

Deeltijds werken bij medisch specialisten

Heiligers, Ph. & Hingstman, L. (2003), *Quick scan Deeltijds werken bij medisch specialisten. Knelpunten en prioriteiten*, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg – Nivel, Utrecht, 50 p.¹

In de ziekenhuisorganisatie worden loopbaanwensen van artsen niet gemakkelijk gerealiseerd. Vormen van werktijdreductie of deeltijdparticipatie worden als problematisch ervaren door de noodzaak van continuïteit in de zorg (Heiligers, Hingstman, 2002). Inmiddels komt de deeltijds werkende arts in toenemende mate in ziekenhuizen voor. Door het krappe aanbod aan artsen ervaren nieuwkomers weinig weerstand als ze een deeltijdbaan willen. Belemmeringen in de organisatie zijn echter gebleven. Concreet is er nu een moment aangebroken waarop merkbaar wordt waar precies de praktische knelpunten zitten als gevolg van het deeltijds werken. Een representatieve inventarisatie van die knelpunten is een eerste stap om een plan te kunnen opstellen waarmee knelpunten in volgorde van prioriteit aangepakt worden.

Kader van het onderzoek

Er is een quick scan uitgevoerd door middel van een steekproefonderzoek onder Nederlandse ziekenhuizen. Bij secretariaten van medische staven en in enkele ziekenhuizen bij Hoofden P&O werd een telefonische enquête uitgevoerd. In de steekproef onder ziekenhuizen is rekening gehouden met de verhouding tussen grote en kleine ziekenhuizen, academische en perifere ziekenhuizen en met de spreiding over de regio's (Bartels, 2000). De steekproef is getrokken uit een totaal van 115 ziekenhuizen. Bij onlangs gefuseerde ziekenhuizen werd de hoofdvestiging benaderd. In verband met de gewenste representativiteit werd het totaal aantal te benaderen ziekenhuizen gesteld op 40 (tabel 1). De reden voor de non-respons was gebrek aan

tijd in de periode dat het onderzoek liep of gebrek aan informatie over deeltijders.

De respondenten in de enquête waren merendeels voorzitters of secretarissen van de medische staf (23 van de 32). De secretariaten van medische staven werden benaderd, omdat zij als vertegenwoordigers van een ziekenhuis kunnen spreken. De medische staven hebben zelf kunnen aangeven wie binnen hun ziekenhuis de beste contactpersoon zou zijn.

In de drie onderscheiden typen ziekenhuizen geven de respondenten geen verschil aan in het percentage deeltijders. Dat wordt op om en bij 20% geschat. Verder

is het duidelijk dat de meeste specialisten in de academische ziekenhuizen werken (gemiddeld bijna 400), in de grote perifere ziekenhuizen ligt dat gemiddelde ruim de helft lager (170) en in de kleine ziekenhuizen ligt dat aantal gemiddeld tussen de 60 en 70.

Semi-gestructureerde vragenlijst

De centrale vraagstelling en specifieke thema's werden in het telefonische interview aan de hand van de onderstaande leidraad uitgewerkt:

Feitelijke informatie: verhouding deeltijders/voltijders, aantal specialisten in totaal en deeltijdbeleid

Tabel 1.

Steekproef ziekenhuizen en responsgegevens.

| Type ziekenhuizen | Aantal in steekproef | Respons | Non-respons |
|--|----------------------|----------|-------------|
| Academische ziekenhuizen | 8 | 6 (75%) | 2 |
| Grote perifere ziekenhuizen per provincie ¹ | 12 | 10 (83%) | 2 |
| Kleine ziekenhuizen, maar grootste in provincie ² | 3 | 3 (100%) | 0 |
| Kleine perifere ziekenhuizen per provincie ¹ | 17 | 13 (76%) | 4 |
| Totaal | 40 | 32 (80%) | 8 |

1. De scheiding tussen grote en kleine ziekenhuizen is gebaseerd op aantal bedden (= gemiddelde feitelijke capaciteit). Groot zijn ziekenhuizen met meer dan 600 bedden, kleine ziekenhuizen hebben een capaciteit van minder dan 600 bedden (Meuloen e.a., Nivel, 2000).
2. Deze ziekenhuizen zijn volgens de definitie kleine ziekenhuizen, maar omdat ze het grootste ziekenhuis in de provincie zijn, worden deze als een aparte groep benoemd.

van het ziekenhuis; *Veranderingen in werklust*: tijdswinst en tijdverlies door deeltijders in team, taakverdeling tussen voltijders en deeltijders, efficiëntieverhoging, overbelasting voltijders en/of deeltijders; *Overdracht en communicatie*: knelpunten in dossiervorming, in planning van overleg, in inhoud van communicatie, aantal overdrachtsmomenten; *Roostering*: inroosteren van deeltijders in klinische taken, afstemming roostering met andere disciplines, alternatieve roosters; *Financiële consequenties*: productiviteit; *Deeltijdvarianten, taakdifferentiatie*; *Contacten met patiënten*: problemen voor patiënten door afwezigheid van artsen. *Voordelen van deeltijds werken. Prioriteit in aanpak knelpunten.*

Deze onderwerpen zijn gekozen op basis van de belemmeringen bij het deeltijds werken die in eerder onderzoek naar voren kwamen (Heiligers & Hingstman, 2000; Heiligers & Hingstman, 2002).

Voordelen en knelpunten

Per thema van de checklist werd een inhoudsanalyse toegepast, waarbij gesignaleerde knelpunten, maar ook voordelen van deeltijds werken in kaart gebracht werden. Voorzover dat relevant is, werd een vergelijking gemaakt tussen academische, grote en kleine perifere ziekenhuizen.

De gesprekken met vertegenwoordigers van de ziekenhuizen hebben een veelheid aan informatie

over het deeltijds werken door medisch specialisten opgeleverd. In de *academische ziekenhuizen* waar in dienstverband gewerkt wordt, verwijst men naar de formele CAO-voorwaarden als het om de positie van deeltijders gaat. In de *grote ziekenhuizen* is het deeltijds werken een fenomeen waar aandacht aan besteed moet worden, maar voor het oplossen van voorkomende knelpunten wordt veelal naar het maatschapniveau² verwezen. De *kleine ziekenhuizen* kunnen momenteel het deeltijds werken nog goed aan, maar vooral omdat het geringe aantal deeltijders in deze ziekenhuizen nog goed in te passen is. Problemen blijven in kleine ziekenhuizen overzichtelijk en ook daar worden ze op maatschapniveau opgevangen.

Uit de schattingen van respondenten blijkt dat ongeveer 20% van de specialisten deeltijds werkt. De inventarisatie naar de *behoefte aan deeltijds werken* in 1997 (Heiligers, Hingstman en Marrée) liet zien dat 57% van de artsen in principe een deeltijdvoorkeur had. Hieruit kan afgeleid worden dat nog steeds veel artsen hun wens om minder te werken niet gerealiseerd hebben. De tendens om de individuele werktijd te verminderen, zal ook de komende tijd nog toenemen.

Belangrijk is in dit verband de constatering dat men in de meeste ziekenhuizen ook oog heeft voor de *voordelen van het deeltijds werken*. In de eerste plaats voor de individuele artsen die minder moe, langer enthousiast en tevreden zijn. In de tweede

plaats ziet men dat deeltijders in de teams verfrissend werken, omdat zij ook met andere zaken buiten het werk bezig zijn. En het positieve effect daarvan stralen zij ook uit naar collega's.

In de balans over de integratie van het deeltijds werken door artsen komen in dit onderzoek enkele *knelpunten* naar voren. Samengevat gaat het om de onderstaande punten.

1. Het *bespreken van een deeltijdcontract* is meestal mogelijk als een arts een nieuw contract aangaat, maar de bespreekbaarheid is veel minder als een arts een bestaande afspraak of een bestaand contract met zijn maatschap wil veranderen. Binnen de snijdende specialismen is de behoefte aan een deeltijdcontract nog moeilijk bespreekbaar.
2. De *planning van het werkproces* en de werkverdeling wordt op dit moment nog niet in alle ziekenhuizen als een groot probleem gezien, maar men verwacht wel dat met de toename van deeltijders er problemen zullen ontstaan. In de grotere ziekenhuizen signaleert men deze problemen nu al. Die problemen betreffen het systeem van overdracht, de waarneming en roostering van diensten en de werkverdeling (o.a. staftaken). Naarmate maatschappen en ziekenhuizen groter zijn, worden deze problemen duidelijker.
3. Expliciet wordt de *communicatie en organisatie bij overdrachtssituaties* als knelpunt genoemd, vooral in de grote ziekenhuizen. Men pleit voor een professionalisering van de communicatie en planning van het werkproces, waardoor overleg, dossiervorming en het handelen volgens protocollen en standaarden verbeterd wordt.

4. *Roostering van de klinische taken en de diensten* is een volgend planningsprobleem, dat complexer geworden is door de toename van deeltijders.
5. Onbekendheid met de *verschillende vormen waarin deeltijds werken georganiseerd kan worden*. Tot nu toe is men vooral bekend met één vorm van deeltijds werken: het dagenbasiscontract (Heiligers, 2001). De mogelijkheden van andere vormen ziet men theoretisch wel en men is bereid ook een aantal andere vormen in ziekenhuizen te realiseren (zie tabel 2).
6. De *werkplekverdeling* voor artsen is een logistiek probleem, dat door het fenomeen deeltijds werken toeneemt.
7. *Kinderopvangvoorzieningen* zijn vaak ontoereikend, waardoor de jonge moeders en vaders onder de deeltijders deze faciliteit elders moeten realiseren.
8. Een knelpunt van theoretische aard is *het ontbreken van duidelijke definities van 'productie' en 'efficiëntie' van artsen*. Het ontbreken van definities maakt het onmogelijk om de productie en efficiëntie van voltijders en deeltijders te vergelijken. Er kunnen geen harde uitspraken gedaan worden over de effecten die het deeltijds werken heeft op deze beide factoren. In het verlengde daarvan kan ook niet bepaald worden of er sprake is van financiële consequenties van deeltijds werken.

Aandachtspunten voor integratie van deeltijds werken in ziekenhuizen

In de analyse van knelpunten, diversiteit in voorkeuren en prioriteiten komen vijf centrale aan-

Tabel 2.
Deeltijdvarianten.

| Dagenbasiscontract | Vast aantal halve of hele dagen per week |
|--------------------------|--|
| Duobanen (tweelingbanen) | Twee werknemers vervullen samen 1 functie. Samen zijn zij verantwoordelijk voor de hele functie |
| Samenfunctie | Twee werknemers vervullen samen 1 functie: de werkzaamheden zijn gesplitst en ieder is verantwoordelijk voor zijn deel |
| Minimum-maximum contract | Minimaal een aantal uren per week met een garantieloon voor dat aantal uren. Is er meer werk dan kan dat minimum aantal uren tijdelijk worden uitgebreid tot een maximum aantal. |

dachtspunten voor toekomstig deeltijdbeleid tot uiting.

1. *Ondersteuning bij het realiseren van loopbaanplannen (inclusief deeltijdwensen) en het maken van weloverwogen keuzen door individuele artsen.*

Naar aanleiding van het punt van de bespreekbaarheid van deeltijds werken en het pleidooi voor verdere professionalisering van het werkproces is het van belang dat er een personeelsbeleid ontwikkeld wordt, toegespitst op loopbaanadvisering, ook voor vrijgevestigde artsen. In de eerste plaats kan daarbij gedacht worden aan individuele advisering bij het maken van keuzen en het afwegen van consequenties van (bijvoorbeeld) deeltijds werken. Daarnaast kan een programma van trainingen voor artsen ontwikkeld worden ter ondersteuning van loopbaanonderhandelingen.

2. *Ondersteuning bij de organisatie van en communicatie over het werkproces: gepaste overlegvormen, een rechtvaardige werkverdeling, overdracht en roostering*

Men is niet bovenmate ontevreden over de huidige gang van zaken, maar het gaat vooral om een goede integratie van het deeltijds werken in het werkproces en een optimale taakverdeling tussen voltijders en deeltijders. De bereidheid om diverse deeltijdvarianten als geschikte vormen te accepteren is er, maar moet nog beproefd worden. Een systematische implementatie en evaluatie van deze vormen bij maatschappen of afdelingen die dat wensen, kan inzicht geven in de voorwaarden en situaties waarbij de diverse varianten het meest geschikt zullen zijn. Ondersteuning van maatschappen of afdelingen die het deeltijds werken willen integreren en goede begeleiding bij de keuzeprocessen zijn belangrijke voorwaarden bij de aanpak van dit type projecten omdat het om 'deeltijdvormen op maat' gaat.

3. *Definitie en afbakening van de begrippen productie en efficiëntie van artsen.*

De operationalisatie van beide begrippen is noodzakelijk om effecten van deeltijds werken op deze factoren te verhelderen. Ontwikkeling van criteria voor productiviteit en efficiëntie gevolgd door im-

plementatie en evaluatie van de meetbaarheid zijn noodzakelijk voor het evalueren van de mate waarin gekozen deeltijdvormen geschikt zijn.

4. *Bekendheid geven aan 'good practices' waar reeds een adequate vorm van deeltijds werken gerealiseerd is en ondersteund wordt.*

Publicaties of voorlichting over deze 'good practices' zijn van groot belang voor maatschappen of afdelingen die op zoek zijn naar voor hen passende vormen van deeltijds werken.

5. *Verantwoorde integratie van deeltijds werken in bredere veranderingsprocessen van bijvoorbeeld vraaggestuurde zorg, flexibilisering van arbeidstijden en verlenging van de bedrijfstijd.*

In toekomstige veranderingen zal diversiteit in de personeelsformatie (voltijders en deeltijders) en variatie in de loopbaanplanning een van de uitgangspunten moeten zijn. Dit aandachtspunt kan niet op korte termijn gerealiseerd worden, maar het kan wel benadrukt worden door de verantwoordelijken die het voortouw nemen bij veranderingen in de zorg.

Phil Heiligers
Nivel

Noten

1. Het rapport 'Quick scan Deeltijds werken bij medisch specialisten' is te bestellen bij het NIVEL: nivel@nivel.nl, tel: 030-2729762.
2. Een maatschap is de gezamenlijke onderneming van een groep medische specialisten, die samen als vrijgevestigde ondernemers hun diensten aanbieden aan een of soms ook meerdere ziekenhuizen. Binnen de maatschap worden de afspraken gemaakt met betrekking tot de productie die iedereen levert en worden rechten en plichten van de deelnemende maten geregeld. In een maatschap zitten meestal medisch specialisten van eenzelfde specialisme, bijvoorbeeld chirurgen. Kortom, de maatschappen zijn de eenheden waarmee het ziekenhuis afspraken maakt omtrent hun investeringen en binnen de maatschap liggen de financiële verdeelsleutel en de verplichtingen van elk individu vast. Een maatschap is dus eigenlijk een ondernemingsvorm van vrijgevestigde professionals.

Bibliografie

Bartels, L.P (2000), *Instellingen van intramurale gezondheidszorg*, basisgegevens per 1-1-2000, Utrecht: Prismant, publicatienummer: 200.016.

Heiligers P., L. Hingstman, & J. Marrée (1997), *Inventarisatie deeltijds werken onder artsen*, Utrecht: Nivel.

Heiligers, Ph., & L. Hingstman (2000), 'Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists', in: *Social Science & Medicine*, 50, 1235-1246, 2000.

Heiligers, Phil (2001), 'Werken in deeltijd; slechts weinig specialisten kiezen de beste variant', in: *Medisch Contact*, jrg. 56, nr. 47, pp. 1739-1741.

Heiligers, Ph., & L., Hingstman (2002), 'Loopbaanplanning door medisch specialisten: sekseverschillen in de balans van werk- en zorgtaken', in: *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 80, nr. 2, 85-92.

Meloen, J.D., P.P. Groenewegen, & L. Hingstman (2000), *De toekomst van het algemeen ziekenhuis: een achtergrondstudie naar de criteria voor spreiding van het ziekenhuisaanbod*, Utrecht: Nivel.