel en vooral boze reacties op dit artikel. Vooral de vanzelfsprekendheid waarmee vrouwen de gezinstaken toebedeeld krijgen, hetgeen tot gevolg heeft dat vrouwen minder betrokken zullen zijn bij haar beroepsarbeid hetgeen op zijn beurt de geringe vertegenwoordiging in leidinggevende functies zou verklaren, lokt verontwaardiging uit. Sarcastisch merkt één van de briefschrijfsters op dat dit is "the answer to our fewness on committees or councils, which must by their nature be at fixed hours (...) when they last for a day or so and at a distance we fear them great".

Produktiviteitsverschillen tussen vrouwelijke en mannelijke artsen

"The suitable use of the talents of women doctors" in Groot-Brittannië is een economische noodzaak stelt Richards (1978). Het aandeel van vrouwelijke studenten in de medische opleiding is tot bijna 40% gestegen en het kost de Staat zo'n £ 30.000 om een arts op te leiden. Echter door de "lack of coordination, inability to obtain informed advice and uncapability to take rapid decisions" worden schier onoverkomelijke barrières opgeworpen voor vrouwen.

In 1975 publiceren Jussin & Muller in de Verenigde Staten een onderzoek onder de titel: 'Medical education for women; how good an investment?' Op basis van data uit verschillende onderzoeken in de jaren zestig schatten ze dat vrouwelijke artsen "practice an average of two-fifths fewer hours over their life time than do men".

Uit deze onderzoeken leiden de auteurs af dat bijna alle vrouwelijke artsen haar beroeps carrière onderbreken voor een periode van één tot vier jaar. Zich baserend op de schatting dat een gemiddelde vrouwelijke arts "will practice only 62% as many hours as male physicians, it could be said that the cost of education 'lost', in educating women for medicine is 38%". Om deze investeringskosten voor vrouwelijke artsen te drukken stellen de onderzoekers dat "women must be both encouraged and enabled to use their medical training more fully". Mogelijke maatregelen zijn onder meer: part-time training, retraining-programs and tax-deductions.

Het onderzoek van Jussin & Muller wordt in 1978 bekritiseerd door Williams. Vrouwelijke artsen in de Verenigde Staten zijn in de afgelopen tien tot vijftien jaar vaker full-time gaan werken, terwijl ook het aantal vrouwelijke artsen dat haar beroeps carrière niet onderbreekt, gestaag toeneemt. Bij mannen is een omgekeerde trend waar te nemen, zo blijkt uit de onderzoeksbevindingen van Williams. "While the average workweek for female physicians appears to be increasing, that of male physicians has steadily decreased by over 10% during the last decade."

In een onderzoek in de Verenigde Staten uit 1977 van Heins e.a. wordt eveneens geconcludeerd dat "there has been an increase in the productivity of women physicians". Deze resultaten zijn verkregen door de bevindingen uit onderzoeken uit de voorgaande jaren te vergelijken met eigen onderzoek. "There is no question about the fact that the difference in the work ratios between men and women (die de onderzoekers schatten op zo'n 10%) is the result of time taken out by women for child bearing and child rearing", stellen de onderzoekers.

De tijd die door vrouwelijke en mannelijke artsen in de Vere-

nigde Staten aan beroepsarbeid wordt besteed, wordt in onderzoek van Wilson (1981) opnieuw ter discussie gesteld. Wilson berekent dat vrouwelijke artsen "spend only about 25% less time than men do in active practice" gedurende haar beroeps-carrière. Dit is minder dan Jussin & Muller becijferen, maar meer dan Heins & Braslow hebben gevonden. Volgens Wilson zullen er meer gedegen tijdsonderzoeken moeten worden verricht alvorens ondubbelzinnige conclusies kunnen worden getrokken.

Beloningsverschillen tussen vrouwelijke en mannelijke artsen
Onderzoeken waar verschillen in inkomen tussen vrouwelijke en mannelijke artsen een centrale plaats innemen, zijn onder meer verricht door Kehrer (1976), Bobula (1980), Langwell (1982) en Ohsfeldt & Culler (1986).

Bobula toont in onderzoek in de Verenigde Staten aan dat er niet alleen sprake is van verschillen in produktiviteit, maar dat er ook verschillen bestaan in beloning tussen vrouwelijke en mannelijke artsen.

Onderzoeksresultaten wijzen uit dat vrouwelijke general practitioners minder weken per jaar werken (45,2 weken tegen 47,3 weken) en minder uren per week werken (41,6 uur tegen 49,9 uur) dan haar mannelijke collegae. Het gemiddelde inkomen uit beroepsarbeid geeft eenzelfde patroon te zien. Wanneer constant gehouden wordt op specialisatie blijkt dat vrouwen omstreeks 70% van het gemiddelde inkomen van mannen verdienen. Een vergelijking met bevindingen uit eerder onderzoek wijst erop dat "differences in work-patterns and income are diminishing over time".

Kehrer baseert haar onderzoek naar beloningsverschillen op data van een survey onder artsen van the American Medical Association uit 1972. Kehrer vindt dat vrouwelijke artsen 24% per uur minder verdienen dan mannelijke artsen, waarbij verschillen in "personal characteristics are taken into account". Dit verschil wordt volgens Kehrer veroorzaakt door "discrimination or otherwise unexplained factors".

Langwell herhaalt het onderzoek van Kehrer met data uit 1977. Zij vindt dat het uurloon van vrouwelijke artsen ongeveer 19% lager ligt dan dat van mannelijke artsen. Een bevinding die ook in het onderzoek van Wilson (1981) wordt ondersteund.

Uit een onderzoek in de Verenigde Staten van Ohsfeldt & Culler (1986) met data uit 1982 wordt nog slechts een verschil van omstreeks 13% gevonden. Dit steeds kleiner wordend verschil wordt door Ohsfeldt & Culler vooral toegeschreven aan verbeterde analysemethoden. Het onverklaarde verschil van 13% is ofwel een gevolg van discriminatie of wordt veroorzaakt door andere - nog niet te verklaren - factoren, aldus de auteurs.

In 1981 vergelijken Heins & Braslow verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke artsen in Groot-Brittannië en de Verenigde Staten. In beide landen constateren ze "remnants of sex-discrimination". Een zeer gering aantal vrouwelijke artsen "hold decision-making positions of importance". Vrouwelijke artsen zijn tevens sterk ondervertegenwoordigd in 'the prestige specialties'. Het inkomen van vrouwelijke artsen ligt duidelijk beneden dat van mannelijke artsen, zelfs wanneer wordt gecorrigeerd voor specialisatiegebied en aantal uren.

Uitgaande van de noodzaak om de stijgende kosten voor gezondheidszorg in de hand te houden "both countries must carefully monitor doctor productivity". Dat neemt niet weg dat de verwachtingen dat "there will be wastage of women doctors are undesirable, unnecessary and not in the best interests of the economy". Het is zinvoller om vrouwelijke artsen te helpen "to minimise time taken out of the work force and maximise their training opportunities as doctors. To do less would be in a very real sense a return to discrimination against women", volgens Heins & Braslow.

Overzien wij de onderzoeken die wij in deze paragraaf besproken hebben, dan valt op dat al deze onderzoeken één ding gemeen hebben. Er wordt veelal expliciet van uitgegaan dat huishoudelijke en gezinsverplichtingen de oorzaak zijn van de achterstand in beroepsuitoefening van vrouwelijke artsen. Maar daarmee houdt de overeenkomst ook op; de interpretaties van het probleem en de 'oplossingen' voor dat probleem lopen sterk uiteen. Globaal kunnen wij deze onderzoeken in drie groepen indelen; een indeling die parallel loopt aan de volgorde waarin wij de onderzoeken besproken hebben.

In de eerst besproken onderzoeken wordt de achterstand van vrouwelijke huisartsen als een doelbewuste strategie opgevat. Vrouwelijke artsen worden als reserveleger aan arbeidskracht ingezet om in tijden van schaarste in te springen of om de moeilijk te 'bemannen' posten binnen het beroep te bezetten. De voor de vrouw weggelegde taken, zoals gezins- en huishoudelijke taken worden ofwel als discriminatie ofwel als roeping beschouwd. Hoe dan ook, het maakt het voor vrouwen onmogelijk om op gelijke voet met mannen te concurreren om de betere banen binnen het beroep.

Een tweede groep ziet het als een inefficiënte investering om vrouwelijke artsen op te leiden. Het merendeel van de opgeleide vrouwen zal toch trouwen en kinderen krijgen en dat betekent part-time of (tijdelijk) geheel geen beroepsarbeid verrichten. Het door de gemeenschap geïnvesteerde geld in vrouwen is te weinig rendabel.

Een derde groep richt zich eerst en vooral op een nauwkeurige becijfering van beloningsverschillen.

In de eerstbesproken onderzoeken uit deze paragraaf worden fundamentele veranderingen voorgestaan; in de tweede en derde groep zoekt men de oplossingen veeleer in 'aanpassingen' als meer part-time opleidingen, een betere begeleiding van vrouwen tijdens de studie en meer part-time banen.

Opmerkelijk is dat de nadruk vooral valt op de vragers naar beroepsarbeid; de afgestudeerde vrouwelijke en mannelijke artsen. De aanbieders van beroepsarbeid worden in de meermaatschappij-kritisch georiënteerde onderzoeken wel als de 'boosdoeners' aan de kaak gesteld, maar er is - voor zover bekend - geen systematisch onderzoek verricht naar de houdingen en gedragingen van de vragers van beroepsarbeid ten opzichte van vrouwelijke en mannelijke artsen.

2.3. Conclusie

Overzien wij de veelheid aan beschrijvingen en empirische gegevens die ter ondersteuning hiervan worden aangereikt, dan rijst de vraag of nieuw onderzoek nog wel nodig is. Het antwoord is ja en nee.

Nieuw onderzoek lijkt niet nodig waar het gaat om het vaststellen van de achtergestelde positie van vrouwelijke artsen binnen het beroep. Deze positie is in de hiervoor behandelde onderzoeksliteratuur vanuit verschillende invalshoeken beschreven en met empirische gegevens ondersteund.

De vraag of nieuw onderzoek nodig is moet bevestigend beantwoord worden waar het gaat om het verklaren van die achterstand. In de hierboven aangehaalde onderzoeken worden elementen beschreven die verantwoordelijk gesteld moeten worden voor die achterstand; een beschrijving is echter niet voldoende.

Ten eerste worden uiteenlopende factoren verantwoordelijk gesteld voor de achterstand van vrouwen binnen het beroep en dat roept de vraag op welke factoren het belangrijkste zijn. Met andere woorden, wat is het 'gewicht' van de uiteenlopende factoren bij de verklaring van de achterstand van vrouwelijke artsen.

Ten tweede is niet duidelijk welke factoren in een bepaalde situatie een doorslaggevende rol spelen. Bijvoorbeeld: het ontbreken van een partner die de achterwacht op zich kan nemen vormt een grote belemmering voor vestiging in een solo- of associatiepraktijk, maar zal een veel minder belangrijke rol spelen in gezondheidscentra of in steden waar centrale meldposten (zoals een dokterstelefoon) zijn.

In onderzoekstermen geformuleerd: in bovenomschreven onderzoeken worden vooral de onafhankelijke variabelen aan de orde gesteld. Voor een verklaring van de achtergestelde positie van vrouwelijke artsen is het nodig om de invloeden van onafhankelijke variabelen op de afhankelijke variabele (= realiseren van een zelfstandige vestiging) vast te stellen.

Daartoe is het nodig om een theoretisch model te construeren waarin wordt verklaard hoe het komt dat vrouwelijke huisartsen zich minder vaak en minder zelfstandig vestigen dan mannelijke huisartsen. Bij de constructie van zo'n verklarend model kunnen wij de factoren die zijn aangevoerd voor verschillen in beroeps participatie 'inpassen' als verklarende variabelen.

In het volgende hoofdstuk wordt een model geconstrueerd, waarmee verschillen in beroeps participatie tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen kunnen worden verklaard.

3 Verklarend model voor verschillen in vestiging tussen vrouwen en mannen

De ongelijke verdeling van vrouwen en mannen over beroepen kan worden opgevat als een collectief resultaat van individuele keuzeprocessen die plaatsvinden onder bepaalde restricties²¹. Om deze processen te verklaren hanteren wij als handelings-theorie de rationele-keuzetheorie.

Het uitgangspunt van deze theorie is dat mensen van de mogelijke handelingsalternatieven in een bepaalde situatie, dat alternatief kiezen waarvan ze verwachten dat het hun het hoogste nut zal opleveren (Schoemaker 1982, Wippler & Lindenberg 1984).

Handelingsalternatieven hebben positieve en negatieve gevolgen, ofwel kosten en baten. Wat als kosten dan wel als baten wordt opgevat, hangt af van de doelstellingen die mensen willen bereiken. Op zeer algemeen niveau kan worden gezegd dat alle mensen streven naar welzijn en aanzien (Adam Smith, zie: Lindenberg 1980). Wat welzijn en aanzien in specifieke situaties betekenen, dient voor elk verklaringsprobleem apart te worden ingevuld.

Mensen zullen van elk van de mogelijke handelingsalternatieven in een gegeven situatie, de positieve en negatieve gevolgen tegen elkaar afwegen en de alternatieven op basis daarvan rangschikken. Het is echter in de meeste situaties niet zeker of de gevolgen ook werkelijk zullen optreden. Voor elk van de handelingsalternatieven zal men dan ook schatten hoe groot de kans is op het optreden van de positieve en negatieve gevolgen.

De waardering van gevolgen en de verwachte kans van optreden hiervan bepalen het nut van de alternatieven.

Mensen maken hun keuzen echter niet binnen een sociaal vacuüm doch onder restrictieve omstandigheden. De meeste omstandigheden zijn voor bepaalde categorieën mensen restrictiever dan voor andere. Verschillen in gedrag tussen mensen kunnen worden teruggevoerd op verschillen in de mate van restrictiviteit van omstandigheden en de mate van aanwezigheid van hulpbronnen. Verondersteld wordt dat restricties op drie manieren keuzeprocessen beïnvloeden. Ten eerste kunnen zij er toe leiden dat mensen verschillen in het belang dat zij hechten aan de gespecificeerde doelstellingen. Ten tweede hebben verschillen in restricties tot gevolg dat bepaalde handelingsalternatieven voor sommige mensen hogere kosten met zich meebrengen dan voor anderen. Ten derde leiden zij ertoe dat de kans op het realiseren van hun keuze voor sommigen groter is dan voor anderen. Enerzijds is dit het gevolg van verschillen in de werking van bepaalde restricties. Anderzijds heeft dat te maken met verschillen in de beschikking over hulpbronnen.

De werking van restrictieve omstandigheden maakt individuele keuzeprocessen tot een interessant object van sociologische analyse. Restricties zijn immers niet alleen van fysische of psychische aard. Sociale, juridische en economische omstandigheden kunnen bij uitstek als restricties worden aangevoerd.

Het verklarend model wordt in twee stappen uitgewerkt. Bij de eerste stap staat de individuele keuze voor een bepaald soort praktisch centraal. Het gaat hier om de vraag: zoeken vrouwen een ander soort praktisch dan mannen en zo ja, waarom is dit het geval? Bij de tweede stap staat het realiseren van een vestiging centraal. Hier gaat het om de vraag of er verschillen in kansen zijn tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen om de door hen gezochte vestiging te realiseren en zo ja, waarom.

Bij de eerste stap van het model moet aangegeven worden welke vestigingswijzen er zijn (de gedragsalternatieven), vanuit welke gezichtspunten de gedragsalternatieven tegen elkaar worden afgewogen (de doelstellingen) en in welke mate men deze doelstellingen kan bereiken door de keuze voor één van de alternatieven. Deze specificaties gelden zowel voor vrouwen als voor mannen. Verschillen tussen vrouwen en mannen worden

in dit deel verklaard met behulp van de eerste twee genoemde soorten restricties: verschillen in het belang dat aan doelstellingen wordt gehecht en verschillen in de kosten van handelingsalternatieven.

Bij de tweede stap van het model werken we de restricties uit die het realiseren van de gezochte vestiging beïnvloeden. Alvorens op de werking van restricties in te gaan, dient eerst de verhouding tussen het aantal beschikbare vestigingsplaatsen en het aantal huisartsen dat naar een vestigingsplaats op zoek is, te worden vastgesteld. Zodoende kan worden bepaald voor welk deel van de zoekenden de mogelijkheid tot vestiging aanwezig is. De (eerder genoemde) derde soort restricties verklaart hier waarom vrouwen er in mindere mate in slagen om de gezochte vestigingsplaats te realiseren, namelijk: vanwege het feit dat ze over minder hulpbronnen beschikken en vanwege restricties die worden opgeworpen door de directe sociale omgeving.

3.1. Eerste stap van het model: zoeken naar een bepaalde vestiging

3.1.1. Gedragsalternatieven en doelstellingen

Afgestudeerde huisartsen die zich willen vestigen, kunnen in principe kiezen uit verschillende vestigingswijzen. Daar de probleemstelling van het onderzoek gericht is op het verklaren van verschillen in zelfstandige vestiging, ordenen we de vestigingswijzen naar de mate van zelfstandigheid. De zelfstandigheid van huisartsen ligt in de vrijheid om naar eigen goeddunken met patiënten om te gaan en de praktijk naar eigen inzicht te voeren, voor zover formele regelingen dat toelaten; een vrijheid die wij kunnen aanduiden met de term professionele autonomie.

Deze vrijheid kan in meer of mindere mate worden ingeperkt door de setting waarin huisartsen werken (Freidson, 1975).

In de inleiding is reeds het onderscheid genoemd tussen een zelfstandige vestiging en een assistentschap in de praktijk van een andere huisarts. Assistentschappen kunnen worden beschouwd als de vorm van beroepsuitoefening met de kleinste mate van professionele autonomie. De als zelfstandig aangedui-

de vestigingswijzen verschillen echter ook onderling nog in de vrijheid om de praktijk naar eigen inzicht te voeren. Zo zal een loondienstsituatie in het algemeen minder zelfstandig zijn dan een vestiging als vrij beroepsbeoefenaar. Een solo-praktijk is zelfstandiger - in de zin zoals aangegeven - dan een vestiging in maatschapsverband. Een associatie van alleen huisartsen is zelfstandiger dan een samenwerkingsverband met hulpverleners uit andere disciplines, zoals in gezondheidscentra het geval is.

Volgens het verklarend model hangt de keuze voor een bepaald soort vestiging af van de verwachte gevolgen van een dergelijke vestiging. Om aan te geven welke gevolgen relevant zijn, specificeren we de doelstellingen die praktijkzoekende huisartsen nastreven.

Op het meest algemene niveau van menselijk handelen worden veelal twee doelstellingen onderscheiden: welzijn en aanzien. Om van algemene doelen te komen tot concrete doelen is een specificatie vereist die toegespitst is op het te onderzoeken probleemveld (Groenewegen 1985).

Toegespitst op de beroepsgroep huisartsen kan dit als volgt gebeuren. Het algemene doel 'aanzien' is te specificeren naar status binnen de beroepsgroep. Het algemene doel 'welzijn' kan gespecificeerd worden naar meer concrete doelen als adequate honorering en een zekere hoeveelheid tijd naast de beroepsarbeid. Een adequate honorering en tijd naast de beroepsarbeid kunnen worden beschouwd als instrumenten - c.q. instrumentele doelen - om verschillende individuele doelstellingen te bereiken.

Het zou in de rede liggen om bij deze specificatie van doelen ook de vakinhoudelijke doelen te noemen. Daar we verwachten dat vrouwelijke huisartsen in hun waardering van deze doelstellingen niet zullen verschillen van mannelijke huisartsen, gaan we bij de verdere uitwerking niet nader in op deze doelstellingen.

Bezien we nu in welke vestigingswijze welke doelstellingen het best kunnen worden bereikt, dan kunnen de volgende hypothesen worden geformuleerd: de mogelijkheden tot het bereiken van een adequate honorering en/of hoge beroepsstatus zijn groter in de meer zelfstandige vestigingswijzen; de tijd die overblijft naast de beroepsarbeid is groter in de minder zelfstandige

welzijn < vrouwel = solo 77 →
tijd solo praktijk

vestigingen.

Verschillen met betrekking tot doelstellingen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen worden in de volgende paragrafen ingevoerd een specificatie van de restricties.

3.1.2. Restricties en doelstellingen

Verschillen in de waardering van bepaalde doelstellingen ontstaan door de inwerking van restricties. De vraag die nu beantwoord moet worden is welke restricties terzake zijn wanneer het gaat om mogelijke verschillen in de waardering van bepaalde doelstellingen door vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

In de vorige paragraaf zijn de algemene doelen van praktijkzoekende artsen tot concretere doelen gespecificeerd: een adequate honorering en een zekere hoeveelheid tijd die naast de beroepsuitoefening kan worden besteed als indicaties van het algemene doel 'welzijn'; een zekere status binnen de beroepsgroep als indicatie voor het algemene doel 'aanzien'.

Met betrekking tot het doel 'adequate honorering' kan worden opgemerkt, dat mannelijke huisartsen vaker een niet-verdienende partner zullen hebben dan vrouwelijke huisartsen. We gaan ervan uit dat inkomen, ingebracht door één van de beide partners, als gezinsinkomen wordt beschouwd. Daarvan uitgaand zal de groep gehuwde mannelijke huisartsen in vergelijking met de groep gehuwde vrouwelijke huisartsen, gemiddeld over minder gezinsinkomen beschikken.²² Dit betekent dat meer mannelijke dan vrouwelijke huisartsen aan het doel van adequate honorering een hogere waardering zullen geven.

Met betrekking tot de doelstelling 'een zekere mate van vrij besteedbare tijd' kan het volgende worden geconstateerd. Het is genoegzaam bekend dat vrouwen méér tijd aan huishoudelijke werkzaamheden besteden dan mannen. Hoewel hierin de afgelopen jaren wel verandering is opgetreden, vormt deze taakverdeling nog steeds het gangbare patroon (vergelijk ook onderzoeksliteratuur hoofdstuk 2). Tijdsbestedingsonderzoeken wijzen uit dat de door vrouwen in gezinstaken geïnvesteerde tijd vier- tot vijfmaal zo groot is als die van mannen (Knulst en Schoonderwoerd 1983).

Dit geldt eveneens, zij het in iets mindere mate, voor ongehuwde vrouwen. Ook bij de hoger opgeleiden geldt in algemene zin deze verdeling van tijd (Van Doorne-Huiskes, 1979). Dit

gegeven heeft tot gevolg dat vrouwelijke huisartsen, die een beroep uitoefenen, in de regel over minder vrij besteedbare tijd beschikken dan hun mannelijke collega's. Dit zal er op zijn beurt toe leiden, dat vrouwen aan de doelstelling 'vrij besteedbare tijd' veelal een hogere waardering zullen toekennen.

Met betrekking tot de beroepsstatus is bekend, dat vrouwen meer status ontlenen aan het beroep van hun man, dan omgekeerd mannen aan dat van hun vrouw (Van Doorne-Huiskes, 1984). Mannen zijn in het algemeen in sterkere mate dan vrouwen op slechts één statusbron aangewezen. Hoog opgeleide vrouwen zijn in de regel getrouwd met hoog opgeleide mannen (Van Doorne-Huiskes, 1979). Hoog opgeleide mannen hebben in de regel goede banen. Voor vrouwelijke artsen betekent dit dat, wanneer ze van een eigen beroepsuitoefening zouden afzien, zij toch over een zekere maatschappelijke status beschikken, namelijk via het beroep van hun man. Voor mannen geldt dat, bij gelijke omstandigheden, in veel mindere mate. Dit brengt met zich mee dat mannen in het algemeen meer waarde zullen hechten aan een hoge beroepsstatus dan vrouwen, ook wanneer deze laatste wèl -- zoals vrijwel alle vrouwelijke artsen -- vormen van beroepsuitoefening ambiëren.

3.1.3. Restricties, en kosten en baten

Behalve via het belang dat mensen hechten aan bepaalde doelen kunnen restricties ook inwerken op de kosten van een handelingsalternatief. We bespreken hier verschillen in de kosten van vestiging tussen vrouwen en mannen die het gevolg zijn van: verschillen in rolverwachtingen, verschillen in gezinsomstandigheden en van ongelijkheid in regelgeving voor de beroepsgroep van huisartsen.

De gehuwde mannelijke huisarts die zich wil vestigen zal er min of meer vanzelfsprekend van uitgaan dat z'n partner de huishoudelijke- en gezinstaken op zich neemt. Wenst de gehuwde vrouwelijke huisarts daarentegen beroepsarbeid te verrichten, dan zal zij er gewoonlijk voor moeten zorgen dat huishoudelijke- en gezinstaken doorgang vinden. Ze kan dan òfwel betaalde hulp aantrekken òfwel deze taken zelf blijven verrichten naast haar beroepsarbeid.

In het eerste geval, als de vrouwelijke huisarts er voor kiest

om betaalde hulp aan te trekken voor gezins- en huishoudelijke taken, zijn objectief gezien de kosten die daaraan verbonden zijn voor rekening van beide partners. Toch worden deze kosten vaak - merendeels impliciet - aan de vrouwelijke partner toegeschreven. Daarbij komt dat de vrouwelijke huisarts die (een deel van) huishoudelijke- en gezinstaken overdraagt, veelal toch verantwoordelijk blijft voor deze taken.

In het tweede geval komt het er veelal op neer dat de vrouwelijke huisarts zich voor een dubbele taak geplaatst ziet; een belemmering voor beroepsarbeid die in de onderzoeksliteratuur (in het voorgaande hoofdstuk) overduidelijk naar voren is gekomen. De vrouwelijke huisarts moet haar zorg en aandacht voortdurend verdelen tussen haar patiënten en haar gezin. De extra kosten liggen dan ook niet zozeer op het financiële vlak; het zijn veeleer vermoeidheid en 'emotionele kosten' vanuit een gevoel van schuld dat òf de partner òf het gezin tekort wordt gedaan. Deze emotionele kosten zullen vooral hoog zijn als de vrouwelijke huisarts kinderen heeft.

Of de gehuwde vrouwelijke huisarts nu voor de ene of de andere oplossing kiest, in beide gevallen worden de kosten hoger naarmate een vestiging een meer onregelmatig en onvoorspelbaar tijdsbeslag met zich meebrengt. Dit laatste is vooral het geval is in de meer zelfstandige vestigingswijzen.

De invloed van rolverwachtingen is ook waarneembaar waar het gaat om de houding van de man ten opzichte van beroepsarbeid van z'n partner. Uit onderzoek blijkt dat afkeurende houdingen van mannen een remmende invloed hebben op het verrichten van beroepsarbeid van hun partners (Van Doorne-Huiskes, 1979).

Een andere bron van verschillen in kosten en baten voor vrouwen en mannen zijn de formele regelingen die voor de beroepsgroep huisartsen gelden, met name: de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst, de Ziekenfondswet, pensioenregelingen, fiscale regelingen en de arbeidsongeschiktheidsuitkeringsverzekering. Naar de kostenverhogende werking van deze regeling voor vrouwen is onderzoek gedaan door Kortenhoeven (1985).

De uitoefening van het huisartsberoep is geregeld in de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst. Deze wet bevat geen aparte regelingen die vestiging als huisarts moeilijker maken voor vrouwen dan voor mannen.

De Ziekenfondswet bevat formeel evenmin wetsartikelen die vrouwen sterker belemmeren dan mannen. In de praktijk echter kunnen waarneemregelingen, voorgeschreven in de zogenoemde modelovereenkomst met het Ziekenfonds, aanleiding geven tot verschillen in kosten. Het gaat dan met name om regeling van de achterwacht in het geval de gevestigde huisarts wegens visites bij patiënten of anderszins voor korte tijd niet in de praktijk aanwezig is, maar wel voor z'n patiënten bereikbaar moet blijven. Langere afwezigheid wordt meestal via plaatselijke waarneemgroepen geregeld waarin nagenoeg iedere huisarts participeert.

Gehuwde mannelijke huisartsen behoeven gewoonlijk geen speciale (betaalde) hulp, oproepapparatuur, of andere zaken voor de achterwacht te organiseren. Hun partner zal deze taak meestal op zich nemen, daar het - gezien de eerder uiteengezette taakverdeling tussen vrouwen en mannen - goed aansluit bij haar werkzaamheden binnenshuis. Gehuwde mannelijke huisartsen zullen deze kosten dus uitsparen, met andere woorden een vaste partner levert hun 'baten' op.

Voor vrouwelijke huisartsen daarentegen vormt regeling van de achterwacht een kostenpost. De partner van de vrouwelijke huisarts zal minder vanzelfsprekend de achterwachtfunctie op zich nemen; het wordt van hem in mindere mate verwacht. Bovendien zal hij daartoe minder vaak in staat zijn vanwege beroepswerkzaamheden.

De kosten die achterwachtregelingen met zich mee brengen, zullen het hoogst zijn in de meest zelfstandige vestigingswijzen; er is dan geen associatie-partner of collega met wie men samen de achterwacht kan regelen. Naarmate een vestigingswijze zelfstandiger is, zal het daarom vaker voorkomen dat vrouwen hogere kosten moeten maken voor de regeling van de achterwacht dan mannen.

Alle zelfstandig gevestigde huisartsen in Nederland zijn verplicht om deel te nemen aan de pensioenregeling voor huisartsen, in tegenstelling tot niet-zelfstandig gevestigde huisartsen. Deze pensioenregeling is in 1984 zodanig gewijzigd, dat delen uit die regeling die in het verleden aanleiding waren tot hogere kosten voor vrouwelijke dan voor mannelijke huisartsen, nu nauwelijks nog kostenverschillen opleveren. Des-

ondanks is gebleken dat vooral niet-gevestigde huisartsen menen dat de pensioenregeling vrouwelijke huisartsen sterker belemmert bij zelfstandige vestiging dan mannelijke huisartsen (Kortenhoeven, 1985). Dit impliceert dat in de perceptie van praktijkzoekende huisartsen - bij afweging van kosten en baten van de verschillende vestigingswijzen - een zelfstandige vestiging hogere kosten met zich meebrengt voor vrouwelijke dan voor mannelijke huisartsen.

Ook de fiscale regelingen zijn onlangs ingrijpend gewijzigd, met name door invoering van de zogenoemde tweeverdienerswet in 1985. Daardoor zijn de tot dan toe bestaande ongelijkheden tussen gehuwde vrouwen en mannen in formele zin weggenomen. Evenals bij de pensioenregeling blijkt ook hier de perceptie van de zoekende huisartsen niet altijd overeen te stemmen met de werkelijkheid. Dit is mede te wijten aan de verwarring die is ontstaan bij de invoering van de tweeverdienerswet in 1985; een verwarring die duidelijk tot uiting is gekomen in persberichten, kranten en tijdschriften.

Het gaat in feite om een fiscaal nadeel ten opzichte van de situatie vóór 1985, voor gehuwden of samenwonenden die overgaan van een eenverdienersregeling naar een tweeverdienersregeling. Hebben beide partners een eigen inkomen uit arbeid, dan wordt de belastingvrije voet van de zogeheten alleenverdiener teruggebracht van omstreeks f 14.000,- naar ± f 7.000,-. Daar staat tegenover dat de 'tweede verdiener' een eigen belastingvrije som van ± f 7.000,- krijgt. Is nu het inkomen van de voormalige alleenverdiener hoog en dat van de 'tweede verdiener' laag, dan zal, gegeven een progressief belastingstelsel, het totale gezinsinkomen onevenredig weinig toenemen met de arbeid van de 'tweede verdiener'. De nieuwe fiscale regelingen zullen in dergelijke gevallen de drempel om tot de arbeidsmarkt toe te treden verhogen. Dit zal vooral van toepassing zijn op gehuwde vrouwelijke huisartsen die bij part-time arbeid veelal een lager inkomen zullen hebben dan hun partner.

Tot slot dienen hier de arbeidsongeschiktheidsuitkeringsverzekeringen genoemd te worden. Deze verzekeringen dragen er eveneens aan bij dat een vestiging als vrij beroepsbeoefenaar voor vrouwelijke huisartsen extra kosten met zich meebrengt.

Een vrouwelijke huisarts kan - evenmin als andere vrouwelijke vrije beroepsbeoefenaren - een verzekering afsluiten die haar een inkomen garandeert tijdens (een deel van) de zwangerschapsperiode.²³ Dit betekent dat een betaalde kracht ter vervanging moet worden aangetrokken. Het impliceert dat een vrouwelijke huisarts die kinderen wenst en die zich als vrij beroepsbeoefenaar wil vestigen hogere kosten in het vooruitzicht heeft dan haar mannelijke collega in dezelfde situatie.

Vatten we de paragrafen over restricties samen dan kunnen we veronderstellen dat vrouwelijke huisartsen, en met name zij die een partner hebben, minder belang hechten dan mannen aan die doelen die het best bereikbaar zijn via de meer zelfstandige vestigingswijzen. Het betreft dan de doelen 'een adequate honorering' en een 'hoge beroepsstatus'. Aan het doel 'vrij besteedbare tijd' dat beter bereikbaar is in een minder zelfstandige vestiging, zullen zij daarentegen meer belang hechten dan hun mannelijke collega's.

Daarnaast zijn de kosten van een zelfstandige vestiging voor vrouwen vaak hoger dan voor mannen. De kostenverschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen zullen afnemen naarmate een vestiging minder zelfstandig is.

Aangezien de baten van een zelfstandige vestiging voor vrouwen gemiddeld lager zullen zijn dan voor mannen en de kosten juist hoger, kunnen we voorspellen dat vrouwelijke huisartsen vaker dan mannelijke huisartsen besluiten op zoek te gaan naar de minder zelfstandige vestigingswijzen. Deze voorspelling is vooral van toepassing op vrouwelijke huisartsen met een vaste partner.

3.2. Tweede stap van het model: realiseren van de gezochte vestigingswijze

In de tweede stap van het verklaringsmodel gaat het om de vraag of er verschillen zijn tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen in het realiseren van de gezochte vestiging. Het realiseren van de gezochte vestiging hangt in algemene zin af van de volgende componenten: de verhouding tussen vraag en aanbod van vestigingsplaatsen, van factoren die differentiëren

tussen de vestigingskansen van vrouwen en mannen en van verschillen in de wijze waarop vrouwen en mannen zoeken naar een vestigingsplaats. We zullen dit in de volgende drie paragrafen nader uitwerken.

3.2.1. Vraag en aanbod van vestigingsplaatsen

De verhouding tussen het aantal beschikbare vestigingsplaatsen en het aantal huisartsen dat naar een praktijk op zoek is, bepaalt hoeveel huisartsen zich kunnen vestigen, ongeacht het feit of het vrouwen of mannen zijn.

Het aanbod aan huisartspraktijken is de afgelopen jaren sterk bij de vraag naar vestigingsplaatsen achtergebleven, zo blijkt uit 'Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg' van het NIVEL (vergelijk hoofdstuk 6).

Binnen de gerealiseerde vestigingen kan een onderscheid worden gemaakt tussen verschillende soorten praktijken. Aannemende dat de gerealiseerde vestigingen het aanbod van praktijken weerspiegelen, kan men stellen dat het aanbod van de meer zelfstandige vestigingsplaatsen, zoals in solopraktijken en maatschappen, vele malen groter is dan dat van de minder zelfstandige, zoals in assistentschappen. In de jaren 1984 tot 1988 maakt het aanbod van praktijken in dienstverband en assistentschappen samen omstreeks 15% van het totale aanbod uit. In de eerste stap van het verklarend model zijn we tot de conclusie gekomen dat vrouwelijke artsen vooral naar de minder zelfstandige vestigingswijzen zullen zoeken. In deze paragraaf blijkt dat dat juist ook de schaarse vestigingsplaatsen zijn. Uitsluitend uit het feit dat er meer vragers zijn dan er praktijken worden aangeboden, kan niet afgeleid worden dat vrouwen geringere mogelijkheden hebben om een vestiging te realiseren. In combinatie met het gegeven dat vrouwen vooral naar de schaarser vestigingen op zoek zijn kan een dergelijke conclusie wel worden getrokken. Uitgaande van een onderscheid in vestigingswijzen naar de mate van zelfstandigheid, kunnen we concluderen dat de kans op het realiseren van de gezochte vestiging - afgeleid uit de verhouding tussen het aantal aangeboden en gezochte vestigingswijzen - in de minder zelfstandige vestigingswijzen aanmerkelijk geringer is dan in de meer zelfstandige vestigingswijzen.

3.2.2. Verschillen in vestigingskansen tussen vrouwen en mannen

In deze paragraaf gaan wij nader in op de restricties die de verschillen in vestigingskansen tussen mannen en vrouwen veroorzaken. Achtereenvolgens gaan we daarbij in op de houding van gevestigde huisartsen die een opvolger of associé zoeken ten opzichte van praktijkzoekende vrouwen en mannen, de houding van financierende instanties en inperkingen van het geografisch gebied waarbinnen huisartsen naar een praktijk zoeken.

Invloed van gevestigden op vestigingskansen

In arbeidsmarktonderzoek naar verschillen tussen vrouwen en mannen in de toegang tot beroepen komt naar voren dat werkgevers voor bepaalde, vooral hogere, functies aan mannen de voorkeur geven boven vrouwen (Thurow, 1975; Schippers, 1983). We verwachten dat dit verschijnsel dat door Thurow aangeduid is als statistische discriminatie, ook voorkomt onder huisartsen die hun praktijk willen overdragen of een associatiepartner zoeken. Statistische discriminatie betekent in dit geval dat huisartsen een algemeen (voor)oordeel hebben over de capaciteiten van vrouwen en dit oordeel zonder onderscheid toepassen op vrouwelijke kandidaten voor opvolging of associatie. Gegeven het feit dat de meeste aanbieders van vestigingsplaatsen mannen zijn en ervan uitgaand dat hun oordelen over de geschiktheid van vrouwen minder positief zijn dan die over mannen, verwachten we een negatieve beïnvloeding van de vestigingskansen van vrouwen.

Invloed van financierende instanties op de vestigingskansen

Het is niet uit te sluiten dat adviserende en financierende instanties verschillende criteria hanteren voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen bij beslissingen over het financieren van een huisartspraktijk. We verwachten dat ook hier het verschijnsel van statistische discriminatie van toepassing is. Als dat inderdaad waar is, zal dat de kans op het realiseren van een vestiging voor zover dat niet in dienstverband is voor vrouwelijke huisartsen inperken.

Invloed van geografische gebondenheid op vestigingskansen
Inperking van het geografisch gebied waarbinnen afgestudeerde huisartsen naar een praktijk zoeken, zal de kans op vestiging eveneens inperken. Voor zover deze inperking voortkomt uit een binding aan de streek of sociale relaties, verwachten we geen verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

We verwachten wèl verschillen waar het gaat om gebondenheid aan een bepaalde plaats of streek vanwege de (beroeps)werkzaamheden van de partner. Vrouwelijke huisartsen hebben vaker een partner die beroepsarbeid verricht dan mannelijke huisartsen. Gegeven de gangbare rolopvattingen heeft beroepsarbeid van de man een hogere prioriteit dan die van de vrouw. We verwachten daarom dat de gehuwde vrouwelijke huisarts vaker het gebied waarbinnen ze naar een praktijk zoekt, inperkt vanwege de werkzaamheden van haar partner dan de gehuwde mannelijke huisarts. Het is duidelijk dat naarmate men het gebied waarbinnen men zoekt sterker inperkt, de kans op vestiging kleiner wordt. Dit aspect zal in de verdere uitwerking buiten beschouwing blijven vanwege het ontbreken van empirische gegevens.

3.2.3. Zoeken naar een praktijk en beschikking over hulpbronnen

Het verschil tussen vrouwen en mannen in het realiseren van de gezochte vestiging hangt niet alleen samen met de hierboven beschreven verschillen in vestigingskansen, maar ook met de hulpbronnen die men bij het zoeken kan inzetten.

Bij het zoeken naar een huisartspraktijk zijn twee soorten hulpbronnen van belang, namelijk sociale hulpbronnen en economische hulpbronnen.

Sociale hulpbronnen bij het zoeken naar een praktijk zijn de relaties binnen de medische wereld of daarbuiten; relaties die kunnen worden aangesproken als het gaat om informatie over vrijkomende praktijken, voorspraak bij huisartsen die hun praktijk overdragen etc.

Uit onderzoek naar sociale contacten en het belang ervan voor de toegang tot de arbeidsmarkt noemen Preisendörfer & Voss (1988) de betekenis van sociale netwerken voor de beroeps carrière groot.

Onderzoek naar het lidmaatschap van vrijwillige verenigingen

toont aan dat vrouwen niet minder vaak lid zijn dan mannen, maar wel dat verenigingen waar vrouwen lid van zijn kleiner en meer homogeen zijn dan die van mannen. Bovendien nemen verenigingen waar vrouwen lid van zijn een maatschappelijk meer perifere positie in (McPherson & Smith-Lovin, 1986).

Op grond van deze onderzoeksresultaten veronderstellen we dat vrouwelijke huisartsen in mindere mate over de hulpbron 'sociale relaties' kunnen beschikken dan mannelijke huisartsen.

Relaties kunnen een doorslaggevende bron van hulp zijn in het geval ouders of naaste familieleden hun praktijk overdragen aan de afgestudeerde huisarts. We gaan ervan uit dat er in deze gevallen geen grote verschillen zullen bestaan tussen afgestudeerde vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

De hulpbron sociale relaties is ook van doorslaggevende aard wanneer de aspirant huisarts een partner heeft met een eigen praktijk waarin hij/zij zich na de voltooiing van de huisartsopleiding eveneens kan vestigen. Wij veronderstellen dat vrouwelijke huisartsen vaker een partner-met-huisartspraktijk zal hebben dan mannelijke huisartsen, maar dergelijke situaties zullen relatief weinig voorkomen.

Wij zullen met deze 'uitzonderlijke' relaties in de komende analyses rekening houden.

Economische hulpbronnen bij het zoeken zijn tijd en financiële middelen. De beschikking over kapitaal dat nodig is om een praktijk over te nemen moet hier verder buiten beschouwing blijven. Wij veronderstellen dat vrouwen minder gemakkelijk dan mannen geld kunnen lenen bij financierende instanties, maar vanwege het ontbreken van empirische gegevens is dit niet nader vast te stellen.

Het tijdsaspect als economische hulpbron is wel te hanteren. In principe is de hulpbron 'tijd' voor iedereen gelijk; elke zoekende huisarts heeft 24 uur per dag ter beschikking. Tijd is voor gehuwde vrouwelijke huisartsen echter een schaarser hulpbron dan voor mannen in dezelfde situatie. Binnen de gangbare roloppvattingen worden vrouwen immers geacht tenminste een deel van hun tijd te investeren in huishoudelijke en gezinstaken.

Bij het zoeken via waarnemen voor een huisarts zal men soms

tijdelijk moeten vertoeven in of nabij de praktijk van de huisarts die men vervangt. Deze eis is moeilijk verenigbaar met de dagelijks terugkerende gezinstaken die juist een regelmatige tijdsinvestering en aanwezigheid op bepaalde plaatsen vereist. Vandaar dat vrouwen - zeker wanneer ze kinderen hebben - in mindere mate de zoekmethoden die gebaseerd zijn op het verrichten van beroepswerkzaamheden, kunnen benutten dan mannen.

Bepaalde manieren van zoeken kunnen dus alleen worden gehanteerd wanneer men over de daarvoor vereiste hulpbronnen beschikt. Gebruiken wij deze hulpbronnen als indelingscriterium voor de verschillende manieren van zoeken, dan kunnen wij drie clusters formeren.

Manieren van zoeken die een relatief grote tijdsinvestering vergen brengen wij onder in de cluster 'zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden'. Bij deze manieren van zoeken is de wijze waarop men zich van de beroepstaken kwijt de belangrijke factor; het vormt het 'contactpunt' met de aanbieders van huisartspraktijken.

De tijdsinvestering van de manieren van zoeken uit deze groep is niet alleen aanzienlijk groter dan bij de andere manieren, ook de onregelmatigheid van deze tijdsinvestering speelt hierbij een rol. Zo kan men bijvoorbeeld enkele maanden een huisartspraktijk 'waarnemen', hetgeen kan inhouden dat men tijdelijk moet verhuizen naar de 'waarneemplaats' (vanwege de bereikbaarheid van de huisarts voor patiënten). Ook bij het fungeren als huisarts in weekend- of avonddiensten krijgt men te maken met onregelmatige tijdsinvestering.

Manieren van zoeken waarvoor de hulpbron 'relaties' nodig is brengen wij onder in de cluster 'zoeken via relaties'. De zoekende huisartsen kunnen deze manieren van zoeken alleen hanteren wanneer zij relaties (binnen de medische wereld) hebben. Deze relaties fungeren als intermediair tussen de praktijkzoekende huisartsen en de aanbieders van huisartspraktijken.

Manieren van zoeken waarvoor geen speciale hulpbronnen nodig zijn rangschikken wij onder de cluster 'formele wijzen van zoeken'. Bij deze manieren van zoeken zijn vragers en aanbieders van huisartspraktijken onbekenden voor elkaar. Via forme-

le wijze
tenties,

De conc
sen ove
huisart
ken vie
zaamhed
van de
is dan

In dit
gangsp
ren h
en mi:

Dit verklarend model is in twee stappen op te splitsen. In de eerste stap van het model wordt verklaard hoe het komt dat vrouwelijke huisartsen bij voorkeur naar de minder zelfstandige vestigingswijzen op zoek gaan. In de tweede stap van het model wordt verklaard waarom vrouwelijke huisartsen minder kansen hebben om de gezochte vestigingswijzen - uitkomst van de eerste stap van het model - te realiseren.

Schema 3.1 op de volgende pagina geeft dit model weer. In de volgende hoofdstukken zullen wij dit verklarend model nader specificeren voor de beroepsgroep huisartsen en aan empirische toetsing onderwerpen.

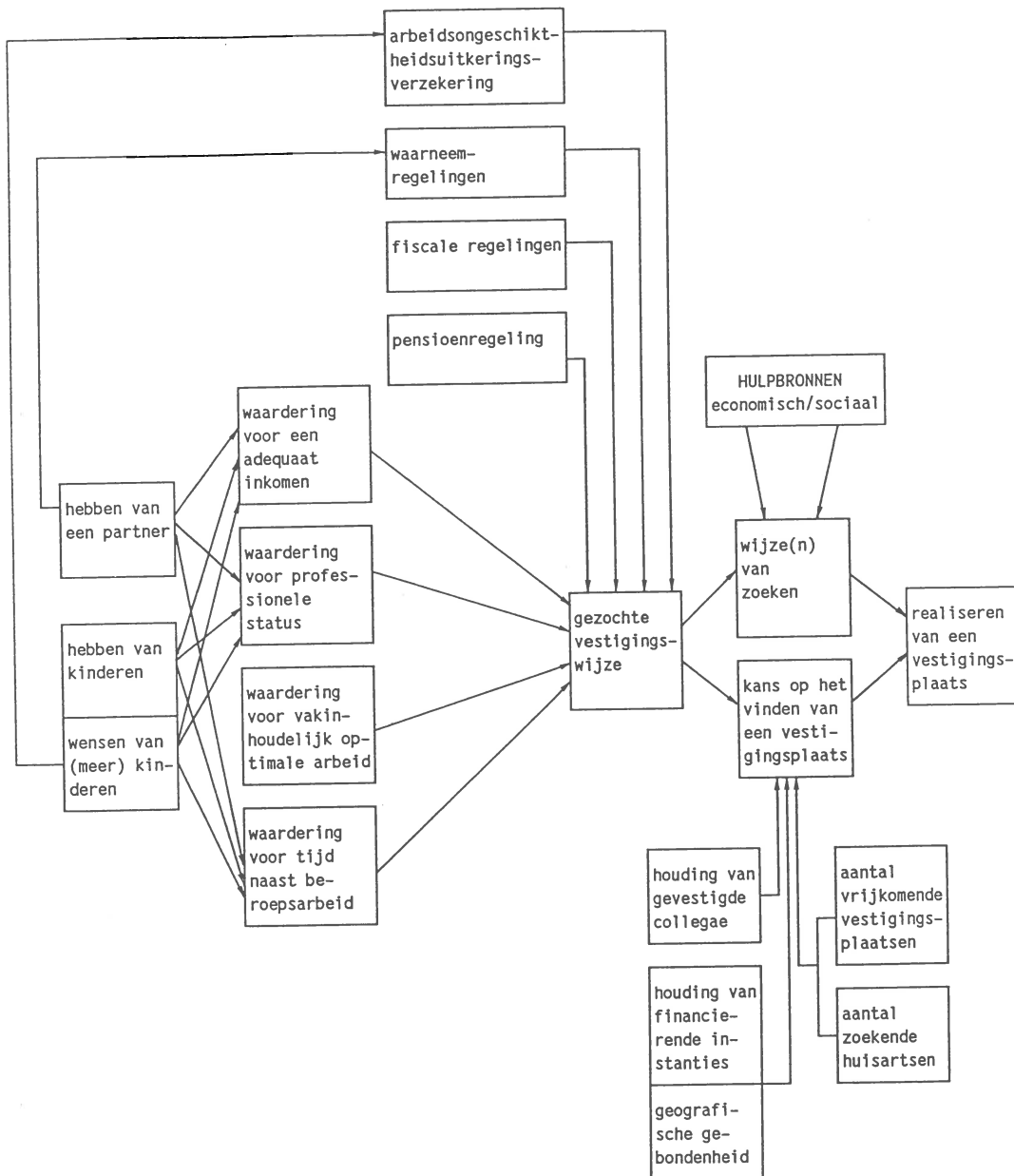
p adver-

huisart-
annelijke
nen zoe-
oepswerk-
ealiseren
n kleiner

sche uit-
en verkla-
inder vaak

In de eer-

Figuur 3.1 Theoretisch model voor verklaring van verschillen in vestiging tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen



4 Opzet en uitvoering van het onderzoek

Wil men in Nederland het huisartsberoep uitoefenen, dan dient men als zodanig geregistreerd te zijn. Registratie vindt plaats op basis van een voltooide - erkende - beroepsopleiding tot huisarts.

De duur van de huisartsenopleiding is per januari 1988 omgezet van een eenjarige naar een tweejarige opleiding. De huisartsenopleidingen beginnen aan de verschillende universiteiten op meerdere tijdstippen in het jaar. Deze aanvangmomenten van de opleiding verschillen bovendien ook nog per universiteit. Dit betekent dat er gedurende het gehele jaar studenten de opleiding tot huisarts afronden. Per jaar voltooiën omstreeks 450 studenten de huisartsenopleiding. De verhouding tussen de aantallen vrouwelijke en mannelijke afgestudeerden is de laatste jaren verschoven. Bedraagt het aandeel van de vrouwelijke afgestudeerde huisartsen op het totaal aantal afgestudeerden in 1980 nog 23%; op 1 januari 1987 is dit percentage opgelopen tot 32%.

4.1. Bepaling van de onderzoekspopulatie

Gegevens over praktijkzoekende en gevestigde huisartsen in Nederland worden jaarlijks verzameld door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) en opgeslagen in een informatiesysteem van beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Aan het begin van ieder jaar krijgen nog niet gevestigde huisartsen een vragenlijst toegestuurd; de zogeheten jaarlijkse

peilingen van het NIVEL. De vragenlijst die gebruikt wordt bestaat uit vier delen; een onderverdeling die berust op een onderscheid in situaties waarin huisartsen zich bevinden.

Het eerste deel bevat vragen aan huisartsen die er gedurende het jaar voorafgaand aan de peildatum in geslaagd zijn een huisartspraktijk te vinden. De vragen die aan hen gesteld worden, hebben voornamelijk betrekking op het type praktijk en de wijze waarop ze het beroep uitoefenen.

Het tweede deel bevat vragen aan huisartsen die als assistent in een huisartspraktijk werkzaam zijn. Indien deze assistent-huisartsen tevens naar een eigen praktijk zoeken, wordt hun verzocht om ook het deel van de zoekenden in te vullen (het derde deel).

Het derde deel is bestemd voor huisartsen die er na de voltooiing van hun studie nog niet in geslaagd zijn om een praktijk te vinden en die nog steeds - al dan niet actief - naar een praktijk op zoek zijn. Zij worden ondervraagd over voorkeuren voor bepaalde vestigingswijzen en werkvormen. Gevraagd wordt ook naar de wijze waarop ze een huisartspraktijk proberen te bemachtigen.

Het vierde en laatste deel is bestemd voor huisartsen die geen vestigingsplannen hebben of die hun vestigingsplannen na verloop van tijd hebben opgegeven. Aan hen worden vragen gesteld over de vestigingswijze die zij wensten voor zij hun plannen opgaven, het type praktijk waarnaar ze mogelijk op zoek zijn geweest en de redenen voor het laten varen van hun vestigingsplannen.

De respons op deze jaarlijkse peilingen is zeer hoog. Dit komt onder meer omdat huisartsen die de vragenlijsten niet retourneren, telefonisch benaderd worden. Behoudens huisartsen die (tijdelijk) naar het buitenland zijn vertrokken en een enkele weigeraar worden nagenoeg alle vragenlijsten - zo'n 95% - ingevuld.

In 1984 is aan de jaarlijkse peilingen een groot aantal extra vragen toegevoegd. Deze enquête uit 1984 - die wij zullen aanduiden als 'uitgebreide enquête 1984' - is toegestuurd aan alle huisartsen die in 1983 de huisartsenopleiding hebben voltooid; kort aangeduid als de 'jaargroep 1983'.

De reden voor het houden van de 'uitgebreide enquête 1984'

is, dat in opdracht van het Ministerie van WVC onderzoek is verricht naar de belemmeringen die vrouwelijke huisartsen ondervinden bij het realiseren van een huisartspraktijk. De onderzoekspopulatie van dat onderzoek wordt gevormd door de 'jaargroep 1983'. Aanknoppend bij theoretische oriëntaties en empirische gegevens over achterstand van vrouwen in beroeps-participatie, is onderzoek verricht naar verschillen in belemmeringen bij vestiging tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen (Kortenhoeven, 1985).

In datzelfde jaar is een vervolgonderzoek opgezet naar deze problematiek: het onderhavige onderzoek. Theoretische oplossingen van de gesignaleerde problemen en de toetsing van het - in dit onderzoek geconstrueerde - verklarend theoretisch model nemen in dit vervolgonderzoek een centrale plaats in.

Gekozen is voor een longitudinale onderzoeksopzet hetgeen impliceert dat de onderzoekspopulatie in het vervolgonderzoek dezelfde is (als uit het onderzoek in 1984), namelijk de jaargroep 1983. De materiaalverzameling van het onderzoek dat in 1984 is verricht, wordt in de vervolgstudie als eerste meting beschouwd.²⁴

De tweede meting is in 1986 gehouden. Begin 1986 is de jaarlijkse peiling van het NIVEL opnieuw uitgebreid met een groot aantal extra vragen: de uitgebreide peiling 1986. Hoewel de constructie van een theoretisch model tot een preciezer en uitgebreider vraagstelling (dan in de uitgebreide peiling in 1984 mogelijk was) noodzaakt, kan hieraan maar zeer ten dele tegemoet gekomen worden. Dit vanwege de vergelijkbaarheid van de onderzoeksgegevens. Op de problemen die dat heeft opgeworpen bij de toetsing van het verklarend theoretisch model, komen we terug in de hoofdstukken waarin het verklarend model op de proef gesteld wordt.

Uit de jaarlijkse peilingen van het NIVEL worden - voor de jaargroep 1983 - aanvullende onderzoeksdata verkregen voor de jaren 1985, 1987 en 1988.

In de uitgebreide peilingen begin 1984 en 1986 is de indeling van de vragenlijst van het NIVEL gehandhaafd. De vragenlijst is uitgebreid met een algemeen deel, waarin iedere - in 1983 afgestudeerde - huisarts is gevraagd naar de sociale situatie

zoals: burgerlijke staat, gezinssituatie, concrete regelingen waar het huishoudelijke en gezinstaken betreft, etc. Verder is gevraagd naar de doelstellingen die men bij de beroepsarbeid nastreeft, de psychische en/of financiële inspanningen die men zich moet getroosten om het huisartsberoep uit te gaan oefenen, en de belemmeringen die men bij het zoeken naar een huisartspraktijk is tegengekomen.

In de specifieke delen van de vragenlijst (namelijk de delen voor gevestigden, zoekenden, huisarts-assistenten en degenen die van vestiging hebben afgezien) zijn de vragen naar praktijkvorm, werkvorm en de tijd die men aan beroepsarbeid besteedt of wil gaan besteden wat gedetailleerder gesteld dan in de peilingen van het NIVEL. Verder zijn extra vragen opgenomen over gewenste, gezochte en gerealiseerde praktijkvormen, vestigingskansen etc. Ook is aan het einde van ieder specifiek deel ruimte gelaten om de huisarts in eigen woorden te laten vertellen hoe het komt dat zij/hij een praktijk heeft gevonden dan wel nog steeds naar een praktijk zoekt, een assistentschap heeft aanvaard of de vestigingsplannen heeft opgegeven.

4.2. Respons en selectie van de onderzoekspopulatie

Aangezien de onderzoeksdata op meerdere tijdstippen en gedurende meerdere jaren verzameld zijn, leidt dit ertoe dat het aantal respondenten op de verschillende peildata niet steeds hetzelfde is. Om de analyses van de onderzoeksgegevens niet al te onoverzichtelijk te maken, hebben we de respondenten uit de onderzoekspopulatie zodanig geselecteerd dat hun aantal over de verschillende jaren heen gelijk blijft. Hierdoor zijn de onderzoeksresultaten over de verschillende jaren ook beter vergelijkbaar geworden.

De uitgebreide peilingen in 1984 en in 1986 zijn aan dezelfde 475 huisartsen verzonden, in casu de jaargroep 1983. Enige tijd na het verzenden van de vragenlijsten is bij zowel de uitgebreide enquête 1984 als bij de uitgebreide enquête 1986, tot tweemaal toe een schriftelijk rappel uitgegaan naar huisartsen die nog niet gerespondeerd hadden. In 1986 zijn de huisartsen uit de jaargroep 1983 die de eerste uitgebreide enquête uit 1984 wel hadden ingevuld maar in 1986 na twee

rappels nog niets van zich hadden laten horen, telefonisch benaderd. Aan hen is toen verzocht om de vragenlijst alsnog in te vullen of toe te stemmen in een telefonisch interview. Door deze telefonische contacten is de groep die uiteindelijk tweemaal de uitgebreide enquête heeft ingevuld aanmerkelijk toegenomen. Van de totale populatie huisartsen die in 1983 de huisartsenopleiding voltooiden (N=475), hebben 351 huisartsen (= 74%) de uitgebreide peiling begin 1984 ingevuld. De uitgebreide peiling begin 1986 is uiteindelijk door 355 huisartsen geretourneerd.

Huisartsen die alleen in 1984 de enquête hebben ingevuld (N=31) en huisartsen die de enquête alleen in 1986 invullen (N=35) zijn uit het bestand verwijderd. Aanvulling van de gegevens uit de uitgebreide enquête met gegevens uit de jaarlijkse peilingen van het NIVEL over de jaren 1985, 1987 en 1988 levert geen verdere verwijdering van respondenten op.

Verwijderd zijn ook die respondenten die nooit plannen hebben gehad om zich als huisarts te vestigen. Het zijn huisartsen die weliswaar de huisartsenopleiding hebben voltooid, maar op wie de vragen naar gezochte praktijkvorm, ondernomen zoekactiviteiten en de belemmeringen bij het zoeken, niet van toepassing zijn. Door deze selectie worden zes vrouwelijke en acht mannelijke huisartsen uit het bestand verwijderd. De selecties overlappen elkaar voor een deel. Zo zijn er respondenten die één keer een uitgebreide enquête hebben ingevuld en tevens nooit van plan geweest zijn om zich als huisarts te vestigen. Het aantal respondenten dat na deze selecties in het onderzoeksbestand wordt opgenomen bedraagt 313. Schematisch kunnen we het bovenstaande als volgt weergeven:

Tabel 4.1 Schematische weergave van de respondenten uit de 'jaargroep 1983', over de jaren 1984 tot 1989

Jaren	1984	1985	1986	1987	1988
Onderzoekspopulatie = 'Jaargroep 1983'	475	475	475	475	475
Respons op de uitgebreide peilingen	351	-	355	-	-
Verwijderd door door selecties	38	162	42	162	162
Respondenten onderzoeksopulatie	313	313	313	313	313

De onderzoekseenheden kunnen door deze selecties op bepaalde punten afwijken van de onderzoekspopulatie. Daar het gaat om een onderzoek naar verschillen in vestiging tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen is het van belang om eventueel ontstane verschillen op twee punten na te gaan, te weten het aandeel van de gevestigde huisartsen binnen de beide bestanden en het aandeel van vrouwelijke huisartsen in de populatie en de geselecteerde populatie.

4.3. Selectiviteit van de respondenten uit de onderzoekspopulatie

De bovenomschreven selecties kunnen tot gevolg gehad hebben dat het percentage vrouwelijke huisartsen binnen de groep respondenten (= 313) is veranderd ten opzichte van het percentage vrouwelijke huisartsen binnen de onderzoekspopulatie (= 475). Wanneer we de 'jaargroep 1983' op dit punt vergelijken met het geselecteerde bestand blijken de verschillen te verwaarlozen. Het aandeel van de vrouwen binnen de jaargroep bedraagt 28%, en in het geselecteerde bestand 27%.

Ook wat het percentage gevestigde huisartsen betreft kunnen door de selecties veranderingen zijn opgetreden. Om dat na te gaan vergelijken wij de percentages gevestigde vrouwelijke en mannelijke huisartsen binnen de groep respondenten (N=313) en binnen de onderzoekspopulatie (N=475). Wij doen dit voor de jaren 1984 tot 1989.

Bij deze vergelijking maken wij gebruik van de cohortanalyses die het NIVEL jaarlijks presenteert in 'Registratie adspirant-huisartsen' (Hingstman e.a., 1984 tot en met 1988). Van alle huisartsen die van de huisartsenopleiding komen, wordt nagegaan welk deel zich na exact één jaar als huisarts heeft gevestigd. Deze analyse wordt ieder jaar herhaald. Uit de analysegegevens is op te maken welk deel van de huisartsen die in 1983 de huisartsenopleiding hebben voltooid, zich na precies één jaar, twee jaar etc. gevestigd heeft (vergelijk hoofdstuk 1).

De percentages uit de cohortanalyses vergelijken we met het aandeel van de gevestigden binnen de groep respondenten. Daar-

bij moet wel bedacht worden dat percentages van de onderzoekspopulatie op een ander tijdstip zijn vastgesteld, namelijk aan het begin van ieder jaar, terwijl het aandeel van de gevestigden in de cohortanalyses met tussenpozen van precies één jaar is vastgesteld.

De onderstaande tabel geeft een overzicht.

Tabel 4.2 Het cumulatief percentage gevestigden binnen de jaargroep 1983 in het geselecteerde bestand en in de cohortanalyses in de jaren 1984 tot 1988, uitgesplitst naar sekse

situatie	databestand	% gevestigde huisartsen		
		totaal	vrouw	man
Januari 1984	geselecteerd bestand (N=313)	30	29	31
1 jaar na afstuderen	cohortanalyses (N=475)	29	23	32
Januari 1985	geselecteerd bestand (N=313)	46	38	49
2 jaar na afstuderen	cohortanalyses (N=475)	46	35	51
Januari 1986	geselecteerd bestand (N=313)	60	48	65
3 jaar na afstuderen	cohortanalyses (N=475)	57	42	62
Januari 1987	geselecteerd bestand (N=313)	63	50	67
4 jaar na afstuderen	cohortanalyses (N=475)	58	45	63
Januari 1988	geselecteerd bestand (N=313)	66	57	70
5 jaar na afstuderen	cohortanalyses (N=475)	62	47	66

Kijken we naar de verschillen tussen het geselecteerde bestand en de cohortanalyses wat het aandeel van de gevestigden betreft in de jaren 1984 tot 1988, dan blijkt dat er nagenoeg geen verschillen zijn in de eerste twee jaren; in de laatste twee jaren ligt het aandeel van de gevestigden binnen het geselecteerde bestand wat hoger.²⁵

Splitsen we deze gegevens uit naar sexe, dan treden er wel verschillen op; vooral waar het gaat om het aandeel van de gevestigde vrouwen. Vergelijken we namelijk bestand-1984 met de cohortanalyse-één-jaar-na-afstuderen, dan is in bestand-1984 het aandeel van de gevestigde vrouwen nagenoeg gelijk aan dat van de gevestigde mannen; respectievelijk 29% en 31%. In de cohortanalyse daarentegen is een aanmerkelijk verschil tussen het percentage gevestigde vrouwen en mannen, namelijk 23% en 32%.

Een vergelijking tussen bestand-1985 en de cohortanalyse-twee-jaar-na-afstuderen levert eveneens een aanmerkelijk verschil op betreffende de verhouding gevestigde vrouwen en mannen, respectievelijk 11% (=38%-49%) en 16% (=35%-51%).

In het daarop volgende jaar worden de verschillen in de verhouding van gevestigde vrouwen en mannen kleiner, en de laatste twee jaar zijn deze verschillen nagenoeg verdwenen.

Deze constatering houdt in dat de onderzoekseenheden geen getrouwe afspiegeling vormen van de empirische werkelijkheid waar het gaat om de verhouding tussen gevestigde vrouwen en mannen in de jaren 1984 en 1985. De gevestigde vrouwen zijn in deze jaren oververtegenwoordigd in het geselecteerde bestand. Dit impliceert voor de analyses waarin de verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen worden getoetst, dat de gevonden verschillen systematisch onderschat zullen worden. Bij de toetsing van het theoretisch model zullen we daarop terugkomen, daar waar dit probleem zich zal gaan voordoen.

4.4. Analysemethoden

Het verklarend model dat wij in hoofdstuk 3 hebben geconstrueerd, zal in de komende hoofdstukken nader worden uitgewerkt. Deze nadere uitwerking behelst een specificatie van de abstracte theoretische verklaringen voor de beroepsgroep huisartsen. Uit deze gespecificeerde verklaringen zullen toetsbare voorspellingen afgeleid worden.

Om deze voorspellingen te kunnen toetsen, zullen wij meetmodellen moeten opstellen; met name waar het de waarderingen van doelstellingen betreft die huisartsen bij hun beroepsarbeid kunnen nastreven en de manieren waarop de zoekende

huisartsen een praktijk trachten te bemachtigen. Bij het opstellen van meetmodellen voor de onderscheiden doelstellingen en manieren-van-zoeken, zullen wij gebruik maken van LISREL-modellen. Toetsing van de uit de theorie afgeleide voorspellingen gebeurt aan de hand van de loglineaire analysemethode. Beide analysemethoden zullen wij kort bespreken.

De LISREL-modellen

LISREL-modellen zijn uitermate geschikt voor theoretie-toetsend onderzoek. In theoretisch onderzoek wordt met abstracte begrippen of concepten gewerkt die niet zonder meer waarneembaar zijn in de empirische werkelijkheid. Het is dan ook nodig om deze abstracte begrippen uiteen te leggen in meer concrete meetbare elementen. Wij krijgen dan te maken met twee soorten relaties. Ten eerste relaties tussen geobserveerde variabelen en niet-geobserveerde (theoretische) variabelen en ten tweede relaties tussen niet-geobserveerde (theoretische) variabelen onderling.

Een analysemodel waarin de beide 'soorten' relaties in één meetmodel worden ondergebracht en geanalyseerd is het LISREL-model. Deze analysemethode laat de structuur van de data intact, met het LISREL-model wordt als het ware nagegaan hoe goed het uit de theorie afgeleide model 'past' op de werkelijkheid.

Het LISREL-model is door Jöreskog en Sörbom ontwikkeld. Het model bestaat uit twee delen: een hoofdmodel (structural equation model) en een meetmodel (measurement model).

In het hoofdmodel worden de relaties tussen de theoretische variabelen (i.c. instrumentele doelstellingen) gespecificeerd. In het meetmodel wordt gespecificeerd door welke factoren de theoretische variabelen uit het hoofdmodel worden gerepresenteerd. Deze factoren (i.c. geobserveerde variabelen) worden geacht hoog te laden op de theoretische variabelen die zij representeren.

Het meetmodel geeft aan hoe de geobserveerde variabelen zijn gerelateerd aan de - niet-geobserveerde - theoretische variabelen. Het hoofdmodel geeft aan welke relaties er bestaan tussen de theoretische variabelen. De 'fit' van een model geeft aan hoe goed de geobserveerde correlatie-matrix is gereprodu-

ceerd met behulp van de geschatte modelparameters.

De loglineaire analysemethode

Bij loglineaire analyse wordt een lineair model opgesteld; dit model geeft een voorspelling van de celvullingen in een (meerdimensionale) kruistabel. Met behulp van de toetsingsmaat G^2 wordt beoordeeld of de voorspelde celvullingen voldoende overeenkomen met de geobserveerde celvullingen. Het is een analysemethode die qua methode uitstekend aansluit bij de LISREL-analyses. Ook bij de loglineaire modellen geldt als voordeel dat de structuur van de data zoveel mogelijk intact wordt gelaten. Men legt als het ware de kruistabel zoals men die zal kunnen verwachten op basis van het verklarend model, op de kruistabel met de geobserveerde celvullingen en kijkt hoe goed de 'fit' is.

In een loglineair model wordt voor elke variabele uit de tabel een parameter opgenomen. Daarnaast kunnen parameters worden opgenomen voor alle associaties en hogere orde interacties die tussen de variabelen uit de tabel kunnen voorkomen. Het aantal vrijheidsgraden is gelijk aan het aantal cellen in een tabel minus het aantal in het model opgenomen parameters.

Worden in een model de juiste parameters ingevoerd dan zullen de verschillen tussen de voorspelde en de geobserveerde celvullingen gering zijn. Zijn deze verschillen zo klein dat ze te verwaarlozen zijn, dan zal er sprake zijn van een 'passend' model. Het vinden van zo'n passend model behoeft nauwelijks problemen op te leveren. Wanneer een model wordt opgesteld waarin alle parameters voor associaties en hogere orde interacties zijn opgenomen, zal dit model uitstekend 'passen'. Het meest 'zuinige' model vinden wij door als eis te stellen dat in het definitieve model alleen die parameters mogen worden opgenomen die een belangrijke bijdrage leveren aan de reductie van de verschillen tussen de voorspelde en de geobserveerde celvullingen. Men spreekt van een goed passend model wanneer de in het model opgenomen parameters in staat blijken een belangrijk deel van de verschillen (deviantie) tussen voorspelde en geobserveerde variabelen weg te nemen.

Welke parameters als belangrijk moeten worden aangemerkt is niet zonder meer te zeggen; daarvoor bestaat geen 'harde'

maat. Het is op dit punt dat de aansluiting tussen analyse-methode en theorie-toetsend onderzoek tot zijn recht komt.

Wanneer uit de theorie een aantal modellen is af te leiden rijst de vraag: wat is het best passende model? De criteria die wij bij deze afweging hanteren kunnen niet louter statistisch zijn; deze afweging tussen de 'fit' en de 'zuinigheid' van de modellen vindt plaats op inhoudelijke gronden.

Past geen van de uit de theorie afgeleide modellen dan zoekt men naar een ander passend en - theoretisch - interpreteerbaar model. In zo'n geval moet de theorie aangepast of verworpen worden.

Vergelijking van de verschillende modellen maakt het mogelijk om een oordeel te geven over het belang van associaties en interacties; onafhankelijk van elkaar maar ook in relatie tot elkaar. Bij deze zogeheten 'screening' van de effecten, wordt de deviantie die met een bepaald effect gepaard gaat steeds in relatie tot twee modellen bekeken.

In de eerste plaats wordt nagegaan hoeveel deviantie een parameter wegneemt wanneer deze wordt ingevoerd in een complex model. Neemt deze parameter veel deviantie weg, niettegenstaande het feit dat er in het model al veel parameters opgenomen zijn, dan zal het effect dat met deze parameter overeenkomt belangrijk zijn. Deze reductie wordt partiële bijdrage genoemd; dit is de bijdrage van een parameter in een complex model.

In de tweede plaats wordt nagegaan wat de reductie in deviantie is wanneer een effect wordt ingevoerd in een zogenaamd 'kaal' model. Deze reductie in de deviantie wordt de marginale bijdrage genoemd.

De marginale en partiële deviantie geven aan wat de minimale en maximale deviantie van een parameter ongeveer kan zijn. In de navolgende analyses zullen wij de gevonden effecten rangordenen op basis van de marginale en partiële deviantie. Wanneer deze niet te sterk uiteenlopen is dat een goede indicatie dat de rangordening juist is.

5 Transformatie van verklarend model naar hypothesen en toetsing van de hypothesen over de vestigingswijzen waarnaar huisartsen bij voorkeur gaan zoeken

In hoofdstuk 3 hebben wij een model opgesteld waarin theoretische verklaringen worden gegeven voor verschillen in vestiging tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen. Dit model is in twee stappen opgebouwd. In dit hoofdstuk zullen wij de theoretische verklaringen voor de verschillen in de gezochte vestigingswijzen tussen vrouwen en mannen (stap 1 van het verklarend model) aan empirische toetsing onderwerpen. Daartoe is het nodig om eerst de theoretische verklaringen voor de verschillen tussen vrouwen en mannen nader uit te werken tot toetsbare voorspellingen.

Vrouwelijke huisartsen gaan naar minder zelfstandige vestigingswijzen op zoek dan mannelijke huisartsen, zo stelden wij als uitkomst van de eerste stap van het verklarend model. Alvorens nader in te gaan op de verklaringen voor deze verschillen, gaan wij eerst na of het inderdaad zo is dat vrouwelijke huisartsen naar andere vestigingswijzen op zoek gaan dan mannelijke huisartsen.

Vervolgens zullen wij het te verklaren fenomeen - de gezochte vestigingswijzen - nader duiden.

In niet ieder type vestigingswijze zijn de doelstellingen die huisartsen nastreven bij de beroepsarbeid even gemakkelijk te bereiken. Aannamen over de verbanden tussen de doelstellingen die huisartsen bij de beroepsarbeid kunnen nastreven en het type vestigingswijzen waarin deze doelstellingen het best gerealiseerd kunnen worden, worden in brugassumpties geformuleerd.

Weten wij in welk type vestigingswijzen de onderscheiden doel-

stellingen het best te realiseren zijn, dan kunnen wij nader ingaan op de verklaringen voor het feit dat vrouwen naar minder zelfstandige vestigingswijzen op zoek gaan dan mannen. Restricties in de directe sociale situatie - met name de gezinssituatie - zullen leiden tot verschillen in de waardering van doelstellingen die huisartsen nastreven bij de beroepsarbeid. Deze verschillen in waardering zullen er op hun beurt weer toe leiden dat vrouwelijke huisartsen bij voorkeur naar andere vestigingswijzen op zoek gaan dan mannelijke huisartsen. Deze restricties in de directe sociale situatie, die via de waardering van doelstellingen leiden tot verschillen in gezochte vestigingswijzen, worden in hypothesen uitgewerkt.

Om verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen in de waardering van doelstellingen te kunnen vaststellen is het nodig om een meetmodel op te stellen.

Als verklaring voor verschillen in de gezochte vestigingswijzen is in het verklarend model in hoofdstuk 3 tevens de belemmerende werking van de formele regelingen aangevoerd. Om te toetsen of deze regelingen vrouwelijke huisartsen ertoe brengen om in sterkere mate dan mannelijke huisartsen op zoek te gaan naar de minder zelfstandige vestigingswijzen, worden hypothesen opgesteld over de belemmerende werking van de onderscheiden formele regelingen.

Na deze probleemspecifieke uitwerking kunen wij aanvangen met de toetsing van de eerste stap van het verklarend model. Wij toetsen achtereenvolgens de hypothesen die wij hebben opgesteld over restricties in de sociale situatie die via de waardering van doelstellingen leiden tot het zoeken naar bepaalde vestigingswijzen. Het verband tussen sexe en gezochte vestigingswijze moet wegverklaard worden bij invoering van de variabelen die de restricties indiceren.

Eenzelfde toetsingsprocedure wordt gevolgd bij de toetsing van de hypothesen over belemmeringen die de formele regelingen kunnen opwerpen voor vrouwelijke huisartsen. Beproefd wordt of de percepties van huisartsen met betrekking tot formele regelingen leiden tot het zoeken naar de voorspelde vestigingswijzen.

5.1. Verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen in de vestigingswijzen waarnaar men bij voorkeur op zoek gaat

Het resultaat uit de eerste stap van het verklarend model is in de volgende voorspelling samen te vatten:

1) Vrouwelijke huisartsen gaan naar minder zelfstandige vestigingswijzen op zoek dan mannelijke huisartsen

Voordat wij nader ingaan op de verklaringen die in het verklarend model zijn gegeven voor deze verschillen, is het zinvol om vast te stellen of vrouwen inderdaad naar minder zelfstandige vestigingswijzen op zoek gaan dan mannelijke huisartsen.

Bij de specificatie van het verklarend model is ingegaan op de diverse vestigingswijzen (handelingsalternatieven) waarin huisartsen zich kunnen vestigen. Uitgaande van een typologie van vestigingswijzen die gebaseerd is op ideeën van Freidson, hebben wij in hoofdstuk 3 de uiteenlopende vestigingswijzen in vier categorieën ondergebracht: solopraktijken, associatievormen, beroepsarbeid in dienstverband en assistentschappen. Deze categorieën zijn geordend naar de mate van professionele autonomie die de huisarts heeft bij de uitoefening van het beroep.

Deze indeling zullen wij nog verder terugbrengen tot drie categorieën; dit om de celvullingen voldoende groot te houden bij nadere analyses. In de volgende indeling - die wij ook in de komende analyses zullen hanteren - zijn de categorieën 'beroepsarbeid in dienstverband' en 'assistentschappen' samengevoegd (assistentschappen houden gewoonlijk een dienstverband in).

Tabel 5.1 (zie volgende pagina) geeft een overzicht van de vestigingswijzen waarnaar vrouwen en mannen bij voorkeur op zoek gaan. Van degenen die in 1984 reeds gevestigd zijn, hebben wij aangenomen dat zij gezocht hebben naar de vestigingswijze waarin zij gevestigd zijn.

Uit de tabel blijkt dat er een duidelijk verband bestaat tussen sexe en gezochte vestigingswijzen ($\text{CHI}^2 = 41.74$, $\text{DF} = 2$). Vrouwen blijken vaker naar de minder zelfstandige vestigingswijzen op zoek te gaan. Het is dit verschil dat in de eerste stap van het model verklaard moet worden.

Tabel 5.1 Vestigingswijzen waarnaar vrouwelijke en mannelijke huisartsen gaan zoeken c.q. hebben gezocht begin 1984

gezochte vestigingswijzen	sexe	
	vrouwelijke huisartsen	mannelijke huisartsen
- vrije vestiging/overname	16%	45%
- associatie/groepspraktijk (niet in dienstverband)	21%	31%
- gezondheidscentrum/dienstverband	63%	24%
N =	(82)	(215)

* Huisartsen die begin 1984 hun vestigingsplannen hebben opgegeven zijn niet in de tabel opgenomen (elf mannen en vijf vrouwen).

5.1.1. Verschillen in gewenste en gezochte vestigingswijzen

Een voorkeur voor een bepaalde type vestiging behoeft niet automatisch in te houden dat men daar ook daadwerkelijk naar op zoek gaat. Overwegingen van uiteenlopende aard kunnen ertoe leiden dat men op zoek gaat naar een andere vestigingswijze dan degene die men het liefst zou hebben. Voordat wij verder ingaan op de verklaringen voor deze verschillen die in het theoretisch model gegeven zijn, is het nuttig om na te gaan of de 'gewenste' en de 'gezochte' vestigingswijzen verschillen. En zo ja, of deze verschillen zowel bij de groep vrouwelijke als mannelijke huisartsen optreden.

Een overzicht van de gewenste vestigingswijzen door vrouwelijke en mannelijke huisartsen wordt in de volgende tabel gegeven. Het aantal respondenten in deze tabel is aanmerkelijk kleiner dan in de voorgaande tabel; dat komt omdat de vraag naar de gewenste vestigingswijze alleen aan de zoekende huisartsen is gesteld.

Tabel 5.2 Vestigingswijzen die zoekende vrouwelijke en mannelijke huisartsen wensen begin 1984

gewenste vestigingswijze	sexe	
	vrouwen	mannen
- vrije vestiging/overname	-	10%
- associatie/groepspraktijk (niet in dienstverband)	15%	34%
- gezondheidscentrum/dienstverband	85%	56%
N =	(47)	(125)

Vergelijken we de uitkomsten van tabel 5.2 met tabel 5.1 dan blijkt dat - hoewel 85% van de groep vrouwelijke huisartsen zich in dienstverband wenst te vestigen - de vrouwelijke huisartsen toch vaker op zoek gaan naar, of zijn gevestigd in de meer zelfstandige vestigingswijzen.

Vergelijken we de gewenste en gezochte vestigingswijzen van de groep mannelijke huisartsen dan treedt ook hier een verschuiving op naar de meer zelfstandige vestigingswijzen. Wenst ruim de helft van de groep mannelijke huisartsen zich in dienstverband te vestigen, toch gaat ruim driekwart van de groep mannen naar een meer zelfstandige vestigingswijze op zoek of heeft zich op die wijze gevestigd.

Wel blijkt dat de verschillen tussen vrouwen en mannen, waar het de gewenste vestigingswijze betreft, kleiner zijn dan waar het de gezochte vestigingswijze betreft.

Hier raken wij aan de gekozen onderzoeksstrategie. Wij zijn er vanuit gegaan dat de voorkeuren van vrouwen en mannen op het hoogste abstractieniveau niet zullen verschillen. Verschillen ontstaan door de inwerking van restrictieve situaties.

Kijken wij naar de gewenste en de gezochte vestigingswijzen, dan kunnen wij stellen dat restrictieve omstandigheden de gewenste vestigingswijze in mindere mate hebben beïnvloed dan de gezochte vestigingswijze. Immers bij datgene wat men het

liefst zou willen realiseren spelen restricties in mindere mate een rol dan bij datgene wat men daadwerkelijk probeert te realiseren. Daarbij dient wel opgemerkt te worden dat het gaat om graduele verschillen; zowel bij de gewenste als bij de gezochte vestigingswijze zullen restricties hun invloed hebben doen gelden.

Met andere woorden de invloed van de restrictieve omstandigheden waarmee wij de verschillen tussen vrouwen en mannen willen verklaren, zitten al enigszins 'verdisconteerd' in de gezochte vestigingswijze. Dat betekent dat wij in de onderzoeksresultaten de invloed van de restrictieve omstandigheden systematisch zullen onderschatten. Wij zullen daar in de conclusie op terugkomen.

Het bovengestelde betekent ook dat wij bij de analyses uit de eerste stap van het verklarend model beter kunnen uitgaan van de gewenste dan van de gezochte vestigingswijze, ware het niet dat data over de gewenste vestigingswijze alleen beschikbaar zijn van de groep zoekenden. Vragen naar de gewenste vestigingswijzen zijn namelijk alleen aan de zoekende huisartsen gesteld.

In de komende analyses gaan wij daarom uit van de vestigingswijzen waarnaar huisartsen op zoek gaan.

5.1.2. Brugassumpties over verbindingen tussen doelstellingen en vestigingswijzen

In het verklarend model wordt als een van de belangrijke verklaringen voor verschillen in de vestigingswijzen waarnaar vrouwelijke en mannelijke huisartsen op zoek gaan, verschillen in de waardering van instrumentele doelstellingen aangevoerd. De doelstellingen die huisartsen bij hun beroepsarbeid zullen nastreven zijn in hoofdstuk 3 gespecificeerd. In dat hoofdstuk hebben wij vier instrumentele doelstellingen onderscheiden: 'inkomen', 'professionele status', 'tijd naast beroepsarbeid' en 'optimaal vakinhoudelijke arbeid'.

Beroepsarbeid kan in uiteenlopende settings uitgeoefend worden. De verschillende typen vestigingswijzen zijn in het voorgaande ondergebracht in categorieën en geordend naar de mate van professionele autonomie bij de beroepsuitoefening.

Bij de verbinding tussen de instrumentele doelstellingen en de

in categorieën ondergebrachte vestigingswijzen gaan wij er vanuit dat de doelstellingen in de ene categorie vestigingswijze beter gerealiseerd kunnen worden dan in een andere categorie.

De volgende assumpties zijn opgesteld over de verbinding tussen de instrumentele doelstellingen en de onderscheiden categorieën vestigingswijzen:

- A) huisartsen met een hoge waardering voor de instrumentele doelstelling 'inkomen' zullen naar de meer zelfstandige vestigingswijzen op zoek gaan
- B) huisartsen met een hoge waardering voor de instrumentele doelstelling 'professionele status' zullen naar de meer zelfstandige vestigingswijzen op zoek gaan
- C) huisartsen met een hoge waardering voor de instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' zullen naar de minder zelfstandige vestigingswijzen zoeken
- D) huisartsen met een hoge waardering voor de instrumentele doelstelling 'optimaal vakinhoudelijke arbeid' gaan naar de minder zelfstandige vestigingswijzen op zoek.

Deze assumpties zijn mede gebaseerd op een vooronderzoek onder vier groepen artsen in opleiding tot huisarts (niet behorend tot de onderzoekspopulatie). In dit vooronderzoek is aan deze artsen een aantal uitspraken voorgelegd, waarin beweringen zijn gedaan over het bereiken van (aspecten van) doelstellingen in bepaalde vestigingswijzen. De groepen artsen in opleiding tot huisarts is gevraagd om op een vijfpuntsschaaltje aan te kruisen in hoeverre zij het met deze bewering eens zijn. Op basis van de uitkomsten van dit vooronderzoek zijn assumpties over de verbinding tussen de instrumentele doelstellingen en de in categorieën ondergebrachte vestigingswijzen tot stand gekomen.

Niet alle aan de artsen in opleiding tot huisarts voorgelegde beweringen leverden een eenduidig antwoord op over de verbinding tussen (aspecten van) instrumentele doelstellingen en uiteenlopende vestigingswijzen. Doelstellingen waarover de artsen onzeker waren of deze in de ene vestigingswijze beter te realiseren zouden zijn dan in de andere, zijn in de uitgebreide enquête opgenomen en aan de onderzoekspopulatie voorge-

legd.

Uitspraken die in de enquête zijn opgenomen gaan over de volgende verbanden tussen (aspecten van) doelstellingen en typen vestigingswijzen:

- de instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid'
In een aantal beweringen is nagegaan hoe zeker de respondenten ervan zijn dat men als permanent assistent of als huisarts in dienstverband, grotere mogelijkheden zou hebben dan als vrij beroepsbeoefenaar om naast beroepsarbeid andere activiteiten te ontplooiën
- de instrumentele doelstelling 'inkomen'
Aan huisartsen is gevraagd hoe zeker zij ervan zijn dat de honorering als vrij beroepsbeoefenaar hoger is dan die van huisarts in loondienst
- de instrumentele doelstelling 'optimaal vakinhoudelijke arbeid'
Nagegaan is of huisartsen vinden dat de mogelijkheden tot het optimaal verrichten van beroepswerkzaamheden groter zijn in een dienstverband of een assistentschap, dan als arts die een praktijk overneemt of een associatie aangaat. Naar hetzelfde aspect is eveneens gevraagd voor wat betreft solo versus samenwerkvormen

De assumpties over de verbanden zullen in paragraaf 5.5 aan een nader onderzoek worden onderworpen voor zover het de 'onzekere' verbanden betreft. Dat wil zeggen de verbanden waar de artsen in opleiding tot huisarts in het vooronderzoek geen eenduidig antwoord op hebben gegeven en die daarop als vragen in de uitgebreide enquête zijn opgenomen.

5.1.3. Hypothesen over verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen in de waardering van doelstellingen en in de gezochte vestigingswijzen

Op theoretische gronden hebben wij in hoofdstuk 3 aannemelijk gemaakt waarom vrouwelijke huisartsen naar andere vestigingswijzen op zoek gaan dan mannelijke huisartsen.

Als verklaring voor dit empirisch vastgestelde feit hebben wij aangevoerd dat dit komt omdat vrouwen de doelstellingen die bij de beroepsarbeid nagestreefd kunnen worden anders waarderen dan mannelijke huisartsen. De onderscheiden doelstellingen

kunnen niet in alle type vestigingswijzen even goed gerealiseerd worden, zo bleek uit de voorgaande paragraaf. Verschillen in waardering van doelstellingen zullen daarom leiden tot verschillen in de gezochte vestigingswijzen.

Dat vrouwen een andere waardering hebben voor de doelstellingen hebben wij verklaard uit verschillen in restricties in de sociale situatie; met name uit de gezinssituatie. Omdat deze restricties voor vrouwen en mannen niet gelijk zijn, zullen vrouwen de doelstellingen die bij de beroepsarbeid bereikt kunnen worden anders waarderen dan mannen.

De hypothesen die wij formuleren over de verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen in waardering van doelstellingen en gezochte vestigingswijzen zijn:

- 2) Gehuwde vrouwelijke huisartsen zullen de doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' hoger waarderen en daarom op zoek gaan naar minder zelfstandige vestigingswijzen dan ongehuwde vrouwelijke huisartsen en mannelijke huisartsen.
- 3) Gehuwde vrouwelijke huisartsen met kinderen zullen de instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' hoger waarderen en daarom op zoek gaan naar minder zelfstandige vestigingswijzen dan ongehuwde of gehuwde vrouwelijke huisartsen zonder kinderen en mannelijke huisartsen.
- 4) Vrouwelijke huisartsen die kinderen wensen zullen de instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' hoger waarderen en daarom op zoek gaan naar de minder zelfstandige vestigingswijzen dan vrouwelijke huisartsen die geen kinderen wensen en mannelijke huisartsen.
- 5) Gehuwde vrouwelijke huisartsen zullen de instrumentele doelstelling 'professionele status' lager waarderen en daarom op zoek gaan naar minder zelfstandige vestigingswijzen dan ongehuwde vrouwelijke huisartsen en mannelijke huisartsen.
- 6) Gehuwde vrouwelijke huisartsen zullen de instrumentele doelstelling 'inkomen' lager waarderen en daarom op zoek gaan naar minder zelfstandige vestigingswijzen dan ongehuwde vrouwelijke huisartsen en mannelijke huisartsen.

Bij de constructie van het verklarend model in hoofdstuk 3 hebben wij beargumenteerd dat er geen redenen zijn om te veronderstellen dat de waardering van de doelstelling 'optimaal

vakinhoudelijke arbeid' zal verschillen voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen. Deze doelstelling kan dan ook niet als verklaring voor verschillen in gezochte vestigingswijzen worden opgevoerd. Ten aanzien van deze instrumentele doelstelling formuleren wij als hypothese:

- 7) vrouwelijke en mannelijke huisartsen zullen de instrumentele doelstelling 'optimaal vakinhoudelijke arbeid' in gelijke mate waarderen.

5.1.4. Meetmodel ter vaststelling van waardering van doelstellingen

Om de hierboven geformuleerde hypothesen te kunnen toetsen zullen wij verschillen in de waardering van doelstellingen moeten vaststellen; met andere woorden wij moeten een meetmodel construeren om de waardering van doelstellingen te meten.

Daar de onderscheiden doelstellingen niet zonder meer observeerbaar zijn in de empirische werkelijkheid worden de doelstellingen in observeerbare aspecten uiteengelegd. Deze aspecten zijn in de uitgebreide enquêtes aan de afgestudeerden voorgelegd. Gevraagd is aan deze huisartsen om aan te kruisen hoe ze elk van deze aspecten waarderen; een waardering die op een vierpuntschaaltje kon worden aangekruist.

In het schema (zie volgende pagina) is een karakterisering gegeven van deze twaalf aspecten en de vier instrumentele doelstellingen waaruit deze aspecten zijn afgeleid.

De veronderstelling in het schema is dat de twaalf aspecten zijn te clusteren tot de vier - hierboven geformuleerde - instrumentele doelstellingen. Of deze aspecten inderdaad clusteren rond de vier instrumentele doelstellingen dient te worden geanalyseerd.

Op theoretische gronden zijn eveneens relaties te veronderstellen tussen de instrumentele doelstellingen. Uit de theoretische verklaringen uit hoofdstuk 3 is af te leiden dat een hoge waardering voor de doelstelling 'inkomen' samen zal gaan met een hoge waardering voor de doelstelling 'professionele status' en een lage waardering voor 'tijd naast beroepsarbeid'. Omgekeerd kunnen we verwachten dat een lage waardering voor 'inkomen' en 'status', samengaat met een hoge waardering voor 'tijd'. Ook deze vooronderstelde relaties dienen

karacterisering van de
instrumentele doelstel-
lingen

karacterisering van de
geobserveerde variabelen

inkomen	<ul style="list-style-type: none">. adequate honorering. wonen in een aantrekkelijke omgeving
professionele status	<ul style="list-style-type: none">. ongedeelde beroepsinhoudelijke verantwoordelijkheid. invloedrijke positie binnen de medische professie. eigen zelfstandige praktijk
tijd naast beroepsarbeid	<ul style="list-style-type: none">. vrij te besteden tijd naast beroepsarbeid. tijd voor gezinstaken naast het beroep. tijd voor huishoudelijke taken naast het beroep
optimaal vakinhoudelijke arbeid	<ul style="list-style-type: none">. optimale mogelijkheden in de beroepsuitoefening. deelname aan werkgroepen, lezingen, discussiebijeenkomsten e.d.. studie, scholing, onderzoek. werken voor sociaal-economisch zwakkere groeperingen

beproeft te worden.

In het LISREL-model, dat wij op basis van deze doelstellingsvariabelen construeren, zijn beide 'typen' relaties - tussen geobserveerde en niet-geobserveerde (theoretische) variabelen - verdisconteerd (zie LISREL-model, pagina 103).

Twee opmerkingen zijn hier op z'n plaats. Ten eerste over de verdelingsassumpties die aan LISREL-modellen ten grondslag liggen; bij deze modellen wordt uitgegaan van continue variabelen. In dit onderzoek zullen de modellen echter toegepast

worden op vier- en vijfpuntschaaltjes. Ten tweede is het aantal cases in dit onderzoek tamelijk klein voor analyses met LISREL-modellen.

De resultaten uit de LISREL-analyses moeten dan ook met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

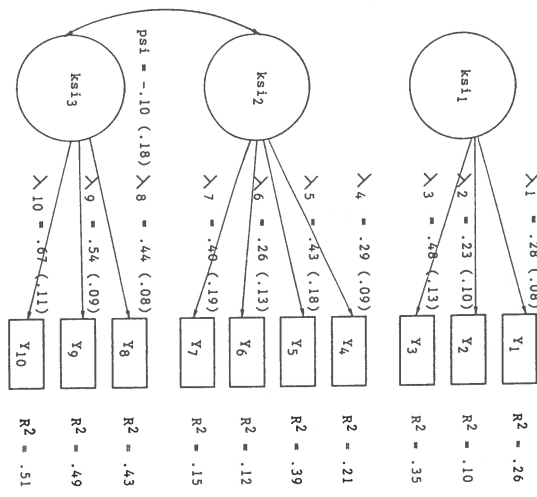
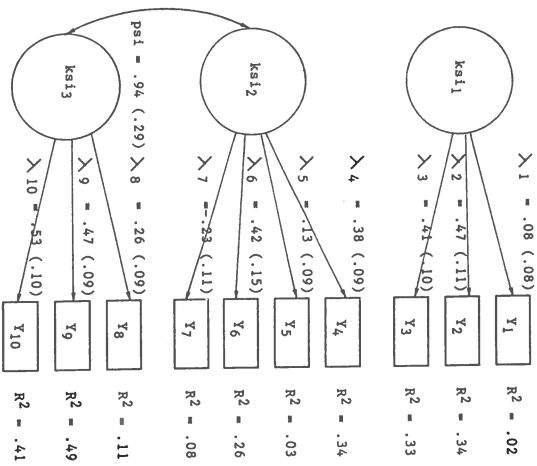
Een eerste toetsing van het aldus geconstrueerde LISREL-model levert een niet-passend model op. Daar we vooral geïnteresseerd zijn in verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen en vanwege de mogelijkheid dat de modellen voor vrouwen en mannen verschillen, toetsen we het LISREL-model voor vrouwen en mannen afzonderlijk. De geobserveerde variabele 'invloedrijke positie binnen de medische professie', levert daarbij problemen op; de scores op deze variabele zijn zeer scheef verdeeld. Na verwijdering van deze variabele wordt het model opnieuw getoetst. De resultaten wijzen uit dat ook dit geen passend model is. De geobserveerde variabele 'ongedeelde beroepsinhoudelijke verantwoordelijkheid' blijkt nu een modelverstoring effect te hebben. Besloten wordt om ook deze variabele te verwijderen.

In het model dat we dan toetsen zijn de theoretische variabelen 'inkomen' en 'professionele status' samengevoegd tot een nieuwe theoretische variabele die wij zullen aanduiden met de term 'sociaal-economische beroepsaspecten'. Dit vanwege het feit dat twee van de drie geobserveerde variabelen die de theoretische variabele 'professionele status' representeren, zijn verwijderd. Deze samenvoeging heeft tevens consequenties voor de vooronderstelde relaties tussen de theoretische variabelen. Ons baserend op de theoretische verklaringen uit hoofdstuk 3 veronderstellen we dat een lage waardering voor de theoretische variabele 'sociaal-economische beroepsaspecten', zal samengaan met een hoge waardering voor 'tijd' en vice versa.

Toetsing van dit model geeft geen passend model voor mannelijke huisartsen; het model voor vrouwelijke huisartsen dat wij nu kunnen accepteren ligt op de grens van significantie: $X^2 = 47.6$, $DF = 34$, $p = .06$

Dat het model niet past voor mannelijke huisartsen kan liggen aan het feit dat de groep mannen bijna driemaal zo groot is als de groep vrouwen, hetgeen impliceert dat de groep mannen

Figuur 5.1 LISREL-modellen ter vaststelling van de waardering van doelstellingen die huisartsen nastreven bij de beroepsarbeid



waarin:

Theoretische variabelen

- ksa1 = optimale vakinhoudelijke arbeid
- ksa2 = sociaal-economische beroepsaspecten
- ksa3 = tijd naast beroepsarbeid

Geobserveerde variabelen

- Y1 = optimale mogelijkheden in de beroepsuitoefening
- Y2 = werken voor sociaal-economisch zwakkere groeperingen
- Y3 = deelname aan werkgroepen, lezingen, discussiebijeenkomsten
- Y4 = studie, scholing, onderzoek
- Y5 = adequate honorering
- Y6 = wonen in aantrekkelijke omgeving
- Y7 = eigen zelfstandige praktijk
- Y8 = tijd voor gezinstaken naast het beroep
- Y9 = vrij te besteden tijd naast beroepsarbeid
- Y10 = tijd voor inhoudelijke taken naast het beroep

eën strengere toets heeft ondergaan. Om deze ongelijkheid recht te trekken wordt hetzelfde model voor mannelijke huisartsen opnieuw getoetst, waarbij gecorrigeerd wordt voor het grotere aantal mannen. Het model blijkt dan bij de groep mannen te passen $X^2 = 43.6$, $DF = 34$, $p = .12$.

In figuur 5.1 zijn de LISREL-modellen voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen weergegeven. De resultaten uit deze modellen dienen wel met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, gegeven de voorgaande opmerkingen en de gevonden goodness of fit van de modellen.

We zullen de modellen voor beide groepen vergelijken ten aanzien van de vooronderstelde en de gevonden relaties.

In de gemodificeerde modellen vooronderstelden we een negatieve correlatie tussen de theoretische variabelen 'sociaal-economische beroepsaspecten' en 'tijd naast beroepsarbeid'.

De resultaten uit het LISREL-model laten echter een significante positieve relatie zien in het model voor vrouwen ($\psi = .94(.29)$), en een niet significante negatieve relatie in het model voor mannen ($\psi = -.10(.18)$). Om deze - niet veronderstelde - resultaten te kunnen interpreteren zullen we eerst nagaan hoe de geobserveerde variabelen zijn gerelateerd aan de theoretische variabelen.

De theoretische variabele 'sociaal-economische beroepsaspecten'

In het model voor vrouwen blijkt 'wonen in een aantrekkelijke omgeving' de belangrijkste factor te zijn ($\lambda = .42(.15)$). De minst belangrijke - en ook niet significante - factor is 'adequate honorering' ($\lambda = .13(.09)$). De factor 'eigen zelfstandige praktijk' laat een negatieve relatie zien ($\lambda = -.23(.11)$), dat wil zeggen naarmate men meer belang hecht aan 'wonen in een aantrekkelijke omgeving' des te minder belang men zal hechten aan de factor 'eigen zelfstandige praktijk'.

Het beeld dat uit het model voor mannen naar voren komt is nagenoeg omgekeerd aan dat voor vrouwen. In het model voor mannen is een 'adequate honorering' de meest belangrijke factor van 'sociaal-economische beroepsaspecten' ($\lambda = .43(.18)$); het 'wonen in een aantrekkelijke omgeving' is de minst belangrijke

factor ($\lambda = .26(.13)$). Een 'eigen zelfstandige praktijk' is in het model voor mannen een belangrijke factor van 'sociaal-economische beroepsaspecten' ($\lambda = .40(.19)$).

Uit deze resultaten kunnen we afleiden dat de theoretische variabele 'sociaal-economische beroepsaspecten' voor vrouwelijke huisartsen een andere inhoud heeft dan voor mannelijke huisartsen. In het model voor vrouwelijke huisartsen is bij de vaststelling van de waardering voor de theoretische variabele 'sociaal-economische beroepsaspecten' vooral de geobserveerde variabele 'wonen in een aantrekkelijke omgeving' van belang. In het model voor mannelijke huisartsen is dat een 'adequate honorering' en - in wat mindere mate - een 'eigen zelfstandige praktijk'.

De theoretische variabele 'tijd naast beroepsarbeid'

'Tijd voor huishoudelijke taken naast het beroep' is in het model voor vrouwen een belangrijke factor ($\lambda = .53(.10)$); dit geldt ook voor de factor 'vrij te besteden tijd naast het beroep' ($\lambda = .47(.09)$). 'Tijd voor gezinstaken naast het beroep' is een relatief minder belangrijke factor ($\lambda = .26(.09)$).

Kijken we naar het model voor mannelijke huisartsen dan zien we nagenoeg hetzelfde patroon. 'Tijd voor huishoudelijke taken' ($\lambda = .67(.11)$) en 'vrij te besteden tijd' ($\lambda = .54(.09)$) zijn belangrijke factoren. Hoewel 'tijd voor gezinstaken' ook hier de minst belangrijke factor is ($\lambda = .44(.08)$) is deze zeker niet te verwaarlozen.

Uit deze resultaten kunnen we opmaken dat de theoretische variabele 'tijd' in de modellen voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen een vergelijkbare structuur te zien geeft. Wel suggereren deze resultaten dat 'tijd voor gezinstaken' in het model voor mannen een belangrijker factor is dan in het model voor vrouwen.

Op basis van deze uitkomsten kunnen we de relatie tussen de theoretische variabelen 'tijd' en 'sociaal-economische beroepsaspecten' beter interpreteren.

In het model voor vrouwelijke huisartsen betekent de gevonden significante relatie dat een hoge waardering voor 'tijd naast beroepsarbeid' en 'vrij te besteden tijd' zal samengaan met een hoge waardering voor 'wonen in een aantrekkelijke omge-

ving'.

In het model voor mannelijke huisartsen zal de waardering van 'sociaal-economische beroepsaspecten' niet tot nauwelijks van invloed zijn op de waardering voor 'tijd'; de resultaten geven een niet-significante negatieve relatie te zien. De 'inhoud' van de theoretische variabele 'sociaal-economische beroepsaspecten' is voor mannen dan ook geheel anders. Deze waardering berust in het model voor mannen vooral op een 'adequate honorering' en een 'eigen zelfstandige praktijk'.

We kunnen stellen dat hoewel deze uitkomsten niet onverkort overeenkomen met de vooronderstellingen die we hanteerden bij het opstellen van het LISREL-model, de interpretatie van de resultaten uit het gemodificeerde model wel aannemelijk zijn. Wij zullen er bij de resultaten uit de toetsing van het verklarend model op terugkomen.

De theoretische variabele 'optimaal vakinhoudelijke arbeid'

We veronderstelden geen relatie tussen deze theoretische variabelen en de hiervoor besproken variabelen 'tijd' en/of 'sociaal-economische beroepsaspecten'. Wij vergelijken daarom alleen de relaties tussen de theoretische variabele optimaal vakinhoudelijke arbeid en de geobserveerde variabelen in de modellen voor vrouwen en mannen.

In het model voor de vrouwelijke huisartsen is het 'werken voor sociaal-economisch zwakkere groeperingen' een belangrijk factor ($\lambda = .47(.11)$). Daarnaast blijken ook 'werkgroepen, lezingen en discussiebijeenkomsten' ($\lambda = .41(.10)$) en 'studie, scholing en onderzoek' ($\lambda = .38(.09)$) belangrijke factoren. Opmerkelijk is dat de factor 'optimale mogelijkheden in de beroepsuitoefening' een niet significante factor blijkt ($\lambda = .08(.08)$). We hebben hier geen verklaring voor.

In het model voor mannen is 'deelname aan werkgroepen, lezingen en discussiebijeenkomsten' de belangrijkste factor ($\lambda = .48(.13)$). De minst belangrijke factor is hier het 'werken voor sociaal-economisch zwakkere groeperingen' ($\lambda = .23(.10)$).

Deze uitkomsten hebben consequenties voor de hypothesen die wij over de waardering van doelstellingen hebben geformuleerd. Hypothese 5 (over de instrumentele doelstelling 'pro-

fessionele status') en hypothese 6 (over de instrumentele doelstelling 'inkomen') zullen door de modificatie van de LISREL-modellen worden samengevoegd tot de hypothese:

5/6) Gehuwde vrouwelijke huisartsen zullen de instrumentele doelstelling 'sociaal economische beroepsaspecten' lager waarderen en daarom op zoek gaan naar minder zelfstandige vestigingswijzen dan ongehuwde vrouwelijke huisartsen en mannelijke huisartsen.

5.1.5. Hypothesen over de belemmerende werking van formele regelingen

Een tweede verklaring voor verschillen in de gezochte vestigingswijze tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen die in het verklarend model in hoofdstuk III wordt gegeven betreft de meer structurele aspecten van de beroepsuitoefening. Wij hebben daar aangevoerd dat formele regelingen het gebied waarbinnen de huisarts zijn beroep kan uitoefenen, in meerdere of mindere mate kunnen inperken. Voor een aantal van deze formele regelingen vormt deze inperking een grotere belemmering voor vrouwelijke dan voor mannelijke huisartsen. Het gaat dan concreet om de volgende regelingen: de pensioenregeling voor huisartsen, de fiscale regelingen, de achterwachtregeling en de arbeidsongeschiktheidsuitkeringsverzekering voor zover deze betrekking heeft op uitkering tijdens een bepaalde zwangerschapsperiode.

Wat de eerste twee formele regelingen betreft is de situatie in een recent verleden zodanig gewijzigd dat de verschillende uitwerking van deze regelingen voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen grotendeels is weggenomen (Kortenhoeven, 1985).

Dit onderzoek vindt echter plaats in een periode waarin de veranderingen in de fiscale regelingen zich hebben voltrokken en waarin veranderingen in de pensioenregeling recent zijn ingevoerd. Het is dan ook aannemelijk om te veronderstellen dat de afgestudeerden de consequenties van deze veranderingen niet of slechts gedeeltelijk kunnen overzien.

Om na te gaan of de genoemde formele regelingen belemmerend werken op de zelfstandige vestiging van vrouwelijke huisartsen, formuleren wij de volgende hypothesen:

8) Gegeven een gelijke waardering voor instrumentele doel-

stellingen zullen vrouwelijke huisartsen die kinderen wensen en een belemmerende werking van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringsverzekering percipiëren, in mindere mate naar de meer zelfstandige vestigingswijzen op zoek gaan dan de overige huisartsen.

- 9) Gegeven een gelijke waardering voor instrumentele doelstellingen zullen vrouwelijke huisartsen die een belemmerende werking van de fiscale regelingen percipiëren, in mindere mate op zoek gaan naar de meer zelfstandige vestigingswijzen dan de overige huisartsen.
- 10) Gegeven een gelijke waardering voor instrumentele doelstellingen zullen vrouwelijke huisartsen die een belemmerende werking van de pensioenregeling percipiëren, in mindere mate op zoek gaan naar de meer zelfstandige vestigingswijzen dan de overige huisartsen.
- 11) Gegeven een gelijke waardering voor instrumentele doelstellingen zullen huisartsen die percipiëren dat het ontbreken van een partner die de achterwacht op zich kan nemen een belemmering vormt bij zelfstandige vestiging, in mindere mate op zoek gaan naar de meer zelfstandige vestigingswijze dan de overige huisartsen.

Aan de laatst geformuleerde hypothese gaan enige vooronderstellingen vooraf. Uit de heersende rolpatronen (zoals wij die in hoofdstuk 3 hebben aangeduid) is af te leiden dat vrouwelijke huisartsen minder vaak een partner hebben die de functie van achterwacht op zich zal nemen dan mannelijke huisartsen. Dat is gelegen in het feit dat de partner van de vrouw vaker beroepswerkzaamheden buitenshuis verricht dan de partner van de man. Bovendien zullen de heersende rolopvattingen aanleiding geven tot een grotere weerstand bij de partner van de vrouwelijke huisarts om - indien beroepswerkzaamheden hem niet beletten - als achterwacht van zijn vrouw te fungeren. Deze veronderstellingen leiden ertoe dat de vrouwelijke huisartsen vaker een partner als achterwacht moeten ontberen dan mannelijke huisartsen, hetgeen de in de hypothese verwoorde gevolgen kan hebben.

Naar de perceptie van de huisartsen uit de onderzoekspopulatie over de belemmerende werking van genoemde formele regelingen is in de uitgebreide enquête gevraagd.

Zoals in de hypothesen reeds is verwoord, moeten wij bij de toetsing de waardering voor de instrumentele doelstellingen constant houden. Het effect van de formele regelingen en het effect van de waardering van doelstellingen op de gezochte vestigingswijzen is anders niet uit elkaar te houden.

Tot dusver hebben wij ons in dit hoofdstuk bezig gehouden met de specificatie van het verklarend model voor de beroepsgroep huisartsen. In de navolgende paragrafen willen wij de geformuleerde hypothesen toetsen.

5.2. Toetsing van verschillen in waardering van doelstellingen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen

De verklaring voor verschillen in waardering van doelstellingen hebben wij gezocht in restricties in de sociale situatie van huisartsen; met name in burgerlijke staat en het al dan niet hebben van kinderen.

Verschillen in waardering van doelstellingen leiden op hun beurt weer tot verschillen in gezochte vestigingswijzen. De waardering van doelstellingen kan dan ook gekarakteriseerd worden als een tussenstap via welke de sociale situatie de gezochte vestigingswijzen beïnvloedt.

Verschillen in waardering van doelstellingen die huisartsen bij hun beroepsarbeid willen bereiken, zijn aangevoerd als verklaring voor verschillen in gezochte vestigingswijzen. Verschillen in waardering tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen zijn voorspeld waar het de instrumentele doelstellingen 'tijd naast beroepsarbeid' en 'sociaal-economische beroepsaspecten' betreft. Wij voorspelden geen verschillen tussen vrouwen en mannen in de waardering van de instrumentele doelstelling 'optimaal vakinhoudelijke arbeid'.

Met behulp van het - in paragraaf 5.1.4 - geconstrueerde meetmodel kunnen wij de voorspelde waardering van de instrumentele doelstellingen vaststellen.

De vaststelling van de waardering voor elk van de instrumentele doelstellingen gebeurt door optelling en weging van de factoren, overeenkomstig het 'gewicht' dat er in het LISREL-

model aan gehecht is. Tabel 5.3 geeft een overzicht van de waardering van de instrumentele doelstellingen door vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

Tabel 5.3 Waardering van de instrumentele doelstellingen uitgesplitst naar vrouwelijke en mannelijke huisartsen

instrumentele doelstellingen	waardering			F-waarde
	gemiddel- de score populatie	gemiddel- de score vrouwen	gemiddel- de score mannen	
- optimaal vakin- houdelijke arbeid	12.08	12.15	12.05	.19
- sociaal-economische beroepsaspecten	7.20	6.36	7.52	31.70
- tijd naast be- roepsarbeid	9.42	10.22	9.11	21.99

N = voor vrouwen 85 of 86, N = voor mannen 226.

Uit tabel 5.3 is af te leiden dat vrouwelijke huisartsen de instrumentele doelstellingen 'tijd naast beroepsarbeid' significant hoger waarderen dan mannelijke huisartsen. De instrumentele doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten' wordt door mannelijke huisartsen significant hoger gewaardeerd dan door vrouwelijke huisartsen. Geen significante verschillen worden gevonden ten aanzien van de waardering van de instrumentele doelstelling 'optimaal vakinhoudelijke arbeid'.

Deze resultaten zijn overeenkomstig onze verwachtingen.

In de verdere analyses zullen wij de instrumentele doelstelling 'optimaal vakinhoudelijke arbeid' buiten beschouwing laten. Wij hebben vastgesteld dat er geen verschillen in waardering zijn en deze doelstelling kan - zoals wij voorspelden - geen verschillen in gezochte vestigingswijzen verklaren.

5.2.1. Verschillen in waardering van de instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid'

Hypothesen die aangeven welke gevolgen de waardering van de

instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' zullen hebben voor de vestigingswijzen waarnaar huisartsen op zoek gaan, zijn in paragraaf 5.1.3. geformuleerd. Deze hypothesen voorspellen tevens in welke situatie huisartsen deze doelstelling hoog zullen waarderen.

In de volgende paragrafen wordt getoetst of de situatie waarin vrouwelijke huisartsen verkeren, van invloed is op de waardering die zij hebben voor de 'tijdsdoelstelling' en of deze waardering de verschillen in de gezochte vestigingswijzen kan verklaren.

Dit toetsen wij op de eerste plaats voor gehuwde vrouwelijke huisartsen; nagegaan wordt of deze groep vrouwen een hogere waardering heeft voor 'tijd naast beroepsarbeid'. Vervolgens voeren wij de restrictieve situatie als het ware op, en toetsen of gehuwde vrouwen met kinderen de tijdsdoelstelling hoger waarderen. Tenslotte gaan wij na of vrouwelijke huisartsen die kinderen wensen, een hogere waardering hebben voor de doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid'.

Toetsing van deze hypothesen verloopt in drie stappen:

- met behulp van loglineaire analyse van meer dimensionale kruistabellen worden de belangrijkste associaties en interacties opgespoord
- door uitsplitsing van de gevonden verbanden in kruistabellen worden deze relaties nader geanalyseerd, waarna het best passende model kan worden opgesteld
- screening van dit model maakt het mogelijk om een oordeel te vellen over het relatieve gewicht van de verschillende effecten.

5.2.2. Waardering van de tijdsdoelstelling door de groep gehuwde vrouwelijke huisartsen

Gehuwde vrouwelijke huisartsen zullen de doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' hoger waarderen en daarom op zoek gaan naar de minder zelfstandige vestigingswijzen dan ongehuwde vrouwelijke huisartsen en mannelijke huisartsen, zo luidt hypothese 2.

In deze hypothese zijn vier variabelen opgenomen: sexe, burgerlijke staat, waardering van de instrumentele doelstelling

'tijd naast beroepsarbeid' (in de analyses voortaan aangeduid met 'tijd') en de gezochte vestigingswijze.

Loglineaire analyse van de kruistabel waarin deze vier variabelen zijn opgenomen laat relaties zien tussen de variabelen:

- sexe en burgerlijke staat
- sexe en gezochte vestigingswijze
- waardering voor de doelstelling 'tijd' en gezochte vestigingswijze.

Met behulp van kruistabelanalyses onderwerpen wij deze relaties aan een nader onderzoek.

In het eerste deel van de hypothese wordt voorspeld dat gehuwde vrouwelijke huisartsen de instrumentele doelstelling 'tijd' hoger zullen waarderen dan ongehuwde vrouwelijke huisartsen en mannelijke huisartsen. Een kruistabel met deze drie variabelen ziet er als volgt uit:

Tabel 5.4 Relatie tussen burgerlijke staat en waardering voor de instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid', uitgesplitst naar sexe

waardering voor de instrumentele doelstelling 'tijd'	vrouwelijke huis- artsen		mannelijke huis- artsen	
	ongehuwd	gehuwd	ongehuwd	gehuwd
hoog	10	34	14	96
laag	12	25	14	89

Wanneer de voorspelling klopt moet in de kolom gehuwde vrouwen een verschuiving optreden in de richting van een hogere waardering voor de doelstelling 'tijd'. Dit is inderdaad het geval, maar in de kolom 'gehuwde mannen' vindt eenzelfde verschuiving plaats, zij het in minder sterke mate.

De sterkte van de relaties kunnen wij uitdrukken in kruisproductratio's (θ). De associatie tussen burgerlijke staat en de waardering voor de doelstelling 'tijd' is bij vrouwelijke huisartsen sterker ($\theta = 1.63$) dan bij mannelijke huisartsen ($\theta = 1.08$).

Wij hebben geen voorspellingen geformuleerd over verschillen in waardering van de doelstelling 'tijd' bij mannelijke huisartsen. Verschillen in de sterkte van de associaties kunnen echter een aanwijzing vormen. Wanneer de waardering voor de doelstelling 'tijd' voldoende verschilt tussen gehuwde vrouwelijke en mannelijke huisartsen, hebben wij te maken met een drieweg-interactie. Dit is een interactie die aangeeft dat een associatie tussen twee variabelen afhankelijk is van het niveau van een derde variabele. Inhoudelijk geformuleerd betekent dit, dat een associatie tussen 'burgerlijke staat' en de waardering voor de doelstelling 'tijd' afhankelijk is van sexe.

Dit is na te gaan door de Z-score te berekenen; deze bedraagt voor vrouwelijke huisartsen .97 en voor mannelijke huisartsen .20. Daaruit kunnen wij concluderen dat de sterkte van de relatie tussen 'burgerlijke staat' en de waardering voor de doelstelling 'tijd' niet voldoende verschilt tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen, om bij deze groepsomvang aantoonbaar te zijn.

In het tweede deel van hypothese 2 wordt voorspeld dat huisartsen die een hoge waardering hebben voor de doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' naar de minder zelfstandige vestigingswijzen zullen gaan zoeken. In de loglineaire analyse vinden wij een relatie tussen de waardering voor de doelstelling 'tijd' en de gezochte vestigingswijze.

Uit tabel 5.5 (zie volgende pagina) blijkt dat de gevonden relatie tussen de waardering voor de doelstelling 'tijd' en de 'gezochte vestigingswijze' significant is.

Loglineaire analyse laat ook een relatie zien tussen 'sexe' en burgerlijke staat. Mannelijke huisartsen blijken vaker gehuwd te zijn dan vrouwelijke huisartsen. Een bevinding die wij in de volgende analyses steeds terug zullen zien en waar wij in de conclusies op terug komen.

Screening van de gevonden verbanden kan inzicht verschaffen in de sterkte van de effecten in verhouding tot elkaar.

Analyse van de variabelen uit hypothese 2 heeft drie significante relaties opgeleverd, namelijk:

- sexe - gezochte vestigingswijze (S*V)

Tabel 5.5 Relatie tussen de waardering voor de instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' en gezochte vestigingswijzen

gezochte vestigingswijze	waardering voor de instrumentele doelstelling 'tijd' in percentages	
	% hoog	% laag
vrije vestiging/overname	31	43
associatie/groepspraktijk (niet in dienstverband)	27	29
gezondheidscentrum/dienstverband	42	28
N =	(145)	(140)

- sexe - burgerlijke staat (S*B)
 - waardering voor 'tijd' en gezochte vestigingswijze (T*V).
 Het best passende model is dan $S*V+S*B+T*V$. De overgebleven deviantie bedraagt $G^2 = 8.4$, $DF = 13$ en is gering te noemen.

Tabel 5.6 Screening van de verbanden tussen sexe, burgerlijke staat, waardering van de instrumentele doelstelling 'tijd' en de gezochte vestigingswijze

parameter	vrijheids- graden	marginale deviantie	partiële deviantie
S*V	2	41.6	38.8
S*B	1	7.6	4.4
T*V	2	7.2	7.6

Uit tabel 5.6 kunnen wij opmaken dat er een direct en overheersend verband blijft bestaan tussen sexe en gezochte vestigingswijze. De relatie tussen de waardering voor de instrumentele doelstelling 'tijd' en de gezochte vestigingswijze komt

op de laatste plaats. De - niet voorspelde - relatie tussen sexe en burgerlijke staat lijkt iets sterker dan die tussen 'tijd' en 'vestigingswijze'.

Vatten wij de resultaten uit de toetsing van hypothese 2 samen, dan blijken onze voorspellingen gedeeltelijk weerlegd. Wij voorspelden dat gehuwde vrouwelijke huisartsen de tijdsdoelstelling hoger zullen waarderen dan de overige huisartsen en dat zij daarom op zoek zullen gaan naar de minder zelfstandige vestigingswijzen.

Wij vinden dat niet alleen vrouwelijke huisartsen maar ook mannelijke huisartsen de tijdsdoelstelling hoger waarderen indien zij gehuwd zijn. De groepsoomvang is te klein om het - bestaande - verschil aan te tonen.

Het tweede deel van de voorspelling blijkt wel uit te komen. Hebben huisartsen een hoge waardering voor de tijdsdoelstelling dan gaan zij op zoek naar de minder zelfstandige vestigingswijzen.

Er blijft echter een directe en overheersende relatie bestaan tussen sexe en gezochte vestigingswijzen (zie tabel 5.6) die zich niet laat 'wegverklaren' door de burgerlijke staat of de waardering voor de tijdsdoelstelling. Wij moeten dus verder zoeken naar de verklaring voor verschillen tussen vrouwen en mannen in de gezochte vestigingswijze.

5.2.3. Afzonderlijke factoren van de doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid'

De instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' is opgebouwd uit drie factoren, namelijk 'vrij te besteden tijd naast beroepsarbeid', 'tijd voor gezinstaken naast het artseneroep' en 'tijd voor huishoudelijke taken naast het beroep' (vergelijk LISREL-modellen).

Nu is het denkbaar dat huisartsen deze afzonderlijke factoren verschillend waarderen; clustering van deze factoren tot de instrumentele doelstelling 'tijd' (zie meetmodel) zou in zo'n geval andere resultaten kunnen opleveren. De voorspelde verschuiving van de waardering voor de doelstelling 'tijd' bij gehuwde vrouwen en de soortgelijke niet-voorspelde verschuiving bij gehuwde mannen zou mogelijk uit de analyse van de afzonderlijke factoren beter geïnterpreteerd kunnen worden.

Voor toetsing van de drie afzonderlijke factoren herhalen wij de analyses uit de vorige paragraaf drie maal. De instrumentele doelstelling 'tijd' wordt in deze analyses dan systematisch vervangen door een afzonderlijke factor. Wij zullen van deze analyses slechts de (van de analyse van de instrumentele doelstelling) afwijkende resultaten weergeven.

De factor 'vrij te besteden tijd naast beroepsarbeid'

Analyse van deze factor laat vrijwel hetzelfde beeld zien als de analyse van de instrumentele doelstelling 'tijd'. Uit de analyse komen de volgende relaties naar voren:

- sexe - vestigingswijze (S*V)
- 'vrij te besteden tijd' - vestigingswijze (Vrij*V)
- sexe - burgerlijke staat (S*B)

Het best passend model is: $S*V+S*B+Vrij*V$. De overgebleven deviantie: $G^2 = 11.7$ bij $DF = 13$.

Screening van de verbanden wijst uit dat de relatie tussen de factor 'vrij te besteden tijd' en 'gezochte vestigingswijze' iets sterker lijkt dan in het model van de instrumentele doelstelling.

De factor 'tijd voor huishoudelijke taken naast het beroep'

Analyse van deze factor laat een samenhang zien tussen 'sexe' en de waardering voor de factor 'tijd voor huishoudelijke taken'.

Tabel 5.7 Relatie tussen burgerlijke staat en de factor 'tijd voor huishoudelijke taken', uitgesplitst naar sexe

waardering voor de fac- tor 'huishou- delijke taken'	vrouwelijke huisartsen			mannelijke huisartsen		
	onge- huwd	gehuwd	totaal	onge- huwd	gehuwd	totaal
hoog	18	49	67	15	100	115
laag	4	11	15	13	87	100

De sterkte van de relaties uitgedrukt in kruisproduktratio's is zowel voor de groep vrouwelijke en mannelijke huisartsen

vrijwel gelijk aan 1.00. Dit betekent dat 'burgerlijke staat' noch voor vrouwen noch voor mannen effect heeft op de waardering van de factor 'tijd voor huishoudelijke taken', hetgeen niet in overeenstemming is met onze voorspelling.

Vatten wij de vier getallen in de 'totaal-kolommen' op als vier cellen van een kruistabel (sexe - waardering 'tijd voor huishoudelijke taken') dan blijken vrouwelijke huisartsen deze factor significant hoger te waarderen dan mannelijke huisartsen (kruisproduktratio voor deze tabel $\theta = .26$ Z-score = -4.29).

De verbanden die wij bij analyse vinden:

- sexe - vestigingswijze (S*V)
- sexe - waardering 'tijd voor huishoudelijke taken' (S*Huis)
- waardering 'tijd voor huishoudelijke taken' - vestigingswijze (Huis*V)
- sexe - burgerlijke staat (S*B)

Het best passende model is $S*V+S*Huis+Huis*V+S*B$. De overgebleven deviantie bedraagt: $G^2 = 11.7$ bij $DF = 12$.

De factor 'tijd voor gezinstaken naast beroepsarbeid'

Analyse van deze factor toont aan dat de waardering voor de factor 'tijd voor gezinstaken' afhankelijk is van de burgerlijke staat.

Tabel 5.8 Relatie tussen burgerlijke staat en de waardering van de factor 'tijd voor gezinstaken', uitgesplitst naar sexe

waardering voor de fac- tor 'tijd voor gezins- taken'	vrouwelijke huisartsen			mannelijke huisartsen		
	onge- huwd	gehuwd	totaal	onge- huwd	gehuwd	totaal
hoog	12	49	61	9	85	94
laag	10	12	22	19	102	121

Gehuwde vrouwen waarderen deze factor hoger dan ongehuwde vrouwen ($\theta = 3.26$, Z-score = 2.20). Bij mannen zien we een soortgelijke verschuiving optreden, zij het in minder sterke mate ($\theta = 1.76$, Z-score = 1.30). Het verschil blijkt niet groot genoeg om de bestaande drieweginteractie bij deze groepsomvang significant te maken.

Een tabel waarin de waardering voor de factor 'tijd voor gezinstaken' en sexe is opgenomen laat zien dat de waardering voor deze factor bij vrouwen hoger is dan bij mannen.

De gevonden verbanden bij analyse blijken:

- sexe - vestigingswijze (S*V)
- sexe - waardering 'tijd voor gezinstaken' (S*Gezin)
- sexe - burgerlijke staat (S*B)
- burgerlijke staat - 'tijd voor gezinstaken' (B*Gezin).

Het best passende model is: $S*V+S*Gezin+S*B+B*Gezin$.

De deviantie bedraagt $G^2 = 15.9$ bij $DF = 13$.

Samenvattend kunnen wij stellen dat de toetsing van de afzonderlijke factoren van de tijdsdoelstelling het volgende heeft opgeleverd.

Waar het de factor 'vrij te besteden tijd naast beroepsarbeid' betreft, wijken de resultaten nauwelijks af van de resultaten die wij bij toetsing van de instrumentele tijdsdoelstelling vonden (paragraaf 5.2.2). Een hoge waardering voor deze 'tijdsfactor' leidt wel tot het zoeken naar de minder zelfstandige vestigingswijze, maar de waardering voor deze factor is niet te verklaren uit burgerlijke staat of sexe.

Bij de factor 'tijd voor huishoudelijke taken naast het beroep' vinden wij wel dat vrouwen deze factor hoger waarderen dan mannen en dat deze waardering leidt tot het zoeken naar de minder zelfstandige vestigingswijzen. Gehuwde en niet gehuwde vrouwen blijken deze tijdsfactor echter even hoog te waarderen.

Waar het de factor 'tijd voor gezinstaken naast het beroep' betreft vinden wij wel dat vrouwen deze factor hoger waarderen dan mannen en ook dat gehuwden deze factor hoger waarderen dan ongehuwden. Deze waardering blijkt echter niet van invloed op de gezochte vestigingswijzen.

De resultaten uit de analyses bieden wel enige aanknopingspun-

ten, maar vormen zeker geen afdoende verklaring. Wij moeten dus verder zoeken.

Hebben wij tot dusver verschillen in waardering voor de doelstelling 'tijd' vooral gerelateerd aan de burgerlijke staat van de respondent, in de volgende analyses zal niet alleen gekeken worden naar burgerlijke staat, maar tevens naar het al dan niet hebben van kinderen.

5.2.4. Waardering van de tijdsdoelstelling door de groep gehuwde vrouwelijke huisartsen met kinderen

Hypothese 3 luidt: Gehuwde vrouwelijke huisartsen met kinderen zullen de doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' hoger waarderen en daarom op zoek gaan naar de minder zelfstandige vestigingswijzen dan ongehuwde of gehuwde vrouwelijke huisartsen en mannelijke huisartsen.

In deze hypothese gaat het om vijf variabelen: sexe, burgerlijke staat, het hebben van kinderen, de waardering van de doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' en de gezochte vestigingswijze.

Een kruistabel met genoemde vijf variabelen is gegeven de onderzoekspopulatie eigenlijk niet mogelijk, vanwege te kleine celvullingen. In dit geval blijken de celvullingen nog net voldoende voor een verantwoorde analyse. Dit komt omdat alle huisartsen die kinderen hebben, gehuwd zijn. De cellen van 'ongehuwden met kinderen' worden dus nul-cellen.

Uit loglineaire analyses blijkt het hebben van kinderen geen enkele invloed te hebben op de waardering van de instrumentele doelstelling 'tijd'.

Een kruistabel waarin de variabelen: sexe, burgerlijke staat, het hebben van kinderen en de waardering voor de instrumentele doelstelling 'tijd' met elkaar in verband gebracht worden ziet er als volgt uit (zie tabel 5.9 volgende pagina).

De voorspelling dat gehuwde vrouwelijke huisartsen met kinderen de doelstelling 'tijd' hoger zouden waarderen, komt niet uit. Berekening van de kruisproducten voor gehuwden bevestigt dit. Voor gehuwde vrouwelijke huisartsen bedraagt de $\theta = .66$, Z-score = $-.74$; voor gehuwde mannelijke huisartsen bedraagt de $\theta = .81$, Z-score = $-.68$.

Tabel 5.9 Relatie tussen burgerlijke staat, het hebben van kinderen en de waardering voor de instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid', uitgesplitst naar sexe

	vrouwelijke huisart- sen				mannelijke huisart- sen			
	ongehuwd		gehuwd		ongehuwd		gehuwd	
	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee
kinderen								
waardering voor de instrumentele doelstelling 'tijd'								
hoog	0	10	8	27	0	15	31	71
laag	0	11	9	20	0	17	32	59

Indien het hebben van kinderen geen invloed heeft op de waardering van de instrumentele doelstelling 'tijd' dan zal het best passende loglineaire model overeenkomen met het model dat wij bij de toetsing van hypothese 2 hebben gevonden (paragraaf 5.2.2).

Dit blijkt inderdaad het geval, de gevonden verbanden komen overeen met de verbanden die wij gevonden hebben bij toetsing van hypothese 2. Het model is: $S*V+S*B+T*V+K$. De overgebleven deviantie bedraagt $G^2 = 14.2$ bij $DF = 24$. De losse variabele K in het model staat voor de variabele 'hebben van kinderen'; deze variabele geeft aan dat er geen associatie bestaat tussen het hebben van kinderen en de andere variabelen uit het model. Screening van de gevonden verbanden levert het volgende op (zie tabel 5.10 volgende pagina).

Het resultaat komt overeen met de resultaten uit tabel 5.6.

Een zelfde analyse, maar nu met de afzonderlijke factoren van de instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' zal mogelijk wel iets opleveren, met name waar het gaat om de factor 'tijd voor gezinstaken'. Loglineaire analyse en uit

Tabel 5.10 Screening van de verbanden tussen sexe, burgerlijke staat, het hebben van kinderen, waardering van de instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' en de gezochte vestigingswijze

parameter	vrijheids- graden	marginale deviantie	partiële deviantie
S.V	2	41.6	38.8
S.B	1	6.5	3.7
T.V	2	7.2	7.2

splitsing van de variabelen in kruistabellen laat echter geen enkele associatie zien tussen het hebben van kinderen en een andere variabele.

Wij volstaan met het weergeven van de modellen voor elk van de afzonderlijke factoren

- de factor 'tijd voor huishoudelijke taken naast beroepsarbeid' (Huish).

Het model is $S*V+S*Huish+Huish*V+S*B+K$.

De overgebleven deviantie bedraagt $G^2 = 20.1$ bij $DF = 23$.

- de factor 'tijd voor gezinstaken naast beroepsarbeid' (Gezin).

Het model is $S*V+S*Gezin+S*B+B*Gezin+K$.

De overgebleven deviantie bedraagt $G^2 = 23,4$ bij $DF = 24$.

- de factor 'vrij te besteden tijd naast beroepsarbeid (Vrij).

Het model is $S*V+S*B+Vrij*V+K$.

De overgebleven deviantie bedraagt $G^2 = 20.9$ bij $DF = 24$.

De gevonden relaties bij analyse van de afzonderlijke tijdsfactoren zijn overeenkomstig de relaties die wij gevonden hebben bij toetsing van deze factoren in de voorgaande hypothesen.

In de voorgaande paragrafen (5.2.2 en 5.2.3) toetsten wij of gehuwde vrouwelijke huisartsen de tijdsdoelstellingen hoger zouden waarderen dan de overige huisartsen. In deze paragraaf gingen wij nog eens stapje verder door niet alleen het gehuwd zijn als restrictie in te voeren maar tevens het hebben van kinderen.

Wij moeten echter concluderen dat hetgeen wij als extra

restrictie aanmerkten - het hebben kinderen - geen effect blijkt te hebben op de waardering van de instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid'. Hiermee moeten wij hypothese 3 als verworpen beschouwen.

Wij formuleerden nog een derde vooronderstelling over restricties, namelijk dat vrouwelijke huisartsen die kinderen wensen de instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' hoger zullen waarderen dan degenen die geen kinderen wensen. Geconfronteerd met de resultaten uit de toetsing die aangeven dat het hebben van kinderen geen invloed heeft op de waardering van de tijdsdoelstelling, is het niet waarschijnlijk dat het wensen van kinderen dat wel zal hebben. Desondanks zullen wij dat met de toetsing van hypothese 4 moeten aantonen.

5.2.5. Waardering van de tijdsdoelstelling door de groep vrouwelijke huisartsen die kinderen wenst

Vrouwelijke huisartsen die kinderen wensen zullen de doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' hoger waarderen en daarom op zoek gaan naar de minder zelfstandige vestigingswijzen dan vrouwelijke huisartsen die geen kinderen - meer - wensen en mannelijke huisartsen, aldus hypothese 4.

In de hypothese worden vijf variabelen genoemd, namelijk: sexe, het hebben van kinderen, het wensen van kinderen, de waardering voor de instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' en de gezochte vestigingswijze. Eigenlijk zouden wij - gegeven de resultaten uit de voorgaande analyses - ook de variabele 'burgerlijke staat' willen opnemen in deze analyses. Er is immers een verband tussen burgerlijke staat en het hebben van kinderen terwijl burgerlijke staat ook verband houdt met sexe. De cellen van een kruistabel met zes variabelen blijken, gegeven onze onderzoekspopulatie, niet voldoende te vullen. Wij kiezen voor de verwijdering van de variabele 'het hebben van kinderen'; uit de voorgaande analyses bleek immers dat deze variabele geen invloed had op de andere variabelen.

Wij hebben dan een kruistabel met vijf variabelen en 48 te vullen cellen. Wordt het aantal waarnemingen per geschatte

parameter kleiner dan 5, dan is voorzichtigheid bij de interpretatie van de resultaten geboden. Ons dit realiserend hebben wij gepoogd om de kruistabel met vijf variabelen te analyseren.

In het model dat wij vinden moeten in ieder geval de volgende associaties worden opgenomen:

- sexe - vestigingswijze (S*V)
- burgerlijke staat - het wensen van kinderen (B*KW)
- waardering voor de doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' - vestigingswijze (T*V).

Daar wij vanwege de geringe celvullingen G^2 niet zonder meer kunnen accepteren, is het niet helemaal duidelijk welke van de volgende twee relaties in het model behoren te worden opgenomen:

- sexe - het wensen van kinderen (S*KW) òf
- sexe - burgerlijke staat (S*B).

Daar het niet waarschijnlijk is dat er in dit model een relatie bestaat tussen het wensen van kinderen en de gezochte vestigingswijze òf tussen burgerlijke staat en gezochte vestigingswijze verwijderen wij de variabele 'gezochte vestigingswijze'. Met de nieuwe kruistabel die wordt opgesteld (en nog maar 16 cellen heeft) kunnen wij bepalen welke van de twee 'onzekere' relaties in het model moeten worden opgenomen.

Het effect S*KW blijkt in deze kruistabel van geen belang; het best passende model is hier B*KW+S*B, $G^2 = 5.9$ bij DF = 9.

Tabel 5.11 Screening van de verbanden tussen sexe, burgerlijke staat, het wensen van kinderen, waardering voor de doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' en gezochte vestigingswijze

parameter	vrijheids- graden	marginale deviantie	partiële deviantie
S*V	2	41.6	38.3
B*KW	1	33.2	30.7
S*B	1	7.6	2.3
T*V	2	7.2	7.3

Het model dat naar alle waarschijnlijkheid het best past bij de kruistabel met 5 variabelen is $S*V+B*KW+S*B+T*V$, $G^2 = 32.3$, bij $DF = 35$.

De resultaten uit de analyses geven aan dat er een relatie bestaat tussen de burgerlijke staat van de respondent en het wensen van kinderen hetgeen niet opzienbarend is. Gehuwden wensen vaker kinderen te krijgen dan ongehuwden.

Wij vinden echter niet de in hypothese 4 voorspelde relatie tussen het wensen van kinderen en de waardering voor de instrumentele doelstelling 'tijd'. Wel vinden wij de reeds eerder aangetoonde en voorspelde relatie tussen de waardering voor 'tijd' en de gezochte vestigingswijze.

De variabele 'het hebben van kinderen' is systematisch wegge laten uit de analyses (vanwege te geringe celvullingen). Om na te gaan of deze variabele misschien toch een - verstorend - effect heeft op de andere variabelen, is een kruistabel geanalyseerd met de variabelen: sexe, burgerlijke staat, het hebben van kinderen, het wensen van kinderen en de waardering voor de instrumentele doelstelling 'tijd'. Het model dat wij vinden is geheel in overeenstemming met het hiervoor opgestelde model $B*KW+S*B+K+T$, $G^2 = 8,9$ bij $DF = 16$.

Ter controle herhalen wij ook bij deze hypothese de analyses voor de afzonderlijke factoren van de instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid':

- de factor 'tijd voor huishoudelijke taken naast beroepsarbeid (Huish)

Het model is $B*KW+S*Huish+S*B$, $G^2 = 8.5$ bij $DF = 8$.

- de factor 'tijd voor gezinstaken naast beroepsarbeid' (Gezin)

Het model is $B*KW+S*Gezin+B*Gezin+S*KW$, $G^2 = 8,9$ bij $DF = 7$

- de factor 'vrij te besteden tijd naast beroepsarbeid' (Vrij)

Het model is $B*KW+S*B+S*Vrij$, $G^2 = 10.1$ bij $DF = 8$.

De variabele 'gezochte vestigingswijze' is in deze modellen verwijderd. Bij alle drie de modellen ontstaat nu een relatie tussen sexe en de waardering voor de 'tijdsfactoren' die niet aanwezig was in het model van de instrumentele 'tijdsdoelstelling'; een relatie die hoogst waarschijnlijk is ontstaan ten gevolge van de verwijdering van de variabele 'gezochte vesti-

gingwijze'.

Verder blijkt bij analyse van de factor 'tijd voor gezinstaken' dat burgerlijke staat samenhangt met de waardering van deze factor. De modellen voor de 'tijdsfactoren' blijken voor het overige identiek aan het model van de instrumentele 'tijdsdoelstelling'.

Wij kunnen vaststellen dat hypothese 4 die wij formuleerden over het wensen van kinderen verworpen moet worden. Het wensen van kinderen kan niet beschouwd worden als restrictie die vrouwelijke huisartsen ertoe aanzet om naar de minder zelfstandige vestigingswijzen op zoek te gaan.

Uitgangspunt bij toetsing van de hypothesen over de tijdsdoelstelling is geweest dat de waardering van deze doelstelling voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen verschilt. Deze verschillen zullen veroorzaakt worden door restricties in de sociale situatie met name: gehuwd zijn, kinderen hebben of kinderen wensen. Deze restricties zullen voor vrouwen tot gevolg hebben dat zij de tijdsdoelstelling hoger zullen waarderen. Deze hogere waardering zal dan als verklaring aangevoerd kunnen worden voor het feit dat vrouwen naar de minder zelfstandige vestigingswijzen op zoek gaan.

Kijken wij naar de resultaten, dan moeten wij concluderen dat de voorspelling dat het gehuwd zijn voor vrouwen een restrictie vormt die een hogere waardering van de tijdsdoelstelling tot gevolg heeft niet onverkort is uitgekomen. Slechts bij de analyse van de tijdsfactor 'gezinstaken naast beroepsarbeid' hebben wij de voorspelde relatie aangetroffen. Wel vinden wij in de meeste analyses dat een hoge waardering voor de tijdsdoelstelling (of factoren daarvan) leidt tot het zoeken naar de minder zelfstandige vestigingswijzen.

Voeren wij de restrictieve situatie voor vrouwen op - restricties zijn dan gehuwd zijn en kinderen hebben - dan blijkt dat niets te veranderen aan de gevonden resultaten; met andere woorden het hebben van kinderen blijkt niet van invloed te zijn op de waardering van de tijdsdoelstelling.

Invoering van het wensen van kinderen heeft evenmin de voorspelde verhoging van de waardering voor de tijdsdoelstelling tot gevolg.

Wel blijkt de waardering van de tijdsdoelstelling een adequate

verklaring te bieden voor de vestigingswijzen waarnaar huisartsen op zoek gaan. Hebben huisartsen een hoge waardering voor de tijdsdoelstelling dan zullen zij naar de minder zelfstandige vestigingswijzen op zoek gaan (vergelijk de tabellen 5.6, 5.10 en 5.11).

Alvorens nader in te gaan op deze resultaten stellen wij eerst de hypothesen over de doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten' op de proef.

5.2.6. Verschillen in waardering van de instrumentele doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten'

Bij de constructie van een meetmodel voor de instrumentele doelstellingen in paragraaf 5.1.4 is het nodig gebleken om het opgestelde meetmodel te modificeren. Deze modificaties hebben geleid tot een samenvoeging van de hypothesen 5 en 6. De aangepaste hypothese luidt:

Gehuwde vrouwelijke huisartsen zullen de doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten' lager waarderen en daarom op zoek gaan naar de minder zelfstandige vestigingswijzen, dan ongehuwde vrouwelijke huisartsen en mannelijke huisartsen.

In deze hypothese zijn vier variabelen opgenomen: sexe, burgerlijke staat, waardering voor de instrumentele doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten' en de gezochte vestigingswijze.

Loglineaire analyse van een kruistabel met deze variabelen levert een drieweg-interactie op tussen: sexe, waardering voor de doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten' en de gezochte vestigingswijz ($S*SEB*V$). Ook vinden wij - de al eerder gesignaleerde - relatie tussen sexe en burgerlijke staat (zie tabel 5.12 volgende pagina). Beschouwen wij tabel 5.12 als twee kruistabellen (één voor vrouwelijke huisartsen en één voor mannelijke huisartsen) dan zien wij dat een hoge waardering voor de doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten' bij vrouwelijke huisartsen geen verschuiving teweeg brengt in de gezochte vestigingswijze ($G^2 = .02$, $DF = 2$). Daarentegen zien wij dat mannelijke huisartsen die een hoge waardering voor de doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten' hebben, aanmerkelijk vaker naar de meer zelfstandige vestigingswijzen op zoek gaan ($G^2 = 37.27$, $DF = 2$).

Tabel 5.12 Relatie tussen sexe, waardering voor de doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten' en de gezochte vestigingswijzen

waardering voor de instrumentele doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten'	vrouwelijke huisartsen		mannelijke huisartsen	
	hoog	laag	hoog	laag
gezochte vestigingswijzen				
vrije vestiging/overname	16	16	64	27
associatie/groepspraktijk (niet in dienstverband)	22	20	26	34
gezondheidscentrum/dienstverband	62	64	10	39
N =	(37)	(44)	(108)	(105)

Het best passend model: $S*SEB*V+S*B$, $G^2 = 14.2$ bij $DF = 10$.

Tabel 5.13 Screening van de verbanden tussen sexe, burgerlijke staat, waardering voor de doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten' en de gezochte vestigingswijze

parameter	vrijheidsgraden	marginale deviantie	partiële deviantie
S*B	1	7.6	5.0
S*W*V	2	8.7	9.2

Wij kunnen stellen dat vrouwen deze doelstelling duidelijk lager waarderen dan mannen (hetgeen overeenkomstig onze voorspelling is), maar tevens blijkt dat de waardering van deze doelstelling voor vrouwen geen invloed heeft op de gezochte vestigingswijze. Bij mannen zien wij wel een duidelijke samenhang tussen deze waardering en de gezochte vestigingswijze. Alvorens uitspraken te doen over het al dan niet aannemen van

deze hypothese, zullen wij de afzonderlijke factoren aan een analyse onderwerpen.

5.2.7. Afzonderlijke factoren van de doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten'

De instrumentele doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten' is opgebouwd uit drie factoren: 'adequate honorering', 'eigen zelfstandige praktijk' en 'wonen in een aantrekkelijke omgeving' (vergelijk LISREL-model). Evenals voor de 'tijdsdoelstelling' zullen wij ook bij de doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten' deze factoren afzonderlijk toetsen.

De factor 'wonen in een aantrekkelijke omgeving'

Analyse van deze factor laat de volgende relaties zien:

- sexe - vestigingwijze (S*V)

- sexe - burgerlijke staat (S*B), $G^2 = 13.1$ bij DF = 15.

Het bestend passend model is: S*V+S*B+Wonen, $G^2 = 13.1$ bij DF = 15.

De losse parameter 'wonen' geeft aan dat de waardering voor de factor 'wonen in een aantrekkelijke omgeving' niet van invloed is op de gezochte vestigingwijze en ook geen relatie heeft met sexe of burgerlijke staat.

De factor 'adequate honorering'

Analyse van de factor 'adequate honorering' laat relaties zien tussen:

- sexe - vestigingwijze (S*V)

- sexe - burgerlijke staat (S*B)

- waardering 'adequate honorering' - gezochte vestigingwijze (Geld*V)

Het passende model is S*V+Geld*V+S*B, $G^2 = 18.0$ bij DF = 13.

De resultaten uit de toetsing geven aan dat de waardering van de factor 'adequate honorering' niet is terug te voeren op sexe. Wel vinden wij dat een hoge waardering voor deze factor leidt tot het zoeken naar de meer zelfstandige vestigingwijze (tabel 5.14).

Tabel 5.14 Screening van de verbanden tussen sexe, burgerlijke staat, waardering voor de factor 'adequate honorering' en de gezochte vestigingswijzen

parameter	vrijheidsgraden	marginale deviantie	partiële deviantie
S*V	2	41.7	30.4
Geld*V	2	32.2	22.6
S*B	1	7.5	4.1

De factor 'eigen zelfstandige praktijk'

Analyse van de factor 'eigen zelfstandige praktijk' geeft de volgende verbanden te zien:

- waardering 'eigen zelfstandige praktijk' - gezochte vestigingswijze (Solo*V)
- sexe - gezochte vestigingswijze (S*V)
- sexe - burgerlijke staat - waardering 'eigen zelfstandige praktijk' (S*B*Solo)

Wij maken een kruistabel om de gevonden drieweg-interactie nader te onderzoeken.

Tabel 5.15 Relatie tussen burgerlijke staat en de waardering voor de factor 'eigen zelfstandige praktijk', uitgesplitst naar sexe

waardering voor de factor 'eigen zelfstandige praktijk'	vrouwelijke huisartsen		mannelijke huisartsen	
	gehuwd	ongetrouwd	gehuwd	ongetrouwd
hoog	7	9	93	9
laag	53	13	93	19

Deze tabel wijst wat betreft de vrouwelijke huisartsen uit dat gehuwde vrouwen een significant lagere waardering hebben voor de factor 'eigen zelfstandige praktijk' dan ongehuwde vrouwen ($\theta = .19$, Z-score = -2.81)

Wat de mannelijke huisartsen betreft maakt het niet uit of men al dan niet gehuwd is voor de waardering van deze factor ($\theta = 2.11$, Z-score = 1.74).

We hebben ook een verband gevonden tussen de waardering voor de factor 'eigen zelfstandige praktijk' en de gezochte vestigingswijzen. Dit verband maken wij 'zichtbaar' in de volgende kruistabel.

Tabel 5.16.: Relatie tussen de waardering voor de factor 'eigen zelfstandige praktijk' en de gezochte vestigingswijze, uitgesplitst naar sexe

waardering voor de factor 'eigen zelfstandige praktijk'	vrouwelijke huis- artsen		mannelijke huis- artsen	
	hoog	laag	hoog	laag
vestigingswijzen				
vrije vestiging/ overname	43	9	65	28
associatie/groeps- praktijk (niet in dienstverband)	19	21	25	35
gezondheidscentrum/ dienstverband	38	70	10	38
N =	(16)	(66)	(103)	(101)

De resultaten uit tabel 5.16 geven aan dat zowel vrouwelijke als mannelijke huisartsen die de factor 'eigen zelfstandige praktijk' hoog waarderen, significant vaker naar de meer zelfstandige vestigingswijzen op zoek gaan.

Het best passend model is: Solo*V+S*V+S*B*Solo, $G^2 = 13,2$ bij DF = 10.

Hoewel er nog steeds een direct effect blijft bestaan tussen sexe en vestigingswijzen, kunnen wij vaststellen dat de analy-

se van deze factor van de instrumentele doelstelling voldoet aan hetgeen wij voorspeld hebben.

Wat betreft deze factor moet enige voorzichtigheid betracht worden. Deze factor wordt verondersteld de waardering die 'het hebben van een eigen winkeltje' met zich meebrengt, te meten. De sterke relatie tussen deze factor en de gezochte vestigingswijze doet echter het vermoeden ontstaan dat hier sprake kan zijn van contaminatie. De formulering van deze factor kan tot verweving met de gezochte vestigingswijzen hebben geleid. Indien dat inderdaad zo zou zijn dan zouden wij echter een drieweg-interactie tussen sexe, burgerlijke staat en gezochte vestigingswijze mogen verwachten; een dergelijke interactie werd echter in geen enkel model aangetroffen.

Tabel 5.17 Screening van de verbanden tussen sexe, burgerlijke staat, waardering voor de factor 'eigen zelfstandige praktijk' en de gezochte vestigingswijzen

parameter	vrijheidsgraden	marginale deviantie	partiële deviantie
Solo*V	2	61,8	43,8
S*V	2	41,6	23,6
S*B*Solo	1	11,1	9,9

Een poging om de factoren die wij bij de LISREL-analyses uit het model verwijderd hadden alsnog te analyseren levert weinig op.

De factor 'invloedrijke positie binnen de medische professie' blijkt geen verband te houden met sexe, burgerlijke staat of gezochte vestigingswijzen.

Loglineaire analyse van de factor 'ongedeelde beroepsinhoudelijke verantwoordelijkheid' (Verant) levert een vierweg-interactie op. Hoewel deze vierweg-interactie niet onbelangrijk blijkt ($S*B*Verant*V$, $G^2 = 8,2$ bij $DF = 2$), is de gevonden interactie moeilijk te interpreteren.

Voor een interpretatie van deze resultaten uit de toetsing van de doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten' is het goed om de resultaten uit het gemodificeerde LISREL-model in herinnering te roepen.

Voor vrouwen zal de waardering van de instrumentele doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten' - volgens de resultaten uit het meetmodel - vooral gebaseerd zijn op de factor 'wonen in een aantrekkelijke omgeving'. Voor mannen steunt deze waardering vooral op de factoren 'adequate honorering' en 'eigen zelfstandige praktijk'.

Beschouwen wij de resultaten uit de toetsing van de instrumentele doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten' dan blijkt dat de waardering ervan door vrouwen geen enkele invloed heeft op de vestigingswijze waarnaar zij op zoek gaan. Mannen daarentegen die deze doelstelling hoog waarderen zoeken naar de meer zelfstandige vestigingswijzen.

Kijken wij naar de afzonderlijke factoren, dan zien wij dat de factor 'wonen in een aantrekkelijke woonomgeving' geen invloed uitoefent (de factor die in het meetmodel voor vrouwen belangrijk en voor mannen onbelangrijk is).

De waardering van de factor 'adequate honorering' blijkt inderdaad de voorspelde invloed uit te oefenen op de gezochte vestigingswijze, maar de waardering ervan blijkt niet terug te voeren op sexe.

De factor 'eigen zelfstandige praktijk' blijkt zich geheel volgens onze voorspellingen te gedragen, en zich niets aan te trekken van de modificaties in het meetmodel (bij vrouwen vertoont deze factor een negatieve samenhang met de instrumentele doelstelling en bij mannen positief). Gehuwde vrouwen waarderen deze factor lager dan ongehuwde vrouwen; een waardering die leidt tot het zoeken naar de voorspelde vestigingswijze.

Uit deze resultaten is moeilijk op te maken of wij de hypothesen nu moeten aannemen of verwerpen.

5.2.8. Nader onderzoek naar de brugassumpties over de verbinding tussen doelstellingen en vestigingswijzen

Tot dusver zijn wij er vanuit gegaan dat de onderscheiden instrumentele doelstellingen niet in alle type vestigingswijzen even goed gerealiseerd kunnen worden. De ene doelstelling kan in een bepaalde vestigingswijze beter bereikt worden dan de

andere doelstelling. In paragraaf 5.1.2 formuleerden wij brug-assumpties over deze verbindingen tussen het bereiken van doelstellingen in bepaalde vestigingswijzen. Deze assumpties zijn deels gebaseerd op een vooronderzoek onder artsen in opleiding tot huisarts.

Nu zou het kunnen zijn dat deze brugassumpties - met name over die verbindingen waarover deze artsen geen eensluidende mening hadden - niet geheel juist zijn. Deze onjuistheid zou dan ook hebben doorgewerkt in de resultaten van de toetsing van de hypothesen.

Wij kunnen op dit punt enige duidelijkheid krijgen. Aan de onderzoekspopulatie zijn namelijk vragen gesteld over deze verbindingen; met name over die verbindingen waarop de artsen in opleiding tot huisarts geen eensluidend antwoord hebben gegeven. Nader onderzoek naar deze kwestie kan antwoord geven op de vraag of de veronderstelde verbindingen tussen doelstellingen en vestigingswijzen door de huisartsen uit onze onderzoekspopulatie ook worden gelegd.

Het onderzoek gebeurt aan de hand van uitspraken die aan de onderzoekspopulatie in de enquête zijn voorgelegd. In deze uitspraken worden de doelstellingen en vestigingswijzen 'gekoppeld' door een bewering over het realiseren van de doelstelling in een bepaalde vestigingswijze. De huisartsen uit de onderzoekspopulatie is gevraagd om aan te geven hoe zeker zij ervan zijn dat deze uitspraak klopt.

Om na te gaan of de - in de uitspraken beweerde - verbindingen door de onderzoekspopulatie worden onderschreven, delen wij de respondenten in naar de vestigingswijzen waarnaar zij zoeken c.q. waarin zij gevestigd zijn, en de zekerheid waarmee zij de uitspraken onderschrijven. Wij verwachten dat degenen die zoeken naar of gevestigd zijn in de categorie vestigingswijzen waar de uitspraak betrekking op heeft, er zekerder van zullen zijn dat de uitspraken kloppen.

De instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' Aangenomen is dat deze doelstelling het best te bereiken valt in de minder zelfstandige vestigingswijzen (hypothesen 2, 3 en 4).

De uitspraken hebben betrekking op de factor 'vrij te besteden tijd naast beroepsarbeid'. Beweerd wordt (in de uitspraken) dat deze factor beter te realiseren is bij beroepsarbeid in dienstverband dan in andere typen vestigingswijzen.

Tabel 5.18 geeft weer hoe 'zeker' respondenten zijn over deze uitspraken.

Tabel 5.18 Zekerheid waarmee respondenten de uitspraken over 'vrij te besteden tijd naast beroepsarbeid' onderschrijven

categorieën vestigingswijzen	onzeker	zeker	N
vrije vestiging/overname	51	49	104
associatie/groepspraktijk (niet in dienstverband)	49	51	82
gezondheidscentrum/dienstverband	46	54	85
assistentschap	30	70	23

De verwachting dat huisartsen die zoeken naar de minder zelfstandige vestigingswijzen (waar de doelstelling 'tijd' het best te realiseren valt) er zekerder van zijn dat de uitspraken kloppen, blijkt niet duidelijk uit de resultaten. Degenen die zoeken naar de minder zelfstandige vestigingswijzen zijn wel iets zekerder, maar de verschillen zijn niet significant ($CHI^2 = 3.85$, $p = .42$).

De instrumentele doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten'

Aangenomen is dat deze doelstelling het best te bereiken valt in de meer zelfstandige vestigingswijze (samenvoeging van de hypothesen 5 en 6).

De uitspraken hebben betrekking op de factor 'adequate honorering'. Beweerd wordt dat de honorering van huisartsen die als vrij beroepsbeoefenaar werken hoger is dan van huisartsen in loondienst.

Wij verwachten dat huisartsen die zoeken naar of gevestigd zijn in de meer zelfstandige vestigingswijzen - waar de ho-

noreringdoelstelling het best is te realiseren - zekerder zijn van de uitspraken.

Tabel 5.19 geeft aan hoe 'zeker' huisartsen zijn over deze uitspraken.

Tabel 5.19 Zekerheid waarmee respondenten de uitspraken over een 'adequate honorering' onderschrijven

categorieën vestigingswijzen	onzeker	zeker	N
vrije vestiging/overname	89	11	105
associatie/groepspraktijk (niet in dienstverband)	83	17	83
gezondheidscentrum/dienstverband	86	14	86
assistentenschap	84	16	25

De resultaten uit de tabel geven aan dat slechts weinig respondenten de uitspraken onderschrijven. De verwachting dat huisartsen die zoeken naar of gevestigd zijn in de meer zelfstandige vestigingswijze zekerder zijn van de uitspraken blijkt niet uit te komen ($CHI^2 = 1.84$, $p = .76$).

De instrumentele doelstelling 'optimaal vakinhoudelijke arbeid'

Aangenomen is dat deze doelstelling het best te bereiken is in de minder zelfstandige vestigingswijzen (hypothese 7).

De uitspraken hebben betrekking op mogelijkheden tot het optimaal verrichten van beroepswerkzaamheden. Deze mogelijkheden zijn groter in een dienstverband waar men met andere artsen samenwerkt, aldus de uitspraken.

Tabel 5.20 (zie volgende pagina) geeft een overzicht van de resultaten.

Uit de tabel blijkt dat de helft van de respondenten de uitspraken onderschrijft. Huisartsen die op zoek gaan naar de minder zelfstandige vestigingswijzen zijn er zekerder van dat de uitspraken kloppen ($CHI^2 = 28.69$, $p = .00$). Een bevinding die overeenkomt met de assumptie; deze doelstelling kan vol-

Tabel 5.20 Zekerheid waarmee respondenten de uitspraken over mogelijkheden tot het optimaal verrichten van beroepswerkzaamheden onderschrijven

categorieën vestigingswijzen	onzeker	zeker	N
vrije vestiging/overname	65	35	102
associatie/groepspraktijk (niet in dienstverband)	56	44	82
gezondheidscentrum/dienstverband	29	71	87
assistentschap	45	55	22

gens de opgestelde assumptie het best bereikt worden in de minder zelfstandige vestigingswijzen.

Aan het begin van deze paragraaf stelden wij ons de vraag of de veronderstelde verbindingen tussen doelstellingen en vestigingswijzen ook de huisartsen uit de onderzoekspopulatie werden gelegd. Een vraag die wij bevestigend kunnen beantwoorden waar het de uitspraken over de doelstelling 'optimaal vakinhoudelijke arbeid' betreft. Wat minder duidelijk ligt de kwestie voor de uitspraken over de doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid'. Wij vonden weliswaar dat de helft van de respondenten zeker was van de uitspraken, maar er was geen significant verband aantoonbaar tussen de zekerheid waarmee men de uitspraken onderschreef en de vestigingswijze waarin men gevestigd was c.q. waarnaar men zocht. De vraag moet ontkennend beantwoord worden ten aanzien van de doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten'.

Hierbij moet wel in het oog gehouden worden dat het een onderzoek betrof naar de verbinding tussen enkele factoren van de instrumentele doelstellingen en vestigingswijzen.

De veronderstellingen over de verbinding tussen de doelstellingen en de vestigingswijzen die ten grondslag liggen aan de brugassumpties zijn wat betreft de doelstelling 'optimaal vakinhoudelijke arbeid' ondersteund; voor de doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' levert dit onderzoek geen nadere aanwij-

zingen op. De verbinding tussen de doelstelling 'sociaal-economische beroepsaspecten' en gezochte vestigingswijzen (uit de uitspraak) blijkt maar door weinig respondenten onderschreven te worden.

5.2.9. Belemmerende werking van de arbeidsongeschiktheidsverzekering

Afgestudeerden die zich als huisarts willen vestigen worden geconfronteerd met formele regelingen die kunnen worden beschouwd als het kader waarbinnen het beroep uitgeoefend wordt. In een vooronderzoek is uiteengezet dat de ongelijkheid in regelgeving tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen grotendeels is weggenomen. Daar deze wijzigingen in regelgeving van recente datum zijn is het niet onaannemelijk dat huisartsen nog steeds ongelijkheden in regelgeving percipiëren.

In de onderstaande analyses zullen wij nagaan of dat inderdaad het geval is en of deze percepties leiden tot het zoeken naar andere vestigingswijzen.

Percepties over belemmeringen zullen wij achtereenvolgens analyseren voor: arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, fiscale regelingen, pensioenregeling en achterwachtregeling.

De hypothese 8 die wij hebben geformuleerd over arbeidsongeschiktheidsverzekeringen luidt als volgt.

Gegeven een gelijke waardering voor instrumentele doelstellingen zullen vrouwelijke huisartsen die kinderen wensen en een belemmerende werking van de arbeidsongeschiktheidsverzekering percipiëren voor vrouwelijke huisartsen, in mindere mate naar de meer zelfstandige vestigingswijzen op zoek gaan dan de overige huisartsen.

Om de perceptie te meten zijn twee uitspraken geformuleerd. Een meer algemene uitspraak waarin wordt beweerd dat een vrouwelijke huisarts in een aantal gevallen geen arbeidsongeschiktheidsverzekering kan afsluiten en daarom voor de minder zelfstandige vestigingswijzen zal kiezen. In een tweede uitspraak wordt gesteld dat het ontbreken van betaald zwangerschapsverlof de vrouwelijke huisarts ervan zal weerhouden om te kiezen voor een eigen praktijk.

De geënquêteerde huisartsen kunnen op een vijfpuntschaaltje

aankruisen in hoeverre zij het met deze uitspraken eens waren. De frequentieverdelingen van de antwoorden zijn in tabel 5.21 weergegeven.

Tabel 5.21 Zekerheid waarmee huisartsen de belemmerende werking van arbeidsongeschiktheidsverzekering voor vrouwen onderschrijven, uitgesplitst naar sexe

perceptie over belemmeringen in arbeids- ongeschikt- heidsverze- kering	uitspraak 1		uitspraak 2	
	vrouwe- lijke huis- artsen	manne- lijke huis- artsen	vrouwe- lijke huis- artsen	manne- lijke huis- artsen
zeker	25	34	42	56
neutraal	42	46	25	25
onzeker	33	20	33	19
N =	(86)	(227)	(86)	(227)

Opmerkelijk is dat mannelijke huisartsen er wat zekerder van zijn dan vrouwelijke huisartsen dat de uitspraken kloppen. Om de hypothese te toetsen zouden wij naast de variabele sexe en de perceptie van huisartsen moeten controleren voor de waardering van de instrumentele doelen 'tijd' en 'sociaal-economische beroepsaspecten' en het wensen van kinderen. Dit kan niet tegelijkertijd vanwege het ontstaan van te geringe celvullingen. Daarom is steeds een zo groot mogelijk aantal variabelen in een kruistabel verwerkt.

De variabele 'gezochte vestigingswijze' is zowel dichotoom als trichotoom gebruikt. Een dichotomisering is toegepast omdat huisartsen, in dienstverband of in een samenwerkingsverband met andere huisartsen een afwezigheid van enkele maanden wegens zwangerschap gemakkelijker kunnen organiseren dan wanneer men solo-arbeid verricht.

Bij de waardering voor doelstellingen is gecontroleerd voor zowel 'sociaal-economische beroepsaspecten' als 'tijd'.

Geen van de op velerlei wijze samengestelde kruistabellen laat echter een verband zien tussen de perceptie van huisartsen en de gezochte vestigingswijzen. Ook niet in combinatie met variabelen als sexe en het wensen van kinderen.

Uit deze analyses kunnen wij concluderen dat percepties ten aanzien van de arbeidsongeschiktheidsverzekering geen invloed hebben op de gezochte vestigingswijze.

5.2.10. Belemmerende werking van fiscale regelingen

Gegeven een gelijke waardering voor instrumentele doelstellingen zullen vrouwelijke huisartsen die een belemmerende werking van fiscale regelingen percipiëren in mindere mate op zoek gaan naar de meer zelfstandige vestigingswijze dan de overige huisartsen, zo luidt hypothese 9.

Ook hier is de perceptie van huisartsen onderzocht door middel van het formuleren van uitspraken waarin is gesteld dat fiscale regelingen een belemmering vormen voor vrouwelijke huisartsen, waardoor zij in mindere mate zullen kiezen voor overname van een praktijk of associatie. Om te kunnen controleren voor de van belang zijnde variabelen (zoals doelstellingsvariabelen, burgerlijke staat en dergelijke) is ook hier constructie en analyse van verschillende kruistabellen nodig. Analyse van een kruistabel met de variabelen sexe, burgerlijke staat, perceptie over de belemmerende werking van fiscale regelingen en gezochte vestigingswijzen, laat de volgende relaties zien:

- sexe - vestigingswijze (S*V)
- sexe - zekerheid waarmee huisartsen de belemmerende werking van fiscale regelingen onderschrijven (S*Fisc)
- burgerlijke staat - zekerheid waarmee huisartsen de belemmerende werking van fiscale regelingen onderschrijven - gezochte vestigingswijzen (B*Fisc*V)

Analyses tonen aan dat vrouwelijke huisartsen zekerder zijn van de belemmerende werking van fiscale regelingen dan mannelijke huisartsen. Wij vinden echter geen significante relatie met de gezochte vestigingswijze.

Uit de gevonden drieweg-interactie blijkt dat gehuwden die er niet zo zeker van zijn dat de uitspraken over belemmeringen in fiscale regelingen kloppen, vaker op zoek gaan naar de meer zelfstandige vestigingswijzen; bij de ongehuwde blijft het

zwaartepunt liggen bij het zoeken naar de onzelfstandige vestigingswijzen.

Tabel 5.22 Zekerheid waarmee huisartsen de belemmerende werking van fiscale regelingen onderschrijven en de gezochte vestigingswijze, uitgesplitst naar burgerlijke staat

perceptie omtrent belemmingen in fiscale regelingen	ongetrouwd		getrouwd	
	zeker	on-zeker	zeker	on-zeker
gezochte vestigingswijzen				
vrije vestiging/overname	28	25	29	42
associatie/groepspraktijk (niet in dienstverband)	39	18	28	30
gezondheidscentrum/ dienstverband	33	57	43	28
N =	(18)	(28)	(76)	(163)

De gevonden drieweg-interactie is moeilijk eenduidig te interpreteren. Alvorens wij ons aan een interpretatie wagen, gaan wij eerst na of de gevonden drieweg-interactie vooral door de perceptie van getrouwde vrouwelijke huisartsen wordt bepaald. Voeren wij daartoe de variabele sexe in de kruistabel in dan blijkt de directe associatie tussen sexe en vestigingswijze zo sterk dat de andere relaties daardoor geheel gedomineerd worden.

Het best passend model is $S*V+S*Fisc+B*Fisc*V$, $G^2 = 13.4$ bij $DF = 18$ (zie tabel 5.23 volgende pagina).

5.2.11. Belemmerende werking van de pensioenregeling

Gegeven een gelijke waardering voor instrumentele doelstellingen zullen vrouwelijke huisartsen die een belemmerende werking van de pensioenregeling voor vrouwelijke artsen percipiëren, in mindere mate op zoek gaan naar de meer zelfstandige vestigingswijzen dan de overige huisartsen, aldus hypothese 10.

Tabel 5.23 Screening van verbanden tussen sexe, burgerlijke staat, perceptie ten aanzien van de belemmerende werking van fiscale regelingen en gezochte vestigingswijzen

parameter	vrijheidsgraden	marginale deviantie	partiële deviantie
S*V	2	37.0	32.7
S*Fisc	1	16.2	13.0
B*Fisc*V	2	9.1	7.3

Deze hypothese is op dezelfde wijze getoetst als de twee voorgaande hypothesen over formele regelingen. Geen van de geconstrueerde kruistabellen geeft een relatie te zien tussen de perceptie ten aanzien van de belemmerende werking van de pensioenregeling en andere variabelen die in dit verband van belang zijn.

Wij moeten dan ook concluderen dat de percepties ten aanzien van de belemmerende werking van de pensioenregeling geen invloed hebben op de gezochte vestigingswijzen.

5.2.12. Belemmerende werking van de achterwachting

Gegeven een gelijke waardering voor instrumentele doelstellingen zullen huisartsen die percipiëren dat het ontbreken van een partner die de achterwacht op zich kan nemen een belemmering vormt bij zelfstandige vestiging, in mindere mate op zoek gaan naar de meer zelfstandige vestigingswijzen dan de overige huisartsen, zo luidt hypothese 11.

Uit de analyse van diverse kruistabellen blijkt steeds een relatie tussen de perceptie van huisartsen over de belemmerende werking van de achterwachting en sexe. Mannelijke huisartsen zijn er zekerder van dat het ontbreken van een achterwacht een belemmering vormt bij zelfstandige vestiging dan vrouwen. Deze perceptie blijkt echter niet van invloed op de vestigingswijze waarnaar huisartsen op zoek gaan. De volgende tabel geeft de screening van de gevonden verbanden weer.

Tabel 5.24 Screening van de verbanden tussen sexe burgerlijke staat en perceptie ten aanzien van de belemmerende werking van achterwachtregelingen

parameter	vrijheids- graden	marginale deviantie	particiële deviantie
S*V	1	24.1	20.3
S*B	1	6.9	4.9
S*Achter	1	6.9	3.7

5.3. Conclusie uit de analyses van de eerste stap van het verklarend model

Het uitgangspunt bij het opstellen van het verklarend model is geweest dat vrouwelijke huisartsen in principe geen andere voorkeur voor bepaalde praktijkvormen hebben dan mannelijke huisartsen. Restricties in de sociale situatie zijn er de oorzaak van dat vrouwelijke huisartsen naar andere vestigingswijzen op zoek gaan dan mannelijke huisartsen, zo veronderstellen wij. Het gaat daarbij met name om restricties als gehuwd zijn, het hebben van kinderen en het wensen van kinderen enerzijds en gepercipieerde belemmeringen in formele regelingen anderzijds.

In de analyses die wij hebben uitgevoerd proberen wij om het verband tussen sexe en gezochte vestigingswijze 'weg te verklaren' door invoering van deze restricties. Gebleken is dat dit (met deze groepsomvang) niet gelukt is waar het de percepties ten aanzien van formele regelingen betreft. Invoering van restricties als het hebben van kinderen en het wensen van kinderen leveren eenzelfde negatief resultaat op.

Waar het de invloed van de burgerlijke staat betreft blijkt de werkelijkheid wat genuanceerder. De invloed van deze restrictie is niet eenduidig vast te stellen.

Opmerkelijk is dat, hoewel de invloed van genoemde restricties op de waardering van doelstellingen moeilijk aantoonbaar blijkt, de waardering van de onderscheiden doelstellingen wel

de verschillen in gezochte vestigingswijzen kan verklaren. Dit zou een aanwijzing kunnen vormen dat de werking van de genoemde restricties op de waardering van de doelstellingen wat meer genuanceerd is dan wij hebben verondersteld.

Enige kanttekeningen zijn bij dit overzicht over de resultaten van de toetsing van de eerste fase van het verklarend model op zijn plaats.

Een eerste kanttekening betreft de selectiviteit van de respondenten uit de onderzoekspopulatie. In hoofdstuk 4.3 hebben wij vastgesteld dat gevestigde vrouwen zijn oververtegenwoordigd in de onderzoekspopulatie; vooral direct na afstuderen in jaren 1984 en 1985. Dat betekent, zo hebben wij betoogd, dat de gevonden verschillen tussen vrouwen en mannen in de analyses systematisch onderschat worden. Met name bij de screening van de gevonden verbanden in de loglineaire analyses waar de ingevoerde restricties vaak worden overschaduwd door het sterke verband tussen sexe en gezochte vestigingswijze. Uitgaande van een systematische onderschatting zal de invloed van de restricties in werkelijkheid groter zijn geweest.

De tweede kanttekening betreft de 'zichtbaarheid' van de werking van de restricties. In paragraaf 5.1.1 hebben wij de gewenste en de gezochte vestigingswijze aan de orde gesteld. Wij hebben beargumenteerd waarom wij bij de analyses zijn uitgegaan van de gezochte vestigingswijzen. Wij hebben er daarbij tevens op gewezen dat de gezochte vestigingswijzen reeds is beïnvloed door restricties. Dat betekent dat in dit onderzoek naar de werking van restricties de invloed ervan onderschat is; deze invloed is als het ware al gedeeltelijk 'verdisconteerd' in de gezochte vestigingswijze.

Een derde - aanverwante - kanttekening geldt de bevinding ten aanzien het regelmatig terugkerende verband tussen sexe en burgerlijke staat. Gebleken is dat vrouwelijke huisartsen minder vaak gehuwd zijn dan mannelijke huisartsen. Dit kan erop duiden dat vrouwelijke huisartsen die zich willen vestigen van tevoren al rekening houden met de belemmerende werking van huishoudelijke en gezinstaken. Dit zou kunnen leiden tot uitstel van het huwelijk en/of het krijgen van kinderen dan wel

tot afstel ervan. Het anticiperen op verwachte restricties leidt mogelijk tot een 'strategie' om deze restricties te omzeilen waardoor de invloed van de restricties minder 'zichtbaar' wordt.

Een laatste kanttekening betreft de constructie van een meetmodel voor de waardering van doelstellingen. De opstelling van de vragenlijsten heeft plaatsgevonden in de eerste fase van het onderzoek; het verklarend model is in deze fase nog niet geconstrueerd. Een nuancering van de vragen die in de loop van het onderzoek wenselijk blijkt, kan slechts ten dele worden doorgevoerd. Vergelijking van de onderzoeksgegevens van het cohort huisartsen, die op verschillende tijdstippen worden verzameld, zullen bij een drastische wijziging niet mogelijk zijn.

Deze handicap heeft zich het meest duidelijk gemanifesteerd bij pogingen om 'doelstellingsschalen' te construeren voor 'professionele status' en 'inkomen'. Een handicap die ook doorwerkt in de analyses. Als pragmatische oplossing hebben wij de analyses 'gedubbeld' (niet alleen schalen maar ook de factoren waaruit die schalen zijn samengesteld zijn geanalyseerd). Het zal nodig zijn om het geconstrueerde meetmodel voor de doelstellingen te verbeteren bij verder onderzoek.

6 Transformatie van verklarend model naar hypothesen en toetsing van de hypothesen over vestigingskansen van vrouwelijke en mannelijke huisartsen

In de eerste stap van het theoretisch model is een verklaring gegeven voor het feit dat vrouwelijke huisartsen in sterkere mate dan mannelijke huisartsen op zoek gaan naar de minder zelfstandige vestigingswijzen. Een verklaring die in het vorige hoofdstuk getoetst is aan de empirische werkelijkheid.

In de tweede stap van het theoretisch model is een verklaring gegeven voor verschillen in de kans op vestiging tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen. Deze verklaring zal aan de hand van empirische gegevens in dit hoofdstuk getoetst worden. Bij deze toetsing vormen de resultaten uit de analyses van de eerste stap van het verklarend model het uitgangspunt.

Twee verklaringen voor verschillen in de kans op vestiging tussen vrouwen en mannen worden in dit hoofdstuk getoetst. De eerste verklaring, geformuleerd in termen van een algemene hypothese, luidt:

Omdat vrouwelijke huisartsen in sterkere mate dan mannelijke huisartsen op zoek gaan naar de minder zelfstandige vestigingswijzen en omdat deze vestigingswijzen schaarser zijn dan de meer zelfstandige vestigingswijzen, is de kans op vestiging voor vrouwelijke huisartsen kleiner dan voor mannelijke huisartsen.

De 'objectieve' kans op vestiging wordt bepaald door de verhouding tussen het aantal vragers naar en aanbieders van huisartspraktijken in Nederland. Deze te berekenen kans op vestiging voor alle praktijkzoekende huisartsen in Nederland dient nader gespecificeerd te worden. Deze specificatie is nodig

omdat wij uit de eerste stap van het verklarend model weten dat vrouwen naar minder zelfstandige vestigingswijzen op zoek gaan dan mannelijke huisartsen. Wij moeten dus de kans op vestiging voor elk van de - naar de mate van zelfstandigheid - onderscheiden vestigingswijzen vaststellen. Op basis van deze vaststelling wordt het mogelijk om na te gaan of de verhouding tussen vragers en aanbieders in de onderscheiden vestigingswijzen uiteenloopt. Wij kunnen dan vaststellen of de vrouwelijke huisartsen uit onze onderzoekspopulatie niet alleen naar de minder zelfstandige maar ook naar de minder 'kansrijke' vestigingswijzen zoeken dan mannelijke huisartsen.

De tweede verklaring, geformuleerd in termen van een algemene hypothese, luidt:

Vrouwelijke huisartsen zoeken via andere, minder effectieve zoekactiviteiten naar een huisartspraktijk, en dat leidt ertoe dat de kans op vestiging voor vrouwelijke huisartsen kleiner is dan voor mannelijke huisartsen.

Daar er vele uiteenlopende manieren zijn om naar een huisartspraktijk te zoeken is het nodig om deze manieren van zoeken te clusteren tot zoekmethoden en onder te brengen in een meetmodel. Met behulp van dit meetmodel voor zoekmethoden kan worden vastgesteld of de onderscheiden zoekmethoden verschillen wat de effectiviteit ervan betreft, dat wil zeggen, of bij het hanteren van de verschillende zoekmethoden de kans op vestiging uiteenloopt. Wanneer wij in deze analyses tevens een onderscheid aanbrengen in de zoekmethoden die vrouwen en mannen hanteren, dan kunnen wij eveneens vaststellen of de verschillen in vestigingskansen voortvloeien uit verschillen in de manieren van zoeken tussen vrouwen en mannen.

Een andere - aanvullende - verklaring voor verschillen in de kans op vestiging tussen vrouwen en mannen betreft de beschikking over hulpbronnen bij het zoeken. Hulpbronnen 'verrijken' de zoekmethoden, of anders gesteld, hulpbronnen verlagen de kosten van het zoeken naar een praktijk. Vrouwen beschikken over minder hulpbronnen bij het zoeken naar een huisartspraktijk en dat vormt - mede - een verklaring voor het verschil in vestigingskansen tussen vrouwen en mannen. Zo kan men bijvoorbeeld niet of nauwelijks zoeken via zoekmethoden die het hebben van relaties vooronderstellen, wanneer men geen of weinig

relaties in medische kringen heeft. Ook deze verklaring zal empirisch getoetst worden.

6.1. Kans op vestiging als huisarts in de jaren 1984 tot 1988

De huidige situatie op de arbeidsmarkt voor huisartsen is te kenschetsen als een situatie waarin de vraag naar huisartspraktijken het aanbod verre overtreft (vergelijk ook hoofdstuk 1). Dit betekent dat zowel vrouwen als mannen die de huisartsopleiding hebben voltooid de kans lopen om geen vestigingsplaats te vinden. Deze kans op vestiging zal voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen gelijk moeten zijn wanneer er geen verschillen zullen zijn. Wij moeten dus eerst de kans op vestiging vaststellen en kunnen vervolgens nagaan of deze kans verschilt voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

Het vaststellen van het aantal vragers en aanbieders op een arbeidsmarkt vindt in de meeste gevallen plaats op basis van schattingen. Ten aanzien van de situatie op de huisartspraktijkenmarkt kunnen wij echter gebruik maken van het landelijk informatiesysteem van beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg van het NIVEL. Op basis van deze gegevens is exact vast te stellen hoe groot het aanbod aan praktijken is geweest in een bepaald jaar.

In een situatie waarin de vraag naar praktijken veel groter is dan het aanbod, kunnen wij gevoeglijk aannemen dat het aantal huisartsen dat zich gedurende een bepaald jaar heeft gevestigd, overeenkomt met het aantal aangeboden praktijken.

De vraag naar vestigingsplaatsen is wat minder exact uit de gegevens uit het informatiesysteem af te leiden. Alle zoekende huisartsen ontvangen aan het begin van elk jaar een vragenformulier. Huisartsen die in eenzelfde jaar zijn afgestudeerd en gevestigd krijgen aan het begin van het daarop volgende jaar geen vragenformulier toegestuurd en worden zodoende niet als 'zoekend' geregistreerd. Dit heeft een onderrapportage van de vraag tot gevolg. De vraag naar vestigingsplaatsen in een bepaald jaar is in werkelijkheid groter geweest dan uit de cijfers van het informatiesysteem blijkt.

De kans op vestiging als huisarts in een bepaald jaar is dan de verhouding tussen het aantal vragers naar en aanbieders van huisartspraktijken (waarbij het aantal vragers onderschat is). Daar wij in dit onderzoek de groep huisartsen volgen die in 1983 de huisartsenopleiding heeft voltooid, bepalen wij de kans op vestiging voor de periode 1983 tot 1988. Het gaat hierbij om huisartsen uit alle cohorten en dus niet alleen het onderzoekscohort.

Tabel 6.1 Kans op vestiging van zoekende huisartsen in Nederland in de jaren 1983 tot 1988

jaar	aantal nieuwe vestigingen*	zoekende huisartsen	kans op vestiging
1983	330	516	64%
1984	320	545	59%
1985	386	610	63%
1986	197	528	37%
1987	213	570	37%

* permanent assistenten zijn niet opgenomen in deze categorie.

Uit de tabel blijkt dat de kans op vestiging in de jaren 1983, 1984 en 1985 rond de 60% ligt. In de jaren 1986 en 1987 is de kans op vestiging sterk afgenomen. Dit heeft te maken met het feit dat in februari 1985 een wettelijk vestigingsbeleid voor huisartsen is afgekondigd. Sindsdien is vestiging als huisarts alleen mogelijk als B&W (geadviseerd door een vestigingscommissie uit de betreffende gemeente) daarvoor toestemming verleent.

Wij kunnen dus concluderen dat de huisartsen die in 1983 de huisartsenopleiding hebben voltooid de eerste jaren na afstuderen zo'n 60% kans hebben op vestiging. Deze kansen lopen na 1985 sterk terug. Vooronderstelling hierbij is dat artsen uit alle cohorten een gelijke kans op vestiging hebben. In werkelijkheid zal de kans op vestiging waarschijnlijk afnemen naarmate er meer tijd verstrijkt tussen afstuderen en vestiging.

In de bovenstaande tabel is de kans op vestiging voor alle praktijkvormen gezamenlijk berekend. Het is echter van belang om deze kans voor de verschillende typen vestigingswijzen vast te stellen. Uit de resultaten van de eerste stap van het verklarend model is immers gebleken dat vrouwen op zoek gaan naar minder zelfstandige vestigingswijzen dan mannen. Wij moeten daarom nagaan of de vestigingskansen van zelfstandige en minder zelfstandige vestigingswijzen gelijk zijn. De onderstaande tabellen geven hiervan een overzicht.

Tabel 6.2^a Verhouding tussen vraag naar en aanbod van verschillende typen vestigingswijzen in Nederland in 1984 en 1985

Vestigingswijzen	1984		1985	
	vraag naar vestigingsplaatsen	aanbod van vestigingsplaatsen	vraag naar vestigingsplaatsen	aanbod van vestigingsplaatsen
- solopraktijk	10%	36%	10%	37%
- samenwerking (niet in dienstverband)	51%	49%	39%	51%
- zelfstandige beroepsuitoefening in dienstverband	7%	3%	7%	3%
- assistentschap	11%	12%	15%	9%
- meerdere keuzen	21%	-	29%	-
N =	674	337	762	469
onbekend	147		133	

De aantallen uit tabel 6.1 komen niet overeen met die uit 6.2^a en 6.2^b; in laatstgenoemde tabellen zijn de assistentschappen meegeteld (bij de vraag en het aanbod).

Tabel 6.2^b Verhouding tussen vraag naar en aanbod van verschillende typen vestigingswijzen in Nederland in 1986 en 1987

Vestigingswijzen	1986		1987	
	vraag naar vestigingsplaatsen	aanbod van vestigingsplaatsen	vraag naar vestigingsplaatsen	aanbod van vestigingsplaatsen
- solopraktijk	15%	31%	16	37%
- samenwerking (niet in dienstverband)	28%	43%	26%	50%
- zelfstandige beroepsuitoefening in dienstverband	46%	7%	48%	8%
- assistentschap	5%	19%	5%	5%
- meerdere keuzen	6%	-	5%	-
N =	613	206	656	213
onbekend	181		220	

N.B. Voor de zelfstandige vestigingswijzen in dienstverband zien wij in 1986 en 1987 een plotseling sterke toename van de vraag. In 1986 is in de enquêtes van het NIVEL een meer expliciet onderscheid aangebracht tussen beroepsarbeid al dan niet in dienstverband. Dit heeft tot gevolg gehad dat een deel van de zoekenden die voorheen in de categorie 'samenwerking' zijn ondergebracht, nu in de categorie dienstverband terecht komen.

Kijken wij naar het aanbod in de jaren 1984 tot 1988 dan zien wij in 1986 - evenals in tabel 6.1 - een forse daling van het aantal aangeboden vestigingsplaatsen die zich ook in 1987 manifesteert. De vraag naar vestigingsplaatsen verandert in deze periode niet sterk; in 1986 is een lichte daling waar te nemen.

Per jaar beschouwd is er weinig verandering te bespeuren in de verhouding van de verschillende typen vestigingswijzen binnen het totale aanbod. Samenwerkvormen waarbij niet in dienstverband wordt samengewerkt, maken omstreeks de helft van de aangeboden vestigingsplaatsen uit; het aanbod aan solopraktijken schommelt rond iets meer dan eenderde van het aanbod. Dat betekent dat vestigingsplaatsen in dienstverband slechts zo'n 14% van het totale aanbod aan vestigingsplaatsen uitmaken (met een lichte stijging in 1986).

Kijken wij naar de vraag naar vestigingsplaatsen, dan zien wij dat in alle jaren relatief veel meer solopraktijken worden aangeboden dan er gevraagd worden. Bij de associaties en de samenwerkingsvormen-niet-in-dienstverband lopen vraag en aanbod, relatief beschouwd, goed in de pas in 1984, maar in de daarop volgende jaren neemt de vraag sterk af, terwijl het aanbod (zoals wij hebben gezien) relatief weinig verandert (zie opmerking onder tabel 6.2^b). Absoluut gezien is (bij een gelijk percentage) het aantal praktijkvragers veel groter dan het aantal aangeboden praktijken.

Wij kunnen concluderen dat de verhouding tussen vragers en aanbieders van de solopraktijken het meest gunstig is (voor de zoekenden); zeker in de jaren 1984 en 1985. Bij de associaties en andere samenwerkingsvormen (niet in dienstverband) is deze verhouding iets minder gunstig in 1984 en 1985, maar in 1986 en 1987 loopt de kans op vestiging weinig meer uiteen in beide categorieën vestigingswijzen.

Voor de beroepsuitoefening in dienstverband geldt een geheel omgekeerd beeld. De vraag naar beroepsarbeid in dienstverband is aanmerkelijk groter dan het aanbod in 1984 en 1985; in deze jaren maakt het aanbod echter slechts een klein deel uit van het totale aanbod. In 1986 en 1987 neemt de vraag naar beroepsarbeid in dienstverband onevenredig sterk toe in verhouding tot het aanbod.

Wij kunnen hieruit afleiden dat de verhouding tussen vragers en aanbieders bij beroepsarbeid-niet-in-dienstverband aanmerkelijk gunstiger ligt (voor de zoekenden) dan bij beroepsarbeid in dienstverband.

6.1.1. Verschillen in de kans op vestiging voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen

De kans op vestiging is in de vestigingswijzen waarin het beroep niet in dienstverband wordt beoefend - en die wij in de eerste stap van het verklarend model hebben gekarakteriseerd als de meer zelfstandige vestigingswijzen - groter dan bij beroepsarbeid in dienstverband: de minder zelfstandige vestigingswijzen. Uit de resultaten van de eerste stap van het model weten wij tevens dat de vrouwelijke afgestudeerden in 1983 naar de minder zelfstandige vestigingswijzen op zoek gaan. De vraag is of dat ook het geval is bij alle vrouwelijke huisartsen die in de periode 1984 tot 1988 op zoek zijn naar een huisartspraktijk. In de volgende tabellen wordt daarom een overzicht gegeven van de vraag naar en het aanbod van vestigingsplaatsen in Nederland in de periode 1984 tot 1988, uitgesplitst naar vrouwen en mannen.

Tabel 6.3a Verhouding tussen vraag en aanbod van verschillende typen vestigingswijzen in Nederland in 1984 en 1985

Vestigingswijzen	1984				1985			
	mannen		vrouwen		mannen		vrouwen	
	ge- zocht	gereea- li- seerd	ge- zocht	gereea- li- seerd	ge- zocht	gereea- li- seerd	ge- zocht	gereea- li- seerd
- solopraktijk	13%	48%	5%	7%	13%	46%	5%	13%
- samenwerking (niet in dienst- verband)	55%	43%	41%	62%	42%	47%	32%	63%
- zelfstandige be- roepsuitoefening in dienstverband	6%	3%	10%	4%	6%	2%	9%	19%
- assistentschap	3%	6%	28%	27%	6%	5%	36%	19%
- meerdere keuzen	23%		16%		33%		18%	
N =	471	237	203	100	543	345	219	124
onbekend	108		39		90		43	

Tabel 6.3b Verhouding tussen vraag en aanbod van verschillende typen vestigingswijzen in Nederland in 1986 en 1987, uitgesplitst naar sexe

Vestigingswijzen	1986				1987			
	mannen		vrouwen		mannen		vrouwen	
	ge- zocht	gereea- li- seerd	ge- zocht	gereea- li- seerd	ge- zocht	gereea- li- seerd	ge- zocht	gereea- li- seerd
- solopraktijk	19%	43%	2%	7%	21%	42%	5%	24%
- samenwerking (niet in dienst- verband)	32%	43%	21%	43%	31%	49%	19%	52%
- zelfstandige be- roepsuitoefening in dienstverband	42%	6%	58%	10%	42%	6%	60%	14%
- assistentschap	1%	8%	16%	40%	1%	3%	12%	10%
- meerdere keuzen	6%		3%		5%		4%	
N =	438	136	175	70	443	146	213	67
onbekend	118		63		141		79	

Kijken wij naar de verschillen in de gezochte vestigingswijzen dan zien wij dat de mannelijke huisartsen in 1984 in ruim driekwart van de gevallen zoeken naar beroepsuitoefening-niet-in-dienstverband (de eerste twee categorieën). In de loop van de jaren neemt dat percentage af en in 1987 zoekt nog ruim de helft van de mannen naar dergelijke vestigingswijzen.

Vergelijken wij dat met de vrouwen dan zien wij duidelijke verschillen. In 1984 zoekt bijna de helft van de vrouwelijke huisartsen naar beroepsuitoefening-niet-in-dienstverband, maar in 1987 is dat met de helft teruggelopen; iets minder dan een kwart van de vrouwen zoekt dan nog naar dat type vestigingswijze.

Kijken wij naar de verschillen in gezochte vestigingswijze, waar het de beroepsuitoefening in dienstverband betreft (de categorieën twee en drie), dan blijkt in 1984 en 1985 slechts omstreeks 10% van de mannen daarnaar te zoeken; dit percentage stijgt in de jaren 1986 en 1987 tot ruim 40% (hierbij speelt de eerder vermelde verandering van de enquêtevragen mede een

rol).

De vrouwen blijken aanmerkelijk vaker naar een dienstverband te zoeken. Het aandeel van de vrouwen dat naar een dergelijke vestigingswijze zoekt stijgt van ruim eenderde in 1984 tot bijna tweederde in 1987.

Wanneer wij naar de verhouding tussen vraag en aanbod kijken zien wij bij de mannelijke huisartsen dat, hoewel de vraag naar vestigingswijzen-niet-in-dienstverband afneemt, zij zich nagenoeg even vaak vestigen in dit type vestigingswijze. Vergelijken wij dit met de vrouwelijke huisartsen dan zien wij ook hier groter wordende verschillen tussen vraag en aanbod ontstaan; verschillen die vooral moeten worden toegeschreven aan een veranderende vraag (met uitzondering van het jaar 1986).

Eenzelfde vergelijking van verhoudingen tussen vrouwen en mannen levert, wat de beroepsuitoefening in dienstverband betreft, een wat minder eenduidig beeld op. Bij de mannen zowel als bij de vrouwen lopen vraag en aanbod naar dienstverband in 1984, relatief gezien, redelijk in de pas. Bij de mannen stijgt de vraag in de daaropvolgende jaren sterk, maar het realiseren van een vestiging in dienstverband blijft (met uitzondering van 1986) op hetzelfde peil. Bij de vrouwen resulteert de eveneens stijgende vraag naar vestigingswijzen in dienstverband in een fluctuerend patroon; een lichte daling van gerealiseerde vestigingswijzen in dienstverband in 1985, een sterke stijging in 1986 en een sterke terugval in 1987. Uit deze resultaten kunnen wij opmaken dat in de periode 1984 tot 1988 de veranderingen in de verhouding tussen vraag en aanbod voornamelijk moeten worden toegeschreven aan de veranderende vraag. Zoekende huisartsen gaan in deze periode in sterke mate op zoek naar vestigingswijzen in dienstverband. Een tendens die zich bij de zoekende vrouwelijke huisartsen in sterkere mate voordoet dan bij de mannelijke huisartsen. Deze veranderingen in de gezochte vestigingswijzen leiden echter niet tot grote verschuivingen in het type vestigingswijzen waarin vrouwelijke en mannelijke huisartsen zich vestigen. Het vestigingspatroon van mannen blijft stabiel; dat van vrouwen fluctueert wat sterker, maar er zijn geen duidelijke tendensen in de richting van de meer zelfstandige vestigingswijzen.

Overzien wij de resultaten uit deze paragraaf, dan kunnen wij concluderen dat niet alleen de vrouwelijke huisartsen die in 1983 zijn afgestudeerd naar minder zelfstandige vestigingswijzen zoeken dan haar mannelijke collega's, maar ook dat in de periode van 1984 tot 1988 van alle zoekende huisartsen in Nederland, de vrouwelijke huisartsen vaker op zoek gaan naar minder zelfstandige vestigingswijzen dan mannelijke huisartsen.

Uit de verhouding tussen vraag en aanbod in diezelfde periode is gebleken dat de kans op vestiging in de minder zelfstandige vestigingswijzen kleiner is dan in vestigingen waar het beroep als vrije beroepsbeoefenaar wordt uitgeoefend. Omdat vrouwelijke huisartsen vaker dan mannelijke huisartsen naar de minder zelfstandige vestigingswijzen zoeken, hebben vrouwelijke huisartsen een kleinere kans op vestiging.

6.1.2. Manieren van zoeken en de kans op vestiging

Als tweede verklaring voor de verschillen in de kans op vestiging hebben wij de verschillen in de manieren waarop vrouwelijke en mannelijke huisartsen zoeken naar een huisartspraktijk aangevoerd. Deze verschillen kunnen zich op drie punten voordoen; dit zijn de frequentie van de ondernomen zoekactiviteiten, het benutten van uiteenlopende zoekactiviteiten en de hulpbronnen waarover vrouwen en mannen tijdens het zoeken kunnen beschikken.

Verschillen in deze drie facetten van het zoekproces tussen vrouwen en mannen kunnen leiden tot verschillen in de kans op vestiging. In de navolgende paragrafen zal worden nagegaan of het zoekgedrag van vrouwen en mannen op deze facetten verschilt.

6.1.3. Indeling en effectiviteit van zoekactiviteiten

Er zijn velerlei manieren om naar een huisartspraktijk te zoeken. Zo kan men bijvoorbeeld in kranten en vaktijdschriften zoeken naar advertenties waarin een huisartspraktijk wordt aangeboden. Men kan ook persoonlijke relaties binnen de medische wereld benaderen ofwel via het verrichten van waarnemingen of assistentschappen proberen een praktijk te bemachtigen.

Om zicht te krijgen op de kans op vestiging bij deze uiteen-

lopende manieren van zoeken, gaan wij over tot clustering van de verschillende manieren van zoeken. Het indelingscriterium voor deze clustering vormen de hulpbronnen. Bij de constructie van het verklarend model in hoofdstuk 3 hebben wij de uiteenlopende manieren volgens dit criterium ingedeeld. De tot clusters bijeengebrachte manieren van zoeken zullen wij aanduiden met de term 'zoekmethoden'. De aldus geformuleerde groepen van manieren van zoeken zijn schematisch als volgt te karakteriseren.

Schema 6.1

karakterisering van de zoekmethoden karakterisering van de manieren van zoeken

formele wijzen van zoeken	<ul style="list-style-type: none"> - reflecteren op advertenties - plaatsen van advertenties - inschakelen van bemiddelingsbureaus - benaderen van gevestigde huisartsen op leeftijd - benaderen van Plaatselijke Huisartsen Verenigingen (PHV's) en/of gemeenten
zoeken via relaties	<ul style="list-style-type: none"> - benaderen van familie of vrienden - benaderen van huisartsenopleiders - contacten opgedaan via beroepswerkzaamheden benutten - contacten via symposia/cursussen, werkgroepen en dergelijke benutten
zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden	<ul style="list-style-type: none"> - verrichten van weekend- of avonddiensten - vervanging van gevestigde huisartsen - assistentschappen bij huisartsen - assistentschappen in medische sector

Effectieve zoekmethoden zijn methoden die bij aanwending ervan de meeste kans bieden op het vinden van een vestigingsplaats.

De drie zoekmethoden die wij hebben onderscheiden zijn niet alle even effectief. De hulpbronnen die bij bepaalde zoekmethoden vereist zijn - relaties, tijd - verhogen de effectiviteit van de zoekmethoden (hoofdstuk 3, constructie van het verklarend model). Men zou kunnen zeggen dat de zoekmethoden als het ware 'verrijkt' zijn met de hulpbronnen die nodig zijn om op deze wijze te kunnen zoeken; men kan ook stellen dat het inzetten van hulpbronnen de kosten van de zoekmethoden verlaagt.

Passen wij deze redenering toe op de onderscheiden zoekmethoden, dan kunnen wij stellen dat zoekactiviteiten waarbij de hulpbronnen 'tijd' en 'relaties' nodig zijn, vaker zullen leiden tot het vinden van een vestigingsplaats (= effectiever zijn) dan zoekactiviteiten waar geen speciale hulpbronnen vereist zijn. Wij formuleren als hypothese:

De 'formele wijzen van zoeken' is een minder effectieve methode van zoeken dan het 'zoeken via relaties' en het 'zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden. Huisartsen die op formele wijze zoeken zullen daarom een kleinere kans op vestiging hebben dan huisartsen die zoeken via relaties of via het verrichten van beroepswerkzaamheden.

Of de effectiviteit tussen de zoekmethoden waarbij hulpbronnen vereist zijn, verschilt is uit theoretische noties niet af te leiden. Op dit punt zijn wel vooronderstellingen te formuleren. Wij verwachten dat het 'zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden' effectiever zal zijn dan het 'zoeken via relaties'. De werkrelaties die men heeft via het verrichten van beroepswerkzaamheden zijn meer direct dan wanneer via anderen contacten worden gelegd. Daarenboven laat men door het daadwerkelijk verrichten van beroepswerkzaamheden zien wat men-waard-is. De hypothese die wij op basis van deze vooronderstellingen formuleren luidt:

Het 'zoeken via relaties' is een minder effectieve zoekmethode dan het 'zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden'. Huisartsen die zoeken via relaties zullen daarom een kleinere kans op vestiging hebben dan huisartsen die zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden.

Het is waarschijnlijk dat huisartsen zich niet beperken tot

één manier van zoeken, maar meerdere manieren naast elkaar hanteren. Hypothesen of uitspraken over het hanteren van combinaties van zoekmethoden zijn niet op te stellen; uit het verklarend model zijn dergelijke hypothesen niet af te leiden. Evenmin zijn er empirische onderzoeksresultaten op basis waarvan wij uitspraken over combinaties van zoekmethoden kunnen baseren.

Wij zullen dus empirisch moeten vaststellen of de clusters zoekmethoden een (significante) samenhang vertonen.

6.1.4. Hulpbronnen bij het zoeken naar een praktijk

Hulpbronnen bij het zoeken naar een praktijk zijn te onderscheiden naar het hebben van relaties binnen de medische wereld (sociale hulpbronnen) en het hebben van voldoende tijd of liever gezegd de afwezigheid van dagelijkse verplichtingen die een deel van de 'zoektijd' opeisen (economische hulpbronnen). In de vorige paragraaf fungeerden deze hulpbronnen als indelingscriterium voor de uiteenlopende zoekactiviteiten. Bepaalde manieren van zoeken impliceren de beschikking over de daarvoor benodigde hulpbron. In deze paragraaf beschouwen wij de hulpbronnen wat nader.

De hulpbron 'relaties'

Hoe ziet de hulpbron 'relaties' er in dit onderzoek uit?

Van belang zijn hier met name relaties binnen de beroepsfeer; in casu relaties in de medische en paramedische wereld. Uitgaande van relaties binnen de (para)medische wereld brengen wij de volgende onderscheiding aan.

Ten eerste wordt een onderscheid tussen familierelaties - relaties die men als het ware meekrijgt - en andere relaties - relaties die men moet 'verwerven' - gemaakt.

Wat de familierelaties betreft maken wij een nader onderscheid tussen naaste familie (waaronder wij ouders en partner verstaan) en overige familie (vergelijk hoofdstuk 3 constructie van het verklarend model).

De relaties met wie een hechte verwantschap bestaat (= ouders en partner) worden nog nader uitgesplitst ten aanzien van hun beroepswerkzaamheden. Wij maken een onderscheid tussen afgestudeerden die ouders of een partner hebben die huisarts is,

en degenen die ouders of een partner hebben die werkzaam is op (para)medisch gebied (met uitzondering van huisarts). Dit doen wij omdat afgestudeerden die een partner of ouders hebben die het huisartsberoep uitoefenen, doorgaans met ouders of partner gaan (samen)werken dan wel de praktijk overnemen.

Relaties die men moet 'verwerven' binnen de paramedische wereld worden uiteengelegd in twee groepen, namelijk: individu gebonden relaties en groepsgebonden relaties. Onder individu gebonden relaties verstaan wij: vrienden en andere bekenden; onder groepsgebonden relaties het lidmaatschap van een organisatie of vereniging op medisch gebied.

Schematisch kunnen wij de hulpbron 'relaties' als volgt weer-
geven

Familierelaties op (para)medisch gebied

- ouder(s) of partner die huisarts is
- ouder(s) die (para)medisch beroep uitoefent
(met uitzondering van huisarts)
- partner die (para)medisch beroep uitoefent
(met uitzondering van huisarts)
- familie in de (para)medische wereld

'Verworven' relaties op (para)medisch gebied

- individugebonden relaties
(= vrienden en anderen/bekenden)
- groepsgebonden relaties
(= lidmaatschap van organisatie/vereniging op (parame-
disch gebied

Over de boven onderscheiden hulpbronnen zijn in de uitgebreide enquêtes vragen gesteld. Daar het verklarend model bij de peiling 1984 nog niet was voltooid, zijn de vragen naar de hulpbronnen vooral in de peiling 1986 gesteld.

Dit levert wat betreft de 'familierelaties' geen problemen op. Naar het beroep van de partner is zowel in 1984 als in 1986 gevraagd. Naar de beroepswerkzaamheden van ouders en andere familieleden is weliswaar alleen in 1986 gevraagd, maar

verondersteld mag worden dat hierin geen grote verschuivingen zijn opgetreden. Vragen naar de 'verworven' relaties zijn aan de enquête in 1986 toegevoegd. Dit kan tot een niet eenduidige interpretatie van de resultaten leiden. Het is immers niet duidelijk of men deze relaties direct na afstuderen reeds bezit of dat men deze na het afstuderen heeft weten te verwerven.

Uit de onderzoeksliteratuur is gebleken dat vrouwen gewoonlijk over minder relaties beschikken dan mannen en dat de relaties van vrouwen over het algemeen ook meer homogeen zijn dan die van mannen wat betreft leeftijd, opleiding, sexe etc. (vergelelijk hoofdstuk 3). Passen wij de - in de literatuur veronderstelde - verschillen toe op het onderhavige onderzoek, dan zullen deze verschillen voornamelijk betrekking hebben op de 'verworven' relaties.

Wanneer inderdaad blijkt dat vrouwelijke huisartsen over minder relaties beschikken dan mannelijke huisartsen, dan is de mogelijkheid voor vrouwen om via relaties te zoeken ook geringer. Wij formuleren de volgende hypothese.

Als vrouwelijke huisartsen over minder relaties binnen de (para)medische wereld beschikken dan mannelijke huisartsen, dan zullen vrouwelijke huisartsen in mindere mate dan mannen 'zoeken via relaties'.

De hulpbron 'tijd'

Wat betreft de hulpbron 'tijd' kunnen wij kort zijn. In de eerste stap van het verklarend model is reeds duidelijk geworden dat vrouwen veel belang hechten aan voldoende tijd naast haar beroepsarbeid. Huishoudelijke en gezinstaken vergen een regelmatige en dagelijkse tijdsinvestering; niet alleen qua hoeveelheid tijd, maar ook wat betreft dagelijkse regelmaat van de tijdsinvestering. Vrouwen verrichten vaker gezins- en/of huishoudelijke taken of dragen er de verantwoording voor. Dit maakt 'tijd' voor vrouwen tot een schaarser hulpbron dan voor mannen. Dat betekent dat zoekmethoden waarvoor de hulpbron 'tijd' moet worden ingezet door vrouwen in mindere mate kunnen worden gehanteerd dan door mannen. Wij formuleren de volgende hypothese.

Omdat voor vrouwelijke huisartsen de voor zoekactiviteiten be-

schikbare tijd een schaarser goed is, zullen gehuwde vrouwelijke huisartsen in mindere mate dan mannen 'zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden'.

De consequentie van deze redenering luidt: omdat vrouwelijke huisartsen over minder hulpbronnen beschikken dan mannelijke huisartsen, kunnen zij in mindere mate zoeken via zoekmethoden waarvoor hulpbronnen nodig zijn (= effectieve zoekmethoden) en zullen zij minder vaak een vestiging realiseren dan mannelijke huisartsen.

6.1.5. Constructie van een meetmodelmodel voor zoekmethoden

Alvorens over te gaan tot het toetsen van de geformuleerde hypothesen, gaan wij eerst na of de veronderstelde clustering van de verschillende zoekactiviteiten - op basis van de daarvoor benodigde hulpbronnen - in werkelijkheid optreedt. Evenals bij de eerste stap van het verklarend model stellen wij daartoe een LISREL-model op.

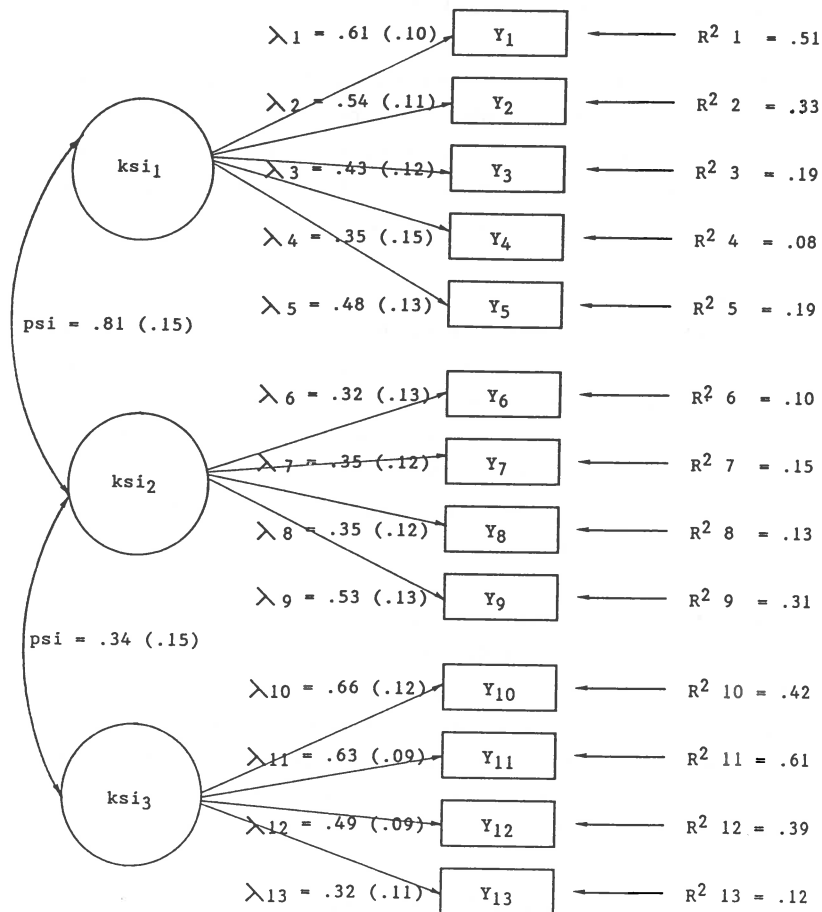
De geobserveerde variabelen uit het LISREL-model worden gevormd door de dertien onderscheiden zoekactiviteiten. Deze activiteiten zijn in de enquête aan de onderzoekspopulatie voorgelegd. Voor elk van deze zoekactiviteiten kunnen de geënquêteerden op een vijfpuntsschaaltje de mate van effectiviteit aankruisen. De theoretische variabelen uit het LISREL-model zijn de drie geformeerde clusters zoekmethoden.

In het LISREL-model worden de relaties tussen de dertien zoekactiviteiten - geobserveerde variabelen - en de drie zoekmethoden - theoretische variabelen - vastgelegd, overeenkomstig de clustering die wij in de voorgaande paragrafen hebben gehanteerd (zie LISREL-model p.162).

Relaties tussen de zoekmethoden zijn niet uit theoretische noties of onderzoeksliteratuur af te leiden. Wel veronderstellen wij dat de zoekenden meerdere zoekactiviteiten zullen hanteren.

Bij het vastleggen van relaties tussen zoekmethoden moeten wij daarom meer explorerend te werk gaan. Wij zullen eerst het meest spaarzame model (geen relaties tussen de theoretische

Figuur 6.1 Meetmodel voor zoekmethoden voor mannelijke huis-
artsen



waarin:

ksi₁₋₃ theoretische variabelen
 ksi₁ = zoeken via formele wijzen
 ksi₂ = zoeken via relaties
 ksi₃ = zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden

Y₁₋₁₃ geobserveerde variabelen

- Y₁ = reflecteren op advertenties
- Y₂ = plaatsen van advertenties
- Y₃ = inschakelen van bemiddelingsbureaus
- Y₄ = benaderen van gevestigden op leeftijd
- Y₅ = benaderen van PHV's/gemeenten
- Y₆ = benaderen van familie/vrienden
- Y₇ = benaderen van huisartsopleider(s)
- Y₈ = contacten uit beroepswerkzaamheden benutten
- Y₉ = contacten via symposia/cursussen e.d. benutten
- Y₁₀ = verrichten van weekend/avonddiensten
- Y₁₁ = vervanging van gevestigde huisartsen
- Y₁₂ = assistentschappen bij huisartsen
- Y₁₃ = assistentschappen in de medische sector

variabelen) passen, en bij onvoldoende 'fit' successievelijk relaties tussen de theoretische variabelen invoeren.

Evenals in het LISREL-model dat we in de eerste stap van het theoretisch model hebben geconstrueerd wordt ook dit LISREL-model voor zoekmethoden apart 'gepast' voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen. Om dit LISREL-model bij vrouwen even 'streng' te toetsen als bij mannen wordt de groep mannen getoetst op het groepsniveau van de vrouwen: $N = 86$ (overeenkomstig het LISREL-model uit de eerste stap). Daartoe wordt de covariantie-matrix in plaats van het werkelijke aantal respondenten ingevoerd.

In het model dat we 'passen' zijn geen relaties gelegd tussen de theoretische variabelen (i.c. de clusters zoekactiviteiten). Het model past noch bij vrouwen noch bij mannen.

In het voorgaande hebben wij gesteld dat het zeer waarschijnlijk is dat afgestudeerde huisartsen verschillende zoekactiviteiten zullen gebruiken om een praktijk te vinden. In het tweede model dat we passen is daarom een relatie gelegd tussen zoekmethoden waarvoor hulpbronnen nodig zijn, namelijk: de clusters II (= zoeken via relaties) en III (= zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden). Dit model past evenmin.

In het derde model dat we toetsen wordt naast een relatie tussen zoekmethoden II en III, een relatie aangebracht tussen de zoekmethoden I en II. Het resultaat is een niet passend model voor vrouwen en een passend model voor mannen ($\chi^2 = 74.3$, $DF = 63$, $P = .15$).

Een poging om het model ook voor vrouwen 'passend' te maken - door het leggen van een relatie tussen de zoekmethoden I en III - sorteert geen effect.

Hiermee zijn de mogelijkheden om een passend model voor vrouwen te creëren uitgeput. We kunnen immers geen geobserveerde variabelen naar andere zoekclusters verplaatsen daar wij als uitgangspunt van de clustering het al dan niet beschikken over bepaalde hulpbronnen hebben gehanteerd. Bovendien moeten de modellen vergelijkbaar blijven om mogelijke verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke artsen te kunnen constateren.

Om na te gaan of de clustering van de zoekactiviteiten voor de groep vrouwen voldoende betrouwbaar is om mee verder te werken, voeren we een schaalanalyse uit.

De betrouwbaarheid van de drie 'zoekschalen', uitgedrukt in Cronbach's alpha, bedraagt:

- zoekcluster 1 = zoeken via formele wijzen: .58
- zoekcluster 2 = zoeken via relaties: .50
- zoekcluster 3 = zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden: .53

De resultaten uit deze analyse wijzen uit dat clustering van de zoekactiviteiten voldoende betrouwbaar zijn om te handhaven bij de verdere analyses.

Resultaten uit de verdere analyses hebben echter wel beperkter implicaties. Bij nadere analyses van de zoekactiviteiten kunnen we - waar het de groep mannen betreft - de achterliggende theoretische variabelen (= zoekmethoden) in de analyses betrekken.

Bij de groep vrouwen moeten we volstaan met de tot schalen bij elkaar gevoegde zoekactiviteiten die bovendien een betrekkelijk lage betrouwbaarheid hebben. Wat de achterliggende theoretische concepten (= zoekmethoden) betreft kunnen wij slechts stellen dat deze niet gelijk zijn aan die bij de groep mannen. Analyse van de verschillen in de scores van de zoekactiviteiten op de clusters zoekmethoden is voor de groep vrouwen niet mogelijk en daarmee vervalt tevens de mogelijkheid van een vergelijking tussen vrouwen en mannen op dit punt.

6.1.6. Bepaling van de groep zoekende huisartsen

Bij vaststelling van de omvang van de groep zoekende huisartsen krijgen we te maken met een groep zoekenden die in de loop der tijd zal afnemen, hetzij doordat de zoekenden erin slagen een praktijk te vinden, hetzij doordat ze na verloop van tijd hun vestigingsplannen opgeven. Daarnaast moeten we er rekening mee houden dat huisartsen zoekactiviteiten ondernemen en afhankelijk van de ervaring die daarmee wordt opgedaan, dezelfde ofwel andere zoekactiviteiten zullen gaan ontplooiën. Met andere woorden, we moeten rekening houden met veranderingen in de manieren van zoeken. Het is dan ook zaak om deze veranderingen te constateren en derhalve meerdere meetmomenten te hanteren.

Wij beschikken over onderzoeksdata uit vijf jaarlijkse peilingen namelijk 1984 tot en met 1988. De uitgangssituatie wordt begin 1984 vastgesteld. Op 1 januari 1984 zijn er van de 313 respondenten, 113 gevestigd en 16 huisartsen hebben van vestiging afgezien. Dit betekent dat er per 1 januari 1984, nog 184 huisartsen op zoek zijn naar een huisartspraktijk.

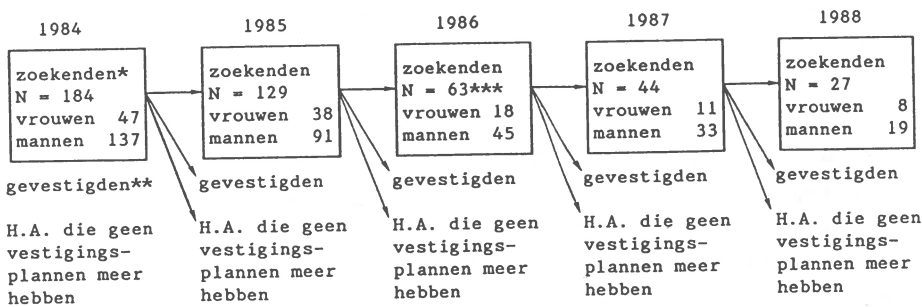
Deze groep geven we als het ware één jaar de tijd om een huisartspraktijk te realiseren. Aan het einde van dat jaar - ofwel per 1 januari 1985 - gaan we na welk deel van deze groep zich in de loop van dat jaar heeft gevestigd en welk deel niet. Van de aldus gedichotomiseerde groep stellen we vast op welke manieren deze 'subgroepen' hebben gezocht, om vervolgens de zoekactiviteiten van de subgroep die een vestiging gerealiseerd heeft te vergelijken met die van de subgroep 'niet gevestigden'.

Per 1 januari 1985 bepalen we opnieuw de omvang van de groep zoekende huisartsen. We herhalen vervolgens dezelfde analyse: opsplitsing van deze groep zoekenden in degenen die zich gedurende het jaar 1985 hebben gevestigd en degenen die daar niet in geslaagd zijn, en vergelijken opnieuw de zoekactiviteiten van de beide subgroepen.

Begin 1986 bepalen we dan opnieuw de groep zoekenden en voeren dezelfde analyses uit. Een procedure die we eveneens in 1987 en 1988 herhalen.

Schematisch is deze procedure als volgt weer te geven.

Schema 6.2 Bepaling van de groep zoekende huisartsen aan het begin van elk jaar



* De zoekend-assistenten worden ook tot deze groep gerekend.

** De permanent-assistenten worden ook tot deze groep gerekend.

*** Het aantal zoekenden bedraagt begin 1986 eigenlijk 61; wij gaan desondanks uit van 63 zoekenden vanwege het feit dat een permanent-assistent en een gevestigde nog steeds naar een (andere) praktijk op zoek zijn.

6.2. Toetsing van hypothesen over verschillen in manieren van zoeken en de kans op vestiging

Verschillen in de kans op vestiging tussen vrouwen en mannen - zo stelden wij aan het begin van dit hoofdstuk - kunnen zich in verschillende facetten van het zoekproces manifesteren. Het is mogelijk dat vrouwen minder vaak dan mannen daadwerkelijk naar een praktijk op zoek gaan. Het is tevens mogelijk dat vrouwen zoeken via andere - minder effectieve - zoekmethoden. En het is eveneens denkbaar dat vrouwen minder hulpbronnen kunnen inzetten bij het zoeken naar een huisartspraktijk. Of deze facetten van het zoekproces voor vrouwen en mannen verschillen en of deze verschillen van invloed zijn op de kans op vestiging zullen wij in de volgende paragrafen toetsen met behulp van loglineaire analysemethoden.

In de voorgaande paragraaf hebben wij de groep zoekende huisartsen in de jaren 1984 tot 1988 getraceerd. De groep zoekende huisartsen (die in 1983 is afgestudeerd) wordt gedurende deze periode aanmerkelijk kleiner omdat een deel van de zoekenden er na een kortere of langere periode in slaagt om een huisartspraktijk te vinden. Het is gegeven dit afnemende aantal zoekenden niet mogelijk om de genoemde facetten van het zoekproces in één loglineair model onder te brengen. Wij zullen dus elk van de drie facetten in afzonderlijke analyses toetsen.

6.2.1. Verschillen in de effectiviteit van zoekmethoden

De eerste vraag die wij ons stellen is of de zoekmethoden verschillen in de mate van effectiviteit, dat wil zeggen of het zoeken via bepaalde zoekmethode vaker leidt tot vestiging. Bij deze analyse kan tevens antwoord gegeven worden op de vraag naar de samenhang tussen de clusters zoekmethoden.

In paragraaf 6.1.2 bregen wij de uiteenlopende zoekactiviteiten samen in drie clusters zoekmethoden en hebben wij hypothesen geformuleerd over de effectiviteit van deze zoekmethoden, namelijk: de 'formele wijze van zoeken' is een minder effectieve methode dan het 'zoeken via relaties' en het 'zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden'. Verder veronderstellen wij verschillen in effectiviteit tussen beide laatstge-

noemde zoekmethoden en formuleren wij als hypothese: het 'zoeken via relaties' is een minder effectieve zoekmethode dan het 'zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden'. Wij veronderstellen tevens dat huisartsen zich bij het zoeken niet zullen beperken tot één soort activiteit, maar meerdere zoekactiviteiten naast elkaar hanteren.

Willen wij een samenhang tussen zoekclusters kunnen vaststellen, dan moeten wij de drie onderscheiden zoekmethoden in één model onderbrengen. Hier speelt het in de laatste jaren afnemende aantal zoekenden ons echter opnieuw parten.

Een genuanceerd onderscheid in de scores op de zoekmethoden kan daarom niet gemaakt worden; wij dichotomiseren de scores in 'vaak via deze methode gezocht' en 'niet tot weinig via deze methode gezocht'.

Stellen wij een analysemodel op waar de drie - gedichotomiseerde - clusters zoekmethoden en de variabele 'situatie' (= al dan niet gevestigd gedurende het zoekjaar) op, dan krijgen wij een tabel met 16 cellen. Deze cellen zijn in de jaren 1986 en 1987 onvoldoende groot voor betrouwbare analyses. Wij moeten de tabel dus in delen analyseren.

Uitgaande van de drie clusters zoekmethoden zijn drie combinaties mogelijk, namelijk:

zoekmethode 1 en zoekmethode 2

zoekmethode 1 en zoekmethode 3

zoekmethode 2 en zoekmethode 3

waarin:

zoekmethode 1 = formele wijze van zoeken

zoekmethode 2 = zoeken via relaties

zoekmethode 3 = zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden.

Op basis van deze drie combinaties van zoekmethoden kunnen wij drie loglineaire modellen opstellen:

Model A

$$Z + C1 + C2 + C1*C2 + Z*C1 + Z*C2 + Z*C1*C2$$

Model B

$$Z + C1 + C3 + C1*C3 + Z*C1 + Z*C3 + Z*C1*C3$$

Model C

$$Z + C2 + C3 + C2*C3 + Z*C2 + Z*C3 + Z*C2*C3$$

waarin:

Z = al dan niet gevestigd gedurende het 'zoekjaar'

C1 = zoekmethode 1 (formele wijze van zoeken)

C2 = zoekmethode 2 (zoeken via relaties)

C3 = zoekmethode 3 (zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden).

Als uitgangspunt van de analyses hanteren wij steeds het model waarin relaties bestaan tussen alle variabelen: het zogeheten verzadigde model (de modellen A, B en C). Door uit dit verzadigde model steeds één interactie te verwijderen kunnen wij het best passende en meest zuinige model vaststellen. Voor elk model (A, B en C) zijn dan zes modelvarianten op te stellen. Zo zijn de zes modelvarianten voor model A:

Modelvariant I:

het verzadigde model

$$Z + C1 + C2 + C1*C2 + Z*C1 + Z*C2 + Z*C1*C2$$

Modelvariant II:

model met interacties tussen de zoekmethoden 1 en 2 en tussen elk van beide zoekmethoden en al dan niet gevestigd

$$Z + C1 + C2 + C1*C2 + Z*C1 + Z*C2$$

Modelvariant III:

model met interacties tussen de zoekmethoden 1 en 2 en tussen de zoekmethode 1 en al dan niet gevestigd

$$Z + C1 + C2 + C1*C2 + Z*C1$$

Modelvariant IV:

model met interacties tussen de zoekmethoden 1 en 2 en tussen de zoekmethode 2 en al dan niet gevestigd

$$Z + C1 + C2 + C1*C2 + Z*C2$$

Modelvariant V:

model met interacties tussen de zoekmethoden 1 en 2

$$Z + C1 + C2 + C1*C2$$

Modelvariant VI:

onafhankelijk model

$$Z + C1 + C2$$

Het best passende model vinden wij door de 'fit' van deze modelvarianten te bepalen.

Dezelfde modelvarianten moeten ook worden opgesteld voor de modellen B en C. In plaats van zoekmethoden 1 en 2 nemen wij dan de zoekmethoden 1 en 3 (model B) en 2 en 3 (model C). Met behulp van deze analyses kunnen wij de vraag naar verschillen in effectiviteit van de zoekmethoden voor het jaar 1984 beantwoorden. Dezelfde analyses - maar dan met een afnemend aantal zoekenden - moeten voor de jaren 1985, 1986 en 1987 worden herhaald.

Het zal duidelijk zijn dat wij ons bij de weergave van de resultaten uit deze analyses moeten beperken; een uitwerking van 4x3 modellen en 72 modelvarianten zou te omvangrijk en ook te weinig boeiend zijn.

Wij geven eerst een overzicht van de best passende modellen in de verschillende jaren en zullen daarna nader ingaan op de gevonden samenhangen tussen de clusters zoekmethoden en de effectiviteit van de onderscheiden zoekmethoden.

Schema 6.3 Overzicht van de best passende modellen in de jaren 1984 tot 1988

Zoekjaren	modellen en modelvarianten		
	A modelvariant	B modelvariant	C modelvariant
1984	V	IV	IV
1985	V	V	V
1986	V	IV	IV
1987	IV	IV	II

Kijken wij eerst naar de samenhang tussen de twee aan twee geanalyseerde zoekmethoden. In alle passend bevonden modelvarianten blijkt een samenhang tussen de betreffende clusters zoekmethoden. Nu blijkt dat zowel de zoekmethoden 1 en 2 als de zoekmethoden 1 en 3 en de zoekmethoden 2 en 3 een significante samenhang vertonen, kunnen wij concluderen dat huisartsen niet slechts via één zoekmethode of via één combinatie van zoekmethoden zoeken, maar - zoals wij verondersteld hebben -

inderdaad alle drie de onderscheiden zoekmethoden hanteren.

Niet alle modelvarianten leiden echter tot een hogere kans op vestiging. Kijken wij naar het overzicht in schema 6.3 dan blijkt dat in 1985 in elk model (A, B en C) V de best passende modelvariant te zijn; het is een modelvariant waarin geen relatie bestaat tussen de zoekmethoden en het al dan niet gevestigd zijn. Dat betekent dat via welke zoekmethode men ook zoekt, de kans op vestiging verschilt niet.

In 1984 en 1986 zien wij echter dat het zoeken via zoekmethoden van model B (= zoeken op formele wijzen en via beroepswerkzaamheden) en van model C (= zoeken via relaties en beroepswerkzaamheden) een significant hogere kans op vestiging opleveren (modelvariant IV). In 1987 blijkt het zoeken via ieder model een hogere kans op vestiging op te leveren. Wij zullen deze relaties eens nader bezien.

In 1984 zijn de best passende en meest spaarzame modellen:

model A: $Z + C1 + C2 + C1*C2$ $G^2 = 3.72, DF = 3$

model B: $Z + C1 + C3 + C1*C3 + Z*C3$ $G^2 = .565, DF = 2$

model C: $Z + C2 + C3 + C2*C3 + Z*C3$ $G^2 = 2.67, DF = 2$

Model A heeft als passende modelvariant: V. Wij hebben hiervoor gezien dat dit een variant is waar de zoekmethode geen verband houdt met de kans op vestiging.

De passende modelvariant bij model B is modelvariant IV. Het is een variant waarin de zoekmethoden 1 en 3 samenhangen en waar ook een samenhang bestaat tussen zoekmethode 3 en de kans op vestiging. Een tabel waarin de variabelen 'zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden' en 'al dan niet gevestigd' zijn opgenomen, ziet er als volgt uit (zie tabel 6.4 volgende pagina).

Berekenen wij de odds-ratio van deze tabel dan vinden wij $\theta = 32.75$. Het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden - zo mogen wij hieruit concluderen - leidt significant vaker tot vestiging dan het zoeken op formele wijzen.

Tabel 6.4 Kans op vestiging bij het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden in 1984 (model B)

	zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden	
	vaak	weinig
gevestigd	17	34
niet gevestigd	2	131

Model C heeft in 1984 eveneens IV als passende modelvariant. Ook hier is het gevonden verband 'zichtbaar' te maken in een tabel.

Tabel 6.5 Kans op vestiging bij het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden in 1984 (model C)

	zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden	
	vaak	weinig
gevestigd	17	34
niet gevestigd	2	130

Berekening van de odds-ratio geeft een waarde van $\theta = 32.50$. Het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden leidt tot een significant hogere kans op vestiging, ongeacht of men nu vaak of weinig via relaties zoekt.

Deze analyses van beide modellen brengen ons tot de slotsom dat het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden in 1984 de meest effectieve methode is.

De best passende modellen in 1985 zijn:

model A: $Z + C1 + C2 + C1*C2$	$G^2 = 1.26, DF = 3$
model B: $Z + C1 + C3 + C1*C3$	$G^2 = 1.24, DF = 3$
model C: $Z + C2 + C3 + C2*C3$	$G^2 = 4.55, DF = 3$

De resultaten uit de significant bevonden modellen tonen een samenhang tussen de zoekmethoden aan, maar er blijkt geen enkele significante relatie te bestaan tussen het zoeken via bepaalde zoekmethoden en de kans op vestiging.

In 1986 komt het beeld sterk overeen met dat uit 1984. De best passende modellen in 1986 zijn:

model A: $Z + C1 + C2 + C1*C2$ $G^2 = 4.26, DF = 3$

model B: $Z + C1 + C3 + C1*C3 + Z*C3$ $G^2 = 1.68, DF = 2$

model C: $Z + C2 + C3 + C2*C3 + Z*C3$ $G^2 = 3.03, DF = 2$

Model B - modelvariant IV - waarin een relatie bestaat tussen het zoeken via 'het verrichten van beroepswerkzaamheden' en 'al dan niet gevestigd', zullen wij in tabel 6.6 nader beschouwen.

Tabel 6.6 Kans op vestiging bij het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden in 1986 (model B)

	zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden	
	vaak	weinig
gevestigd	7	1
niet gevestigd	26	29

De odds-ratio van de tabel bedraagt $\theta = 7.80$. Wij kunnen hieruit concluderen dat het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden significant vaker leidt tot vestiging dan het zoeken op formele wijzen.

De tabel (zie tabel 6.7 volgende pagina) waarin de variabelen uit model C (modelvariant IV) zijn opgenomen ziet er als volgt uit.

De odds-ratio van de tabel bedraagt $\theta = 7.80$.

De relatie tussen zoekmethode 3 en de variabele 'al dan niet gevestigd' blijkt in 1986 wat minder sterk dan in 1984, maar de conclusie is dezelfde. Het zoeken via het verrichten van

Tabel 6.7 Kans op vestiging bij het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden in 1986 (model C)

	zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden	
	vaak	weinig
gevestigd	7	1
niet gevestigd	26	29

beroepswerkzaamheden leidt significant vaker tot vestiging dan het zoeken via relaties of het zoeken op formele wijzen.

In 1987 wijkt het beeld iets af van de jaren 1986 en 1984. Wij vinden dat zowel de combinaties van de zoekmethoden 1 en 2 als de combinatie van de zoekmethoden 1 en 3 samenhangen met vestiging.

De best passende modellen zijn:

model A: $Z + C1 + C2 + C1*C2 + Z*C2$

model B: $Z + C1 + C3 + C1*C3 + Z*C3$

model C: $Z + C2 + C3 + C2*C3 + Z*C2 + Z*C3$

Wij geven de gevonden relaties tussen zoekmethoden en het al dan niet gevestigd zijn in de volgende tabellen weer.

De relatie tussen het zoeken via relaties en het al dan niet gevestigd zijn - model A, variant IV - ziet er als volgt uit.

Tabel 6.8 Kans op vestiging bij het zoeken via relaties in 1987 (model A)

	zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden	
	vaak	weinig
gevestigd	7	3
niet gevestigd	10	24

De odds-ratio van de tabel bedraagt $\theta = 5.6$. Wij kunnen concluderen dat het zoeken via relaties de vestigingskansen van huisartsen significant vergroot in 1987 en dat het daarbij niet uitmaakt of men vaak of weinig zoekt op formele wijzen.

Ook de relatie tussen het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden en het al dan niet gevestigd zijn geven wij in een tabel weer.

Tabel 6.9 Kans op vestiging bij het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden in 1987 (model B)

	zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden	
	vaak	weinig
gevestigd	6	4
niet gevestigd	12	22

Voor deze tabel vinden wij een odds-ratio van $\theta = 2.75$. Het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden - zo kunnen wij hieruit concluderen - leidt vaker tot vestiging dan het zoeken op formele wijzen.

Voegen wij de significante zoekmethode 2 (model A) en 3 (model B) te zamen in model C, dan blijken beide zoekmethoden effectief te zijn; dit houdt in dat zij de kans op vestiging verhogen.

De odds-ratio's die wij over de subtabellen (waarin de zoekmethoden 2 en 3 zijn gerelateerd aan vestiging) berekenen geven een waarde van 1.35 en 1.31. Daaruit blijkt dat het verband tussen zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden en vestiging minder sterk is dan in het voorgaande jaar. Daar staat tegenover dat wij dit jaar voor het eerst een - zij het zwak - verband tussen het zoeken via relaties en de kans op vestiging aantreffen.

Met deze resultaten uit de analyses over verschillen in de effectiviteit van de zoekmethoden in de jaren 1984 tot 1988 kunnen wij de vraag beantwoorden of de - in het begin van deze paragraaf - geformuleerde hypothesen aangenomen of verworpen moeten worden.

Wij hebben gesteld dat het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden een meer effectieve zoekmethode zal zijn dan de andere twee onderscheiden zoekmethoden. Dit blijkt in de jaren 1984 en 1986 inderdaad zo te zijn. In 1987 vinden wij wel dat het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden effectiever is dan het zoeken op formele wijzen, maar wij vinden geen duidelijk onderscheid tussen het zoeken via beroepswerkzaamheden en het zoeken via relaties. Beide zoekmethoden blijken de kans op vestiging te vergroten.

Met enige voorzichtigheid kunnen wij stellen dat de hypothese over het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden als meest effectieve zoekmethode geldt, aangenomen kan worden. De hypothese dat het zoeken via relaties een effectiever methode is dan het zoeken op formele wijzen wordt slechts in 1987 ondersteund.

6.2.2. Verschillen tussen vrouwen en mannen in het hanteren van verschillende zoekmethoden

In deze paragraaf gaan wij na of vrouwen dezelfde zoekmethoden gebruiken bij het zoeken naar een vestiging als mannen en of zij deze methoden even vaak gebruiken als mannen. Bevindingen uit deze analyses kunnen - samen met de analyses naar de effectiviteit van de zoekmethoden - antwoord geven op de vraag of vrouwen via andere - minder effectieve - zoekmethoden naar een huisartspraktijk op zoek gaan dan mannen.

Evenals bij de eerdere analyses speelt ook hier het probleem van geringe celvullingen; het gaat immers om dezelfde groep zoekenden die ieder jaar kleiner wordt. Wij hanteren daarom, evenals in de voorgaande analyses, de drie combinaties zoekmethoden. Op basis van deze drie combinaties stellen wij drie loglineaire modellen op:

model A: $SEX + C1 + C2 + SEX*C1 + SEX*C2 + SEX*C1*C2$

model B: $SEX + C1 + C3 + SEX*C1 + SEX*C3 + SEX*C1*C3$

model C: $SEX + C2 + C3 + SEX*C2 + SEX*C3 + SEX*C2*C3$

waarin:

C1 = zoekmethode 1 (formele wijze van zoeken)
C2 = zoekmethode 2 (zoeken via relaties
C3 = zoekmethode 3 (zoeken via het verrichten van beroeps-
werkzaamheden).

SEX = geslacht

Bij elk model zijn vijf modelvarianten mogelijk. Zo zijn de vijf modelvarianten bij model A:

Modelvariant I:

Het verzadigde model

$SEX + C1 + C2 + SEX*C1 + SEX*C2 + SEX*C1*C2$

Modelvariant II:

Model met interactie tussen elk van beide zoekmethoden en geslacht

$SEX + C1 + C2 + SEX*C1 + SEX*C2$

Modelvariant III:

Model met interactie tussen zoekmethode 1 en geslacht

$SEX + C1 + C2 + SEX*C1$

Modelvariant IV:

Model met interactie tussen zoekmethode 2 en geslacht

$SEX + C1 + C2 + SEX*C2$

Modelvariant V:

Onafhankelijk model

$SEX + C1 + C2$

Uit deze modelvarianten - die ook voor model B en C moeten worden opgesteld - zullen wij proberen een passend model te vinden door eliminatie. Dit zal, evenals in de voorgaande analyses, ondernomen worden voor de jaren 1984 tot 1988 (zie schema 6.4 volgende pagina).

Het schema geeft al aan dat er geen grote verschillen bestaan tussen zoekende vrouwen en mannen in het hanteren van de combinaties van zoekmethoden. In 1985 en in 1987 vinden wij geen enkele passende modelvariant waaruit verschillen in zoekgedrag tussen vrouwen en mannen zijn af te leiden. In 1984 en 1986 vinden wij wel modelvarianten die duiden op verschillen. Deze modelvarianten zullen wij aan een nadere analyse onderwerpen.

Schema 6.4 Overzicht van de best passende modellen in de jaren 1984 tot 1988

Zoekjaren	modelen en modelvarianten		
	A modelvariant	B modelvariant	C modelvariant
1984	-	II	-
1985	-	-	-
1986	III	-	V
1987	-	-	-

Model B blijkt in 1984 een passende modelvariant op te leveren, namelijk: $SEX + C1 + C3 + SEX*C1 + SEX*C3$ $G^2 = 2.05$, $DF = 2$.

Dat betekent dat vrouwelijke en mannelijke huisartsen verschillen, zowel wat het zoeken op formele wijze betreft als het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden. Wij splitsen beide gevonden relaties in tabellen uit.

Tabel 6.10 Verschillen tussen vrouwen en mannen in het zoeken op formele wijzen in 1984 (model B)

	zoeken op formele wijze	
	vaak	weinig
mannen	66	71
vrouwen	13	34

Berekening van de odds-ratio van deze tabel geeft een waarde $\phi = 2.43$. Mannen blijken dus wat vaker op formele wijzen te zoeken dan vrouwen.

De relatie tussen het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden en geslacht wordt in de volgende tabel uitgesplitst.

Tabel 6.11 Verschillen tussen vrouwen en mannen in het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden in 1984 (model B)

	zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden	
	vaak	weinig
mannen	18	119
vrouwen	1	46

De odds-ratio van deze tabel bedraagt $\hat{\theta} = 6.95$. De conclusie: mannen zoeken significant vaker via het verrichten van beroepswerkzaamheden dan vrouwen.

In 1986 blijken model A en model C passende modelvarianten op te leveren:

model A: SEX + C1 + C2 + SEX*C1 $G^2 = 5.12$, DF = 3

model C: SEX + C2 + C3 $G^2 = 2.82$, DF = 4

Voor model A stellen wij een tabel samen waarin het zoeken op formele wijzen en geslacht zijn opgenomen.

Tabel 6.12 Verschillen tussen vrouwen en mannen in het zoeken op formele wijzen in 1986 (model A)

	zoeken op formele wijzen	
	vaak	weinig
mannen	22	23
vrouwen	4	14

Wij vinden voor deze tabel een odds-ratio $\hat{\theta} = 3.34$. Mannen blijken dus significant vaker via formele wijzen te zoeken dan vrouwen in 1986.

Bij model C vinden wij in 1986 als passende modelvariant het onafhankelijkheidsmodel. Dat betekent dat zowel het zoeken via relaties als het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden niet significant anders is voor vrouwen en mannen. Dit blijkt ook uit tabel 6.13.

Tabel 6.13 Het zoeken via relaties en het zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden, uitgesplitst naar geslacht

	zoeken via relaties			
	vaak		weinig	
	zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden			
	vaak	weinig	vaak	weinig
mannen	11	10	11	10
vrouwen	4	4	4	4

Berekening van de odds-ratio's geeft voor beide subtabellen een waarde $\theta = 1$.

Vatten wij de conclusies uit de analyses naar verschillen tussen vrouwen en mannen in het hanteren van de onderscheiden zoekmethoden samen, dan vinden wij slechts summiere ondersteuning voor de hypothesen waarmee wij deze paragraaf zijn aangevangen.

De hypothese dat mannelijke huisartsen vaker zoeken via het verrichten van beroepswerkzaamheden wordt slechts in 1984 ondersteund. De hypothese dat mannen eveneens vaker zoeken via relaties vindt in geen van de zoekjaren ondersteuning. En wij vinden in 1984 en in 1986 dat mannen significant vaker zoeken op formele wijzen; een zoekmethode waarbij wij geen verschillen hebben verondersteld tussen vrouwen en mannen.

Wij moeten tot de conclusie komen dat de resultaten uit de toetsing over verschillen tussen vrouwen en mannen in het hanteren van de zoekmethoden te weinig hebben opgeleverd om de hypothesen te ondersteunen.

In de getoetste hypothesen is verondersteld dat het de verschillen in de beschikking over hulpbronnen zijn die leiden tot verschillen tussen vrouwen en mannen in het hanteren van de zoekmethoden. De resultaten hebben echter uitgewezen dat er slechts summiere verschillen bestaan.

Nu is het mogelijk dat de hulpbronnen niet (of niet alleen) via de zoekmethoden maar ook rechtstreeks van invloed zijn op de kansen op vestiging. Om dat te onderzoeken moeten wij nagaan of vrouwen en mannen over verschillende hulpbronnen beschikken en zo ja, of deze verschillen leiden tot verschillen in de kans op vestiging.

Nader onderzoek naar verschillen in de beschikking over hulpbronnen wordt in de volgende paragraaf ondernomen.

6.2.3. Verschillen tussen vrouwen en mannen in de beschikking over hulpbronnen bij het zoeken naar een praktijk

In het voorgaande hebben wij de hulpbronnen die van nut kunnen zijn bij het zoeken naar een huisartspraktijk onderscheiden naar de hulpbron 'tijd' en de hulpbron 'relaties'. In deze paragraaf gaan wij na of vrouwen en mannen in verschillende mate over deze hulpbronnen beschikken en - wanneer dat het geval blijkt - of dat leidt tot verschillen in de kans op vestiging. Wij onderzoeken dit achtereenvolgens voor de hulpbron 'tijd' en voor de hulpbron 'relaties'.

Verschillen tussen vrouwen en mannen in de beschikking over de hulpbron 'tijd'

In paragraaf 6.2.2 hebben wij de hypothese geformuleerd dat gehuwde vrouwelijke huisartsen minder via het verrichten van beroepswerkzaamheden zoeken, omdat zij in mindere mate dan de overige zoekenden over de daarvoor vereiste hulpbron 'tijd' zullen beschikken.

Om deze hypothese te toetsen moeten wij drie vragen beantwoorden:

- voor wie is de hulpbron 'tijd' een schaars goed?
- is het zo dat degenen voor wie de hulpbron 'tijd' een

schaars goed is, minder vaak via tijdsintensieve zoekmethoden zoeken?

- leidt het vaak zoeken via tijdsintensieve zoekmethoden vaker tot vestiging dan het niet of nauwelijks via deze methode zoeken?

Wat de eerste vraag betreft - voor wie is tijd een schaars goed - doen zich problemen voor. De beschikking over de hulpbron 'tijd' hebben wij in het voorgaande afgeleid uit de sociale situatie, met name burgerlijke staat en het al dan niet hebben van kinderen. De vragen naar een vaste partner (en kinderen) zijn echter alleen in de uitgebreide peilingen in 1984 en 1986 gesteld. Wij hebben dus maar twee meetmomenten.

Een wellicht nog groter probleem vormt het kleine aantal vrouwen. De groep zoekende vrouwen - die in een eerdere fase van de analyse al een probleem vormt - wordt nu nog kleiner omdat wij deze nog verder moeten opsplitsen naar al dan niet gehuwd en de groep gehuwden vervolgens weer moeten onderscheiden naar diegenen die wel en geen kinderen hebben. De celvullingen worden bij deze uitsplitsing te gering.

Kiezen wij ervoor om in de analyses voor de hulpbron 'tijd' alle zoekende vrouwen op te nemen, dan zullen de resultaten overeenkomen met de analyses uit de voorgaande paragraaf. Daar zijn wij immers nagegaan of vrouwen op andere manieren zoeken dan mannen.

Wij moeten dus vaststellen dat de beschikbare gegevens ontoereikend zijn voor een nadere analyse naar de invloed van de hulpbron 'tijd' op het realiseren van een vestiging.

In het volgende hoofdstuk wordt het proces van zoeken nader geanalyseerd aan de hand van speciaal daarvoor verzamelde onderzoeksgegevens onder een groep zoekende huisartsen.

Verschillen tussen vrouwen en mannen in de beschikking over de hulpbron 'relaties'

In paragraaf 6.2.2 hebben wij als hypothese geformuleerd dat vrouwen over minder relaties beschikken dan mannen en dat dit ertoe zal leiden dat vrouwen minder via zoekmethoden die relaties vooronderstellen kunnen zoeken. Deze verschillen zullen een verklaring vormen voor verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen in de kans op vestiging. Ter toetsing

van deze hypothese moeten wij - evenals bij de hulpbron 'tijd' - drie vragen beantwoorden:

- over welke relaties gaat het en beschikken mannen vaker over deze relaties dan vrouwen?
- is het zo dat de zoekenden (mannen) die in meerdere mate over de hulpbron 'relaties' beschikken, in sterkere mate zoeken via zoekmethoden waarbij relaties vereist zijn
- leidt het vaker zoeken via zoekmethoden waarbij relaties vereist zijn, vaker tot vestiging dan wanneer men niet of nauwelijks via deze methoden zoekt.

Gegeven de resultaten uit de analyses uit de vorige paragraaf - waaruit gebleken is dat het zoeken via relaties geen significant verband oplevert met de kans op vestiging - zullen wij de gehanteerde zoekmethoden in deze analyses buiten beschouwing laten.

De vraag wordt dan of diegenen die over de onderscheiden relaties beschikken een grotere kans op vestiging hebben.

In paragraaf 6.2.2 hebben wij de hulpbron 'relaties' uitgesplitst naar 'familierelaties' en 'verworven realties'. Dit onderscheid is van belang waar het gaat om het aanwenden van deze relaties tijdens het zoekproces. Wat de familierelaties betreft blijft het 'gebruik-maken' daarvan grotendeels 'onzichtbaar'. Afgestudeerde huisartsen, waarvan ofwel één van de ouders ofwel de partner huisarts is, gaan doorgaans in de praktijk van de ouder c.q. partner werken. Deze groep huisartsen zal na het afstuderen geen zoekactiviteiten ondernemen, maar zich - direct of na verloop van tijd - in de praktijk van de partner of ouder vestigen. Met andere woorden, de hulpbron 'relaties' is hier van doorslaggevend belang voor de kans op vestiging, maar dat zal niet tot uitdrukking komen in (de scores op) de zoekmethoden.

Dezelfde redenering zal - in mindere mate - opgaan voor huisartsen die ouders, een partner of familie hebben die een medisch beroep (anders dan het huisartsberoep) beoefenen.

Deze 'onzichtbare' werking van de hulpbron 'relaties' is vermoedelijk ook een van de redenen waarom wij in de voorgaande analyses naar de effectiviteit van de zoekmethoden, waarbij 'relaties' nodig zijn, in nagenoeg geen van de jaren een verband kunnen vaststellen met de kans op vestiging.

Er speelt bij deze analyses nog een tweede probleem. Wat betreft de onderzoeksdata krijgen wij opnieuw te maken met het feit dat deze slechts op één of twee meetmomenten verzameld zijn.

Wat betreft het beroep van de ouders - dat alleen in 1986 is gevraagd - is dat niet zo'n probleem. Wij mogen aannemen dat hierin geen grote veranderingen zijn opgetreden tijdens de onderzoeksperiode.

Naar het beroep van de partner is in de uitgebreide peilingen in 1984 en 1986 gevraagd. Daar het gaat om mensen die aan het begin van hun beroeps carrière staan, zijn wijzigingen op korte termijn hier meer waarschijnlijk.

De vragen naar familie, vrienden en anderen en naar het lidmaatschap van een organisatie op medisch gebied, zijn alleen in de uitgebreide peiling in 1986 gesteld. Vooral voor de laatstgenoemde twee relaties vormt dat een probleem, omdat nu niet te achterhalen is of er mogelijk reeds verschillen zijn op dit punt tussen vrouwen en mannen direct na het afstuderen of dat er verschillen zijn in het 'verwerven' van deze relaties gedurende de zoekperiode.

De problemen ten aanzien van de beschikbare onderzoeksdata te zamen met het hiervoor gesignaleerde probleem van de 'onzichtbaarheid' van het aanwenden van familierelaties tijdens het zoekproces, noodzaken tot aangepaste analyses. Wij zullen 1984 als uitgangssituatie nemen bij het vaststellen of de afgestudeerde huisartsen over de onderscheiden relaties beschikken. Waar mogelijk wordt wij nagegaan of deze situatie in 1986 verschilt van die in 1984. Deze analyses worden uitgesplitst naar sexe om na te gaan of vrouwen in mindere mate over de hulpbron relaties beschikken dan mannen.

Verschillen in de kans op vestiging tussen vrouwen en mannen kunnen dan worden bepaald door na te gaan of het percentage gevestigden in 1988 hoger ligt (ten opzichte van het percentage in de gehele populatie) voor huisartsen die over de onderscheiden hulpbronnen beschikken. Deze analyses kunnen verder worden uitgesplitst naar sexe om verschillen tussen vrouwen en mannen in de kans op vestiging (bij beschikking over de onderscheiden hulpbron) op te sporen.

Een eerste vraag die wij moeten beantwoorden is of vrouwen in mindere mate dan mannen over de onderscheiden relaties beschikken. Een overzicht daarvan geeft tabel 6.14.

Tabel 6.14 De beschikking over de hulpbron 'relaties' in 1984 uitgesplitst naar vrouwen en mannen.

	Het deel van de onderzoekspopulatie dat over de onderscheiden relaties beschikt (N = 313)	
	vrouwen	mannen
Familierelaties		
A. ouder of partner die huisarts is*	14%	12%
B. ouder die (para)medisch** beroep uitoefent (met uitzondering van huisarts)	19%	9%
C. partner die (para)medisch beroep uitoefent (met uitzondering van huisarts)	17%	32%
D. overige familie in (para)medische wereld	50%	55%
Verworven relaties		
E. vrienden/anderen	92%	93%
F. lid van organisatie(s) op medisch gebied	78%	83%

* Een vrouwelijke huisarts heeft een partner + een ouder die huisarts is.

** Een vrouwelijke huisarts heeft een vader en een moeder die een (para)medisch beroep uitoefenen.

Uit de tabel is af te lezen welk deel van de vrouwelijke en van de mannelijke huisartsen over de onderscheiden relaties kunnen beschikken. Een vergelijking van deze percentages leert ons dat vrouwen vaker een ouder hebben die een (para)medisch

beroep uitoefent dan mannen; respectievelijk 19% en 9%. Daarentegen hebben mannen significant vaker een partner die in de medische of paramedische sector werkt dan vrouwen: respectievelijk 32% en 17%. De overige relaties geven geen significante verschillen tussen vrouwen en mannen te zien.

Daar het hier om een vrij globaal overzicht gaat proberen wij deze gegevens waar mogelijk te nuanceren. De vraag naar de beroepswerkzaamheden van de partner is zowel in 1984 als in 1986 gesteld. Een vergelijking wijst uit dat de situatie op beide tijdstippen overeenkomt.

Omstreeks de helft van de respondenten heeft familieleden in de medische sector. Voor deze categorie brengen wij een nader onderscheid aan tussen enkele familieleden (één of twee) en meerdere familieleden (drie of meer). Het blijkt dat omstreeks eenderde van de huisartsen één of twee familieleden in de medische sector heeft, terwijl zo'n 20% meerdere familieleden heeft die een (para)medisch beroep uitoefenen. Verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke respondenten zijn gering.

Nagenoeg alle respondenten hebben vrienden of andere relaties (met uitzondering van familierelaties) binnen de (para)medische wereld. Een verdere uitsplitsing - door onderscheid te maken in meerdere categorieën - brengt evenmin grote verschillen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen aan het licht.

Velen zijn ook lid van een organisatie op medisch gebied, zo blijkt uit de tabel. Ook hier is een uitsplitsing gemaakt naar één of meerdere organisaties. Ruim de helft van de respondenten is lid van twee of meer organisaties en omstreeks 20% is lid van drie of meer organisaties op medisch gebied. De percentages zijn voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen nagenoeg gelijk.

Een uitsplitsing naar 'soort' organisatie laat wel enige verschillen zien. Van de twee vooraanstaande beroepsorganisaties voor artsen, de KNMG en de LHV, is respectievelijk 62% en 46% van de mannelijke respondenten lid. Bij de vrouwelijke respondenten liggen deze percentages aanmerkelijk lager: 35% en 30%. Opmerkelijk is ook dat een kwart van de vrouwen lid is van de Initiatiefgroep Progressieve Huisartsen (IPH), terwijl bij de mannen dit percentage op 8% ligt. Daarentegen is 10%

van de mannen lid van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) en geen enkele vrouwelijke respondent. Ook dit is een opmerkelijke uitkomst, omdat vrouwen vaker zoeken naar en gevestigd zijn in een vestiging in dienstverband. Een andere - niet verwonderlijke - uitkomst is dat 30% van de vrouwen lid is van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA), tegen 3% van de mannen.

Deze verschillen brengen aan het licht dat het lidmaatschap van vrouwelijke huisartsen afwijkt van mannelijke huisartsen waar het gaat om het type organisatie.

De volgende vraag die wij ons gesteld hebben is of het cumulatief percentage gevestigden tot 1988 hoger is onder degenen die over de onderscheiden relaties beschikken. Daartoe selecteren wij uit de onderzoekspopulatie die huisartsen die over de verschillende relaties kunnen beschikken en gaan na hoeveel van hen gevestigd zijn. Een overzicht geeft tabel 6.15.

Tabel 6.15 De beschikking over de hulpbron 'relaties' in 1984 en het al dan niet gevestigd zijn in 1988

	huisartsen die over de onderscheiden relaties beschikken	gevestigd in 1988	
		aantal	%
A. ouder of partner die huisarts is	40	35	87%
B. ouder die (para)medisch beroep uitoefent	36	27	75%
C. partner die (para)medisch beroep uitoefent	88	64	73%
D. overige familie in (para)medische sector	168	119	71%
E. vrienden/anderen	290	197	68%
F. lid van organisatie(s) op medisch gebied	255	180	70%

Het deel van de onderzoekspopulatie dat in 1988 gevestigd is, bedraagt 68%. Vergelijken wij dan de huisartsen uit de tabel die over de onderscheiden relaties beschikken, dan kunnen wij concluderen dat het percentage in de categorie E 'vrienden/anderen' gelijk is aan dat van de onderzoekspopulatie. De beschikking over deze relaties leidt dus niet tot een hoger percentage gevestigden. In de andere categorieën ligt het percentage gevestigden wel iets hoger dan in de onderzoekspopulatie, maar deze verschillen zijn te gering om significant te zijn. Een uitzondering daarop vormt de categorie A 'ouder of partner die huisarts is'. Huisartsen die over deze relatie beschikken zijn significant vaker gevestigd.

Splitsen wij tabel 6.15 uit naar sexe dan kunnen wij nagaan of de beschikking over de onderscheiden hulpbronnen bij vrouwen dezelfde invloed heeft op vestiging als bij mannen (zie tabel 6.16a en tabel 6.16b volgende pagina).

Wanneer wij weten dat in de onderzoekspopulatie 71% van de mannen is gevestigd en 60% van de vrouwen, dan kunnen wij de percentages in de tabel daarmee vergelijken.

Het meest in het oog lopende verschil is dat de partner die een (para)medisch beroep uitoefent bij de mannen leidt tot een hoger percentage gevestigden (+7%), terwijl het percentage gevestigden bij de vrouwen die een partner hebben die een (para)medisch beroep heeft lager is (-13%). Met andere woorden voor mannen is de beschikking over deze relatie een bron van hulp terwijl het voor vrouwen een restrictie is.

Wanneer de ouder of de partner huisarts is òf wanneer een of beide ouders een paramedisch beroep uitoefenen, blijkt het percentage gevestigden bij de vrouwen aanmerkelijk hoger te liggen dan bij de overige vrouwen uit de onderzoekspopulatie (respectievelijk +40% en +9%). Bij de mannen uit deze categorieën is het percentage gevestigden eveneens hoger, maar in minder sterke mate dan bij vrouwen (met 11% en 9%).

In de overige categorieën is slechts ofwel een lichte stijging van het percentage gevestigden te zien ofwel een gelijkblijvend percentage wanneer de huisartsen over de betreffende relaties beschikken.

Tabel 6.16^a De beschikking over de hulpbron 'relaties' in 1984 door vrouwen en het al dan niet gevestigd zijn in 1988

	vrouwen die over de on- derscheiden relaties be- schikken	gevestigd in 1988		verschil met het percen- tage geves- tide vrouwen uit de onderzoeks- populatie
		N =	N= %	
A. ouder of partner die huisarts is	12	12	100%	+40%
B. ouder die (para)- medisch beroep uitoefent	16	11	69%	+ 9%
C. partner die (para)medisch be- roep uitoefent	15	7	47%	-13%
D. overige familie- leden in de (para)medische sector	43	26	60%	0%
E. vrienden/anderen	79	48	61%	+ 1%
F. lid van organi- saties op me- disch gebied	67	44	66%	+ 6%

Tabel 6.16^b De beschikking over de hulpbron 'relaties' door mannen en het al dan niet gevestigd zijn in 1988

	mannen die	gevestigd		verschil met het percen- tage geves- tide mannen uit de onderzoeks- populatie
	over de on- derscheiden relaties be- schikken	in 1988		
	N =	N=	%	
A. ouder of partner die huisarts is	28	23	82%	+11%
B. ouder die (para)- medisch beroep uitoefent	20	16	80%	+ 9%
C. partner die (para)medisch be- roep uitoefent	73	57	78%	+ 7%
D. overige fami- lieleden in de (para)medische sector	125	93	74%	+ 3%
E. vrienden/anderen	211	149	71%	0%
F. lid van organi- saties op me- disch gebied	188	136	72%	+ 1%

Tot nu toe hebben wij ons bezig gehouden met de afzonderlijke categorieën 'relaties'. Huisartsen kunnen echter ook over meerdere 'soorten' relaties beschikken. Om na te gaan of een combinatie van deze relaties bij vrouwen hetzelfde effect sorteert op vestiging als bij mannen combineren wij de eerste drie 'categorieën relaties; deze blijken immers de grootste invloed uit te oefenen op het vestigingspercentage.

Wij krijgen dan drie combinaties: de relaties A & B, A & C en B & C. Onder deze categorieën te zamen vallen 23 huisartsen (= 7% van de totale onderzoekspopulatie). Over deze onderscheiden combinaties van relaties blijken vooral de mannelijke

huisartsen te beschikken: 20 mannen en drie vrouwen. Van deze 23 huisartsen zijn er 22 gevestigd in 1988.

Een combinatie van de genoemde relaties blijkt de vestigingskans dus aanmerkelijk te vergroten; het gaat, zoals gezegd, maar over een relatief klein deel (7%) van de onderzoekspopulatie.

Vatten wij de belangrijkste resultaten uit de analyses over de hulpbron relaties samen, dan kunnen wij concluderen dat vrouwen vaker een ouder hebben die een paramedisch beroep beoefent (19% van de vrouwen) dan mannen.

Mannen hebben vaker een partner die een paramedisch beroep uitoefent (éénderde van de mannen uit de onderzoekspopulatie) het percentage gevestigden ligt bij de groep mannen die over deze relatie beschikken 7% hoger. Bij vrouwen daarentegen leidt deze situatie tot een lager percentage gevestigden.

Wij vinden tenslotte dat het lidmaatschap van medische organisaties voor vrouwen en mannen niet identiek is; bij vrouwen blijkt dit lidmaatschap tevens te leiden tot een iets groter percentage gevestigden (+6%), bij de mannen is dat +1%.

6.3. Conclusie uit de analyses van de tweede stap van het verklarend model

Wij zijn dit hoofdstuk begonnen met de uitkomsten uit de eerste stap van het verklarend model: vrouwelijke huisartsen gaan naar minder zelfstandige vestigingswijzen op zoek dan mannelijke huisartsen.

Wij hebben vastgesteld dat de vraag naar praktijken veel groter is dan het aanbod aan praktijken en dat het aanbod van de meer zelfstandige praktijken het aanbod aan beroepsarbeid in dienstverband verre overtreft. Uit de uitkomsten van de eerste analysestap blijkt dat het juist laatstgenoemde praktijken zijn waar vrouwen in veel sterkere mate naar op zoek gaan dan mannen.

Huisartsen kunnen hun kans op vestiging vergroten door tijdelijke beroepswerkzaamheden te verrichten, zo blijkt uit de analyses. Verschillen in de manieren waarop vrouwelijke en mannelijke huisartsen naar een praktijk zoeken hebben wij ech-

ter nauwelijks vast kunnen stellen. Het toetsen van de voor-
spelling dat verschillen in zoekgedrag verklaard kunnen worden
uit de hulpbronnen die huisartsen bij het zoeken kunnen benut-
ten, wordt door deze uitkomsten irrelevant.

De veronderstelling - die wij op basis van deze uitkomsten
formuleren - dat de beschikking over hulpbronnen niet zozeer
via de zoekmethoden maar rechtstreeks de kans op vestiging zal
beïnvloeden, kan maar zeer ten dele getoetst worden. De be-
schikbare onderzoeksgegevens zijn daarvoor ontoereikend.

Enkele kanttekeningen zijn hier op zijn plaats. Wat de zoek-
methode betreft vinden wij dat het zoeken via beroepswerkzaam-
heden de kans op vestiging vergroot. Wij vinden echter geen
verschillen tussen vrouwen en mannen in het zoeken via deze
methode. Wij hebben de frequentie van zoeken echter zeer onge-
nuanceerd vastgesteld, namelijk 'vaak' of 'weinig' zoeken via
een zoekmethode (vanwege het kleine aantal zoekenden). Wanneer
wij weten dat het zoeken via beroepswerkzaamheden kan variëren
van enkele dagen tot enkele maanden en wanneer wij tevens
weten dat hiermee in dit onderzoek geen rekening kon worden
gehouden, lijkt nader onderzoek op dit punt gewenst.

Een tweede opmerking betreft de hulpbron 'relaties'. Het zoe-
ken via relaties blijkt niet samen te hangen met de kans op
vestiging, hetgeen op z'n minst opmerkelijk is. Zeker als
tevens - uit hoofdstuk 8 - zal blijken dat gevestigden vooral
via relaties geschikte kandidaten opsporen voor overname of
associatie. Ook op dit punt zal genuanceerder onderzoeks-
materiaal verzameld moeten worden om de 'werking' van de rela-
ties in het zoekproces zichtbaar te maken.

7 Het zoekproces nader onderzocht

Zoeken naar een huisartspraktijk in een periode waarin huisartspraktijken schaars zijn is veelal een moeizaam proces. Het verloop van dit proces en de uitkomst ervan worden beïnvloed door een groot aantal factoren. Dit proces hebben wij in de voorgaande analyses welbewust vereenvoudigd door de selectie van de meest belangrijke factoren; factoren die wij hebben samengebracht in een verklarend model. Toetsing van de belangrijkste implicaties van dit model geeft antwoord op de vraag of het zoeken op bepaalde manieren vaker leidt tot vestiging en of de manieren waarop wordt gezocht en de frequentie waarmee zoekactiviteiten worden ondernomen, verschilt voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen.

In dit hoofdstuk zal het accent verschoven worden naar het procesmatig karakter van het zoeken. In plaats van samengevoegde, gecombineerde beslissingen wordt uitgegaan van een meer procesmatige benadering. Hierbij wordt het zoekproces opgevat als een reeks opeenvolgende persoonlijke keuzemomenten die op elkaar ingrijpen. De centrale vraag hierbij is of dit zoekproces voor vrouwelijke huisartsen een ander verloop heeft dan voor mannelijke huisartsen.

7.1. Verzameling van onderzoeksgegevens met behulp van logboeken en de verwerking ervan

Om inzicht te krijgen in het procesmatig verloop van het zoeken naar een huisartspraktijk is het nodig om de zoekenden als het ware op de voet te volgen bij hun zoekpogingen. Gege-

vens uit de enquêtes zijn hiervoor niet gedetailleerd genoeg; de enquêtevragen beslaan immers een tijdsperiode van een heel jaar.

Daarom is een apart deelonderzoek naar het verloop van het zoekproces opgezet waarbij gegevens zijn verzameld met behulp van logboeken. De logboekmethode bestaat uit het bijhouden van een dagboek of logboek waarin de zoekenden dag voor dag aantekenen welke gebeurtenissen die dag hebben plaatsgevonden met betrekking tot het zoeken naar een praktijk. Is er die dag niets te melden dan kan volstaan worden met het aankruisen van enkele gestructureerde antwoordcategorieën. Is er wel iets te melden dan wordt aan de hand van open en van gestructureerde vragen een weergave van deze gebeurtenissen gevraagd.

De logboekmethode is om een aantal redenen gekozen. De belangrijkste reden is dat de op deze wijze verkregen gegevens niet worden gekleurd door de afloop van de gebeurtenissen. Dit is vooral bij dit deelonderzoek van belang omdat men bij het zoeken naar een praktijk relatief vaak met mislukte pogingen te maken zal krijgen. Zoekende huisartsen zullen teleurstellingen over mislukte zoekpogingen trachten te reduceren door het aanvoeren van rationele argumenten. Bij een mislukte poging wordt de vestigingsplaats achteraf toch als minder begerenswaardig ingekleurd. Dit verschijnsel is door Festinger (1957) omschreven als de reductie van cognitieve dissonantie. Als bijvoorbeeld vragen gesteld worden over een veelbelovend contact waarvan de afloop nog niet bekend is, dan zullen de antwoorden van de zoekenden anders zijn dan wanneer dezelfde vragen gesteld worden als men weet dat dit veelbelovende contact op niets is uitgelopen. In laatstgenoemde situatie is de kans groot dat dissonantiereductie de antwoorden kleurt, hetgeen tot uiting komt in opmerkingen als: "ik vermoedde het eigenlijk wel" of "het was ook een praktijkvorm die ik niet echt ambieerde". Door dagelijks een aantal vragen te stellen - en de zoekende huisarts als het ware op de voet te volgen - wordt vertekening van de antwoorden grotendeels ondervangen.

Een tweede argument dat pleit voor de logboekmethode is de ondervanging van selectiviteit in de antwoorden. Bij de weergave van gebeurtenissen van de afgelopen dag zullen de zoeken-

de huisartsen zich voorvallen en reacties beter voor de geest kunnen halen dan na verstrijken van enige tijd. Aspecten die de zoekenden als minder relevant voorkomen zullen naar de achtergrond verdwijnen en vergeten worden.

De selectiviteit kan nog verder worden ondervangen door de wijze waarop de vragen worden opgesteld. De vragen uit het logboek kunnen worden toegespitst op indrukken, verwachtingen en kansen die de zoekenden zichzelf geven. Worden dezelfde vragen na verloop van enige maanden gesteld dan zullen de gebeurtenissen 'vervaagd' zijn; men herinnert zich deze dingen niet meer precies en gebeurtenissen gaan door elkaar lopen etc. Vooral bij onderzoek, waarbij het explorerend element een belangrijke rol speelt, is het van belang om een zo compleet en genuanceerd mogelijk beeld te krijgen.

Een laatste argument voor het hanteren van de logboekmethode heeft betrekking op het procesmatig verloop van het zoeken naar een huisartspraktijk. Het zoeken kan worden gekenschetst als een reeks met elkaar verbonden keuzemomenten. De keuzen die gemaakt worden vloeien voort uit voorgaande stappen en hebben op hun beurt een weerslag op het verdere verloop van het (zoek)proces. Daar bij het logboekonderzoek de huisarts van dag tot dag gevolgd wordt bij pogingen om een huisartspraktijk te vinden, is het mogelijk om aan dit procesmatig karakter recht te doen; bijvoorbeeld door expliciet te vragen naar de invloed van de gestelde eisen op verdere zoekactiviteiten of naar de reacties van de zoekenden op een afwijzing.

Naast deze voordelen zijn ook nadelen te noemen. Het meest belangrijke nadeel is wel dat de mogelijkheid bestaat dat men door het bijhouden van het logboek aktiever gaat zoeken. Men wordt als het ware dagelijks met de neus op de feiten gedrukt. Het is een reden waarom de deelnemers aan het logboek niet geselecteerd zijn uit de onderzoekspopulatie.

Dat dit op het bijhouden van het logboek van invloed is blijkt ook uit opmerkingen van enkele huisartsen. "De eerste keren gaf het mij een soort kick om het logboek in te vullen, vervolgens een soort bezinning op het ingevulde, dan een beetje een automatisme." Een andere huisarts vertelt "Je fungeert toch wel een beetje als stok achter de deur. Ik moet mij iede-

re dag weer afvragen wat ik vandaag aan het zoeken gedaan heb".

Het is echter niet waarschijnlijk dat het invullen van het logboek een andere uitwerking heeft op vrouwen dan op mannen. De huisartsen die aan het deelonderzoek deelnemen zullen mogelijk wat gestimuleerd worden om te zoeken, maar dat is voor de vraagstelling - onderzoek naar verschillen tussen vrouwen en mannen - van ondergeschikt belang.

Bij analyse van gegevens, verzameld met behulp van logboeken, doet zich een methodologisch probleem voor. Hoe kan de stapel dagelijkse verslagen zodanig worden 'aangepakt' en 'bewerkt' dat daaruit een beeld kan worden gedestilleerd over het zoekgedrag van vrouwelijke en mannelijke huisartsen. Hiervoor zijn - vooralsnog - geen pasklare oplossingen. In dit deelonderzoek zijn wij tot de volgende oplossing gekomen.

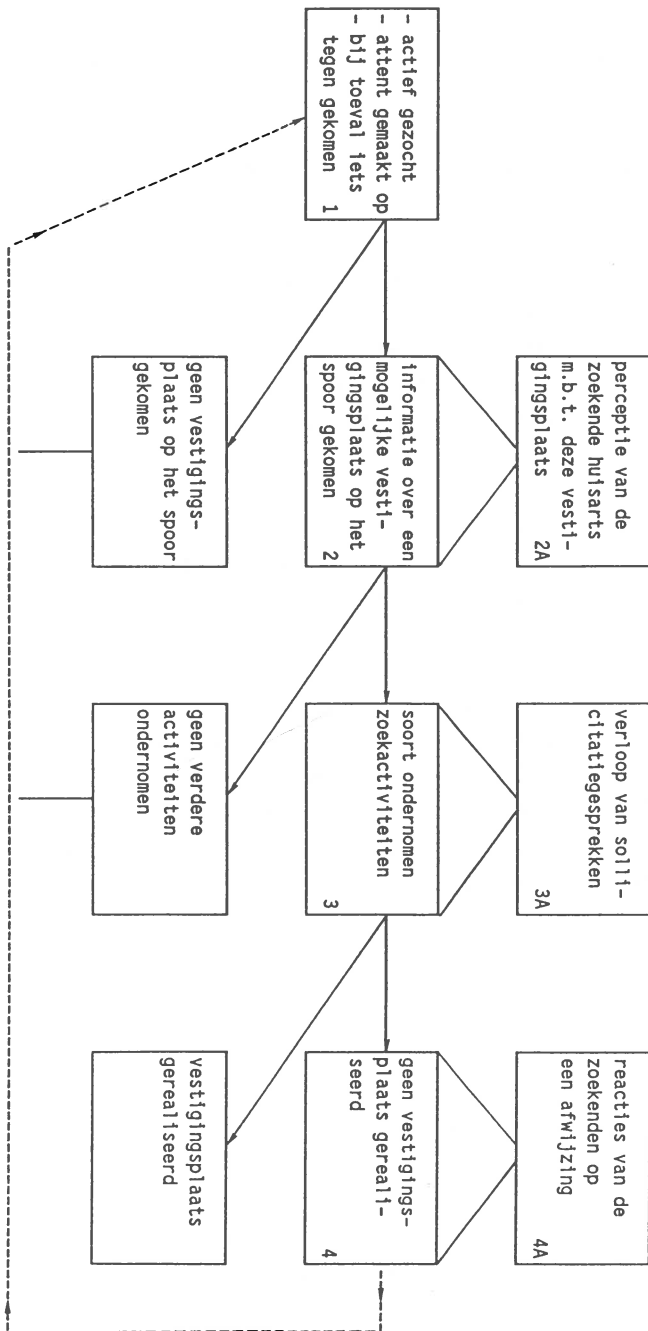
Een eerste stap vormt de opsplitsing van het zoekproces in de belangrijkste keuzemomenten (zie stroommodel pagina 197). Vervolgens zijn wij nagegaan welke informatie uit de logboeken bij welk keuzemoment ondergebracht moest worden.

Het bij elkaar brengen van deze clustertjes-aan-informatie bij een bepaald keuzemoment stelt ons voor een dilemma. Antwoorden op open vragen lenen zich slecht voor een omzetting in codes en het verwerken ervan met behulp van een computer. Anderzijds is het 'met de hand' bewerken van deze gegevens een zeer tijdrovende zaak; iedere vraag die men zich stelt betekent het doorbladeren en lezen van de hele stapel logboeken. Wij hebben een compromisoplossing gevonden. De computer gebruiken wij bij het 'opsporen van dagen' waar gegevens te vinden zijn over een bepaald 'keuzemoment'. Deze informatie wordt bij elkaar gezet in twee groepen, informatie over vrouwen en over mannen.

Deze informatie wordt vervolgens bewerkt tot een beeld van het betreffende keuzemoment, voor vrouwen en mannen afzonderlijk. Aaneenschakeling van deze beelden stellen ons in staat het zoekproces van vrouwen te vergelijken met dat van mannen.

Bij de beschrijving van de beelden staat niet de persoon van de individuele huisarts centraal maar de activiteiten of de ervaringen die zijn ondernomen. Wij hanteren als vuistregel dat de activiteiten en/of ervaringen voldoende gespreid moeten

Figuur 7.1 Schematische weergave van keuzemomenten tijdens het zoekproces



zijn binnen de groepen. Bepaalt een enkeling het beeld dan is dat steeds uitdrukkelijk vermeld bij de resultaten. Bij voldoende spreiding van de informatie binnen de groepen zijn bij de 'beeldvorming' reacties van de zoekenden als illustratie van dat beeld gehanteerd.

7.2. Keuzemomenten in het zoekproces en vraagstelling

Het zoeken naar een huisartspraktijk hebben wij gekarakteriseerd als een reeks met elkaar verbonden keuzemomenten. De keuzemomenten uit het zoekproces kunnen worden weergegeven in een stroommodel (zie pagina 197). Deze keuzemomenten zijn punten waarop de zoekende huisarts een beslissing neemt die tot gevolg heeft dat het zoekproces wordt voortgezet dan wel afgebroken.

Het proces vangt aan met het opsporen van informatie over een mogelijke vestigingsplaats (blok 1 van het stroommodel). De huisartsen uit het onderzoek kunnen besluiten om daar al dan niet actief naar op zoek te gaan. Hebben deze pogingen geen succes dan blijft men in deze fase steken.

Komt men wel informatie over een praktijk op het spoor dan moet worden afgewogen om daar al dan niet op in te gaan; een afweging waarbij de waardering van de opgespoorde vestigingsplaats zal meespelen (blok 2 van het stroommodel). Besluit men er niet verder op in te gaan dan stopt het zoekproces in deze fase; besluit men er wel mee door te gaan dan ziet men zich geplaatst voor de vraag op welke wijze men verder zal gaan (blok 3 van het stroommodel).

De gekozen zoekactiviteit en de resultaten ervan brengen de huisarts tot een beslissing over het al dan niet doorgaan met verdere activiteiten. Zo zal het bijvoorbeeld van de reactie op een sollicitatiebrief of het contact met de huisarts die een praktijk wil overdragen afhangen of verdere stappen worden ondernomen.

Is de beslissing positief dan zal afgewogen moeten worden welke stappen verder nuttig en nodig zijn. Men kan bijvoorbeeld een sollicitatiegesprek voeren, contact zoeken met financierende instanties, met de gemeente, etc. Is de beslissing

negatief dan is de zoekende huisarts weer terug bij 'af' en zal er opnieuw informatie over een vestigingsplaats opgespoord moeten worden.

De uitkomst van deze fase is het al dan niet realiseren van een vestiging (blok 4 van het stroommodel).

In het stroommodel worden de keuzemomenten als een cyclisch proces weergegeven. De blokken 1 tot en met 4 uit het stroommodel geven de 'hoofdstroom' aan. Degenen die niet 'doorstromen' komen in de blokken beneden de hoofdstroom terecht en moeten opnieuw bij het begin van het zoekproces aanvangen. De blokken die boven de hoofdstroom liggen geven nadere informatie over het verloop van de desbetreffende stap, bijvoorbeeld de waardering van een opgespoorde praktijk die meespeelt bij de beslissing om al dan niet verdere stappen te ondernemen.

Aan het begin van dit hoofdstuk hebben wij als algemene vraag geformuleerd of dit zoekproces voor vrouwelijke huisartsen op dezelfde wijze verloopt als voor mannelijke huisartsen. Deze onderzoeksvraag kan in de volgende aspecten uiteengelegd worden:

- proberen vrouwelijke huisartsen op andere manieren informatie over een huisartspraktijk op te sporen dan mannelijke huisartsen
- stukt het zoekproces bij vrouwelijke huisartsen gewoonlijk in een eerdere fase dan bij mannelijke huisartsen
- ligt de waardering van de eenmaal opgespoorde praktijk voor vrouwelijke huisartsen anders dan bij mannelijke huisartsen
- wanneer informatie over een mogelijke vestigingsplaats is opgespoord, overwegen en ondernemen vrouwelijke huisartsen dan dezelfde activiteiten als mannelijke huisartsen
- zijn de redenen voor afwijzing of acceptatie voor vrouwelijke kandidaten anders dan voor mannelijke kandidaten.

7.3. Deelname en opzet van het logboekonderzoek

Een groep van negentien praktijkzoekende huisartsen - tien vrouwen en negen mannen - heeft gedurende drie maanden een logboek bijgehouden. De groep maakt geen deel uit van de

onderzoekspopulatie van het enquête-onderzoek. Het zijn huisartsen die in 1982 de huisartsenopleiding hebben voltooid en die in 1984 - nog steeds - naar een huisartspraktijk op zoek zijn.

In twee instructiebijeenkomsten is het doel van het deelonderzoek uitgelegd en zijn aanwijzingen gegeven voor het bijhouden van een logboek. De logboeken zijn in gedeelten aan de respondenten toegestuurd. Na afloop van elke periode sturen de respondenten het ingevulde deel van het logboek terug en ontvangen een volgend deel. Naar aanleiding van de terug ontvangen delen van de logboeken is regelmatig telefonisch contact opgenomen met de respondenten over eventuele onduidelijkheden, de voortgang en de perikelen rond het zoeken naar een huisartspraktijk.

Het logboek bevat voorgestructureerde vragen die dagelijks beantwoord moeten worden. Deze 'dagelijkse' vragen beogen informatie te verkrijgen over: de pogingen die de zoekenden in het werk gesteld hebben om informatie over een mogelijke vestigingsplaats op te sporen, de ondernomen activiteiten die een eerste contact tot stand moeten brengen met de aanbieder van een huisartspraktijk, de overwegingen om die dag geen concrete stappen te ondernemen, activiteiten die men heeft ondernomen in verband met eerder gelegde contacten en eventuele reacties op eerdere sollicitaties.

Heeft men activiteiten ondernomen dan kan dat in voorgestructureerde antwoordcategorieën worden aangekruist. Daarnaast is tevens een aantal open vragen gesteld naar ervaringen en andere wetenswaardigheden.

Bij een aantal voorgestructureerde antwoorden wordt verder doorgevraagd. De antwoorden op de verdergaande vragen kunnen in open antwoordcategorieën worden verwoord. In enkele gevallen geven wij voorbeelden om strekking van de vraag preciezer te duiden.

Een eerste groep vragen informeert naar de vestigingsplaats waarover men informatie heeft opgespoord, zoals: de waardering van de vestigingsplaats, eisen die gesteld worden, kans die men zichzelf geeft, etc. (blok 2A van het stroommodel).

Een tweede groep vragen gaat dieper in op het verloop van een

sollicitatiegesprek. Daarbij wordt gevraagd naar de functie/positie van degenen met wie men het sollicitatiegesprek heeft gevoerd, de onderwerpen die ter sprake zijn gekomen, de eisen c.q. belemmeringen die zijn opgeworpen, de indruk die de gega-digde heeft van het sollicitatiegesprek en kansen die men zichzelf geeft vóór en na het gesprek (blok 3A van het stroom-model).

In een laatste groep vragen wordt geïnformeerd naar de situa-tie waarin de huisarts heeft gehoord dat zijn/haar sollicita-tie is afgewezen. Gevraagd wordt in welke fase de sollicita-tieprocedure zich bevindt, de redenen van afwijzing (expliciet en impliciet), de gestelde eisen en de mogelijkheden om aan deze eisen te voldoen, de wijze waarop men is afgewezen, en de eventuele gevolgen voor het verdere verloop van het zoekproces (blok 4A van het stroommodel).

7.4. Opsporen van een mogelijke vestigingsplaats

De groep huisartsen is gevraagd het logboek gedurende een periode van drie maanden bij te houden. In de praktijk blijkt dit vaak een geringer aantal dagen te zijn. Een overzicht van het werkelijk aantal dagen dat een logboek is bijgehouden geeft tabel 7.1.

Tabel 7.1 Periode waarin het logboek is bijgehouden, uitge-splitst naar sexe

aantal dagen dat log- boek is bijgehouden	vrouwen	mannen
31 - 48 dagen	1	4
60 - 62 dagen	1	1
75 - 93 dagen	7	5

Het gemiddeld aantal zoekdagen ligt voor vrouwen hoger dan voor mannen respectievelijk 77 en 66 dagen. Vullen wij deze cijfermatige gegevens aan met de opmerkingen van huisartsen in het logboek dan blijkt voorts al iets van verschillen in zoek-

gedrag tussen vrouwen en mannen.

Vakantie wordt door acht huisartsen (drie vrouwen en vijf mannen) als reden aangevoerd voor het korter dan drie maanden bijhouden van het logboek. Voor mannen is vakantie - met uitzondering van iemand die in het buitenland gaat werken - de enige aangevoerde reden; vrouwen voeren daarnaast een scala van redenen aan. Een vrouw heeft pas een baby gekregen en verricht bovendien waarneemactiviteiten. "De animo om te zoeken als je werkt hebt is wat minder", voegt zij daaraan toe. Een ander heeft een tijdelijke baan geaccepteerd en besluit daarop niet meer zo actief te zoeken. Twee vrouwen verhuizen tijdens de logboekperiode; een ervan verricht daarnaast waarneemactiviteiten, de ander voelt zich schuldig en wil er "na de verhuizing hard tegen aangaan". Weer een ander durft geen vaste baan te zoeken, want zij krijgt een gehandicapt pleegkind en wil daarnaast haar man bijstaan in zijn bedrijf. "Toch wil ik wel graag mijn huisartsenopleiding in praktijk brengen op den duur", voegt zij eraan toe. Weer een ander trouwt gedurende de logboekperiode en voert dat als reden aan waarom zij weinig heeft gezocht. Ook is er een vrouw die weliswaar nagenoeg de gehele periode een logboek heeft bijgehouden, maar zelf het gevoel heeft dat zij onvoldoende zoekt. Zij schrijft: "eigenlijk ben ik er heel erg mee bezig, maar dat blijkt niet uit het logboek".

Het is opmerkelijk dat de groep vrouwelijke huisartsen in dezelfde periode een groter aantal dagen heeft gezocht dan de groep mannelijke huisartsen en desondanks meer en gevarieerder redenen aandragen voor het niet - actief - zoeken naar een praktijk. De aanvullende opmerkingen wekken bovendien de indruk dat vrouwen het zoeken naar een praktijk vaker dan mannen combineren met gezinsverplichtingen.

7.4.1. Manieren waarop men een praktijk op het spoor komt

Het aantal dagen dat huisartsen een logboek hebben bijgehouden zegt echter nog niets over het aantal pogingen die zij in het werk gesteld hebben om informatie over een praktijk op het spoor te komen.

Uit de logboeken blijkt dat huisartsen 159 maal aan de slag zijn geweest om informatie over een huisartspraktijk op het

spoor te komen. Splitsen wij dit aantal uit naar vrouwelijke en mannelijke huisartsen dan blijkt dat vrouwen 64 maal iets hebben ondernomen en mannen 95 maal.

Vergelijken wij deze uitkomsten met het aantal zoekdagen dan kunnen wij constateren dat de groep vrouwen weliswaar meer dagen is bezig geweest met het zoeken naar een praktijk, maar dat zij in de logboekperiode minder activiteiten hebben verricht om informatie over een vestigingsplaats op te sporen. Het zoekproces stopt dus voor de groep vrouwen vaker in deze fase dan voor de groep mannen.

Uit de voorgaande paragraaf is gebleken dat vrouwen méér en een verscheidenheid aan argumenten aanvoeren voor het minder actief zoeken naar een praktijk. Het verrichten van 'neven-activiteiten' kan een reden zijn voor het minder actief speuren naar informatie over een praktijk.

Een ander mogelijk argument is dat mannen vaker door anderen attent worden gemaakt op een mogelijke vestigingsplaats of dat mannen vaker bij toeval iets tegenkomen. Om dit na te gaan delen wij de 'opsporingsactiviteiten' in drie categorieën in:

- zelf actief op zoek gaan
- door anderen attent gemaakt worden op een beschikbare praktijk
- bij toeval iets op het spoor komen.

Wanneer wij deze categorieën vervolgens uitsplitsen naar vrouwen en mannen dan ontstaat een beeld dat in tabel 7.2 op de volgende pagina is weergegeven.

Zoals wij aan het begin van dit hoofdstuk hebben aangegeven, is het analyiseniveau de verrichte zoekactiviteiten of ervaringen en gebeurtenissen. Dit betekent dat het aantal eenheden per tabel sterk uiteenloopt. Als vuistregel geven wij alleen dan een overzicht in tabelvorm, als de activiteiten voldoende gespreid zijn binnen de groep huisartsen. Wordt het beeld slechts door een enkeling bepaald, dan wordt dit uitdrukkelijk vermeld.

Tabel 7.2 laat zien dat zo'n 80% van de 'opsporingsactiviteiten' bestaat uit het zelf actief op zoek gaan; dit gaat zowel voor de mannen als de vrouwen op.

Tabel 7.2 Het opsporen van informatie over een mogelijke vestigingsplaats, uitgesplitst naar sexe

	vrouwen	mannen
zelf actief op zoek gegaan	51 (79%)	77 (81%)
door anderen attent gemaakt op	8 (13%)	17 (18%)
bij toeval iets tegen gekomen	5 (8%)	1 (1%)
	64 (100%)	95 (100%)

Door anderen attent gemaakt worden op een vestigingsplaats gebeurt bij de groep mannen relatief wat vaker dan bij de groep vrouwen. In het enquête-onderzoek hebben wij op basis van theoretische noties de hypothese geformuleerd dat vrouwen over minder relaties beschikken als hulpbron bij het zoeken. Hoewel de verschillen die wij vinden klein zijn is er toch een voorzichtige aanwijzing dat mannen vaker via relaties informatie over een vestigingsplaats op het spoor komen.

Bij toeval iets tegenkomen levert slechts in een gering aantal gevallen informatie over vestigingsplaatsen op. Het 'overkomt' vrouwen wel aanmerkelijk vaker dan mannen.

Het geconstateerde verschil tussen vrouwen en mannen in het aantal 'opsporingsactiviteiten' is niet te verklaren uit de wijze waarop men een vestigingsplaats opspoort; zo'n 80% van de activiteiten bestaat immers uit 'zelf-actief-op zoek-gaan'.

7.4.2. Ondernomen 'opsporingsactiviteiten'

Een andere verklaring voor verschillen in 'opsporingsactiviteiten' kan gezocht worden in aard der activiteiten. Men kan op zeer uiteenlopende manieren informatie over een vestigingsplaats proberen op te sporen en het kan zijn dat vrouwen andersoortige activiteiten ondernemen dan mannen (vergelijk ook hoofdstuk 6).

In de logboeken hebben de huisartsen aangegeven welke activiteiten zij ondernemen om informatie over een praktijk op het spoor te komen. De ondernomen activiteiten rangschikken wij naar de frequentie. De geordende zoekactiviteiten splitsen wij uit naar sexe en wijze van opsporen (= zelf actief gezocht,

attent gemaakt op en bij toeval iets tegenkomen). De resultaten zijn weergegeven in de tabel 7.3.

Tabel 7.3 Activiteiten ondernomen om informatie over een praktijk op te sporen, uitgesplitst naar sexe

	manieren van praktijk opsporen*						totaal	
	vrouwen			mannen			vrou- wen	man- nen
	categorieën			categorieën				
	1	2	3	1	2	3		
- zoeken via advertenties	34	-	2	62	-	-	36	62
- contacten via vrienden/kennissen	1	1	3	4	7	1	5	12
- contacten binnen de medische wereld	-	6	-	-	9	-	6	9
- benaderen van gevestigde huisartsen	5	-	-	3	-	-	6	3
- bemiddelingsbureaus/waarneembureaus/vacaturebank	6	-	-	3	1	-	6	4
- contacten via PHV's/gemeenten	3	-	-	2	-	-	3	2
- contacten via lezingen/symposia	1	-	-	2	-	-	1	2
- contacten via beroepsarbeid/huisartsopleider	1	1	-	-	-	-	2	-
- plaatsen van advertenties	-	-	-	1	-	-	-	1
Totaal	51	8	5	77	17	1	64	95

* Categorie 1 zelf actief op zoek gegaan
 Categorie 2 door anderen attent gemaakt
 Categorie 3 bij toeval iets tegen gekomen

De resultaten uit de tabel geven aan dat het opsporen van informatie over een mogelijke vestigingsplaats via het zoeken naar advertenties verreweg het meest wordt gehanteerd. Het blijkt dat het verschil in opsporingsactiviteiten tussen vrouwen en mannen voornamelijk toegeschreven moet worden aan verschillen in het zoeken via advertenties. Wat de overige zoekactiviteiten betreft blijken vrouwen en mannen nagenoeg even vaak activiteiten ondernomen te hebben om informatie over een praktijk op te sporen: respectievelijk 30 en 33 keer.

Vrouwen zijn iets actiever dan mannen als het gaat over het benaderen van gevestigde huisartsen en bemiddelings/waarneembureaus of de vacaturebank.

Kijken wij naar contacten via vrienden en kennissen en contacten binnen de medische wereld dan blijkt dat mannen wat vaker dan vrouwen via deze kanalen opereren.

De overige activiteiten worden relatief weinig ondernomen.

7.5. Activiteiten naar aanleiding van informatie⁴ over vestigingsplaatsen

Zoekende huisartsen die informatie over een mogelijke vestigingsplaats op het spoor gekomen zijn, komen voor de vraag te staan of zij daar al dan niet verder op in te gaan. In principe staan drie wegen open.

Een eerste spoor is dat als de huisarts besluit verdere stappen te ondernemen, hij 'doorstroomt' naar de volgende fase van het stroommodel. Wij noemen contact zoeken met de gevestigde huisarts of een sollicitatiebrief schrijven als voorbeeld.

Een tweede spoor is dat de huisarts de informatie over de mogelijke vestigingswijze in beraad houdt; hetzij deze afweegt ten opzichte van andere lopende sollicitaties, hetzij ten opzichte van zijn werk- en leefsituatie. Verder zoeken is soms een beter alternatief dan vestiging in een minder aantrekkelijke praktijk. Ofwel de huisarts komt tot de slotsom dat de vestigingsmogelijkheid onvoldoende aantrekkelijk is (de zoekcyclus moet opnieuw beginnen) ofwel zij/hij besluit om nadere stappen te ondernemen (men schuift een fase verder in het stroommodel).

Een derde spoor betreft vestigingsalternatieven die zonder

meer als onaantrekkelijk worden bestempeld door de zoekenden. Van deze gediskwalificeerde vestigingswijzen is niet precies te achterhalen welk deel daarvan in het stroommodel is terecht gekomen. Het is mogelijk dat een deel van de vestigingsalternatieven (waarover de zoekenden informatie hebben verkregen) niet als alternatief in aanmerking is gekomen en daarom niet in het logboek is aangetekend. Het zou ook kunnen dat de range aan vestigingsalternatieven voor vrouwelijke huisartsen beperkter is dan voor mannelijke huisartsen gegeven onze eerdere bevindingen over verschillen in de gezochte vestigingswijzen tussen vrouwen en mannen. Met de gegevens uit de logboeken zijn eventuele verschillen in de range aan vestigingsalternatieven echter niet vast te stellen.

Wel hebben de zoekende huisartsen uit dit onderzoek van een aantal opgespoorde vestigingswijzen aangegeven dat zij hebben overwogen om daar op in te gaan, maar dat toch niet gedaan hebben. We geven een korte samenvatting van de argumenten die huisartsen hiervoor aanvoeren.

7.5.1. Redenen voor afzien van verdere activiteiten

Sexegebonden problematiek doet huisartsen in een aantal gevallen afzien van verdere stappen.

Het feit dat bij een opgespoorde vestigingsplaats wordt vermeld dat vrouwen de voorkeur verdienen, doet twee mannen besluiten om niet te solliciteren aangezien zij menen dat zij toch geen kans maken. Een vrouwelijke huisarts zet het idee van een solopraktijk - voorlopig - uit haar hoofd. Zij wil de zorg van haar kinderen niet aan anderen overlaten; bovendien zij verwacht een baby. Ook de werkzaamheden van de partner (van de vrouwelijke arts) wordt als argument aangevoerd om bepaalde praktijken niet in overweging te nemen; haar man kan haar in drukke perioden niet bijstaan.

Een reden die vrouwen en mannen aanvoeren is een financieel onaantrekkelijke praktijk. Het kan gaan om een te geringe omzet dan wel om onvoldoende financiële middelen voor overname.

Een huisarts (man) heeft een baan en ziet van verdere stappen af omdat dat een 'financiële terugval' zal betekenen. De verwachting dat bij overname van een praktijk de omzet zeer ge-

ring zal zijn - "waarschijnlijk zal er geld bij moeten" - doet een andere huisarts (vrouw) besluiten om er niet verder op in te gaan. Zij (en haar man) wil(len) alleen een praktijk accepteren onder 'redelijke' voorwaarden. Weer een andere huisarts (vrouw) schrikt terug voor de "ontzettend zware lasten waarvoor je komt te zitten".

Een daaraan verwant argument is de geringe groeimogelijkheden van de praktijkomvang. Voor enkele artsen (mannen) is dat een reden om geen verdere activiteiten te ondernemen.

De aanlooperperiode tot een associatie of overname, waarbij de zoekende huisarts eerst als assistent of waarnemer in een praktijk gaat werken, doet enkele huisartsen afzien van verdere pogingen. Een huisarts (vrouw) zou eerst als full-time assistente in zeer grote praktijk moeten gaan werken en in een latere fase associëren; zij twijfelt eraan of het hier om een goed 'voorstel' gaat. Een andere huisarts (man) zou graag de opgespoorde praktijk willen, maar de "zeer geringe kans op vestiging" na de aanlooperperiode doet hem van nadere pogingen afzien.

Het te grote aantal praktijkzoekende huisartsen is voor enkelen een reden om geen verdere activiteiten te ontplooiën. Een huisarts vindt enkele advertenties, maar hij geeft zichzelf weinig kans. De te summiere informatie weerhoudt hem om te reageren; "zelfs niet in deze barre tijden" voegt hij eraan toe. Een andere arts (vrouw) besluit niet te solliciteren omdat de gestelde eisen (te) hoog zijn en de kans dat zij wordt aangenomen gering.

Dat de gegeven situatie soms wordt verkozen boven een opgespoorde vestigingswijze zegt wellicht meer over de condities waaronder de praktijk wordt aangeboden dan uit de notities van de huisartsen blijkt. Een huisarts (vrouw) is de enige kandidate voor een praktijk, maar ziet er toch maar van af; haar huidige activiteiten zijn meer bevredigend vermoedt zij. Een ander heeft via een huisartseninstituut een vestiging opgespoord; verdere stappen lijken haar de tijdsinvestering en het risico niet waard. Een huisarts ziet van verdere stappen af; het gaat om een 'minder aantrekkelijke' praktijk en hij geeft aan een andere - lopende - sollicitatie de voorkeur.

Een reden die soms - mede - wordt aangevoerd is de toekomstige samenwerking. Een huisarts (man) die zich graag wil vestigen overweegt of hij zich zal aanbieden om in een praktijk te assisteren. Hij ziet daar - na raadpleging van vrienden - toch maar van af, "wij zullen elkaar waarschijnlijk niet liggen". Een andere huisarts (man) schrikt terug voor een vestiging. De gevestigde huisarts heeft "een slechte naam" en het lijkt hem "geen type om prettig mee samen te werken". Een huisarts (vrouw) voert als reden voor het niet doorgaan met de opgespoorde vestigingswijze aan, dat de praktijkvoering haar niet aanstaat.

Gebondenheid aan een bepaalde regio speelt bij een aantal huisartsen een rol, vaak naast andere argumenten. Het gaat dan om de emotionele verbondenheid met een bepaalde streek, ofwel om een aversie tegen de wijk of de streek waar de aangeboden praktijk ligt. In één geval (man) wordt de partner als reden genoemd; deze moet eerst haar opleiding afronden.

Tenslotte wordt een aantal uiteenlopende persoonlijke redenen aangevoerd. "Ik vind het toch wel moeilijk om zo maar te bel-len (...) ik moet hiervoor in de juiste stemming zijn." Een ander suggereert dat hij de betrokken huisarts niet te pakken heeft kunnen krijgen. Dan is er een huisarts die als het ware om de hete brei heen blijft draaien. Hij wil eerst informatie inwinnen, heeft hij die dan wil hij anderen raadplegen, daarna wil hij de dingen eens rustig overdenken, etc. "Is er", zo schrijft hij, "voor iemand in mijn positie nog wel een reële mogelijkheid om zich te vestigen."

Tot zover de redenen die huisartsen aanvoeren voor het afzien van nadere stappen. Wij komen er aan het einde van de paragraaf op terug.

7.5.2. Stappen naar aanleiding van opgespoorde informatie over een praktijk

Zoals gezegd is uit de logboekgegevens niet op te maken hoeveel praktijken er - op basis van de opgespoorde informatie - in overweging zijn genomen en te licht bevonden. Wel kunnen wij vaststellen hoeveel praktijken als voldoende aantrekkelijk

zijn beoordeeld om nader op in te gaan. Tabel 7.4 geeft daarvan een overzicht. Tevens wordt in de tabel aangegeven welke 'vervolgactiviteiten' zijn ondernomen.

Tabel 7.4 Activiteiten die worden ondernomen naar aanleiding van opgespoorde informatie over een vestigingsplaats, uitgesplitst naar sexe

	vrouwen	mannen
- sollicitatiebrief schrijven	14	21
- contact zoeken met gevestigde huisarts	7	7
- contact zoeken met gemeente/vestigingscommissie	4	5
- contact zoeken met bemiddelingsbureau	2	2
Totaal	27	35

De resultaten geven aan dat - met uitzondering van het schrijven van sollicitatiebrieven - vrouwen en mannen in gelijke mate activiteiten ondernemen naar aanleiding van opgespoorde vestigingsplaatsen. Dat mannen vaker een sollicitatiebrief schrijven is niet verwonderlijk; uit de voorgaande paragraaf is gebleken dat mannen vaker via advertenties informatie over een vrijkomende praktijk probeerden op te sporen.

Kijken wij naar de verhouding tussen 'opsporingsactiviteiten' en 'vervolgactiviteiten' (tabel 7.3 en 7.4) dan blijken de vrouwen in 42% een 'vervolgactiviteit' te ondernemen. Mannen doen dit relatief minder vaak, namelijk 37%. Grote verschillen tussen vrouwen en mannen doen zich in deze fase van het stroommodel dan ook niet voor.

7.5.3. Waardering van de opgespoorde vestigingsplaats

De gevonden verschillen tussen vrouwen en mannen in het zoeken naar informatie over vrijkomende vestigingsplaatsen via advertenties, zijn mogelijk terug te voeren op verschillen in waardering van de vestigingsplaats. Het kan zijn dat vrouwen selectiever zijn dan mannen in het beoordelen of de opgespoorde vestigingsplaats geschikt is.

In het logboek hebben wij door middel van een aantal (open) vragen de perceptie van de zoekende huisarts over de opgespoorde vestigingswijzen gevraagd. Huisartsen die deze vragen hebben beantwoord hebben besloten om nadere stappen te ondernemen. Deze antwoorden verschaffen inzicht in verschillen in perceptie tussen vrouwen en mannen.

De waardering van de opgespoorde vestigingswijzen is in tabel 7.5 weergegeven.

Tabel 7.5 Waardering van de opgespoorde vestigingsplaats door vrouwen en mannen

	vrouwen	mannen
- vestigingsplaats die men het liefst wil	4	10
- niet de vestiging die men het liefst wil, maar een redelijk alterantief	2	7
- een voorlopige vestigingsplaats waar men in ieder geval het beroep kan uitoefenen	2	7
- geen duidelijke waardering, misschien een goede vestigingsplaats	5	10

Uit de tabel blijkt dat omstreeks eenderde van de opgespoorde vestigingsplaatsen wordt gekarakteriseerd als de vestiging die men het liefst wil. Over ongeveer eenderde van de vestigingsplaatsen heeft men geen duidelijk beeld.

De verschillen tussen vrouwen en mannen zijn relatief gering. Men bedenke wel slechts 13 vrouwen een waardering geven over de 27 vestigingsplaatsen waarbij zij verdere activiteiten ontplooiën. Bij de mannen is de verhouding: 34 van de 35 praktijken.

Kijken wij naar de kansen die huisartsen zichzelf geven dan blijkt dat de groep mannelijke huisartsen zich nagenoeg geen kans geeft. De vrouwelijke deelnemers geven zich een kans die gelijkelijk is verdeeld over een continuüm dat loopt van 'nagenoeg geen kans' tot 'een grote kans'. Deze inschatting slaat op ongeveer de helft van de praktijken waarbij de vrouwen ver-

dere stappen ondernemen.

Dat vrouwen zich een hogere kans geven kan samenhangen met het gepercipieerd aantal kandidaten dat naar de gevonden vestigingsplaats dingt. De gegevens uit de logboeken wijzen uit dat de groep mannen in tweederde van de gevallen meent dat er zeer veel kandidaten meedingen naar deze vestigingsplaats. Deze perceptie hebben de vrouwen in eenderde van de gevallen.

Geen idee van het aantal kandidaten heeft de groep mannen in de helft van de gevallen; de groep vrouwen zegt in eenderde van de gevallen daar geen notie van te hebben.

Vrouwen geven zichzelf dus meer kans; deze perceptie van kansen zou kunnen samenhangen met de bevinding dat de groep vrouwen een optimistischer beeld heeft van het aantal kandidaten dan de groep mannelijke huisartsen.

Aan de deelnemers van het logboekonderzoek is tevens gevraagd naar de eisen die gesteld worden bij vestiging waar men nader op in wil gaan. Ook is gevraagd of zij aan de gestelde eisen menen te voldoen. Tabel 7.6 (zie volgende pagina) geeft hiervan een overzicht.

De tabel laat zien dat bij het ondernemen van 'vervolgactiviteiten' de eisen of wensen die de gevestigden hebben, dikwijls niet bekend zijn bij de kandidaten, dan wel dat zij veronderstellen dat er geen eisen gesteld worden. Bij vrouwen blijkt dat in 22% van de opgespoorde vestigingen geen expliciete eisen gesteld zijn; bij de mannen is dat bij ruim eenderde van de opgespoorde vestigingswijzen het geval. Ook hier dient te worden opgemerkt dat het gaat om 17 van 27 vestigingsplaatsen waarbij vrouwen hebben besloten verdere stappen te ondernemen. Daar waar eisen wel expliciet geformuleerd zijn, blijken sexe, achterwacht en bepaalde persoonlijke kwalificaties de meest genoemde eisen. Persoonlijke kwalificaties worden vaker door mannen opgetekend; wat de overige gestelde eisen betreft verschillen vrouwen en mannen weinig van elkaar.

Overzien wij de activiteiten van huisartsen die informatie over een vestigingsplaats hebben opgespoord, dan blijkt reflecteren op advertenties de stap die het meest gezet wordt. Dit is ook wel aannemelijk gezien eerdere bevindingen waaruit

Tabel 7.6 Eisen die gesteld worden bij de praktijk waar men nader op in wil gaan, uitgesplitst naar de mogelijkheid om daaraan te kunnen voldoen (naar sexe)

	gestelde eisen		mogelijkheid om aan de gestelde eisen te voldoen			
	vrouwen	mannen	vrouwen		mannen	
			ja	nee	ja	nee
- bepaalde sexe	4	2	3	1	-	2
- achterwacht	2	2	1	1	-	2
- persoonlijke kwalificaties*	3	8	2	1	3	5
- bepaalde levensovertuiging	1	3	1	-	2	1
- financiële middelen	1	3	-	1	2	1
- regionale gebondenheid	-	1	-	-	-	1
- geen eisen	3	4	-	-	-	-
- eisen onbekend	3	9	-	-	-	-

- * - medisch-technisch goed onderlegd
- psycho-sociale vaardigheden
 - organisatiecapaciteiten
 - tijdsinvesting in wijkactiviteiten/opbouw van het gezondheidscentrum
 - ervaring jeugdgezondheidszorg/belangstelling voor homeopathie etc.

is gebleken dat huisartsen vaak via advertenties zoeken. Sexe-gebonden eisen blijken een niet onbelangrijk deel uit te maken van de gestelde eisen. Als een bepaalde sexe als eis vermeld wordt, gaat het nagenoeg altijd om een vrouw; de voorkeur voor een man berust veeleer op 'understatement'. Of zoals een vrouw het kernachtig uitdrukt: "het was duidelijk dat men een man wilde" en het is bijna onfatsoenlijk dat een vrouw durft reageren. De mannen uit het logboek reageren op positieve discriminatie vaak geërgerd, zij voelen zich achtergesteld.

Het niet beschikken over een achterwacht wordt door vrouwen aangevoerd als reden voor het niet solliciteren naar een praktijk; mannelijke huisartsen noemen het regelen van de achterwacht een eis waaraan zij soms niet kunnen voldoen, maar het weerhoudt hen niet van solliciteren.

Voor persoonlijke kwalificaties geldt een soortgelijke 'understatement'. Uit de opmerkingen en reacties van huisartsen in de logboeken valt te bespeuren dat mannen bepaalde kwalificaties (zoals medisch-technisch goed onderlegd zijn, bezitten van organisatiecapaciteiten, bijdragen aan de opbouw van een praktijk) veel vanzelfsprekender op sexegenoten van toepassing achten dan op vrouwen. De vrouwelijke huisartsen zijn op dit punt veel aarzelender; zelfs als het gaat om gebieden waarop zij aantoonbare capaciteiten hebben, bijvoorbeeld ervaring met bepaalde groepen patiënten.

Bij de financiële eisen komt in de opmerkingen van mannen vooral naar voren dat bepaalde praktijken onvoldoende groot zijn, of onvoldoende kunnen uitgroeien hetgeen een - te - geringe omzet tot gevolg zal hebben. Het is voor mannen een reden om geen verdere stappen te ondernemen. Vrouwen voeren financiële kwesties minder vaak aan en lijken er ook minder gewicht aan te hechten.

Wel geven vrouwen zichzelf hogere kansen wanneer zij een vestigingsplaats hebben opgespoord, maar dat kan samenhangen met de bevinding dat vrouwen het aantal meedingende kandidaten over het algemeen wat lager inschatten dan mannen.

Al met al wekken de in de logboek opgetekende argumenten en eisen de indruk dat vrouwen beschikbare praktijken op een andere wijze waarderen dan mannen. Bepaalde praktijken, bijvoorbeeld met een groot aantal patiënten of solopraktijken, zien vrouwen als het ware niet binnen haar bereik liggen. Opvallend daarbij is dat vrouwen vaak niet expliciet verwijzen naar het verzorgen van kinderen of huishouding, maar dat het tijdsaspect wel een belangrijke afweging vormt om al dan niet verdere stappen te ondernemen. Het lijkt wel of vrouwen het 'overhouden' van voldoende tijd naast beroepsarbeid al incalculeren in haar overwegingen als een vanzelfsprekende 'lastenpost'. Er wordt rekening gehouden met de factor tijd bij het zoeken en bij selectie van praktijken.

7.6. Verschillen tussen vrouwen en mannen bij sollicitatiegesprekken

De zoekende huisartsen hebben gedurende de logboekperiode in totaal vijftien maal een sollicitatiegesprek gevoerd. De mannelijke deelnemers nemen tweederde deel daarvan voor hun rekening.

De onderwerpen tijdens het sollicitatiegesprek die de huisartsen in de logboeken aantekenen, centreren zich rond drie thema's: financiële kwesties, ervaring & samenwerking en de sociale situatie van de kandidaten.

Uit de verslagen in de logboeken blijkt dat financiële kwesties vaak aan de orde komen. Een gespreksonderwerp dat veelal gepaard gaat met overname van woon- of praktijkpand en goodwill. In drie gevallen blijkt dit het struikelblok te vormen. Een mannelijke huisarts meldt dat hij niet aan de financiële eis van overname van woonhuis en goodwill kan voldoen. Een vrouwelijke huisarts vertelt: "het ging hoofdzakelijk om de financiën". De financiën moesten op korte termijn geregeld zijn, maar zij kan "niet snel even het geld op tafel leggen". Bovendien ligt het gevraagde bedrag ver boven de door de LHV geadviseerde bedragen.

Een ander onderwerp dat veelvuldig ter tafel komt, is de samenwerking en de ervaring in het algemeen of in bepaalde vaardigheden. Naar de ervaring van kandidaten wordt meerdere keren geïnformeerd; zowel van vrouwelijke als mannelijke. Mannen melden tweemaal dat het kunnen verrichten van bevallingen als eis gesteld wordt. Vrouwen melden meer aanverwante gespreksonderwerpen, zoals vragen naar: haar medische belangstelling, haar ideeën over alternatieve geneeswijzen, affiniteit met de eerstelijnsgezondheidszorg. Een vrouw vermeldt dat zij min of meer op de proef gesteld wordt met vragen als: "wat doet U wanneer een spreekuur gaat uitlopen?".

De logboeken geven de indruk dat mannelijke kandidaten op een meer gelijk niveau worden benaderd over samenwerking. Dat kan gaan over persoonlijke samenwerking, over samenwerking met andere (aan de praktijk verbonden) huisartsen maar ook over tegenwerking van de in dezelfde plaats gevestigde huisartsen.

Bij vrouwelijke huisartsen is het veel meer een aftasten of de kandidate wel 'past' bij de manier waarop gewerkt wordt. Slechts één vrouwelijke huisarts die met een gevestigde vrouwelijke huisarts een sollicitatiegesprek heeft gevoerd, meldt een 'open discussie' over de praktijkopzet en de wijze waarop gewerkt wordt.

Het hebben van een vaste partner wordt vooral bij vrouwen aan de orde gesteld. Wanneer dit onderwerp bij mannelijke kandidaten besproken wordt is dat steeds in verband met de mogelijkheden tot inschakeling bij werkzaamheden (administratief, achterwacht) in de toekomstige praktijk.

Enkele kandidaten (vrouwen en mannen) die in de logboeken vermelden dat eventuele kinderen is geïnformeerd, vertellen daarbij steeds dat het hebben van kinderen als positief wordt bestempeld; de ervaring als ouder kan worden benut in de beroepswerkzaamheden.

De huidige werkzaamheden en de mogelijkheid om deze werkzaamheden tijdelijk of part-time voort te zetten, omdat de inkomsten uit de aangeboden praktijk - vooralsnog - niet toereikend zullen zijn om in het levensonderhoud te voorzien, komen in veel sollicitatiegesprekken van mannen naar voren. Bij de vrouwelijke kandidaten wordt in dit verband vaak het inkomen van de partner ter sprake gebracht.

Kijken wij terug op de gespreksonderwerpen tijdens de sollicitaties, dan zien wij dat financiële kwesties veelal voor zowel vrouwen als mannen een probleem vormen. Bij mannen gaan financiële kwesties vooral over de hoogte van de bedragen voor de overname van woon- en/of praktijkpand en goodwill. Bij vrouwen lijkt het accent op een ander facet te liggen. De partner van de vrouw wordt hier veelal ter sprake gebracht; hetzij om (mede) te garanderen dat het gevraagde bedrag op tafel komt, hetzij om de 'bijverdienste' van de vrouwelijke kandidaat aan te vullen om tot een acceptabel inkomensniveau te geraken.

Wat de samenwerking betreft geven de aantekeningen in de logboeken de indruk dat mannen als gelijkwaardige collega's tegemoet getreden worden. Kwaliteiten die van mannen gevraagd worden refereren aan kundigheid en bekwaamheid. Vrouwen worden veel meer als 'andere' collega's benaderd. Tijdens de sollici-

tatiegesprekken probeert men grip te krijgen op dat 'anders-zijn' en komt een veel breder scala aan aspecten aan de orde waaraan de 'geschiktheid' van de kandidate wordt afgemeten.

De partner van de kandidaten blijkt bij de mannelijke huisartsen een andere rol te spelen dan bij de vrouwelijke huisartsen. Komt dit onderwerp bij mannelijke kandidaten aan de orde dan is dit veelal in verband met het meehelpen in de toekomstige praktijk. Bij de vrouwelijke kandidaten wordt de partner in verband gebracht met financiële kwesties of met het 'aanvullen' van het gezinsinkomen.

Opmerkelijk is dat het hebben van kinderen weinig aan de orde wordt gesteld; wanneer dat in een enkel geval ter tafel komt is dat in positieve zin. Waarschijnlijk heeft op dit punt al een selectie plaatsgevonden in de voorgaande fasen van het stroommodel. Mogelijk besluiten de zoekende huisartsen geen verdere stappen te ondernemen als uit de opgespoorde informatie blijkt dat het hebben of wensen van kinderen problemen op kan leveren; mogelijk is ook dat een sollicitatie (mede) om die reden is afgewezen, nog voor een sollicitatiegesprek heeft plaatsgevonden.

Aan de kandidaten die een sollicitatiegesprek voeren is tevens gevraagd hoe zij het gesprek hebben ervaren.

De kandidaten hebben over het algemeen wel het gevoel dat zij vrijuit hebben kunnen praten. Op de vraag of de gegadigden het idee hebben dat sommige onderwerpen impliciteit een rol spelen tijdens het gesprek, antwoorden de mannelijke kandidaten met een resoluut "nee". De vrouwelijke kandidaten zijn wat aarzelender. Een vrouw schrijft dat "men niet echt geïnteresseerd was. Ik had het idee dat ik mij ergens voor inzette dat al vergeven was".

Mannelijke kandidaten menen - desgevraagd - dat zij onbevooroordeeld tegemoet getreden zijn door de praktijkaanbieder. Vrouwelijke kandidaten aarzelen hierover. Niet bepaald bevooroordeeld - zo meent een vrouwelijke gegadigde - "maar men had een weinig gefundeerde mening over het aantrekken van een vrouw". Dit blijkt volgens haar uit opmerkingen als: "Wij kunnen niet aan alle wensen van de patiënten voldoen(...). Alsof een vrouwelijke huisarts een bijzonder soort arts is", voegt zij er boos aan toe. Een andere kandidate schrijft dat zij de

gevestigde ervan verdacht dat hij een vrouw zocht die gehuwd was "vanwege de uiterst onzekere financiële kant van deze vestiging". In het verslag van een ander sollicitatiegesprek vermeldt een vrouw dat de gevestigde iemand zocht "die niet zo aan de weg timmerde"; zij vermoedt dat dit de reden is van de voorkeur van de gevestigde voor een vrouw.

Tenslotte is aan de kandidaten gevraagd welke kans zij zichzelf geven direct voor en direct na het sollicitatiegesprek. De mannelijke kandidaten geven zichzelf voor het gesprek een kans die varieert van 'zeer klein' tot een 'redelijke kans'. Na het gesprek geven zij zichzelf in de meeste gevallen een hogere kans. De vrouwelijke kandidaten geven zichzelf van tevoren een 'kleine' 'tot zeer kleine' kans; na het sollicitatiegesprek schatten zij die kans zo mogelijk nog lager in. Een sollicitante zegt na het gesprek "zeer gedesillusionneerd" te zijn; een andere vrouw geeft aan dat zij zich voor het gesprek een kleine kans geeft en na het gesprek begrijpt dat het niet om een kans, maar alleen om veel geld gaat.

Dit is opmerkelijk, want wij hebben in paragraaf 7.5.3 een geheel omgekeerd beeld gevonden bij huisartsen die een vestigingsplaats hebben opgespoord. Vrouwen die een vestigingsplaats op het spoor gekomen zijn schatten haar kansen hoger in dan mannen; in de fase van het sollicitatiegesprek geven zij zichzelf echter nog maar een kleine kans. Het lijkt wel of het zelfvertrouwen van vrouwen na het doorlopen van de verschillende fasen van het stroommodel afneemt, terwijl dat van mannen toeneemt.

7.7. Afwijzing van kandidaten

Met uitzondering van één kandidate - die is aangenomen door een vrouwelijke gevestigde - is geen deelnemer erin geslaagd tijdens de logboekperiode een huisartspraktijk te realiseren. De groep mannelijke deelnemers vermeldt elf maal een expliciete afwijzing tijdens de sollicitatieperiode; de vrouwelijke deelnemers tien maal.

De afwijzing van de kandidaten vindt gewoonlijk plaats na het

schrijven van een sollicitatiebrief. Vier huisartsen (drie vrouwen en één man) hebben reeds nadere gesprekken gevoerd. Eén vrouwelijke kandidaat heeft al uitgebreide onderhandelingen gevoerd en is als nummer één uit de selectieprocedure gekomen.

De reden van de afwijzing blijkt aan het merendeel van de mannelijke kandidaten niet te worden medegedeeld. Het moeten selecteren uit een groot aantal kandidaten wordt twee maal aangevoerd; het niet voldoen aan eisen - ervaring en vrouw-zijn - in twee andere gevallen. Aan vrouwelijke kandidaten blijkt vaker een reden van afwijzing te worden meegedeeld. Redenen die gevestigden opgeven zijn: selectie, voldoet niet aan eisen (hoewel de kandidaat niet weet om welke eisen het gaat), 'onvoldoende aanknopingspunten om sollicitatieprocedure voort te zetten', twijfels over organisatorische kwaliteiten van de kandidate (deze kwaliteiten zijn van de aangenomen kandidaat wel bekend) en onvoldoende financiële middelen. Een vrouw meldt als argument voor afwijzing dat zij "te nerveus, te gespannen, te oppervlakkig en te argwanend" gevonden wordt. "Waarschijnlijk vonden zij mij gewoon te lastig", schrijft zij. "Kennelijk had ik te veel eisen" en "het is mijn gewoonte om volgens eigen inzichten te handelen en niet alles klakkeloos aan te nemen".

Over het algemeen zeggen de kandidaten dat de eisen die men stelt bij de vestigingsplaats waarvoor zij zijn afgewezen, niet bekend of zeer vaag zijn. Ervaring (soms op een bepaald terrein) wordt het meest genoemd; zowel door vrouwelijke als mannelijke kandidaten. Eisen als bepaalde sexe, woonachtig in bepaalde streek, bepaalde geloofsovertuiging en financiële middelen zijn wel duidelijk geformuleerde eisen, maar de kandidaten plaatsen daar wel kanttekeningen bij. Een vrouwelijke kandidaat meent dat zij aan de gestelde eisen heeft voldaan, maar toch is zij afgewezen. Een andere vrouw zegt dat degene die aangenomen is ook niet aan de gestelde eisen voldoet; er is bovendien slechts één persoon uitgenodigd voor een sollicitatiegesprek: degene die is aangenomen. Een man vermeldt dat de eisen die gesteld worden (vrouw-zijn en niet ouder dan 30 jaar) pas later gesteld worden. Part-time arbeid op basis van assistentschap (inclusief een assistent-salaris en assistent-

voorwaarden) als aanloopperiode voor associatie, wordt een mannelijke kandidaat pas in de loop van de procedure meegedeeld. Bovendien zou hij de rest van de tijd moeten besteden aan het meewerken aan onderzoek over een voor hem minder aantrekkelijk onderwerp.

De meeste deelnemers wordt de afwijzing in een kort briefje meegedeeld. "Het briefje was nog korter dan de advertentie", merkt een vrouwelijke kandidaat schamper op; terwijl een andere vrouw veelbetekenend zegt dat zij een fotocopie van een briefje krijgt. Twee kandidaten worden in een kort telefoongesprek op de hoogte gesteld van de afwijzing en slechts één vrouw voert een lang telefoongesprek met degene die de vestiging heeft aangeboden.

Op de vraag of men teleurgesteld is over de afwijzing, antwoorden veel mannen met een manmoedig "nee". Dit varieert van "het laat mij koud" tot "ik was deze sollicitatie alweer vergeten omdat ik die maanden geleden had geschreven" en "ik had het wel verwacht".

Enkelen zeggen toch wel wat teleurgesteld te zijn en slechts één man bekent wel wat ontmoedigd te zijn omdat hij er goede hoop op had.

Bij de vrouwelijke kandidaten is een andere toon te bespeuren. Zij geven wat volmondiger toe teleurgesteld te zijn, maar niet zozeer over de afwijzing op zich als wel over de wijze van afwijzen. Een vrouw verbaast zich "toch steeds weer over de niet beleefde behandeling". Een ander is vooral teleurgesteld over de manier waarop zij is afgewezen. De afwijzing is slechts enkele dagen voordat degene die is aangenomen in functie treedt en dat vindt zij "beneden alle peil". "Ik ben niet zo teleurgesteld door de afwijzing, maar wel teleurgesteld dat mensen niet tegen onzekerheid kunnen, vaak blijft alles dan bij het oude", schrijft een andere vrouw. Het lange uitblijven van een reactie op een sollicitatiebrief is voor enkele vrouwen een grotere teleurstelling dan de uiteindelijke reactie zelf.

Enkele kandidaten (vrouwen en mannen) zijn tijdens de sollicitatieprocedure al gaan twifelen aan de geschiktheid van de aangeboden vestigingsplaats. "De advertentie was misleidend,

de werkelijkheid was anders", schrijft een mannelijke huisarts en een vrouwelijke kandidaat vraag zich af of zij "in deze baan wel zo gelukkig zou zijn geweest".

In het begin van dit hoofdstuk hebben wij het gevaar van het optreden van cognitieve dissonantie ter sprake gebracht; een gevaar dat zich in deze antwoorden lijkt te manifesteren. Het is opmerkelijk dat dit bij mannen in sterkere mate het geval lijkt te zijn dan bij vrouwen. Eerdere bevindingen hebben uitgewezen dat mannen de vestigingswijzen waarvoor zij besluiten nadere stappen te ondernemen even hoog waarderen als vrouwen. Bij een sollicitatiegesprek geven mannen zich hogere kansen dan vrouwen en in deze paragraaf over afwijzing van sollicitaties blijken geen grote verschillen tussen vrouwen en mannen, maar toch zeggen mannen minder teleurgesteld te zijn. Bij een nadere beschouwing van de antwoorden van de groep vrouwen blijkt dat zij de teleurstelling weliswaar toegeven, maar proberen te 'verzachten' door het aanvoeren van situationele omstandigheden.

7.8. Afsluiting: verschillen tussen vrouwen en mannen bij het zoeken naar een praktijk

Overzien wij de beschrijving van het zoekproces, zoals dat door de zoekende huisartsen is opgetekend in de logboeken dan blijkt dat het proces van zoeken - voor zover het de stappen uit het stroommodel betreft - voor vrouwen niet duidelijk anders verloopt dan voor mannen. Vrouwen blijken niet in een eerdere fase van het stroommodel te blijven steken of andere activiteiten te ontplooiën dan mannen. Kijken wij echter naar het verloop van elk van de afzonderlijke stappen uit het stroommodel en betrekken wij daarbij de aanvullende gegevens dan treden wel degelijk verschillen aan het licht.

Vrouwen blijken in dezelfde periode een groter aantal dagen te hebben gezocht dan mannen, maar zij zijn in die tijd minder informatie op het spoor gekomen over een vrijkomende vestigingsplaats. Als een mogelijke oorzaak voor deze tegenstrijdigheid vinden wij dat vrouwen aanmerkelijk vaker dan mannen

melden dat zij naast zoekactiviteiten huishoudelijke en gezinsverplichtingen vervullen, en er wellicht minder tijd per dag aan besteden.

Verder blijkt dat mannen vaker dan vrouwen door anderen attent gemaakt werden op een mogelijke vestigingsplaats, hetgeen erop zou duiden dat mannen meer relaties hebben als bron-van-hulp bij het zoeken naar een praktijk.

Een nadere beschouwing van verschillen in opgespoorde informatie wijst uit dat deze verschillen vooral zijn terug te voeren op verschillen in het zoeken via advertenties.

Bij de afweging om al dan niet nader in te gaan op een gebieerde vestigingsplaats lopen de onderwerpen niet sterk uiteen, maar vrouwen lijken andere accenten te leggen. Mannen schikken zich vaak wat geërgerd in een expliciete wens voor een vrouw. Maar zij laten zich daardoor meestal niet weerhouden te solliciteren. Bij vrouwen overheerst de tendens om af te zien van sollicitatie als - veelal impliciet - blijkt dat men een man op het oog heeft. Eenzelfde houding is waar te nemen als het gaat om de beschikking over een achterwacht.

Financiële kwesties vormen zowel bij vrouwen als mannen een belangrijk onderwerp ter overweging, maar ook hier liggen de accenten verschillend. Mannen leggen de nadruk op 'te kleine' praktijken of onvoldoende groeimogelijkheden van de praktijk. Bij vrouwen draait het meer om het 'inpassen' van de 'geringe' ontplooiingsmogelijkheden van een praktijk in andere (veelal gezins)verplichtingen of om het inkomen van de partner.

Bij de sollicitatiegesprekken zien wij deze accentverschillen terugkeren. Bij financiële kwesties lijkt het accent bij de mannen vaak te vallen op onderhandelingen over de hoogte van de bedragen voor overname van woon- en/of praktijkpand of goodwill. Bij de vrouwen wordt - als het om grote bedragen gaat - de partner als 'waarborg' ten tonele gevoerd.

De partner, zo blijkt uit de weergave van de sollicitatiegesprekken, heeft bij de vrouwelijke huisarts een heel andere plaats dan bij de mannelijke huisarts. Bij de vrouwelijke huisarts is het beslist niet vanzelfsprekend dat haar partner als achterwacht zal fungeren. Voor enkele vrouwen is dat een reden om geen solopraktijk te zoeken. Bij de mannelijke huis-

arts vormt de partner een pluspunt tijdens de sollicitatieprocedure; zij wordt vaak geacht als assistent te fungeren, de achterwacht op zich te nemen dan wel administratieve werkzaamheden te verrichten.

Uit de aantekeningen in het logboek ontstaat verder de indruk dat vrouwen vooral ingaan op, ofwel geschikt geacht worden voor minder omvangrijke praktijken. Een kleine praktijk wordt soms expliciet door gevestigden gekenschetst als 'geschikt voor een vrouw'; soms ook wordt gezinspeeld op het aanvullend inkomen van haar partner. Maar ook uit de reacties van de zoekenden lijkt een kleine praktijk - en relatief lage inkomsten - voor vrouwen een veel kleiner bezwaar dan voor mannen. Een laag inkomen (beneden het peil van levensonderhoud) en geringe groeimogelijkheden vormen voor mannen soms het breekpunt; voor vrouwen is het veelal een niet onoverkomelijk bezwaar.

Mannen lijken ook wat meer als 'gelijkwaardige' collega's te worden benaderd, terwijl vrouwen veeleer als 'andere' collega's worden beschouwd. Deze indruk is afgeleid uit het feit dat bij vrouwelijke kandidaten veel meer dan bij mannelijke kandidaten de sociale leefsituatie wordt gepeild. Het lijkt wel of de gevestigden erachter proberen te komen in hoeverre de vrouwelijke kandidaat anders is c.q. afwijkt van de - voor hem - gangbare opvattingen.

Wat de toekomstige samenwerking betreft ontstaat uit de weergave van sollicitatiegesprekken de indruk dat mannelijke kandidaten - na een eventuele aanlooperperiode - op meer gelijke basis zullen gaan samenwerken. De sollicitatiegesprekken van vrouwen tenderen naar het zich voegen naar het werkpatroon van de gevestigde. Dit blijkt uit de voorwaarden die worden gesteld bij de 'aanlooperperiode' voor overname of associatie en uit wensen en eisen die aan de kandidaten werden gesteld met betrekking tot toekomstige samenwerking.

Dat vrouwen zich in de loop van het zoekproces veel minder zeker gaan voelen ten aanzien van de kans van slagen blijkt uit de kansen die zij zichzelf geven. Bij het opsporen van een vestiging geven vrouwen zichzelf hogere kansen dan mannen. Na het voeren een van sollicitatiegesprek zijn de rollen omge-

draaid; vrouwen geven zichzelf nog maar heel weinig kans, terwijl mannen het idee hebben dat hun kansen zijn gestegen na het sollicitatiegesprek.

Vergelijken wij de resultaten uit het logboekonderzoek met de bevindingen uit het onderzoek waarvoor wij enquêtegegevens hebben gebruikt, dan treden twee belangwekkende zaken aan het licht.

Eén van de belangrijke redenen om een deelonderzoek naar het zoekgedrag van huisartsen op te zetten is nadere analyse naar het procesmatig karakter van het zoeken. Het is duidelijk dat een vraag naar zoekactiviteiten over het afgelopen jaar een veel algemener beeld oplevert dan het dag voor dag bijhouden van zoekactiviteiten in het logboek. De conclusie die wij uit het logboekonderzoek kunnen trekken is dat het proces voor vrouwen niet duidelijk anders verloopt dan voor mannen. Het zoekproces stopt voor vrouwen niet in een eerdere fase dan voor mannen en de activiteiten die de zoekenden ondernemen ontlopen elkaar nauwelijks.

Bij een gedetailleerde beschouwing van de afzonderlijke stappen uit het stroommodel vinden wij echter wel degelijk verschillen. Het blijkt dat hoewel de wensen en eisen in hun algemeenheid niet veel uiteenlopen voor beide sexen, de inhoud ervan en de accenten wel duidelijk verschillen. De partner van de vrouw krijgt een andere rol toebedeeld dan de partner van de man. Bij onderhandelingen over toekomstige samenwerking komt deze accentverschuiving tot uitdrukking. Bij financiële kwesties wordt de mannelijke kandidaat veel meer persoonlijk aangesproken dan de vrouwelijke kandidaat die als het ware haar partner als 'waarborg' nodig heeft.

Het zijn verschillen die niet zonder meer 'zichtbaar' zijn, maar die opvallen als men zich de vraag stelt of de inhoud en de betekenis van de 'zoekgebeurtenissen' voor vrouwen en mannen wel dezelfde is. En het is vooral op dit punt dat wij kunnen spreken over de toegevoegde waarde van het logboekonderzoek.

De tweede bevinding houdt verband met de restricties die vrouwen ondervinden bij het zoeken naar een praktijk. Uit de

resultaten van het logboekonderzoek is af te leiden dat over bepaalde vestigingswijzen - in het enquête-onderzoek aangeduid als de meer zelfstandige vestigingswijzen - mogelijk wel informatie wordt opgespoord, maar in een volgende fase veelal uit het stroommodel verdwijnen. Welhaast vanzelfsprekend stelt de zoekende vrouw dat bepaalde praktijken buiten haar bereik liggen. Zelden worden als reden daarvoor gezins- of huishoudelijke verplichtingen aangevoerd. Een vanzelfsprekendheid die al blijkt in de bijna verontschuldigende toon waarmee vrouwen aangeven dat zij een deel van de 'zoektijd' hebben besteed aan andere (gezins)activiteiten en zichzelf op dat punt al een 'onvoldoende' geven. Het blijkt ook bij de beslissingen om geen verdere stappen te ondernemen omdat dit geen haalbare kaart zal zijn. Daarvoor worden veelal geen argumenten als partner, gezin of huishouding aangedragen. Uit de aantekeningen in het logboek en de bijbehorende telefonische contacten blijkt dan dat het vaak wel degelijk gaat om een concrete tijdcalculatie en dat gezins- en huishoudelijke taken in deze calculatie als vaste lastenposten zijn opgenomen.

Dit betekent dat de beperkingen niet alleen vanuit de sociale omgeving aan vrouwen worden opgedrongen; de beperkingen weerspiegelen zich tevens in het zoekgedrag van de vrouwen zelf.

Wellicht is hier ook een 'verklaring' te vinden voor het feit dat in het enquête-onderzoek de doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' niet de voorspelde effecten blijkt te hebben. De inperkende invloed van de tijdsdoelstelling op de gezochte vestigingswijze, is waarschijnlijk reeds in een eerder stadium in de preferenties 'ingecalculleerd'.

Het 'ontdekken' van de vanzelfsprekendheid waarmee belemmeringen voor vrouwen zich tijdens het zoekproces manifesteren levert dan ook een bijdrage aan de verklaring van de verschillen in vestiging. Het is - zoals Komter (1985) het uitdrukt - de macht van de vanzelfsprekendheid die de belemmeringen voor vrouwen bedekt.

8 Verklaring van de vestigingskansen van vrouwelijke huisartsen door de voorkeuren van gevestigden voor een mannelijke opvolger of associé

In een situatie waarin de vraag naar vestigingsplaatsen het aanbod ervan verre overtreft, zijn de manieren waarop zoekende huisartsen een vestigingsplaats proberen te bemachtigen zeker niet de enige bepalende factor voor de kans op vestiging. De kans op het realiseren van een vestiging voor vrouwelijke huisartsen wordt ook beïnvloed door de manier waarop de gevestigden geschikte gegadigden selecteren.

In het verklarend model in hoofdstuk 3 hebben wij de houding van de gevestigden ten opzichte van vrouwelijke en mannelijke kandidaten als verklarende factor voor verschillen in kansen tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen aangevoerd. Wij baseren ons hiervoor op de theorie van de statistische discriminatie. Het uitgangspunt van deze arbeidsmarkttheorie is dat werkgevers er vanuit gaan dat beroepsvaardigheden vooral worden verworven door het verrichten van beroepswerkzaamheden. Om te bepalen hoeveel moeite het kost om deze vaardigheden eigen te maken, baseren werkgevers zich op algemene achtergrondcriteria zoals opleiding, afkomst, aangeboren kwaliteiten. Ook sexe fungeert als zo'n achtergrondcriterium. Vrouwen kunnen trouwen, zwanger worden en kinderen verzorgen. Dit zal de kans op onderbreking van de beroepsarbeid - en dus de 'kosten' - doen toenemen. Al zal dat op bepaalde kandidaten niet van toepassing zijn - de kandidate wenst geen vaste partner en kinderen - toch is de werkgever geneigd om deze algemene ideeën op individuele vrouwelijke kandidaten toe te passen en op grond daarvan de voorkeur geven aan mannelijke gegadigden.

Passen wij deze theoretische noties toe op de huisartspraktijkenmarkt, dan zullen huisartsen die hun praktijk willen overdoen of zich willen associëren, de voorkeur geven aan mannelijke gegadigden. Onze onderzoeksvraag luidt dan ook:

Is het zo dat gevestigde huisartsen bij overname of associatie een voorkeur hebben voor een mannelijke opgevolger of associé.

Hoewel het om een eenvoudige vraag gaat, zal het duidelijk zijn dat deze vraag niet zonder meer aan gevestigde huisartsen voorgelegd kan worden. De kans op sociaal wenselijke antwoorden is bijna onvermijdelijk. Bovendien is het maatschappelijk niet aanvaardbaar (geworden) om te stellen dat vrouwen minder geschikte kandidaten zijn.

Wij moeten dus afzien van rechtstreekse vragen naar voorkeuren voor mannelijke of vrouwelijke kandidaten; daarom hebben wij de kwestie in een bredere vraagstelling 'ingebed'. De gevestigden is gevraagd een profiel te schetsen van de toekomstige opvolger/ster of associé(e). Wij veronderstellen dat als sexe een belangrijk selectie criterium is, dit in de profielschetsen tot uitdrukking komt.

8.1. Deelname aan het onderzoek en verzameling van gegevens

Het vinden van huisartsen die plannen hebben om de praktijk over te doen of te associëren is een moeilijke opgave. In principe zullen huisartsen benaderd moeten worden op het moment dat zij op zoek gaan naar geschikte kandidaten, maar nog geen definitieve keuze hebben gemaakt. De betreffende huisarts moet concrete plannen voor overname of associatie hebben, daar de profielschets anders een te vrijblijvend plaatje van een niet actuele situatie zal opleveren. De huisarts moet bovendien nog geen keuze voor een kandidaat gemaakt hebben, omdat dan de kans bestaat dat de profielschets teveel 'gekleurd' zal worden door de gekozen kandidaat. Wat dit laatste punt betreft hebben wij concessies moeten doen.

Het zoeken van huisartsen die bereid zijn om aan het onderzoek mee te werken, dient uiterst omzichtig te geschieden. Gegeven het grote aantal praktijkzoekende huisartsen kan het vroegtij-

dig bekend worden van een vrijkomende vestigingsplaats een stroom van gegadigden op gang brengen, hetgeen voor de gevestigde huisarts zou kunnen leiden tot onrust onder z'n patiënten en het 'weglopen' van patiënten naar een andere huisarts. "De zittende huisarts durft het vaak zelfs z'n vrouw niet te vertellen", aldus een kenschets van een deskundige op dit terrein.

Onder strikte garanties van privacy vinden wij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA) bereid de namen door te geven. Huisartsen die plannen hebben de praktijk over te doen of te associëren worden eerst door de OLMA benaderd met de vraag of zij aan het onderzoek willen meewerken. Alleen als deze gevestigde huisartsen hun toestemming verlenen, wordt hun adres doorgegeven en kunnen wij vervolgens contact opnemen met de betreffende huisarts.

Wij kunnen dan ook niet vaststellen hoeveel huisartsen niet aan het onderzoek willen meewerken en of diegenen die weigeren tot een selectieve groep behoren. Er zijn 27 huisartsen die aan dit deelonderzoek meewerken; hieronder bevinden zich vier vrouwen.

De gegevens zijn verkregen via diepte-interviews. Gegeven de onderzoekssituatie kan bij deze onderzoeksmethode de privacy voldoende gewaarborgd worden en kan diepgaand worden ingegaan op de voorkeuren van gevestigden bij de selectie van een opvolger of associé.

De onderwerpen die bij de interviews aan de orde zijn gesteld, zijn in drie groepen onder te brengen. Als eerste worden vragen gesteld over de ligging van de praktijk en de praktijk-situatie. Het gaat over concrete situaties als stads- of plattelandspraktijk, praktijkgrootte, type patiënten, eventuele overname van woon- of praktijkpand, etc.

Een tweede categorie vragen centreert zich rond de manier waarop de gevestigde huisartsen geschikte kandidaten zoeken of hebben gezocht. En de wijze waarop de selectie van deze kandidaten plaatsvindt of heeft plaatsgevonden.

Bij de derde en laatste categorie vragen wordt de gevestigde huisarts gevraagd een profiel te schetsen van de toekomstige opvolger/ster of associé(e). Daarbij wordt de huisarts eerst uitgenodigd om 'spontaan' de elementen, waaruit de profiel-

schets wordt opgebouwd, aan te dragen. Vervolgens worden suggesties aangedragen voor - door de huisarts nog niet genoemde - elementen. Bij deze vragen is zorgvuldig vermeden het 'element sexe' te noemen. Dat blijkt ook niet nodig, want in nagenoeg alle gevallen wordt dit door de huisarts zelf ter sprake gebracht. Bij de paar huisartsen waar dat niet het geval is, blijkt een kleine hint voldoende om dit onderwerp alsnog aan te laten snijden.

Nadat op deze wijze de elementen voor de profielschets zijn verzameld, is de huisarts gevraagd om de vier belangrijkste (aangedragen) elementen te noemen. Eventueel nieuwe of moeilijk te plaatsen 'profiel-elementen' worden in deze fase door de interviewster naar voren gehaald. Gevraagd is vervolgens hoe deze elementen ingepast moeten worden in de profielschets. In alle gevallen is ook gevraagd of de plaats die men aan het element 'sexe' heeft toegekend, door de interviewster correct is geïnterpreteerd.

8.2. Schets van praktijken die worden overgedragen of waarvoor men een associé(e) zoekt

In de eerste categorie vragen in het interview zijn algemene vragen gesteld over de situatie van de betreffende praktijken. Ten eerste voor achtergrondinformatie waarmee de overname of associatie beter geplaatst kan worden. Ten tweede omdat in deze 'objectieve' situatie al elementen kunnen zitten die aanleiding vormen voor indirecte discriminatie van vrouwelijke kandidaten.

De onderzoeksdata zijn steeds uitgesplitst naar de groep huisartsen die een opvolger/ster zochten ('opvolgers', N=14) en de groep huisartsen die een associé(e) zochten ('associés', N=13). De reden is dat huisartsen die associëren waarschijnlijk andere eisen en wensen hebben ten aanzien van gegadigden dan diegenen die hun praktijk overdoen. Bij hen die willen associëren zal immers de toekomstige samenwerking een belangrijk aspect zijn, hetgeen wellicht doorklinkt in de profielschets.

Tevens zijn wij steeds nagegaan of er verschillen bestaan tus-

sen vrouwelijke en mannelijke gevestigden. Aangezien het hier maar vier vrouwen betreft, zullen wij de gevonden resultaten slechts vermelden als de gevonden verschillen een eenduidige aanwijzing vormen.

De praktijken waarover het in dit deelonderzoek gaat, zijn in de helft van de gevallen als plattelandspraktijken te kenschetsen; de andere helft is gelegen in een verstedelijkte omgeving of in de stad. De onderstaande tabel geeft daarvan een overzicht.

Tabel 8.1 Ligging van huisartspraktijken van diegenen die een opvolger(ster) of associé(e) zoeken

	'opvolgers'	'associés'
platteland	7	6
verstedelijkte omgeving	1	6
stad(skern)	6	1

Verschillen tussen de praktijken van 'opvolgers' en 'associés' zijn vooral in de laatste twee categorieën te vinden. De praktijken van de associés uit dit onderzoek zijn vooral te vinden in de verstedelijkte omgeving; die van de opvolgers vooral in de stad(skern).

Een overzicht van de grootte van de praktijken die worden overgedragen of waarvoor men een associé(e) zoekt, geeft tabel 8.2 (zie volgende pagina).

Bij de praktijken die worden overgedragen gaat het om ofwel grote ofwel kleine praktijken blijkt uit tabel 8.2. De praktijken waarvoor een associé(e) wordt gezocht vallen in de categorie 'kleine praktijk'.

Het is mogelijk dat wij met deze tabel een spoor van indirecte discriminatie kunnen vaststellen. Uit de onderzoeksliteratuur (hoofdstuk 2) is gebleken dat één van de argumenten tegen beroepsdeelname van vrouwelijke artsen is, dat een vrouw fysiek minder goed in staat zou zijn een grote praktijk te runnen.

Tabel 8.2 Omvang van de praktijken waarvoor een opvolger/ster of een associé(e) wordt gezocht

Aantal patiënten	'opvolgers'	'associés'
grote praktijk 2500-3000	6	-
normpraktijk 2250-2300	2	1
kleine praktijk 1000-2000	6	12

 Wat de groep 'associés' betreft gaat het om het aantal patiënten dat aan de associé wordt overgedragen

Van de zes grote praktijken die worden overgedragen, blijken er vijf zich op het platteland te bevinden. Gaan wij de profienschetsen na, dan blijkt dat deze huisartsen in vijf van de zes gevallen een voorkeur hebben voor een mannelijke opvolger. Het gaat in alle vijf gevallen om mannelijke huisartsen die de praktijk willen overdragen.

Eén van de huisartsen voert als (één van de) redenen aan, dat een vrouw deze praktijk fysiek niet aan zal kunnen. Dat is niet per definitie zo - vertelt hij - want hij kent een vrouw die dat wel zou kunnen, "maar zij lijkt dan ook meer op een man", zo voegt hij eraan toe. Een andere huisarts meent dat de vrouwelijke huisarts naast haar praktijk geen tijd zal hebben voor haar gezin. Drie andere huisartsen zeggen in principe niets tegen een vrouwelijke opvolger te hebben, maar zij menen dat hun patiënten dat niet wensen. "Mijn patiënten zouden zeggen: waar kom je nou mee aan dokter (...), zeker driekwart van mijn patiënten zou het mij kwalijk nemen." Een ander: "Het zou goed zijn als er een vrouwelijke collega zou komen (...). Zij zou eigenlijk een geheel nieuwe praktijk moeten opbouwen (...). Je moet geen bepaalde opvolger nemen wanneer je weet dat dan een deel van je patiënten wegloupt. Dat is niet juist tegenover je opvolger die dan in feite een kleinere praktijk overneemt". De volgende huisarts verwoordt het zo: "Een vrouwelijke huisarts is geen bezwaar, maar waarschijnlijk zou wel een aantal mannelijke patiënten wegloupen en dan moet je het niet doen".

De zesde arts die afwijkt van dit patroon is een huisarts met

een grote praktijk in de stad; zij is een vrouw die haar praktijk ook weer aan vrouw wil overdragen.

Kijken wij naar een ander belangrijk aspect: het overnemen van het woon- en/of praktijkpand. Een kwestie die bij de 'opvolgers' in sterkere mate een rol speelt dan bij de 'associés'. Het is namelijk niet ongebruikelijk dat het woonpand tevens het praktijkpand is; tabel 8.3 geeft een overzicht.

Tabel 8.3 Overname van woon- en/of praktijkpand bij opvolging en associatie

Overname van	'opvolgers'	'associés'
woon- en praktijkpand	7	-
praktijkpand	1	2
geen overname/huur/onbekend	6	11

Om de bereidheid tot deelname aan het onderzoek niet al te zeer in te perken is de gevestigden van tevoren verzekerd dat financiële kwesties buiten beschouwing zullen blijven tijdens het interview. Daar dit gespreksonderwerp aan financiële kwesties raakt, hebben wij slechts gevraagd of er al dan niet sprake is van overname van woon- en/of praktijkpand. Wij zullen dus moeten volstaan met de aantallen uit tabel 8.3.

Een laatste aspect betreft het type patiënten. Globaal gesteld heeft een huisartspraktijk in Nederland zo'n 65 à 70% ziekenfondspatiënten; de overige patiënten zijn particulier verzekerd.

Aan de huisartsen uit dit onderzoek is gevraagd of deze verhouding tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten overeenkomt met de verhouding in hun eigen praktijk. En tevens of in hun patiëntenpopulatie bepaalde groepen patiënten oververtegenwoordigd zijn (bijvoorbeeld buitenlanders, vrouwen, ouderen etc.). Tabel 8.4 geeft een overzicht van hun antwoorden.

Tabel 8.4 Typering van de patiëntenpopulatie van de huisartsen die een opvolger/ster of associé(e) zoeken

	'opvolgers'	'associés'
Algemene praktijk = 65 à 70% ziekenfondspatiënten	6	8
Relatief veel particuliere patiënten	2	5
Specifieke groepen patiënten	4	-

De tabel laat zien dat in de praktijk van de 'opvolgers' wat vaker specifieke groepen patiënten zijn te onderkennen; dit zijn de stadspraktijken.

8.3. Opsporen en selecteren van geschikte kandidaten

Wij vragen eerst naar de reden van praktijkoverdracht of van associatie. Een vraag die verband houdt met het dringen van de tijd; met andere woorden in hoeverre men de overdracht of associatie rustig heeft kunnen voorbereiden en overdenken, dan wel door de gebeurtenissen gedwongen wordt snel te handelen. Een overzicht van de antwoorden op beide vragen geeft tabel 8.5.

Tabel 8.5 Reden van overdracht of associatie en de voorbereidingstijd daarvoor

	'opvolgers'		'associés'	
	rustig	snel	rustig	snel
Pensioengerechtigde leeftijd	3	5	-	-
Te grote praktijkomvang	-	-	9	1
Overige	2	4	1	2

Het is niet verbazingwekkend dat de huisartsen die hun praktijk willen overdoen in acht gevallen het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd als reden aanvoeren. Dat vijf huisartsen uit deze groep snel moeten handelen wordt veroorzaakt door gezondheidsproblemen. Dit snel handelen is relatief; gezondheidsklachten versnellen de overname waar men toch reeds geruime tijd over nagedacht heeft. Als 'overige redenen' werden door mannen genoemd: een andere baan, studie of gezondheidsredenen. Een vrouwelijke huisarts doet, vanwege haar partner die tamelijk onverwacht een baan in een andere stad krijgt, op korte termijn haar praktijk over.

Bij de groep huisartsen die wil associëren is een te grote praktijk de belangrijkste reden voor associatie. Als overige redenen worden door mannen genoemd: het vrij plotselinge vertrek van de huidige associé en het overheidsbeleid dat gericht is op de afbouw van grote praktijken. Een vrouwelijke huisarts geeft als reden voor associatie op dat zij meer tijd voor haar kinderen wil hebben.

Het is opmerkelijk dat - hoewel het hier slechts om negen huisartsen gaat die andere redenen aanvoeren dan met pensioen gaan of te grote praktijk - de enige twee vrouwen uit deze groep sexegebonden argumenten noemen.

Een volgende vraag luidt hoe huisartsen die de praktijk willen overdoen of willen associëren aan geschikte kandidaten komen. In een tijd waarin vrijkomende huisartspraktijken schaars zijn, is de kwestie niet zozeer of er geschikte kandidaten zijn, maar veeleer op welke manier het aantal geschikte kandidaten beperkt kan worden zodat men kan selecteren uit een overzichtelijk aantal.

Huisartsen, zo blijkt uit de interviews, zijn erg beducht om overstroomd te worden door gegadigden. Het zal teveel onrust onder patiënten zaaien. Sommige huisartsen verwijzen in dit verband ook expliciet naar collega's die bij een vertrekkende of associërende huisarts hun kans schoon zien om hun eigen patiëntenaantal te vergroten. Het is dus zaak om bij het opsporen van geschikte kandidaten discreet te werk te gaan. De volgende tabel geeft een overzicht van de manieren waarop de huisartsen naar geschikte kandidaten hebben gezocht en van het aantal kandidaten waaruit zij een keuze gaan maken.

Tabel 8.6 Manieren waarop huisartsen toekomstige opvolgers of associés opsporen en het gemiddeld aantal kandidaten dat deze manier van zoeken oplevert

	'opvolgers'		'associés'	
	gehan- teerde zoek- methode	gemiddeld aantal kandi- daten	gehan- teerde zoek- methode	gemiddeld aantal kandi- daten
Waarneemgroep van huisartsen	2	3	4	2
Collega's uit medische wereld	5	1	2	3 à 5
Assistenten/waarnemers	1	1	2	2
Bemiddelingsbureau's	1	10	3	3 à 70
Advertenties vakblad	1	?	--	--
'Spontane' aanmeldingen	3	3	-	-

Uit de tabel is op te maken dat het merendeel van de huisartsen een opvolger of associé zoekt via hun relaties binnen de medische wereld; hetzij via collega's uit de waarneemgroep, hetzij via andere persoonlijke relaties in de medische wereld. Ook blijkt een assistent of waarnemer soms als geschikte kandidaat geselecteerd te worden. Het aantal kandidaten blijft dankzij deze manieren van zoeken beperkt tot hooguit vijf.

Bij het inschakelen van bemiddelingsbureaus is het aantal kandidaten aanmerkelijk groter. 'Spontane' aanmeldingen vinden soms plaats wanneer huisartsen de pensioengerechtigde leeftijd bereiken; de huisartsen uit dit deelonderzoek reageren hier wrevelig op.

Vergelijken wij de manieren waarop de gevestigden zoeken met de manieren waarop de zoekenden zoeken (vergelijk hoofdstuk 6) dan kunnen wij iets meer over de effectiviteit ervan zeggen.

De effectiviteit van het zoeken via relaties liet zich in de analyses in hoofdstuk 6 moeilijk vaststellen. De resultaten uit dit deelonderzoek vormen een aanwijzing dat de gevestigden vooral via relaties binnen de medische wereld geschikte kandidaten opsporen. Als dat zo zou zijn dan zal het zoeken via relaties als effectieve zoekmethode gekenschetst moeten worden. Nader onderzoek op dit punt is nodig om de werking van de relaties 'zichtbaar' te maken.

8.4. Profielschetsen van toekomstige opvolgers/sters en associé(e)s

In de profielschetsen die de gevestigde huisartsen in de loop van het interview hebben samengesteld, zijn vele aspecten ter sprake gekomen. Uit deze veelheid van schetsen en elementen proberen wij een profiel proberen te destilleren van het type kandidaat dat de gevestigden voor ogen staat. Wij zullen daarbij vooral aandacht besteden aan die elementen die binnen het kader van dit onderzoek van belang zijn.

Op de eerste plaats komt de leefsituatie van de gegadigden. Het al dan niet gehuwd zijn van de kandidaten is voor de meeste gevestigden een belangrijk selectie criterium. Nemen wij de groep huisartsen die hun praktijk willen overdragen, dan noemen vier huisartsen het gehuwd zijn als eis; drie van deze huisartsen hebben een praktijk op het platteland. Deze huisartsen vinden dat de kandidaat niet alleen een vaste partner moet hebben, maar ook dat deze wettig gehuwd moet zijn. Gehuwd zijn wordt daarbij niet alleen als norm gesteld; de gevestigden verbinden er expliciet de achterwachtfunctie aan. Volgens deze huisartsen wordt de vrouw(!) van de kandidaat geacht de achterwachtfunctie op zich te nemen.

De drie andere huisartsen uit de groep stellen eveneens als eis dat de kandidaat een partner moet hebben om de achterwacht te vervullen, maar voor hen hoeft de kandidaat niet wettig gehuwd te zijn.

De achterwachtfunctie is voor huisartsen die willen associëren van groter belang dan voor huisartsen die een opvolger zoe-

ken. Zij zullen immers met de gekozen kandidaat gaan samenwerken en de verdeling van de achterwachtfunctie speelt daarbij een belangrijke rol.

Kijken wij naar de groep huisartsen die wil associëren, dan noemen drie huisartsen - die allen een praktijk op het platteland hebben - het wettig gehuwd zijn van de kandidaten als eis. En ook hier wordt in dit verband gesproken over de 'vrouw' van de kandidaat die de achterwachtfunctie op zich kan nemen.

Zeven huisartsen uit deze groep stellen als eis dat de huisarts een vaste partner heeft - waarmee 'hij' niet per se gehuwd hoeft te zijn - die als achterwacht kan fungeren.

Kortom in 17 van de 27 gevallen wordt een vaste partner die de achterwacht op zich kan nemen als eis gesteld. In de meeste gevallen wordt daarbij - gedurende het interview - gesproken over de noodzaak van een betrouwbare achterwacht, waarbij men als eis of als voorkeur uitspreekt dat dit de 'vrouw' van de kandidaat zal zijn.

De voorkeur voor een vrouwelijke kandidaat komt expliciet ter sprake als de omvang van de praktijk aan de orde wordt gesteld. In de voorgaande paragraaf hebben wij reeds gezien dat de grote praktijken, waarvoor een opvolger wordt gezocht, zich op het platteland bevinden. De voorkeur voor een mannelijke kandidaat blijkt uit de aangevoerde argumenten. Men stelt dat ofwel een vrouw de praktijk fysiek niet aan kan ofwel dat de patiënten liever geen vrouwelijke arts zullen hebben.

Genieten mannelijke kandidaten bij grote praktijken de voorkeur, bij kleine praktijken ligt dit genuanceerder. In vijf gevallen stellen de gevestigde huisartsen expliciet dat de inkomsten uit de praktijk te gering zullen zijn om in het levensonderhoud te voorzien.

In één geval gaat het om een praktijkovername. De betreffende huisarts is niet echt tegen een vrouwelijke opvolger maar zegt: "m'n collega raadde het mij af" (...) "het krijgen en opvoeden van kinderen is toch wel moeilijk te combineren met een huisartspraktijk". De doorslaggevende factor bij de huisarts is dat hij eigenlijk niet veel tijd aan de selectie van kandidaten kan of wil besteden omdat hij het erg druk heeft.

Toen een waarnemer van een collega 'subtiel' liet merken wel belangstelling te hebben heeft hij die gekozen. "Hem kende ik", zo beargumenteert hij zijn keuze.

Bij de vier andere kleine praktijken gaat het om een associatie. Een huisarts vertelt dat hij een vrouwelijke associé preferereert vanwege contactuele eigenschappen: "een vrouw kan patiënten veel beter op hun gemak stellen". Maar hij vertelt ook dat een nieuwe huisarts zich in de directe omgeving van zijn praktijk dreigt te gaan vestigen. Het is dan ook goed om deze huisarts een stapje voor te zijn en zelf te gaan associëren "dan heb je de keuze van de huisarts tenminste zelf in de hand". Een vrouwelijke kandidaat is - mits zij zorgt dat de achterwacht goed geregeld is via haar partner of een betaalde kracht - uitermate geschikt, want "mannen willen liever full-time werken".

Een tweede huisarts zegt dat het hem niet uitmaakt of het een man of een vrouw is. Wel moet het iemand met een partner zijn omdat de inkomsten uit de praktijk gering zullen zijn. Gedurende het interview blijkt dat de gemeente waarin deze praktijk is gelegen de voorkeur heeft voor vestiging van een vrouwelijke huisarts. De gevestigde huisarts kan daar kennelijk moeilijk omheen.

Een derde huisarts zegt dat zijn toekomstige associé zeker wel een vrouw mag zijn. "Sommige patiënten zullen dat zelfs prettig vinden. De mannelijke patiënten zullen er waarschijnlijk meer moeite mee hebben", meent hij, "maar die kunnen dan bij mij terecht". Deze associatiepraktijk lijkt hem wel aantrekkelijk voor vrouwen vanwege het kleine aantal patiënten; "het is in feite maar een part-time baan". Als de achterwacht goed geregeld wordt, is het niet hebben van een partner geen probleem.

De vierde huisarts uit deze groep heeft een uitgesproken voorkeur voor een man. Hij stelt dat er in principe geen wezenlijk verschil bestaat tussen mannen en vrouwen, "maar wel in het huisartsenvak". Op de vraag waaruit hij dat verschil afleidt, komt een stroom van argumenten. "Vrouwen die gesolliciteerd hebben zijn veel te extreem in hun opvattingen en uitingsvormen (...)." "Vrouwen hebben veel lagere verwachtingen ten aanzien van het realiseren van een zelfstandige praktijk (...)." "Vrouwen zijn veel minder gemotiveerd... behalve dan een paar

doordouwers", maar die vindt hij veel te extreem. De achterwacht zal ook problemen opleveren "en ik heb geen zin om alles zelf op te knappen".

Tot zover de huisartsen over de geschiktheid van vrouwelijke huisartsen bij kleine praktijken.

Aspecten die niet direct met de voorkeur voor een vrouwelijke of mannelijke kandidaat te maken hebben, maar die wel nagenoeg altijd aan de orde zijn gesteld, betreffen aspecten die verband houden met contactuele eigenschappen van de kandidaat, de belangstelling voor patiënten(zorg), mentaliteit van de kandidaat en vakinhoudelijke aspecten.

In tabel 8.7 (zie volgende pagina) is een overzicht van deze aspecten gegeven; veelal zijn ze geformuleerd in termen van wensen of eisen.

Uit de tabel blijkt dat diegenen die willen associëren meer expliciete wensen of eisen hebben ten aanzien van mogelijke kandidaten dan diegenen die de praktijk willen overdragen.

Het zou te ver voeren om in te gaan op vrouwelijke of mannelijke karaktereigenschappen en de weerslag ervan op wensen of eisen van de gevestigden.

Bij profielschetsen blijkt echter vaak duidelijk de voorkeur van de gevestigden voor een mannelijke kandidaat. Slechts één illustratie zullen wij daarvan geven. Een huisarts verzekert dat hij een uitgesproken voorkeur heeft voor een vrouwelijke associé. Zij moet wel een aantal (in de tabel genoemde) kwalificaties bezitten. "Ik hecht erg veel waarde aan een net uiterlijk", vertelde hij. "Een besmeurde witte jas of een wilde haardos staat niet tegenover patiënten. Nou hoeft voor mij een witte jas niet per se, maar dan moet hij wel een net colbert met stropdas dragen."

Aan het einde van het interview vragen wij de gevestigde huisartsen uit het profiel dat zij hebben geschetst de vier belangrijkste elementen te noemen. Bij de weergave van deze elementen beperken wij ons tot die elementen waar de voorkeur voor een vrouwelijke of mannelijke arts uit blijkt het element 'sexe'.

Tabel 8.7 Wensen of eisen die gevestigden stellen aan kandidaten ten aanzien van contactuele eigenschappen, belangstelling voor patiënten, mentaliteit en vakinhoudelijke zaken

	'associés'	'opvolgers'
Contactuele eigenschappen		
open/integer/gelijkmatig/humaan	2	4
niet-autoritair/tolerant	4	3
niet star/flexibel	4	1
Belangstelling voor patiënten		
mondigheid van patiënten erkennen/ overleggen/goed kunnen luisteren naar patiënten	7	2
vertrouwen van patiënten wekken/ patiënten op hun gemak stellen]	2
interesse en aandacht voor patiënten		-
Mentaliteit en vakinhoudelijke aspecten		
specifieke ervaring/werkwijze/vak- bekwaamheid	9	12
bepaalde opvattingen over ethi- sche kwesties	3	-
samenwerking/bereikbaar voor elkaar moet op mij lijken	4	-
	-	2
zelfvertrouwen/geestelijke rug- gegraat/incasseringsvermogen	-	4
humor/plooibaar/geen zwartkijker	4	-

Tabel 8.8 geeft weer hoeveel huisartsen sexe als één van de vier belangrijke selectiecriteria noemen en of dit criterium door een vrouw of een man te berde wordt gebracht.

Men bedenke wel, dat tot dan toe in het interview het gespreksonderwerp 'sexe' alleen op initiatief van de gevestigde huisarts ter sprake gekomen is.

Tabel 8.8 Huisartsen die bij het selecteren van gegadigden 'sexe' als een van de vier belangrijke selectiecriteria noemen

	'opvolgers'		'associés'	
	vrouw	man	vrouw	man
voorkeur voor een mannelijke gegadigde	-	5	-	5
voorkeur voor een vrouwelijke gegadigde	1	-	1	1

Uit de tabel blijkt dat sexe een belangrijk selectie criterium vormt; de helft van de huisartsen uit dit onderzoek noemt het als één van de vier meest belangrijke criteria.

Wij kunnen vaststellen dat dit sterk in het nadeel van vrouwen uitvalt. Tien van deze dertien huisartsen hebben een uitgesproken voorkeur voor een mannelijke kandidaat. Onder de drie huisartsen die een voorkeur voor een vrouwelijke kandidaat uitspreken, bevinden zich twee vrouwelijke huisartsen.

Vatten wij tot slot de resultaten samen die dit deelonderzoek heeft opgeleverd.

Om de ideeën van de gevestigden ten aanzien van hun voorkeuren voor mannelijke of vrouwelijke kandidaten te achterhalen, hebben wij tijdens de diepte-interviews de profielschets gehanteerd als methode van gegevensverzameling. Deze profielschets hebben wij geplaatst tegen de de context waarin huisartsen hun praktijk overdragen of associëren.

De resultaten uit dit onderzoek vormen een indicatie dat bepaalde situaties - plattelandgemeenten, grote praktijkomvang - niet bevordelijk zijn voor de vestigingskansen van vrouwelijke kandidaten. Gevestigden verwijzen in deze situatie veelal naar de voorkeur van hun patiënten. In hoeverre hier sprake is van een vorm van legitimatie van voorkeuren valt in dit onderzoek moeilijk te zeggen, maar het is hoe dan ook een situatie die de kans op vestiging voor vrouwen inperkt.

Een ander aspect betreft de selectie en opsporing van geschikte kandidaten. Het blijkt dat de gevestigden uit dit onderzoek vooral zoeken via relaties binnen de medische wereld. Hier vinden wij aanknopingspunten voor de veronderstelling dat het zoeken via relaties wellicht een meer effectieve methode is dan uit de analyses van hoofdstuk 6 blijkt. Het is een methode waarin vragers en aanbieders elkaar - letterlijk en figuurlijk - vinden.

Uit de profielschetsen die de gevestigden hebben opgesteld blijkt dat sexe een belangrijk selectie criterium vormt voor de huisartsen uit dit deelonderzoek. De vraag die wij ons aan het begin van dit hoofdstuk hebben gesteld, namelijk hebben gevestigde huisartsen die hun praktijk willen overdragen of willen associëren een voorkeur voor een mannelijke kandidaat, moet bevestigend beantwoord worden.

9 Slotbeschouwingen over onderzoeksstrategie en toepassing van de onderzoeksresultaten voor beleid

Twee onderwerpen willen wij in dit afsluitend hoofdstuk aan de orde stellen. Ten eerste zullen wij de plaats van dit onderzoek bepalen. Daartoe plaatsen wij de gehanteerde onderzoeksstrategie op een onderzoekscontinuum dat als ene uiterste de 'onderzoeksaanpak vanuit restricties' en als andere uiterste de 'onderzoeksaanpak vanuit preferenties' heeft. De gevonden onderzoeksresultaten overziend geven wij enkele overwegingen met betrekking tot de onderzoeksstrategie waar restricties het uitgangspunt vormen.

Ten tweede gaan wij in op toepassing van de onderzoeksresultaten voor het beleid ten aanzien van vrouwelijke huisartsen. Wij constateren dat beleidsaanbevelingen die zijn ingegeven om restricties in de leefsituatie uit de weg ruimen of af te zwakken - met name de gezinssituatie - wel passen in een algemeen emancipatiebeleid, maar onvoldoende zijn om het aandeel van vrouwelijke huisartsen binnen de beroepsgroep te vergroten.

Mede op basis van recente wetsvoorstellen en plannen voor herstructurering van de Nederlandse gezondheidszorg komen wij tot aanbevelingen over de vraag hoe het percentage vrouwelijke huisartsen binnen de beroepsgroep verhoogd kan worden.

9.1. Beschouwingen over de gehanteerde onderzoeksstrategie

Wanneer wij proberen een ordening aan te brengen in de veelheid aan onderzoeksstrategieën staan in principe twee wegen open. Men kan op zoek gaan naar verschillen in preferenties

van mensen of men kan veronderstellen dat preferenties van mensen gelijk zijn, maar dat de verschillen worden veroorzaakt door restrictieve omstandigheden waarin mensen zich bevinden. In termen van dit onderzoek gesteld: men gaat er vanuit dat vrouwen nu eenmaal andere vestigingswijzen prefereren dan mannen of men gaat er vanuit dat vrouwen en mannen wel dezelfde vestigingswijzen wensen, maar dat vrouwen minder kansen krijgen om dat te realiseren.

Vertrekt men vanuit de 'preferentie-aanpak' dan zal de focus van het onderzoek gericht worden op het opsporen van de oorzaken die verschillen in preferenties hebben teweeg gebracht. In dergelijk onderzoek wordt veelal teruggegrepen op socialisatie en/of leerprocessen die in het verleden hebben plaatsgevonden. Nagegaan wordt dan welke factoren verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor het ontstaan van bepaalde preferenties en in welke opzichten deze factoren voor vrouwen en mannen verschillen. Het zal duidelijk zijn dat het meten ervan geen eenvoudige zaak vormt.

Bovendien spelen in dergelijk onderzoek allerlei factoren een rol; factoren die in meerdere of mindere mate met elkaar samenhangen. Vanwege de complexiteit is het vaak moeilijk om hieruit eenduidige onderzoeksresultaten te destilleren.

Men kan ook vertrekken vanuit de opvatting dat preferenties van mensen in wezen niet verschillen, maar dat de verschillen veroorzaakt worden door restrictieve omstandigheden: 'restrictie-aanpak'. In dat geval zal het accent van het onderzoek liggen op het zoeken naar restricties in de concrete leef-situatie die de keuzemogelijkheden van individuen beperken. Deze factoren vormen dan de verklaring voor het feit dat mensen niet datgene kunnen realiseren wat hun voorkeur heeft.

Vatten wij beide richtingen op als uiteinde van een continuum en plaatsen wij het onderhavige onderzoek op dit continuum, dan ligt het dichtst bij de 'restrictie-aanpak' dan bij de 'preferentie-aanpak'. In dit onderzoek is er vanuit gegaan dat de preferentie voor bepaalde vestigingswijzen voor vrouwelijke en mannelijke huisartsen niet verschilt op een hoog abstractieniveau, te weten welzijn en aanzien.

Deze aanname hebben wij niet gehanteerd op een lager abstractieniveau, namelijk dat van de instrumentele doelstellingen,

dit zijn: inkomen, professionele status, optimale vakinhoudelijke arbeid en tijd naast beroepsarbeid.

Wij zijn er vanuit gegaan dat studenten gedurende de beroepsopleiding een steeds duidelijker zicht krijgen op de vestigingswijzen die zij het liefst willen en op de restricties die zich voordoen bij het realiseren van deze wens. Dat zal tot gevolg hebben dat de wens enigermate wordt aangepast aan de restrictieve situatie. Dat is in dit onderzoek naar voren gekomen bij de geconstateerde verschillen tussen de vestigingswijzen die huisartsen wensen en de vestigingswijzen waarnaar huisartsen zoeken. De verschillen tussen vrouwen en mannen in de gewenste vestigingswijzen blijken kleiner dan in de gezochte vestigingswijzen.

Restricties - zo hebben wij aangenomen - zullen inwerken op de preferenties van studenten gedurende de beroepsopleiding. Omdat deze restrictieve omstandigheden voor vrouwen en mannen verschillen, zullen de doelstellingen die vrouwen en mannen bij de beroepsarbeid nastreven verschillen.

Met deze aanname zijn wij op het preferentie-restrictie-continuum een stukje opgeschoven in de richting van de preferentie-aanpak. Gegeven de uitkomsten die het onderzoek heeft opgeleverd, kunnen wij de vraag stellen of de keuze voor die plaats op het continuum een goede keus is geweest voor het te onderzoeken probleem.

De keuze voor een onderzoeksopzet waarbij het onderzoeksprobleem wordt verklaard vanuit restricties, is ons inziens een goede keuze geweest. Voor het zoeken van verklaringen voor motivaties en attitudes die de voorkeur voor bepaalde vestigingswijzen en het realiseren van die voorkeuren kunnen verklaren, zal terug gegrepen moeten worden op leergeschiedenissen en socialisatieprocessen. Wij moeten dan veel verder teruggaan in de tijd en dat zou tot een zeer complex geheel hebben geleid.

In dit onderzoek, waar verklaringen voor verschillen in vestiging in restricties worden gezocht, is het verklarend model opgesplitst in 'stappen' en blijft zichtbaar in welke fasen welke restricties een rol kunnen spelen.

Wanneer wij de gevonden resultaten uit dit onderzoek beschouwen is de nadruk wellicht wat al te sterk gelegd op het aanduiden van restricties die verondersteld worden de voorkeur voor een vestigingswijze en het realiseren van die voorkeur te beïnvloeden. Gebleken is dat het aanduiden van deze restricties niet altijd voldoende is geweest. De werking van deze restricties blijkt - vooral waar het om de instrumentele doelstellingen gaat - wat gecompliceerder dan aanvankelijk is aangenomen. Dit is, waar het de instrumentele doelstelling 'tijd naast beroepsarbeid' betreft nog enigszins te achterhalen door de resultaten uit het logboekonderzoek erbij te betrekken. Het is dan ook zinvol om bij een onderzoeksaanpak waar de verklaringen in restricties worden gezocht, naast het opsporen van restrictieve factoren, aandacht te besteden aan de werking van de restricties in de gegeven situatie. Het is niet voldoende om restricties op te sporen en aan te duiden; het is minstens van even groot belang om de 'werking' van deze restricties te onderzoeken. Het gaat daarbij met name om onderzoek naar de uitwerking van de opgespoorde restricties op het gedrag. Vooral de consequenties die deze restricties voor het gedrag van huisartsen hebben, zijn in dit onderzoek niet nader te analyseren vanwege niet toereikende onderzoeksgegevens.

9.2. Toepassing van de onderzoeksresultaten voor een beleidsstrategie

De onderzoeksresultaten hebben uitgewezen dat verschillen in gezochte vestigingswijze niet geheel verklaard kunnen worden uit verschillen in doelstellingen die huisartsen nastreven bij de beroepsarbeid en uit restricties die op deze waardering inwerken.

Vanuit beleids oogpunt bezien hebben onderzoeksresultaten waar de verklaringen worden teruggevoerd op het heersende waarden- en normenpatroon beperkte toepassingsmogelijkheden. Er vanuit gaande dat overheidsbeleid zich baseert op de heersende waarden- en normenpatronen in een samenleving en deze niet van bovenaf wil en kan opleggen of veranderen, zullen (op basis van onderzoek) voorgestane veranderingen moeten plaatsvinden via mentaliteits- en/of attitude veranderingen. Hierbij zou de

overheid via scholing en opvoeding een corrigerende of sturende invloed kunnen uitoefenen, maar dat is alleen mogelijk wanneer het maatschappelijk draagvlak voldoende breed is om de voorgestane veranderingen te ondersteunen.

Zelfs als wij er vanuit gaan dat dergelijke beleidsmaatregelen nuttig en nodig zijn, zal de invloed ervan pas op langere termijn merkbaar zijn; op korte termijn zal er weinig van te verwachten zijn.

Er zijn echter meer concrete aangrijpingspunten voor beleidsvoering waar het gaat om maatregelen teneinde de combinatie van beroepsarbeid en gezinstaken door vrouwen te stimuleren. In dit onderzoek is aangegeven dat het vooral gaat om restricties in de sociale situatie (huishoudelijke en gezinstaken). Bij het treffen van maatregelen door de overheid valt in dit verband te denken aan het scheppen van voldoende opvangmogelijkheden voor kleine kinderen, invoering of uitbreiding van het ouderschapverlof, de mogelijkheid tot het afsluiten van een verzekering tegen inkomstenderving van vrije beroepsbeoefenaren bij zwangerschap en fiscale aftrekbaarheid van de kosten voor huishoudelijke hulp en voorziening van kinderopvang, welke vrouwen die beroepsarbeid verrichten, moeten maken. Het zijn maatregelen die deels ook worden voorgestaan in het kader van het emancipatiebeleid (vergelijk Kortenhoeven, 1985).

Twee kanttekeningen dienen geplaatst te worden.

Ten eerste gaat het om meer algemene maatregelen die passen binnen het emancipatiebeleid van de overheid - en daar ook terecht bepleit worden - maar die niet rechtstreeks gericht zijn op een verhoging van het aantal zelfstandig gevestigde vrouwelijke huisartsen.

Ten tweede is in de behandelde onderzoeksliteratuur in hoofdstuk 2 gewezen op het gevaar dat het waarden- en normenpatroon dat ten grondslag ligt aan de gangbare taakverdelingen tussen vrouwen en mannen wordt bestendigd en dat de gevolgen ervan voor vrouwen worden 'verdoezelt'. Het wordt gehuwde vrouwen gemakkelijker gemaakt om de gezinstaken te combineren met beroepsarbeid zonder de taakverdeling tussen vrouwen en mannen ter discussie te stellen.

Een beleidsgebied waar maatregelen kunnen worden getroffen, betreffen de formele regelingen voor het beroep huisarts. Uit eerder vooronderzoek is echter al duidelijk geworden dat de ongelijkheden in regelgeving voor vrouwen en mannen, vooral bij fiscale en pensioenregelingen, in een recent verleden nagenoeg zijn weggenomen. In het onderhavige onderzoek is nagegaan of de percepties ten aanzien van verschillen in regelgeving tussen vrouwen en mannen van invloed zijn op het zoeken naar een bepaalde vestiging.

Wij vinden weliswaar dat een deel van de respondenten nog steeds van mening is dat er verschillen in regelgeving bestaan, maar wij vinden geen verband tussen deze percepties en het zoeken naar een bepaalde vestiging.

Hoewel het aanbeveling verdient om op dit punt gerichte informatieverstrekking te stimuleren, zal dit blijkens de onderzoeksresultaten nauwelijks bijdragen aan een verhoging van het percentage zelfstandig gevestigde vrouwelijke huisartsen.

Wij moeten tot de slotsom komen dat het treffen van bovengenoemde maatregelen binnen het kader van een meer algemeen emancipatiebeleid zeker zijn aan te bevelen, maar dat de invloed die er vanuit zal gaan op de vestiging van vrouwelijke huisartsen zeer beperkt zal zijn.

Benaderen wij het beleidsprobleem vanuit een meer organisatorische optiek dan valt het accent op de wijze waarop de beroepsuitoefening in Nederland gestructureerd is. Hoewel de oorzaken niet eenduidig waren vast te stellen, heeft het onderzoek wel aangetoond dat vrouwen bij voorkeur op zoek gaan naar beroepsarbeid in dienstverband, waar nagenoeg altijd in groepsverband wordt gewerkt. Vanuit het gezichtspunt van vrouwelijke huisartsen is beroepsarbeid in dienstverband aantrekkelijk vanwege de grotere mogelijkheden tot het verdelen van de achterwachtfunctie (waarvoor vaak een betaalde kracht wordt aangetrokken). Ook het waarnemen bij ziekte, vakantie of zwangerschap door collega-artsen in de organisatie, en de regelmaat van de werktijden (spoedgevallen en periodieke drukte vanwege griep epidemieën worden gespreid over het gehele huisartsenteam) kunnen eenvoudiger geregeld worden. Part-time-functies zijn in het huisartsenberoep nagenoeg uitsluitend dienstverband-posities.

Het huisartsenberoep in Nederland vindt echter voor het overgrote deel plaats in solopraktijken en associaties van twee of drie huisartsen die als vrij beroepsbeoefenaar werken (vergelijk hoofdstuk 1 en 6).

Voor de naaste toekomst zijn ingrijpende veranderingen voorgesteld in de structuur en de financiering van de gezondheidszorg in Nederland en daarmee ook voor de spil in de eerste lijnsgezondheidszorg: de beroepsgroep huisartsen. Deze veranderingsvoorstellen zijn vervat in een drietal beleidsnota's c.q. wetsvoorstellen die wij beknopt weergeven.

Ten eerste zal de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) op korte termijn worden ingetrokken. De intrekking van deze kaderwet heeft gevolgen voor het Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen dat in februari 1986 binnen het kader van de WVG in werking is getreden (zie hoofdstuk 1). Het beleidsvoornemen is om ook dit Besluit in te trekken.

Dit zal betekenen dat huisartsen zich in de toekomst vrij kunnen vestigen zonder dat zij een vergunning nodig hebben van B&W.

De criteria die momenteel gehanteerd worden bij het verlenen van toestemming voor vestiging (namelijk voldoende spreiding van huisartsen, bepaalde praktijkomvang en persoons- en situatiegebonden factoren) zullen nieuw-te-vestigen huisartsen niet meer van vestiging kunnen afhouden.

Een tweede voorstel tot verandering is vervat in het wetsvoorstel voor Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). Daarin wordt bepleit het huidige systeem van beroepsbescherming (in de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst - WUG - uit 1865) te vervangen door een systeem van titelbescherming BIG.

Wordt dit voorstel van kracht dan zullen de beroepswerkzaamheden van huisartsen niet langer wettelijk beschermd worden. Het houdt in dat een ieder deze beroepswerkzaamheden mag uitvoeren met uitzondering van bepaalde behandelingen die expliciet aan beroepsbeoefenaren blijven voorbehouden. Dit voor zover men geen schade toebrengt aan de gezondheid van de patiënt. In het nieuwe stelsel wordt slechts de titel wettelijk beschermd; het is niet-gekwalficeerden verboden om een beschermde titel - zoals arts - te voeren.

Een laatste belangrijk voorstel tot structuurverandering van de gezondheidszorg dat genoemd dient te worden is het zogeheten 'plan Dekker'. Dit plan is ingegeven door de noodzaak tot kostenbesparing in de gezondheidszorg. Wanneer de kostenstijgingen niet worden afgeremd bestaat het gevaar dat de toekomstige zorg niet langer voor iedereen bereikbaar en betaalbaar zal worden.

Pogingen die de overheid in de jaren zeventig en tachtig in het werk stelt om kostenstijgingen in de gezondheidszorg in de hand te houden middels vergaande regelgeving, hebben niet het gewenste resultaat opgeleverd.

In het plan Dekker wordt terugtreding van de overheid op het terrein van de gezondheidszorg bepleit en in plaats daarvan het marktmechanisme geïntroduceerd.

Vorgesteld wordt om een basispakket aan gezondheidszorgvoorzieningen op te stellen dat voor iedere inwoner in Nederland toegankelijk is. De premie voor dit basispakket zal uit een vast bedrag bestaan dat voor iedereen gelijk is alsmede een variabel bedrag dat afhankelijk is van het inkomen.

Voorzieningen die niet onder het basispakket vallen, kunnen aanvullend verzekerd worden. Zowel de voorzieningen in dit aanvullende pakket als de premie voor dit pakket, kan per ziektekostenverzekeraar variëren. Hier ligt voor de ziektekostenverzekeraars ook de mogelijkheid om met elkaar te wedijveren om de gunsten van de cliënt/patiënt.

Gaan de plannen van de commissie Dekker door dan zal ook een einde komen aan de gegarandeerde bekostiging van zorg - onder andere de huisartsenzorg - van ziekenfondspatiënten door de ziekenfondsen. De commissie stelt voor om de contracteerverplichting voor ziekenfondsen te vervangen door contracteervrijheid van de ziektekostenverzekeraars. Hetgeen betekent dat de huidige verplichting voor ziekenfondsen om met iedere gekwalificeerde huisarts die aan de gestelde voorwaarden voldoet een medewerkerscontract af te sluiten, wordt opgeheven. Deze verplichting is reeds in de huidige situatie versoepeld. Wanneer huisartsen geen vestigingsvergunning hebben, zijn de ziekenfondsen niet verplicht een overeenkomst aan te gaan. In het voorstel van de commissie Dekker kunnen de ziektekosten-

verzekeraars met de hulpverleners onderhandelen over tarieven en verstrekkingen. Hiermee worden nieuwe concurrentiemogelijkheden voor ziektekostenverzekeraars geschapen; dit zal volgens de commissie Dekker leiden tot het afsluiten van 'doelmatige' contracten met de hulpverleners waaronder huisartsen (Kortenhoeven, 1989).

De boven aangehaalde plannen en wetsvoorstellen zijn gericht op het scheppen van grotere vrijheden op het terrein van de gezondheidszorg. De werkzaamheden op het terrein van de geneeskunst zullen niet langer wettelijk beschermd worden, het vestigingsbeleid voor huisartsen wordt ingetrokken en invoering van het marktmechanisme zal gepaard gaan met een terugtrekkende overheid op het gebied van regelgeving.

De beroepbeoefenaren krijgen hiermee in de naaste toekomst als het ware de bal toegespeeld. Willen individuele beroepsbeoefenaren - effectieve - invloed uitoefenen op het beleid bij de verdediging van hun beroepsbelangen dan dienen zij zich aaneen te sluiten tot een beroepsorganisatie. Voor het ontstaan en het voortbestaan van zo'n organisatie zijn twee elementen van doorslaggevend belang: de homogeniteit van de beroepsuitoefening en de regulering van toetreding tot de beroepsuitoefening (Lulofs, 1983).

Bepalen wij ons tot de beroepsgroep huisartsen dan zullen beide elementen bij doorvoering van bovengeschetste plannen, in toenemende mate onder druk komen te staan.

Wat betreft de toetreding tot de arbeidsmarkt voor huisartsen; worden de plannen doorgevoerd dan zal een aantal groeperingen dat onder het huidige systeem langs de zijlijn staat, de kans schoon zien om op het vrijgegeven terrein hun diensten aan te bieden.

Dit geldt in de eerste plaats voor de beoefenaren van alternatieve geneeswijzen. Hun diensten zijn als regel niet als verstrekking opgenomen in het ziekenfondspakket (vaak wel in een aanvullend verzekeringspakket). Het vrijgeven van het terrein van de geneeskunst biedt voor deze groep de mogelijkheid om (straffeloos) beroepswerkzaamheden op dit terrein uit te voeren.

Ten tweede is er de groep die de medicijnenstudie met goed

gevolg heeft voltooid, maar zich niet is gaan specialiseren op een bepaald gebied; de zogeheten basisartsen. Zij kunnen in de toekomst met beroepsbeoefenaren van de huisartsgeneeskunde concurreren door als gekwalificeerd basisarts bepaalde beroepswerkzaamheden aan te bieden tegen concurrerende tarieven aan de ziektekostenverzekeraars.

Ten derde is er de groep afgestudeerde huisartsen die op zoek gaat naar beroepsarbeid. Een groep die in de toekomst voor een groter wordend deel uit vrouwen zal bestaan omdat het aandeel van de vrouwelijke studenten binnen de medicijnenstudie de afgelopen jaren is gestegen. Voor hen opent vooral de intrekking van het vestigingsbeleid voor huisartsen perspectieven om zich 'vrij te vestigen' als huisarts.

Genoemde groeperingen kunnen in de naaste toekomst de concurrentie tussen de beroepsbeoefenaren - die de commissie Dekker expliciet voorstaat - aanwakkeren. Bij deze concurrentie tussen de beroepsbeoefenaren kan de beroepsorganisatie van huisartsen niet werkeloos blijven toezien; deze zal de toetreding tot de beroepsuitoefening moeten reguleren.

Wat betreft de homogeniteit van de beroepsuitoefening; deze zal afnemen naarmate meer heterogene groepen erin slagen als beroepsbeoefenaar op het terrein van de huisartsgeneeskunde arbeid te vinden. Of groeperingen er daadwerkelijk in slagen als beroepsbeoefenaar 'binnen te dringen', zal in sterke mate afhangen van de vraag of zij er in het toekomstige stelsel in slagen om contracten af te sluiten met de ziektekostenverzekeraars.

Ziektekostenverzekeraars hebben er baat bij om zo 'doelmatig' mogelijk contracten af te sluiten met de hulpverleners i.c. de huisartsen. Zij zullen zich daarbij door twee aspecten laten leiden. De vraag vanuit patiënten(verenigingen) naar bepaalde hulp, bijvoorbeeld naar natuurartsen of vrouwelijke huisartsen en de prijs die zij voor deze hulp moeten betalen aan de hulpverleners.

Volgens het marktprincipe zullen hulpverleners die de gevraagde diensten tegen het goedkoopste tarief aanbieden erin slagen contracten met de ziektekostenverzekeraars af te sluiten. Er is wel een grens gesteld; de ziektekostenverzekeraars zullen als regel alleen contracten afsluiten met gekwalificeerde be-

roepsbeoefenaren en instanties. Gegeven de 'randgroeperingen' die wij zojuist als potentiële concurrenten hebben beschreven (werkeloze huisartsen, basisartsen en alternatieven) die doorgaans als basisarts of huisarts gekwalificeerd zijn, is een dergelijke regel beslist geen garantie voor handhaving van de homogeniteit van de beroepsuitoefening.

Voor instanties als inrichtingen en ziekenhuizen stelt de commissie Dekker voor een kwaliteitsgarantie in de vorm van een certificaat te verstrekken aan alle instellingen die voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen. Dit certificaat is te beschouwen als een soort keurmerk waarmee de ziektekostenverzekeraars het kaf van het koren kunnen onderscheiden.

Voor hulpverleners die als vrije beroepsbeoefenaar werken - hetgeen zoals wij gezien hebben het geval is bij het overgrote deel van de huisartsen - ligt deze kwestie wat gecompliceerder. Ook hier ligt voor de beroepsorganisatie een taak in het verschiet. Wil men als beroepsorganisatie blijven voortbestaan dan dient voorkomen te worden dat de individuele beroepsbeoefenaren tegen elkaar uitgespeeld worden door de ziektekostenverzekeraars.

De voorstellen en wetsontwerpen nopen de vrije beroepsbeoefenaren tot een meer collectieve behartiging van de belangen. In plaats van als individuele hulpverleners met de ziektekostenverzekeraars te onderhandelen over afsluiten van contracten, wordt het zinvol om zich aaneen te sluiten in samenwerkingsverbanden teneinde de interne en externe concurrentie tegen te gaan. Een ontwikkeling die door de beroepsorganisatie gestimuleerd en ondersteund zal worden; het is immers van belang om toetreding tot de huisartsenmarkt te reguleren en homogeniteit van de beroepsuitoefening te handhaven.

Het voert in dit verband te ver om nader in te gaan op de wijze waarop deze 'samenwerkingsverbanden' georganiseerd zullen of moeten worden. Wel is uit dit onderzoek gebleken dat niet alleen vrouwen maar ook mannen - zij het in wat mindere mate - zich het liefst zouden willen vestigen in groepspraktijken en gezondheidscentra. De voorstellen en wetsontwerpen dringen de beroepsgroep in de richting van meer collectieve samenwerking. Het is een richting die zowel positief als negatief zou kunnen uitwerken voor vrouwelijke artsen.

Vrouwelijke artsen gaan bij voorkeur op zoek naar samenwerkingsverbanden in dienstverband zo is uit het onderzoek gebleken. De voordelen die deze samenwerkingsverbanden vrouwen bieden zijn in het begin van deze paragraaf nog eens samengevat. Zal de uitoefening van het huisartsenberoep in de toekomst in grotere samenwerkingsverbanden plaatsvinden, dan zullen vrouwelijke huisartsen in staat zijn om op meer gelijke voet met mannen te concurreren om de beschikbare arbeidsplaatsen. Een ontwikkeling die kan leiden tot een toename van het aantal vrouwelijke huisartsen binnen het beroep. De voorgestelde veranderingen in de organisatiestructuur kunnen vrouwen daarbij helpen.

Maar de concurrentie zal zich niet alleen moeten beperken tot een gelijke toegang tot het beroep. Vrouwen zullen ook moeten streven naar een gelijke positie binnen het beroep.

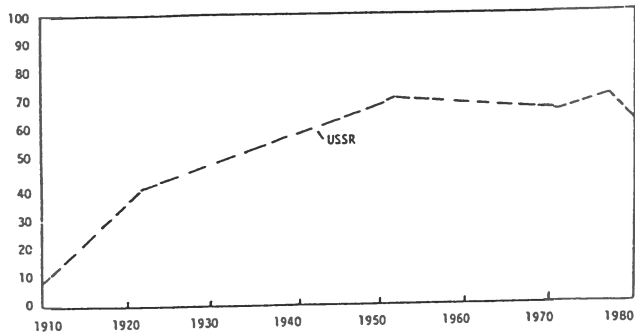
Voor ondersteuning bij het streven naar een gelijke positie moeten vrouwelijke huisartsen in de toekomst niet langer bij de overheid aankloppen; van regelgeving op dit terrein is bij een 'terugtrekkende' overheid weinig te verwachten. Het is juist de beroepsorganisatie die bij het vormgeven van de toekomstige organisatiestructuur het voortouw zal moeten nemen. Onderzoek naar beleidsvoering voor vrouwelijke huisartsen (hoofdstuk 1) heeft uitgewezen dat er van verbetering van de positie van vrouwelijke huisartsen op initiatief van de beroepsorganisatie niet veel te verwachten valt. Het zal daarom van toenemend belang worden dat vrouwen zijn vertegenwoordigd in de beroepsorganisaties en actief deelnemen aan beleidsvorming en uitvoering binnen deze organisaties. Vanuit deze situatie kunnen zij streven naar een gelijke positie binnen het beroep. De vormgeving van de toekomstige samenwerkingsverbanden kunnen een aanknopingspunt bieden; het is aan de vrouwelijke huisartsen om die veranderingen in haar voordeel aan te wenden.

Noten

1. Taakstellingen beroepskrachtenplanning gezondheidszorg. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk 1988.
2. Idem.
3. Cijfers uit de huisartsenregistratie, jaarlijkse peilingen (tot 1984). Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht.
Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg 1984, 1985, 1986, 1987, 1988. Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg, Utrecht.
4. Wanneer afgestudeerde huisartsen geen beroepsarbeid verrichten, verliezen ze na vijf jaar hun registratie.
5. Landelijke gegevens over assistentschappen die korter dan een half jaar duren zijn niet opgenomen in de registratiesystemen van GHI en NIVEL.
6. Vergelijk noot 3.
7. Beleidsplan Emancipatie Tweede Kamer, vergaderjaar 1984-1985, p.11.
8. Beleidsplan Emancipatie 1985, p.42, 43, 45.
9. Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening 1986 Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986, no.19388. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk, p.21.
10. Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg 1986, p.23.
11. Notitie Taakstellingen beroepskrachtenplanning gezondheidszorg 1988, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Rijswijk, p.23.
12. Besluit van 12 oktober 1985, houdende vestiging en prak-

- tijkomvang huisartsen.
13. Ziekenfondswet Staatsblad 347, 1986, artikel 3, tweede lid.
 14. Rapport van de Commissie Problematiek van de vrouwelijke arts, Hoofdbestuur KNMG. Medisch Contact 23, juni 1983, p.702.
 15. De landen waarvoor corresponding secretaries werden benoemd waren: Argentinië, Canada, China, Engeland, Frankrijk, Italië, Japan, Nederland (Ada Potter), Noorwegen, Schotland, Servië, Uruguay, Verenigde Staten, Zweden en Zwitserland.
 16. De doelstellingen van de MWIA luidde:
 - a. To provide means of communication between medical women in different countries, and to promote the general interest of medical women and to further friendship and understanding between the medical women of the world.
 - b. To afford opportunities for medical women to meet at stated times to confer upon questions relating to the health and well-being of humanity and upon problems particularly relating to women and to secure their cooperation at all times and matters connected with international health.
 17. Door sommigen wordt deze bijeenkomst beschouwd als het eerste internationale congres, omdat toen de eerste 'council meeting' plaatsvond, met reglementair gekozen afgevaardigden uit de verschillende nationale organisaties.
 18. Department of Health and Social Security, National Health Service, Re-employment of Women Doctors HM(69)6. London, 1969.
 19. Department of health and Social Security Women Doctors Retainer Scheme HM (72) 42. London, 1972.

20. Aantallen vrouwelijke artsen in de jaren 1910 tot 1980 in de USSR



Source: Field, p.27

21. Een deel van dit hoofdstuk is als artikel verschenen in Mens & Maatschappij no.1, 1988 onder de titel: Vestiging van vrouwelijke huisartsen. Een theoretisch model ter verklaring van verschillen in zelfstandige vestiging tussen vrouwen en mannen. D. Kortenhoeven, A. van Doorne-Huiskes, P.P. groenewegen en I. Maas.
22. Onder gehuwden worden in dit onderzoek tevens huisartsen met vaste partner gerekend.
23. Sinds kort is het bij enkele maatschappijen mogelijk een verzekering af te sluiten voor derving van inkomsten bij zwangerschapsverlof voor vrije beroepsbeoefenaren.
24. De uitgebreide enquête is op aanvraag verkrijgbaar bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL).
25. Bij vergelijking zouden de percentages gevestigden in het geselecteerde bestand juist iets lager moeten liggen omdat ze over een kortere tijdsperiode berekend zijn.

Geraadpleegde literatuur

- ACTIEPROGRAMMA EMANCIPATIEBELEID 1987-1990. Tweede Kamer, vergaderjaar 1987-1988, 20255, nummer 1
- AMERICAN MEDICAL WOMEN'S ASSOCIATION. Medical Education and Research Committee. Results of a pilot survey of household help problems of women physicians in the United States. Journal of the American medical Women's Association 28, 324-327, 1973
- ANGELL M. Women in medicine: beyond prejudice. The New England Journal of Medicine, 7 may 1981
- BAKKER D.H. DE. Gemeentelijk beleid voor de eerstelijns(gezondheids)zorg, NIVEL, Utrecht, 1987
- BEAUMONT B. Special provisions for women doctors to train and practise in medicine after graduation: a report of a survey. Medical Education 13, 1979
- BECK T.R. Markov models of natural history. Journal of Clinical Epidemiology 41: 619-21. 1988
- BELEIDSPLAN EMANCIPATIE. Tweede Kamer, vergaderjaar 1984-1985, 19052, nummers 1 en 2, p.5
- BEROEPSKRACHTENPLANNING GEZONDHEIDSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING. Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1987, 19388, nummers 1 en 2
- BEWLEY B.R., BEWLEY Th.H. Hospital doctors' career structure and misuse of medical womenpower. The Lancet, 9 augustus 1975
- BLACKWELL E. Pioneerwork in opening the medical profession to women. Schocken, Books, New York, 1977 (originele publicatie in 1885. Longmans, Green, New York en London)
- BOBULA J.D. Work patterns, practice characteristics, and

- incomes of male and female physicians. Journal of Medical Education 55, 1980
- BOERMA L.H., HERMAN C., TIJSSSEN I.M.J.G. Deeltijdsarbeid onder artsen. Medisch Contact 23, p.682-683, 1983
- BOURNE P.G., WIKLER N.J. Commitment and the cultural mandate: Women in medicine. Social Problems 25:430-40, 1978
- BOWERS J. Women in medicine, an international study. New England Journal of Medicine 275, p.362-5, 1966
- BRASLOW J.B., HEINS M. Women in medical education: a decade of change. New England. Journal of Medicine 304, 1981
- BRITISH MEDICAL JOURNAL, Women in medicine, 10 januari 1976
- BROVERMAN I.K., VOGEL S.R., BROVERMAN D.M., CLARKSON F.E., ROSENKRANTZ P.S. Sex-role stereotypes: a current appraisal. Journal of Social Issues 28, 1972
- BUTTER I., KLEIVERDA G. Vrouwelijke artsen Veranderingen in menskracht in de gezondheidszorg. Medisch Contact 48, 1984
- BUTTER I.H., CARPENTER E.S., KAY B.J. SIMMONS R.S. Gender hierarchies in the health labor force. International Journal of Health Services 17, 1987
- COSER R.L., ROKOFF G. Women in occupational world: social disruption and conflict. Social Problems 18, 1971
- COX P.B. Pioneer Women in Medicine. Medical Women's Journal, May 1949
- DAVIDSON L.R. Choice by constraint: The selection and function of specialties among women physicians-in-training. Journal of Health Politics, Policy and Law 4.200-20. 1979
- DAVIDSON L.R. Medical immunity? Male ideology and the profession of medicine. Women and health 3:3-10, 1978
- DAVIDSON L.R. Sex roles, affect, and the woman physician: A study of the impact of latent social identity upon the role of the professional. Dissertation New York University, New York 1975
- DAVIDSON V.M. Coping styles of women medical students. Journal of Medical Education 53:902-907, 1978
- DAY P. Women doctors. Choices and constraints in: Politics for medical manpower. King's Fund, London, 1982
- DEELADVIES PROJECTGROEP VROUWENHULPVERLENING. Vrouwenhulpverlening in de huisartspraktijk. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Den Haag, 1986
- DIJK, G. VAN. De VNVA en haar werkterrein. In: De dokter dat

- ben ik. Congresboek VNVA, Nijmegen, 1983
- DIJKMAN R.A., STALNAKER J.M. Survey of women physicians graduating from medical school 1925-1940. Journal of Medical Education 32, 1957
- DODGE N. Women in the Soviet Economy. In: A. Theodore (ed.) The professional women. Schenkman, Cambridge, Massachusetts, 1971
- DOORNE-HUISKES A. VAN, BEDAUX DE JONGE, M. Gezinssituaties en beroepsloopbanen van vrouwelijke artsen. Gezondheid en Samenleving 3, 1983
- DOORNE-HUISKES A. VAN, LUYKX R. Beloningsverschillen tussen vrouwen en mannen in een universitaire organisatie. Mens en Maatschappij, 1987
- DOORNE-HUISKES, J. VAN. Vrouwen en beroepsparticipatie. Een onderzoek onder gehuwde vrouwelijke academici. Dissertatie, Utrecht, 1979
- DOORNE-HUISKES, J. VAN. Vrouwen in mobiliteits- en stratificatie-onderzoek. Mens en Maatschappij, 59, 1984
- DUCKER D.G. Believed Suitability of medical specialties for women physicians. Journal of the American Medical Women's Association 33, 1978
- DUCKER D.G. The effect of two sources of role strain on women physicians. Sex Roles 6, 1980
- DUKKERS VAN EMDEN T. Van zieke zeurpiet tot ervaringsdeskundige. Tien jaar vrouwegezondheidsbeweging en vrouwenhulpverlening in Nederland. In: Vrouwen worden beter... Hulpverlening aan vrouwen in de medische praktijk. Vrouwenstudies Geneeskunde, Reader studiedag. Amsterdam, 1988.
- DURÉ W.F. Women students in US medical schools: past en present trends. Journal of medical Education 48 p.186-189, February, 1973
- EISENBERG C. Women as physicians. Journal of Medical Education 58, 1983
- EISENBERG L. Canard about women physicians. New England Journal of Medicine 284, 734-35, 1971
- ELLIOT P.M., JEFFERYS M. Women in medicine. Royal Commission on Medical Education, London, 1966. Office of Health Economics.
- ELSTON M.A. Women in the medical profession: whose problem? In: M. Stacey, M. Reid, C. Heath, R. Dingwall (eds).

- Health and the division of labor. Croom Helm, London, 1977
- EMANCIPATIE, PROCES VAN VERANDERING EN GROEI. Tweede Kamer, vergaderjaar 1976-1977, 14496, nummers 1 en 2
- EPSTEIN C.F. Encountering the male establishment: sex-status limits on women's careers in the profession. American Journal of Sociology, 1970
- EPSTEIN C.F. Women's place: Options and limits in professional careers. University of California Press, Berkely, 1971
- ES J.C. VAN. Vrouwelijke artsen. Medisch Contact 23, 1983
- FIDELL L.S. Sex role stereotypes and the American physician. Psychology of Women Quarterly 4:313-30. 1980
- FIELD, M.G. A US response to a look at the USSR. Proceedings of the international conference on women in health. Sponsored by Health Resources Administration, Washington D.C., june 1975
- FIELD, M.G. Soviet socialized medicine, an introduction. The free press, New York, 1967
- FILLER R.K. Sexual differences in earnings: The role of the individual personalities and tastes. Journal of Human Resources 18, 82-99, 1983
- FISELIER T.P.S. De toetsing van de differentiële associatietheorie met behulp van Lisrel. KU Criminologisch Instituut Nijmegen, 1988
- FLYNN C.A., GARDNER F. British Journal medical Education, 1969
- FREIDSON E. Profession of Medicine. Dodd, Mead New York, 1970
- FREIDSON, E. Doctoring together, a study of professional social control, Chicago, 1975
- GENEES-WIJZE VROUWEN, VROUWEN GENEES-WIJZE. Lustrumcongres ter gelegenheid van het 55-jarig bestaan van de VNVA. Nijmegen, 1988
- GINZBERG E. Women in medicine; what is really happening? Journal of Medical Education 53, 1978, p.843-44
- GOFFMAN E. The interaction order. American Sociological Association, 1982 Presidential Address. American Sociological Review 48:1-17, 1983
- GOODENOUGH REPORT. Report of the Inter-Departmental Committee on Medical Schools HMSO. London 1944
- GORDON T.L., JOHNSON D.G. Study of US medical school applicants 1976-77. Journal of Medical Education 53: 873, 1978

- GOUDSBLOM-OESTREICHER M.E.I. Vrouwen als (toekomstige) artsen. MGV 12, p.1089-1097, 1981
- GRAAFF J. DE. Vrouwen in het huisartsenberoep. Amsterdam, Doctoraalstudie Huisartseninstituut VU, Amsterdam, 1980
- GROENEWEGEN, P.P. Locatiekeuze en huisartsendichtheid; een verklaring van regionale verschillen en veranderingen. Dissertatie, Utrecht, 1985
- HAUG M.R. The erosion of professional authority: A cross-cultural inquiry in the case of physicians. Health and Society Winter: 83-106, 1976
- HEIJMANS E. Kiezen voor vrouwelijke artsen, een verkennend onderzoek. Katholieke Universiteit. Nijmegen, 1987
- HEINS M., BRASLOW J. Women doctors: productivity in Great Britain and the United States. Medical Education 15, 1981
- HEINS M., SMOCK S., MARTINDALE L., JACOBS J., STEIN M. Comparison of the productivity of women and men physicians. Journal of the American Medical Association 297, 1977
- HEINS M., SMOCK S., MARTINDALE L., STEIN B., JACOBS J. A profile of the women physician. Journal of the American Women's Association 32, 421, 1977
- HERMANN, C. Vrouwelijke artsen in Nederland. Een onderzoek naar opleiding en beroepswerkzaamheden van vrouwelijke artsen. Dissertatie, Nijmegen, 1984
- HONDERD JAAR VROUWELIJKE ARTSEN IN NEDERLAND. Medisch Contact 33 p.609-612, 645-648, 667-670, 698-701, 741-745, 1978
- HORNER M.S. Toward an understanding of achievement-related conflicts in women. Journal of Social Issues 28, 1972
- JOURNAL OF THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS. Editorials. Women General Practitioners. April 1979
- JOURNAL OF THE ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS. Ingezonden brief p.126, maart 1988
- JUSSIM J., MULLER C. Medical education for women: how good an investment? Journal of Medical Education 50, 1975
- KANTER R.M. Man and Women of the corporation. Basis Books, New York, 1977
- KANTER R.M. The impact of hierarchical structures on the work-behavior of women and man. Social Problems 23, 1976
- KAUFMAN R.L. SCHERVISH P.G. Using adjusted crosstabulations to interpret log-linear relationships. American Sociological

- Review 51:717-33. 1986
- KAUFMAN-CARTWRIGHT L. Continuity and non continuity in the careers of a sample of young women physicians. Journal of the American Medical Women's association 32, 1977
- KAUFMAN-CARTWRIGHT L. Personality changes in a sample of women physicians. Journal of Medical Education 52, 1977
- KEHRER B.H. Factors affecting the incomes of men and women physicians: an explanatory analysis. Journal of Human Resources 11, 1976
- KELLY J.M. Sex preference in patient selection of a family physician. The Journal of Family Practice 11, 1980
- KNULST, W., SCHOONDERWOERD L. Een week tijd 1975-1980. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 1983
- KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GE-NEESKUNST. Rapport van de Commissie Problematiek van de vrouwelijke arts, KNMG, 1983
- KONINKLIJKE NEDERLANDSE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GE-NEESKUNST. Gedragsregels voor artsen. Utrecht, 1984
- KORTENHOEVEN D. 100 jaar fysiotherapie. Ontwikkeling van het wettelijk en economisch kader van een beroepsgroep. Gouda Quint, Arnhem 1989
- KORTENHOEVEN D. Vrouwelijke huisartsen; belemmerd bij vestiging? NIVEL, Utrecht, 1985
- KORTENHOEVEN D., CHATAB J. Professional autonomy and inequality between male and female physicians. Paper gepresenteerd op het derde internationale Congress on Women: Women's worlds, visions and revisions. Dublin, 1987
- KOSA J. Entrepreneurship and charisma in the medical profession. Social Science and Medicine 4: 25-4. 1970
- KOSA J., COKER R.E. The female physician in public health, conflict and reconciliation of the sex and professional roles. Sociology and Social Research 49, no.3, p.296-7, 1965
- KRAAYENBRINK-DE ZEEUW, B. Problematiek vrouwelijke artsen. Medisch Contact 23, p.681, 1983
- LANCET ed. A new deal for half our doctors? November 13, 1976
- LANCET ed. The pleasing punishment that women bear. The Lancet, 1280-1281, Juni 12, 1976
- LANCET ed. Women in medicine, a campaign to improve career prospects. Lancet, 1979. 660-661

- LANDELIJKE HUISARTEN VERENIGING. Nota Vestigingsregelingen, Utrecht, 1981.
- LANGWELL K.M. Factors effecting the incomes of men and women physicians Further explorations. Journal of Humen Recources 17, 261-274. 1982
- LAPIDUS G.W. Women in Soviet Society. University of California Press, Berkely 1978
- LAWRIE J.E., NEWHOUSE M.L., ELLIOT P.M. Working capacity of women doctors. British Medical Journal 1, 409, 1966
- LEESON T., GRAY T. Women and medicine. Tavistock Londen, 1978
- LEIGH T.P. Assessing the importance of an independent variable in multiple regression: is stepwise unwise? Journal of Clinical Epidemiology 41: 669-77. 1988
- LINDENBERG, S. Instigation of and participation in revolts and revolutions: An analysis of Marx's possible contribution to this problem and analysis of an alternative. Paper voor de studiedag van de Werkgemeenschap verklarende sociologie Utrecht, 1980
- LISTER J. By the London Post-Women in Medicine, New England Journal of Medicine 293, 18, 1975. (Geciteerd in Elston, 1977)
- LORBER J. Women Physicians: careers, status and power. Tavistock New York, 1984
- LORBER J., ECKER M. Career development of female and male physicians. Journal of Medical Education 58, 1983
- LOWRY S. Dr. Kildare let me down. British Medical Journal, June 18, 1988
- LULOFS J.G. Professies en de markt van vertrouwensgoederen. In: S. Lindenberg en F.N. Stokman (red.). Modellen in de sociologie. Van Loghem Slaterus, 1983
- LUTNICK A.I., McLEER S.V. Programs developed from concerns for women in medicine. Journal of Medical Education 54, 1979
- MANDELBAUM D.R. Work marriage and motherhood: the career persistence of female physicians. Preager New York, 1981
- MANSON T. Management, the professions and the unions: a social analysis of change in the National Health Service. In: Stacey M., M. Reid, C. Heath, R. Dingwall (eds). Health and the division of labour. Croom Helm, London, 1977
- McGRATH E., ZIMET C.N. Female and male medical students:

- differences in specialty choice selection and personality. *Journal of Medical Education* 52, 1977
- McPHERSON J., SMITH-LOVIN L. Sex segregation in voluntary associations. *American Sociological Review* 51, 1986
- MEDISCH CONTACT. Vrouwelijke huisarts ten onrechte niet geaccepteerd in maatschappij. *Medisch Contact* 37, 1982
- MILLER A.E. The changing structure of the medical profession in urban and suburban settings. *Social Science and Medicine* 11. 233-43, 1977
- MILLER J. LINCOLN, J.R., OLSON, J. Rationality and equity in professional networks. Gender and race as factors in the stratification of interorganizational systems. *American Journal of Sociology* 87. 308-35, 1981
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Circulaire ter verduidelijking van het Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen en met vermelding van aandachtspunten van de staatssecretaris Van der Reijden. Kenmerk nr.28025 DGVGZ/AGZ/ELGZ, Den Haag, 1985
- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Notitie Taakstellingen beroepskrachtenplanning gezondheidszorg 1988. Rijswijk, 1988
- MORANTZ-SANCHEZ R.M. Sympathy and science, women physicians in American Medicine. Oxford University Press. New York, 1985
- NADELSON C., NOTMAN M.T. The women physician. *Journal of Medical Education* 47, 174-183, 1972
- NADELSON C., NOTMAN M.T., LOWENSTEIN P. The practice patterns, life styles and stresses of women and men entering medicine. A follow-up study of Harvard Medical School graduates from 1967 to 1977. *Journal of the American Women's Association* 34, 1979.
- NAVARRO V. Women in health care. *New England, Journal of Medicine* 292, no.8, p.398-402, 1975
- NICHOLS S. Women's preferences for sex of doctors: a postal survey. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, December 1987
- OHSFELDT R.L., CULLER S.D. Differences in income between male and female physicians. *Journal of Health Economics* 5, 1986
- PARKHOUSE J., ELLIN D.J. Reasons for doctors' career choice and change of choice. *British Medical Journal*, p.1651-87, Juni 11, 1988

- PENNELL M.Y. RENSHAW J.E. Distribution of women physicians, 1971. Journal of the American Medical Women's Association 28: April 1973
- PEREIRA-d'OLIVEIRA, E. Vrouwen feministen, die van genezen wisten. Wetenschappelijke uitgeverij, Amsterdam, 1973
- PERSOON J.M.G., STURMANS F. Sekse-ongelijkheid in opleiding en beroepsuitoefening van artsen. Onderwijssymposium KU, Nijmegen, oktober 1981
- PHELPS C.E. Women in American medicine. Journal of medical Education 48, 1968
- PHILBRICK I. Women let us be loyal to women. The Medical Womans Journal 36. 39-42. 1929
- PICKLES H. Medical womenpower. The Lancet, Point of view, August 4, 1979
- PIRADOVA M.D. USSR-Women health workers. Women and health 1, 1976
- POWERS L., PARNELLE R., WIESENFELDER H. Practice patterns of women and men physicians. Journal of medical education 44, 481-491, 1969
- PREISENDORFER P., VOSS T. Arbeitsmarkt und soziale Netzwerke: die Bedeutung sozialer Kontakte beim zugang zu Arbeitsplätzen, Soziale Welt, 39, 1988
- PRESTON-WHYTE M.E., FRASER R.C., BECKETT J.L. Effect of a principal's gender on consultation patterns. Journal of the Royal College of General Practitioners, Oktober 1983
- PROCTOR S., ROBERTS, S. Hard times - hard choices: positive decision-making for part-time women doctors. Medical Education 21, 1987
- PUGH M.D., WAHRMAN R. Neutralizing sexism in mixed-sex groups: Do women have to be better than men? American Journal of Sociology 88, 1983
- QUADAGNO J.S. Occupational sex-typing and internal labor market distributions: An assesment of medical specialties. Social Problems, 1976
- RICHARDS P. Wasted women doctors. British Medical Journal, 14 January 1978
- RINKE C.M. The economic and academic status of women physicians. Journal of the American Medical Association 22, 1981
- RINKE C.M. The professional identities of women physicians.

- Journal of the American Medical Association 23, 1981
- ROBERTS S. All women are pregnant until proved otherwise. Lancet, 8 July 1978
- ROESKE N.A., LAKE K. Role models for women medical students. Journal of medical Education 52, 1977
- ROOS N.P., GAUMONT M., COLWILL N.L. Female and physician: a sex role incongruity. Journal of Medical Education 52, 1977
- ROOS P.A. Marriage and women's occupational attainment in cross-cultural perspective. American Sociological Review 48, 1983
- ROOS, P.A. Occupational segregation in industrial society: A twelve-nation comparison of gender and marital differences in occupational attainment. Dissertatie, Los Angeles, 1981
- ROSENTHAL M.M. Perspectives on women physicians in the USA. Through cross-cultural comparison: England, Sweden, USSR. International Journal of Women's Studies 2, 1979
- ROSENTHAL P.A., EATON J. Women MD^S in America: 100 years of progress and backlash. Journal of the American Medical Women's Association 37, 1982
- ROSENTHAL-MANDELBAUM D. Review essay: Women in Medicine. Signs 4, 1978
- RUE R. Women in medicine Great Britain. Medical Journal 17, 1973
- RUZEK S.B. The women's health movement. Praeger New York, 1978
- SAVAGE R., WILSON A. Doctors' attitudes to women in medicine. Journal of the Royal College of General Practitioners, June 1977
- SCHIPPERS J.J. (red.). Beloningsdiscriminatie tegen vrouwen: namen, feiten, beleid. Eburon Delft, 1988
- SCHIPPERS, J.J. Werkgelegenheidsdiscriminatie van de vrouw in Nederland, Sociaal Maandblad Arbeid, 38, 1983
- SCHOEMAKER, P.J.H. The expected utility model: its variants, purpose; evidence and limitations. Journal of Economic Literature, vol. XX, 1982, pp.529-563
- SELMAN B. Pioneer women in medicine. Medical Women's Journal 56, January, 1949
- SHAPIRO C.S., STIBLER B.J., ZELKOVIC A.A., MAUSNER J.S. Careers of women physicians. Journal of Medical Education 43, 1968

- SILVERSTEIN M.D., ALBERT D.A., HADLER N.M., ROPES M.W.
Prognosis in sle: comparison of Markov model to life table
analysis. Journal of Clinical Epidemiology 41, 1988
- SMEDTS J. Symposium: Waarom zo weinig vrouwen onder artsen?
Een vrouw wordt niet geacht een praktijk te kunnen
voeren. Weekblad Gezondheidszorg 20, 1981
- STARR P. The social transformation of American medicine Basic
Books, New York, 1982
- STEPHEN P.J. Career patterns of women medical graduates 1974-
1984. Medical Education 21, 1987
- SULLIVAN M. A new era: challenges for the women physician.
Journal of the American Medical Women's Association 29,
January, 1974
- SWAFFORD M. Sex differences in Soviet Earnings. American
Sociological Review 43, 1978
- SWERDLOW A.J., McNEILLY R.H., RUE E.R. Women doctors in
training: problems and progress. British Medical Journal
281, 1980
- THUROW L.C. Generating inequality; Mechanisms of distribution
in the U.S. economy. Basic books New York, 1975
- VERENIGING VAN NEDERLANDSE GEMEENTEN. Uitvoering van de vesti-
gingsregeling huisartsen, verslag van een enquête onder
gemeenten, SGBO, Den Haag, 1987
- VERHAGEN H.J.A. De Vereniging van Vrouwelijke Artsen, natio-
naal en internationaal. Medisch Contact 33, 1978
- VERHEUL T. Huisarts, hoe dan ook: de duopraktijk van Yvonne
Margry. Weekblad Gezondheidszorg 23, 1982
- VISSER, A.Ph., VLIERT E. VAN DE, TER HEINE E.J.H., WINNUBST
T.A.M. (red.) Rollen, persoonlijke en sociale invloeden op
het gedrag. Boom Meppel, Amsterdam, 1983
- VOLLMER W.M. Comparing change in longitudinal studies:
adjusting for initial value. Journal of Clinical
Epidemiology 41
- VONDEREN, M. VAN. Anticiperen op overbelasting door werkende
moeders. Onderzoek met behulp van roltheoretische bena-
dering. Werkgemeenschap, Utrecht, 1986
- WAKEFORD R.E., AREN V.J. Women doctors' career choice and
commitment to medicine: implications for general
practice. Journal of the Royal College of General
Practitioners, maart 1989

- WARD A.W.M. Careers of medical women. British Medical Journal 284, 2 January 1982
- WEISMAN C.S., LEVINE D.M., STEINWACHS D.M., CHASE G.A. Male and female physicians career patterns: specialty choices and graduate training. Journal of Medical Education 55, 1980
- WERKGROEP ARBEIDSPPOSITIE VROUWELIJKE ARTSEN IN DIENSTVERBAND. Rapportage. Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband, 1980
- WERKGROEP VROUWELIJKE HUISARTSEN. Interim-rapportage. Utrecht, LHV/VNVA, 1981
- WILLIAMS P.B. Recent trends in the productivity of women and men physicians. Journal of Medical Education 53, 1978
- WILSON M.P. The status of women in medicine: background data. Journal of the American Medical Women's Association 36, 1981
- WIPLER, R., LINDENBERG S. Collective phenomena and rational choice, in: J. Alexander u.a. Relating micro and macro levels in sociological theories. Berkeley, 1985
- YOGEV S., HARRIS S. Women Physicians during residency years: workload, work satisfaction and selfconcept. Social Science and medicine 12, 1983

Samenvatting

In dit boek is verslag gedaan van een onderzoek naar de vraag hoe het komt dat vrouwelijke huisartsen zich minder vaak zelfstandig vestigen dan mannelijke huisartsen. Deze onderzoeksvraagstelling bestaat zowel uit een kwantitatieve als een kwalitatieve component. Het eerste deel van de vraagstelling heeft betrekking op het aandeel van vrouwelijke huisartsen binnen de beroepsgroep; hoe komt het dat vrouwelijke huisartsen zich minder vaak vestigen. Het tweede deel - hoe komt het dat vrouwelijke huisartsen zich minder vaak zelfstandig vestigen - slaat op de mate van professionele autonomie bij de beroepsuitoefening.

Deze tweeledige vraagstelling wordt in hoofdstuk 1 geplaatst tegen een maatschappelijke achtergrond; dit doen wij door ons af te vragen voor wie de achterstand van vrouwelijke huisartsen een probleem is. Dit wordt nagegaan voor de meest betrokkenen, namelijk de overheid, de beroepsgroep en patiënten(groeperingen).

Uit beleidsnota's blijkt dat de overheid de achterstand van vrouwen in beroeps participatie als een structureel probleem definieert, maar dat concrete maatregelen voor het inlopen van de achterstand van vrouwelijke huisartsen achterwege blijven. In de discussie- en beleidsnota's van de beroepsgroep huisartsen komt de positie van vrouwelijke huisartsen binnen de beroepsgroep nagenoeg niet aan de orde. En ook binnen de patiënten(organisaties) vormt het lage percentage vrouwelijke huisartsen geen manifest probleem. Een uitzondering hierop vormen de vrouwen gezondheidszorgbewegingen. Vanuit een kritische houding ten opzichte van de huidige gezondheidszorg wordt ge-

pleit voor meer vrouwelijke hulpverleners.

In het tweede hoofdstuk wordt de historische situatie van vrouwelijke artsen in Nederland geschetst en tegen een internationale achtergrond geplaatst. Naast de Nederlandse situatie schetsen wij de opkomst van vrouwelijke artsen in Groot-Brittannië, de Sovjet-Unie en de Verenigde Staten van Amerika. Wij kiezen deze landen vanwege de verschillen in professionele autonomie die de beroepsgroep artsen in deze landen bezit; variërend van een staatsgeplande organisatievorm tot een keuzevrijheid voor uiteenlopende vestigingswijzen. Deze historische schetsen brengen ons tot de slotsom dat, hoewel het percentage vrouwelijke artsen binnen het beroep varieert in de verschillende landen, de vrouwelijke artsen als regel beroepsarbeid verrichten die lager betaald wordt, minder carrièreperspectieven biedt en een lager aanzien heeft dan mannelijke artsen.

Vervolgens wordt in de onderzoeksliteratuur nagegaan welke verklaringen voor de achterstand van vrouwelijke artsen binnen het beroep worden aangedragen. Verreweg de meest aangevoerde verklaringen hebben betrekking op de gezinssituatie en de belemmeringen die met name huwelijk en kinderen voor de beroepsarbeid van vrouwelijke artsen opwerpen.

Onderzoeksliteratuur over de beroeps participatie van vrouwelijke artsen draagt voornamelijk een beschrijvend karakter. Niet duidelijk wordt welk 'gewicht' aan de beschreven belemmeringen moet worden toegekend. Ook blijft in het ongewisse of de beschreven belemmeringen in verschillende sociale situaties verschillend uitwerken.

Om de verschillen in beroeps participatie tussen vrouwelijke en mannelijke artsen te verklaren is een verklarend model geconstrueerd. Daarin zijn de 'belemmeringen' die in de onderzoeksliteratuur zijn beschreven als verklarende variabelen in het model opgenomen.

Dit verklarend model wordt in hoofdstuk 3 opgesteld. Het model is opgebouwd in twee stappen. In de eerste stap wordt verklaard hoe het komt dat vrouwelijke huisartsen naar de minder zelfstandige vestigingswijzen op zoek zullen gaan. Vrouwelijke huisartsen waarderen de instrumentele doelstellingen die bij

de beroepsarbeid nagestreefd worden anders dan mannelijke huisartsen. Het gaat om instrumentele doelstellingen als: adequate honorering, een hoge professionele status en vrij te besteden tijd naast beroepsarbeid.

Deze verschillen in waardering vloeien voort uit de sociale stituatie; met name burgerlijke staat en het hebben of wensen van kinderen. Vrouwelijke huisartsen zullen - vooral wanneer zij gehuwd zijn en kinderen hebben - minder belang hechten aan professionele status en een adequaat inkomen, dan mannelijke huisartsen. Deze doelen zijn het best bereikbaar in de meer zelfstandige vestigingswijzen. Aan de instrumentele doelstelling 'vrij te besteden tijd' - die beter bereikbaar is in de minder zelfstandige vestigingswijzen - zullen zij daarentegen meer belang hechten dan mannelijke huisartsen. Daarnaast zijn de kosten voor de meer zelfstandige vestigingswijzen, die voortvloeien uit formele regelingen, voor vrouwelijke huisartsen vaak hoger dan voor mannelijke huisartsen.

Zowel verschillen in de waardering van doelstellingen als verschillen in de kosten voor zelfstandige vestigingswijzen leiden ertoe dat vrouwelijke huisartsen vaker naar de minder zelfstandige vestigingswijzen op zoek gaan dan mannelijke huisartsen.

In de tweede stap van het model wordt verklaard hoe het komt dat de kans op het realiseren van de gezochte vestigingswijzen voor vrouwen kleiner is dan voor mannen.

De kans op vestiging kan worden berekend uit de verhouding tussen vraag en aanbod op de huisartspraktijkenmarkt. Deze kans is echter niet gelijk voor de onderscheiden vestigingswijzen; de minder zelfstandige vestigingswijzen maken slechts een gering deel uit van het totale aanbod aan huisartspraktijken. Uit dit gegeven - samen met de uitkomst uit de eerste stap van het model - is af te leiden dat vrouwen naar de minder 'kansrijke' vestigingswijzen op zoek gaan.

De kans op vestiging wordt mede bepaald door de manieren waarop huisartsen een praktijk zoeken. Zoekmethoden die de grootste kans op vestiging bieden zijn zoekmethoden waarbij hulpbronnen als 'tijd' en 'relaties' vereist zijn. Vrouwen beschikken in mindere mate over deze hulpbronnen en dat heeft tot gevolg dat zij in mindere mate kunnen zoeken via de 'kans-

rijke' zoekmethoden.

De vestigingskansen van vrouwelijke huisartsen worden bovendien ingeperkt door de (voor)oordelen van gevestigde huisartsen en van financierende instanties ten opzichte van vrouwelijke huisartsen.

In hoofdstuk 4 worden opzet en uitvoering van het onderzoek besproken. De onderzoekspopulatie wordt gevormd door de groep huisartsen die gedurende het jaar 1983 de huisartsenopleiding voltooiden. Deze jaargroep wordt gedurende vijf jaar gevolgd bij de pogingen om een huisartspraktijk te realiseren. Ook wordt nader ingegaan op de gehanteerde analysemethoden: de LISREL-modellen en de loglineaire analyses.

In de hoofdstukken 5 en 6 wordt het verklarend model aan empirische toetsing onderworpen. Daartoe wordt het verklarend model (hoofdstuk 3) getransformeerd tot empirisch te toetsen hypothesen. Wat de toetsing betreft van de eerste stap van het model wordt, alvorens transformatiestappen worden ondernomen, nagegaan of vrouwelijke huisartsen inderdaad naar de minder zelfstandige vestigingswijzen op zoek gaan. Wanneer dat inderdaad zo blijkt te zijn, worden de verklaringen voor deze ongelijkheid empirisch getoetst.

Overeenkomstig de voorspellingen vinden wij dat de waardering van de instrumentele doelstellingen samenhangt met de vestigingswijzen waarnaar huisartsen op zoek gaan. Deze verschillen in de waardering van doelstellingen laten zich echter niet 'weg-verklaren' door invoering van burgerlijke staat of het hebben of wensen van kinderen. De perceptie van huisartsen ten aanzien van de kosten verhogende werking van formele regelingen voor vrouwen, zoals waarneemregelingen, zwangerschapsverlofverzekering, pensioenregeling en fiscale regeling blijken geen effect te hebben op de vestigingswijzen waarnaar men gaat zoeken.

De tweede stap van het model wordt in hoofdstuk 6 getoetst. Uit de berekeningen over de verhouding tussen vraag en aanbod naar huisartspraktijken blijkt dat de kans op vestiging in de minder zelfstandige vestigingswijzen geringer is. Voegen wij dit resultaat bij de uitkomst uit de eerste stap van het model

- vrouwelijke huisartsen zoeken naar de minder zelfstandige vestigingswijzen - dan kunnen wij vaststellen dat de kans op vestiging voor vrouwen kleiner is dan voor mannen.

De tweede verklaring voor de verschillen tussen vrouwen en mannen in de kans op vestiging vormen de verschillen in de manieren van zoeken. Het zoeken via 'tijdsintensieve' zoekmethoden blijkt een hogere kans op vestiging op te leveren dan de andere manieren van zoeken. Maar wij vinden onvoldoende steun voor de voorspelling dat mannen vaker op deze wijze zoeken dan vrouwen.

Een andere verklaring voor de verschillen in vestigingskansen vloeit voort uit verschillen in hulpbronnen als 'tijd' en 'relaties' die huisartsen bij het zoeken kunnen inzetten. Wij vinden dat wanneer mannelijke afgestudeerden een partner hebben die een (para)medisch beroep uitoefent, het percentage gevestigden hoger is; bij vrouwelijke huisartsen (die over deze relaties beschikken) daarentegen is het percentage gevestigden lager. De vestigingskansen voor zowel vrouwen als mannen worden positief beïnvloed wanneer de afgestudeerden een ouder of partner hebben die huisarts is.

In de hoofdstukken 7 en 8 wordt dieper ingegaan op het procesmatig verloop van het zoeken, zowel bij de vragers als de aanbieders op de huisartspraktijkenmarkt.

In hoofdstuk 7 worden de zoekende huisartsen bij het invullen van een dagboek, op de voet gevolgd bij hun pogingen om een huisartspraktijk te vinden. Om dit zoekproces in kaart te brengen stellen wij een stroommodel op. De stappen uit dit model blijken voor vrouwen en mannen niet sterk te verschillen; vrouwen blijven niet in een eerdere fase steken of andere zoekactiviteiten te ontplooiën. Bij een nauwkeuriger onderzoek naar de afzonderlijke stappen uit het stroommodel treden belangwekkende verschillen aan het licht.

In hoofdstuk 8 wordt een groep gevestigde huisartsen die de praktijk willen overdoen of associëren, geïnterviewd over hun voorkeuren voor een mannelijke kandidaat. Daartoe stelden de gevestigden gedurende het interview een profielschets op van hun toekomstige opvolger/ster associé(e).

De resultaten vormen een indicatie dat bepaalde situaties

- plattelandsgemeenten, grote praktijken - niet bevorderlijk zijn voor de vestigingskansen van vrouwelijke huisartsen. Ook vinden wij aanknopingspunten dat het zoeken via relaties een effectievere methode is dan uit de analyses in hoofdstuk 6 is gebleken. De gevestigden uit dit onderzoek blijken een voorkeur te hebben voor een mannelijke opvolger of associé.

In het afsluitende hoofdstuk 9 bepalen wij de plaats van het onderzoek. Daartoe wordt de gehanteerde onderzoeksstrategie op een continuüm geplaatst dat als ene uiterste de 'onderzoeksaanpak vanuit restricties' en als andere uiterste de 'onderzoeksaanpak vanuit preferenties' heeft. De gevonden onderzoeksresultaten overziend, geven wij enkele overwegingen met betrekking tot een onderzoeksstrategie waarbij restricties het uitgangspunt vormen.

De toepassing van de onderzoeksresultaten voor het te voeren beleid worden vervolgens aan de orde gesteld. Wij constateren dat beleid, gericht op het opheffen of afzwakken van restricties in de gezinssituatie, onvoldoende is als het gaat om verbetering van de beroepssituatie van vrouwelijke (huis)artsen. Uitgaande van recente wetsvoorstellen en plannen voor de herstructurering van de gezondheidszorg komen wij tot aanbevelingen over de vraag hoe de positie van de vrouwelijke huisartsen binnen de beroepsgroep verbeterd kan worden.

Summary

This book investigates the reasons for the fact that women general practitioners (GPs) establish independent practices less frequently than their male colleagues. The question is approached in both quantitative and qualitative terms. The first, quantitative part, looks at the number of women GPs within the profession and the reasons for their less frequent establishment in independent practice. The second part - the reason for the disparity in the numbers between men and women in independent practice - concerns the degree of professional autonomy within medical practice.

The dichotomy is placed in a societal context in chapter 1; which asks for whom women GPs' disadvantages create a problem. This is investigated for those most directly involved, i.e. government, the profession and patient (groups).

Policy documents reveal that government defines women's disadvantages in professional participation as structural: but that there have been no concrete measures to remove these problems. In the discussion and policy documents relating to the profession, virtually no attention is paid to the position of women GPs. The low percentage of women does not appear to present any problems within the patient organizations. An exception is formed by the 'women's' health care movements. They advocate more female careers as a matter of principle.

In the second chapter, a historical outline of the position of women GPs in the Netherlands is sketched and placed in an

international context. In addition to the Dutch situation, we examine the rise of women doctors in Great Britain, the Soviet Union and the United States. We chose these countries as examples, because of the differences in the degree of professional autonomy in them; ranging from state-planned organizations to a freedom to establish practices in many different ways. The historical sketch leads to the conclusion that, although the percentage of women doctors within the profession varies in the different countries, as a rule, women have a lower level of remuneration, fewer career prospects and lower status than their male colleagues.

Subsequently, the research literature is examined for explanations of these disadvantages. By far the most common explanations concern the family situation and the restrictions that marriage and children impose upon women doctors.

The research literature on the role of women within the profession is largely descriptive. It is not clear what 'weight' is ascribed to the restrictions indicated. It is also uncertain whether the restrictions described have differing effects in different social situations.

In order to account for the differing roles of men and women in the profession, an explanatory model has been constructed. The 'restrictions' cited in the research literature are included as explanatory variables in the model.

This explanatory model is set out in chapter 3. The model has two stages. The first stage explains why women doctors look for a less independent type of practice. Women GP's values, in respect of the material objectives of professional practice, differ from those of their male colleagues. These material objectives include adequate remuneration, high professional status and leisure time. The differences in values derive from the social setting; in particular from marital status and the presence of or desire for children. Women GPs will - certainly when they are married and do have children - attach less importance to professional status and adequate income than their male colleagues. These objectives are best achieved in a more independent form of practice. They tend to attach more value to leisure time - which is more plentiful in the less independent type of practice - than their male colleagues. In

addition there are the costs of setting up a practice that ensue from special requirements (see below) that are often greater for women doctors than they are for men.

Both the differing values attached to these objectives and differences in the cost of independent practice result in women GPs looking for less independent forms of practice than their male colleagues.

The second stage of the model explains why the chance of achieving the type of practice sought is smaller for women than for men.

The chance of getting a practice can be calculated on the basis of the ratio between supply and demand in the practice market. The chance is however not equal for the various types of practice; the less independent practices are only a small part of the total supply. From this - together with the results of the first stage of the model - we can see that the women are shopping around in a shrinking market.

The chance of obtaining a practice is determined by the search method. Methods with the best chance of success are those in which resources, such as 'time' and 'connections' are required. As women have less access to these resources they have less opportunity to use the most 'productive' search methods.

Women GPs' opportunities are also restricted by the prejudices and values of established GPs and financial organizations.

In chapter 4, we discuss the design and implementation of the research. The research population is formed by a cohort of GPs who completed their training in 1983. This cohort was investigated over a period of five years while they were attempting to establish themselves in practice. We also give further information on the methods of analysis used: the LISREL models and loglinear analysis.

In chapter 5 and 6, the explanatory model is subjected to empirical tests. For this purpose the explanatory model (chapter 3) is transformed into empirically testable hypotheses. As far as testing the first stage of the model is concerned, before transforming it, we first determine whether

women GPs do actually look for a less independent type of practice. If this appears to be the case, then the explanation for this inequality will be tested empirically.

Similarly we find that the assessment of material objectives is connected with the type of practice that GPs look for. The differences in assessing these objectives can not be explained away by the introduction of marital status or having or wanting children. The formal requirements, which increase costs for women, such as locum regulations, pregnancy leave, pension regulations and tax rules appear to have no effect on the type of practice, when they are examined closely.

The second stage of the model is tested in chapter 6. On the basis of the calculations of the ratio between supply and demand in practices, it appears that the chance of getting a practice of a less independent type is smaller. If we add this result to the result of the first stage of the model - that women GPs are looking for precisely these less independent types of practice - then it is clear that the chance of their finding what they want is smaller than for men.

The second explanation for the differences between men and women in acquiring a practice is a result of the different methods of search. 'Time intensive' methods would appear to produce a better result than other methods. However, there is insufficient support for the prediction that men use this method more than women.

Another explanation for the differences in opportunity ensues from differences in resources such as 'time' and 'connections', which GPs use when searching. We find that when male graduates have a partner in a (para)medical profession, the percentage establishing a practice rises; with women GPs (who have these connections) on the other hand the percentage falls. The opportunities for both women and men are positively influenced when the graduate has a parent or partner who is a GP.

In chapters 7 and 8, we investigate the search process in more detail, both on the supply and demand side in the practice market.

In chapter 7, we follow in the footsteps of the GPs in their attempts to find a practice. We set up a flow model to chart

this process. The stages in the model do not appear to differ greatly between men and women; women do not get stuck in an earlier stage or use other search methods. Close investigation of the distinct stages of the model did show important differences, however.

In chapter 8, a group of established GPs who want to sell their practices or want to go into partnership, were interviewed on their preferences for a male candidate. These GPs gave a profile during the interview for their future successor (male/female) or partner.

The results indicate that particular situations - rural communities, large practices - do not encourage women applicants. We also found evidence that searching with the help of personal connections was a more effective method than appeared from the analysis in chapter 6. Those established in practice showed a preference for a male successor or partner.

In the concluding chapter 9, we define the position of this survey. The research strategy used is placed on a continuum that has at one extreme 'research design based on restrictions' and the other 'research design based on preferences'. On the basis of these results we give a number of considerations in respect of research strategy in which restrictions form the starting point. The application of the results to policy are then examined. We ascertain that policy based on the removal or the weakening of restrictions in the family situation are inadequate to improve women GPs' professional situation.

On the basis of recent legislative proposals and plans for restructuring the health care system, we arrive at recommendations as to how to improve women GPs' position within the profession.

Curriculum vitae

Dirkje Kortenhoeven is geboren op 20 april 1942. In de periode 1969-1973 doorloopt zij de Utrechtse Avondscholengemeenschap; in juni 1973 behaalt zij het Atheneum A-diploma.

Aansluitend vangt zij aan met de studie Sociaal Culturele Wetenschappen aan de Rijksuniversiteit Utrecht. In september 1979 sluit zij deze studie af met het doctoraal examen sociologie. De eerstegraads docentopleiding voltooit zij in januari 1981.

Vanaf 1981 is zij als onderzoekster werkzaam bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Onderzoeken naar de beroepsgroep fysiotherapie, wijkverpleegkunde en huisartsen leiden tot diverse publicaties.

Mede dankzij subsidies van de Stichting Zuiver Wetenschappelijk Onderzoek en de Stimuleringsgroep Emancipatie Onderzoek wordt vanaf oktober 1985 een onderzoek uitgevoerd naar de verschillen in vestiging tussen vrouwelijke en mannelijke huisartsen. Dit onderzoek heeft geresulteerd in dit proefschrift.

