GEZONDHEIDSZORG: ACTUALITEIT

BEROEPSKEUZE VAN HUISARTSEN VIJF JAAR NA Afstuderen

Promotie 1990 vergeleken met promotie 1985

S. VAN BAELEN, J. GOEDHUYS, J. HEYRMAN¹

Inleiding

In 1992 verscheen een studie die onder meer peilde naar het beroepsgedrag van 244 artsen die in 1985 aan één van de vier Vlaamse universiteiten het zevende jaar geneeskunde beëindigden in de richting huisartsgeneeskunde (1, 2). Hieruit bleek dat 5 jaar na afstuderen – in 1990 – 75,4% van hen werkte in een huisartspraktijk, bijna allemaal als erkend huisarts. De resterende 24,6% die niet als huisarts werkzaam was, bleek afgezien te hebben van het huisartsenberoep (20,9%) of was nog in beroepsopleiding tot huisarts (3,7%).

Ook in *Nederland* ziet men dat een deel van de artsen na het volgen van de richting huisartsgeneeskunde, toch afziet van vestiging. Een peiling naar de activiteiten van de huisartsen afgestudeerd in 1990 toont op 1 januari 1995 dat 72,2% zich vestigde, 10,2% nog op zoek is naar een vestigingsplaats en 8% definitief heeft afgezien van vestiging (3).

Van alle artsen die afstudeerden tussen 1974 en 1994 en de beroepsopleiding tot huisarts hadden beëindigd, bleek op 1 januari 1995 dat 63% van hen zich had gevestigd. Ruim 25% had definitief afgezien van vestiging en maakte intussen een andere beroepskeuze: hiervan werkte 34,4% in een instelling (assistent in een ziekenhuis, verzorgingsinstelling, ...), 10,6% koos voor verzekeringsgeneeskunde (privé-verzekering of ziekenfonds) en evenveel voor een artsfunctie in het buitenland; 29,9% had een ander geneeskundig beroep; de resterende 8% oefende geen geneeskundig beroep uit of was werkloos. Voor het definitief afzien van vesti-

Samenvatting

In dit onderzoek werd nagegaan wat in 1995 het hoofdberoep was van artsen die in 1990 afstudeerden als huisarts aan één van de vier universiteiten in Vlaanderen. De postenquête werd teruggestuurd door 147/207 huisartsen, d.i. 71%.

Van deze respondenten bleek slechts 52,4% huisartsgeneeskunde als hoofdberoep uit te oefenen. Van de artsen die gekozen hadden voor een andere hoofdactiviteit, bleken mannen vooral te hebben gespecialiseerd en vrouwen vooral gekozen voor artsberoepen in vast dienstverband. Indien vrouwen toch huisarts worden, kiezen ze vooral voor samenwerkingsverbanden.

Daarmee blijken de tendensen die we in 1992 vastgesteld hadden m.b.t. de promotie 1985 zich verder te zetten. De gegevens worden besproken in het licht van de vervrouwelijking van het artsberoep, de organisatie van de opleiding en de gezondheidszorg.

ging werden verschillende redenen aangeduid: de gewenste vestiging werd niet gevonden (21%), een andere aantrekkelijke functie werd gevonden (45,2%), er kwamen financiële (2,7%), gezinsredenen voor (12,4%) of de motivatie om zich te vestigen was afgenomen (13,4%).

In *Ierland* ten slotte, blijkt er eveneens een tendens voor te komen om na de beroepsopleiding tot huisarts, niet voor een voltijdse baan als huisarts te kiezen: 55% van de mannelijke en 25% van de vrouwelijke artsen die als huisarts afstudeerden, vermeldten één of meer

¹ Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Faculteit Geneeskunde, K.U. Leuven.

professionele activiteiten naast hun beroep als huisarts (4). Ook daar verlaat een deel van de groep (15%) het beroep om voor een andere medische hoofdactiviteit te kiezen. Van het cohort vrouwelijke artsen die in 1990 als huisarts afstudeerden, bleek na 3 jaar 50% (nog) niet gestart te zijn in een huisartsenpraktijk.

Het doel van dit onderzoek was na te gaan wat anno 1995 in Vlaanderen de hoofdactiviteit was van artsen die in 1990 afstudeerden als huisarts, welke verschillen er optreden in vergelijking met het contingent dat vijf jaar voordien afstudeerde (1, 2) en dit alles te situeren tegen de achtergrond van supranationale, Europese trends.

Methode

De doelgroep bestond uit alle artsen die in 1990 afgestudeerd waren aan één van de vier Vlaamse universiteiten en in het laatste jaar de richting huisartsgeneeskunde gevolgd hadden. Naar deze groep ($n = 207$) werd een enquête opgestuurd, met het verzoek deze ingevuld terug te sturen middels een bijgevoegde, gefrankeerde omslag. De eerste mailing gebeurde op 12/1/1996; een eerste herinnering werd verzonden op 25/1/1996. Op 29/2/1996 werd opnieuw een herinneringsbrief verstuurd, waarbij een nieuwe vragenlijst werd ingesloten. Een laatste herinnering werd aangetekend verstuurd op 28/5/1996.

In de enquête werd gevraagd naar leeftijd, geslacht, burgerlijke stand, universiteit van afstuderen en de aard van de beroepsactiviteiten die deze artsen uitoefenden in het jaar 1995. Al deze vragen waren meerkeuzevragen, waarbij telkens één geldend antwoord moest aangegeven worden. De vragen waren dusdanig geformuleerd dat een vergelijking met de gegevens van Campens en Heyrman (1) mogelijk zou zijn.

Resultaten

Er werden 147 volledig ingevulde vragenlijsten teruggestuurd, wat een responsratio oplevert van 71% tegenover een responsratio van 82% in de studie van Campens en Heyrman (1). Hoewel minder goed dan in 1985, is

deze responsratio in dit type onderzoek bevredigend.

Van de groep respondenten bleek 52,4% ($n = 77$) huisartsgeneeskunde als hoofdberoep uit te oefenen, 4,8% ($n = 7$) was nog in beroepsopleiding tot huisarts en 42,8% ($n = 63$) oefende huisartsgeneeskunde niet als hoofdberoep uit. Voor de verdere analyse van de gegevens wordt de groep die huisartsgeneeskunde als hoofdberoep uitoefende „huisarts” genoemd; diegenen die de beroepsopleiding tot huisarts volgden en diegenen die de huisartsgeneeskunde niet als hoofdberoep uitoefenden worden als „niet-huisartsen” omschreven. Deze groepen hebben beide een gemiddelde leeftijd van 30,5 jaar.

Onder de 77 huisartsen bleken er 55 mannelijke en 22 vrouwelijke artsen te zijn en onder de 70 niet-huisartsen 33 mannelijke en 34 vrouwelijke (van 3 niet-huisartsen was het geslacht onbekend). De beroepskeuze na 5 jaar blijkt statistisch afhankelijk te zijn van het geslacht (chi-kwadraat = 6,50, $n = 144$, df (degrees of freedom) = 1, $p < 0,01$) en hangt niet samen met de universiteit van afstuderen (chi-kwadraat = 0,50, $n = 142$, df = 3, n.s. (niet significant); van 5 respondenten was de universiteit van afstuderen niet bekend).

De onderverdeling naar het hoofdberoep van de niet-huisartsen en het geslacht levert de resultaten vermeld in tabel 1. Meest opvallend is hierbij dat 20,4% ($n = 30/147$) van de afgestudeerden gekozen bleek te hebben voor een ziekenhuisspecialisatie, 4,8% ($n = 7/147$) voor een hoofdactiviteit als arbeidsgeneesheer en 4,1% ($n = 6/147$) voor ontwikkelingshulp. Onder de 6,1% ($n = 9/147$) die een ander, niet vooraf gespecificeerd geneeskundig beroep uitoefenden, vond men artsen werkzaam in de gehandicaptenzorg, in een bloedtransfusiecentrum, op de researchafdeling van een hospitaal, als assistent in de praktijk van de echtgenoot (oftalmoloog; stomatoloog), enz. De artsen die niet tewerkgesteld waren in de medische sector (2/147 of 1,4%) waren werkloos of studeerden in België in afwachting van werk in het buitenland. Bij de motivering voor deze keuzes werd verwezen naar interesse of sociale redenen (beter combineerbaar met kinderen, werkuren van de partner, sociaal leven, enz.). Uit tabel 1 blijkt dat er in deze groep niet-huisartsen méér mannelijke artsen voor een specialisatie gekozen hebben, terwijl méér vrouwelijke artsen

TABEL 1

Indeling van niet-huisartsen naar hoofdberoep en geslacht.

Hoofdberoep	Man	Vrouw	Totaal
Specialisatie	19+	8+	30 (1, 2)
Arbeidsgeneeskunde	2	5	7
Ontwikkelingshulp	4	2	6
Farmaceutisch onderzoek	1	1	2
Verzekeringsgeneeskunde	0	2	2
Preventieve geneeskunde	0	2	2
Sportarts	0	1	1
Legerarts	1	0	1
Ander (2)	2	7	9
Geen geneeskunde	1	1	2
In opleiding/Blanco	3	5	8
Totaal	33+	34+	70

(1, 2) Van drie respondenten is het geslacht onbekend.

(2) Niet vooraf gespecificeerd, zie tekst.

voor andere, niet-specialistische hoofdactiviteiten gekozen hebben (chi-kwadraat = 6,7, $n = 67$, $df = 1$, $p < 0,01$).

Er is geen samenhang tussen het uitgeoefende hoofdberoep en de burgerlijke stand: iets meer huisartsen zijn gehuwd nl. 71,4% ($n = 55/77$), tegenover 61,4% ($n = 43/70$) niet-huisartsen, maar deze verschillen zijn niet significant (chi-kwadraat = 1,67, $df = 1$, $n = 147$, n.s.). Binnen de groep van de huisartsen hangt de burgerlijke stand wel samen met het geslacht: er zijn beduidend méér mannelijke huisartsen gehuwd dan vrouwelijke, respectievelijk 78,2% en 54,5% (chi-kwadraat = 3,22, $df = 1$, $p < 0,05$).

De keuze die binnen de groep van de huisartsen ($n = 77$) gemaakt wordt wat betreft de praktijkvorm (solo-, duo- of groepspraktijk), vertoont een samenhang met het geslacht van de huisarts. Van de 51 huisartsen die voor een solopraktijk kiezen zijn er 11 vrouwelijke, van de 16 die voor een duopraktijk kiezen zijn er 4 vrouwelijke en van de resterende 10 huisartsen die voor een groepspraktijk kozen, zijn er 7 vrouwelijke (chi-kwadraat = 9,75, $df = 2$, $n = 77$, $p < 0,01$).

Vergelijking met resultaten van Campens en Heyrman: artsen die in 1985 als huisarts afgestudeerden

Bij de vergelijking van de resultaten met deze van Campens en Heyrman (1) valt op dat het percentage als huisarts afgestudeerde artsen dat na vijf jaar de facto werkzaam is als

huisarts, afgenomen is van 75,4% naar 52,4% (tabel 2).

Deze afname van het aantal huisartsen is vooral duidelijk bij de vrouwelijke afgestudeerden: van alle vrouwelijke afgestudeerden van de promotie 1985 bleek 74,4% na vijf jaar werkzaam te zijn als huisarts; voor de promotie 1990 is dit nog 39,3%. Bij de mannelijke afgestudeerden valt dit percentage terug van 81,6% van alle mannelijke afgestudeerden (promotie 1985) naar 62,5% (promotie 1990).

Er zijn enkele opvallende verschillen tussen de promoties van 1985 en 1990 op het vlak van de beroepskeuze die de groep van de niet-huisartsen vijf jaar na afstuderen gemaakt blijkt te hebben (tabel 2). Meest opvallend is dat de groep die als huisarts afstudeert, maar na vijf jaar voor een specialisatie kiest, sterk groeit, nl. van 4,5% ($n = 11/244$) (promotie 1985) naar 20,4% ($n = 30/147$) (promotie 1990).

TABEL 2

Hoofdberoep van artsen die als huisarts afstudeerden, vijf jaar na afstuderen: de promoties 1985 en 1990.

Hoofdberoep	Promotie 1985	Promotie 1990
Huisarts	75,4%	52,4%
Specialisatie	4,5%	20,4%
Ontwikkelingshulp	2,9%	4,1%
Arbeidsgeneeskunde	2,5%	4,8%
Preventieve geneeskunde	2,5%	1,4%
Legerarts	1,2%	0,7%
Farmaceutisch onderzoek	0,4%	1,4%
Sportarts	0,4%	0,7%
Opleiding verpleegkundigen	0,4%	0
Universitaire research	1,2%	0
Verzekeringsgeneeskunde	0	1,4%
Ander geneeskundig beroep	2,9%	6,1%
Geen geneeskundig beroep	1,6%	1,4%
Totaal	100%	100%

TABEL 3

Vergelijking van het percentage niet-huisartsen, verdeeld naar universiteit van afstuderen.

Universiteit van afstuderen	Niet-huisartsen	
	Promotie 1985	Promotie 1990
U.I. Antwerpen	0 %	45,5%
V.U. Brussel	21,9%	40 %
R.U. Gent	20,3%	39,4%
K.U. Leuven	32,8%	48,8%

Onderverdeling van de groep *niet-huisartsen* naar universiteit van afstuderen (tabel 3) toont voor elke universiteit een toename van het aantal niet-huisartsen. Deze toename is het sterkst voor de U.I.A. Van de in 1985 als huisarts aan de U.I.A. afgestudeerden, oefenden na vijf jaar nog 100% het beroep uit van huisarts; van de promotie 1990 heeft 45,5% voor een ander beroep gekozen.

Ook in het onderzoek van Campens en Heyrman (1) is er een verband tussen burgerlijke stand en geslacht binnen de groep van de *huisartsen* (tabel 4). In beide onderzoeken merkt men dat in deze groep beduidend méér mannen gehuwd zijn.

Met betrekking tot de aard van de praktijk waarin men 5 jaar na afstuderen blijkt te werken (tabel 5) zien we zowel voor mannelijke als voor vrouwelijke *huisartsen* een afname van de solopraktijken. In vergelijking met de promotie 1985 blijken méér vrouwelijke *huisartsen* vijf jaar na afstuderen in een groepspraktijk te werken.

Bespreking

We menen dat er in het tot stand komen van deze resultaten ten minste twee motieven een rol spelen die niet zonder maatschappelijk

TABEL 4

Huisartsen verdeeld naar geslacht en burgerlijke stand.

	<i>Huisartsen</i>			
	<i>Promotie 1985</i>		<i>Promotie 1990</i>	
	<i>Mannen</i>	<i>Vrouwen</i>	<i>Mannen</i>	<i>Vrouwen</i>
Gehuwd	87,7%	72,6%	78,2%	54,5%
Ongehuwd	12,3%	27,4%	21,8%	45,5%

TABEL 5

Vergelijking van de praktijkvorm gekozen door mannelijke en vrouwelijke huisartsen.

	<i>Huisartsen</i>			
	<i>Promotie 1985</i>		<i>Promotie 1990</i>	
	<i>Mannen</i>	<i>Vrouwen</i>	<i>Mannen</i>	<i>Vrouwen</i>
Solopraktijk	77,6%	64,1%	72,7%	50%
Duopraktijk	17,6%	28,1%	21,8%	18,2%
Groepspraktijk	4,8%	7,8%	5,5%	31,8%

belang zijn: 1) de keuze van de afstudeerrichting „huisartsgeneeskunde” als voorlopige keuze (vooral mannen?) en 2) de keuze voor de uitoefening van een medisch beroep dat combineerbaar is met een gezinsleven (vooral vrouwen?).

1. Aangezien het aantal studenten die in het laatste jaar arts een ziekenhuisspecialisatie kunnen aanvatten, beperkt wordt, sluit een deel van de kandidaten eerder noodgedwongen aan bij de opleiding huisartsgeneeskunde. Deze situatie impliceert dat een aantal studenten die voorbereid worden op het vakgebied van de huisarts, eigenlijk andere perspectieven koestert. Het is dan ook te verwachten dat niet alle artsen die afstuderen als huisarts, voor het beroep van huisarts zullen kiezen. Deze situatie roept vragen op: de huisartsopleiding verloopt erg intensief en vergt een grote investering qua middelen, tijd en mankracht om een degelijke en persoonlijke begeleiding te garanderen.

2. Uit deze studie blijkt duidelijk dat de beroepskeuze van afgestudeerde artsen ook samenhangt met het geslacht van de arts. Vooral vrouwen zien af van het beroep als huisarts. Als alternatief kiezen ze een medisch beroep met regelmatigere werkuren en zonder wachtdiensten, waarbij hun beschikbaarheid voor het beroepsleven enerzijds en voor het gezin anderzijds beter te organiseren is. Wanneer ze toch als huisarts werken, doen ze dit frequenter in een groepspraktijk dan mannelijke huisartsen. Ook hier speelt wellicht de comfortabelere tijdsorganisatie ten opzichte van een solopraktijk een belangrijke rol. Al deze vaststellingen wijzen erop dat de beroepskeuze mede in functie van een gezinsleven geschiedt.

In beide gevallen – zowel 1 als 2 – wordt een deel van de studenten tot „huisarts” opgeleid, die doelbewust een andere carrière ambiëren, en waarvan een deel ook naar de andere optie overgaat. Een positieve interpretatie van dit gegeven zou kunnen zijn dat het goed is dat artsen in andere disciplines het vak huisartsgeneeskunde grondig leren kennen, zoals alle huisartsen in hun basisopleiding ook grondig kennis hebben gemaakt met ziekenhuisgeneeskunde. In de complementariteit van werken die we in de toekomst voor ogen hebben, kan dit gesteld worden als een pluspunt.

Er zijn ook landen, Denemarken bijvoorbeeld, die zeer veel van hun opleidingspotentieel aan eerstelijnszorg voor alle artsen

inschakelen (5). Elke basisarts heeft daar 1,5 jaar klinisch co-assistentchap, telkens 6 maanden in inwendige geneeskunde, in chirurgie en in eerstelijnszorg. Maar opleidingspotentieel heeft zijn grenzen, en ook dat is in Denemarken duidelijk: door deze bezetting is er nog weinig ruimte over voor intensieve training van de toekomstige huisartsen in een eersteelijnszorg. Van de 4,5 jaar specialisatieopleiding huisartsgeneeskunde wordt 4 jaar in een ziekenhuissetting doorgebracht, en slechts een bijkomend half jaar in de huisartspraktijk. In Vlaanderen schatten we dat één huisarts op zes op een of andere wijze bij opleidingsprogramma's betrokken is. Dit legt een grens. Hoeveel kwalitatief hoogstaand opleidingspotentieel is er beschikbaar om te besteden aan artsen die eigenlijk een andere loopbaan op het oog hebben, of aan overwegend vrouwelijke artsen die toch een meer partiële medische betrokkenheid wensen op te nemen? Dit is een belangrijke vraag die door dit onderzoek scherper wordt gesteld.

Deeltijdse banen in de huisartspraktijk zijn een ander kritisch punt. De vervrouwelijking in de eerste plaats, maar ook de beperkingen die een aantal mannelijke huisartsen zichzelf opleggen, zullen ons verplichten oplossingen voor dit fenomeen te zoeken. De erkenningscriteria voor de huisartspraktijk stellen terecht dat huisartsgeneeskunde een voltijdse functie is. De totaalbegeleider zijn van personen in hun gang door de medische wereld is een permanente opdracht. De oplossing moet waarschijnlijk komen uit het losweken van het concept

„voltijdse huisartspraktijk” van de realiteit van „deeltijdse huisartsfuncties in een voltijdse praktijk”. Samenwerkingsvormen en groepspraktijken dienen positief gestimuleerd. Reglementering zoals deze betreffende praktijkkenning, accreditering enz. dienen met dit fenomeen rekening te houden.

Eéns de twee voorgaande opties duidelijk zijn, komt er mogelijk nog een derde vraag. Specialisatieopleidingen, ook deze tot huisarts, worden opgezet als voltijdse opleidingen. Men kan op overheidsniveau zelfs niet voor twee erkenningen tegelijk inschrijven. Maar carrières zijn nogal eens gemengd en de vraag naar vermenging van specifieke opleidingen zal zich in de toekomst wellicht stellen.

Besluit

Vijf jaar na afstuderen blijkt zowat 50% van wie afstudeerde als huisarts een ander beroep uit te oefenen als hoofdactiviteit. Wellicht wordt de afstudeerrichting „huisarts” als een springplank gebruikt, voor mannen naar een uitgestelde specialisatie, voor vrouwen naar een artsenberoep met vaste en beperkte uren.

Dat artsen grondig kennismaken met het huisartsenvak vooraleer ze een ander vak gaan uitoefenen, biedt zeker voordelen, maar dit kan ook als een ondoelmatige inzet van hooggespecialiseerde opleiders aanzien worden en als suboptimale aanwending van beschikbare middelen.

LITERATUUR

1. CAMPENS D, HEYRMAN J. Eens huisarts, altijd huisarts? Intern rapport. Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde, K.U. Leuven, 1992.
2. CAMPENS D, DEGRYSE J, HEYRMAN J. Welke praktijkvorm kiezen jonge artsen? Huisarts nu 1994; 23: 24-29.
3. MARREE JT, HINGSTMAN L, HARMSSEN J. Huisartsen die hebben afgezien van vestiging: een inventarisatie. Utrecht: NIVEL, 1996.
4. BRADLEY F, MURPHY AW, LAMBE S. A national survey of career pathways of all graduates of vocational training programmes in GP in Ireland. Eur J Gen Pract 1996; 2: 156-160.
5. HEYRMAN J. How much flexibility is acceptable in general practice (editorial)? Eur J Gen Pract 1996; 2: 143-144.