

# Op zoek naar een huisartspraktijk

## Belemmeringen voor mannen en vrouwen bij het vinden van werk als huisarts

E. DE WIJN, D. WITTEVEEN, C. J. IJZERMANS,  
E. VAN ZALINGE EN H. BROUWER\*

Welke belemmeringen ondervinden pas opgeleide huisartsen bij het vinden van werk in een huisartspraktijk, en zijn er in dit opzicht verschillen tussen mannen en vrouwen? Door middel van een enquête onder alle artsen die aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam de opleiding tot huisarts hebben gevolgd, is gepoogd op deze twee vragen een antwoord te krijgen. Uit de resultaten blijkt dat vrouwen over het algemeen meer belemmeringen ondervinden dan mannen. De auteurs pleiten ervoor hiermee rekening te houden, zowel in de beroepsopleiding als bij het formuleren van criteria voor uitoefening van het huisartsenberoep in deeltijdarbeid.

### Inleiding

Het wordt steeds moeilijker werk als huisarts te vinden. Vrouwen blijken het daarbij nog moeilijker te hebben dan mannen.<sup>1,2</sup>

Wat zijn nu de belemmeringen die pas opgeleide mensen tegenkomen bij het zoeken naar werk als huisarts? Zijn er daarbij verschillen tussen zoekende mannen en vrouwen?

Met financiële steun van het Catherina van Tussenbroekfonds en van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (Emancipatieprogramma) onderzochten wij beide vragen.

### Methoden

Na enkele huisartsen geïnterviewd te hebben, stelden wij twee enquêtes op, die gestuurd werden naar respectievelijk alle voormalige arts-assistenten van de Universiteit van Amsterdam die op het moment van versturen huisarts waren (*huisartsen*) en naar alle voormalige arts-assistenten die niet als huisarts werkten (*niet-huisartsen*).

### Resultaten

Van de 352 verstuurdde lijsten ontvingen wij er 219 terug (62 procent). De res-

\* De eerste twee auteurs zijn voormalig arts-assistent, de drie andere auteurs zijn als medewerker verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Universiteit van Amsterdam.

- van de mannelijke huisartsen had 85 procent een medewerkersovereenkomst met een ziekenfonds, tegen 58 procent van de vrouwen;
- mannen waren vaker huisarts geworden via bemiddelingsbureaus en vrouwen in de praktijk van de ex-opleiders; beide categorieën was dit echter het meest gelukt via relaties;
- 80 procent van de niet-huisartsen gaf aan gereageerd te hebben op advertenties, terwijl slechts 14 procent van de huisartsen hun werk via een advertentie had gekregen;
- van de niet-huisartsen werkten de meeste mannen (inmiddels) in een sociaal-geneeskundig beroep (53 procent, vrouwen 28 procent);
- van de 79 niet-huisartsen hebben er 27 nooit werk als huisarts gezocht, terwijl 32 van hen na enige tijd zijn opgehouden met zoeken.

● *Belemmeringen.* Zoals gezegd werden verschillende enquêtes gestuurd naar huisartsen en niet-huisartsen. De verschillen betroffen vooral het al dan niet werken als huisarts en de consequenties hiervan. In beide enquêtes werd echter vooral gevraagd naar de belemmeringen bij het zoeken naar werk en bij het solliciteren.

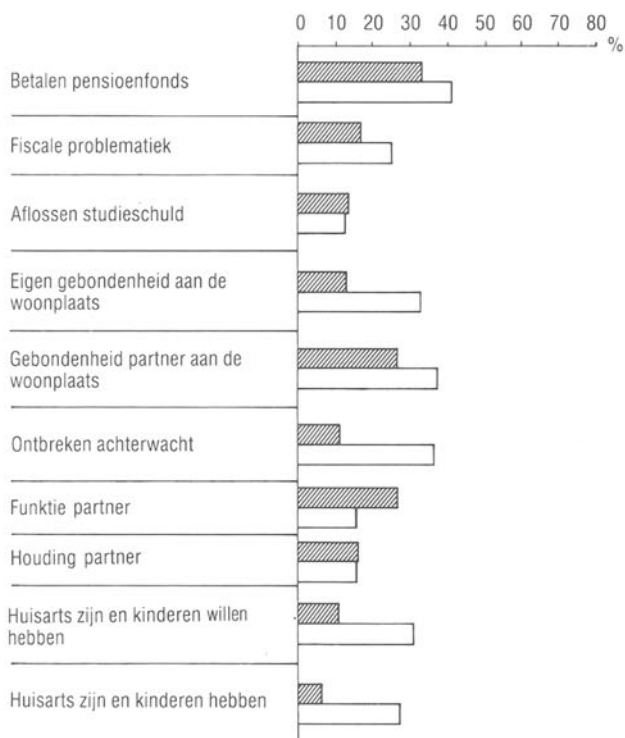
Door de mannelijke huisartsen werden vooral het betalen van het pensioenfonds en de plaats en wensen van de partner als belemmeringen ervaren, terwijl de vrouwelijke huisartsen daarnaast ook moeite hadden met het ontbreken van een achterwacht en met het (willen) hebben van kinderen. Bij de niet-huisartsen zien we grofweg dezelfde belemmeringen, zij het - vooral bij de vrouwen - uitgesprokener dan bij de huisartsen. Financiële belemmeringen zijn er voor weinig vrouwelijke niet-huisartsen (*figuren 1 en 3*).

In de *figuren 2 en 4* zijn de belemmeringen die speciaal bij sollicitaties naar voren kwamen, weergegeven. Bij de huisartsen blijken eigenlijk alleen vrouwen belemmeringen ervaren te hebben. Part-time willen werken, het willen hebben van kinderen en het ontbreken van ervaring werden genoemd. Bij de niet-huisartsen werden door de vrouwen dezelfde problemen genoemd, terwijl hier ook de mannen moeite hadden met het ontbreken van ervaring en het part-time willen werken.

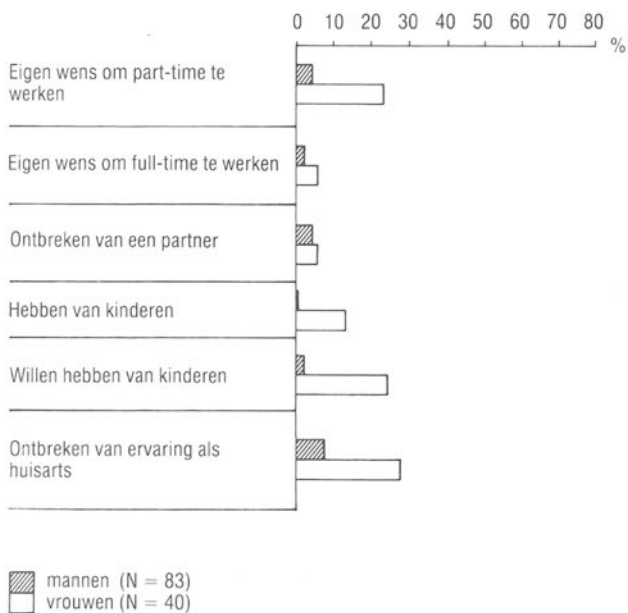
### Beschouwing

Wij hebben bij onze resultaten veel verschillen gevonden tussen mannelijke en vrouwelijke (niet)-huisartsen.

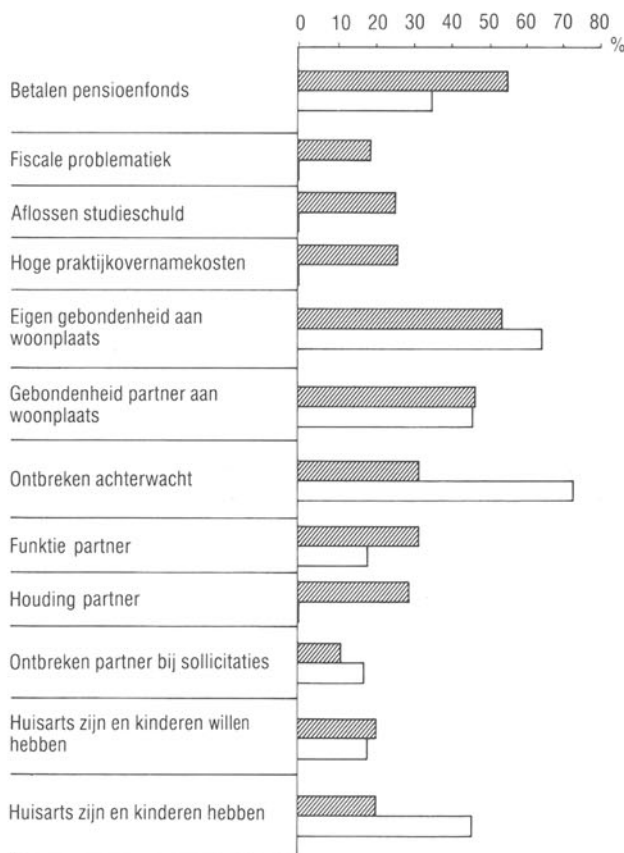
**Figuur 1.** Ondervonden belemmeringen bij het vinden van werk als huisarts door de huisartsen. Percentages.



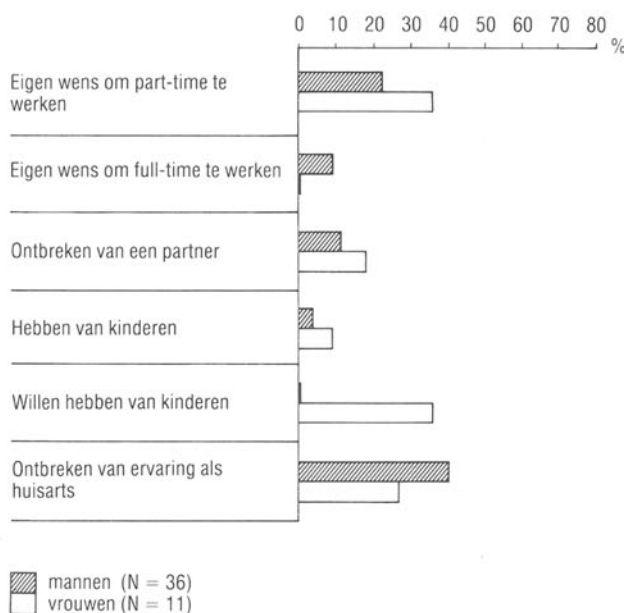
**Figuur 2.** Ondervonden belemmeringen bij het solliciteren door de huisartsen. Percentages.



**Figuur 3.** Ondervonden belemmeringen bij het vinden van werk als huisarts door de niet-huisartsen. Percentages.



**Figuur 4.** Ondervonden belemmeringen bij het solliciteren door de niet-huisartsen. Percentages.



## Vrouwen:

- werken als huisarts vaker in een samenwerkingsverband;
- hebben minder vaak een medewerkersovereenkomst met het ziekenfonds;
- werken in merendeel onafhankelijk van een partner;
- werken voornamelijk part-time;
- hebben in de helft van de gevallen een kind of kinderen;
- hebben vooral belemmeringen bij het vinden van hun werk ervaren in de persoonlijke, organisatorische sfeer;
- wonen vaker alleen (bij de niet-huisartsen de helft);
- hebben minder actief werk gezocht dan mannen;
- ervaren het ontbreken van een achterwacht als een zeer groot probleem;
- vinden vaker de belemmering onervaren te zijn als huisarts.

Er dient meer aandacht besteed te worden aan deze punten. Zo zouden er criteria opgesteld kunnen worden voor de uitoefening van het huisartsenberoep in deeltijd, zodat er ook meer part-time banen zouden ontstaan.<sup>3,4</sup> Ook zou in de beroepsopleiding meer aandacht aan deze problematiek besteed kunnen worden. Het is onze indruk dat te veel vrouwen de belemmeringen als individueel bepaald zien.

Voorts moet onderzoek gedaan worden naar het functioneren van de verschillende praktijkvormen en -situaties. Weerstand en vooroordelen rond het vervullen van de achterwachtfunctie, anders dan door de partner van de huisarts, zouden dan weggenomen kunnen worden.

En tenslotte zou meer aandacht besteed moeten worden door de beroepsorganisaties aan de positie van de vrouwelijke huisarts bij het vestigingsbeleid.

<sup>1</sup> Groenewegen PP. Vrouwelijke Huisartsen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1981.

<sup>2</sup> Postma JHM. Registratie aspirant huisartsen. Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.

<sup>3</sup> Boerma LH, Hermann C, Tijssen IMJG. Deeltijdarbeid onder artsen. Med Contact 1983; 38: 682-3.

<sup>4</sup> Hermann C. Vrouwelijke artsen in Nederland [Dissertatie]. Nijmegen, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1984.

## Epidemiologische notities

### UIT HET HUISARTSREGISTRATIESYSTEEM DEN HAAG

#### Bof, ziekte van Osgood Schlatter en suïcidaal gedrag

Sinds 4 juli 1983 functioneert ook in Den Haag een netwerk van peilstations: het Huisartsregistratiesysteem Den Haag.<sup>1</sup> Inmiddels is het eerste jaarverslag van dit netwerk gepubliceerd in het *Epidemiologisch Bulletin* van de Haagse GG en GD. Wij nemen daaruit een drietal hoofdstukken over.\*

#### Bof en bofcomplicaties

Bof is doorgaans een onschuldige ziekte. Het bofvirus kan evenwel complicaties veroorzaken zoals meningitis, orchitis en oophoritis, pancreatitis, encefalitis en myocarditis. Ook kan een bofinfectie het inwendige oor aantasten, met centrale doofheid als gevolg. Voorts wordt het mogelijk geacht dat bofinfecties, met name de *slow virus*-infecties, een meer dan incidentele rol spelen in de etiologie van diabetes mellitus.

Bof werd geregistreerd op basis van de volgende (klinische) criteria:

- temperatuursverhoging;
  - gezwollen, pijnlijke speekselklieren of sublinguale/submaxillaire klieren.
- Gecompileerde bof werd geregistreerd, indien op basis van het klinisch beeld sprake was van orchitis (eventueel aangevuld met een contact met een bofgeval in de anamnese), meningeale prikkeling of pancreatitis (evidente bovenbuikklachten, braken). Meningo-encephalitis werd gediagnosticeerd door middel van liquoronderzoek.

*Tabel 1* geeft een overzicht van de uitkomsten van de bofregistratie in 1984. De leeftijdsgroep 1-4 jaar gaf de hoogste aantallen te zien, op de voet gevolgd door de leeftijdsgroep 5-9 jaar. Landelijk ligt de top bij de leeftijdsgroep 5-9 jaar, maar in stedelijke bevolkingen komt bof op wat jongere leeftijd voor dan op het platteland.<sup>2</sup> De gevonden

leeftijdverdeling komt verder vrij goed overeen met de landelijke cijfers.<sup>3</sup> Berekend werd dat de bofincidentie in 1984 in Den Haag 393 per 100.000 inwoners bedroeg. Uit een overzicht van *Huisman* over het voorkomen van bof in Rotterdam in de jaren 1965-1980 blijkt echter dat de incidentie van deze ziekte van jaar tot jaar zeer aanzienlijke verschillen kan vertonen.<sup>2</sup> Het gevonden incidentiecijfer is daarom van slechts betrouwbare waarde.

Zoals bekend bestaat voor bof sedert 1976 een aangifteplicht. Op de lijst van aan te geven infectieziekten staat bof onder groep C, hetgeen betekent dat alleen opgave dient te worden verstrekt van het aantal ziektegevallen. Voor Nederland kwam het incidentiecijfer per 100.000 inwoners in 1984 uit op 2,1, voor Zuid-Holland op 3,9. Deze cijfers tonen aan dat het opnemen van bof in de C-groep op een echech is uitgelopen. De sterke onderaangifte van bof is overigens niet nieuw. Peilstationgegevens uit Amsterdam melden dat in 1980 1 procent van het werkelijke aantal werd aangegeven.<sup>4</sup>

In de vier kwartalen van 1984 werden in het Huisartsregistratiesysteem respectievelijk 45, 47, 34 en 48 gevallen van bof geregistreerd. Hieruit blijkt dat zich geen belangrijke seizoenschommelingen hebben voorgedaan. Zo werd in de zomer vrij veel bof waargenomen, terwijl in de literatuur wordt benadrukt dat bof vooral voorkomt in de winter en het vroege voorjaar.

Gevalen van meningo-encephalitis en meningeale prikkeling werden niet opgegeven. Op 174 geregistreerde bofgevallen is dit niet vreemd. De literatuur leert dat op de 500 bofinfecties er één leidt tot ziekenhuisopname wegens me-

\* Ontleend aan: *Epidemiologisch Bulletin* ('s-Gravenhage) 1985; 20(2), uitgegeven door de GG en GD van Den Haag. De bijdragen over de bof en de ziekte van Osgood Schlatter zijn van de hand van Dr. A. H. Bergink, de bijdrage over suïcidaal gedrag is geschreven door Prof. dr. W. J. Schudel.