

Greta Noordenbos, Monique Du Moulin en Mascha Twellaar*

Medisch specialisten in deeltijdwerk: een (on)mogelijke combinatie?

Door de toename van het aantal vrouwelijke artsen en medisch specialisten is de vraag naar deeltijdarbeid in de medische professie sterk toegenomen. Hoewel deeltijdarbeid in Nederland steeds gebruikelijker is geworden voor vrouwen die arbeid en zorg willen combineren, roept deeltijd in de medische professie nog veel weerstand op. In de cultuur van de medische professie wordt uitgegaan van lange werktijden en het bieden van continuïteit van zorg. In dit artikel wordt een review gegeven van het onderzoek naar de voor- en nadelen van deeltijdarbeid, zowel voor specialisten als voor ziekenhuisorganisaties. Veel publicaties over de thematiek van deeltijdarbeid en continuïteit van zorg blijken gebaseerd op meningen en (voor)oordelen en niet op empirisch onderzoek. Het laatste type onderzoek laat zien dat onder voorwaarden deeltijdarbeid en continuïteit van zorg goed samen kunnen gaan. Gepleit wordt voor meer evidence based onderzoek naar de voor- en nadelen van deeltijdarbeid voor specialisten en ziekenhuizen.

Terreinverkenning

Tussen 1970 en 2000 heeft zich een stille revolutie voltrokken, waarbij steeds meer vrouwen de arbeidsmarkt zijn opgegaan. Aanvankelijk participeerden vrouwen slechts een aantal jaren op de arbeidsmarkt, om na het krijgen van kinderen de arbeidsmarkt weer vaarwel te zeggen. De afgelopen decennia is er echter een belangrijke strijd gevoerd voor betere verlofregelingen en deeltijdarbeid, zodat vrouwen zorgtaken en arbeid kunnen combineren. Zo blijkt uit onderzoek op basis van gegevens van de Enquête Beroepsbevolking (CBS) verricht door Baaijens (1999) dat deeltijdarbeid met name door vrouwen tussen 25 en 44 jaar wordt gekozen om arbeid en zorg te kunnen combineren. Deeltijdarbeid was 'verantwoordelijk' voor ongeveer de helft van de toename van de werkgelegenheid na 1980 en voor de totale groei van de werkgelegenheid voor vrouwen (ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1987). Met name in Nederland hebben veel vrouwen gekozen voor een deeltijdbaan. Internationaal

gezien is Nederland koploper voor wat betreft het aantal deeltijd aanstellingen. In vergelijking met veertien andere Europese landen komen in Nederland de kortste werkweken voor (mannen 37,4 uur en vrouwen 25,1 uur) (European Commission/Eurostat, 1999). De wens om in deeltijd te werken is nog steeds actueel, zowel bij vrouwen (Smulders & de Feyter, 2001) als bij mannen (Spaans, 1997).

Naar deeltijdarbeid is intussen veel onderzoek gedaan. Zo heeft Deminint de Jongh (1989) er in haar dissertatie op gewezen dat tussen 1978 en 1982 de maatschappelijke visie op arbeidsduur aanzienlijk is veranderd en deeltijdarbeid geen belemmering hoeft te zijn voor hogere functies. Hoewel aanvankelijk werd verondersteld dat mensen die voor deeltijd kiezen altijd in deeltijd willen blijven werken, is dit beeld niet gebaseerd op de menselijke levensloop. In een recent rapport van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2002) wordt 'levensloop' als volgt omschreven: vroege jeugd - jongvolwassenheid - spitsuur van het leven -

* Dr. Greta Noordenbos is universitair docent, drs. Monique Du Moulin is onderzoeker en drs. Mascha Twellaar is assistent onderzoeker bij de sectie Genderstudies Geneeskunde van de Universiteit Maastricht.

actieve ouderdom - afhankelijke ouderdom. Tegenwoordig wordt bij aanstellingen steeds meer uitgegaan van het levensloopbaanmodel (zie figuur 1) omdat de behoefte aan minder werken sterk afhankelijk is van de levensfase van de werknemer (Noordenbos, 1997; Allaerts, 2000). Na een periode van full-time opleiding en werk kunnen mensen die dat willen de periode dat de kinderen klein zijn in deeltijd werken. Wanneer de kinderen groter zijn en gaan studeren of op zichzelf wonen, is er weer meer ruimte voor full-time werken. Dit levensloopmodel biedt vrouwelijke werknemers de mogelijkheid om tijdig kinderen te krijgen, terwijl dit mannen de mogelijkheid biedt om tijd aan de opvoeding van jongere kinderen te besteden. In de periode voorafgaand aan de pensioengerechtigde leeftijd is er vaak weer meer behoefte aan deeltijdwerk. Het levensloopbaanmodel impliceert dus een diversiteit in aanstellingen. Voor de organisatie is het daarbij van belang om een diversiteit van jonger en ouder personeel te hebben, waarvan een deel in deeltijd werkt en een deel full-time werkt. Het levensloopbaanmodel wordt ondersteund door onderzoek van Levinson et al. (1993).

Vanuit het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2002) zijn steeds meer regelingen getroffen om met verlof en deeltijd tijdens spitsuren in de menselijke levensloop beter te kunnen inspelen op de behoeften van moderne werknemers. Bovendien bevatten in

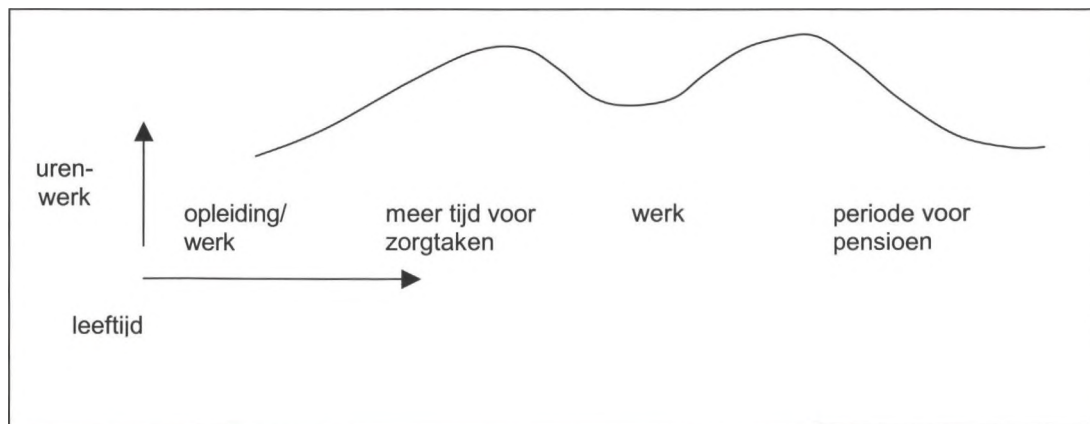
Nederland meer dan de helft van de CAO's (die van toepassing zijn op 57% van de werknemers) regelingen omtrent kinderopvang (Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2000). In minder dan de helft van de CAO's is er sprake van verlofregelingen (met uitzondering van het kraamverlof). Van (gedeeltelijke) doorbetaling van het loon is slechts sprake in 5% van de CAO's en in 11% van de CAO's wordt de mogelijkheid geregeld om langer dan de wettelijk vastgestelde duur van het ouderschapsverlof op te nemen. Ten slotte wordt in 18% van de CAO's melding gemaakt van de mogelijkheid tot loopbaanonderbreking.

Zo langzamerhand wordt deeltijdarbeid gezien als normaal en beschouwen sommige werknemers dit als een recht. De recent ingevoerde Arbeidstijdenwet maakt het zelfs mogelijk om deeltijdarbeid via de rechterlijke macht af te dwingen.

De moeizame introductie van deeltijdarbeid in de medische professie

Terwijl deeltijdarbeid in de Nederlandse samenleving langzamerhand geaccepteerd is geraakt, is dit voor medisch specialisten nog geen vanzelfsprekendheid. De cultuur van de medische professie wordt gekenmerkt door lange werktijden. Dit hangt nauw samen met een professioneel beroepsbeeld van continuïteit van zorg, toewijding en status (Winants, 1999).

Figuur 1 Levensloopbaanmodel



"Binnen de beroepsgroep is het maken van lange dagen en werkweken en het inleveren van de eigen tijd en energie ten gunste van het vak van oudsher de vanzelfsprekende norm. Bespreken dat het werk te veel wordt, is ongebruikelijk. Er heerst nog steeds een 'conspiracy of silence'" (Ankoné, 1999).

Borst-Eilers (1999) wijst daarnaast op de sterk verplichtende afspraken rondom productiviteit, en daaraan gerelateerde werktijd en inkomsten. Uit de gehanteerde argumenten ontstaat de indruk dat deeltijdwerken onder artsen vanwege de 'cultuur' moeizaam van de grond komt en binnen de organisatie of op het betreffende functieniveau niet 'kan'. Enkele decennia geleden was het niet ongebruikelijk dat mannelijke specialisten zestig tot tachtig uur per week werkten en het thuisfront overlieten aan hun partner. Deeltijd in de medische professie is nog steeds eerder uitzondering dan regel. Maar met de toename van vrouwelijke specialisten is de vraag naar deeltijdarbeid ook in de medische professie sterk toegenomen. De behoefte aan deeltijdarbeid werd aanvankelijk voornamelijk door vrouwen geuit, om zo werken en zorgtaken te kunnen combineren (Bosboom et al., 1999). Verschillende vrouwelijke artsen geven aan dat ze hun opleiding of werk niet zouden continueren als er geen gelegenheid zou zijn voor deeltijdwerk (Carling et al., 1999). Ook in het traject voorafgaand aan de pensioengerechtigde leeftijd is er de behoefte aan meer deeltijdwerk bij medisch specialisten (Levinson et al., 1993). In Nederland blijkt tweederde van de vrouwelijke artsen en eenderde van de mannelijke artsen voor een deel van hun carrière in deeltijd te willen werken (Du Moulin et al., 1999). De motieven voor deeltijdarbeid kunnen echter velerlei zijn, want naast de combinatie met privé-taken wordt ook gewezen op de behoefte aan tijd voor onderzoek, het schrijven van artikelen, het hebben van tijd voor een privé-praktijk of het volgen van een extra opleiding (Klemperer & Ramsay, 2000).

"For many physicians, part-time work will allow fuller lives with more career satisfaction and less long-term burnout than conventional career pathways". (Wheeler et al., 1990).

We kunnen stellen dat we in de medische pro-

fessie te maken krijgen met een 'nieuwe werknemer' die naast tijd voor werk ook tijd voor privé wil overhouden (Heiligers en Hingstman, 2000).

Ziekenhuisorganisaties zullen niet meer om de wens tot deeltijdarbeid heen kunnen. De vraag is dus niet langer of deeltijd functies gewenst zijn, maar hoe deeltijdfuncties het best georganiseerd kunnen worden (Maingay & Goldberg, 1998). Maar in de praktijk wordt bij een verzoek om een deeltijdaanstelling door medisch specialisten nog vaak kritisch gereageerd door leiding en collega's en in de internationale literatuur wordt zelfs tegen het einde van de twintigste eeuw nog heftig gediscussieerd over de mogelijkheid van deeltijdarbeid in de medische professie. In een artikel in JAMA tracht Kumar (1997) zijn lezerspubliek ervan te overtuigen dat full-time werken in de gezondheidszorg een must is, en dat minder dan vijftig uur niet mogelijk is. Om die reden vraagt hij zich af of het wel zinvol is om te investeren in de opleiding van vrouwelijke specialisten.

"It is all going to be wrong if a third of the openings in medical school have been awarded to part-time professionals or misplaced housewives". (Kumar, 1997)

Hij hoopt dan ook dat vrouwelijke artsen spoedig het belang van hun professie leren inzien en het werk in de privé-sfeer overlaten aan anderen. Ook wordt deeltijdwerk in de medische professie vrijwel altijd in verband gebracht met verminderde continuïteit van zorg voor patiënten. Het creëren van deeltijdwerk voor artsen zou ten koste gaan van de zorg van patiënten, voor wie continuïteit van zorg van groot belang is en die niet steeds geconfronteerd wensen te worden met andere artsen (Kumar, 1997).

De veronderstelling van Keizer (1997) dat deeltijdwerkende artsen vanwege hun sociale contacten buiten werktijden meer relationeel gerichte, en daarmee betere artsen zouden worden, wordt door Kumar afgedaan als een mythe. Zijn oordeel is duidelijk:

"Part-timers are no good for any medical specialty were there may be a need for quick action, not because they are not good, but because they regular-

Medisch specialisten in deeltijdwerk

ly become unavailable. Part-time doctors are undoubtedly worse for their patients." (Kumar, 1997).

Op dit negatieve artikel van Kumar kwamen verschillende reacties, waarbij met name werd ingegaan op de (on)mogelijkheid van continuïteit van zorg. Goldberg en Horning (1998) en Lipp (1998) verwijten Kumar dat hij denkt volledige continuïteit van zorg te kunnen bieden terwijl hij 'slechts' vijftig uur per week werkt. Ze vragen zich dan ook af wie de resterende 118 uur zorgdraagt voor zijn patiënten. Volgens hen kan geen enkele individuele arts continuïteit van zorg bieden en kan continuïteit alleen worden gegarandeerd door een team van artsen en verpleegkundigen die hebben geleerd om effectief met elkaar te communiceren. Anderen vermoeden dat Kumar terug wil naar de tijd dat geneeskunde alleen een beroep voor mannen was bij de gratie van een vrouwelijk thuisfront dat voor het huishouden en de opvoeding van de kinderen zorgde (Sahleen Veasey & Morrison, 1998).

Bovenstaande discussie heeft ons geïnspireerd tot het *reviewen* van het onderzoek naar de voor- en nadelen van deeltijdarbeid in de medische professie en de voorwaarden waaronder continuïteit van zorg kan worden gewaarborgd. Daarbij staan de volgende vier vragen centraal:

- 1 Wat is voltijd werk en wat is deeltijdwerk in de medische professie? Is deeltijdwerk alleen iets dat vrouwelijke specialisten aangaat?
- 2 Wat zijn mogelijke voor- en nadelen van deeltijdwerk voor specialisten?
- 3 Wat zijn mogelijke voor- en nadelen van deeltijdwerk voor ziekenhuisorganisaties?
- 4 Hoe kan continuïteit van zorg voor patiënten worden gewaarborgd bij deeltijdwerk en hoe kunnen mogelijke fouten en overdrachtsproblemen beperkt blijven?

Wat is full-time en deeltijdwerk? De mythe van full-time werk

Wat betreft de tijdsinvestering in arbeid spreken we over full-time en deeltijdwerk. Van full-time werk wordt gesproken bij een aanstelling van 38 tot veertig uur of meer. In de medische professie is een investering van vijftig tot zestig

uur per week niet ongebruikelijk, terwijl in vroeger tijden zelfs tachtig uur per week werd gewerkt. Onduidelijk is echter of bij deze tachtig uur ook het bijhouden van literatuur was inbegrepen. In deze regel ging men uit van aanwezigheidsuren. Dit werd van belang geacht in verband met het bieden van continuïteit van zorg aan patiënten. Deeltijdarbeid werd lange tijd gezien als onmogelijk voor ziekenhuizen.

Recent wordt in Nederland gesproken van een part-time baan bij een werkweek van 32 uur of minder. De afbakening tussen full-time en deeltijdwerk is niet in elk land gelijk. In een onderzoek van Murray et al. (2000) in de VS werd een werkweek tussen de veertig en 65 uur beschreven als full-time en een werkweek van meer dan 65 als overwerk. Deeltijdwerk wordt gedefinieerd als een aanstelling van minder dan veertig uur. Opvallend was dat men in dit onderzoek geen speciale categorie had voor mensen die minder dan twintig uur werkten. Artsen die minder dan twintig uur werkten, werden 'inactief' genoemd. Full-time en deeltijdwerk zijn dus relatieve begrippen die in verschillende landen verschillende betekenissen kunnen hebben.

Tegenwoordig worden de begrippen full-time en part-time in Europa meer eenduidig gedefinieerd. De Europese Commissie adviseerde in 1993 een maximum van 48 uur per week als full-time werkweek in de medische professie (Maingay & Goldberg, 1998). Door deze Europese richtlijnen zijn in Nederland de officiële full-time werktijden in de medische professie teruggebracht tot 48 uur per week, inclusief nachtdienst. De vele overtredingen van deze officiële richtlijn laten echter zien dat de medische professie hier nog steeds moeilijk aan kan voldoen.

Aangezien het aanvankelijk met name vrouwen waren die de wens te kennen gaven om in deeltijd te werken, werd in het buitenland al gauw gesproken van een *mommy*-traject en bij hoge uitzondering van een *daddy*-traject, waarbij de werknemer ervan uit moest gaan dat een carrière in het vakgebied min of meer was uitgesloten en men slechts in de marge meedeed. De 'echte' professionals zijn immers minstens vijftig of zestig uur beschikbaar, zo was de veronderstelling.

Maar ook 'echte full-time werkende specialisten' kunnen geen continuïteit van zorg garanderen in een week die bestaat uit 168 uur.

Vanuit dat perspectief gezien werkt niemand full-time. Hoe men het wendt of keert, ook een hardwerkende specialist die vijftig tot zestig uur werkt, werkt uiteindelijk slechts eenderde van het aantal uren van de week (35%). We moeten concluderen dat geheel 'full-time' werken, in de zin van alle uren per week, niet mogelijk is en iedereen dus in zekere zin in deeltijd werkt. Zo gezien blijkt full-time werken een mythe te zijn. Want naast tijd die mensen investeren in een betaalde baan is ook tijd nodig voor slapen, eten en drinken, het onderhouden van sociale contacten, de opvoeding van kinderen, de zorg voor ouders en opleiding, sport en ontspanning.

Een specialist zal zijn of haar werk altijd onder meerdere collega's moeten verdelen. Het contact met patiënten is per definitie beperkt in tijd. De vraag is natuurlijk wel hoeveel uren werk per week zinvol en financieel haalbaar zijn in de zorgverlenende beroepen. Want artsen staan wel voor de taak om full-time zorg te bieden. Full-time ziekzijn komt namelijk wel voor. Dat is helaas geen mythe.

Voor- en nadelen van deeltijdwerk voor medisch specialisten

Meestal worden de voor- en nadelen van deeltijdarbeid uitsluitend beschreven vanuit het perspectief van de werknemer. In de literatuur worden de volgende voordelen voor werknemers genoemd. Deeltijdwerk biedt de mogelijkheid om werk en privé-taken te combineren, zoals de zorg voor kleine kinderen, een zieke partner of hulpbehoevende ouders. Ook kan men een opleiding volgen of meer tijd voor hobby's overhouden. Deeltijdwerkers zouden daardoor langer gemotiveerd blijven voor hun

werk en minder het risico lopen om ziek te worden of burnout te raken (Hamilton et al., 2000).

Maar deeltijdwerken kent ook nadelen. Vrouwelijke specialisten die in deeltijd werken kregen bijvoorbeeld negatieve reacties, waarbij hen werd verweten dat ze geen geneeskunde moesten kiezen als ze kinderen willen krijgen en borstvoeding willen geven (Maingay & Goldberg, 1998). Andere nadelen zijn het hebben van een lage(re) status, een marginale deelname en afwezigheid bij vergaderingen waarin besluiten worden genomen (Gibson, 1997). De meeste mannen en vrouwen met een part-time aanstelling zitten in een positie waarin geen promotie in het verschiet ligt.

Uit onderzoek van Levinson et al. (1993) bleek dat in deeltijd werkende vrouwelijke artsen gemiddeld minder uren werken dan in deeltijd werkende mannelijke artsen, en dat 45% van de deeltijdwerkende mannen hieraan in een privé-kliniek werkte, hetgeen bij slechts 11% van de vrouwen het geval was. Ook gaat deeltijdwerk bij vrouwelijke artsen vaak gepaard met minder wetenschappelijk onderzoek, omdat wetenschappelijk onderzoek vaak in privé-tijd wordt gedaan, terwijl vrouwen die privé-tijd juist besteden aan hun gezin. Vergeleken met mannelijke artsen schrijven vrouwen met een part-time functie minder wetenschappelijke artikelen. Hieruit blijkt dat ondanks het feit dat vrouwen en mannen vergelijkbare uren werken, de taken in de privé-sfeer nog lang niet gelijk verdeeld zijn.

In tabel 1 geven we een overzicht met de belangrijkste voor- en nadelen van deeltijdarbeid voor de werknemer zoals genoemd in diverse publicaties. Niet bekend is of deze voor- en nadelen even sterk worden gevoeld door alle parttimers of dat er sekseverschillen zijn in de

Tabel 1 Overzicht met de belangrijkste voor- en nadelen van deeltijdarbeid voor medisch specialisten

Voordelen	Nadelen
Meer tijd voor rust en ontspanning	Minder ervaring
Meer tijd voor gezin en relaties	Marginale positie
Meer tijd voor opleiding	Minder carrièrekansen
Meer tijd voor andere functies	Meer druk op zichtbaarheid
Groter enthousiasme	Langere opleidingstijd
Minder burnout	Gebrek aan status
Meer tijd voor persoonlijke ontwikkeling	Minder continuïteit
Reductie van stress van lange werkdagen	Minder pensioenopbouw
Langer doorwerken op latere leeftijd	Negatieve reacties van collega's

Tabel 2 Overzicht met de belangrijkste voor- en nadelen van deeltijdarbeid voor ziekenhuizen

Voordelen	Nadelen
Behoud van personeel	Lastiger roosterplanning
Beter uitgeruste werknemers	Meer overdrachtsmomenten
Meer satisfactie	Meer kans op fouten
Minder ziekteverzuim	Meer coördinatie rond patiënt
Meer beschikbaar personeel	Meer bureaucratie
Grotere motivatie	Verlengen van opleiding
Grotere productie binnen de uren dat men werkt	Onvoldoende training voor full-time functies
Een evenwichtiger verdeling van mannen en vrouwen	Geen continuïteit van zorg
Werknemers blijven langer werken	Meer kosten

mate waarin men bepaalde factoren als een voor- dan wel als een nadeel ervaart.

Voor- en nadelen van deeltijdwerk voor ziekenhuisorganisaties

Aanvankelijk werd deeltijdarbeid in de medische professie door ziekenhuisdirecties uitsluitend negatief beoordeeld (Kumar, 1997). Deeltijd zou leiden tot een lastiger roosterplanning, meer bureaucraties, verlenging van de opleiding, meer overdrachtsmomenten, meer fouten en hogere kosten (Hamilton et al., 2000). Maar recent wordt erop gewezen dat deeltijdarbeid voor ziekenhuisorganisaties ook voordelen kan hebben. Zo hebben verschillende onderzoeken uitgewezen dat tekort aan slaap vaak gepaard gaat met depressieve gevoelens en meer fouten van medisch specialisten. Wat betreft medische taken bleken uitgeruste dokters beter te functioneren (Gottlieb et al., 1991). Het voordeel van deeltijdarbeid is dat hierdoor de uitstroom van geschikt personeel vermindert en een evenredige vertegenwoordiging van vrouwen en mannen op de werkvloer kan worden gerealiseerd. Met het oog op een dreigend tekort aan artsen kan men door het creëren van deeltijdfuncties ook voorkomen dat een deel van de vrouwelijke artsen tijdens of na hun opleiding een andere baan zoekt, waardoor een relevant deel van het toekomstige arbeidspotentieel verloren gaat. In tabel 2 volgt een overzicht van de voor- en nadelen van deeltijd voor de organisatie, zoals genoemd in diverse publicaties.

Niet bekend is of alle ziekenhuizen eerdergenoemde voor- en nadelen even sterk ervaren, of dat er mogelijk verschillen zijn tussen grote en kleine ziekenhuizen.

Ten slotte worden enkele nadelen genoemd die de ziekenhuisorganisaties overstijgen. Zo heeft de groeiende behoefte aan deeltijdarbeid onder artsen tot gevolg dat de beroepskrachtenplanning aan herziening toe is (Van der Velden et al., 2001). Gezien het feit dat in vrijwel alle landen in Europa het aantal vrouwelijke medische studenten in de meerderheid is, kan men stellen dat er een ernstig tekort aan artsen dreigt als de beroepskrachtenplanning niet wordt bijgesteld. Men heeft onvoldoende tijd ingezien dat een deel van de artsen in deeltijd wil werken, zodat er een groter aantal artsen moet worden opgeleid om het gewenste aantal te halen (Booij, 2001; Van der Velden et al., 2001). In Engeland en Finland bestaat al een tekort aan artsen waardoor er een te hoge werkdruk onder artsen is ontstaan (Vroom, 1999).

In 1969 werd in Engeland een nationaal initiatief genomen om artsen op part-time basis op te leiden. Het doel was om het aantal vrouwen dat de medische professie verliest doordat ze vanwege hun gezin geen full-time opleiding konden volgen, te reduceren. De maatregel werd dus zowel vanuit economische als vanuit emancipatoire redenen ingevoerd, omdat de National Health Service bezig was zijn menskracht te verliezen en niet langer de service kon bieden zonder dokters uit het buitenland te rekruteren (Maingay & Goldberg, 1998).

Diversiteit in parttime aanstellingen

Part-time aanstellingen kunnen sterk variëren in de hoeveelheid arbeidsuren die men werkt, van minder dan tien tot meer dan dertig uur. In de medische professie blijken te kleine deeltijdbanen niet effectief te zijn omdat er sprake moet zijn van een bepaalde participatie in een team en een bepaalde hoeveelheid vaardigheden die men moet opdoen om het vak onder de

knie te houden en dergelijke. Wat een voldoende hoeveelheid uren is, hangt af van het specialisme waarin men werkzaam is. Een operatie van een open rug kost nu eenmaal meer tijd dan een staaroperatie.

Er zijn verschillende deeltijd varianten mogelijk, namelijk het hele jaar door 25-35 uur per week werken, veertig weken veertig uur werken en twaalf weken schoolvakanties vrij, of een baan delen met een collega (duobanen). In een onderzoek door Hamilton et al. (2000) onder 43 maatschappen in Engeland naar het huidige beleid ten aanzien van deeltijdwerken en de voor- en nadelen daarvan voor medisch specialisten werden de volgende opties genoemd:

- flexitime, waarbij men flexibel inzetbaar is;
- part-time, waarbij men tussen vijftig en negentig procent van een full-time baan werkt;
- *job splitting*, *job sharing* of het hebben van een duobaan waarbij samen met iemand een hele baan wordt gedeeld;
- werken in een bepaalde vastgelegde hoeveelheid sessies;
- werken met ruime verlofmogelijkheden van drie maanden tot vijf jaar;
- pre-pensioenregelingen (minder werken in de periode voorafgaand het pensioen).

Duobanen, ofwel *job sharing* met een collega, worden vaak als positief gezien omdat mensen hun kennis en handelen goed op elkaar kunnen afstemmen. Voor de organisatie functioneren zij als een full-time werknemer. Hoewel het moeilijk is een geschikte partner en plek te vinden, heeft *job sharing* veel voordelen: als de een er niet is doet de ander het werk, men kan gebruikmaken van elkaars kennis, men kan zorgen voor een moment van overlap per week voor de overdracht en men kan met elkaar eenduidige afspraken maken over de aanpak (Jones & Crawley, 1997). Om een goede werkpartner te vinden, heeft de British Medical Association een gecentraliseerd register van *job sharing* aangelegd. Anderen constateren echter dat duobanen waarbij men een baan deelt, minder flexibel zijn dan aparte deeltijd-banen (Evans et al., 2000).

In Schotland wordt bewust gebruikgemaakt van het arbeidspotentieel van vrouwen door regelingen voor herintreding (MacEwen et al., 2001). In Nederland wordt recent gebruikge-

maakt van herintredende vrouwelijke chirurgen en operatie-assistenten die in de tijd dat ze schoolgaande kinderen hebben tijdens de schooltijden (kleine) operaties kunnen verrichten. Deze zogenaamde 'moedercontracten' bieden ook de mogelijkheid om bij te blijven in het vakgebied en in een later stadium weer meer uren te gaan werken, zonder al te grote gewenningsproblemen.

Het belang van continuïteit van zorg

Gebrek aan continuïteit van zorg en fouten bij de overdracht van een patiënt aan een andere arts worden vaak gezien als de grootste obstakels voor deeltijdarbeid. Mensen die zwaar ziek zijn hebben full-time zorg nodig. Full-time zorg hoeft niet altijd even intensief te zijn, maar er zal wel iemand beschikbaar of oproepbaar moeten zijn.

Duidelijk is dat die full-time zorg nooit door één persoon kan worden geboden, ook niet door twee artsen die elk zestig uur per week werken. Wanneer we uitgaan van een vierentwintiguurs ritme hebben we per dag minstens drie personen nodig die per persoon meer dan acht uur werken en daarnaast tijd overhouden voor overleg. Het weekend is hierbij nog niet meegerekend. Bij een gemiddelde van veertig uur werk per week impliceert full-time zorg minimaal vier à vijf personen ($4 \times 40 = 160$ uur). Full-time zorg impliceert dus altijd de verdeling van werk over meerdere personen. De vraag is hoe deeltijdwerk zo kan worden verdeeld over verschillende personen dat continuïteit van zorg kan worden geboden.

"Continuity of care is important and cannot be maintained if a doctor is not available for a sufficient number of hours"
(Sahleen Veasey & Morrison, 1998).

Continuïteit van zorg heeft twee min of meer conflicterende betekenissen. In de eerste plaats betekent het continuïteit in het consulteren van dezelfde arts. Waar het om gaat is persoonlijke continuïteit, waarbij een duidelijke arts-patiëntrelatie kan worden opgebouwd. Persoonlijk discontinuïteit van zorg door artsen wordt vaak als probleem ervaren door patiënten die tijdens hun verblijf in het ziekenhuis soms met meer dan vijf verschillende artsen

en co-assistenten geconfronteerd worden. Juist als iemand ernstig ziek of hulpbehoevend is, wordt vertrouwde en continuïteit van menselijk contact erg belangrijk gevonden. Onderzoek toont aan dat persoonlijke continuïteit van zorg door dezelfde arts tot grotere tevredenheid leidt bij patiënten en grotere therapietrouw. Goede kennis van de patiënt leidt tot betere diagnoses en maakt een veel betere inschatting mogelijk van de ernst van de klacht (Gottlieb et al., 1991).

In de tweede plaats betekent continuïteit van zorg consistentie en coördinatie in de zorg voor patiënten. Vanuit dit perspectief gezien kan continuïteit worden geboden met behulp van een goede organisatie, duidelijke richtlijnen en patiëntendossiers die worden opgeslagen in de computer (Guthrie & Wyke, 2000). Het risico is echter dat de patiënt zich hierbij een nummer gaat voelen dat herhaaldelijk dezelfde vragen wordt gesteld.

Aangezien continuïteit van zorg ook bij full-time-aanstellingen altijd vraagt om meerdere artsen, is er altijd sprake van teamwerk, waarbij een goede roostertechnische organisatie en heldere afspraken over de overdracht nodig zijn. Wat verschil uitmaakt, is of medisch specialisten werken in een klein of groot team, omdat bij een kleiner team minder mensen inzetbaar zijn (Guthrie & Wyke, 2000). Ook het aantal patiënten waaraan men zorg dient te geven is van belang voor de garantie van continuïteit van zorg. Uit het onderzoek van Murray et al. (2000) bleek dat met name de organisatiestructuur waarin de artsen werkten, bepalend was voor hun continuïteit van zorg. Zo konden in deeltijd werkende artsen een vergelijkbare continuïteit bieden aan een kleiner aantal patiënten waardoor ze evenveel tijd aan hun patiënten besteedden als full-time werkende artsen aan een groter aantal patiënten.

Reductie van fouten bij de overdracht

Met name overdrachtmomenten kunnen het risico op fouten vergroten omdat bij overdracht de kans bestaat dat relevante informatie verloren gaat of niet goed wordt begrepen. Onduidelijkheden bij de overdracht kunnen tot fouten en verkeerde beslissingen leiden. Uit onderzoek van Petersen et al. (1994) bleek dat wanneer patiënten werden overgedragen aan artsen die niet primair verantwoordelijk waren voor hun medische zorg, deze een groter risico

liepen op fouten en complicaties. Deze vorm van overdracht vindt plaats bij overdracht naar een ander team of naar de nachtdienst. Men had berekend dat deze vorm van overdracht in 30% van de tijd plaatsvond, in 19% naar een ander team en in 11% naar de nachtdienst. Gedurende vier maanden werden 3146 patiënten gevolgd, waarbij 124 negatieve gebeurtenissen plaatsvonden. Op het moment dat deze negatieve gebeurtenissen plaatsvonden waren twee keer zoveel patiënten onder de hoede van een ander team of de nachtdienst. Deze bevindingen laten volgens Peterson et al. (1994) zien dat zelfs een vermoeide specialist die op de hoogte was van de medische problematiek van de patiënt meer adequate zorg leverde dan een uitgeruste arts die onvoldoende op de hoogte was van de medische situatie van de patiënt. Het onderzoek toonde aan dat onnodige fouten en onjuiste beslissingen samenhangen met overdracht naar specialisten die minder goed op de hoogte zijn van de medische toestand van de patiënt. Petersen et al (1994) concluderen dat bij overdracht zowel de communicatie als de coördinatie dienen te worden verbeterd.

Op dit onderzoek zijn verschillende reacties gekomen. Zo wees Berg (1995) op een mogelijke bias in waarneming van fouten die men mogelijk eerder ziet bij anderen dan bij zichzelf. Tevens wees hij erop dat tijdens de nachtdienst het aantal patiënten waar men zorg voor draagt bijna vier keer zo groot is, terwijl er minder specialisten beschikbaar zijn om te kunnen consulteren. De fouten zijn volgens Berg (1995) niet alleen het gevolg van overdracht. Er kunnen verschillende redenen zijn voor meer fouten na overdracht, zoals gebrek aan kennis van de achtergrond van de patiënt, wat kan leiden tot onjuiste diagnose en therapie. Misschien hadden de artsen van de nachtdienst minder tijd om hun patiënten te beoordelen (O'Mahony, 1995).

Fouten bij overdracht zijn echter nog geen argument om de werktijden van artsen weer langer te maken, want lange werktijden van artsen kunnen weer leiden tot depressie, suïcide, lichamelijke ziektes en scheiding (Berg, 1995). Vermoeide specialisten maken vaker fouten dan uitgeruste specialisten. Circa dertig procent zou voldoen aan de criteria van een zware depressie. Ook voor specialisten geldt het spreekwoord 'mens sana in corpore sano'. Een uitgeputte arts die slaap tekort komt, is

niet de ideale arts voor zijn of haar patiënten.

"Verantwoordelijkheid voor patiënten mag niet impliceren dat artsen zichzelf verwaarlozen".
(Bielefeldt, 1995).

Verder moet niet alleen worden gekeken naar fouten en problemen van vermoeide specialisten in het ziekenhuis, maar ook naar fouten en problemen van specialisten buiten het ziekenhuis zoals verkeersongelukken, het gebruik van antidepressiva, scheidingen en dergelijke.

Concluderend kunnen we stellen dat overdrachtsmomenten tussen twee artsen altijd zullen voorkomen en in de toekomst mogelijk nog zullen toenemen. "The issue should not be how to avoid cross-coverage, but how to improve it. We need improved communication among physicians, and more accountability" aldus O'Mahony (1995).

Hoe nadelen van overdracht te voorkomen?

In het buitenland zijn enkele onderzoeken gedaan waaruit blijkt dat onder goede voorwaarden deeltijd niet tot meer fouten bij de overdracht hoeft te leiden. Zo deden Granich en Bera (1995) onderzoek naar internisten die in een twaalfurige avondploeg werkten en verantwoordelijk waren voor de overdracht van patiënten. Ze kregen een computeruitdraai die een probleemlijst bevatte en een samenvatting van de medische problemen. Zij werden bijgestaan door specialisten die nachtdienst hadden en werkten van acht uur 's avonds tot acht uur 's ochtends. Deze specialisten waren beschikbaar bij medische complicaties en om nieuwe patiënten aan te nemen. Dit systeem, waarbij 's nachts ook een specialist beschikbaar was, leidde tot een reductie van fouten. Daarmee kon goede zorg voor patiënten samengaan met deeltijdarbeid voor specialisten.

Ook Gottlieb et al. (1991) lieten in hun onderzoek zien dat onder bepaalde condities deeltijdarbeid niet hoeft te leiden tot meer fouten bij de overdracht. In het ziekenhuis waarin zij hun onderzoek deden, werd een extra nachtteam met een specialist toegevoegd aan de artsen die 's nachts dienst hadden. Dit leidde niet alleen tot verbetering van de continuïteit van de zorg, maar ook tot verbetering van de kwaliteit. Zo constateerde men vijftien procent reductie van de gemiddelde duur van het verblijf van patiënten. Ook waren er minder laboratorij-

umtesten en minder röntgenfoto's per patiënt nodig. Het aantal consultaties, het aantal fouten en de frequentie van heropname na ontslag verminderde. Verondersteld wordt dat minder slaapdeprivatie en verhoogde aanwezigheid van senior specialisten tot minder fouten leidden.

Ten slotte wordt veel heil verwacht van toekomstige ICT-ondersteuning en het aanleggen van een elektronisch patiëntendossier waarbij alle relevante informatie in de computer wordt ingevoerd en snel oproepbaar is. Bovendien kan door de huidige automatisering veel informatie worden gestandaardiseerd, hetgeen subjectieve indrukken bij de overdracht vermindert (Guthrie & Wyke, 2000).

Samengevat worden in onderzoekspublicaties de volgende suggesties gedaan voor de vermindering van fouten bij de overdracht:

- zorg ervoor dat het werk niet over teveel personen wordt verdeeld;
- beperk de omvang van de teams;
- maak de overdracht transparant;
- schakel computers in;
- stel een coördinator aan;
- zorg ervoor dat er voldoende specialisten zijn die goed op de hoogte zijn van de medische situatie van de patiënt en die ook 's nachts beschikbaar zijn.

Een nadeel blijft uiteraard de psychologische belevingskant van overdracht naar een andere arts door de patiënt. De persoonlijke factor in het arts-patiëntcontact kan nooit geheel worden vervangen. Maar de beperkingen kunnen wel zoveel mogelijk worden verminderd.

Samenvatting en conclusies

Wat kunnen we op basis van bovenstaande literatuurstudie concluderen over de gestelde onderzoeksvragen?

De eerste vraag luidde: wat is voltijd- en deeltijdwerk in de medische professie eigenlijk? We kunnen stellen dat niemand geheel full-time kan werken gedurende 24 uur per dag en zeven dagen per week. Hooguit werken mensen veertig tot zestig uur van de 168 uur per week. Dit geldt ook voor medisch specialisten. Overeenkomstig de Europese richtlijnen wordt 48 uur werk per week als full-time gerekend, inclusief de nachtdiensten. In de praktijk wordt hier echter nog lang niet altijd aan voldaan en worden

de 48 uur herhaaldelijk overschreden.

Daarbij vroegen we ons af of deeltijdwerk alleen iets is wat vrouwelijke medisch specialisten aangaat? Hoewel de behoefte aan deeltijdwerk aanvankelijk met name door vrouwelijke medisch specialisten werd geuit, wordt deze wens ook steeds vaker aangetroffen bij mannen. Dit geldt met name voor mannelijke specialisten die een werkende partner hebben en een deel van de zorg voor kleine kinderen op zich willen nemen. Daarnaast hebben met name mannelijke specialisten de wens om een privé-praktijk te starten, terwijl oudere specialisten een flexibele pensionering wensen (Soclar et al., 2000).

Ten tweede richten we ons op de vraag: wat zijn de voor- en nadelen van deeltijdwerk voor specialisten? Als voordelen worden genoemd: meer tijd voor rust en ontspanning, meer tijd voor gezin en relaties, meer tijd voor opleiding en andere functies, minder burnout, meer tijd voor persoonlijke ontwikkeling, reductie van stress van lange werkdagen en langer doorwerken op latere leeftijd. Maar deeltijdwerken heeft ook enkele nadelen, zoals het opdoen van minder ervaring, het hebben van een marginale positie in de organisatie, minder carrièrekansen en minder status, een grotere druk op zichtbaarheid, langere opleidingstijd, minder continuïteit in de aanwezigheid, mogelijk negatieve reacties van collega's, minder inkomen en minder pensioenopbouw.

Niet bekend is of deze voor- en nadelen even sterk worden gevoeld door alle part-timers of dat er sekseverschillen zijn in de mate waarin men bepaalde factoren als een voor- dan wel nadeel ervaart. Zo is het denkbaar dat voor een vrouwelijke specialist die tijdelijk meer in deeltijd wil werken om voor haar kinderen te zorgen, de inkomstenderving een minder zwaar probleem is als ze een full-time werkende partner heeft met een goed inkomen, dan voor een mannelijke specialist die een partner heeft met slechts een kleine deeltijdbaai en dus minder inkomen.

Onze derde vraag was: wat zijn de voor- en nadelen van deeltijdwerk voor ziekenhuisorganisaties? Uit onze *review* blijkt dat ook ziekenhuisorganisaties onder bepaalde voorwaarden voordeel kunnen hebben bij part-time aanstellingen. De voordelen voor ziekenhuisorganisa-

ties zijn: behoud van personeel dat zonder de mogelijkheid van deeltijd mogelijk elders gaat solliciteren, beter uitgeruste werknemers hetgeen mogelijke fouten vanwege vermoeidheid kan voorkomen, meer satisfactie, minder ziekteverzuim, meer beschikbaar personeel, een grotere productie binnen de uren dat men werkt, een evenwichtiger verdeling van mannen en vrouwen hetgeen de sfeer ten goede kan komen, het tegemoet kunnen komen aan de wens van vrouwelijke patiënten om een vrouwelijke arts te hebben en het langer blijven van werknemers waardoor er minder sprake is van nieuwe sollicitaties en inwerkperiodes. Grotere beschikbaarheid van flexibele werkgelegenheid in alle stadia van het werk bevorderen het maximale gebruik van artsen, hetgeen op den duur voordelen biedt voor de beschikbare menskracht en de organisatie, zo wordt verondersteld (Evans et al., 2000).

Uiteraard zijn er ook nadelen voor ziekenhuisorganisaties zoals lastiger roosterplanning, meer overdrachtsmomenten, meer kans op fouten bij overdracht, meer coördinatie rond patiënt, meer bureaucratie, verlengen van opleiding, onvoldoende training voor full-time functies, verminderde continuïteit van zorg en meer financiële kosten.

Onderzocht zal moeten worden of de voordelen tegen de nadelen opwegen. Tevens dient onderzocht te worden of de (financiële) consequenties van het werken in deeltijd voor bepaalde specialismen verschillen en of er verschillen zijn tussen grote en kleine ziekenhuizen.

De laatste vraag die we ons stelden was: hoe kan bij deeltijdwerk de continuïteit van zorg voor patiënten worden gewaarborgd? Deeltijdarbeid door medisch specialisten betekent niet dat er geen continuïteit van zorg kan worden geboden. Dat kan wel degelijk, mits er sprake is van teamwork, goede coördinatie en duidelijke overdracht, zo blijkt uit onderzoek van Gottlieb et al. (1991).

Om fouten zoveel mogelijk te vermijden, worden kleinere teams aangeraden die een beperkt aantal patiënten onder hun hoede hebben en duidelijk op de hoogte zijn van de gegevens en de ziektegeschiedenis van de patiënten. Ook wordt 's nachts de aanwezigheid gewenst geacht van een specialist die op de hoogte is van de medische situatie van de pa-

tiënt. De vraag is uiteraard wel of dit extra nachtdiensten oplevert en of dit voor vrouwen en mannen met kleine kinderen weer nieuwe problemen oplevert.

Om fouten bij de overdracht naar een ander team te voorkomen, wordt de inzet van computers met goed gedocumenteerde patiëntendossiers zeer belangrijk geacht. Hoewel computers hierbij ondersteunend werken, zullen ze nooit de menselijke factor van het vrouwde gezicht en de geruststellende stem geheel kunnen vervangen. Want naast medische zorg spelen namelijk ook psychologische factoren een belangrijke rol, zoals vertrouwde hand met de specialist en het gevoel in goede handen te zijn bij iemand die goed op de hoogte is van de klachten. Om continuïteit van zorg te bieden bij een team van in deeltijd werkende medisch specialisten zijn nog heel veel creatieve oplossingen gewenst.

Het discussiepunt is dus niet meer of voltijd werk beter is dan deeltijdwerk maar hoe flexibele training en werktijden kunnen worden ontwikkeld, op zo'n manier dat continuïteit van zorg voor patiënten gewaarborgd blijft (Sahleem Veasey & Morrison, 1998). Daartoe worden in de literatuur onderstaande aanbevelingen gedaan.

Dit literatuuronderzoek werd gefinancierd door Programma Deeltijd Medisch Specialist van ZonMw.

Aanbevelingen ter verbetering van de mogelijkheid van deeltijdarbeid

Bij de aanbevelingen ter verbetering van deeltijdmogelijkheden in de medische professie maken we onderscheid tussen de opleiding en de aanstelling zelf. Ten slotte formuleren we aanbevelingen voor nader onderzoek.

Deeltijd in de opleiding tot medisch specialist

Gezien het toenemende aantal vrouwelijke medisch studenten is het ten eerste wenselijk de opleidingsduur en de omvang zodanig te maken dat vrouwen die dat wensen tijdig kinderen kunnen krijgen. In Spanje is het bijvoorbeeld mogelijk om de medische opleiding voor het dertigste jaar af te ronden. Dit zou de behoefte aan deeltijdopleidingen reduceren (Maingay & Goldberg, 1998).

Ten tweede kan de totale opleidingstijd worden verkort door het aanbieden van een combinatiefunctie van co-assistent met promotie-onderzoek die na het artsexamen overgaat in een aanstelling als assistent in opleiding (Vroom, 1999).

Ten derde kan een Engels voorbeeld worden gevolgd. Om deeltijdopleidingen mogelijk te maken, heeft in Engeland het *AMA Fellowship and Residency Access*-systeem een computerbestand ontwikkeld voor medische opleidingen waarin wordt aangegeven welke part-time mogelijkheden er zijn bij de opleiding en welke mogelijkheden tot *job sharing* (Rider, 1992).

Deeltijd in de werksituatie

Wil deeltijd aantrekkelijk zijn voor zowel de werknemer als de ziekenhuisorganisatie, dan wordt ten eerste voorgesteld om de deeltijdaanstellingen niet te klein te maken, deeltijders ook aan relevante vergaderingen te laten deelnemen, deeltijd in alle functies en op alle niveaus mogelijk te maken en ook carrièremogelijkheden voor deeltijders open te houden. Ook de inkomstenderving zowel tijdens de aanstelling als bij de pensioenopbouw blijft daarmee beperkt.

Ten tweede levert het creëren van niet al te kleine deeltijdaanstellingen voor de ziekenhuisorganisatie op dat de roostertechnische problemen beperkt blijven, de betrokkenheid van deeltijders groot blijft en er minder overdrachtsproblemen ontstaan.

Ten derde dienen zwangerschapsverlof, ouderschapsverlof en zorgverlof goed geregeld te worden. Deze perioden vragen vaak om (extra) deeltijdarbeid gedurende een afgebakende periode waarna de werknemer weer meer inzetbaar is.

Een vierde aanbeveling is om duidelijke werktaken en -afspraken te maken voor zowel deeltijders als full-timers voor zowel de verwachting van uren die in het ziekenhuis besteed worden als de administratieve uren en nacht- en weekend diensten. Ook duidelijke vakantieregelingen zijn gewenst (Wheeler et al., 1990).

Ten slotte is een aanbeveling van Wheeler et al. (1990) om part-timers ook te laten participeren in de administratieve overlegstructuur van een team door administratieve taken aan hen te delegeren. Deeltijders dienen tevens te weten wat hun carrièremogelijkheden zijn.

Wensen voor toekomstig onderzoek

Onderzoek zal moeten uitwijzen wat optimale deeltijdfuncties zijn voor zowel de werknemers als de ziekenhuisorganisaties. Daarbij zal onderzoek zich moeten richten op verschillende specialismen. Bij oogheelkunde zullen de optimale deeltijdaanstellingen wellicht anders uitpakken dan bij interne geneeskunde of gynaecologie.

In verband met de wachtlijstproblematiek is het eveneens wenselijk om na te gaan in hoeverre de inzet van artsen en medisch specialisten in het weekend een optie is. Inzet in het weekend heeft tot voordeel dat patiënten eerder aan de beurt zijn en dure apparatuur niet langdurig onbenut blijft. De vraag is echter wel onder welke voorwaarden deze optie aantrekkelijk is voor artsen en specialisten.

Er zal onderzoek moeten worden gedaan naar diverse *good practices* in verschillende specialismen en verschillende ziekenhuisorganisaties. Er zullen deeltijd experimenten moeten komen in zowel grote als kleine ziekenhuizen en in grote en kleine teams van artsen en specialisten.

Ten slotte is het wenselijk meer onderzoek te doen naar de financiële gevolgen van deeltijdarbeid voor zowel de specialisten als de ziekenhuisorganisatie.

Literatuurlijst

- Allaerts, W. (2000). Wat goed is voor vrouwen, is ook goed voor mannen, *Mediator*, 11, 29-31.
- Ankoné, A. (1999). Burnout bij artsen bijna verdubbeld, *Medisch Contact*, 54, 494-497.
- Baaijens, C. (1999). Deeltijdarbeid in Nederland, *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 15, 6-17.
- Berg, A. M. (1995). Preventing adverse events [letter; comment], *Annals of Internal Medicine*, 122, 962.
- Bielefeldt, K. (1995). Preventing adverse effects [letter; comment], *Annals of Internal Medicine*, 122, 962-3.
- Booij, A. P. (2001). Het optimisme van de overheid. Aantal studenten geneeskunde moet sterker groeien dan geraamd, *Medisch Contact*, 56, 1573-1575.
- Borst-Eilers, E. (1999). Brief betreffende in deeltijdwerken als (vrouwelijke) medisch specialist, *VWS GZB/PCZ/10020232*.
- Bosboom, W. M., J. W. Hop, R. M. van den Berg Vos & M. C. Visser (1999). Vrouwen en deeltijdarbeid in het medisch beroep, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 143, 1717.
- Carling, P. C., K. Hayward, E. H. Coakley & A. M. Wolf (1999). Part-time residency training in internal medicine: analysis of a ten-year experience, *Academy of Medicine*, 74, 282-4.
- Deminint-de Jongh, M. (1989). *Arbeidsduur, organisatie en emancipatie; over de kwaliteit van deeltijdarbeid*. Proefschrift. Leiden, Universiteit Leiden.
- Du Moulin, M., R. Heymans & G. Noordenbos (1999). Ervaren met verlof en deeltijdarbeid in de opleiding tot medische specialist (v/m), *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 15, 246-256.
- European Commission/Eurostat (1999). European social statistics; Labour force survey results, 1999, Luxembourg.
- Evans, J., M. J. Goldacre & T. W. Lambert (2000). Views of UK medical graduates about flexible and part-time working in medicine: a qualitative study, *Medical Education*, 34, 355-62.
- Gibson, H. (1997). Are part-time doctors better doctors? *British Medical Journal*, 315, 2.
- Goldberg, I. & R. Hornung (1998). Are part-time doctors better doctors? Doctors need flexible training and flexible jobs [letter], *British Medical Journal*, 316, 1169.
- Gottlieb, D. J., C. M. Parenti, C. A. Peterson & R. P. Lofgren (1991). Effect of a change in house staff work schedule on resource utilization and patient care, *Archives of Internal Medicine*, 151, 2065-70.
- Granich, R. & A. Bera (1995). Preventing adverse effects [letter; comment], *Annals of Internal Medicine*, 122, 963.
- Guthrie, B. & S. Wyke (2000). Does continuity in general practice really matter? *British Medical Journal*, 321, 734-6.
- Hamilton, S., Wilson & A. Butcher (2000). Hospital trusts views on flexible career grades. *British Medical Journal*, 320, S2-7226.
- Heiligers, P. & L. Hingstman (2000). Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists. *Social Science and Medicine*, 50, 1235-1246.
- Jones, R. & H. Crawley (1997). Job sharing, *British Medical Journal*, 314, 7082.
- Keizer, M. (1997). *De dokter spreekt. Professionaliteit, gender en uitsluiting in de medische specialismen*. Delft, Eburon.
- Klempner, F. & R. Ramsay (2000). Working part-time as a consultant, *British Medical Journal*, 321, S2.
- Kumar, V. (1997). Full time backlash? [comment], *British Medical Journal*, 315, 7121.
- Levinson, W., K. Kaufman & J. Bickel (1993). Part-time faculty in academic medicine: present status and future challenges, *Annals of Internal Medicine*, 119, 220-5.
- Lipp, A. (1998). Are part-time doctors better doctors? Service depends on teamwork [letter], *British Medical Journal*, 316, 1170.
- MacEwen, C., G. Needham, M. Chambers & S. Whyte (2001). The Scottish hospital doctors' retainer scheme, *British Medical Journal*, 323, S2.

- S7307.
- Maingay, J. & I. Goldberg (1998). Flexible training opportunities in the European Union, *Medical Education*, 32, 543-8.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (1987). *Rapportage Arbeidsmarkt 1987*. 's-Gravenhage, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2002). *Verkenning levensloop*. Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Directie Coördinatie Emancipatiebeleid, Den Haag, Ministerie van SZW.
- Murray, A., D. G. Safran, W. H. Rogers, T. Inui, H. Chang & J. E. Montgomery (2000). Part-time physicians. Physician workload and patient-based assessments of primary care performance, *Archives of Family Medicine*, 9, 327-32.
- Noordenbos, G. (1997). Paper gepresenteerd tijdens expertmeeting: Van basisarts tot medisch specialist M/V, Utrecht, KNMG.
- O'Mahony, J. (1995). Preventing adverse effects [letter; comment], *Annals of Internal Medicine*, 122, 963.
- Petersen, L. A., T. A. Brennan, A. C. O'Neil, E. F. Cook & T. H. Lee (1994). Does house staff discontinuity of care increase the risk for preventable adverse events? *Annals of Internal Medicine*, 121, 866-72.
- Rider, E. A. (1992). How to arrange a shared or part-time residency, *Journal of American Medical Women's Association*, 47, 138-9.
- Sahleen Veasey, C. & L. Morrison (1998). Are part-time doctors better doctors? Fulfilled doctors are better doctors [letter], *British Medical Journal*, 316, 1170.
- Smulders, P.G.W. & M. de Feyter (2001). Gewenste arbeidsduur, deeltijdbeleid van bedrijven en beïnvloedende factoren, *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 17, 119-136.
- Sociale Zaken en Werkgelegenheid (2000). Persbericht nr 2000/90 over het rapport 'Arbeid en zorg in CAO's 1998', Den Haag, Ministerie van SZW.
- Socular, R. R., L. S. Kelman, C. M. Lannon & J. A. Lohr (2000). Institutional policies of U.S. medical schools regarding tenure, promotion, and benefits for part-time faculty, *Academy of Medicine*, 75, 846-9.
- Spaans, J. (1997). *Tussen wens en realiteit. Onderzoek naar de wijze waarop mannelijke werknemers hun deeltijdwens en/of wens tot calamiteitenverlof realiseren en de belemmeringen daarbij*. Den Haag, VUGA.
- Velden van der, L. F. J., C. D. Hingstman, Nieneoord-Bure & M. M. van den Berg (2001). *Vraag en aanbod artsen: raming 2000-2010*, Utrecht, Nivel/Prismant.
- Vroom, T. M. (1999). Vrouwen en deeltijdarbeid in het medisch beroep, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 143, 1167-71.
- Wheeler, R., L. Candib & M. Martin (1990). Part-time doctors: reduced working hours for primary care physicians, *Journal of American Medical Women's Association*, 45, 47-54.
- Winants, Y. (1999). *Co-assistentenschappen als inwijding in de medische beroeps cultuur; gender in de socialisatie tot arts*. Maastricht, Universitaire Pers Maastricht.