

Human resources

Waarom sommige artsen uit het beroep stappen

Professor Vincent Lorant, Caroline Artoisenet en Isabelle Violet (Ecole de Santé Publique, SES-UCL)

De UCL-SESA heeft een prospectieve studie uitgevoerd naar de activiteit van 19.840 huisartsen en specialisten tijdens een periode van 8 jaar (1994-2002). Vanaf de leeftijd van 55 jaar is het percentage artsen dat nog actief blijft, 4,3% hoger bij mannen dan bij vrouwen. Dat effect is waarschijnlijk leeftijdsgebonden. Het percentage stopzetting van activiteit verschilt naargelang het specialisme: het is hoger dan 3% bij niet-erkende huisartsen, maar paradoxaal genoeg ook bij specialisten (chirurgen, orthopedisten en anesthesisten), die de langste studies hebben gedaan. Professor Vincent Lorant, Caroline Artoisenet en Isabelle Violet proberen dat fenomeen te verklaren en geven suggesties voor oplossingen.

Inleiding

Een recent nummer van de *Cahiers de sociologie et de démographie médicales* (nr. 2, april-juni 2007) was gewijd aan een analyse van de *human resources* van de gezondheidszorg in België. Dat nummer werd gepubliceerd in samenwerking met de

researcheenheid "Socio-Economie de la Santé" van de UCL en bespreekt de vraag, het aanbod en de behoeften aan gezondheidszorg aan de hand van verschillende indicatoren: retentie van artsen in de gezondheidszorg en de curatieve sector, factoren van (onder)consumptie van medische zorg, aard en omvang van de behoeften in de tandheelkunde, omvang van de informele zorg en kenmerken van de hulpverleners. Het artikel van Vincent Lorant et al bespreekt een prospectieve follow-up van artsen gedurende 8 jaar (1994-2002), en stelt de volgende vraag: "Wat gebeurt er met artsen in de loop van hun carrière?"

De studie heeft de veranderingen van activiteitssector van de artsen tijdens die periode onderzocht: stopzetting van activiteit in de gezondheidszorg en overschakeling van een curatieve naar een niet-curatieve activiteit en omgekeerd. De stopzettingen en overschakelingen worden ook geanalyseerd per groep van medische specialismen en per demografische groep naargelang de leeftijd en het geslacht.

De geanalyseerde gegevens zijn afkomstig van het register van de medische beroepen van het *Centre Universitaire d'Informations sur les Professions Médicales et/ou Paramédicales* (CIPMP). Dat register verzamelt informatie op basis van verschillende bronnen zoals het Riziv, het ministerie van Volksgezondheid, de universiteiten, de ziekenfondsen, de provinciale raden van de orde van geneesheren en telefoonboeken. Het register bevat alle Belgische of buitenlandse artsen die over een wettelijk Belgisch diploma beschikken of een wettelijke toestemming hebben gekregen om geneeskunde uit te oefenen in België. Alle vermelde activiteiten zijn afkomstig van openbare documenten en hebben alleen betrekking op

Vincent Lorant



Caroline Artoisenet



Isabelle Violet



Tabel 1: Stopzetting van activiteit tussen 1994 en 2002 van artsen die in 1994 actief waren: percentage per geslacht en leeftijdsgroep.

Leeftijdsgroep in 2002	Activiteitsgroep in 2002						Totaal N	%
	Actief in België Geslacht		Inactief Geslacht		Actief in het buitenland Geslacht			
	Man %	Vrouw %	Man %	Vrouw %	Man %	Vrouw %		
<45	96,7	96,0	0,6	1,2	2,7	2,8	3.916	100
45-54	97,4	96,7	0,9	2,0	1,7	1,3	10.755	100
55-64	94,3	90,0	4,8	8,8	0,9	1,2	5.169	100
Totaal	96,3	95,5	2,0	2,7	1,6	1,8	19.840	100

Tabel 2: Stopzetting van activiteit tussen 1994 en 2002 van artsen die actief waren in 1994: percentage per specialisme.

Specialisme in 1994	Activiteit in 2002			N	%
	Actief in België %	Inactief %	Actief in Totaal het buitenland %		
Anesthesie	94,3	3,2	2,5	681	100
Algemene & gespecialiseerde chirurgie, urologie, stomatologie	94,1	3,2	2,7	1.160	100
Gynaecologie-verloskunde	97,4	1,8	0,8	606	100
Algemene & gespecialiseerde interne gen. (pneumo-gastro-cardio-reumato-fysio)	96,7	2,2	1,1	2.002	100
Pediatrie	95,6	2,3	2,1	611	100
Neurologie & psychiatrie	96,0	1,7	2,3	1.116	100
Radiodiagnostiek, radiotherapie, klinische biologie, pathologische ontleedkunde, nucleaire geneeskunde	96,1	2,8	1,1	1.392	100
Oftalmologie, NKO, dermatologie	96,7	2,6	0,7	1.032	100
Orthopedie	95,3	3,2	1,6	380	100
Niet-erkende huisartsen	91,4	3,4	5,2	2.649	100
Erkende huisartsen	97,9	1,5	0,6	8.211	100
Totaal	96,1	2,2	1,7	19.840	100

het werk dat in de gezondheidssector wordt verricht. Elke gezondheidsactiviteit die in het register is opgenomen, wordt gelokaliseerd in de gemeente waar de activiteit plaatsvindt. Het privé-adres van de artsen wordt er niet in vermeld.

Als een arts meerdere activiteiten uitoefent, wordt zijn voltijdse bezigheid in gelijke delen verdeeld over de verschillende activiteiten. Bij gebrek aan informatie over de tijd die werkelijk aan elke activiteit wordt besteed, kunnen met deze methode de verschillende activiteiten van artsen ingeschat worden. Meer informatie over deze methode kan u vinden op www.sesa.ucl.ac.be/cipmp.

De prospectieve studie die hier wordt gepresenteerd, handelt over de evolutie in de loop van de carrière en beperkt zich daarom tot huisartsen en specialisten die hun diploma al hadden in 1994 en die al minstens vijf jaar actief waren in de gezondheidszorg, te tellen vanaf het einde van hun studies (basisopleiding verlengd met de duur van de specialisatie). Jonge artsen, artsen die ouder waren dan 56 in 1994 (of ouder dan 64 in 2002), en artsen die overleden tussen

1994 en 2002, werden uitgesloten. De studie geeft dus een inzicht in veranderingen van activiteit door artsen die in 1994 jonger waren dan 57 jaaren die toen al minstens vijf jaar actief waren in de Belgische gezondheidszorg.

België telde in 1994 23.200 artsen jonger dan 57 jaar die al minstens vijf jaar gediplomeerd waren. In 1994 waren daarvan 20.717 artsen (89,3%) actief in de Belgische gezondheidszorg. Na uitsluiting van de artsen die tussen 1994 en 2002 zijn overleden, en van de buitenlandse artsen die in die periode maar even in België waren (bijvoorbeeld om zich te specialiseren) en er geen praktijk meer uitoefenen, houden we 19.840 artsen over.

Actief, maar tot welke leeftijd?

Na 8 jaar carrière (dus in 2002) zijn 96,3% van de mannen en 95,5% van de vrouwen die actief waren in de gezondheidszorg in België, dat gebleven tijdens de onderzochte periode en hebben slechts 2% van de mannen en 2,7% van de vrouwen hun activiteit in België stopgezet (Tabel 1). Minstens 1,6% van de

mannen en 1,8% van de vrouwen zijn in die periode naar het buitenland vertrokken. Minder dan één arts op twintig heeft dus zijn activiteit in de Belgische gezondheidszorg volledig stopgezet tijdens de observatieperiode van acht jaar. Die resultaten leunen aan bij wat in Groot-Brittannië wordt vastgesteld (Lambert TW and Goldacre MJ, 1998), maar zijn hoger dan wat in de VS wordt gezien (Landon BE, et al. 2006).

De cijfers verschillen volgens de leeftijd: meer dan 90% van de artsen van 55-64 jaar die actief waren in de gezondheidszorg, is dat gebleven. Tot de leeftijd van 54 jaar zijn evenveel vrouwen actief gebleven als mannen. Maar vanaf de leeftijd van 55 jaar is er een klein verschil van 4,3% tussen mannen en vrouwen: mannen blijven vaker actief dan vrouwen. Dat wijst erop dat het verschil in stopzetting van activiteit tussen mannen en vrouwen waarschijnlijk toe te schrijven is aan een leeftijdseffect.

In de Belgische gezondheidszorg was het percentage stopzetting van activiteit in 2002 niet hetzelfde in alle onderzochte

Tabel 3: Verandering van activiteitssector tussen 1994 en 2002: verandering per leeftijdsgroep.

Leeftijd in 2002	Activiteitssector in 1994	Activiteitssector in 2002				Totaal N	%
		Enkel curatief %	Niet-curatief %	Combinatie %	Niet-bepaald %		
<45	Enkel curatief	85,4	3,4	7,8	3,4	2.784	100
	Niet-curatief	5,0	85,9	5,0	4,2	361	100
	Combinatie	13,5	7,7	77,9	0,9	444	100
	Niet-bepaald	36,0	35,6	5,0	23,4	239	100
45-54	Enkel curatief	90,8	1,7	5,5	2,0	8.070	100
	Niet-curatief	3,7	89,0	4,9	2,4	711	100
	Combinatie	20,5	8,1	70,3	1,1	1.348	100
	Niet-bepaald	42,3	18,5	2,4	36,8	421	100
55-64	Enkel curatief	91,9	1,1	4,8	2,2	3.662	100
	Niet-curatief	4,5	85,9	6,7	3,0	269	100
	Combinatie	21,1	6,1	71,8	1,1	826	100
	Niet-bepaald	38,0	16,3	3,1	42,6	129	100

Tabel 4: Risico van stopzetting van alle curatieve activiteit na 8 jaar carrière (1994-2002): resultaten van logistische regressie.*

Leeftijd	Odds ratio	95% BI	Sig
35-44 (referentie)	1,0	.	
45-54	1,44	(1,28 , 1,62)	***
55-64	2,16	(1,88 , 2,48)	***
Specialisme			
Erkende huisartsen (ref)	1,0	.	
Anesthesie	1,06	(0,82 , 1,37)	
Algemene & gespecialiseerde chirurgie, urologie, stomatologie 1,38	(1,13 , 1,67)	**	
Gynaecologie-verloskunde	0,55	(0,39 , 0,79)	**
Algemene & gespecialiseerde interne geneeskunde (pneumo-gastro-cardio-reumato-fysio)	0,85	(0,71 , 1,02)	
Pediatrie	0,91	(0,69 , 1,19)	
Neurologie & psychiatrie	0,92	(0,74 , 1,15)	
Radiodiagnostiek, radiotherapie, klinische biologie, pathologische ontleedkunde, nucleaire geneeskunde	1,41	(1,18 , 1,68)	***
Oftalmologie, NKO, dermatologie	0,34	(0,25 , 0,46)	***
Orthopedie	0,65	(0,42 , 1)	
Geslacht			
Mannen (ref)	1,0	.	
Vrouwen	2,08	(1,89 , 2,29)	***

* risico van inactief te zijn in de curatieve sector.

** = significant < 0,001

*** = significant < 0,01

groepen: het was hoger dan 3% bij niet-erkende huisartsen (1), chirurgen (2), orthopedisten en anesthesisten en lager dan 1,5% bij erkende huisartsen (Tabel 2).

Het verschil in percentage stopzetting van activiteit in de gezondheidszorg tussen bepaalde specialismen en erkende huisartsen is weliswaar klein (hoogstens 3,8%), maar kan op het eerste gezicht toch veronwonderlijk lijken. Gezien de duur van de specialisatie (4 tot 6 jaar) duurt het langer voordat specialisten financieel onafhankelijk worden: ze kunnen in die periode geen geld verdienen en dat zou theoretisch moeten worden gecompenseerd door later de arbeidsmarkt te verlaten. Onze gegevens tonen echter het tegendeel aan: bij

een constante leeftijd trekt een van de specialismen waarvan de opleiding het langst duurt (chirurgie), zich vroeg terug uit de arbeidsmarkt. Dat is niet alleen zo in België en kan waarschijnlijk worden verklaard door het feit dat specialisten een hoger inkomen hebben dan huisartsen. Een studie die werd uitgevoerd bij Britse huisartsen van het NHS die in 1977 hun diploma hebben behaald, leert dat ziekenhuisartsen vaker (26%) overwegen om hun activiteit vroegtijdig stop te zetten dan huisartsen ((20%) (Davidson JM, et al. 1998). Soortgelijke resultaten worden waargenomen in de VS, waar het percentage vroegtijdige stopzetting van activiteit 60% hoger is bij chirurgen (Landon BE, et al. 2006).

Lipner heeft aangetoond dat 21% van de internisten hun specialisme vroegtijdig stopzet (Lipner RS, et al. 2006).

Activiteitssector: stabiliteit verzekerd?

85% van de artsen die in 2002 jonger waren dan 45 jaar en in 1994 enkel werkzaam waren in de curatieve sector, was dat ook nog in 2002 (Tabel 3). De rest (7,8%) is vooral overgestapt naar een combinatie van curatieve en niet-curatieve activiteiten. De stabiliteit van de artsen in een louter curatieve praktijk stijgt licht tijdens het tweede gedeelte van hun carrière: vanaf de leeftijd van 45 jaar (leeftijd

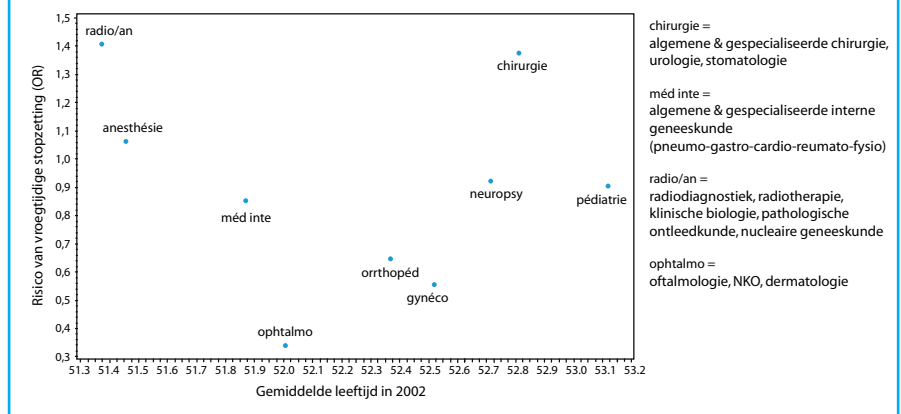
in 2002) is bijna negentig percent van de artsen die actief waren in de curatieve sector, dat gebeven. Bij de artsen die aanvankelijk actief waren in een niet-curatieve functie, werd een even hoog percentage stabiliteit gemeten als in de curatieve sector: 85,9% tot 89% naargelang de leeftijd.

Logistische regressie (Tabel 4) leert dat chirurgen en artsen gespecialiseerd in beeldvorming en biopathologie gemakkelijker hun curatieve activiteit stopzetten (tijdens de studieperiode van 8 jaar) dan erkende huisartsen – in tegenstelling tot gynaecologen, oogartsen, NKO-artsen en dermatologen – en dat vrouwen die actief zijn in een curatieve praktijk, tweemaal vaker stoppen met deze activiteit dan mannen.

Stopzetting: een doordachte keuze

Meerdere studies hebben gepeild naar de redenen waarom sommige artsen uit het beroep stappen. Een studie die in 1999 werd uitgevoerd bij jonge Engelse artsen die pas hun diploma geneeskunde hadden behaald, heeft aangetoond dat de werkomstandigheden, de werkduur, de vergoeding en de beroepstevredenheid de belangrijkste oorzaken waren van stopzetting van activiteit (Moss PJ, et al. 2004). Die resultaten worden bijgetreden door een longitudinale studie die in de VS werd uitgevoerd en die heeft aangetoond dat Amerikaanse artsen vooral ontevreden zijn omdat hun klinische autonomie almaar meer wordt beknot, en wegens het werkritme (Landon BE, et al. 2003). In een recent literatuuroverzicht werden ook persoonlijke redenen, economische redenen, redenen die te maken hebben met het beroep, en redenen die te maken hebben met de organisatie van het werk genoemd (Misra-Hebert AC, et al. 2004). In België beschikken we over weinig gegevens daaromtrent. Maar een recente kwalitatieve studie bevestigt wel enkele van die hypothesen: veel artsen klagen erover dat de administratieve rompslomp en controles hun werk belasten (Deliège D, 2004). Een studie naar ontevredenheid in het beroep heeft aangetoond dat mannen, specialisten en artsen die nauwer worden betrokken bij de wijze van praktijkvoering, minder gemakkelijk afhaken (Antoine, et al. 2003). Artsen die hun privépraktijk opgeven,

Figuur 1: risico van stopzetting van de curatieve activiteit en gemiddelde leeftijd per specialisme van de artsen die in 2002 jonger waren dan 65 jaar.



blijken dat vooral te doen wegens onverenigbaarheid met het gezinsleven, het levens- en werkritme, een opportuniteit elders en tot slot een te laag inkomen. Slechts 20% geeft onvoldoende patiënten aan als reden (= 1,2% van het totaal).

Met het oog op het regelen van de human resources in de geneeskunde moet bij de follow-up van de beroepen rekening worden gehouden met het risico van stopzetting van de curatieve activiteit en de gemiddelde leeftijd van de onderzochte artsen. Hoe ouder een categorie van specialisten is die een hoog risico van vroegtijdige stopzetting van activiteit vertonen, hoe hoger het risico dat er een tekort zal zijn. Op grond van onze analyse blijken chirurgen de groep te zijn die het hoogste risico loopt om zich voortijdig uit de arbeidsmarkt terug te trekken (Figuur 1 in odds ratio waarbij huisartsgeneeskunde = 1).

Conclusie

Voorzichtigheid is echter geboden bij de interpretatie van onze resultaten omdat onze gegevens en onze analyse een aantal beperkingen vertonen. We hebben immers geen gegevens over het aantal werkuren en het aantal patiënten dat door de artsen wordt gezien, zodat we de omvang van de curatieve medische activiteit moeilijk kunnen ramen. Waarschijnlijk werkt een significant gedeelte van de artsen niet voltijds in die activiteitssector. Bovendien sluiten onze selectiecriteria de jongste artsen (de 'verliezen' op het einde van de studie), de verliezen voor 1994 en de stopzetting op een 'normale' leeftijd (65 jaar) uit, zodat we onze gegevens moeilijk kunnen vergelijken met die van internationale studies. Als conclusie kunnen we stellen dat het risico dat artsen hun curatieve praktijk stopzetten,

voldoende hoog is om er rekening mee te houden bij het regelen van de human resources, vooral omdat het risico specialisten betreft waarvan de opleiding bijzonder lang duurt. Kwalitatieve studies zouden een beter inzicht kunnen geven in de redenen waarom artsen hun activiteit voortijdig stopzetten. Observatie van stopzetting van een curatieve praktijk, van de keuze van de beroepsactiviteit en van stopzetting van de activiteit in volle carrière zou informatie kunnen opleveren die erg waardevol is bij het regelen van het artsenaanbod.

Opmerkingen

1. Onder "niet-erkende" huisartsen verstaan we artsen die een diploma van dokter in de genees-, heel- en verloskunde hebben, maar geen aanvullende opleiding hebben gevolgd om zich te specialiseren in de huisartsgeneeskunde. Die groep omvat alle artsen die voor 1994 die titel droegen bij het beëindigen van hun studie, ongeacht de uitgeoefende activiteit.
2. In onze studie omvat die groep de specialisten algemene of gespecialiseerde chirurgie, urologie en stomatologie

Referenties te verkrijgen op verzoek.

In uw hoedanigheid van arts maakt u deel uit van een geautomatiseerd databestand dat beheerd wordt door een VZW (*Centre universitaire d'Information sur les professions médicales*) onder de leiding van de UCL (SESA). Deze gegevens worden gebruikt voor het opmaken van statistieken, wetenschappelijke studies en om wetenschappelijke informatie te verspreiden. U kan om de gegevens die op u betrekking hebben vragen, controleren en zo nodig, laten verbeteren. U kan ook vragen om geen informatie te ontvangen en geen deel uit te maken van steekproeven samengesteld op basis van de gegevens van het centrum. Het bestand is geregistreerd bij de Commissie voor de bescherming van persoonlijke levenssfeer (dossiernummer: 00392057). Informatie over dit bestand en over het aanbod van medische diensten in België kunt u vinden op de website: <http://www.sesa.ucl.ac.be/cipmp>