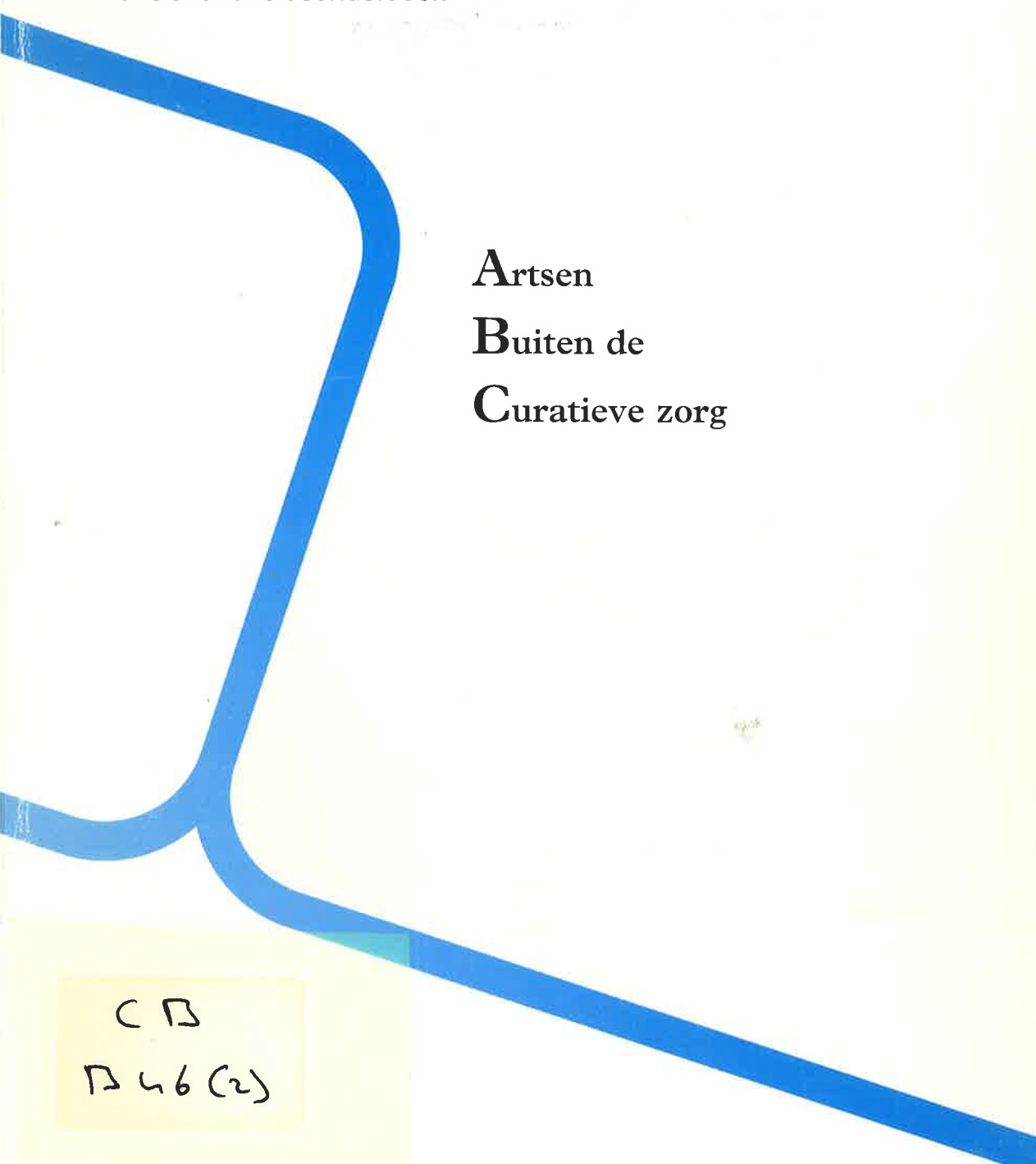


TNO-Gezondheidsonderzoek



# Artsen Buiten de Curatieve zorg

CB  
B 46 (2)

S.A. van den Berg  
A.P.M.M. Rijssenbeek  
W. Davidse  
J.A. Postma  
W.P.M. Dols





**Nederlands Instituut voor  
Praeventieve Gezondheidszorg TNO  
Wassenaarseweg 56, Leiden  
Postadres:  
Postbus 124, 2300 AC LEIDEN  
Telefoon: 071 - 18 11 81**

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 48,85 (incl. BTW) op postbankrekeningnr. 99.889 van het NIPG-TNO te Leiden onder vermelding van bestelnummer 93.027.

**CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG**

**Artsen**

**Artsen buiten de curatieve zorg : verslag van een  
onderzoek naar opleiding, werk en loopbaan / S.A. van den  
Berg ... [et al.]. - Leiden : Nederlands Instituut voor  
Praeventieve Gezondheidszorg TNO  
NIPG-publikatienr. 93.027. - Met lit. opg.  
ISBN 90-6743-254-7  
Trefw.: artsen ; onderzoek**

**© 1993 TNO**

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de 'Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks- en Ontwikkelingsopdrachten TNO 1979', dan wel de desbetreffende terzake tussen partijen gesloten overeenkomst.

# **INHOUD**

**pagina**

## **VOORWOORD**

**i**

## **SAMENVATTING**

**iii**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INLEIDING: PROBLEEMVERKENNING, VRAAGSTELLING</b>         | <b>1</b>  |
| 1.1 Voorgeschiedenis   | 1         |
| 1.2 Overwegingen   | 3         |
| 1.3 Doel van het onderzoek                                     | 5         |
| 1.4 Vraagstellingen  | 6         |
| 1.5 Literatuurverkenning                                       | 7         |
| 1.5.1 Loopbanen van niet-curatieve artsen                      | 8         |
| 1.5.2 Het analyseren van taken, functies of beroepen           | 14        |
| <b>2. OPZET, METHODE EN UITVOERING</b>                         | <b>17</b> |
| 2.1 Onderzoeksaanpak en materiaalverzameling                   | 17        |
| 2.2 Bestaande statistische gegevens over artsen                | 17        |
| 2.3 Populatie, steekproeftrekking                              | 18        |
| 2.4 Kwantitatief: enquête, twee stappen                        | 19        |
| 2.5 Vragenlijstconstructie, overzicht onderzoeksvariabelen     | 21        |
| 2.6 Kwalitatief: half-gestructureerde interviews               | 23        |
| <b>3. RESULTATEN: ALGEMEEN</b>                                 | <b>26</b> |
| 3.1 Overzicht van statistieken: schatting boven- en ondergrens | 26        |
| 3.2 Steekproef: respons, samenstelling en representativiteit   | 29        |

|   | <b>pagina</b> |
|---|---------------|
| <b>4. VOLLEDIG NIET-CURATIEF WERKZAME ARTSEN</b>                              | <b>34</b>     |
| 4.1 Huidige werksituatie  | 34            |
| 4.2 Regionale spreiding   | 35            |
| 4.3 Leeftijdsverdeling  | 37            |
| 4.4 Verdeling naar sekse en naar leeftijd                                     | 39            |
| 4.5 Aantal jaren niet-curatief werkzaam                                       | 40            |
| 4.6 Aantal jaren curatieve ervaring   | 42            |
| 4.7 Gerapporteerde functies   | 43            |
| 4.8 Gerapporteerde instellingen/organisaties                                  | 46            |
| 4.9 Aanstellingspercentages   | 50            |
| 4.10 Functieniveau  | 52            |
| 4.11 Oordelen over het werk: waardering, tevredenheid                         | 55            |
| 4.12 Loopbaan   | 58            |
| 4.12.1 Plannen en ambities om een curatief of niet-curatief beroep te kiezen  | 58            |
| 4.12.2 Overwegingen en factoren bij de keuze voor een niet-curatieve loopbaan | 62            |
| 4.12.3 Artsexamen: jaar en universiteit                                       | 67            |
| 4.12.4 Gevolgde specialistische opleidingen                                   | 68            |
| 4.13 Opleidingslacunes  | 68            |
| 4.13.1 Investeringsbereidheid bij- of nascholing                              | 70            |
| 4.13.2 Motieven voor bij- of nascholing                                       | 71            |
| 4.13.3 Gewenste onderwerpen bij- of nascholing                                | 71            |
| 4.13.4 Reeds gevolgde bij- of nascholing                                      | 73            |
| 4.13.5 Noodzaak van de medische bevoegdheid voor niet-curatieve werkzaamheden | 73            |

|  | Pagina |
|--|--------|
| 5. GROOTSTE FUNCTIECATEGORIEËN (VOLLEDIG NIET-CURATIEF)                            | 76     |
| 5.1 Taakprofielen  | 77     |
| 5.2 Aanstellingspercentages  | 79     |
| 5.3 Leeftijdsverdeling en niet-curatieve ervaring                                  | 80     |
| 5.4 Sociaal-geneeskundig geregistreerd   | 80     |
| 5.5 Opleidingsaspecten   | 82     |
| 5.6 Concrete bij- of nascholingsbehoeften  | 85     |
| 5.7 Algemeen oordeel over het werk   | 86     |
| 5.8 Lidmaatschappen beroeps- en belangenverenigingen                               | 87     |
| 6. PARTIEEL NIET-CURATIEVE WERKZAME ARTSEN   | 90     |
| 7. RESULTATEN INTERVIEWS   | 92     |
| 7.1 Doel en werkwijze  | 92     |
| 7.2 Samenstelling onderzoeksgroep  | 93     |
| 7.3 Wijze van rapporteren  | 94     |
| 7.4 Wijze van analyseren   | 94     |
| 7.5 Opleidingstraject en loopbaan: de keuze van niet-curatieve functies            | 95     |
| 7.6 Besproken thema's  | 96     |
| 7.6.1 Maatschappelijke factoren  | 96     |
| 7.6.2 Persoonlijke factoren en omstandigheden                                      | 97     |
| 7.6.3 Aantrekkelijke kanten van de niet-curatieve vormen<br>van beroepsuitoefening | 99     |
| 7.6.4 De minder aantrekkelijke kanten van curatieve beroepsper-<br>spectieven      | 100    |
| 7.7 Het huidige niet-curatieve werk  | 104    |
| 7.8 De beeldvorming van curatieve en niet-curatieve beroepen                       | 108    |
| 7.9 Nabeschouwing  | 112    |

|  | <b>Pagina</b> |
|--|---------------|
| <b>8. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</b>                              | <b>115</b>    |
| <b>BEGELEIDINGSCOMMISSIE Onderzoek Artsen buiten curatie (ABC)</b> | <b>123</b>    |
| <b>LITERATUUR</b>  | <b>125</b>    |
| <b>BIJLAGEN</b>  | <b>129</b>    |

## **VOORWOORD**

Het is goed gebruik dank te betuigen aan degenen die aan een onderzoek hebben meegewerkt. Zij hebben daarbij soms een lichte aversie voor enquêtes moeten overwinnen.

Ditmaal is een meer dan ritueel dankwoord nodig.

Wij zijn alle artsen die hebben gereageerd, curatief of niet-curatief, erkentelijk voor hun hoge respons. Zonder dit van elkaar te weten hebben zij het belang van dit onderzoek naar loopbanen en werk van niet-curatief werkzame artsen onderstreept.

Zonder de omvangrijke deelname zou dit verslag niet de betekenis hebben gehad die het nu kan hebben. In het bijzonder danken wij de artsen die aan een interview hebben willen meewerken.

Wij verwachten dat dit rapport zal bijdragen aan de kwaliteit van opleidingen voor niet-curatief werkzame artsen. Mogelijk kan het daarnaast ook van invloed zijn op de opleiding van alle medici en op de relaties tussen curatieve en niet-curatieve collega's.



## **SAMENVATTING**

Dit is de samenvatting van het verslag van een exploratief en inventariserend onderzoek onder niet-curatief werkzame artsen. Het initiatief tot dit onderzoek is genomen door de Afdeling Onderwijs van het NIPG-TNO. De vraagstellingen voor het onderzoek zijn gebaseerd op beleidsvragen afkomstig uit het College voor Sociale Geneeskunde van de KNMG en de Afdeling Onderwijs van het NIPG-TNO, respectievelijk betrokken in de regelgeving voor en de uitvoering van sociaal-geneeskundige opleidingen. Een belangrijke uitspraak van het CSG in 1990 was dat deze zich een taak stelde met betrekking tot de opleiding van *alle* niet-curatief werkzame artsen, en dus niet alleen diegenen die potentieel of daadwerkelijk vallen binnen het door het College bestuurd huidige stelsel van sociaal-geneeskundige opleidingen en registraties. Onduidelijk was om welke artsen het hierbij ging, om welke aantallen, welk werk zij deden en waar opleidingslacunes lagen.

De vraagstellingen uit het onderzoeksvoorstel waren de volgende. Welke functies worden door artsen worden buiten de curatieve gezondheidszorg en om welke aantallen gaat het? Wat zijn demografische en andere kenmerken van de verschillende te onderscheiden categorieën niet-curatief werkzame artsen? En: zijn er groepen artsen, zoals die uit het onderzoek naar voren komen, die in aanmerking komen voor verder onderzoek, bijv. naar noodzakelijke of gewenste opleiding of bijscholing voor bepaalde vormen van taak- of functieuitoefening? Of zijn er andere aspecten die, op grond van wat er uit het verkennend onderzoek naar voren komt, nader onderzoek verdienen?

Om deze vraagstellingen te beantwoorden is het onderzoek op drie manieren aangepakt: door een a-selecte steekproef uit de populatie artsen te trekken en in twee stappen een enquête te sturen; door een aantal halfgestructureerde interviews af te nemen aan een kleine groep artsen, en tenslotte door schattingen te maken van aantallen op grond van bestaande statistische bronnen.

Een a-selecte steekproef uit de populatie van alle artsen en een eerste enquête (met een respons van 76%) leidde tot de volgende proporties artsen: 63.6% curatieve artsen, 10.3% curatieve artsen met deels niet-curatieve werkzaamheden en 26.1% volledig niet-curatieve

artsen. Met redelijke zekerheid kan worden gesteld dat één op de vier (!) artsen dus werkt als niet-curatief arts. Geëxtrapoleerd naar de populatie artsen, en rekening houdend met bepaalde betrouwbaarheids-intervallen, kan het aantal curatieve artsen geschat worden op (afgerond) 22.560, het aantal deels niet-curatieve artsen op 3660 en het aantal *volledig niet-curatieve* artsen op 9270. Op basis van de statistische bronnen konden slechts zeer globale en minder betrouwbare schattingen worden gemaakt. Deze leidden tot een bovengrens van 13.500 en een ondergrens van 5.600 niet-curatieve artsen.

Aan de niet-curatief werkzame artsen werd een vragenlijst gezonden (de respons hierop was 86%).

De gegevens die wij hierna samenvatten betreffen eerst de *volledig niet-curatieve artsen*, daar ging het primair om. De volledig niet-curatieve onderzoeksgroep als geheel blijkt betrekkelijk jong (57% jonger dan 41 jaar), ruim de helft heeft sinds 1981 artsexamen gedaan, ruim 78% heeft minder dan 6 jaar curatieve ervaring opgedaan (hieruit mag worden geconcludeerd dat het merendeel niet eerst een loopbaan als huisarts of specialist heeft gevolgd), en 65% werkt minder dan 11 jaar in een niet-curatieve functie. Dit beeld van niet-curatief werkende artsen wijkt af van het (niet alleen stereotiepe) beeld van niet-curatieve artsen als medici die *na een curatieve praktijk op latere leeftijd* een tweede loopbaan beginnen.

De 8 relatief *grootste functiecategorieën* op grond van 'gerapporteerde 1e functie' (bij elkaar vertegenwoordigen deze subcategorieën 88%) zijn in volgorde van grootte: de *verzekeringsartsen* (in de onderzoeksgroep: 70 artsen; 14.3%), de *leidinggevendenden* (68; 13.9%), de *bedrijfsartsen* (62; 12.7%), de *onderzoekers* (62; 12.7%), de *consultatiebureau-artsen* (53; 10.8%), de *jeugdartsen* (48; 10.2%), de *adviserend geneeskundigen* (47; 9.7%), en de *docenten* (21; 4.3%).

Van de organisaties en instellingen waar men werkt zijn schattingen gemaakt voor de populatie. De omvangrijkste categorie is die van de gemeentelijke of regionale (*basis*)gezondheidsdiensten (schatting aantal artsen in populatie: 1520; 16.4%), daarna in afnemende omvang: de *bedrijfsverenigingen* (1493; 16.1%), de *universiteiten en academische ziekenhuizen* (1205; 13%), de *verenigingen voor thuiszorg*

(kruisverenigingen) (1140; 12.3%), de *bedrijfsgezondheidsdiensten* (1076; 11.6%) en tenslotte de *2e lijnsgezondheidszorg* (755; 8.2%).

De gehele onderzoeksgroep bestaat voor ruim 55% uit mannen en 44% uit vrouwen. Deze verhouding tussen de seksen is echter niet voor alle functie-categorieën gelijk, met name voor consultatiebureau-artsen en jeugdartsen zijn de verhoudingen omgekeerd.

Wanneer naar functieniveaus wordt gekeken blijkt dat meer dan driekwart uitvoerende ('professionele') taken vervult, in combinatie soms met coördinerende, beleids- of leidinggevende taken. Vrouwen blijken, hoewel bijna gelijk in aantal met mannen, relatief minder in beleids-, coördinerende of leidinggevende taken vertegenwoordigd te zijn dan de mannen.

Wanneer gevraagd wordt naar het algemeen oordeel over de werksituatie blijkt dat slechts ongeveer 10% zich matig of niet goed vindt zitten in het werk. Dit ligt echter anders voor de mate waarin men zich gewaardeerd voelt in de instelling waar men werkt (ruim 21% zegt hierop neen), de mate waarin de beloning in overeenstemming met het werk wordt geacht (21% zegt neen), en het oordeel over de goede vooruitzichten bij de werkgever (bijna 34% zegt hierop neen). Zowel man-vrouwverschil als leeftijd hebben hier geen invloed op. In ieder geval één factor bleek hier wel van invloed op te zijn, n.l. de mate waarin men het huidige werk als tweede keus beschouwt.

Dat laatste heeft te maken met de overwegingen voor het kiezen van een niet-curatieve loopbaan: een analyse over de in de vragenlijst opgenomen uitspraken leverde een vijftal verschillende en relatief onafhankelijke clusters overwegingen op, die een uiteenlopend beeld van loopbanen bieden. De eerste betreft de mate waarin men de *niet-curatieve loopbaan als tweede keus* beschouwt; de tweede de mate waarin *werkbelasting van het curatieve beroep* een rol heeft gespeeld; de derde factor betreft een *veranderde belangstelling* met name in de richting van preventieve en maatschappelijke aspecten van gezondheid, o.a. *tengevolge* van wat men in de opleiding en curatieve werkzaamheden had meegemaakt; en de laatste twee betreffen het *beperkte loopbaanperspectief van de curatieve beroepen* en dat in het algemeen *niet-curatieve functies een goede aanvulling* op curatieve banen zijn. De meningen rond deze clusters liggen sterk verdeeld. De belangrijkste bevindingen zijn: meer dan de helft zegt bewust voor een niet-curatieve

baan te hebben gekozen, en ruim 70% zegt vanuit interesse in de preventieve en maatschappelijke aspecten van ziekte en gezondheidszorg deze keus gemaakt te hebben. Hier zijn echter ook artsen bij die vanuit een negatief gekleurde ervaring met de medische opleiding en beroepsuitoefening een andere belangstelling hebben ontwikkeld: dit aspect blijkt samen te hangen met een (toegenomen) interesse voor preventieve en maatschappelijke aspecten van ziekte en gezondheid. Leeftijd en sekseverschil spelen hier geen rol van betekenis. Daarnaast zijn er vanzelfsprekend artsen die de niet-curatieve werkring *niet als hun eerste keus* beschouwen. Hoewel dit het eerstgenoemde cluster is, is dit niet de grootste groep. Hier is leeftijd wel van invloed: het gaat met name om relatief jongere artsen. Verschillende externe factoren spelen hier een rol: onvoldoende opleidingsplaatsen, selectieprocedures, geen curatieve baan kunnen vinden. Tegelijkertijd kunnen hierbij (bij het solliciteren naar opleidingsplaatsen) omstandigheden van persoonlijke aard (aangaan van relaties; ouderschap) een rol spelen, en dwingen een niet-curatieve baan te vinden. Hoewel de mate van tevredenheid met de huidige functie voor de gehele onderzoeksgroep behoorlijk hoog is, is dat voor deze artsen minder het geval, zoals wij al zagen.

De (*werk*)belasting die curatieve beroepsuitoefening met zich meebrengt en die voor niet-curatieve functies heeft doen kiezen, is een factor die relatief voor *vrouwen* sterker van betekenis is, hoewel dit ook voor mannen speelt.

Voor een aantal artsen heeft tenslotte het te beperkte loopbaanperspectief (geringe mogelijkheid tot mobiliteit bijvoorbeeld) van het curatieve beroep als overweging gegolden om een niet-curatieve functie te zoeken. *Sekseverschil of leeftijd heeft hier geen invloed op.*

In wat de halfgestructureerde interviews opleverden is een viertal gemeenschappelijke noemers gevonden in de factoren die van invloed werden geacht op de loopbaan: *maatschappelijke omstandigheden* (bijvoorbeeld gering aanbod van opleidingsplaatsen, en verschuivingen in de gezondheidszorg zoals toenemende vraag naar artsen), *persoonlijke factoren en omstandigheden* (zoeken naar maatschappelijke zekerheid; persoonlijke relaties; ouderschap), *de aantrekkelijke kanten van niet-curatieve beroepsuitoefening* (deze maakt het bijvoorbeeld mogelijk een andere wijze van leven

te kiezen, vgl. de Amerikaanse term 'controllable lifestyle'. Of de aantrekkelijkheid zit in de mogelijkheid tot wetenschapsbeoefening of affiniteit tot maatschappelijke achtergronden van gezondheid(szorg)).

Ook zijn er de *niet-aantrekkelijke kanten van curatieve beroepsuitoefening* (negatieve ervaringen opgedaan tijdens de medische studie en tijdens co-schappen, bijvoorbeeld het hiërarchisch werkklimaat; toelatingsprocedures opleidingen; onregelmatige werktijden). De volledig niet-curatieve artsen achten zich voor meer dan de helft voor *bepaalde werkzaamheden (nog) niet adequaat* voor het niet-curatieve werk geschoold. Verdere analyse onder de grootste functiecategorieën leerde dat diegenen die sociaal-geneeskundig registreert zijn zich relatief beter geschoold achten.

Meer dan 60% zegt op dit moment 'enigszins' concrete behoefte te hebben aan bijscholing voor facetten van het niet-curatieve werk. Bij-/nascholingsbehoeften liggen op de volgende terreinen: de grootste categorie betreft *niet-medische* onderwerpen (84%), waarbij met name bedrijfskunde en management veel zijn genoemd, met name door de leidinggevenden, maar ook door bedrijfsartsen. Verder bestaan scholingsbehoeften op het *medische* vlak (33.7%; waarbij het meest opvallen: klachten houdings- en bewegingsapparaat en psychiatrie/neurologie, veel genoemd door verzekeringsartsen) en het *sociaal-medische* gebied (24.3%; met name arbeids- en bedrijfsgeneeskundige onderwerpen, die behalve door bedrijfsartsen ook door verzekeringsartsen worden genoemd; en epidemiologie / statistiek). Als motieven voor bij-/nascholing worden relatief minder genoemd: het vergroten van kansen op de arbeidsmarkt en promotie of functieverandering e.d., maar vooral het op de hoogte blijven van het vak, de eisen van het werk beter aankunnen, verbreding van oriëntatie en reflectie op eigen functioneren. De *noodzaak van de medische bevoegdheid voor het niet-curatieve werk* is aan de orde gesteld in een speciale vraag: slechts 9% kan deze noodzaak niet bevestigen, voor meer dan 70% is de kennis van een arts in de functie noodzakelijk, en voor iets minder dan de helft is een artsdiploma nodig voor informatie-uitwisseling met andere artsen of voor onderzoek van patiënten of cliënten.

De *grootste functiecategorieën* (zoals hierboven genoemd) zijn vergeleken op een aantal aspecten, waarvan we er hier enkele van noemen: opvallend is het grote aantal spreekuren

dat wordt gedaan door met name de verzekeringsartsen, de jeugdartsen, de consultatiebureau-artsen en de bedrijfsartsen. De adviserend geneeskundigen en de leidinggevendenden hebben het meest gevarieerde takenpakket. Wanneer gekeken wordt naar het aantal sociaal-geneeskundige registraties, blijkt het aantal niet-geregistreerden (met uitzondering van jeugdartsen) steeds de overhand te hebben, dus ook voor die functies of beroepen waarvoor die registraties bestaan: bedrijfsartsen, verzekeringsgeneeskundigen en jeugdartsen. Het is opvallend dat men zich minder als 'agz-arts' benoemt, als zou kunnen worden verwacht. Geregistreerde sociaal-geneeskundigen 'agz' zijn relatief met name aanwezig onder de adviserend geneeskundigen en leidinggevendenden. Het hebben van een sociaal-geneeskundige registratie blijkt van invloed te zijn op de mate waarin men zich adequaat geschoold acht, alhoewel hier ook effecten van leeftijd en van de lengte van de niet-curatieve ervaring een rol zullen spelen.

De gegevens over curatieve artsen met *partieel* niet-curatieve werkzaamheden, kunnen als volgt kort worden samengevat: dit is een categorie die, vergeleken met de volledig niet-curatieve artsen, relatief wat ouder is en waarin minder vrouwen (25%) vertegenwoordigd zijn, hoewel in de jongste leeftijdscategorieën de vrouwen toenemen. Dat heeft te maken met de sterk toegenomen instroom van vrouwen in de medische opleiding. De gerapporteerde 1e functies waarin deze artsen het meest werken zijn: docent (incl. hoogleraren) (18%), leidinggevende/manager (16.7%), adviserend geneeskundige (17.4%), stafarts (14.7%) en onderzoeker (10.7%). Andere functies zijn: verslavingsarts, militair arts, consultatiebureau-arts, arts in bestuurlijke colleges. Het betreft hier functies die bestaan uit kleinere aanstellingen naast het curatieve werk en functies die als deel van de curatieve functie worden uitgeoefend (leidinggeven). Het merendeel (83.8%) van de functies is qua aanstelling 50% of minder. De instellingen waar men werkt zijn met name de academische ziekenhuizen en universiteiten (tezamen 29.4%), de tweede lijnsgezondheidszorg (26.6%) en defensie (10%).

Hoewel het verschil niet groot is achten deze artsen zich minder adequaat geschoold voor het niet-curatieve werk dan hun volledig niet-curatieve collega's, maar wanneer het gaat om de mate van concrete bij/nascholingsbehoeften zijn de cijfers ongeveer hetzelfde. Daartegenover staat dat deze artsen in absolute zin minder onderwerpen noemen, maar

de relatief belangrijkste thema's zijn: bedrijfskunde/management, epidemiologie en didactiek.

De interviews hebben zoals wij zagen een geschakeerd beeld opgeleverd van loopbaanveranderingen van niet-curatieve artsen, hun huidige werksituatie en de relatie tussen de curatieve en niet-curatieve artsen. Aanbevolen is om de beroepsoriëntatie tijdens de medische opleiding sterker te richten op het gehele scala van functies en beroepen waar artsen in kunnen werken om te voorkomen dat die functies en beroepen vanuit de dominantie van het curatieve beroepsperspectief worden beschouwd als een restcategorie. Voor de professionele ontwikkeling van niet-curatieve beroepen of functies is dat een slechte zaak, evenals voor een latere noodzakelijke samenwerking tussen curatieve en niet-curatieve collega's. Naar aanleiding hiervan kan gepleit worden voor verder onderzoek naar de wijze waarop het proces van beroepssocialisatie en beroepskeuze verloopt tijdens de medische opleiding.

Tenslotte zijn conclusies getrokken over de mogelijkheden van vervolgonderzoek: de eerste betreft een herhaald, longitudinaal onderzoek om een beeld te kunnen vormen van ontwikkelingen in diverse vormen van medische beroepsuitoefening buiten (wellicht ook binnen) de curatie. Deze herhaalde aanpak is te meer noodzakelijk, wanneer men de eisen van beroepsuitoefening en -opleiding wil laten aansluiten bij ontwikkelingen in de volksgezondheid en bij maatschappelijke - en politieke veranderingen in het stelsel van de gezondheidszorg (zie bijvoorbeeld de verschuivingen t.g.v. de WAO-discussie en t.g.v. de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid).

De tweede is dat verder zal kunnen worden onderzocht wat de intrinsieke en extrinsieke achtergronden van opleidings*behoeften* zijn. De term 'opleidingsbehoefte' is bij nader inzien onduidelijk: het kan slaan op ervaren opleidingslacunes die functioneren bemoeilijken, maar ook op de sociale wenselijkheid door middel van opleidingen het functioneren zo nu en dan te 'onderhouden'. Bovendien is het 'bon ton' bijscholing of nascholing te volgen.

Opleidings*noodzaak* is een taxatie die plaatsvindt vanuit beleidsmakende instanties of het management van instellingen. Onderzocht zal moeten worden wat werkgevers of

**beleidsinstanties van belang vinden met betrekking tot opleiding en scholing, en hoe de relatie is tot persoonlijke opleidingsbehoeften van professionals.**

**De derde conclusie: vervolgonderzoek is nodig om met name gedetailleerde kenmerken van taken en functies van beroepsbeoefenaren te analyseren, en om daarmee functie- en opleidingsprofielen goed op elkaar af te kunnen stemmen. Dit zal onder de uit dit onderzoek resulterende functiecategorieën kunnen plaatsvinden, en eveneens longitudinaal moeten plaatsvinden om verschuivende functie-eisen te kunnen registreren. Voor de juiste diepgang zal daarbij met name gebruik moeten worden gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden.**



# **1. INLEIDING, PROBLEEMVERKENNING, VRAAGSTELLING**

Dit is het verslag van een verkennend onderzoek onder artsen niet-curatief werkzaam zijn in Nederland. Doel van het onderzoek is het in kaart brengen van een aantal kenmerken van werk, opleiding en loopbaan van deze artsen. Voordat wij op de details van de gebruikte aanpak ingaan, wordt eerst de voorgeschiedenis van het onderzoek geschetst.

Vervolgens komen enkele overwegingen aan de orde die mede tot de totstandkoming van het onderzoek hebben geleid en het daarna doel en de vraagstellingen. Deze inleiding wordt afgesloten wordt met een korte literatuurverkenning.

In een volgend hoofdstuk (hoofdstuk 2) wordt de gekozen aanpak van het onderzoek beschreven en verantwoord. In de hoofdstukken daarna (hoofdstukken 3 tot en met 6) zullen resultaten worden gepresenteerd en als laatste worden conclusies getrokken (hoofdstuk 7).

## **1.1 Voorgeschiedenis**

Dit onderzoek is een initiatief van de Afdeling Onderwijs van het NIPG-TNO. Deze afdeling van het NIPG verzorgt sedert de 50-er jaren opleidingen voor sociaal-geneeskundigen. Het beleid van de afdeling is er op gericht de ontwikkeling van het geboden onderwijs (mede) te onderbouwen met onderzoeksresultaten over taak- en functiekenmerken van beroepsbeoefenaren.

Het College voor Sociale Geneeskunde van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, dat formele regelgeving voor sociaal-geneeskundige opleidingen verzorgt, heeft zich in 1990 m.b.t. de gehele groep niet-curatief werkzame artsen, naast de sociaal-geneeskundigen, de volgende taak gesteld: het bevorderen van flexibele opleidingsmogelijkheden voor niet-curatief werkzame artsen, afgestemd op de maatschappelijke vraag naar functie-uitoefening of taakvervulling door artsen. Op deze

wijze kan worden bijgedragen aan de kwaliteit van *niet-curatieve* medische beroeps-uitoefening van artsen in (delen van) de gezondheidszorg of daarbuiten.

Ook de kwaliteit van de *curatief* medische opleiding staat sterk in de belangstelling (Metz et al., 1990; Gezondheidsraad: Beraadsgroep Geneeskunde, 1991; VNSU-Visitatiecommissie, 1992). Het rapport Onderwijsvisitatie Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen pleit voor aanpassingen in het geneeskunde-onderwijs op basis van maatschappelijke ontwikkelingen en voor meer aandacht aan andere dan de uitsluitend biomedische basisvakken en klinische geneeskunde.

Met het onderzoek waarover wij hier rapporteren kan de schijnwerper gericht worden op een betrekkelijk omvangrijk en heteroog, maar onderbelicht deel van de artsenberoepen.

De resultaten ervan kunnen worden gebruikt voor het ontwikkelen van onderwijsbeleid (in de medische basisopleidingen en post-initiële (sociaal-geneeskundige) opleidingen) en aanleiding geven tot vervolgonderzoek onder specifieke groepen artsen.

Met name de steun door het CSG bij het verwerven van financiële middelen voor het projectvoorstel (NIPG TNO, 1990), is doorslaggevend geweest voor de daadwerkelijke uitvoering van het onderzoek. De financiering is mogelijk gemaakt door het Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur. Vertegenwoordigers van dit ministerie en van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid zijn gevraagd zitting te nemen in de Begeleidingscommissie voor het onderzoek.

Het is van belang hierbij op te merken dat tussen het onderzoeksinstituut enerzijds en de betreffende departementen, respectievelijk het College voor Sociale Geneeskunde anderzijds, niet sprake is geweest van een opdrachtrelatie. Wel zijn vraagstellingen vanuit genoemde instanties mede gevoed, maar het NIPG-TNO heeft het onderzoek als onafhankelijk instituut uitgevoerd.

## 1.2 Overwegingen

Zowel het NIPG-TNO als het CSG hadden voorafgaand aan het onderzoek geconstateerd dat van het geschatte aantal niet-curatief werkzame artsen een vermoedelijk klein deel de sociaal-geneeskundige opleiding heeft gevolgd. Dit heeft tot vragen geleid met betrekking tot de aard en samenstelling van de categorie niet-curatieve artsen: welke aantallen, welke functies, waar men werkt, wat men doet, etc.

Bovendien: een groot aantal artsen verricht vermoedelijk allerlei vormen van niet-curatieve werkzaamheden, terwijl voor deze artsen buiten het officiële stelsel van de sociaal-geneeskundige opleidingen geen formele opleidingen en erkenningen na het artsexamen bestaan. Dat leidt tot de vraag of het stelsel van sociaal-geneeskundige opleidingen voldoende dekkend is voor alle niet-curatieve functies en beroepen van artsen.

De plannen tot beleidswijziging binnen het College voor Sociale Geneeskunde om te komen tot opheffing van de z.g. 'takken'-structuur (ABG, AGZ, JGZ, VG) in de sociale geneeskunde, beogen aan te sturen op de ontwikkeling van een flexibel stelsel van gedifferentieerde opleidingen, waarbij scholing vooral gericht zal zijn op taken en functies waarin artsen specifiek nodig zijn, tegen de achtergrond van verschuivende behoeften in de samenleving als geheel en in het systeem van de gezondheidszorg in het bijzonder.

Deze doelstelling impliceert een verandering, waarbij het formele opleidingsstelsel (bijvoorbeeld eindtermen en kwalificatie-eisen) mogelijk minder beheerst zullen worden door de conventies in de beroepsverenigingen dan door de vanuit de 'werkvloer' in de gezondheidszorg gewenste en noodzakelijke kwalificaties.

Een voor de hand liggende andere vraag heeft te maken met de wijze waarop loopbaanveranderingen in de richting van niet-curatieve werkzaamheden van artsen tot stand komen. Wat zijn de omstandigheden en motieven die hieraan bijdragen, en welke gevolgen brengen die veranderingen met zich mee. Het vermoeden bestaat dat het merendeel der artsen zich met de oorspronkelijke keuze voor een medische studie

oriënteert op een *curatief* beroep(sperspectief). Het maatschappelijk beeld van een *medicus* is immers vooral dat van de huisarts en de specialist. Ook de opleiding is overwegend gericht op het gaan uitoefenen van curatieve functies. Wanneer nu uit voorlopige cijfers over niet-curatief werkzame artsen blijkt dat dit perspectief uiteindelijk voor een vermoedelijk groot deel der artsen niet wordt gerealiseerd, kan men zich afvragen hoe de loopbaan tot stand komt, hoe gemakkelijk men de overgang maakt en accepteert, hoe tevreden is men met gemaakte keuzen en met het niet-curatieve beroep.

In meer algemene zin roept dit vragen op over de loopbaanperspectieven die voor artsen bestaan, zowel objectief: de feitelijk 'in de arbeidsmarkt' aanwezige mogelijkheden en de manier waarop bijvoorbeeld de opleiding hierop anticipeert, als subjectief: de persoonlijke mogelijkheden die artsen zien, de beelden die van deze beroepen bestaan of worden opgeroepen en bevestigd, en de interesses of affiniteiten die hierbij een rol spelen.

Het is, gezien het grote aantal artsen dat - ook al snel na het artsexamen - in niet-curatieve functies of beroepsuitoefening werk vindt, de vraag of in de medische basisopleidingen niet veel meer vooruitgelopen zou kunnen worden op de ruimere beroepsperspectieven die er voor artsen kennelijk bestaan. Nu worden die slechts marginaal aan de orde gesteld (Van der Gulden, 1989; VNSU-Visitatiecommissie Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, 1992).

Een nevenmotief van dit onderzoek is daarom gelegen in het meer bekendheid geven aan deze vormen van beroepsuitoefening. Deze bekendheid kan worden gebruikt om veel duidelijker beroepsperspectieven al in een vroeg stadium te kunnen aanbieden, daarvoor mogelijk adequaat op te leiden, wellicht reeds tijdens de medische basisopleiding. Op dit moment lijkt het er op dat eerder sprake is van niet onmiddellijk interessant of aantrekkelijk geachte beroepsperspectieven, waarin men door toeval, omstandigheden of persoonlijke redenen wellicht nog eens *terechtkomt*. Daarbij en tengevolge daarvan kunnen onderlinge (voor)oordelen en stereotypen tussen verschillende beroepsgroepen een negatieve invloed uitoefenen op de ook in de gezondheidszorg noodzakelijke samenwerking en coördinatie.

Zoals hierboven reeds is vermeld, gaat het beleid van het NIPG-TNO er van uit dat onderwijs aan beroepsbeoefenaren mede gebaseerd dient te zijn op een analyse van onder andere taak- en functiekenmerken van die beroepen. Van artsen (inclusief de sociaal-geneeskundigen) bestaat daarover betrekkelijk weinig systematisch verzamelde informatie, met uitzondering van het onderzoek onder bedrijfsartsen (De Winter et al., 1984) en verzekeringsgeneeskundigen (Stumpel & Dols, 1991), al zijn aspecten van het werk van de verzekeringsgeneeskundige onderwerp geweest van verschillende dissertaties.

Het onderhavige onderzoek is op dit terrein een eerste verkenning en zal een basis leggen voor verder onderzoek onder specifieke beroepsgroepen met het oog op de ontwikkeling van specifieke opleidingen.

Tot zover enkele overwegingen en aanleidingen die tot de uitvoering van dit onderzoek hebben geleid. Een slotopmerking: hoewel dit onderzoek beleidsmatige achtergronden heeft en implicaties kan opleveren voor het bijsturen of vernieuwen van beleid, vormt de beleidscontext verder uitdrukkelijk niet het *onderwerp* van dit rapport over niet-curatief werkzame artsen.

### 1.3 Doel van het onderzoek

Doel van het onderzoek is het maken van een verkennende inventarisatie van de grote groep niet-curatief werkende artsen in ons land. Het gaat om het maken van een soort 'groepsportret' van deze artsen, voor zover men daarvan kan spreken bij een dergelijke omvangrijke categorie. Deze inventarisatie dient inzicht te leveren in een aantal facetten van de beroepsuitoefening. Daarbij wordt gedacht aan de aantallen artsen, de aard van de instellingen waarin men werkt, enkele demografische kenmerken, enkele taak- en functiekenmerken van het werk, de gevolgde loopbaan als curatief en als niet-curatief arts, de gevolgde opleidingen, de ervaren opleidingslacunes, en hoe men tegen de huidige werksituatie aankijkt. Bij het maken van dit groepsportret zal zowel gebruik worden gemaakt van kwantitatieve als kwalitatieve gegevens (zie hierover later).

## 1.4 Vraagstellingen

In het oorspronkelijke projectvoorstel (NIPG-TNO, 1990) zijn, uitgaande van dit zojuist omschreven doel, de volgende vraagstellingen geformuleerd:

1. Welke functies worden door artsen vervuld buiten de curatieve gezondheidszorg en om welke aantallen gaat het?
2. Wat zijn demografische kenmerken van (de) groep(en) artsen buiten de curatieve gezondheidszorg?

Bijvoorbeeld a. leeftijd, geslacht, regio, vooropleiding, werk vòòr de medische studie; b. aantallen jaren werkzaam geweest in (onderdelen van) de curatieve sector; c. aantallen jaren werkzaam in de niet-curatieve sector; d. genoten opleiding na het artsexamen; e. soorten functies: wel/niet gezondheidszorg, zelfstandigheid, staf/lijn; f. niveau van functieuitoefening; g. typen afdelingen, organisaties; h. maatschappelijke sectoren; i. georganiseerd zijn in belangen- of wetenschappelijke verenigingen, of anderszins.

3. Wat zijn andere (beroepensociologische) kenmerken van (groepen) artsen buiten de curatieve gezondheidszorg?

Bijvoorbeeld: a. Welke subgroepen zijn te onderscheiden en door welke kenmerken onderscheiden zij zich? b. Welke beeldvorming bestaat er over de eigen groep en andere groepen artsen onder artsen buiten de curatieve sector? c. Welke rol speelt de medische vooropleiding en eventuele vervolgopleiding in de huidige functie- en taakuitoefening? d. Welke deskundigheidsniveaus zijn vereist? e. Welke opleidingslacunes of -wensen ervaart men met betrekking tot de functie- en taakuitoefening? f. Zijn er kenmerkende profielen van functie- en taakuitoefening te onderscheiden? g. Hoe is globaal de werksatisfactie in de (sub)groep? i. Zijn er veel voorkomende (karakteristieke) loopbaanpatronen? j. Welke externe factoren (maatschappelijke, politiek-economische, etc.) beïnvloeden de aanstelling en de functie- en taakinhoud van de artsen in functies buiten de curatieve sector? k. Welke interne (persoonlijke) factoren c.q. overwegingen beïnvloeden de keuze voor een loopbaan buiten de curatieve sector?

4. Zijn er groepen artsen, zoals die uit het onderzoek naar voren komen, die in aanmerking komen voor verder onderzoek, bijv. naar noodzakelijke of gewenste opleiding of bijscholing voor bepaalde vormen van taak- of functieuitoefening? Of zijn er andere aspecten die, op grond van wat er uit het verkennend onderzoek naar voren komt, nader onderzoek verdienen?

5. Op welke wijze kan, zo mogelijk met behulp van een te construeren meetinstrument (vragenlijst/enquête) systematisch vervolgonderzoek worden gedaan?

De vraagstelling is zeer ruim. Niet alle onderdelen daarvan lenen zich echter even makkelijk voor een uitsluitend kwantitatieve, dan wel kwalitatieve aanpak van het onderzoek. Conclusie was dat verschillende vraagstellingen een verschillende aanpak vereisen. Op basis van deze vraagstellingen is een vragenlijst geconstrueerd en is het kwalitatieve deel van het onderzoek uitgewerkt. Alvorens de gekozen onderzoeksstrategie te bespreken (in het volgende hoofdstuk) worden de vraagstellingen eerst aan de hand van relevante literatuur verkend.

## 1.5 Literatuurverkenning

De hiervoor beschreven achtergronden en vraagstellingen maken het mogelijk het probleemgebied in minstens drie richtingen te benaderen. Bijvoorbeeld vanuit het perspectief van de *beroepentheorie en professionalisering* (Slocum, 1966; Diederens, 1985; Mok, 1990) en deze toe te passen op ontwikkelingen in de verschillende medische professies.

Verder is het mogelijk aspecten van *loopbanen, loopbaanpsychologie* (met betrekking tot artsen) te verkennen (Boerlijst & Aïte-Pefia, 1989; Schein, 1985), waarbij eveneens de *levenslooppsychologie* kan worden betrokken (Sonnenfeld & Kotter, 1982; Schroots, 1985).

Tot slot is het analyseren van *taak- en functiekenmerken* van belang (Fleishman & Quaintance, 1984; Kessels & Smit, 1984; Algera, 1989).

Vanuit de noodzaak beperkingen aan te brengen hebben wij er voor gekozen om met name het terrein van *taak- en functiekenmerken* te verkennen op mogelijke aanpakken en instrumenten. Tevens is onderzocht wat specifiek over (*loopbanen van*) *niet-curatief werkzame artsen* bekend is. Daarbij hebben wij het veel bredere terrein van de

beroepentheorie en dat van loopbaan- en levensloopspsychologie terzijde gelaten. Specifiek onderzoek in die richting zou een andere (bijv. longitudinale of historische) aanpak vereisen. Ongetwijfeld zouden aan genoemde gebieden relevante te toetsen hypothesen ontleend kunnen worden, maar die zouden buiten de scope van het doel van het onderzoek vallen. Bijvoorbeeld de psychologische functie van zelf- en rolbeelden in beroepskeuze en loopbaan (Helbing, 1987) of de betekenis van de persoonlijkheid en interesseprofielen voor de beroepskeuze (Holland, 1985). Wel zal achteraf waar mogelijk bij het formuleren van de conclusies en van richtingen voor eventueel vervolgonderzoek bekeken worden welke aanknopingspunten in de literatuur gevonden kunnen worden die dit vervolgonderzoek zouden kunnen ondersteunen.

Ook was er een praktisch bezwaar: het onderzoeken van specifieke vraagstellingen of hypothesen zou het onderzoek en zeker de vragenlijst te uitgebreid maken, en zou de entree wellicht minder gemakkelijk maken. Vanuit de vraagstellingen zal dit onderzoek zich primair richten op taak- en functiekenmerken, opleidingsachtergronden, en opleidingswensen of -behoeften van niet-curatief werkzame artsen, alsmede op demografische kenmerken van de groep en te onderscheiden subgroepen.

### 1.5.1 Loopbanen van niet-curatieve artsen

Er is weinig specifieke literatuur over artsen buiten de curatieve gezondheidszorg. Wel is er aandacht van onderzoekers geweest voor de artsenloopbaan in het algemeen en met name voor de curatieve loopbaan. In het kort zullen wij hier enkele onderzoeken noemen. De keuze van een bepaalde specialisatie werd door Meir & Engel (1986) onderzocht in relatie tot interessepatronen en satisfactie met de beroepskeuze. Op grond van drie empirisch gevonden dimensies werden beroepen onderscheiden in: 'mate van contact met mensen'; 'mate van gebruik van instrumenten' en 'mate waarin dramatische gebeurtenissen voorkomen'. Men bleek meer tevreden naarmate men een beroep had gekozen dat congruent was met het eigen interessepatroon (congruentiehypothese: Holland, 1985). Het onderzoek had plaatsgevonden onder afgestudeerde artsen die al



werkzaam waren in diverse specialismen en het gevonden resultaat lijkt dan ook nogal voor de hand liggend. Van belang zou zijn de interresstetst ook aan het begin van de studie of vlak voor of na de co-schappen af te nemen en te relateren aan tevredenheidsmaten.

Soethout (1991) onderzocht de mate waarin beroepswensen gerealiseerd konden worden in een onderzoek naar de werksituatie en beroepsuitoefening van (tussen 1980 en 1990) afgestudeerde artsen van de Vrije Universiteit. Op grond van gevonden gegevens wordt geconcludeerd dat 35% specialistisch en 20% binnen de huisartsgeneeskunde werkzaam is, waarvan het overgrote deel de beroepsopleiding heeft voltooid. 20% is in de sociale geneeskunde werkzaam, een percentage dat veel hoger is dan het aantal dat ten tijde van het afstuderen dit beroep wilde kiezen. Vrouwen blijken relatief, meer dan in de curatieve beroepen (waar tweemaal zo veel mannen zijn dan vrouwen), sterk in de sociaal-geneeskundige beroepen (jeugdarts of cb-arts) vertegenwoordigd te zijn. Door de onderzoeker wordt vermoed dat mannen hun voorkeur beter kunnen verwezenlijken, en dat vrouwen belang hechten aan part-time werk en het kunnen zorgen voor kinderen, en dat bepaalde specialismen nog steeds voor vrouwen moeilijk toegankelijk zijn (Soethout, 1991).

De opleiding tot arts en tot specialist is beschreven door Fahrenfort (1985) in een studie over de ervaringswerelden van arts en patiënt op een academische polikliniek. De artsenloopbaan wordt samenvattend beschreven als een *oplopend* aantal fasen, waarbij steeds ofwel op het betreffende moment realisatie van het gestelde doel of de ambitie plaatsvindt (en dat is steeds hogerop; zoals resp. kiezen van geneeskunde-studie, doctoraal examens doen, co-schappen volgen, assistentschap verwerven en specialiseren, eigen praktijk vinden en verwerven, dissertatie schrijven, academische werkplek verwerven, daarna via chef de clinique tot aan medisch hoogleraar), dan wel het niet-bereiken van het gestelde doel. Bekende mogelijkheden hierbij zijn: uitgeloot worden, zakken voor een examen, iets anders gaan doen, uitstel (of niet verwerven) van opleidingsplaats en

met iets anders genoeg nemen, de opleiding niet afmaken, het promotieonderzoek lukt niet, eigen afdeling kwijtraken, geen plaats als hoogleraar krijgen.

Vanuit de vraagstelling van genoemd onderzoek is het niet verwonderlijk dat hier een academische statushiërarchie model staat voor een ideaaltypische loopbaan. Interessant is dan de vraag in welke mate dit soort loopbaanperspectieven (in de vorm van ambities en mogelijkheden) bestaan en van invloed zijn op loopbaankeuzen. Als die invloed er is dient in ieder geval te worden onderzocht in hoeverre daadwerkelijk sprake is van een soort 'spijt-motivatie' in de keus van een niet-curatieve loopbaan. Deze oplopende statushiërarchie voor de loopbaan als arts geeft een eenzijdig beeld in de zin van '(academische) carrière', alhoewel dergelijke motieven een rol kunnen en zullen spelen. Recente benaderingen binnen de loopbaanpsychologie suggereren in ieder geval dat veel meer levensdomeinen of dimensies (bijvoorbeeld affiniteit tussen persoonlijkheid en beroepskeuze; maar ook de interactie tussen het domein van het werk en van het privé-bestaan tegen de achtergrond van veranderende verhoudingen tussen mannen en vrouwen) een rol kunnen spelen bij het kiezen van een beroep of voor loopbaanveranderingen in verschillende levensfasen (Boerlijst & Aite-Peña, 1989; Sonnenfeld & Kotter, 1982).

Motieven die artsen (in Engeland) noemden over hun loopbaankeuze of verandering van keuze werden onderzocht door Parkhouse & Ellin (1988). Zij rapporteren veel loopbaanveranderingen vooral in de eerste zeven jaar na het artsexamen. 'Huiselijke omstandigheden' waren vooral van belang voor diegenen die 'general practice' en 'community medicine' kozen, vooral voor een relatief groter aandeel van vrouwen. Van minder belang waren promotie-vooruitzichten en -problemen, maar met name de persoonlijke evaluatie van geschiktheid of aanleg voor het betreffende vak was voor iedereen van belang. Loopbaanadviezen van anderen speelden doorgaans een geringe rol.

Eschenbach & Woodward (1989) onderzochten meer algemene factoren voor de situatie in de USA: traditioneel wordt de dokters-loopbaan zowel financieel als sociaal zeer 'lonend' gezien, tegenwoordig is dit aan het veranderen. De autonomie van artsen wordt bedreigd door sterke diversificatie van de gehele markt in de gezondheidszorg. De arts

wordt daarbij aan alle kanten niet alleen bedreigd door competitie met collega's, maar ook door de eisen van verzekeringsmaatschappijen, patiëntenorganisaties en bovendien door de stijgende kosten die opleiding en praktijk met zich meebrengen.

Een factor bij het kiezen voor een specialisme blijkt het verschil tussen mannen en vrouwen te zijn, onderzocht door Ferrier & Woodward (1982). Vroeger was het sexeverschil de enige consistente factor bij medische beroepskeuze. Vrouwen kozen vaker voor bepaalde specialismen (pediatrie, psychiatrie). Met het toenemend aantal vrouwen in de medische opleidingen is dat aan het veranderen, althans in de USA. Mannen en vrouwen stromen in ongeveer dezelfde mate de specialismen binnen, en hun loopbaankeuzen worden in gelijke mate beïnvloed door de lengte van de (postgraduate) opleiding. Het bleek echter dat vrouwen meer dan mannen nog steeds loopbanen kiezen die hen het mogelijk maakten minder uren te werken. De onderzoekers veronderstelden dat tijdelijke sociale en familiale overwegingen van invloed zijn geweest op de loopbaan (Ferrier & Woodward, 1982).

Helen Frey (1980) vergeleek mannelijke en vrouwelijke artsen in Zweden en vatte haar resultaten als volgt samen: vrouwelijke artsen werden geboren uit oudere vaders en beter opgeleide moeders. Zij trouwden later, kregen minder kinderen. Waren minder vaak betrokken in de intramurale somatische - en vaker in de psychiatrische patiëntenzorg. Mannen kwamen vooral in de heelkunde, vrouwen vooral in de psychiatrie. Zij waren minder vaak hoofd van een afdeling, werkten minder vaak in onderwijsafdelingen, en waren minder vaak medisch docent. Vrouwelijke afgestudeerden waren na 10 jaar minder vaak werkzaam in ziekenhuizen dan hun mannelijke collega's. Hun 'workoutput' was gelijk aan 85% van dat van de mannen. Meer vrouwen dan mannen zeiden dat zij met een roepingsbesef medicijnen waren gaan studeren, en minder vrouwen dan mannen werden aangetrokken door het toekomstige inkomen of het prestige van het beroep (Frey, 1980). Deze resultaten verbazen niet, als men rekening houdt met de twee 'loopbanen' (werk en ouderschap) die veel opgeleide vrouwen moeten kunnen combineren. Bovendien laat het wellicht een tijdsgebonden (en plaatsgebonden) beeld van mannen en vrouwen zien, dat de laatste jaren geleidelijk aan veranderingen onderhevig is. Zo wordt een

toenemende instroom van vrouwen aan de medische faculteiten in verschillende landen geconstateerd (in Engeland in 1990 waarschijnlijk 50 %: Allen, 1988; in Nederland 60%: CBS, 1992d).

Echter, Uhlenberg & Cooney (1990) demonstreerden voor de VS nog in 1990 dat er ingrijpende gevolgen zijn van het verschil tussen mannelijke en vrouwelijke artsen: mannelijke artsen blijken veel vaker in gezinsleven betrokken te zijn dan vrouwen. Mannen trouwen ook vaker. Het huwelijk en ouderschap lijken de werkbetrokkenheid en verdiensten van mannen eerder te vergroten, en terwijl het omgekeerde het geval is voor vrouwelijke artsen: combinatie van werk en gezin leidt voor hen vaak tot minder werkuren en lagere verdiensten. Zij concluderen dat, wanneer de instroom van vrouwen zal blijven toenemen, in de toekomst een groter aantal artsen nodig zal zijn om een bepaald niveau van medische zorg te kunnen handhaven en dat een ander alternatief is dat grotere gelijkheid tussen de seksen wordt bewerkstelligd.

Isobel Allen (1988) onderzocht in Engeland de carrières van drie cohorten artsen (totaal 600) uit verschillende jaren ('66, '76 en '86) met behulp van half-gestructureerde vragenlijsten. Het onderzoek was met name opgezet om *activiteiten en participatiegraad van vrouwelijke artsen* te bestuderen. Het opvallendste resultaat in haar onderzoek is de grote overeenkomst tussen mannen en vrouwen die zij constateert. Er waren meer aanwijzingen voor verschillen tussen de drie cohorten dan tussen de seksen. Het probleem is dat vrouwen zeer sterk onder-vertegenwoordigd zijn in de medische loopbaan niveaus (career grades) zoals de specialismen, algemene praktijken en wat wij noemen sociaal-geneeskundige specialismen (community medicine). Hoe hoger de 'opleidingsgraad', hoe minder vrouwen, vooral bij chirurgie. Wel veel meer vrouwen in de 'non-training' niveaus zoals klinische assistenten. Allen (p. 304) vroeg zich af of dit aan huiselijke bindingen of taken ('domestic commitments') van vrouwen zou liggen of aan de specifieke loopbaan-structuren voor artsen.

De meeste artsen beschreven hun beslissing de medische opleiding te gaan volgen als niet-realistisch of naïef. Velen wisten ook nog niet wat zij wilden als zij arts waren geworden, velen leken min of meer door toeval tot specialisatiekeuzes te zijn gekomen.

Loopbaanbeslissingen werden ook vaak op negatieve gronden genomen, omdat men eerder ontmoedigd was een specialisme te kiezen of daar in door te gaan, dan dat men was aangemoedigd. Dit gold vooral vrouwen.

De toenemende instroom van vrouwen in de medische opleidingen in Nederland, brengt vanuit de beroepsorganisatie KNMG recente aandacht met zich mee voor de gewenste combineerbaarheid van beroeps- en privé-leven en in verband daarmee voor te maken loopbaankeuzen. Onderwerpen als werktijden, deeltijdarbeid, zwangerschapsverlof, ouderschapsverlof en kinderopvang zijn in onderzoek (Dijkstra, 1992) aan de orde gesteld. Het blijkt dat mannelijke artsen, net als hun vrouwelijke collega's niet langer een partner hebben die full-time binnenshuis werkt, en dat een overgrote meerderheid van mening is dat beide partners in principe de taken binnenshuis en buitenshuis moeten verdelen.

Hiermee komen wij op een begrip dat vaker wordt gebruikt met betrekking tot medische loopbanen n.l. het zoeken naar een z.g. 'controllable lifestyle' (Schwartz et al., 1989; Tardiff et al., 1986), en het kiezen van 'controllable lifestyle specialities'. Dat zijn de medische specialismen die een minder zware opleiding hebben, een lucratieve toekomst en een beperkte verantwoordelijkheid voor patiënten (zoals bijvoorbeeld anesthesiologie, eerste hulp, neurologie, radiologie) en *die het privéleven niet overheersen*. 'Noncontrollable lifestyle' specialismen zijn bijvoorbeeld de huisartsgeneeskunde, interne geneeskunde en gynaecologie. Hoewel het alle voorbeelden uit de curatieve geneeskunde zijn kan men dit aspect ook veronderstellen bij de keus voor de niet-curatieve medische beroepsuitoefening.

Resumerend kunnen uit de hier kort aangehaalde onderzoeken de volgende conclusies worden getrokken. In de eerste plaats: motieven om een bepaald beroep of loopbaan te kiezen en de mate waarin ambities wel of niet kunnen worden gerealiseerd en eventueel leiden tot (dis)satisfactie, is een vraag die in een onderzoek naar niet-curatieve loopbanen van in principe curatief opgeleide artsen, beslist niet mag ontbreken. Verschillende vragen

zullen hiertoe in de vragenlijst moeten worden opgenomen. Bijvoorbeeld in de vorm van uiteenlopende loopbaanoverwegingen en vragen naar de tevredenheid met de werksituatie. Een belangrijke tweede invalshoek is dat in ieder geval het sekse-verschil van belang is voor de analyse van de in dit onderzoek te verzamelen gegevens, dit is de meest onderzochte factor tot nu toe.

In de derde plaats dient in het onderzoek rekening te worden gehouden met de invloed van het belang dat gehecht wordt aan de z.g. 'controllable lifestyle', bij de keuze van een niet-curatieve loopbaan. Hiertoe zal bezien moeten worden of specifieke vragen of uitspraken hierover in de vragenlijst kunnen worden opgenomen. Deze zullen in relatie tot sekse-verschil moeten worden geanalyseerd.

Tenslotte: het onderzoeken van de rol van persoonlijkheidstrekken is een uiterst relevante invalshoek, maar valt buiten het eigenlijke doel van dit onderzoek. Bovendien zou men dan vanuit loopbaan-theoretisch oogpunt een complex van andere facetten erbij moeten betrekken.

### 1.5.2 Het analyseren van taken, functies of beroepen

Een expliciet doel van het onderzoek is het in kaart brengen van een aantal taak- en functiekenmerken van niet-curatief werkzame artsen. Ook wordt in de derde vraagstelling gesproken van andere 'beroepensociologische kenmerken' van deze artsen. De term 'beroepensociologisch' slaat op een wetenschappelijke discipline (Mok, 1990), en kan op meerdere manieren worden uitgewerkt: bijvoorbeeld de wijze waarop artsen als beroepscategorie in een historisch proces van professionalisering hun veranderende maatschappelijke positie (waarbij macht in het geding is) ten opzichte van andere beroepen, legitimeren en trachten te behouden. Dit zou echter niet binnen de primaire vraagstelling van dit onderzoek mogelijk zijn.

Diederer (1985) heeft in zijn uitvoerige studie een aanzet geleverd tot vergelijkende analyse van beroepen. Daarbij heeft hij het bruikbare onderscheid aangebracht tussen maatschappelijke, professionele, organisatorische en technische arbeidsverdeling.

Een *taak* is een geheel van bij elkaar horende handelingen waarbij soms een gespecificeerd eindresultaat kan worden aangegeven (technische arbeidsverdeling); een *functie* is een verzameling van hoofd- en deeltaken die in een organisatie wordt verricht; een *beroep* tenslotte is een overkoepelend begrip voor verwante of nagenoeg gelijke functies, bestaande uit verzamelingen hoofd- en deeltaken, binnen verschillende arbeidsorganisaties, bedrijven (maatschappelijke arbeidsverdeling over bepaalde domeinen) (zie ook: Van der Krogt, 1991).

Om praktische redenen hebben wij er voor gekozen ons verder te oriënteren op methoden en instrumenten voor taak- en functieanalyse.

Wanneer de balans van deze oriëntatie wordt opgemaakt (zie ook: Van den Berg, 1992), kan het volgende worden geconstateerd:

- a. er bestaan met name *kwalitatieve* onderzoeksmethoden voor het analyseren van taken of functies: documentenstudie, observatie, groepsinterviews (Greuter en Algera, 1989; Kessels en Smit, 1985);
- b. vele bestaande *kwantitatieve* instrumenten voor gebruik in een vragenlijst zijn doorgaans vanuit een arbeidspsychologisch kader ontwikkeld (werkmotivatie, verzuim, welzijns- of gezondheids-risico's) en worden gebruikt door taakanalisten, selectiepsychologen of onderzoekers van arbeidsomstandigheden (Fleishman & Quaintance, 1984), maar zijn met het oog op onze vraagstellingen en het doel van het onderzoek minder passend.

De voor kwalitatief onderzoek bruikbare manieren van aanpak en dimensies voor taakanalyse zijn op zich (soms) inhoudsloos, d.w.z. dat zij onafhankelijk van het type beroep of functie een aantal aspecten kunnen beschrijven.

Met de bestaande kwantitatieve instrumenten wordt in het kader van het vragenlijstonderzoek nog geen antwoord gekregen op de vraag wát niet-curatieve artsen nu feitelijk doen, in wat voor werk zij betrokken zijn en op welk niveau. Voor de

uitwerking van dit onderzoek is daarom voor een pragmatische aanpak gekozen, die nauw aansloot bij de geformuleerde (deel)vraagstellingen.

Getracht zal worden een inventariserend instrument te ontwikkelen waarmee elementaire mogelijke werkzaamheden in kaart kunnen worden gebracht en dat een vraag zal worden ontwikkeld waarmee het niveau van de functie kan worden onderzocht. Omdat wij toch ook enige indicatie wilden krijgen over de beoordeling van de werksituatie (bijvoorbeeld satisfactie) is een deel van de bestaande Vragenlijst Arbeid Gezondheid opgenomen (VAG; Dijkstra et al., 1986; De Winter, 1991), met name de vragen gericht op de werksituatie.

De uitwerking van de vraagstellingen in de vragenlijst komt in het volgende hoofdstuk (2) aan de orde.



## **2. OPZET, METHODE EN UITVOERING**

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens beschreven: de gekozen onderzoeksaanpak en gebruikte methoden alsmede de uitvoering van het onderzoek.

### **2.1 Onderzoeksaanpak en materiaalverzameling**

Zoals al bij de vraagstellingen (zie Inleiding) is geconstateerd zijn *verschillende* onderzoeksaanpakken gewenst om de vraagstellingen te onderzoeken. Wij hebben in dit geval gekozen voor:

a. verzameling van kwantitatieve gegevens door het verkennen van statistische bronnen en b. door middel van een enquête (vragenlijstonderzoek) in twee stappen onder een steekproef uit de populatie artsen (curatief én niet-curatief werkende artsen); c. verzameling van kwalitatieve gegevens door middel van halfgestructureerde interviews met een klein aantal a-select gekozen artsen.

### **2.2 Bestaande statistische gegevens over artsen**

Verskillende statistische bronnen zullen worden bekeken om tot een eerste globale schatting te komen van aantallen niet-curatief werkzame artsen in Nederland. Zowel door het Centraal Bureau voor de Statistiek als door het Ministerie van WVC worden cijfers gepubliceerd over de gezondheidszorg, waaronder cijfers over aantallen beroepsbeoefenaren zoals artsen werkzaam in uiteenlopende werkerterreinen of sectoren. Een samenvatting van deze resultaten wordt gepresenteerd in hoofdstuk 3).

## 2.3 Populatie, steekproeftrekking

### *Curatief vs. niet-curatief*

Aanvankelijk is in de opzet van het onderzoek vooral gedacht aan artsen in de niet-curatieve sector van de gezondheidszorg. Dit zou echter een beperking opleveren, er kon immers verondersteld worden dat een onbekend aantal artsen niet-curatieve werkzaamheden verrichten terwijl zij ook werken in de curatieve gezondheidszorg. Dit betekende een uitbreiding van de potentiële onderzoekspopulatie met alle artsen die niet-curatieve werkzaamheden verrichten, (eventueel) naast een curatieve praktijk.

Daarom is voor de volgende begripsafbakening gekozen:

*Curatief, behandelend werkzaam zijn zij die als huisarts, specialist, of anderszins als behandelend arts werken in de intramurale of extramurale gezondheidszorg of daar (in)direct bij betrokken zijn (laboratoriumartsen bijv.).*

En daarvan afgeleid: niet-curatieve werkzaamheden zijn activiteiten die artsen hoofdzakelijk, of voor een deel van hun tijd, bijvoorbeeld verrichten als bedrijfsarts, in de research, als leidinggevende of manager in de gezondheidszorg, in het onderwijs, als verzekeringsarts, in het bedrijfsleven, bij gemeentelijke of regionale gezondheidsdiensten, waarbij zij niet werken aan de behandeling of therapie van patiënten.

Deze afbakening heeft consequenties gehad voor de vaststelling van de populatie en het trekken van de steekproef. De *populatie* waar het in dit onderzoek om gaat bestaat uit: alle artsen die *hoofdzakelijk* niet-curatief werkzaam zijn, en de artsen die *voor een deel van hun tijd* niet-curatieve taken uitvoeren *naast* hun curatieve werk, met een minimum van 10%.

Door het CBS, (dat zijn gegevens mede baseert op de gegevens over artsen afkomstig van de GHI: Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid), wordt bij de beschrijving van de categorie artsen gebruik gemaakt van de volgende indeling: geregistreerde huisartsen, geregistreerde specialisten, geregistreerde sociaal-geneeskundigen, en *overige* artsen. Nadeel van deze indeling is dat onder de overige

artsen veel curerende artsen zitten, en dat onder curerende artsen er een aantal is dat niet-curatieve werkzaamheden verricht naast de curatieve praktijk.

Voor het trekken van een steekproef artsen verkregen wij toestemming gebruik te maken van het bestand van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid. Aanvankelijk is verondersteld dat uit dit adressenbestand met behulp van de daarin aanwezige codes de onderzoeksgroep zou kunnen worden samengesteld, waaruit dan vervolgens een gelaagde steekproef zou kunnen worden getrokken. Dat bleek echter niet mogelijk. In de eerste plaats omdat, evenals bij de op de GHI-registratie gebaseerde CBS-indeling, de GHI-categorie 'overige artsen' ook een flink aantal curatieve artsen bevat, en er onder de categorieën 'huisartsen', 'specialisten' en 'curatieve overige artsen' ook artsen zijn die niet-curatieve werkzaamheden verrichten.

Verder leerde een kleine proef op de som spoedig dat het GHI-bestand voor wat betreft het bijwerken van specifieke codes (functies; registraties; werkplek) soms niet geheel actueel was. Dat nadeel gold overigens niet de adressen. De oorzaken liggen onder andere in het feit dat de GHI voor het up-daten van specifieke codes afhankelijk is van een om de zoveel jaar gehouden enquête onder alle artsen, die echter slechts een respons heeft van 50%.

Mede op advies van de Begeleidingscommissie is besloten uit het volledige adressenbestand van de GHI (plm. 40.000 artsen) een a-selecte steekproef van 10% te trekken.

#### **2.4 Kwantitatief: enquête, twee stappen**

De eerste grote steekproef werd op 1 juni 1992 benaderd met een korte voorenquête. Hierbij kon men op een antwoordkaartje aangeven tot welke categorie artsen men zich rekende: volledig curatief werkzaam, deels niet-curatief (náást een curatieve praktijk) of volledig niet-curatief werkzaam. Hierbij werd de hiervoor beschreven begripsafbakening gebruikt.

Indien men zich tot de twee laatste groepen rekende, kon men tevens aangeven of men bereid was aan het verdere onderzoek mee te werken.

De voorenquête was vergezeld van een korte toelichtingsbrief (zie Bijlage 4).

Op deze wijze werd de onderzoeksgroep geformeed en werd in een vroeg stadium gevraagd aan het onderzoek mee te werken. Zo kon worden gezorgd dat van de in onderzoek vaak voorkomende non-respons (soms is die 50% of hoger) in ieder geval kon worden vastgesteld dat men niet wenste mee te werken aan dit onderzoek, in plaats van dat onbekend zou blijven of men de brief wel gezien had. Deze aanpak diende aan te zetten tot een expliciete beslissing aan het onderzoek deel te nemen.

Een belangrijk voordeel van de voorenquête was dat voor het eerst een betrouwbare schatting gemaakt kon worden van de aantallen *deels of volledig niet-curatief en uitsluitend curatiefwerkzame* artsen en van de verhoudingen tussen de categorieën artsen. Aan respondenten (resp. deels niet-curatief en volledig niet-curatief) die positief hadden gereageerd is begin juli de uitgebreide vragenlijst toegezonden. Deze werd eveneens vergezeld van een aanbiedingsbrief waarin enkele essentialia over het onderzoek werden herhaald (zie Bijlage 4).

Intussen werd drie weken na de versturing van de voorenquête aan non-respondenten (laatste week juni) een eerste herinnering gestuurd, waarna na nog weer enkele weken een laatste herinnering werd gestuurd (half juli). Deze procedure werd eveneens gevolgd bij de vragenlijst.

Op deze wijze is (geïnspireerd door de 'total design' methode van Dillman; genoemd door Swanborn, 1987, p. 279) getracht de non-respons zo klein mogelijk te krijgen.

De periode van gegevensverzameling is in verband met de vakantieperiode, waar de enquête in viel, half augustus afgesloten.

Voor details over de respons en de gevonden proporties zie men hoofdstuk 3.2

## 2.5 Vragenlijstconstructie, overzicht onderzoeksvariabelen

De vraagstellingen zijn, voor zover mogelijk, richtlijn geweest voor de samenstelling van de vragenlijst. Met behulp van de kwalitatieve aanpak is getracht de overige onderdelen van de vraagstellingen te onderzoeken.

Voordat de definitieve vorm van de vragenlijst tot stand kwam is in een beperkt pilot-onderzoek een proefversie onder een twintigtal niet-curatieve artsen uitgetest op formuleringen, begrijpelijkheid, tijdsduur van het invullen, e.d. Dit heeft nog enkele verbeteringen en suggesties opgeleverd, met name bij de vragen betreffende kenmerken van de taken en de uitspraken waarin loopbaanoverwegingen werden verwoord.

De verschillende vragen uit de vragenlijst worden hier samengevat in rubrieken. Daarbij is de volgorde van de vragenlijst aangehouden (voor de volledige lijst zie men Bijlage 5):

- a. in de eerste plaats enkele vragen betreffende de *huidige werksituatie*: of men deels dan wel volledig niet-curatief werkzaam is; of men één of meer vaste resp. tijdelijke functies heeft, zelfstandig werkzaam is etc.; en als men zonder werk is, wat de achtergronden hiervan zijn;
- b. vragen naar de *aard van de functies en van de instellingen of organisaties* waar men werkt: in welke functie(s) (b.v. onderzoeker, bedrijfsarts, docent) en in welk(e) organisatorisch(e) werkveld(en). Ook is gevraagd naar het 'niveau' van deze functie(s): uitvoerende taken, coördinerende - of staffunctie, en leidinggevend op het niveau van een afdeling of organisatie;
- c. vragen naar *kenmerken van de functie-inhoud*: dit zijn een tiental globale soorten werkzaamheden, waarin men als niet-curatief werkzame arts betrokken kan zijn (sociaal-medische spreekuren, onderwijs, advisering en voorlichting, wetenschappelijk onderzoek, etc.). Het doel van deze vragen was indicaties te krijgen over verschillende soorten *niet-curatieve* werkzaamheden en de hoeveelheid tijd die men daaraan besteedt. Bij elk soort werkzaamheden kon men een schatting

maken van globale percentages bestede tijd, afgerond op tientallen; totaal diende men daarbij op 100% van de *niet-curatieve* aanstelling te komen;

- d. vragen betreffende de *genoten opleiding* en enkele aspecten van de *loopbaan* tot nu toe: dit zijn vragen naar het jaar en de universiteit van het artsexamen, het aantal jaren dat men als curatief arts heeft gewerkt, of men andere dan medische beroepsopleidingen heeft gevolgd, of men specialistische vervolgopleidingen heeft gevolgd en de aard van eventuele registraties, en of men gepromoveerd is. Ook werden vragen over beroepskeuze toegevoegd, gerelateerd aan verschillende beslismomenten: hoe waren de plannen aan het begin van de medische studie en op het moment van het artsexamen;
- e. vragen naar de *eventueel gevolgde sociaal-geneeskundige opleiding*: deze vragen waren uitsluitend bestemd voor geregistreerde sociaal-geneeskundigen, formeel gezien de enige niet-curatieve specialismen na het artsexamen; gevraagd is o.a. naar de plaats van de sociaal-geneeskundige opleiding, en naar de waardering van enkele opleidingsaspecten;
- f. vragen naar de *mate* van *georganiseerd* zijn in het algemeen: het aantal lidmaatschappen van wetenschappelijke of belangenverenigingen (om praktische redenen is het vragen naar specifieke lidmaatschappen buiten beschouwing gelaten);
- g. vragen naar aspecten van *bij- en nascholing*: dit zijn enkele vragen naar de mate waarin men zich met de genoten opleiding adequaat geschoold acht voor een goede uitoefening van het beroep, waar behoeften aan bij- of nascholing liggen, hoe sterk men die behoefte acht; welke overwegingen men voor bij- en nascholing heeft, of men hiervoor persoonlijke investeringen wil doen, en een vraag naar hoeveel bij- en nascholingen men reeds gevolgd heeft;
- h. nauw samenhangend met de vragen onder d) waren enkele vragen betreffende het veranderen van loopbaan of het kiezen van een niet-curatieve loopbaan: vijftien uitspraken waarin verschillende overwegingen of motieven zijn verwoord betreffende het kiezen van een niet-curatief beroepsperspectief;
- i. vragen naar de opvattingen over en de *waardering van de werksituatie*: om hiervan een indruk te krijgen is een deel van de gestandaardiseerde Vragenlijst Arbeid en

Gezondheid (VAG) opgenomen (Dijkstra et al., 1986; De Winter, 1991), met name de vragen over taakhoud, werkorganisatie, leiding en collega's, de relatie werk-privé, waardering en toekomstverwachtingen, en het algemeen oordeel over het werk.

j. tenslotte enkele vragen naar geslacht, leeftijd en burgerlijke staat.

In totaal werden 92 te beantwoorden vragen en uitspraken in de lijst opgenomen.

## 2.6 Kwalitatief: half-gestructureerde interviews

Naast het verwerven van een aantal gegevens in de breedte uit een dwarsdoorsnede van verschillende artsen, was het in het kader van de vraagstellingen van het onderzoek van belang via interviews gegevens te verzamelen over de wijze waarop loopbaanveranderingen als niet-curatief werkzaam arts tot stand komen.

Zoals reeds is aangegeven was een deel van de vraagstellingen (zie de Inleiding) niet goed onderzoekbaar met een vragenlijst. Met name de vragen naar veel voorkomende, karakteristieke, loopbaanpatronen (vraagstelling 3i), en de vragen naar externe factoren (maatschappelijke, politiek-economische, etc.) en de interne factoren (persoonlijke motieven, keuzen en omstandigheden) zoals die van invloed zijn geweest op de loopbaan (vraagstellingen 3j+k) zijn door middel van de persoonlijke interviews aan de orde gesteld. Externe factoren kunnen daarbij slechts worden onderzocht volgens de *waarneming* van betrokken deelnemende personen in het onderzoek: in hoeverre deze factoren de aanstelling en functie- en taakhoud *feitelijk* hebben beïnvloed is op deze wijze niet te achterhalen. De gegevens kunnen slechts suggesties of hypothesen in deze richting opleveren.

Ook de onderlinge beeldvorming (vraagstelling 3b) tussen verschillende groepen artsen is om dezelfde reden verkennend aan de orde gesteld in de interviews.

Dertig a-select getrokken artsen, uit de respondenten die de vragenlijst hadden teruggestuurd en te kennen hadden gegeven aan een interview te willen meewerken

(totaal was dat 45%), zijn voor een afspraak benaderd. Zij ontvingen eerst een brief (zie bijlage 4) met de aankondiging dat zij zouden worden opgebeld voor een afspraak. Voor gegevens over de samenstelling van deze groep artsen zie men het betreffende hoofdstuk met resultaten.

Representativiteit is gezien het kleine aantal en het exploratieve doel niet aan de orde en ook geen eis. De interviews dienden een hoeveelheid specifieke informatie op te leveren over loopbanen van artsen, aanvullend op de enquête.

De interviews werden door één van de onderzoekers afgenomen. De gesprekken werden deels door een vrouwelijke of mannelijke interviewer gehouden.

Vooraf waren drie globale gespreksthema's vastgesteld:

1. *Het traject van opleiding en loopbaan* sinds de middelbare school; belangrijke keuzemomenten in opleidingstraject en loopbaan: welke persoonlijke overwegingen, externe factoren speelden daar in een rol;
2. *Huidige werk en/of functie(s), mede in relatie tot de opleiding*; waaruit bestaat globaal het dagelijkse werk, hoe is het te typeren, op welke gebieden wordt kennis vereist en welke deskundigheden, vaardigheden of capaciteiten zijn voor dit werk nodig;
3. *Onderlinge beeldvorming van de verschillende medische beroepsgroepen* (curatief en niet-curatief).

Het gesprek had een halfgestructureerd karakter. Enkele open beginvragen werden gesteld, en afhankelijk van het gespreksverloop werd verdere vragen gesteld. Gericht een aantal vragen systematisch afwerken zou het verkennende en open karakter van het gesprek geweld hebben aangedaan. Dat betekende dat soms onverwachte onderwerpen of thema's aan de orde konden komen, en dat op andere momenten antwoorden werden gegeven op vragen die interviewers na introductie van de openingsvraag achter de hand hadden om het gesprek te stimuleren.



Om het gesprek te openen is, na een korte introductie (waarin, na een toelichting op achtergronden van het onderzoek, vertrouwelijkheid en anonimiteit werden benadrukt), aan iedere deelnemer gevraagd een curve (een variant op de z.g. 'levenslijn'-methode, zie Bourque & Back (1985), te tekenen van het eigen opleidings- en loopbaantraject sinds het voorbereidend onderwijs. Dat leverde doorgaans een vruchtbare basis voor het gesprek en aanknopingspunten om te verkennen wat belangrijke keuzemomenten waren, welke factoren daarop van invloed waren geweest. Ook kon aan de hand hiervan worden besproken wat men aan eventuele hoogte- of dieptepunten had ervaren.

Daarna kwam het huidige werk aan de orde en de uiteenlopende aspecten die daarin volgens betrokkenen van belang zijn.

Tenslotte werd ter afsluiting de beeldvorming tussen verschillende medische beroepsgroepen verkennend aan de orde gesteld. De gesprekken duurden gemiddeld anderhalf uur, soms uitlopend tot meer dan twee uur. In hoofdstuk 7 wordt een samenvattend overzicht geboden van welke gegevens de interviews hebben opgeleverd.

Nu zullen eerst de resultaten van de enquête worden gepresenteerd.

### 3. RESULTATEN: ALGEMEEN

In de nu volgende hoofdstukken worden de resultaten gepresenteerd. In dit eerste hoofdstuk met resultaten (3) komen aan de orde de schattingen op basis van statistische bronnen en van gegevens over de eerste en tweede enquête: steekproef en respons.

In hoofdstuk 4 worden gegevens over de *volledig* niet-curatieve artsen gepresenteerd.

In hoofdstuk 5 worden enkele *grootste functiecategorieën* onder de volledig niet curatieve artsen nader geanalyseerd.

In hoofdstuk 6 wordt een samenvatting gegeven van de belangrijkste resultaten van *curatieve artsen met partieel niet-curatieve werkzaamheden*. De bijbehorende gegevens staan vermeld in een Bijlage (3) omdat er de voorkeur aan is gegeven in dit onderzoeksrapport het accent te leggen op de volledig niet-curatieve artsen. Beide categorieën kunnen slechts op enkele punten worden vergeleken; wat betreft loopbaan zijn zij geheel verschillend. Voor een echt goede vergelijking zouden wij moeten beschikken over gegevens betreffende een a-selecte steekproef curatief werkzame artsen.

#### 3.1 Overzicht van statistieken: schatting boven- en ondergrens

Hoewel regelmatig informatie wordt verzameld over de aantallen artsen die in verschillende functies en organisaties werken, levert dit geen nauwkeurig beeld op van het aantal artsen dat niet-curatieve werkzaamheden verricht. In Bijlage 1 wordt een overzicht gepresenteerd van de beschikbare informatie. De belangrijkste resultaten worden hier kort vermeld.

De belangrijkste gegevensbron is de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI). Zij houdt een bestand bij dat informatie bevat over alle artsen in Nederland. Sommige gegevens uit dit bestand zijn (vrijwel) compleet en actueel, zoals naam en adres, andere zijn zeer incompleet en vaak niet geheel actueel, zoals de registratie die men heeft, de instelling waar men werkt, de precieze functie die men bekleedt. In de meeste (statistische) publikaties wordt gebruik gemaakt van dit bestand. Met name kunnen hier genoemd

worden de Nota Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg 1991 (WVC 1991) en de Maandberichten Gezondheidsstatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Op grond van de beschikbare informatie is gepoogd een boven- en een ondergrens van het aantal artsen te schatten. De bovengrens wordt bepaald door van het totale aantal artsen af te trekken het aantal artsen, van wie op grond van bestaande en openbare overzichten bekend is, of redelijkerwijs mag worden aangenomen, dat zij curatief werk doen. Alle overige artsen zijn dan degenen die niet-curatief werkzaam zijn. De ondergrens wordt vastgesteld door de aantallen artsen op te tellen van wie op grond van bestaande en openbare overzichten bekend is, of vermoed kan worden, dat zij niet-curatief werkzaam zijn. De volgende twee tabellen vatten de bevindingen uit Bijlage 1 samen.

### De bovengrens van de schatting

Table 3.1 Schatting van het aantal niet-curatief werkende artsen in Nederland, 1989 en 1990 (bovengrens)

|   | 1989   | 1990   |        |
|---|--------|--------|--------|
| Totale aantal artsen                    |        | 35.852 | 37.737 |
| specialisten                            | 12.265 |        | 12.689 |
| huisartsen                              | 6.388  |        | 6.388  |
| huisartsen en specialisten in opleiding | 2.345  |        | 2.602  |
| langdurig assistentschap                | 1.206  |        | 1.250  |
| praktijkzoekende huisartsen             | 658    |        | 658*   |
|   | 22.862 | 22.862 | 23.587 |
| Aantal niet-curatief werkende artsen    |        | 12.990 | 14.150 |

\* schatting op grond van gegevens 1989

Van deze 13 tot 14.000 artsen zijn er ongeveer 1.200 in opleiding tot sociaal-geneeskundige en waren in 1989 2.180 artsen geregistreerd als sociaal-geneeskundige. Resteren een kleine 10 tot 11.000 artsen, die niet werkzaam zouden kunnen zijn in de niet-curatieve zorg.

De schatting is echter omgeven met onzekerheid. Enkele oorzaken hiervan zijn:

- er zijn assistenten die voor korte tijd in een instelling werken (de bovengrens wordt hierdoor te hoog geschat);

- een aantal artsen is werkloos of gestopt met werken (idem);
- naast de bovengenoemde artsen zijn ook de medici die in tabel 1.5 (Bijlage) worden genoemd, in feite curatief werkzaam. Het is niet bekend welk deel daarvan geregistreerd is als huisarts of specialist (idem);
- aan de andere kant bevinden zich in de groep huisartsen en specialisten artsen die voor een aanzienlijk deel van de werktijd of helemaal niet-curatieve activiteiten ontplooiën (de bovengrens wordt hierdoor te laag geschat);
- van de praktijkzoekende huisartsen verricht waarschijnlijk voor een gedeelte niet-curatieve werkzaamheden (idem).

### De ondergrens van de schatting

Tabel 3.2 Schatting van het aantal niet-curatief werkende artsen in Nederland, 1989 en 1990 (ondergrens)

|                      | 1989 | 1990 |   |
|----------------------|------|------|---|
| RIAGG                | 4    | 4    |   |
| CAD                  | 63   | 56   |   |
| Bloedbanken          | 235  | 242  |   |
| Trombosediensien     | 71   | 71   |   |
| Kruisorganisaties    | 2369 | 2423 |   |
| BGD'en               | 948  | 1012 |   |
| GGD'en               | 1228 | 1253 |   |
| Schoolartsendiensten | 612* | 612  | + |
|                      | 5530 | 5673 |   |

\* schatting/aanname

Deze aantallen zijn duidelijk hoger dan het aantal geregistreerde sociaal-geneeskundigen en sociaal-geneeskundigen in opleiding, respectievelijk 2182 en ca. 1200. Toch moet het totale aantal niet-curatief werkende artsen aanzienlijk hoger dan 5600 zijn. Hiervoor kunnen enkele redenen aangevoerd worden:

- in de in Bijlage 1 gepresenteerde tabellen komen geen gegevens voor over bijvoorbeeld artsen die werkzaam zijn bij bedrijfsverenigingen, zorgverzekeraars en particuliere verzekeraars, de centrale overheid en onderzoeksinstituten;
- geregistreerde huisartsen kunnen een substantieel deel van hun tijd sociaal-geneeskundig werk doen en toch als huisarts geregistreerd blijven;

- huisartsen die van baan veranderen en een sociaal-geneeskundige functie aanvaarden, blijven nog enkele jaren als huisarts geregistreerd;
- klinisch specialisten die hetzij een deel van hun tijd niet-curatief werk gaan doen naast hun klinische bezigheden, hetzij volledig overstappen naar een niet-curatieve baan, blijven als klinisch specialist geregistreerd.

Concluderend kan gesteld worden dat op grond van bestaande statistische bronnen slechts globale en onbetrouwbare schattingen kunnen worden gemaakt van het aantal niet-curatief werkende artsen. Geschat wordt dat het aantal ligt tussen de 5.600 en 13 tot 14.000.

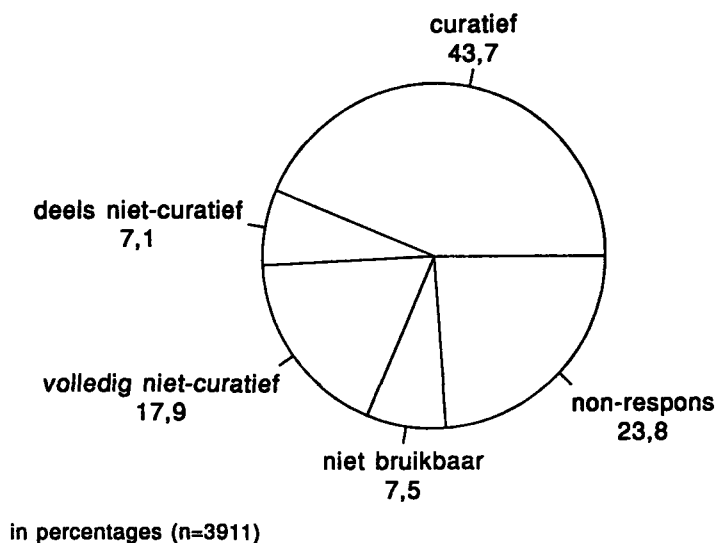
Naast de verkenning van statistische overzichten is een a-selecte steekproef getrokken uit alle artsen (zie 'materiaalverzameling' in hoofdstuk 2) en zijn deze benaderd met een enquête. Op basis hiervan kunnen nauwkeuriger indicaties verkregen worden over de aantallen en de samenstelling van de verschillende groepen artsen.

### **3.2 Steekproef: respons, samenstelling en representativiteit**

Dit onderzoek richt zich op de niet-curatief werkzame artsen. Aangezien sommigen van hen, voor een deel van hun tijd, niet-curatief werkzaam zijn, bestaat de populatie artsen voor dit onderzoek uit: zij die *volledig* of *deels* niet-curatief werkzaam zijn. Omdat op grond van bestaande gegevens een dergelijke selectie (bijvoorbeeld voor een gestratificeerde steekproef) niet kon worden gemaakt, werd een a-selecte steekproef van ruim 10 % getrokken uit het bestand van alle actieve artsen van de Geneeskundige Hoofdinspectie (voorjaar 1992: totaal 39.195 adressen). Van de getrokken 3942 adressen waren 31 adressen niet bruikbaar. Aan de resterende adressen (n=3911) werd een voorenquête verstuurd: respondenten konden op een kaartje aangeven tot welke categorie men zich rekende: resp. curatief, partieel of volledig niet-curatief werkzaam, en of men aan het onderzoek wilde meewerken. Van deze enquête werden 2980 kaartjes terugontvangen

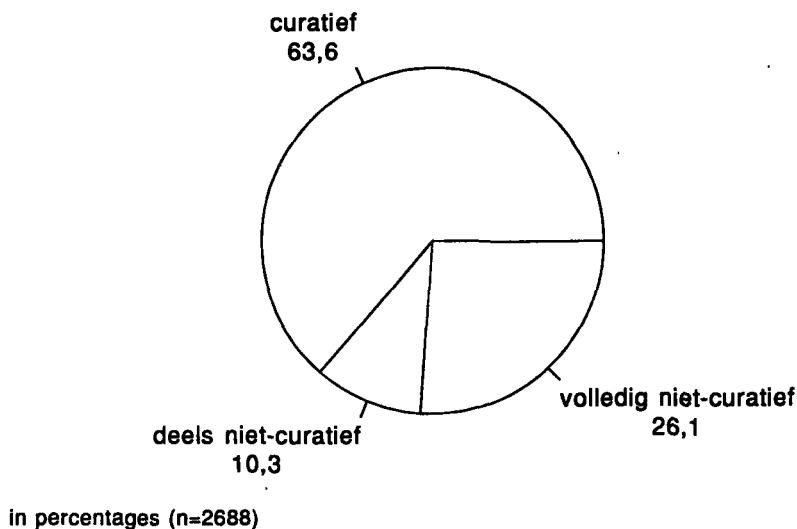
(76.2%). Hieronder bleek zich een aantal gepensioneerde artsen (243) te bevinden. Deze zijn buiten het onderzoek gehouden omdat het onderzoek zich richt op werkzame artsen.

**Figuur 3.1** Respons-analyse vóór enquête



Er resteerde een groep van 2737 potentieel bruikbare respondenten aan wie vragenlijsten werden toegezonden. Van de teruggezonden vragenlijsten bleek een klein aantal (49) niet bruikbaar. Zodoende resteerde daarmee een voor het onderzoek bruikbare respons van 2688. De samenstelling hiervan was als volgt:

*Figuur 3.2* Samenstelling geldige onderzoeksgroep vóórenquête



Voor de verschillende aantallen en proporties artsen in de onderzoeksgroep zijn betrouwbaarheidsintervallen (BI;  $p < 0.05$ ) berekend (Fleiss, 1981). Het betrouwbaarheidsinterval van een percentage geeft aan in welke mate dit een goede schatting is van deze proportie in de populatie: met een kans van 5% of minder zullen die buiten berekende grenzen liggen.

*Tabel 3.3* Aantallen en proporties artsen met betrouwbaarheidsintervallen (BI)

|                                   | n    | %    | BI (%)        |
|-----------------------------------|------|------|---------------|
| * volledig curatief werkzaam:     | 1709 | 63.6 | (61.7 - 65.4) |
| * deels niet-curatief werkzaam    | 277  | 10.3 | (9.2 - 11.5)  |
| * volledig niet-curatief werkzaam | 702  | 26.1 | (24.5 - 27.8) |

Aan de artsen die aan het onderzoek wilden deelnemen (815) werden vragenlijsten verstuurd. Van deze vragenlijsten werd 86% terugontvangen. Sommige bleken niet bruikbaar; er resteerden daarna 674 respondenten, waarvan 72.5% (n=489) volledig en 27.5% (n=150) partieel niet-curatief werkzaam is.

Vergelijking van respondenten en niet-respondenten uit de totale steekproef leverde geen verschillen op met betrekking tot geslacht, leeftijd en regionale spreiding, zodat wij met enige voorzichtigheid kunnen veronderstellen dat niet-reagerende artsen in ieder geval *op deze aspecten* niet systematisch verschilden van wel-reagerende artsen. Over andere aspecten kan nooit volledige zekerheid bestaan. Een gebruikelijke methode om meer zekerheid te krijgen is het onderzoeken van de non-respons, daar ontbraken in dit onderzoek echter de middelen voor.

De gegevens over steekproef en respons vatten wij hier kort samen:

3942 omvang steekproef  
\_\_\_\_\_ minus 31 onbruikbare adressen  
3911 bruikbare adressen voor-enquête  
\_\_\_\_\_ minus 931 non-respondenten (23.8%)  
2980 respondenten voor-enquête (76.2%)  
\_\_\_\_\_ minus 243 respondenten buiten onderzoek (i.v.m. pensioen/vut)  
\_\_\_\_\_ minus 49 niet-bruikbare respons  
2688 bruikbare respons  
\_\_\_\_\_ minus 1709 respondenten curatief werkzaam (63.6% (van 2688))  
979 niet-curatieve artsen (volledig 26.1% (van 2688) + partieel 10.3% (van 2688))  
\_\_\_\_\_ minus 164 respondenten niet bereid aan 2e enquête deel te nemen  
815 respondenten bereid aan 2e enquête deel te nemen  
\_\_\_\_\_ minus 108 non-respondenten (13.3%)  
707 respondenten 2e enquête (86.7%)  
\_\_\_\_\_ minus 33 respondenten buiten onderzoek (> 65 jr.)  
674 respondenten  
\_\_\_\_\_ minus 35 niet-bruikbare vragenlijsten  
639 onderzoeksgroep: waarvan 489 volledig en 150 partieel niet-curatief werkzame artsen  
=====

Wij achten deze responsresultaten bevredigend, gezien de ervaringen met 50% respons of minder bij sommige onderzoeken onder artsen (b.v. Pearson et al., 1988; Soethout, 1991; Van den Biggelaar & Libregts, 1992) en de GHI-enquêtes. Overigens komen ook hogere responspercentages voor (zie b.v. Van Dierendonck et al., 1992; Dijkstra, 1992; Van Hoof et al., 1992).



### **Populatieschattingen**

Van de populatie van alle artsen waaruit de steekproef is getrokken (39.195) is berekend welk aantal 65 jaar jonger dan is, namelijk 35.495 artsen.

Het aantal *volledig* niet-curatief werkzame artsen in Nederland kan zodoende worden geraamd op 26.1% van 35.495 d.w.z. 9.260 artsen (BI: 8686-9878). Het aantal curatieve artsen dat *partieel* niet-curatieve werkzaamheden verricht kan worden geschat op 10.3% van 35.495 d.w.z. 3.655 artsen (BI: 3262-4093).

In het volgende hoofdstuk zal op de samenstelling en andere kenmerken van de onderzoeksgroep worden ingegaan. Primair analyseren wij de groep volledig niet-curatief werkzame artsen. Een samenvatting van gegevens over curatieve artsen die voor een deel van hun tijd niet-curatief werkzaam zijn vindt men in hoofdstuk 6 en de gegevens in Bijlage 3.

#### **4. VOLLEDIG NIET-CURATIEF WERKZAME ARTSEN**

Dit hoofdstuk bevat de beschrijving van de onderzoeksgroep volledig niet-curatieve artsen.

Achtereenvolgens volgen nu de volgende gegevens:

- kenmerken van de huidige werksituatie, regionale spreiding, verdeling naar leeftijd en sekse, lengte van de curatieve en niet-curatieve ervaring;
- gerapporteerde functies en instellingen, functieniveaus;
- enkele oordelen over het werk;
- aspecten van opleiding en loopbaan;
- gewenste na-/bijscholing.

Wanneer nodig worden resultaten kort samengevat en wordt in de tekst verwezen naar bijlagen, waarin uitvoeriger gegevens te vinden zijn. Enquêtegegevens over partieel niet-curatief-werkzame artsen zijn eveneens in de bijlagen (3) te vinden. In hoofdstuk 5 worden enkele grootste functiecategorieën nader geanalyseerd.

**Nota Bene.** Bij de gegevens die nu zullen worden gepresenteerd zal het de lezer opvallen dat het totale aantal respondenten dat in tabellen wordt vermeld niet steeds exact gelijk is aan het totale aantal van de onderzoeksgroep (n=489). Dat is te wijten aan soms ontbrekende antwoorden (de z.g. 'missing values').

##### **4.1 Huidige werksituatie**

Een van de eerste vragen was gericht op de huidige werksituatie: aard dienstverband, één of meer functies, etc. Meerdere antwoorden konden worden gegeven zodat de percentages in onderstaande tabel sommeren tot boven de 100%.

De overgrote meerderheid heeft een vast dienstverband, soms in twee functies.

Tabel 4.1 Volledig niet-curatief werkzame artsen naar werksituatie (n=489)

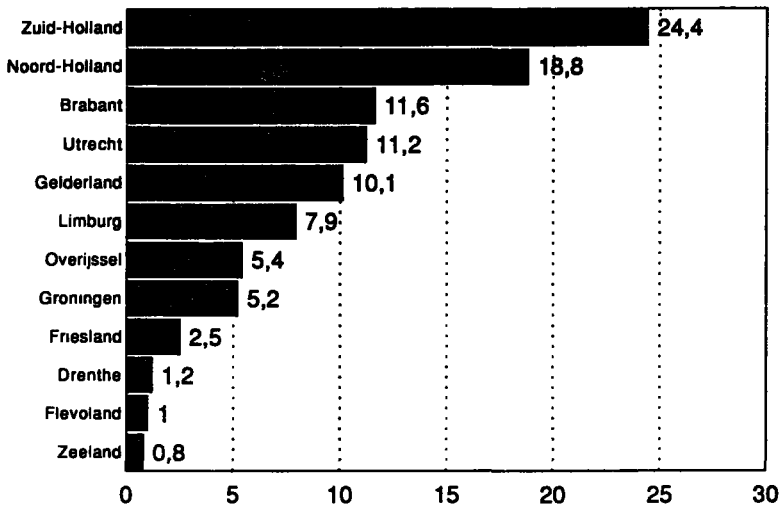
|                                     | n   | %    |
|-------------------------------------|-----|------|
| in vast dienstverband               | 365 | 74.6 |
| in tijdelijk dienstverband          | 79  | 16.2 |
| twee functies in vast dienstverband | 24  | 4.9  |
| zelfstandig werkzaam                | 34  | 7.0  |
| zonder werk, werkzoekend            | –   | –    |
| zonder werk, niet werkzoekend       | 5   | 1.0  |
| verdere studie in Nederland         | 3   | 0.6  |
| verdere studie in buitenland        | –   | –    |
| militaire dienst                    | 4   | 0.8  |

Het ontbreekt in de onderzoeksgroep vrijwel aan artsen 'zonder werk, die wel werk zoeken', m.a.w. artsen die tijdelijk werkloos zijn. Dit lijkt niet geheel waarschijnlijk, gezien ander onderzoek (Van Hoof et al., 1992). Ook het aantal vrijwillig werkloze artsen (dat geen werk zoekt), is waarschijnlijk hoger dan het gevonden percentage. De conclusie is dat op grond van deze cijfers geen uitspraak gedaan kan worden over (tijdelijk of langerdurend) werkloze artsen in de populatie. Deze zijn waarschijnlijk niet of sterk onder-vertegenwoordigd, of er zijn op dit moment geen of weinig werkloze artsen. Voor het laatste bestaan ook aanwijzingen uit andere bron: 'de werkloosheid onder basisartsen is tot bijna nul is gedaald' (Mulder, KNMG-secretaris Verenigingszaken en PR; KNMG-Info, januari 1993. pag. 8).

#### 4.2 Regionale spreiding

De volgende figuur laat antwoorden zien op de vraag betreffende de provincie van het voornaamste werkadres van betrokkenen.

**Figuur 4.1** Volledig niet-curatief werkzame artsen naar provincie voornaamste werkadres



in percentages (n=484)

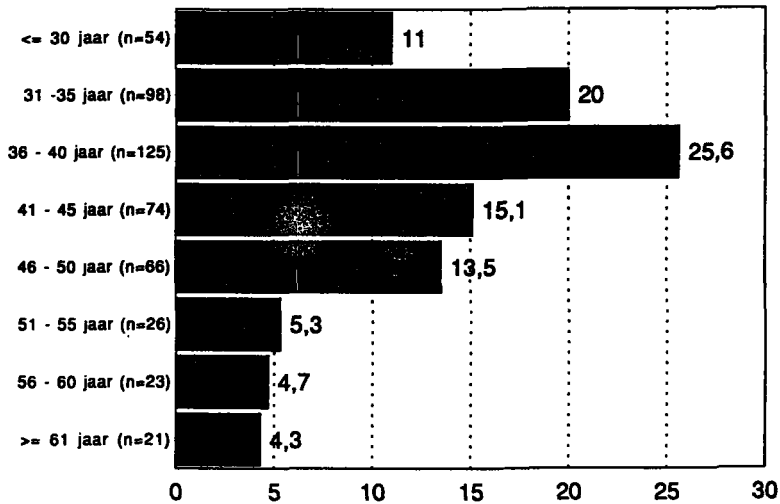
De grootste concentratie bevinden zich in wat men als Randstad aanduidt: Noord- en Zuid-Holland, Utrecht. Verder zijn Brabant en Gelderland sterk vertegenwoordigd. Voor vergelijking met de spreiding van *alle* artsen over de provincies ontbreken ons adequate gegevens.

Wel zijn, zoals reeds is vermeld, de responderende artsen vergeleken met niet-responderenten, qua spreiding over verschillende postcode-regio's. Dat leverde op dit punt geen belangrijke verschillen op. De ongelijke spreiding hangt mogelijk samen met regionale verschillen in bevolkingsaantallen en met concentraties van bepaalde instellingen en organisaties in de Randstad.

### 4.3 Leeftijdsverdeling

De volgende figuur geeft de leeftijdsverdeling weer (n=487).

*Figuur 4.2* Volledig niet-curatieve artsen naar leeftijd



in percentages van leeftijdsgroepen

De groep met een leeftijd jonger dan 41 jaar beslaat 57.1% van de onderzoeksgroep. Nu zou dat geheel volgens de verwachting kunnen zijn, ware het niet dat een heersend stereotiep beeld van niet-curatief werkzame artsen het omgekeerde zou doen vermoeden. Niet-curatieve artsen zijn in dat beeld vooral de artsen die na een curatieve loopbaan als huisarts, specialist of in de tropen een niet-curatieve functie aanvaardden en daarmee aan een tweede carrière beginnen.

Voor de achtergronden van de nu gevonden gegevens zijn verschillende veronderstellingen aan te voeren:

- a. het aantal relatief jonge niet-curatief werkzame artsen is ontstaan door een recent groot aanbod van afstuderende artsen tegenover geringere mogelijkheden voor specialistische vervolgopleidingen (een gevolg van het beleid om aantallen specialisten te reguleren) c.q. een gespannen arbeidsmarkt voor curatieve artsen. Dat blijkt met name voor de huisartsenopleiding het geval te zijn, en in mindere mate voor de andere specialismen, wanneer men de geïndexeerde cijfers ziet in tabel 1.1 in Bijlage 1. Dit kan verder onderzocht worden aan de hand van reacties die men gaf op vragen over de mate waarin men een curatief beroep heeft willen uitoefenen, en de mate waarin men dat heeft kunnen realiseren. Hier komen wij op terug;
- b. er is tegelijkertijd een groeiende arbeidsmarkt (geweest) voor bepaalde *niet-curatieve artsenberoepen*: bijvoorbeeld in de verzekeringsgeneeskunde, bedrijfsgezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg.

De laatste veronderstelling is in overeenstemming met het sinds 1980 stijgende aantal geregistreerde sociaal-geneeskundigen: dat heeft zich sinds dat jaar ongeveer verdubbeld. Ook het aantal niet-geregistreerde sociaal-geneeskundigen is in die periode sterk toegenomen (LVSG, 1991).

De categorie niet-curatief werkzame artsen is zich in ieder geval aan het verjongen, zoals zal blijken uit het gegeven dat meer dan de helft van de onderzoeksgroep het artsexamen heeft gedaan in 1981 en later.

(N.B. In een later hoofdstuk zullen wij deze gegevens analyseren voor enkele van de grootste sub-categorieën (zie hoofdstuk 5).

#### 4.4 Verdeling naar sekse en naar leeftijd

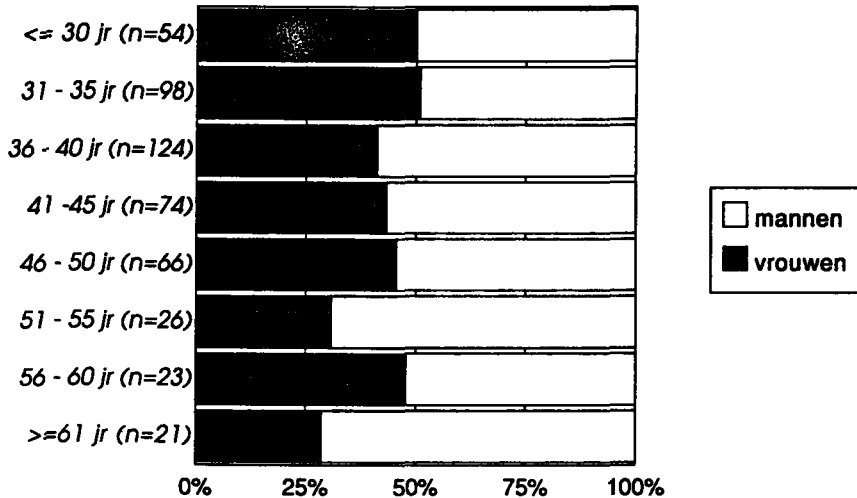
De volgende tabel geeft de verhoudingen weer tussen de vrouwelijke en mannelijke artsen in de onderzoeksgroep, en de bijbehorende figuur de proporties van mannen en vrouwen naar leeftijd.

Het meest in het oog springend is dat de proporties mannen en vrouwen in de jongste twee leeftijdscategorieën vrijwel gelijk zijn, terwijl bij de oudere groepen de mannen doorgaans in de meerderheid zijn.

Tabel 4.2 Volledig niet-curatief werkzame artsen naar sekse (n=486)

|         | n   | %    |
|---------|-----|------|
| mannen  | 271 | 55.8 |
| vrouwen | 215 | 44.2 |

Figuur 4.3 Volledig niet-curatief werkzame artsen naar leeftijd en sekse



in percentages leeftijdsgroepen

Rekening houdend met het gegeven dat vrouwen 45% van het bestand uitmaken, kan dit het volgende betekenen: het aantal vrouwen is sinds enige jaren sterk aan het toenemen, een gegeven dat overeenkomt met de toegenomen instroom van vrouwen in de medische opleidingen, zowel in ons land (CBS, 1992d) als bijvoorbeeld in Engeland (Allen, 1988). De kleinere proporties vrouwen in de middengroepen kunnen mogelijk toegeschreven worden aan het absoluut lagere aantal vrouwen, of aan de mogelijkheid dat men i.v.m. ouderschap tijdelijk niet werkt (zie bijvoorbeeld de weer bijna gelijke aantallen in de leeftijd van 56 tot 60 jaar). (Voor vergelijkingen met de partiel niet-curatieve artsen zie men de Bijlage 3).

#### 4.5 Aantal jaren niet-curatief werkzaam

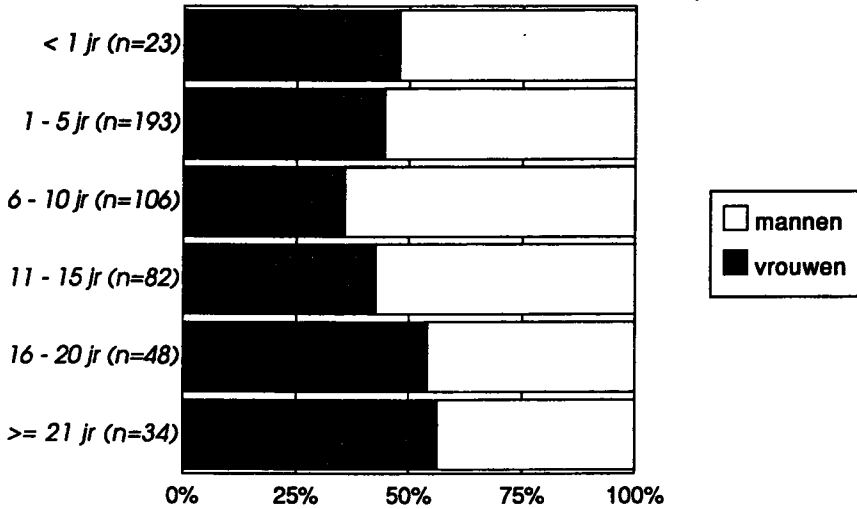
De volgende tabel geeft het aantal jaren dat men in een niet-curatieve functie werkt:

Tabel 4.3 Volledig niet-curatieve artsen naar aantal jaren niet-curatief werkzaam (n=489)

|              | n   | %    |
|--------------|-----|------|
| < 1 jaar     | 23  | 4.7  |
| 1 - 5 jaar   | 195 | 39.9 |
| 6 - 10 jaar  | 107 | 21.9 |
| 11 - 15 jaar | 82  | 16.8 |
| 16 - 20 jaar | 48  | 9.8  |
| >= 21 jaar   | 34  | 7.0  |



**Figuur 4.4** Volledig niet-curatief werkzame artsen naar aantal jaren niet-curatieve ervaring naar sekse



In percentages ervaringscategorieën

Hoewel vrouwen qua proportie in de oudere leeftijdsgroepen in de minderheid zijn (zie figuur 4.3 hierboven), is er een ander beeld te zien wanneer het gaat om het aantal jaren dat men zegt niet-curatief werkzaam te zijn. De vrouwen zijn wanneer het gaat om langdurige (16 jaar en meer) niet-curatieve ervaring naar verhouding in de meerderheid. In de groep met minder dan 1 jaar ervaring zijn er verhoudingsgewijs bijna evenveel vrouwen als mannen, wat het gevolg is van het toenemende aantal vrouwen dat instroomt.

## 4.6 Aantal jaren curatieve ervaring

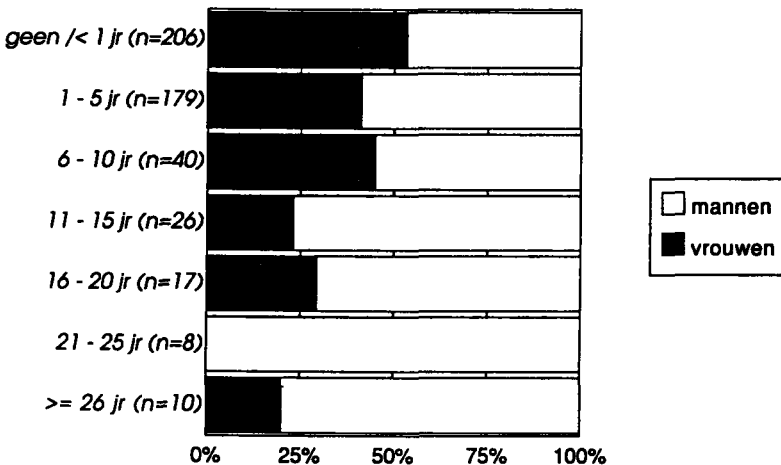
De volgende tabel geeft gegevens over het aantal jaren dat men curatieve ervaring heeft opgedaan. De vraag was, hoeveel jaar men na het artsexamen als behandelend arts had gewerkt.

Tabel 4.4 Volledig niet-curatieve artsen naar aantal jaren curatieve ervaring (n=489)

|                | n   | %    |
|----------------|-----|------|
| geen/ < 1 jaar | 207 | 42.3 |
| 1 - 5 jaar     | 179 | 36.6 |
| 6 - 10 jaar    | 41  | 8.4  |
| 11 - 15 jaar   | 26  | 5.3  |
| 16 - 20 jaar   | 17  | 3.5  |
| 21 - 25 jaar   | 8   | 1.6  |
| >= 26 jaar     | 11  | 2.2  |

Wat onmiddellijk opvalt is dat er een groot percentage is met geen of minder dan een jaar curatieve ervaring. Tezamen met het aantal met 1 tot 5 jaar curatieve ervaring loopt dit op tot 78.9%!

Figuur 4.5 Volledig niet-curatief werkzame artsen naar aantal jaren curatieve ervaring en sekse



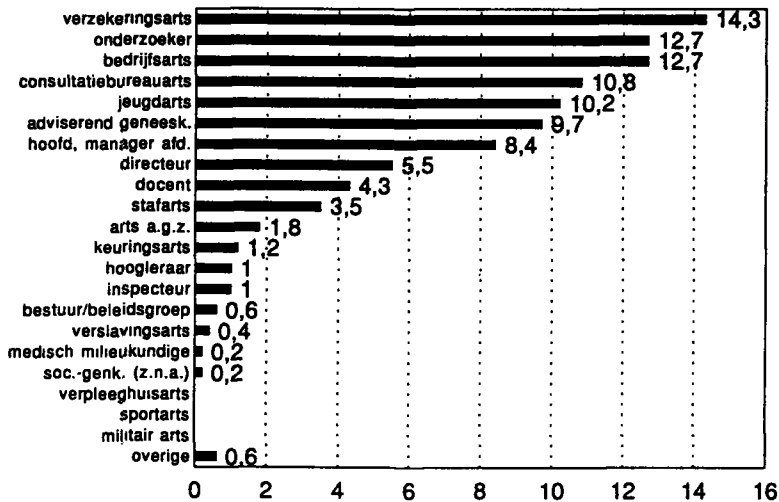
in percentages ervaringscategorïeen

Deze laatste figuur laat zien dat er in de onderzoeksgroep meer mannen met curatieve ervaring zijn dan vrouwen, en deze mannen beschikken over het algemeen over langere curatieve ervaring. Dit gegeven kan interessant zijn voor verder onderzoek naar loopbaanpatronen voor vrouwelijke en mannelijke artsen.

#### 4.7 Gerapporteerde functies

In de vragenlijst kon men op een open vraag aangeven welke functie (1, 2e, etc.) men had (b.v. stafarts, teamarts, directeur, consultatiebureau-arts, etc), en bij welke (1e, evt. 2e) instelling men werkte. De volgende figuur geeft de gerapporteerde 1e functies weer. Wanneer men het totaal der gerapporteerde functies bekijkt wijkt het beeld niet wezenlijk daarvan af.

Figuur 4.6 Volledig niet-curatieve artsen: gerapporteerde 1e functie



in percentages (n=489)

Bij de percentages dienen enkele kanttekeningen te worden geplaatst. Het betreft gerapporteerde functies, op grond van hoe men zichzelf of de eigen functie benoemt. Uit deze gerapporteerde functies kan vanzelfsprekend niet de verdeling naar arbeidsplaatsen tussen de verschillende soorten werkvelden worden afgeleid. Die moet mede ingeschat worden tegen de achtergrond van aanstellingspercentages en de instellingen waar men werkt (zie de paragraaf over gerapporteerde instellingen). Onderzoekers of docenten werken wellicht vooral in het onderwijs bij universiteiten, maar staan hier als gescheiden categorieën vermeld.

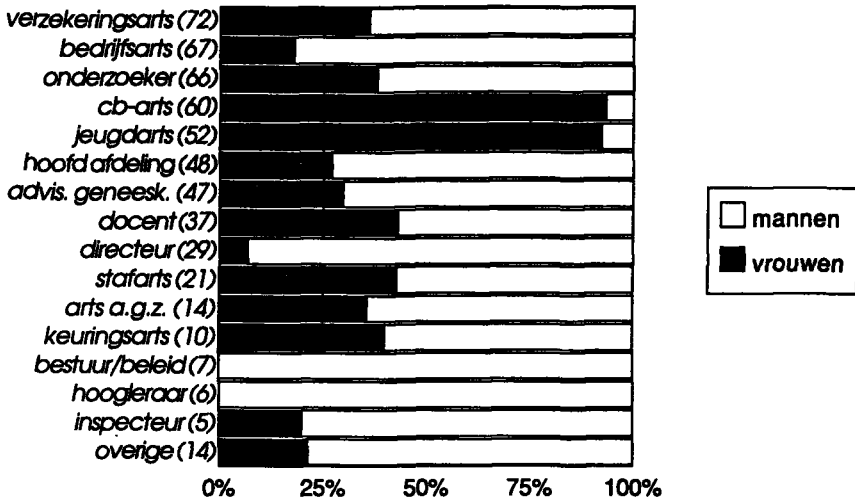
Verder zijn gerapporteerde functies *verschillend van aard*: soms functies in termen van een discipline (b.v. bedrijfsarts), soms van een hiërarchische positie binnen een organisatiestructuur (manager, stafarts) maar een manager kan ook bedrijfsarts zijn. Het enige dat kan worden gezegd is dat dit de proporties functies zijn waarin de onderzoeksgroep zegt te werken.

Wat opvalt is dat een klein percentage zichzelf presenteert als 'sociaal-geneeskundige', dit is kennelijk niet een beroepsaanduiding die men veel hanteert. Wel zegt men (vooral in de verschillende takken van de sociale geneeskunde) te werken: als verzekeringsarts, bedrijfsarts, jeugdarts. Dit zijn feitelijk ook de grotere groepen, naast bijvoorbeeld de consultatiebureau-artsen. De 'artsen agz' vormen een relatief kleine categorie. Wellicht hebben de 'artsen a.g.z.' zichzelf betiteld als adviserend geneeskundige of leidinggevende, wanneer dat van toepassing was.

Daarnaast valt op dat grote groepen zijn: consultatiebureau-artsen, onderzoekers, leidinggevend van afdelingen c.q. organisaties, en docenten (incl. de hoogleraren). Militaire artsen komen niet voor onder de volledig niet-curatieve artsen: dit klopt, want in de praktijk combineren zij vrijwel altijd niet-curatieve met curatieve werkzaamheden (zie daarvoor de gegevens van deels niet-curatieve artsen, waarin de militaire artsen wel vóórkomen.)

Ook hier hebben wij gekeken naar de verdeling van mannen en vrouwen over de verschillende functies:

**Figuur 4.7** Volledig niet-curatieve artsen: totaal der functies naar sekse



in percentages (n=583)

Uit deze figuur blijkt, wanneer alleen bij de verhoudingen binnen de grootste subcategorieën wordt stilgestaan, dat vrouwen zeer sterk vertegenwoordigd zijn onder de cb-artsen en jeugdartsen.

Ook zijn vrouwen naar verhouding (in de gehele steekproef is die resp. 44% en 55%) redelijk vertegenwoordigd onder de docenten, stafartsen en onderzoekers, en in iets mindere mate onder de verzekeringsgeneeskundigen en de artsen a.g.z.. Bij andere subcategorieën treft men eerder mannen aan, vooral bij hoofden en directeuren, adviserend geneeskundigen en bedrijfsartsen. Op de verdeling van mannen en vrouwen over verschillende functieniveaus komen wij nog terug.

#### 4.8 Gerapporteerde instellingen/organisaties

Van iedere functie is bekend in welke instelling of organisatie die wordt uitgeoefend. Over het totaal der instellingen waarin men rapporteert te werken geeft de volgende tabel een overzicht:

Tabel 4.5 Percentages volledig niet-curatieve artsen werkzaam in 1e, 2e, 3e of 4e instelling/organisatie (n=489)

|                           | n   | %    |
|---------------------------|-----|------|
| 1e instelling/organisatie | 483 | 98,7 |
| 2e instelling/organisatie | 76  | 15,5 |
| 3e instelling/organisatie | 20  | 4,1  |
| 4e instelling/organisatie | 4   | 0,8  |

Het totaal sommeert tot boven de 489, omdat een aantal personen in meer dan één instelling werkt. Een klein percentage blijkt zelfstandig werkzaam, bijvoorbeeld in een adviesbureau, of is althans niet bij een instelling werkzaam.

De volgende selectie van gegevens (zie tabel 4.6) laat de verdeling zien naar verschillende instellingen of organisaties waar men in de 1e functie zegt te werken. De cijfers geven een indicatie van de hoeveelheden artsen die in een bepaalde setting of omgeving werken en van de spreiding over verschillende werkgebieden. Hierbij gaat het wederom niet om het aantal full-time arbeidsplaatsen.

Met de proporties en intervallen zijn schattingen gemaakt voor de samenstelling van de gehele populatie niet-curatieve artsen. Tussen haken in de rechter kolom staan de bijbehorende betrouwbaarheidsintervallen vermeld voor schattingen van de aantallen in de populatie ( $p < .05$ ). De betrouwbaarheidsintervallen voor zeer kleine aantallen zijn voor de volledigheid vermeld, maar deze hebben slechts geringe betekenis. De geschatte aantallen zijn in de middelste kolom weergegeven.

De instellingen zijn in de tabel per subcategorie gerangordend naar grootte.

De grootste categorie die er uit springt bestaat uit diegenen die werken in gemeentelijke of regionale (basis)gezondheidsdiensten (16.4%): de artsen algemene gezondheidszorg, bedrijfsgezondheidszorg, jeugdgezondheidszorg en leidinggevenden. Zoals we bij de functies al zagen blijkt dat slechts weinigen als 1e functie 'arts algemene gezondheidszorg' hebben opgegeven. Het betreft hier een relatief kleinere groep onder de sociaal-geneeskundigen, vaak werkzaam binnen de (basis-) gezondheidsdiensten, vermoedelijk hebben zij zich anders vermeld in de enquête, bijvoorbeeld als adviserend geneeskundige of als leidinggevende.

De resterende categorieën in afnemende grootte zijn:

- \* de groep werkzaam bij bedrijfsverenigingen (16.1%);
- \* de groep die bij universiteiten en academische ziekenhuizen werkt (tezamen 13%);
- \* de groep die bij verenigingen voor thuiszorg (kruisverenigingen) werkt (12.3%) (m.n. consultatiebureau-artsen);
- \* de groep die bij verschillende soorten bedrijfsgezondheidsdiensten (stichtingen, particulier en rijksoverheid) werkt (tezamen 11.6%, exclusief de bedrijfsgezondheidsdiensten bij basisgezondheidsdiensten!);
- \* de groep die buiten de academische ziekenhuizen in diverse vormen van tweede lijns-gezondheidszorg werkt (tezamen 8.2%).

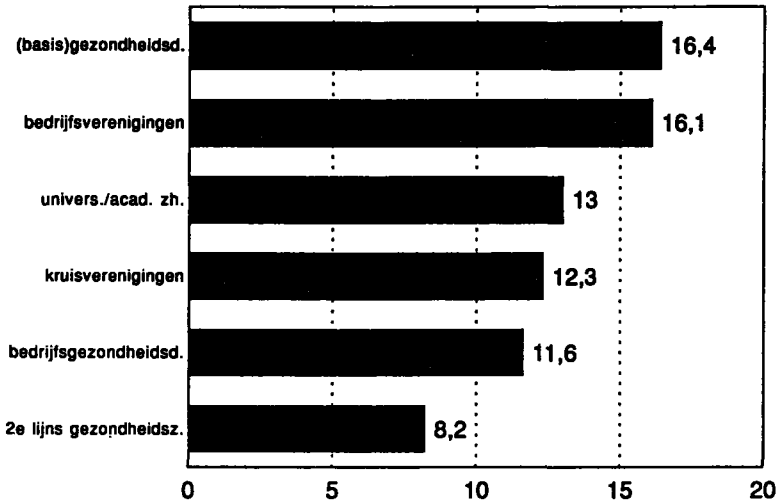
Tabel 4.6

| VOLLEDIG NIET-CURATIEVE ARTSEN:<br>GERAPPORTEERDE INSTELLINGEN (1 <sup>st</sup> FUNCTIE) | n (%)     | schatting<br>aantal<br>populatie | (BI-aantallen) |
|--|-----------|----------------------------------|----------------|
| <b>NIET-OVERHEID</b>   |           |                                  |                |
| <b>EERSTE LIJNS GEZONDHEIDSZORG:</b>   |           |                                  |                |
| gezondheidscentra, huisartsen praktijken   | -         | -                                | -              |
| <b>TWEDE LIJNS GEZONDHEIDSZORG</b>   |           |                                  |                |
| academisch ziekenhuis  | 31 (6.3)  | 564                              | (410-832)      |
| verpleeghuizen, verzorgingshuizen, bejaardenhuizen                                       | 10 (2.0)  | 185                              | (96-357)       |
| algemene ziekenhuizen, poliklinieken   | 6 (1.2)   | 111                              | (46-259)       |
| geestelijke gezondheidszorg  | 6 (1.2)   | 111                              | (46-259)       |
| integrale kankercentra   | 4 (0.8)   | 74                               | (24-206)       |
| trombosediens/bloedbanken  | 4 (0.8)   | 74                               | (24-206)       |
| geestelijk gehandicapten-/zwakzinnigenzorg   | 2 (0.4)   | 37                               | (6-152)        |
| artsenlaboratoria  | 1 (0.2)   | 18                               | (1-122)        |
| kinderziekenhuizen   | 1 (0.2)   | 18                               | (1-122)        |
| (lich.) gehandicaptenzorg  | 1 (0.2)   | 18                               | (1-122)        |
| psychiatrische ziekenhuizen  | 1 (0.2)   | 18                               | (1-122)        |
| regionale centra voor slechtzienden, doven   | 1 (0.2)   | 18                               | (1-122)        |
| revalidatiecentra  | 1 (0.2)   | 18                               | (1-122)        |
| sociaal-seksuologische centra  | 1 (0.2)   | 18                               | (1-122)        |
| overige  | 2 (0.4)   | 37                               | (6-152)        |
| <b>COLLECTIEVE/PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG:</b>  |           |                                  |                |
| kruisverenigingen  | 60 (12.3) | 1140                             | (882-1419)     |
| bedrijfsgezondheidsdiensten  | 31 (6.3)  | 564                              | (410-832)      |
| overige  | 1 (0.2)   | 18                               | (1-122)        |
| <b>SOCIALE VERZEKERINGSORGANEN</b>   |           |                                  |                |
| verzekeringsgeneeskundigen i.h.a.  | 79 (16.1) | 1493                             | (1212-1835)    |
| <b>VERZEKERINGSMANTSCHAPPIJEN:</b>   |           |                                  |                |
| ziekenfondsen  | 7 (1.4)   | 130                              | (58-284)       |
| (ziekte-)verzekeringsmaatschappijen  | 6 (1.2)   | 111                              | (46-259)       |
| <b>BEDRIJFSLEVEN/ (NON) PROFIT DIENSTVERLENING/PART.ORG.:</b>                            |           |                                  |                |
| bedrijfsgezondheidsdiensten: particulier   | 19 (3.9)  | 362                              | (224-566)      |
| farmaceutische industrie   | 11 (2.2)  | 204                              | (209-381)      |
| bedr. leven, industr. en andere part. org.   | 7 (1.4)   | 130                              | (58-284)       |
| organisatieadviesbureaus   | 3 (0.6)   | 56                               | (15-180)       |
| overige  | 1 (0.2)   | 18                               | (1-122)        |
| <b>ONDERZOEK/ONDERWIJS</b>   |           |                                  |                |
| universiteiten   | 33 (6.7)  | 621                              | (441-875)      |
| niet-universitair onderzoek of researchinstituten  | 15 (3.1)  | 287                              | (166-475)      |
| verpleegkundige opl. ziekenhuizen  | 5 (1.0)   | 93                               | (35-233)       |
| middelbaar/voorbereidend hoger   | 4 (0.8)   | 74                               | (24-206)       |
| hoger onderwijs  | 4 (0.8)   | 74                               | (24-206)       |
| overige  | -         | -                                | -              |
| <b>OVERIGE NIET-OVERHEID</b>   |           |                                  |                |
| landelijke verenigingen  | 3 (0.6)   | 56                               | (15-180)       |
| landelijke ondersteuningscentra  | 3 (0.6)   | 56                               | (15-180)       |
| landelijke adviesorganen   | 2 (0.4)   | 37                               | (6-152)        |
| particuliere fondsen of stichtingen  | 1 (0.2)   | 18                               | (1-122)        |
| regionale verenigingen, ondersteuningscentra   | -         | -                                | -              |
| overige  | -         | -                                | -              |
| <b>OVERHEID</b>  |           |                                  |                |
| <b>RIJKSOVERHEID:</b>  |           |                                  |                |
| ministeries  | 11 (2.2)  | 204                              | (209-381)      |
| defensie   | 10 (2.0)  | 185                              | (96-357)       |
| bedrijfsgezondheidsdiensten  | 7 (1.4)   | 130                              | (58-284)       |
| adviesorganen en beleidswerkgroepen  | 4 (0.8)   | 74                               | (24-206)       |
| staatstoezicht op de volksgezondheid   | 1 (0.2)   | 18                               | (1-122)        |
| overige  | -         | -                                | -              |
| <b>PROVINCIALE OVERHEID:</b>   |           |                                  |                |
| provinciale adviesorganen  | -         | -                                | -              |
| <b>GEMEENTELIJKE OVERHEID:</b>   |           |                                  |                |
| gemeentelijke of basisgezondheidsdiensten  | 80 (16.4) | 1520                             | (1228-1855)    |
| gemeentelijk anderszins  | 2 (0.4)   | 37                               | (6-152)        |
| <b>NIET WERKZAAM BIJ WERKGEVER OF INSTELLING</b>   |           |                                  |                |
|  | 1 (0.2)   | 18                               | (1-122)        |
| geen antwoord  | 6 (1.2)   | 111                              | (46-259)       |



De volgende figuur geeft samenvattend enkele van de omvangrijkste werkgebieden weer.

*Figuur 4.8* Waar werkt men? (75% van het totaal)



in percentages

Bij elkaar omvatten deze 6 werkgebieden ruim 75% van de volledig niet-curatief werkzame artsen uit de onderzoeksgroep. Geëxtrapoleerd naar de totale populatie gaat het om ongeveer de volgende aantallen (afgerond): (basis)gezondheidsdiensten: 1520; bedrijfsverenigingen: 1493; universiteiten en academische ziekenhuizen: 1205; kruisverenigingen: 1140; bedrijfsgezondheidsdiensten: 1075 (exclusief BGD'en van GGD'en: plm. 190); 2e lijnsgezondheidszorg: 755 artsen.

In de vragenlijst kon men ook aangeven of men nog een tweede en evt. een derde of vierde functie had. 76 artsen rapporteerden een tweede functie te vervullen.

De grootste concentraties tweede functies blijken zich te bevinden in wat ook in de vorige tabel de grootste groepen waren: de tweede lijnsgezondheidszorg (diverse instellingen bij elkaar opgeteld), de academische ziekenhuizen, de

basisgezondheidsdiensten, de bedrijfsgezondheidsdiensten, de kruisverenigingen, de universiteiten en hoger onderwijs.

Wat betreft de instellingen van de derde functie: hier betreft het slechts 20 artsen, verspreid over 16 instellingen, waarvan een drietal bij een universiteit werkzaam is.

Voor de volledigheid is in een bijlage (Bijlage 2) een tabel opgenomen waarin *alle* gerapporteerde instellingen bijelkaar zijn opgeteld (n=588).

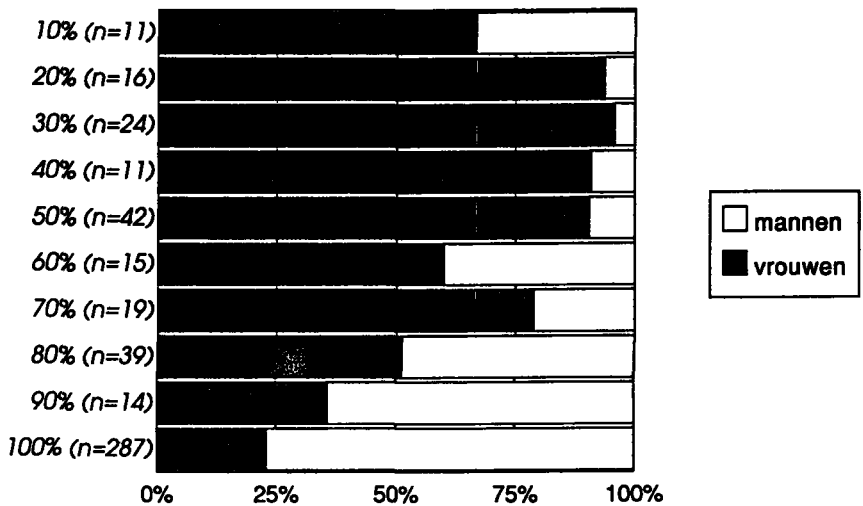
#### 4.9 Aanstellingspercentages

Tabel 4.7 Volledig niet-curatieve artsen naar % aanstelling per week (n=481)

| AANST-%  | n   | %    |
|----------|-----|------|
| 10 - 20  | 27  | 5.6  |
| 30 - 40  | 36  | 7.5  |
| 50 - 60  | 57  | 11.8 |
| 70 - 80  | 60  | 12.5 |
| 90 - 100 | 301 | 62.6 |

Deze gegevens zijn, iets meer gedetailleerd, vergeleken voor vrouwelijke en mannelijke artsen:

Figuur 4.9 Volledig niet-curatieve artsen: tot. % aanstelling (niet-cur.) per week naar sekse



in percentages 'aanstellings'groepen

Vrouwen vervullen veel vaker dan mannen deeltijdfuncties, en wanneer het gaat om (bijna) full-time aanstellingen zijn mannen (het grootste aantal) sterk in de meerderheid. Het vermoeden ligt voor de hand dat door vrouwen banen worden gezocht en gevonden die te combineren zijn in een dubbele loopbaan, d.w.z. met de 'loopbaan thuis', i.c. het ouderschap en voorkeur hebben voor een 'controllable lifestyle' (Schwartz et al., 1989). Met name organisaties voor thuiszorg hebben veel part-time artsen i.c. consultatiebureau-artsen in dienst (CBS, 1992d), en dezen vormen een grote categorie in onze onderzoeksgroep. Het gegeven is niet verrassend. Mannen en vrouwen hebben, evenals als in andere maatschappelijke sectoren, kennelijk niet gelijke kansen in functies (part-time) te worden aangenomen en/of zij maken daar op ongelijke wijze gebruik van. Wij zien dit verschil eveneens bevestigd in het volgende.

#### 4.10 Functieniveau

Gevraagd is naar het niveau van de functie. Voor elke functie kon dat worden aangegeven met een reeks antwoordalternatieven: 1. uitvoerende taken, 2. coördinerende taken (bijv. projectleiding of bureauleiding), 3. beleids- en staftaken, 4. leidinggevend aan afdeling en 5. leidinggevend aan (gehele) organisatie. In tabel 3.11 wordt eerst een overzicht gegeven van de niveaus van alle gerapporteerde functies.

Tabel 4.8 Volledig niet-curatieve artsen naar functieniveau (percentages van totaal der gerapporteerde functieniveaus = 845)

|                           | n   | %    |
|---------------------------|-----|------|
| uitvoerende taken         | 457 | 54.1 |
| coördinerende taken       | 145 | 17.1 |
| beleids- of staftaken     | 130 | 15.4 |
| leidinggevend afdeling    | 80  | 9.5  |
| leidinggevend organisatie | 33  | 3.9  |

Bij deze vraag kon meer dan één alternatief worden aangegeven, omdat combinaties vaak voorkomen in de praktijk.

Het aantal dat 'leidinggevend aan een organisatie' is, is vergeleken met figuur 2.8 één procent lager. Dit zou wellicht kunnen doordat directeuren patiëntenzorg wel 'directeur' opgeven, maar niet leidinggeven aan een gehele organisatie.

In tabel 4.9 wordt uitgesplitst naar 1e, 2e, 3e functie, en worden percentages berekend over het totaal der respondenten (n=489), dus niet over het totaal der gerapporteerde functies. Daardoor sommeert het totaal percentage tot boven de 100%. Zodoende ontstaat een beeld van hoe verschillende soorten functies gespreid liggen in de onderzoeksgroep. (De vierde functie is niet weergegeven omdat het een verwaarloosbaar aantal betreft.) Ruim driekwart van de onderzoeksgroep heeft in de eerste functie 'uitvoerende' werkzaamheden; ruim een kwart heeft coördinerende taken, iets minder dan een kwart beleids- of staftaken, één op de 6 personen geeft leiding aan een afdeling, en één op de 17 personen geeft leiding aan een organisatie. Veelal worden echter meerdere soorten taken gecombineerd: het totaal van gerapporteerde taken in de eerste functie loopt op tot 717.

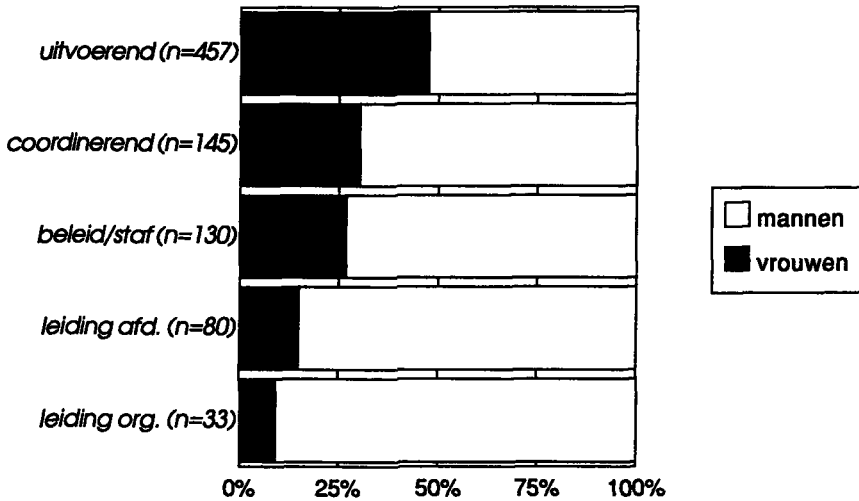
*Tabel 4.9* Volledig niet-curatieve artsen: gerapporteerde functies naar functieniveau (percentages van n=489)

|                           | 1e functie |      | 2e functie |      | 3 functie |     |
|---------------------------|------------|------|------------|------|-----------|-----|
|                           | n          | %    | n          | %    | n         | %   |
| uitvoerende taken         | 380        | 77.7 | 64         | 13.1 | 15        | 3.1 |
| coördinerende taken       | 129        | 26.4 | 14         | 2.9  | 5         | 1.0 |
| beleids- of staftaken     | 108        | 22.1 | 16         | 3.3  | 7         | 1.4 |
| leidinggevend afdeling    | 72         | 14.7 | 6          | 1.2  | 2         | 0.4 |
| leidinggevend organisatie | 28         | 5.7  | 1          | 0.2  | 4         | 0.8 |

Overigens dient bij de gehanteerde rangorde van uitvoerend naar leidinggevend aan organisatie de volgende kanttekening te worden geplaatst. De term 'uitvoerende taken' kan ten onrechte worden opgevat als 'weinig scholing vereisend', zoals dat in veel organisaties het geval is. Het betreft hier allemaal hooggeschoolden, doorgaans werkzaam in organisaties die als 'professionele organisaties' kunnen worden aangeduid, waarbij uitvoerende taken een complex karakter hebben, en door deze 'professionals' met een grote autonomie worden uitgevoerd. (Wellicht kan in dit geval beter gesproken worden van 'professioneel uitvoerende taken'.) Het betreffende werk is, naast de eisen die de organisatie stelt, tevens gebonden aan professionele gedragsnormen en standaarden die door artsen al of niet expliciet gelden in de beroepsgroep. Dergelijke organisaties hebben daarom doorgaans een tamelijk platte structuur, d.w.z. een gering aantal hiërarchische niveaus (Handy, 1985; Rowbottom & Billis, 1987).

Wanneer het totaal der functies wordt afgezet naar sekse en leeftijd ontstaan de volgende plaatjes:

**Figuur 4.10** Volledig niet-curatieve artsen naar functieniveau en sekse

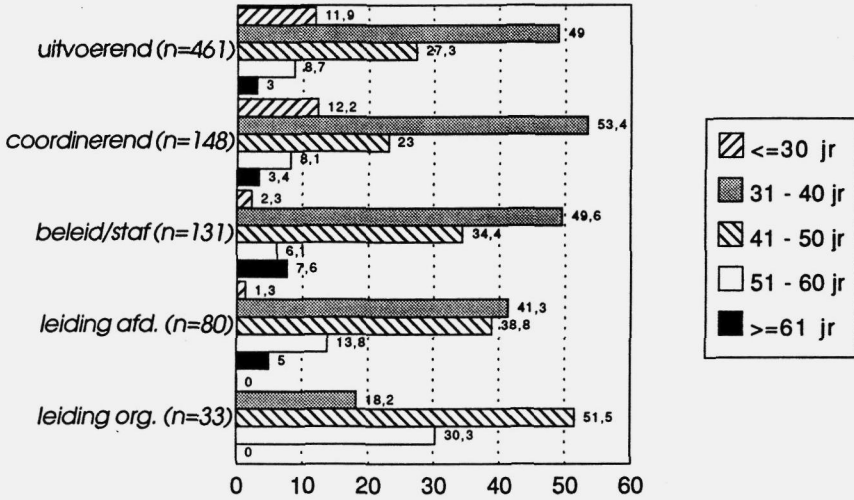


in percentages functieniveau (meer antwoorden mogelijk)

Deze figuur laat een sterke relatie zien tussen geslachtsverschil en functieniveau, een gegeven dat niet verbaast gezien de maatschappelijke discussie over de emancipatie van vrouwen in het bekleden van o.a. leidinggevende posities. Wij hebben al geconstateerd dat er een vergelijkbare relatie is tussen sekse en aanstellingspercentages. Leidinggevende functies laten zich vermoedelijk minder makkelijk combineren met deeltijd-aanstellingen.

De volgende figuur geeft de verdeling weer van leeftijdsgroepen over functieniveaus:

Figuur 4.11 Volledig niet-curatieve artsen naar functieniveau en leeftijd



in percentages functieniveau (meer antwoorden mogelijk)

De figuur demonstreert een gegeven dat verwacht kon worden: hoe ouder hoe groter de kans op een functie in beleid/staf of in de leiding van een afdeling of organisatie: onder de dertig wordt nog geen leiding gegeven aan een organisatie, maar boven de 61 niet meer. Daarnaast is toch bijna 40% boven de 41 jaar in uitvoerende functies werkzaam.

#### 4.11 Oordelen over het werk: waardering, tevredenheid

Er zijn enkele uitspraken opgenomen over de taakhoud, werkorganisatie, leiding en collega's, relatie werk-privé, waardering en toekomstverwachtingen, en het algemeen oordeel over het werk.

Deze vonden wij van belang om een indruk te krijgen over hoe de volledig niet-curatieve artsen oordeelden over belevingsaspecten van hun werk.

De verschillende uitspraken maken onderdeel uit van gestandaardiseerde vragenlijsten (Dijkstra et al., 1986; De Winter, 1991). Hier geven wij de reacties op een drietal

uitspraken over 'waardering en toekomstverwachtingen' en de vraag naar het algemeen oordeel over het werk.

Ruim 89% beoordeelt de eigen werksituatie redelijk tot goed (tabel 4.10). Dit is een hoog percentage wanneer men zou kunnen veronderstellen dat het als *curatief* arts opgeleid zijn en in *niet-curatieve* functies werken tot een grotere kans op onvrede zou kunnen leiden.

**Tabel 4.10** Volledig niet-curatieve artsen naar algemeen oordeel over het werk: 'Al met al vindt u nu zelf dat u goed, redelijk, matig of niet goed zit met uw werk?' (n=475)

|           | n   | %    |
|-----------|-----|------|
| goed      | 257 | 53.8 |
| redelijk  | 171 | 35.8 |
| matig     | 40  | 8.4  |
| niet goed | 10  | 2.1  |

**Tabel 4.11** Volledig niet-curatieve artsen naar de mate waarin men zich gewaardeerd voelt in het werk: 'Voelt u zich in deze instelling voldoende gewaardeerd?' (n=477)

|      | n   | %    |
|------|-----|------|
| ja   | 376 | 78.8 |
| neen | 101 | 21.2 |

**Tabel 4.12** Volledig niet-curatieve artsen naar oordeel over beloning: 'Vindt u uw beloning in overeenstemming met het werk dat u doet?' (n=479)

|      | n   | %    |
|------|-----|------|
| ja   | 376 | 78.5 |
| neen | 103 | 21.5 |

**Tabel 4.13** Volledig niet-curatieve artsen naar oordeel over vooruitzichten: 'Zijn uw vooruitzichten bij deze werkgever goed?' (n=448)

|      | n   | %    |
|------|-----|------|
| ja   | 297 | 66.3 |
| neen | 151 | 33.7 |

De percentages bij de andere drie uitspraken (tabel 4.11 t/m. 4.13) laten een iets minder positief beeld zien: ongeveer één vijfde acht zich onvoldoende gewaardeerd en de beloning niet in overeenstemming met het werk, en één derde acht de vooruitzichten bij de werkgever niet goed.

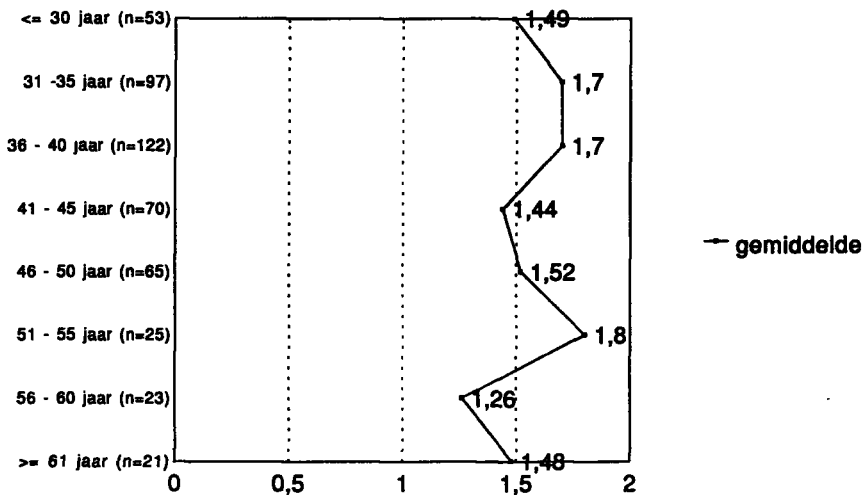


Verdere analyse en vergelijking met referentiegegevens van vergelijkbare beroepsgroepen binnen of buiten de gezondheidszorg zullen afzonderlijk plaatsvinden.

Het algemeen oordeel over het werk hebben wij hier ook gerelateerd aan sekse en leeftijd. Vrouwen scoren op het algemeen oordeel over het werk niet positiever dan mannen.

Wat betreft leeftijd zien we een volgende verdeling van gemiddelden (op een schaal van 1=goed, 2=redelijk, 3=matig en 4=niet goed; dus hoe lager het gemiddelde, hoe positiever het oordeel):

Figuur 4.12 Volledig niet-curatieve artsen: leeftijdsgroepen naar algemeen oordeel over het werk. 'Al met al, vindt u nu zelf dat u goed, redelijk, matig of niet goed zit met uw werk?'



gemiddelde scores (1=goed, 2=redelijk, 3=matig, 4=niet goed)

Hoewel de verschillen niet groot zijn, oordeelt men in de leeftijd van 31 tot en met 40 relatief minder positief over het werk, evenals in de leeftijd van 51 tot en met 55. Men kan veronderstellen dat dit samenhangt met leeftijdsperioden (beroepssocialisatie: eerste

aanpassing aan het werk, eigen plek verwerven, en met tien jaar later de effecten van het opmaken van de balans). De tevredenheid over het geheel genomen hoog, zoals wij zagen. Ook andere factoren kunnen hun invloed doen gelden, bijvoorbeeld loopbaanmotieven. Deze komen in de volgende paragraaf aan de orde.

## 4.12 Loopbaan

In de volgende paragrafen komen aspecten van opleidingstraject en loopbaan aan de orde.

### 4.12.1 Plannen en ambities om een curatief of niet-curatief beroep te kiezen

Het uiteindelijk kiezen van een niet-curatieve functie kan samenhangen met mogelijkheden op de arbeidsmarkt of het aanbod van opleidingsplaatsen, maar kan ook het gevolg zijn van persoonlijke affiniteiten die zich al aan het begin van de medische studie hebben gevormd, of die tijdens de medische studie ontstaan of veranderen. De medische opleiding is in principe gericht op het gaan uitoefenen van een curatief beroep, maar de ambities of beelden van degenen die aan de studie beginnen wijzigen zich in de loop van de studie. Om hier zicht op te krijgen, evenals op de manier waarop men uiteindelijk in een niet-curatieve functie stapt of terechtkomt, waren enkele vragen over loopbaankeuzen opgenomen.

Diverse vragen zijn gesteld over de ambities om een curatief medisch beroep te willen uitoefenen: bij de aanvang van de studie, en op het moment van het artsexamen. Verder werd gevraagd naar eventuele vermindering van ambities *tijdens de medische studie* en naar de realiseerbaarheid van de plannen. Bij de analyses is ook gekeken naar de verschillen tussen mannen en vrouwen in beantwoording van deze vragen. Tot slot is een serie uitspraken opgenomen waarin overwegingen zijn verwoord, bij de overgang naar of keuze voor een niet-curatieve functie.

Tabel 4.14 Was u aan het begin van de medische studie van plan een curatief medisch beroep te kiezen? (n=487)

|                   | n   | %    | V%   | M%   |
|-------------------|-----|------|------|------|
| neen              | 46  | 9.4  | 47.8 | 52.2 |
| wiet het nog niet | 107 | 22.0 | 47.6 | 52.4 |
| ja                | 334 | 68.6 | 42.6 | 57.4 |

Kennelijk is er aan het begin van de studie al bijna een derde dat geen 'ja' op deze vraag kan geven. (Ter vergelijking: Van Hoof et al. (1992) vroeg basisartsen of zij specialisaties wilden volgen: slechts 1% had hiervoor geen belangstelling.) De kanttekening moet worden gemaakt dat het hier, evenals bij de volgende gestelde vragen, retrospectieve antwoorden betreft, en dat er met terugwerkende kracht vertekening kan zijn opgetreden. Als wij deze cijfers uitsplitsen naar sekse ontstaat het volgende patroon: een relatief hoger percentage mannen dan vrouwen antwoordt op de gestelde vraag ('Was u aan het begin van de medische studie van plan een curatief beroep te kiezen?') bevestigend. Voor degenen die twijfelden of ontkennend reageerden is er weinig verschil.

Op de vraag of ambities tijdens de studie zijn veranderd zijn de volgende antwoorden gegeven.

Tabel 4.15 Zijn uw ambities om een curatief beroep te kiezen, tijdens de medische studie verminderd? (n=487)

|           | n   | %    | V%   | M%   |
|-----------|-----|------|------|------|
| neen      | 288 | 59.1 | 42.3 | 57.7 |
| enigszins | 115 | 23.6 | 51.3 | 48.7 |
| matig     | 35  | 7.2  | 35.3 | 64.7 |
| sterk     | 49  | 10.1 | 42.9 | 57.1 |

Voor ruim 40% zijn de ambities om een curatief beroep uit te oefenen verminderd.

Deze cijfers weer naar sekse uitgesplitst levert het volgende op: mannen hebben relatief sterker dan vrouwen tijdens de opleiding verminderde ambities gekregen. Wat opvalt is dat vrouwen iets sterker hebben gereageerd op 'enigszins' en mannen op 'matig' verminderde ambities. Vrouwen lijken dus iets sterker aan hun ambities te hebben vastgehouden. Beide categorieën zijn in niet-curatieve functies aan het werk gegaan.

Hierma zal bekeken worden hoe de reacties op deze vraag samenhangen met de reacties op loopbaanoverwegingen, mogelijk kan dat verder licht werpen op dit verschil.

Tenslotte is gevraagd naar plannen die op het moment van het artsexamen bestonden een curatieve beroepsopleiding te gaan volgen, i.c. opnieuw de ambitie om een curatief beroep te gaan uitoefenen.

*Tabel 4.16* Was u op het moment van uw artsexamen beslist van plan een curatieve vervolgopleiding te gaan volgen? (n=485)

|                                  | n   | %    | V%   | M%   |
|----------------------------------|-----|------|------|------|
| neen, nog niet beslist           | 98  | 20.2 | 51.5 | 48.5 |
| neen, wilde soc.-geneesk. werken | 59  | 12.2 | 54.2 | 45.8 |
| ja, wilde huisarts worden        | 122 | 25.2 | 35.2 | 64.8 |
| ja, wilde specialiseren          | 148 | 30.5 | 42.9 | 57.1 |
| anderszins                       | 58  | 12.0 | 40.4 | 59.6 |

Opnieuw is een getal van ongeveer 30% dat het niet zoekt in de richting van het curatieve beroepsbeeld. (Ter vergelijking: Van Hoof et al. (1992) vond onder recent afgestudeerde basisartsen een vergelijkbaar percentage voor huisarts (26%), maar afwijkende getallen voor specialiseren (55%) en sociaal-geneeskundige (4%).) Van degenen die 'anderszins' wilden kiezen, zijn de antwoorden gespreid: enkelen wilden tropenarts worden, anderen eerst een tijd waarnemen of als curatief arts in een ziekenhuis werken. Ook worden als aspiraties genoemd: 'onderzoek willen doen', 'verpleeghuisarts worden', 'specialiseren in medische microbiologie', 'wilde huisarts worden, maar er was toen nog geen opleiding voor', 'in het farmaceutisch bedrijfsleven werken', 'management/beleid'. Ook zijn er artsen die door de 'gezinssituatie' een andere keus moesten maken.

Wanneer deze cijfers worden bekeken op sekseverschil, ontstaat er een duidelijk patroon: een curatief beroep willen wordt duidelijk door mannen meer geantwoord dan door vrouwen, terwijl deze op hun beurt relatief meer dan mannen antwoorden met 'sociaal-geneeskundige' of 'nog onbeslist', maar de verschillen zijn klein.

In een verdere analyse is nog onderzocht in hoeverre en op welke wijze deze drie 'meetpunten' samenhang vertonen. Er blijken slechts zwakke (hoewel significante ( $p < .05$ )) correlaties te bestaan: hoe minder men aan het begin van de medische studie van plan was een curatief beroep te kiezen, hoe sterker men ook verminderde ambities heeft ervaren. Dit ligt ook wel voor de hand, maar de correlatie is niet sterk (-.14). Tussen de

ambitie aan het begin van de medische studie en het moment van het artsexamen bestaat een zeer zwakke positieve correlatie (.12). Tussen verminderde ambities tijdens de studie en het plan een curatieve vervolgopleiding te gaan volgen blijkt geen samenhang van belang te bestaan. Overigens dient men bij deze gegevens rekening te houden met enige selectieve herinnering.

De volgende tabel betreft de vraag of het plan huisarts of specialist te worden ook realiseerbaar bleek.

Tabel 4.17 Indien u huisarts of specialist wilde worden, bleek uw plan realiseerbaar? (n=267)

|  | n   | %    | V%   | M%   |
|--|-----|------|------|------|
| neen, geen opleidingsplaats kunnen krijgen         | 92  | 34.5 | 40.7 | 59.3 |
| ja, na korte tijd een opleidingsplaats             | 135 | 50.6 | 42.5 | 57.5 |
| ja, kostte enige jaren om opleidingspl. te krijgen | 40  | 15.0 | 42.5 | 57.5 |

Wanneer het gaat om het realiseren van een opleidingsplaats voor diegenen die dit ambieerden (n=267), blijkt dat voor de helft realiseerbaar en voor ruim een derde niet. Er is slechts een klein verschil tussen mannen en vrouwen: relatief iets meer mannen dan vrouwen konden geen opleidingsplaats krijgen.

De vraag rijst of het niet hebben kunnen realiseren van een curatieve beroepsloopbaan, terwijl men daar toch meer of minder sterke ambities toe had, invloed had op hoe men de niet-curatieve loopbaan of werksituatie van dit moment ervaart: bijvoorbeeld de tevredenheid met de functie die men op dit moment bekleedt, het algemeen oordeel dat men over de werksituatie heeft, etc. Daarvoor moeten we iets te weten over de huidige opvattingen of opinies met betrekking tot die verandering. Over het veranderen van een curatief naar een niet-curatief beroep(sbeeld) zijn uitspraken in de vragenlijst opgenomen.

Eerst zullen nu enkele gegevens worden gepresenteerd van reacties op die uitspraken. Het gaat hier om de reacties van de volledig niet-curatieve artsen. De partieel niet-curatieve artsen hebben deze uitspraken kunnen overslaan, omdat het bij hen strikt genomen niet ging om een veranderde loopbaan.

#### 4.12.2 Overwegingen en factoren bij de keuze voor een niet-curatieve loopbaan

Vooraf is een aantal uitspraken geformuleerd waarin een scala van mogelijke motieven of redenen, rond het kiezen van een niet-curatief beroepsperspectief waren verwoord. In de Bijlagen (2) wordt een overzicht gegeven van deze uitspraken en van de reacties er op. Deze reacties geven een indruk van *persoonlijke factoren* en van *gepercipieerde omgevingsfactoren*, die een rol hebben gespeeld bij het kiezen voor een niet-curatieve functie of loopbaan. Het zal opvallen dat de totale hoeveelheid respondenten niet steeds even groot is. Dat hangt samen met het aantal artsen dat de antwoordcategorie 'niet van toepassing' heeft aangekruist. Sommige uitspraken gaan over bijvoorbeeld curatief gewerkt hebben, en dit is lang niet voor iedereen het geval geweest. Achteraf bezien kan dubbelzinnigheid tussen de alternatieven 'n.v.t.' en 'niet mee eens' een rol hebben gespeeld, hetgeen een lichte vertekening kan hebben opgeleverd. Voor hierna te presenteren gegevens wordt aangenomen dat betreffende uitspraken van toepassing waren.

Voor de overzichtelijkheid presenteren wij de gegevens hier in samenvattende vorm. Het volgende valt op: meer dan de helft zegt 'welbewust' voor een niet-curatieve loopbaan te hebben *gekozen*. En, hiermee samenhangend: bijna 70% ontkent dat de keus voor de niet-curatieve loopbaan door gebrek aan opleidingsplaatsen werd opgedrongen. Het totale aantal dat hier gereageerd heeft is kleiner (n=363), daarom moet aangenomen worden dat voor ruim honderd personen dit niet van toepassing is geweest, bijvoorbeeld omdat zij niet naar een opleidingsplaats hebben gezocht. Meer dan de helft bevestigt dat onvoldoende mogelijkheden een curatieve baan te vinden hen dwongen voor iets anders te kiezen (hier is het totale aantal een stuk groter: n=412). Niet een opleidingsplaats hebben kunnen vinden is dus minder belangrijk dan niet een curatieve baan hebben kunnen vinden. Iets meer dan 70% zegt dat het curatieve werk aan het eind van de opleiding steeds minder trok (n=457).

En bijna de helft zegt min of meer toevallig in niet-curatief werk betrokken te zijn geraakt.

Wat betreft de loopbaanmogelijkheden: 33% zegt een nieuwe uitdaging te hebben gezocht, na als curatief arts te hebben gewerkt, maar 58% ontkent deze uitspraak (het totaal is n=239). Het betreft artsen die curatief hebben gewerkt. Vrijwel identieke gegevens zijn er op de uitspraak over 'meer loopbaanmogelijkheden in niet-curatieve functies te hebben gezien, toen men als curatief arts werkte' (n=258).

Er is een flink percentage (ruim 70%) dat vanuit belangstelling voor preventieve en maatschappelijke aspecten van ziekte en gezondheidszorg voor deze loopbaan heeft gekozen (n=417).

Toch zijn er indicaties voor het bestaan van een groep artsen die met spijt het curatieve beroeps perspectief heeft moeten laten varen: ongeveer gelijke percentages bevestigen of ontkennen met enige moeite afscheid te hebben moeten nemen van het curatieve beroep, echter ook hier is het totale aantal kleiner (n=351) omdat niet iedereen een dergelijk beroep heeft uitgeoefend, en omdat, zoals elders reeds is geconstateerd, de hoeveelheid curatieve ervaring over het geheel tamelijk gering van omvang is.

Wat de belastingsaspecten van curatieve werk betreft: 70% of meer zegt dat mentale of fysieke belasting van dit werk geen rol heeft gespeeld (n=359). Wel hebben werktijden in de curatieve sector een rol gespeeld: ruim 63% bevestigt een uitspraak over op 'passender werktijden' te willen kunnen werken (n=428).

Zoals reeds aangekondigd zijn de uitspraken onderzocht op onderlinge samenhang. Dat geeft meer garantie dat zij daadwerkelijk een onderliggende evaluatieve of opinie-dimensie vertegenwoordigen.

Dat is gedaan door middel van een factor-analyse, een statistische procedure waarmee uitspraken, die onderling sterke samenhang vertonen worden geselecteerd, waarna kan worden geanalyseerd welke onderliggende factor of dimensie zij kennelijk vertegenwoordigen. Daarna kan met optellingen van antwoorden op uitspraken van een dimensie worden gewerkt en kunnen deze in verband worden gebracht met andere variabelen.

De factor-analyse leverde 5 relatief clusters van uitspraken op (binnen een totaal van 14 uitspraken; zie hiervoor ook Bijlage 2 ('Gegevens Factoranalyse')). Elk cluster vertegen-

woordigt een onderliggende houdings- of opinie-dimensie, waarvoor een treffende aanduiding is gekozen. Deze dimensies kunnen als relatief onafhankelijk van elkaar worden beschouwd.

De uitspraken worden hierna per cluster op een rij gezet: zij kunnen positief of negatief correleren met een factor. Wanneer dat negatief is, wordt daarbij aangegeven '(niet eens met)' betreffende uitspraak. Een voorbeeld bij de eerste factor: als men ermee instemt dat onvoldoende curatieve baanmogelijkheden dwongen om iets anders te kiezen, gaat dat vaak samen met ontkenning van 'welbewust voor een baan buiten de curatie' te hebben gekozen. Daarom is deze factor ook benoemd als "Tweede keus": er waren minder mogelijkheden, en dat leidde tot een tweede keus.

Bij elke uitspraak is steeds het tabelnummer van betreffende vraag uit de Bijlagen (2) vermeld.

#### **FACTOR I 'Tweede keus'**

'Onvoldoende mogelijkheden een curatieve baan te vinden, dwongen mij voor iets anders te kiezen' (Bijlage: tabel 2.4)

'De keus voor een functie buiten de curatieve beroepen werd mij helaas door gebrek aan voldoende opleidingsplaatsen opgedrongen' (tabel: 2.12)

'Ik ben min of meer toevallig in niet-curatief werk betrokken geraakt' (tabel: 2.13)  
(niet eens met:) 'Ik koos welbewust voor een baan buiten de curatieve gezondheidszorg' (tabel: 2.1)

(niet eens met:) 'Na een aantal jaren met voldoening als curatief arts te hebben gewerkt, zocht ik een nieuwe uitdaging' (tabel: 2.2)

#### **FACTOR II 'Werkbelasting'**

'Ik kon de fysieke inspanning van het curatieve werk niet goed aan' (tabel: 2.8)

'De mentale belasting van het curatieve werk deed mij naar ander werk uitzien' (tabel: 2.15)

'Ik wilde op voor mij passender tijden kunnen werken' (tabel: 2.10)



### FACTOR III '*Veranderde belangstelling*'

'Het curatieve werk trok mij aan het eind van de medische opleiding steeds minder' (tabel: 2.3)

'Ik kreeg steeds meer belangstelling voor de betekenis van preventieve en maatschappelijke aspecten van ziekte en gezondheidszorg' (tabel: 2.6)

'Wat ik werkend in de curatieve gezondheidszorg heb meegemaakt, remde mij daar verder mijn toekomst in te zoeken' (tabel: 2.11)

### FACTOR IV '*Beperkt loopbaanperspectief*'

'Toen ik als curatief arts werkte, zag ik uiteindelijk meer loopbaanmogelijkheden in niet-curatieve functies' (tabel: 2.5)

'Het beroepsperspectief van een curatieve loopbaan was voor mij te beperkt' (tabel: 2.7)

### FACTOR V '*Algemene loopbaanmogelijkheden*'

'Het werken als niet-curatief arts is een goede aanvulling op de curatieve loopbaanmogelijkheden voor artsen' (tabel: 2.9)

In de eerste factor is sprake van gemiste kansen, onvoldoende mogelijkheden een opleidingsplaats te krijgen, in de curatieve beroepen aan het werk te gaan of te blijven: het huidige werk is min of meer tweede keus, wellicht is er sprake van spijt, men is er toevallig in betrokken geraakt.

De tweede factor slaat op belastende aspecten van het curatieve werk.

De derde factor refereert aan een door de opgedane ervaring veranderde belangstellingsfeer, die meer in de richting ging van preventieve en maatschappelijke aspecten van de gezondheidszorg.

Bij de laatste twee dimensies wordt verwezen naar loopbaanaspecten: factor IV lijkt samen te hangen met een negatieve ervaring *opgedaan als curatief werkend arts*, terwijl factor V een veel neutraler inhoud heeft, ongeacht eventuele curatieve ervaring.

Het is opmerkelijk dat zij onderling niet samenhangen.

De gevonden dimensies zijn gerelateerd aan andere variabelen, die mogelijk een rol spelen, zoals sekse, leeftijd, aantal jaren curatieve ervaring, en zoals hierboven al gesteld aan ambities aan het begin van - en tijdens de medische opleiding.

Op de factor 'tweede keus' is van invloed de lengte van de curatieve ervaring ( $r = -.36$   $p < .001$ ): hoe korter die ervaring is, hoe sterker men deze dimensie bevestigt. En omgekeerd: voor de meer ervaren leeftijdsgroep gaat dit 'tweede keus'-motief niet op. Men zou graag een curatief beroep hebben gekozen, heeft slechts enkele jaren hierin gewerkt, maar het lukte niet een vaste plek te krijgen. Ook is hier een effect van leeftijd ( $r = .21$   $p < .05$ ): de oudere artsen reageren hier significant minder bevestigend op, de jongere artsen juist sterker.

Bij 'werkbelasting' speelt alleen geslachtsverschil een rol ( $r = -.32$   $p < .001$ ).

'Veranderde belangstelling' hangt begrijpelijk samen met verminderde ambities tijdens de medische opleiding ( $r = .46$   $p < .001$ ), met het jaar van het artsexamen ( $r = .29$   $p < .001$ ): het geldt kennelijk sterker voor de jongere generatie; en met de lengte van de curatieve ervaring ( $r = -.25$   $p < .05$ ): hoe sterker de verminderde belangstelling voor een niet-curatief beroep, hoe minder men daar ook ervaring in heeft opgedaan, een voor de hand liggende bevinding.

De factor 'beperkt loopbaanperspectief' hangt niet met één der besproken variabelen samen.

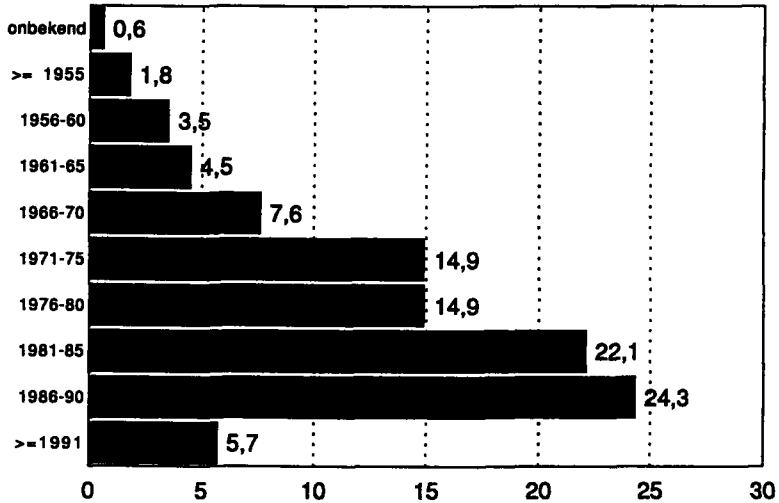
De factor 'algemene loopbaanmogelijkheden' correleert positief met de lengte van de curatieve ervaring ( $r = .24$   $p < .05$ ).

Tot slot: van belang is ook de vraag hoe degenen die in een niet-curatief beroep 'als tweede keus' zijn gaan werken, nu hun huidige werksituatie in het algemeen beoordelen. Hier blijkt, geheel consistent, een effect te zijn: men acht zich inderdaad significant vaker minder goed te zitten met het huidige werk, dan diegenen voor wie dit niet opgaat ( $r = .24$   $p < .05$ ). Overigens vertonen de andere dimensies geen enkele samenhang met het algemeen oordeel over het werk.

### 4.12.3 Artsexamen: jaar en universiteit

Onderstaande figuur bevestigt dat de niet-curatieve artsen een relatief jonge groep zijn, waarvan ruim de helft het artsexamen heeft gedaan in 1981 en daarna.

*Figuur 4.13* Volledig niet-curatieve artsen naar jaar artsexamen



in percentages (n=489)

Men behaalde het artsdiploma aan de volgende universiteiten: EU-Rotterdam (13.2%), KU-Nijmegen (12.6%), RU-Groningen (11.5%), RU-Leiden (16.3%), RU-Limburg (3.5%), RU-Utrecht (16.1%), UvAmsterdam (13.0%) en aan de VU-Amsterdam (13.2%). In het buitenland behaalden 0.6% van de respondenten het artsdiploma. Ons zijn geen cijfers bekend over de percentuele verdeling van alle afgestudeerde medici over de faculteiten.

Een vergelijking van de percentuele verdeling van volledig niet-curatief met deels niet-curatief werkzame artsen naar universiteit van afstuderen, leverde echter geen belangrijke verschillen op: zij zijn naar verhouding van alle universiteiten afkomstig.

#### 4.12.4 Gevolgde specialistische opleidingen

Over behaalde curatieve registraties (in de onderzoeksgroep) kan het volgende worden gemeld: van het totaal der niet-curatieve artsen heeft 8.6% de huisartsregistratie en 8% een registratie voor andere specialismen, inwendige geneeskunde (2.2%), kindergeneeskunde (1.4%) en psychiatrie (1%) waren de belangrijkste.

Een niet-curatieve registratie heeft: 8.8% voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, 6.7% voor jeugdgezondheidszorg, 5.7% voor verzekeringsgeneeskunde, 2.5% voor algemene gezondheidszorg, 0.4% voor bijzondere vormen van sociale geneeskunde, 0.2% voor sociale geneeskunde zonder takaanduiding en 0.8% is als sociaal-geneeskundige in het buitenland opgeleid. Uit een vroeger onderzoek onder sociaal-geneeskundigen, waarin gegevens overigens op andere wijze zijn verzameld, bleek dat 57% van hen eerst huisarts was geweest (Van den Heuvel & Persoon, 1972). Uit de hier gepresenteerde gegevens blijkt een dergelijk hoog percentage lang niet gehaald te worden, hetgeen iets zegt over de in de loop der tijd kennelijk veranderde verhoudingen.

Samenvattend: 16.6% van de respondenten heeft een curatieve registratie (waarvan de helft huisarts), en een kwart (25.1%) is als sociaal-geneeskundige geregistreerd. Geen registratie heeft 58.3%. Registraties kunnen echter verlopen, met name de huisartsregistratie: het werkelijke percentage 'actieve' registraties (dat wil zeggen feitelijk werkzaam als huisarts etc.) zal lager zijn.

#### 4.13 Opleidingslacunes

Verschillende vragen waren opgenomen met het doel een indruk te krijgen van de mate waarin men scholingsbehoeften had in relatie tot het niet-curatieve werk. De veronderstelling hierbij was dat als men als primair curatief opgeleid arts in niet-curatieve functies terecht komt, dit tot bepaalde scholingsbehoeften aanleiding zou kunnen geven, ook al was men in die functies als arts aangesteld. Een vraag richtte zich op de mate waarin men zich voor de niet-curatieve taken en functies adequaat geschoold achtte. Een tweede

vraag was gericht op de mate waarin men op dit moment voor facetten van het werk concrete behoefte had aan bij- en nascholing. Bovendien is gevraagd naar concrete scholingsonderwerpen. Tevens is gevraagd naar overwegingen voor bij- en nascholing in het algemeen, en naar de mate waarin men reeds andere dan medisch georiënteerde bij- en nascholingen had gevolgd, welke dat waren en hoeveel.

Op de vraag 'Acht u zich met de door u gevolgde opleiding(en) adequaat geschoold voor een goede uitvoering van uw niet-curatieve werk?' werden de volgende antwoorden gegeven.

Tabel 4.18 Volledig niet-curatieve artsen: Adequaot geschoold voor het niet-curatieve werk? (n=481)

|  | n   | %    |
|--|-----|------|
| neen, niet adequaat geschoold          | 66  | 13.7 |
| voor bepaalde werkzaamheden (nog) niet | 208 | 43.2 |
| ja, adequaat geschoold                 | 187 | 38.9 |
| ja, als geheel uitstekend geschoold    | 20  | 4.2  |

Slechts een kleine minderheid acht zichzelf uitstekend geschoold. Ruim de helft geeft aan dat men zich (minstens) voor bepaalde werkzaamheden niet adequaat geschoold acht. En op de vraag naar een op dit moment bestaande concrete behoefte aan bij- of nascholing voor facetten van het werk, wordt het volgende geantwoord:

Tabel 4.19 Volledig niet-curatieve artsen: Op dit moment voor facetten van uw werk concrete behoefte aan bij- of nascholing? (n=476)

|                    | n   | %    |
|--------------------|-----|------|
| neen               | 124 | 26.1 |
| ja, enigszins      | 301 | 63.2 |
| ja, in sterke mate | 51  | 10.7 |

Slechts een klein deel geeft aan in *sterke* mate behoefte te hebben aan bij- of nascholing. Een kwart *niet*, en de grootste groep zit daar tussenin. De term 'enigszins' is echter achteraf lastig te interpreteren. Er kunnen gemakkelijk overwegingen van sociale wenselijkheid interfereren met de gegeven antwoorden, immers 'in sterke mate' kan een brevet van onvermogen impliceren, terwijl 'enigszins' een veilig antwoord is op een sterke behoefte. Verdere analyse van deze gegevens binnen specifieke functiegroepen artsen

kan mogelijk informatie verschaffen over eventueel bestaande verschillen tussen deze groepen (zie daarvoor hoofdstuk 5).

#### 4.13.1 Investeringsbereidheid bij- of nascholing

Vanuit een andere optiek geeft de vraag naar de bereidheid om persoonlijk te investeren in bij- of nascholing ook een indicatie van de sterkte van de opleidingsbehoefte.

Tabel 4.20 Volledig niet-curatieve artsen: Bereidheid tot persoonlijke investering in cursus (n=481)

|  | n   | %    |
|--|-----|------|
| neen   | 23  | 4.8  |
| ja, alleen als werkgever ook een deel van de kosten draagt of tijd beschikbaar stelt | 193 | 40.1 |
| ja, ook als de werkgever niet bijdraagt  | 265 | 55.1 |

Een groot aantal (meer dan de helft) wil investeren, óók als de werkgever niets bijdraagt. Het man/vrouw-verschil speelt hier een rol: vrouwen willen vaker dan mannen investeren ook als de werkgever niet bijdraagt, mannen meer dan vrouwen alleen als de werkgever iets bijdraagt ( $p < .01$ ). Dit kan een indicatie geven van een persoonlijk ervaren noodzaak om scholing te volgen, alhoewel hier ook waargenomen wenselijkheid een rol kan spelen. Ook kunnen van invloed zijn motieven als 'kansen op de arbeidsmarkt' of 'promotiekansen' vergroten. Die spelen echter een minder grote rol gezien de antwoorden op de vraag naar motieven voor bij- en nascholing. Deze komt in de volgende paragraaf aan de orde. Van de respondenten (n=461) geeft overigens 85.5% aan dat de werkgever betrokkene in staat stelt op zijn kosten bij- of nascholing te volgen, slechts 6.9% reageert hier ontkennend op, en de rest zegt hiervan niet op de hoogte te zijn.

#### 4.13.2 Motieven voor bij- of nascholing

Een vraag is gesteld: 'Wat is (zijn) uw belangrijkste overwegingen voor bij-/nascholing?' Ook bij deze vraag konden meer antwoorden worden gemarkeerd.

Tabel 4.21 Volledig niet-cursatieve artsen: Belangrijkste overwegingen voor bij- of nascholing (percentages van n=489)

|   | n   | %    |
|---|-----|------|
| op de hoogte blijven van het vak              | 276 | 56.4 |
| kansen op arbeidsmarkt vergroten              | 95  | 19.4 |
| de eisen van het werk beter aankunnen         | 263 | 53.8 |
| de werkgever (dir. of hoofd) verlangt het     | 13  | 2.7  |
| vergroten van promotiekansen                  | 47  | 9.6  |
| nastreven van functieverandering/-verbetering | 83  | 17.0 |
| verbreding oriëntatie                         | 213 | 43.6 |
| reflectie op eigen functioneren               | 237 | 48.5 |
| onderhouden contacten netwerk                 | 110 | 22.5 |
| anderszins                                    | 12  | 2.5  |

Heel opvallend in de gegeven antwoorden zijn de relatief geringe percentages gericht op 'functieverandering of -verbetering' en 'kansen op de arbeidsmarkt vergroten'. Men oriënteert zich kennelijk niet sterk op de arbeidsmarkt, ziet weinig mogelijkheden of vindt scholing daarbij van ondergeschikt belang. Daarnaast is dit gegeven wellicht typerend zijn voor het loopbaanpatroon van 'professionals', met een sterke gebondenheid aan het werkgebied. De laatste veronderstelling klopt met het volgende: opvallend zijn n.l. de flinke percentages antwoorden gericht op verbetering van het eigen functioneren in het vak of het beroep ('op hoogte blijven', 'eisen werk beter aankunnen' en 'reflectie op eigen functioneren').

#### 4.13.3 Gewenste onderwerpen bij- of nascholing

Men kon in de vragenlijst op een open vraag een viertal onderwerpen aangeven waarop men bij- of nascholing zou wensen. De antwoorden op deze vraag zijn achteraf eerst bekeken, waarna op grond van de genoemde onderwerpen een categorieënsysteem is samengesteld (een drietal hoofdcategorieën: medische, sociaal-medische en niet-medische,

die weer onderverdeeld waren in afzonderlijke groepen onderwerpen). De antwoorden zijn vervolgens gecodeerd.

Tabel 4.22 Volledig niet-curatieve artsen: gewenste onderwerpen voor bij- /nascholing

|                     |               | % (n=489) |
|---------------------|---------------|-----------|
| medisch             | 165 x genoemd | 33.7      |
| sociaal-medisch     | 119 x genoemd | 24.3      |
| niet-medisch        | 414 x genoemd | 84.7      |
| overige             | 22 x genoemd  | 4.5       |
| totaal genoemd: 720 |               |           |

De hierbovenstaande tabel geeft een overzicht ('totaal aantal keren genoemd') van diverse onderwerpen.

Wanneer deze hoofdindeling nader bekeken wordt, vallen enkele clusters onderwerpen op. De percentages tussen haken zijn wederom percentages van het totaal aantal (489) volledig niet-curatief werkzame artsen.

Bij de medische onderwerpen zijn dat: klachten houdings- en bewegingsapparaat en orthopedie (7.2%), psychiatrie, neurologie (6.5%), kinderpsychiatrie/neurologie (3.5%), en kindergeneeskunde/pediatrie (2.2%). De overige genoemde medische onderwerpen betreffen kleine aantallen en zijn verspreid over, soms algemene, soms ook specifieke, gebieden, zoals immunologie, algemene medische vaardigheden, farmacologie, interne geneeskunde, spoedgeneeskunde, verloskunde en kraamzorg, genetica, etc.

Bij de sociaal-medische onderwerpen zijn de grootste clusters: arbeids- en bedrijfsgeneeskundige onderwerpen (14.3%), epidemiologie en statistiek (10.2%) en verzekeringsgeneeskundige onderwerpen (3.7%). Andere zijn: algemene gezondheidszorg-onderwerpen (public health, collectieve preventie) (2.7%) en verspreid over kleinere aantallen: forensische geneeskunde, jeugdgezondheidszorg, gehandicaptenzorg, verslavingszorg, applicatiecursus voor consultatiebureau-artsen.

De niet-medische clusters onderwerpen in aflopende volgorde qua omvang: bedrijfskunde / management (leidinggeven, organisatiekunde, human resources, organisatieverandering)



(22.5%), recht & wetgeving (8.4%), ontwikkelingspsychologie, orthopedagogiek (6.1%), pedagogie / didactiek (5.9%), communicatieve vaardigheden (5.5%), informatica & automatisering (4.7%), onderzoeksmethodologie (2.5%), advisering en voorlichting (2.2%) en conflicthantering & onderhandelen (2.0%).

In hoofdstuk 5 zullen opleidingswensen gedifferentieerd worden naar de grootste functiecategorieën.

#### 4.13.4 Reeds gevolgde bij- of nascholing

**Tabel 4.23** Volledig niet-curatieve artsen: Hoeveel bij- of nascholingscursussen heeft u in uw loopbaan tot nu toe gevolgd? (n=482)

|            | n   | %    |
|------------|-----|------|
| geen       | 83  | 17.2 |
| 1 t/m 5    | 261 | 54.1 |
| 6 t/m 10   | 76  | 15.8 |
| 11 t/m 15  | 36  | 7.5  |
| 16 of meer | 26  | 5.4  |

Deze tabel spreekt voor zich: 17% heeft (nog) geen bij- of nascholingen gevolgd. Het lijkt voor de hand liggend dat leeftijd (geboortjaar) hier een rol speelt, en dat wordt ook bevestigd ( $r = -.26$   $p < .001$ ). Man/vrouw-verschil speelt geen rol van betekenis.

#### 4.13.5 Noodzaak van de medische bevoegdheid voor niet-curatieve werkzaamheden

Wij peilden de opvattingen van de respondenten over de mate waarin de medische bevoegdheid (i.c. basisartsdiploma) een vereiste is voor hun *niet-curatieve* werkzaamheden. Een aantal redenen werd genoemd, waarbij meer dan één antwoordmogelijkheid kon worden gemarkeerd. De percentages tellen dus op tot meer dan 100%.

De gegeven antwoorden geven de percepties van respondenten weer, en zeggen dus alleen iets over de noodzaak zoals die door de artsen zelf werd ingeschat. Hierbij kan sprake zijn van zelfrechtvaardiging en antwoorden die beïnvloed worden door wat sociaal

wenselijk is. Hoe andere actoren (werkgevers bijvoorbeeld) hierover denken, is alleen zeer indirect hiervan af te leiden.

**Tabel 4.24** Volledig niet-curatieve artsen: is voor uw niet-curatieve werkzaamheden de medische bevoegdheid (basisartsdiploma) naar uw mening basaal een vereiste? (percentages van n=489)

|   | n   | % (n=489) |
|---|-----|-----------|
| neen  | 44  | 9.0       |
| ja, er werd een arts voor deze functie gevraagd       | 209 | 42.7      |
| ja, kennis van een arts is noodzakelijk voor dit werk | 347 | 71.0      |
| ja, voor informatie-uitwisseling met andere artsen    | 221 | 45.2      |
| ja, voor onderzoek van patiënten / cliënten           | 236 | 48.3      |
| ja, anderszins  | 40  | 8.2       |

Bij het tweede antwoordalternatief ('Er werd...') dient een kanttekening te worden geplaatst: de inhoud van de uitspraak is ambigu; de suggestie kan ontstaan dat bij de andere alternatieven niét een arts werd gevraagd. Dit hoeft echter niet het geval te zijn, men kon meerdere alternatieven aangeven. Wie uitsluitend dit alternatief heeft aangekruist, geeft echter nog niet aan dat de overige meer intrinsieke redenen niet hebben gegolden.

De overgrote meerderheid blijkt de gestelde vraag bevestigend te beantwoorden, om uiteenlopende redenen, waarbij de medische kennis het hoogste scoort.

Wat betreft de aangevoerde motieven 'anderszins', deze overlappen voor een deel met de reeds genoemde antwoordalternatieven; verder worden o.a. genoemd:

- de speciale vertrouwensrelatie die een arts kan onderhouden: 'vertrouwen in privacy bescherming', bijvoorbeeld bij het verzamelen van 'medische gegevens' in het kader van een onderzoek;
- de noodzaak van het hebben van ruime praktische 'ervaring in de curatieve sfeer', bijvoorbeeld 'kennis van de wijze waarop een huisarts werkt, wat voor huisarts relevant is';
- voor het kunnen beoefenen van bijvoorbeeld 'zuiver kinderpsychiatrische diagnostiek, hoewel geen behandeling', een variant op de noodzaak van medische kennis;
- de 'affiniteit artsen en gezondheidszorg';
- het 'wettelijk voorgeschreven' zijn van het artsdiploma;

- het 'zelfstandig kunnen werken';
- voor 'methadonverstrekking i.v.m. opiumwet'.

Er zal ongetwijfeld verschil bestaan tussen verschillende functiecategorieën. Immers, voor bepaalde functies (zoals de bedrijfs- en verzekeringsartsen, de consultatiebureau- en jeugdartsen) is de kans groot dat genoemde bevoegdheid noodzakelijk is (bijvoorbeeld voor het (onder verantwoordelijkheid van de arts) uitvoeren van lichamelijk onderzoek), voor anderen (zoals onderzoekers, leidinggevenden) geldt dat waarschijnlijk minder stringent voor patiëntenonderzoek of informatieuitwisseling met andere artsen, en meer de kennis van de gezondheidszorg.

Tot zover een beschrijving van de gehele onderzoeksgroep volledig niet-curatieve artsen.

## **5. DE GROOTSTE FUNCTIECATEGORIEËN (VOLLEDIG NIET-CURATIEF)**

Als laatste deel van de enquêteresultaten geven wij een overzicht van enkele kenmerken van de naar omvang belangrijkste functies uit de onderzoeksgroep.

De volgende functiecategorieën bleken in de onderzoeksgroep qua omvang het grootst (in willekeurige volgorde):

**BEDRIJFSARTSEN  
CB-ARTSEN  
JEUGDARTSEN  
ADVISEREND GENEESKUNDIGEN  
VERZEKERINGSARTSEN  
LEIDINGGEVENDEN  
DOCENTEN  
ONDERZOEKERS**

Bij elkaar vormen deze grootste categorieën 88% (431) van de gehele onderzoeksgroep volledig niet-curatieve artsen (n=489).

Het betreft hier de gerapporteerde 1e functie. Bijvoorbeeld onder leidinggevenden of onderzoekers kunnen zich ook bedrijfsartsen en jeugdartsen bevinden (qua werkgebied of registratie), alleen zij zien als hun primaire functie leidinggevende of onderzoeker. De groep adviserend geneeskundigen is relatief het meest gemengd en bestaat uit artsen die zichzelf op uiteenlopende manieren beschreven als medisch adviseur, consultant, of adviserend geneeskundige. Het betreft hier dus niet uitsluitend de ook als zodanig bekend staande 'adviserend geneeskundigen' van verzekeringsmaatschappijen en ziekenfondsen.

Van deze functiegroepen worden nu achtereenvolgens de volgende kenmerken beschreven:

- de taakprofielen (gemiddelde schatting van de verdeling van werkzaamheden);
- de gemiddelde aanstellingspercentages;
- de leeftijdsverdeling en niet-curatieve ervaring;
- mate waarin men geregistreerd is als sociaal-geneeskundige;

- de mate waarin men zich adequaat geschoold acht en bij- of nascholingsbehoeften heeft;
- het algemeen oordeel over het werk.

## **5.1 Taakprofielen**

Om een indruk te krijgen van hoe verschillende taken en werkzaamheden zijn verdeeld binnen de verschillende functiecategorieën, is aan respondenten gevraagd bij een achttal veel voorkomende werkzaamheden m.b.v. percentages een gemiddelde schatting te maken van hoe de bestede (niet-curatieve) werktijd per werkweek was verdeeld over die taken. Men diende m.a.w. 100% tijd te verdelen over een aantal taken, ook al was men part-time aangesteld. Per werkzaamheid kon op een 11-punts-schaal van 0%, 10%, tot en met 100% een percentage worden aangegeven (afgerond op 10%).

Het ging om de volgende acht soorten werkzaamheden:

- spreekuren: sociaal-medisch, niet-curatief
- wetenschappelijk/systematisch onderzoek
- advisering/voorlichting
- beleidsvoorbereiding/-bepaling (niet leidinggevend) *binnen* eigen organisatie
- beleidsvoorbereiding / -bepaling *buiten* eigen organisatie
- leidinggeven aan afdeling
- leidinggeven aan organisatie
- onderwijs

Voor de volledige set vragen en de formulering zie men de vragenlijst in Bijlage 5.

Wanneer men bepaalde werkzaamheden niet kon aangeven in bovenstaande lijst, kon men dat bij twee open vragen aangeven. Van deze mogelijkheid is door een minderheid

gebruik gemaakt. Bovendien waren de op de open vraag genoemde werkzaamheden zodanig divers en qua tijdsbeslag gering, dat niet een extra categorie diende te worden toegevoegd.

Hieruit leiden wij af dat de verschillende soorten werkzaamheden een globale, maar redelijk dekkende weergave zijn van de activiteiten die verricht worden. Het gaat om een eerste inventariserende peiling. Vervolgonderzoek naar specifieke functies zal een meer gedetailleerd licht op taakprofielen kunnen werpen, met name op welke afzonderlijke taken worden verricht binnen de hierboven genoemde globale werkzaamheden.

In volgende tabel zijn de gemiddelden van de schattingen weergegeven gedifferentieerd naar de functiecategorieën. De werkzaamheden zijn als trefwoord weergegeven.

De adviserend geneeskundigen en de leidinggevenden blijken relatief het meest gevarieerde takenprofiel te hebben, er is sprake van spreiding over diverse soorten werkzaamheden, hoewel met verschillende accenten.

Tabel 5.1 Taakprofielen van functiecategorieën: gemiddelden van geschatte percentages bestede tijd per week over werkzaamheden

| funct.cat.<br>(n) | bedr.arts<br>(62) | cb-arts<br>(53) | jeugdarts<br>(48) | adv-genk<br>(47) | verz-genk<br>(70) | manager<br>(68) | docent<br>(21) | onderzkr<br>(62) |
|-------------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------------|-------------------|-----------------|----------------|------------------|
| Spreekuren        | 59.4              | 79.6            | 67.3              | 28.2             | 74.7              | 8.5             | 0.9            | 3.2              |
| Onderzoek         | 4.2               | 0.8             | 4.6               | 13.5             | 1.5               | 2.9             | 8.4            | 77.7             |
| Advies./voorl.    | 18.5              | 8.1             | 9.2               | 19.9             | 11.8              | 9.4             | 3.7            | 1.5              |
| bel. binnen org.  | 8.1               | 3.0             | 7.5               | 15.1             | 2.7               | 15.3            | 6.6            | 3.9              |
| bel. buit. org.   | 3.0               | –               | 1.9               | 5.6              | 0.3               | 6.8             | 0.4            | 1.8              |
| leid. afdeling    | 2.1               | 0.8             | 3.0               | 2.1              | 1.6               | 22.8            | 1.9            | 4.2              |
| leid. organis.    | 0.5               | –               | –                 | 0.2              | –                 | 26.5            | 0.9            | –                |
| Onderwijs         | 1.9               | 1.5             | 2.3               | 3.0              | 1.0               | 3.6             | 75.2           | 5.1              |
| Overige           | 2.3               | 6.2             | 4.2               | 12.4             | 6.4               | 4.2             | 2.0            | 2.6              |

Onderzoekers, docenten, consultatiebureau-artsen en verzekeringsartsen blijken relatief het minst gevarieerde beeld te tonen: 75% of meer wordt aan één soort werkzaamheden besteedt. Dit geldt in iets mindere mate voor jeugd(school)artsen voor wie het spreekuur eveneens een belangrijke activiteit is, maar voor wie advisering/voorlichting en beleid binnen de organisatie de aandacht vragen. Bedrijfsartsen hebben iets minder spreekuren,

maar besteden gemiddeld bijna een vijfde deel van hun tijd aan advisering en voorlichting.

## 5.2 Aanstellingspercentages

De percentages in de volgende tabel zijn gemiddelden op een 11-punts-schaal (1 = 0% tot en met 11 = 100% per werkweek):

Tabel 5.2 Functiecategorieën: gemiddelde aanstelling per week

| functiecategorie  | gemiddelde aanstelling |              |
|-------------------|------------------------|--------------|
| BEDRIJFSARTSEN    | 10.3                   | = 90 á 100 % |
| CB-ARTSEN         | 4.6                    | = 30 á 40 %  |
| JEUGDARTSEN       | 8.3                    | = 70 á 80 %  |
| ADV-GEN.KUNDIGEN  | 8.9                    | = 70 á 80 %  |
| VERZ-GEN.KUNDIGEN | 10.4                   | = 90 á 100 % |
| MANAGERS          | 10.4                   | = 90 á 100 % |
| DOCENTEN          | 8.7                    | = 70 á 80 %  |
| ONDERZOEKERS      | 10.1                   | = 90 á 100%  |

Wanneer de functiecategorieën worden vergeleken naar het percentage aanstelling per week (in niet-curatieve activiteiten), valt op dat de consultatiebureau-artsen er wat dit betreft uitspringen met gemiddeld duidelijk minder grote aanstellingen.

Het zou gemakkelijk kunnen zijn dit verschil te verklaren door te wijzen op sekseverschil: vrouwen kunnen het werk op consultatiebureaus makkelijker combineren met taken thuis. Maar dit gaat niet op voor de categorie jeugd- of schoolartsen (die ook, hoewel in mindere mate, voor het merendeel uit vrouwen bestaat): deze hebben gemiddeld grotere aanstellingen. Een andere verklaring ligt in het gegeven dat het praktijk is in de kruisverenigingen veel te werken met part-timers (CBS, 1992d).

Bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, managers en onderzoekers hebben een vrijwel volledige werkweek. De overigen zitten er tussenin.

### 5.3 Leeftijdverdeling en niet-curatieve ervaring

Wanneer gekeken wordt naar de verdeling naar leeftijd en niet-curatieve ervaring valt op dat met name onderzoekers relatief sterk zijn vertegenwoordigd in de jongste leeftijdsgroepen, wellicht zijn dit voor een deel de 'oio's'. Voor latere leeftijden wordt dit steeds minder. Managers zitten het sterkst in de leeftijd van 35 tot 45 jaar. Docenten en adviserend geneeskundigen zijn relatief het sterkst aanwezig in de groep van 41 tot 50 jaar. De grootste concentratie zit in de leeftijdsgroep van 36 tot 40 jaar, met kleine verschillen.

Zoals al eerder gebleken is, werkt het grootste deel relatief nog maar kort als niet-curatief arts, zij het dat er accentverschillen zijn. De jeugdartsen, cb-artsen en managers vallen ten opzichte van de andere groepen op door een langere ervaring. Evenals de docenten. Waarschijnlijk hangt dit ook samen met leeftijdsverschillen.

### 5.4 Als sociaal-geneeskundige geregistreerd

In de tabel hierna is per functiecategorie een overzicht gemaakt van het aantal artsen ingeschreven in het register van sociaal-geneeskundigen.

Tabel 5.3 Functiecategorieën: aantallen en percentages sociaal-geneeskundige registraties

|                   | niet-sg<br>registr. | %    | wel-sg<br>registr. | %    |
|-------------------|---------------------|------|--------------------|------|
| functiecat.:      |                     |      |                    |      |
| BEDRIJFSARTSEN    | 34                  | 54.8 | 28                 | 45.2 |
| CB-ARTSEN         | 51                  | 96.2 | 2                  | 3.8  |
| JEUGDARTSEN       | 22                  | 45.8 | 26                 | 54.2 |
| ADV-GEN.KUNDIGEN  | 38                  | 80.9 | 9                  | 19.1 |
| VERZ-GEN.KUNDIGEN | 52                  | 74.3 | 18                 | 25.7 |
| MANAGERS          | 42                  | 61.8 | 26                 | 38.2 |
| DOCENTEN          | 19                  | 90.5 | 2                  | 9.5  |
| ONDERZOEKERS      | 56                  | 90.3 | 6                  | 9.7  |
| Totaal            | 314                 | 72.9 | 117                | 27.1 |



Wanneer wij onderscheid maken tussen beroepen of functies waarvoor men zich in principe als sociaal-geneeskundige kan laten opleiden en registreren, en beroepen of functies waarvoor dat minder voor de hand ligt, valt het volgende op. Voor de laatstgenoemde beroepen, zoals de consultatiebureau-artsen (hier wordt doorgaans geen sociaal-geneeskundige opleiding voor gevolgd), de onderzoekers en docenten zijn de percentages daadwerkelijk een stuk geringer. Voor de sociaal-geneeskundige beroepen zoals de bedrijfsartsen, jeugdartsen en verzekeringsgeneeskundigen ligt dat anders, al is duidelijk dat het aantal niet-geregistreerden nog een meerderheid vormen, met name bij de verzekeringsgeneeskundigen. De adviserend geneeskundigen vormen eveneens een groep met een zeer laag registratiepercentage in de sociale geneeskunde. Er is dus nog een ruime opleidingsmarkt als men de percentages niet-geregistreerden op deze wijze zou willen interpreteren.

Wat de aard van de registraties betreft: er blijken 82 curatieve registraties aanwezig te zijn onder de hier besproken functiecategorieën n.l. 36 artsen met een huisartsregistratie, en wel onder: bedrijfsartsen (6x), cb-artsen (3x), jeugdartsen (2x), adviserend-geneeskundigen (8x), verzekeringsartsen (6x), managers (7x) en onderzoekers (4x).

Van de overige curatieve registraties in diverse specialismen valt op dat de adviserend geneeskundigen die relatief het vaakst hebben (13x), gevolgd door de managers (9x) en de onderzoekers (6x).

Wanneer we kijken naar hoe sociaal-geneeskundige registraties verdeeld zijn, is het volgende nog vermeldenswaard: van de 42 registraties arbeids- en bedrijfsgeneeskunde zijn er 28 onder de bedrijfsartsen en 14 onder de managers; van de 11 aanwezige registraties algemene gezondheidszorg zijn er 4 onder de adviserend geneeskundigen, 4 onder de managers, 1 onder docenten en 2 onder de onderzoekers. De 26 verzekerings-geneeskundige registraties bevinden zich onder verzekeringsartsen (18x), adviserend geneeskundigen (5x) en managers (3x). De 33 registraties jeugdgezondheidszorg bevinden zich onder jeugdartsen (26x), managers (3x), cb-artsen (2x) en één resp. onder onderzoekers en docenten.

## 5.5 Opleidingsaspecten

De functiecategorieën zijn vergeleken naar de mate waarin men zich adequaat geschoold achtte. De vermelde percentages zijn berekend op grond van de aantallen binnen de functiecategorieën. Hoewel de gemiddelden (van een schaal van vier antwoordalternatieven: 'niet adequaat geschoold'(1), 'voor bepaalde werkzaamheden nog niet', 'ja, adequaat geschoold' en 'uitstekend geschoold'(4)) elkaar niet erg ontlopen, zijn er wel degelijk enkele verschillen tussen de functiegroepen aan te wijzen wanneer naar de percentages wordt gekeken. Die verschillen zitten niet in de categorie 'uitstekend geschoold', slechts weinigen hebben dit alternatief gekozen.

In de antwoordcategorie 'ja, adequaat geschoold' vallen met name de consultatiebureauartsen, de adviserend geneeskundigen en de managers op met relatief hoge percentages.

Tabel 5.4 Functiecategorieën naar de mate (aantallen en gemiddelde) waarin men zich adequaat geschoold acht

| functiecat.:      | niet<br>adeq.<br>geschoold | %    | voor<br>bepaald<br>werk niet | %    | ja<br>adequaat<br>geschoold | %    | ja<br>uitstekend<br>geschoold | %   | (gem.) |
|-------------------|----------------------------|------|------------------------------|------|-----------------------------|------|-------------------------------|-----|--------|
| bedrijfsartsen    | 7                          | 11.9 | 29                           | 49.2 | 21                          | 35.6 | 2                             | 3.4 | (2.3)  |
| cb-artsen         | 3                          | 5.8  | 16                           | 30.8 | 30                          | 57.7 | 3                             | 5.8 | (2.6)  |
| jeugdartsen       | 1                          | 2.1  | 25                           | 52.1 | 21                          | 43.8 | 1                             | 2.1 | (2.5)  |
| adv-gen.kundigen  | 10                         | 21.3 | 14                           | 29.8 | 22                          | 46.8 | 1                             | 2.1 | (2.4)  |
| verz-gen.kundigen | 10                         | 14.5 | 35                           | 50.7 | 23                          | 33.3 | 1                             | 1.4 | (2.2)  |
| managers          | 14                         | 20.6 | 24                           | 35.3 | 28                          | 41.2 | 2                             | 2.9 | (2.3)  |
| docenten          | 3                          | 14.3 | 13                           | 61.9 | 3                           | 14.3 | 2                             | 9.5 | (2.2)  |
| onderzoekers      | 8                          | 13.1 | 27                           | 44.3 | 20                          | 32.8 | 6                             | 9.8 | (2.4)  |

In het antwoordalternatief 'voor bepaalde werkzaamheden (nog) niet', vallen in aflopende volgorde vooral op: de docenten, de jeugdartsen, de verzekeringsartsen, de bedrijfsartsen en de onderzoekers, met percentages boven de 40%. 'Niet adequaat geschoold' achten zich relatief sterker de adviserend geneeskundigen en de managers, alhoewel de percentages flink lager zijn.

Onderzocht is of het hebben van een sociaal-geneeskundige registratie enige invloed heeft op de mate waarin men zich adequaat geschoold acht. Dat effect blijkt te bestaan.

Wanneer de eerste twee (negatieve) en laatste twee (positieve) antwoordalternatieven worden samengenomen ontstaat het volgende beeld: de sociaal-geneeskundig geregistreerden hebben in gelijke mate negatief en positief geantwoord (resp. 60 en 61); echter van de niet-geregistreerden zijn er 214 die zich niet goed geschoold achten, tegenover 146 die zich wel goed geschoold achten.

De bij- of nascholingsbehoeften blijken uit de volgende tabel, waarin antwoorden staan op de vraag 'Heeft u op dit moment voor facetten van uw werk concrete behoefte aan bij- of nascholing?'

De onderzoekers, managers, docenten en adviserend geneeskundigen geven relatief vaker aan geen concrete bij- of nascholingsbehoeften te hebben. Daarnaast geven consultatiebureau-artsen, jeugdartsen en verzekeringsartsen relatief het sterkst aan 'enigszins' concrete behoefte aan bij- of nascholing te hebben. De term 'enigszins' is echter een middencategorie, en is, achteraf bezien, niet geheel gelukkig gekozen, immers niet weinigen zullen al snel bevestigend op dit antwoordalternatief reageren. Daarom is het verstandiger in dit geval naar de alternatieven 'neen' en 'sterk' te kijken. Sterke bij- of nascholingsbehoefte blijken weinigen te hebben, al hebben de adviserend geneeskundigen, de verzekeringsartsen en managers hier relatief het vaakst positief gereageerd.

Evenals bij de mate waarin men zich adequaat geschoold acht, is het niet verwonderlijk dat ook hier een correlatie met de lengte van de (niet-curatieve) ervaring in het werk: hoe langer die is hoe minder er een concrete behoefte aan bij- of nascholing is ( $p < .001$ ).

Tabel 5.5 Functiecategorieën naar bij- of nascholingsbehoefte

|                   | neen | %    | enigszins | %    | ja, sterk | %    | gem. |
|-------------------|------|------|-----------|------|-----------|------|------|
| functiecat.:      |      |      |           |      |           |      |      |
| BEDRIJFSARTSEN    | 12   | 20.0 | 38        | 63.3 | 10        | 16.7 | 2.0  |
| CB-ARTSEN         | 12   | 23.1 | 39        | 75.0 | 1         | 1.9  | 1.8  |
| JEUGDARTSEN       | 7    | 15.2 | 37        | 80.4 | 2         | 4.3  | 1.9  |
| ADV-GEN.KUNDIGEN  | 15   | 32.6 | 21        | 45.7 | 10        | 21.7 | 1.9  |
| VERZ-GEN.KUNDIGEN | 11   | 15.7 | 50        | 71.4 | 9         | 12.9 | 2.0  |
| MANAGERS          | 24   | 35.3 | 35        | 51.5 | 9         | 13.2 | 1.8  |
| DOCENTEN          | 7    | 33.3 | 13        | 61.9 | 1         | 4.8  | 1.7  |
| ONDERZOEKERS      | 20   | 32.3 | 37        | 59.7 | 5         | 8.1  | 1.8  |

In verder onderzoek zal geanalyseerd moeten worden wat de betekenis is van het begrip bij- of nascholingsbehoefte, met name in relatie tot de ervaren competentie in het uitoefenen van taken en functies. Immers, er bestaat ook een bij- en nascholingscultuur: het is sociaal wenselijk zo nu en dan bij- en nascholingen te volgen, maar de vraag is of de mate waarin men daar in participeert altijd een indicatie van een ervaren lacune is, of juist van het op peil willen houden van uitstekend functioneren.

Op een andere wijze kan inzicht in de behoefte aan bij- of nascholing worden verkregen door te kijken naar de bereidheid hierin persoonlijk te investeren.

De vraag hiernaar was als volgt: 'Als de mogelijkheid van een voor u aantrekkelijke of nuttige cursus zich zou voordoen, zou u daar dan een persoonlijke investering (tijd en/of geld) voor over hebben?'. Er waren drie antwoorden mogelijk: resp. 'neen', 'ja, alleen als de werkgever ook een deel van de kosten draagt of tijd beschikbaar stelt' en 'ja, ook als de werkgever niet (tijd en/of geld) bijdraagt'. Let wel: de formulering was 'een aantrekkelijke of nuttige cursus', hetgeen anders klinkt als 'bent u bereid voor bij- of nascholing persoonlijk te investeren?'

In onderstaande tabel zijn antwoordpatronen te vinden op de vraag naar investeringsbereidheid.

Van alle functiecategorieën wil rond de helft of meer persoonlijk investeren, ook als de werkgever niet bijdraagt, en hierin blijken het sterkst de consultatiebureau-artsen en de jeugd(school)artsen.

Slechts weinigen willen in het geheel niet investeren.

Tabel 5.6 Functiecategorieën naar bereidheid persoonlijk in bij- of nascholing te investeren

| functiecat.:      | neen |     | alleen als<br>werkgever<br>ook |      | ook als<br>werkgever<br>niets |      |
|-------------------|------|-----|--------------------------------|------|-------------------------------|------|
|                   |      | %   |                                | %    |                               | %    |
| BEDRIJFSARTSEN    | 4    | 6.6 | 28                             | 45.9 | 29                            | 47.5 |
| CB-ARTSEN         | 1    | 1.9 | 13                             | 24.5 | 30                            | 73.6 |
| JEUGDARTSEN       | –    | –   | 15                             | 31.9 | 32                            | 68.1 |
| ADV-GEN.KUNDIGEN  | 3    | 6.5 | 17                             | 37.0 | 26                            | 56.5 |
| VERZ-GEN.KUNDIGEN | 2    | 2.9 | 30                             | 43.5 | 37                            | 53.6 |
| MANAGERS          | 3    | 4.5 | 33                             | 49.3 | 31                            | 46.3 |
| DOCENTEN          | 2    | 9.5 | 7                              | 33.3 | 12                            | 57.1 |
| ONDERZOEKERS      | 4    | 6.5 | 26                             | 41.9 | 32                            | 51.6 |

Zoals gezegd, wat de sterkte van bij- of nascholingsbehoeften precies inhoudt is een nog te onderzoeken kwestie, in ieder geval dient bij de interpretatie van concreet geuite wensen aan onderwerpen voor bij- of nascholing met deze onduidelijkheid rekening te worden gehouden.

## 5.6 Concrete bij- of nascholingsbehoeften

Ieder kon in totaal 4 onderwerpen of gebieden opgeven waarop men bij- of nascholing zou wensen. Die zijn gecodeerd in medische, sociaal-medische en niet-medische rubrieken, die weer verdeeld zijn naar diverse onderwerpen.

Tabel 5.7 Functiecategorieën: aantallen die betreffende bij- of nascholingswensen hebben genoemd

| fun.cat.: (n)        | bedr.arts<br>(62) | cb-arts<br>(53) | j.-arts<br>(48) | adv-<br>genk<br>(47) | verz-<br>genk<br>(70) | manager<br>(68) | doc.<br>(21) | ond.<br>(62) | (tot.) |
|----------------------|-------------------|-----------------|-----------------|----------------------|-----------------------|-----------------|--------------|--------------|--------|
| <b>onderwerpen:</b>  |                   |                 |                 |                      |                       |                 |              |              |        |
| MEDISCH              |                   |                 |                 |                      |                       |                 |              |              |        |
| algemeen medisch     | 5                 | 6               | 2               | 2                    | 5                     | 2               | 2            | 4            | (28)   |
| kindergenk/pediatrie | –                 | 8               | 3               | –                    | –                     | –               | –            | –            | (11)   |
| kinderspsychiatrie   | –                 | 5               | 9               | 2                    | –                     | –               | –            | –            | (16)   |
| houdings/bew.-app.   | 7                 | 3               | 4               | 2                    | 15                    | 1               | –            | –            | (32)   |
| psychiatrie          | 2                 | –               | 1               | 2                    | 21                    | 2               | –            | 2            | (30)   |
| bioch./med.biol.     | –                 | –               | –               | –                    | –                     | –               | 1            | 9            | (10)   |

| Vervolg tabel 5.7      | bedr.arts | cb-arts | j.arts | adv-<br>gank | verz-<br>gank | manager | doc. | ond. | (tot.) |
|------------------------|-----------|---------|--------|--------------|---------------|---------|------|------|--------|
| <b>SOCIAAL-MEDISCH</b> |           |         |        |              |               |         |      |      |        |
| arb./bedr.geneesk.     | 24        | 1       | –      | 7            | 26            | 5       | –    | –    | (63)   |
| verz.geneeskunde       | 4         | –       | –      | 5            | 6             | 1       | –    | –    | (16)   |
| epidem./statistiek     | 2         | 7       | 7      | 6            | –             | 2       | 1    | 21   | (46)   |
| <b>NIET-MEDISCH</b>    |           |         |        |              |               |         |      |      |        |
| bedr.kunde/managem.    | 19        | 1       | 10     | 4            | 9             | 44      | 1    | 9    | (97)   |
| pedag./didactiek       | 2         | 6       | 5      | 1            | 1             | 1       | 7    | 2    | (25)   |
| informatica            | 3         | –       | 1      | 1            | –             | 4       | 1    | 8    | (18)   |
| onderzoeksmeth.        | 2         | –       | –      | –            | –             | –       | 1    | 8    | (11)   |
| recht & wet            | 9         | –       | –      | 6            | 18            | 5       | –    | –    | (38)   |
| gedr.wetensch. alg.    | 4         | 1       | 3      | 1            | 4             | –       | 1    | –    | (14)   |
| advisering/voori.      | 4         | –       | 4      | –            | 1             | 2       | –    | –    | (11)   |
| conflicthant/onderh.   | –         | –       | 3      | 3            | 1             | 3       | –    | –    | (10)   |
| commun. vaardigh.      | 4         | 4       | 5      | 4            | 6             | 1       | –    | –    | (24)   |
| ontwik.psych.          | –         | 11      | 15     | 2            | –             | –       | 1    | –    | (29)   |

In bovenstaande tabel zijn deze onderwerpen voor bij- of nascholing gedifferentieerd naar de functiecategorieën. Tezamen zijn 529 wensen genoemd verdeeld over 19 onderwerpen. Deze rubrieken zijn globaal: bij informatica gelden onderwerpen variërend van PC-gebruik tot automatisering. Onder arbeids- en bedrijfsgeneeskunde konden verschillende onderwerpen vallen, zoals werkplekverbetering, ergonomie, arbeidshygiëne.

Voor de overzichtelijkheid zijn alleen die onderwerpen vermeld die over alle subcategorieën minstens 10x zijn genoemd.

De tabel demonstreert de zwaartepunten in de vereisten die de verschillende functies of beroepen met zich meebrengen. Uit de geuite wensen van de adviserend geneeskundigen blijkt dat zij zich op het terrein van de bedrijfsarts en verzekeringsarts bewegen.

Wanneer gekeken wordt naar de hoeveelheid wensen blijkt dat de verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en jeugdartsen relatief het meest hebben genoemd. De docenten daarentegen zitten wat dit betreft onderaan.

## 5.7 Algemeen oordeel over het werk

Nu iets over de tevredenheid met het werk in de vorm van een overzicht van antwoorden op de vraag naar hoe men zichzelf, al met al, in het werk vindt zitten:

Tabel 5.8 Functiecategorieën naar algemeen oordeel over het werk

|                   | goed | %    | redelijk | %    | matig | %    | niet goed | %   | (gem.) |
|-------------------|------|------|----------|------|-------|------|-----------|-----|--------|
| functiecat.:      |      |      |          |      |       |      |           |     |        |
| BEDRIJFSARTSEN    | 35   | 56.5 | 24       | 38.7 | 3     | 4.8  | -         | -   | (1.5)  |
| CB-ARTSEN         | 29   | 44.2 | 23       | 44.2 | 4     | 7.7  | 2         | 3.8 | (1.7)  |
| JEUGDARTSEN       | 22   | 47.8 | 22       | 47.8 | 2     | 4.3  | -         | -   | (1.6)  |
| ADV-GEN.KUNDIGEN  | 21   | 44.7 | 20       | 42.6 | 5     | 10.6 | 1         | 2.1 | (1.5)  |
| VERZ-GEN.KUNDIGEN | 33   | 47.8 | 30       | 43.5 | 5     | 7.2  | 1         | 1.4 | (1.6)  |
| MANAGERS          | 48   | 72.7 | 14       | 21.2 | 2     | 3.0  | 2         | 3.0 | (1.4)  |
| DOCENTEN          | 13   | 65.0 | 5        | 25.0 | 2     | 10.0 | -         | -   | (1.5)  |
| ONDERZOEKERS      | 34   | 55.7 | 19       | 31.1 | 6     | 9.8  | 2         | 3.3 | (1.6)  |

In een ander deel van het rapport hadden wij al geconstateerd dat het overgrote deel van de onderzoeksgroep positief is over de eigen werksituatie. Deze indruk blijft bestaan als men differentieert naar de hier besproken functiecategorieën. Van iedere categorie acht zich meer dan 85% goed of redelijk te zitten met het eigen werk, maar relatief het meest tevreden zijn vooral de managers en de docenten. Andere conclusies kunnen hier niet worden getrokken.

Een korte verkenning van de samenhang tussen kenmerken van de eigen functie (takenprofiel) en de tevredenheid liet geen enkele correlatie van betekenis zien.

## 5.8 Lidmaatschappen beroeps- en belangenverenigingen

Tenslotte enkele gegevens over de mate waarin men georganiseerd is in belangenverenigingen of wetenschappelijke beroepsverenigingen. Wij hebben uitsluitend gevraagd naar het *aantal* lidmaatschappen, niet naar het lidmaatschap van specifieke verenigingen. Voor de gehele onderzoeksgroep is 23.8% niet lid van een beroepsvereniging, 37.9% is lid van één en 38.3% van twee of meer verenigingen. Wat betreft belangenorganisaties: 29.7% is niet lid, 43.2% is lid van één en 27.1% van twee of meer organisaties.

Twee tabellen volgen nu met de mate waarin men verhoudingsgewijs binnen functiecategorieën lid is van resp. wetenschappelijke beroepsverenigingen en van belangenorganisaties voor artsen.

**Tabel 5.9** Functiecategorieën naar de mate waarin men lid is van wetenschappelijke beroepsverenigingen

| aantal lidmaatschappen | 0x   | 1x   | 2-6x |
|------------------------|------|------|------|
| functiecat.:           |      |      |      |
| BEDRIJFSARTSEN         | 15.0 | 51.7 | 33.4 |
| CB-ARTSEN              | 44.0 | 34.0 | 22.0 |
| JEUGDARTSEN            | 8.3  | 39.6 | 52.2 |
| ADV-GEN.KUNDIGEN       | 27.9 | 37.2 | 34.9 |
| VERZ-GEN.KUNDIGEN      | 14.1 | 50.0 | 35.9 |
| MANAGERS               | 12.1 | 36.4 | 51.5 |
| DOCENTEN               | 52.6 | 26.3 | 21.0 |
| ONDERZOEKERS           | 28.1 | 31.6 | 40.4 |

**Tabel 5.10** Functiecategorieën naar de mate waarin men lid is van belangenorganisaties voor artsen

| aantal lidmaatschappen | 0x   | 1x   | 2 of meer |
|------------------------|------|------|-----------|
| functiecat.:           |      |      |           |
| BEDRIJFSARTSEN         | 31.1 | 39.3 | 29.6      |
| CB-ARTSEN              | 19.2 | 46.2 | 34.6      |
| JEUGDARTSEN            | 29.2 | 50.0 | 20.9      |
| ADV-GEN.KUNDIGEN       | 33.3 | 46.7 | 20.0      |
| VERZ-GEN.KUNDIGEN      | 15.4 | 46.2 | 38.4      |
| MANAGERS               | 28.8 | 39.4 | 31.8      |
| DOCENTEN               | 47.4 | 42.1 | 10.6      |
| ONDERZOEKERS           | 42.1 | 42.1 | 15.8      |

Een paar dingen vallen op met betrekking tot beroepsverenigingen: met name cb-artsen en docenten zijn relatief minder georganiseerd in wetenschappelijke beroepsverenigingen. Voorzover wij weten bestaan dergelijke specifieke verenigingen voor deze functiecategorieën ook niet, zij het dat activiteiten bestaan gericht op de professionalisering van docenten (Metz, 1992). De jeugdartsen en de managers daarentegen zijn het sterkst georganiseerd en relatief vaker lid van meer dan één beroepsvereniging.

Wat betreft belangenverenigingen zien wij dat de cb-artsen en verzekeringsgeneeskundigen relatief het sterkst georganiseerd zijn, zij het dat ook van andere categorieën gezegd kan worden, met uitzondering van de onderzoekers en docenten, die relatief het minst lid zijn van belangenverenigingen.

Wanneer gekeken wordt naar de mogelijke invloed van het sociaal-geneeskundig geregistreerd zijn, blijkt dit geen effect te hebben op de mate waarin men lid is van belangenverenigingen, maar wel op het lid zijn van beroepsverenigingen: geregistreerden zijn steeds relatief vaker lid van één of meer beroepsverenigingen dan niet-geregistreer-



den. Dit is niet verwonderlijk wanneer men bedenkt dat beroepsverenigingen betrokken zijn bij de opzet en uitvoering van de sociaal-geneeskundige beroepsopleidingen.

Tot zover de resultaten van de enquête onder volledig niet-curatief werkzame artsen. In het laatste hoofdstuk zullen conclusies worden getrokken.

Alvorens dit te doen, vatten wij nu eerst de gegevens samen over de curatieve artsen met partieel niet-curatieve werkzaamheden. Daarna worden de resultaten van het kwalitatieve deel van het onderzoek gepresenteerd. Hierin is een klein aantal artsen geïnterviewd over hun loopbaan, werk en hun visie op de relatie curatief vs. niet-curatief werkende artsen.

## 6. PARTIEEL NIET-CURATIEF WERKZAME ARTSEN

Omdat het accent in dit rapport ligt op analyse van gegevens betreffende *volledig niet-curatieve* artsen, volstaan wij hier met een kort overzicht van de belangrijkste gegevens van de curatieve artsen die voor een *deel van hun tijd* niet-curatieve werkzaamheden verrichten. Dit zijn artsen die part-time functies naast hun curatieve werk hebben, of binnen hun curatieve baan werkzaamheden uitvoeren die een niet-curatief karakter hebben. (Voor een uitgebreidere beschrijving, tabellen en figuren verwijzen wij naar Bijlage 3.)

Op enkele punten zal worden vergeleken met de volledig niet-curatieve artsen, met uitzondering van de loopbaanaspecten. De deels niet-curatief werkzame categorie heeft in feite een curatieve loopbaan, terwijl bij de volledig niet-curatieve artsen gesproken kan worden van geheel andere loopbaankeuzes. Delen van de vragenlijst zijn door deze artsen niet ingevuld. Strikt genomen is het met de onderzoeksgroep curatieve artsen niet mogelijk vergelijkingen te treffen met niet-curatieve artsen, want deze kan niet als representatief voor de curatieve artsen worden beschouwd. Daarvoor zou een a-selecte steekproef nodig zijn.

De volgende gegevens vormen op deze plaats de belangrijkste resultaten.

De artsen met *partieel* niet-curatieve werkzaamheden, kunnen als volgt worden beschreven: het is een categorie die, vergeleken met de volledig niet-curatieve artsen, relatief wat ouder is en waarin minder vrouwen (25%) vertegenwoordigd zijn, hoewel in de jongste leeftijdscategorieën de vrouwen toenemen. Dat heeft te maken met de sterk toegenomen instroom van vrouwen in de medische opleiding.

De functies (gerapporteerde 1e functie) waarin deze artsen het meest werken zijn: docent (incl. hoogleraren) (18%), leidinggevende/manager (16.7%), adviserend geneeskundige (17.4%), stafarts (14.7%) en onderzoeker (10.7%). Andere functies zijn: verslavingsarts, militair arts, consultatiebureau-arts, arts in bestuurlijke colleges. Zoals gezegd: het betreft hier functies die bestaan uit kleinere aanstellingen naast het curatieve werk en functies die als deel van de curatieve functie worden uitgeoefend (bijvoorbeeld leidinggeven).

Het merendeel (83.8%) van de aanstellingspercentages (of percentages van de week waarin men deze functies vervult) is 50% of minder.

De functieniveaus zijn vergeleken met volledig niet-curatieve artsen ongeveer hetzelfde verdeeld.

De instellingen waar men werkt zijn: de academische ziekenhuizen en universiteiten (tezamen 29.4%), de tweede lijnsgezondheidszorg: de algemene ziekenhuizen, de geestelijke gezondheidszorg en de psychiatrische ziekenhuizen (26.6%; exclusief academische ziekenhuizen) en defensie (10%). De resterende artsen zijn met kleine aantallen gespreid over andere instellingen.

Hoewel het verschil niet groot is achten deze artsen zich minder adequaat geschoold voor het niet-curatieve werk dan hun volledig niet-curatieve collega's. Wanneer het echter gaat om de mate waarin concrete bij- of nascholingsbehoeften bestaan zijn de cijfers ongeveer hetzelfde. Daarbij komt dat deze artsen in absolute zin minder onderwerpen voor bij- of nascholing noemen. De drie relatief belangrijkste thema's zijn: bedrijfskunde/management, epidemiologie en didactiek.

Wat betreft registraties: van deze artsen heeft 57.3% een curatieve registratie, waarvan een derde huisarts. Ook was een klein aantal als sociaal-geneeskundige geregistreerd (2.6%).

## 7. RESULTATEN INTERVIEWS

In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde:

- doel en werkwijze bij interviews;
- de samenstelling van de onderzoeksgroep;
- de wijze van rapporteren;
- de wijze waarop de analyse heeft plaatsgevonden;
- de resultaten onderverdeeld naar: opleidingstraject en loopbaan, het huidige werk en tenslotte onderlinge beeldvorming tussen curatieve en niet-curatieve artsen;
- enkele conclusies.

### 7.1 Doel en werkwijze

Het doel van dit onderdeel van het onderzoek is, naast de enquêtegegevens op exploratieve wijze enkele *kwalitatieve* gegevens te verzamelen over de wijze waarop veranderingen van loopbaan voor artsen in de niet-curatieve beroepen tot stand zijn gekomen.

Daartoe zijn a-select dertig artsen uitgekozen - uit diegenen die zich vooraf hiertoe in de vragenlijst bereid hadden verklaard - en uitgenodigd voor een interview. Dit werd door één der onderzoekers afgenomen. Het gesprek had een halfgestructureerd, verkennend karakter, dat wil zeggen dat binnen enkele globale gespreksthema's veel ruimte werd gegeven om gedetailleerd op gespreksthema's door te gaan.

Aan het begin van het gesprek werden drie globale gespreksonderwerpen geïntroduceerd:

1. Het *traject van opleiding en loopbaan* sinds de middelbare school; belangrijke keuzemomenten in opleidingstraject en loopbaan;
2. Het *huidige werk*, en de vereisten in de functie, mede in relatie tot de opleiding;
3. *Onderlinge beeldvorming van de verschillende medische beroepsgroepen* (curatief en niet-curatief).

Nadat een gespreksonderwerp was geïntroduceerd, werd afhankelijk van het verloop van het gesprek doorgevraagd op wat betrokken artsen zelf vertelden. Dit betekende dat de gesprekken zeer uiteenlopende informatie opleverden. Voor de analyse betekende dit dat het accent diende te liggen op verkenning van opvattingen, ervaringen en de betekenis die betrokkenen daaraan hechtten, in plaats van op vergelijking op bepaalde gestelde vragen. Op de wijze van analyseren komen wij hierna terug.

## 7.2 Samenstelling onderzoeksgroep

De adressen van de 30 a-select gekozen artsen bleken zich qua woonplaats te spreiden over het gehele land. Met twee van de dertig aangeschreven artsen bleek het onmogelijk contact te leggen, ondanks een schriftelijk verzoek te reageren. Vier personen wilden bij nader inzien niet aan het interview deelnemen. Daartegenover zijn twee gesprekken gevoerd met personen die zich spontaan meldden voor een interview. In totaal zijn 26 gesprekken gevoerd. Als tegenprestatie werd een exemplaar van het onderzoeksrapport in het vooruitzicht gesteld, sommigen vroegen daar ook om. De samenstelling van de uiteindelijke onderzoeksgroep was als volgt:

*aantal:* 26 personen

*leeftijdsgrenzen:* spreiding tussen plm. 30 - 60 jaar

*geslacht:* 9 vrouwen (34.6%) / 17 mannen (65.4%)

*regionale spreiding:* over alle provincies

|                     |  |   |
|---------------------|--|---|
| <i>werkzaam in:</i> | basisgezondheidsdienst<br>bedrijfsvereniging<br>jeugdgezondheidszorg<br>landelijk beleidscollege<br>ministerie<br>universiteit<br>verzekeringsmaatschappij | bedrijfsgezondheidsdienst<br>gemeenschappelijke medische dienst<br>kruisvereniging<br>landelijke vereniging<br>nucleair-medische onderneming<br>verpleeghuis<br>zelfstandig gevestigd |
| <i>functies:</i>    | afdelingshoofd<br>directeur<br>districtsarts<br>huisarts<br>manager<br>onderzoeker/verpleeghuisarts<br>univ. (hoofd)docent/onderzoeker                     | bedrijfsarts<br>directeur patiëntenzorg<br>hoogleraar<br>jeugd(school)arts<br>medisch adviseur<br>beleidsmedewerker<br>verzekeringsarts   |

De samenstelling van deze kleine onderzoeksgroep representeert voor zover dat mogelijk is met een kleine steekproef goed de reeds in de enquête gevonden instellingen en functies. Wat betreft de verhouding mannen en vrouwen: er zijn 9% minder vrouwen resp. meer mannen aanwezig. Enkele functies waren door meer dan één persoon vertegenwoordigd.

### **7.3 Wijze van rapporteren**

De interviews duurden gemiddeld anderhalf uur, met een minimum van een uur. Soms liepen zij uit tot meer dan twee uur. Tijdens de gesprekken zijn schriftelijke notities gemaakt om uitspraken of trefwoorden uit het verhaal vast te houden. Dat betekent dat er van het interview geen woordelijk verslag is van bijvoorbeeld specifieke (emotionele) wendingen in het gesprek (accenten, pauzes, aarzelingen, stembuigingen etc.), zoals bij een bandopname (of transcript daarvan) wel mogelijk zou zijn geweest. De interviewnotities zijn steeds binnen enkele uren na het interview uitgeschreven in een uitvoerig verslag, waarbij zoveel mogelijk is gebruik gemaakt van typerende woorden en zinsneden van geïnterviewden.

### **7.4 Wijze van analyseren**

Omdat het gesprek een open karakter had en er niet op een vast aantal vragen werd gereageerd werd er een zeer gevarieerde hoeveelheid gegevens verzameld over artsen in hun opleiding en latere beroepsloopbaan en levensloop.

De uitgeschreven interviewverslagen zijn grondig gelezen en op inhoud geanalyseerd. Uit het gespreksmateriaal zijn op inductieve wijze belangrijke thema's of categorieën gedestilleerd en de bij deze thema's behorende uitspraken verzameld. Als dergelijke thema's of categorieën in de hierna volgende resultaten in de vorm van uitspraken worden gepresenteerd, betekent dat dus niet dat iedereen altijd zo'n uitspraak bij een

thema heeft gedaan. Het ging er ons hier om een geschakeerd beeld te vormen van hoe, vanuit het perspectief van deze uiteenlopende personen tegen een aantal aspecten van hun opleiding, werk en loopbaan werd aangekeken. Daarbij is informatie met een vooral persoonlijk karakter weggelaten.

In drie paragrafen worden nu de resultaten gepresenteerd: in de eerste plaats een overzicht van verschillende factoren die een rol hebben gespeeld bij het maken van loopbaankeuzen; daarna wordt de huidige werksituatie geschetst voor enkele niet-curatieve functies. Tenslotte wordt een samenvatting gegeven van de beelden van curatieve en niet-curatieve medische beroepen zoals die tussen beide categorieën een rol kunnen spelen.

## **7.5 Opleidingstraject en loopbaan: de keuze van niet-curatieve functies**

Eerste onderzoeksvraag was: welke type individuele overwegingen en externe factoren hebben een rol gespeeld in de keuze van een niet-curatieve beroepsloopbaan of - functie? Loopbaanontwikkeling laat zich in het algemeen niet eenvoudig beschrijven en begrijpen. Het is een dynamisch proces waarin een complexe interactie plaatsvindt tussen een veelheid factoren, zoals de maatschappelijke ontwikkelingen w.o. arbeidsmarkt, de persoonlijke kenmerken, de gezinssituatie, de maatschappelijke context, de werkomgeving en organisatie (Van de Loo, 1992; Sonnenfeld & Kotter, 1982).

Hierbij maakt het een groot verschil of men de loopbaan beziet en analyseert vanuit de positie van observator/onderzoeker of vanuit het perspectief van de loopbaanvolger zelf (Boerlijst & Aite-Peña, 1989).

Het hierna volgende overzicht betreft alle *vanuit het gezichtspunt* van betrokkenen (loopbaanvolgers) *waargenomen* facetten of omstandigheden die *in hun ervaring* een rol hebben gespeeld, in het opmaken van een balans van de factoren die van invloed zijn geweest op het verloop van hun opleidings- en loopbaantraject.

Van de motieven, overwegingen en waargenomen omstandigheden die in het gespreksmateriaal aanwezig zijn en de hierin naar voren komende gespreksthema's, zijn samenvattingen gemaakt, waarbij gebruik is gemaakt van letterlijk gemaakte opmerkingen om de samenvattingen 'sprekend' te maken.

De uitspraken die geïnterviewde artsen doen over hun opleidings- en loopbaantraject zijn onder een aantal gemeenschappelijke noemers of thema's ondergebracht. Deze noemers zijn na grondige lezing achteraf aan het materiaal ontleend. De noemers bleken strikt genomen niet altijd makkelijk te scheiden, bijvoorbeeld de relatie tussen persoonlijke affiniteiten en de meer of minder aantrekkelijke kanten van (niet-)curatieve beroepen.

De volgende noemers zijn in het materiaal aangetroffen:

- a) maatschappelijke omstandigheden;
- b) persoonlijke factoren en omstandigheden: affiniteiten en ambities; relaties;
- c) de aantrekkelijke kanten van niet-curatieve beroepsuitoefening;
- d) de niet-aantrekkelijke kanten van curatieve beroepsuitoefening.

## 7.6 Besproken thema's

In de hiernavolgende tekst wordt zo nu en dan gebruik gemaakt van letterlijke uitspraken van geïnterviewden, dat wordt dan met aanhalingstekens aangegeven.

### 7.6.1 Maatschappelijke factoren

- *Het geringe aanbod van opleidingsplaatsen* (beroepsgroepen hadden een flinke rem gezet op instroom in de opleidingen, bijvoorbeeld door het instellen van psychologische testprocedures, bijvoorbeeld bij chirurgie) in combinatie met een *groot aanbod afstuderende artsen*. Halverwege de jaren '80 bestond een flinke werkeloosheid die de toekomstperspectieven van jonge artsen beïnvloedde. Het vaak herhaaldelijk en zonder succes solliciteren naar een opleidingsplaats en toch



zelfstandig wat willen doen met de medische opleiding ('niet de eeuwige assistent willen zijn') werkte ontmoedigend. Een enkeling besluit zelfs een geheel nieuwe studie aan te vangen en een nieuw beroep te kiezen.

- *Maatschappelijke verschuivingen in de gezondheidszorg*: toenemende vraag naar artsen bijvoorbeeld in een toenemend aantal verpleeghuizen. Maar ook bij de bedrijfsverenigingen, die mede door de maatschappelijke WAO-discussie 'huisarts'-verzekerings-geneeskundigen op zij schuiven ten gunste van speciaal daarvoor aangetrokken verzekeringsartsen.

#### 7.6.2 Persoonlijke factoren en omstandigheden

- *Ontwikkeling van specifieke andere kennis en ervaring in tijdelijke (parkeer-) functies*. Soms worden tijdelijke functies of banen gezocht als waarnemer, consultatiebureau-arts of als verzekeringsarts, maar ook buiten het medische beroepsveld (een administratie bijhouden). Soms gebeurt dit al tijdens of na de studie. Enkelenvolgen na het artsexamen geheel nieuwe opleidingen (bijvoorbeeld bedrijfskunde of Master of Business Administration). De hierin opgedane werkervaring, kennis van andere disciplines en contacten, blijken later van groot nut te zijn bij volgende functies. Ook wordt soms in een 'parkeervunctie' of (bij)baan een onderzoek opgezet, welke ervaring men later weer kan gebruiken bij sollicitaties.
- Door de ervaring *kristalliseren de persoonlijke affiniteiten in relatie tot het beroep zich uit*. Sommigen hadden zich vooral georiënteerd op de meer technische of wetenschappelijke kanten van het vak en blijken het gaan helpen van zieke mensen niet als hun toekomst te kunnen zien. Anderen hebben zich juist op gericht op het mensen helpen en zijn teleurgesteld in de beperkte mogelijkheden om (de niet alleen medische) problemen van mensen te kunnen aanpakken.
- *Persoonlijke relaties*: beslissingen om een relatie aan te gaan (gaan samenwonen of huwen en zich ergens vestigen, krijgen van kinderen) beperken de mobiliteit en

de bereidheid in bepaalde aspecten van curatieve medische beroepsuitoefening te investeren. Van sommige beroepen wordt gezegd dat zij niet met een relatie of gezin te combineren zijn. Het gaat hier om de in de inleiding genoemde 'controllable lifestyle', d.w.z. een leefwijze die in belangrijke mate men zelf kan bepalen en die minder sterk door de eisen of gebruiken van het beroep wordt gedomineerd. Dit geldt wellicht in sterkere mate voor vrouwen, maar ook voor mannen (kinderen zien opgroeien; kunnen bijdragen in de opvoeding) is dit een factor van betekenis. Ook op andere wijze speelt de partner een rol als blijkt dat het uitoefenen van een curatieve functie ook bepaalde verwachtingen of beperkingen voor de partner met zich meebrengt (i.v.m. afwezigheid door nacht- of weekenddiensten; mee-verhuizen; eventueel naar de tropen), hetgeen soms tot gezamenlijke compromissen aanleiding geeft, soms tot het scheiden der wegen.

- *Behoeft*e aan maatschappelijke zekerheid in samenhang met de onzekere curatieve beroepsperspectieven (zie hierboven). Het steeds van jaarcontract op jaarcontract leven gaat na enige jaren opbreken, en men gaat zoeken naar maatschappelijke zekerheid en een baan waarin een zekere loopbaanontwikkeling mogelijk is. Soms vanuit de bittere noodzaak dat er 'brood op de plank' komt en/of uitzicht op pensioen. Hierbij spelen soms persoonlijke omstandigheden een grote rol: de noodzaak kostwinner te zijn, omdat er kinderen zijn en/of omdat de partner niet in staat is te werken.
- De (stijgende) leeftijd kan op verschillende manieren een rol spelen. Op jonge leeftijd al bij sollicitaties naar opleidingsplaatsen: dertig jaar blijkt soms al 'te oud' om in een opleidingsplaats te worden geaccepteerd. Op oudere leeftijd wanneer door het 'een dagje ouder worden' onregelmatige diensten lastiger kunnen worden volgehouden of niet meer acceptabel zijn. Maar ook het *opmaken van de 'balans' rond plm. het 40e jaar*: 'en zo nog twintig jaar verder?' Men raakt op het vak of de functie uitgekeken, zoekt naar verwezenlijking van andere interesses of tracht een andere loopbaan te kiezen.

- *Financiële overwegingen in relatie tot vestiging als curatief arts:* het ontbreken van middelen of het niet kunnen of willen nemen van ingrijpende beslissingen om een praktijk over te nemen.

### 7.6.3 Aantrekkelijke kanten van de niet-curatieve vormen van beroepsuitoefening

- *Medisch-wetenschappelijke interesses.* Men heeft het bijvoorbeeld in de wetenschap gezocht, omdat hier bij het begin van de studie de grootste affiniteit lag, en soms al snel tijdens de opleiding assistentschappen vervulde.
- *Interesse in maatschappelijke achtergronden van gezondheid en gezondheidszorg:* sommigen vinden de zuiver medische benadering te beperkt en ontwikkelen een (o.a. wetenschappelijke) belangstelling voor de sociaal-geneeskundige benadering en werken in onderzoeksfuncties. Het volgen van de 'basiscursus sociale geneeskunde', waarin verschillende aspecten van dit vak aan de orde worden gesteld, wekken interesse in deze richting op. Een vergelijkbare belangstelling kan ook tot uiting komen in het willen werken in bestuurlijke en organisatorische functies, waar men de kans heeft beleid te ontwikkelen en op een grootschaliger manier aan de organisatie van de gezondheidszorg te werken.
- *Positieve ervaringen opgedaan in (tijdelijke) sociaal-geneeskundige functies of stages.* Er wordt bijvoorbeeld ontdekt dat het werken in de schoolgezondheidszorg aantrekkelijke kanten heeft; dat het prettig is om met kinderen te werken (soms speelt hier de niet gerealiseerde wens om kinderarts te worden op de achtergrond) en men gaat dit vak positief waarderen.
- Een niet-curatieve functie betekent vaak een *dienstverband*, en mogelijke *mobiliteit*. Soms speelt hier (zoals wij hierboven zagen) zonder meer de persoonlijke noodzaak van inkomen een rol, maar ook betekent een geregelde baan dat men de vrijheid heeft om (na enige tijd) te kunnen wisselen van baan of woonplaats of dat men geen zorgen heeft over de administratie van de een eigen praktijk.

- Het kunnen *werken met anderen in teamverband* met een duidelijke *overlegcultuur*. Deze opvatting wordt genoemd in contrast met de ervaring in curatieve beroepen. Sommigen hebben het als een verademing ervaren dat 'er naar je geluisterd wordt', dat er constructieve terugkoppeling plaatsvindt en wordt samengewerkt. Vanzelfsprekend zijn er ook allerlei overlegstructuren binnen de curatieve gezondheidszorg, maar de ervaringen daarmee zijn anders gekleurd (zie hiervoor de minder aantrekkelijke kanten).
- *Geprefereerde levensstijl*. Een niet-curatieve functie brengt doorgaans geen meer dan 40-urige werkweek of onregelmatige diensten met zich mee. Er kan part-time worden gewerkt, en een dergelijke functie valt te combineren met kinderen, een gezin of met tal van geheel andere activiteiten in de vrije tijd.
- De grotere mate van *vrijheid en verantwoordelijkheid*, het nauwelijks 'verantwoording hoeven afleggen', de 'mogelijkheid om te experimenteren', worden gezien als voordelen, in contrast met de curatieve beroepspectieven.

#### 7.6.4 De minder aantrekkelijke kanten van curatieve beroepspectieven

- *Ervaringen tijdens de medische studie*: de opgedane ervaringen zijn vanzelfsprekend wisselend. Vaak wordt enthousiast begonnen, en sommigen schetsen hun studie als een vanzelfsprekend verlopen geheel. Men is niet altijd met een duidelijk beeld van het beroep begonnen of met een zeer gerichte aspiratie een bepaald medisch beroep te gaan uitoefenen. Niet zelden ontstaat er tijdens de pre-klinische vakken teleurstelling. De negatieve aspecten van de studie vòòr de co-schappen worden o.a. omschreven als: 'interessante vakken, maar losse brokken zonder samenhang', te strak en te weinig gelegenheid keuzevakken uit andere richtingen te volgen, 'boekenwijsheid', 'syllabus-onderwijs, geen wetenschappelijke vorming', 'veel te technisch', 'te theoretisch', 'didactisch ongeschikte docenten', 'weinig feedback op praktische vaardigheden', etc.

- *Ervaringen met (co-)assistentschappen in ziekenhuizen.* In de kliniek krijgt men te maken patiënten en met wat men de medische *beroepssocialisatie* kan noemen: men wordt voor het eerst geconfronteerd met de onderlinge verhoudingen en omgangsvormen in het medische team. De motivatie stijgt voor sommigen, omdat voor het eerst het in de studie geleerde in de praktijk kan worden gebracht, en op patiënten kan worden toegepast en omdat er überhaupt voor het eerst met patiënten kan worden gesproken. Aan de andere kant worden door velen ook negatieve ervaringen genoemd: men voelt zich 'niet op de juiste plaats' in het ziekenhuis, bijvoorbeeld met de sterk hiërarchische taakverdeling (de 'pikorde'), soms doordat bij het verrichten van medische handelingen persoonlijke drempels moeten worden genomen. Voor sommigen is deze confrontatie zelfs dramatisch. De ervaring in de kliniek wordt beschreven met verwijzing naar de hoge mate van moeten 'werken onder stress', de 'hardheid' van de sfeer, het 'aan het eigen lot overgelaten worden' zonder noemenswaardige begeleiding van dit leren door 'vallen en opstaan'. Verder wordt gewezen op 'de alleswetende, soms arrogante specialist', en de sterk competitieve en misprijzende sfeer waarin de co-schappen (kunnen) verlopen: 'onzekerheden worden niet geduld en het wordt niet aangeleerd om te overleggen over zaken of om advies te vragen'. Enerzijds worden hoge eisen aan de kennis en vaardigheden van de nieuwkomer worden gesteld (men mag niet falen in de behandeling van patiënten), terwijl anderzijds geen enkele verantwoordelijkheid mag worden gedragen. Sommigen botsen met de uitsluitende 'orgaangerichtheid', wanneer zij vinden dat de manier van werken gericht moet zijn op 'de gehele mens'. De communicatie verloopt doorgaans eenzijdig in termen van 'opdrachten' en 'doen wat je opgedragen wordt'. Voor het leerklimaat houdt dit in dat er zelden constructieve, maar eerder negatieve persoonlijke feedback wordt gegeven, die door enkelen als zeer destructief is beleefd. Daarbij komt dat sommige vrouwelijke artsen bepaalde opleidingen beschrijven als 'mannenbolwerken', waarin bijvoorbeeld 'het maken van seksistische grappen aan de operatietafel' leidt tot een reactie van afkeer. De grote onvrijheid van langdurige diensten (voornamelijk binnen zitten) kan voor sommigen gaan opbreken, waarbij de 'enige privacy tijdens een dienst kan bestaan

uit het zich enige minuten terugtrekken op het toilet'. Daar staat tegenover dat anderen weer verwijzen naar de stimulerende 'saamhorigheid' die zich op afdelingen tijdens de diensten kan ontwikkelen, en waar men de beste herinneringen aan bewaart. Al de genoemde negatieve ervaringen met de kliniek hoeven overigens nog niet het afscheid van het curatieve beroep te betekenen: men besluit dan bijvoorbeeld liever huisarts te willen worden.

- *Ervaringen met toelatingsprocedures.* Door opleidingen worden eisen (cijfers, een test) gesteld voor de toelating. Maar er bestaan ook meer informele *drempels* met betrekking tot bijvoorbeeld de deelname van vrouwen aan betrokken opleiding. Bijvoorbeeld omdat er al kinderen waren of nog zouden kunnen worden verwacht. Maar ook omdat in bepaalde opleidingen (afdelingen) domweg een beleid bestond dat vrouwen hierin niet zouden worden toegelaten. Soms had men de grootste moeite dit te accepteren en zich daarbij uiteindelijk neer te leggen.
- *Een steeds duidelijker wordend, maar minder acceptabel beeld van curatieve beroepen.* Het solistisch moeten werken, het financieel moeten overnemen van een praktijk. Dit leidt tot een situatie waarin er enerzijds artsen zijn die zeer gefixeerd raken op geld, een huis, de praktijkgrootte, en anderzijds 'artsen die op een bijna aandoenlijke wijze' met patiënten bezig zijn. De lange werktijden in het ziekenhuis, de onzekerheid over de opleidingsplaats, de grote investeringsbereidheid om een opleidingsplaats te kunnen krijgen en te behouden, evenals de concurrentiesfeer doen afzien van de ambitie een vervolgopleiding te volgen. Maar ook fundamenteeler: sommigen raken teleurgesteld in hun idealen en zien dat het beroep een heleboel technische verrichtingen met zich meebrengt ('het is vooral high-tech in het ziekenhuis'), terwijl er met de patiënt vaak heel andere zaken aan de hand zijn en men eigenlijk op een andere manier had willen helpen. Men ervaart machteloosheid in het oplossen van (niet-medische) problemen waar mensen mee te maken hebben.

Soms koos men voor iets anders (de wetenschap) omdat in het 'patiëntenwerk' toch niet veel eer (wetenschappelijke reputatie) te behalen viel, enkele vakken uitgezonderd wellicht. Anderen ervaren dat men helemaal niet voor *gesprekken* met

patiënten wordt opgeleid. Soms leidt dat tot een voorkeur voor de huisartsenopleiding. Maar er zijn er ook die weer terugschrikken voor 'het eentonige en weinig niveau vereisende werk' in bijvoorbeeld de huisartsenpraktijk, maar ook in de specialismen: het vooruitzicht het gehele leven 'hetzelfde routinematige, simpele werk te moeten doen'. Men ziet 'weinig loopbaanmogelijkheden' voor een arts (in termen van kunnen veranderen van werkkring). Ook kan de frustratie een rol spelen dat het bij de curatieve beroepen 'alleen maar om de centen gaat' of dat het meeste geld toegaat naar de 'high-tech' geneeskunde.

- *Langdurige tropenervaring* maakte het vanzelfsprekend voortzetten van een curatieve loopbaan bij terugkomst in Nederland niet altijd mogelijk of gemakkelijk: bij het vinden van opleidingsplaatsen speelt die ervaring, ook al is die zeer uitvoerig, geen rol van betekenis, men diende dan eigenlijk 'van voren af aan te beginnen'. Intussen waren vroegere collega's uit de zelfde studieperiode dan reeds jaren gevestigd.
- *Ervaringen met de medische beroepsuitoefening*. Soms is een expliciet motief voor degene die al wat langer een curatief beroep uitoefent, de eigen loopbaan te verrijken met het doen van nevenactiviteiten (bijvoorbeeld regionale of landelijke bestuursfuncties; als docent; het verzorgen van lezingen e.d.) waardoor men ook eens wat anders kan doen dan 'het zien van dezelfde patiënten vanachter het bureau'. Hierbij speelt ook een rol dat het publiek veeleisender is geworden, en wordt gewezen op de recente publikatie over 'afgebrande' huisartsen (Van Dierendonck et al., 1992).
- Het *combineren van curatieve met niet-curatieve werkzaamheden* kan ten koste gaan van één van beide: de druk geen fouten te kunnen of mogen maken en van alle recente ontwikkelingen op de hoogte te zijn, forceert een keuze en doet de balans in de richting van niet-curatieve werkzaamheden doorslaan.

Tot zover een samenvatting van de belangrijkste door de 26 ondervraagde artsen genoemde ervaringen met het medisch-curatieve opleidings- en beroepsperspectief en met het veranderen naar niet-curatieve functie- of beroepsuitoefening.

## 7.7 Het huidige niet-curatieve werk

Onderzoeksvraag was: waaruit bestaat het huidige werk, welke vereisten brengt de functie met zich mee, en welke rol speelt de vooropleiding.

Op grond van het gespreksmateriaal is het niet mogelijk een volledig en nauwkeurig beeld te schetsen van de functies of beroepen die in deze kleine onderzoeksgroep vertegenwoordigd waren. Daarvoor zijn deze beroepen door te klein aantallen vertegenwoordigd.

Voor een bredere schets van kenmerken van de uitgeoefende functies verwijzen wij daarom naar wat het vragenlijstonderzoek heeft opgeleverd. Hetzelfde geldt wens voor bij- of nascholing: deze worden hier eveneens buiten beschouwing gelaten, omdat die bij de resultaten van de enquête aan de orde zijn gesteld.

Hier beperken wij ons tot korte schetsen van wat geïnterviewden hebben aangegeven met betrekking tot hun werk: wat de essentie ervan was, welke deskundigheden, vaardigheden of capaciteiten nodig zijn in dit werk, welke rol de medische opleiding hierin speelt. De schetsen hebben een impressionistisch karakter, geven dus beslist niet het volledige beeld van die functies, en dienen als illustratie van wat deze artsen hebben verteld over hun werk en de hiervoor benodigde vereisten.

Omdat van enkele functies slechts één persoon is gesproken, beperken wij ons hier tot die functies in de onderzoeksgroep die door enkele personen vertegenwoordigd waren.

In alfabetische volgorde:

*Bedrijfsarts.* Het werk kan bestaan uit een combinatie van bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige taken: keuringen, periodiek onderzoek, werkplekonderzoek, het maken van beleidsplannen en ARBO-jaarplannen; het geven van EHBO-cursussen in bedrijven, begeleiding van mensen bij ziekteverzuim.

Voor dit werk worden als vereisten gezien: kennis van belasting-belastbaarheid; kennis van wet- en regelgeving en een goed juridisch kader hebben; goed kunnen overleggen



met en adviseren van management van bedrijven: een visie kunnen presenteren over hoe een bedrijf bijvoorbeeld met een ziekteverzuimprobleem omgaat; op niveau van afdelingen of groepen kunnen denken in plaats van zuiver individueel; beleidsmatig kunnen denken en handelen, planmatig kunnen werken; kunnen onderhandelen; veel gevoel hebben voor organiseerprocessen, cultuur en managementstijl van de organisatie. De medisch-inhoudelijke kanten van het werk zijn niet ingewikkeld, maar de andere hierboven genoemde aspecten van deze functie vereisen veel aandacht.

*Jeugd(school)arts.* De essentie is vroege opsporing door middel van periodiek onderzoek van ontwikkelingsproblemen op medisch en psychosociaal vlak, en het verrichten van collectief-preventieve taken (contacten met scholen; onderzoek risicogroepen; gezondheidsvoorlichting; preventiebeleid).

Vereist hiervoor zijn: individu- én groepsggericht (collectief) kunnen denken. De juiste medische kennis hebben met betrekking tot kinderen; snel kunnen waarnemen: signalen oppakken en er iets aan doen; aan een complex van oorzaken kunnen denken, het gaat om een brede definitie van gezondheid waarin ook welzijn wordt bekeken; affiniteit met kinderen ('advocaat voor het kind') en goed kunnen luisteren naar en begeleiden van ouders en kinderen, dit vereist veel contactuele vaardigheid; weten wat er aan therapieën te koop is: de sociale kaart goed kennen om te kunnen doorverwijzen; kunnen analyseren en abstraheren en kunnen vertalen in beleidstermen; kunnen samenwerken en onderhandelen met andere instanties, verkopen van wat men doet ('profileren'); leiding kunnen geven aan verpleegkundigen, assistentes, maar ook aan scholen; vanuit een methodisch en systematisch collectieve benadering kunnen werken aan preventie, bijvoorbeeld door epidemiologisch onderzoek, gezondheidsvoorlichting. Hierbij ook marktgericht leren denken. De opleiding heeft ertoe bijgedragen in dit werk te kunnen functioneren door kennis te krijgen van wetgeving, maatschappelijke structuren, en bijvoorbeeld van het vak ontwikkelingspsychologie.

*Leidinggevend.* De kern van het werk is: onderling afstemmen en coördineren van allerlei werkzaamheden; de samenwerking stimuleren; prioriteiten kunnen stellen en

knopen doorhakken; nieuwe producten ontwikkelen en organiseren en uitvoeren van de marketing en promotie; nieuw beleid initiëren en sturen; kwaliteitsbewaking; in besturen zitten; veel vergaderingen bijwonen en hiervoor stukken lezen en beoordelen; onderhouden van veel individuele contacten in de organisatie; formuleren en schrijven van nota's en beleidsplannen; projecten leiden.

Vereist hiervoor zijn vooral managementvaardigheden, zoals veel geduld hebben: het vermogen om niet primair te reageren; knopen kunnen doorhakken; volgens procedures kunnen werken; kunnen overtuigen en stimuleren; kunnen communiceren en vertrouwen kunnen winnen; veel contacten kunnen onderhouden; een goed gevoel voor organisatorisch draagvlak ontwikkelen; vergadertechniek; conflicthantering en onderhandelen; financieel management: budgetten kunnen opstellen; kennis van organisatorische en bestuurlijke structuren in de gezondheidszorg; wet- en regelgeving; kennis van organisatieleer: weten hoe organisaties werken.

Het vereist een geheel andere attitude of instelling: het is vooral het op langere termijn kunnen werken, de grote lijnen in de gaten kunnen houden.

De medische achtergrond speelt een belangrijke rol in deze leidinggevende functies (bijvoorbeeld doordat het de communicatie vergemakkelijkt of door kennis van de gezondheidszorg), hoewel ook andere disciplines dergelijke functies vervullen. Soms wordt de theoretische achtergrond van 'management' gemist, en heeft men daar een opleiding (bedrijfskunde) of nascholing voor gevolgd.

*Universitaire docent/onderzoeker.* Het werk kan bestaan uit: geven van onderwijs, doen van onderzoek, organiseren van nascholingsactiviteiten, coördinerende taken (co-schappen organiseren bijv.), aan commissies deelnemen.

Benodigd hiervoor zijn, bijvoorbeeld voor het doen van onderzoek: een wetenschappelijke grondhouding, d.w.z. nieuwsgierigheid naar hoe dingen werken. Onderzoekservaring krijgt men door het te doen. Verder is kennis van statistiek noodzakelijk en weten hoe computers werken.

Voor het geven van onderwijs is spreekvaardigheid nodig en het kunnen omgaan met (begeleiden van) onderwijsgroepen. Taalvaardigheid is vereist bijvoorbeeld voor het

construeren van toetsvragen. Inhoudelijke kennis is vanzelfsprekend nodig voor de gebieden waarop men onderwijs geeft of onderzoek doet. Voor studenten kan het een voordeel zijn wanneer men zelf uit de praktijk komt. Van groot belang is vooral affiniteit met het geven van onderwijs.

Voor andere taken (commissies, onderwijsorganisatie) dient men te kunnen organiseren en beleidsmatig te kunnen denken.

*Verzekeringsgeneeskundige.* Het werk bestaat uit: met cliënten werken tijdens ziekteverzuim-sprekuren. Hierbij dienen in korte tijd nauwkeurige beslissingen te worden genomen waarbij, wanneer het gaat om claimbeoordelingen, conflicten voor het oprapen liggen. De complexiteit en het afwisselende van het werk maken het interessant.

Vereist hiervoor zijn: medisch-diagnostische vaardigheden en kennis van arbeidssituaties in onderlinge relatie; een scherpe blik hebben: analyseren van somatische en psychische achtergronden; beslisvaardig kunnen optreden, contactuele vaardigheden: goed kunnen luisteren, empathisch vermogen, hulpvraag duidelijk krijgen (bij cliënt); grote mate van tact hebben; kunnen samenwerken; kunnen hanteren van conflicten; dit ook in de richting van werkgevers en curatieve sector: duidelijk standpunten kunnen overbrengen; wetskennis; juridisch kunnen denken; veranderde denktrant (geen accent meer op diagnose en prognose, maar op functiebeperkingen) en kunnen werken op basis van intuïtie en 'fingerspitzengefühl'; als regisseur voor reïntegratie kunnen optreden tussen cliënt, werkplek, werkgever en curatieve sector.

Voor deze functie is een arts wettelijk noodzakelijk, hoewel daar ook aan wordt getwijfeld, omdat men bij veel problemen (arbeidsconflicten) niet meer op de stoel van de arts zit.

De artsenopleiding brengt diagnostische vaardigheden met zich mee. Veel wordt door ervaring geleerd, sommige dingen zijn niet in een opleiding of training te leren zoals het opbouwen van contacten met werkgevers of de curatieve sector. Dat kost tijd. Wel wordt bijscholing gevolgd (conflictbeheersing), of de opleiding tot verzekeringsgeneeskundige die bij sommige werkgevers verplicht is. Er is bijscholingsbehoefte, met name aan supervisie en persoonlijke feedback van iemand die 'meekijkt'.

## 7.8 De beeldvorming van curatieve en niet-curatieve beroepen

Ter afsluiting van de vraaggesprekken is gesproken over de relatie tussen de curatieve en niet-curatieve beroepen: de beelden die over en weer bestaan, de manier waarop de samenwerking eventueel verloopt, e.d. Voor de meeste geïnterviewden was dit een onderwerp dat duidelijk appelleerde, voor enkele anderen niet.

Wij beschrijven de relatie en beeldvorming tussen beide, nu aan de hand van de uitspraken van de geïnterviewde artsen gegroepeerd onder een aantal trefwoorden.

### *Rangorde*

De meesten zijn zich meer of minder expliciet bewust van een duidelijke rangorde in de medische beroepen. Het betreft hier een *hiërarchie van status of prestige*, waarin de curatieve vakken bovenaan staan en de niet-curatieve (bijvoorbeeld sociaal-geneeskundige) beroepen of functies onderaan. De eersten zijn veel meer medisch-technisch aan het werk, zij worden gezien als de 'sterken'; de niet-curatieven werken niet aan behandeling, maar vanuit meerdere invalshoeken aan gezondheidsproblematiek, waarbij zij te maken krijgen met maatschappelijke en psycho-sociale factoren. De laatsten worden gezien als de 'slappelingen' omdat zij niet behandelen, of als 'papieren dokters' (vooral met beleid bezig) of 'dokters die voor papierwerk zorgen' als zij met de curatieve artsen moeten samenwerken.

Deze rangorde lijkt samen te hangen met twee zaken: a) dat dokters uit de kliniek veel vaker *in directe zin iets kunnen betekenen* voor mensen die om hulp vragen ('witte jassen-romantiek'), zij oogsten veel meer erkentelijkheid hiervoor dan de niet-curatieve beroepen, deze laatsten krijgen veel *indirecter feedback* op hun inspanningen, zo die er ooit komt; en b) het gegeven dat binnen de gezondheidszorgbudgetten veel meer geld aan de curatieve gezondheidszorg wordt uitgegeven dan aan bijvoorbeeld sociaal-geneeskundige zorg en preventie. Het laatste hangt met het eerste samen.

Er is sprake van competitie in het belang en prestige dat aan het werk wordt toegekend. De ervaren mindere plaats die aan niet-curatief werk kennelijk wordt toegeschreven, wordt bijvoorbeeld gecompenseerd met een uitspraak als 'De gezondheidswinst geboekt

door de curatieve sector staat, vergeleken met de preventie, niet in verhouding tot het geld dat eraan wordt uitgegeven'.

### *Erkenning*

Samenhangend met wat beschreven is over het bestaan van een rangorde is het ervaren van erkenning of miskennis. Dit is een gevoelig punt voor een aantal artsen die volledig niet-curatief zijn gaan werken. Zij voelen zich miskend door reacties van collega's uit de curatieve sector als 'Wil je dan geen echte arts worden?'. Men hoort er als niet-curatief arts kennelijk niet meer bij, d.w.z. bij de groep artsen die het echt spannende, belangrijke werk doen, en eer behalen aan het helpen van mensen. Dat er subtiele grenzen tussen groepen worden getrokken blijkt heel treffend uit een ervaring van een arts-beleidsmedewerker. Wanneer deze individueel in gesprek ging met een aantal curatieve artsen, werd hij gezien als een 'ambtenaar', maar als hij vergezeld van andere, niet-medische, deskundigen een vergelijkbare bespreking had, was hij toch 'de collega' (één van 'ons artsen').

### *Onbekendheid en onkunde*

De geïnterviewden vinden de curatieve artsen sceptisch en ongenueanceerd in hun mening en constateren dat er kennelijk veel onbekendheid en onkunde is over wat die niet-curatieve beroepen precies inhouden. Het lijken gescheiden werelden te zijn. De artsen die wij spraken noemden soms bepaalde stereotiepe beelden over niet-curatieve artsen. Ook zelf heeft men soms stereotiepe beelden van curatieve artsen, maar ook het riskante van stereotypen wordt genoemd: sommigen zijn in de loop van de tijd gaan nuanceren, niet iedereen is over één kam te scheren, er blijken grote verschillen te zijn.

### *Veranderende beelden?*

Zoals reeds is geconstateerd was het onderwerp van de relatie tussen de curatieve en niet-curatieve beroepen niet voor iedereen een problematisch gegeven. Hierin kan een rol spelen: de leeftijd en de hoeveelheid werkervaring van betrokkenen. Hoe langer men werkt en men een netwerk van contacten heeft gevormd, hoe beter men

vertegenwoordigers van diverse sectoren kent en daarmee op bevredigende wijze samenwerkt.

Sommigen rapporteren wel degelijk ook goede ervaringen en menen dat het een tijdverschijnsel is: bij jongere curatieve collega's lijkt deze miskennis minder aanwezig te zijn. Bij oudere collega's in de behandelende sector moet echter vaak een heleboel uitgelegd worden (sommigen lijken te denken dat sociaal-geneeskundigen geen arts zijn), waardoor men defensief gaat reageren.

### *Samenwerking curatief vs. niet-curatief*

Naast problemen in de samenwerking, worden voorbeelden genoemd van goed verlopende samenwerking, waarbij deskundigheden uit beide hoeken elkaar juist aanvullen.

Waar stereotypen bestaan kan dit echter leiden tot problemen in de informatie-uitwisseling tussen behandelende en niet-behandelende artsen. Niet alleen omdat er stereotiepe beelden bestaan, maar ook omdat er verschillende belangen in het geding kunnen zijn (met betrekking tot een besproken cliënt) tussen een behandelend arts en bijvoorbeeld een verzekerings-geneeskundige. Hierin kunnen gemakkelijk domeinkwesties en 'vrees voor pottenkijkers' een rol spelen, vooral wanneer gegeven adviezen op gespannen voet met elkaar staan. Aan de andere kant bestaat ook het besef dat er wel móet worden samengewerkt om te voorkomen dat men voor het karretje van de cliënt gespannen wordt (bij verzekerings-geneeskundige kwesties).

Behandelende artsen ziet men als vaak te zeer geabsorbeerd door het eigen werk om echt aandacht te kunnen opbrengen voor bijvoorbeeld de vragen die een verzekeringsgeneeskundige stelt, of voor de plannings- of strategische aspecten van de ziekenhuisorganisatie of wanneer de medewerking wordt gevraagd aan een onderzoek in huisartsenpraktijken mee te werken.

Het is duidelijk dat van niet-curatieve artsen in dit soort gevallen inspanning wordt gevergd om allerlei zaken te verduidelijken, uit te leggen. Er is niet altijd sprake van een vanzelfsprekende acceptatie.

### *Hand in eigen boezem*

Samenhangend met het vorige, wordt de hand wel degelijk ook in eigen boezem gestoken: er moet wat aan de presentatie worden verbeterd. Maar dat wordt ook als lastig ervaren: het eigen werk (bijvoorbeeld in de preventie) wordt als minder zichtbaar gezien, het is minder in getal uit te drukken, en het werk vindt vaak niet op verzoek van betrokken cliënten plaats zoals in curatief werk. Dit kan alleen maar de verdedigende houding versterken, en bevordert de communicatie niet.

Overigens heeft men de ervaring dat een open opstelling t.o.v. de curatieve sector positief wordt ontvangen.

### *Achtergronden*

Eén der achtergronden van deze waargenomen verschillen in status zou zijn het feit dat er op een gegeven moment een groot overschot aan artsen is ontstaan, waardoor selectie en loting diende plaats te vinden, en artsen wel moesten afvallen, ook al was hun ambitie nog zo sterk om een curatief vak te gaan uitoefenen (zie ook de enquêteresultaten). Toen ontstond er vanzelf een categorie die een tweede keus moest maken, met alle gevolgen zoals die hier beschreven staan. Medisch studenten zien sociale geneeskunde vaak als tweede of derde keus (volgens een geïnterviewde docent). Men leert primair voor behandelend arts, daar is de opleiding in principe op gericht, hoewel de sociaal-geneeskundige stageperiode wel vaak als 'eye-opener' kan werken, ook als die wordt gekozen als overbrugging naar een opleidingsplaats.

Dit alles neemt niet weg dat een aantal artsen uit pure interesse een niet-curatieve richting (wetenschap; sociale geneeskunde) heeft ingeslagen, zoals wij hierboven bij de weergave van loopbaan motieven hebben gezien.

## 7.9 Nabeschuwing

De verzamelde kwalitatieve gegevens blijken in grote lijnen ondersteuning te bieden voor de inhoud van de in de enquête gebruikte loopbaanuitspraken en de gevonden factoren. Met de interviews is er veel meer duidelijkheid en nuancering aangebracht in de werkelijke achtergronden van hoe opleidings- en loopbaantraject kunnen verlopen. De gegevens over de reacties op de loopbaanuitspraken uit de enquête geven een beeld van de manier waarop die gespreid zijn.

De hier zojuist gepresenteerde gegevens bieden een diepgaand, maar geschakeerd beeld: de ervaringen opgedaan met de curatieve opleiding en beroepskeuze kunnen heel verschillend zijn.

De verschillende thema's in het interviewmateriaal konden onder vier gemeenschappelijke noemers worden samengevat.

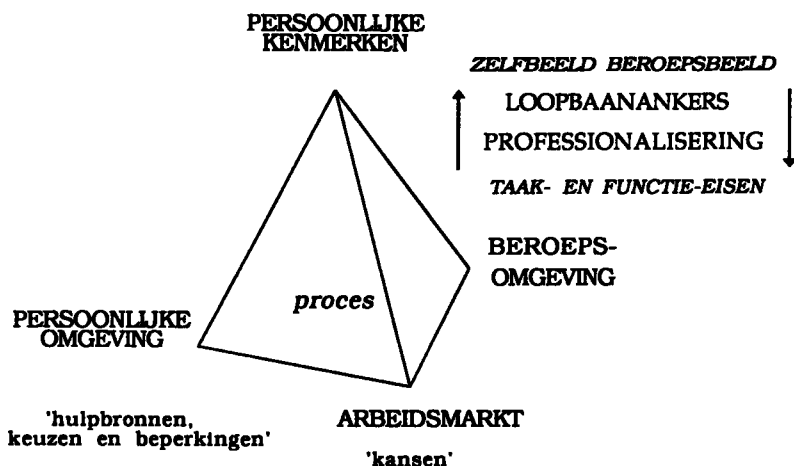
Vooraf hebben wij gesteld dat de ontwikkeling in een loopbaan als een dynamisch proces moet worden gezien van vele in onderlinge wisselwerking staande factoren. De resulterende '*loopbaan*' is een traject dat een persoon (loopbaanvolger) binnen een organisatie of tussen organisaties in het werkende bestaan doorloopt (Boerlijst & Aite-Peña, 1989). Het is niet gemakkelijk in ons interviewmateriaal 'karakteristieke loopbaanpatronen' te ontdekken, wanneer het gaat om individuele loopbanen. Daarvoor is het gespreksmateriaal ook te gering in omvang, en te divers. De betreffende vraagstelling hierover kunnen wij niet beantwoorden. Wel is een aantal factoren benoemd dat van invloed is geweest, althans in de perceptie van geïnterviewden. Enkele hiervan worden bevestigd door de enquête, evenals in de spreiding der opinies: krappe opleidings- en arbeidsmarkt, selectieve opleidingen, negatieve ervaringen tijdens de opleiding, een veranderd belangstellingsprofiel en geprefereerde levensstijl.

Als wij tot slot van het onderzoeksmateriaal abstraheren en dit plaatsen in het kader van een model waarmee ontwikkelingen in loopbanen beschreven kunnen worden, komen wij tot een volgende schematische weergave:



Figuur 7.1 Loopbaanproces

## LOOPBAAN-PROCES



In dit model gaat het om vier groepen variabelen:

1. de *beroepsomgeving* van de loopbaanvolger: de gevolgde opleiding en scholing; de socialisatie tot beroepsbeoefenaar zowel in de opleiding als binnen de professionele werkomgeving en organisatiecultuur;
2. de *arbeidsmarkt* waarop de loopbaanvolger voor zijn beroep en werk is georiënteerd: kansen op banen; diversiteit in mogelijke functies;
3. de *persoonlijke omgeving* van de loopbaanvolger: diens sociaal-culturele achtergrond en huidige context van relaties: partner, ouderschap, gezinssituatie;
4. de *persoonlijke kenmerken* van de loopbaanvolger: de ontwikkelingsgeschiedenis van de loopbaanvolger en de actuele levensfase waarin deze zich bevindt; verder de persoonlijke eigenschappen als capaciteiten, vermogens, interesses en motivatie.

Met name zijn gegevens over de wisselwerking tussen kenmerken van de persoonlijke omgeving en de kenmerken van de beroepsomgeving (opleidings-, werksituatie) verzameld. Die betreffen de wijze waarop artsen tijdens de opleiding en de eerste periode van

hun werk tot het (curatieve) beroep worden gesocialiseerd, waarbij door een leerproces ondervonden wordt of zelfbeeld en beroepsbeeld bij elkaar passen.

Tijdens de medische studie vindt confrontatie plaats met de beroepscultuur (waarden, regels) en met de eisen die het gaan uitoefenen van het medische beroep stelt. Loopbaanankers worden gevormd, door ervaringen binnen de studie maar ook daarbuiten, door een nevenstudie of het verrichten van geheel andersoortige werkzaamheden of activiteiten. (Een loopbaananker, 'career anchor' (Schein, 1978) is het besef en vertrouwen dat een persoon door ervaring opbouwt over de eigen vermogens, motieven, attitudes, behoeften en waarden.) Dit anker gaat een rol spelen in geprefereerde werkzaamheden of functies. Na afloop van het examen tot basisarts vindt confrontatie plaats met de feitelijke mogelijkheden en kansen om daadwerkelijk in dit beroep terecht te komen of om een vestigingsplaats te vinden.

Daarbij mag de invloed van de persoonlijke omgeving (leeftijd; gezinssituatie) en van de arbeidsmarkt niet worden onderschat.

## 8. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Op grond van de verschillende gegevens uit de drie onderdelen van het onderzoek, worden nu de voornaamste conclusies getrokken. Tevens zullen daarbij suggesties voor verder onderzoek worden gedaan. Tot slot zullen wanneer dat van belang is aanbevelingen worden gedaan.

De volgende conclusies kunnen worden getrokken over *volledig niet-curatief werkzame artsen*, de categorie waar het in dit onderzoek in hoofdzaak om begonnen was (voor een kort resumé gegevens over partiel niet-curatieve artsen zie men hoofdstuk 6 en de beschrijving in Bijlage 3).

1. Het onderzoek heeft een zowel kwantitatief als kwalitatief 'groepsportret' opgeleverd op grond waarvan een toekomstig opleidingsbeleid voor niet-curatieve artsen (w.o. artsen werkzaam in sociaal-medische en preventieve werkgebieden) kan worden onderbouwd: de belangrijkste functiecategorieën en categorieën van instellingen konden worden vastgesteld.
2. Wat betreft de drie vraagstellingen (aantallen niet-curatieve artsen, welke functies, welke kenmerken, welke functiegroepen) heeft dit onderzoek het volgende opgeleverd. Op grond van bestaande statistische bronnen kon slechts een globale schatting worden gemaakt van een boven- en ondergrens voor aantallen niet-curatief werkzame artsen. Deze grenzen werden geraamd op minimaal 5600 en maximaal plm. 13.500 artsen. De statistische bronnen zijn om enkele redenen niet geheel compleet en actueel, met name waar het gaat om vervulde functies.

Met een korte enquête onder een a-selecte steekproef van 10% uit een adressenbestand actieve artsen (de respons hierop was ruim 76%), konden proporties curatieve en niet-curatieve artsen worden vastgesteld. Op grond van deze respons en rekening houdend met bepaalde betrouwbaarheids-intervallen mag op grond van de gevonden percentages het aantal curatieve artsen geschat worden op 22.570 (63.58%), het aantal curatieve artsen met deels niet-curatieve werkzaamheden op 3660 (10.31%) en het aantal volledig niet-curatieve artsen op 9270 (26.12%), een

aantal dat vrijwel exact valt tussen de geschatte boven- en ondergrens en dat een bevestiging is van vooraf zo nu en dan geformuleerde vermoedens. Een op de vier artsen werkt dus als niet-curatief arts!

De (partieel en volledig) niet-curatief werkzame werden benaderd met een vragenlijst (de respons hierop was 86.75%). Dit leverde gegevens op (over gerapporteerde functies, instellingen of organisaties, leeftijd, geslacht, aanstellingspercentages, etc.)

3. De volgende conclusies laten zich trekken over de kenmerken van de categorie *volledig* niet-curatieve artsen: de onderzoeksgroep als geheel is betrekkelijk jong (57% jonger dan 41 jaar), ruim de helft heeft sinds 1981 artsexamen gedaan. Ruim 78% heeft minder dan 6 jaar curatieve ervaring opgedaan, hetgeen betekent dat mag worden geconcludeerd dat het merendeel niet eerst een loopbaan als huisarts of specialist heeft gevolgd. Een 65% werkt minder dan 11 jaar in een niet-curatieve functie. Dit beeld van niet-curatief werkende artsen wijkt af van het stereotiepe beeld van niet-curatieve artsen als medici die *na een curatieve praktijk op latere leeftijd* een tweede loopbaan beginnen. Oorzaken hiervoor kunnen gevonden worden in enerzijds de grote uitstroom van gediplomeerde basisartsen in de laatste tien jaar, en de beperkte opleidingsmogelijkheden (uitlotings- en selectieprocedures), een constatering die wordt ondersteund door wat de in dit onderzoek geënquêteerde en geïnterviewde artsen hierover hebben gemeld. Anderzijds was er een kennelijk groeiende arbeidsmarkt voor niet-curatieve functies, waarbij gedacht kan worden aan een toename van arbeidsplaatsen voor bedrijfs- en verzekeringsartsen, en voor onderzoekers (aio's) aan universiteiten.
4. De 8 relatief grootste subcategorieën op grond van 'gerapporteerde 1e functies' onder de volledig niet-curatieve artsen (bij elkaar vertegenwoordigen zij 88%) zijn: de *adviserend geneeskundigen*, de *bedrijfsartsen*, de *consultatiebureau-artsen*, de *docenten*, de *jeugdartsen*, de *leidinggevenden*, de *onderzoekers* en de *verzekeringsartsen*. In de resterende groep treffen wij functies aan als medisch

milieukundige, inspecteur, verslavingsarts, keuringsarts, stafarts, arts in een bestuur of beleidsgroep of commissie, etc.

Wanneer gekeken wordt naar de organisaties en instellingen waar men werkt is de omvangrijkste categorie die van de gemeentelijke of regionale (*basis*)gezondheidsdiensten (16.4%); daarna in afnemende omvang de *bedrijfsverenigingen* (16.1%), de *universiteiten en academische ziekenhuizen* (13%), de *verenigingen voor thuiszorg* (12.3%), de *bedrijfsgezondheidsdiensten* (11.6%) en tenslotte de *2e lijnsgezondheidszorg* (8.2%).

In de gehele onderzoeksgroep is ruim 55% man en ruim 44% vrouw. Die verhouding tussen de seksen is echter voor bepaalde functie-categorieën afwijkend: met name bij consultatiebureau-artsen en jeugdartsen zien wij een overgrote meerderheid vrouwen. Onder bedrijfsartsen zijn relatief het minst vrouwen.

5. De vraag is of bovengenoemde cijfers nu een indicatie geven van een maatschappelijke behoefte aan bepaalde soorten functies, door artsen vervuld. Die vraag is op grond van dit materiaal strikt genomen niet te beantwoorden. Het in meer of minder grote getale aanwezig zijn van artsen in uiteenlopende niet-curatieve functies geeft echter een indicatie dat hiervoor kennelijk een ruime markt bestaat. Wanneer wij kijken naar de antwoorden op de vraag over het vereist-zijn van de medische bevoegdheid (basisartsdiploma) voor de niet-curatieve functie die men vervulde, reageert hier slechts een klein percentage ontkennend op. De bevestigende antwoorden krijgen veel hogere percentages, met name wanneer het de 'kennis van een arts' betreft (71%), maar daarnaast 'voor informatie-uitwisseling met andere artsen' (45.2%) en 'voor onderzoek van patiënten / cliënten' (48.3%). Dat een arts voor de functie werd gevraagd werd door 42.7% aangegeven. Echter het zijn allemaal artsen die op deze vraag hebben gereageerd. Een onderzoek van geheel andere opzet zal nodig zijn om de vraag te kunnen beantwoorden naar de maatschappelijke, institutionele behoeften aan artsen in niet-curatieve functies: ook beleidsinstanties en werkgevers dienen te worden betrokken in de beantwoording van die vraag.

6. Loopbaankeuzen komen op uiteenlopende wijzen tot stand. Voor de factoren die hierop van invloed zijn, beschikken wij over gegevens uit de enquête en uit de interviews. Meer dan de helft zegt bewust voor een niet-curatieve loopbaan te hebben gekozen, en ruim 70% zegt vanuit interesse voor de preventieve en maatschappelijke aspecten van ziekte en gezondheidszorg deze keus gemaakt te hebben. Hier zijn echter ook artsen bij die vanuit een negatief gekleurde ervaring met de medische opleiding en beroepsuitoefening een andere belangstelling hebben ontwikkeld: dit aspect blijkt samen te hangen met de toegenomen interesse voor preventieve en maatschappelijke aspecten van ziekte en gezondheid. Daarnaast zijn er vanzelfsprekend artsen die de niet-curatieve werkkring niet als hun eerste keus beschouwen. Verschillende externe factoren spelen hier een rol: onvoldoende opleidingsplaatsen, selectieprocedures, geen curatieve baan kunnen vinden. Maar tegelijkertijd kunnen hierbij (bijvoorbeeld het solliciteren naar opleidingsplaatsen) de leeftijd of omstandigheden van persoonlijke aard (aangaan van relaties; ouderschap) een rol gaan spelen, en dwingen een niet-curatieve baan te vinden. Hoewel de mate van tevredenheid met de huidige functie voor de gehele onderzoeksgroep behoorlijk hoog is (ruim 89% acht zich over het geheel redelijk of goed te zitten in het werk) is dat voor deze artsen minder het geval.

De (werk)belasting die curatieve beroepsuitoefening met zich meebrengt is een factor die met name voor vrouwen relatief sterker van betekenis is, hoewel dit ook voor mannen heeft gespeeld. Tenslotte heeft voor een aantal personen het te beperkte loopbaanperspectief van het curatieve beroep (geringe mogelijkheid tot mobiliteit bijvoorbeeld) als overweging gegolden om een niet-curatieve functie te zoeken.

Uit de interviews bleek een viertal gemeenschappelijke noemers in de factoren die van invloed werden geacht op de loopbaan: *maatschappelijke omstandigheden* (bijvoorbeeld gering aanbod van opleidingsplaatsen, en verschuivingen in de gezondheidszorg zoals toenemende vraag naar artsen), *persoonlijke factoren en omstandigheden* (zoeken naar maatschappelijke zekerheid; persoonlijke relaties), *de aantrekkelijke kanten van niet-curatieve beroepsuitoefening* (maakt andere

levensstijl mogelijk; wetenschappelijke affiniteit; maatschappelijke achtergronden gezondheid(szorg) en de *niet-aantrekkelijke kanten van curatieve beroepsuitoefening* (negatieve ervaringen opgedaan tijdens de medische studie en tijdens co-schappen; toelatingsprocedures opleidingen; onregelmatige werktijden).

De gegevens uit de interviews bevestigen in grote lijnen de loopbaanoverwegingen die in de vragenlijst waren opgenomen. Met de gegevens uit de enquête weten wij iets over de spreiding van reacties op de verschillende soorten overwegingen. Daarnaast lijkt het van belang een vergelijkend onderzoek te doen onder artsen die dezelfde of juist andere ervaringen hebben opgedaan maar die hun loopbaan verder in de curatie hebben gezocht en gevonden.

7. De volgende conclusie betreft het adequaat geschoold zijn voor het *niet-curatieve werk*: de volledig niet-curatieve artsen als geheel beschouwd achten zich voor iets minder dan de helft voor *bepaalde werkzaamheden (nog) niet adequaat* geschoold en ongeveer 43% acht zich adequaat tot uitstekend geschoold voor het niet-curatieve werk. Degenen met een sociaal-geneeskundige registratie achten zich relatief vaker adequaat geschoold.

Meer dan 60% van de gehele onderzoeksgroep zegt op dit moment 'enigszins' concrete behoefte te hebben aan bijscholing voor facetten van het werk, en ruim 10% een 'sterke' behoefte. Uit dit onderzoek kan echter niet worden geconcludeerd dat dit relatief hoge percentages zijn, cijfers ter vergelijking ontbreken. Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat dit soort percentages ook bij andere beroepsbeoefenaren worden gevonden. Maar de cijfers zijn niet te veronachtzamen.

De term 'opleidingsbehoefte' is bij nader inzien wat onduidelijk. Het zo nu en dan volgen van bij- of nascholing is immers ook 'bon ton' en bij anderen wordt een opleiding (halen registratie) zelfs verplicht gesteld: men kan dus extrinsiek gemotiveerd zijn.

Dit onderzoek heeft in ieder geval wel een peiling opgeleverd van op welke terreinen bij-/nascholingsbehoeften liggen: de grootste categorie betreft niet-medische onderwerpen (84%), waarbij met name bedrijfskunde en management

opvallen. Maar ook op het medische (33.7%) en sociaal-medische gebied (24.3%) bestaan scholingsbehoeften.

Vervolgonderzoek is hier noodzakelijk: met name naar gedetailleerde kenmerken van taken en functies om daarmee functie- en opleidingsprofielen op elkaar af te stemmen. Dit onderzoek zal onder de uit dit onderzoek resulterende functiecategorieën kunnen plaatsvinden, en longitudinaal moeten plaatsvinden om verschuivende functie-eisen te kunnen registreren. Daarbij zal met name gebruik moeten worden gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. De vragenlijstmethode is daarvoor minder geschikt, een constatering die door een literatuurverkenning wordt ondersteund.

8. Tot slot enkele conclusies over de waargenomen relatie tussen curatieve en niet-curatieve artsen. Uit de interviews komen de volgende elementen naar voren: het bestaan van een duidelijke rangorde ('pecking order') in prestige tussen curatief en niet-curatief en binnen de verschillende beroepen. Hiermee samenhangend voelen niet-curatieve artsen zich miskend. Belangrijker is de ervaring met de grote mate van onkunde en onbekendheid met niet-curatieve beroepen die men waarneemt bij vertegenwoordigers van de curatieve beroepen. Deze onbekendheid herinnert men zich vaak ook nog wel uit de tijd dat men zelf nog curatief werkzaam was of op een curatief beroepsperspectief was georiënteerd. Deze onbekendheid kan een negatief effect hebben op de samenwerking tussen niet-curatieve artsen en hun curatieve collega's, en extra inspanning vergen zich zeer duidelijk te presenteren. Omgekeerd lijkt dat minder nodig. Wanneer men langere ervaring heeft lijkt dit nadeel echter te verdwijnen, omdat men (in de functie) in een netwerk bekendheid verwerft.

Tot slot enkele aanbevelingen. Vervolgonderzoek is nodig:

- a. om een longitudinaal beeld te vormen van ontwikkelingen in diverse vormen van medische beroepsuitoefening buiten (wellicht ook binnen) de curatie. Een voorbeeld van een dergelijke aanpak is het herhaalde onderzoek van het Koninklijk Instituut



van Landbouwkundig Ingenieurs (Bos-Broers, 1992). Deze herhaalde aanpak is te meer noodzakelijk, wanneer men de eisen van beroepsuitoefening en -opleiding wil laten aansluiten bij ontwikkelingen in de volksgezondheid en bij maatschappelijke / politieke veranderingen in het stelsel van de gezondheidszorg (zie bijvoorbeeld de verschuivingen t.g.v. de WAO-discussie en t.g.v. de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid). Een longitudinale aanpak vereist echter een stevig draagvlak van verschillende beleidsinstanties en een aanzienlijke investering op langere termijn;

- b. naar wat de intrinsieke en extrinsieke achtergronden van opleidingsbehoeften en opleidingsnoodzaak zijn;
- c. om de omvang en verspreiding van negatieve beeldvorming en de effecten hiervan op de samenwerking tussen curatieve en niet-curatieve collega's vast te stellen. Hier ging het immers om een verkenning onder een klein aantal a-select gekozen artsen dat bereid was aan een interview mee te werken.

Duidelijk is wel dat hier iets aan zou kunnen worden gedaan. Met name vanwege het belang dat gehecht moet worden aan adequate samenwerking tussen de curatieve en niet-curatieve sector. De medische opleiding is in principe, maar ook feitelijk op curatieve beroepsuitoefening georiënteerd en verschaft slechts marginale informatie over niet-curatieve medische beroepen terwijl een kwart van alle artsen uiteindelijk in niet-curatieve functies werkzaam is.

Het verdient daarom aanbeveling de beroepsoriëntatie binnen de medische opleiding zo mogelijk te richten op het gehele scala van functies en beroepen waar artsen in kunnen werken. Daarmee kan worden voorkomen dat die functies en beroepen worden beschouwd als een restcategorie. Voor de professionele ontwikkeling en uitoefening van die beroepen of functies is dat nadelig.

Tevens bevordert men hiermee dat artsen-in-opleiding hun persoonlijke affiniteiten en vaardigheden met betrekking tot mogelijke beroepen gemakkelijker en in een vroeger stadium kunnen uittesten.

## **BEGELEIDINGS-COMMISSIE Onderzoek Artsen buiten curatie (ABC)**

Het onderzoek werd begeleid door een commissie waarin verschillende deskundigen en belanghebbende instanties vertegenwoordigd waren, en bestond uit de volgende personen:

**prof. dr. J.G. Boerlijst**, hoogleraar Sociaal-wetenschappelijke aspecten van het functioneren van Organisaties, Universiteit Twente

**S. Buma**, sociaal-geneeskundige, hoofd Afdeling Organisatie Bedrijfsgezondheidszorg, Directoraat-Generaal voor de Arbeid, Ministerie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid

**W.P.M. Dols**, sociaal-geneeskundige, hoofd Afdeling Onderwijs NIPG-TNO

**prof. dr. A.H.M. Kerkhoff**, hoogleraar Bouw en werking van de Gezondheidszorg, Universiteit Twente

**Mr. P.J.W.M. de Kroon**, hoofd Afd. Medische Beroepen en Opleidingen, Ministerie van WVC

**A.L.J.E. Martens**, arts, directeur Landelijke Vereniging voor Sociaal-geneeskundigen

## LITERATUUR

ALGERA JA. Taakkenmerken. In: Drenth PJD, Thierry HK, Wolff C de, red. Nieuw handboek arbeids- en organisatiepsychologie. Afl. 2 1989. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1988.

ALLEN I. Doctors and their careers. London: Policy Studies Institute, 1988.

BERG SA van den, DAVIDSE W, RIJSSENBEEK APPM. Beroeps-uitoefening door niet-curatieve artsen. Voordracht Gezond Onderwijs Congres, Ned. Vereniging Medisch Onderwijs. Veldhoven, 12-13 november 1992.

BERG SA van den. Niet-curatief werkende artsen: het analyseren van taken, functies, beroepen. In: Vleuten CPM van der, Scherpbier AJJA, Pollemans, MC. Gezond Onderwijs - I. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.

BIGGELAAR S van den, LIBREGTS, F. LVSG: onbekend maakt onbemind. Projectverslag in opdracht van de LVSG in het kader van de stage van het HEAO te 's Hertogenboesch. Utrecht: Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen, 1992.

BOERLIJST G, AITE-PÉÑA A. Loopbaanontwikkeling en -begeleiding. In: Drenth PJD, Thierry HK, Wolff C de, red. Nieuw handboek arbeids- en organisatiepsychologie. Afl. 3 1989. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1988.

BOS-BOERS M. Ontwikkelingen in de functiekwaliiteit van vrouwelijke en mannelijke afgestudeerden van de Landbouwuniversiteit Wageningen. Wageningen: NIL-MPW, 1992.

BOURQUE L, BACK KW. Life graphs and life events. In: Palmore E, Busse EW, et al, eds. Normal aging III. Durham: Duke University Press, 1985.

CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK). Maandberichten Gezondheid 1990/2. 's Gravenhage: SDU/uitgeverij, CBS-publicaties, 1990.

CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK). Statistisch jaarboek. 's Gravenhage: SDU/uitgeverij, CBS-publicaties, 1991a.

CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK). Maandberichten Gezondheid 1991/9. 's Gravenhage: SDU/uitgeverij, CBS-publicaties, 1991b.

CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK). Maandberichten Gezondheid 1991/7. 's Gravenhage: SDU/uitgeverij, CBS-publicaties, 1991c.

CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK). Maandberichten Gezondheid 1991/2. 's Gravenhage: SDU/uitgeverij, CBS-publicaties, 1991d.

CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK). Maandberichten Gezondheid 1991/8. 's Gravenhage: SDU/uitgeverij, CBS-publicaties, 1991e.

CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK). Maandberichten Gezondheid 1991/10. 's Gravenhage: SDU/uitgeverij, CBS-publicaties, 1991f.

CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK). Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 1991. 's Gravenhage: SDU/uitgeverij, CBS-publicaties, 1991 g

CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK). Maandberichten Gezondheid 1992/9. 's Gravenhage: SDU/uitgeverij, CBS-publicaties, 1992 a

CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK). Maandberichten Gezondheid 1992/6. 's Gravenhage: SDU/uitgeverij, CBS-publicaties, 1992 b

CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK). Maandberichten Gezondheid 1992/2. 's Gravenhage: SDU/uitgeverij, CBS-publicaties, 1992 c

CBS (CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK). Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 1992. 's Gravenhage: SDU/uitgeverij, CBS-publicaties, 1992 d

DAM F van, HINGSTMAN L. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: Nivel, 1987.

DIEDEREN J. Beroepentheorie en methoden van beroepenstudie: aanzet tot vergelijkend onderzoek. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie, 1985.

DIERENDONCK D van, GROENEWEGEN PP, SIXMA H. Opgebrand: een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1992.

DIJKSTRA A, GRINTEN MP van der, SCHLATTMAN MJTh, WINTER CR de. Funktioneren in de arbeidssituatie: uitgangspunten, ontwerp en handleiding voor onderzoek onder werknemers naar gezondheid, werk en werkomstandigheden. Leiden: NIPG-TNO, 1986.

DIJKSTRA TM. Strijd om tijd: een onderzoek naar meningen en wensen van basisartsen met betrekking tot hun beroeps- en privéleven. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, Faculteit der Sociale Wetenschappen, werkgroep Vrouwenstudies & Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 1992.

DIRECTORAAT-GENERAAL VOOR DE ARBEIDSVORZIENING. Handleiding voor de functie-analyse. 6e ed. 's Gravenhage: SDU/uitgeverij, 1989.

DOELEMAN F, BERKEMEIER BL, TENHAEFF A. De opleiding algemene gezondheidszorg. Vanwaar? Voor wie? Waarheen? T Soc Gezondheidsz 1988;66:382-6.

FAHRENFORT M. Een doktersroman: een verkenning van de ervaringswereld van arts en patiënt op een polikliniek interne geneeskunde. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1985.

FERRIER BM, WOODWARD CA. Career choices, work patterns and perceptions of undergraduate education of McMaster medical graduates: comparison between men and women. CMA Journal 1982;126:1411-14.

FLEISH, JL. Statistical methods for rates and proportions. New York: Wiley & Sons, 1981.

FLEISHMAN EA, QUAINANCE MK. Taxonomie of human performance. London: Academic Press, 1984.

FREY H. Swedish men and women doctors compared: comparison between Swedish-trained men and women doctors for background, demographic characteristics, professional activity and motives leading to choice of medical career. Med Educ 1980;14:143-53.

GEZONDHEIDSRaad: BERAADSGROEP GENEESKUNDE. Medisch handelen op een tweesprong. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991. publ.nr.1991/23.

GULDEN JWJ van der. Hoeveel aandacht krijgt het onderwijs in de sociale geneeskunde in de Nederlandse artsopleidingen? T Soc Gezondheidsz 1989;67:109-12.

HANDY CB. Understanding Organizations. Hammondsworth: Penguin, 1985.

HELBING J. The self in career development - Theory, measurement, and counseling. Enschedé: Sneldruk Enschedé, 1987.

HEUVEL W van den, PERSOON J. Herkomst van sociaal-geneeskundigen: onderzoek bij drie categorieën sociaal-geneeskundigen I. Verantwoording, procedure, algemene gegevens. T Soc Geneesk 1972;50:3-7.

HOLLAND JL. Making vocational choices - a theory of vocational personalities and work environments. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice Hall, 1985.

HOOF G van, LEEUW A de, NEEFJES R, SCHMITZ J. Basisarts: dokters aan je toekomst: een onderzoek naar de werkzaamheden van artsen de eerste jaren na het artsexamen. Amsterdam: Vrije Universiteit: Wetenschapswinkel Geneeskunde en Economiewinkel, 1992.

JONES S. The analysis of depth interviews. In: Walker F. Applied qualitative research. Aldershot: Gower Publishing Company, 1985.

KESSELS JWM, SMIT CA. Taakanalyses. In: Kessels JWM, Smit CA, red. Handboek opleiders in organisaties. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappelijke uitgaven, 1984.

KESSELS JWM, SMIT CA, red. Handboek opleiders in organisaties. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappelijke uitgaven, 1984.

KNMG-INFO. Kwartaalblad voor Medisch Studenten. 1993;4(3):8.

KROGT FJ van der. Autonomie en leren van professionals. Opleiding & Ontwikkeling 1991;9:15-18.

LVSG (LANDELIJKE VERENIGING VOOR SOCIAAL GENEESKUNDIGEN). Notitie beroepskrachtenplanning voor sociaal-geneeskundigen. Utrecht: LVSG, 1991.

LOO RPJM van de. Verheldering van loopbaanperspectief: ontwikkeling en toepassing van een programma voor loopbaanoriëntatie op basis van de zelfconfrontatiemethode. Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen, 1992.

MARSHALL C, ROSSMAN GB. Designing qualitative research. Newbury Park: Sage, 1989.

MEIR I, ENGEL K. Interests and specialty choice in medicine. Soc Sci Med 1986;23:527-30.

METZ JCM, BULTE JA, PARIDON EJM van. Basisarts: bevoegd en bekwaam. Beleidsgerichte Studies Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek nr. 23. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1990.

METZ JCM. Onderwijskundige professionalisering van docenten. Voordracht Gezond Onderwijs Congres. Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs, november 1992.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota beroepskrachtenplanning gezondheidszorg 1991. Rijswijk, 1991.

MOK AL. In het zweet uws aanschijs.... Inleiding in de arbeidssociologie. Leiden: Stenfort Krosse, 1990.

NIPG-TNO (NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO). Projectvoorstel Oriënterend onderzoek naar beroepsuitoefening van artsen buiten de curatieve gezondheidszorg. Leiden: NIPG-TNO, 1990.

PALMORE E, BUSSE EW, et al, eds. Normal aging III. Durham: Duke University Press, 1985.

PARKHOUSE J, ELLIN DJ. Reasons for doctor's career choice and change of choice. BMJ 1988;296:1651-3.

PEARSON RJC, KANE WM, KEIMOWITZ HK. The preventive medicine physician: a national study. Am J Prev Med 1988;4:289-97.

PUTTEN DJ van, DRAAISMA D, HEUVEL SG van den, SMULDERS PGW, WILLEMS JHBM. Monitoring van Bedrijfsgezondheidszorg. Leiden: NIPG-TNO, 1992.

ROWBOTTOM R, BILLIS D. The stratification of work and organizational design. Human Relations 1977;30:53-76.

ROWBOTTOM R, BILLIS D. Organizational design: the Work-Levels Approach. Aldershot: Gower Publishing Company, 1987.

SCHEIN EH. Career dynamics: matching individual and organizational needs. Reading, MA.: Addison Wesley, 1978.

SCHWARTZ RW, SIMPSON WG, STRODEL WE, JARECKEY RK, GRIFFEN WO, YOUNG AB. Career change: in quest of a controllable lifestyle. J Surg Res 1989;47:189-92.

SLOCUM WL. Occupational careers: a sociological perspective. Chicago: Aldine Publishing Company, 1966.

SOETHOUT MBM. De afgestudeerden van de medische faculteit der Vrije Universiteit. Deel 1: Waar werken zij? en Slot: Meninge over de opleiding. Medisch Contact 1991;46:1001-8.

SONNENFELD J, KOTTER JP. The maturation of career theory. Human Relations 1982;35:19-46.

STUMPEL ARJ, DOLS WPM. Sociale verzekeringsgeneeskunde. Taak- en functioneringskenmerken, Kennis en vaardigheden, Programma van eisen voor een onderwijs-leer-systeem, Schets van een flexibel onderwijs-leer-systeem. Verslag van een onderzoek naar de praktijk van de verzekeringsgeneeskunde bij: Gemeenschappelijk Administratie Kantoor, Bedrijfsvereniging voor de Detailhandel en Ambachten en Bedrijfsvereniging voor Gezondheid Geestelijke en Maatschappelijke Belangen, en de mogelijkheden voor innovatie van het opleiden van verzekeringsgeneeskundigen. Leiden: NIPG-TNO, 1991. (vertrouwelijk intern rapport).

SWANBORN PG. Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Nwe ed. Meppel: Boom, 1987. .

TARDIFF K, CELLA D, SEIFERTH C, PERRY S. Selection and change of specialties by medical school graduates. J Med Educ 1986;61:790-6.

UHLENBERG P, COONEY TM. Male and female physicians: family and career comparisons. Soc Sci Med 1990;30:373-8.

VNSU-Visitatiecommissie Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen. Onderwijsvisitatie Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Utrecht: VNSU, 1992.

WINTER CR de. Arbeid, gezondheid en verzuim als voorspellers van uitval uit het werk. Leiden: NIPG-TNO, 1991. Proefschrift Rijksuniversiteit Limburg.

WINTER CR de, DIJKSTRA A, red. De bedrijfsarts over zijn werk. Leiden: NIPG-TNO, 1984.

## BIJLAGEN

|                  |  |            |
|------------------|--|------------|
| <b>BIJLAGE 1</b> | <b>Overzicht van statistieken: schatting boven- en ondergrens</b>                                      | <b>131</b> |
| <b>BIJLAGE 2</b> | <b>Overige gegevens Volledig niet-curatief werkzame artsen</b>   | <b>141</b> |
|                  | a. Tabel 2.0: Totaal der gerapporteerde functies   | 143        |
|                  | b. Overwegingen en factoren bij de keuze voor een niet-curatieve loopbaan: tabellen loopbaanuitspraken | 144        |
|                  | c. Gegevens factor-analyse over loopbaanuitspraken   | 148        |
| <b>BIJLAGE 3</b> | <b>Gegevens Partieel niet-curatief werkzame artsen</b>   | <b>149</b> |
|                  | 3.1 Huidige werksituatie   | 151        |
|                  | 3.2 Regionale spreiding  | 152        |
|                  | 3.3 Leeftijdsverdeling   | 153        |
|                  | 3.4 Verdeling naar sekse en naar leeftijd  | 153        |
|                  | 3.5 Aantal jaren niet-curatief werkzaam  | 155        |
|                  | 3.6 Aantal jaren curatieve ervaring  | 156        |
|                  | 3.7 Gerapporteerde functies  | 157        |
|                  | 3.8 Gerapporteerde instellingen / organisaties   | 158        |
|                  | 3.9 Aanstellingspercentages  | 162        |
|                  | 3.10 Functieniveau   | 163        |
|                  | 3.11 Artsexamen: Jaar en universiteit  | 165        |
|                  | 3.12 Gevolgde specialistische opleidingen na het artsenexamen: curatief en niet-curatief               | 166        |
|                  | 3.13 Opleidingsbehoeften   | 166        |
|                  | 3.14 Investeringsbereidheid bij- of nascholing   | 167        |
|                  | 3.15 Motieven voor bij- of nascholing  | 167        |
|                  | 3.16 Gewenste onderwerpen bij- of nascholing   | 168        |
|                  | 3.17 Reeds gevolgde bij- of nascholing   | 169        |
|                  | 3.18 Noodzaak medische bevoegdheid   | 169        |
| <b>BIJLAGE 4</b> | <b>Introductie van het onderzoek: Aanbiedingsbrieven voorenquête, vragenlijst, interview</b>           | <b>171</b> |
| <b>BIJLAGE 5</b> | <b>Vragenlijst 'Artsen buiten curatie'</b>   | <b>179</b> |
|                  |  | 129        |

## **BIJLAGE 1**

### **Overzicht van statistieken: schatting boven- en ondergrens**



In deze bijlage wordt een overzicht gepresenteerd van gegevens uit de belangrijkste statistische overzichten die in Nederland over artsen werkzaam in de gezondheidszorg worden gepubliceerd. De belangrijkste bron hiervoor is de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI). Zij houdt een bestand bij dat informatie bevat over alle artsen in Nederland. Sommige gegevens uit dit bestand zijn (vrijwel) compleet en actueel, zoals naam en adres, andere zijn zeer incompleet en vaak niet geheel actueel, zoals de registratie, de instelling waar men werkt, de precieze functie die men bekleedt. In de meeste (statistische) publikaties wordt gebruik gemaakt van dit bestand. Met name kunnen hier genoemd worden de Nota Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg 1991 (WVC, 1991) en de Maandberichten Gezondheid van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

Hier zal een schatting worden gemaakt van het aantal artsen in Nederland dat (overwegend) niet-curatief werkzaam is. Aangezien dat (d.w.z. een redelijk exacte schatting) met behulp van de bestaande gegevens erg moeilijk is, zal een boven- en een ondergrens worden aangegeven. De *bovengrens* wordt bepaald door van het totale aantal artsen af te trekken het aantal artsen, van wie op grond van bestaande en openbare overzichten bekend is, of redelijkerwijs mag worden aangenomen, dat zij curatief werk doen. Alle overige artsen zijn dan degenen die niet-curatief werkzaam (kunnen) zijn. De *ondergrens* wordt vastgesteld door de aantallen artsen op te tellen van wie op grond van bestaande en openbare overzichten bekend is, of vermoed kan worden, dat zij niet-curatief werkzaam zijn.

### **De bovengrens van de schatting**

Begin 1990 waren er in Nederland bijna 38.000 werkzame artsen geregistreerd bij de GHI (tegen ruim 2000 rustende). In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de aantallen artsen naar specialisatie.

Zoals vermeld hebben de getallen uit de tabel betrekking op werkzame artsen. Begin 1990 was hiervan negen procent 65 jaar of ouder.

De grootste groep is die van de overige artsen; niet bekend is welk soort werk zij doen. Evenmin is bekend hoeveel artsen er in de eerste twee genoemde groepen, de geregistreerde huisartsen en specialisten, zitten die niet meer hun oorspronkelijke werk

doen, maar overgestapt zijn naar een organisatie waar zij een niet-curatieve functie bekleeden.

**Tabel 1.1** Aantallen werkzame artsen naar specialisatie, 1985-1990, per 1 januari (absolute aantallen en indices)

|                | 1985               | 1986               | 1987               | 1988               | 1989               | 1990               |
|----------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Huisartsen     | 5900 (100)         | 6189 (105)         | 6243 (106)         | 6302 (107)         | 6388 (108)         | 6388 (108)         |
| Specialisten   | 10796 (100)        | 11206 (104)        | 11612 (108)        | 11957 (111)        | 12265 (114)        | 12689 (118)        |
| Soc. geneesk.  | 1787 (100)         | 1746 (98)          | 2143 (120)         | 2205 (123)         | 2182 (122)         | 2181 (122)         |
| Overige artsen | 12585 (100)        | 13052 (104)        | 13332 (106)        | 14109 (112)        | 15017 (119)        | 16479 (131)        |
| <b>Totaal</b>  | <b>31068 (100)</b> | <b>32139 (104)</b> | <b>33330 (107)</b> | <b>34573 (111)</b> | <b>35852 (115)</b> | <b>37737 (122)</b> |

(Bron (excl. indices): WVC, 1991)

In het Vademecum Gezondheidsstatistiek 1992 (CBS, 1992d) worden ook aantallen genoemd; deze verschillen licht van de hierboven vermelde. Opvallend is dat het totale aantal artsen in 1991 dat in het Vademecum wordt genoemd, weer is gestegen in vergelijking met 1990. Deze stijging doet zich grotendeels voor in de groep overige geneeskundigen. Naar aanleiding van de tabel kan nog opgemerkt worden dat huisartsen die gedurende een periode van vijf jaar het huisartsenvak niet uitoefenen en/of huisartsen die in een ander specialistenregister worden opgenomen, bijvoorbeeld als sociaal geneeskundige, worden uitgeschreven uit het huisartsenregister. Voor (klinisch) specialisten ligt dat anders. Zij blijven geregistreerd staan.

De volgende tabel bevat informatie over de aantallen artsen die een specialistische of post-initiële opleiding volgen. Bij specialisten gaat het, zo blijkt uit de presentatie in de betreffende bron, om klinisch werkzame specialisten en niet om sociaal-geneeskundigen.

**Tabel 1.2** Aantal artsen in opleiding tot huisarts en specialist

|                              | 1980        | 1985        | 1987        | 1988        | 1989        | 1990        |
|------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| huisartsen in opleiding      | 445         | 482         | 487         | 423         | 346         | 560         |
| (klin.) specialisten in opl. | 2973        | 2285        | 2186        | 2157        | 1999        | 2042        |
| <b>Totaal</b>                | <b>3418</b> | <b>2767</b> | <b>2673</b> | <b>2580</b> | <b>2345</b> | <b>2602</b> |

(Bron: CBS, 1991a; \*)

\* Huisartsen Registratie Commissie; persoonlijke mededeling A.L.J.E. Martens.

In 1989 waren 1236 artsen in opleiding tot sociaal-geneeskundige (WVC, 1991). Het totale aantal artsen in opleiding bedroeg in dat jaar derhalve 3581.

Het aantal artsen dat werkzaam is in intramurale instellingen wordt in de volgende tabel weergegeven.

*Tabel 1.3* Aantal artsen werkzaam in de intramurale gezondheidszorg, per 31/12 1987 en 1988

|   | 1987        | 1988         |
|---|-------------|--------------|
| algemene ziekenhuizen (incl. academische) | 6385        | 6733         |
| psychiatrische ziekenhuizen               | 1767        | 1852         |
| zwakzinnigeninrichtingen                  | 585         | 661          |
| verpleeghuizen                            | 925         | 969          |
| overig                                    | 186         | 201          |
| <b>totaal</b>                             | <b>9821</b> | <b>10416</b> |

(Bron: CBS 1990)

Bij deze tabel dient de kanttekening gemaakt te worden dat de aantallen betrekking hebben op wat in de betreffende CBS-publicatie wordt genoemd de medische en sociaal-wetenschappelijke staf. Het aantal artsen was in werkelijkheid iets lager dan de tabel suggereert. Onder sociaal-wetenschappelijke staf valt in ieder geval niet het paramedisch personeel. Een tweede beperking van de tabel is dat er in de instellingen ook nog personeel niet in loondienst werkzaam was. Of hier al dan niet artsen bij waren, is niet op te maken uit de CBS-publicatie. Uit deze tabel valt niet op te maken welk werk al deze artsen doen. Ongetwijfeld is het overgrote deel curatief werkzaam, maar er zitten ook een aantal managers en stafmedewerkers bij. Opvallend is dat het totale aantal lager is dan het aantal medisch specialisten uit tabel 1.1.

Groepen artsen die nog niet (apart) zijn genoemd, worden gevormd door diegenen die werkzaam zijn als assistent-niet-in-opleiding in instellingen of als assistent-huisarts in de huisartspraktijk en praktijkzoekende huisartsen. In 1989 bedroegen de aantallen achtereenvolgens 830 (assistenten-niet-in-opleiding) (tegen 875 in 1990), 376 (assistent-huisartsen) en 658 (praktijkzoekende huisartsen) (WVC, 1991). Bij de berekening van de bovengrens wordt ervan uitgegaan dat deze artsen curatief werkzaam zijn, ondanks het vermoeden dat een aantal van de praktijkzoekende huisartsen niet-curatieve

werkzaamheden heeft. Het is niet bekend welk deel dat is, maar zelfs indien het een aanzienlijk gedeelte zou betreffen, heeft dat maar een kleine invloed op de omvang van de totale groep niet-curatief werkende artsen.

De schatting van de bovengrens van het aantal niet-curatief werkende artsen geeft voor 1989 het volgende te zien (voor 1989 is gekozen omdat de meeste gegevens van latere jaren niet bekend zijn).

Tabel 1.4 Schatting van het aantal niet-curatief werkende artsen in Nederland, 1989 en 1990 (bovengrens)

|   | 1989          | 1990          |
|---|---------------|---------------|
| Totale aantal artsen                    | 35.852        | 37.737        |
| specialisten                            | 12.265        | 12.689        |
| huisartsen                              | 6.388         | 6.388         |
| huisartsen en specialisten in opleiding | 2.345         | 2.602         |
| langdurig assistentschap                | 1.206         | 1.250         |
| praktijkzoekende huisartsen             | 658           | 658*          |
|   | <u>22.862</u> | <u>23.587</u> |
| Aantal niet-curatief werkende artsen    | 12.990        | 14.150        |

\* schatting op grond van gegevens 1989

Van deze 13 à 14.000 artsen zijn er ongeveer 1.200 in opleiding tot sociaal-geneeskundige en waren in 1989 2.180 artsen geregistreerd als sociaal-geneeskundige. Resteren een kleine 10 à 11.000 artsen.

De schatting is omgeven met onzekerheid. Enkele oorzaken hiervan zijn:

- er zijn assistenten die voor korte tijd in een instelling werken (de bovengrens wordt hierdoor te hoog geschat);
- een aantal artsen is werkloos of gestopt met werken (idem);
- naast de bovengenoemde artsen zijn ook de medici die in tabel 1.5 worden genoemd, in feite curatief werkzaam. Het is niet bekend welk deel daarvan geregistreerd is als huisarts of specialist (idem);
- aan de andere kant zitten er in de groep huisartsen en specialisten ongetwijfeld artsen die voor een aanzienlijk deel van de werktijd niet-curatieve activiteiten ontplooiën (de bovengrens wordt hierdoor te laag geschat);

- van de praktijkzoekende huisartsen verricht waarschijnlijk een gedeelte niet-curatieve werkzaamheden (idem).

### De ondergrens van de schatting

Deze wordt vastgesteld door de aantallen artsen op te tellen van wie bekend is of vermoed kan worden dat zij niet-curatief werkzaam zijn. Van een aantal organisaties in de extramurale gezondheidszorg en de preventieve gezondheidszorg zijn gegevens bekend. We gaan uit van full-time plus part-time krachten.

De volgende tabel heeft betrekking op de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg, en wel op de regionale instituten voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG's) en de consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD).

Tabel 1.5 Aantal artsen in de AGGZ, per 31/12 1988, 1989 en 1990

|                    | 1988 | 1989 | 1990 |
|--------------------|------|------|------|
| RIAGG:             |      |      |      |
| hulpverlening      | 506  | 515  | 515  |
| niet-hulpverlening | 2    | 4    | 4    |
| CAD                | 57   | 63   | 56   |

(Bron: CBS 1991b, CBS 1992a)

De volgende twee tabellen hebben betrekking op bloedbanken en trombosediens ten en de verenigingen voor thuiszorg (voorheen kruisorganisaties).

Tabel 1.6 Aantal artsen bij bloedbanken en trombosediens ten, per 31/12 1988, 1989 en 1990

|                    | 1988 | 1989 | 1990 |
|--------------------|------|------|------|
| bloedbanken        |      |      |      |
| in loondienst      | 74   | 85   | 92   |
| niet in loondienst | 129  | 150  | 150  |
| trombosediens ten  | ?    | 71   | ?    |

(Bron: CBS 1991c, CBS 1992b)

**Tabel 1.7** Aantallen artsen in kruisorganisaties, per 31/12 1988 en 1989

|                           | 1988 | 1989 | 1990 |
|---------------------------|------|------|------|
| artsen in loondienst      | ?    | 706  | 871  |
| artsen niet in loondienst | 2058 | 1663 | 1552 |

(Bron: CBS 1991d, CBS 1992c)

Bij artsen niet in loondienst gaat het waarschijnlijk in (vrijwel) alle gevallen om part-timers, die, zo blijkt uit het in de CBS-publicatie genoemde totale aantal gewerkte uren, gemiddeld slechts enkele uren per week dat werk doen.

Artsen, werkzaam bij bedrijfsgezondheidsdiensten (BGD'en), gemeentelijke of gemeenschappelijke gezondheidsdiensten (GGD'en) en schoolartsendiensten komen in de volgende tabel aan de orde.

**Tabel 1.8** Aantallen artsen in loondienst bij bedrijfsgezondheidsdiensten, GGD'en en schoolartsendiensten, per 31/12 1985, 1988, 1989 en 1990

|              | 1985 | 1988 | 1989 | 1990 |
|--------------|------|------|------|------|
| BGD'en       | 842  | 923  | 948  | 1012 |
| GGD'en       | 960  | 1183 | 1228 | 1253 |
| schoolartsen | ?    | ?    | ?    | 612  |

(Bron: CBS 1991 b,e,f)

In 1990 werkten bij BGD'en 112 artsen niet in loondienst; van de andere organisaties worden geen gegevens verstrekt hierover. Wat betreft de schoolartsendiensten wordt in de CBS-publicatie niet apart vermeld hoeveel artsen daar vóór 1990 werkten.

De ondergrens van de schatting komt als volgt tot stand. De aantallen van de tabellen 1.5 tot en met 1.8 worden opgeteld; de hulpverleners bij de RIAGG's en de artsen bij de CAD's laten we buiten beschouwing - deze zijn curatief werkzaam. Voorts wordt er - noodgedwongen - van uitgegaan dat in tabel 1.8 het aantal artsen in schoolartsendiensten in 1989 en 1990 hetzelfde was.

Tabel 1.9 Schatting van het aantal niet-curatief werkende artsen in Nederland, 1989 en 1990 (ondergrens)

|                      | 1989       | 1990        |
|----------------------|------------|-------------|
| RIAGG                | 4          | 4           |
| CAD                  | 63         | 56          |
| Bloedbanken          | 235        | 242         |
| Trombosecliensten    | 71         | 71          |
| Kruisorganisaties    | 2369       | 2423        |
| BGD'en               | 948        | 1012        |
| GGD'en               | 1228       | 1253        |
| Schoolartsendiensten | <u>612</u> | <u>612*</u> |
|                      | 5530       | 5673        |

\* schatting/aarname

Deze aantallen zijn duidelijk hoger dan het aantal geregistreerde sociaal-geneeskundigen en sociaal-geneeskundigen in opleiding, respectievelijk 2182 en ca. 1200. Toch is het totale aantal niet-curatief werkende artsen aanzienlijk hoger dan 5600. Hiervoor kunnen enkele redenen aangevoerd worden:

- in de gepresenteerde tabellen komen geen gegevens voor over bijvoorbeeld artsen die werkzaam zijn bij zorgverzekeraars en particuliere verzekeraars, de centrale overheid en onderzoeksinstituten;
- geregistreerde huisartsen kunnen een substantieel deel van hun tijd sociaal-geneeskundig werk doen en toch als huisarts geregistreerd blijven;
- huisartsen die van baan veranderen en een sociaal-geneeskundige functie aanvaarden, blijven nog enkele jaren als huisarts geregistreerd;
- klinisch specialisten die hetzij een deel van hun tijd niet-curatief werk gaan doen naast hun klinische bezigheden, hetzij volledig overstappen naar een niet-curatieve baan, blijven als klinisch specialist geregistreerd.

### Conclusies

De algemene conclusie is dat op basis van bestaande statistische overzichten slechts zeer globale schattingen, waarbij gebruik gemaakt is van een onder- en bovengrens, kunnen worden gemaakt van aantallen artsen, werkzaam in uiteenlopende functies of beroepen en gebieden van de gezondheidszorg (curatief én niet-curatief), en daarbuiten.

Soms ontbreken relevante gegevens in het materiaal, soms zijn ze minder betrouwbaar doordat de bronnen, waarop ze mede gebaseerd zijn (met name het artsenbestand van de Geneeskundige Hoofdinspectie), niet voor 100% de actuele situatie weergeven. Op grond van dit materiaal kan het aantal niet-curatief werkzame artsen worden geschat op een aantal dat ligt tussen de 5.600 en 13 à 14.000.



## **BIJLAGE 2**

### **Overige gegevens: Volledig niet-curatief werkzame artsen**

2. Tabel 2.0: Totaal der gerapporteerde functies

| VOLLEDIG NIET-CURATIEVE ARTSEN: TOTAAL DER GERAPPORTEERDE INSTELLINGEN (ALLE FUNCTIES) (n=588) | n (%)     | schatting aantal populatie | (BI-aantallen) |
|--|-----------|----------------------------|----------------|
| <b>NIET-OVERHEID</b>   |           |                            |                |
| <b>EERSTE LIJNS GEZONDHEIDSZORG:</b>   |           |                            |                |
| gezondheidscentra, huisartsen praktijken   | 1 (0.2)   | 19                         | (9-102)        |
| <b>TWEDE LIJNS GEZONDHEIDSZORG</b>   |           |                            |                |
| academisch ziekenhuis  | 41 (7.0)  | 649                        | (474-873)      |
| verpleeghuizen, verzorgingshuizen, bejaardenhuizen   | 15 (2.6)  | 241                        | (138-396)      |
| geestelijke gezondheidszorg  | 12 (2.0)  | 185                        | (103-337)      |
| algemene ziekenhuizen, poliklinieken   | 9 (1.5)   | 139                        | (70-277)       |
| trombosediens/bloedbanken  | 7 (1.2)   | 111                        | (48-236)       |
| geestelijk gehandicapten-/zwakzinnigenzorg   | 5 (0.9)   | 83                         | (29-194)       |
| integrale kankercentra   | 4 (0.7)   | 65                         | (20-172)       |
| (lich.) gehandicaptenzorg  | 2 (0.3)   | 20                         | (6-126)        |
| artsenlaboratoria  | 1 (0.2)   | 19                         | (9-102)        |
| kinderziekenhuizen   | 1 (0.2)   | 19                         | (9-102)        |
| psychiatrische ziekenhuizen  | 1 (0.2)   | 19                         | (9-102)        |
| regionale centra voor slechtzienden, doven   | 1 (0.2)   | 19                         | (9-102)        |
| revalidatiecentra  | 1 (0.2)   | 19                         | (9-102)        |
| sociaal-seksuologische centra  | 1 (0.2)   | 19                         | (9-102)        |
| overige  | 4 (0.7)   | 65                         | (20-172)       |
| <b>COLLECTIEVE/PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG:</b>  |           |                            |                |
| kruisverenigingen  | 70 (11.9) | 1103                       | (876-1379)     |
| bedrijfsgezondheidsdiensten  | 35 (6.0)  | 556                        | (393-766)      |
| sportgeneeskundige diensten  | 1 (0.2)   | 19                         | (9-102)        |
| overige  | 1 (0.2)   | 19                         | (9-102)        |
| <b>SOCIALE VERZEKERINGSORGANEN</b>   |           |                            |                |
| bedrijfsverenigingen   | 81 (13.8) | 1279                       | (1034-1566)    |
| <b>VERZEKERINGSMAATSCHAPPIJEN:</b>   |           |                            |                |
| (ziekte-)verzekeringsmaatschappijen  | 7 (1.2)   | 111                        | (48-236)       |
| ziekenfondsen  | 7 (1.2)   | 111                        | (48-236)       |
| <b>BEDRIJFSLEVEN/ (NON) PROFIT DIENSTVERLENING/PART.ORG.:</b>                                  |           |                            |                |
| bedrijfsgezondheidsdiensten: particulier   | 21 (3.6)  | 334                        | (211-510)      |
| farmaceutische industrie   | 12 (2.0)  | 185                        | (103-337)      |
| bedr. leven, industr. en andere part. org.   | 9 (1.5)   | 139                        | (70-277)       |
| organisatieadviesbureaus   | 4 (0.7)   | 65                         | (20-172)       |
| overige  | 3 (0.5)   | 46                         | (12-149)       |
| <b>ONDERZOEK/ONDERWIJS</b>   |           |                            |                |
| universiteiten   | 40 (6.8)  | 630                        | (460-856)      |
| niet-universitair onderzoek of researchinstututen  | 16 (2.7)  | 250                        | (150-415)      |
| hoger onderwijs  | 10 (1.7)  | 150                        | (81-298)       |
| verpleegkundige opl. ziekenhuizen  | 7 (1.2)   | 111                        | (48-236)       |
| middelbaar/voorbereidend hoger   | 5 (0.9)   | 83                         | (29-194)       |
| niet-universitair onderwijs  | 1 (0.2)   | 19                         | (9-102)        |
| overige  | 1 (0.2)   | 19                         | (9-102)        |
| <b>OVERIGE NIET-OVERHEID</b>   |           |                            |                |
| landelijke verenigingen  | 4 (0.7)   | 65                         | (20-172)       |
| landelijke ondersteuningscentra  | 4 (0.7)   | 65                         | (20-172)       |
| landelijke adviesorganen   | 2 (0.3)   | 20                         | (6-126)        |
| landelijke beroepsorganisaties   | 1 (0.2)   | 19                         | (9-102)        |
| particuliere fondsen of stichtingen  | 1 (0.2)   | 19                         | (9-102)        |
| regionale verenigingen, ondersteuningscentra   | -         | -                          | -              |
| overige  | 1 (0.2)   | 19                         | (9-102)        |
| <b>OVERHEID</b>  |           |                            |                |
| <b>RIJKSOVERHEID:</b>  |           |                            |                |
| defensie   | 12 (2.0)  | 185                        | (103-337)      |
| ministeries  | 11 (1.9)  | 176                        | (92-318)       |
| bedrijfsgezondheidsdiensten  | 7 (1.2)   | 111                        | (48-236)       |
| adviesorganen en beleidswerkgroepen  | 4 (0.7)   | 65                         | (20-172)       |
| staatstoezicht op de volksgezondheid   | 1 (0.2)   | 19                         | (9-102)        |
| overige  | 1 (0.2)   | 19                         | (9-102)        |
| <b>PROVINCIALE OVERHEID:</b>   |           |                            |                |
| provinciale adviesorganen  | -         | -                          | -              |
| <b>GEMEENTELIJKE OVERHEID:</b>   |           |                            |                |
| gemeentelijke of basisgezondheidsdiensten  | 88 (15.0) | 1391                       | (1134-1685)    |
| gemeentelijk anderszins  | 3 (0.5)   | 46                         | (12-149)       |
| <b>NIET WERKZAAM BIJ WERKGEVER OF INSTELLING</b>   | 5 (0.9)   | 83                         | (29-194)       |
| geen antwoord  | 6 (1.0)   | 93                         | (39-215)       |

**b. Overwegingen en factoren bij de keuze voor een niet-curatieve loopbaan**

Dit is een overzicht van de uitspraken die in hoofdstuk 4.12.2 van commentaar zijn voorzien.

Het betreft gegevens van volledig niet-curatief werkzame artsen (n=489) over hoe zij tegen veranderingen in hun loopbaanperspectief aankijken. Waar een kleiner aantal ('n') dan 489 wordt vermeld, is dat veroorzaakt door respondenten die 'niet van toepassing' hadden aangekruist (bijvoorbeeld omdat zij niet als curatief arts hadden gewerkt of om andere redenen de uitspraak niet toepasselijk vonden).

*Tabel 2.1 'Ik koos welbewust voor een baan buiten de curatieve gezondheidszorg' (n=474)*

|                       | %    |
|-----------------------|------|
| beslist niet mee eens | 8.2  |
| niet mee eens         | 26.6 |
| ?                     | 5.7  |
| mee eens              | 36.3 |
| beslist mee eens      | 23.2 |

*Tabel 2.2 'Na een aantal jaren met voldoening als curatief arts te hebben gewerkt, zocht ik een nieuwe uitdaging' (n=239)*

|                       | %    |
|-----------------------|------|
| beslist niet mee eens | 20.5 |
| niet mee eens         | 38.1 |
| ?                     | 6.7  |
| mee eens              | 23.8 |
| beslist mee eens      | 10.9 |

*Tabel 2.3 'Het curatieve werk trok mij aan het eind van de medische opleiding steeds minder' (n=457)*

|                       | %    |
|-----------------------|------|
| beslist niet mee eens | 33.5 |
| niet mee eens         | 37.6 |
| ?                     | 3.9  |
| mee eens              | 18.6 |
| beslist mee eens      | 6.3  |

*Tabel 2.4 'Onvoldoende mogelijkheden een curatieve baan te vinden, dwongen mij voor iets anders te kiezen' (n=412)*

|                       | %    |
|-----------------------|------|
| beslist niet mee eens | 26.2 |
| niet mee eens         | 27.9 |
| ?                     | 5.6  |
| mee eens              | 27.2 |
| beslist mee eens      | 13.1 |

**Tabel 2.5** 'Toen ik als curatief arts werkte, zag ik uiteindelijk meer loopbaanmogelijkheden in niet-curatieve functies' (n=258)

|                       | %    |
|-----------------------|------|
| beslist niet mee eens | 21.7 |
| niet mee eens         | 35.7 |
| ?                     | 7.0  |
| mee eens              | 23.6 |
| beslist mee eens      | 12.0 |

**Tabel 2.6** 'Ik kreeg steeds meer belangstelling voor de betekenis van de preventieve en maatschappelijke aspecten van ziekte en gezondheidszorg'(n=417)

|                       | %    |
|-----------------------|------|
| beslist niet mee eens | 6.0  |
| niet mee eens         | 13.4 |
| ?                     | 9.4  |
| mee eens              | 45.1 |
| beslist mee eens      | 26.1 |

**Tabel 2.7** 'Het beroepsperspectief van een curatieve loopbaan was voor mij te beperkt'(n=397)

|                       | %    |
|-----------------------|------|
| beslist niet mee eens | 14.4 |
| niet mee eens         | 48.9 |
| ?                     | 7.3  |
| mee eens              | 23.2 |
| beslist mee eens      | 6.3  |

**Tabel 2.8** 'Ik kon de fysieke inspanning van het curatieve werk niet goed aan' (n=359)

|                       | %    |
|-----------------------|------|
| beslist niet mee eens | 31.8 |
| niet mee eens         | 40.9 |
| ?                     | 7.2  |
| mee eens              | 15.6 |
| beslist mee eens      | 4.5  |

**Tabel 2.9** 'Het werken als niet-curatief arts is een goede aanvulling op de curatieve loopbaanmogelijkheden voor artsen' (n=399)

|                       | %    |
|-----------------------|------|
| beslist niet mee eens | 5.3  |
| niet mee eens         | 14.3 |
| ?                     | 20.8 |
| mee eens              | 45.4 |
| beslist mee eens      | 14.3 |

**Tabel 2.10** 'Ik wilde op voor mij passender tijden kunnen werken' (n=428)

|                       | %    |
|-----------------------|------|
| beslist niet mee eens | 10.5 |
| niet mee eens         | 20.6 |
| ?                     | 4.4  |
| mee eens              | 39.7 |
| beslist mee eens      | 24.8 |

**Tabel 2.11** 'Wat ik werkend in de curatieve gezondheidszorg heb meegemaakt, remde mij daar verder mijn toekomst in te zoeken' (n=329)

|                       | %    |
|-----------------------|------|
| beslist niet mee eens | 21.9 |
| niet mee eens         | 38.9 |
| ?                     | 5.2  |
| mee eens              | 25.8 |
| beslist mee eens      | 8.2  |

**Tabel 2.12** 'De keus voor een functie buiten de curatieve beroepen werd mij helaas door gebrek aan voldoende opleidingsplaatsen opgedrongen' (n=363)

|                       | %    |
|-----------------------|------|
| beslist niet mee eens | 31.7 |
| niet mee eens         | 38.8 |
| ?                     | 6.1  |
| mee eens              | 16.3 |
| beslist mee eens      | 7.2  |

**Tabel 2.13** 'Ik ben min of meer toevallig in niet-curatief werk betrokken geraakt' (n=448)

|                       | %    |
|-----------------------|------|
| beslist niet mee eens | 15.6 |
| niet mee eens         | 31.7 |
| ?                     | 4.2  |
| mee eens              | 35.9 |
| beslist mee eens      | 12.5 |

**Tabel 2.14** 'Toen ik mijn eerste niet-curatieve werk kreeg, heb ik met enige moeite afscheid moeten nemen van het curatieve beroep' (n=351)

|                       | %    |
|-----------------------|------|
| beslist niet mee eens | 13.4 |
| niet mee eens         | 33.6 |
| ?                     | 5.7  |
| mee eens              | 30.5 |
| beslist mee eens      | 16.8 |

Table 2.15 'De mentale belasting van het curatieve werk deed mij naar ander werk uitzien' (n=324)

|                       | %    |
|-----------------------|------|
| beslist niet mee eens | 33.3 |
| niet mee eens         | 43.8 |
| ?                     | 7.4  |
| me e e e s            | 13.0 |
| beslist mee eens      | 2.5  |

**c. Gegevens factor-analyse over loopbaanuitspraken**

Factoranalyse (SPSS-PC) over 14 loopbaanuitspraken: 5 factorenoplossing (varimaxrotatie); 5 factoren tezamen verklaren 63.9% van de variantie.

|        |   | eigen value | variantie<br>percentage | cumulatief |
|--------|---|-------------|-------------------------|------------|
| Factor | 1 | 2.86        | 20.4                    | 20.4       |
|        | 2 | 2.39        | 17.1                    | 37.5       |
|        | 3 | 1.53        | 10.9                    | 48.4       |
|        | 4 | 1.13        | 8.1                     | 56.5       |
|        | 5 | 1.03        | 7.4                     | 63.9       |

*Geroteerde factormatrix:*

|  | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 | Factor 4 | Factor 5 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|
| (58) Onvoldoende mogelijkheden ...           | .84      | -.05     | .08      | .04      | -.04     |
| (66) De keus voor een functie ...            | .74      | -.15     | .15      | .14      | -.07     |
| (67) Ik ben min of meer toevallig ...        | .72      | .04      | -.04     | -.21     | .15      |
| (55) Ik koos welbewust voor een baan ...     | -.66     | -.12     | .36      | .16      | .00      |
| (56) Na een aantal jaren met voldoening ...  | -.54     | -.22     | .08      | .36      | .34      |
| (62) Ik kon de fysiek inspanning ...         | .03      | .84      | -.03     | .15      | -.04     |
| (69) De mentale belasting van het ...        | -.04     | .82      | .12      | .02      | -.01     |
| (64) Ik wilde op voor mij passender ...      | .06      | .56      | .36      | -.15     | .32      |
| (57) Het curatieve werk trok ...             | .02      | .19      | .75      | .07      | -.12     |
| (60) Ik kreeg steeds meer belangstelling ... | .01      | -.08     | .68      | .09      | .08      |
| (65) Wat ik werkend in de curatieve ...      | -.11     | .40      | .57      | .20      | -.14     |
| (59) Toen ik als curatief arts werkte ...    | .01      | .04      | .08      | .84      | .07      |
| (61) Het beroepsperspectief van een ...      | -.14     | .10      | .16      | .73      | -.09     |
| (63) Het werken als niet-curatief arts ...   | -.02     | .04      | -.09     | .00      | .91      |

(zie ook hoofdstuk 4.12.2 'Loopbaanoverwegingen')

## **BIJLAGE 3**

### **Gegevens Partieel niet-curatief werkzame artsen**



## **CURATIEVE ARTSEN MET PARTIEEL NIET-CURATIEVE WERKZAAMHEDEN**

In deze bijlage staat een beschrijving van kenmerken van de partieel niet-curatief werkzame artsen. Dit zijn curatieve artsen in de onderzoeksgroep die op de voorenquête hebben gereageerd met de mededeling voor *minimaal 10% niet-curatief werkzaam te zijn, naast overige curatieve taken*. Voor de duidelijkheid: 'partieel' dient niet uitsluitend te worden opgevat als part-time.

Deze categorie (n=150) zal hierna worden beschreven volgens hetzelfde stramien als bij de volledig niet-curatieve artsen, met één uitzondering: er wordt hier geen overzicht geboden van de overwegingen, plannen en ambities om een curatief beroep te kiezen, en er worden geen vergelijkingen gemaakt met de volledig niet-curatieve artsen. Een dergelijke vergelijking zou immers alleen mogelijk zijn met een a-select gekozen onderzoeksgroep uitsluitend bestaande uit curatieve artsen.

Op enkele andere variabelen worden wanneer dat van belang was, wel vergelijkingen gemaakt.

### **3.1 Huidige werksituatie**

Meer dan helft van deze artsen geeft aan in vast dienstverband te werken. Een groot aantal (32%) geeft aan zelfstandig werkzaam te zijn. In vergelijking met de volledig niet-curatief werkzame artsen valt op dat in deze groep het percentage dat een vast dienstverband heeft kleiner is (58.7% versus 74.6%), terwijl de zelfstandig werkzame groep artsen aanzienlijk groter is (32.0% versus 7.0%).

Tabel 3.1 Partieel niet-curatief werkzame artsen naar werksituatie (n=150)

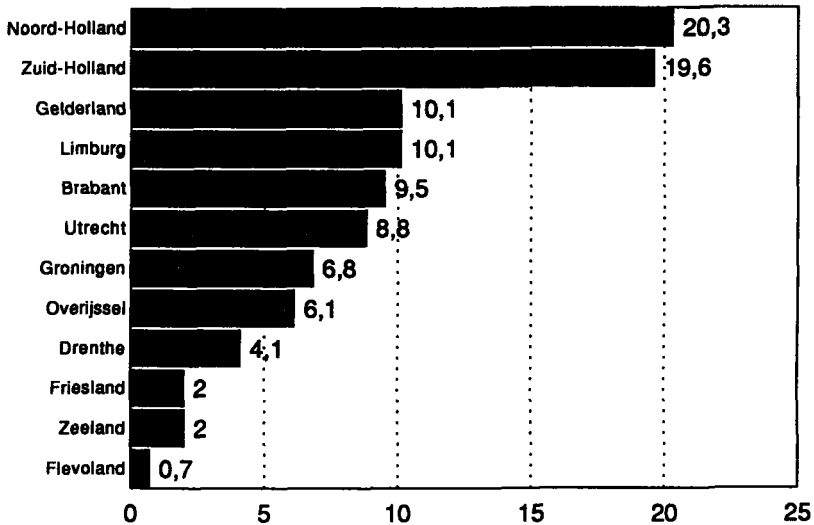
|                                     | n  | %    |
|-------------------------------------|----|------|
| in vast dienstverband               | 88 | 58.7 |
| in tijdelijk dienstverband          | 26 | 17.3 |
| twee functies in vast dienstverband | 17 | 11.3 |
| zelfstandig werkzaam                | 48 | 32.0 |
| zonder werk, werkzoekend            | 2  | 1.3  |
| zonder werk, niet werkzoekend       | -  | -    |
| verdere studie in Nederland         | 3  | 2.0  |
| verdere studie buitenland           | -  | -    |
| militaire dienst                    | 7  | 4.7  |

(Meerdere antwoorden konden worden gegeven zodat de percentages sommeren tot boven de 100%).

### 3.2 Regionale spreiding

De regionale spreiding van de onderzoeksgroep partieel niet-curatief werkzame artsen verschilt niet wezenlijk van die van volledig niet-curatief werkzame artsen. Ook hier zien we de grootste concentraties in de randstad.

Figuur 3.1 Partieel niet-curatief werkzame artsen naar provincie voornaamste werkadres

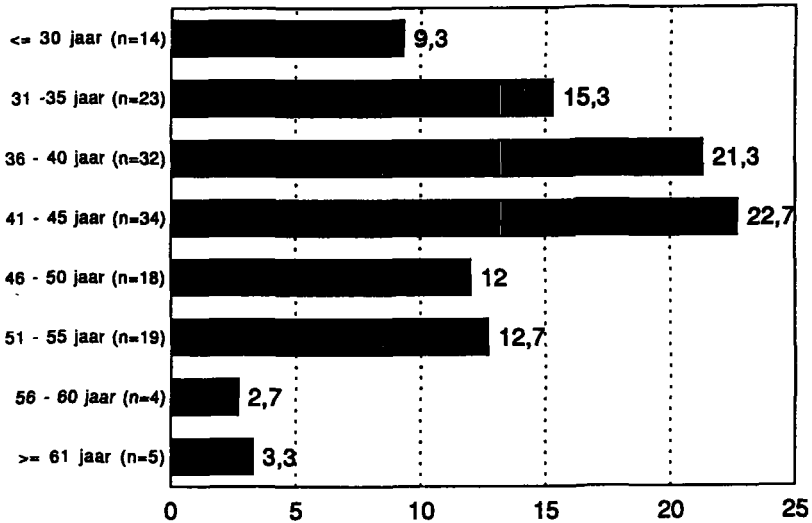


in percentages (n=148)

### 3.3 Leeftijdsverdeling

De volgende figuur geeft de leeftijdsverdeling weer onder deels niet-curatief werkzame artsen.

*Figuur 3.2* Partieel niet-curatieve artsen naar leeftijd



in percentages van leeftijdsgroepen

In vergelijking met de volledig niet-curatieve artsen zien we een grote spreiding van artsen over de leeftijdscategorieën.

Er zijn procentueel meer artsen boven de veertig in deze onderzoeksgroep werkzaam dan onder de volledig niet-curatief werkzame artsen (53.3% versus 42.9%).

### 3.4 Verdeling naar sekse en naar leeftijd

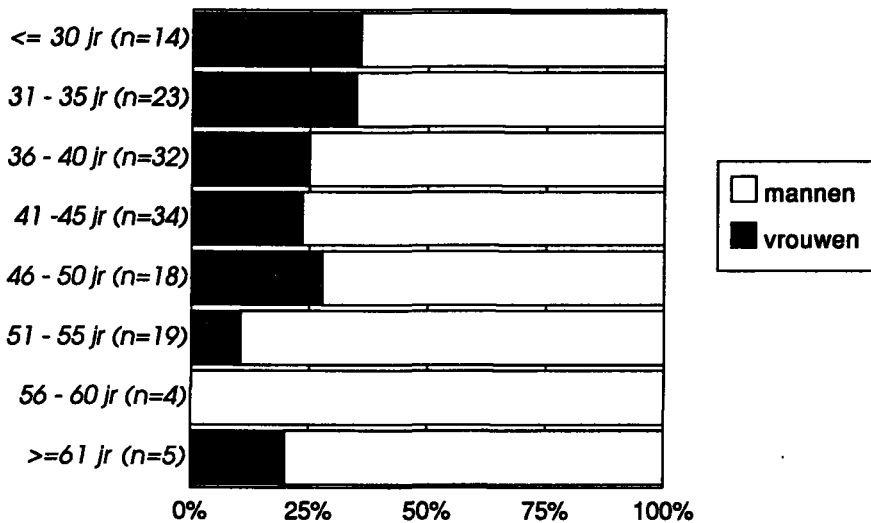
Meer dan 75% van de categorie partieel niet-curatieve artsen is van het mannelijke geslacht, 24,7% is van het vrouwelijke geslacht. Die verhouding tussen mannen en

vrouwen is terug te vinden in alle leeftijdscategorieën. Deze verdeling is opvallend vergeleken met de eerder gevonden verdeling bij volledig niet-curatief werkzame artsen (55,8% mannen, 44,2% vrouwen). Een verklaring voor dit verschil kan liggen in het in de curatieve sector als geheel sterker vertegenwoordigd zijn van mannen. Verder kan het zijn dat in de curatieve sector wellicht minder deeltijdfuncties beschikbaar zijn, waarvan wij bij de volledig niet-curatief werkzame artsen hebben gezien dat die in sterkere mate door vrouwen dan door mannen worden bezet. Overigens betreft het hier zoals reeds gesteld niet altijd deeltijdfuncties, maar ander dan curatief werk waar een relatief klein deel van de tijd aan wordt besteed.

Tabel 3.2: Deels niet-curatief werkzame artsen naar sekse (n=150)

|         | n   | %    |
|---------|-----|------|
| Mannen  | 113 | 75.3 |
| Vrouwen | 37  | 24.7 |

Figuur 3.3 Partieel niet-curatief werkzame artsen naar leeftijd en sekse



in percentages leeftijdsgroepen

Bij de twee jongste leeftijdsgroepen zien we een tendens van een naar verhouding groter wordend aantal vrouwen, iets dat kan samenhangen met de toegenomen instroom van vrouwen in de medische opleiding, die gevolgen zal hebben voor de samenstelling van de categorie curatieve artsen als totaal. In de oudere leeftijdsgroepen liggen de verhoudingen ongeveer hetzelfde als in de totale groep, met uitzondering van de groep boven de 51 jaar.

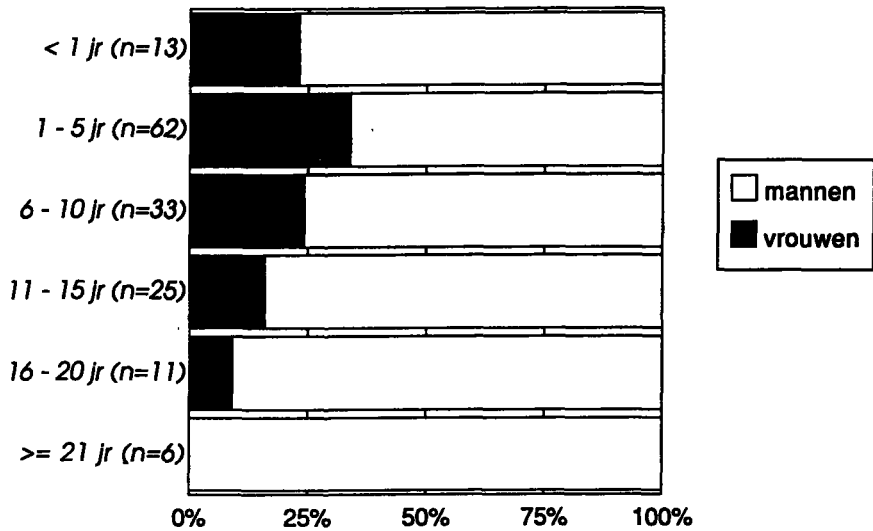
### 3.5 Aantal jaren niet-curatief werkzaam

Het blijkt dat partieel niet-curatieve artsen zich hetzelfde verdelen over de jaarcategorieën (tabel 3.3) als de volledig niet-curatieve artsen. De verhouding naar sekse door de categorieën heen is vergelijkbaar met de verhoudingen naar sekse in leeftijdscategorieën (figuur 3.4).

*Tabel 3.3* Partieel niet-curatief werkzame artsen naar aantal jaren in niet-curatieve functie werkzaam (n=150)

|              | n  | %    |
|--------------|----|------|
| < 1 jaar     | 13 | 8.7  |
| 1 - 5 jaar   | 62 | 41.3 |
| 6 - 10 jaar  | 33 | 22.0 |
| 11 - 15 jaar | 25 | 16.7 |
| 16 - 20 jaar | 11 | 7.3  |
| >= 21 jaar   | 6  | 4.0  |

**Figuur 3.4** Partieel niet-werkzame artsen naar aantal jaren niet curatief werkzaam en sekse



in percentages ervaringscategorieën

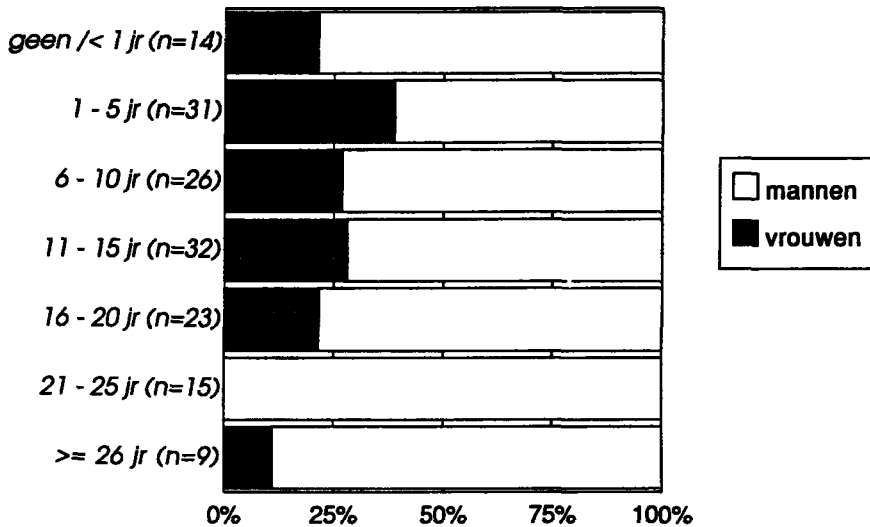
### 3.6 Aantal jaren curatieve ervaring

Ten aanzien van het aantal jaren curatieve ervaring in deze groep zien we een behoorlijke spreiding over alle ervaringscategorieën (tabel 3.4). De verdeling naar sekse laat geen nieuwe zaken zien. De eerder genoemde sekseverhouding is bij deze categorieën weer terug te vinden (figuur 3.5).

**Tabel 3.4** Partieel niet-curatief werkzame artsen naar aantal jaren curatieve ervaring (n=150)

|                 | n  | %    |
|-----------------|----|------|
| geen / < 1 jaar | 14 | 9.3  |
| 1 - 5 jaar      | 31 | 20.7 |
| 6 - 10 jaar     | 26 | 17.3 |
| 11 - 15 jaar    | 32 | 21.3 |
| 16 - 20 jaar    | 23 | 15.3 |
| 21 - 25 jaar    | 15 | 10.0 |
| >= 26 jaar      | 9  | 6.0  |

**Figuur 3.5** Partieel niet-curatief werkzame artsen naar aantal jaren curatieve ervaring en sekse

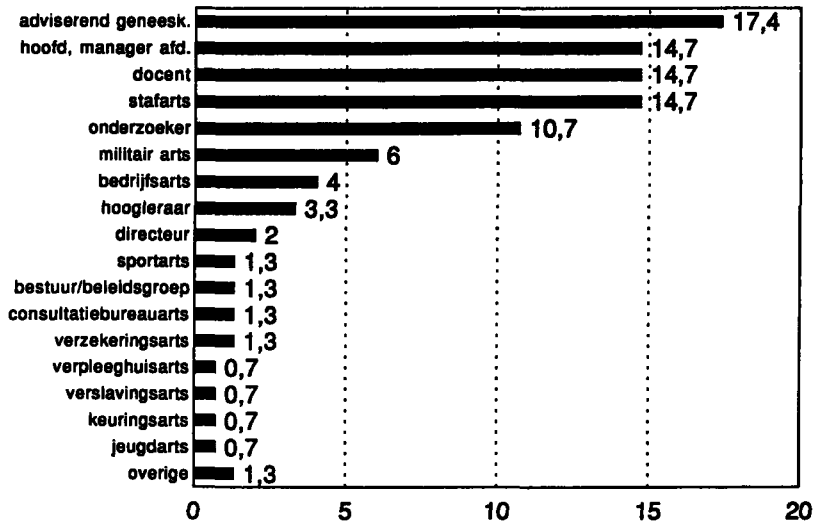


in percentages ervaringscategorieën

### 3.7 Gerapporteerde functies

Bij de groep partieel niet-curatief werkzame artsen werden de volgende niet-curatieve functies vaak genoemd (het betreft hier gerapporteerde 1e functies): docent (18%), adviserend geneeskundige (17.4%), leidinggevende (directeur, hoofd afdeling) (16.7%), stafarts (14.7%) en onderzoeker (10.7%). Een flink deel geeft onderwijs (inclusief de hoogleraren), voor een groot deel aan de academische ziekenhuizen en medische faculteiten, zoals wij zullen zien.

**Figuur 3.6** Partieel niet curatieve artsen: gerapporteerde 1e functies



in percentages (n=150; geen antw.: 3.3%)

### 3.8 Gerapporteerde instellingen / organisaties

In de volgende tabel wordt een overzicht gegeven van aantallen en percentages van de instellingen waar men niet-curatieve werkzaamheden verricht (n=150). Tevens worden schattingen gepresenteerd van proporties in de populatie (deze werd geschat op 3660; zie de paragraaf over de steekproef), evenals bijbehorende betrouwbaarheidsintervallen.



Tabel 3.5

| PARTIEEL NIET-CURATIEF WERKZAME ARTSEN:<br>GERAPPORTEERDE INSTELLINGEN (1 <sup>st</sup> FUNCTIE) | n (%)     | schatting<br>aantal<br>populatie | (BI-aantallen) |
|--|-----------|----------------------------------|----------------|
| <b>NIET-OVERHEID</b>   |           |                                  |                |
| EERSTE LIJNS GEZONDHEIDSZORG:<br>gezondheidscentra, huisartsen praktijken                        | 2 (1.3)   | 48                               | (8-191)        |
| <b>TWEDE LIJNS GEZONDHEIDSZORG</b>   |           |                                  |                |
| academisch ziekenhuis  | 31 (20.7) | 758                              | (537-1032)     |
| geestelijke gezondheidszorg  | 9 (6.0)   | 220                              | (108-418)      |
| algemene ziekenhuizen, poliklinieken   | 8 (5.3)   | 194                              | (92-388)       |
| verpleeghuizen, verzorgingshuizen, bejaardenhuizen   | 8 (5.3)   | 194                              | (92-388)       |
| psychiatrische ziekenhuizen  | 5 (3.3)   | 121                              | (45-293)       |
| geestelijk gehandicapten-/zwakzinnigenzorg   | 2 (1.3)   | 48                               | (8-191)        |
| revalidatiecentra  | 2 (1.3)   | 48                               | (8-191)        |
| artsenlaboratoria  | 1 (0.7)   | 26                               | (1-154)        |
| trombosedienseten/bloedbanken  | 1 (0.7)   | 26                               | (1-154)        |
| integrale kankercentra   | -         | -                                | -              |
| kinderziekenhuizen   | -         | -                                | -              |
| (lich.) gehandicaptenzorg  | -         | -                                | -              |
| regionale centra voor slechtzienden, doven   | -         | -                                | -              |
| sociaal-seksuologische centra  | -         | -                                | -              |
| overige  | 4 (2.7)   | 99                               | (31-260)       |
| <b>COLLECTIEVE/PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG:</b>  |           |                                  |                |
| kruisverenigingen  | 4 (2.7)   | 99                               | (31-260)       |
| bedrijfsgezondheidsdiensten  | 2 (1.3)   | 48                               | (8-191)        |
| overige  | 1 (0.7)   | 26                               | (1-154)        |
| <b>SOCIALE VERZEKERINGSORGANEN</b>   |           |                                  |                |
| bedrijfsverenigingen   | 2 (1.3)   | 48                               | (8-191)        |
| <b>VERZEKERINGSMACHTSCHAFFIJEN:</b>  |           |                                  |                |
| (ziekte-)verzekeringmaatschappijen   | 1 (0.7)   | 26                               | (1-154)        |
| ziekenfondsen  | -         | -                                | -              |
| <b>BEDRIJFSLEVEN/(NON) PROFIT DIENSTVERLENING/PART.ORG.:</b>                                     |           |                                  |                |
| bedrijfsgezondheidsdiensten: particulier   | 2 (1.3)   | 48                               | (8-191)        |
| farmaceutische industrie   | 2 (1.3)   | 48                               | (8-191)        |
| bedr. leven, industr. en andere part. org.   | 1 (0.7)   | 26                               | (1-154)        |
| organisatieadviesbureaus   | -         | -                                | -              |
| overige  | 1 (0.7)   | 26                               | (1-154)        |
| <b>ONDERZOEK/ONDERWIJS</b>   |           |                                  |                |
| universiteiten   | 13 (8.7)  | 318                              | (179-537)      |
| middelbaar/voorbereidend hoger   | 6 (4.0)   | 146                              | (60-325)       |
| hoger onderwijs  | 4 (2.7)   | 99                               | (31-260)       |
| verpleegkundige opl. ziekenhuizen  | 1 (0.7)   | 26                               | (1-154)        |
| niet-universitair onderzoek of researchinstituten  | 1 (0.7)   | 26                               | (1-154)        |
| overige  | 1 (0.7)   | 26                               | (1-154)        |
| <b>OVERIGE NIET-OVERHEID</b>   |           |                                  |                |
| regionale verenigingen, ondersteuningscentra   | 2 (1.3)   | 48                               | (8-191)        |
| landelijke adviesorganen   | 1 (0.7)   | 26                               | (1-154)        |
| landelijke verenigingen  | 1 (0.7)   | 26                               | (1-154)        |
| landelijke ondersteuningscentra  | 1 (0.7)   | 26                               | (1-154)        |
| particuliere fondsen of stichtingen  | -         | -                                | -              |
| overige  | 1 (0.7)   | 26                               | (1-154)        |
| <b>OVERHEID</b>  |           |                                  |                |
| <b>RIJKSOVERHEID:</b>  |           |                                  |                |
| defensie   | 15 (10.0) | 366                              | (215-594)      |
| ministeries  | 2 (1.3)   | 48                               | (8-191)        |
| staatstoezicht op de volksgezondheid   | -         | -                                | -              |
| adviesorganen en beleidswerkgroepen  | -         | -                                | -              |
| bedrijfsgezondheidsdiensten  | -         | -                                | -              |
| overige  | 2 (1.3)   | 48                               | (8-191)        |
| <b>PROVINCIALE OVERHEID:</b>   |           |                                  |                |
| provinciale adviesorganen  | 1 (0.7)   | 26                               | (1-154)        |
| <b>GEMEENTELIJKE OVERHEID:</b>   |           |                                  |                |
| gemeentelijke of basisgezondheidsdiensten  | 1 (0.7)   | 26                               | (1-154)        |
| gemeentelijk anderszins  | -         | -                                | -              |
| <b>NIET WERKZAAM BIJ WERKGEVER OF INSTELLING</b>   |           |                                  |                |
|  | 2 (1.3)   | 48                               | (8-191)        |
| geen antwoord  | 6 (4.0)   | 146                              | (60-325)       |

De academische ziekenhuizen tezamen met de universiteiten vormen de grootste groep (29.4%). Daarna komt een grote groep werkzaam in de tweede-lijns gezondheidszorg (26.6%), met name de geestelijke gezondheidszorg (RIAGG) en psychiatrie, en de algemene ziekenhuizen en verpleeghuizen. Opvallend is verder een aantal dat bij defensie werkt (10%). De resterende artsen zijn met doorgaans zeer kleine aantallen verspreid over de andere instellingen.

Voor de volledigheid wordt een overzicht gegeven van de instellingen van alle gerapporteerde niet-curatieve functies (totaal: 227).

Tabel 3.6

| PARTIEEL NIET-CURATIEVE ARTSEN:<br>TOTAAL DER GERAPPORTEERDE INSTELLINGEN<br>(ALLE FUNCTIES) (n=227) |           | n (%) | schatting<br>aantal<br>populatie | (B1-aantallen) |
|--|-----------|-------|----------------------------------|----------------|
| <b>NIET-OVERHEID</b>   |           |       |                                  |                |
| <b>EERSTE LIJNS GEZONDHEIDSZORG:</b>   |           |       |                                  |                |
| gezondheidscentra, huisartsen praktijken   | 4 (1.8)   | 66    | (27-174)                         |                |
| <b>TWEDE LIJNS GEZONDHEIDSZORG</b>   |           |       |                                  |                |
| academisch ziekenhuis  | 50 (22.0) | 805   | (620-1028)                       |                |
| algemene ziekenhuizen, poliklinieken   | 13 (5.7)  | 208   | (117-359)                        |                |
| verpleeghuizen, verzorgingshuizen, bejaardenhuizen   | 13 (5.7)  | 194   | (117-359)                        |                |
| geestelijke gezondheidszorg  | 10 (4.4)  | 161   | (82-300)                         |                |
| psychiatrische ziekenhuizen  | 8 (3.5)   | 128   | (60-259)                         |                |
| geestelijk gehandicapten-/zwakzinnigenzorg   | 3 (1.3)   | 48    | (12-151)                         |                |
| revalidatiecentra  | 2 (0.9)   | 33    | (5-128)                          |                |
| trombosediënten/bloedbanken  | 1 (0.4)   | 15    | (1-103)                          |                |
| artsenlaboratoria  | 1 (0.4)   | 15    | (1-103)                          |                |
| integrale kankercentra   | -         | -     | -                                |                |
| kinderziekenhuizen   | -         | -     | -                                |                |
| (lich.) gehandicaptenzorg  | -         | -     | -                                |                |
| regionale centra voor slechthorenden, doven  | -         | -     | -                                |                |
| sociaal-seksuologische centra  | -         | -     | -                                |                |
| overige  | 6 (2.6)   | 95    | (40-217)                         |                |
| <b>COLLECTIEVE/PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG:</b>  |           |       |                                  |                |
| kruisverenigingen  | 6 (2.6)   | 95    | (40-217)                         |                |
| bedrijfsgezondheidsdiensten  | 2 (0.9)   | 33    | (5-128)                          |                |
| sportgeneeskundige diensten  | -         | -     | -                                |                |
| overige  | 1 (0.4)   | 15    | (1-103)                          |                |
| <b>SOCIALE VERZEKERINGSORGANEN</b>   |           |       |                                  |                |
| bedrijfsverenigingen   | 4 (1.8)   | 66    | (27-174)                         |                |
| <b>VERZEKERINGSMATSCHAPPIJEN:</b>  |           |       |                                  |                |
| (ziekte-)verzekeringssmaatschappijen   | 2 (0.9)   | 33    | (5-128)                          |                |
| ziekenfondsen  | -         | -     | -                                |                |
| <b>BEDRIJFSLEVEN/(NON)PROFIT DIENSTVERLENING/PART.ORG.:</b>  |           |       |                                  |                |
| bedrijfsgezondheidsdiensten: particulier   | 3 (1.3)   | 48    | (12-151)                         |                |
| farmaceutische industrie   | 2 (0.9)   | 33    | (5-128)                          |                |
| bedr.levens, industr. en andere part. org.   | 2 (0.9)   | 33    | (5-128)                          |                |
| organisatieadviesbureaus   | -         | -     | -                                |                |
| overige  | 1 (0.4)   | 15    | (1-103)                          |                |
| <b>ONDERZOEK/ONDERWIJS</b>   |           |       |                                  |                |
| universiteiten   | 20 (8.8)  | 322   | (205-493)                        |                |
| middelbaar/voorbereidend hoger   | 6 (2.6)   | 95    | (40-217)                         |                |
| hoger onderwijs  | 5 (2.2)   | 81    | (30-196)                         |                |
| verpleegkundige opl. ziekenhuizen  | 4 (1.8)   | 66    | (27-174)                         |                |
| niet-universitair onderzoek of researchinstituten  | 2 (0.9)   | 33    | (5-128)                          |                |
| niet-universitair onderwijs  | -         | -     | -                                |                |
| overige  | 1 (0.4)   | 15    | (1-103)                          |                |
| <b>OVERIGE NIET-OVERHEID</b>   |           |       |                                  |                |
| landelijke verenigingen  | 4 (1.8)   | 66    | (27-174)                         |                |
| landelijke ondersteuningscentra  | 2 (0.9)   | 33    | (5-128)                          |                |
| landelijke adviesorganen   | 1 (0.4)   | 15    | (1-103)                          |                |
| particuliere fondsen of stichtingen  | 1 (0.4)   | 15    | (1-103)                          |                |
| landelijke beroepsorganisaties   | -         | -     | -                                |                |
| regionale verenigingen, ondersteuningscentra   | -         | -     | -                                |                |
| overige  | 2 (0.9)   | 33    | (5-128)                          |                |
| <b>OVERHEID</b>  |           |       |                                  |                |
| <b>RIJKSOVERHEID:</b>  |           |       |                                  |                |
| defensie   | 16 (7.0)  | 256   | (154-417)                        |                |
| ministeries  | 3 (1.3)   | 48    | (12-151)                         |                |
| adviesorganen en beleidswerkgroepen  | -         | -     | -                                |                |
| bedrijfsgezondheidsdiensten  | -         | -     | -                                |                |
| staatstoezicht op de volksgezondheid   | -         | -     | -                                |                |
| overige  | 2 (0.9)   | 33    | (5-128)                          |                |
| <b>PROVINCIALE OVERHEID:</b>   |           |       |                                  |                |
| provinciale adviesorganen  | 1 (0.4)   | 15    | (1-103)                          |                |
| <b>GEMEENTELIJKE OVERHEID:</b>   |           |       |                                  |                |
| gemeentelijke of basisgezondheidsdiensten  | 2 (0.9)   | 33    | (5-128)                          |                |
| gemeentelijk anderszins  | -         | -     | -                                |                |
| <b>NIET WERKZAAM BIJ WERKGEVER OF INSTELLING</b>   |           |       |                                  |                |
| geen antwoord  | 3 (1.3)   | 48    | (12-151)                         |                |

Men bedenke overigens steeds dat het bij deze getallen om functies gaat die naast het curatieve werk een relatief klein tijdsbeslag hebben.

### 3.9 Aanstellingspercentages

De aanstellingspercentages in de niet-curatieve functie zijn zoals bij deze groep artsen te verwachten is: men werkt immers partieel niet-curatief, in hoofdzaak onder de 50%, met een grootste concentratie bij 20% van de tijd of aanstelling.

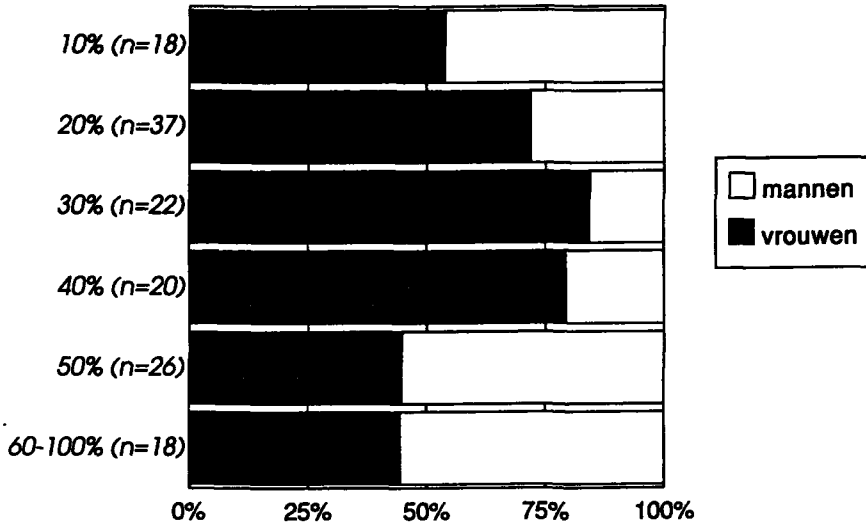
Tabel 3.7: Partieel niet-curatief werkzame artsen naar % aanstelling in niet-curatief werk per week (n=150)

| AANST% | n  | %    |
|--------|----|------|
| 00     | 4  | 2.8  |
| 10     | 18 | 12.4 |
| 20     | 37 | 24.5 |
| 30     | 22 | 15.2 |
| 40     | 20 | 13.8 |
| 50     | 26 | 17.9 |
| 60     | 5  | 3.4  |
| 70     | 4  | 2.8  |
| 80     | 3  | 2.1  |
| 90     | —  | —    |
| 100    | 6  | 4.1  |

Er waren kennelijk enkelen die een 100% aanstelling per week in een deeltijdfunctie hadden. Vermoedelijk berust dit op een misverstand.

In de onderstaande figuur zijn percentages vergeleken naar sekse, waarbij percentages vanaf 60% zijn samengevoegd i.v.m. kleine aantallen. Vrouwen nemen de deeltijdaanstellingen in sterkere mate voor hun rekening.

**Figuur 3.7:** Partieel niet-curatieve artsen: % niet-cur. aanstelling per week naar sekse



in percentages 'aanstellings'groepen

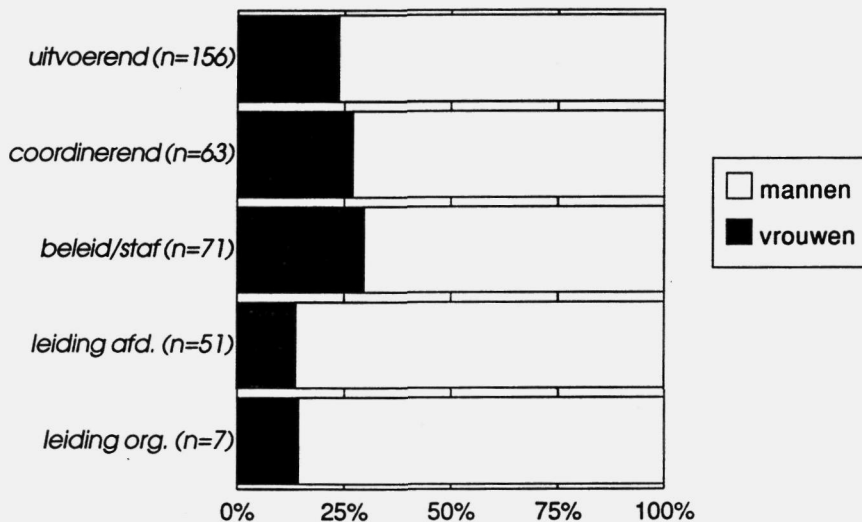
### 3.10 Functieniveau

De partieel niet-curatief werkzame artsen verdelen zich hetzelfde over de verschillende functie-niveaus als hun volledig niet-curatieve collega's.

**Tabel 3.8:** Partieel niet-curatief werkzame artsen naar functieniveau (percentage van totaal gerapporteerde functies = 227)

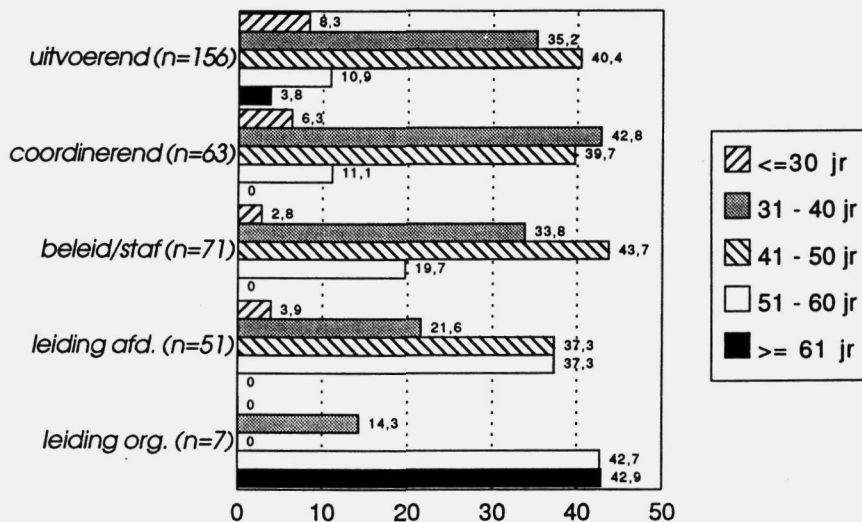
|                           | n   | %    |
|---------------------------|-----|------|
| uitvoerende taken         | 156 | 68.7 |
| coördinerende taken       | 63  | 27.8 |
| beleids- of staftaken     | 71  | 31.3 |
| leidinggevend afdeling    | 54  | 22.5 |
| leidinggevend organisatie | 7   | 3.1  |

Figuur 3.8 Partieel niet-curatieve artsen naar functieniveau en sekse



in percentages functieniveau (meer antwoorden mogelijk)

Figuur 3.9 Partieel niet-curatieve artsen naar functieniveau en leeftijd



in percentages functieniveau (meer antwoorden mogelijk)

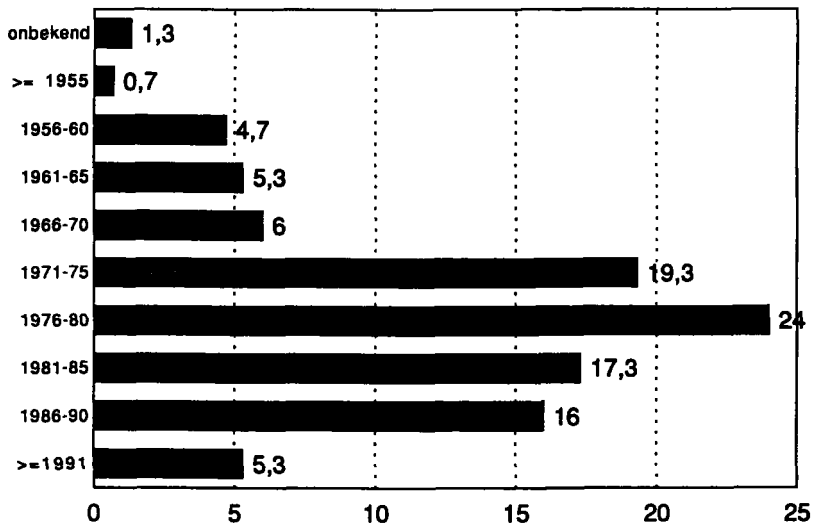
Bij een vergelijking naar geslacht zien we de verdeling van 25% vrouwen en 75% mannen weer terug, alleen in de leidinggevende functies is het percentage vrouwen relatief lager. De leeftijdsverdeling in de verschillende functieniveau laat zien dat de leidinggevende functies worden bezet door de ouderen in de onderzoeksgroep.

### 3.11 Artsexamen: Jaar en universiteit

De artsen van deze onderzoeksgroep behaalde het artsdiploma aan de volgende universiteiten: EU-Rotterdam (10.2%), KU-Nijmegen (13.6%), RU-Groningen (13.6%), RU-Leiden (16.3%), RU-Limburg (3.4%), RU-Utrecht (14.3%), UvAmsterdam (12.9%) en aan de VU-Amsterdam (11.6%). In het buitenland behaalden 4.1% van de respondenten het artsdiploma.

De volgende figuur geeft een beeld van de verdeling naar jaar van artsexamen.

Figuur 3.10 Partieel niet-curatieve artsen naar jaar artsexamen



in percentages (n=150)

Er treedt hier een verschil op met de volledig niet-curatieve categorie: van deze laatste had 52% in en na 1981 artsexamen gedaan en deze is dus relatief jonger. Voor de hier besproken categorie is het percentage 39.1%.

### **3.12 Gevolgde specialistische opleidingen na het artsexamen: curatief en niet-curatief**

In het totaal zijn 90 registraties opgegeven door de partieel niet-curatieve artsen (n=150). Over de curatieve registraties kan het volgende worden gemeld: van het totaal 33.3% geregistreerd als huisarts, 11.1% als internist, 11.1% als psychiater, 6.7% als gynaecoloog en 33.3% is geregistreerd in een van de overige specialisaties.

Een niet-curatieve registratie heeft 2.6%. Samenvattend: 57.3% van de respondenten heeft een curatieve registratie (waarvan een derde huisarts), en een fractie (2.6%) is als sociaal-geneeskundige geregistreerd. Geen registratie heeft 42.7%. Dit beeld verschilt vanzelfsprekend sterk van de niet-curatieve artsen: daar had 16.6% een curatieve registratie en 25.1% een sociaal-geneeskundige registratie.

### **3.13 Opleidingsbehoeften**

In deze onderzoeksgroep achten minder artsen zich voor de niet-curatieve werkzaamheden *niet adequaat* geschoold dan hun volledig niet-curatieve collega's (13.7%), dit is een behoorlijk verschil dat mogelijk samenhangt met het gegeven dat voor partieel niet-curatieve artsen de niet-curatieve werkzaamheden in kwantiteit minder zijn of minder tot de routine behoren. De bij- of nascholingsbehoefte is ongeveer gelijk met die van de volledig niet-curatieve artsen .



**Tabel 3.9** Partieel niet-curatief werkzame artsen: adequaat geschoold voor het niet-curatieve werk? (n=149)

|  | n  | %    |
|--|----|------|
| neen, niet adequaat geschoold voor bepaalde werkzaamheden (nog) niet | 46 | 30.9 |
| ja, adequaat geschoold   | 52 | 34.9 |
| ja, als geheel uitstekend geschoold                                  | 47 | 31.5 |
| ja, als geheel uitstekend geschoold                                  | 4  | 2.7  |

**Tabel 3.10:** Partieel niet-curatief werkzame artsen: Op dit moment van uw werk concrete behoefte aan bij- of nascholing? (n=146)

|               | n  | %    |
|---------------|----|------|
| neen          | 52 | 35.6 |
| ja, enigszins | 81 | 55.5 |
| ja, sterk     | 13 | 8.9  |

### 3.14 Investeringsbereidheid bij- en of nascholing

Ook hier is de bereidheid tot investering in bij- of nascholing zonder een bijdrage van de werkgever bij meer dan de helft van de artsen aanwezig.

**Tabel 3.11** Partieel niet-curatief werkzame artsen: Bereidheid tot persoonlijke investering in cursus (n=149)

|   | n  | %    |
|---|----|------|
| neen  | 5  | 3.4  |
| ja, alleen als de werkgever ook een deel van de kosten draagt of tijd beschikbaar stelt | 60 | 40.3 |
| ja, ook als de werkgever niet bijdraagt   | 84 | 56.4 |

Van de 150 artsen uit deze groep wordt 60.0% in staat gesteld door zijn/haar werkgever tot het volgen van bij- of nascholing, 12% wordt dat niet en voor de overigen is dit niet duidelijk.

### 3.15 Motieven voor bij- en nascholing

Voor partieel niet-curatief werkzame artsen zijn de belangrijkste overwegingen tot het volgen van bij- of nascholing: het op de hoogte willen blijven van het vak, de eisen van

het werk beter aankunnen, verbreding van oriëntatie en de reflectie op het eigen functioneren. Deze cijfers tonen overeenstemming met die van de volledig niet-curatieve artsen.

**Tabel 3.12** Partieel niet-curatief werkzame artsen: Belangrijkste overwegingen voor bij- of nascholing (%% van n=150)

|   | n  | %    |
|---|----|------|
| op de hoogte blijven van het vak              | 73 | 48.7 |
| kansen op de arbeidsmarkt vergroten           | 17 | 11.3 |
| de eisen van het werk beter aankunnen         | 68 | 45.3 |
| de werkgever (dir. of hoofd) verlangt het     | 2  | 1.3  |
| vergroten van promotiekansen                  | 8  | 5.3  |
| nastreven van functieverandering/-verbetering | 15 | 10.0 |
| verbreding van oriëntatie                     | 64 | 42.7 |
| reflectie op eigen functioneren               | 59 | 39.3 |
| onderhouden contacten netwerk                 | 35 | 23.3 |
| anderszins                                    | 4  | 2.7  |

### 3.16 Gewenste onderwerpen bij- of nascholing

**Tabel 3.13** Partieel niet-curatief werkzame artsen: gewenste onderwerpen voor bij- of nascholing naar categorie (totaal werden 168 onderwerpen genoemd; percentages van n=150)

|                 | n   | %    |
|-----------------|-----|------|
| medisch         | 35  | 23.3 |
| sociaal-medisch | 22  | 14.7 |
| niet-medisch    | 103 | 68.7 |
| overige         | 8   | 5.3  |

Vergeleken met volledig niet-curatieve artsen zijn de onderwerpen in absolute zin minder vaak genoemd, het totaal van de genoemde onderwerpen is dus aanzienlijk minder. De verhoudingen wijken tussen de rubrieken wijken echter niet sterk af.

Onderwerpen die opvallend vaak werden genoemd: bedrijfskunde/management (31x, 18.5%), epidemiologie (19x, 11.3%) en didactiek (12x, 7.1%). De overige onderwerpen kregen percentages onder de 5%.

### 3.17 Reeds gevolgde bij- of nascholing

Tabel 3.14 Parieel niet-curatief werkzame artsen: Hoeveel bij- of nascholingscursussen heeft u in uw loopbaan tot nu toe gevolgd? (n=143)

|            | n  | %    |
|------------|----|------|
| geen       | 44 | 29.5 |
| 1 t/m 5    | 67 | 45.0 |
| 6 t/m 10   | 27 | 18.1 |
| 11 t/m 15  | 6  | 4.0  |
| 16 of meer | 5  | 3.4  |

Vergeleken met volledig niet-curatieve artsen treden geen grote verschillen op: alleen in de categorie 'geen' is het percentage hoger. Dat kan samenhangen met het geconstateerde verschil in leeftijdsamenstelling tussen beide categorieën en daarmee zal het aantal jaren ervaring een rol spelen.

### 3.18 Noodzaak medische bevoegdheid

Tot slot nog enkele gegevens over hoe deze artsen oordelen over de noodzaak van de medische bevoegdheid voor hun niet-curatieve werkzaamheden:

Tabel 3.15 Parieel niet-curatief werkzame artsen: is voor uw niet-curatieve werkzaamheden de medische bevoegdheid (basisartsdiploma) naar uw mening beslist een vereiste? (n=150)

|  | n   | %    |
|--|-----|------|
| neen   | 13  | 8.7  |
| ja, er werd een arts voor deze functie gevraagd    | 45  | 30.0 |
| ja, kennis van een arts is noodzakelijk            | 105 | 70.0 |
| ja, voor informatie-uitwisseling met andere artsen | 43  | 28.7 |
| ja, voor onderzoek van patiënten / cliënten        | 46  | 30.7 |
| ja, anderszins                                     | 11  | 7.3  |

In absolute aantallen zijn minder antwoordalternatieven aangekruist, qua verhoudingen zijn er kleine verschillen. Overeenstemming is er met volledig niet-curatieve artsen over: 'kennis van een arts is noodzakelijk', dit haalde eenzelfde percentage. Op de uitspraken 'arts voor functie gevraagd', 'informatie-uitwisseling met andere artsen' en 'onderzoek van patiënten / cliënten' werden lagere percentages gehaald dan bij niet-curatieve artsen.

## **BIJLAGE 4**

**Introductie van het onderzoek: Aanbiedingsbrieven voorenquête, vragenlijst,  
interview**

Tekst Aanbiedingsbrief Voorenquête

1 juni 1992

SB/sb 2488/5042

Onderzoek Artsen buiten curatie

Geachte mevrouw/mijnheer,

Graag vragen wij uw aandacht voor een onafhankelijk, *verkennend* onderzoek onder *niet-curatief* werkende artsen, dat op initiatief van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO wordt uitgevoerd.

Eerst iets over het doel van het onderzoek. De ervaring leert dat medici in hun loopbaan velerlei functies kunnen uitoefenen, zowel in de gezondheidszorg als daarbuiten. Het is van belang daar inzicht in te hebben, o.a. in verband met onderwijs, en/of bij- en nascholing.

Doel van het onderzoek is na te gaan in welke soorten niet-curatieve functies artsen na hun basisartsopleiding of curatieve loopbaan zoal werken.

Vraagstellingen betreffen o.a. de kenmerken van taken, functies en werksituaties; het opleidingstraject, de loopbaan en opleidingswensen.

*Wellicht ten overvloede: niet-curatieve werkzaamheden zijn die activiteiten die artsen hoofdzakelijk, of voor een deel van hun tijd, bijvoorbeeld verrichten als bedrijfsarts, in de research, in het onderwijs, als verzekeringsarts, in het bedrijfsleven, bij gemeentelijke of regionale gezondheidsdiensten, etc., om slechts enkele gebieden te noemen.*

*Curatief, behandelend werkzaam zijn zij die als huisarts, specialist of anderszins als behandelend arts in de intra- of extramurale patiëntenzorg werken of daar (in)direct bij betrokken zijn (laboratoriumartsen bijv.).*

Uw naam en adres zijn gevallen in een a-selecte steekproef uit het adressenbestand van *alle* artsen in Nederland. Deze steekproef trokken wij uit het bestand van de Geneeskundige Hoofdinspectie.

Deze procedure was nodig omdat geen adequate mogelijkheid bestond een steekproef uit een bestand niet-curatief werkende artsen te trekken.

In verband met het belang van dit project voor de niet-curatieve medische beroepsuitoefening, menen wij een beroep te mogen doen op uw bereidheid aan dit onderzoek mee te werken.

Wilt u op bijgaand antwoordkaartje aangeven op welke wijze u als arts werkzaam bent en of u bereid bent aan het onderzoek mee te werken i.c. een vragenlijst in te vullen? Wilt u het kaartje per omgaande in bijgaande antwoordenvolop aan ons terugsturen?

Wanneer u aangeeft voor een *deel* van uw tijd of wanneer u aangeeft *hoofdzakelijk* niet-curatief werkzaam te zijn, en wanneer u aan het onderzoek mee wilt werken, krijgt u de vragenlijst toegezonden.

Oók als u *volledig* als curatief, behandelend arts werkt, zien wij het antwoordkaartje graag retour i.v.m. het kunnen vaststellen van de respons.

Het onderzoek wordt begeleid door een commissie waarin ook de medische beroepsgroep vertegenwoordigd is, bestaande uit de volgende zes personen:

prof. dr. J.G. Boerlijst, hoogleraar organisatiepsychologie, Technische Universiteit Twenthe

S. Buma, sociaal-geneeskundige, Directoraat-Generaal voor de Arbeid, Ministerie voor Sociale Zaken en Werkgelegenheid

W.P.M. Dols, sociaal-geneeskundige, hoofd Afdeling Onderwijs NIPG TNO

prof. dr. A.H.M. Kerkhoff, hoogleraar organisatie gezondheidszorg, Technische Universiteit Twenthe

Mr. P.J.W.M. de Kroon, hoofd Afd. Medische Beroepen en Opleidingen, Ministerie van WVC

A.L.J.E. Martens, arts, directeur Landelijke Vereniging voor Sociaal-geneeskundigen

Tot slot:

*Alle gegevens uit het onderzoek worden uitsluitend op anonieme wijze verwerkt. Het NIPG TNO is in deze gehouden aan de gedragscode van de Vereniging voor Onderzoeksinstituten (VOI) en hetgeen de Wet Persoonsregistraties (WPR) voorschrijft.*

Met dank voor uw medewerking,

hoogachtend,

Onderzoeksteam NIPG-TNO,

Drs. S.A. van den Berg, socioloog, projectleider

W. Davidse, sociaal-geneeskundige, wetenschappelijk onderzoeker

A.P.M.M. Rijssenbeek, arts, wetenschappelijk onderzoeker

**Bijlagen:**  
**Antwoordkaartje en antwoordenvolop**

**Graag één of meer hokje(s) aankruisen en terugsturen in bijgaande antwoordenvolop.**

**Geen postzegel nodig.**

- Mijn werk bestaat hoofdzakelijk uit curatieve werkzaamheden en alles wat daar direct of indirect mee samenhangt**
- Mijn werk bestaat, naast mijn curatieve en daarmee samenhangende werkzaamheden en functies, deels (> 10 %) uit niet-curatieve taken**
  - ik wil wel aan het verdere onderzoek meewerken**
  - ik wil niet aan het verdere onderzoek meewerken**
- Mijn werk bestaat hoofdzakelijk uit niet-curatieve werkzaamheden en alles wat daar direct of indirect mee samenhangt**
  - ik wil wel aan het verdere onderzoek meewerken**
  - ik wil niet aan het verdere onderzoek meewerken**

## Tekst Aanbiedingsbrief Vragenlijst

Onderzoek 'Artsen buiten curatie' (ons nr. SB/sb 2488/5402)

Leiden, 23 juni 1992

Geachte mevrouw/mijnheer,

Wij hebben uw kaartje ontvangen, waarop u aangeeft bereid te zijn aan het onderzoek mee te werken.

Hierbij sturen wij u de aangekondigde vragenlijst. Wij nodigen u uit de lijst zorgvuldig in te vullen en zo spoedig mogelijk aan ons terug te zenden. Daartoe treft u bijgaande antwoordenvolp aan. Postzegels zijn dus niet nodig.

Naar schatting heeft u voor de invulling van de lijst ongeveer drie kwartier nodig.

Gegevens uit de vragenlijst zullen op strikt anonieme en vertrouwelijke wijze worden verwerkt. Het NIPG-TNO is in deze gehouden aan de gedragscode van de Vereniging voor Onderzoek Instituten (VOI) en hetgeen de Wet Persoonsregistraties (WPR) voorschrijft. In verband hiermee is het nuttig er op te wijzen dat het adreslabel op de antwoordenvolp uitsluitend dient om vast te stellen welke van verstuurde vragenlijsten zijn geretourneerd. Na binnenkomst wordt de antwoordenvolp vernietigd.

Het doel en het belang van dit onderzoek ligt in het volgende. Doel van het onderzoek is te inventariseren wat de functies en taken van niet-curatief werkende artsen zijn, en een aantal daarmee samenhangende aspecten: zoals de gebieden waar men werkt, de gevolgde loopbaan, de opleidingswensen, hoe men tegen de werksituatie aankijkt.

Over de groep niet-curatief werkende artsen en over hoe het met deze artsen in hun loopbaan gaat, is weinig bekend.

In de opleiding tot arts wordt relatief weinig aandacht besteed aan niet-curatieve vormen van beroepsuitoefening door artsen. Dit is opmerkelijk gezien het grote aantal van hen dat in de sociale gezondheidszorg, maar ook daarbuiten functies vervult. Er zijn nl. naar eerste schatting ongeveer 10.000 artsen niet-curatief werkzaam, d.i. een kwart van alle artsen. Deze hebben allen een curatieve opleiding genoten, soms gevolgd door een sociaal-geneeskundige opleiding (ongeveer 2.500 artsen). De gegevens uit dit onderzoek kunnen mede worden gebruikt om het aanbod van onderwijs (beroepsopleidingen, bij- of nascholing) waar gewenst bij te sturen.



Voor alle duidelijkheid: niet-curatieve werkzaamheden zijn die activiteiten die artsen hoofdzakelijk, of voor een deel van hun tijd, bijvoorbeeld verrichten als bedrijfsarts, in de research, in het onderwijs, als verzekeringsarts, in het bedrijfsleven, bij gemeentelijke of regionale gezondheidsdiensten, in het management, etc., om slechts enkele gebieden te noemen.

Curatief werkzaam zijn zij die als huisarts, specialist of anderszins als behandelend arts in de intra- of extramurale patiëntenzorg werken of daar (in)direct bij betrokken zijn.

Nog een laatste vraag. Aanvullend op het vragenlijstonderzoek (onder naar schatting 1000 personen) willen wij een klein aantal artsen persoonlijk interviewen. Met deze gesprekken willen wij dieper op het werk en de loopbaan van niet-curatief werkende artsen ingaan. Deze vraaggesprekken zullen onafhankelijk van de geretourneerde vragenlijsten worden gehouden. Wij zouden graag ongeveer 50 personen willen uitnodigen, die bereid zijn aan dit interview mee te werken. Als u hier geen bezwaar tegen heeft, kunt U dit op de introductie-pagina van de vragenlijst aangeven. Uit degenen die zich in principe bereid hebben getoond, zullen door ons 50 personen voor een afspraak worden benaderd.

Met dank voor de door u genomen moeite,

hoogachtend,  
namens Onderzoeksteam NIPG TNO,

drs. S.A. van den Berg, projectleider

P.S. Mocht uw vakantieperiode het invullen van de vragenlijst vertragen, vergeet u dan niet de lijst na uw vakantie terug te zenden, in ieder geval voor 15 augustus a.s.

Tekst Uitnodigingsbrief Interview

Onderzoek 'Artsen buiten curatie' (ons nr. SB/cn xxxx/5402)

Leiden, 21 augustus 1992

Aan [persoonlijke adressering]

Geachte heer / mevrouw [persoonlijke naam],

Wij hebben de door u ingevulde vragenlijst (van het onderzoek onder niet-curatief werkzame artsen) ontvangen. U heeft hierbij aangegeven bereid te zijn aan een persoonlijk vraaggesprek mee te werken. Uit diegenen die hiertoe bereid waren, hebben wij op toevallige wijze een kleine steekproef van ongeveer 30 personen getrokken. Uw naam is in deze steekproef gevallen.

Graag zouden wij in het gesprek met u enkele vragen willen stellen over de opleiding, uw huidige werk en uw loopbaan als arts tot nu toe. Het karakter van het gesprek is verkennend en open, er zal niet een serie omschreven vragen worden gesteld, zoals in de vragenlijst het geval was. Het gaat in het gesprek vooral om het verkennen van persoonlijke ervaringen van artsen in hun werk, opleiding en loopbaan.

Overigens: het interview wordt gehouden onafhankelijk (d.w.z. de interviewer is niet op de hoogte) van wat u in de vragenlijst heeft geantwoord. De resultaten van de interviews (belangrijkste thema's hierin) zullen op anonieme wijze worden verwerkt in het onderzoeksrapport.

De vraaggesprekken zullen worden afgenomen door mevr. drs. A. Postma, mevr. drs. M. Oostindie, of ondergetekende, allen medewerkers van de afdeling Onderwijs van ons instituut.

Binnen de komende weken wordt u door [mevr. drs. A. Postma] [ondergetekende] benaderd voor een afspraak voor dit vraaggesprek. Dit zal vermoedelijk ongeveer anderhalf uur in beslag nemen, op een nader af te spreken plek.

Graag zijn wij bereid u verdere toelichting te geven.

Met vriendelijke groet,

namens Onderzoeksteam NIPG TNO,

drs. S.A. van den Berg, projectleider

## **BIJLAGE 5**

### **Vragenlijst 'Artsen buiten curatie'**

## VRAGENLIJST Artsen buiten curatie

### INTRODUCTIE

---

Dit is de vragenlijst uit de enquête onder niet-curatief werkende artsen.

Deze vragenlijst is geschikt gemaakt om automatisch te worden verwerkt om resultaten snel beschikbaar te krijgen. Wilt u daarom bij het invullen op de volgende punten letten:

1. Vul de vragenlijst in met potlood of pen. (GEEN rood).
2. Zet een duidelijk horizontaal streepje tussen de markeringshaakjes voor het antwoord van uw keuze op volgende manier :      Ja      Nee  
(dus NIET het antwoord vinken of aankruisen)
3. Corrigeren van een antwoord: gum het streepje zeer goed uit of lak het met wit (Tipp-Ex) weg.
4. Schrijf NIET op bovenmarge- en rechterkantlijn van het formulier.
5. Uw antwoorden op open vragen en opmerkingen graag duidelijk schrijven i.v.m. de verwerking.

Wanneer gesproken wordt over functie, wordt steeds een betaalde functie bedoeld. Niet: een functie in een bestuur of een vereniging!

---

- \* Bent u bereid in het kader van dit onderzoek ook aan een persoonlijk interview mee te werken?  
 Ja  
 Nee

Wilt u de ingevulde vragenlijst ongevouwen in bijgaande grote antwoordenvolop terugzenden?

Het afzender-adreslabel op de antwoordenvolop dient om vast te stellen welke van de toegestuurde vragenlijsten zijn geretourneerd. Na binnenkomst van de vragenlijst wordt de antwoordenvolop verwijderd.

Met dank voor de door u genomen moeite.

Het Onderzoeksteam NIPG TNO,

S.A. van den Berg, socioloog, projectleider  
W. Davidse, sociaal-geneeskundige, wetenschappelijk onderzoeker  
A.P.M.M. Rijssenbeek, arts, wetenschappelijk onderzoeker

*Enkele vragen over uw huidige werksituatie:*

Voor de volledigheid eerst een herhaling van een vraag uit de eerste brief:

1. Hoe bent u werkzaam?

- 1 [ ] Mijn werk bestaat naast mijn curatieve en daarmee samenhangende werkzaamheden en functies, DEELS (> 10 %) uit niet-curatieve taken  
2 [ ] Mijn werk bestaat HOOFDZAKELIJK uit niet-curatieve werkzaamheden en alles wat daar direct of indirect mee samenhangt  
3 [ ] Niet van toepassing

2. Wat is uw huidige werksituatie ?

(Geef aan welke van onderstaande beschrijvingen op uw huidige situatie van toepassing zijn)

- 1 [ ] werkzaam in een functie in VAST dienstverband  
2 [ ] werkzaam in een functie in TIJDELIJK dienstverband  
3 [ ] werkzaam in twee functies in vast dienstverband  
4 [ ] zelfstandig werkzaam (eigen praktijk, bedrijf; freelance)  
5 [ ] zonder betaald werk - Wel werkzoekend (bv. huishouden, vrijwilligerswerk)  
6 [ ] zonder betaald werk - Niet werkzoekend (bv. huishouden, vrijwilligerswerk)  
7 [ ] verdere studie/studieverlof in Nederland  
8 [ ] verdere studie/studieverlof in buitenland  
9 [ ] militaire dienst

3. Indien u ZONDER werk bent, wat is / zijn de belangrijkste reden(en) dat u thans niet werkt?

(Geef aan welke van onderstaande beschrijvingen op uw huidige situatie van toepassing zijn)

- 1 [ ] beëindiging contract  
2 [ ] kan (nog) geen werk vinden  
3 [ ] zorg voor kind(eren)  
4 [ ] gebrek aan kinderopvang  
5 [ ] gebonden aan standplaats echtgeno(o)t(e)  
6 [ ] terugkeer uit buitenland  
7 [ ] wil geen betaald werk / tevreden met vrijwilligerswerk  
8 [ ] tijdelijk arbeidsongeschikt  
9 [ ] vut / wachtgeld / pensioen  
10 [ ] blijvend arbeidsongeschikt (bv. WAO)  
11 [ ] anderszins, t.w.: .....

*Indien u zonder werk bent en als arts nog NIET in niet-curatieve functies heeft gewerkt, ga dan door naar vraag 90*

*Indien u zonder werk bent en WEL als niet-curatief arts heeft gewerkt, wilt u dan de lijst invullen voor de situatie zoals die gold in uw laatste niet-curatieve baan?*

In welke niet-curatieve functie(s) werkt u en bij welk soort(en) organisatie(s) of instelling(en)?

Voorbeelden ter toelichting

| Functie:                | Instelling:                                   |
|-------------------------|---|
| 'bedrijfsarts'          | 'gemeentelijke geneeskundige dienst'          |
| 'hoofd BGD'             | 'bedrijfsgezondheidsdienst grote onderneming' |
| 'wetensch. onderzoeker' | 'researchinstituut'                           |
| 'docent'                | 'verpleegkundige hogeschool'                  |
| 'stafarts'              | 'academisch ziekenhuis'                       |
| 'directeur'             | 'algemeen ziekenhuis'                         |
| 'beleidsambtenaar'      | 'ministerie'                                  |
| 'inspecteur'            | 'Geneeskundige inspectie'                     |
| 'jeugdarts'             | 'gemeentelijke geneeskundige dienst'          |

4. Functie 1: ..... Instelling: .....

5. Wat is de aard van uw eerste functie?  
(Meer antwoorden zijn mogelijk)
- 1  uitvoerende taken
  - 2  coördinerende taken (bv. project- of bureauleiding)
  - 3  beleids- of staftaken
  - 4  leidinggevende aan afdeling van organisatie
  - 5  leidinggevende aan gehele organisatie of instelling

Indien u verschillende functies vervult: (ga anders door naar vraag 12)

6. Functie 2: ..... Instelling: .....

7. Wat is de aard van uw tweede functie?  
(Meer antwoorden zijn mogelijk)
- 1  uitvoerende taken
  - 2  coördinerende taken (bv. project- of bureauleiding)
  - 3  beleids- of staftaken
  - 4  leidinggevende aan afdeling van organisatie
  - 5  leidinggevende aan gehele organisatie of instelling

8. Functie 3: ..... Instelling: .....

9. Wat is de aard van uw derde functie?  
(Meer antwoorden zijn mogelijk)
- 1  uitvoerende taken
  - 2  coördinerende taken (bv. project- of bureauleiding)
  - 3  beleids- of staftaken
  - 4  leidinggevende aan afdeling van organisatie
  - 5  leidinggevende aan gehele organisatie of instelling

10. Functie 4: ..... Instelling: .....

11. Wat is de aard van uw vierde functie?  
(Meer antwoorden zijn mogelijk)
- 1  uitvoerende taken
  - 2  coördinerende taken (bv. project- of bureauleiding)
  - 3  beleids- of staftaken
  - 4  leidinggevende aan afdeling van organisatie
  - 5  leidinggevende aan gehele organisatie of instelling

12. Hoeveel jaar werkt u op dit moment reeds in een (enkele) betaalde niet-curatieve functie(s)?

(Schrijf het jaartal in tien- en enkeltallen; bv. bij 20 jaar wordt in de bovenste rij 20 en in de onderste rij 0 gemarkeerd)

|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 00  | 10  | 20  | 30  | 40  | 50  |     |     |     |     |     |     |
| [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| 0   | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   |     |     |
| [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |

13. Welk percentage van een volledige werkweek bent u alles bijeen in een (enkele) betaalde niet-curatieve functie(s) aangesteld?

|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 00% | 10% | 20% | 30% | 40% | 50% | 60% | 70% | 80% | 90% | 100% |
| [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ]  |

14. In welke provincie is uw voornaamste werkadres ?

(1 antwoord s.v.p.)

- 1 [ ] Groningen
- 2 [ ] Fryslân
- 3 [ ] Drenthe
- 4 [ ] Overijssel
- 5 [ ] Flevoland
- 6 [ ] Noord-Holland
- 7 [ ] Utrecht
- 8 [ ] Gelderland
- 9 [ ] Zuid-Holland
- 10 [ ] Brabant
- 11 [ ] Zeeland
- 12 [ ] Limburg

Waaruit bestaan uw huidige niet-curatieve werkzaamheden?

Toelichting

Hierna treft u een aantal globale, typerende niet-curatieve werkzaamheden aan, die u zou kunnen verrichten. Neemt u de lijst eerst eens rustig door (vraag 15 t/m 24).

U gaat uit van het totaal van de door u in niet-curatieve functie(s) gewerkte tijd, ook al is dit een deel van uw werkweek.

Wilt u binnen dat totaal een procentuele inschatting geven van hoeveel tijd u besteedt aan verschillende werkzaamheden?

O. at niet elke werkweek hetzelfde is, geeft u percentages van wat naar uw inschatting over een langere periode gemiddeld per week het geval is.

Dezelfde werkzaamheden in verschillende functies kunt u daarbij samenvatten.

Bij een percentage van 5% en meer rond u naar boven af: 5 wordt 10%, 15 wordt 20%, etc.

Voorbeeld: U werkt voor drie dagen in de week als huisarts en twee dagen als docent. Van die twee dagen besteedt u 60% aan onderwijs, 20% aan advisering en 20% aan beleidsvoorbereiding en -bepaling binnen de instelling.  
Totaal 100 %.

**15. SPREKKUREN: SOCIAAL-MEDISCH, NIET-CURATIEF**

(en hieruit voortvloeiende taken; vb.: lezingen, begeleiding en advisering cliënten, uitbrengen expertise, screening, periodiek geneeskundig onderzoek, etc.)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**16. WETENSCHAPPELIJK / SYSTEMATISCH ONDERZOEK**

(op het terrein van epidemiologie, biochemie, medische biologie, sociale geneeskunde, medische milieukunde, etc.)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**17. ADVISERING / VOORLICHTING**

(aan groepen / instellingen of bedrijven, incl. voorbereidend onderzoek; bv. op terrein van arbeidsomstandigheden en verzuim; gezondheidsvoorlichting; organisatieadvies; etc.)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**18. BELEIDSVOORBEREIDING / -BEPALING (NIET LEIDINGGEVEND) BINNEN EIGEN ORGANISATIE**

(in commissies, werkgroepen, etc.)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**19. BELEIDSVOORBEREIDING / -BEPALING BUITEN EIGEN ORGANISATIE**

(in regionale of landelijke netwerken, koepels)

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**20. LEIDINGGEVEN AAN AFDELING**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**21. LEIDINGGEVEN AAN ORGANISATIE**

% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**22. ONDERWIJS (voorbereiding; uitvoering; coordinatie)**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

*Als u iets anders doet dan bovenstaande werkzaamheden, wat is dat dan en hoeveel tijd besteedt u hieraan? (indien niet van toepassing, ga door naar vraag 25)*

**23. ....**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**24. ....**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

*Ruimte voor opmerkingen:*



*Uw opleiding en loopbaan tot nu toe:*

25. Was u aan het begin van uw medische studie van plan een curatief medisch beroep te kiezen ?

- 1  neen
- 2  ik wist het nog niet
- 3  ja

26. Zijn uw ambities om een curatief beroep te kiezen, tijdens de medische studie verminderd ?

- 1  neen
- 2  enigzins
- 3  matig
- 4  sterk

27. Heeft u voor, tijdens of na de medische studie nog een andere beroepsopleiding gevolgd ?

- 1  neen
- 2  ja, maar niet afgesloten
- 3  ja, met diploma afgesloten

28. Indien vraag 27 met JA beantwoord, welke opleiding was dat dan ?

.....

29. Aan welke universiteit heeft u uw artsexamen gedaan ?

- 1  EU-Rotterdam
- 2  KU-Nijmegen
- 3  RU-Groningen
- 4  RU-Leiden
- 5  RU-Limburg
- 6  RU-Utrecht
- 7  UvAmsterdam
- 8  VU-Amsterdam
- 9  in het buitenland: .....

30. In welk jaar deed u het artsexamen ?

(Splits het jaartal in tien- en enketallen; bv. bij het jaartal 1950 wordt in de bovenste rij 50 en in de onderste rij 19 gemarkeerd)

|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 00  | 10  | 20  | 30  | 40  | 50  | 60  | 70  | 80  | 90  |
| [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| 0   | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   |
| [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |

31. Hoe lang werkt(u) u na uw artsexamen als behandelend arts in de curatieve gezondheidszorg ?

(Splits het jaartal in tien- en enketallen; bv. bij 14 jaar wordt in de bovenste rij 10 en in de onderste rij 4 gemarkeerd)

|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 00  | 10  | 20  | 30  | 40  | 50  | 60  | 70  | 80  | 90  |
| [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| 0   | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   |
| [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |

32. Was u op het moment van uw artsexamen beslist van plan een curatieve vervolgopleiding te gaan volgen, of een curatief beroep te kiezen ?

- 1  neen, ik had nog niet beslist
- 2  neen, ik wilde als sociaal-geneeskundige werken
- 3  ja, ik wilde huisarts worden
- 4  ja, ik wilde specialiseren
- 5  anderzins, t.w.: .....

33. Indien u huisarts of specialist wilde worden: bleek uw plan realiseerbaar ? (Indien niet van toepassing doorgaan met de volgende vraag)

- 1  neen, ik heb geen opleidingsplaats kunnen krijgen
- 2  ja, ik had na korte tijd een opleidingsplaats
- 3  ja, maar het kostte enige jaren om een opleidingsplaats te krijgen

34. Heeft u na uw artbezamen een curatieve of niet-curatieve specialiatie(s) vervolgoepieding(en) gevolgd ?

- 1 ( ) neen (Indien neen ga door naar vraag 37)  
2 ( ) ja, ik ben in opleiding  
3 ( ) ja, ik heb de opleiding afgesloten

Indien vraag 34 bevestigend werd beantwoord:

35. Welke vervolgoepieding(en) betreft het ?

(Meer antwoorden zijn mogelijk)

- 1 ( ) huisartsgeneeskunde

*Specialismen*

- 2 ( ) allergische ziekten  
3 ( ) anesthesiologie  
4 ( ) cardiologie  
5 ( ) cardiopulmonale chirurgie  
6 ( ) chirurgie  
7 ( ) dermatologie  
8 ( ) inwendige geneeskunde  
9 ( ) keel-, neus en oorheelkunde  
10 ( ) kindergeneeskunde  
11 ( ) medische microbiologie  
12 ( ) pathologische anatomie  
13 ( ) klinische chemie  
14 ( ) longziekten  
15 ( ) maag-, darm- en stofwisselingsziekten  
16 ( ) mondziekten en kaakchirurgie  
17 ( ) neurochirurgie  
18 ( ) neurologie  
19 ( ) oogheelkunde  
20 ( ) orthopedie  
21 ( ) plastische chirurgie  
22 ( ) psychiatrie  
23 ( ) radiodiagnostiek  
24 ( ) radiologie  
25 ( ) radiotherapie  
26 ( ) revalidatie  
27 ( ) reumatologie  
28 ( ) urologie  
29 ( ) verloskunde en gynaecologie  
30 ( ) zenuw- en zielekten  
31 ( ) klinische geriatie  
32 ( ) klinische genetica  
33 ( ) nucleaire geneeskunde

*Sociale Geneeskunde*

- 34 ( ) arbeids en bedrijfseneeskunde  
35 ( ) jeugdgezondheidszorg  
36 ( ) verzekeringseneeskunde  
37 ( ) algemene gezondheidszorg  
38 ( ) bijzondere vormen van sociale geneeskunde (zoals tbo, medische milieukunde)  
39 ( ) sportgeneeskunde  
40 ( ) sociale geneeskunde zonder taks aanduiding  
41 ( ) buitenland, t.w.:

36. Welke registratie(s) heeft u ?

(Meer antwoorden zijn mogelijk)

- 1 ( ) huisartsgeneeskunde

*Specialismen*

- 2 ( ) allergische ziekten  
3 ( ) anesthesiologie  
4 ( ) cardiologie  
5 ( ) cardiopulmonale chirurgie  
6 ( ) chirurgie  
7 ( ) dermatologie  
8 ( ) inwendige geneeskunde  
9 ( ) keel-, neus en oorheelkunde  
10 ( ) kindergeneeskunde  
11 ( ) medische microbiologie  
12 ( ) pathologische anatomie  
13 ( ) klinische chemie  
14 ( ) longziekten  
15 ( ) maag-, darm- en stofwisselingsziekten  
16 ( ) mondziekten en kaakchirurgie  
17 ( ) neurochirurgie  
18 ( ) neurologie  
19 ( ) oogheelkunde  
20 ( ) orthopedie  
21 ( ) plastische chirurgie  
22 ( ) psychiatrie  
23 ( ) radiodiagnostiek  
24 ( ) radiologie  
25 ( ) radiotherapie  
26 ( ) revalidatie  
27 ( ) reumatologie  
28 ( ) urologie  
29 ( ) verloskunde en gynaecologie  
30 ( ) zenuw- en zielekten  
31 ( ) klinische geriatie  
32 ( ) klinische genetica  
33 ( ) nucleaire geneeskunde

*Sociale Geneeskunde*

- 34 ( ) arbeids en bedrijfseneeskunde  
35 ( ) jeugdgezondheidszorg  
36 ( ) verzekeringseneeskunde  
37 ( ) algemene gezondheidszorg  
38 ( ) bijzondere vormen van sociale geneeskunde (zoals tbo, medische milieukunde)  
39 ( ) sportgeneeskunde  
40 ( ) sociale geneeskunde zonder taks aanduiding  
41 ( ) buitenland, t.w.:

37. Bent u gepromoveerd ?

- 1 ( ) neen  
2 ( ) bezig met dissertatie  
3 ( ) ja, gepromoveerd

Indien u een sociaal-geneeskundige registratie heeft, zou u dan de volgende vragen willen beantwoorden:  
(anders doorgaan naar vraag 43)

38. In welke plaats heeft u sociaal-geneeskundige opleiding(en) gevolgd ?

(Meer antwoorden zijn mogelijk)

- 1  Amsterdam: Coronel-VU  
 2  Leliden: Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg *TNO*  
 3  Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde  
 4  Utrecht: Stichting Sociale Gezondheidszorg  
 5  buitenland, t.w.:.....  
 6  anderszins, t.w.:.....

39. Wanneer bent u aan deze opleiding begonnen ?

(Spplits het jaartal in tien- en enkeltallen; bv. bij het jaartal 1978 wordt in de bovenste rij 70 en in de onderste rij 8 gemarkeerd)

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 00                       | 10                       | 20                       | 30                       | 40                       | 50                       | 60                       | 70                       | 80                       | 90                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

40. Kunt u met een cijfer aangeven in welke mate u de sociaal-geneeskundige opleiding in uw huidige niet-curatieve taken en functieuitoefening kan gebruiken ?

(Markeer het cijfer van uw keuze)

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| heel                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | erg                      |                          |
| weinig                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | veel                     |

41. Kunt u met een cijfer aangeven hoe u de kwaliteit van het onderwijs in het door u gevolgd sociaal-geneeskundige cursusprogramma waardeert ?

(Markeer het cijfer van uw keuze)

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| slecht                   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | goed                     |

42. Kunt u met een cijfer aangeven hoe tevreden u op uw sociaal-geneeskundige opleidingsperiode terugkijkt ?

(Markeer het cijfer van uw keuze)

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ontevreden               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | tevreden                 |

43. Van hoeveel wetenschappelijke beroepsverenigingen bent u lid ?

(Markeer het cijfer van uw keuze)

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

44. Van hoeveel belangenorganisaties voor artsen bent u lid ?

(Markeer het cijfer van uw keuze)

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ruimte voor opmerkingen:

*Nu volgen enkele vragen over na- of bijscholing:*

45. Acht u zich met de door u gevolgde opleiding(en) adequaat geschoold voor een goede uitvoering van uw niet-curatieve werk ?

- 1  neen, niet adequaat geschoold
- 2  voor bepaalde werkzaamheden (nog) niet
- 3  ja, adequaat geschoold
- 4  ja, als geheel uitstekend geschoold

46. Is voor uw niet-curatieve werkzaamheden of functie de medische bevoegdheid (basisarts diploma) naar uw mening beslist een vereiste ?

(Meer antwoorden mogelijk)

- 1  neen
- 2  ja, er werd een arts voor deze functie gevraagd
- 3  ja, kennis van een arts is noodzakelijk voor dit werk
- 4  ja, voor informatie-uitwisseling met andere artsen
- 5  ja, voor onderzoek van patienten/clienten
- 6  ja, anderszins, t.w. ....

47. Heeft u op dit moment voor facetten van uw werk concrete behoeftes aan bij- of nascholing ?

- 1  neen (indien neen, ga door naar vraag 50)
- 2  ja, enigzins
- 3  ja, in sterke mate

48. Indien u vraag 47 bevestigend heeft beantwoord, kunt u met enkele woorden aangeven naar welke onderwerpen (vakgebieden, kennisgebieden) uw voorkeur uitgaat en waarom ?

- 1. ....  
waarom ? .....
- 2. ....  
waarom ? .....
- 3. ....  
waarom ? .....
- 4. ....  
waarom ? .....

49. Wat is (zijn) uw belangrijkste overwegingen voor bij- of nascholing ?

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- 1  op de hoogte blijven van het vak
- 2  kansen op de arbeidsmarkt vergroten
- 3  de eisen van het werk beter aan kunnen
- 4  de werkgever, directie of afdelingshoofd verlangt het
- 5  vergroten van promotiekansen (leidinggeven, bv.)
- 6  nastreven van functieverandering, -verbetering
- 7  verbreding orientatie
- 8  reflectie op eigen functioneren
- 9  onderhouden contacten netwerk
- 10  anderszins: nl. ....

50. Heeft u met het oog op het niet-curatieve werk dat u doet reeds andere dan medisch georiënteerde bij- en/of nascholingen gevolgd ? (indien niet van toepassing, doorgaan naar vraag 52)

- 1  nee
- 2  ja

51. Indien u de vorige vraag met ja heeft beantwoord, welke waren dat ?

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

52. Als de mogelijkheid van een voor u aantrekkelijke of nuttige cursus zich zou voordoen, zou u daar dan een persoonlijke investering (geld en tijd) voor over hebben ?

- 1  neen
- 2  ja, alleen als de werkgever ook een deel van de kosten draagt of tijd beschikbaar stelt
- 3  ja, ook als de werkgever niets (tijd en/of geld) bijdraagt

53. Als u een werkgever heeft, stelt deze u - in principe - in staat om, op zijn kosten en/of in zijn tijd, functie- of beroepsgerichte bij- of nascholing te volgen ?

- 1  neen
- 2  weet niet
- 3  ja
- 4  niet van toepassing

54. Hoeveel bij- of nascholingscursussen heeft u naar schatting in uw loopbaan tot nu toe gevolgd ?  
(bedoeld zijn hier de BETAALDE bij- of nascholingscursussen, management-opleidingen van relatief korte duur, e.d.;  
niet bedoeld zijn: specialiserende vervolgopleidingen, of: congressen en symposia)  
(Markeer het aantal maal)

- Geen     1 t/m 5     6 t/m 10     11 t/m 15     16 of meer

Ruimte voor opmerkingen:

Nu volgt een aantal uitspraken bestemd voor die artsen die in hun huidige functie en loopbaan hoofdzakelijk als niet-curatief arts werkzaam zijn.

Als u enkele niet-curatieve werkzaamheden combineert met een curatieve praktijk, gaat u door naar vraag 90.

#### Toelichting

Vele overwegingen en omstandigheden kunnen een rol spelen bij het veranderen van loopbaan of bij het kiezen van een functie als arts in niet-curatieve vormen van medische beroepsuitoefening. Die overwegingen zijn voor iedereen weer persoonlijk getint en verschillend. Soms zijn ze helemaal niet van toepassing ('nvt').

Wilt u bij elke uitspraak aangeven in welke mate die voor u meer of minder geldt?

55. Ik koos welbewust voor een baan buiten de curatieve gezondheidszorg.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beslist                  | niet                     | ?                        | mee                      | erg                      | niet                     |
| niet mee eens            | mee eens                 |                          | eens                     | mee eens                 | van toepassing           |

56. A een aantal jaren met voldoening als curatief arts te hebben gewerkt, zocht ik een nieuwe uitdaging.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beslist                  | niet                     | ?                        | mee                      | erg                      | niet                     |
| niet mee eens            | mee eens                 |                          | eens                     | mee eens                 | van toepassing           |

57. Het curatieve werk trok mij aan het eind van de medische opleiding steeds minder.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beslist                  | niet                     | ?                        | mee                      | erg                      | niet                     |
| niet mee eens            | mee eens                 |                          | eens                     | mee eens                 | van toepassing           |

58. Onvoldoende mogelijkheden een curatieve baan te vinden, dwongen mij voor iets anders te kiezen.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beslist                  | niet                     | ?                        | mee                      | erg                      | niet                     |
| niet mee eens            | mee eens                 |                          | eens                     | mee eens                 | van toepassing           |

59. Toen ik als curatief arts werkte, zag ik uiteindelijk meer loopbaan mogelijkheden in niet-curatieve functies.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beslist                  | niet                     | ?                        | mee                      | erg                      | niet                     |
| niet mee eens            | mee eens                 |                          | eens                     | mee eens                 | van toepassing           |

60. Ik kreeg steeds meer belangstelling voor de betekenis van de preventieve en maatschappelijke aspecten van ziekte en gezondheidszorg.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beslist                  | niet                     | ?                        | mee                      | erg                      | niet                     |
| niet mee eens            | mee eens                 |                          | eens                     | mee eens                 | van toepassing           |

61. Het beroepsperspectief van een curatieve loopbaan was voor mij te beperkt.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beslist                  | niet                     | ?                        | mee                      | erg                      | niet                     |
| niet mee eens            | mee eens                 |                          | eens                     | mee eens                 | van toepassing           |

62. Ik kon de fysieke inspanning van het curatieve werk niet goed aan.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beslist                  | niet                     | ?                        | mee                      | erg                      | niet                     |
| niet mee eens            | mee eens                 |                          | eens                     | mee eens                 | van toepassing           |

63. Het werken als niet-curstief arts is een goede aanvulling op de curatieve loopbaanmogelijkheden voor artsen.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beslist                  | niet                     | ?                        | mee                      | erg                      | niet                     |
| niet mee eens            | mee eens                 |                          | eens                     | mee eens                 | van toepassing           |

64. Ik wilde op voor mij passender tijden kunnen werken.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beslist                  | niet                     | ?                        | mee                      | erg                      | niet                     |
| niet mee eens            | mee eens                 |                          | eens                     | mee eens                 | van toepassing           |

65. Wat ik werkend in de curatieve gezondheidszorg heb meegemaakt, remde mij daar verder mijn toekomst in te zoeken.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beslist                  | niet                     | ?                        | mee                      | erg                      | niet                     |
| niet mee eens            | mee eens                 |                          | eens                     | mee eens                 | van toepassing           |

66. De keuze voor een functie buiten de curatieve beroepen werd mij helaas door gebrek aan voldoende opleidingsplaatsen opgedrongen.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beslist                  | niet                     | ?                        | mee                      | erg                      | niet                     |
| niet mee eens            | mee eens                 |                          | eens                     | mee eens                 | van toepassing           |

67. Ik ben min of meer toevallig in niet-curstief werk betrokken geraakt.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beslist                  | niet                     | ?                        | mee                      | erg                      | niet                     |
| niet mee eens            | mee eens                 |                          | eens                     | mee eens                 | van toepassing           |

68. Toen ik mijn eerste niet-curstieve werk kreeg, heb ik met enige moeite afscheid moeten nemen van het curatieve beroep.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beslist                  | niet                     | ?                        | mee                      | erg                      | niet                     |
| niet mee eens            | mee eens                 |                          | eens                     | mee eens                 | van toepassing           |

69. De mentale belasting van het curatieve werk deed mij naar ander werk uitzien.

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| beslist                  | niet                     | ?                        | mee                      | erg                      | niet                     |
| niet mee eens            | mee eens                 |                          | eens                     | mee eens                 | van toepassing           |

*Ruimte voor opmerkingen:*

*Nu een aantal vragen over hoe u denkt over uw werksituatie.*

*Markeer bij elke vraag het best passende antwoord.*

70. Heeft u voor uw werk genoeg scholing ?

ja  neen

71. Heeft u in uw werk voldoende afwisseling ?

ja  neen

72. Is uw werk meestal boeiend ?

ja  neen

73. Heeft u meestal plezier in uw werk ?

ja  neen

74. Vindt u het werk te eenvoudig ?

ja  neen

75. Is het werk doorgaans goed georganiseerd ?

ja  neen

76. Kunt u voldoende overleggen over uw werk ?

ja  neen

77. Wordt uw werk vaak belemmerd door onverwachte situaties ?

ja  neen

78. Wordt u in het werk geregeld gehinderd door gebreken in het werk van anderen ?

ja  neen

79. Wordt uw werk vaak bemoeilijkt door afwezigheid van anderen ?

ja  neen

80. Vindt u de onderlinge sfeer op het werk goed ?

ja  neen

81. Ergert u zich vaak aan anderen op het werk ?

ja  neen

82. Werkt u onder goede dagelijkse leiding ?

ja  neen

83. Heeft de dagelijkse leiding een juist beeld van u in uw werk ?

ja  neen

84. Houdt de dagelijkse leiding voldoende rekening met wat u zegt ?

ja  neen

85. Zijn er omstandigheden in het werk die een ongunstige invloed hebben op uw privéleven ?

ja  neen

86. Voelt u zich in deze instelling voldoende gewaardeerd ?

ja  neen

87. Vindt u uw beloning in overeenstemming met het werk dat u doet ?

ja  neen

88. Zijn uw vooruitzichten bij deze werkgever goed ?

ja  neen

89. Al met al, vindt u nu zelf dat u goed, redelijk, matig of niet goed zit met uw werk ?

goed  redelijk  matig  niet goed



**Enkele laatste vragen:**

90. Bent u:

1  vrouw

2  man

91. Uw geboortjaar ?

(Spits het jaartal in tien- en enkeltallen; bv. bij het jaartal 1947 wordt in de bovenste rij 40 en in de onderste rij 7 gemarkeerd)

|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 00  | 10  | 20  | 30  | 40  | 50  | 60  | 70  | 80  | 90  |
| [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |
| 0   | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8   | 9   |
| [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] | [ ] |

92. Bent u:

1  alleenstaand

2  gehuwd/samenwonend

*Hartelijk dank voor het invullen van de vragen. Publicaties in de vorm van een rapport en artikelen over de resultaten van dit onderzoek zullen begin 1993 door het Nederlands Instituut voor Preventieve Gezondheidszorg TNO worden uitgebracht.*

*Mocht u vinden dat door de zojuist gestelde vragen uw situatie onvoldoende uit de verf kon komen, of als u ander commentaar heeft, dan vernemen wij graag uw reactie hieronder.*

**Reprografie:**

**NIPG-TNO**

**Projectnummer:**

**5842**