



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2006. De gegevens mogen met bronvermelding (P.J.M. Heiligers, J.D. de Jong, L. Hingstman, M. Lugtenberg, P. P. Groenewegen, *Integratie deeltijdwerken chirurgen*, NIVEL 2006) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken.

Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>



Integratie deeltijdwerken chirurgen

Fase 1: Meningen over de organisatie van deeltijd werken

Fase 2: Arbeidsproductiviteit van maatschappen met en maatschappen zonder deeltijders

P.J.M. Heiligers

J.D. de Jong

L. Hingstman

M. Lugtenberg

P.P. Groenewegen

ISBN 90-6905-785-9

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2006 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Het onderzoek Integratie Deeltijdwerken Medisch Specialististen is uitgevoerd in opdracht van ZonMw. Dit onderzoek bestaat uit drie fasen. In de eerste fase is gekeken naar de meningen van medisch specialisten ten aanzien van hun eigen wensen en mogelijke problemen met deeltijdwerken. De tweede fase betreft de effecten van deeltijdwerken op de productiviteit. In de derde fase stonden de veranderingen in de organisatie van het werk ten gevolge van het invoeren van deeltijdwerken centraal.

Naast de chirurgen hebben ook de internisten en radiologen aan dit onderzoek deelgenomen. Wij willen iedereen bedanken voor zijn/ haar medewerking aan het onderzoek. De NVvH (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde), de NIV (Nederlandse Internisten Vereniging) en de NVvR (Nederlandse Vereniging voor Radiologen) voor het verstrekken van alle adressen, de bereidheid om de leden tot deelname aan het project te stimuleren en adviseurs en vertegenwoordigers voor de begeleidingscommissie te vragen. Daarnaast bedanken wij alle artsen die bereid waren om vragenlijsten in te vullen en ons de gelegenheid te geven om tijdens de laatste fase van het project observaties uit te voeren bij hun maatschap.

Verder zijn wij de leden van de begeleidingscommissie van het onderzoek dankbaar voor het geven van advies met betrekking tot velerlei aspecten van het onderzoek.

De begeleidingscommissie bestond uit de volgende personen:

- de heer prof.dr. F. van Wijmen, hoogleraar Gezondheidsrecht, universiteit Maastricht (voorzitter)
- de heer dr. A.J. Spijker, internist
- de heer dr. S. Graafsma, internist
- mevrouw drs A.M.J. Coremans, internist
- mevrouw dr. A.B. Smits, chirurg
- mevrouw drs M. Schreuer, chirurg
- mevrouw drs. L.F.I.J. Oudenhoven, radioloog
- mevrouw dr. F.M. Gubler, radioloog
- de heer P.A.W. Edgar, arts MBA, Hoofdinspecteur Curatieve Gezondheidszorg, Inspectie voor de Gezondheidszorg
- prof.dr. J. Moen, organisatie-adviseur en hoogleraar Management en Organisatie in de gezondheidszorg in Tilburg

Utrecht, mei 2006

Inhoud

1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding en achtergrond	8
1.2 Drie fasen in het onderzoek	9
1.3 Doelstelling	10
1.4 Centrale vraagstellingen per fase in dit onderzoek	10
1.5 Leeswijzer	10
2 Achtergrond en vraagstellingen	11
2.1 Meningen over de organisatie van deeltijdwerken (fase 1)	11
2.1.1 Achtergrond	11
2.2 Voorkeuren voor deeltijdvarianten in de maatschap	13
2.3 Vraagstellingen bij meningen en voorkeuren over de organisatie van deeltijdwerken (fase 1)	14
2.4 Deeltijdwerk en arbeidsproductiviteit (fase 2)	15
2.4.1 Achtergrond	15
2.5 Vraagstelling bij deeltijdwerk en arbeidsproductiviteit (fase 2)	16
3 Onderzoeksopzet	17
3.1 De onderzoeksopzet bij meningen over de organisatie van deeltijdwerken (fase 1)	17
3.1.1 3.1.1 Werkwijze	17
3.1.2 Relevante definities, variabelen en meetinstrumenten	17
3.1.3 Opbouw vragenlijst	19
3.1.4 Respons en representativiteit	19
3.1.5 Analyses	21
3.2 Onderzoeksopzet bij deeltijdwerk en arbeidsproductiviteit (fase 2)	21
3.2.1 Werkwijze	21
3.2.2 Definities	21
3.2.3 Vragenlijst	21
3.2.4 Respons	22
3.2.5 Data en methode	23
4 Deeltijdwerken bij chirurgen	25
4.1 Enkele achtergrondkenmerken van voltijd- en deeltijdwerkende chirurgen	25
4.2 Kenmerken van voltijd- en deeltijdwerkenden	27
4.3 Kenmerken van voltijd- en deeltijdbanen	28
4.4 Motieven voor een deeltijd baan	29
4.5 Verschillen in de houding ten aanzien van deeltijdwerken	30
4.6 Meningen over de organisatie van deeltijd werken	31
4.7 Voorkeuren voor deeltijdvarianten	33
4.8 Arbeidsproductiviteit chirurgen	35
4.9 Samenvatting en conclusies	36

Literatuur	41
Bijlage 1: arbeidsproductiviteit chirurgen	45

1 Inleiding

In een eerder verricht onderzoek naar het deeltijdwerken onder medisch specialisten (Heiligers, Hingstman & Marrée, 1997) werd in de eerste plaats een antwoord gezocht op de vraag waarom in het ene specialisme meer in deeltijd gewerkt werd dan in een ander specialisme, met name om daarin mechanismen te ontdekken die de toegankelijkheid voor vrouwelijke artsen bij een aantal specialismen zou vergroten. De discussie over het werken in deeltijd werd op dat moment steeds actueler vanwege het feit dat het aantal vrouwelijke artsen toenam en binnen de studie geneeskunde bijna 60% van de eerstejaarsstudenten vrouw was (Harmsen e.a., 1996).

Nu, acht jaar later, is er meer zicht op de aantallen deeltijd werkenden en ook is duidelijk dat dit aantal nog steeds groeit. Het feit dat het aantal vrouwen onder de medische studenten al jaren groter is dan het aantal mannen, is een indicatie dat het deeltijd werken in de toekomst zal blijven toenemen (Van der Vange et al., 2003).

Een van de conclusies na het onderzoek in 1997 was dat de wil om in deeltijd te werken geenszins betekende dat dit ook op eenvoudige wijze gerealiseerd kon worden. Niet alleen financiële barrières, maar ook de integratie van het deeltijdwerken in de bekende gang van zaken: de roostering, de overdrachten, de verdeling van taken en diensten kwam als een belangrijk aandachtspunt naar voren. De continuïteit organiseren was een fenomeen dat om aanpassingen vroeg.

Wat is deeltijdwerken ?

Een punt dat altijd discussie oplevert, betreft de invulling van het begrip deeltijd. Er zijn verschillende definities geformuleerd. Een gangbaar voorbeeld is de definitie die het Ministerie van WVC (1985) gebruikt. Het in deeltijd werken wordt omschreven "als het vrijwillig en regelmatig verrichten van arbeid gedurende periodes die op jaarbasis bezien aanmerkelijk korter zijn dan het normale of gebruikelijke aantal werkuren per jaar".

In diverse landen wordt verschillend tegen deeltijdwerken aangekeken. Volgens Hayden (1999) wordt in Nederland in het algemeen een baan van minder dan 35 uur per week gezien als een part-time baan. In Canada is dit pas het geval als er minder dan 30 uur per week gewerkt wordt. In Canada worden deeltijders beschermd door een wet die discriminatie van deeltijders verbiedt. Amerika is volgens Hayden veel minder deeltijdvriendelijk. Het komt daar veel voor dat part-time werknemers per uur minder betaald krijgen dan hun fulltime collega's.

Uit bovenstaande blijkt dat er verschillende definities van deeltijd werken bestaan. Lange tijd was in Nederland een 40-urige werkweek de norm voor een voltijdbaan, maar die grens is inmiddels voor veel werkenden verschoven naar 36 uur. In de medische sector is het definiëren nog moeilijker, omdat door de meeste voltijdwerkende artsen bij een volledige werkweek niet aan een omvang van 36, 38 of 40 uur wordt gedacht. Werkweken van gemiddeld 50 tot 60 uur zijn niet uitzonderlijk (Winants, 1994; Heiligers et al. 1997; van der Velde, 2001b). De definitie van deeltijd werken zal zoals ook in het eerdere deeltijdonderzoek uitgaan van de formele contractuele werktijd uitgedrukt in fte. Een voltijdwerkende werkt 1.0 fte (fulltime equivalent) en een deeltijder werkt minder dan 1.0 fte. (Verdere operationalisering is te vinden in hoofdstuk 3.)

1.1 Aanleiding en achtergrond

Het hier voorliggende onderzoek gaat in op de vraag die al in 1997 naar voren kwam: hoe moet het werk van artsen georganiseerd worden om de continuïteit in de zorg te waarborgen als artsen in deeltijd willen werken? De oriëntatie op de organisatie van het deeltijdwerken werd opgepakt toen begin 2000 de werkgroep ‘Deeltijdwerk en Maatschappelijke veranderingen’ van de Nederlandse Internisten Vereniging het NIVEL verzocht om ondersteuning bij het zichtbaar maken van de consequenties die deeltijdwerken heeft op de werkzaamheden van internisten. Samen met het NIVEL heeft de NIV deze vraag vanuit de beroepsgroep voorgelegd bij de Werkgroep Deeltijdwerken Medisch Specialisten van ZonMw.

De werkgroep van ZonMw liet vervolgens eerst in 2002 een quick scan uitvoeren, een telefonische enquête onder voorzitters van medische staven met als doel een overzicht te krijgen van mogelijke knelpunten als gevolg van het werken in deeltijd door medisch specialisten (Heiligers, e.a., 2002). Daarbij kwamen vier centrale aandachtspunten naar voren:

1. zorgen voor ondersteuning bij de organisatie van en communicatie over het werkproces, een rechtvaardige werkverdeling tussen voltijders en deeltijders en daarbij gepaste overlegvormen, overdracht en roostering, zodanig dat de integratie van het deeltijd werken goed verloopt;
2. ondersteuning bij het realiseren van loopbaanplannen (inclusief deeltijdwensen) en het maken van weloverwogen keuzen door individuele artsen;
3. bekendheid geven aan ‘good practices’ waar reeds een adequate vorm van deeltijdwerken gerealiseerd is en ondersteund wordt;
4. verantwoorde integratie van deeltijdwerken in bredere veranderingsprocessen van bijvoorbeeld vraaggestuurde zorg, flexibilisering van arbeidstijden en verlenging van de bedrijfstijd.

Met name het eerste punt sloot aan bij de vraag vanuit de NIV, maar ook met punt 3 en 4 waren duidelijke raakvlakken. Deze punten werden door het NIVEL in samenwerking met de NIV uitgewerkt in een onderzoeksvoorstel, waar de Werkgroep Deeltijdwerken Medisch Specialisten van ZonMw positief op reageerde. Vanwege de generaliseerbaarheid van de resultaten werd wel besloten tot een uitbreiding van de populatie. Het NIVEL heeft daartoe nog twee andere beroepsgroepen benaderd om in dit project te participeren. Bij de keuze van de specialismen is daarbij gekeken naar verschillen in werkwijzen en kenmerken van het takenpakket die een rol spelen als het werk in deeltijd gerealiseerd moet worden. De kenmerken van de drie benaderde specialismen staan in Box 1.

Box 1: Selectie van specialismen op basis van bovenvermelde criteria

- **de algemeen chirurgen:** kenmerkend voor deze beroepsgroep zijn de intensieve patiëntencontacten, veel niet planbare activiteiten, complexe roostering (OK-samenwerking met andere disciplines),
- **de internisten:** kenmerkend voor deze beroepsgroep zijn intensieve patiëntencontacten, zowel planbare, als niet planbare activiteiten, roostering is minder complex,
- **de radiologen:** kenmerkend voor deze beroepsgroep is dat zij geen intensieve patiëntencontacten hebben, merendeels planbare activiteiten verrichten en weinig complexe roostering hebben.

Naast de NIV hebben ook de wetenschappelijke verenigingen van de chirurgen (NVvH) en de radiologen (NVvR) hun steun gegeven aan dit project. In november 2003 is het project van start gegaan onder de titel 'Integratie Deeltijdwerken Medisch Specialisten'. Het onderzoek is beperkt gebleven tot medisch specialisten die vrijgevestigd zijn in de perifere ziekenhuizen. Immers in academische ziekenhuizen - waar men in een dienstverband met de universiteit werkzaam is - wordt het deeltijdwerken vaak volgens vastgestelde regels en CAO-afspraken ingevuld.

1.2 Drie fasen in het onderzoek

Het project 'Integratie Deeltijdwerken Medisch Specialisten' is uitgewerkt in drie fasen. Fase 1 was vooral een oriëntatie op de meningen van individuele artsen over de wijze waarop deeltijdwerken georganiseerd is en welke knelpunten men daarbij ervaart. Daarnaast is nagegaan wat de wensen en voorkeuren van artsen zijn voor bepaalde deeltijdvormen en de voor- en nadelen die men daaraan verbindt. De gegevens werden verzameld met behulp van schriftelijke enquêtes bij de drie bovengenoemde beroepsgroepen, voorafgegaan door een literatuuroriëntatie op het onderwerp.

Daarnaast was er bij de beroepsgroepen ook nadrukkelijk behoefte aan meer duidelijkheid omtrent de invloed die deeltijd werken zou hebben op de productie van hun maatschappen. In fase 2 is gekeken naar mogelijke verschillen in productiviteit tussen maatschappen met deeltijdwerkenden en maatschappen zonder deeltijdwerkenden. Voor dit deelproject werd eveneens een schriftelijke vragenlijst gebruikt, die door een vertegenwoordiger van de maatschap op maatschapniveau ingevuld werd.

In fase 3 van het project stond centraal: het in kaart brengen van de consequenties van deeltijd werken voor de organisatie van de maatschap en voor de tevredenheid en het functioneren van de maatschap. Belangrijk was daarbij na te gaan hoe de praktijkvoering beïnvloed wordt door het deeltijdwerken, bijvoorbeeld in overlegsituaties, bij de werkverdeling, bij overdrachten, etc. Nagegaan werd welke positieve en negatieve effecten deeltijd werken kan hebben. Deze fase 3 betrof een observatieonderzoek, deels kwalitatief, deels kwantitatief.

1.3 Doelstelling

Het onderzoek onder medisch specialisten (internisten, algemeen chirurgen en radiologen) werd in de eerste plaats opgezet ter ondersteuning van het realiseren van deeltijd werken. Daarbij stond centraal welke knelpunten in de organisatie van het werk naar voren komen ten gevolge van deeltijd werken. Verder werd bekeken welke invloed deeltijd werken heeft op de werkbelasting, de tevredenheid, de productiviteit en ook mogelijk positieve effecten, bijvoorbeeld meer flexibiliteit in de organisatie van het werk. Concreet had het onderzoek als doel een lijst van criteria te ontwikkelen, die bij de invoering of implementatie van deeltijd werken als checklist door maatschappen gebruikt kan worden.

1.4 Centrale vraagstellingen per fase in dit onderzoek

- Fase 1:** In hoeverre zijn er verschillen tussen voltijd- en deeltijdwerkende artsen in de opvattingen en voorkeuren omtrent de organisatie van deeltijd werken en verschillen deze voorkeuren per specialisme?
- Fase 2:** Wat zijn de verschillen in productiviteit tussen voltijdmaatschappen en maatschappen met deeltijdwerkenden?
- Fase 3:** Wat zijn de gevolgen van de invoering van deeltijd werken voor de organisatie van het werk van medisch specialisten? Welke invloed heeft deeltijdwerken bij medisch specialisten op de tevredenheid en het functioneren van zowel deeltijdwerkenden en voltijdwerkenden?

1.5 Leeswijzer

In deze rapportage worden alleen fase 1 en 2 beschreven voor de chirurgen. Voor de internisten en radiologen verschijnt een apart rapport per beroepsgroep. Het observatieonderzoek van fase 3 wordt eveneens in een aparte rapportage uitgewerkt waarin maatschappen met alleen voltijders vergeleken worden met maatschappen met deeltijders. Een uitwerking per specialisme staat daarin niet centraal. Een overkoepelende vergelijking van de drie specialismen die in dit onderzoek participeerden wordt in een samenvattend rapport apart uitgewerkt. Ook de checklist die als eindresultaat van de drie fasen in het onderzoek ontwikkeld is, wordt als apart document gepresenteerd.

In het onderhavige rapport worden in hoofdstuk 2 de achtergrond en doelstelling beschreven van fase 1 en 2. In hoofdstuk 3 wordt de onderzoeksopzet van zowel het onderzoek naar de meningen van individuele chirurgen als het onderzoek naar de arbeidsproductiviteit uitgewerkt. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de resultaten van beide onderzoeken voor de chirurgen beschreven en wordt afgesloten met een samenvatting en conclusies.

2 Achtergrond en vraagstellingen

2.1 Meningen over de organisatie van deeltijdwerken (fase 1)

2.1.1 *Achtergrond*

Voor het inventariseren van de meningen over de organisatie van deeltijdwerken is aansluiting gezocht bij eerder verricht onderzoek naar deeltijdwerken bij medisch specialisten (Heiligers, 1997; Keijzer, 1997; Van der Vange et al. (2003), zoals beschreven in hoofdstuk 1. Concreet heeft dit betekend dat ook in dit onderzoek de kenmerken van voltijd- en deeltijdwerkenden in kaart werden gebracht, zoals de motieven om in deeltijd te werken, de houding ten aanzien van deeltijdwerken en de tijd die men investeert in het werk. Daarnaast werd ook gevraagd naar de meest geschikt geachte deeltijdvorm voor de eigen maatschap.

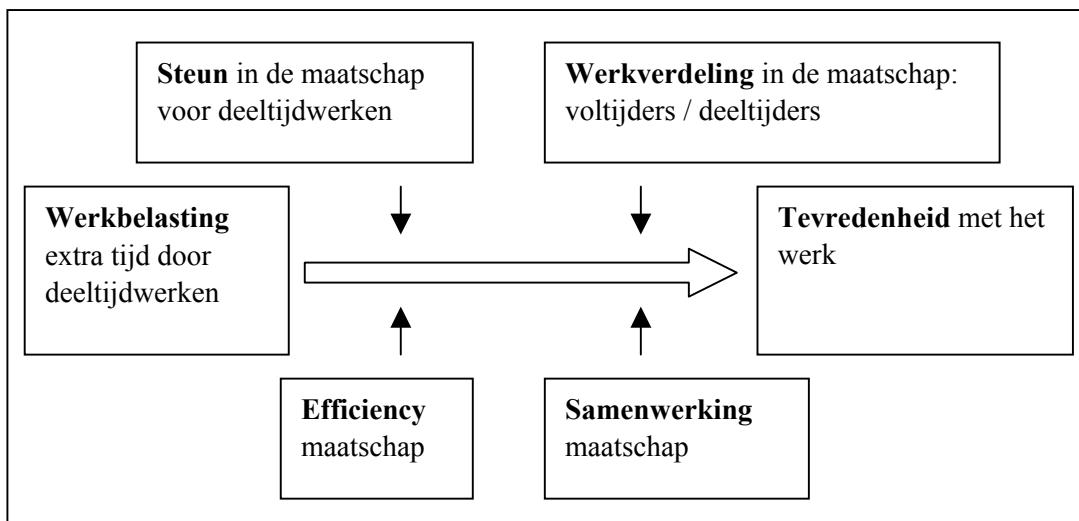
Het belangrijkste onderwerp in de eerste fase van dit onderzoek betrof echter het inventariseren van de meningen en ervaringen van individuele artsen met betrekking tot de organisatie van het werk binnen hun maatschap. Ter voorbereiding van de eerste fase is vooral de quick scan (Heiligers, 2002) als belangrijke bron gebruikt (zie hoofdstuk 1). Daarnaast heeft literatuurstudie duidelijk gemaakt dat bij vragen over continuïteit, informatieoverdracht en samenwerking, zoals die spelen bij de invoering van deeltijdwerken, in de eerste plaats inzicht in de formele structuur van de organisatie van belang is. Daarbij kan gedacht worden aan de overlegstructuur, het vastleggen van informatie, eenduidigheid in beleid en ook de werkwijze bij dagelijkse activiteiten zoals de patiëntenoverdracht en patiëntenronde (Kalleberg, 1996; Thierry & Jansen, 1997). Naarmate deze zaken beter geregeld zijn, zal deeltijdwerken beter inpasbaar zijn en is de hoge organisatiegraad een basis voor continuïteit in het algemeen. Vanuit de gedachte dat bij de invoering van deeltijdwerken in een maatschap de beleving van het werk, de ervaren werkbelasting, de werkverdeling, de ervaren steun kan veranderen, is voor beantwoording van enkele centrale vragen in deze meningsvormende fase 1 gekozen voor de benadering vanuit een werkstressmodel. Naar analogie van het werkstressmodel - het Job Demand Controlmodel - van Karasek (Karasek en Theorell, 1990) werd in kaart gebracht hoe de ervaren werkbelasting, steun van de maatschap en andere beïnvloedende werkaspecten (werkverdeling en efficiency) bij artsen de werkbeleving (de tevredenheid) bepaalt. Die theoretische achtergrond wordt hier kort beschreven.

De relatie werkbelasting , tevredenheid en invloed van ervaren sturingsmogelijkheden en bronnen in de maatschap

Het basismodel van Karasek en Theorell (1990) gaat uit van twee veronderstellingen. De eerste veronderstelling is dat vermoeidheid veroorzaakt wordt door een combinatie van hoge werkbelasting (taakeisen) en weinig sturingsmogelijkheden in het werk. De tweede veronderstelling is dat als de taakeisen hoog zijn maar ook de sturingsmogelijkheden, dan kan persoonlijke groei en tevredenheid het gevolg zijn (Jonge de, et al. in Schaufeli et al. 2003). Alleen deze tweede veronderstelling is in dit onderzoek toegepast: er is een model opgesteld, waarin de individueel ervaren werkbelasting en individuele sturingsmogelijkheden in kaart gebracht worden (zie Box 2). Sturingsmogelijkheden zijn de ervaren werk-

verdeling tussen voltijders en deeltijders, de ervaren efficiency door gestructureerd te werken, de ervaren samenwerking door zich aan afspraken te houden en de ervaren steun die de organisatie -de maatschap- biedt bij deeltijdwerken. In het model is tevredenheid opgenomen als uitkomstmaat. Arbeidstevredenheid wordt in de literatuur vaak als een attitude gezien (Griffin & Bateman, 1986). De determinanten van arbeidstevredenheid die veel onderzocht zijn, betreffen 'goal setting', werk design, demografische profiel, belonings-systemen, organisatorische kenmerken, leiderschap, deelname aan besluitvorming en individuele verschillen (Griffin & Bateman, 1986). Hier gaat de aandacht vooral uit naar de relatie met kenmerken van de organisatie (Muchinsky (1977, in Griffin & Bateman, 1986). Arbeidskenmerken zoals autonomie, helderheid over verwachte prestaties, taak-gelijkheid, verscheidenheid in vaardigheden lijken de arbeidstevredenheid te bevorderen. Hiernaast zijn er beperkende factoren die de arbeidstevredenheid negatief kunnen beïnvloeden, zoals een tekort aan bronnen, het ontbreken van steun en samenwerking (Flap & Völker, 2001). Verder bleek de vrijwillige keuze voor deeltijd werk van belang voor de tevredenheid (Krausz et al. (1995) in Sanders et al. (2002).

Box 2: Het werkmodel naar analogie van Werkstressmodel Karasek (1990)



De gedachte achter het werkmodel in Box 2 is, dat bij een toename van de werkbelasting -in dit geval door de extra tijd die het kost om samen te werken met een of meer deeltijdwerkende collega's- de tevredenheid met het werk afneemt. Ook voor deeltijdwerkende artsen zou de ervaring van veel overuren buiten de afgesproken tijd tot een dergelijk effect kunnen leiden.

Factoren die positieve of negatieve invloed kunnen hebben op de relatie tussen werkbelasting en tevredenheid zijn de steun in de maatschap en een als rechtvaardig ervaren werkverdeling tussen voltijders en deeltijders. Daarnaast kan ook de efficiency van goede afspraken en ondersteunende faciliteiten (bijvoorbeeld elektronische communicatie) en ook de mate waarin iedereen zich aan afspraken houdt en faciliteiten gebruikt een positief

danwel negatief effect hebben op de relatie werkbelasting en tevredenheid. De wijze waarop deze concepten geoperationaliseerd werden is te vinden in hoofdstuk 3.

2.2 Voorkeuren voor deeltijdvarianten in de maatschap

Naast de invloed op de werkbelasting is ook nagegaan of medisch specialisten een bepaalde voorkeur hebben voor een of enkele deeltijdvormen. Voor de oriëntatie op mogelijke deeltijdvormen is uitgegaan van de indeling zoals weergegeven in Box 3.

Arbeid- en organisatiedeskundigen (psychologen, sociologen) onderscheiden een zestal varianten van deeltijdarbeid (Schoenmaker e.a., 1981; Loen, C.D. van, P. van Schilf-gaarde, 1990; Thierry & Janssen, 1997).

Box 3: Varianten van deeltijdwerk

Vormen van deeltijdwerk	Definitie
Vaste uurbasis	Vaste tijdstippen en vast aantal uren
Losse uurbasis	Wisselende tijdstippen gedurende vast aantal uren
Dagenbasis	Vast aantal halve of hele dagen per week
Minimum-maximumcontract	Minimaal een aantal uren per week met een garantieloon voor dat aantal uren. Is er meer werk dan kan dat minimum aantal uren tijdelijk worden uitgebreid tot een maximum aantal.
Tweelingbanen (duobanen)	Twee werknemers vervullen samen 1 functie. Samen zijn zij verantwoordelijk voor de hele functie
Samenfunctie	Twee werknemers vervullen samen 1 functie: de werkzaamheden zijn gesplitst en ieder is verantwoordelijk voor zijn deel

Bij de indeling in bovenstaande deeltijdvormen staat de organisatie van deeltijdfuncties binnen een gebruikelijke werkweek centraal. De eerste vier varianten gaan uit van individuele keuzen, maar de meeste werknemers zullen daarbij ook rekening houden met de mogelijkheden van de organisatie waar zij werken. Zo zijn de wisselende en flexibele varianten, zoals de losse uurbasis en het min-maxcontract lastig in een strakke planning en roostering.

De duobaan en de samenfunctie zijn alleen mogelijk in overleg met een vaste partner in deeltijd.

Gelet op de werkzaamheden van artsen en de kenmerken van de ziekenhuisorganisatie komen drie van de genoemde vormen in aanmerking als mogelijke deeltijdvariant in ziekenhuizen, namelijk het dagenbasis-contract, de duobaan en het min-maxcontract (Heiligers, 2001). Aan de participerende medisch specialisten is de vraag voorgelegd welke variant in hun maatschap als de meest geschikte beschouwd kan worden.

Met behulp van computersimulatie zijn de mogelijkheden onderzocht om deeltijdwerken af te stemmen op de karakteristieken van de zorgorganisatie. Zo is inzicht ontstaan in de logistieke, kwantitatieve en organisatorische aspecten bij medisch specialisten (Baars, Molema, Groothuis, Hasman, Jacobs, Vermaeten & Merode van, 2004). Een duobaan bevat veel waardevolle werkkenmerken, zoals functievolligheid en goede informatievoorziening. Knelpunten die ontstaan bij werken in deeltijd lost het duo zelf op. Lastig hierbij is dat het moeilijk kan zijn om een partner te vinden met dezelfde specialisatie (Baars et al., 2004). De duobaan is een vorm van deeltijdarbeid die in Nederland nog weinig toepassing vindt. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld Groot-Brittannië en de Verenigde Staten waar duobanen vaak als geschikte vorm van deeltijdarbeid worden gezien voor de hogere functieniveaus (Delsen, 1991 in: Olde de, 1992).

Een andere variant is de samenfunctie. Binnen een samenfunctie worden de taken verdeeld tussen twee personen (Heiligers & Jong, de, 2005). Bijvoorbeeld één medisch specialist doet patiëntenzorg en onderwijs terwijl de ander zich bezighoudt met management en onderzoek. Elk van de twee is daarbij verantwoordelijk voor zijn eigen deel (Heiligers & Jong, de, 2005). Als taken worden gesplitst kan een wat lossere arts-patiëntrelatie ontstaan en dat maakt het deeltijdwerken eenvoudiger (Baars et al., 2004).

Bij een dagenbasiscontract werkt een specialist een vast aantal halve of hele dagen per week. Bij deze variant kan de kwaliteit van de informatievoorziening negatief beïnvloed worden door het grote aantal overdrachtsmomenten met wisselende collega's. Een ander nadeel is dat er een kans bestaat dat het aantal moeilijke taken dat een specialist uitvoert kleiner wordt. In deeltijd kan immers de frequentie waarin bepaalde (complexe) verrichtingen worden uitgevoerd afnemen. Als gevolg daarvan verminderen bepaalde vaardigheden (Baars et al., 2004).

Als een arts in deeltijd werkt in een dagenbasiscontract kan capaciteitsverlies het gevolg zijn. Vaak wordt er dan door de maatschap voor gekozen om een extra arts aan te nemen of moeten werkzaamheden worden overgedragen aan anderen om de productie op peil te houden. Medisch specialisten die in deeltijd werken maken meestal gebruik van een dagenbasiscontract (Heiligers, et al., 2001). Een voorbeeld van een verandering van de zorgorganisatie zodat een arts in een dagenbasiscontract kan werken is de inzet van een "nurse practitioner" die de (poliklinische) taken overneemt (Baars e. a, 2005).

2.3 Vraagstellingen bij meningen en voorkeuren over de organisatie van deeltijdwerken (fase 1)

De vraagstellingen in fase 1 zijn gericht op de meningen over de invloed die het deeltijdwerken heeft op de organisatie van het werk en in fase 2 op de productie van maatschappen. Naast de algemene vraagstellingen van beide fasen zijn enkele subvraagstellingen voor fase 1 uitgewerkt.

Algemene vraagstelling fase 1

In hoeverre zijn er verschillen tussen voltijd- en deeltijdwerkende artsen in de opvattingen en voorkeuren omtrent de organisatie van deeltijd werken en verschillen deze voorkeuren per specialisme?

Subvraagstellingen fase 1

1. Wat zijn de kenmerken van voltijd- en deeltijdwerkende artsen binnen elk specialisme en wat is de feitelijke en gewenste werktijdinvestering van beide groepen?
2. Welke motieven hebben voltijd- en deeltijdwerkende artsen voor een voltijd-, respectievelijk deeltijdbaan?
3. Zijn er verschillen tussen voltijd- en deeltijdwerkende medisch specialisten wat betreft de houding ten aanzien van deeltijdwerken?
4. Hoe denken voltijd- en deeltijdwerkende artsen over de ervaren werkbelasting, steun, werkverdeling, efficiency, samenwerking en knelpunten in de organisatie van het werk als gevolg van deeltijdwerken?
5. Zijn er verschillen tussen voltijd- en deeltijdwerkende medisch specialisten wat betreft de relatie tussen de ervaren werkbelasting en de mate van tevredenheid met de huidige situatie en welke ervaren sturingsmogelijkheden in de organisatie van het werk (of het ontbreken daarvan) beïnvloeden deze relatie?
6. Zijn er verschillen tussen voltijd- en deeltijdwerkende medisch specialisten wat betreft de voorkeur voor een deeltijdvariant?

2.4 Deeltijdwerk en arbeidsproductiviteit (fase 2)

2.4.1 Achtergrond

In fase 2 is apart aandacht besteed aan mogelijk financiële gevolgen van het deeltijdwerken, een aspect dat op het niveau van de maatschap een belangrijke rol speelt. De financiële gevolgen, zowel de verhoogde loonkosten op maatschapniveau, als de kosten in geld en tijd voor deeltijdwerkende artsen zijn niet eerder in kaart gebracht. Een belangrijk punt in dit kader is de mogelijke invloed van deeltijdwerken op de productiviteit. Door de noodzaak van continuïteit in de zorg zullen overdrachtmomenten bij deeltijdwerken meer voorkomen, maar in hoeverre dit invloed heeft op de arbeidsproductiviteit, is onbekend. Daarnaast kunnen er ook positieve effecten op de arbeidsproductiviteit mogelijk zijn door bijvoorbeeld verminderde en/of beter gereguleerde werkbelasting bij deeltijdwerkende artsen (minder vermoeidheid, etc.) en een efficiëntere manier van werken door een toegenomen organisatiegraad van de maatschap.

Het is belangrijk om zicht te krijgen op de arbeidsproductiviteit in maatschappen met deeltijders en maatschappen met alleen voltijders. Door demografische ontwikkelingen neemt de zorgvraag toe en om te voorkomen dat wachtlijsten ontstaan of langer worden zal, bij een gelijkblijvend aantal medisch specialisten, ook de arbeidsproductiviteit moeten toenemen. Ontwikkelingen zoals deeltijdwerken kunnen van invloed zijn op die arbeidsproductiviteit en zodoende een rol spelen bij het al dan niet ontstaan of langer worden van wachtlijsten.

2.5 Vraagstelling bij deeltijdwerk en arbeidsproductiviteit (fase 2)

Zijn er verschillen in arbeidsproductiviteit tussen maatschappen met deeltijders en maatschappen met alleen maar voltijders?

Een vergelijking van de beantwoording van de vraagstellingen tussen de drie specialisten die in dit onderzoek participeerden zal in een aparte rapportage samenvattend gegeven worden. In deze rapportage worden in hoofdstuk 4 de resultaten en conclusies voor de chirurgen uitgewerkt.

3 Onderzoeksopzet

3.1 De onderzoeksopzet bij meningen over de organisatie van deeltijdwerken (fase 1)

3.1.1 3.1.1 Werkwijze

Er is een schriftelijke enquête uitgezet onder alle geregistreerde vrijgevestigde algemeen chirurgen, internisten en radiologen, werkend in maatschappen in perifere ziekenhuizen. Deeltijdwerkende artsen en ook voltijders met deeltijdwerkende collega's hebben ervaring met het fenomeen deeltijdwerken en kunnen hun mening daarop baseren. Aan de voltijders die deze ervaring niet hebben, is de vragenlijst toch toegestuurd vanuit de gedachte dat het belangrijk is om ook van deze groep te weten, hoe zij over deeltijdwerken denken, ofschoon een deel van de vragenlijst voor deze voltijders niet van toepassing was.

De uitwerking van de vragenlijst werd voorafgegaan door een literatuurstudie. Beide onderzoeksactiviteiten waren gericht op het verkrijgen van inzicht in de specifieke knelpunten en voordelen van deeltijdwerken in de organisatie van het werk van medisch specialisten. Eveneens werden de individuele wensen en opvattingen met betrekking tot deeltijd werken geïnventariseerd. De resultaten van de literatuurstudie zijn verwerkt in de theoretische achtergrond in hoofdstuk 2 en in de uitwerking van variabelen (zie onderstaand). Hieronder worden eerst de voor deze fase relevante variabelen en hun definities besproken, daarna volgt de opbouw van de vragenlijst. Vervolgens wordt de benadering van respondenten, de respons en representativiteit van fase 1 beschreven.

3.1.2 Relevante definities, variabelen en meetinstrumenten

Definitie voltijd – deeltijd werken

Voor de vergelijkbaarheid met eerdere metingen van de investeringen van voltijders en deeltijders is dezelfde definitie aangehouden als in eerder onderzoek dat het NIVEL verrichtte naar het deeltijd werken (Heiligers et al., 1997).

In de bespreking van de resultaten is de omvang van de werktijd en met name de verdeling voltijders en deeltijders het basale gegeven voor verdere analyse. De formele werktijd, uitgedrukt in fte (full-time equivalenten), is voor de indeling in voltijders en deeltijders gehanteerd. **Een voltijder werkt 1.0 fte (100%) en een deeltijder minder dan 1.0 fte.**

Daarnaast zal het feitelijk aantal gewerkte uren naast de fte-indeling gebruikt worden.

Werkbelasting

Voor de meting van ervaren werkbelasting is zoals reeds gezegd niet naar het individuele niveau gevraagd, maar naar de mening over de extra investering die deeltijdwerken kost voor de hele maatschap (4 items). Het gaat om de individuele perceptie van de werkbelasting door het deeltijdwerken, waar de maatschap als geheel mee geconfronteerd wordt. De vraag was: 'In welke mate speelt het werken in deeltijd een rol bij de werkbelasting voor de maatschap?' Een voorbeelditem voor de werkbelasting is: 'er is meer tijd nodig voor de overdracht', gemeten met een 3-puntsschaal van speelt een rol (1), speelt enigszins een rol (2), tot speelt geen rol (3).

Werkverdeling en steun in de maatschap

Een mogelijk negatief effect van de werkbelasting op de tevredenheid kan positief beïnvloed worden door een rechtvaardige en voor iedereen acceptabele werkverdeling tussen voltijders en deeltijders (een sturingsmogelijkheid van de maatschap). De werkverdeling is gemeten met 4 items en een voorbeelditem is: ‘de deeltijders maken overuren om hun werk af te krijgen’, gemeten met een 3-puntsschaal: niet mee eens (1) tot mee eens (3). Een andere sturingsmogelijkheid biedt de steun in de maatschap voor het deeltijdwerken (5 items). Een voorbeelditem voor de gemeten steun is: ‘vergaderroosters zijn aangepast aan de aanwezigheid van de deeltijders’. Steun werd gemeten met een 3-puntsschaal ‘ja (1), enigszins (2), nee (3).

Efficiency en samenwerking

Een andere wijze van sturing hangt samen met de mate waarin regelingen en afspraken in de formele organisatie gerealiseerd zijn, waardoor het voor deeltijders eenvoudiger is om te functioneren. Dit zijn maatregelen die de efficiency van werken betreffen. Een voorbeelditem is: ‘er is structureel overleg’, gemeten met een 3-puntsschaal: is niet geregeld (1), is enigszins geregeld (2), is wel geregeld (3).

De samenwerking tussen voltijders en deeltijders is gemeten door na te gaan of iedereen zich ook houdt aan formeel geregelde zaken (bijvoorbeeld afspraken over samenwerking). Een voorbeelditem is: ‘iedereen houdt zich aan de gemaakte afspraken over samenwerking’, gemeten met een 3-puntsschaal : ja(1), enigszins (2), nee (3).

Knelpunten

Tenslotte werd nog nagegaan in hoeverre de knelpunten die bij de Quick scan (2003) het sterkst naar voren kwamen, ook in de beleving van de respondenten belangrijk waren. Een voorbeelditem was: ‘de overdracht van patiënten is complexer geworden’, gemeten met een 3-puntsschaal: 1=geen knelpunt, 2= enigszins een knelpunt, 3= een knelpunt. Ook kon steeds de antwoordcategorie ‘niet van toepassing’ gescoord worden (0).De betrouwbaarheid van de zelfgeconstrueerde schalen staat in Box 4 weergegeven.

Houding ten aanzien van deeltijdwerken

Gebaseerd op een instrument dat al eerder gebruikt werd om de houding ten aanzien van deeltijdwerken te meten is hier nagegaan in welke mate artsen een positieve of negatieve houding hebben ten aanzien van deeltijdwerken. De schaal bestond uit 11 items. Een voorbeelditem is: ‘deeltijdwerken beperkt het zelfstandig functioneren’, gemeten met een 3-puntsschaal van helemaal mee eens (1) tot en met volstrekt oneens (3).

Arbeidstevredenheid

De constructie van de tevredenheidsschaal is gebaseerd op de uitgangspunten van Griffin & Bateman (1986). De schaal bestaat uit 8 items, een voorbeelditem is: ‘het werk dat ik verricht, wordt door anderen gewaardeerd’. Gemeten werd met een 5-puntsschaal van: helemaal mee oneens (1) tot helemaal mee eens (5).De betrouwbaarheid staat in box 4.

Box 4: Variabelen vragenlijst en betrouwbaarheden van schalen

- persoonlijke gegevens
- huidige werksituatie en werktijden (FTE en uren)
- steun van de maatschap ($\alpha = .75$)
- werkbelasting ($\alpha = .88$) en werkverdeling ($\alpha = .79$)
- efficiency ($\alpha = .78$) en samenwerking ($\alpha = .86$)
- knelpunten in communicatie en planning ($\alpha = .79$)
- taakdifferentiatie en deeltijdvarianten
- financiële consequenties
- werkbeleving: tevredenheid ($\alpha = .62$)
- houding ten aanzien van deeltijdwerken ($\alpha = .81$)
- algemene vragen over deeltijdarbeid.

3.1.3 Opbouw vragenlijst

Naast vragen over de persoonlijke achtergrond en meningen, zoals de motieven voor voltijd en deeltijdwerken en de houding ten aanzien van deeltijdwerken, was een groot deel van de vragen gericht op organisatieaspecten die beïnvloed kunnen worden door deeltijdwerken. De literatuurstudie gaf inzicht in sturings(on)mogelijkheden in de organisatie, zoals ondersteuning bij de organisatie van en communicatie over het werkproces, een rechtvaardige werkverdeling tussen voltijders en deeltijders, efficiency, samenwerking (Quick scan, 2003). Daarmee kon invulling gegeven worden aan onderdelen van het werkstressmodel zoals beschreven in Hoofdstuk 2 (naar analogie van Karasek & Theorell, 1990). Daarnaast gaven ook formele organisatiekenmerken (Kalleberg, 1996) het kader aan voor de variabelen in het model. Het resultaat was een set van zelfgeconstrueerde schalen, zoals beschreven in paragraaf 3.2. Het meten van tevredenheid werd gebaseerd op Griffin & Bateman (1986).

Ter beantwoording van de vragen bij dit onderzoek is een schriftelijke vragenlijst verstuurd naar alle specialisten van de genoemde beroepsgroepen die werkzaam zijn in de algemene ziekenhuizen. De vragenlijst bestond hoofdzakelijk uit gesloten vragen. Een deel van de vragen kon door alle respondenten beantwoord worden, maar in elke lijst waren tevens specifieke vragen opgenomen voor deeltijdwerkenden en voor voltijdwerkenden. Voor elk van de beroepsgroepen is een aparte versie gemaakt, de antwoordcategorieën zijn aangepast, omdat de werkzaamheden verschillen.

3.1.4 Respons en representativiteit

Benadering respondenten

De adressen van de specialisten zijn verkregen via hun verenigingen, de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en de Nederlandse Vereniging voor Radiologen (NVvR). Eind februari zijn de vragenlijsten verstuurd, met een aanbevelingsbrief van de betreffende vereniging. Alle specialisten die niet op de eerste toezending van de vragenlijst hebben gereageerd, is na ongeveer drie weken een herinnering gezonden met het verzoek alsnog de vragenlijst ingevuld te retourneren. Dit onderzoek gericht op de vrijgevestigde artsen, omdat vooral deze groep

zelf de integratie van deeltijdwerken moet regelen, terwijl voor artsen in academische ziekenhuizen de CAO geldt zoals voor iedereen in dienstverband bij het ziekenhuis.

Respons

Alle vrijgevestigde internisten (N=817), chirurgen (N=693) en radiologen (N=621) hebben een schriftelijke vragenlijst gekregen. Na het versturen van een reminder en een telefonische oproep aan radiologen was de respons 53% (N=411) bij de internisten, 52% (N=359) bij de chirurgen en 36% (N=213) bij de radiologen. De radiologen werden telefonisch benaderd omdat de respons na een eerste reminder slechts 30% was. Van 39 internisten, 22 chirurgen en 24 radiologen was het niet bekend of zij voltijder of deeltijder zijn. Zij zijn allen buiten de analyses gehouden. De analyses in deze rapportage zijn dus gebaseerd op respectievelijk: N=372 voor internisten, N=337 voor chirurgen en N=189 voor radiologen.

Representativiteit

Voor de representativiteit zijn de kenmerken van de respondenten vergeleken met onderzoek bij deze beroepsgroepen in het kader van de behoefteramingsstudies van het NIVEL en het Capaciteitsorgaan van de KNMG. Lastig is dat in de hier voorliggende studie alleen vrijgevestigde medisch specialisten benaderd werden, omdat de meeste gegevens die beschikbaar zijn de totale populatie van vrijgevestigden samen met artsen in dienstverband betreffen. Een andere complicatie is het feit dat wij de populatie benaderd hebben die geregistreerd staat bij de eigen wetenschappelijke verenigingen. Er zijn daarnaast ook artsen die niet aangesloten zijn bij de landelijke verenigingen.

De behoefteramingsstudies zijn -naast gegevens van de Wetenschappelijke Verenigingen van de beroepsgroepen- voor een vergelijking van de respondenten een goede bron. De respondenten onder de internisten, chirurgen en radiologen hebben we vergeleken met artsen in hun specialisme wat betreft leeftijd en sekse. Echter, de vergelijkingsdata zijn niet uit het jaar waarin dit onderzoek werd uitgevoerd.

De internisten zijn vergeleken met data uit 1996. De gemiddelde leeftijd van mannelijke internisten is 1.03 jaar hoger in onze populatie en voor vrouwelijke internisten is de gemiddelde leeftijd hetzelfde in onze populatie in vergelijking met de populatie van 1996. In 1996 was 83% van de internisten man en 17% vrouw, terwijl in onze populatie dit respectievelijk 77% en 23% is.

De mannelijke chirurgen in onze respondentenpopulatie zijn 2.62 jaar ouder en de vrouwelijke chirurgen zijn 1.78 jaar ouder dan de vergelijkingspopulatie van 2001. In dat jaar was 94% van de chirurgen man en 6% vrouw, terwijl in onze studie 90% man is en 10% vrouw. De populatie die in onze studie een vragenlijst toegestuurd kreeg bestond voor 92% uit mannen en 8% vrouwen.

De radiologen in deze studie werden vergeleken met de populatie van 1997. De mannelijke populatie in onze studie is gemiddeld 1.49 jaar ouder en de vrouwen zijn gemiddeld even oud als de vrouwen in 1997. In 1997 was 93% van de radiologen man en 7% vrouw, in onze populatie was 85% man en 15% vrouw. Van de radiologen die een vragenlijst toegestuurd kregen was 85% man en 15% vrouw.

3.1.5 Analyses

Voor toetsing van verschillen in mening over de organisatie is Chi-kwadraat-toetsing toegepast. En er werd multiple regressie gebruikt bij het analyseren van de relatie tussen ervaren werkbelasting en tevredenheid en de invloed van meningen over sturingsmogelijkheden in de organisatie van het werk.

De presentatie in deze rapportage is afgestemd op het eerder in 2005 verschenen 'Tabellenboek Integratie deeltijdwerken medisch specialisten fase 1; problemen en knelpunten bij het invoeren van deeltijdwerken' (Jong de, et al., 2005).

3.2 Onderzoekopzet bij deeltijdwerk en arbeidsproductiviteit (fase 2)

3.2.1 Werkwijze

Fase 2 van het onderzoek bestaat uit een enquête onder maatschappen van internisten, chirurgen en radiologen over hun samenstelling wat betreft aantal deeltijders en voltijders (totaal aantal fte) en productie.

3.2.2 Definities

In dit onderzoek zal de arbeidsproductiviteit tussen maatschappen met deeltijders en maatschappen met alleen maar voltijders vergeleken worden. Arbeidsproductiviteit wordt daarbij gedefinieerd als de productie per arbeidsvolume. Het is in Nederland gebruikelijk om het arbeidsvolume te meten in voltijdsequivalenten (fte) (Van Hilten e.a., 2005). De productie kan op verschillende manieren gemeten worden; in termen van output, zoals het aantal eerste poliklinische consulten, of in termen van outcome, zoals de mate waarin mensen gezonder worden door de zorg (SEO, 2005). In dit onderzoek is voor output gekozen, omdat alle maatschappen over deze gegevens beschikken. Outcome zou bij een groot aantal patiënten gemeten moeten worden.

Een probleem van het meten van productie in termen van output is dat er geen rekening gehouden wordt met de zorgzwaarte van de patiënt. Een afname van de zorgzwaarte kan leiden tot een toename van de productie en dus tot een toename van de arbeidsproductiviteit. Daarom zal naast de output ook gekeken worden naar de throughput; het aantal verpleegdagen per opname. Hierbij wordt meer rekening gehouden met de zorgzwaarte van patiënten, omdat aangenomen mag worden dat patiënten bij een hogere zorgzwaarte langer in het ziekenhuis verblijven.

3.2.3 Vragenlijst

Er is een vragenlijst verstuurd aan alle maatschappen heelkunde, interne geneeskunde en radiologie. In deze vragenlijst is gevraagd uit hoeveel specialisten de maatschap bestaat en hoeveel fte zij individueel en in totaal werken. Tevens is gevraagd naar de productie van de maatschap (zie Box 5). Bij de maatschappen radiologie is zowel naar het aantal verrichtingen als naar het aantal Sanderspunten gevraagd. Sanderspunten worden bij radiologie gebruikt om een groot scala aan radiologische verrichtingen te typeren naar de werklust (Van der Velden e.a. 1998).

De productiegegevens die in deze enquête zijn verzameld worden jaarlijks gerapporteerd aan de maatschappen door SIG Zorginformatie. De vraag die gesteld is in de enquête luidt: "Wat is de omvang van de productie die uw maatschap/vakgroep heeft gerealiseerd in 2003? (Indien dit mogelijk is, willen wij u vragen tevens een kopie toe te sturen van de

eerste tabel uit de ‘Praktijkanalyse 2003’ van SIG Zorginformatie. De titel van de tabel is: ‘Capaciteit, geleverde zorg en adherentie’”.

Box 5: Productie categorieën zoals in de enquête gevraagd

Interne geneeskunde	Heelkunde	Radiologie	Radiologie
Totaal aantal eerste poliklinische consulten	Aantal eerste poliklinische consulten	Aantal verrichtingen: mammografie	Aantal Sanderspunten: mammografie
Totaal aantal herhaalconsulten	Aantal herhaalconsulten	Aantal verrichtingen: thorax	Aantal Sanderspunten: thorax
Totaal aantal dagbehandelingen	Aantal behandelingen eerste hulp	Aantal verrichtingen: röntgen	Aantal Sanderspunten: röntgen
Totaal aantal klinische opnamen	Aantal dagbehandelingen	Aantal verrichtingen: doorlichting	Aantal Sanderspunten: doorlichting
Totaal aantal scopieën	Aantal klinische opnamen	Aantal verrichtingen: echografie	Aantal Sanderspunten: echografie
Gemiddeld aantal verpleegdagen per opname	Aantal verpleegdagen per opname	Aantal verrichtingen: CT	Aantal Sanderspunten: CT
		Aantal verrichtingen: MRI	Aantal Sanderspunten: MRI

3.2.4 Respons

Via de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH), de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en de Nederlandse Vereniging voor Radiologen (NVvR) zijn de adressen van respectievelijk, chirurgen, internisten en radiologen werkzaam in algemene ziekenhuizen in Nederland verkregen. Uit deze lijst is een lijst met adressen samengesteld waarin elke locatie per specialisme slechts één keer voorkwam. De vragenlijst is naar dit adres gestuurd. Maatschappen die werkzaam zijn op meerdere locaties hebben op elke locatie een vragenlijst gekregen, maar hebben voor alle locaties samen één vragenlijst teruggestuurd.

De vragenlijst was van tevoren beoordeeld door adviseurs vanuit de NVvH, NIV en NVvR die de verschillende specialismen vertegenwoordigden.

De respons na het versturen van de vragenlijst was erg laag. Vervolgens is een verkorte vragenlijst samengesteld en deze is verstuurd aan de maatschappen die nog niet gereageerd hadden.

In tabel 3.1 staat de respons vermeld.

Tabel 3.1: Respons

	Verstuurd	Eerste vragenlijst	Verkorte vragenlijst	Totaal**
Internisten	118*	18	26	41
Chirurgen	109*	21	28	47
Radiologen	120*	14	23	33

* De enquêtes zijn naar verschillende locaties verstuurd (ook als die bij 1 ziekenhuis horen).

** Sommige maatschappen hebben beide lijsten ingevuld, dubbelen zijn verwijderd.

3.2.5 *Data en methode*

Per maatschap is berekend hoeveel fte de specialisten gemiddeld werken. In een maatschap met alleen maar voltijders is dat 1 fte, in een maatschap met deeltijders is dat altijd minder dan 1 fte. In tabel 3.2 staat per specialisme vermeld in hoeveel maatschappen er alleen voltijders zijn en in hoeveel maatschappen er deeltijders zijn. Daarnaast wordt in tabel 3.2 ook het gemiddeld aantal maten per maatschap en het gemiddeld aantal fte gegeven. Per productiecategorie is berekend hoeveel de maatschap produceert per fte. Aanvullend is er een herhaalfactor berekend; het aantal herhaalconsulten ten opzichte van het aantal eerste consulten. Dit wordt evenals het gemiddeld aantal verpleegdagen per opname niet per fte weergegeven. Aan de hand van de gegevens uit de enquête is daarnaast het totaal aantal verpleegdagen berekend en dit wordt wel per fte weergegeven. Tenslotte is nog een samengestelde maat voor de arbeidsproductiviteit berekend aan de hand van een aantal van de afzonderlijke productiecijfers.

Niet alle maatschappen hebben voor alle productiecategorieën hun productie ingevuld. Per productiecategorie worden de maatschappen weergegeven waarvan de gegevens bekend zijn.

Aangezien de respons op de enquête vrij laag is worden verschillen aan de hand van grafieken beschreven.

Tabel 3.2: Kenmerken van de maatschappen

	Allen voltijd	Niet allen voltijd	Totaal
Internisten			
Aantal maatschappen	10	19	29*
Aantal maten per maatschap (gem (st error))	8,10 (1,07)	9,68 (1,16)	
Aantal fte per maatschap (gem (st error))	8,10 (1,07)	8,90 (1,13)	
Aantal maatschappen met opleiding	5	9	
Chirurgen			
Aantal maatschappen	22	16	38**
Aantal maten per maatschap (gem (st error))	5,95 (0,50)	6,88 (0,47)	
Aantal fte per maatschap (gem (st error))	6,09 (0,50)	6,37 (0,50)	
Aantal maatschappen met opleiding	15	12	
Radiologen			
Aantal maatschappen	6	20	26***
Aantal maten per maatschap (gem (st error))	5,67 (1,02)	7,50 (0,69)	
Aantal fte per maatschap (gem (st error))	5,75 (0,98)	6,81 (0,68)	
Aantal maatschappen met opleiding	0	7	

* Van een maatschap waren de productiegegevens bijzonder laag, elf maatschappen hebben geen productiegegevens opgegeven. Deze maatschappen zijn in de analyses buiten beschouwing gelaten.

** Negen maatschappen hebben geen productiegegevens opgegeven. Deze maatschappen zijn in de analyses buiten beschouwing gelaten.

*** Zeven maatschappen hebben geen productiegegevens opgegeven. Deze maatschappen zijn in de analyses buiten beschouwing gelaten.

4 Deeltijdwerken bij chirurgen

In dit hoofdstuk worden de subvragen zoals beschreven in paragraaf 2.3 en 2.5 voor de chirurgen beantwoord. Eerst worden de achtergrondkenmerken van voltijd- en deeltijdwerkende chirurgen beschreven. Vervolgens worden de motieven om in deeltijd te (willen) werken gegeven en daarna de verschillen tussen voltijders en deeltijders in de houding ten aanzien van deeltijdwerken.

Dan komen de meningen van voltijders en deeltijders over de organisatie van het deeltijdwerken aan de orde, zoals ervaren werkbelasting, werkverdeling, efficiency en samenwerking. Vervolgens worden de resultaten over de relatie tussen werkbelasting en tevredenheid met mogelijke invloeden van werkverdeling, efficiency, samenwerking en steun voor deeltijdwerken beschreven. Een volgend onderwerp zijn de voorkeuren van radiologen voor een bepaalde deeltijdvariant die geschikt zou zijn voor hun maatschap. Tenslotte komen de verschillen ten aanzien van de productiviteit tussen maatschappen met en maatschappen zonder deeltijders aan de orde.

4.1 Enkele achtergrondkenmerken van voltijd- en deeltijdwerkende chirurgen

Achtergrondkenmerken van respondenten

Volgens de ledenregistratie van de NVvH (Nederlandse Vereniging voor Heelkunde) waren er eind 2003 639 vrijgevestigde chirurgen werkzaam in Nederland. Aan het onderzoek heeft 52% van deze chirurgen deelgenomen. Degenen waarvan niet bekend is of zij in deeltijd werken (N= 22) zijn hier niet in de analyses meegenomen. In antwoord op de eerste subvraag worden hier in paragraaf 4.1 eerst kenmerken van de respondenten in het algemeen gegeven: leeftijd, geslacht en omvang werkweek. Vervolgens wordt in paragraaf 4.2 de vergelijking tussen voltijd- en deeltijdwerkenden met betrekking tot die kenmerken gegeven, aangevuld in paragraaf 4.3 met de vergelijking van voltijd- en deeltijdbanen, uitgedrukt in geïnvesteerde uren (per fte) bij verschillende typen taken van chirurgen.

Leeftijd en geslacht

De gemiddelde leeftijd van chirurgen is ruim 49 jaar (tabel 4.1). De vrouwelijke chirurgen zijn gemiddeld tien jaar jonger dan hun mannelijke collega's. Uit de leeftijdsopbouw van mannelijke en vrouwelijke chirurgen komt dit duidelijk naar voren: ruim 90% van de vrouwelijke chirurgen is jonger dan 46 jaar, tegenover ruim 30% van de mannelijke chirurgen. Alle chirurgen zijn ouder dan 31 jaar en het aandeel werkende chirurgen boven de 60 jaar is klein (6,0%).

Tabel 4.1: Leeftijdsverdeling van werkzame chirurgen naar geslacht, in procenten (N=337)

	Man(N=305) %	Vrouw(N=32) %	Totaal %
31-35 jaar	0,4	0	0,3
36-40 jaar	13,0	54,8	17,1
41-45 jaar	17,3	38,7	19,4
46-50 jaar	15,1	3,2	14,0
51-55 jaar	21,5	3,2	19,7
56-60 jaar	26,1	0	23,5
61-65 jaar	6,3	0	5,7
Totaal	100,0	100,0	100,0
Gemiddelde leeftijd	50,5	40,6	49,5

Omvang van de werkweek

In Nederland werken de chirurgen gemiddeld 0.96 fte (tabel 4.2). Vrouwelijke chirurgen werken gemiddeld 0.84 fte en bij de mannelijke collega's is het gemiddelde 0.97 fte. De deeltijdwerkende chirurgen werken gemiddeld 0.75 fte. Voor mannelijke deeltijders geldt een gemiddelde van 0.77 fte en voor de deeltijdwerkende vrouwen 0.70 fte.

Tabel 4.2: Omvang van de werkweek per fte van chirurgen naar geslacht, in procenten (N=337)

Omvang werkweek in fte	Man(N=305) %	Vrouw(N=32) %	Totaal %
0.21-0.4	0,7	0	0,6
0.41-0.6	2,8	18,1	4,1
0.61-0.8	3,9	32,3	6,7
0.81-0.9	6,7	3,2	6,3
≥ 1.00 (fulltime)	85,9	48,4	82,2
Totaal	100.0	100.0	100.0
<i>Gemiddeld aantal fte per internist</i>	<i>0.97</i>	<i>0.84</i>	<i>0.96</i>
<i>Gemiddeld aantal fte per deeltijdwerkende internist</i>	<i>0.77</i>	<i>0.70</i>	<i>0.75</i>

Het aandeel deeltijdwerkenden is bijna 18 %. Een vergelijking van de percentages deeltijdwerkende mannen en vrouwen laat een groot verschil zien: slechts 14% van de mannen werkt in deeltijd tegenover ruim 51% van de vrouwelijke chirurgen.

Tabel 4.3: Gemiddeld aantal werkuren per week van chirurgen naar geslacht, in procenten (N=337)

Aantal uren werkzaam per week	Man(N=305) %	Vrouw(N=32) %	Totaal %
< 25 uur	1,1	9,7	1,9
25-32 uur	2,5	6,5	2,9
33-40 uur	6,3	19,4	7,6
41-48 uur	26,4	32,3	27,0
49-56 uur	37,0	19,4	35,2
> 56 uur	26,8	12,9	25,4
Totaal	100,0	100,0	100,0
<i>Gemiddeld aantal uren</i>	<i>52,0</i>	<i>43,9</i>	<i>51,3</i>
<i>Gemiddeld aantal uren per fte</i>	<i>54,0</i>	<i>53,9</i>	<i>53,9</i>

Een groot aantal chirurgen (88%) werkt meer dan 40 uur per week (tabel 4.3). Ruim 25% werkt zelfs meer dan 56 uur per week. Vooral de mannelijke chirurgen werken merendeels meer dan 40 uur per week (90%) maar ook onder de vrouwelijke collega's betreft het de meerderheid (ruim 64%). Het gemiddeld aantal uren dat men per fte werkt is bij mannen en vrouwen vrijwel gelijk: 54 uur per fte.

4.2 Kenmerken van voltijd- en deeltijdwerkenden

Leeftijd

Gemiddeld verschillen voltijd- en deeltijdwerkende chirurgen vrijwel niet in leeftijd. Wel zijn er verschillen bij mannen en vrouwen. De vrouwelijke voltijders zijn gemiddeld bijna twee jaar jonger dan de deeltijdwerkende vrouwen. Bij de mannen is het verschil iets groter: de voltijders zijn gemiddeld drie jaar jonger dan de deeltijders (Tabel 4.4). Gelet op de leeftijdsopbouw bij de deeltijders, valt op dat ruim 88% van de vrouwen 45 jaar of jonger is, terwijl er bij de mannen bijna 80% van de deeltijders boven de 45 jaar is.

Tabel 4.4: Leeftijdscategorieën van deeltijd- en voltijdwerkende chirurgen in % (N=337)

Gezinssituatie	Deeltijd(N=60)			Voltijd (N=277)			Totaal
	man %	vrouw %	totaal %	man %	vrouw %	totaal %	%
31-35 jaar	0	0	0	0,4	0	0,4	0,3
36-40 jaar	11,6	52,9	23,3	13,0	60,0	15,5	17,1
41-45 jaar	9,3	35,3	16,7	18,3	40,0	19,5	19,4
46-50 jaar	9,3	5,9	8,3	16,4	0	15,5	14,0
51-55 jaar	20,9	5,9	16,7	20,6	0	24,2	19,7
56-60 jaar	32,6	0	23,3	25,6	0	24,2	23,5
61-65 jaar	14,0	0	10,0	5,7	0	5,4	5,7
> 65 jaar	2,3	0	1,7				0,3
Totaal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Gemiddelde leeftijd</i>	<i>53,1</i>	<i>41,5</i>	<i>49,8</i>	<i>50,2</i>	<i>39,6</i>	<i>49,6</i>	<i>50,2</i>

4.3 Kenmerken van voltijd- en deeltijdbanen

Aantal uren werkzaam en gewenst aantal uren

Chirurgen werken gemiddeld ruim 51 uur per week, hetgeen neerkomt op 53,9 uur per fte (tabel 4.5). De deeltijders werken gemiddeld 42 uur per week, terwijl de voltijders gemiddeld 53 uur per week werken. Wanneer dit omgerekend wordt naar het aantal uren per fte blijkt echter dat de deeltijders gemiddeld 3 uur meer per fte werken dan voltijders.

De deeltijders besteden gemiddeld bijna 36 uur per week aan patiëntgebonden activiteiten; bij de voltijders bedraagt dit 43 uur. Aan niet-patiëntgebonden activiteiten besteden de deeltijders en de voltijders respectievelijk 7 en 10 uur per week. In verhouding besteden deeltijders gemiddeld per fte 5 uur meer tijd aan patiëntgebonden taken en een klein half uur minder aan niet-patiëntgebonden taken dan de voltijders.

Voor de herregistratie als chirurg worden door het Centraal College Medische Specialisten richtlijnen vastgesteld. Een van die richtlijnen betreft het minimale aantal uren dat een chirurg aan direct patiëntgebonden taken moet besteden, namelijk 20 uur per week. Het gemiddelde aantal uren dat momenteel door deeltijders aan deze taken wordt besteed is bijna 31 uur per week. Dit gemiddelde ligt aanzienlijk hoger dan het vereiste minimum voor herregistratie.

Van alle voltijdwerkende chirurgen zou 61% in principe minder willen werken, waarbij de wensen tot vermindering op een gemiddeld aantal uren van 40 uur zou uitkomen. Daarin zijn er geen verschillen tussen voltijd mannen en voltijd vrouwen bij de chirurgen.

Tabel 4.5: Het gemiddeld aantal uren per week dat chirurgen besteden aan reguliere werkzaamheden naar huidige omvang werkweek en geslacht, in uren (N=337)

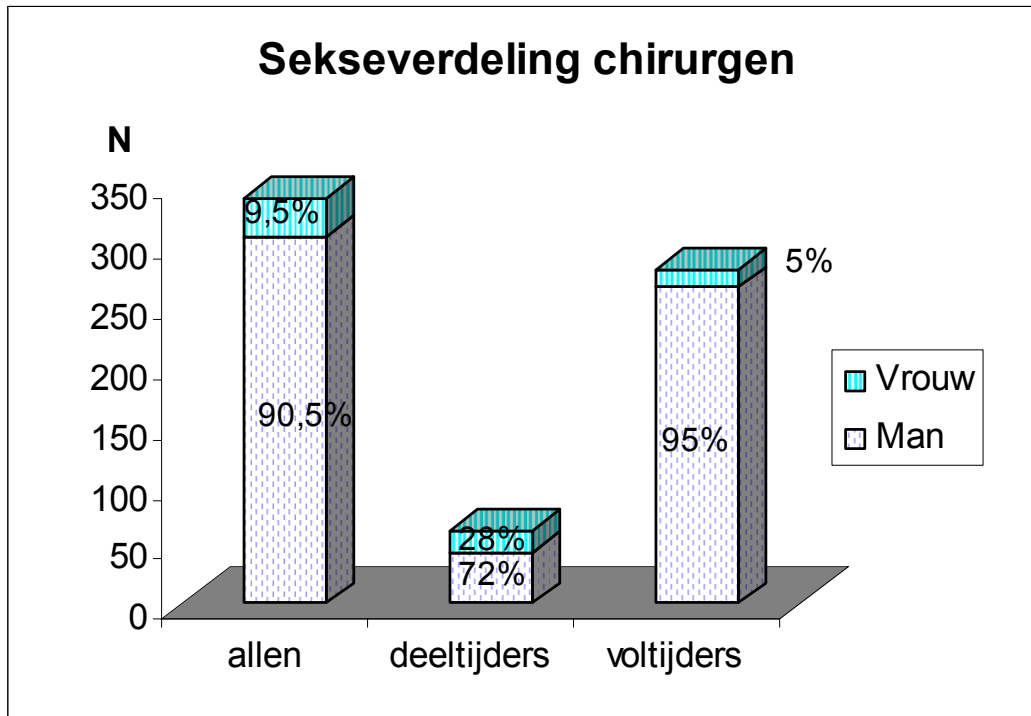
Werkzaamheden	Deeltijd (N = 60)			Voltijd (N=277)			Totaal
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal	
Patiëntgebonden activiteiten	31,6	29,3	30,9	37,6	34,1	37,4	36,2uur
Indirect patiëntgebonden	4,8	4,3	4,7	6,3	6,6	6,3	6,0 uur
Totaal patiëntgebonden activiteiten ¹	36,4	33,6	35,6	43,9	40,7	43,4	37,4uur
<i>Per full-time equivalent</i>	48,2	48,4	48,3	43,6	40,7	43,4	44,3 uur
Totaal niet-patiëntgebonden activiteiten ¹	7,7	5,1	7,0	9,8	8,7	9,7	9,3uur
<i>Per full-time equivalent</i>	8,9	8,7	9,5	9,8	8,7	9,8	9,7 uur
Totaal							
Totaal aantal uren per week werkzaam ¹	43,1	38,7	41,8	53,5	49,5	53,2	51,3 uur
<i>Per full-time equivalent</i> ¹	57,1	56,1	56,8	53,5	49,5	53,2	53,9 uur

¹ Totalen zijn niet exact de som van delen, omdat bij de berekening van gemiddelden de N varieert (missings niet meegenomen).

Geslacht en omvang werktijd

Slechts 9,5 % van de chirurgen is vrouw. Van de deeltijdwerkende chirurgen is ruim 28% vrouw (figuur 4.1). Bij de voltijders is slechts ruim 5% vrouw.

Figuur 4.1: Geslachtsverdeling onder deeltijd en voltijd werkende chirurgen



4.4 Motieven voor een deeltijd baan

In antwoord op de tweede subvraag over de belangrijkste motieven voor een deeltijdbaan, wordt meer tijd voor het gezin vaak genoemd: door 55% van de deeltijders en 63% van de voltijders die in principe in deeltijd willen werken (tabel 4.6). Voor de meeste mannen en vrouwen die in deeltijd werken of willen werken, is dit het belangrijkste motief. Opvallend veel mannelijke voltijders die deeltijd willen werken noemen dit motief (64%) en daarnaast ook erg veel vrouwelijke deeltijders (82%). Meer tijd voor sport, hobby en ontspanning komt als motief voor iedereen op de tweede plaats.

Tabel 4.6: Belangrijkste motieven van deeltijders om in deeltijd te werken en voor voltijders die in deeltijd willen werken naar geslacht, in procenten*

Motieven voor deeltijd werken	Man		Vrouw		Totaal	
	deeltijd (N=43)	voltijd die in deeltijd wil (N=158)	deeltijd (N=17)	voltijd die in deeltijd wil (N=12)	deeltijd (N=60)	voltijd die in deeltijd wil (N=170)
Meer tijd voor gezin, leefsituatie	44	64	82	50	55	63
Meer tijd voor vakliteratuur	5	6	0	8	3	6
Meer tijd voor onderzoek	2	6	0	8	2	6
Extra tijd voor bij- en nascholing	2	3	0	8	2	4
Meer tijd voor andere baan	2	1	0	8	2	1
Meer tijd voor bestuurlijke zaken/verenigingsactiviteiten	9	1	0	8	7	2
Meer tijd voor sport, hobby en ontspanning	23	45	24	17	23	43

* Kolommen tellen op tot meer dan 100% omdat meerdere motieven opgegeven kunnen zijn.

4.5 Verschillen in de houding ten aanzien van deeltijdwerken

In antwoord op de derde subvraag wordt hier de houding ten aanzien van deeltijdwerken vergeleken tussen voltijd- en deeltijdwerkenden. Aan dit onderwerp is in het tabellenboek reeds uitvoerig aandacht besteed. We beperken ons hier tot een categorisering van de meningen in positief, neutraal en negatief. (t-toetsen zijn gebruikt voor de toetsing van verschillen).

Tabel 4.7: Deeltijdoriëntatie naar omvang werktijd en geslacht (N=337)

Deeltijdoriëntatie ¹	Deeltijd(N=60)			Voltijd(N=277)			Totaal
	man %	vrouw %	totaal %	man %	vrouw %	totaal %	%
Positieve oriëntatie	46	75	53	14	11	14	* 21
Neutraal	37	25	34	38	67	40	39
Negatieve oriëntatie	17	0	13	48	22	47	40
Totaal	100	100	100	100	100	100	100

¹ Een ruime marge rondom de mediaan is gekozen voor de categorie 'neutraal' de hogere scores vormen de positieve categorie en de lagere de negatieve groep.

* Voltijders en deeltijders verschillen (t-waarde 5.92, p=.000).

De somscore van de hiervoor beschreven opvattingen over deeltijd werken geeft inzicht in de houding van chirurgen ten opzichte van deeltijd werken (tabel 4.7). De deeltijd-oriëntaties van voltijders en deeltijders zijn significant verschillend.

Uit tabel 4.7 blijkt dat 21% van de chirurgen een positieve deeltijdoriëntatie heeft. Meer deeltijders (53%) dan voltijders (14%) hebben een positieve deeltijdoriëntatie. Bij de deeltijdwerkenden hebben meer vrouwen dan mannen een positieve houding ten opzichte van deeltijd werken, maar bij de voltijdwerkenden is dat andersom. Een groot aantal

voltijdwerkende vrouwen (67%) heeft een neutrale houding ten aanzien van deeltijdwerken. Overigens zijn ook veel deeltijdwerkende mannen positief (46%), tegenover maar 14% van de voltijdwerkende mannen.

4.6 Mening over de organisatie van deeltijd werken

In antwoord op de vierde subvraag wordt hier ingegaan op de meningen van voltijders en deeltijders over de ervaren werkbelasting, de werkverdeling, efficiency, samenwerking en knelpunten in de organisatie van het werk. In het Tabellenboek 'Integratie deeltijdwerken medisch specialisten fase 1: problemen en knelpunten bij het invoeren van deeltijdwerken' (Jong de, et al., 2005) zijn de onderstaande meningen over de organisatie van het deeltijdwerken in volledig uitgewerkte tabellen weergegeven. Hier treft u slechts de toetsing van de verschillen in mening tussen voltijd- en deeltijdwerkenden aan (X^2 toets). Uiteraard hebben alleen voltijders die deeltijdcollega's hebben hier hun mening kunnen geven. Een deel van de voltijders heeft aangegeven deze vragen niet te kunnen beantwoorden, maar dat geldt ook voor een klein aandeel van de deeltijders.

Werkbelasting en werkverdeling

Over de vraag of er meer tijd nodig is voor verschillende taken als er deeltijd werkenden in het team zijn, zijn de meningen van voltijders en deeltijders op enkele punten verschillend. Meer voltijders dan deeltijders zijn van mening dat een aantal taken minder aandacht krijgen ($p = .04$) of ook dat taken langer blijven liggen ($p = .003$). Op 2 andere punten verschillen voltijders en deeltijders niet. Een op de drie voltijd werkenden geeft aan dat een toename van tijd die nodig is voor de overdracht een rol speelt, en een kwart van hen vindt ook dat de toegenomen consultatietijd een rol speelt. Iets minder deeltijders constateren hetzelfde.

Wat de werkverdeling tussen voltijders en deeltijders betreft, geven beide groepen aan dat zij zelf meer overvraagd worden dan de andere groep en daarin verschillen zij duidelijk van mening. Enerzijds vindt bijna een op de drie voltijders dat hun wekelijkse werklast is toegenomen nu er deeltijders in het team zijn. Van de deeltijders neemt slechts bijna een op de vijf deze toename bij de voltijders waar ($p = .000$). Anderzijds geeft ruim een op de drie deeltijders aan dat zij overuren maken om hun werk af te krijgen. Van de voltijd collega's geeft slechts een op de negen aan dat zij bij deeltijders overuren waarnemen ($p = .000$).

De vervanging door deeltijders bij zwangerschap biedt geen verschil van zienswijze, zowel door voltijders als deeltijders wordt dit fenomeen weinig waargenomen. Dat er meer flexibiliteit in de organisatie zou zijn door de aanwezigheid van deeltijd werkenden wordt wel weer verschillend ervaren. Een op de vijf deeltijders beaamt toegenomen flexibiliteit, maar het aandeel voltijders dat dit pluspunt constateert, is klein: 4% ($p = .000$).

De structuur van de organisatie en deeltijd werken

In het algemeen kan verondersteld worden dat in een team waar een of meer deeltijders werken er duidelijkheid moet zijn omtrent gezamenlijk overleg, de tijdstippen waarop vergaderd wordt, gemaakte afspraken en regels en de algemene planning en roostering.

Bij maatschappen met alleen maar voltijd werkenden kan deze formele kant van de samenwerking minder strak zijn, omdat men elkaar dagelijks kan aanspreken. Als deze formele structuur goed geregeld wordt in een maatschap, kan er efficiënt gewerkt worden. Daarnaast zijn faciliteiten zoals de elektronische communicatie een EPD (Elektronisch Patiënten Dossier) ondersteunend in de communicatie en kunnen deeltijders geïnformeerd blijven ondanks afwezigheid op bepaalde tijdstippen. In het algemeen is meer dan de helft van de deeltijders van mening dat van de formele aspecten van het werk een en ander wel geregeld is. Het voorhanden zijn van een EPD is daarop een uitzondering. Slechts een klein aandeel artsen, ook onder de voltijders geeft aan dat die faciliteit voorhanden is. Door de voltijd werkende chirurgen worden structurele maatregelen minder waargenomen, dan door deeltijders, met name het voorhanden zijn van structureel overleg ($p = .02$) en een goede planning en roostering ($p = .01$).

Vervolgens is nagegaan of de afspraken en regelingen die er zijn ook door iedereen geaccepteerd en gebruikt worden. Op alle aspecten van de formele structuur geven meer deeltijders dan voltijders aan dat deze ook door iedereen gebruikt worden ($p = .000$), met uitzondering van het gebruik van het EPD (de EPD's zijn weinig voorhanden en worden dus ook weinig gebruikt). Over de afspraken met betrekking tot samenwerking, het vasthouden aan vergadertijden en de medewerking van deeltijders aan een passende roostering geeft meer dan de helft van de deeltijders aan dat iedereen zich hieraan houdt. Over de aanwezigheid bij structureel overleg en het gebruikmaken van elektronische communicatie is minder dan de helft van de deeltijders positief. Op alle punten zijn de voltijders minder positief en geeft maar een op de drie en in het geval van aanwezigheid bij structureel overleg zelfs maar een op de vijf aan dat er gebruik gemaakt wordt van gemaakte afspraken en regelingen.

Knelpunten met betrekking tot deeltijd werken

Dat er knelpunten zijn ten gevolge van het deeltijd werken, wordt niet door grote aantallen voltijders en deeltijders aangegeven. Wel geven significant meer voltijders dan deeltijders aan dat zij een knelpunt zien in de overdracht die complexer is geworden ($p = .004$). En de roostering van klinische taken wordt door meer deeltijders als probleem gezien ($p = .007$).

Steun voor deeltijd werken binnen de maatschap

Over de wijze waarop binnen de maatschap steun verleend wordt aan het deeltijd werken zijn de waarnemingen van voltijders en deeltijders verschillend op drie punten. Het feit dat het deeltijd werken in de maatschap bespreekbaar is en de roostering van deeltijders goed verloopt, wordt door driekwart van de deeltijders beaamd, terwijl maar ongeveer 40% van de voltijders dit constateert (significant verschil tussen beide groepen respectievelijk $p = .000$ en $p = .001$). Dat het werken in deeltijd gestimuleerd wordt in de maatschap wordt nauwelijks genoemd bij beide groepen, maar wel meer door de deeltijders ($p = .000$). De bewering dat deeltijders dezelfde faciliteiten hebben als voltijders wordt door voltijders (42%) en deeltijders (67%) beaamd, maar dit verschil is niet significant. Er wordt door beide groepen nauwelijks geconstateerd dat de vergaderroosters aangepast worden aan de werktijden van deeltijders (ongeveer 10%).

Relatie tussen ervaren werkbelasting en tevredenheid en invloed van sturingsmogelijkheden in de organisatie van het werk

In antwoord op de vraag naar de relatie tussen de ervaren werkbelasting en tevredenheid over het werk is een regressie-analyse uitgevoerd (tabel 4.8).

Bij het analyseren van de relatie tussen ervaren werkbelasting en tevredenheid is van een vijftal sturingsmogelijkheden in de organisatie van het werk nagegaan hoeveel invloed zij hebben op die relatie. Het betreft de perceptie van de steun in de maatschap, de verdeling van het werk tussen voltijders en deeltijders, het samenwerken tussen voltijders en deeltijders, de ervaren efficiency, en het aantal knelpunten dat men constateert door het werken in deeltijd. In het kader van het model naar analogie van Karasek is eerst nagegaan hoeveel variantie in tevredenheid verklaard wordt door werkbelasting (na controle voor individugerelateerde factoren) en vervolgens zijn de sturingsmogelijkheden ingevoerd.

Tabel 4.8: Relatie tussen meningen over de organisatie van het deeltijdwerken en tevredenheid met het werk (Regressie-analyse stepwise)

	Voltijders			Deeltijders			Allen		
	B	p	R ² Ch	B	p	R ² Ch	B	p	R ² Ch
1. Leeftijd	-.16			-.37			-.16		
Sekse	-.03		.001	-.28		.07	.008		
Omvang werkweek							.10		.01
2. Partner	.01			.46			.16		
Kinderen	.15		.02	-.07		.22	.10		.05
3. Houding ten aanzien van deeltijdwerken	-.12		.002	-.003		.03	-.04		.01
4. Werkbelasting	-.22		.06	-.34		.08	-.24	.02	.06
5. Steun van de maatschap	.30	.02		-.02			.23	.03	
Werkverdeling	.17			-.15			.06		
Efficiency	.04			-.07			-.03		
Samenwerking	.14			-.08			.004		
Knelpunten	-.09		.08	.08		.04	-.02		.04

Zoals blijkt uit tabel 4.8 heeft de ervaren werkbelasting naar aanleiding van het deeltijdwerken een negatieve invloed op de tevredenheid van chirurgen. De steun in de maatschap voor deeltijdwerken heeft daarentegen een positief effect op de tevredenheid. Een interactie-effect tussen werkbelasting en steun werd niet gevonden.

Bij de voltijdwerkenden is alleen een positief effect vanuit de ervaren steun van de maatschap op de tevredenheid geconstateerd. Bij de deeltijdwerkenden wordt geen invloed van de ervaren werkbelasting of beïnvloedende sturingsmogelijkheden in het werk en ook niet van individugebonden factoren op de tevredenheid gevonden. Hierbij moet aangetekend worden dat het aantal deeltijders gering is.

4.7 Voorkeuren voor deeltijdvarianten

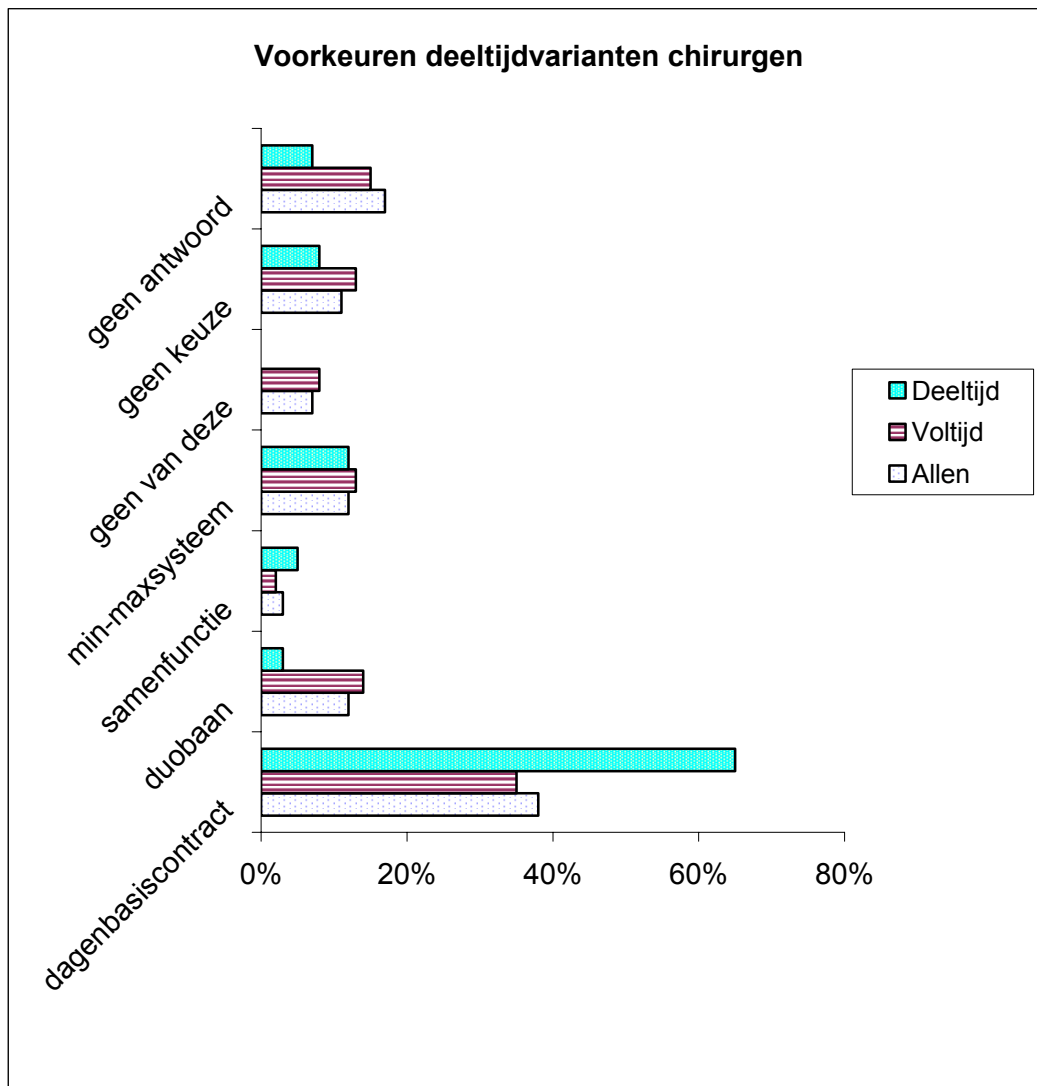
Aan alle deeltijders en voltijders is gevraagd hun mening te geven over de deeltijdvorm die hen het meest geschikt lijkt. In het tabellenboek dat in het voorjaar verscheen (Jong de, et al., 2005) zijn naast de voorkeuren van artsen ook de voor- en nadelen die zij aan de verschillende varianten konden zien weergegeven. Hier wordt alleen het verschil tussen

voltijders en deeltijders bekeken en getoetst. Het is duidelijk dat veel artsen de voorkeur geven aan een stabiele aanwezigheid van deeltijders. 38% noemt het dagenbasiscontract als de meeste geschikte vorm. Dat wil zeggen dat men liefst met deeltijdwerkenden samenwerkt die op vaste dagen of dagdelen in de week aanwezig zijn. Van de deeltijders kiest 65% deze deeltijdvariant.

Voor de duobaan en ook het min-maxsysteem kiest verder een op de acht chirurgen en een op de tien heeft een voorkeur voor de variant van het min-maxsysteem. Deze variant houdt in dat deeltijders in tijden van hoge werklast bereid zijn om hun verminderde werktijden tijdelijk uit te breiden. Van de deeltijders vraagt dit een bepaalde mate aan flexibiliteit.

De voltijders geven significant meer de voorkeur aan een duobaan dan de deeltijders ($p = .02$) en de deeltijders kiezen meer voor het dagenbasiscontract in vergelijking met voltijders ($p = .000$).

Figuur 4.2: Voorkeuren deeltijdvarianten van alle chirurgen (N= 337), voltijdwerkenden (N=277) en deeltijdwerkenden (N=60)



4.8 Arbeidsproductiviteit chirurgen

Voor de bespreking van de arbeidsproductiviteit van vrijgevestigde chirurgen is per productiecategorie een grafiek opgesteld. Daarnaast is ook voor de samengestelde maat (berekend aan de hand van een aantal van de afzonderlijke productiecijfers voor arbeidsproductiviteit) een grafiek gegeven. Verder is gekeken naar het gemiddelde aantal verpleegdagen en ook deze zijn weergegeven in een grafiek. Deze grafieken zijn opgenomen in Bijlage 1: Arbeidsproductiviteit. Per grafiek is een tekst met uitleg toegevoegd en wordt per productiecategorie het resultaat beschreven. De punten in de grafiek geven de arbeidsproductiviteit van een bepaalde maatschap weer. Deze punten hebben een nummer dat uniek is voor een maatschap. Hoe hoger het nummer van de maatschap hoe hoger het gemiddeld aantal fte voor de chirurgen in die maatschap. Als gegevens van een bepaald ziekenhuis voor een bepaalde categorie ontbreken zal dat nummer niet in de grafiek voorkomen. Het gemiddelde over alle maatschappen waarvan de arbeidsproductiviteit bekend is wordt weergegeven door middel van een lijn. Per productiecategorie is antwoord gegeven op de volgende, reeds bij de vraagstelling genoemde, vraag:

Zijn er verschillen in arbeidsproductiviteit tussen maatschappen met deeltijders en maatschappen met alleen maar voltijders?

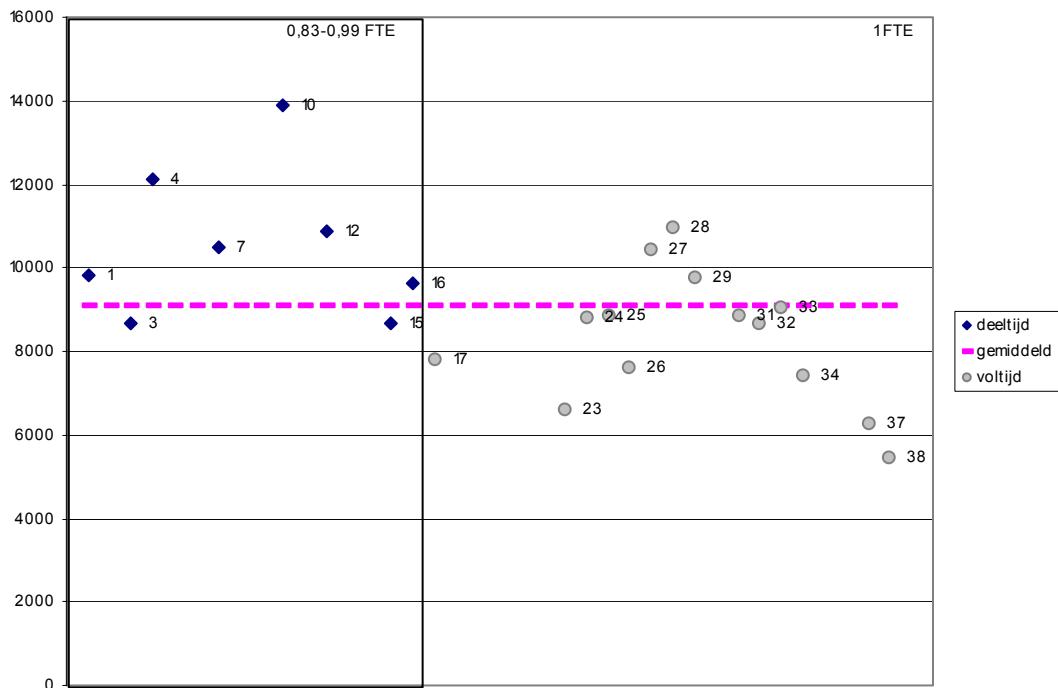
In het algemeen valt bij elke productiecategorie op dat er grote verschillen zijn tussen maatschappen. Maar die verschillen zijn niet eenduidig als maatschappen met alleen voltijders vergeleken worden met maatschappen met deeltijders.

Hieronder in figuur 4.3 is bij wijze van voorbeeld de totale productie weergegeven, inclusief de beschrijving van de resultaten.

Totale productie

Een berekende maat aan de hand van eerste polikliniekbezoeken, herhaalconsulten, dagbehandelingen en klinische opnamen. Met behulp van gewichten is de totale productie berekend, de gewichten zijn respectievelijk 1, 0,6, 2,1 en 4,3 (Prismant 2000).

Figuur 4.3: Totale productie per fte



In figuur 4.3 staat de totale productie per fte weergegeven. Punt nummer 1 tot en met nummer 16 betreffen maatschappen waar de chirurgen gemiddeld minder dan 1 fte werken (deeltijd). Punt nummer 1 geeft de maatschap weer waarbij gemiddeld het minste fte wordt gewerkt en punt nummer 16 de maatschap waar gemiddeld het meeste fte (maar nog geen 1 fte) wordt gewerkt. In maatschap nummer 17 tot en met maatschap nummer 37 werken alle chirurgen 1 fte (voltijd). Maatschappen met de nummers 1,7,8,10-12,14-16, 21,24,26,27,30,31,37,38 hebben agio's. Maatschappen met de nummers 2,5,6,13,17-19,28,29,34,35 hebben geen agio's. Van de overige maatschappen is het onbekend.

Algemeen valt op dat er grote verschillen zijn tussen maatschappen. Meer specifiek en in antwoord op de onderzoeksvraag zien we dat er geen eenduidige verschillen zijn tussen maatschappen met deeltijders en maatschappen met alleen maar voltijders.

4.9 Samenvatting en conclusies

Het werken in deeltijd wordt inmiddels door 18% van de chirurgen gerealiseerd. Een groot deel van de mannelijke chirurgen (86%) heeft een voltijdbaan, maar onder de vrouwelijke collegae is het aandeel voltijders iets minder dan de helft (ruim 48%). Daarnaast kan geconstateerd worden dat onder de voltijders grote belangstelling is voor een deeltijdbaan, 61% van hen zou in principe een deeltijdbaan willen hebben.

In de responsgroep is de sekseverhouding bij de deeltijders: 28% vrouw en 72% man. Ook bij de voltijders zijn mannen in de meerderheid. In de leeftijdsopbouw zijn er grote verschillen tussen de vrouwelijke en mannelijke deeltijders. Van de vrouwen is 88% 45 jaar of jonger en van de mannen is bijna 80% ouder dan 45 jaar.

Gelet op de kenmerken van voltijd- en deeltijdbanen hebben de chirurgen gemiddeld een grote deeltijdbaan (0.75 fte). De investeringen van deeltijders in uren liggen gemiddeld per fte in een week hoger dan bij de voltijders, respectievelijk 56.8 en 53.2 uur per fte; het betreft geen significant verschil. Dit verschil betekent dat deeltijders naar verhouding gemiddeld meer extra uren investeren buiten hun formele werktijd, met name in patiëntgebonden taken.

Betreffende de ureninvestering van de deeltijders, kan geconcludeerd worden dat de minimale ureninvestering per week die het Centraal College Medische Specialismen hanteert, namelijk 20 uur besteed aan patiëntgebonden taken, ruimschoots gehaald wordt door deeltijdwerkenden. In dit onderzoek is niet verder ingegaan op andere eisen voor herregistratie. In dit kader wordt namelijk ook vereist dat deeltijdwerkende chirurgen evenveel uren als voltijders besteden aan het bijhouden van hun vakkennis middels congressen, conferenties en symposia.

De motivatie voor de deeltijdbaan ligt voor mannen, vrouwen, deeltijders en ook de voltijders die in deeltijd zouden willen werken in dezelfde lijn. De meesten wensen meer tijd te besteden aan hun gezin. Meer dan 50% van bovengenoemde categorieën noemt dit motief. De deeltijdwerkende vrouwen en de voltijdwerkende mannen die in deeltijd willen werken noemen dit motief het meest, respectievelijk 82% en 64%.

Op de tweede plaats is meer tijd voor ontspanning en sport voor iedereen een belangrijk motief.

Verder is gekeken naar de houding van de chirurgen ten aanzien van deeltijd werken. 21% van hen is positief, onder deeltijders ligt het aantal chirurgen met die positieve houding relatief hoger (53%). Bij de voltijders is het aantal dat een neutrale of negatieve houding heeft verreweg in de meerderheid.

Wat de meningsvorming betreft, was deze fase 1 van het project vooral gericht op de meningen over de organisatie van het deeltijd werken. In het algemeen zijn meer voltijders dan deeltijders minder positief over een aantal zaken. Zo geeft een op de drie voltijders aan dat de werkbelasting en de werkverdeling tengevolge van deeltijd werken in hun nadeel uitwerkt. Voltijders noemen vooral vaker dat een aantal taken minder aandacht krijgen en ook dat taken langer blijven liggen. Deeltijders geven dit in mindere mate aan, bovendien vinden de deeltijders dat de werkverdeling voor hen nadelig uitpakt en dat zij overuren maken om hun werk af te krijgen.

Over de formele regelingen in de organisatie is ruim de helft van de deeltijders positief. Bij de deeltijders is zelfs bijna drie van de vier artsen positief over het feit dat er structureel overleg is, ook over de roostering en planning en eveneens over de faciliteiten voor elektronische communicatie. Bij de voltijders constateert ruim 1 op de 3 artsen deze voorzieningen (zie ook het Tabellenboek, 2005).

Over het nakomen van afspraken op bovengenoemde punten is weer ruim de helft van de deeltijders en een op de drie voltijders positief. Op een punt reageert slechts een op de vijf voltijders positief. Dit betreft het punt dat iedereen tijdens structureel overleg aanwezig is. Elektronische communicatie blijkt overigens nog niet volop gebruikt te worden, minder dan de helft van de deeltijders en minder dan een kwart van de voltijders con-

stateert dat het gebruikt wordt. Het Elektronisch Patiënten Dossier is nog vrijwel niet voorhanden bij chirurgen.

Het aantal chirurgen dat nog extra knelpunten constateert in verband met deeltijd werken, is niet groot. Drie aspecten worden genoemd. Ten eerste de constatering dat de overdracht complexer is geworden: dit noemen meer voltijders dan deeltijders; ten tweede wordt de roostering van klinische taken van de deeltijders benoemd als een lastig punt en ten derde benoemt een ruime 10 % van beide groepen de afwezigheid van deeltijders als knelpunt. In het algemeen constateert ongeveer 40% van de voltijders en tussen de 65% en 80% van de deeltijders dat er steun is in de maatschap voor het werken in deeltijd. Dat het deeltijd werken gestimuleerd wordt in de maatschap constateren er maar weinig. Ook het aanpassen van de vergaderroosters aan de aanwezigheid van de deeltijders wordt weinig signaleerd.

In antwoord op de vraag of de wijze waarop deeltijd werk georganiseerd wordt, invloed heeft op de tevredenheid blijkt dat alleen dat de werkbelasting door de extra tijd die deeltijd werken kost een negatief effect heeft. De steun vanuit de maatschap voor het werken in deeltijd heeft een positief effect op de tevredenheid.

Vervolgens is ook aan alle chirurgen gevraagd hun mening te geven over de deeltijdvorm die hen het meest geschikt lijkt. De grootste voorkeur vooral ook bij deeltijders gaat uit naar de meest stabiele vorm, namelijk een dagenbasiscontract. De vastliggende aanwezigheid van de deeltijders is bij deze variant het meest kenmerkend. Voor de duobaan kiest een op de zeven voltijders. En een op de acht voltijders en deeltijders kiest het min-max-systeem.

In antwoord op de vraag naar de invloed van het deeltijdwerken op de arbeidsproductiviteit kan geconcludeerd worden dat het voor de arbeidsproductiviteit niet uitmaakt dat er deeltijders zijn. Wel zijn er grote verschillen in arbeidsproductiviteit tussen maatschappen in verschillende ziekenhuizen, maar er zijn geen eenduidige verschillen tussen maatschappen met deeltijders en maatschappen met alleen voltijders.

Samengevat zijn de belangrijkste conclusies dat

- veel voltijders in principe in deeltijd willen werken;
- deeltijders gerelateerd aan hun formele contract (fte) gemiddeld een paar uur meer per fte werken dan voltijders (geen significant verschil);
- de arbeidsproductie van maatschappen met deeltijders en maatschappen zonder deeltijders niet verschilt;
- de meningsvorming over elkaars investeringen in tijd wel verschilt;
- de werkbelasting door de extra tijd ten gevolge van deeltijdwerken een negatief effect heeft op de tevredenheid met het werk en de steun voor deeltijdwerken binnen de maatschap een positief effect.

Op basis van deze gegevens over fase 1 en fase 2 samen met gegevens uit fase 3 is een 'Checklist deeltijdwerken medisch specialisten' ontwikkeld. U vindt deze checklist op de website van de Orde van Medisch Specialist: www.hrmedisch-specialisten.nl, onder: *Handboek HRMedisch Specialisten*, URL: <http://www.hrmedisch-specialisten.nl/>

[Artikel.aspx?id=70&aid=122](#) of ook op de NIVEL-site: http://www.nivel.nl/pdf/Checklist_deeltijdwerken_medisch_specialisten.pdf.

Literatuur

- Baars, I.J., Molema, J.J.W., Groothuis, S., Hasman, A., Jacobs, M.J.H.M., Vermaeten, G.J. & Merode, G.G.. *Deeltijdwerk geen half werk. Medisch contact*, 59 (23), 942-945, 2004.
- Baas, L.J.C., Produkttypering medisch-specialistische ziekenhuiszorg: een uitdaging voor de specialist in het ziekenhuis van overmorgen. *Medisch Contact* nr. 11, 1996.
- Capaciteitsorgaan. *Capaciteitsplan 2003, een tussenbalans*. Utrecht: Capaciteitsorgaan, August 2003.
- Demenint-de Jongh M. 1989. Arbeidsduur, organisatie en emancipatie. Over de kwaliteit van deeltijdarbeid. Culemborg: Lemma B.V. (diss.).
- Centraal College Medische Specialismen. 2003. *Kwantitatieve eisen en voorwaarden inzake herregistratie van medisch specialisten*. KNMG: Utrecht (inclusief wijziging 17 juni 2003).
- Doorne-Huiskens, A. van & C.de Olde.1993. Deeltijdarbeid in leidinggevende functies. *Sociaal Maandblad Arbeid*, nr. 4;. 437-454.
- Flap, H. & Völker, B. 2001. Goal specific social capital and job satisfaction. Effects of different types of networks on instrumental and social aspects of work. *Social Networks*, 23, 297-320.
- Griffin, R.W., & Bateman, T.S. 1986. Job satisfaction and organizational commitment. In: Cooper, C.L., & Rolertson, I. (eds.). *International review of Industrial and Organizational Psychology 1986*. Chichester: Wiley.
- Halma C, Graaf H de, Laamhuis MP. Deeltijddokters zijn halve dokters. *Medisch Contact*; 58, 2003.
- Harmsen J. e.a. 1996. *Rapportage arbeidsmarkt Zorgsector. (Deel 1)*, Den Haag: VWS.
- Hayden, A. 1999. Work-time reduction and the Dutch economic miracle: Paper presented to the conference of the Progressive Economics Forum and Socialist Studies Association of Canada. *Congress of Social Sciences and Humanities*, 1-19.
- Heiligers, Ph.J.M., L. Hingstman en J.T.C. Marrée .1997. *Inventarisatie deeltijdwerken onder artsen*. Utrecht:NIVEL, KNMG.
- Heiligers PJM, Hingstman L. 2000. Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists, in *Social Science & Medicine*, 50 , 1235-1246.
- Heiligers, Ph.,.Werken in deeltijd: slechts weinig specialisten kiezen de beste variant. *Medisch Contact*, 47, 2001.
- Heiligers PJM, Hingstman L. *Quick scan deeltijd werken medisch specialisten*. Utrecht: NIVEL. 2003.
- Heiligers, Phil & Jong de Judith. Baanbrekend werk: voorkeuren van medisch specialisten voor werken in deeltijd. *Medisch Contact*, 7, 274-275., 2005.
- Heymans R, Du Moulin M. *Van basisarts tot medisch specialist (M/V)*, Maastricht: Universiteit van Limburg. 1996.

- Hilten O van, Kleinma F, Langenberg H, Warns P. Productie, arbeid en productiviteit in de zorgsector. *Economische Statistische Berichten*, 10 februari. 2005.
- Hingstman L, Kenens R, Windt W van der, Talma HF, Meihuizen HE, Josten EJC. *Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2003*. Tilburg: OSA-publicatie ZW 48. 2003.
- Jong J de, Heiligers P, Hingstman L. *Tabellenboek Integratie deeltijdwerken medisch specialisten fase 1. Problemen en knelpunten bij het invoeren van deeltijdwerken*. Utrecht: NIVEL. 2005.
- Jong JD de, Heiligers P, Groenewegen PP, Hingstman L. Why are some medical specialists working part-time, while others work full-time? *Health Policy* In publicatie.
- Jong JD de, Heiligers P, Groenewegen PP, Hingstman L. Part-time and full-time medical specialists, are there differences in allocation of time? *BMC Health Services Research* Ingediend.
- Jonge, J. de, et al. 2003. Psychosociale theorieën over werkstress. In : Schaufeli, W. *De psychologie van arbeid en gezondheid*. Houten/Mechelen: Bohn Stafleu Van Loghum, p. 41-62.
- Keizer, M. 1997. *De dokter spreekt. Professionaliteit, gender en uitsluiting in medische specialismen*. Dissertatie Universiteit Utrecht. Delft:Eburon.
- Kalleberg, A.L. & Buren, M.E. 1996. Is bigger better? Explaining the relationship between organization size and job rewards. *American Sociological Review*, 61, 47-66.
- Karasek, R., T. Theorell .1990. *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*, Basic Books.
- Lier MHM van, Hoopen LW ten, Verheij F. Van nood tot deugd. *Medisch Contact*; 39, 2004.
- Loen, C.D. van, P. van Schilfgaarde.1990. Flexibiliteit binnen stabiele arbeidsrelaties, mogelijkheden van interne arbeidsflexibiliteit. Stichting Management Studies, Assen/Maastricht:Van Gorcum, p.36-37.
- Ministerie van WVC .1985. *Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening*. Tweede Kamer, vergaderjaar 1984-1985, 18920, nrs. 1-2.
- NIV-werkgroep, *Deeltijdwerk en Maatschappelijke veranderingen*, Rapport Deeltijd, 2000.
- Noordenbos G, Winants Y. *Feiten en fricties. Sekse-asymmetrieen in zorgsystemen* Maastricht: Uniprint, University of Limburg. 1994.
- Olde, C. de, 1992. *Leidinggeven in deeltijd: ervaringen uit de praktijk*. Den Haag: Vuga.
- Prismant. *Gezondheidszorg in Tel 2001*. Utrecht: Prismant. 2000.
- Sanders, K., Nauta, A. & Koster, F. 2002. De invloed van tevredenheid met type en omvang van het contract op de betrokkenheid van medewerkers. *Gedrag & Organisatie*, 15, 6, 456-471.
- Schoenmaker, N., A. van Gageldonk, M. Demenint & A. van Vianen, 1981 *Deeltijdarbeid in bedrijf*. Alphen a.d. Rijn:Samson.
- SEO. *Morgen zonder zorg(en)? Arbeidsproductiviteit en innovatieve kracht in de zorg*. Amsterdam: SEO. 2005.
- SER. 1990. AMvB. Advies van de SER inzake het voorstel voor een werk- en rusttijdenregeling voor assistent-geneeskundigen en verloskundigen , *Staatsblad*, augustus 1992.

Thierry, Hk. & Jansen, B. 1997. Arbeidstijd en arbeidsgedrag. In Drenth, P.J.D., Thierry, Hk. & de Wolff, Ch.J. (Eds.), *Nieuw handboek arbeids- en organisatiepsychologie* (pp.-). Bohn Stafleu Van Loghum: Houten/Diegem.

Vange N van der, Vriend M, Slootman KCP, Heiligers P. Medisch specialisten willen geen full-time baan. *Medisch Contact*; 58, 2003.

Velden LFJ van der, Meulen DM van der, Hingstman L. *Werklastmeting radiologen*. Utrecht: NIVEL. 1998.

Velden LFJ van der, Hingstman L, Nienoord-Bure CD, Berg van den MM. *Vraag en aanbod artsen: raming 2000-2010*. Utrecht: Nivel, 2001.

Velden LFJ van der, Bennema-Broos M, Hingstman L. *Monitor arbeidsmarkt chirurgen 2001*. Utrecht: NIVEL. 2002.

Vianen A. van, H. Schalekamp en E. Schokkingen-Siegerist .1984. *Deeltijdarbeid: wijs of onwijs? Onderzoek naar deeltijdarbeid in het onderwijs*. Leiden: RUL, Min. van O&W.

Voogd J. de & H. Stijnen .1996. *De arbeidsmarkt van internisten*. Rotterdam: NEJ, Stichting Het Nederlands Economisch Instituut.

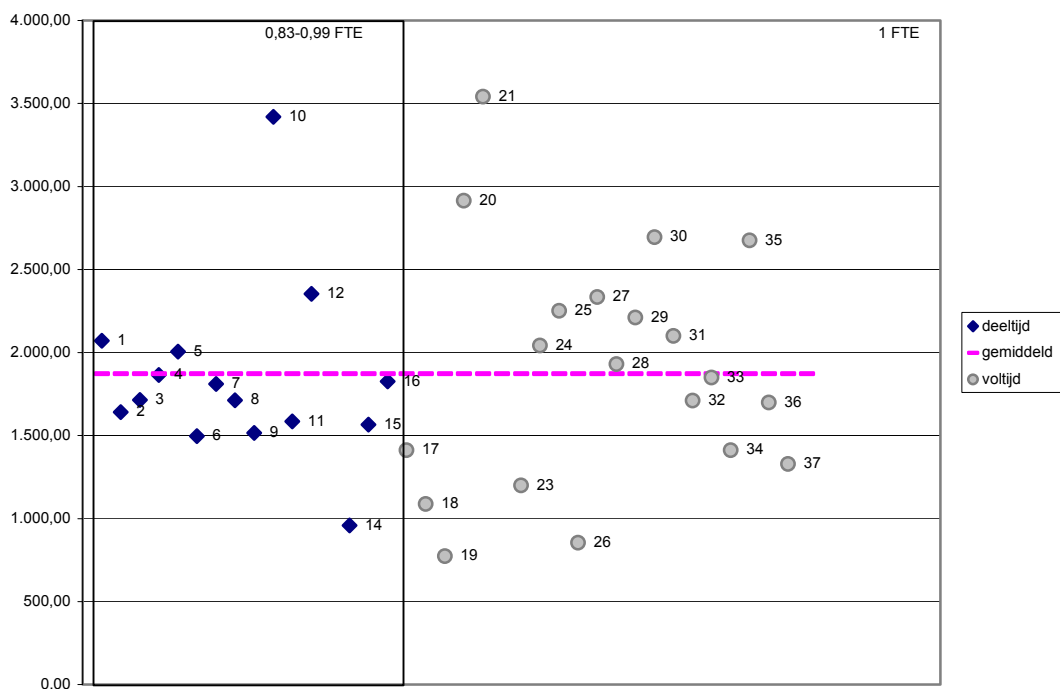
Winants Y. Inwijding van vrouwelijke en mannelijke co-assistenten in medische beroeps cultuur. In: Noordenbos G, Winants Y. *Feiten en fricties. Sekse-asymmetrieen in zorgsystemen* Maastricht: Uniprint, University of Limburg. 1994.

Bijlage 1: arbeidsproductiviteit chirurgen

1. Totaal aantal eerste poliklinische consulten

Een polikliniekbezoek van een patiënt die voor de eerste maal een medisch specialist van een bepaald poortspecialisme consulteert. Er mag wederom (voor deze patiënt) een eerste polikliniekbezoek worden geregistreerd indien in de 12 maanden voorafgaande aan het bezoek geen eerste polikliniekbezoek bij dat poortspecialisme is geregistreerd.

Figuur 1.1: Totaal aantal eerste poliklinische consulten per fte



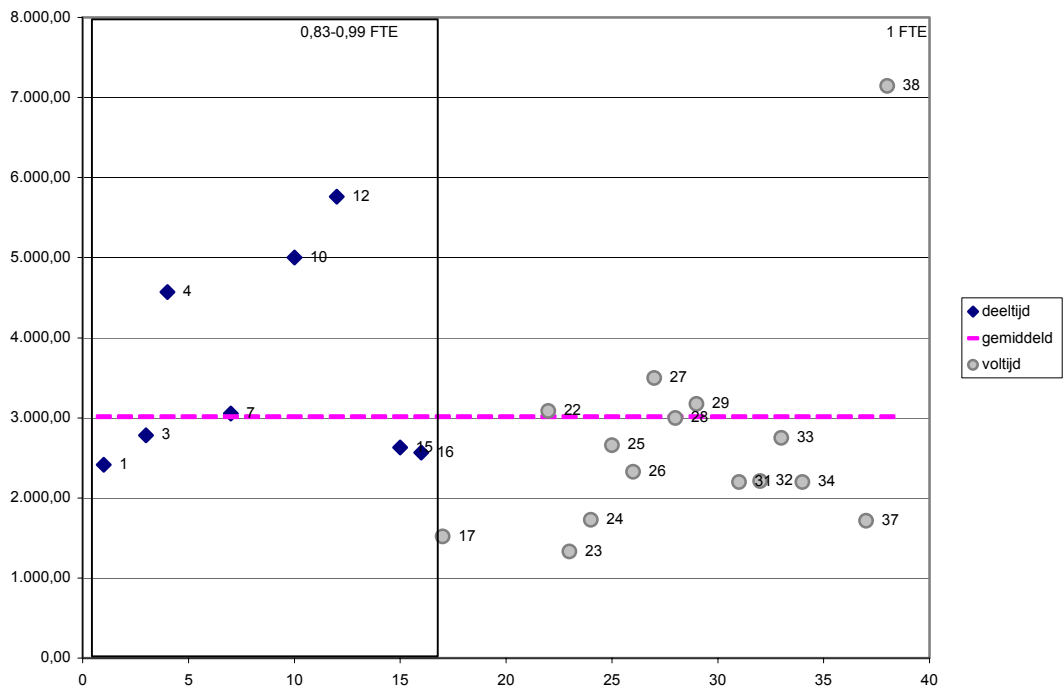
In figuur 1.1 staat het totaal aantal eerste poliklinische consulten per fte weergegeven. Punt nummer 1 tot en met nummer 16 betreffen maatschappen waar de chirurgen gemiddeld minder dan 1 fte werken (deeltijd). Punt nummer 1 geeft de maatschap weer waarbij gemiddeld het minste fte wordt gewerkt en punt nummer 16 de maatschap waar gemiddeld het meeste fte (maar nog geen 1 fte) wordt gewerkt. In maatschap nummer 17 tot en met maatschap nummer 37 werken alle chirurgen 1 fte (voltijd). Maatschappen met de nummers 1,7,8,10-12,14-16, 21,24,26,27,30,31,37,38 hebben agio's. Maatschappen met de nummers 2,5,6,13,17-19,28,29,34,35 hebben geen agio's. Van de overige maatschappen is het onbekend.

Algemeen valt op dat er grote verschillen zijn tussen maatschappen. Meer specifiek en in antwoord op de onderzoeksvraag zien we dat er geen eenduidige verschillen zijn tussen maatschappen met deeltijders en maatschappen met alleen maar voltijders.

2. Totaal aantal herhaalconsulten

Een herhaalconsult is een consult waarbij een patiënt een medisch specialist consulteert binnen 12 maanden na een eerste polikliniekbezoek.

Figuur 1.2: Totaal aantal herhaalconsulten per fte



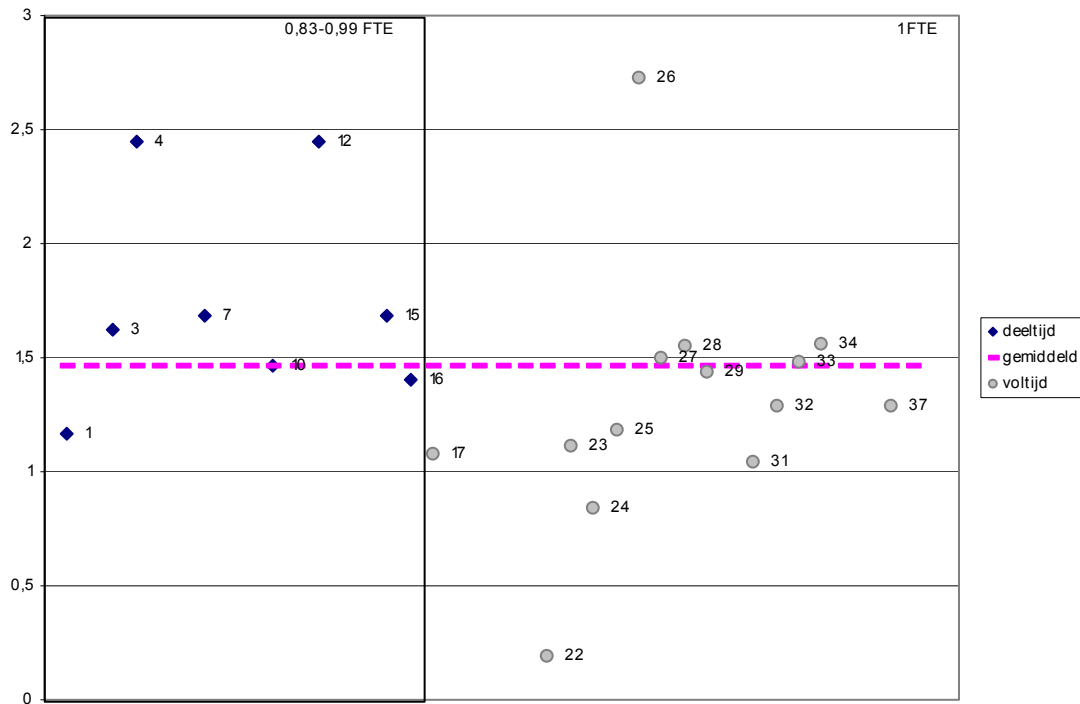
In figuur 1.2 staat het totaal aantal herhaalconsulten per fte weergegeven. Punt nummer 1 tot en met nummer 16 betreffen maatschappen waar de chirurgen gemiddeld minder dan 1 fte werken (deeltijd). Punt nummer 1 geeft de maatschap weer waarbij gemiddeld het minste fte wordt gewerkt en punt nummer 16 de maatschap waar gemiddeld het meeste fte (maar nog geen 1 fte) wordt gewerkt. In maatschap nummer 17 tot en met maatschap nummer 37 werken alle chirurgen 1 fte (voltijd). Maatschappen met de nummers 1,7,8,10-12,14-16, 21,24,26,27,30,31,37,38 hebben agio's. Maatschappen met de nummers 2,5,6,13,17-19,28,29,34,35 hebben geen agio's. Van de overige maatschappen is het onbekend.

Algemeen valt op dat er grote verschillen zijn tussen maatschappen. Meer specifiek en in antwoord op de onderzoeksvraag zien we dat er geen eenduidige verschillen zijn tussen maatschappen met deeltijders en maatschappen met alleen maar voltijders.

3. Herhaalfactor

Een berekende maat uit het aantal eerste polikliniekbezoeken en het aantal herhaalconsulten waarbij het aantal herhaalconsulten wordt gedeeld door het aantal eerste polikliniekbezoeken.

Figuur 1.3: Herhaalfactor

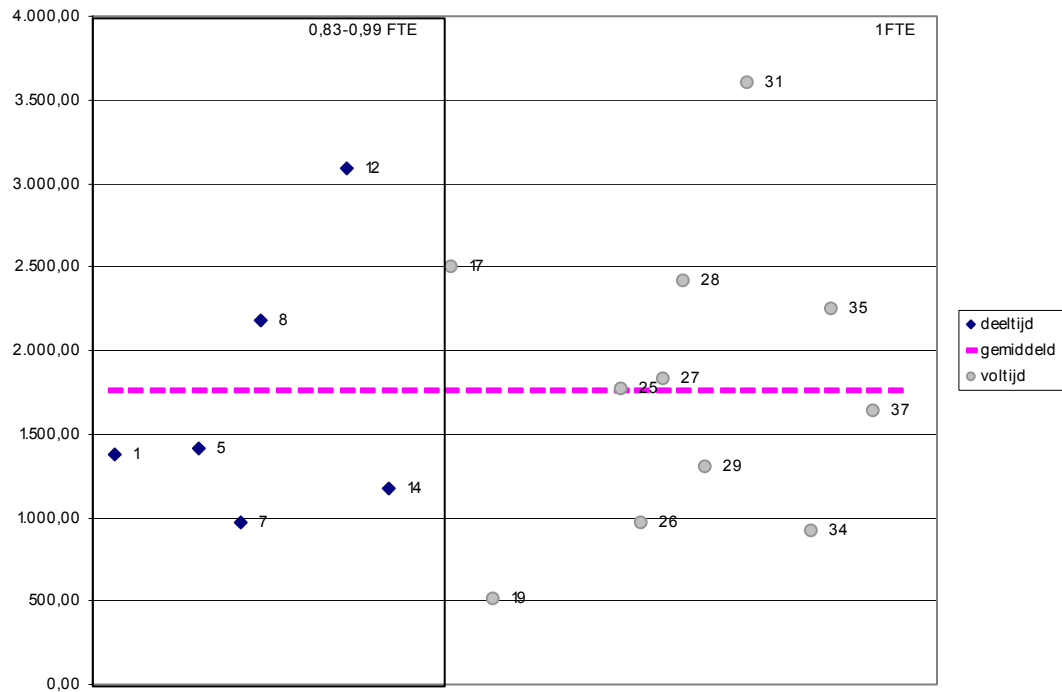


In figuur 1.3 staat de herhaalfactor weergegeven. Punt nummer 1 tot en met nummer 16 betreffen maatschappen waar de chirurgen gemiddeld minder dan 1 fte werken (deeltijd). Punt nummer 1 geeft de maatschap weer waarbij gemiddeld het minste fte wordt gewerkt en punt nummer 16 de maatschap waar gemiddeld het meeste fte (maar nog geen 1 fte) wordt gewerkt. In maatschap nummer 17 tot en met maatschap nummer 37 werken alle chirurgen 1 fte (voltijd). Maatschappen met de nummers 1,7,8,10-12,14-16, 21,24,26,27,30,31,37,38 hebben agio's. Maatschappen met de nummers 2,5,6,13,17-19,28,29,34,35 hebben geen agio's. Van de overige maatschappen is het onbekend.

Algemeen valt op dat er grote verschillen zijn tussen maatschappen. Meer specifiek en in antwoord op de onderzoeksvraag zien we dat er geen eenduidige verschillen zijn tussen maatschappen met deeltijders en maatschappen met alleen maar voltijders.

4. Totaal aantal behandelingen eerste hulp chirurgie

Figuur 1.4: Totaal aantal behandelingen eerste hulp chirurgie per fte



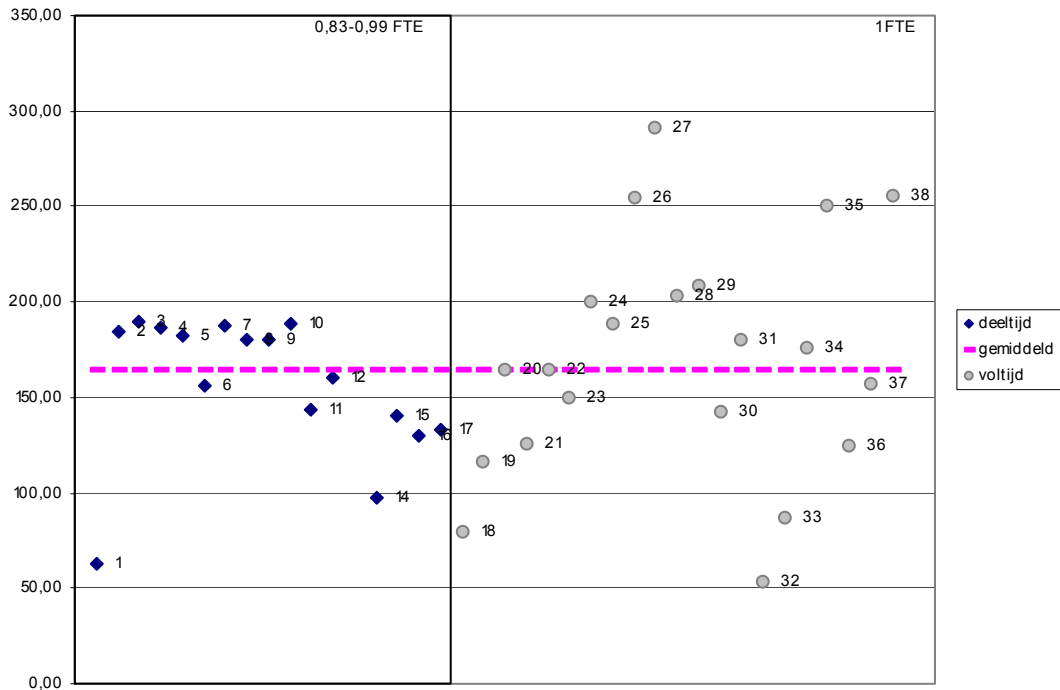
In figuur 1.4 staat het totaal aantal behandelingen eerste hulp chirurgie per fte weergegeven. Punt nummer 1 tot en met nummer 16 betreffen maatschappen waar de chirurgen gemiddeld minder dan 1 fte werken (deeltijd). Punt nummer 1 geeft de maatschap weer waarbij gemiddeld het minste fte wordt gewerkt en punt nummer 16 de maatschap waar gemiddeld het meeste fte (maar nog geen 1 fte) wordt gewerkt. In maatschap nummer 17 tot en met maatschap nummer 37 werken alle chirurgen 1 fte (voltijd). Maatschappen met de nummers 1,7,8,10-12,14-16, 21,24,26,27,30,31,37,38 hebben agio's. Maatschappen met de nummers 2,5,6,13,17-19,28,29,34,35 hebben geen agio's. Van de overige maatschappen is het onbekend.

Algemeen valt op dat er grote verschillen zijn tussen maatschappen. Meer specifiek en in antwoord op de onderzoeksvraag zien we dat er geen eenduidige verschillen zijn tussen maatschappen met deeltijders en maatschappen met alleen maar voltijders.

5. Totaal aantal dagbehandelingen

Een aantal uren durende vorm van verpleging in een instelling, in het algemeen voorzienbaar, en noodzakelijk in verband met het plaatsvinden van een onderzoek of behandeling (uit SIG).

Figuur 1.5: Totaal aantal dagbehandelingen per fte



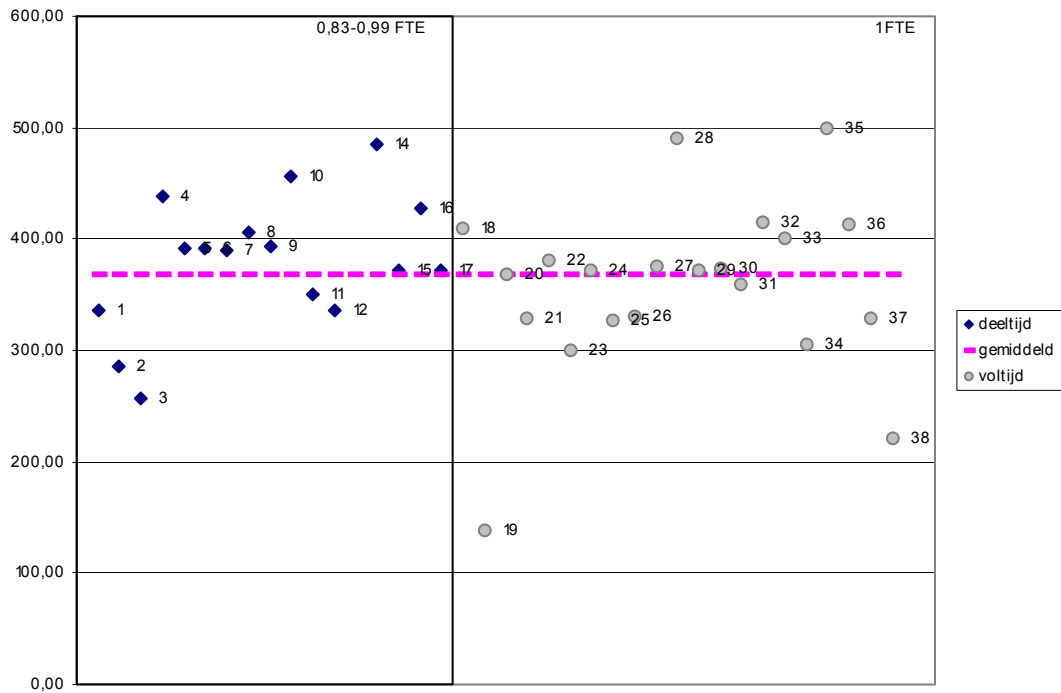
In figuur 1.5 staat het totaal aantal dagbehandelingen per fte weergegeven. Punt nummer 1 tot en met nummer 16 betreffen maatschappen waar de chirurgen gemiddeld minder dan 1 fte werken (deeltijd). Punt nummer 1 geeft de maatschap weer waarbij gemiddeld het minste fte wordt gewerkt en punt nummer 16 de maatschap waar gemiddeld het meeste fte (maar nog geen 1 fte) wordt gewerkt. In maatschap nummer 17 tot en met maatschap nummer 37 werken alle chirurgen 1 fte (voltijd). Maatschappen met de nummers 1,7,8,10-12,14-16, 21,24,26,27,30,31,37,38 hebben agio's. Maatschappen met de nummers 2,5,6,13,17-19,28,29,34,35 hebben geen agio's. Van de overige maatschappen is het onbekend.

Algemeen valt op dat er grote verschillen zijn tussen maatschappen. Meer specifiek en in antwoord op de onderzoeksvraag zien we dat er geen eenduidige verschillen zijn tussen maatschappen met deeltijders en maatschappen met alleen maar voltijders.

6. Totaal aantal klinische opnamen

Een patiënt waarvoor minimaal één klinische verpleegdag in rekening is gebracht (dus geen dagverpleging of poliklinische bevalling).

Figuur 1.6: Totaal aantal klinische opnamen per fte



In figuur 1.6 staat het totaal aantal klinische opnamen per fte weergegeven. Punt nummer 1 tot en met nummer 16 betreffen maatschappen waar de chirurgen gemiddeld minder dan 1 fte werken (deeltijd). Punt nummer 1 geeft de maatschap weer waarbij gemiddeld het minste fte wordt gewerkt en punt nummer 16 de maatschap waar gemiddeld het meeste fte (maar nog geen 1 fte) wordt gewerkt. In maatschap nummer 17 tot en met maatschap nummer 37 werken alle chirurgen 1 fte (voltijd). Maatschappen met de nummers 1,7,8,10-12,14-16, 21,24,26,27,30,31,37,38 hebben agio's. Maatschappen met de nummers 2,5,6,13,17-19,28,29,34,35 hebben geen agio's. Van de overige maatschappen is het onbekend.

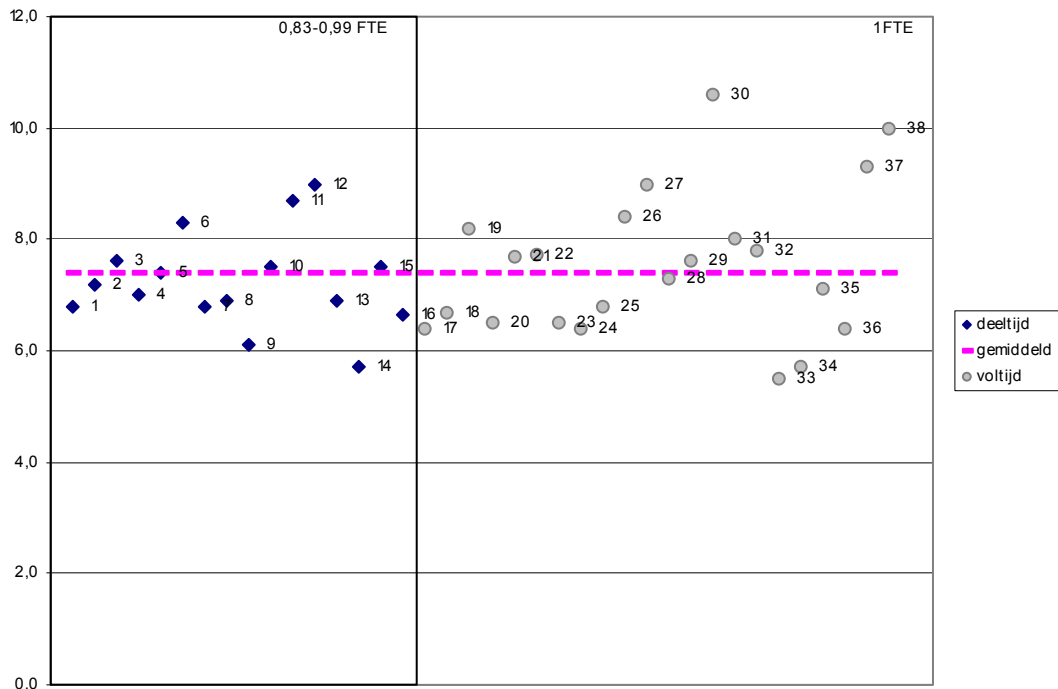
Algemeen valt op dat er grote verschillen zijn tussen maatschappen. Meer specifiek en in antwoord op de onderzoeksvraag zien we dat er geen eenduidige verschillen zijn tussen maatschappen met deeltijders en maatschappen met alleen maar voltijders.

7. Gemiddeld aantal verpleegdagen per opname

Het aantal verpleegdagen behorend bij de in het jaar ontslagen patiënten, gedeeld door het aantal patiënten.

Het gemiddeld aantal verpleegdagen per opname is niet een erg voor de hand liggende maat voor de productie, maar het zegt wel iets over de “doorlooptijd” (throughput). Als het zo is dat artsen alleen hun eigen patiënten uit het ziekenhuis ontslaan zou als gevolg hiervan het aantal verpleegdagen per opname toe kunnen nemen als er deeltijdwerkende artsen zijn. Patiënten zouden dan namelijk niet ontslagen kunnen worden op de dag dat de in deeltijdwerkende arts niet aanwezig is.

Figuur 1.7: Gemiddeld aantal verpleegdagen per opname



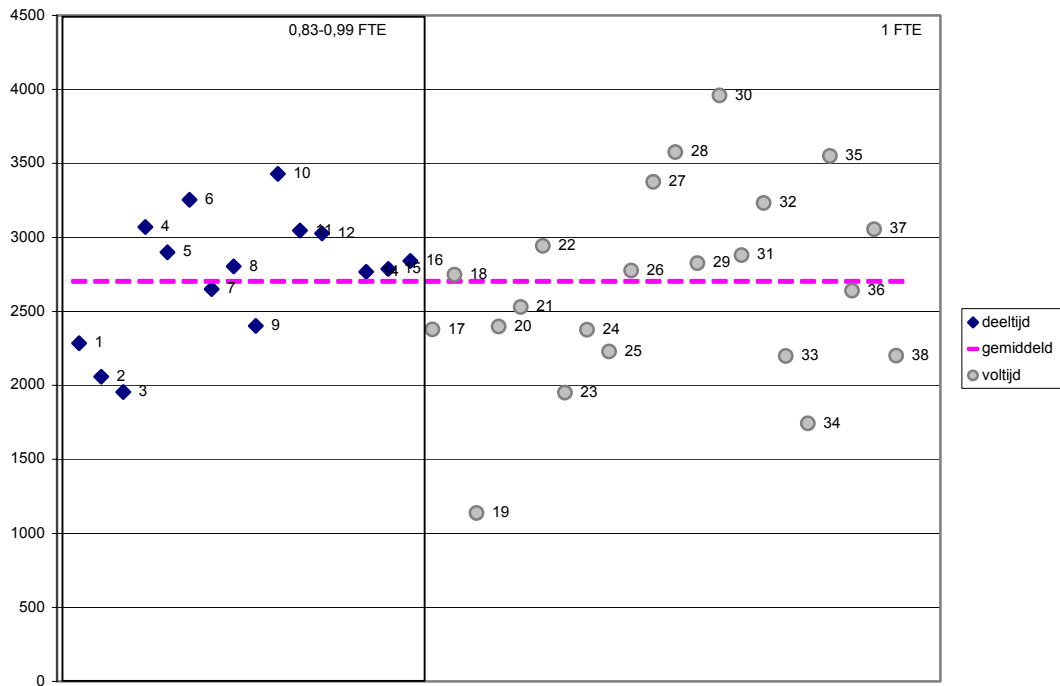
In figuur 1.7 staat het gemiddeld aantal verpleegdagen per opname weergegeven. Punt nummer 1 tot en met nummer 16 betreffen maatschappen waar de chirurgen gemiddeld minder dan 1 fte werken (deeltijd). Punt nummer 1 geeft de maatschap weer waarbij gemiddeld het minste fte wordt gewerkt en punt nummer 16 de maatschap waar gemiddeld het meeste fte (maar nog geen 1 fte) wordt gewerkt. In maatschap nummer 17 tot en met maatschap nummer 37 werken alle chirurgen 1 fte (voltijd). Maatschappen met de nummers 1,7,8,10-12,14-16, 21,24,26,27,30,31,37,38 hebben agio's. Maatschappen met de nummers 2,5,6,13,17-19,28,29,34,35 hebben geen agio's. Van de overige maatschappen is het onbekend.

Algemeen valt op dat er grote verschillen zijn tussen maatschappen. Meer specifiek en in antwoord op de onderzoeksvraag zien we dat er geen eenduidige verschillen zijn tussen maatschappen met deeltijders en maatschappen met alleen maar voltijders.

8. Totaal aantal verpleegdagen

Een berekende maat uit het aantal klinische opnamen en het gemiddeld aantal verpleegdagen per opname.

Figuur 1.8: Totaal aantal verpleegdagen per fte



In figuur 1.8 staat het totaal aantal verpleegdagen per fte weergegeven. Punt nummer 1 tot en met nummer 16 betreffen maatschappen waar de chirurgen gemiddeld minder dan 1 fte werken (deeltijd). Punt nummer 1 geeft de maatschap weer waarbij gemiddeld het minste fte wordt gewerkt en punt nummer 16 de maatschap waar gemiddeld het meeste fte (maar nog geen 1 fte) wordt gewerkt. In maatschap nummer 17 tot en met maatschap nummer 37 werken alle chirurgen 1 fte (voltijd). Maatschappen met de nummers 1,7,8,10-12,14-16, 21,24,26,27,30,31,37,38 hebben agio's. Maatschappen met de nummers 2,5,6,13,17-19,28,29,34,35 hebben geen agio's. Van de overige maatschappen is het onbekend.

Algemeen valt op dat er grote verschillen zijn tussen maatschappen. Meer specifiek en in antwoord op de onderzoeksvraag zien we dat er geen eenduidige verschillen zijn tussen maatschappen met deeltijders en maatschappen met alleen maar voltijders.