

Artsen in niet-curatieve functies en beroepen

S.A. van den Berg, A.H.M. Kerkhoff *

Uit een inventariserend onderzoek onder een a-selecte steekproef artsen blijkt dat ruim een kwart volledig niet-behandelend werkzaam is. Het is een relatief jonge groep met geringe klinische ervaring. De grootste subcategorieën zijn: verzekeringsartsen, onderzoekers, bedrijfsartsen, consultatiebureau-artsen, jeugdartsen, adviserend geneeskundigen, managers en docenten. Van de sociaal-geneeskundige beroepen is gemiddeld iets meer dan de helft geregistreerd, in mindere mate echter de verzekeringsartsen. Voor een deel is de niet-curatieve functie geen eigen keus geweest, voor een groter ander deel is

van een bewuste keuze sprake, gevoed door een veranderde belangstelling in de richting van preventieve en maatschappelijke aspecten van gezondheid, en door negatieve ervaringen in de medische opleiding. Aanbevolen wordt een beroepskeuzebeleid tijdens het medisch curriculum, om gericht oriëntatie te kunnen bieden op de diverse beroepen waar medici voor kunnen opteren en bewuste keuzen mogelijk te maken. Tevens is een opleidingsstelsel nodig dat breder is dan het bestaande sociaal-geneeskundige stelsel. Hiervoor heeft het College voor Sociale Geneeskunde van de KNMG zich een taak gesteld.

Trefwoorden: artsen, loopbaan, medische opleiding, medische professies, sociale geneeskunde

Omdat uit een onderzoek van het NIPG-TNO¹ blijkt dat één op de vier artsen in een niet-behandelende functie werkt, is het interessant te weten hoeveel artsen in de verschillende functies werkzaam zijn buiten de curatieve zorg. Het College voor Sociale Geneeskunde stelde zich vragen over de opleiding en de status van sociaal-geneeskundigen binnen de medische professies², en heeft zich in 1990 een taak gesteld om *flexibele opleidingsmogelijkheden te bevorderen voor alle niet-curatief werkzame artsen, afgestemd op de maatschappelijke vraag naar deze artsen*. Tegen deze achtergrond is in nauwe samenspraak met het College, en met financiële steun van het Ministerie van WVC in de zomer van 1992 een inventariserend onderzoek verricht.

De volgende vraagstellingen waren leidraad voor de uitwerking van onderzoek en vragenlijst:

- Welke niet-curatieve functies worden door artsen vervuld binnen en buiten de curatieve gezondheidszorg en om welke aantallen gaat het (aard van de functies, instellingen en maatschappelijke sectoren)?
- Wat zijn de kenmerken van groepen artsen buiten de curatieve gezondheidszorg? (Bijvoorbeeld demografisch: leeftijd, geslacht, regio, vooropleiding; aantal jaren ervaring in curatieve functies; aantal jaren ervaring in niet-curatieve functies; opleidingslacunes of -wensen; werksatisfactie; loopbaanpatronen; externe en interne factoren van invloed op de loopbaan?)

Dit artikel is een bewerking van een voordracht gehouden op 17 juni 1993 op een minisymposium 'Artsen buiten de curatieve zorg' van het NIPG-TNO te Leiden.

* S.A. van den Berg, TNO Preventie en Gezondheid, Divisie Arbeid en Gezondheid, Leiden
A.H.M. Kerkhoff, Faculteit Bestuurskunde, Universiteit Twente, Enschede

- Welke groepen artsen, zoals die uit het onderzoek naar voren komen, komen in aanmerking voor verder onderzoek?

Op grond van de informatie van WVC en CBS^{3,4} is geschat hoeveel artsen niet-curatief werkzaam zouden zijn: globaal tussen 5600 en 13000. Een belangrijke bron voor het CBS is de Geneeskundige Hoofdingspectie (GHI). Sommige gegevens uit het GHI-bestand zijn incompleet en niet altijd geheel actueel (registraties, instellingen, functies); naam en adres zijn daarentegen wel compleet en actueel. De enquête was daarom des te belangrijker, omdat op deze wijze exacte vaststelling van aantallen in alle uiteenlopende functies niet mogelijk bleek.

Een informeel geformuleerd doel van het onderzoek was te komen tot een soort 'groepsportret' van artsen buiten de curatieve zorg. De enquêtegegevens dienden een breed overzicht te geven van hoeveel artsen in verschillende functies 'op de foto staan', en hoe zij er op staan. Met behulp van interviews kon meer diepte aan het portret gegeven worden.

METHODE VAN ONDERZOEK

Het onderzoek omvatte een kwantitatieve en een kwalitatieve component. Allereerst werd een a-selecte steekproef van 10% (plm. 4000) uit het artsenbestand van de Geneeskundige Hoofdingspectie (≤65 jr.) benaderd met een antwoordenkaartje waarop kon worden aangeven of men curatief, deels niet-curatief of volledig niet-curatief werkzaam was. In een begeleidende brief zijn deze begrippen als volgt omschreven: 'niet-curatieve werkzaamheden zijn die activiteiten die artsen hoofdzakelijk, of voor een deel van hun tijd, verrichten als bedrijfsarts, in de research, in het onderwijs, als verzekeringsarts, in het bedrijfsleven, bij gemeentelijke of regionale gezondheidsdiensten, enz. 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 bijvoorbeeld)'. De res-

3942	Omvang steekproef minus 31 onbruikbare adressen
3911	Bruikbare adressen vóór-enquête minus 931 non-respondenten (23.8%)
2980	Respondenten voor-enquête (76.2%) minus 243 respondenten buiten onderzoek (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

Tabel 1 Steekproef en respons

pons op de eerste enquête was 76%. Vervolgens kregen de artsen die blijkens de eerste enquête deels en artsen die volledig niet-curatief werkzaam waren én hadden aangegeven aan het onderzoek te willen meewerken (83% was hiertoe bereid) een uitgebreide vragenlijst. De vragenlijst bestond voor een belangrijke deel uit nieuwe, oorspronkelijke vragen en uitspraken, dat wil zeggen operationalisaties van de geformuleerde vraagstellingen, en voor een deel uit vragen over de werksituatie, afkomstig uit de door het NIPG-TNO gevalideerde en geteste Vragenlijst Arbeid Gezondheid.⁵ De vragenlijst is vooraf op begrijpelijkheid en volledigheid uitgetest in een pilot-onderzoek: formuleringen konden op deze manier worden aangepast.

Tenslotte volgde een kwalitatieve studie met half-structureerde interviews met 26 artsen over hun loopbaan; deze waren op a-selectie wijze gekozen uit diegenen die in de vragenlijst hadden aangegeven hiertoe bereid te zijn (dit was 45%). Op grond van de kwantitatieve gegevens werden schattingen voor de populatie met bijbehorende betrouwbaarheidsintervallen⁶ gepresenteerd.

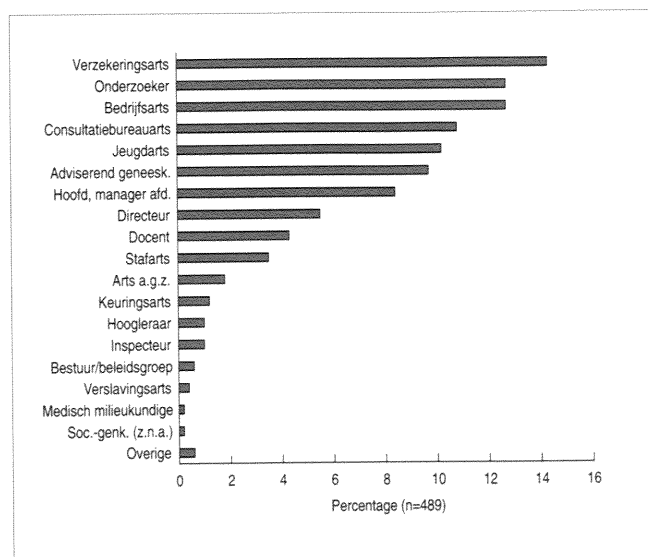
RESULTATEN

Tabel 1 geeft de respons, in relatie tot de oorspronkelijke steekproef. De respons op de verstuurde enquête was hoog, namelijk 86%. In het vervolg beperken we ons tot de belangrijkste gegevens over de volledig niet-curatief werkzame artsen.

Demografisch

Tabel 2 presenteert op basis van de gegevens uit de eerste enquête de verdeling van de artsen onder de 65 jaar naar de mate waarin zij curatief werkzaam zijn, met de daaraan gerelateerde populatieschattingen.⁶

De populatieschatting voor volledig niet-curatieve artsen houdt aardig het midden tussen de gevonden globale onder- en bovengrens op basis van statistische bronnen.



Figuur 1 Gerapporteerde 1e functies van volledig niet-curatieve artsen

De onderzoeksgroep volledig niet-curatieve artsen bestaat voor 55% uit mannen en 45% uit vrouwen. Uit de leeftijdsverdeling blijkt dat het om relatief jonge artsen gaat: ruim 56% is onder de 40 jaar en 79% heeft 5 jaar of minder curatieve ervaring. Wij kunnen daarom het (vaak op stereotiepe wijze gebruikte) beeld dat een niet-curatieve arts vaak een arts is, die eerst een loopbaan als huisarts of als specialist achter de rug heeft, terzijde schuiven. Het is vanzelfsprekend mogelijk dat dit vroeger anders is geweest, maar kennelijk is een groot aantal artsen vanaf 1981 (52% deed vanaf dat jaar artsexamen) in niet-curatieve functies gaan werken. Op grond van de interviews zijn er aanwijzingen dat dit toegeschreven kan worden aan een groot aanbod van afstuderende basis-artsen tegen (soms bewust) beperkte toelatingmogelijkheden tot curatieve opleidingen en een krappe curatieve arbeidsmarkt, tegenover een groeiende arbeidsmarkt voor medische functies in de sociale gezondheidszorg (verzekeringsartsen, bedrijfsartsen) en voor onderzoekers (aio's). Daar komt nog bij dat voor het beroep huisarts sinds halverwege de jaren 70 een formele opleiding werd vereist, waardoor de instroom in curatieve beroepsuitoefening minder gemakkelijk werd. Deze uitspraken worden echter met de nodige voorzichtigheid gedaan.

Functies

Gevraagd is in welke functie en in welke instelling of organisatie men werkzaam was. Daarbij heeft men de functie en instelling *in eigen woorden* gerapporteerd. Achteraf zijn de antwoorden van een codering voorzien. De grafiek in figuur 1 geeft een overzicht van percentages van gerapporteerde eerste functies (n=489).

De grootste subcategorieën hierin zijn de verzekeringsartsen, de onderzoekers, de consultatiebureau-artsen, de

Tabel 2 Aantallen en proporties artsen (≤65 jaar) naar mate van curatief werkzaam zijn (met 95% betrouwbaarheidsintervallen BI)

	n	%	95% BI	Populatieschatting	BI (aantallen populatie)
Volledig curatief werkzaam	1709	63,6	(61,7–65,4)	22575	21900–23214
Deels niet-curatief werkzaam	277	10,3	(9,2–11,5)	3655	3262–4093
Volledig niet-curatief werkzaam	702	26,1	(24,5–27,8)	9260	8686–9878

Gerapporteerde instellingen (1 ^e functie)	n	%	Schatting aantal populatie	(BI-aantallen bij percentages >1%)
Eerste lijns gezondheidszorg				
Gezondheidscentra, huisartsen praktijken	–		–	–
Tweede lijns gezondheidszorg				
Academisch ziekenhuis	31	6,3	584	(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)
Overige	19	3,8		
Collectieve/preventieve gezondheidszorg				
Kruisverenigingen	60	12,3	1140	(882–1419)
Bedrijfsgezondheidsdiensten	31	6,3	584	(410–832)
Overige	1	0,2	18	–
Sociale verzekeringsorganen				
Verzekeringsgeneeskundigen i.h.a.	79	16,1	1493	(1212–1835)
Verzekeringsmaatschappijen				
Ziektefondsen	7	1,4	130	(58–284)
(Ziekte-)verzekeringsmaatschappijen	6	1,2	111	(46–259)
Bedrijfsleven/(non)profit dienstverlening/particuliere organisaties				
Bedrijfsgezondheidsdiensten: particulier	19	3,9	362	(224–566)
Farmaceutische industrie	11	2,2	204	(109–381)
Bedrijfsleven, industrie en andere particuliere organisaties	7	1,4	130	(58–284)
Overige	4	0,8	74	(24–206)
Onderzoek/onderwijs				
Universiteiten	33	6,7	621	(441–875)
Niet-universitair onderzoek of researchinstituten	15	3,1	287	(166–475)
Verpleegkundige opleiding ziekenhuizen	5	1,0	93	(35–233)
Middelbaar/voorbereidend + hoger	8	1,6	148	(70–308)
Overige niet-overheid				
Landelijke verenigingen, centra, organen	9	1,8	167	(83–332)
Rijksoverheid				
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	–
Staatstoezicht op de volksgezondheid	1	0,2	18	–
Provinciale overheid				
Provinciale adviesorganen	–		–	–
Gemeentelijke overheid				
Gemeentelijke of basisgezondheidsdiensten	82	16,8	1520	(1228–1855)
Niet werkzaam bij werkgever of instelling	1	0,2	18	–
Geen antwoord	6	1,2	111	(46–259)

Tabel 3 Gerapporteerde instellingen van volledig niet-curatieve artsen

bedrijfsartsen, de jeugd-artsen, de adviserend geneeskundigen, de leidinggevend (directeuren en hoofden afdeling) en de docenten (inclusief de hoogleraren).

De functies vallen voor een belangrijk deel op het terrein van preventie en sociale gezondheidszorg, hoewel ook daar leidinggevend, docenten en onderzoekers werkzaam zullen zijn. Als we rekening houden met de grootste werkvelden waarin men werkzaam is (zie hierna), gaat het naar grove schatting om een percentage van ongeveer 60%. Daarnaast is ook een percentage niet-curatief werkzaam binnen de *curatieve sector*, zoals blijkt uit tabel 3, waarin een overzicht wordt gepresenteerd van de instellingen en organisaties waar men werkt.

De grootste categorie bestaat uit artsen werkzaam in gemeentelijke of regionale (basis)gezondheidsdiensten (16,4%). De andere categorieën in afnemende grootte zijn:

- bedrijfsverenigingen (16,1%);
- universiteiten en academische ziekenhuizen (tezamen 13%);
- verenigingen voor thuiszorg (kruisverenigingen) (12,3%) (met name consultatiebureau-artsen);
- bedrijfsgezondheidsdiensten (stichtingen, particulier en rijksoverheid: tezamen 11,6%, exclusief de bedrijfsgezondheidsdiensten van ggd'en);
- tweede lijns gezondheidszorg (exclusief academische ziekenhuizen; tezamen 8,2%).

Wanneer tweede lijn, academische ziekenhuizen en universiteiten bij elkaar worden genomen, gaat

Onderwerpen	Functie categorie								Totaal N
	Bedrijfsarts n=62	Cb-arts n=53	Jeugdarts n=48	Adviserend geneesk n=47	Verzekerings- geneesk n=70	Manager n=68	Docent n=21	Onder- zoeker n=62	
Medisch									
Algemeen medisch	5	6	2	2	5	2	2	4	28
Kindergenees- kunde/pediatrie	–	8	3	–	–	–	–	–	11
Kinderpsychiatrie	–	5	9	2	–	–	–	–	16
Houdings/bewe- gingsapparaat	7	3	4	2	15	1	–	–	32
Psychiatrie	2	–	1	2	21	2	–	2	30
Bioch./medische biologie	–	–	–	–	–	–	1	9	10
Sociaal-medisch									
Arbeids/bedrijfs- geneeskunde	24	1	–	7	26	5	–	–	63
Verzekerings- geneeskunde	4	–	–	5	6	1	–	–	16
Epidemiologie/ statistiek	2	7	7	6	–	2	1	21	46
Niet-medisch									
Bedrijfskunde/ management	19	1	10	4	9	44	1	9	97
Pedagogie/ didactiek	2	6	5	1	1	1	7	2	25
Informatica	3	–	1	1	–	4	1	8	18
Onderzoeks- methodologie	2	–	–	–	–	–	1	8	11
Recht en wetgeving	9	–	–	6	18	5	–	–	38
Gedragsweten- schappen alg.	4	1	3	1	4	–	1	–	14
Advisering/ voorlichting	4	–	4	–	1	2	–	–	11
Conflicthantering/ onderhandelen	–	–	3	3	1	3	–	–	10
Communicatieve vaardigheden	4	4	5	4	6	1	–	–	24
Ontwikkelings- psychologie	–	11	15	2	–	–	1	–	29

Tabel 4 Nascholingswensen naar functiecategorie (absolute aantallen)

het om ruim 20% artsen in niet-curatieve functies, binnen de curatieve sector.

Opleidingsaspecten

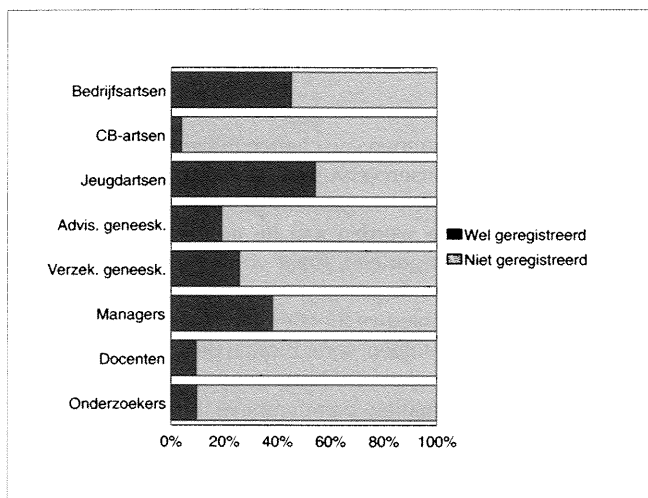
De volledig niet-curatieve artsen achten zich voor meer dan de helft 'voor bepaalde werkzaamheden' (nog) niet adequaat voor het niet-curatieve werk geschoold. Verdere analyse leert dat diegenen die een sociaal-geneeskundige opleiding hebben gevolgd en geregistreerd zijn, zich relatief beter geschoold achten. Meer dan 60% zegt op dit moment *enigszins* concrete behoefte te hebben aan bij- of nascholing voor facetten van het werk; 10% zegt dit in *sterke* mate te hebben.

Bij- en nascholingsbehoeften liggen, voor de gehele onderzoeksgroep, 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 in aflopende volgorde van belang: recht en wetgeving, ontwikkelingspsychologie, pedagogie/didactiek, communicatieve vaardigheden, in-

formatica & automatisering, onderzoeksmethodologie, advisering en voorlichting, conflicthantering & onderhandelen.

Bij scholingsbehoeften op het 'medische' vlak (34%) worden het meest genoemd: klachten houdings-/bewegingsapparaat en psychiatrie/neurologie, met name genoemd door verzekeringsartsen. Op 'sociaal-medisch' gebied (24%) met name arbeids- en bedrijfsgeneeskundige onderwerpen, door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen genoemd; epidemiologie/statistiek worden met name genoemd door onderzoekers. In tabel 4 zijn de onderwerpen voor bij- of nascholing verder gedifferentieerd naar de grootste functiecategorieën zoals die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen (zie toelichting bij figuur 1).

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 'advise-rend geneeskundigen' blijkt dat zij zich op het terrein van de bedrijfsarts en verzekeringsarts bewegen.



Figuur 2 Percentages sociaal-geneeskundig geregistreerden binnen grootste functiecategorieën

Wanneer gekeken wordt naar de hoeveelheid wensen blijkt dat de verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en jeugdartsen relatief de meeste onderwerpen te hebben aangegeven.

Van de gehele onderzoeksgroep heeft 25% een sociaal-geneeskundige registratie. Kijken wij naar de verdeling van de registraties over de grootste functiecategorieën (figuur 2), dan blijkt het aantal niet-geregistreerden (met uitzondering van jeugdartsen) steeds in de meerderheid te zijn. Hierbij dient er echter mee rekening te worden gehouden dat ook bijvoorbeeld geregistreerde bedrijfsartsen zich bevinden onder leidinggevenden of onderzoekers. Dit heeft te maken met de manier waarop naar de functie is gevraagd, en daardoor zal het aantal geregistreerden binnen de sociaal-geneeskundige beroepen boven de 50% uitkomen.

Echter ook voor de functies of beroepen waarvoor sociaal-geneeskundige registratie expliciet bestaat - bedrijfsartsen, verzekeringsgeneeskundigen en jeugdartsen - blijkt er desondanks nog een flink aantal 'op te leiden' te zijn. Relatief weinig artsen 'agz' hebben hun functie als zodanig benoemd (zie ook figuur 1). Geregistreerde sociaal-geneeskundigen 'agz' zijn met name aanwezig onder de adviserend geneeskundigen en leidinggevenden. Het zeer geringe aantal (s.g.) geregistreerden onder consultatiebureau-artsen wekt geen verwondering; een volledige sociaal-geneeskundige opleiding wordt voor het werken als cb-arts door werkgevers niet vereist (wel een applicatiecursus), hoewel de functie in het verlengde ligt van de jeugdarts. Waarschijnlijk hebben enkelen een opleiding tot jeugdarts gevolgd.

De relatief jonge leeftijd van de gehele onderzoeksgroep rechtvaardigt de verwachting dat het aantal sociaal-geneeskundigen zal gaan toenemen. Al is er ook een andere factor in het spel: het is bekend dat niet alle werkgevers (en ook wetgevende instanties) vereisen dat de sociaal-geneeskundige opleiding is gevolgd voor het uitoefenen van de functie of het beroep.

Loopbaan

Een analyse van reacties op de in de vragenlijst opgenomen opiniërende loopbaan-uitspraken leverde een vijftal clusters op. Deze clusters laten een uiteenlopend beeld zien van hoe de loopbaan tot en met de niet-curatieve

functie tot stand is gekomen en wordt gewaardeerd. De eerste factor 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. De vierde en vijfde betreffen het 'beperkte loopbaanperspectief van de curatieve beroepen' resp. de mening dat in het algemeen 'niet-curatieve functies een goede aanvulling' op curatieve banen zijn.

Getalsmatig liggen de meningen rond de clusters verdeeld. 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. Dit laatste blijkt echter samen te hangen met een negatief gekleurde ervaring met de medische opleiding en beroepsuitoefening die tot deze veranderde belangstelling heeft geleid. Leeftijd en sekseverschil spelen hier geen rol van betekenis. De leeftijd speelt wel een rol bij de artsen die de niet-curatieve werkring niet als hun eerste keus beschouwen: het gaat met name om relatief jongere artsen. Hoewel dit het eerstgenoemde cluster is, is dit niet de grootste groep. Uit de interviews blijkt dat externe factoren een rol spelen: onvoldoende opleidingsplaatsen, selectieprocedures, geen curatieve baan kunnen vinden. Tegelijkertijd kunnen, zoals uit de interviews naar voren kwam, bij het solliciteren naar opleidingsplaatsen omstandigheden van persoonlijke aard (aangaan van relaties; ouderschap) een rol spelen, en dwingen een niet-curatieve baan te vinden.

De (werk)belasting die curatieve beroepsuitoefening met zich meebrengt, de behoefte aan een 'controllable lifestyle'⁷ die voor niet-curatieve functies heeft doen kiezen, is een factor die relatief voor vrouwen sterker van betekenis is.

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 en leeftijd hebben hier geen invloed op.

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% reageert hierop negatief), de mate waarin de beloning in overeenstemming met het werk wordt geacht (21% reageert negatief), en het oordeel over de goede vooruitzichten bij de werkgever (bijna 34% reageert negatief). Dit geldt voor alle leeftijden, mannen en vrouwen in gelijke mate. In een afzonderlijke publikatie zal op de waardering van werksituatie-aspecten verder worden ingegaan.

CONCLUSIES EN DISCUSSIE

Samenvattend: het gaat om betrekkelijk veel artsen die, hoewel primair curatief opgeleid, in niet-curatieve functies werkzaam zijn. Ze zijn relatief jong en hebben een geringe curatieve (klinische) ervaring. Voor een aantal zijn deze functies of beroepen niet geheel 'eerste keus'. Voor

een ander, groter, aantal was de keus welbewust, maar hangt dit samen met een negatief gekleurde ervaring met de curatieve beroepsopleiding c.q. -uitoefening.

Er is een grote differentiatie aan niet-curatieve functie-uitoefening. Een deel van de niet-curatieve functies valt buiten het domein van het sociaal-geneeskundige opleidings- en certificeringsstelsel, het enige dat voor (een deel der) niet-curatieve artsen bestaat. Over de vraag of dit ongewenst is kunnen wij geen uitspraak doen. Kennelijk is er een grote arbeidsmarkt voor artsen in niet-curatieve functies. De overheid (wetgever) speelt hierin een belangrijke rol (sociale verzekeringswetten, ARBO-wet).

Van belang is vast te stellen dat 'niet-curatief' niet gelijk is aan *sociaal-geneeskundig*: een aanzienlijk deel (20%) van de niet-curatieve functies wordt binnen de curatieve sector (2e lijn; academische ziekenhuizen en faculteiten) uitgeoefend (docenten, onderzoekers, managers).

De dekkinggraad van het aantal sociaal-geneeskundige registraties per functie-categorie is, ook voor expliciet sociaal-geneeskundige beroepen, lang niet volledig. Gezien de relatief jonge leeftijd mag verwacht worden dat het aantal sociaal-geneeskundigen zal toenemen. Deze toename is echter mede afhankelijk van de eis die overheden of gezondheidszorgorganisaties stellen met betrekking tot het gevolgd hebben van *desociaal-geneeskundige beroepsopleiding*. Het hangt ook af van de bereidheid van werkgevers in deze opleidingen te *investeren*. Daarom is ook onderzoek gewenst naar *opleidingsnoodzaak*, dat wil zeggen naar wat naar het oordeel van werkgevers en andere beleidsinstanties (naast de wetenschappelijke beroepsverenigingen) met het oog op *taakvervulling of functie-uitoefening* in de opleiding gewenst is.

Wij menen er in geslaagd te zijn een 'groepsportret' van niet-curatief werkzame artsen tot stand te brengen, met een redelijke scherpte en diepte. Wij achten het portret ook redelijk generaliseerbaar, gelet op het a-selecte karakter van de steekproef en de hoge respons.⁸ Om te kunnen controleren of er toch (zelf)-selectie heeft plaatsgevonden hadden wij de mogelijkheid om respondenten en niet-respondenten uit de totale steekproef op enkele punten te vergelijken. Hierbij bleken geen belangrijke verschillen op te treden wat betreft sekse, leeftijd en regionale spreiding. Niet-responderende artsen verschillen in ieder geval op *deze aspecten* niet systematisch van responderende artsen. Voor andere relevante criteria kunnen geen uitspraken worden gedaan. Voor nader onderzoek van mogelijke selectie of non-respons door andere factoren ontbraken echter de middelen.

Het door dit onderzoek getoonde beeld is een momentopname. Antwoorden op vragen naar *trends* die zich binnen de aantallen en de differentiatie in functies voordoen, kunnen alleen worden gegeven door de foto op deze wijze geregeld opnieuw te maken. Ook blijven vragen onbeantwoord naar processen van professionalisering binnen afzonderlijke beroepsgroepen niet-curatief werkzame artsen.^{9,10} Maar daar was de aandacht ook niet primair op gericht.

Voor de inrichting van een opleidingscurriculum is voor artsen met specifieke functies aanvullend, herhaald, met name (op kleine schaal) kwalitatief vervolgonderzoek nodig, onder de uit dit onderzoek gebleken functie-catego-

rieën. Dit zal inzicht kunnen verschaffen in veranderende taken en functies die artsen vervullen, en in de opleidingswensen en -eisen die hiermee gepaard gaan. Daarbij dient niet alleen gedacht te worden aan de grootste, relatief gevestigde, functie-categorieën, maar vooral ook aan de ontwikkeling van kleinere groepen artsen die zich manifesteren in speciale of nieuwe functies in reactie op maatschappelijke ontwikkelingen, soms binnen de bekende en gevestigde beroepsgroepen. De historische schets van de ontwikkeling van aantallen niet-curatieve beroepen of functies¹¹ onderstreept de noodzaak de vernieuwingen alert te volgen. Voorbeelden zijn: de 'arts voor arbeid en gezondheid' die in 'nieuwe' functies zal werken binnen sociale verzekeringsinstellingen en ARBO-diensten; en verder: de arts werkzaam in de verslavingszorg.

Het feit dat naar schatting door een kwart van alle artsen zoveel verschillende niet-curatieve functies worden vervuld, zal ook gevolgen kunnen hebben voor het curriculumbeleid in de medische basisopleiding. Hierbij valt met name te denken aan een gericht beroeps- (loopbaan-) keuzebeleid. Dit omdat er artsen zijn, die tegen hun zin in niet-curatieve functies terechtkomen, en artsen die daar wel bewust voor kiezen, maar dat doen mede op grond van negatieve ervaringen in de curatieve opleiding of beroepsuitoefening opgedaan.

Voor het College voor Sociale Geneeskunde ligt er tenslotte een niet geringe opgave een vernieuwd opleidingsstelsel te scheppen. Hierbij zal niet zozeer een keuze *tussen* beroeps- of functiegericht moeten worden gemaakt, maar voor differentiatie *binnen* beroepsopleidingen naar mogelijke functies of taken. De recente besluiten van het College tot het instellen van twee hoofdstromen in de opleiding ('community' resp. 'occupational medicine') lijken hier goed op aan te sluiten. Wat betreft de taak die het College zich gesteld had met betrekking tot de opleidings-situatie van *alle* artsen buiten de curatieve zorg, lijken er verschillende mogelijkheden voor beleidsontwikkeling te bestaan: voor artsen die sociaal-geneeskundig werkzaam zijn, maar nog niet zijn opgeleid en/of dat niet van plan zijn, én voor artsen die niet-curatief, maar ook niet sociaal-geneeskundig werkzaam zijn.

ABSTRACT

Dutch doctors in non-patient-treating professions and functions

From a 10 per cent random sample drawn from all Dutch doctors, it appears that a quarter proportion is employed in non-patient-treating professions or functions. This forms a relatively young category with generally short clinical experience. The main subcategories which have been inventorized are: social insurance medical officers, occupational physicians, medical officers of health, medical consultants, researchers, lecturers and managers. From the social-medical professions slightly more than 50% have been registered as specialists, the social insurance medical officers in even lesser degree. For a certain amount the choice of a non-patient-treating function has not been a deliberate one, but for a larger proportion it was a deliberate career-choice, influenced by changing interests in preventive and social aspects of health and health care, and by negative emotional experiences during medical

training. A policy of career-choice guidance during medical training is recommended, offering a more systematic orientation at non-curative career options for doctors and enabling medical students to make more deliberate specialty choices. Also an educational system is recommended which is more comprehensive than the present system which limits itself to social-medical professions. The Board of Social Medicine of the Royal Dutch Medical Association has made this it's task.

Key words: careers, doctors, medical education, medical professions, community medicine

LITERATUUR

- 1 Berg SA van den, Rijssenbeek APMM, Davidse W, Postma JA, Dols WPM. Artsen buiten de curatieve zorg: verslag van een onderzoek naar opleiding, werk en loopbaan. Leiden: NIPG-TNO, 1993.
- 2 Doeleman F, Dorp CACF, Dols WPM, Gestel WJChr van, Ligteringen J, Maas PJ van der. De status van de sociale geneeskunde: eindrapport van de Commissie Status Sociale Geneeskunde. Utrecht: College voor Sociale Geneeskunde, 1988.
- 3 Ministerie van WVC. Nota Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg 1991. Rijswijk, 1991.
- 4 CBS. Maandberichten Gezondheidsstatistiek, 1990, 1991, 1992.
- 5 Winter CR de. Arbeid, gezondheid en verzuim als voorspellers van uitval uit het werk [proefschrift, Rijksuniversiteit Limburg]. Leiden: NIPG-TNO, 1991.
- 6 Fleish JL. Statistical methods for rates and proportions. New York: Wiley, 1981.
- 7 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.
- 8 Segers JHG. Methoden voor de sociale wetenschappen, deel I: inleiding tot de structuur van het onderzoeksproces en tot de methoden van dataverzameling. Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1989.
- 9 Krogt ThPMW van der. Professionalisering en collectieve macht: een conceptueel kader. 's-Gravenhage: VUGA, 1981.
- 10 Metz JCM. Onderwijskundige professionalisering van docenten. Voordracht Gezond Onderwijs Congres. Veldhoven: Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs, november 1992.
- 11 Kerkhoff AHM, Berg SA van den. Artsen buiten de curatieve zorg: de groei van het aantal niet-curatief werkzame artsen in Nederland, 1870-1930. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1994;72:392-7.

CORRESPONDENTIEADRES

Drs S.A. van den Berg, TNO Preventie en Gezondheid, Divisie Arbeid en Gezondheid, Postbus 124, 2300 AC Leiden, tel. 071-181731

Voor publikatie aanvaard op 27 juni 1994