

Verslag van een onderzoek naar de toekomstplannen van jonge artsen te Utrecht

DOOR IR. H. R. PIJLMAN, SOCIOLOOG VAN HET N.H.I. TE UTRECHT

Inleiding. In het najaar van 1965 werd een onderzoek uitgevoerd onder 470 huisartsen naar de beleving van „disutilities” in het huisartsberoep. De resultaten van dit onderzoek zijn momenteel in bewerking en zullen resulteren in een academisch proefschrift van een der medewerkers aan het Nederlands Huisartsen-Instituut (N.H.I.). Aanleiding tot dit onderzoek waren de verontrustende berichten over een groot verloop in het huisartsenbestand en over de vermeende ontevredenheid onder huisartsen over de werkomstandigheden waaronder zij praktijk moeten uitoefenen. Met cijfers viel aan te tonen dat de bezettingsgraad, dat is het aantal huisartsen per 10000 inwoners, in enkele jaren tijds nogal sterk was gedaald. Bij nadere analyse bleek dat niet het verloop onder praktizerende huisartsen daarvan de oorzaak was, doch veeleer het achterblijven van de groei van het huisartsenbestand bij de groei van de Nederlandse bevolking. In dit verband leek het van belang onderzoek te verrichten onder jonge artsen, artsen dus, die kortgeleden afstudeerden en nog niet praktizeren. Besloten werd een inventariserend onderzoek te verrichten naar hun toekomstplannen, hun achtergronden en het beeld dat zij zich hebben gevormd omtrent de verschillende medische beroepen, met name huisarts, specialist en arts in dienstverband.

De moeilijkheid deed zich voor hoe dergelijke jonge artsen te bereiken. Elke week studeert slechts een klein aantal artsen af; om hen groeps-gewijze via de universiteit te benaderen behoorde dus tot de onmogelijkheden. Ook schriftelijke benadering bleek niet uitvoerbaar omdat van velen slechts het studieadres bekend was. Het merendeel der jonge artsen blijkt direct na het afstuderen te verhuizen, zodat het percentage „non-respondenten” veel te hoog zou worden. Er werd dus naar andere wegen gezocht. Het bleek dat elke lichting dienstplichtige artsen van land- en luchtmacht een aantal weken op de Militaire School voor Hygiëne en Preventieve Geneeskunde (M.S.H.P.G.) doorbrengt voordat de dienstplichtige artsen als militair arts in een hospitaal of op een Militair Geneeskundige Dienst (M.G.D.) worden geplaatst. Gemiddeld eenmaal per zes weken wordt er een nieuwe lichting opgeroepen; de klassen variëren in grootte van vijftien tot dertig man. Hier deed zich dus een unieke gelegenheid voor om met regelmatige tussenpozen groepen artsen te

Samenvatting. Onder 281 jonge artsen werd een onderzoek verricht naar hun toekomstplannen en achtergronden. 35 procent der respondenten bleek huisarts te willen worden, tegen 37 procent die verkoos te gaan specialiseren. Slechts 2 procent is van plan een functie als arts in dienstverband te aanvaarden. Er bestaat een significant verband tussen de plaats van afstuderen en het door de jonge arts gewenste medische beroep. De universiteiten van Groningen en Nijmegen „leveren” relatief meer toekomstige huisartsen af, Leiden en Utrecht relatief meer aanstaande specialisten. Van degenen die op relatief jongere leeftijd het arts-examen behalen, zullen relatief een geringer aantal huisarts worden dan van hen die op relatief oudere leeftijd afstudeeren.

Uit plattelands- en uit verstedelijkte plattelandsgemeenten komen procentueel meer toekomstige huisartsen dan specialisten voort, dit in tegenstelling tot stedelijke gemeenten. Dit verschil is echter niet significant. Er bestaat een significant verband tussen de beroeps categorie waartoe de vader van de jonge arts behoort en het door hem verkozen medische beroep, in die zin dat er uit lagere beroeps categorieën procentueel meer huisartsen dan specialisten voortkomen. In de hogere maatschappelijke lagen valt een tegengestelde tendens waar te nemen. De genoten vooropleiding houdt geen verband met de gekozen vorm van geneeskunde.

39 procent van de toekomstige huisartsen maakt een definitieve keuze vóór het doctoraal examen ten aanzien van het uit te oefenen medische beroep, tegen 25 procent der specialisten. 70 procent der toekomstige specialisten bepalen eerst hun definitieve keuze tijdens hun co-assistent-schappen tegen 50 procent der toekomstige huisartsen. Slechts 40 procent der toekomstige huisartsen durft het aan direct na het vervullen van hun militaire dienstplicht de verantwoordelijkheid van een eigen praktijk op de schouders te nemen. 60 procent van hen wil eerst nog bijscholing volgen.

Vrije vestiging wordt door weinigen aangedurfd. De angst voor slechte intercollegiale verhoudingen speelt hierbij een rol. Een specifieke post-academisch betaalde opleiding tot huisarts wordt door 80 procent der toekomstige huisartsen aantrekkelijk geacht. Het platteland is het meest begerde vestigingsgebied; nog geen 2 procent der toekomstige huisartsen is bereid zich in een grote stad (meer dan 100000 inwoners) te vestigen.

kunnen enquêteren. Wij verkregen toestemming om telkens wanneer een nieuwe lichting op de M.S.H.P.G. werd geleverd, een bezoek aan de artsenklas te brengen. Circa 50 procent van alle

jonge artsen werd zodoende bereikt; zij, die werden afgekeurd en zij, die hun dienstplicht vervullen bij de Koninklijke Marine, konden helaas niet in dit onderzoek worden betrokken.

De eerste enquête werd afgenomen op 26 april 1965, nadien volgden nog vele bezoeken, zodat in december 1966 het aantal ingevulde vragenlijsten 281 bleek te zijn. Een der respondenten studeerde af in het buitenland, zodat het aantal tabellen op 280 ingevulde vragenlijsten is gebaseerd. Uit het onderzoek zal zo mogelijk een longitudinaal onderzoek groeien in die zin, dat na enige jaren kan worden nagegaan of er zich in de jonge artsenpopulatie wijzigingen hebben voorgedaan ten aanzien van opvattingen en achtergronden. De contacten met de M.S.H.P.G. zullen daartoe voor onbepaalde tijd worden voortgezet. Overste Braak, commandant der M.S.H.P.G., zijn wij bijzonder dankbaar voor de in zijn school genoten gastvrijheid.

I De animo voor de verschillende medische beroepen en de mogelijke invloed van de opleiding hierop. De volgende vraag werd aan de jonge artsen voorgelegd: Welke vorm van geneeskunde denkt u na uw militaire dienst uiteindelijk te gaan uitoefenen? Als antwoordmogelijkheden werden gegeven: huisarts, specialiseren (welke richting?), arts in dienstverband (bijvoorbeeld research in industrie, schoolarts, bedrijfsarts), aanvaarden van een andere soort functie namelijk (in te vullen), nog geen besluit genomen. De antwoorden zijn in *tabel 1* gerubriceerd. Onder „straight runs” worden frequentie-verdelingen verstaan.

Wanneer deze categorieën worden onderverdeeld naar de plaats, waar het artsexamen werd afgelegd, ontstaat het in *tabel 2* gegeven beeld.

Zij, die hun artsexamen aan de Gemeentelijke Universiteit (G.U.) respectievelijk de Vrije Universiteit (V.U.) in Amsterdam hadden afgelegd, vielen niet altijd van elkander te scheiden, daar velen van de respondenten dit vergaten te vermelden. Degenen, van wie dit niet bekend was, werden onder Amsterdam G.U. gerangschikt. Het spraakgebruik immers is, dat zij, die aan de G.U.

Tabel 1. Overzicht van de voorgenomen beroepskeuze bij 281 artsen („straight runs”)

Huisarts *	99
Huisarts of een andere vorm van geneeskunde **	34
Specialiseren	106
Arts in dienstverband	6
Aanvaarden andere functie	4
Nog niet besloten	32

* 35 procent der respondenten

** Deze respondenten behoren eigenlijk te worden gerangschikt onder „Nog niet besloten”. Daar zij hun keuze reeds hadden beperkt tussen huisarts en specialist werden zij in een afzonderlijke categorie ondergebracht.

hebben gestudeerd, plegen te spreken van studeren in Amsterdam en dat degenen, die aan de V.U. studeerden, dit er meestal bij vermelden.

Uit de tabel blijkt dat er onder jonge artsen opmerkelijk weinig belangstelling bestaat voor een carrière als arts in dienstverband. Dit lijkt in tegenstelling te zijn met de verdeling van het artsenbestand, namelijk 33 procent huisartsen, 33 procent specialisten en 33 procent artsen in dienstverband. Men moet echter bedenken dat de leeftijdsopbouw van de artsen in dienstverband een geheel andere is dan die van huisartsen en specialisten. Immers, een aantal artsen gaat eerst op latere leeftijd, nadat men bijvoorbeeld een aantal jaren praktizerend is werkzaam geweest, er toe over om een functie als arts in dienstverband te aanvaarden. Het heeft er de schijn van dat jonge artsen zich zouden generen een ambtelijke functie te aanvaarden. Het is zeer wel mogelijk dat de heersende normen in hun referentiegroepen dit niet toestaan. Treffend in dit verband is bijvoorbeeld dat twee van de zes artsen die een ambtelijke functie zullen aanvaarden, zich verontschuldigen met de opmerking dat zij nu eenmaal tien jaar als militair arts werkzaam moeten zijn omdat zij op kosten van het ministerie van Defensie hebben gestudeerd. Een andere arts acht zich om fysieke redenen niet geschikt het beroep van huisarts te kiezen, anders zou hij dat zeker hebben gedaan, vermeldt hij. Het blijkt dus dat het beroep van

Tabel 2. Invloed van universiteit of plaats van opleiding op de beroepskeuze.

n = 281

Plaats afstuderen	Groningen	Amsterdam G.U.	Amsterdam V.U.	Leiden	Nijmegen	Utrecht	Rotterdam	Totaal
Gewenst beroep:								
Huisarts	22	18	5	13	11	14	15	98
Huisarts of andere vorm van geneeskunde	8	3	1	13	1	6	2	34
Arts in dienstverband	15	17	4	27	6	24	13	106
Andere functie	—	1	1	3	—	1	—	6
Geen besluit genomen	—	2	—	1	—	1	—	4
	6	5	—	7	3	5	6	32
Totaal	51	46	11	64	21	51	36	280

huisarts en het beroep van specialist de voorkeur genieten bij de meerderheid der jonge artsen. De getalsmatige verhouding tussen toekomstige huisartsen en toekomstige specialisten is 99 respectievelijk 106 of 35 respectievelijk 38 procent van het totaal aantal respondenten. Men bedenke echter dat 34 respondenten, dat is twaalf procent van de

Tabel 3. Invloed van de universiteit op de beroepskeuze tot huisarts respectievelijk specialist*

Plaats van afstuderen	Gewenst beroep		Totaal
	Huisarts	Specialist	
Groningen	22	15	37
Amsterdam G.U.	18	17	35
Amsterdam V.U.	5	4	9
Leiden	13	27	40
Nijmegen	11	6	17
Utrecht	14	24	38
Rotterdam	15	13	28
Totaal	98	106	204

$\chi^2_6 = 18,45; 0,01 > p > 0,001.$

* Als betrouwbaarheids grens werk gekozen: $p \leq 0,05$

Tabel 4. Eventuele beïnvloeding door de opleiders op keuze huisartsberoep („straight runs”) n = 281

Wel als tweederangs gesuggereerd	124
Niet als tweederangs gesuggereerd	119
Geen mening	37
Totaal	280

Tabel 5. Verband tussen plaats van afstuderen en beïnvloeding door opleiders n = 281

Plaats van afstuderen	Waardering huisartsberoep			Totaal
	Wel als tweederangs	Niet als tweederangs	Geen mening*	
Groningen	23	24	4	51
Amsterdam G.U.	23	16	7	46
Amsterdam V.U.	6	4	1	11
Leiden	28	26	10	64
Nijmegen	9	9	3	21
Utrecht	20	24	7	51
Rotterdam	15	16	5	36
Totaal	124	119	37	280

$\chi^2_6 = 2,43 p > 0,10$

* De categorie „geen mening” werd niet in de berekening opgenomen.

Tabel 6. Invloed van de beleving van de waardering voor het huisartsberoep op de beroepskeuze n = 281

Gekozen medisch beroep	Waardering voor het beroep			Totaal
	Tweederangs	Niet tweederangs	Geen * mening	
Huisarts	46	42	10	98
Huisarts of ander medisch beroep	18	13	3	34
Ander medisch beroep	46	50	20	116
Nog niet bepaald	14	14	4	32
Totaal	124	119	37	280

$\chi^2_3 = 12,15 \quad 0,01 > p > 0,001$

* De categorie „geen mening” werd niet in de berekening opgenomen.

geënqueteerde artsen, nog twijfelden tussen het beroep van huisarts en een ander medisch beroep.

Wij zullen ons verder beperken tot hen die reeds kozen, hetzij voor het huisartsberoep, hetzij om te gaan specialiseren.

Uit de toets blijkt dat er een significant * verband bestaat tussen het gekozen medische beroep en de universiteit waaraan werd gestudeerd. De verschillen berusten dus niet op toeval. De universiteiten van Groningen en Nijmegen „leveren” relatief meer toekomstige huisartsen dan specialisten af. De verhoudingen zijn 22 op 15, respectievelijk 11 op 6. De universiteiten van Leiden en Utrecht leveren echter relatief minder toekomstige huisartsen dan specialisten af, namelijk 13 op 27 respectievelijk 14 op 24. Men kan zich afvragen of een en ander wellicht verband houdt met de wijze waarop tijdens de opleiding het beroep van huisarts door de opleiders wordt gewaardeerd. In dit kader werd de vraag gesteld: Bent u van mening dat in de opleiding tot arts het huisartsberoep als tweederangs wordt gesuggereerd? De antwoordmogelijkheden waren ja/nee/geen mening. De antwoorden zijn gerubriceerd in tabel 4.

Indien deze getallen worden onderverdeeld naar de plaats waar het examen werd afgelegd, ontstaat het in tabel 5 gegeven overzicht.

Uit de significantieberekening blijkt dat geen significant verband valt aan te tonen tussen de universiteit waaraan werd gestudeerd en de beleving van de wijze, waarop door de opleiders over het huisartsberoep werd gesproken. Het gaat hier om een subjectief oordeel, namelijk de beleving door de respondent van de waardering van de opleiders voor het beroep van huisarts. Het zou

* Significant wil zeggen: Niet aan toeval te wijten.

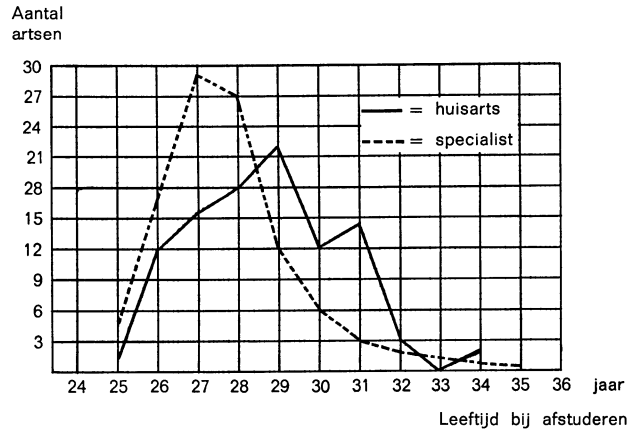
niet onmogelijk zijn dat de beleving onder de aanstaande huisartsen verschilt van die der overige artsen. Uit *tabel 6* blijkt dat dit inderdaad het geval is. Er bestaat een significant verband tussen de beleving van de waardering voor het huisartsberoep en de gekozen vorm van uit te oefenen geneeskunde.

Vervolgens werd nagegaan of relatief méér studenten van de universiteiten van Groningen en Nijmegen in een huisartspraktijk stage hebben gelopen dan studenten van de universiteiten van Leiden en Utrecht. Dit blijkt inderdaad het geval te zijn. In Groningen zowel als in Nijmegen heeft circa honderd procent van de daar gestudeerd hebbende artsen in een huisartspraktijk stage gelopen. In Leiden en Utrecht heeft slechts dertien procent, respectievelijk vijftien procent der artsen met de huisartspraktijk kennis gemaakt. Wij mogen hieruit echter niet concluderen dat er een causaal verband bestaat tussen de kennismaking met de huisartspraktijk en het kiezen van het huisartsberoep als toekomstig beroep. Het is immers zeer wel mogelijk dat de populatie studenten in de onderscheidene universiteitssteden ook zonder beïnvloeding in mentaliteit verschilt. Bovendien kent Groningen reeds enkele jaren de verplichting voor semi-artsen om stage te lopen in de huisartspraktijk. Hetzelfde geldt voor Nijmegen, waar deze verplichting sinds 1 januari 1965 bestaat. Hierdoor zijn de Groningse en Nijmeegse artsen in staat op grond van hun ervaring in alle vormen van geneeskunde hun keuze te bepalen ten aanzien van de vorm van geneeskunde, welke zij zullen gaan bedrijven. Tijdens de co-assistentenschappen is de arts in opleiding immers ruimschoots in de gelegenheid kennis te maken met de verschillende specialismen. Het huisartsberoep en/of het werk van een arts in dienstverband leert hij tijdens zijn stage „sociale geneeskunde” kennen. De semi-arts, die aan een der andere medische faculteiten studeert, wordt weliswaar in de gelegenheid gesteld

Tabel 7. Frequentie van het stage lopen in de huisartspraktijk gerubriceerd naar de onderscheidene universiteiten.

Plaats van studeren	Toekomstige huisartsen		Toekomstige specialisten	
	Wel stage	Geen stage	Wel stage	Geen stage
Groningen	21	2	15	—
Amsterdam G.U.	2	14	1	13
Amsterdam V.U.	5	—	4	—
Nijmegen	12	—	4	1
Leiden	2	11	3	23
Rotterdam	3	12	4	7
Utrecht	2	12	3	19
Totaal	47	51	34*	63

* Negen toekomstige specialisten beantwoordden de vraag niet.



Figuur 1. Invloed van de leeftijd bij het afstuderen op de beroepskeuze

kennis te nemen van het werk van de huisarts, doch hij is daartoe niet verplicht. Wanneer een semi-arts niet reeds enigermate positief is gemotiveerd voor het huisartsberoep, is zijn bereidheid om op basis van vrijwilligheid stage te lopen in een huisartspraktijk, ongetwijfeld geringer.

Vele factoren kunnen dus van invloed zijn op de keuzebepaling. Hoewel wij geen causaal verband kunnen leggen tussen het lopen van een stage in de huisartspraktijk en de keuze van het huisartsberoep, ziet het er naar uit dat kennismaking met het werk van de huisarts tijdens de studie medebepalend kan zijn voor de uiteindelijke beroepskeuze door de jonge arts.

* * *

II *Verschillende achtergronden van de toekomstige huisartsen van die der overige geneeskundigen en met name van de toekomstige specialisten.* Bezien wij in dit verband de invloed van de leeftijd bij het behalen van het artsexamen op de beroepskeuze (*figuur 1*). Uit deze *figuur* blijkt dat van hen, die op relatief oudere leeftijd met goed gevolg het artsexamen hebben afgelegd, meer respondenten huisarts worden dan van hen, die op relatief jongere leeftijd artsexamen doen. Misschien kan ook worden gesteld dat onder hen, die op oudere leeftijd voor het artsexamen slagen, de bereidheid om nog eens vijf jaren te specialiseren geringer is dan onder hen, die op jongere leeftijd afstuderen. Leidt dit tot de conclusie dat althans een aantal artsen uit negatieve overwegingen het beroep van huisarts kiest? Gezien het onderzoeksmateriaal kan hierop geen antwoord worden gegeven. Mogelijk speelt ook de burgerlijke staat van de arts hierbij een rol. Onder hen, die op wat oudere leeftijd afstuderen, komen ongetwijfeld meer gehuwden voor dan onder hen, die zich reeds op jongere leeftijd arts kunnen noemen. Voor de categorie ongehuwden (vooral onder de jongeren) is ook het relatief lagere inkomen tijdens de specialisatie-periode van minder belang dan voor

de gehuwde artsen (dit geldt vooral voor de ouderen). Over een eventuele relatie tussen de burgerlijke staat van de arts en het gekozen beroep kan

Tabel 8. Invloed van de religieuze achtergrond op de beroepskeuze. $n = 85^*$

Religieuze achtergrond	Gewenst beroep		Totaal
	Huisartsen	Specialisten	
Rooms-katholiek	12	14	26
Rechtzinnig protestant	3	2	5
Middenorthodox protestant	5	4	9
Vrijzinnig protestant	5	17	22
Humanistisch	—	2	2
Zonder religieuze overtuiging	6	15	21
Andere geloofsovertuiging	—	—	—
Totaal	31	54	85

$\chi^2_4 = 6,64$ $p > 0,10$

* Deze vraag werd eerst later in de vragenlijst opgenomen; daardoor bedraagt het aantal respondenten 85.

Tabel 9. Verband tussen de aard van de geboorteplaats en beroepskeuze.

Opgevoed in:	Gewenst beroep		
	Huisarts	Specialist	Totaal
A-gemeente	14	7	21
B-gemeente	19	13	32
C-gemeente	66	86	152
Totaal	99	106	205

$\chi^2_2 = 6,15$ $0,05 > p > 0,02$

Tabel 10. Invloed van het ouderlijke milieu op de beroepskeuze. De getallen tussen haakjes zijn de percentages. $n = 190^*$

Beroepsklasse vader (= maatschappelijke laag)	Gewenst beroep		
	Huisarts	Specialist	Totaal
Hoog	44 (46)	52 (54)	96 (100)
Midden	33 (49)	35 (51)	68 (100)
Laag	16 (62)	10 (38)	26 (100)
Totaal	93	97	190

$\chi^2_2 = 3,23$ $p > 0,10$

*Een respondent beantwoordde deze vraag niet; bovendien was in de eerste afgenomen enquête deze vraag niet opgenomen.

nog niets worden medegedeeld aangezien een vraag hieromtrent eerst in de laatste twee gehouden enquêtes werd gesteld.

Aangezien het van belang leek enige gegevens te verkrijgen betreffende de religieuze achtergrond van de artsen, werd de volgende vraag in de enquête opgenomen: Hoe zoudt u het gezin willen typeren, waarin u bent opgegroeid? De antwoordmogelijkheden waren: een rooms-katholiek gezin, een rechtzinnig protestants gezin, een middenorthodox protestants gezin, een vrijzinnig protestants gezin, een humanistisch gezin, een gezin zonder religieuze overtuiging, een gezin met een andere geloofsovertuiging (joden, mohammedanen, enzovoort). De naar specialist of huisarts onderverdeelde „straight runs” zijn in tabel 8 vermeld. Er blijkt geen significant verband aantoonbaar te zijn tussen religieuze achtergrond en gekozen beroep. Wel valt op dat onder hen, die van vrijzinnig protestantse huize komen, meer toekomstige specialisten dan huisartsen schuilen. Hetzelfde is het geval met artsen uit areligieuze gezinnen.

Opvallend is, dat terwijl de Nederlandse bevolking voor 40,4 procent uit rooms-katholieken bestaat, onder de jonge artsen slechts 31 procent uit een rooms-katholiek gezin voortkomt. Reeds lang is bekend dat de rooms-katholieken in de hogere beroepsgroepen zijn ondervertegenwoordigd. De veronderstelling bestaat dat deze achterstand momenteel wordt ingehaald. Onder de jonge artsen blijken de rooms-katholieken nog steeds te zijn ondervertegenwoordigd in vergelijking met de opbouw der totale Nederlandse bevolking.

Wij vroegen ons verder af of de keuze van de vorm der geneeskunde, welke de jonge arts gaat uitoefenen, verband houdt met de aard van het gebied, waarin hij is opgegroeid. De hieraan ten grondslag liggende gedachte is dat voor een bewoner van het platteland het beroep van huisarts meer aanspreekt dan het beroep van specialist. Immers de huisarts op het platteland is een bekende figuur, de specialist is dit in veel mindere mate. Tabel 9 verschaft ons hierover inzicht.

Bij de opstelling van deze tabel werd gebruik gemaakt van de door het Centraal Bureau voor de Statistiek ontworpen indeling in A-, B- en C-gemeenten. Een A-gemeente is een plattelandsgemeente met een mannelijke agrarische beroepsbevolking van meer dan twintig procent; een B-gemeente is een verstedelijkte plattelandsgemeente met minder dan twintig procent agrarische mannelijke beroepsbevolking; hieronder vallen eveneens de zogenaamde forensengemeenten. Onder een C-gemeente wordt verstaan een stedelijke gemeente.

Het blijkt dat er een significant verband bestaat tussen het gebied van herkomst en het gekozen medische beroep, zodanig dat er uit plattelandsgemeenten verstedelijkte gemeenten procentueel meer huisartsen dan specialisten voortkomen. Dit is in tegenstelling tot de stedelijke gemeenten, waaruit

procentueel juist meer specialisten dan huisartsen voortkomen.

Eveneens werd nagegaan of er verband bestaat tussen het ouderlijke milieu waaruit de jonge arts afkomstig is en het door hem gekozen beroep. Het beroep van de vader is empirisch een redelijk goede indicator gebleken voor de typering van het milieu. Deze beroepen werden ingedeeld in zeven categorieën, namelijk: 1. huisarts; 2. andere arts; 3. academici, directeuren van grote bedrijven, hoge ambtenaren (academisch niveau); 4. hogere ambtenaren, grote landbouwers, directeuren kleinere bedrijven (H.B.S. plus vakopleiding); 5. grotere en middelgrote middenstand, grotere landbouwer (ongeveer H.B.S. of Mulo plus vakopleiding); 6. kleine middenstand, geschoolde arbeiders (vakmensen), administratief personeel, kleinere landbouwers (ongeveer Mulo of L.T.S. plus cursus); 7. arbeiders (geoefend en ongeefend).

Telt men de beroepsklassen 1, 2 en 3 bij elkaar op en noemt men deze de hogere beroepsklasse, de beroepscategorieën 4 en 5 tezamen de middelste beroepsklasse en tenslotte de categorieën 6 en 7 tezamen de lagere beroepsklasse, dan ontstaat het in tabel 10 weergegeven beeld.

Tabel 11. Invloed van het medicus zijn van de vader op de beroepskeuze van de zoon. De getallen tussen haakjes zijn percentages.

Beroep vader	Gewenst beroep		
	Huisarts	Specialist	Totaal
Huisarts	27 (81)	6 (19)	33 (110)
Specialist . . .	5 (19)	22 (81)	27 (100)
Totaal	32	28	60

Chi² = 23,88 p < 0,001

Tabel 12. Invloed van de vorm van de vooropleiding op de gekozen vorm van geneeskunde.

n = 281

Gekozen vorm van geneeskunde	Vooropleiding		
	H.B.S.	Gymnasium	Totaal
Huisarts	56	42	98
Specialist	50	56	106
Andere vorm van geneeskunde	5	5	10
Nog geen keuze gedaan	34	32	66
Totaal	145	135	280

Chi² = 2,05 p > 0,10 *

* De Chi² berekening heeft slechts betrekking op de eerste twee horizontale kolommen

Hoewel er dus geen significant verband kan worden aangetoond tussen de maatschappelijke laag, waaruit de jonge arts afkomstig is en het door hem gekozen medische beroep, mogen wij er wel op wijzen dat er uit de lagere maatschappelijke groeperingen procentueel meer huisartsen voortkomen dan specialisten. Een tegengesteld beeld valt waar te nemen in de hogere maatschappelijke lagen. Verder valt te berekenen dat 47 procent der toekomstige huisartsen uit de „hoge” maatschappelijke lagen voortkomen, 36 procent uit de middelste lagen en 14 procent uit de lagere maatschappelijke groeperingen. Voor de toekomstige specialisten zijn deze percentages respectievelijk 54, 36 en 10 procent (kolompercentages).

Het is interessant om na te gaan of de jonge arts hetzelfde beroep kiest als zijn vader, wanneer deze eveneens medicus is. Tabel 11 verschaft ons hierover inzicht, waarbij voor de overzichtelijkheid diegenen, wier vader geen medicus is, niet in de tabel zijn opgenomen. Er blijkt een duidelijk significant verband te bestaan tussen het door de vader uitgeoefende medische beroep en het medische beroep dat zijn zoon zal gaan uitoefenen.

Een volgende vraag is of er enig verband be-

Tabel 13. Verband van vroeger genomen besluit wel of niet medicijnen te gaan studeren met de gekozen vorm van geneeskunde.

n = 191 *

Stond het vast om na de middelbare school medicijnen te gaan studeren?	Gekozen vorm van geneeskunde:		
	Ja	Neen	Totaal
Huisarts	71	23	94
Specialist	71	26	97
Totaal	142	49	191

* n = 191, daar in de eerste afgenomen enquête deze vraag niet was opgenomen.

Tabel 14. Twijfelaars tussen medicijnenstudie en andere beroepsmogelijkheden.

	Gekozen vorm van geneeskunde		
	Huisarts	Specialist	Totaal
Technische richting . .	9	6	15
Ander bètavak	10	13	23
Alfavak	2	5	7
Geen academische Opleiding	1	—	1
Onbekend	1	2	3
Totaal	23	26	49

staat tussen de vorm van vooropleiding en de gekozen vorm van geneeskunde. Tabel 12 verschaft ons daarover inlichtingen. De conclusie is dat er geen significant verband bestaat tussen de aard van de vooropleiding en de gekozen vorm van geneeskunde.

Men moet zich verder afvragen of het voor de jonge artsen indertijd een uitgemaakte zaak was dat zij na hun eindexamen middelbare school medicijnen zouden gaan studeren en of er verband bestaat met de gekozen vorm van geneeskunde. In tabel 13 worden de betreffende gegevens vermeld. Hieruit blijkt dat enig verband in dit opzicht niet aantoonbaar is.

Zij, die vermeldden aanvankelijk te hebben getwijfeld tussen de medicijnenstudie en een andere richting, gaven tevens het alternatief op, hetgeen men in tabel 14 vermeld vindt. De aantallen zijn te klein om een statistische toets uit te voeren of om hieraan op enige andere wijze een conclusie te verbinden.

Een volgend punt is of er verband bestaat tussen de fase van de opleiding waarin een keuze werd gedaan uit de beroepsmogelijkheden die er voor een medicus open staan en de gekozen vorm van geneeskunde. De gegevens van tabel 15 geven hier over nadere inlichtingen. Hoewel er geen significant verband valt aan te tonen, kan desondanks worden gesteld dat althans uit dit onderzoek blijkt dat er procentueel meer toekomstige huisartsen vóór het doctoraal examen hun definitieve keuze bepalen dan toekomstige specialisten dit doen (respectievelijk 39 procent tegen 25 procent). Van de toekomstige specialisten bepaalt 70 procent hun definitieve keuze eerst tijdens de co-assistentenschappen tegen 50 procent van de toekomstige huisartsen.

Tenslotte de vraag of het voor de toekomstige specialisten een uitgemaakte zaak was, dat zij deze richting in de geneeskunde zouden kiezen of dat althans een aantal van hen het beroep van huisarts ook in zijn overwegingen heeft opgenomen. Een antwoord hierop geeft tabel 16.

In tabel 17 is een onderverdeling aangebracht tussen hen, die reeds voor het doctoraal examen besloten te gaan specialiseren en hen, die daartoe eerst tijdens de co-assistentenschappen besloten. Uit de tabel blijkt dat 56 van de 72 toekomstige specialisten ofwel 78 procent, die aanvankelijk het huisartsberoep als keuzemogelijkheid had overwogen, de weegschaal tijdens hun co-assistentenschappen, definitief naar de zijde van het specialisme lieten doorslaan. Is hiervan mede-oorzaak het feit, dat introductie in het werk van de huisarts tijdens de co-assistentenschappen geheel ontbreekt? Wij weten het niet, maar het is zeker de moeite waard om dit element bij het opzetten van een nieuw curriculum in de overwegingen te betrekken.

* * *

III Mening van toekomstige huisartsen over

Tabel 15. Invloed van het tijdstip van opleiding op de medische beroepsmogelijkheden.

Tijdstip bepaling keuze	Gewenst beroep		
	Huisarts	Specialist	Totaal
Voor de studie	20	10	30
Voor doctoraal examen	15	16	31
Na doctoraal examen	48	72	120
Na de studie	5	5	10
Niet te bepalen	10	3	13
Totaal	98	106	204

Chi² 7,11 (voor de horizontale kolommen 1 t.m. 4)
0,10 > p > 0,05

Tabel 16. Overweging huisartsberoep bij toekomstige specialisten. „Straight runs”.

Wel overwogen huisarts te worden	73
Niet overwogen huisarts te worden	20
Geen antwoord	13
Totaal	106

Tabel 17. Invloed tijdstip studie op besluit tot specialisatie.

Besloten te gaan specialiseren	Huisartsberoep		Totaal
	Wel overwogen	Niet overwogen	
Voor doctoraal examen	16	8	24
Na doctoraal examen	56	11	67
Totaal	72	19	91*

* Van vijftien respondenten was noch in de horizontale, noch in de verticale kolom een antwoord beschikbaar. Ten behoeve van de overzichtelijkheid van deze tabel werden deze categorieën niet opgenomen.

Tabel 18. Mening van toekomstige huisartsen over al of niet zelfstandig gaan werken („straight runs”)

Direct zelfstandig werken	39
Eerst nog enige ervaring onder supervisie opdoen	58
Geen antwoord	2
Totaal	99

vestiging en bijscholing. Aan de artsen, die definitief het plan hebben opgevat huisarts te worden, werd gevraagd of zij voornemens zijn zich direct na de militaire dienstitijd zelfstandig te vestigen of dat zij het plan hebben eerst nog aanvullende kennis te vergaren alvorens tot zelfstandige vestiging over te gaan. Uit de in *tabel 18* vermelde gegevens blijkt dat slechts circa 40 procent het aandurft met de tijdens de opleiding vergaarde kennis direct de verantwoordelijkheid voor een eigen praktijk op de schouders te nemen.

Tabel 19 laat zien welke wijze van bijscholing door de overigen werd gekozen. Voor de meesten bleek het nog niet vast te staan op welke wijze zij hun kennis zouden gaan vermeerderen. Medebepalend is ook welke mogelijkheden zich voordoen.

Uit het voorgaande blijkt dat de genoten opleiding volgens de respondenten geen goede aansluiting biedt voor het uitoefenen van de huisartspraktijk. Van de toekomstige huisartsen zal 60 procent na een opleiding van gemiddeld zeven jaar nog in een of andere vorm bijscholing volgen. De gekozen vorm van bijscholing is niet altijd een adequate vorm, doch de bijscholingsmogelijkheden zijn nu eenmaal beperkt. Dat velen dit beseffen blijkt onder meer uit de grote belangstelling voor de op huisartsgeneeskunde gerichte N.H.I.-oriëntatiecursus, die tweemaal per jaar wordt gegeven. De behoefte aan specifieke, op het huisartsberoep gerichte bijscholing is groot. In dit kader werd de volgende vraag gesteld: Bent u van mening dat een specifieke, postacademische, betaalde opleiding van ongeveer één jaar voor een aanstaande huisarts aantrekkelijk zou zijn? *Tabel 20* geeft een overzicht van de gegeven antwoorden. Hoewel de vraag in een wat suggestieve redactie werd gesteld en daardoor de „straight runs” enigszins geflatteerd kunnen zijn, geven de cijfers toch wel een indruk omtrent de behoefte aan een dergelijke opleiding.

Ten aanzien van het onderwerp vestiging werd gevraagd op welke wijze de toekomstige huisarts van plan was zich te gaan vestigen. De antwoorden op deze vraag zijn gerubriceerd in *tabel 21*. Treffend is dat zo weinigen denken over vrije vestiging, terwijl daartoe zonder twijfel legio mogelijkheden bestaan. Men denke slechts aan de vele nieuwe stadswijken, die overal in ons land worden gebouwd. Verband hiermede houdt ook het feit dat, zoals uit *tabel 22* blijkt, slechts weinigen er voor voelen in een stad te gaan praktizeren. Immers de mogelijkheid voor vrije vestiging doet zich eigenlijk alleen in de steden voor.

Het beeld dat onderstaande tabel oproept komt geheel overeen met de werkelijkheid: praktijken in de grote stad zijn niet in trek bij jonge artsen. Het is immers reeds gebleken dat het steeds moeilijker wordt om een stadspraktijk te verkopen. Zij, die zich met de organisatie van de extramurale gezondheidszorg bezighouden, dienen terdege met dit fenomeen rekening te houden.

Maar ook andere factoren werken remmend op het tot stand komen van vrije vestigingen. Aan de toekomstige huisartsen werd de vraag voorgelegd wat zij in het algemeen als voor- en nadelen van de vrije vestiging zagen. Als voordelen werden genoemd het feit dat men in het begin geen grote schulden behoeft te maken en dat men een praktijk kan opbouwen van patiënten passend bij de eigen persoonlijke geaardheid van de arts, terwijl men bij overname van een praktijk een patiëntenpopulatie krijgt die door een andere arts, de voorganger, werd opgebouwd. Als nadelen werden genoemd de magere jaren na vestiging en de angst voor slechte intercollegiale verhoudingen en eventueel zelfs boycot. De angst voor slechte intercollegiale verhoudingen bij vrije vestiging werd door 25 van de

Tabel 19. Gekozen vorm van bijscholing („straight runs”)

Assistent in huisartspraktijk	12
Algemeen assistent in ziekenhuis	4
Waarnemen	8
Nog geen besluit genomen	34
<hr/>	
Totaal	58

Tabel 20. Meningen over betaalde postacademische opleiding tot huisarts („straight runs”)

Aantrekkelijk	76
Niet aantrekkelijk	13
Geen mening	10
<hr/>	
Totaal	99

Tabel 21. Voorgenomen wijze van vestiging van toekomstige huisartsen.

Een praktijk overnemen	37
Associatie	7
Trachten aan een groepspraktijk deel te nemen	10
Vrije vestiging	7
Nog geen plannen	38
<hr/>	
Totaal	99

Tabel 22. Voorkeur voor aard van toekomstige plaats van vestiging.

Plattelandsgemeente	45*
Geïndustrialiseerde plattelandsgemeente .	11
Forensengemeente	9
Plattelandstadje	17
Middelgrote stad	14
Grote stad (> 100000 inwoners)	2
Nog niet over gedacht	1
<hr/>	
Totaal	99

* Een aantal van deze respondenten gaf als alternatieve keuze op „een plattelandstadje”.

98 toekomstige huisartsen aangevoerd. Wanneer deze angst niet op een realiteit is gebaseerd, doch slechts op een idee fixe, dan is voorlichting hieromtrent een noodzaak. De vrij gevestigde arts zou als het ware dienen te worden opgevangen; de zogenaamde kringen van de Maatschappij of N.H.G.-centra zouden hierbij een belangrijke rol kunnen vervullen. Dit, alsmede goed gerichte voorlichting omtrent de mogelijkheden van vrije vestiging kunnen er wellicht toe bijdragen dat vrije vestiging een wat attractiever karakter krijgt. Mogelijk ligt hier voor het N.H.I. in samenwerking met de Maatschappij een coördinerende taak.

* * *

IV *Welke voor- en nadelen zien de jonge artsen in de verschillende medische beroepen?* Wij lieten alle categorieën jonge artsen dit in drie zogenaamde „open-end” vragen beantwoorden. Gevraagd werd wat volgens hen de aantrekkelijke en onaantrekkelijke aspecten van het huisartsberoep, van specialiseren en van een functie als arts in dienstverband zijn. Wij beseffen, dat deze „driedeling” weinig genuanceerd is, maar een meer gedetailleerde indeling zou het antwoordmateriaal onbewerkbaar hebben gemaakt.

a. *De voor- en nadelen van een functie als arts in dienstverband.* Door alle drie categorieën artsen werd het meest frequent aangevoerd, dat zij de sociale zekerheid welke de arts in dienstverband geniet, positief waarderen. Vooral de pensioenvoorziening wordt veelvuldig genoemd. Negatief waarderen de toekomstige huisartsen en specialisten het, dat men als arts in dienstverband de status van ambtenaar heeft. Het begrip ambtenaar roept bij velen kennelijk negatieve gedachtenassociaties op. Gebrek aan vrijheid is volgens een aantal respondenten daarmee onverbreekelijk verbonden. Als nadeel van een dergelijke functie wordt het bovendien beschouwd, dat men meestal niet curatief bezig is en slechts weinig contact heeft met patiënten. Door de toekomstige huisartsen wordt bovendien nog aangevoerd dat zo men al als arts in dienstverband met patiënten heeft te maken, dit veelal zeer eenzijdig patiënten-„materiaal” is. Verder wordt nog positief gewaardeerd dat men geen aanloopkosten heeft, dat men over het algemeen over meer vrije tijd kan beschikken en tenslotte (één respondent) dat men als arts in dienstverband slechts gedeelde verantwoording behoeft te dragen.

b. *De voor- en nadelen van specialiseren.* Als positief aspect van een specialistenfunctie wordt het meest frequent genoemd het feit dat de specialist het maximaal mogelijke kan doen ter genezing van een bepaalde aandoening. Het geeft bevrediging „eindstation” in de geneeskunde te zijn, zoals één der respondenten zich uitdrukt. Verder verkeert een specialist volgens velen in gunstiger

werkomstandigheden om wetenschappelijk werk te verrichten. Het feit dat een specialist veelal een team van hulppersoneel in een ziekenhuis ter beschikking heeft, wordt eveneens positief gewaardeerd en tenslotte ook dat het afgebakende terrein van de specialist de mogelijkheid biedt om „up to date” te blijven aangaande nieuwe methodes en technieken.

Negatief wordt gewaardeerd de eenzijdigheid van een specialistenfunctie, verder de lange opleidingsduur en de geringe inkomsten tijdens de opleiding. De positie van de assistent bij de opleider wordt wel gekenschetst als die van een „super-co”. Dat de mens achter de patiënt door een specialist nogal eens over het hoofd wordt gezien, wordt vooral door aanstaande huisartsen als bezwaar aangevoerd tegen vele vormen van specialisatie.

c. *De positieve en negatieve aspecten van het huisartsberoep.* Positief wordt alom gewaardeerd de veelzijdigheid van het werk van de huisarts en de relatie tussen arts en patiënt. Ook het feit dat de huisarts naast zijn medische functie veelal tevens een sociale functie bekleedt, wordt door een aantal respondenten positief gewaardeerd. Doch door even zoveel wordt dit aspect onder de negatieve zijde van het beroep gerangschikt. Dat de huisarts eigenlijk gezinsarts is, wordt algemeen positief gewaardeerd. Voor de psycho-sociale aspecten van het werk van de huisarts zijn evenzovele voor- als tegenstemmers.

De negatieve aspecten vallen nagenoeg allen in de „te” sfeer onder te brengen. Te weinig wetenschappelijk, te breed werkerterrein om voldoende diepgang in het werk aan te kunnen brengen, te weinig tijd voor studie en wetenschappelijk werk, te weinig echte vrije tijd, te beperkte mogelijkheden voor diepgaande diagnostiek en therapie. Op het gebied der arbeidsvoorwaarden worden vrij veel bezwaren gevoeld, met name de onregelmatige werktijden, de lange werkdagen en het feit 24 uur per „dag” paraat te moeten zijn. Vooral door toekomstige specialisten wordt nogal eens als bezwaar van het beroep van huisarts aangevoerd dat een huisarts veelal geen laatste instantie is in de geneeskunde. Juist wanneer een casus wat interessanter wordt, is hij dikwijls genoodzaakt de patiënt te verwijzen. Treffend is, dat de vrij hoge initiale kosten van de huisarts slechts door drie respondenten als bezwaar werden aangevoerd.

Aan de rij van negatieve aspecten kunnen tenslotte nog enkele worden toegevoegd, die slechts door een enkele respondent werden opgetekend, maar desondanks onzes inziens het vermelden waard zijn. Drie toekomstige huisartsen menen dat de opleiding absoluut onvoldoende is om het vak naar behoren te kunnen uitoefenen, één van hen betreurt het dat er geen huisartsopleiders bestaan. Twee respondenten achten het een groot bezwaar dat de jonge huisarts weinig of geen mogelijkheden heeft tot onderling overleg met collegae. Ver-

der wordt nog aangevoerd de eenzaamheid, dat wil zeggen de door de huisarts te dragen verantwoordelijkheid welke hij met niemand kan delen en de veranderde positie van de huisarts. Eén respondent twijfelt er aan of de figuur van de huisarts in de toekomst nog wel zal blijven bestaan. Een toekomstige specialist deelt deze twijfel. Verder wordt er door de toekomstige specialisten nog genoemd de lage sociale status van de huisarts (driemaal), de ontoereikende opleiding (tweemaal) en de devaluatie van het huisartsberoep vooral in de ogen van intellectuelen (tweemaal).

Tot zover dit verslag over een onderzoek naar de toekomstplannen van jonge artsen. De contacten met de M.S.H.P.G. worden gecontinueerd, hierdoor is het mogelijk contact te houden met de jonge artsenpopulatie. Mogelijke verschuivingen in antwoordpatronen en veranderingen in de sociale opbouw der jonge artsenpopulatie kunnen op deze wijze op de voet worden gevolgd.

Summary. Plans for the future among young doctors. The number of general practitioners per 10.000 inhabitants in the Netherlands has decreased during the last few years.

This is caused by an insufficient growth of the doctors population. This phenomenon can be traced to the relatively

small number of young doctors, wishing to enter general practice rather than by an excess of doctors seeking retirement or shifting towards social medicine. An inquiry was held among 281 young doctors shortly after their qualifying regarding their personal plans for the future in relation to the image they had formed of a possible career as a general practitioner, clinical specialist or public health officer. 39 percent of the doctors responding chose general practice as against 37 percent options for a clinical specialty, and only 2 percent for a public health career.

The Universities of Groningen and Nijmegen „produced” relatively more future g.p.’s compared with Leyden and Utrecht.

Qualifying at a relatively young age seems to favour the decision to specialise. There is a tendency for doctors who grew up in the country to enter general practice. Sons of fathers belonging to the higher occupational classes stated more often that they wished to become a clinical specialist (consultant). Type of education before entering university did not seem to influence this decision.

39 percent of the future g.p.’s had made their decision before entering medical school (before „doctoraal examen”) as against 25 percent of the future specialists. The latter usually decided during their hospital training years.

Only 40 percent of the future g.p.’s feel sufficiently confident to enter medical practice without some further form of medical education. Only a few dare to start a new practice; a majority expressed fear for bad feelings among their older colleagues when doing so.

Rural areas are attractive to start practising, less than 2 percent of them were willing to start in a large town or city (> 100.000 inhabitants). About 80 percent of future g.p.’s considered a specific vocational training for general practice to be an attractive idea.

Het carcinoma colli uteri

DOOR H. C. S. WALLENBURG, ARTS-ASSISTENT*

„Cancer of the uterine cervix: a preventible disease?”

Young.

Inleiding. In onze tijd vormen maligne tumoren, na hart- en vaatziekten, de belangrijkste doodsoorzaak. Van de sterfte aan maligne tumoren komt bij de vrouw circa vijftien procent op rekening van gezwellen, uitgaande van de tractus genitalis. Hiermede volgt deze localisatie in belangrijkheid onmiddellijk op de mamma, waarin ongeveer 19 procent van de tumoren met een letaal verloop zetelt. Een belangrijk percentage van de sterfte is een gevolg van het feit, dat de woekering vaak al te ver is voortgeschreden wanneer patiënte voor de eerste maal ter behandeling komt, zodat een optimale behandeling met radicale genezing niet meer mogelijk is. Naast een adequate behandeling is het vroegtijdig opsporen en herkennen van carcinomen van het grootste belang. Dit geldt in het bijzonder voor

het cervixcarcinoom. In dit artikel willen wij, naast enkele algemene opmerkingen, vooral de mogelijkheden bespreken om tot een vroegtijdige diagnose te komen. Bij deze vroegtijdige diagnostiek speelt de huisarts een onmisbare rol.

Frequentie en lokalisatie. In Nederland bestaat, in tegenstelling tot bijvoorbeeld Noorwegen en enkele Noordamerikaanse staten, geen meldingsplicht voor maligne tumoren. Voor het verkrijgen van een inzicht in het vóórkomen ervan zijn wij aangewezen op statistisch materiaal. Dit kan worden verkregen uit de bij ieder geval van sterfte in te vullen doodsoorzaakverklaring (het zogenaamde B-fomulier). Deze formulieren worden verzameld door het Centraal Bureau voor de Statistiek (C.B.S.). Aan de hieruit verkregen gegevens kleven nogal wat tekortkomingen, onder meer omdat in een zeker percentage der gevallen de diagnose niet histologisch is geverifieerd of omdat een onvoldoende gedifferentieerde en omschreven diagnose wordt vermeld. Verder krijgt men op deze wijze alleen de sterftecijfers, hetgeen uiteraard geen juiste indruk geeft van de frequentie van vóórko-

* Met medewerking van prof. dr. J. Janssens, hoofd van de Vrouwenkliniek van het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit te Amsterdam.