

Ervaringen met verlof en deeltijdarbeid in de opleiding tot medisch specialist (v/m)

Binnen de medische professie heeft de afgelopen jaren een aantal veranderingen plaatsgevonden. Zo blijkt dat het aantal vrouwelijke specialisten (in opleiding) langzaam maar zeker toeneemt. Vrouwelijke artsen die de opleiding tot medisch specialist met een gezin pogen te combineren, stuiten op een aantal problemen die inherent zijn aan de structuur en cultuur binnen ziekenhuizen. Ook blijkt dat zowel door vrouwelijke als door mannelijke artsen steeds vaker wordt aangegeven (gedurende een bepaalde periode van hun carrière) korter te willen werken. Vooral bij de wat 'oudere' opleiders van medisch specialisten strookt deze wens niet met hun eigen opvattingen over het werk als specialist. In dit artikel wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de ervaringen en wensen met betrekking tot verlof- en deeltijdmogelijkheden van toekomstige medisch specialisten M/V en hun opleiders. Enkele voorstellen worden gedaan om de ervaren problemen op te lossen.

Inleiding

Hoewel functies als arts en medisch specialist, evenals werktijden en roosters in eerste instantie sekseneutraal lijken, blijkt bij nader inzien dat genderfactoren hierin een belangrijke rol spelen. 'Care' en 'cure' functies in ziekenhuizen zijn niet evenredig verdeeld over mannen en vrouwen. Hoe hoger in de hiërarchie, hoe meer macht en prestige, hoe meer mannen en hoe minder vrouwen men tegenkomt. In grote lijnen komt het er nog steeds op neer dat de 'cure' functies met name door mannen verricht worden, terwijl de vrouwen zich merendeels bezighouden met de 'care' functies. We kunnen constateren dat niet alleen de posities, maar ook de functies 'gegenderd' zijn. Ook de organisatie van de werktijden is een gevolg van het gegeven dat in vroeger tijden uitsluitend mannen in hogere functies werkten en vrouwen hierin niet toegelaten werden. Daarbij ging

men uit van de theorie van seksesegregatie waarbij de taken van mannen en vrouwen gescheiden waren en als complementair werden gezien. Zo kon men in een ziekenhuis rekenen op de volledige inzetbaarheid van mannelijke werknemers omdat ze een vrouwelijke partner hadden die zich uitsluitend op het privé-leven richtte. Een 70 tot 80-urige werkweek in het ziekenhuis was uitsluitend mogelijk door een achterban op het thuisfront. Daarbij was de medische setting niet ontbloot van een mannelijk ethos, waarbij kracht, uithoudingsvermogen en moed vereist waren om patiënten bij nacht en ontij hulp te bieden. Vanuit dezelfde seksesegregatie-theorie werden vrouwelijke mededingers met succes eeuwenlang buiten de deur gehouden en naar ondersteunende taken 'gedelegeerd', zoals het geval was met verpleegsters en ziekenverzorgsters. Maar hierin is de laatste jaren drastisch verandering gekomen, door de toegenomen gelijkheid in de opleiding van

* Drs. M. Du Moulin is als onderzoeker werkzaam bij de sectie Vrouwenstudies van de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit Maastricht. Drs. R. Heymans was eveneens als onderzoeker verbonden bij deze sectie maar is thans elders werkzaam binnen de Universiteit Maastricht. Dr. G. Noordenbos is UD bij de sectie Vrouwenstudies Geneeskunde aan de Universiteit Maastricht en projectleider van het onderzoek.

mannen en vrouwen. Meer dan de helft van de geneeskunde studenten bestaat momenteel uit vrouwen en het merendeel van hen wil opgeleid worden tot medisch specialist. Ook hebben steeds meer mannelijke artsen en medisch specialisten een vrouwelijke partner die ook een hogere opleiding heeft afgerond en een passende baan wenst, waardoor ze minder beschikbaar is voor zorgtaken in de privé-sfeer. Wanneer mannelijke artsen kinderen willen dan vraagt dat ook van hen meer tijd voor zorgtaken (Keizer, 1997). De wens om een tijdlang in deeltijd te werken wordt dan ook vaker door mannen geuit dan vroeger en het is niet uit te sluiten dat ze in de toekomst het recht op ouderschapsverlof zullen opeisen (Du Moulin, Heymans & Noordenbos, 1998; Dijkstra, 1992; Heiligers, Hingstman & Marrée, 1997). Mannelijke werknemers gaan in dit opzicht meer op vrouwelijke werknemers lijken. Maar de organisatie van ziekenhuizen is hier nog niet op afgestemd. Dit brengt een aantal genderspecifieke problemen met zich mee die in dit artikel worden beschreven.

Probleemstelling

De toename van het aantal vrouwelijke artsen is voor onderzoekers aanleiding geweest onderzoek te doen naar de gevolgen hiervan voor de medische professie (Heymans & Du Moulin, 1996; Keizer, 1996). Uit eerder gepubliceerde resultaten blijkt dat de organisatiestructuur en cultuur van ziekenhuizen nog nauwelijks is voorbereid op deze toename van vrouwelijke artsen. Zo zijn zwangerschapsverlof en deeltijdarbeid nagenoeg nergens goed geregeld. En de vraag om ouderschapsverlof is voor de meeste opleiders¹ (nog) niet bespreekbaar. Opleiders worden derhalve met problemen geconfronteerd die veelal op ad-hoc basis 'opgelost' worden. In de meeste gevallen worden de werkzaamheden van de zwangere arts die met verlof gaat, verdeeld onder de collega's. Met name op kleinere afdelingen of afdelingen waar relatief veel vrouwelijke artsen werkzaam zijn, kan dit problemen opleveren. Een opleider formuleerde het als volgt: 'ik sta er een beetje ambivalent tegenover. Aan de ene kant let je erop wat voor je bedrijf nodig is, aan de andere kant hebben vrouwen het recht om zwanger te worden. Voor de betreffende persoon is het een zeer

blijde gebeurtenis, maar voor de organisatie van het bedrijf is het erg lastig' (Heymans, Stevens, Noordenbos & Winants, 1994). Ook blijkt uit dit onderzoek van Heymans e.a. dat niet alleen een toename van het aantal aanvragen om zwangerschapsverlof als problematisch wordt ervaren. Aangezien gezins- en huishoudelijke taken veelal voor rekening van de vrouw komen, voorzien veel opleiders een toename van het aantal aanvragen om deeltijdaanstellingen. Opleiders verwachten dat dit negatieve gevolgen voor de kwaliteit en de ontwikkeling (wetenschappelijk onderzoek) van het specialisme zal inhouden. Sommigen van hen spreken van 'Russische' toestanden en zijn bang voor verlies van status van de medische professie. Opleiders zien de combinatie van het werk als medisch specialist met een (startend) gezin veelal als zwaar. Het blijkt echter dat veel opleiders spreken op basis van vooronderstellingen die niet zozeer gebaseerd zijn op ervaringen, maar veeleer op vermoedens die zijn ingegeven door een 'angst voor de toekomst' (Heymans & Noordenbos, 1996). De vraag is of dit een reëel beeld is en of er geen oplossingen denkbaar zijn die recht doen aan het toenemend aantal vrouwelijke artsen.

In dit artikel wordt een onderzoek beschreven met als centrale vraag in hoeverre opleiders feitelijk geconfronteerd worden met verzoeken om zwangerschapsverlof, ouderschapsverlof en deeltijdarbeid, in welke mate zij dit als problematisch ervaren en welke 'oplossingen' door hen worden gehanteerd. Om niet alleen af te gaan op de (vaak negatieve) ervaringen van opleiders ten aanzien van de toename van vrouwelijke artsen, zijn ook de specialisten (m/v) in opleiding (AGIO's²) zelf gevraagd naar hun meningen omtrent zwangerschapsverlof, ouderschapsverlof en deeltijdarbeid. Het aantal opleidingsplaatsen ligt vele malen lager dan het aantal artsen dat solliciteert voor een opleidingsplaats. Hoewel men in principe reeds vanaf de afronding van de studie geneeskunde toegelaten zou kunnen worden tot de specialisten-opleiding, duurt het vaak enkele jaren voordat men een opleidingsplaats heeft bemachtigd. Gedurende deze periode wordt men vaak eerst aangesteld als AGNIO³ (variërend van enkele maanden tot twee of drie jaren). Vaak begint men daardoor pas rond het 30ste jaar met de opleiding tot medisch specialist die rond het 37ste jaar wordt afgerond. Aangezien

het krijgen van kinderen verbonden is aan de vruchtbare leeftijd van vrouwen betekent dit dat de periode van de AGIO-fase het meest ideaal lijkt om kinderen te krijgen. Wanneer men eerder zwanger raakt is men bang geen opleidingsplaats te krijgen. Aan de (vrouwelijke) AGIO's die al kinderen hebben werd gevraagd naar de ervaringen over de invloed van het werk op de zwangerschap.

Nadat een beschrijving is gegeven van de onderzoeksopzet wordt vervolgens ingegaan op de resultaten van het onderzoek. Eerst zullen de resultaten van de interviews met de opleiders worden besproken, vervolgens komen de resultaten van de vragenlijsten die zijn afgenomen bij de specialisten in opleiding aan bod. Het artikel wordt afgerond met enkele conclusies en aanbevelingen.

De onderzoeksopzet

Het onderzoek dat in dit artikel wordt beschreven bestaat in feite uit twee deelonderzoeken met een gelijke onderzoeksopzet, die beide geïntegreerd beschreven worden. Zij hadden tot doel inzicht te krijgen in de frequentie waarmee opleiders feitelijk geconfronteerd worden met de aanvraag om zwangerschapsverlof, deeltijdarbeid en ouderschapsverlof en de ervaringen van de AGIO's hiermee. Welke knelpunten leverde dit op en welke oplossingen hebben de opleiders gehanteerd?

Het eerste deelonderzoek had plaats in het Academisch Ziekenhuis Leiden (Du Moulin, Heymans & Noordenbos, 1997); het tweede deelonderzoek had vervolgens plaats in het Academisch Ziekenhuis Maastricht en het niet-academische Atrium Medisch Centrum Heerlen (het voormalige De Wever Ziekenhuis Heerlen) (Du Moulin, Heymans & Noordenbos, 1998). Er is gekozen voor twee academische ziekenhuizen en één niet-academisch ziekenhuis omdat voorzieningen op een aantal vlakken verschillen, zoals dat bijvoorbeeld het geval is bij (doorbetaling van) zwangerschapsverlof. Verwacht werd dat dit van invloed zou zijn op met name de gevolgen van uitval wegens zwangerschapsverlof van een vrouwelijke arts.

In totaal 10 verschillende specialismen werden voor dit onderzoek geselecteerd. Bij deze selectie werd gelet op de man/vrouw verhou-

ding binnen de artsenpopulatie: aldus werd een aantal specialismen geselecteerd waar relatief weinig vrouwelijke artsen werken, een aantal specialismen waarin relatief veel vrouwelijke artsen werkzaam zijn en ook werden er enkele specialismen geselecteerd met een gemiddeld aantal vrouwelijke artsen. Verwacht werd dat opleiders die 'vaker' geconfronteerd worden met verzoeken om zwangerschapsverlof of deeltijdarbeid hiermee beter omgaan c.q. hiervoor betere oplossingen hebben dan opleiders die hier maar weinig of geen ervaring mee hebben.

Van deze 10 specialismen werden de opleiders, die zorg dragen voor de opleiding tot medisch specialist binnen hun vakgebied, benaderd voor een mondeling interview. Aangezien het niet-academische ziekenhuis in Heerlen niet voor alle 10 specialismen opleidingsplaatsen heeft, konden hier maar zes opleiders worden benaderd. Deze interviews werden door de onderzoekers afgenomen en op een cassetteband geregistreerd. Vervolgens werden de interviews letterlijk uitgetypt en bewerkt met het statistisch programma 'Kwalitan'; dit programma is speciaal ontwikkeld voor statistische bewerking van kwalitatieve data. De onderwerpen die tijdens de interviews aan bod kwamen hadden betrekking op zwangerschaps- en ouderschapsverlof en deeltijdarbeid. Verwacht werd dat de door opleiders in eerder onderzoek uitgesproken 'angst voor de toekomst' ('Russische toestanden') grotendeels ongegrond was.

Naast de opleiders werden ook de AGIO's voor het onderzoek benaderd. Alle AGIO's werkzaam binnen één van de 10 (voor het niet-academische ziekenhuis: één van de zes) geselecteerde specialismen, ontvingen een schriftelijke vragenlijst. Dezelfde onderwerpen als bij de interviews met de opleiders kwamen aan bod. De analyse van de schriftelijke vragenlijsten gebeurde met behulp van SPSS-pc.

Resultaten van de interviews met de opleiders

Van de in totaal 26 benaderde opleiders hebben 23 opleiders deelgenomen aan de interviews. Dat is een respons van 88,5%. De verdeling van de respons over de drie ziekenhuizen wordt beschreven in Tabel 1.

Tabel 1 Verdeling van de respons over de drie ziekenhuizen

opleiders	AZL	AZM	niet-ac. Heerlen
benaderd	10	10	6
respons	10	9	4
(%)	(100%)	(90%)	(67%)

De redenen voor opleiders om niet deel te nemen aan de interviews hadden voornamelijk betrekking op gebrek aan tijd. Ook het ontbreken van een financiële vergoeding, alsmede het principieel niet meedoen aan interviews werd als reden opgegeven om niet mee te doen aan het onderzoek. Alle opleiders waren mannen. De duur van de interviews varieerde tussen de 30 en de 80 minuten.

Zwangerschapsverlof

Het aantal vrouwelijke specialisten in opleiding is de laatste jaren toegenomen. In 1989 was 15.9% van alle geregistreerde specialisten vrouw, in 1997 was dit 18.4% terwijl in laatstgenoemd jaar 37.7% van alle specialisten in opleiding vrouw was (Keizer, 1997). Het is dan ook niet verwonderlijk dat 15 (65%) van de in totaal 23 ondervraagde opleiders ervaring hebben met één of meer aanvragen om zwangerschapsverlof ingediend door een vrouwelijke AGIO. In de meeste gevallen werd het uitvallen van een AGIO gedurende enkele maanden wegens zwangerschapsverlof als (zeer) problematisch gezien. Uit de interviews komt naar voren dat het vrijwel onmogelijk is om voor een korte tijd een vervanger te vinden die direct inzetbaar is om de taken van de afwezige (zwangere) arts over te nemen. De AGIO's hebben namelijk dusdanig specifieke taken en zijn zo bekend met de bestaande werkwijzen op een afdeling, dat een vervanger eerst grondig ingewerkt zou moeten worden. Een vaak gehoord argument van de opleiders is dan ook dat zij een vervanger geen haalbare oplossing vinden: op het moment dat de vervangende arts ingewerkt is moet hij/zij aan het eind van het zwangerschapsverlof weer vertrekken. Het is volgens een aantal opleiders ook nog maar de vraag of er artsen bereid zijn ergens gedurende drie of vier maanden in te vallen zonder enig perspectief op een aanstelling. De meest voor de hand liggende 'oplossing' die wordt gehanteerd is dat de collega's het werk overnemen.

Met name de kleinere afdelingen en afdelingen waar relatief veel vrouwelijke artsen werkzaam zijn, ondervinden hierdoor problemen. De toch al grote werklast van de collega's wordt vergroot en met name de diensten die overgenomen moeten worden, vormen een probleem.

Sinds 1 juli 1997 is de nieuwe Arbeidstijdenwet en het daaraan verbonden Arbeidstijdenbesluit van kracht gegaan. Hierin worden onder andere regels gesteld aan de wekelijkse onafgebroken rusttijden van de AGIO's. Voor de opleiders heeft dit tot consequentie dat het moeilijker wordt om werkzaamheden van een zwangere AGIO door collega's over te laten nemen, mede door de verwachte strengere controle op naleving van deze regels. Sommige opleiders geven aan de toekomst met 'vrees' tegemoet te zien. Voor andere opleiders is de situatie nú nog niet problematisch maar kan het wel worden in de toekomst. Een opleider beantwoordde de vraag of hij ervaring had met uitval wegens zwangerschap als volgt: 'nee, gelukkig niet' / 'en als het zou gebeuren?' / 'potjandorie, dan hebben we een probleem'. Andere opleiders verkeren in de 'gelukkige' omstandigheid het werk van een zwangere AGIO over een grote groep AGIO's te kunnen verdelen. Toch zegt ook een aantal van deze opleiders dat zodra het aantal zwangerschappen gaat toenemen of vlak na elkaar gaat plaatsvinden, de situatie wel problematisch gaat worden: 'het is niet een probleem als het zich eens in de 10 jaar voordoet. Als je een cumulatie van zwangerschappen hebt en er dan nog wat ziektes doorheen, dan is het echt een probleem'.

Deeltijd

Bij de ervaringen die opleiders hadden met deeltijdarbeid wordt in onderstaande een onderscheid gemaakt tussen collega-specialisten die in deeltijd werken en AGIO's die de opleiding in deeltijd willen doen. Afhankelijk of het om een collega (-specialist) dan wel om een AGIO gaat, verschillen de opvattingen van opleiders over het werken in deeltijd nogal eens, zo blijkt uit de hiernavolgende resultaten.

Ruim de helft (56%) van de opleiders heeft ervaring met collega-specialisten die in deeltijd werken. Aangezien het verschijnsel 'deeltijdarbeid' steeds meer ingeburgerd raakt, zien ook opleiders in dat zij in de toekomst steeds vaker hiermee te maken zullen krijgen. In het

algemeen staan zij positief tegenover deeltijdwerken van collega's. Een opleider zei hierover: 'ja, ik vind het wel goed, het hoeft niet eens te zijn bij mensen die kinderen hebben'. Aan deze positieve instelling ligt een aantal argumenten ten grondslag. Zo wordt gesteld dat deeltijdarbeid goed inplanbaar is, het heeft immers een structureel karakter. Tijdens het maken van de werkroosters kan rekening gehouden worden met een afwezigheid van een dagdeel of meer. Een onvoorziene afwezigheid wegens bijvoorbeeld ziekte, houdt daarentegen weer in dat allerlei roosters van collega's plotseling aangepast moeten worden. Sommige specialismen zijn meer geschikt voor werken in deeltijd omdat bepaalde werkzaamheden hiermee combineerbaar zijn, zo wordt door enkele opleiders gesteld. Zo is het werk op de polikliniek of in een laboratorium, goed in deeltijd uitvoerbaar. Ook maakt de (grote) omvang van de staf het mogelijk specialisten in deeltijd te laten werken; de werkzaamheden kunnen dan gemakkelijk worden opgevangen door de overige collega's. Een aantal opleiders geeft aan van de mogelijkheid gebruik te maken de vrijegekomen formatie 'op te sparen', zodat er weer ruimte vrijkomt voor een nieuwe vacature.

De meningen over het volgen van de opleiding in deeltijd door AGIO's zijn daarentegen heel wat minder positief! Overigens hebben slechts drie opleiders (12%) ervaring met AGIO's die de opleiding in deeltijd doen. De meeste opleiders (ook de opleiders die hier nog geen ervaring mee hebben) staan zeer kritisch, zo niet negatief, tegenover de deeltijdopleiding. Legio argumenten worden hiervoor aangedragen: belangrijke leermomenten zouden worden gemist en het zou niet mogelijk zijn in deeltijd voldoende handvaardigheid op te doen. Ook zouden specialisten die in deeltijd de opleiding doen minder betrokken zijn bij de afdeling en zou het de communicatie met collega's en patiënten in gevaar brengen. De organisatorische aanpassingen zijn voor vele opleiders een doorn in het oog. De 48-uurs maatregel (een maatregel die de excessieve werktijden van AGIO's aan banden moest leggen) is voor de meeste opleiders al een dusdanige reductie van het aantal werkuren, dat men een verdere afname onverantwoord vindt en men niet meer garant kan staan voor een kwalitatief goede opleiding.

Opleiders die geen ervaring hebben met (col-

lega-)specialisten/AGIO's in deeltijd, staan er over het algemeen negatief tegenover. Een opleider zei hier het volgende over: 'dus deeltijd houdt al in dat je blijkbaar weken in uren kunt indelen, dat gevoel leeft bij ons niet. Wij werken een week en als het moet het weekend erbij'. Deeltijdwerken heeft tot gevolg dat het aantal overdrachtsmomenten zal toenemen; veel overdrachtsmoment hebben echter weer tot gevolg dat de kans op fouten groter wordt. Het meest gehoorde argument tegen deeltijdarbeid is dat de continuïteit van zorg in gevaar komt. Volgens een aantal opleiders is het niet mogelijk om carrière te maken wanneer in deeltijd wordt gewerkt.

Ouderschapsverlof

Met ouderschapsverlof heeft nagenoeg geen enkele opleider ervaring; slechts twee opleiders hebben ervaring met stafleden die ouderschapsverlof hebben gehad. Een opleider gaf aan dit niet prettig te hebben gevonden vanwege allerlei organisatorische problemen. Er wordt min of meer een 'ontmoedigingsbeleid' ten aanzien van ouderschapsverlof gehanteerd. Twee opleiders zeiden er het volgende over: 'dan is het hek van de dam', 'het is wel voor de grap af en toe aan de orde geweest, in een hilarische stemming'. Vrijwel alle opleiders staan er zeer negatief tegenover. Men stelt vraagtekens bij de motivatie van de betrokkene; het past ook niet binnen de cultuur van de medische professie. Voorlopig, zo wordt door een aantal opleiders gesteld, denkt men er ook niet mee geconfronteerd te worden. Wel blijkt dat ouderschapsverlof bespreekbaar is wanneer omstandigheden in de privé-sfeer dit 'noodzakelijk' maken; bijvoorbeeld een ziek kind of zieke partner.

Alle interviews overziend werden er geen verschillen tussen de opleiders uit de beide academische ziekenhuizen en het niet-academische ziekenhuis gevonden. Of dit te maken heeft met het geringe aantal opleiders dat (met name in het niet-academische ziekenhuis) is geïnterviewd, is niet bekend. Ook het aantal vrouwelijke artsen (veel/gemiddeld/weinig) werkzaam binnen een specialisme bleek niet van invloed op de resultaten.

Resultaten van de vragenlijsten met de AGIO's

Er zijn in totaal 238 AGIO's in beide academische en 37 AGIO's in het niet-academische ziekenhuis aangeschreven. In totaal 140 AGIO's hebben de vragenlijst met vragen over zwangerschapsverlof, deeltijdarbeid en ouderschapsverlof ingevuld en geretourneerd. Dit is een respons van 51%. Hier is geen sprake van over- of ondervertegenwoordiging van vrouwen of mannen. De gemiddelde leeftijd van de AGIO's is 33 jaar.

Een aantal (persoonlijke) kenmerken van de AGIO's worden in de Tabellen 2 en 3 weergegeven.

Het merendeel van de AGIO's heeft een partner. De vrouwelijke AGIO's uit het AZM zijn relatief het vaakst alleenstaand. Grotere verschillen worden waargenomen bij het al dan niet hebben van een of meer kinderen: over het algemeen hebben mannelijke AGIO's vaker kinderen dan hun vrouwelijke collega's.

Bij het gemiddeld aantal uren dat wordt besteed aan betaald werk is een verschil te zien, tussen AGIO's in een academisch en een niet-academische werksetting: zowel de mannelijke als de vrouwelijke AGIO's in het niet-academische ziekenhuis werken gemiddeld meer uren

dan hun collega's in de academische ziekenhuizen, in sommige gevallen oplopend tot 11 uur meer. Hoewel het aantal missings vrij groot is bij de opgave van 'aantal uren besteed aan zorg voor eventuele kinderen' blijken hier grote verschillen te zijn tussen mannelijke en vrouwelijke AGIO's. Uit de tabel blijkt duidelijk dat de vrouwelijke AGIO's hier het grootste aandeel in hebben, dit ondanks het feit dat zij net zulke lange werkweken maken als hun mannelijke collega's.

Zwangerschapsverlof

De organisatiestructuur is (nog) niet toegerust op een structurele opvang van het zwangerschapsverlof van een AGIO. De meeste AGIO's nemen een zwangerschapsverlof van vier maanden op. Toch blijkt uit de enquêtes dat dit verlof ook wel eens korter (drie maanden) duurt. In totaal 14 vrouwelijke AGIO's (23%) gaven aan één of meer kinderen te hebben. Uit de antwoorden bleek dat op één kind na, alle kinderen geboren zijn tijdens de opleiding. Vrouwelijke AGIO's geven soms aan de beslissing om zwanger te worden tijdens de opleiding niet gemakkelijk te vinden, zoals uit het citaat van een vrouwelijke AGIO blijkt: 'het niet vervangen worden tijdens een zwangerschapsverlof beïnvloedt de keuze om eventueel

Tabel 2 Beschrijving van de respondentengroep

AGIO's	AZL		AZM		niet-ac. Heerlen	
	<i>m</i>	<i>v</i>	<i>m</i>	<i>v</i>	<i>m</i>	<i>v</i>
met partner	88% (30)	87% (27)	94% (29)	77% (17)	92% (11)	88% (7)
met kinderen	38% (13)	23% (7)	55% (18)	32% (7)	67% (8)	0

Tabel 3 Gemiddeld aantal uren dat AGIO's per week besteden aan betaald werk/zorg voor eventuele kinderen (sd)

	AZL	AZM	niet-ac. Heerlen
uren betaald werk			
M	55 (7.2)	55 (8.6)	61 (6.7)
V	52 (4.3)	54 (4.7)	63 (10.6)
uren mbt zorg voor kinderen			
M	19 (13.6)	13 (6.0)	9 (4.6)**
V	32 (8.4)	29 (4.2)*	—

* n=2 (5 missing)

** n=6 (2 missing)

zwanger te worden, de zwangerschap zelf en de relatie met je collega's negatief. Ik stond verstoeld dat in deze 'moderne tijd' een academisch ziekenhuis hier geen geld beschikbaar voor stelt. Met een onderbezetting op de afdelingen kan een persoon niet zo lang afwezig zijn zonder zijn collega's zwaar de duiperen'. Het blijkt echter dat de opleidingsperiode, met alle nadelen die daaraan verbonden zijn, vaak als de meest geschikte periode wordt gezien om een kinderwens in vervulling te laten gaan: 'tijdens de opleiding heb je zekerheid om de studie af te ronden. Als je een baan zoekt of hebt als medisch specialist vind ik de belasting voor mijn toekomstige maatschap groter dan die voor mijn mede-collegae nu. Bovendien is er minder kans op een vaste plek in de maatschap als je zwanger bent', aldus een vrouwelijke AGIO.

Zoals uit de interviews met de opleiders blijkt, worden de werkzaamheden en de diensten van een zwangere AGIO in de meeste gevallen onder de overige AGIO's verdeeld. Uit de resultaten van de vragenlijsten bleek, dat circa 80% van de AGIO's zegt dat de werkbelasting toeneemt. Vooral de diensten die overgenomen moeten worden, wordt door niet alle collega's in dank afgenomen. Gezien de lange werkweken die AGIO's al moeten maken (gemiddeld 53 uur voor de academisch werkende AGIO's en 62 uur voor de niet-academisch werkende AGIO's) is dit niet verwonderlijk. Met name de mannelijke collega-assistenten staan nogal eens negatief ten opzichte van het overnemen van werk (inclusief diensten) van een zwangere collega; bijna 40% van de mannelijke AGIO's in het AZL staat negatief ten opzichte van het overnemen van werkzaamheden tijdens een zwangerschapsverlof. Het is dan ook niet verwonderlijk dat 60% van alle geënquêteerde AGIO's aangeeft niet tevreden te zijn met de getroffen 'regelingen'.

Gelukkig geldt deze negatieve houding niet voor alle mannelijke AGIO's, zoals blijkt uit het volgende citaat: 'ik vind dat je als collega's dit soort zaken in alle redelijkheid voor elkaar en met elkaar moet kunnen oplossen'.

Over het algemeen staan de vrouwelijke AGIO's minder negatief tegenover het overnemen van werk van een zwangere collega. De kans dat zij zelf ooit zwanger zullen zijn tijdens hun opleidingsperiode is reëel en dan zullen collega's voor hen moeten invallen.

Dat het moeilijk is de opleiding tot medisch specialist te combineren met het krijgen van kinderen en het hebben van een gezin blijkt uit het citaat van een vrouwelijke AGIO: 'het is hoog tijd dat er iets meer ruimte komt voor dikke buiken maar ook voor kleine kinderen. Ik loop voortdurend op mijn tenen om alles rond te krijgen en moet nu weer goed tellen wanneer een nieuw kind zou mogen komen!! ... het is redelijk zwaar om zwanger te zijn en een grote fysieke en emotionele stress te ondervinden op het werk, maar het is nog zwaarder en ook frustrerender om kleine kinderen te hebben en geen tijd te hebben om iets met ze te doen'.

Deeltijd

Hoe staan AGIO's ten opzichte van de deeltijd-opleiding tot medisch specialist? Hier bleek uit de resultaten een verschil in opvatting te bestaan tussen de academisch en de niet-academisch werkzame AGIO's. Een derde van de AGIO's uit de academische ziekenhuizen heeft een negatieve mening over de deeltijdopleiding, terwijl de helft van de niet-academisch werkende AGIO's hier een negatieve mening over heeft. Een mannelijke AGIO formuleerde zijn negatieve mening over het werken in deeltijd als volgt: 'medisch specialisten dragen zorg voor patiënten. Patiënten hebben soms aandoeningen die niet altijd in kantoor-tijd kunnen worden verholpen. Ook duren behandelingen soms langer dan een dag en is continuïteit een noodzaak. Mijns inziens zijn specialisten geen urentellers; geen ambtenaren, maar willen ze gewoon goede patiëntenzorg bieden. Deeltijdwerk heeft derhalve niet mijn interesse. Mensen die dit ambiëren moeten mijns inziens niet met relatief onbetrouwbare factoren zoals patiënten werken, maar op een kantoor met boeken of computerprogramma's'.

De interesse om de opleiding tot medisch specialist in deeltijd te doen blijkt klein: van de AGIO's uit de academische ziekenhuizen zei één op de 10 mannelijke en één op de vier vrouwelijke AGIO's de deeltijdopleiding ooit overwogen te hebben. In het niet-academische ziekenhuis bleek de interesse nog kleiner: van de mannelijke AGIO's had niemand ooit overwogen de opleiding in deeltijd te doen, terwijl van de vrouwelijke AGIO's slechts één op de tien dit ooit overwogen had. Velen gaven als re-

den op dat de duur van de (toch al lange!) opleiding langer zou worden en dat de kwaliteit van de opleiding in gevaar zou komen.

Ouderschapsverlof

Van de 140 AGIO's hebben in totaal 53 AGIO's (26%) één of meer kinderen. Van de AGIO's met kinderen hebben slechts twee AGIO's (4%) ooit tijdens de opleiding ouderschapsverlof opgenomen. Er bleek onder de AGIO's weinig animo te bestaan om ouderschapsverlof op te nemen. Enkele AGIO's gaven aan een verlenging van de opleiding bezwaarlijk te vinden. Omdat veelal het werk van de arts die met ouderschapsverlof gaat overgenomen moet worden door collega's, wordt ook de verhoogde werkdruk van collega-AGIO's genoemd als reden om geen ouderschapsverlof op te nemen. Ook wordt door de AGIO's aangegeven dat de kwaliteit van de opleiding in gevaar kan komen. Over het algemeen gaven AGIO's aan dat stafleden (en dus ook hun opleiders) een negatieve houding hebben ten opzichte van ouderschapsverlof. Deze negatieve inschatting die de AGIO's hebben van hun bazen zou hen mogelijkswijs ervan kunnen weerhouden ouderschapsverlof aan te vragen. Een mannelijke AGIO dacht daar anders over, getuige het volgende citaat: 'Mijns inziens is ouderschapsverlof uitsluitend mogelijk indien dit ruim voor aanvang van de opleiding is besproken; het ad hoc 'invullen' van een ouderschapsperiode is niet goed in te passen in opleidingsschema's en vervangingsregelingen'. Hoewel zijn voorstel mogelijkswijs problemen op de werkvloer zou kunnen voorkomen, is het nog maar de vraag of AGIO's een redelijke kans maken om in opleiding te komen wanneer zij vooraf aangeven (in de toekomst) ouderschapsverlof te willen opnemen. Gezien de negatieve houding die veel opleiders hebben ten opzichte van ouderschapsverlof is iemand die een dergelijke wens voor de toekomst uitspreekt wellicht voor menig opleider onaantrekkelijk!

Conclusies en aanbevelingen

Steeds meer vrouwen kiezen voor de geneeskunde studie. Ruim de helft van de geneeskunde studenten is inmiddels vrouw. Van de afgestudeerde basisartsen geeft de meerderheid van de vrouwelijke en de mannelijke basisart-

sen aan de opleiding tot medisch specialist te willen volgen. Ondanks het feit dat nagenoeg evenveel vrouwelijke als mannelijke geneeskundestudenten afstuderen, verloopt de doorstroom naar de vervolgoopleidingen voor de vrouwen moeizamer dan voor hun mannelijke collega's. Uit eerder onderzoek blijkt dat opleiders allerlei problemen verwachten bij een toename van het aantal vrouwelijke specialisten in opleiding. Het blijkt namelijk dat deze toename nogal wat gevolgen heeft voor de organisatiestructuur- en cultuur binnen de ziekenhuizen. Gezien vanuit historisch perspectief zijn ziekenhuizen werkgevers die uitsluitend aan mannelijke artsen werk boden; de noodzaak voor goede regelingen in verband met bijvoorbeeld zwangerschapsverlof was derhalve afwezig. Het ligt in de lijn der verwachting dat een toename van het aantal vrouwelijke artsen veelal gepaard met een toename van het aantal zwangerschappen en aanvragen om deeltijdarbeid. Aangezien er weinig tot niets structureel geregeld is in geval van vervanging bij zwangerschap of deeltijdwerk, ziet een aantal opleiders de toekomst 'met vrees' tegemoet. Toch is het aantal vrouwelijke specialisten in opleiding inmiddels toegenomen, zij het dat vrouwelijke specialisten in de meeste specialisaties nog ver ondervertegenwoordigd zijn. Het percentage vrouwelijke specialisten in opleiding lag in 1997 op 37,7%. Daarentegen blijkt van de afgestudeerde vrouwelijke basisartsen 57% belangstelling te hebben voor een opleiding tot medisch specialist (Heymans & Du Moulin, 1996).

In dit artikel zijn twee deelonderzoeken beschreven waarin de toename van het aantal vrouwelijke artsen, in dit geval vrouwelijke specialisten in opleiding, centraal staat. Beide deelonderzoeken hadden tot doel na te gaan in hoeverre de 'vrees' voor de toekomst overeenkwam met de feitelijke aanvragen om zwangerschapsverlof, ouderschapsverlof en deeltijdarbeid. Uit de interviews met 23 opleiders komt naar voren dat 65% ervaring heeft met de aanvraag van zwangerschapsverlof, maar dat géén van de opleiders ervaring heeft met ouderschapsverlof en slechts 13% (3) van hen met een aanvraag om de opleiding in deeltijd te doen. Angst voor 'Russische toestanden' lijkt derhalve ongegrond. Wel worden opleiders vaker dan voorheen geconfronteerd met aanvragen voor zwangerschapsverlof. Dit is mede

het gevolg van het feit dat de periode vóór de AGIO-fase wordt ervaren als een ongeschikt moment om zwanger te worden, omdat vrouwen dan bang zijn niet in opleiding te komen. Uitstelling tot na de AGIO-fase is om biologische redenen onverantwoord. Voor vrouwen die medisch specialist willen worden en graag kinderen willen is de opleidingsperiode daarvoor de enige periode om zwanger te worden. Uiteraard gaat dit niet zonder problemen gepaard, omdat vervanging op geen enkele manier structureel geregeld is.

Het werk van de arts die met zwangerschapsverlof gaat wordt in de meeste gevallen door de collega-assistenten overgenomen. Met name tegen het overnemen van de diensten wordt nogal eens negatief aangekeken. Aangezien het in de lijn der verwachting ligt dat het aantal vrouwelijke specialisten in opleiding gaat toenemen, lijkt het onvermijdelijk dat er goede, structurele maatregelen dienen te komen. Het moet niet zo zijn dat collega's van vrouwelijke artsen die besluiten een kindervens in vervulling te laten gaan, met extra werk worden opgezadeld. De 'ad-hoc' maatregelen die nu worden getroffen bieden niet de gewenste oplossing.

De toenemende vraag om deeltijdarbeid (kortere werkweken) is ook een maatschappelijke ontwikkeling die nu nog amper speelt onder AGIO's maar waar in de toekomst mogelijk meer behoefte aan is zowel bij vrouwen als bij mannen in de periode dat de kinderen klein zijn. Zo komen Heiligers, Hingstman en Marree (1997) tot de conclusie dat binnen een aantal door hen onderzochte specialisaties er behoefte aan deeltijdwerk bestaat onder specialisten. Uit ander onderzoek blijkt dat ruim een derde deel van de mannelijke en ruim driekwart van de vrouwelijke artsen die de geneeskunde studie net hebben afgerond ervoor kiest (een deel van de loopbaan) parttime te werken na afronding van de opleiding tot medisch specialist (Heymans & Du Moulin, 1996). Dijkstra (1992) en Keizer (1997) komen tot conclusies die in dezelfde richting wijzen.

De meeste opleiders die voor dit onderzoek werden geïnterviewd, hebben echter grote moeite met de deeltijdopleiding. Zij willen garant staan voor de kwaliteit van de opleiding en stellen dat deeltijdarbeid de continuïteit van zorg in gevaar brengt. Aangezien het voor vrouwen zeer moeilijk is werk en gezin te

combineren zijn het veelal de vrouwelijke artsen die kiezen voor deeltijdwerk. De weerstand die deeltijdarbeid met name bij de 'oudere' specialisten veelal opwekt is met name voor deze vrouwen moeilijk. Na afronding van de opleiding tot medisch specialist zijn de mogelijkheden voor deeltijdwerk gunstiger, hoewel dit niet voor alle specialisaties geldt.

De organisatie van de medische professie zal beter ingesteld moeten worden op de menselijke levensloop om ernstige fricties met betrekking tot de privé-taken van vrouwelijke en mannelijke werknemers te voorkomen (Gerritse, 1996; Melkert, 1996). Zo zal rekening gehouden moeten worden met vrouwelijke werknemers die gemiddeld gedurende twee keer vier maanden zwangerschapsverlof aanvragen, uitgaande van een gezin van twee kinderen. Tevens zal rekening gehouden moeten worden met het aanvragen van ouderschapsverlof en het willen werken in deeltijd gedurende de tijd dat kinderen klein zijn.

In de eerste plaats zullen bij zwangerschaps- en ouderschapsverlof betere vervangingsmogelijkheden gerealiseerd moeten worden dan nu het geval is. Daarbij is het wenselijk dat (academische) ziekenhuizen zich financieel verzekeren voor betere vervangingsmogelijkheden. Verder is het beschikbaar hebben van een grotere 'pool' van inzetbaar personeel in de vorm van arts-assistenten waarop men terug kan vallen bij verlof of ziekte, een belangrijke optie. Door meer arts-assistenten tot specialist op te leiden, kan de werktijd over meer mensen verdeeld worden. Voor vrouwen die tijdens de AGIO-periode zwangerschapsverlof opnemen en dus enkele maanden opleidingstijd missen zal gedacht moeten worden aan het bieden van inhaalmogelijkheden voor gemiste opleidingstijd. Dit geldt uiteraard ook voor mannen die ouderschapsverlof opnemen. Voorkomen dient te worden dat specialismen met relatief veel vrouwen zowel financieel als roostertechnisch meer problemen ervaren en daardoor 'gestraft' worden voor hun vrouwvriendelijke beleid. Zo dienen specialismen met een groot aantal vrouwelijke AGIO's en stafleden meer financiële en personele mogelijkheden te krijgen om zwangerschapsverlof- en ouderschapsverlof op te vangen, dan specialismen met slechts weinig vrouwen.

Tevens zal nagegaan moeten worden wat de mogelijkheden zijn om de opleiding voor een

bepaalde periode in deeltijd te doen. Tijdens een door de KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst) georganiseerde expertmeeting onder opleiders en beheerders (Verslag van de Expertmeeting, april, 1997) werden de volgende voorstellen gedaan. Er werden diverse varianten voor deeltijdarbeid bedacht betreffende de duur en de omvang van een deeltijdaanstelling. Zo wees Van Doorne-Huiskes erop dat werken in deeltijd ten onrechte vaak wordt gezien als werken in halve dagen of slechts een halve werkweek. Veel werknemers geven namelijk de voorkeur aan een werkweek van vier dagen. Ook andere varianten zijn denkbaar. Buruma stelde voor om de eerste twee jaar van de opleiding fulltime te werken, waarna mogelijkheden geboden worden voor deeltijd. Volgens Halma kan werken in deeltijd ook betekenen dat een deel van het jaar fulltime wordt gewerkt en een deel van het jaar niet. Een opleiding in deeltijd betekent in dat geval geen verdubbeling van de opleidingstijd. Ten slotte is het denkbaar dat de opleiding tot medisch specialist al eerder gaat differentiëren dan nu het geval is bij een vrij brede opleiding. Volgens Blijham is deze brede opleiding niet meer wenselijk nu de differentiatie groter is geworden en een adequate opleiding tot specialist in een bepaald vak wenselijk is geworden. Ook Jaspers is van mening dat de opleiding korter kan, omdat veel werk tijdens de opleiding routine werk is waardoor hoog opgeleide mensen werk doen dat niet bij hen past en opgenomen zou kunnen worden door bijvoorbeeld verpleegkundigen.

Naast reductie van de opleidingstijd zal ook nagegaan moeten worden wat de mogelijkheden zijn om eerder met de opleiding tot medisch specialist te beginnen. Om een opleidingsplaats te verkrijgen tot medisch specialist, vervullen veel artsen (die net klaar zijn met de geneeskunde studie) eerst enkele jaren de functie van 'Assistent Geneeskundige Niet In Opleiding' (AGNIO). Vaak werken zij als AGNIO in het specialisme waar zij in de toekomst (ooit) een opleidingsplaats hopen te krijgen. Deze AGNIO-periode kan variëren van enkele maanden tot twee of drie jaren. Om de opleidingskansen zo groot mogelijk te houden is dit voor vrouwelijke AGNIO's niet de meest gunstige periode om zwanger te worden. Maar omdat men vaak pas boven de 35 jaar is voor-

dat de opleiding tot medisch specialist is voltooid, is het voor vrouwen ook niet verstandig om te wachten tot ná hun opleiding alvorens kinderen te krijgen. Niet alleen zijn dan de kansen kleiner geworden om kinderen te krijgen, maar ook is het risico op afwijkingen groter. Daarom wordt de periode dat men in opleiding is voor medisch specialist vaak als de enige periode gezien waarin het krijgen van kinderen haalbaar is. Deze periode is echter verre van ideaal, gezien de grote werkdruk tijdens deze opleidingsperiode en het feit dat er nauwelijks vervangingsmogelijkheden zijn. Bij het opnemen van zwangerschapsverlof mist men ook een aantal maanden opleidingstijd. Om die reden is het wenselijk om de wachttijd voor de specialistenopleiding drastisch in te perken. Nagegaan dient te worden in hoeverre compensatie van de AGNIO-periode wenselijk is, zodat de opleidingstijd ingekort kan worden. Van Leeuwen-Seelt vindt deze AGNIO-periode een verspilling van talent en stelt voor dat na het doctoraal meteen wordt begonnen met een leerwerkperiode. In dezelfde lijn wordt gedacht door Blijham die voorstelde om de co-schappenfase (het 5e en 6e jaar van de studie geneeskunde waarin studenten werkzaam zijn in een ziekenhuis) terug te brengen tot maximaal een jaar, in plaats van twee jaar zoals nu het geval is. Jaspers pleitte voor een analyse van de opleiding waarbij nagegaan wordt welke taken minder essentieel zijn en mogelijk door verpleegkundigen overgenomen kunnen worden, zodat de uiteindelijke opleidingstijd minder wordt.

Wat betreft het doen van wetenschappelijk onderzoek, waar vrouwen met kinderen naast hun reguliere opleidingstijd minder aan toekomen dan hun mannelijke collega's, wordt de oplossing gezocht in het aanstellen van Assistenten Geneeskunde die worden opgeleid tot Klinisch Onderzoeker (AGIKO) (Nieuwenhuijzen Kruseman & Carpay, 1997). Een AGIKO volgt een gecombineerde opleiding tot medisch specialist en tot klinisch wetenschappelijk onderzoeker. Door de beoogde integratie van onderzoek en opleiding blijkt het mogelijk sneller de opleiding tot medisch specialist met succes af te ronden en te promoveren. De tijd die men nu besteedt aan de functies van AIO (onderzoeker) is in de regel vier jaar, gevolgd door een AGIO-periode van vier tot zes jaar. Door de constructie van de functie van AGIKO

wordt de strikte scheiding van de AIO en de AGIO-functie doorbroken en worden periodes van onderzoek en opleiding met elkaar zodanig vervlochten dat de totale aanstellingsduur met een jaar verminderd kan worden. Tevens is een AGIKO nu bij aanvang verzekerd van een opleidingsplaats, hetgeen hiervoor bij AIO's niet het geval was.

Concluderend kan gesteld worden dat bepaalde maatschappelijke consequenties van de feminisering in de geneeskunde momenteel nog weinig zijn doorgedrongen binnen de medische professie, maar in de toekomst niet tegegehouden kunnen worden; deze vragen om de nodige aanpassingen. Zo zal er rekening gehouden moeten worden met de toenemende vraag om kortere werkweken, zwangerschapsverlof en eventueel ouderschapsverlof. Dit houdt in dat uitbreiding van het aantal specialisten in opleiding noodzakelijk wordt. Uiteraard is dit een kwestie van geld, waar de politiek een belangrijk aandeel in heeft.

Een veel genoemd tegenargument tegen deeltijdarbeid dat door opleiders wordt aangevoerd is de nadelige invloed van deeltijdarbeid op de continuïteit van zorg. Het is daarom van belang hier nader onderzoek naar te doen. In onderzoek naar continuïteit van zorg zou zowel het perspectief van de opleiders, AGIO's én dat van patiënten centraal moeten staan. Daarbij zou tevens onderzocht moeten worden op welke manier verpleegkundigen het probleem van continuïteit van zorg hebben opgelost. Ook voor verpleegkundigen leek dit aanvankelijk een onoplosbaar probleem, waarvoor blijkbaar al jarenlang een bevredigende oplossing is gevonden.

Noten

- 1 Met 'opleiders' worden medisch specialisten bedoeld die zorg dragen voor de opleiding (tot medisch specialist); vaak duurt die opleiding circa 5 tot 7 jaar.
- 2 Assistent Geneeskundige In Opleiding (AGIO) is een medisch specialist die in opleiding is
- 3 Assistent Geneeskundige Niet In Opleiding (AGNIO) is een arts die (nog) niet in opleiding is tot medisch specialist maar wel werkt op een afdeling

Literatuur

- Dijkstra, T. (1992), *Strijd om tijd. Een onderzoek naar meningen en wensen van basisartsen met betrekking tot hun beroeps- en privéleven*. KNMG/UU, Utrecht.
- Du Moulin, M., R. Heymans & G. Noordenbos (1997), *Vrouwelijke arts in zwang. Rapport van de Commissie Positie Vrouwelijke Artsen (CPVA) van het Leids Universitair Medisch Centrum*. RUL, Leiden.
- Du Moulin, M., R. Heymans & G. Noordenbos (1998), *Grenzen aan de arbeidstijd*. UM, Maastricht.
- Gerritse, R. (1996), Bedrijven-c.a.o.'s maken te weinig werk van combinatie zorg en arbeid. *Staatscourant*, 12 december, p. 7.
- Heiligers, Ph., L. Hingstman & J. Marree (1997), *Inventarisatie deeltijd werken onder artsen*. NIVEL, Utrecht.
- Heymans, R., F. Stevens, G. Noordenbos & Y. Winants (1994), *Vrouwen in de medische professie; een onderzoek naar loopbaanperspectieven van vrouwen in de klinische geneeskunde*. UM, Maastricht.
- Heymans, R. & M. Du Moulin (1996), *Van basisarts tot medisch specialist M/V; een onderzoek naar seksespecifieke factoren in de doorstroom van basisartsen naar de medische specialisaties*. UM, Maastricht.
- Heymans, R. & G. Noordenbos (1996), 'Vrouwelijke AGIO's. Noodzaak of bedreiging?'. In: *Medisch Contact*, 51, blz. 816-817.
- Keizer, M. (1997), *De dokter spreekt; professionaliteit, gender en uitsluiting in medische specialisten* (dissertatie). Eburon, Delft.
- Keizer, M. (1996), 'Verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten in arbeids- en privésituatie'. In: *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, jrg.12, nr.2, blz. 186-199.
- Melkert, R. (1996), Betere benutting economisch potentieel mogelijk door afstemming werk. *Staatscourant* 213, p. 4.
- Nieuwenhuijzen Kruseman, A. & J. Carpay (1997), *Samenvatting van de AGIKO ronde*, Faculteit der Geneeskunde, Universiteit Maastricht, 17 september.
- Verslag van de Expertmeeting: 'Van basisarts tot medisch specialist m/v'*. 9 april 1997, Domus Medica, Utrecht