ARTSEN EN DE ARBEIDSTIJDENWET

- eindrapport -

drs. H.A. Weening

Amsterdam, april 2002
Regioplan publikatienr. 460

Regioplan Onderzoek Advies en Informatie
Max Euweplein 36
1017 MB Amsterdam
Tel. : 020 - 6277166
Fax : 020 - 6265199

Onderzoek, uitgevoerd door Regioplan Onderzoek Advies en Informatie B.V. in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord

1 Inleiding 1
1.1 Achtergrond van het onderzoek 1
1.2 Probleemstelling en onderzoeksvragen 3
1.3 Opzet van het onderzoek 4

2 Resultaten van de schriftelijke enquête 7
2.1 Responsverantwoording en representativiteit 7
2.2 Kenmerken van de respondenten 9
2.3 Feitelijke arbeids- en rusttijden 11
2.4 Problemen en tevredenheid met arbeids- en rusttijden 22
2.5 Wensen ten aanzien van arbeids- en rusttijden 33
2.6 Werken volgens normen van de Arbeidstijdenwet 37
2.7 Conclusies 45

3 Toepassing van de Arbeidstijdenwet op artsen 51
3.1 Argumenten vóór toepassing van de Arbeidstijdenwet op artsen 51
3.2 Argumenten tegen toepassing van de Arbeidstijdenwet op artsen 55
3.3 Dilemma's en overwegingen 60

4 Eindconclusies 63

Bijlagen
Bijlage 1: Vragenlijst schriftelijke enquête onder artsen 71
Bijlage 2: Respondenten voor interviews ATW-MS 81

VOORWOORD

De nieuwe Arbeidstijdenwet (ATW) is per 1 januari 1996 van kracht geworden en gefaseerd ingevoerd in alle sectoren van het Nederlandse bedrijfsleven en de overheid. Het belangrijkste doel van de ATW is om de veiligheid, gezondheid en het welzijn van werknemers in relatie tot hun arbeids- en rusttijden te bevorderen, alsmede het bevorderen van de combineerbaarheid van arbeid en zorgtaken en andere verantwoordelijkheden buiten de arbeid.

Bij het van kracht worden van de ATW in 1996 is besloten dat de wet vooralsnog niet van toepassing zou zijn op artsen. Daarbij is wel vastgelegd dat in het kader van de evaluatie van de ATW, vijf jaar na het in werking treden van de wet, bezien zou worden of deze uitzonderingspositie gehandhaafd zou moeten blijven. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft vanuit dit oogpunt, mede namens het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, aan Regioplan Onderzoek Advies en Informatie BV opdracht gegeven onderzoek te doen naar de vraag of het wenselijk of noodzakelijk is om artsen alsnog onder de werkingssfeer van de ATW te brengen en wat daarvan de eventuele consequenties zouden zijn. Dit onderzoek bestond uit een schriftelijke enquête onder artsen (geregistreerde specialisten binnen de tandheelkunde en geneeskunde) en uit aanvullende interviews met vertegenwoordigers van diverse organisaties. In dit eindrapport wordt verslag gedaan van de opbrengst van deze onderzoeksactiviteiten.

Het onderzoek is uitgevoerd door drs. H.A.Weening en begeleid door mr. P.J.W.M. de Kroon en drs. J. Poorter van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en drs. S. Azzoui en drs. J. van Weeren van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. In de begeleidingscommissie van het onderzoek waren de volgende organisaties vertegenwoordigd: de Landelijke Huisartsen Vereniging, de Landelijke Vereniging Artsen in Dienstverband, de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Orde van Medisch Specialisten en de Vereniging Academische Ziekenhuizen.

Ik wil graag allen bedanken die hebben bijgedragen aan de uitvoering van dit onderzoek, met name ook zij die zich beschikbaar hebben gesteld voor het afnemen van een persoonlijk interview.

Amsterdam, april 2002

dr. J.W.M. Mevissen,
projectleider.

1 INLEIDING

1.1 Achtergrond van het onderzoek

De nieuwe Arbeidstijdenwet (ATW) is per 1 januari 1996 van kracht geworden en gefaseerd ingevoerd in alle sectoren van het Nederlandse bedrijfsleven en de overheid. Deze wet vervangt de Arbeidswet van 1919. Deze Arbeidswet was de eerste algemene wet die de positie van alle werknemers (mannen, vrouwen en kinderen) beschermde. Voor ambtenaren golden echter speciale regels. In de loop der tijd werden ook voor steeds meer andere sectoren afwijkende wetten en regelingen opgesteld, die de werk- en rusttijden van speciale groepen werknemers regelden. Hier wilde de overheid met de nieuwe ATW een eind aan maken.

Uitgangspunt bij de nieuwe Arbeidstijdenwet was dat werknemers en werkgevers gezamenlijk meer verantwoordelijkheid moesten krijgen bij de invulling van werktijden. Daarbij dienen de sociale partners wel binnen de wettelijke kaders van de ATW te blijven, alsmede de hoofddoelstellingen van de ATW te eerbiedigen, namelijk het bevorderen van de veiligheid, gezondheid en het welzijn van werknemers in relatie tot hun arbeids- en rusttijden, alsmede het bevorderen van de combineerbaarheid van arbeid en zorgtaken en andere verantwoordelijkheden buiten de arbeid.

In de ATW van 1996, en het gelijk daarmee van kracht geworden Arbeidstijdenbesluit (ATB), worden wettelijke regels gesteld inzake arbeids- en rusttijden met het oog op de veiligheid, de gezondheid en het welzijn van werknemers, de bescherming van jongeren op het werk en ter bevordering van de combineerbaarheid van arbeid en zorgtaken en andere verantwoordelijkheden buiten de arbeid. In beginsel geldt de wet alleen voor werknemers en vallen zelfstandigen niet onder de werkingssfeer van de wet. Ook leidinggevenden (met een jaarinkomen van meer dan tweemaal het minimumloon) en andere werknemers met een jaarinkomen van meer dan driemaal het minimumloon zijn vrijgesteld van de arbeids- en rusttijden in de ATW. De wet biedt wel de mogelijkheid om de ATW van toepassing te verklaren op zelfstandigen en op de hierboven bedoelde werknemers. Het gaat dan vooral om personen die arbeid verrichten waaraan, of in rechtstreeks verband waarmee, ernstige gevaren voor de veiligheid of de gezondheid van personen zijn verbonden (ATW artikel 2:7 en ATB artikel 2:1). Ten aanzien van artsen heeft de wetgever tot op heden echter geen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. In de ATB (art. 2.1:12) worden artsen expliciet uitgesloten van de ATW. Het gaat daarbij in het bijzonder om de artsen die werkzaam zijn als medisch specialist, als huisarts, als verpleeghuisarts of als sociaal geneeskundige en als zodanig staan geregistreerd in één van de registers van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Ook betreft het tandheelkundig specialisten die als zodanig staan

ingeschreven in het specialistenregister van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT). De ATW en het ATB zijn derhalve wel van toepassing op artsen die niet zijn geregistreerd in één van de hierboven bedoelde registers.

In de Nota van toelichting bij het Besluit van 28 mei 1997 tot wijziging van het Arbeidstijdenbesluit wordt uiteengezet waarom er in de ATW en het ATB uitzonderingen zijn opgenomen ten aanzien van arbeid verricht in verplegings- en verzorgingsinrichtingen alsmede voor arbeid verricht door geneeskundigen en verloskundigen. Ten eerste wil de wetgever ongewenste verschillen tussen artsen in dienstverband en vrijgevestigde artsen tegengaan. Ten tweede wordt ervan uitgegaan dat artsen "op grond van hun zelfstandigheid en professionele individuele verantwoordelijkheid in staat zijn een evenwicht te bewaren tussen de persoonlijke belastbaarheid en de feitelijke belasting als gevolg van de patiëntenzorg"[1]. Tegelijkertijd wordt echter aangegeven dat in het kader van de evaluatie van de ATW, vijf jaar na inwerkingtreding van de wet, zal worden bezien of het toch noodzakelijk is om artsen (in loondienst) onder de werkingssfeer van de ATW te brengen. Dit voornemen lijkt vooral ingegeven door zorg over excessieve werktijden van artsen en van assistent geneeskundigen in opleiding tot specialist (agio's).

In de startnotitie voor het onderzoek heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangegeven met name geïnteresseerd te zijn in de positie van artsen in loondienst. In beginsel is er van loondienst sprake wanneer een werkgever (bedrijf of instelling) voor de betrokken werknemer sociale verzekeringspremies afdraagt. Er komen echter vooral bij medisch specialisten ook situaties voor waarin betrokkenen hun eigen situatie al dan niet als 'in loondienst' beschrijven afhankelijk van degene die naar die situatie vraagt. Zoals ook uit de enquête blijkt, verschilt het aantal artsen in dienstverband per groep. Zo zijn de artsen in academische ziekenhuizen over het algemeen in dienstverband, evenals de meeste GGZ-artsen, verpleeghuisartsen en sociaal-geneeskundigen. In de algemene ziekenhuizen is het van oudsher voor een beperkt aantal specialismen - afhankelijk van de locale situatie - soms opportuun voor een dienstverband te kiezen (bijvoorbeeld kinderartsen), maar er zijn ook enkele algemene ziekenhuizen waar de meerderheid van de medisch specialisten in dienst zijn.

In nader overleg met de opdrachtgever is echter besloten ook vrijgevestigde artsen in het onderzoek te betrekken. Dit is deels ingegeven door praktische overwegingen. Zo wordt in de registers van specialisten geen onderscheid gemaakt tussen artsen in loondienst en artsen met een zelfstandige praktijk. Zoals hierboven reeds werd opgemerkt is niet altijd eenduidig vast te stellen of artsen in loondienst zijn of vrijgevestigd zijn. Ook zijn er artsen die zowel een dienstverband hebben als een eigen praktijk voeren. Daarnaast speelt echter ook belangrijke inhoudelijke overweging een rol. Wannneer zou blijken dat het wenselijk is om artsen onder

[1] Staatsblad 1997, 228, pagina 13.

de ATW te brengen, zou het verschil tussen artsen in loondienst en zelfstandig werkende artsen mogelijk irrelevant zijn. Zoals hierboven reeds werd aangegeven wil ook de wetgever bij voorkeur geen onderscheid maken tussen artsen in loondienst en vrijgevestigde artsen. Omdat ook vrijgevestigde artsen in de enquête zijn benaderd, kan inzicht worden gegeven in eventuele verschillen tussen de arbeids- en rusttijden van artsen in loondienst en vrijgevestigde artsen.

1.2 Probleemstelling en onderzoeksvragen

In de startnotitie van het onderzoek heeft de opdrachtgever de centrale probleemstelling voor het onderzoek als volgt geformuleerd:

> *Is het vanuit veiligheids-, financiële en organisatorische overwegingen wenselijk c.q. noodzakelijk om artsen onder de werkingssfeer van de Arbeidstijdenwet te brengen met betrekking tot hun arbeids- en rusttijden?*

Teneinde deze centrale probleemstelling te kunnen beantwoorden, is een aantal meer concrete onderzoeksvragen geformuleerd. Deze worden hieronder weergegeven en waar nodig van een nadere toelichting c.q. operationalisatie voorzien.

Onderzoeksvraag 1
Wat zijn de feitelijke arbeids- en rusttijden van artsen?
Hoe worden deze door de betrokkenen ervaren en wat zijn de achtergronden van het oordeel dat betrokkenen hierover hebben?
In welke mate beantwoorden de feitelijke arbeids- en rusttijden van artsen momenteel aan de normen die de ATW stelt c.q. zou stellen?

Bij de beantwoording van deze eerste onderzoeksvraag wordt in kaart gebracht wat de feitelijke arbeids- en rusttijden zijn (volgens de artsen zelf). Daarnaast wordt gekeken naar het aantal uren dat artsen beschikbaar moeten zijn voor aanwezigheidsdienst. Dit is vooral van belang in verband met de mogelijke gevolgen van de Europese jurisprudentie (Simap-arrest) ten aanzien van de vraag of aanwezigheidsdiensten al dan niet tot de werktijd gerekend moeten worden.
Teneinde te kunnen bepalen of er een noodzaak bestaat om artsen onder de ATW te brengen dient niet alleen nagegaan te worden in hoeverre er een verschil bestaat tussen de ATW-normen en de feitelijke tijdsbesteding van betrokkenen. Het gaat ook om de gevolgen van een eventuele overschrijding van deze normen. Deze gevolgen kunnen deels 'objectief' meetbaar zijn, maar ook het oordeel van betrokkenen is van groot belang. Vooral wanneer zij een

eventuele overschrijding van de ATW-normen eigenlijk voor zichzelf als niet aanvaardbaar beoordelen, onafhankelijk van de eventuele medische of andere gevolgen, is het zaak te bezien waarom zij dat vinden en hoe zij eventuele oplossingen of alternatieven beoordelen. Zo is het voorstelbaar dat betrokkenen in lijn met andere maatschappelijke trends geleidelijk een andere afweging maken tussen (minder) inkomsten en (meer) vrije tijd. Het is van belang dergelijke afwegingen en achtergronden van oordelen in kaart te brengen, omdat deze belangrijke input kunnen leveren voor de kosten-baten-afweging die eventueel later moet worden gemaakt.

Onderzoeksvraag 2
Indien de arbeids- en rusttijden de eisen van de ATW overschrijden, zijn de betrokkenen dan van mening dat de feitelijke arbeids- en rusttijden negatieve gevolgen hebben voor het welzijn van de specialisten zelf, voor de veiligheid van de patiënten en/of voor de arbeidsverhoudingen in de instellingen waarbinnen zij werkzaam zijn?
Wat zijn de eventuele andere (negatieve) gevolgen van de feitelijke arbeids- en rusttijden voor betrokkenen dan wel anderen?

In de startnotitie van de opdrachtgever wordt gewezen op de negatieve gevolgen van de huidige situatie voor veiligheid, gezondheid en welzijn van artsen. In het onderzoek wordt daarnaast ook gekeken naar andere mogelijke negatieve gevolgen, namelijk voor de patiënten en voor de organisaties waarin de artsen werkzaam zijn. Ten aanzien van de artsen zelf is het voorstelbaar dat het te lang achter elkaar doorwerken of het te vaak te lange dagen maken, gevolgen heeft voor zaken als concentratievermogen, communicatieve vaardigheden en dergelijke. Deze effecten hebben, in het geval zij zich voordoen, invloed op het welzijn van de betrokkenen. Hoe kijken zij hier zelf tegenaan? Ervaren zij dit als problematisch of is het ‘part of the job’ (zie ook onderzoeksvraag 1)? Mochten de specialisten genoemde effecten daadwerkelijk ervaren dan zou dat in ieder geval theoretisch gevolgen kunnen hebben voor de patiënten. Tegelijkertijd kunnen ook collega’s en medewerkers van de specialisten gevolgen ervaren van te lang werken. Ook dergelijke gevolgen kunnen contraproductief werken. Al dergelijke gevolgen worden in het onderzoek geïnventariseerd, in eerste instantie bij de artsen zelf door middel van een schriftelijke enquête.

1.3 Opzet van het onderzoek

De onderzoeksactiviteiten bestonden uit een schriftelijke enquête onder de vijf deelgroepen en uit interviews met vertegenwoordigers van de verschillende organisaties.

Schriftelijke enquête

Er is gekozen voor een schriftelijke enquête, hoewel die over het algemeen een relatief lage respons kent. Er is echter afgezien van het alternatief van face-to-face gesprekken omdat deze te duur, te tijdrovend en praktisch moeilijk uitvoerbaar zijn. De doelgroep is namelijk relatief moeilijk bereikbaar waardoor het lastig is te komen tot afspraken. Het tweede alternatief, een telefonische enquête, is weliswaar efficiënter en goedkoper op te zetten dan face-to-face gesprekken, maar kent hetzelfde bereikbaarheidsprobleem. Schriftelijke enquêtes kennen zoals gezegd het handicap van een relatief lage respons, maar zijn efficiënt op te zetten en er kan in de opzet rekening gehouden worden met de lage respons.

Een inhoudelijk aspect waar nadrukkelijk rekening mee is gehouden bij de opzet van de schriftelijke enquête, is dat de respondenten een belang (kunnen) hebben c.q. menen te hebben bij een bepaalde uitkomst van het onderzoek. Er is daarop bij de formulering van de vragen goed gelet, zodat de validiteit en betrouwbaarheid van de te verzamelen gegevens achteraf niet ter discussie zal komen te staan. Daarom is de vragenlijst ook besproken met deskundigen met een medische én methodologische achtergrond en in de doelgroep uitgetest.

In de vragenlijst voor de schriftelijke enquête (zie bijlage 1) worden ten eerste feitelijke gegevens verzameld over de arbeids- en rusttijden van de artsen. Daarnaast wordt nagegaan of artsen problemen ervaren vanwege de arbeids- en rusttijden en of zij wensen hebben om de arbeids- en russtijden te veranderen. Vervolgens wordt de respondenten gevraagd aan te geven of zij zich in hun praktijk over het algemeen houden aan de normen van de ATW. Tenslotte wordt hun mening gevraagd over de wenselijkheid, noodzakelijkheid en mogelijkheid van het onder de werkingssfeer van de ATW brengen van artsen en wat daarvan de gevolgen zouden zijn. Bij de ontwikkeling van de vragenlijst is ook de vragenlijst geraadpleegd die gebruikt is bij de evaluatie van de ATW.

Voor het trekken van een steekproef van artsen is in eerste instantie medewerking gevraagd van de registratiecommissie van de KNMG en van de NMT. Na overleg met de Registratiekamer meende men echter dat de Wet persoonsregistraties het ter beschikking stellen van NAW-gegevens ten behoeve van dit onderzoek niet toestond. Daarom is vervolgens de Hoofdinspectie van de Gezondheidszorg gevraagd gegevens te leveren uit het BIG-register. Bij de vaststelling van de omvang van de steekproef hebben twee overwegingen een rol gespeeld: het *aantal* geregistreerde artsen in de deelpopulaties en een *minimaal aantal* respondenten in de deelpopulaties om een verantwoorde analyse mogelijk te maken. Uiteindelijk is een steekproef getrokken van 3.500 artsen: 1.200 medisch specialisten, 1.600 huisartsen en verpleeghuisartsen, 350 sociaal geneeskundigen en 350 tandheelkundig specialisten (zie ook paragraaf 2.1 over de responsverantwoording).

De enquête is verstuurd met een begeleidende brief van het Ministerie van VWS waarin het doel van het onderzoek werd aangegeven en de artsen werd gewezen op het belang van het verlenen van medewerking. De respondenten konden de ingevulde vragenlijst in een postvrije antwoordenveloppe - anoniem - naar Regioplan versturen.

Interviews
Na bespreking van de tussenrapportage over de resultaten van de schriftelijke enquête met vertegenwoordigers van de verschillende organisaties zijn een aantal persoonlijke interviews gehouden. In deze interviews zijn de belangrijkste conclusies uit de tussenrapportages aan de orde gesteld, alsmede aanvullende informatie ingewonnen. Daarbij ging het niet meer alleen om het perspectief vanuit de artsen zelf maar ook om andere invalshoeken. Bijlage 2 bevat een lijst van de respondenten en de organisaties die zij eventueel vertegenwoordigen.

De belangrijkste bevindingen uit de interviews zijn in hoofdstuk 3 verwerkt. Daarbij worden systematisch de genoemde argumenten vóór en tegen het toepassen van de ATW op artsen weergegeven. In hoofdstuk 4 worden bij wijze van conclusie de onderzoeksvragen beantwoord en wordt afsluitend een oordeel gegeven over de noodzakelijkheid c.q. wenselijkheid om artsen onder de werking van de ATW te brengen.

Leeswijzer
In hoofdstuk 2 worden de belangrijkste resultaten van de schriftelijke enquête weergegeven.
In hoofdstuk 3 worden, vooral op basis van de interviews, een aantal argumenten en overwegingen gegeven die pleiten vóór of tegen het toepassen van de ATW op artsen.
In hoofdstuk 4 worden tenslotte de algemene conclusies getrokken, waarbij de onderzoeksvragen zo mogelijk systematisch worden beantwoord.
In bijlage 1 is de vragenlijst van de schriftelijke enquête opgenomen.
In bijlage 2 worden de namen gegeven van de personen waarmee interviews zijn gehouden.
Bijlage 3 bevat een aantal schriftelijke reacties op het concept-eindrapport van leden van de begeleidingscommissie.

2 RESULTATEN VAN DE SCHRIFTELIJKE ENQUÊTE

Het belangrijkste doel van de schriftelijke enquête was om de artsen zelf aan het woord te laten over de feitelijke arbeids- en rusttijden en over de vraag hoe zij deze ervaren. Aan de hand van de enquête kan ook worden vastgesteld hoe de arbeids- en rusttijden van artsen zich verhouden tot de normen die hierover in de ATW gesteld worden.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten van de schriftelijke enquête onder de vijf groepen artsen weergegeven. Ten eerste wordt in paragraaf 2.1 de respons verantwoord. Vervolgens worden in paragraaf 2.2 de belangrijkste kenmerken van de deelpopulaties besproken. In paragraaf 2.3 wordt aangegeven hoe de feitelijke arbeids- en rusttijden van artsen er volgens hun eigen zeggen uitzien. In paragraaf 2.4 wordt besproken in welke mate artsen problemen ervaren vanwege hun arbeids- en rusttijden. In paragraaf 2.5 wordt aangegeven in welke mate artsen hun arbeids- en rusttijden willen aanpassen. In paragraaf 2.6 komt aan de orde in welke mate de arbeids- en rusttijden van artsen afwijken van de normen die gehanteerd worden door de ATW. Ten slotte worden in paragraaf 2.7 de belangrijkste conclusies uit de enquête weergegeven.

2.1 Responsverantwoording en representativiteit

In tabel 2.1 wordt de responsverantwoording van de enquête onder artsen gegeven. Van de 3.500 verstuurde vragenlijsten zijn er slechts enkele onbestelbaar retour gekomen. Een klein aantal respondenten meldde, vaak telefonisch, dat zij niet (meer) tot de doelgroep behoorden, veelal vanwege pensionering. Voorts was een klein aantal vragenlijsten te onvolledig ingevuld om zinvol in de analyse mee te nemen. Uiteindelijk is de nettorespons uitgekomen op 33,5 procent.

Tabel 2.1: Responsverantwoording.

	Aantal	Percentage
Vragenlijsten verstuurd	3.500	
Onbestelbaar retour gekomen	- 7	
Geen doelgroep (meer)	- 10	
Zuiver bestand	3.483	100%
Vragenlijsten retour (brutorespons)	1.198	34,1%
Onvolledig ingevuld	-22	0,6%
Nettorespons	1.167	33,5%

In tabel 2.2 wordt aangegeven hoe de respons in de deelpopulaties is. De steekproeven zijn getrokken uit de in Nederland woonachtige artsen tot 65 jaar, die in het BIG-register zijn geregistreerd. In dit onderzoeksrapport worden huisartsen en verpleeghuisartsen als twee aparte groepen behandeld, maar omdat deze twee groepen onder dezelfde registratiecommissie van het BIG vallen (de HVRC), zijn ze in één steekproef opgenomen.

Tabel 2.2: Respons onder deelpopulaties.

	Totaal	Medisch specialist	Tandarts-specialist	Huis- en verpleeg-huisarts	Sociaal geneeskundige
Aantal in BIG-registers	27.304	12.802	467	10.447	3.588
Aantal in steekproef	3.500	1.200	350	1.600	350
Nettorespons	1.167 = 33,3%	383 = 31,9%	56 = 16,0%	597[1] = 37,3%	131= 37,4%
Percentage van BIG-register	4,4%	3,0%	12,0%	5,7%	3,7%

De respons onder huisartsen/verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen was met ruim 37 procent dus het hoogst, terwijl de tandartsspecialisten met zestien procent aanmerkelijk lager scoorden. Daar staat tegenover dat een veel hoger aandeel van de tandartsspecialisten uit het BIG-register in de onderzoekspopulatie zitten (12%). Ter vergelijking: van de 12.802 medisch specialisten uit het BIG-register zit maar drie procent in de onderzoekspopulatie.

Op basis van de respons en van een analyse van de kenmerken van de artsen in de vijf deelpopulaties (zie paragraaf 2.2) kan gesteld worden dat de representativiteit van de onderzoekspopulatie voldoende is om conclusies te kunnen trekken op het niveau van de vijf deelpopulaties. Voor een uitsplitsing naar bijvoorbeeld medische specialismen zijn de aantallen respondenten echter te klein.
Door de Orde van Medisch Specialisten is opgemerkt dat de representativiteit van de groep medisch specialisten onvoldoende zou zijn om verantwoorde uitspraken te doen. Zo zou de onderzoekspopulatie teveel medisch specialisten in loondienst en te weinig zelfstandige specialisten tellen. Dit mogelijk bezwaar is echter grotendeels ondervangen door de medisch specialisten in te delen in twee groepen (artsen in loondienst en zelfstandige artsen) en door op verschillende plaatsen de scores van fulltimers apart te vermelden. Ook zouden er in de groep respondenten teveel vrouwen en teveel specialisten tussen 35 en 55 jaar zitten. Wanneer de resultaten zouden worden gecorrigeerd op deze gesuggereerde vertekening, dan zouden er echter marginale verschillen in de uitkomsten zitten. Op basis van deze nadere analyse stellen we dan ook dat de betrouwbaarheidmarges ook op het punt van geslacht en leeftijd aanvaardbaar zijn.

[1] Dit betreft 494 huisartsen en 103 verpleeghuisartsen.

2.2 Kenmerken van de respondenten

In tabel 2.3 worden de belangrijkste kenmerken van de vijf deelpopulaties met elkaar vergeleken (op basis van de antwoorden op de vragen in Blok A van de vragenlijst). Het is mogelijk dat de percentages tot meer dan honderd procent optellen, bijvoorbeeld omdat een respondent meerdere contracten en/of werkgevers heeft, of deels in loondienst werkt en daarnaast deels een zelfstandige praktijk of maatschap heeft.

De medisch specialisten zijn in twee groepen ingedeeld: de medisch specialisten in loondienst en de zelfstandige medisch specialisten. Dit is gedaan omdat medisch specialisten niet voornamelijk in loondienst zijn óf zelfstandig zijn, zoals wel het geval is bij de andere vier groepen. Hoewel aan medisch specialisten wel gevraagd is aan te geven welk specialisme zij uitoefenen, worden slechts incidenteel uitsplitsingen gemaakt naar deze specialisatie. Dit wordt alleen gedaan om aan te geven dát er behoorlijke verschillen zijn in de arbeids- en rusttijden van verschillende groepen specialisten. De belangrijkste reden om de verschillende specialismen niet systematisch met te elkaar te vergelijken is dat dit onderzoeksrapport daardoor veel te gedetailleerd zou worden en de grote lijnen uit het oog zouden worden verloren. Daarnaast is ook het aantal respondenten in specialismen als KNO, pathologie en radiologie te klein om statistisch verantwoorde uitspraken op het niveau van specialismen te doen.

Ten aanzien van de tandartsspecialisten wordt niet ingegaan op verschillen tussen de twee groepen specialisten die hieronder vallen, te weten kaakchirurgen en orthodontisten. De respondenten konden deze specialisatie in de vragenlijst namelijk niet aangegeven. Wel is bekend dat kaakchirurgen over het algemeen verbonden zijn aan een ziekenhuis (weliswaar als vrijgevestigde specialist), terwijl veruit de meeste orthodontisten in een zelfstandige praktijk of maatschap werkzaam zijn.

Aard van het dienstverband
Huisartsen (86%) en tandartsspecialisten (84%) zijn relatief vaak als zelfstandige werkzaam (zie tabel 2.3). Sociaal geneeskundigen (96%) en verpleeghuisartsen (80%) zijn vaker in loondienst. Van de medisch specialisten is 56 procent in loondienst en 44 procent zelfstandig. De eenmanspraktijk komt relatief het meest voor onder tandartsspecialisten (45%) en huisartsen (43%). De maatschap komt juist meer voor bij de zelfstandige medisch specialisten (84%).

Instellingen waar men werkzaam is
De meeste medisch specialisten in loondienst werken in academische ziekenhuizen (46%) en algemene ziekenhuizen (34%). De meeste zelfstandige medisch specialisten (80%) werken in algemene ziekenhuizen. Huisartsen en tandartsspecialisten werken relatief vaak in

zelfstandige praktijken of maatschappen (respectievelijk 93 en 68%). Zoals verwacht mag worden werken de meeste verpleeghuisartsen (60%) in een verpleeghuis. De meeste sociaal geneeskundigen (61%) werken bij een GG&GD of een Arbodienst.

Tabel 2.3: Kenmerken van respondenten en deelpopulaties.

	Med.spec. loondienst (n=221)*	Med.spec. zelfstandig (n=174)*	Tandarts specialist (n=56)	Huisarts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Werkend in loondienst:	100%	8%	23%	14%	80%	96%
- loondienst, vast	91%	8%	21%	12%	76%	95%
- loondienst, tijdelijk	10%	1%	4%	6%	4%	2%
Zelfstandigen:	7%	100%	84%	86%	20%	4%
- zelfstandige, eenmanspraktijk	4%	16%	45%	43%	14%	3%
- zelfstandige, maatschap	3%	84%	39%	43%	8%	1%
Soort instelling:						
- algemeen ziekenhuis	34%	80%	23%	0%	6%	0%
- academisch ziekenhuis	46%	3%	20%	1%	5%	1%
- categoraal ziekenhuis	14%	6%	2%	0%	1%	1%
- verpleeghuis	1%	0%	0%	0%	60%	2%
- GG&GD of Arbodienst	1%	0%	0%	0%	0%	61%
- zelfstandige praktijk/maatschap	4%	21%	68%	93%	19%	3%
- andere inst. gezondheidszorg	12%	2%	5%	7%	11%	12%
- niet-gezondheidszorg	1%	1%	0%	3%	5%	28%
Aantal jaren werkzaam als arts:						
- 4 jaar of minder	29%	17%	11%	18%	22%	13%
- 5-9 jaar	18%	17%	13%	19%	20%	29%
- 10-19 jaar	34%	44%	41%	32%	34%	46%
- 20 jaar of meer	18%	23%	36%	31%	23%	12%
Gemiddeld aantal jaren werkzaam als arts:	12 jaar	15 jaar	18 jaar	15 jaar	14 jaar	13 jaar
Geslacht:						
- vrouw	34%	17%	11%	28%	51%	35%
- man	66%	83%	89%	72%	49%	65%
Leeftijd:						
- 35 jaar of jonger	3%	1%	5%	8%	18%	2%
- 36-45 jaar	51%	36%	30%	40%	35%	44%
- 46-55 jaar	34%	44%	38%	42%	38%	46%
- 56 jaar of ouder	12%	19%	27%	10%	10%	8%
Gemiddeld leeftijd:	46 jaar	49 jaar	49 jaar	46 jaar	45 jaar	46 jaar

**)* 12 medisch specialisten worden in beide groepen meegeteld, omdat ze zowel een betrekking in loondienst als een zelfstandige praktijk hebben.

Aantal jaren dat men als arts werkzaam is
De tandartsspecialisten werken met gemiddeld 18 jaar het langst als arts, gevolgd door huisartsen en zelfstandige medisch specialisten (15 jaar). Verpleeghuisartsen (14 jaar), sociaal geneeskundigen (13 jaar) en medisch specialisten in loondienst (12 jaar) zijn gemiddeld korter als arts werkzaam.

Geslacht
De verpleeghuisartsen zijn de enige groep waar vrouwen een (minieme) meerderheid vormen (51%). Ruim een derde van de sociaal geneeskundigen (35%) en de medisch specialisten in loondienst (34%) is vrouw. Het aantal vrouwen is relatief laag onder de tandartsspecialisten (11%) en de zelfstandige medisch specialisten (17%). Van de huisartsen is 28 procent vrouw. Vrouwen worden volgens hun arbeidscontract of gemaakte afspraken veel minder uren geacht te werken (29 uur) dan mannen (42 uur). Ook zijn vrouwen gemiddeld korter werkzaam als specialist (11 jaar) dan mannen (15 jaar).

Leeftijd
Tandartsspecialisten en zelfstandige medisch specialisten zijn gemiddeld het oudst (49 jaar). Van de tandartsspecialisten is meer dan een kwart (27%) ouder dan 55 jaar. De verpleeghuisartsen vormen de jongste groep (45 jaar). Van hen zijn er relatief veel (18%) 35 jaar of jonger. Artsen in loondienst zijn over het algemeen iets jonger (45 jaar) dan de zelfstandige artsen (47 jaar). Ook zijn de vrouwelijke artsen gemiddeld jonger (43 jaar) dan de mannelijke (48 jaar).

2.3 Feitelijke arbeids- en rusttijden

In de enquête is de artsen gevraagd een gedetailleerd beeld te geven van hun feitelijke arbeids- en rusttijden (zie vragen 1 tot en met 16 in Blok B van de vragenlijst). In deze paragraaf wordt aangegeven hoeveel uren de respondenten per week geacht worden te werken volgens hun arbeidscontract of volgens de afspraken die zij met hun eventuele collegae of met de instelling hebben gemaakt, hoeveel uren zij gemiddeld en maximaal per week werken, hoeveel bereikbaarheids- en aanwezigheidsdiensten ze hebben, hoeveel avonden, zaterdagen en zondagen ze werken, hoe de begin- en eindtijden van hun werkdag en de pauzes geregeld zijn. In pararaaf 2.4 en paragraaf 2.5 wordt aangegeven of artsen problemen ervaren met deze arbeids- en rusttijden en in hoeverre ze wensen hebben om deze aan te passen.

Aantal uren dat men volgens arbeidscontract of gemaakte afspraken per week werkt
De respondenten is allereerst gevraagd aan te geven hoeveel uren zij per week geacht worden te werken volgens hun arbeidscontract of volgens de afspraken die zij met hun eventuele col-

legae of met de instelling hebben gemaakt (zie tabel 2.4). De respondenten die deze vraag niet hebben beantwoord (6-14%) zijn veelal zelfstandige artsen, die geen werkgever hebben of collegae om afspraken mee te maken.

Gemiddeld worden huisartsen volgens eigen zeggen 53 uur per week geacht te werken. Van de huisartsen zegt 62 procent dat zij 48 uur of meer geacht worden te werken.
Zelfstandige medisch specialisten zitten met gemiddeld 51 uur per week net iets achter de huisartsen. Medisch specialisten in loondienst moeten volgens eigen zeggen gemiddeld 41 uur per week werken en tandartsspecialisten 42 uur per week.
Het aantal te werken uren van verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen is het laagst (respectievelijk 32 en 35 uur). Het aantal parttimers, die volgens het arbeidscontract of afspraken minder dan 38 uur moeten werken, is in deze twee groepen ook relatief hoog.

Het is van belang onderscheid te maken tussen artsen die fulltime werken en artsen die parttime werken. Artsen die 36 of meer uren geacht worden te werken worden als 'fulltimers aangemerkt. Artsen die minder dan 36 uur geacht worden te werken worden als 'parttimers' aangemerkt.
Wanneer we het gemiddeld aantal te werken uren per week voor fulltimers afzetten tegen het gemiddelde van alle artsen, blijkt dat vooral fulltimers huisartsen en verpleeghuisartsen zeven tot acht uur meer werken dan het hierboven gegeven algemene gemiddelde. Gemiddeld worden fulltime werkende huisartsen volgens eigen zeggen 60 uur per week geacht te werken. Fulltime werkende zelfstandige medisch specialisten volgen met gemiddeld 54 uur per week. Fulltime werkende medisch specialisten in loondienst en tandartsspecialisten worden gemiddeld 45 uur per week geacht te werken. Het aantal te werken uren van fulltime werkende verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen blijft het laagst, met respectievelijk 40 en 39 uur.

Gemiddeld aantal gewerkte uren
De respondenten is gevraagd aan te geven hoeveel uren ze in de afgelopen vier weken gemiddeld per week hebben gewerkt (zie tabel 2.4), waarbij zij atypische werkweken, zoals vakanties, buiten beschouwing dienden te laten.

Vooral artsen in loondienst blijken meer uren gewerkt te hebben dan zij volgens hun arbeidscontract of de gemaakte afspraken geacht worden te doen. Dit geldt met name voor medisch specialisten in loondienst (+6 uur), verpleeghuisartsen (+3 uur) en sociaal geneeskundigen (+3 uur). Vergelijking is moeilijker bij zelfstandige artsen, doordat veel van hen het aantal uren dat zij geacht worden te werken niet hebben opgegeven. Hierbij moet opgemerkt worden dat een deel van het verschil tussen het aantal uren dat artsen in loondienst volgens hun arbeidscontract geacht worden te werken en het feitelijk aantal door hen gewerkte uren ver-

klaard kan worden door het opsparen van uren, die later in de vorm van ADV-dagen of extra vakantiedagen worden opgenomen. Zo werken artsen met een arbeidscontract van 38 uur vaak 40 uur per week. De twee teveel gewerkte uren worden daarbij dus opgespaard.

Huisartsen scoren met gemiddeld 53 uur per week wederom het hoogst (fulltimers: 59 uur). Veertig procent van hen zegt gemiddeld 60 uur of meer te werken en zeven procent zelfs 80 uur of meer. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat vooral huisartsen het vaak moeilijk zeggen te vinden om alleen de daadwerkelijk gewerkte uren te tellen, en dus de niet-gewerkte uren in aanwezigheids- en bereikbaarheidsdiensten buiten beschouwing te laten.
De zelfstandige medisch specialisten zijn wederom tweede met gemiddeld 51 uur (fulltimers: 53 uur), gevolgd door de medisch specialisten in loondienst (47 uur; fulltimers: 51 uur) en de tandartsspecialisten (43 uur; fulltimers: 45 uur). De sociaal geneeskundigen (38 uur; fulltimers: 44 uur) en de verpleeghuisartsen (35 uur; fulltimers: 43 uur) werken gemiddeld aanmerkelijk minder.
Het gemiddeld aantal gewerkte uren van verschillende medische specialismen verschilt nogal. Zo ligt het gemiddeld aantal gewerkte uren van bijvoorbeeld MDL-artsen (62 uur), cardiologen (61 uur), chirurgen (60 uur), KNO-artsen (56 uur), internisten (54 uur) en gynaecologen (53 uur) duidelijk boven het gemiddelde van 51 uur per week. Dat van bijvoorbeeld radiologen (46 uur), revalidatieartsen (46 uur), longartsen (45 uur), dermatologen (44 uur) en psychiaters (37 uur) ligt duidelijk onder dit gemiddelde.

De respondenten is ook gevraagd aan te geven hoeveel uren zij in de afgelopen vier weken maximaal hebben gewerkt. De twee groepen artsen die gemiddeld de meeste uren werken geven ook hier veruit het hoogst aantal uren op. De huisartsen hebben in de afgelopen vier weken maximaal 67 uur per week gewerkt (fulltimers: 73 uur) en de zelfstandige medisch specialisten 62 uur (fulltimers: 65 uur). Ook de medisch specialisten in loondienst (56 uur; fulltimers: 60 uur) en de tandartsspecialisten (49 uur; fulltimers: 53 uur) maken soms lange weken. De verpleeghuisartsen en de sociaal geneeskundigen scoren met respectievelijk 39 uur (fulltimers: 48 uur) en 43 uur (fulltimers: 50 uur) wederom het laagst.

Van de medisch specialisten die normaal gesproken de langste werkweken hebben is ook het maximaal aantal gewerkte uren het hoogst (bijvoorbeeld 80 uur voor cardiologen, 75 uur voor chirurgen, 72 uur voor MDL-artsen, 70 uur voor gynaecologen, 63 uur voor internisten en 63 uur voor KNO-artsen). Van de groepen medisch specialisten die normaal gesproken de kortste werkweken hebben is ook het maximaal aantal gewerkte uren het laagst (bijvoorbeeld 54 uur voor longartsen, 53 uur voor radiologen, 52 uur voor revalidatieartsen, 46 uur voor dermatologen en 41 uur voor psychiaters).

Tabel 2.4: Aantal te werken en aantal gewerkte uren door artsen.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts spec. (n=56)	Huis-arts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Aantal uren werkzaam volgens contract of gemaakte afspraken:						
- minder dan 24 uur	3%	2%	0%	5%	16%	10%
- 24-35 uur	20%	8%	18%	13%	33%	22%
- 36-47 uur	41%	21%	45%	13%	33%	57%
- 48 uur of meer	30%	60%	23%	62%	9%	2%
- onbekend	6%	10%	14%	7%	10%	9%
Gemiddelde van alle artsen:	41 uur	51 uur	42 uur	53 uur	32 uur	35 uur
Gemiddelde van de fulltimers[2]:	45 uur	54 uur	45 uur	60 uur	40 uur	39 uur
Gemiddeld aantal gewerkte uren per week in laatste vier weken:						
- minder dan 20 uur	1%	1%	4%	2%	7%	2%
- 20-39 uur	22%	14%	32%	16%	56%	44%
- 40-59 uur	61%	54%	54%	41%	37%	52%
- 60-79 uur	15%	31%	10%	33%	0%	2%
- meer dan 80 uur	1%	1%	0%	7%	0%	0%
Gemiddelde van alle artsen:	47 uur	51 uur	43 uur	53 uur	35 uur	38 uur
Gemiddeld van de fulltimers:	51 uur	53 uur	45 uur	59 uur	43 uur	44 uur
Maximaal aantal gewerkte uren per week in laatste vier weken:						
- minder dan 20 uur	1%	1%	2%	2%	6%	0%
- 20-39 uur	13%	8%	12%	7%	42%	32%
- 40-59 uur	41%	27%	57%	23%	40%	56%
- 60-79 uur	34%	45%	25%	39%	11%	10%
- meer dan 80 uur	8%	20%	4%	29%	0%	2%
Gemiddelde van alle artsen:	56 uur	62 uur	49 uur	67 uur	39 uur	43 uur
Gemiddelde van de fulltimers:	60 uur	65 uur	53 uur	73 uur	48 uur	50 uur

Aanwezigheidsdiensten

De respondenten is gevraagd aan te geven hoeveel uren zij in de afgelopen vier weken gemiddeld per week in aanwezigheidsdiensten op de werkplek aanwezig zijn geweest (zie tabel 2.5). Van de huisartsen heeft meer dan 75 procent aanwezigheidsdiensten gedraaid, terwijl ook het aantal van 21 uur ver boven dat van de andere groepen ligt. Ter vergelijking: van de sociaal geneeskundigen heeft maar twaalf procent te maken gehad met aanwezigheidsdiensten, waardoor het gemiddelde voor die groep maar op vier uur uitkomt.

Het aantal daadwerkelijk gewerkte uren tijdens aanwezigheidsdiensten ligt natuurlijk lager dan het aantal uren dat men op de werkplek aanwezig was. Dit geldt vooral voor de huisartsen (12 uur), die vaak een praktijk aan huis hebben en waardoor aanwezigheidsdiensten

waarschijnlijk minder vaak op de werkplek worden doorgebracht. Voor huisartsen is er dan ook nauwelijks een verschil tussen aanwezigheids- en bereikbaarheidsdiensten (zie tabel 2.6). Tandartsspecialisten blijken vrijwel alle tijd in aanwezigheidsdiensten ook daadwerkelijk te werken (11 uur).

Van de medisch specialisten zijn het de chirurgen (19 uur), gynaecologen (17 uur) en de MDL-artsen (16 uur) die gemiddeld per week het grootste aantal uren in aanwezigheidsdiensten op de werkplek aanwezig zijn geweest. Specialisten die veel minder uren in aanwezigheidsdiensten op de werkplek aanwezig zijn geweest, zijn revalidatieartsen (minder dan 1 uur), radiologen (2 uur), dermatologen (4 uur) en psychiaters (5 uur).

Het aantal daadwerkelijk gewerkte uren tijdens aanwezigheidsdiensten is voor gynaecologen (16 uur) en de MDL-artsen (14 uur) het hoogst. Chirurgen (10 uur) lijken tijdens hun aanwezigheidsdiensten veel minder uren daadwerkelijk te werken.

Opvallend is dat er voor wat betreft het aantal uren dat artsen in aanwezigheidsdiensten op de werkplek aanwezig moeten zijn over het algemeen weinig verschil is tussen fulltimers en parttimers.

Tabel 2.5: Aanwezigheidsdiensten voor artsen.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandart-spec. (n=56)	Huis-arts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Gemiddeld aantal uren in laatste vier weken in aanwezigheidsdiensten op de werkplek geweest:						
- geen	55%	53%	42%	24%	68%	88%
- 1-4 uur	10%	9%	22%	7%	6%	1%
- 5-19 uur	17%	17%	11%	29%	8%	4%
- 20-39 uur	7%	9%	15%	20%	11%	4%
- 40-59 uur	9%	10%	11%	11%	8%	4%
- meer dan 60 uur	2%	3%	0%	8%	0%	0%
Gemiddelde van alle artsen:	9 uur	11 uur	11 uur	21 uur	8 uur	4 uur
Gemiddelde van fulltimers:	10 uur	11 uur	13 uur	23 uur	12 uur	4 uur
Gemiddeld aantal uren in laatste vier weken tijdens aanwezigheidsdiensten gewerkt:						
- geen	54%	53%	40%	25%	68%	86%
- 1-4 uur	13%	12%	27%	17%	6%	2%
- 5-19 uur	17%	17%	6%	39%	8%	4%
- 20-39 uur	8%	8%	15%	8%	12%	4%
- 40-59 uur	7%	9%	13%	8%	7%	5%
- meer dan 60 uur	1%	2%	0%	3%	0%	0%

[2] Als 'voltijders' worden aangemerkt: alle artsen die opgaven dat zij volgens hun arbeidscontract of volgens de gemaakte afspraken 36 uur of meer geacht worden te werken.

Gemiddelde van alle artsen:	9 uur	9 uur	11 uur	12 uur	7 uur	4 uur
Gemiddelde van fulltimers:	9 uur	9 uur	14 uur	14 uur	10 uur	4 uur

Bereikbaarheidsdiensten

Het aantal uren dat de respondenten in de afgelopen vier weken gemiddeld per week in de vorm van bereikbaarheidsdiensten beschikbaar zijn geweest ligt meer dan tweemaal zo hoog als bij de aanwezigheidsdiensten. Huisartsen scoren in vergelijking met de andere groepen hierbij echter niet meer zo hoog. Hun aantal uren in bereikbaarheidsdiensten (21 uur) ligt zelfs onder dat van zelfstandige medisch specialisten (42 uur), medisch specialisten in loondienst (35 uur), verpleeghuisartsen (30 uur) en tandartsspecialisten (27 uur). Sociaal geneeskundigen scoren met gemiddeld zeven uur het laagste.

Van de zelfstandige medisch specialisten zegt meer dan een kwart (28%) dat zij meer dan zestig uur per week bereikbaarheidsdiensten moeten draaien.

Wanneer we kijken naar de daadwerkelijk gewerkte uren tijdens bereikbaarheidsdiensten, blijken huisartsen (7 uur) toch weer dicht bij de zelfstandige medisch specialisten (9 uur) te komen. Kennelijk worden huisartsen dus relatief vaker tijdens bereikbaarheidsdiensten opgeroepen dan de andere artsen.

Ook voor wat betreft de bereikbaarheidsdiensten blijken zich weinig verschillen voor te doen tussen fulltimers en parttimers.

Tabel 2.6: Bereikbaarheiddiensten voor artsen.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts specialist (n=56)	Huisarts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Gemiddeld aantal uren in laatste vier weken in bereikbaarheidsdiensten beschikbaar geweest:						
- geen	21%	12%	43%	29%	23%	86%
- 1-4 uur	3%	2%	9%	5%	5%	2%
- 5-19 uur	17%	14%	14%	25%	18%	2%
- 20-39 uur	28%	32%	9%	24%	29%	3%
- 40-59 uur	11%	12%	11%	7%	8%	5%
- meer dan 60 uur	20%	28%	14%	10%	18%	2%
Gemiddelde alle artsen:	35 uur	42 uur	27 uur	21 uur	30 uur	7 uur
Gemiddelde fulltimers:	36 uur	43 uur	27 uur	23 uur	30 uur	7 uur
Gemiddeld aantal uren in laatste vier weken gewerkt tijdens bereikbaarheidsdiensten:						
- geen	27%	16%	47%	39%	32%	89%
- 1-4 uur	34%	25%	29%	21%	38%	8%
- 5-19 uur	34%	48%	16%	31%	27%	2%
- 20-39 uur	5%	7%	4%	5%	2%	1%
- 40-59 uur	1%	4%	2%	2%	1%	1%
- meer dan 60 uur	0%	1%	2%	2%	0%	0%
Gemiddelde alle artsen:	5 uur	9 uur	5 uur	7 uur	4 uur	1 uur
Gemiddelde fulltimers:	6 uur	9 uur	5 uur	8 uur	5 uur	2 uur

Aantal werkdagen

De respondenten is gevraagd aan te geven over hoeveel dagen hun werkweek gemiddeld is verdeeld (zie tabel 2.7). Zoals op basis van de eerdere scores verwacht mag worden is het gemiddeld aantal werkdagen bij de huisartsen, de zelfstandige medisch specialisten en de tandartsspecialisten (4,8 dagen) en medisch specialisten in loondienst (4,7 dagen) iets hoger dan bij de sociaal geneeskundigen (4,6 dagen) en de verpleeghuisartsen (4,3 dagen).

Het verschil tussen fulltimers en parttimers is het grootst bij de verpleeghuisartsen (fulltimers: 0,6 dagen meer dan het algemene gemiddelde).

Tabel 2.7: Aantal werkdagen van artsen.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. Zelfstandig (n=174)	Tandarts specialist (n=56)	Huisarts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Aantal dagen in de week waarop gemiddeld werkweek is verdeeld:						
- 1 of 2 dagen	1%	1%	0%	2%	2%	2%
- 3 dagen	8%	5%	6%	8%	14%	9%
- 4 dagen	21%	19%	23%	17%	35%	26%
- 5 dagen	57%	66%	60%	51%	49%	61%
- 6 dagen	11%	8%	6%	18%	0%	2%
- 7 dagen	1%	2%	6%	3%	0%	1%
Gemiddelde alle artsen:	4,7 dagen	4,8 dagen	4,8 dagen	4,8 dagen	4,3 dagen	4,6 dagen
Gemiddelde fulltimers:	5,1 dagen	4,9 dagen	5,1 dagen	5,1 dagen	4,9 dagen	4,9 dagen

Werken op avonden en 's nachts

Zelfstandige medisch specialisten, medisch specialisten in loondienst en huisartsen werken gemiddeld het meest tijdens avonden (respectievelijk 2,3, 2,2 en 2,0 avonden per week; zie tabel 2.8). Dit is ongeveer twee keer zoveel als bij verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen.

Bij 's nachts werken gaan de huisartsen duidelijk aan kop (gemiddeld 1,6 nachten per week), gevolgd door zelfstandige medisch specialisten (1,3 nachten) en de medisch specialisten in loondienst (1,0 nachten). Bij verpleeghuisartsen (0,4 nachten), tandartspecialisten (0,2 nachten) en sociaal geneeskundigen (0,1 nachten) komt 's nachts werken veel minder voor.

De verschillen tussen fulltime en parttime werkende artsen zijn ook hier klein.

Tabel 2.8: Werken van artsen op avonden en 's nachts.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts specialist (n=56)	Huisarts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Gemiddeld aantal avonden in afgelopen vier weken gewerkt:						
- 0 avonden	16%	16%	29%	11%	36%	
- 1 avonden	23%	19%	23%	41%	33%	
- 2 avonden	24%	31%	21%	24%	16%	
- 3 avonden	16%	15%	11%	9%	9%	
- 4 avonden	10%	8%	11%	7%	4%	
- 5 avonden	6%	3%	2%	3%	1%	
- 6 avonden	2%	3%	2%	3%	1%	
- 7 avonden	2%	6%	2%	3%	1%	
Gemiddelde alle artsen:	2,2 avond	2,3 avond	1,7 avond	2,0 avond	1,2 avond	
Gemiddelde fulltimers:	2,4 avond	2,5 avond	2,1 avond	2,1 avond	1,7 avond	
Gemiddeld aantal nachten in afgelopen vier weken gewerkt:						
- 0 nachten	49%	41%	82%	20%	63%	54%
- 1 nachten	26%	29%	13%	41%	31%	22%
- 2 nachten	13%	14%	5%	21%	6%	10%
- 3 nachten	5%	6%	0%	6%	0%	6%
- 4 nachten	3%	3%	0%	6%	0%	2%
- 5 nachten	1%	0%	0%	3%	0%	3%
- 6 nachten	1%	2%	0%	2%	0%	2%
- 7 nachten	1%	5%	0%	2%	0%	1%
Gemiddelde alle artsen:	1,0 nacht	1,3 nacht	0,2 nacht	1,6 nacht	0,4 nacht	1,0 avond
Gemiddelde fulltimers:	1,1 nacht	1,5 nacht	0,3 nacht	1,8 nacht	0,5 nacht	1,4 avond

In de weekeinden werken

Tandartsspecialisten blijken het meest te werken in weekenden. In de afgelopen vier weken hebben zij gemiddeld op 1,1 zaterdagen en 1,2 zondagen gewerkt (zie tabel 2.9). Dit is een fractie hoger dan bij zelfstandige medisch specialisten (1,1 zaterdagen en 1,1 zondagen), medisch specialisten in loondienst (1,0 zaterdagen en 1,0 zondagen) en huisartsen (1,0 zaterdagen en 0,9 zondagen).

Verschillen tussen fulltimers en parttimers zijn ook hier over het algemeen klein.

Tabel 2.9: Werken van artsen in weekeinden.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts-Specialist (n=56)	Huisarts (n=494)	Verpleeg huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Aantal zaterdagen in afgelopen vier weken gewerkt:						
- 0 zaterdag	31%	17%	45%	20%	46%	76%
- 1 zaterdag	47%	59%	27%	65%	44%	14%
- 2 zaterdagen	16%	22%	14%	12%	8%	8%
- 3 zaterdagen	4%	1%	5%	1%	2%	1%
- 4 zaterdagen	3%	2%	9%	2%	1%	2%
Gemiddelde alle artsen:	1,0 zat.	1,1 zat.	1,1 zat.	1,0 zat.	0,7 zat.	0,4 zat.
Gemiddelde fulltimers:	1,2 zat.	1,2 zat.	1,3 zat.	1,1 zat.	0,8 zat.	0,5 zat.
Aantal zondagen in afgelopen vier weken gewerkt:						
- 0 zondag	31%	20%	45%	29%	54%	82%
- 1 zondag	47%	60%	21%	60%	34%	8%
- 2 zondagen	15%	16%	14%	10%	9%	5%
- 3 zondagen	4%	1%	7%	1%	3%	1%
- 4 zondagen	3%	2%	13%	1%	0%	3%
Gemiddelde alle artsen:	1,0 zon.	1,1 zon.	1,2 zon.	0,9 zon.	0,6 zon.	0,4 zon.
Gemiddelde fulltimers:	1,2 zon.	1,1 zon.	1,4 zon.	0,9 zon.	0,7 zon.	0,5 zon.

Verdeling van arbeidstijd over verschillende taken

In de vragenlijst is de respondenten gevraagd aan te geven hoeveel procent van hun arbeidstijd zij naar schatting besteden aan verschillende taken (zie tabel 2.10).

Aan medische verrichtingen wordt door tandartsspecialisten (74%) en huisartsen (70%) naar verhouding het meest tijd besteed en door sociaal geneeskundigen (51%) en medisch specialisten in loondienst (54%) het minst.

Managementtaken en overleg binnen de eigen organisatie zijn voor sociaal geneeskundigen (24%) en verpleeghuisartsen (18%) relatief juist erg belangrijk. Huisartsen (9%), tandartsspecialisten (10%) en zelfstandige medisch specialisten (10%) besteden hieraan naar verhouding de minste tijd.

Ook aan administratieve taken besteden sociaal geneeskundigen (19%) en verpleeghuisartsen (15%) relatief veel tijd. Ook hieraan besteden tandartsspecialisten (9%), zelfstandige medisch specialisten (11%) en huisartsen (12%) naar verhouding de minste tijd.

Het aandeel van de andere taken is veel kleiner en ook de verschillen tussen de deelpopulaties is op dat punt kleiner. Wel moet worden opgemerkt dat veel respondenten aangaven dat vooral de tijd die zij besteden aan bijscholing en het bijhouden van vakliteratuur niet hebben meegerekend en dat zij dit grotendeels in hun vrije tijd doen.

Tabel 2.10: Verdeling arbeidstijd van artsen over verschillende taken.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts specialist (n=56)	Huisarts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Medische verrichtingen (incl. contact met patiënten en familie)	54%	69%	74%	70%	58%	51%
Managementtaken en overleg (binnen eigen organisatie)	15%	10%	10%	9%	18%	24%
Administratieve taken	13%	11%	9%	12%	15%	19%
Bestuurstaken (buiten eigen organisatie)	4%	4%	6%	4%	3%	5%
Opleiding	8%	5%	4%	4%	8%	6%
Overige taken	11%	4%	7%	4%	8%	12%

Begin- en eindtijden van de werkdagen

Zoals uit tabel 2.11 blijkt hebben artsen over het algemeen in hoge mate zeggenschap over de begin- en eindtijden van hun werkdag. Een klein deel kan deze tijden tot op het laatste moment vaststellen. Vaak moet men ze wel van tevoren aangeven of overleggen met collegae. In de overige gevallen kan men vaak niet de begintijd vaststellen maar wel de eindtijd. Dat laatste is echter vaak een relatief gegeven. De eindtijden van de werkdag worden namelijk veelvuldig bepaald door de grootte van het aanbod van patiënten. Voor medisch specialisten in loondienst lijkt dit het meest een probleem te vormen.

Tabel 2.11: Regeling voor artsen van begin- en eindtijden van het werk.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts specialist (n=56)	Huisarts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk.(n=131)
Kan begin- en eindtijden tot op laatste moment zelf bepalen.	9%	13%	15%	14%	10%	15%
Kan begin- en eindtijden zelf bepalen, maar moet deze wel van tevoren aangeven.	4%	15%	42%	17%	17%	32%
Kan begin- en eindtijden gedeeltelijk zelf bepalen, in overleg met collegae.	29%	31%	20%	36%	46%	27%
Begin- en eindtijden volledig door anderen vastgesteld.	11%	6%	6%	6%	5%	7%
Begintijden zijn vastgesteld, eindtijden zelf te bepalen.	45%	30%	15%	21%	21%	12%
Anders	3%	6%	4%	6%	2%	7%

Regeling van pauzes

Ook ten aanzien van het nemen van pauzes hebben artsen grote mate van vrijheid. De meeste artsen kunnen volledig zelfstandig of in overleg met collegae pauzes nemen (zie tabel 2.12). Vooral bij verpleeghuisartsen worden deze relatief het meest (8%) door anderen voorgeschreven. Veel van de respondenten geven echter aan dat de grootte van het aanbod van patiënten bepaalt of pauzes ook daadwerkelijk genomen worden.

Tabel 2.12: Regeling voor artsen van pauzes op het werk.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts specialist (n=56)	Huisarts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Kan pauzes helemaal zelf bepalen	51%	37%	53%	51%	65%	66%
Kan pauzes gedeeltelijk zelf bepalen, in overleg met collegae	24%	31%	35%	28%	17%	21%
Pauzes worden voorgeschreven	6%	2%	4%	4%	8%	4%
Anders	19%	29%	9%	16%	10%	9%

Aantal en duur van pauzes

In tabel 2.13 wordt aangegeven hoeveel pauzes artsen nemen bij werkdagen en/of diensten van verschillende lengte en hoe lang deze pauzes tezamen duren. De totale duur van de pauzes blijkt bij medisch specialisten gemiddeld het kortst (23 tot 34 minuten) en bij tandartsspecialisten het langst (45 tot 61 minuten).

Tabel 2.13: Aantal en duur van pauzes van artsen.

	Med.spec. loondienst	Med.spec. zelfstandig	Tandarts specialist	Huisarts	Verpleeg-huisarts	Sociaal geneesk.
Bij dienst/werkdag van 5½-8 uur:						
- 0 pauzes	17%	17%	7%	17%	4%	6%
- 1 pauzes	66%	63%	61%	44%	69%	71%
- 2 pauzes	12%	14%	7%	32%	17%	18%
- meer dan 2 pauzes	4%	6%	25%	7%	10%	5%
Gemiddeld totale duur:	23 min.	23min.	45 min.	31 min.	37 min.	28 min.
Bij dienst/werkdag van 8-10 uur:						
- 0 pauzes	9%	8%	6%	9%	2%	6%
- 1 pauzes	62%	61%	32%	35%	50%	64%
- 2 pauzes	17%	21%	29%	38%	31%	19%
- meer dan 2 pauzes	11%	10%	33%	18%	17%	11%
Gemiddeld totale duur:	28 min.	32min.	48 min.	38 min.	38 min.	31 min.

Vervolg tabel 2.13

	Med.spec. loondienst	Med.spec. zelfstandig	Tandarts specialist	Huisarts	Verpleeg-huisarts	Sociaal geneesk.
Bij dienst/werkdag van >10 uur:						
- 0 pauzes	7%	7%	6%	10%	6%	8%
- 1 pauzes	41%	43%	12%	24%	44%	15%
- 2 pauzes	37%	37%	24%	34%	19%	46%
- meer dan 2 pauzes	15%	13%	59%	32%	31%	31%
Gemiddeld totale duur:	34 min.	33min.	61 min.	51 min.	40 min.	49 min.

2.4 Problemen en tevredenheid met arbeids- en rusttijden

Een belangrijk deel van de vragenlijst (vragen 16 tot en met 25 in Blok B van de vragenlijst) betrof de zwaarte van het werk, de wens om het aantal gewerkte uren te veranderen, het eventueel vóórkomen van problemen met of vanwege arbeids- en rusttijden en de tevredenheid over bepaalde aspecten daarvan.

Zwaarte van het werk

In de eerste vraag van deze serie konden de respondenten aangeven hoe zij over het algemeen de zwaarte van het gemiddeld aantal door hen gewerkte uren ervaren. Zoals blijkt uit tabel 2.14 kwalificeren de meeste respondenten het aantal door hen gewerkte uren als 'redelijk zwaar'. Zoals op basis van de feitelijke arbeids- en rusttijden verwacht mag worden (zie paragraaf 2.3) zijn het de medisch specialisten en de huisartsen die het aantal door hen gewerkte uren het meest als 'heel zwaar' (8-12%) of 'redelijk zwaar' (64-67%) ervaren. Sociaal geneeskundigen, verpleeghuisartsen en tandartsspecialisten ervaren het aantal gewerkte uren over het algemeen minder zwaar.

Tabel 2.14: Hoe ervaren artsen de zwaarte van het gemiddeld aantal gewerkte uren.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts specialist (n=56)	Huisarts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Heel zwaar	8%	12%	7%	10%	2%	3%
Redelijk zwaar	67%	64%	56%	67%	54%	50%
Niet zwaar of licht	24%	22%	35%	20%	39%	41%
Redelijk licht	1%	2%	2%	3%	6%	4%
Heel licht	0%	1%	0%	0%	0%	2%

Wens om aantal gewerkte uren te veranderen

Het is op basis van de hierboven aangegeven 'ervaring' van artsen niet verwonderlijk dat vooral veel huisartsen (74%) en medisch specialisten (61 tot 62%) het aantal door hen gewerkte uren per week zouden willen verminderen (zie tabel 2.15). Bij veel artsen in de ande-

re drie groepen bestaat die wens ook wel (39-44%), maar een meerderheid (55-60%) van deze artsen ziet geen aanleiding om het aantal gewerkte uren te veranderen. Het aantal artsen dat meer uren per week wil werken is te verwaarlozen.

Tabel 2.15: Wensen van artsen om het gemiddeld aantal gewerkte uren per week te veranderen.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts specialist (n=56)	Huisarts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Wil minder werken	61%	62%	44%	74%	38%	39%
Wil meer werken	2%	2%	0%	1%	2%	1%
Goed zoals het is	34%	35%	55%	24%	59%	60%
Weet niet/onbekend	3%	2%	2%	1%	1%	0%

De artsen die aangaven minder uren te willen werken is gevraagd waarom zij over het algemeen meer uren werken dan zij eigenlijk willen. In alle groepen artsen stelt een ruime meerderheid dat men meer uren werkt omdat men het werk anders niet afkrijgt en/of het veel uren werken nu eenmaal bij het werk hoort (zie tabel 2.16). Voor de tandartsspecialisten (87%) en de huisartsen (86%) is de druk van het werk op het aantal gewerkte uren het grootst.
Voor een kleiner deel van de artsen spelen ook financiële redenen een rol, vooral onder huisartsen (23%) en sociaal geneeskundigen (22%). De verwachting van werkgevers, leidinggevenden, opdrachtgevers of collegae om meer uren te werken dan men eigenlijk wil spelen in veel mindere mate een rol, behalve bij zelfstandig medisch specialisten (21%).

Tabel 2.16: Waarom werken artsen gemiddeld meer uren dan men wil (meerdere antwoorden mogelijk).

	Med.spec. loondienst (n=140)	Med.spec. zelfstandig (n=108)	Tandarts specialist (n=23)	Huis-arts (n=358)	Verpleeg-huisarts (n=38)	Sociaal geneesk. (n=50)
Werkgever/leidinggevende/opdrachtgever verwacht dat van mij.	21%	6%	4%	2%	13%	14%
Collegae verwachten dat van mij.	6%	21%	0%	6%	11%	4%
Anders krijg ik werk niet af; het hoort bij mijn werk.	77%	77%	87%	86%	68%	70%
Financiële redenen.	10%	14%	13%	23%	16%	22%
Anders.	15%	12%	13%	13%	16%	12%

Trends in het aantal gewerkte uren

De respondenten is gevraagd aan te geven of men op dit moment gemiddeld meer of minder uren werkt dan een jaar geleden (tabel 2.17) en of men verwacht over een jaar meer of minder uren te werken (tabel 2.18). De meerderheid van de respondenten geeft aan dat zij ongeveer evenveel uren werken als een jaar geleden. Huisartsen (39%) en de zelfstandige medisch specialisten (29%) zeggen relatief vaak dat zij nu meer werken dan een jaar geleden.

Ook verwacht een meerderheid van de artsen dat zij over een jaar evenveel zullen werken als nu. Opnieuw zijn het de huisartsen (31%) en de zelfstandige medisch specialisten (18%) die vaker dan anderen verwachten dat zij over een jaar meer zullen werken dan nu, hoewel ook relatief veel huisartsen (22%) juist verwacht over een jaar minder uren te werken dan nu.

Tabel 2.17: Werken artsen gemiddeld per week meer of minder dan een jaar geleden.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts specialist (n=56)	Huisarts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Meer dan jaar gelden.	21%	29%	21%	39%	23%	20%
Evenveel als jaar geleden.	66%	57%	66%	48%	58%	62%
Minder dan jaar gelden.	13%	13%	11%	10%	16%	15%
Weet niet/onbekend.	1%	1%	2%	3%	3%	3%

Tabel 2.18: Verwachten artsen over één jaar gemiddeld meer of minder te werken.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts specialist (n=56)	Huisarts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Meer dan nu	15%	18%	11%	31%	12%	7%
Evenveel als nu	62%	58%	70%	42%	64%	72%
Minder dan nu	15%	18%	16%	22%	18%	13%
Weet niet/onbekend	7%	7%	3%	5%	6%	8%

De respondenten konden ook aangeven waarom zij gemiddeld meer of minder werken dan een jaar geleden (tabel 2.19) of waarom zij verwachten over een jaar meer of minder te werken dan nu (tabel 2.20).

Opnieuw blijkt dat het aanbod van patiënten en werkdruk veruit de belangrijkste reden is dat men nu meer werkt dan een jaar geleden of dat men verwacht over een jaar meer te werken dan nu. Vooral veel huisartsen en tandartsspecialisten geven deze redenen aan.

De belangrijkste reden dat men nu minder werkt dan een jaar geleden of dat men verwacht over een jaar minder te werken dan nu is dat men dit zelf wil.

Veel van de huisartsen die verwachten over een jaar minder te werken dan nu, geven daarvoor (andere) redenen die veelal te maken hebben met de organisatie van hun praktijk of maatschap (zie tabel 2.20), zoals een uitbreiding van de formatie, een nieuwe dienstenstructuur of de introductie van een centrale dienstenpost.

Tabel 2.19: Waarom werken artsen gemiddeld meer of minder dan een jaar geleden.

	Med.spec. loondienst	Med.spec. zelfstandig	Tand-arts spec.	Huis-arts	Verpleeg-huisarts	Sociaal geneesk.
Artsen die meer werken dan één jaar geleden:	(n=46)	(n=51)	(n=12)	(n=190)	(n=24)	(n=26)
- omdat zij dat zelf willen	9%	2%	8%	5%	17%	15%
- om werkgever/opdrachtgever	9%	0%	0%	1%	13%	4%
- aanbod patiënten/werkdruk	48%	77%	75%	83%	46%	62%
- andere reden	24%	20%	17%	8%	25%	15%
- weet niet/onbekend	11%	2%	0%	3%	0%	4%
Artsen die minder werken dan één jaar geleden:	(n=28)	(n=23)	(n=6)	(n=49)	(n=16)	(n=20)
- omdat zij dat zelf willen	43%	39%	50%	57%	50%	45%
- om werkgever/opdrachtgever	7%	0%	17%	0%	0%	5%
- aanbod patiënten/werkdruk	11%	4%	17%	14%	6%	15%
- andere reden	32%	35%	17%	27%	38%	35%
- weet niet/onbekend	7%	22%	0%	2%	6%	0%

Tabel 2.20: Waarom verwachten artsen over een jaar gemiddeld meer of minder te werken.

	Med.spec. loondienst	Med.spec. zelfstandig	Tand-arts spec.	Huis-arts	Verpleeg-huisarts	Sociaal geneesk.
Artsen die over één jaar meer verwachten te werken dan nu:	(n=34)	(n=31)	(n=6)	(n=154)	(n=12)	(n=10)
- omdat zij dat zelf willen	9%	3%	0%	4%	17%	20%
- om werkgever/opdrachtgever	12%	0%	0%	0%	8%	20%
- aanbod patiënten/werkdruk	53%	90%	83%	89%	67%	50%
- andere reden	24%	7%	17%	5%	8%	10%
- weet niet/onbekend	3%	0%	0%	2%	0%	0%
Artsen die over één jaar minder verwachten te werken dan nu:	(n=34)	(n=31)	(n=9)	(n=107)	(n=19)	(n=17)
- omdat zij dat zelf willen	65%	52%	67%	30%	37%	76%
- om werkgever/opdrachtgever	3%	0%	11%	0%	5%	0%
- aanbod patiënten/werkdruk	0%	3%	0%	7%	21%	6%
- andere reden	24%	36%	11%	63%	32%	18%
- weet niet/onbekend	9%	10%	11%	0%	5%	0%

Problemen in verband met arbeidstijden

Het feit dat veel artsen meer uren werken dan zij eigenlijk zouden willen hoeft niet automatisch tot problemen te leiden. Velen zien het immers als horende bij de functie die zij uitoefenen. Daarom is de artsen expliciet gevraagd aan te geven of de arbeidstijden leiden tot be-

paalde problemen, zoals gezondheidsproblemen, het minder goed kunnen uitvoeren van zorgtaken of het onderhouden van sociale contacten.

Gemiddeld stelt 47 procent (sociaal geneeskundigen) tot 83 procent (huisartsen) van de artsen dat zij één of meer van de problemen ervaren die in tabel 2.21 worden genoemd. In de enquête die in het kader van de evaluatie van de Arbeidstijdenwet onder werknemers werd gehouden is dezelfde vraag gesteld[3]. Daaruit bleek dat gemiddeld 39 procent van de werknemers problemen ervaart ten gevolge van arbeids- en rusttijden. Artsen ervaren dus over het algemeen veel vaker problemen vanwege hun arbeids- en rusttijden dan de gemiddelde werknemer. Dit wordt deels verklaard door het feit dat het arbeidspatroon van artsen vaak sterk afwijkt van het '9 tot 5 patroon'. Ook in de enquête bij de evaluatie van de Arbeidstijdenwet bleek het arbeidspatroon van werknemers van grote invloed op de mate waarin men problemen ervaart.

Een grote meerderheid van de huisartsen (83%) en de medisch specialisten (79-81%) ervaren één of meerdere problemen. Sociaal geneeskundigen (47%), verpleeghuisartsen (52%) en tandartsspecialisten (52%) hebben over het algemeen minder last van de genoemde problemen, hoewel ook deze groepen boven het hierboven genoemde gemiddelde van werknemers (39%) zitten. Huisartsen scoren ten aanzien van alle genoemde problemen het hoogst en de zelfstandige medisch specialisten zijn meestal een 'goede' tweede.

Het belangrijkste probleem voor artsen is dat de arbeidstijden het uitvoeren van hobby's en andere activiteiten in hun privé-leven hinderen (van 34% van sociaal geneeskundigen tot 70% van de huisartsen). Daarnaast wordt ook vaak de invloed van arbeidstijden op het onderhouden van sociale contacten (van 24% van de sociaal geneeskundigen tot 65% van de huisartsen), het verrichten van zorgtaken thuis (van 25% van de tandartsspecialisten tot 62% van de huisartsen), de psychische gezondheid (van 22% van de tandartsspecialisten tot 61% van de huisartsen) en de lichamelijke gezondheid (van 18% van de tandartsspecialisten tot 46% van de huisartsen) als problematisch gezien. De negatieve invloed van arbeidstijden op de belangen en de veiligheid van patiënten en cliënten (van 2% van de tandartsspecialisten tot 26% van de huisartsen) en op de eigen veiligheid (van 2% van de tandartsspecialisten tot 19% van de huisartsen) worden veel minder vaak als problematisch gezien.

Op basis van deze resultaten kan dus gesteld worden dat de arbeids- en rusttijden van artsen vaak tot problemen leiden met de gezondheid en het welzijn van artsen, met de combineerbaarheid van arbeid en zorgtaken en met andere activiteiten en verantwoordelijkheden buiten de arbeid. Dit zijn stuk voor stuk problemen die de ATW beoogt te voorkomen.

[3] Zie: *Arbeidstijden in overleg? Evaluatie van de Arbeidstijden wet.* Onderzoek in opdracht van het Ministerie van SZW door Dr. J.W.M. Mevissen e.a., Elsevier Bedrijfsinformatie, april 2001.

Tabel 2.21: Leiden arbeidstijden tot problemen voor artsen.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts spec. (n=56)	Huis-arts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Ervaart één of meerdere specifieke problemen	81%	79%	52%	83%	52%	47%
Specifieke problemen:						
- lichamelijke gezondheid	33%	39%	18%	46%	19%	19%
- psychische gezondheid	33%	42%	22%	61%	37%	29%
- belangen/veiligheid van patiënten/cliënten	10%	14%	2%	26%	10%	5%
- de eigen veiligheid	8%	12%	2%	19%	7%	5%
- verrichten van zorgtaken	51%	55%	25%	62%	34%	28%
- onderhouden sociale contacten	58%	61%	32%	65%	28%	24%
- hobby's/andere privé-activiteit.	70%	69%	34%	70%	39%	34%
- problemen met andere zaken	10%	18%	5%	9%	4%	4%

Tevredenheid over aspecten van arbeids- en rusttijden

Na de vraag over het vóórkomen van problemen vanwege arbeids- en rusttijden konden de respondenten ten aanzien van een aantal specifieke aspecten van de arbeids- en rusttijden aangeven of zij daarover tevreden zijn of dat zij daar meer of juist minder van willen. De uitkomsten worden in de tabellen 2.22 tot en met 2.27 weergegeven. Ten aanzien van de percentages die genoemd worden bij de antwoordcategorie 'weet niet/nvt/onbekend' dient opgemerkt te worden dat deze soms hoog zijn. Zo is voor artsen met een zelfstandige praktijk 'het aantal te werken uren volgens het arbeidscontract' niet van toepassing. Bij vergelijking van de percentages in deze tabellen met andere tabellen in dit rapport, bijvoorbeeld met de percentages in tabel 2.15 over het meer of minder uren willen werken, dient hiermee echter rekening gehouden te worden.

Tevredenheid over aantal te werken en gewerkte uren

Ten aanzien van het aantal te werken of gewerkte uren (zie tabel 2.22) blijkt dat de meeste artsen redelijk tevreden zijn over het aantal uren dat zij volgens hun arbeidscontract geacht worden te werken (11% van de tandartsspecialisten tot 25% medisch specialisten in loondienst wil minder uren). Het probleem ligt veel meer bij het feitelijk aantal gewerkte uren (40% van de verpleeghuisartsen tot 69% van de huisartsen wil minder) of het aantal uren dat men per week beschikbaar dient te zijn (32% van de tandartsspecialisten tot 69% van de huisartsen wil minder). Het zijn vooral de huisartsen, en in iets mindere mate de medisch specialisten, die het feitelijk aantal gewerkte uren en het aantal uren dat men beschikbaar moet zijn willen verminderen.

Tabel 2.22: Tevredenheid van artsen over aantal te werken/gewerkte uren.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tand-arts spec. (n=56)	Huis-arts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Aantal uren dat men volgens arbeidscontract moet werken:						
- goed zoals het is	61%	22%	29%	27%	71%	77%
- wil graag meer	10%	2%	2%	1%	1%	1%
- wil graag minder	25%	19%	11%	19%	16%	18%
- weet niet/nvt/onbekend	5%	57%	59%	53%	13%	5%
Feitelijk aantal gewerkte uren:						
- goed zoals het is	28%	29%	41%	21%	50%	50%
- wil graag meer	1%	3%	0%	1%	1%	2%
- wil graag minder	68%	60%	45%	69%	40%	44%
- weet niet/nvt/onbekend	3%	9%	14%	9%	10%	5%
Aantal uren per week dat men beschikbaar moet zijn:						
- goed zoals het is	38%	30%	43%	20%	50%	41%
- wil graag meer	1%	1%	2%	0%	0%	0%
- wil graag minder	49%	58%	32%	69%	40%	17%
- weet niet/nvt/onbekend	12%	11%	23%	11%	11%	42%

Tevredenheid over de dagen in de week waarop moet werken

Over het aantal dagen in de week en over het aantal doordeweekse dagen in de week waarop men moet werken zijn de meeste artsen tevreden (zie tabel 2.23). Zelfstandige medisch specialisten willen op deze punten nog het vaakst ‘minder’ (respectievelijk 43 en 39% wil op minder dagen of minder doordeweekse dagen in de week werken).

Over het aantal zaterdagen en zondagen waarop men gemiddeld moet werken zijn artsen echter minder positief. Hoewel vooral bij sociaal geneeskundigen werken in de weekenden niet of nauwelijks voorkomt, houden de percentages artsen die hierover tevreden zijn en de artsen die minder zaterdagen en zondagen willen werken elkaar in de verschillende groepen meer in evenwicht. Het zijn echter nu weer de huisartsen die op dit punt vaak ontevreden zijn. Ongeveer tweederde van hen zouden minder zaterdagen en zondagen willen werken.

Tabel 2.23: Tevredenheid van artsen over dagen waarop men moet werken.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tand-arts spec. (n=56)	Huis-arts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Aantal dagen in de week waarop men gemiddeld werkt:						
- goed zoals het is	59%	49%	66%	54%	70%	70%
- wil graag meer	1%	1%	0%	0%	1%	0%
- wil graag minder	37%	43%	27%	37%	22%	23%
- weet niet/nvt/onbekend	3%	7%	7%	9%	7%	8%
Aantal doordeweekse dagen waarop men gemiddeld werkt:						
- goed zoals het is	65%	52%	70%	60%	69%	69%
- wil graag meer	1%	2%	0%	0%	1%	1%
- wil graag minder	29%	39%	21%	30%	19%	19%
- weet niet/nvt/ onbekend	6%	7%	9%	11%	11%	11%
Aantal zaterdagen waar-op men gemiddeld werkt:						
- goed zoals het is	49%	43%	34%	24%	38%	18%
- wil graag meer	1%	1%	0%	0%	0%	0%
- wil graag minder	38%	44%	23%	65%	32%	8%
- weet niet/nvt/onbekend	13%	12%	43%	11%	30%	74%
Aantal zondagen waarop men gemiddeld werkt:						
- goed zoals het is	48%	44%	30%	25%	39%	28%
- wil graag meer	1%	1%	0%	0%	0%	0%
- wil graag minder	38%	43%	36%	66%	30%	18%
- weet niet/nvt/onbekend	13%	13%	34%	10%	31%	54%

Tevredenheid over onregelmatige arbeidstijden

Ook ten aanzien van op avonden en ‘s nachts werken en ten aanzien van aanwezigheids- en bereikbaarheidsdiensten zijn er meer artsen die dit willen verminderen dan artsen die het goed vinden zoals het nu is (zie tabel 2.24). Vooral het werken op avonden willen veel artsen beperken (van 18% van de sociaal geneeskundigen tot 66% van de huisartsen). Ook willen veel artsen het aantal bereikbaarheidsdiensten terugdringen (van 7% van de sociaal geneeskundigen tot 58% van de huisartsen), het ‘s nacht werken terugdringen (van 6% van de sociaal geneeskundigen tot 67% van de huisartsen) en het aantal aanwezigheidsdiensten terugdringen (van 2% van de sociaal geneeskundigen tot 56% van de huisartsen).

Huisartsen hebben dus ook met de onregelmatige arbeidstijden veruit de meeste problemen. Ongeveer tweederde van hen wil minder avonden en nachten werken en ruim de helft minder aanwezigheids- en bereikbaarheidsdiensten.

Tabel 2.24: Tevredenheid van artsen over onregelmatige arbeidstijden.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts specialist (n=56)	Huisarts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Aantal avonden waarop men gemiddeld werkt:						
- goed zoals het is	44%	41%	30%	25%	39%	28%
- wil graag meer	1%	1%	0%	0%	0%	0%
- wil graag minder	42%	47%	36%	66%	30%	18%
- weet niet/nvt/onbekend	13%	11%	34%	9%	31%	54%
Aantal nachten waarop men gemiddeld werkt:						
- goed zoals het is	42%	39%	20%	23%	37%	7%
- wil graag meer	1%	0%	0%	0%	0%	0%
- wil graag minder	33%	41%	11%	67%	24%	6%
- weet niet/nvt/onbekend	25%	20%	70%	11%	39%	87%
Aantal aanwezigheids-diensten:						
- goed zoals het is	35%	30%	32%	20%	24%	7%
- wil graag meer	1%	0%	2%	0%	0%	0%
- wil graag minder	22%	28%	14%	56%	13%	2%
- weet niet/nvt/onbekend	42%	42%	51%	24%	63%	92%
Aantal bereikbaarheids-diensten:						
- goed zoals het is	47%	40%	34%	21%	37%	13%
- wil graag meer	1%	1%	2%	1%	0%	1%
- wil graag minder	39%	46%	25%	58%	40%	7%
- weet niet/nvt/onbekend	14%	13%	39%	21%	23%	79%

Tevredenheid over pauzes en vrije tijd

Over het aantal pauzes en de duur van de pauzes op het werk zijn de artsen over het algemeen wel redelijk tevreden (zie tabel 2.25), hoewel ongeveer een kwart graag meer pauzes en langer pauze wil. Huisartsen willen het aantal pauzes en de duur van de pauzes het meest vergroten (respectievelijk 42% en 42%), gevolgd door de zelfstandige medisch specialisten (37% respectievelijk 36%), de medisch specialisten in loondienst (33% respectievelijk 32%) en de sociaal geneeskundigen (31% respectievelijk 28%).

Ten aanzien van het aantal uren vrije tijd tussen twee diensten hebben relatief veel respondenten geen antwoord gegeven. Dit is vooral bij sociaal geneeskundigen het geval (81%), waarschijnlijk omdat zij vaker dan anderen vaste arbeidstijden hebben. Van de huisartsen wil 39 procent meer uren vrije tijd tussen twee diensten, van de medisch specialisten 22 procent.

Over het aantal aaneengesloten vrije dagen per week zijn de meeste respondenten tevreden. Het zijn vooral de huisartsen (29%), de zelfstandige medisch specialisten (24%) en de medisch specialisten in loondienst (22%) die relatief vaak de wens hebben van meer aaneengesloten vrije dagen.

Tabel 2.25: Tevredenheid van artsen over pauzes en vrije tijd.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts spec. (n=56)	Huisarts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Aantal pauzes op het werk:						
- goed zoals het is	51%	45%	71%	47%	79%	60%
- wil graag meer	33%	37%	16%	42%	13%	31%
- wil graag minder	1%	3%	2%	1%	1%	0%
- weet niet/nvt/onbekend	15%	15%	11%	11%	8%	10%
Duur van pauzes op het werk:						
- goed zoals het is	53%	45%	75%	45%	72%	60%
- wil graag meer	32%	36%	14%	42%	18%	28%
- wil graag minder	1%	2%	0%	0%	1%	0%
- weet niet/nvt/onbekend	14%	17%	11%	13%	9%	11%
Aantal uren vrije tijd tussen twee diensten:						
- goed zoals het is	43%	42%	46%	33%	58%	16%
- wil graag meer	20%	25%	2%	39%	9%	2%
- wil graag minder	2%	1%	0%	3%	1%	0%
- weet niet/nvt/onbekend	35%	32%	52%	25%	32%	82%
Aantal aaneengesloten vrije dagen per week:						
- goed zoals het is	55%	47%	61%	49%	78%	51%
- wil graag meer	22%	24%	11%	29%	7%	10%
- wil graag minder	1%	2%	0%	1%	0%	1%
- weet niet/nvt/onbekend	22%	27%	28%	21%	16%	38%

Tevredenheid over begin- en eindtijden van de werkdag

Over de begintijd van de werkdag zijn vrijwel alle artsen tevreden (zie tabel 2.26). De medisch specialisten koesteren relatief het meest de wens om de werkdag later te beginnen (11-12%).

Over het einde van de werkdag is men minder positief. Vooral medisch specialisten (45 tot 48%) en huisartsen (44%) zouden de werkdag graag eerder willen beëindigen.

Tabel 2.26: Tevredenheid van artsen over begin- en eindtijden van werkdag.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts spec. (n=56)	Huis-arts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Begintijden van werkdag:						
- goed zoals het is	81%	76%	88%	82%	85%	89%
- graag eerder	4%	2%	0%	0%	0%	3%
- graag later	11%	12%	5%	8%	9%	4%
- weet niet/nvt/onbekend	4%	10%	7%	10%	7%	5%
Eindtijden van werkdag:						
- goed zoals het is	45%	40%	73%	44%	69%	69%
- graag eerder	48%	45%	20%	44%	21%	23%
- graag later	2%	2%	0%	2%	1%	3%
- weet niet/nvt/onbekend	5%	12%	7%	10%	9%	6%

Tevredenheid over de vrijheid om arbeids- en rusttijden vast te stellen

Zoals blijkt uit tabel 2.27 zijn de meest artsen ook redelijk tevreden over de vrijheid om vast te stellen op welke dagen of dagdelen men werkt, over de vrijheid om begin- en eindtijden vast te stellen en over de vrijheid om pauzes vast te stellen. Over het algemeen voelen medisch specialisten en huisartsen zich nog het meest in deze vrijheid beperkt.

Tabel 2.27: Tevredenheid van artsen over vrijheid om arbeids- en rusttijden vast te stellen.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts specialist (n=56)	Huisarts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Vrijheid om dagen of dag-delen vast te stellen:						
- goed zoals het is	56%	64%	73%	56%	74%	73%
- wil graag meer	29%	17%	5%	20%	14%	10%
- wil graag minder	0%	0%	0%	0%	0%	0%
- weet niet/nvt/onbekend	15%	19%	21%	24%	13%	17%
Vrijheid om begin-/eind-tijden vast te stellen:						
- goed zoals het is	66%	62%	75%	64%	75%	81%
- wil graag meer	24%	12%	5%	15%	13%	8%
- wil graag minder	0%	0%	0%	0%	0%	0%
- weet niet/nvt/onbekend	14%	26%	20%	21%	13%	11%
Vrijheid om pauzes vast te stellen:						
- goed zoals het is	69%	58%	80%	62%	78%	79%
- wil graag meer	15%	16%	4%	15%	7%	10%
- wil graag minder	0%	0%	0%	0%	0%	0%
- weet niet/nvt/onbekend	16%	27%	16%	23%	15%	11%

2.5 Wensen ten aanzien van arbeids- en rusttijden

Nadat we in paragraaf 2.3 de feitelijke arbeids- en rusttijden hebben geïnventariseerd en in paragraaf 2.4 de problemen die ontstaan door de arbeidstijden en de tevredenheid over de arbeids- en rusttijden, wordt in deze paragraaf aangegeven in hoeverre dit alles geleid heeft tot het kenbaar maken van wensen met betrekking tot arbeidstijden (vraag 26 tot en met vraag 30 in Blok B de vragenlijst).

Wensen kenbaar gemaakt

Veel artsen hebben in de afgelopen vier jaar wensen kenbaar gemaakt met betrekking tot de arbeidstijden (van 22% van de tandartsspecialisten tot 62% van de verpleeghuisartsen; zie tabel 2.28). Het feit dat artsen aangeven geen specifieke wensen kenbaar hebben gemaakt om de arbeidstijden te veranderen kan echter deels ook veroorzaakt worden doordat zij dit bij niemand anders dan zichzelf kunnen doen. In tabel 2.28 wordt daarom ook een onderscheid gemaakt tussen artsen in loondienst en artsen in een zelfstandige praktijk.

De meeste artsen in loondienst hebben wensen kenbaar gemaakt met betrekking tot de arbeidstijden, vooral bij hun werkgever (van 43% van de medisch specialisten in loondienst tot 61% van de verpleeghuisartsen in loondienst). Zelfstandige artsen hebben in mindere mate wensen kenbaar gemaakt met betrekking tot de arbeidstijden en doen dat vaker bij hun collegae (van 21% van de tandartsspecialisten tot 52% van de zelfstandige medisch specialisten).

Tabel 2.28: Hebben artsen in afgelopen 4 jaar wensen met betrekking tot arbeidstijden kenbaar gemaakt (meerdere antwoorden mogelijk).

Alle artsen	**Med.spec. loondienst (n=221)**	**Med.spec. zelfstandig (n=174)**	**Tandarts-specialist (n=56)**	**Huisarts (n=494)**	**Verpleeg-huisarts (n=103)**	**Sociaal geneesk. (n=131)**
Nee	42%	45%	64%	41%	37%	50%
Ja, bij werkgever	43%	8%	13%	8%	50%	45%
Ja, bij collega(e)	37%	52%	21%	47%	30%	8%
Weet niet/onbekend	0%	1%	4%	1%	1%	1%
Artsen in loondienst	**Med.spec. loondienst (n=221)**		**Tandarts-specialist (n=13)**	**Huisarts (n=70)**	**Verpleeg-huisarts (n=82)**	**Sociaal geneesk. (n=126)**
Nee	42%		39%	34%	29%	49%
Ja, bij werkgever	43%		46%	47%	61%	46%
Ja, bij collega(e)	37%		39%	26%	33%	8%
Weet niet/onbekend	0%		0%	4%	2%	3%
Zelfstandige artsen		**Med.spec. Zelfstandig (n=174)**	**Tandarts-specialist (n=47)**	**Huisarts (n=424)**	**Verpleeg-huisarts (n=21)**	**Sociaal geneesk. (n=5)**
Nee		45%	64%	43%	67%	40%
Ja, bij werkgever		8%	9%	1%	5%	40%
Ja, bij collega(e)		52%	21%	50%	24%	0%
Weet niet/onbekend		1%	4%	1%	5%	20%

De kenbaar gemaakte wensen

In tabel 2.29 wordt aangegeven op welke terreinen artsen bij hun werkgever of collegae in de afgelopen vier jaar wensen kenbaar hebben gemaakt. Zoals verwacht mag worden heeft de belangrijkste wens te maken met het feitelijk aantal gewerkte uren. Dit werd immers ook al het meest genoemd bij de vragen over de tevredenheid van aspecten van arbeids- en rusttijden (gemiddeld wil 40 tot 69% van de artsen minder uren werken; zie tabel 2.22). Wanneer we het kleine aantal artsen dat meer wil werken buiten beschouwing laten, blijkt dus dat ongeveer 20 procent van de artsen wel de wens heeft om het aantal gewerkte uren te beperken maar die wens in de afgelopen vier jaar niet kenbaar heeft gemaakt bij werkgever of collegae. Medisch specialisten in loondienst (40%) en huisartsen (36%) hebben het meest de wens kenbaar gemaakt om het aantal gewerkte uren te beperken en tandartsspecialisten het minst (18%).

Artsen in loondienst hebben vaker (ook) de wens kenbaar gemaakt om het aantal uren volgens het arbeidscontract te verminderen (medisch specialisten in loondienst 23%, verpleeghuisartsen 22% en sociaal geneeskundigen 21%).

Huisartsen (30%), zelfstandige medisch specialisten (26%) en medisch specialisten in loondienst (24%) hebben vaker dan de andere groepen artsen de wens om minder uren beschikbaar te moeten zijn.

Medisch specialisten en huisartsen hebben ook op bijna alle overige punten relatief vaak wensen, bijvoorbeeld met betrekking tot het aantal dagen, doordeweekse dagen, zaterdagen, zondagen, avonden, nachten, aanwezigheidsdiensten, bereikbaarheidsdiensten, pauzes, uren vrije tijd tussen twee diensten en aaneengesloten vrije dagen.

Tabel 2.29: Terreinen waarop artsen in afgelopen vier jaar wensen kenbaar hebben gemaakt om arbeidstijden aan te passen. (meerdere antwoorden mogelijk)

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts specialist (n=56)	Huis-arts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Aantal uren dat men volgens arbeidscontract moet werken	23%	16%	13%	11%	22%	21%
Feitelijk aantal gewerkte uren	40%	33%	18%	36%	31%	31%
Aantal uren per week dat men beschikbaar moet zijn	24%	26%	7%	30%	14%	5%
Aantal dagen in de week waar-op men gemiddeld werkt	21%	25%	11%	22%	13%	12%
Aantal doordeweekse dagen waarop men gemiddeld werkt	14%	22%	9%	17%	9%	8%
Aantal zaterdagen	19%	22%	7%	31%	11%	2%
Aantal zondagen	18%	22%	9%	31%	11%	1%
Aantal avonden	20%	24%	11%	31%	10%	4%
Aantal nachten	17%	22%	4%	31%	6%	2%
Aantal aanwezigheidsdiensten	13%	16%	5%	26%	6%	1%

Vervolg tabel 2.29

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts specialist (n=56)	Huis-arts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Aantal bereikbaarheidsdiensten	20%	24%	5%	28%	12%	3%
Aantal pauzes op het werk	8%	14%	2%	14%	6%	5%
Duur van pauzes op het werk	8%	12%	0%	13%	5%	6%
Uren vrije tijd tussen 2 diensten	8%	16%	0%	14%	3%	1%
Aaneengesloten vrije dagen	9%	12%	2%	11%	7%	1%
Begintijden van werkdag	7%	6%	4%	5%	9%	6%
Eindtijden van werkdag	17%	16%	4%	14%	9%	10%
Vrijheid om dagen of dagdelen vast te stellen	12%	5%	4%	10%	7%	5%
Vrijheid om begin-/eindtijden vast te stellen	10%	6%	2%	9%	9%	4%
Vrijheid om pauzes vast te stellen	5%	6%	5%	6%	5%	2%

Voldoen aan wensen

In tabel 2.30 wordt aangegeven bij hoeveel van de artsen die wensen hebben kenbaar gemaakt die wensen ook ingewilligd voldaan is. Bij ongeveer tweederde van de tandartsspecialisten (69%), verpleeghuisartsen (66%) en de sociaal geneeskundigen (65%) zijn de wensen geheel of gedeeltelijk ingewilligd. Bij zelfstandige medisch specialisten (45%), bij medisch specialisten in loondienst (37%) en bij huisartsen (37%) ligt dit ruim lager. Bij meer dan de helft van de huisartsen en medisch specialisten is inmiddels bekend dat de wensen niet zijn gehonoreerd. Bij de overige groepen schommelt dit percentage tussen de 23 (verpleeghuisartsen) en 30 procent (sociaal geneeskundigen).

Tabel 2.30: Is voldaan aan de kenbaar gemaakte wensen om arbeidstijden aan te passen (uitgedrukt in percentage van artsen die *wel* wensen hebben kenbaar gemaakt).

	Med.spec. loondienst (n=121)	Med.spec. zelfstandig (n=89)	Tandarts specialist (n=16)	Huis-arts (n=247)	Verpleeg-huisarts (n=60)	Sociaal geneesk. (n=60)
Geheel aan wensen voldaan	11%	20%	31%	11%	34%	33%
Gedeeltelijk aan wensen voldaan	26%	25%	38%	26%	32%	32%
Nog geen uitslag bekend	9%	8%	6%	12%	12%	5%
Niet aan wensen voldaan	54%	46%	25%	51%	23%	30%

De redenen voor het niet of maar gedeeltelijk inwilligen van verzoeken van wensen met betrekking tot aanpassing van de arbeidstijden worden in tabel 2.31 aangegeven. Hierbij moet overigens worden opgemerkt dat in de vragenlijst maar één antwoord mocht worden aangekruist. De belangrijkste reden blijkt te liggen in onoverkomelijke consequenties voor de ca-

paciteit van de instelling, praktijk of maatschap. Dit geldt vooral voor zelfstandige medisch specialisten (75%) en in mindere mate voor medisch specialisten in loondienst (42%), tandartsspecialisten (40%) en huisartsen (38%). Ook onoverkomelijke organisatorische consequenties voor de instelling, praktijk of maatschap worden vaak genoemd, vooral door verpleeghuisartsen (42%) en tandartsspecialisten (40%). Onoverkomelijke financiële consequenties voor de instelling, praktijk of maatschap worden minder vaak genoemd, maar relatief vaak door huisartsen (17%).

Tabel 2.31: Belangrijkste reden waarom de kenbaar gemaakte wensen om arbeidstijden aan te passen niet of maar gedeeltelijk zijn ingewilligd (uitgedrukt in percentage van artsen waarvan kenbaar gemaakt wensen *gedeeltelijk* of *niet* zijn ingewilligd).

	Med.spec. loondienst (n=85)	Med.spec. zelfstandig (n=52)	Tandarts specialist (n=10)	Huisarts (n=198)	Verpleeg-huisarts (n=33)	Sociaal geneesk. (n=38)
Consequenties voor capaciteit	42%	75%	40%	38%	24%	29%
Financiële consequenties	11%	10%	10%	17%	6%	13%
Organisatorisch consequenties	21%	12%	40%	21%	42%	16%
Ongewenste precedentwerking	5%	0%	0%	2%	3%	3%
Geen duidelijke reden gegeven	4%		0%	2%	3%	3%
		2%				
Andere reden	17%	2%	10%	13%	9%	11%
Weet niet/onbekend	1%	0%	0%	7%	12%	26%

Redenen om geen wensen kenbaar te maken

Ten slotte is aan de artsen die geen wensen kenbaar hebben gemaakt gevraagd wat hiervan de reden is (zie tabel 2.32). De meest genoemde reden was dat men hieraan geen behoefte had. Vooral sociaal geneeskundigen (56%) en tandartsspecialisten (50%) noemden dit als reden. Relatief veel huisartsen (27%) en medisch specialisten in loondienst (27%) gaven aan voor zichzelf toch geen verbetering te verwachten en dus het indienen van een verzoek zinloos te achten. Overigens werd door 16 tot 40 procent van de artsen een veelheid van andere redenen aangevoerd.

Tabel 2.32: Belangrijkste reden waarom artsen geen wensen hebben kenbaar gemaakt om arbeidstijden aan te passen (uitgedrukt in percentage van artsen die *geen* wensen hebben kenbaar gemaakt).

	Med.spec. loondienst (n=87)	Med.spec. zelfstandig (n=76)	Tandarts specialist (n=36)	Huisarts (n=204)	Verpleeg-huisarts (n=38)	Sociaal geneesk. (n=66)
Geen behoefte aan	36%	29%	50%	25%	40%	56%
Voors/tegens nog niet op een rij	8%	15%	6%	3%	5%	8%
Nog geen tijd gehad	3%	1%	0%	1%	0%	0%
Verwacht toch geen verbetering	27%	15%	3%	27%	8%	9%
Brengt mijn positie in gevaar	4%	4%	0%	2%	3%	3%
Andere reden	16%	29%	39%	35%	40%	17%
Weet niet/onbekend	5%	8%	3%	8%	5%	8%

2.6 Werken volgens normen van de Arbeidstijdenwet

In het laatste deel van de vragenlijst (vragen 1-5 in Blok C van de vragenlijst) is een aantal vragen voorgelegd over normen die in de Arbeidstijdenwet zijn opgenomen. Ook is gevraagd aan te geven wat de gevolgen zouden zijn indien deze normen ook voor artsen zouden gelden. Ten slotte zijn een aantal stellingen voorgelegd over mogelijkheid, wenselijkheid en noodzakelijkheid van het onder de werkingssfeer van de ATW brengen van artsen.

Hanteren van de ATW-normen

In tabel 2.33 wordt aangegeven hoeveel respondenten zich volgens eigen zeggen in de werksituatie *niet* aan de genoemde normen uit de ATW houden. Om de tabel leesbaarder te maken zijn de antwoordcategorieën 'Ja' en 'Weet niet/nvt' niet weergegeven. Het antwoord 'Nee' is iets veelzeggender dan het antwoord 'Ja', omdat op onderdelen veel respondenten 'Weet niet/nvt' hebben ingevuld. Hoewel de vragen door de meeste respondenten vrij nauwkeurig lijken te zijn beantwoord, moet men zich goed realiseren dat het voor de respondenten vaak erg moeilijk is om snel en goed te beoordelen in hoeverre men zich in de eigen werksituatie wel of niet aan de genoemde normen uit de ATW houdt. Op basis van de antwoorden kan wel worden opgemaakt op welke onderdelen de werksituatie van artsen in belangrijke mate afwijkt van normen die door de ATW worden gesteld.

1. Maximum arbeidstijd

Op basis van de eerder besproken feitelijke arbeidstijden is het niet verwonderlijk dat huisartsen en zelfstandige medisch specialisten in vergelijking met de andere groepen vaker de door de ATW gestelde maximale arbeidstijd overschrijden. Voor 47 procent van de zelfstandige

medisch specialisten en 42 procent van de huisartsen is de norm over de maximale duur van werkdag of dienst (10 uur aaneengesloten arbeid) moeilijk te hanteren. Ook de door de ATW gestelde gemiddelde duur van de werkweek over een periode van 4 of 13 weken (gemiddeld 50 uur over een periode van 4 weken of 45 uur over periode van 13 weken) lijkt voor meer dan de helft van de huisartsen en zelfstandige medisch specialisten niet haalbaar. De werksituatie van verpleeghuisartsen, en in iets mindere mate die van sociaal geneeskundigen, lijkt op het punt van de maximum arbeidstijden meer volgens de normen uit de ATW te geschieden.

2. Aaneengesloten wekelijkse rust

De ATW stelt de norm dat werknemers in een periode van zeven dagen minstens éénmaal 36 uur aaneengesloten rust moeten krijgen, of 60 uur in een periode van negen dagen. Eénmaal per vijf weken mag dit worden ingekort tot 32 uur aaneengesloten rust. Ruim een derde van de huisartsen (38%) en de zelfstandige medisch specialisten (41%) geeft aan dat zij zich in hun werksituatie niet aan deze norm houden. Ook 32 procent van de medisch specialisten en 17 procent van de verpleeghuisartsen geeft aan over het algemeen deze norm niet te kunnen hanteren.

Tabel 2.33: Percentage van artsen die zich over het algemeen *niet* aan de normen houden zoals gesteld in de Arbeidstijdenwet.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts spec. (n=56)	Huis-arts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Maximum arbeidstijden[4]:						
• max. 10 uur aaneen-gesloten arbeid	38%	47%	15%	42%	5%	10%
• gem. 50 uur per week over periode van 4 weken	39%	52%	16%	52%	6%	6%
• gem. 45 uur per week over periode van 13 weken	50%	55%	22%	57%	14%	13%
Aaneengesloten wekelijkse rust:						
• 36 uur in 7 dagen of 60 uur in 90 dagen	32%	41%	8%	38%	17%	4%
Aaneengesloten dagelijkse rust:						
• 11 uur per 24 uur	39%	46%	14%	49%	17%	9%
Zondagsbepaling:						
• tenminste 13 vrije zondagen per 52 weken	8%	15%	10%	4%	1%	1%

[4] Dit zijn maximum arbeidstijden *zonder* nachtdienst en exclusief bereikbaarheids- en/of aanwezigheidsdiensten.

Vervolg tabel 2.33

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts spec. (n=56)	Huis-arts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Arbeidstijden bij voorkomen van nachtdiensten:						
• min. 14 uur rust na dienst eindigend na 02.00 uur	36%	54%	9%	70%	10%	4%
• min. 48 uur rust na reeks nachtdiensten	36%	48%	9%	49%	6%	4%
• max. 9 uur arbeidstijd per nachtdienst	30%	42%	5%	46%	6%	1%
• max. arbeidstijd per 13 weken gem. 40 uur p. wk.	32%	48%	11%	60%	3%	3%
• Max. 28 nachtdiensten over periode van 13 weken	9%	19%	2%	13%	3%	0%
• Max. 7 achtereen-volgende nachtdiensten	7%	13%	0%	7%	2%	0%
Overwerk (incidenteel):						
• max. 12 uur per dienst	31%	49%	13%	44%	8%	3%
• max. 60 uur per week	31%	42%	13%	38%	8%	2%
• gem. 48 uur over 13 weken	38%	44%	9%	37%	10%	6%
Pauzes:						
• min. ½ uur pauze per dienst van 5½-8 uur	44%	46%	20%	33%	11%	33%
• min. ¾ uur pauze per dienst van 8-10 uur	59%	57%	23%	43%	24%	41%
• min. 1 uur pauze bij dienst van meer dan 10 uur	50%	57%	13%	39%	16%	23%
Arbeidstijd bij voorkomen bereikbaarheidsdiensten:						
• geen bereikbaarheids-dienst voor en na een nachtdienst	30%	49%	11%	58%	6%	3%
• max. 13 uur arbeidstijd per 24 uur	50%	56%	15%	63%	26%	6%
• max. 60 uur arbeidstijd per week	40%	52%	15%	47%	20%	5%
• gem. 45 uur per week over periode van 13 weken	38%	51%	17%	48%	14%	5%
• gem. 40 uur per week over periode van 13 weken als bereikbaarheidsdienst. geheel/deels tussen 0.00 en 06.00 uur valt	41%	47%	17%	45%	15%	5%
• min. arbeidstijd van ½ uur bij oproep in bereikbaar-heidsdienst	30%	41%	11%	30%	19%	3%
Rusttijd:						
• minimaal 11 uur rust tussen twee diensten	40%	58%	17%	54%	27%	6%

3. Aaneengesloten dagelijkse rust
De aaneengesloten rust die volgens de ATW minimaal per dag moet worden genomen (11 uur per 24 uur, éénmaal per week in te korten tot 8 uur) is voor een nog iets groter deel van de respondenten problematisch dan bij de aaneengesloten wekelijkse rust. Zo zegt bijna de helft van de huisartsen (49%) en de zelfstandige medisch specialisten (46%) zich in hun werksituatie niet aan deze norm te houden.

4. Zondagbepaling
Volgens de ATW moet men per 52 weken tenminste 13 vrije zondagen hebben. Voor de meeste respondenten lijkt deze bepaling geen problemen op te leveren, hoewel toch nog 15 procent van de zelfstandige medisch specialisten en 10 procent van de tandartsspecialisten zegt deze norm in de eigen werksituatie niet te kunnen hanteren.

5. Arbeidstijden bij voorkomen van nachtdienst
De ATW-normen rond nachtdiensten zijn vooral voor veel huisartsen, en in iets mindere mate voor zelfstandige medisch specialisten, problematisch. Zo houdt 70 procent van de huisartsen en 54 procent van de zelfstandige medisch specialisten niet minimaal 14 uur rust na een nachtdienst die eindigt na 02.00 uur.
Ook geeft 60 procent van de huisartsen aan dat zij bij het voorkomen van nachtdiensten over een periode van 13 weken gemiddeld meer dan 40 uur (520 uur) werken.

6. Overwerk (incidenteel)
De ATW-normen rond incidenteel overwerk worden door veel van de huisartsen en medisch specialisten niet gehanteerd (31 tot 49%). Hierbij moeten we ons echter realiseren dat de beantwoording van deze vragen is beïnvloed door het feit dat overwerk vaak niet incidenteel maar structureel is en dat vooral voor zelfstandige artsen zonder arbeidscontract er veelal feitelijk geen sprake is van overwerk.

7. Pauzes
Het hanteren van de ATW-normen over pauzes lijken voor medisch specialisten het meest problematisch, vooral naarmate de werkdagen langer worden. Opvallend is dat de verschillen tussen de verschillende groepen op dit punt veel kleiner zijn dan op de meeste andere punten. Het blijkt met andere woorden ook voor veel tandartsspecialisten, verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen moeilijk om voldoende pauze te nemen.

8. Arbeidstijd bij voorkomen van bereikbaarheidsdiensten
De ATW stelt ook een aantal normen voor de arbeidstijden bij het voorkomen van bereikbaarheidsdiensten. Deze normen lijken wederom vooral voor huisartsen en zelfstandige medisch specialisten moeilijk te hanteren. Zo stelt bijna tweederde van de huisartsen (63%) en

ruim de helft van de zelfstandige medisch specialisten (56%) dat zij bij het voorkomen van bereikbaarheidsdiensten zich niet houden aan de norm van maximaal 13 uur arbeidstijd per 24 uur.

9. Rusttijd tussen twee diensten
De ATW stelt dat er tussen twee diensten minimaal 11 uur rusttijd moet zijn. Vooral voor de zelfstandige medisch specialisten (58%), de huisartsen (54%) en de medisch specialisten in loondienst (40%) levert deze norm problemen op. Voor verpleeghuisartsen is dit 27 procent, voor tandartsspecialisten 17 procent en voor sociaal geneeskundigen zes procent.

Men zou ook op basis van de vragen over het hanteren van de ATW-normen dus kunnen stellen dat artsen over het algemeen teveel uren (aaneengesloten) werken, te weinig rust nemen tussen hun diensten en te weinig pauzes nemen. Het hanteren van de ATW-normen lijkt voor huisartsen en medisch specialisten en voor artsen die nachtdiensten en bereikbaarheidsdiensten hebben het meest problematisch.

Gevolgen van het eventueel hanteren van de ATW-normen
Aan de respondenten zijn acht stellingen voorgelegd waarin wordt aangegeven welke gevolgen het hanteren van de normen uit de ATW voor artsen zou hebben. In tabel 2.34 wordt aangegeven hoeveel procent van de respondenten het eens is met de stellingen.

Capaciteit
De meeste respondenten stellen dat het hanteren van de ATW-normen voor artsen zal leiden tot een afname van de capaciteit aan specialisten (van 48% van de sociaal geneeskundigen tot 86% van de zelfstandige medisch specialisten).
Een nog groter deel is het eens met een soortgelijke stelling dat er meer artsen nodig zouden zijn om hetzelfde werk te doen. De zelfstandige medisch specialisten (93%), de medisch specialisten in loondienst (88%) en de huisartsen (85%) scoren op deze stelling het hoogst.
De opleidingscapaciteit zal overigens maar volgens een kwart van de respondenten (24%) afnemen.
Het ligt voor de hand te veronderstellen dat capaciteitsproblemen zich waarschijnlijk vooral zullen gaan voordoen bij het behandelen van patiënten en cliënten. Dat blijkt ook uit de antwoorden op de stelling over het effect op de wachtlijsten. Volgens de meeste zelfstandige medisch specialisten (82%), huisartsen (70%), medisch specialisten in loondienst (69%) en tandartsspecialisten (67%) zullen deze wachtlijsten langer worden bij het hanteren van de ATW-normen. De verpleeghuisartsen (43%) en sociaal geneeskundigen (30%) zijn hierover iets minder pessimistisch.

Welzijn

In de meeste groepen is ongeveer driekwart van de artsen van mening dat het hanteren van de ATW-normen een positief effect zal hebben op het welzijn van specialisten zelf. Alleen de score van de tandartsspecialisten ligt met 42 procent veel lager.

Het welzijn en de veiligheid van de patiënten zal volgens een meerderheid van de huisartsen (63%), verpleeghuisartsen (66%) en sociaal geneeskundigen (70%) en de medisch specialisten in loondienst (60%) waarschijnlijk verbeteren bij het hanteren van der ATW-normen. De zelfstandige medisch specialisten (48%) en de tandartsspecialisten (33%) zijn hier (veel) minder van overtuigd.

Arbeidsverhoudingen

Ongeveer de helft van de respondenten is van mening dat het hanteren van de ATW-normen over het algemeen een positief effect zal hebben op de arbeidsverhoudingen in de medische instellingen. Vooral de verpleeghuisartsen (60%), sociaal geneeskundigen (59%), de huisartsen (54%) en de medisch specialisten in loondienst (49%) zijn deze mening toegedaan. De zelfstandige medisch specialisten (36%) en tandartsspecialisten (34%) lijken hiervan minder overtuigd.

Effectiviteit en efficiency

Over de stelling dat de effectiviteit en de efficiency van het werk zal verbeteren door het hanteren van de ATW-normen zijn de respondenten het minst uitgesproken. Het aantal artsen dat deze mening is toegedaan is opnieuw het hoogst bij de sociaal geneeskundigen (54%), de verpleeghuisartsen (47%), de huisartsen (44%) en de medisch specialisten in loondienst (40%). De zelfstandige medisch specialisten (27%) en vooral de tandartsspecialisten (15%) verwachten in veel mindere mate positieve effecten op dit punt.

Tabel 2.34: Gevolgen van het hanteren van de normen uit de Arbeidstijdenwet voor artsen (weergegeven percentage verwijst naar de respondenten die het *eens* zijn met de stelling).

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts spec. (n=56)	Huisarts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Welzijn van de specialisten zal verbeteren	78%	70%	42%	78%	73%	74%
Welzijn van en veiligheid voor patiënten zal verbeteren	60%	48%	33%	63%	66%	70%
Arbeidsverhoudingen in medische instellingen zullen verbeteren	49%	36%	34%	54%	60%	59%
Capaciteit aan specialisten zal kleiner worden	79%	86%	73%	76%	52%	48%
Wachtlijsten voor behandeling patiënten zullen langer worden	69%	82%	67%	70%	43%	30%
Effectiviteit en efficiëntie van het werk zullen verbeterd worden	40%	27%	5%	44%	47%	54%
Er zullen meer specialisten nodig zijn om hetzelfde werk te doen	88%	93%	73%	85%	71%	61%
De opleidingscapaciteit zal afnemen	31%	42%	29%	30%	14%	11%

Acceptatie van inkomensconsequentie

Wanneer als gevolg van het hanteren van de ATW-normen artsen over algemeen minder uren zouden gaan werken, zou dit ook negatieve consequenties kunnen hebben voor hun inkomen. De respondenten is daarom gevraagd aan te geven in hoeverre zij bereid zijn dergelijke negatieve consequenties te aanvaarden. Zoals blijkt uit tabel 2.35 weten vooral veel van de sociaal geneeskundigen het antwoord op deze vraag niet te geven.

Een achteruitgang van het belastbaar inkomen is voor veel van de respondenten in het geheel niet aanvaardbaar (29 tot 51%). Tien tot 16 procent vindt een achteruitgang van 1 tot 5 procent aanvaardbaar en 6 tot 24 procent een achteruitgang van 6 tot 10 procent. Tandartsspecialisten (51% niet aanvaardbaar) lijken het minst te spreken over een eventuele achteruitgang. Van de zelfstandige medisch specialisten vindt 57 procent een achteruitgang echter wel aanvaardbaar en van de huisartsen 40 procent. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat relatief veel respondenten (14 tot 40 procent) deze vraag niet hebben beantwoord.

Tabel 2.35: Bereidheid om negatieve consequenties voor belastbaar inkomen te aanvaarden wanneer de normen van de ATW ook voor artsen gehanteerd zouden worden.

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts specialist (n=21)	Huis-arts (n=289)	Verpleeg-huisarts (n=36)	Sociaal geneesk. (n=52)
Achteruitgang van 1-5%	11%	16%	10%	10%	11%	10%
Achteruitgang van 6-10%	18%	24%	8%	17%	16%	6%
Achteruitgang van 11-20%	6%	16%	4%	9%	1%	2%
Achteruitgang van >20%	2%	1%	0%	4%	0%	0%
Achteruitgang niet aan-vaardbaar	48%	29%	51%	46%	44%	43%
Weet niet/onbekend	14%	15%	27%	14%	28%	40%

Wenselijkheid, noodzakelijkheid en mogelijkheid van het hanteren van ATW-normen

Ter afsluiting van de vragenlijst is de respondenten een aantal stellingen voorgelegd over de wenselijkheid, noodzakelijkheid en mogelijkheid van het hanteren van ATW-normen (zie tabel 2.36).

De stelling die het meeste instemming krijgt stelt dat het vanuit veiligheidsoverwegingen *wenselijk* is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen. De sociaal geneeskundigen (78%), verpleeghuisartsen (71%), huisartsen (63%) en medisch specialisten in loondienst (61%) scoren relatief hoog en de zelfstandige medisch specialisten (41%) en tandartsspecialisten (31%) relatief laag.

De stelling dat het vanuit veiligheidsoverwegingen ook *noodzakelijk* is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen vindt veel minder instemming (van 14% van de tandartsspecialisten tot 54% van de sociaal geneeskundigen).

Ten aanzien van de stelling dat het op basis van organisatorische overwegingen ook *mogelijk* is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen zijn de verschillen tussen de groepen iets kleiner (van 28% van de tandartsspecialisten tot 66% van de sociaal geneeskundigen).

Ook op de stelling dat het op basis van financiële overwegingen *mogelijk* is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen zijn de verschillen kleiner, hoewel hier opnieuw de tandartsspecialisten (18% mee eens) lager scoren.

Met betrekking tot de concluderende stelling dat het, alle voors en tegens afwegend, *wenselijk* is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen, is het opvallend dat de zelfstandige medisch specialisten (62%), de huisartsen (55%) en de medisch specialisten in loondienst (50%) hoger dan het gemiddelde scoren en de verpleeghuisartsen (35%) en sociaal geneeskundigen (35%) onder het gemiddelde. De tandartsspecialisten (33%) scoren op deze stelling opnieuw het laagste. De mate waarin zich in de verschillende problemen en wensen ten aanzien van arbeids- en rusttijden voordoen komt hierin duidelijk tot uiting.

Dezelfde verdeling vinden we bij de laatste stelling, waarin gesteld wordt dat het, alle voors en tegens afwegend, *noodzakelijk* is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te bren-

gen. Ruim een derde van de huisartsen (36%) is het hiermee eens, tegenover maar 16 procent van de tandartsspecialisten.

Tabel 2.36: Stellingen over wenselijkheid, mogelijkheid en noodzakelijkheid om artsen onder werkingssfeer van ATW te brengen (percentages verwijzen naar respondenten die het *eens* zijn met stelling).

	Med.spec. loondienst (n=221)	Med.spec. zelfstandig (n=174)	Tandarts spec. (n=56)	Huis-arts (n=494)	Verpleeg-huisarts (n=103)	Sociaal geneesk. (n=131)
Het is vanuit veiligheids-overwegingen wenselijk om artsen onder de ATW te brengen	61%	41%	31%	63%	71%	78%
Het is vanuit veiligheids-overwegingen noodzakelijk om artsen onder de ATW te brengen	35%	24%	14%	38%	43%	54%
Het is vanuit financiële over-wegingen mogelijk om art-sen onder de ATW te brengen	46%	31%	18%	36%	47%	56%
Het is vanuit organisato-rische overwegingen moge-lijk om artsen onder de ATW te brengen	50%	33%	28%	40%	52%	66%
Het is alle voors en tegens afwegend wenselijk om artsen onder de ATW te brengen	50%	62%	33%	55%	35%	35%
Het is alle voors en tegens afwegend noodzakelijk om artsen onder de ATW te brengen	26%	32%	16%	36%	22%	24%

2.7 Conclusies

Feitelijke arbeids- en rusttijden van artsen

Van de onderzochte artsen werken fulltime werkende huisartsen in alle opzichten het grootst aantal uren, gevolgd door fulltime zelfstandige medisch specialisten en fulltime medisch specialisten in loondienst. Tandartsspecialisten nemen een middenpositie in, terwijl verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen duidelijk minder uren werken. Daar waar geen sprake is van een werkgever, collegae of instelling, zoals bij veel huisartsen in eenmanspraktijken, wordt het hoogste aantal te werken uren opgegeven. Onder verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen is het aantal parttimers relatief het hoogst.

Medisch specialisten en huisartsen werken vaker dan anderen op avonden, nachten en dagen in het weekeinde. Vooral bij verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen komen deze arbeidstijden veel minder voor.

Hoe ervaren artsen de arbeids- en rusttijden
Medisch specialisten en huisartsen ervaren het aantal door hen gewerkte uren ook het meest als 'heel zwaar' (8-12%) of 'redelijk zwaar' (64-67%). Sociaal geneeskundigen, verpleeghuisartsen en tandartsspecialisten ervaren het aantal gewerkte uren over het algemeen minder zwaar.

Vooral huisartsen (83%) en medisch specialisten (80%) ervaren vaak problemen ten gevolge van hun arbeids- en rusttijden. Het belangrijkste probleem voor artsen is dat de arbeidstijden het uitvoeren van hobby's en andere activiteiten in hun privé-leven hinderen. Daarnaast wordt ook vaak de invloed van arbeidstijden op het onderhouden van sociale contacten, het verrichten van zorgtaken thuis, de psychische gezondheid en de lichamelijke gezondheid als problematisch gezien. De negatieve invloed van arbeidstijden op de belangen en de veiligheid van patiënten en cliënten en op de eigen veiligheid worden veel minder vaak als problematisch gezien.

Artsen zijn redelijk tevreden over het aantal uren dat zij volgens hun arbeidscontract geacht worden te werken, over het aantal dagen in de week waarop men moet werken, over het aantal pauzes en de duur van de pauzes op het werk, over het aantal aaneengesloten vrije dagen per week, over de begintijd van de werkdag en over de vrijheid om de arbeidstijden en pauzes vast te stellen. Minder tevreden zijn artsen over het aantal gewerkte uren en over het onregelmatig werken. Zo willen vooral veel huisartsen en medisch specialisten graag vermindering van het feitelijk aantal gewerkte uren of het aantal uren dat men per week beschikbaar moet zijn. Artsen die vaak op zaterdag en zondag werken willen dit aantal ook vaker terugdringen (bijvoorbeeld tweederde van de huisartsen). Ten aanzien van het op avonden en 's nachts werken en ten aanzien van aanwezigheids- en bereikbaarheidsdiensten zijn er meer artsen die dit willen verminderen dan artsen die het goed vinden zoals het nu is. Ook over het einde van de werkdag is men minder positief.

Wensen ten aanzien van arbeids- en rusttijden
Vooral huisartsen (74%) en medisch specialisten (62%) zouden het aantal door hen gewerkte uren per week graag willen verminderen. Bij veel artsen in de andere drie groepen bestaat die wens ook wel, maar een kleine meerderheid van deze artsen ziet geen aanleiding om het aantal gewerkte uren te veranderen. Het aantal artsen dat meer uren per week wil werken is te verwaarlozen. Het feit dat veel artsen meer werken dan men zou willen wordt vooral veroorzaakt door het grote aanbod van patiënten of cliënten.

Veel artsen hebben in de afgelopen vier jaar bij hun werkgever of bij collegae wensen kenbaar gemaakt met betrekking tot de arbeidstijden (van 22% van de tandartsspecialisten tot 62% van de verpleeghuisartsen). Artsen in loondienst hebben dit vaker gedaan dan artsen met een zelfstandige praktijk. De belangrijkste wens heeft te maken met het feitelijk aantal gewerkte uren. Medisch specialisten in loondienst (40%) en huisartsen (36%) hebben het meest deze wens kenbaar gemaakt en tandheelkundig specialisten het minst (18%). Artsen in loondienst hebben vaker (ook) de wens kenbaar gemaakt om het aantal uren volgens het arbeidscontract te verminderen (23% van de medisch specialisten in loondienst, 22% van de verpleeghuisartsen en 21% van de sociaal geneeskundigen). Medisch specialisten en huisartsen hebben ook op bijna alle overige punten vaker wensen dan andere groepen, bijvoorbeeld met betrekking tot het aantal dagen, zaterdagen, zondagen, avonden, nachten, aanwezigheidsdiensten, bereikbaarheidsdiensten, pauzes, uren vrije tijd tussen twee diensten en aaneengesloten vrije dagen.

Bij ongeveer tweederde van de tandartsspecialisten (69%), verpleeghuisartsen (66%) en de sociaal geneeskundigen (65%) zijn de geuite wensen ook geheel of gedeeltelijk ingewilligd. Bij zelfstandige medisch specialisten (45%), bij medisch specialisten in loondienst (37%) en bij huisartsen (37%) ligt dit ruim lager. Bij meer dan de helft van de huisartsen en medisch specialisten is inmiddels bekend dat de wensen niet zijn of zullen worden gehonoreerd. Bij de overige groepen schommelt dit percentage tussen de 23 (verpleeghuisartsen) en 30 procent (sociaal geneeskundigen).
De belangrijkste reden om wensen niet te honoreren is gelegen in de onoverkomelijke consequenties voor de capaciteit van de instelling, praktijk of maatschap. Dit geldt vooral voor zelfstandige medisch specialisten. Ook onoverkomelijke organisatorische consequenties voor de instelling, praktijk of maatschap worden vaak genoemd, vooral door verpleeghuisartsen en tandartsspecialisten. Onoverkomelijke financiële consequenties voor de instelling, praktijk of maatschap worden minder vaak genoemd.

De arbeids- en rusttijden van artsen en de normen van de ATW
De feitelijke arbeids- en rusttijden van artsen beantwoorden in veel gevallen niet aan de normen die in de ATW gesteld worden. Dit geldt vooral voor huisartsen en medisch specialisten en in mindere mate ook voor tandheelkundig specialisten. De werksituatie van verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen lijkt over het algemeen meer volgens de normen uit de ATW te geschieden.

Bij vergelijking met de ATW-normen lijken artsen over het algemeen teveel uren (aaneengesloten) te werken, te weinig rust tussen hun diensten te nemen en te weinig pauzes te nemen. Het werken volgens de ATW-normen lijkt voor huisartsen en medisch specialisten en voor

artsen die nachtdiensten en aanwezigheids- en bereikbaarheidsdiensten hebben het meest problematisch.

Alleen de zondagbepaling in de ATW (in 52 weken tenminste 13 vrije zondagen) lijkt voor artsen een norm waaraan men vrij probleemloos kan voldoen. De hieronder genoemde ATW-normen worden vooral door veel huisartsen en medisch specialisten regelmatig overschreden:

- de maximale duur van de werkdagen of dienst (10 uur aaneengesloten arbeid);
- de gemiddelde duur van de werkweek (50 uur over 4 weken of 45 uur over 13 weken);
- in zeven dagen minstens éénmaal 36 uur aaneengesloten rust;
- de aaneengesloten rust die minimaal per dag moet worden genomen;
- de normen rond nachtdiensten (bijvoorbeeld minimaal 14 uur rust na nachtdienst eindigend na 02.00 uur);
- de normen rond overwerk;
- de normen over het nemen van voldoende pauze;
- de normen die gelden bij het voorkomen van bereikbaarheidsdiensten (bijvoorbeeld maximaal 13 uur arbeidstijd per 24 uur);
- minimaal 11 uur rusttijd tussen twee diensten.

In de meeste groepen is bijna driekwart van de artsen van mening dat het hanteren van de ATW-normen een positief effect zou hebben op het welzijn van specialisten zelf. Alleen de score van tandheelkundig specialisten ligt met 42 procent veel lager.

Het welzijn en de veiligheid van de patiënten zal volgens een meerderheid van de huisartsen (63%), verpleeghuisartsen (66%), sociaal geneeskundigen (70%) en medisch specialisten in loondienst (60%) waarschijnlijk verbeteren bij het hanteren van de ATW-normen. Zelfstandige medisch specialisten (48%) en tandartsspecialisten (33%) zijn hier (veel) minder van overtuigd.

Ongeveer de helft van de respondenten is van mening dat het hanteren van de ATW-normen over het algemeen een positief effect zal hebben op de arbeidsverhoudingen in de medische instellingen. Vooral verpleeghuisartsen (60%), sociaal geneeskundigen (59%), huisartsen (54%) en medisch specialisten in loondienst (49%) zijn deze mening toegedaan. Zelfstandige medisch specialisten (36%) en tandartsspecialisten (34%) lijken hiervan minder overtuigd.

De meeste respondenten stellen dat het hanteren van de ATW-normen voor artsen zal leiden tot een afname van de capaciteit aan specialisten (van 48% van de sociaal geneeskundigen tot 86% van de zelfstandige medisch specialisten). Een nog groter deel is het eens met een soortgelijke stelling, dat er meer artsen nodig zouden zijn om hetzelfde werk te doen. Zelf-

standige medisch specialisten (93%), medisch specialisten in loondienst (88%) en huisartsen (85%) scoren op deze stelling het hoogst. De opleidingscapaciteit zal overigens maar volgens een kwart van de respondenten afnemen.

Over de stelling dat de effectiviteit en de efficiency van het werk zal verbeteren door het hanteren van de ATW-normen zijn de respondenten het minst uitgesproken. Het aantal artsen dat deze mening is toegedaan is opnieuw het hoogst bij sociaal geneeskundigen (54%), verpleeghuisartsen (47%), huisartsen (44%) en medisch specialisten in loondienst (40%). Zelfstandige medisch specialisten (27%) en vooral tandartsspecialisten (15%) verwachten in veel mindere mate positieve effecten op dit punt.

Wenselijkheid van de ATW
In de vragenlijst is de respondenten een aantal stellingen voorgelegd over de wenselijkheid, noodzakelijkheid en mogelijkheid om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen.

Veel artsen zijn van mening dat het vanuit veiligheidsoverwegingen wel *wenselijk* zou zijn om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen. Sociaal geneeskundigen (78%), verpleeghuisartsen (71%), huisartsen (63%) en medisch specialisten in loondienst (61%) stemmen vaker in met de stelling hierover dan zelfstandige medisch specialisten (41%) en tandartsspecialisten (31%).

De stelling dat het vanuit veiligheidsoverwegingen ook *noodzakelijk* is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen vindt echter veel minder instemming (van 14% van de tandartsspecialisten tot 54% van de sociaal geneeskundigen).

Ten aanzien van de stelling dat het op basis van organisatorische overwegingen ook *mogelijk* is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen, zijn de verschillen tussen de groepen iets kleiner (van 28% van de tandartsspecialisten tot 66% van de sociaal geneeskundigen).

Ook op de stelling dat het op basis van financiële overwegingen *mogelijk* is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen zijn de verschillen kleiner, hoewel hier opnieuw de tandartsspecialisten (18% mee eens) weer veel lager scoren.

Met betrekking tot de concluderende stelling dat het, alle voors en tegens afwegend, *wenselijk* is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen, is het opvallend dat zelfstandige medisch specialisten (62%), huisartsen (55%) en medisch specialisten in loondienst (50%) aanmerkelijk hoger scoren dan verpleeghuisartsen (35%), sociaal geneeskundigen

(35%) en tandartsspecialisten (33%). De mate waarin zich in de verschillende problemen en wensen ten aanzien van arbeids- en rusttijden voordoen komt hierin duidelijk tot uiting.

Dezelfde verdeling vinden we bij de laatste stelling, waarin gesteld wordt dat het, alle voors en tegens afwegend, *noodzakelijk* is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen. Ruim een derde van de huisartsen (36%) is het hiermee eens, tegenover maar 16 procent van de tandartsspecialisten.

Slotconclusies enquête

Op basis van de enquête kan geconcludeerd worden dat veel artsen meer uren werken dan volgens de normen uit de ATW. De situatie is het meest zorgelijk onder fulltime werkende huisartsen en medisch specialisten.

Ook ervaren veel artsen problemen vanwege hun lange werkweken, vooral met het combineren van werk en privé-activiteiten en met hun psychische en lichamelijke gezondheid.

Veel artsen koesteren dan ook de wens om het aantal gewerkte uren per week te verminderen.

Ook zien veel artsen in dat het vanuit veiligheidsoverwegingen wenselijk is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen. Het aantal artsen dat dit ook noodzakelijk acht of op basis van organisatorische en financiële overwegingen mogelijk acht, is echter kleiner. Vooral artsen met lange werkweken lijken eerder te verwachten dat toepassing van de normen uit de ATW enige verlichting zal brengen. Algemeen wordt door artsen echter ook ingezien dat het toepassen van de ATW op artsen zal leiden tot veel praktische problemen, vooral door vergroting van de reeds bestaande capaciteitsproblemen.

In hoofdstuk 3 zal nader worden ingegaan op de vraag of toepassing van de ATW de problemen rond arbeidstijden ook daadwerkelijk kan helpen oplossen.

3 TOEPASSING VAN DE ARBEIDSTIJDENWET OP ARTSEN

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal of de Arbeidstijdenwet wel of niet op artsen van toepassing zou moeten worden verklaard. De inhoud is gebaseerd op de interviews die zijn gehouden met artsen en met vertegenwoordigers van organisaties van artsen en werkgevers en instellingen in de gezondheidszorg (zie bijlage 2 voor een lijst van de respodenten).

In paragraaf 3.1 worden argumenten vóór toepassing van de ATW op artsen gegeven en in paragraaf 3.2 argumenten tegen. In paragraaf 3.3 worden een aantal andere overwegingen gegeven die van belang zijn bij het maken van de afweging of de Arbeidstijdenwet ook op artsen van toepassing zou moeten zijn. Bij het trekken van conclusies in hoofdstuk 4 spelen de argumenten en overwegingen uit dit hoofdstuk een belangrijke rol.

3.1 Argumenten vóór toepassing van de Arbeidstijdenwet op artsen

Geen aparte status voor artsen
Het stellen van wettelijke normen inzake arbeids- en rusttijden door middel van de ATW is vooral bedoeld om de veiligheid, de gezondheid en het welzijn van werknemers te beschermen en ter bevordering van de combineerbaarheid van arbeid, zorgtaken en andere verantwoordelijkheden buiten de arbeid. Door deze wettelijke normen geeft de wetgever met name werknemers in bescherming tegen onredelijke eisen van werkgevers. Van werknemers in leidinggevende functies en van werknemers met hogere inkomens wordt verwacht dat zij zich beter tegen dergelijke onredelijke eisen kunnen verweren. Op deze groepen is de ATW over het algemeen dan ook niet van toepassing. Daarnaast wordt er in de huidige ATW ten aanzien van artsen ook een specifieke uitsluitingsgrond gehanteerd (ATB artikel 2.1:12), waarbij medisch specialisten, huisartsen, verpleeghuisartsen, sociaal geneeskundigen en tandartsspecialisten collectief buiten de ATW worden gesteld. In de interviews gaf een klein aantal respondenten aan dat zij geen reden zagen om deze aparte status van artsen te handhaven. Artsen zouden volgens hen in principe net als alle andere Nederlanders behandeld moeten worden en dus ook onder de ATW moeten vallen. Dat de meeste artsen er vervolgens op basis van hun zelfstandigheid, hun leidinggevende functie of de hoogte van hun inkomen weer buitenvallen doet volgens deze opvatting niet terzake.

Inconsequentie in de ATW oplossen
Er werd door een aantal respondenten ook gewezen op een zekere inconsequentie in de ATW. De ATW sluit namelijk enerzijds artsen als beroepsgroep uit maar biedt anderzijds expliciet de mogelijkheid om ook zelfstandigen en werknemers in leidinggevende functies

en/of met hogere inkomens toch onder de ATW te brengen, met name wanneer zij arbeid verrichten waaraan ernstige gevaren voor de veiligheid of de gezondheid van personen zijn verbonden of ter voorkoming van ernstig gevaar voor de veiligheid of de gezondheid van andere personen. Hoewel deze bepaling in de ATW niet specifiek bedoeld is voor artsen, draait het in het werk van artsen wel continue om de veiligheid en gezondheid van personen (patiënten). Om ten aanzien van de veiligheid en gezondheid van patiënten onnodige risico's te vermijden ligt het volgens deze respondenten dan ook voor de hand om de ATW wel toe te passen op artsen.

Veiligheid van de patiënt gaat voor alles

Dat de veiligheid van artsen en patiënten voorop moet staan, en daarom beschermende wetgeving zoals de ATW geldig moet zijn, wordt door een aantal respondenten als een principieel argument aangevoerd. In alle interviews zijn de vermeende veiligheidsrisico's van het lang werken door artsen uitgebreid aan de orde gekomen. Veelvuldig werd opgemerkt dat deze veiligheidsrisiso's tot nu toe niet door wetenschappelijk onderzoek zijn aangetoond. De meeste respondenten hadden ook niet de indruk dat excessieve werktijden van artsen leiden tot veelvoudige en onverantwoorde veiligheidsrisico's of dat het vóórkomen van medische fouten direct te herleiden is tot overmatig werken. Anderzijds werd door veel respondenten wel erkend dat het redelijkerwijze aan te nemen is dat excessieve werktijden op den duur niet bevordelijk zijn voor het goed functioneren van artsen. Daarbij werd vooral gewezen op het overdag werken na het werken in de nachtelijke uren, zonder voldoende rusttijd. Als dit te vaak voorkomt kan dit bijvoorbeeld leiden tot verhoogde prikkelbaarheid en tot een slechte bejegening van patiënten door artsen. Diverse respondenten wezen er daarnaast op dat ook de arbeidsomstandigheden van het ondersteunende personeel kunnen lijden onder het optreden van vermoeide artsen, en dat het ook een negatieve invloed heeft op bijvoorbeeld het functioneren van samenwerkingsverbanden, op reorganisatieprocessen en op opleidingsactiviteiten. Vooral door respondenten uit de kring van huisartsen werd opgemerkt dat oververmoeidheid ook een negatieve uitwerking kan hebben op het 'pluis- of niet-pluis-gevoel' van huisartsen en dat zij ter compensatie daarvan wellicht ook eerder doorverwijzen naar specialisten en eerder recepten schrijven.

Problemen in de gezondheidszorg niet afwentelen op individuele artsen

Een aantal respondenten wees erop dat de meeste artsen er niet bewust voor kiezen om zo veel uren te werken, maar dat zij dit toch doen vanuit een sterk ontwikkeld verantwoordelijkheidsgevoel voor de patiënt of uit loyaliteit met de instelling waarvoor zij werken. Het kan echter volgens deze respondenten niet de bedoeling zijn dat individuele artsen bij voortduring moeten opdraaien voor problemen die buiten hun schuld zijn ontstaan. Artsen hebben namelijk over het algemeen weinig invloed op de patiëntenstroom en mogen dan ook niet het slachtoffer worden van de gevolgen van het huidige tekort aan artsen. Vooral door het grote

aantal onvervulde (of nog niet gestelde) vacatures worden artsen niet alleen geconfronteerd met een overmatig aanbod van patiënten, maar kunnen zij ook hun andere taken niet met voldoende collegae delen. Artsen worden daardoor regelmatig voor een dilemma gesteld: kiezen voor het eigen belang of kiezen voor het belang van de instelling, van de patiënten of van het maatschappelijke belang. Dit dilemma kan een aantal vervelende consequenties hebben. Naarmate artsen vaker en langer doorwerken dan hen lief is, zal van hen ook eerder verwacht worden dat zij dit blijven doen. Het wordt daardoor voor artsen steeds moeilijker om deze trend te keren en op een bepaald moment toch meer te kiezen voor het eigen belang. Het toepassen van de ATW zou een steun kunnen bieden aan artsen die niet langer gedwongen willen worden om veel meer uren te werken dan zij willen.

Voorkómen van problemen van artsen

Uit de enquête werd reeds duidelijk dat veel artsen problemen ervaren vanwege hun lange werktijden. Vooral het combineren van een (meer dan) volledige dagtaak met bereikbaarheids- en/of aanwezigheidsdiensten wordt door veel artsen als slopend ervaren. Deze vaak onregelmatige en moeilijk planbare werktijden leveren niet alleen problemen op voor het uitvoeren voor privé-activiteiten en voor het verrichten van zorgtaken, maar leiden bij veel artsen ook tot lichamelijk en psychische problemen. Ook in de interviews wezen diverse respondenten op de waargenomen toename van het ziekteverzuim, burn-out en overspannenheid onder artsen. Het toenemen van deze problemen wijst erop dat bij veel artsen de boog te lang te gespannen is geweest. Het hanteren van de normen uit de ATW kan er mogelijk toe leiden dat artsen meer tegen zichzelf worden beschermd.

Het aantrekkelijk maken van het beroep

Diverse respondenten wijzen ook op het feit dat het voorkomen van lange arbeidstijden het beroep van arts voor velen minder aantrekkelijk maakt. Daarbij wordt vooral gewezen op de positie van vrouwen. Die kiezen mede daardoor, ook blijkens de enquête, vaker voor functies als verpleeghuisarts of sociaal geneeskundige, waar excessieve werktijden minder vaak voorkomen en waar het werken in parttime meer geaccepteerd wordt. Het toepassen van de normen uit de ATW kan mogelijk helpen ook andere functies aantrekkelijker te maken voor vrouwen en parttimers.

Goed voorbeeld doet volgen

In de enquête bleek dat de arbeids- en rusttijden van verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen over het algemeen gunstiger zijn dan die van huisartsen en medisch specialisten. In een aantal interviews kwam aan de orde waarom instellingen waar verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen werkzaam zijn de problemen rond arbeidstijden veel beter onder controle hebben dan bijvoorbeeld ziekenhuizen. Ten eerste werd hierover opgemerkt dat het werk van verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen beter planbaar is, er veel minder

diensten moeten worden gedraaid, en de inhoud het werk in veel opzichten ook niet goed vergeleken kan worden met dat van medisch specialisten en huisartsen. Ook wordt aangevoerd dat bij een directe financiering door het bedrijfsleven, zoals van arbodiensten, gunstig uitpakt voor artsen. Daarnaast wordt echter ook opgemerkt dat instellingen waar verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen werkzaam zijn er vaak beter in slagen om oplossingen te vinden voor problemen die veroorzaakt zijn door een tekort aan artsen. Zo wordt gewezen op de mogelijke voorbeeldfunctie van bijvoorbeeld de GGZ of de verpleeghuizen, waardoor het werken in multi-disciplinaire teams de kloof tussen de specialisten en het overige personeel minder groot is dan in ziekenhuizen. Dat organisatorische ingrepen een positieve uitwerking kunnen hebben op de arbeids- en rusttijden van artsen blijkt volgens veel respondenten ook uit de invoering van de grootschalige dienstenstructuur voor huisartsen. Deze heeft voor veel huisartsen zeker enige verlichting gebracht, omdat de last van moeilijk planbare werkzaamheden er aanmerkelijk door is verminderd.

Tegengaan van de machocultuur

Diverse respondenten wijzen erop dat vooral medisch specialisten en tandartsspecialisten een 'machocultuur' in stand willen houden waarin veel werken en een hoge werkdruk als statusverhogend worden gezien en waar neergekeken wordt op artsen die daarin niet willen of kunnen meegaan. Deze machocultuur zou mede verklaren waarom bijvoorbeeld bedrijfsartsen of jeugdartsen vaak als tweederangs artsen worden gezien. Een ander aspect van deze cultuur zou zijn dat artsen in bepaalde beroepsgroepen in het verleden zelf hebben bijgedragen aan het creëren van tekorten, zowel door het in kwantitatieve zin beperken van de instroom als door het hanteren van strenge eisen en hoge verwachtingen ten aanzien van de inzet van bijvoorbeeld arts-assistenten. De respondenten die klaagden over de kwalijke kanten van deze machocultuur erkennen wel dat er in de laatste jaren sprake is van enige verbetering, vooral door de instroom van meer vrouwelijke en in parttime werkende artsen. In dit verband werd ook gewezen op mentaliteitsveranderingen onder huisartsen. Veel van de vooral oudere mannelijke huisartsen zouden zichzelf lang hebben wijsgemaakt dat 'het allemaal wel goed ging' in hun praktijk, uit angst voor statusverlies voor hun beroepsgroep. Onder de toenemende druk van de omstandigheden zouden huisartsen het nu gemakkelijker vinden om hun eigen kwetsbaarheden ter discussie te stellen en gezamenlijk te zoeken naar oplossingen voor hun problemen.

Waar een wil is is een weg

In een aantal interviews kwam aan de orde dat de werkweek van artsen in het verleden helemaal niet veroorzaakt werd door een tekort aan opgeleide artsen, maar vooral door een beperking van de instroom van artsen. Lange tijd was er zelfs sprake van een overschot aan artsen, die echter niet werden ingezet. Weliswaar is het overschot aan artsen in de afgelopen jaren omgeslagen in een tekort, maar er spelen dus kennelijk ook heel andere factoren een rol. Het

huidige tekort aan artsen mag volgens een aantal respondenten dan ook niet gebruikt worden als hoofdargument tegen het beperken van de arbeidsduur van artsen. Wanneer er voldoende financiële middelen beschikbaar zouden worden gesteld en de opleidingscapaciteit zou worden uitgebreid zou de belasting van artsen op den duur kunnen worden verminderd, bijvoorbeeld door de normpraktijk van huisartsen te verkleinen of het aantal medische verrichtingen van medisch specialisten te maximaliseren. Hoewel er nog jarenlang capaciteitsproblemen verwacht worden, zou nu gekozen kunnen worden voor het 'normaliseren' van de arbeidstijden van artsen. Dit zou artsen en instellingen dwingen om collectief en binnen hun verschillende organisaties te zoeken naar concrete oplossingen. Dat dit kan blijkt uit de totstandkoming van de arbeidsvoorwaardenregelingen voor artsen in dienstverband en voor arts-assistenten.

3.2 Argumenten tegen toepassing van de Arbeidstijdenwet op artsen

Artsen behandelen als andere vrije beroepen en zelfstandige ondernemers
Vooral respondenten uit kringen van medisch specialisten en tandartsspecialisten uiten een sterke wens om net zo behandeld te worden als andere vrije beroepen, zoals advocaten en notarissen en zelfstandig ondernemers. Belangrijke waarden in de vrije beroepen zijn professionaliteit, een hoge mate van autonomie en een groot zelfregulerend vermogen. Vanuit die waarden zou ook van artsen verwacht mogen worden dat zij in staat zijn te voorkomen dat er ten aanzien van arbeidstijden te grote misstanden ontstaan. Zo wordt gewezen op het feit dat veel medisch specialisten een dag per week niet worden ingeroosterd, om beschikbaar te zijn voor uitvoering van andere taken dan medische verrichtingen. Veel artsen zijn bang dat door het van boven opleggen van regelgeving op het gebied van de arbeidstijden hun positie als 'ondernemende arts' nog meer wordt ondermijnd.

Verschillen tussen artsen zijn te groot
Er doen zich volgens veel respondenten niet alleen grote verschillen voor tussen de arbeidspatronen van de verschillende onderzochte groepen artsen, maar ook tussen verschillende specialismen binnen deze groepen. Zo zou het reguleren van de arbeidstijden voor artsen die hun werk redelijk goed kunnen plannen, zoals bijvoorbeeld sociaal geneeskundigen en psychiaters, veel minder ingrijpend zijn dan voor artsen die vaak buiten kantooruren worden opgeroepen, zoals bijvoorbeeld chirurgen en huisartsen. Ook wordt gewezen op de verschillen tussen medisch artsen in grote maatschappen, die goed in staat zijn om de belasting van bereikbaarheidsdiensten met elkaar te delen, en zeldzame super-specialisten, die vaak permanent in bereikbaarheidsdiensten zitten. Door dergelijke verschillen in de beroepspraktijk van artsen zou het hanteren van uniforme regels voor de arbeids- en rusttijden dan ook erg moeilijk en ongewenst zijn.

Onveiligheid voor arts en patiënt is niet aangetoond

Veel van de respondenten merken op dat tot op heden niet is aangetoond dat de lange werktijden van artsen negatieve gevolgen hebben voor de veiligheid en gezondheid van artsen en patiënten. Er is daarnaar geen goed wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd en gevaar voor de veiligheid en gezondheid van arts en patiënt mag volgens zonder dergelijk onderzoek ook niet worden verondersteld. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft tot op heden geen signalen ontvangen dat zich door de arbeidstijden van artsen ten aanzien van veiligheid en gezondheid van artsen en patiënten onverantwoorde situaties voordoen. Veel respondenten erkennen weliswaar dat vermoeidheid van artsen kan leiden tot bijvoorbeeld verhoogde prikkelbaarheid en tot een slechtere bejegening van patiënten, maar dat door de gevolgde procedures in bijvoorbeeld de kwaliteitszorg en de intercollegiale toetsing hier wel degelijk op wordt gelet. Wanneer toch het vermoeden bestaat dat er sprake is van te grote veiligheidsrisico's zou dat eerst maar eens goed onderzocht moeten worden. Veel respondenten betwijfelen echter dat vermindering van het aantal gewerkte uren tot minder medische fouten leidt.

Wacht eerst evaluatie van bestaande regelingen af

Diverse respondenten waren niet te spreken over het feit dat de arbeids- en rusttijden van artsen in dit onderzoek ter discussie worden gesteld, terwijl er nog niet of nauwelijks ervaringen zijn opgedaan met de recente arbeidsvoorwaardenregeling voor medisch specialisten in dienstverband (AMS-regeling). In deze regeling wordt getracht overmatige belasting van artsen te voorkomen, maar wordt ook enige financiële compensatie geboden aan artsen met een hogere belasting. Ook wordt door verschillende respondenten gewezen op de regeling voor arts-assistenten, waarin ook de arbeidstijden worden beperkt. Uit de eerste ervaringen met deze laatste regeling zou echter wel blijken dat de regeling ook veel problemen veroorzaakt. Gewezen wordt op registratieproblemen, op negatieve gevolgen voor de continuiteit van de zorg, op het gebrek aan flexibiliteit om acute situaties het hoofd te bieden, op het onterecht opleggen van boetes aan ziekenhuizen en op de negatieve invloed op het opleidingsprogramma. Terwijl in de enquête onder artsen de suggestie wordt gewekt dat het reguleren van de arbeids- en rusttijden een positieve invloed zou hebben op de arbeidsverhoudingen binnen instellingen, wordt het effect van de regeling voor arts-assistenten op de arbeidsverhoudingen door een aantal respondenten juist als negatief ervaren.

Problematische handhaafbaarheid van arbeidstijdenregelingen

Een aantal respondenten vermoedt dat een arbeidstijdenregeling voor artsen niet of nauwelijks te handhaven is. Men vreest dat het registreren van de arbeidstijden niet alleen een extra administratieve belasting inhoudt, maar ook dat het leidt tot onnodige discussies over de vraag welke activiteiten wel of niet als werk gezien moeten worden. Mede daardoor zou een effectieve controle op de registratie problematisch worden. Ook wordt gewezen op het in gevaar brengen van de medische beroepsethiek door het hanteren van te strenge regels voor de

arbeidstijden. Mag men een arts of een instelling met andere woorden straffen voor het (overmatig) verlenen van medische hulp aan patiënten die hij of zij volgens de afgelegde hypocratische eed moet verlenen?

Onoverkomelijke capaciteitsproblemen en kwaliteitsverlies

Het meest genoemde bezwaar tegen het toepassen van de ATW op artsen zijn de onoverkomelijke capaciteitsproblemen die het tot gevolg zou hebben. Diverse respondenten wijzen erop dat het tegengaan van excessieve werktijden de continuiteit van de zorg niet in gevaar mag brengen. De huidige capaciteit en financiële middelen zouden nu al onvoldoende zijn om de noodzakelijke diensten te verrichten, vooral voor medisch specialisten en huisartsen. Daarbij wordt ook gewezen op de ramingen van het Capaciteitsorgaan, waaruit zou blijken dat aan de huidige vraag naar artsen in bepaalde specialismen al niet of nauwelijks voldaan kan worden. Volgens het Capaciteitsorgaan is verkorting van de arbeidstijd ook een hele zware factor, die leidt tot een forse toename van de benodigde instroom in de medische opleidingen. De vrees bestaat dan ook dat door het beperken van de arbeidstijden de beschikbare artsen niet meer in staat zullen zijn om de medische zorg op het huidige niveau te houden, laat staan om te voorzien in de nog onvervulde vraag. Instellingen en artsen zouden de roosters niet meer rond krijgen, waardoor een deel van de patiënten in de wachtkamer niet behandeld kan worden, afspraken met patiënten moeten worden afgezegd en de wachtlijsten nog langer worden. Ook zou er vaker helemaal geen beroep gedaan kunnen of mogen worden op artsen, vooral op de super-specialisten die nu vrijwel permanent oproepbaar zijn. De kwaliteit van de gezondheidszorg zou hierdoor grote schade oplopen, in tijden dat patiënten steeds mondiger worden en steeds meer wensen en behoeften hebben. Hoewel veel respondenten zich wel kunnen voorstellen dat ook artsen hun arbeids- en rusttijden willen verbeteren, zou onder de huidige omstandigheden het reguleren daarvan de capaciteitsproblemen alleen maar verergeren en daardoor de kwaliteit van de zorg en de relatie tussen artsen en patiënten ernstig worden aangetast.

Kostenverhoging en/of inkomensconsequenties

Wanneer men er toch in zal slagen de capaciteit aan artsen uit te breiden zal dit volgens een aantal respondenten leiden tot aanzienlijke kostenverhogingen. Men gaat er namelijk vanuit dat het beperken van het aantal gewerkte uren door artsen op zich geen effecten heeft op de inkomenspositie van artsen. Op dit punt bestaat echter veel onzekerheid en achterdocht. Veel van de respondenten zijn het er wel mee eens dat de relatie tussen de productie en de beloning van artsen sterker wordt, maar dat mag volgens hen niet betekenen dat de inkomens van artsen geraakt worden als hetzelfde werk gedaan moet worden door meer artsen. In bijvoorbeeld de arbeidsvoorwaardenregeling van medisch specialisten in loondienst wordt bepaald dat bij een structurele overschrijding van de overeengekomen arbeidsduur overgegaan wordt tot uitbetaling van de gewerkte meeruren op basis van het uurtarief. Het is nog te vroeg om

vast te stellen welke invloed deze afspraak in de praktijk heeft op de inkomens van medisch specialisten en in hoeverre dergelijke regelingen tot substantiële kostenverhogingen zullen leiden.
Een aantal van de respondenten menen dat een oplossing voor de arbeidstijdenproblematiek niet gezocht moet worden in een toepassing van de ATW maar in het hanteren van premies of incentives die leiden tot een hogere productiviteit en daardoor bijdragen aan een verkorting van de wachtlijsten.

Problemen met additionele opleidingscapaciteit
Hierboven werd al opgemerkt dat de huidige opleidingscapaciteit voor artsen en de reeds voorziene uitbreiding daarvan in een aantal specialismen nu al ontoereikend zijn om in de behoefte te voorzien. Een forse additionele uitbreiding van de opleidingscapaciteit, die nodig zou zijn om de gevolgen van het verkorten van de werkweek van artsen op te vangen, zou volgens een aantal respondenten de bestaande problemen bij de opleiding van artsen alleen maar versterken. Zelfs als de extra benodigde financiële ruimte beschikbaar zou komen, zouden andere problemen blijven bestaan of ontstaan. Gewezen wordt op het grotere beslag dat gelegd wordt op de beschikbare opleidingsartsen, op het verwachte gebrek aan goed gemotiveerde en geschikte studenten, maar ook op de beperkte mate waarin patiënten geconfronteerd willen of kunnen worden met artsen in opleiding. Ook kan een sterke toename van het aantal artsen in opleiding en het inzetten van meer opgeleide artsen gehinderd worden door een tekort aan personeel in ondersteunende functies, zoals gespecialiseerde OK-verpleegkundigen. Diverse respondenten betwijfelen dan ook of het creëren van een additionele opleidingscapaciteit in de komende tien jaar wel mogelijk is en daadwerkelijk zal leiden tot de gewenste toename van het aantal in te zetten artsen.

Verschuiving van de belasting van artsen
Het hanteren van de normen uit de ATW zou volgens verschillende respondenten onder de huidige omstandigheden leiden tot een verschuiving van de belasting van artsen en niet tot een verlichting daarvan. Wanneer artsen bijvoorbeeld na een nachtdienst die eindigt na 2.00 uur een minimale rusttijd van 14 uur in acht zouden moeten nemen, kunnen zij niet meer of pas veel later op de volgende dag ingeroosterd worden. Dit zou er weer toeleiden dat patiënten door andere artsen moeten worden overgenomen of, wanneer dat niet mogelijk is, dat de belasting zich verplaatst naar later op de dag of andere dagen. Deze verschuiving van de belasting van artsen zou alleen voorkomen kunnen worden wanneer er tegelijkertijd sprake is van een uitbreiding van de capaciteit.

Substitutie biedt onvoldoende soelaas
De suggestie wordt vaak gewekt dat artsen ontlast zouden kunnen worden door het delegeren van taken en bevoegdheden, bijvoorbeeld aan gespecialiseerde verpleegkundigen of aan ba-

sisartsen. Hierdoor zouden artsen zich meer op de gespecialiseerde medische verrichtingen kunnen concentreren. Op verschillende plaatsen wordt deze substitutie reeds in praktijk gebracht en de algemene verwachting is dat dit in de toekomst alleen maar zal toenemen. Afgezien van het feit dat er nog steeds te weinig geld is voor adequate ondersteuning, menen diverse respondenten ook dat substitutie onvoldoende soelaas biedt om de gevolgen van het substantieel korter werken door artsen op te vangen. Enerzijds zullen artsen geneigd zijn om vrijgekomen tijd te besteden aan de behandeling van bestaande of andere patiëten. Een aantal respondenten gaven in dit verband het voorbeeld van de kindergeneeskunde, waar een toename van het aantal beschikbare kinderartsen niet alleen zou hebben geleid tot een afname van het aantal gewerkte uren, maar ook tot een toename van de tijd die per patiënt wordt besteed. Anderzijds leidt substitutie ook vaak tot een nieuwe invulling van de taken. Zo wordt er bijvoorbeeld op gewezen dat de inzet van gespecialiseerde diabetes-verpleegkundigen voor huisartsen wel enige verlichting kan inhouden, maar dat de inzet van deze verpleegkundigen vooral is bedoeld om patiënten beter met hun ziekte om te leren gaan. Zij zullen over het algemeen dan ook meer tijd besteden aan deze patiënten dan waartoe de huisarts in staat was. Ten slotte merken diverse respondenten op dat substitutie niet ten koste moet gaan van de betrokkenheid van artsen bij de organisatie van instellingen, bijvoorbeeld door hun inbreng in stafoverleg en bij de begeleiding van reorganisatieprocessen, bouwplannen en projecten voor automatisering. Behalve door de grotere inzet van ondersteunend personeel zouden artsen wel enige tijd kunnen winnen door vereenvoudiging van de financieringssysteem, administratieve procedures en protocollen.

Belasting van artsen niet alleen bepaald door arbeidstijden

Er wordt door diverse respondenten op gewezen dat de hoge belasting van artsen niet alleen bepaald wordt door het aantal door hen gewerkte uren, maar vooral ook door wat zich tijdens die uren afspeelt. Zo is niet alleen het contact met en de behandeling van patiënten intensief, maar ook het werken in complexe organisaties of samenwerkingsverbanden met andere artsen of instellingen. Het komen tot goede afspraken is vaak een moeilijk en moeizaam proces. De toename van het aantal artsen dat kampt met burn-out en andere gezondheidsklachten wordt ook vaak geweten aan de frustraties die veel artsen ervaren bij de uitvoering van hun werkzaamheden. Verlichting van de werkdruk van artsen zou volgens een aantal respondenten dan ook niet zozeer gezocht moeten worden in beperking van het aantal gewerkte uren van artsen, maar vooral in het verbeteren van de omstandigheden waaronder artsen hun werk moeten verrichten. Dat zou onder andere kunnen gebeuren door vereenvoudiging van de regelgeving. Het reguleren van de arbeidstijden wordt in dit opzicht eerder gezien als een verzwaring van de regelgeving voor artsen en zou derhalve contraproductief kunnen zijn.

Het vak is nu eenmaal zwaar

Vooral door respondenten in kringen van medisch specialisten en tandartsspecialisten, en van de ziekenhuizen waar zij werken, wordt vaak opgemerkt dat het vak van arts nu eenmaal

zwaar is en volledige inzet en overgave vereist. De hoge inkomens van artsen reflecteren volgens deze respondenten niet alleen de zware verantwoordelijkheden voor de gezondheid en het welzijn van patiënten, maar ook de hoge inzet die van artsen wordt verwacht. Wie niet bereid is om de consequenties daarvan te accepteren zou dan ook geen medisch specialist of huisarts moeten willen worden. Artsen die om wat voor reden dan ook niet willen of kunnen kiezen voor deze zware functies zouden volgens deze redenering ook eerder kiezen voor de functie van verpleeghuisarts of van sociaal geneeskundige. Dit is in zekere zin een illustratie van wat in paragraaf 3.1 de 'machocultuur' werd genoemd.

Angst voor CAO-gedrag
Artsen die veel waarde hechten aan het vrije ondernemerschap, maar ook instellingen waar artsen werkzaam zijn, wijzen vaak op het gevaar van 'CAO-gedrag' van artsen. Daarbij zouden artsen vooral invulling geven aan hun taak op basis van afspraken en rechten die vastgelegd zijn in een arbeidsvoorwaardenregeling en minder op basis van de belangen en de behoeften van de patiënt en de instelling. Het zoeken van bescherming tegen excessieve werktijden door het reguleren van arbeids- en rusttijden wordt als een voorbeeld gezien van het afwentelen van de eigen verantwoordelijkheid van artsen op de organisatie waarbij zij in dienst zijn.

3.3 Dilemma's en overwegingen

In de vorige twee paragrafen zijn een groot aantal argumenten genoemd die door respondenten in de interviews gebruikt zijn om te pleiten voor of tegen toepassing van de ATW op artsen. In deze paragraaf komen in aanvulling daarop nog een aantal dilemma's en overwegingen aan de orde die niet of moeilijk als argument voor of tegen toepassing van de ATW gepresenteerd kunnen worden.

Betere arbeids- en rusttijden: doel op zich of resultaat
De meeste respondenten zien in dat het terugdringen van excessieve werktijden van artsen wenselijk en noodzakelijk is. Over de wijze waarop dit moet of kan bestaat echter minder eenstemmigheid. Zo bestaat vooral in kringen van medisch specialisten, tandartsspecialisten en huisartsen de vrees dat onder de huidige omstandigheden het hanteren van de ATW een contraproductief middel zal blijken te zijn. Vooral door de verwachte negatieve effecten hiervan op de reeds bestaande capaciteitsproblemen verwacht men in onwerkbare situaties terecht te komen. Verbetering van de arbeids- en rusttijden zou volgens veel respondenten dan ook niet een doel op zich moeten zijn, maar veel meer het resultaat van een beleid dat er primair op gericht is de druk op de meest overbelaste artsen te verminderen en de capaciteit aan artsen te vergroten. Daarbij wordt vooral gedacht aan verhoging van het aantal opleidings-

plaatsen, vooral in de specialismen waar momenteel veel vacatures bestaan. Men realiseert zich daarbij wel dat dit pas op termijn tot enige verlichting van de capaciteitsproblemen zal leiden.

Eén regime voor alle artsen?
In de interviews kwam ook de vraag aan de orde of ten aanzien van regulering van de arbeids- en rusttijden vrijgevestigde artsen en artsen met een dienstverband onder eenzelfde regime zouden moeten vallen. Op dit moment is hiervan geen sprake, aangezien de meeste artsen met een dienstverband werkzaam zijn in instellingen die onder een CAO vallen waarin ook de arbeids- en rusttijden worden geregeld. Vooral door ziekenhuizen wordt aangevoerd dat zij ten aanzien van de inzet van medisch specialisten in dezelfde instelling, die deels vrijgevestigd zijn en deels een dienstverband hebben, bij voorkeur wel uitgaan van dezelfde normen en regels. Toepassing van de ATW zowel bij veel vrijgevestigde artsen als bij veel instellingen echter op teveel verzet stuiten, aangezien de normen en regels in de ATW te rigide zijn en te weinig rekening houden met de bijzondere omstandigheden, problemen en organisatie in de gezondheidszorg. Het is echter zeer de vraag of het mogelijk is om op basis van vrijwilligheid te komen tot afspraken tussen werkgevers en instellingen enerzijds en werknemers en artsenorganisaties anderzijds over regulering van arbeids- en rusttijden voor alle artsen in de verschillende beroepsgroepen.

Schaalgrootte en samenwerking
Diverse respondenten denken dat bij het zoeken van oplossingen voor de huidige problemen ook vooral gekeken moet worden naar de voordelen van het werken en samenwerken in grotere verbanden. Dit geldt bijvoorbeeld voor huisartsen, die reeds de voordelen van een grootschaliger dienstenstructuur zijn gaan ervaren. Steeds meer huisartsen met een solopraktijk zoeken echter daarnaast ook naar meer samenwerking met andere huisartsen en andere disciplines, in de vorm van een maatschap, een HOED (met meer huisartsen onder één dak), een multidisciplinaire HOED (met bijvoorbeeld ook een fysiotherapeut, een psycholoog en een maatschappelijk werker) of een gezondheidscentra.
Er bestaan in deze grotere samenwerkingsverbanden meer mogelijkheden en flexibiliteit om gezamenlijk te voorkomen dat individuele artsen teveel worden belast. Daardoor zou ook de instroom van artsen (inclusief veel vrouwen en artsen die in parttime willen werken) kunnen worden gestimuleerd voor wie de negatieve aspecten van het voeren van een praktijk nu een te hoge drempel vormen. Ook zou het kunnen helpen voorkomen dat artsen eerder uitstromen dan zij eigenlijk willen, omdat er meer rekening gehouden kan worden met hun beperkingen. Ook wordt aangenomen dat er in grotere samenwerkingsverbanden meer carriéremogelijkheden zijn, bijvoorbeeld doordat er meer ruimte is voor het invullen van bijzondere interesses en het ontwikkelen van specialisaties. Tenslotte zouden grotere samenwerkingsverbanden

ook beter in staat zijn om te voldoen aan de steeds hogere eisen die worden gesteld door zorgverzekeraars.

Onoplosbare belangentegenstellingen?

In veel interviews werd duidelijk dat bij beantwoording van de vraag of de arbeids- en rusttijden van artsen verder gereguleerd moeten worden, een aantal tegenstrijdige belangen tussen de verschillende betrokken partijen duidelijk worden.

Zo hebben patiënten belang bij een goede beschikbaarheid van artsen op het moment dat zij een beroep op die artsen moeten of willen doen, en hebben zij dus in zekere zin geen belang bij regels die de beschikbaarheid van artsen juist beperken. Anderzijds hebben patiënten belang bij goed uitgeruste artsen die in staat zijn om ook in kwalitatief opzicht optimale zorg te bieden.

Instellingen hebben de taak om patiënten en artsen bij elkaar te brengen en hebben vanuit die taak dan ook geen belang bij regels en kaders die het aantal ontmoetingsmomenten beperken. Anderzijds hebben instellingen ook verantwoordelijkheden voor een goed kwaliteitsbeleid en een goed personeelsbeleid.

Artsen hebben er op hun beurt belang bij dat zij ongehinderd in staat worden gesteld optimaal de gevraagde zorg te verlenen. Tegelijkertijd moeten zij beschermd worden tegen overmatige en onredelijke beschikbaarheidseisen van patiënten en instellingen.

De wetgever heeft enerzijds de verantwoordelijkheid (en de middelen) om ten behoeve van patiënten de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te optimaliseren, maar draagt ook verantwoordelijkheid voor goede arbeidsomstandigheden, arbeids- en rusttijden van artsen.

Het gezamenlijke belang van alle betrokken partijen is dat tegenstrijdigheid van de verschillende belangen wordt voorkomen en belangentegenstellingen worden opgelost. Het dienen van dit gezamelijke belang wordt makkelijker naarmate er meer financiële, organisatorische en personele middelen beschikbaar zijn. Ondanks de vele inspanningen van de afgelopen jaren zijn er op dit moment nog steeds onvoldoende middelen beschikbaar zijn om de gesignaleerde belangentegenstellingen tussen de betrokken partijen op te lossen. Voor patiënten betekent dit onder andere dat er vaak gewacht moet worden voor de gevraagde zorg geboden kan worden. Voor instellingen betekent dit onder andere dat er geen optimaal kwaliteits- en personeelsbeleid gevoerd kan worden. Voor artsen betekent dit onder andere dat er nog te vaak sprake is van excessieve werktijden. Voor de wetgever betekent dit onder andere dat de verschillende beleidsdoelstellingen niet gehaald worden.

In het licht van het bovenstaande moge duidelijk zijn dat er geen eenvoudige oplossing is voor de problemen die ten aanzien van de arbeids- en rusttijden van artsen in de enquête en in de interviews gesignaleerd werden.

4 EINDCONCLUSIES

In dit hoofdstuk worden op basis van de schrifelijke enquête en de aanvullende interviews conclusies getrokken ten aanzien van de eerste twee onderzoeksvragen (zie paragraaf 1.2) en de algemene probleemstelling van dit onderzoek.

Feitelijke arbeids- en rusttijden van artsen

- Het aantal gewerkte uren van de verschillende onderzochte groepen artsen verschilt sterk. *Gemiddeld per week* werken huisartsen 53 uur (fulltimers: 59 uur), zelfstandige medisch specialisten 51 uur (fulltimers: 53 uur), medische specialisten in loondienst 47 uur (fulltimers: 51 uur), tandartsspecialisten 43 uur (fulltimers: 45 uur), sociaal-geneeskundigen 38 uur (fulltimers: 44 uur) en verpleeghuisartsen 35 uur (fulltimers: 43 uur).
- Er zijn weken dat artsen nog aanmerkelijk meer werken. In de vier weken voorafgaand aan het onderzoek was de *maximale* werkweek van huisartsen 67 uur (fulltimers: 73 uur), zelfstandige medisch specialisten 62 uur (fulltimers: 65 uur), medische specialisten in loondienst 56 uur (fulltimers: 60 uur), tandartsspecialisten 49 uur (fulltimers: 53 uur), sociaal-geneeskundigen 43 uur (fulltimers: 50 uur) en verpleeghuisartsen 39 uur (fulltimers: 48 uur).
- Het aantal gewerkte uren van verschillende medische specialismen verschilt nogal. Zo ligt de gemiddelde werkweek van MDL-artsen, cardiologen en chirurgen op 60 uur of meer, terwijl psychiaters gemiddeld maar 37 uur per week werken.
- Het hoge aantal gewerkte uren, vooral van fulltime werkende huisartsen en medisch specialisten, wordt deels bepaald door het veel voorkomen van aanwezigheids- en bereikbaarheidsdiensten.
- Zelfstandige medisch specialisten, medisch specialisten in loondienst en huisartsen werken gemiddeld vaker dan andere groepen op avonden, nachten en dagen in het weekeinde (respectievelijk 2,3, 2,2 en 2,0 avonden per week). Bij verpleeghuisartsen en sociaal-geneeskundigen komen deze arbeidstijden veel minder voor. De verschillen tussen fulltime en parttime werkende artsen zijn op deze punten vrij klein.
- Artsen hebben over het algemeen veel zeggenschap over de begin- en eindtijden van hun werkdag, hoewel vooral voor medisch specialisten het einde van de werkdag veelal bepaald wordt door het aanbod van patiënten. Ook kunnen artsen meestal zelf bepalen wanneer en hoe lang ze pauzes nemen, al wordt ook dit vaak bepaald door het aanbod van patiënten.

Ervaring van arbeids- en rusttijden

- De meeste artsen ervaren het aantal door hen gewerkte uren als 'redelijk zwaar'. Medisch specialisten en huisartsen ervaren het aantal gewerkte uren vaker als redelijk of heel zwaar dan de andere groepen artsen.
- Vooral huisartsen (74%) en medisch specialisten (61-62%) willen het aantal door hen gewerkte uren per week verminderen. De meeste artsen in de andere drie groepen zien geen aanleiding of noodzaak om het aantal gewerkte uren te veranderen.
- Het feit dat artsen meer werken dan men zou willen wordt vooral veroorzaakt door het grote aanbod van patiënten of cliënten.
- Veel artsen (47 - 83 %) stellen dat zij problemen ervaren vanwege hun arbeidstijden. Huisartsen (83%) en medisch specialisten (79-81%) zeggen het meest dat zij problemen ervaren. Ook veel van de tandartsspecialisten (52%), verpleeghuisartsen (52%) en sociaal-geneeskundigen (47%) ervaren problemen, maar duidelijk minder.
  De meest voorkomende problemen hebben te maken met het combineren van werk en privé-activiteiten: problemen met het uitvoeren van hobby's en andere privé-activiteiten (gemiddeld 49%), problemen met het onderhouden van sociale contacten (gemiddeld 42%) en problemen met het verrichten van zorgtaken thuis (gemiddeld 40%).
  Ook problemen met de psychische gezondheid (gemiddeld 39%) en problemen met de lichamelijke gezondheid (gemiddeld 27%) komen veel voor.
  Problemen met de belangen en de veiligheid van patiënten en cliënten (gemiddeld 11%) en problemen met de eigen veiligheid (gemiddeld 8%) komen veel minder voor.
- Artsen zijn redelijk tevreden over het aantal uren dat zij volgens hun arbeidscontract geacht worden te werken, over het aantal dagen (en doordeweekse dagen) in de week waarop men moet werken, over het aantal pauzes en de duur van de pauzes op het werk, over het aantal aaneengesloten vrije dagen per week, over de begintijd van de werkdag en over de vrijheid om de arbeidstijden en pauzes vast te stellen.
- Minder tevreden zijn artsen over het aantal gewerkte uren en het onregelmatig werken. Zo willen vooral veel huisartsen en medisch specialisten vermindering van het feitelijk aantal gewerkte uren of het aantal uren dat men per week beschikbaar moet zijn. Veel van de artsen die vaak op zaterdag en zondag moeten werken willen dit aantal terugdringen (bijvoorbeeld tweederde van de huisartsen). Ten aanzien van het op avonden en 's nachts werken en van aanwezigheids- en bereikbaarheidsdiensten zijn er meer artsen die dit willen verminderen dan artsen die het goed vinden zoals het nu is. Ook over het einde van de werkdag is men minder positief.
- Veel artsen hebben in de afgelopen vier jaar wensen kenbaar gemaakt met betrekking tot de arbeidstijden. De belangrijkste wens is vermindering van het feitelijk aantal gewerkte uren. Medisch specialisten (37%) en huisartsen (36%) hebben relatief het meest deze wens kenbaar gemaakt en tandartsspecialisten het minst (18%). Het aantal artsen met een wens om (ook) het aantal uren volgens het arbeidscontract of afspraken te verminderen ligt aan-

zienlijk lager (11 tot 23%). Medisch specialisten en huisartsen hebben ook op bijna alle overige punten relatief vaak wensen, bijvoorbeeld met betrekking tot het aantal dagen, doordeweekse dagen, zaterdagen, zondagen, avonden, nachten, aanwezigheidsdiensten, bereikbaarheidsdiensten, pauzes, uren vrije tijd tussen twee diensten en aaneengesloten vrije dagen.

- Gemiddeld zijn bij 25 procent van de artsen die wensen kenbaar hebben gemaakt deze wensen geheel ingewilligd en bij 31 procent gedeeltelijk. Bij 36 procent zijn de wensen niet ingewilligd en 9 procent stelt dat daarover nog geen uitslag bekend is. De belangrijkste reden (gemiddeld 36%) om wensen niet te honoreren is gelegen in de onoverkomelijke consequenties voor de capaciteit van de instelling, praktijk of maatschap.

Arbeids- en rusttijden van artsen en normen uit de ATW

- De feitelijke arbeids- en rusttijden van artsen wijken in veel gevallen sterk af van de normen die in de ATW worden gesteld. Dit geldt vooral voor fulltime werkende huisartsen en medisch specialisten en in mindere mate ook voor tandartsspecialisten. De werksituatie van verpleeghuisartsen, en in iets mindere mate die van sociaal-geneeskundigen, lijkt op het punt van de maximum arbeidstijden meer volgens de normen uit de ATW te geschieden.
- Artsen lijken over het algemeen teveel uren (aaneengesloten) te werken, te weinig rust te nemen tussen hun diensten en te weinig pauzes te nemen. Het hanteren van de ATW-normen lijkt voor huisartsen en medisch specialisten en voor artsen die nachtdiensten en bereikbaarheidsdiensten hebben het meest problematisch.
- Alleen de zondagbepaling in de ATW (in 52 weken tenminste 13 vrije zondagen) lijkt voor artsen een norm waaraan men vrij probleemloos kan voldoen. De hieronder genoemde ATW-normen worden vooral door veel huisartsen en medisch specialisten regelmatig of zelfs structureel overschreden:
    - de maximale duur van de werkdagen of dienst (10 uur aaneengesloten arbeid);
    - de gemiddelde duur van de werkweek (gemiddeld 45 uur over 13 weken of 50 uur over 4 weken);
    - in zeven dagen minstens éénmaal 36 uur aaneengesloten rust;
    - de aaneengesloten rust die minimaal per dag moet worden genomen;
    - de normen rond nachtdiensten (bijvoorbeeld minimaal 14 uur rust na een nachtdienst die eindigt na 02.00 uur);
    - de normen rond overwerk;
    - de normen over het nemen van voldoende pauze;
    - bij normen het voorkomen van bereikbaarheidsdiensten (bijvoorbeeld maximaal 13 uur arbeidstijd per 24 uur);
    - minimaal 11 uur rusttijd tussen twee diensten.

Gevolgen van het hanteren van ATW-normen

- Volgens de enquête ervaren dus veel artsen problemen vanwege hun arbeidstijden, vooral met het combineren van werk en privé-activiteiten en met de eigen gezondheid. In de meeste groepen is bijna driekwart van de artsen van mening dat het hanteren van de ATW-normen een positief effect zal hebben op het welzijn van specialisten zelf. Alleen de score van de tandartsspecialisten ligt met 42 procent veel lager.
- Hoewel problemen met de belangen en de veiligheid van patiënten en cliënten en problemen met de eigen veiligheid veel minder voorkomen zal volgens 57 procent van de artsen het welzijn en de veiligheid van de patiënten waarschijnlijk verbeteren bij het hanteren van der ATW-normen.
- De helft van de artsen (50%) is van mening dat het hanteren van de ATW-normen over het algemeen een positief effect zal hebben op de arbeidsverhoudingen in de medische instellingen.
- Gemiddeld is tweederde van de groepen respondenten het eens met de stelling dat het hanteren van de ATW-normen voor artsen zal leiden tot een afname van de capaciteit aan specialisten. Een nog groter deel (76%) is het eens met een soortgelijke stelling, dat er meer artsen nodig zouden zijn om hetzelfde werk te doen. De opleidingscapaciteit zal volgens een kwart van de respondenten afnemen.
- Over de stelling dat de effectiviteit en de efficiency van het werk zal verbeteren door het hanteren van de ATW-normen zijn de respondenten het minst uitgesproken. Gemiddeld 39 procent van de artsen is het met deze stelling eens.

Artsen over toepassing van de ATW

De centrale vraag in dit onderzoek is of het vanuit veiligheids-, financiële en organisatorische overwegingen wenselijk c.q. noodzakelijk is om artsen onder de werkingssfeer van de Arbeidstijdenwet te brengen met betrekking tot hun arbeids- en rusttijden. In de enquête zijn de artsen echter ook bevraagd over de wenselijkheid en noodzakelijkheid met de volgende resultaten:

- De stelling die het meeste instemming krijgt stelt dat het vanuit veiligheidsoverwegingen *wenselijk* is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen. Gemiddeld is 59 procent van de groepen artsen het met deze stelling eens. De sociaal-geneeskundigen, verpleeghuisartsen en huisartsen scoren relatief hoog en de tandartsspecialisten relatief laag.
- Gemiddeld stelt ruim een derde van de artsen (36%) dat het vanuit veiligheidsoverwegingen ook *noodzakelijk* is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen.
- De stelling dat het op basis van organisatorische overwegingen ook *mogelijk* is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen vindt gemiddeld bij 46 procent van de artsen instemming. De verschillen tussen de groepen zijn bij deze stelling echter veel kleiner.

- Op de stelling dat het op basis van financiële overwegingen *mogelijk* is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen reageert 39 procent instemmend. Ook hier zijn de verschillen klein, hoewel opnieuw de tandartsspecialisten uit de toon vallen.
- Met de concluderende stelling dat het, alle voors en tegens afwegend, *wenselijk* is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen, is gemiddeld 43 procent van de groepen artsen het eens. Het is opvallend dat op deze stelling de medisch specialisten (57%) en de huisartsen (55%) hoger dan het gemiddelde scoren en de verpleeghuisartsen (35%) en sociaal-geneeskundigen (35%) onder het gemiddelde. De tandartsspecialisten (33%) scoren op deze stelling opnieuw het laagste.
- Dezelfde verdeling vinden we bij de laatste stelling waarin gesteld wordt dat het, alle voors en tegens afwegend, *noodzakelijk* is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen. Gemiddeld is een kwart van de artsen het met deze stelling eens. Ruim een derde van de huisartsen (36%) is het hiermee eens, tegenover maar 16 procent van de tandartsspecialisten.

Op basis van de resultaten van de enquête kan gesteld worden dat er onder artsen heel verschillend gedacht wordt over toepassing van de ATW op artsen. Veel artsen vinden het weliswaar wenselijk om de normen uit de ATW te hanteren, maar de noodzakelijkheid wordt door veel minder artsen ingezien en ook de mogelijkheid wordt op basis van organisatorische en financiële overwegingen beperkt geacht. Zoals verwacht mag worden is de mate waarin artsen problemen ervaren vanwege en wensen hebben ten aanzien van de arbeids- en rusttijden wel van invloed op het hebben van de wens om de normen uit de ATW te hanteren.

Argumenten voor en tegen toepassing van de ATW

Ook in de interviews is uitgebreid gesproken over de wenselijkheid, noodzakelijkheid en mogelijkheid om de ATW ook op artsen van toepassing te verklaren. Daarbij kwamen verschillende soorten argumenten aan de orde die meer of minder gebaseerd waren op principiële, veiligheids-, organisatorische en financiële overwegingen.

Op basis van principiële overwegingen werd enerzijds vaak de conclusie getrokken dat er op zich geen redenen zijn om voor artsen een uitzonderingspositie te maken. De ATW zou op grond daarvan dus ook voor artsen moeten gelden, net als voor alle andere Nederlanders. Anderzijds gaven veel respondenten aan dat zij echter net zo behandeld willen worden als andere vrije beroepen en zelfstandig ondernemers en dat de ATW dus voor de meeste artsen ook niet van toepassing zou moeten zijn op grond van hun zelfstandigheid, hun leidinggevende functie of hun hoge inkomen.

Ook het centraal stellen van de veiligheid van artsen en patiënten wordt door sommigen als principieel argument gebruikt om de ATW ook op artsen van toepassing te verklaren, temeer

omdat daarin ook in de ATW wordt voorzien. Daartegen wordt echter door anderen ingebracht dat er tot op heden geen wetenschappelijk onderzoek is gedaan op basis waarvan kan worden geconcludeerd dat er negatieve gevolgen zijn van de lange werktijden van artsen voor de veiligheid en gezondheid van artsen en patiënten.

De meeste argumenten voor of tegen toepassing van de ATW zijn gebaseerd op organisatorische en financiële overwegingen. Vooral de verwachte vergroting van reeds bestaande capaciteitsproblemen, vooral bij huisartsen en medisch specialisten, wordt door velen aangevoerd als argument tegen invoering van de ATW. Dit zou op dit moment leiden tot een onaanvaardbaar kwaliteitsverlies van de gezondheidszorg. Daartegen wordt door sommigen echter wel aangevoerd dat de problemen in de gezondheidszorg niet mogen worden afgewenteld op individuele artsen. Het feit is immers dat veel artsen problemen ervaren vanwege hun arbeids- en rusttijden en dat het hanteren van normen uit de ATW deze problemen zou kunnen helpen voorkomen. Ook zou regulering van de arbeids- en rusttijden kunnen helpen om de bestaande 'machocultuur' tegen te gaan, om het beroep van arts aantrekkelijker te maken en om de instroom van artsen te verhogen. Er wordt door sommige respondenten ook op gewezen dat regulering van de arbeids- en rusttijden instellingen zou dwingen om oplossingen voor problemen te vinden, iets waar in sommige instellingen ook al goed voorbeelden voor te vinden zijn.

Tegenstanders van toepassing van de ATW voor artsen voeren op hun beurt aan dat de arbeidspatronen van verschillende groepen artsen erg groot zijn, waardoor het hanteren van uniforme regels voor de arbeids- en rusttijden moeilijk en ongewenst is. Tegenstanders willen ook eerst de ervaringen afwachten met de recente arbeidsvoorwaardenregeling voor medisch specialisten in dienstverband, waarin wordt getracht overmatige belasting van artsen te voorkomen en financiële compensatie wordt geboden aan artsen met een hogere belasting. Daarnaast merken zij op dat de belasting van artsen niet alleen bepaald wordt door het aantal gewerkte uren maar vooral door de intensiteit van het contact met en de behandeling van patiënten en van het werken in complexe organisaties of samenwerkingsverbanden. Ook wordt gewezen op de problematische handhaafbaarheid van regelingen, op ongewenste kostenverhogingen, op mogelijke consequenties voor de inkomens van artsen, op problemen die veroorzaakt zouden worden door een te sterke uitbreiding van de opleidingscapaciteit, op verschuiving van de belasting van artsen naar collegae of naar andere tijden en op het gevaar van ongepast 'CAO-gedrag' van artsen. Ten slotte onderstrepen sommige respondenten dat het vak van arts nu eenmaal zwaar is en dat diegenen die niet bereid zijn de consequenties daarvan te accepteren dan ook geen medisch specialist of huisarts moeten willen worden.

Slotconclusies

Op basis van dit onderzoek kan worden gesteld dat het terugdringen van excessieve werktijden van artsen door veel artsen en betrokkenen wenselijk en noodzakelijk wordt geacht. Teveel artsen kampen met problemen vanwege de arbeids- en rusttijden, zowel met het combineren van werk en privé-activiteiten als met lichamelijke en psychische klachten. Over de wijze waarop de arbeids- en rusttijden verbeterd kunnen worden bestaat echter minder eenduidigheid. Veel artsen en betrokkenen betwijfelen of het vanuit veiligheids-, financiële en organisatorische overwegingen wenselijk danwel noodzakelijk is om artsen onder de werkingssfeer van de ATW te brengen met betrekking tot hun arbeids- en rusttijden. Er bestaat zelfs vrees dat toepassing van de ATW onder de huidige omstandigheden contraproductief zal zijn. Ook wordt gewezen op de arbeidsvoorwaardenregelingen die twee jaar geleden ingevoerd zijn in reguliere perifere ziekenhuizen en in academische ziekenhuizen, waarin ook de arbeidstijden worden ingeperkt. De ervaringen met deze regelingen zou ingrijpen via de ATW wellicht overbodig maken. Toepassing van de ATW lijkt op dit moment dan ook een onvoldoende breed gedragen oplossing.

Daarmee kan de kous echter niet worden afgedaan. Er bestaat immers grote behoefte aan vermindering van de druk op overbelaste artsen en een dringende noodzaak om de arbeids- en rusttijden van artsen te verbeteren. Voor het realiseren van dergelijke verbeteringen moet echter niet alleen gekeken worden naar de mogelijkheid van regulering van de arbeids- en rusttijden, maar kan gericht beleid gevoerd worden om betere personele, organisatorische en financiële randvoorwaarden te creëren en om concrete oplossingen voor de gesignaleerde knelpunten te vinden. Dit beleid zal deels een intensivering van bestaand beleid inhouden, maar deels ook nieuwe beleidsrichtingen moeten ontwikkelen. In dit beleid zal onder andere aandacht moeten zijn voor een vergroting van het aantal artsen, een vergroting van de opleidingscapaciteit, een verkleining van het aantal patiënten en/of medische verrichtingen per arts, het verder ontwikkelen van samenwerkingsverbanden, het verbeteren van de organisatie en de werkwijzen in instellingen, taakverlichting en betere ondersteuning van artsen. Dit beleid zou op termijn tot betere arbeids- en rusttijden moeten leiden, die beter aansluiten bij de normen uit de ATW.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1:

Vragenlijst schriftelijke enquête onder artsen

Medici en de Arbeidstijdenwet

Regioplan
Onderzoek Advies en Informatie

Instructie

- Achter de vragen wordt zo nodig aangegeven hoe u de vraag moet beantwoorden.
- De resultaten van deze vragenlijst worden anoniem verwerkt. Onder geen beding worden persoonlijke gegevens over uzelf of andere respondenten aan derden ter beschikking gesteld.
- We verzoeken u de vragenlijst in te vullen en in de bijgevoegde antwoordenveloppe aan Desan/Regioplan **te retourneren vóór 1 juli 2001.**
- Voor eventuele vragen kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met de onderzoeker van Regioplan: Hans Weening (telefoon: 020–6277166).

A. Algemene vragen

1. Tot welke categorie specialisten rekent u uzelf?
(Kruis één hokje aan.)

- [1] Medisch specialist (klinisch), nl.: .....
- [2] Huisarts
- [3] Sociaal-geneeskundige
- [3] Verpleeghuisarts
- [4] Tandheelkundig specialist (orthodontist of kaakchirurg)
- [5] Anders, nl.: .....

2. Werkt u in loondienst of bent u in eigen praktijk of maatschap werkzaam? Voor hoeveel uren per week wordt u **volgens uw arbeidscontract** of **gemaakte afspraken** geacht te werken (inclusief de te werken uren tijdens aanwezigheids- en bereikbaarheidsdiensten)?
(Meerdere antwoorden mogelijk.)

- [1] Loondienst, vast dienstverband — voor gemiddeld ..... uur per week
- [2] Loondienst, tijdelijk dienstverband — voor gemiddeld ..... uur per week
- [3] Zelfstandige, in eenmanspraktijk — voor gemiddeld ..... uur per week
- [4] Zelfstandig, in maatschap — voor gemiddeld ..... uur per week
- [5] Anders — voor gemiddeld ..... uur per week

3. Bij welk soort instelling bent u werkzaam?
Voor hoeveel uren per week (volgens uw arbeidscontract of gemaakte afspraken)?
(Meerdere antwoorden mogelijk.)

- [1] Algemeen ziekenhuis — voor gemiddeld ..... uur per week
- [2] Academisch ziekenhuis — voor gemiddeld ..... uur per week
- [3] Categoraal ziekenhuis — voor gemiddeld ..... uur per week
- [4] Verpleeghuis — voor gemiddeld ..... uur per week
- [5] GG&GD of Arbodienst — voor gemiddeld ..... uur per week
- [6] Zelfstandige praktijk of maatschap — voor gemiddeld ..... uur per week
- [7] Andere gezondheidszorginstelling — voor gemiddeld ..... uur per week
- [8] Andere instelling (niet-gez.zorg) — voor gemiddeld ..... uur per week

4. Werkt u **normaal gesproken** (volgens uw arbeidscontact of gemaakte afspraken) per week een vast of een wisselend aantal uren? Hoeveel zijn dat?
(Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.)

- [1] Vast aantal uren — ..... uur per week
- [2] Wisselend aantal uren — minimaal ..... uur per week
  maximaal ..... uur per week

5. Hoeveel jaren bent u al als specialist werkzaam? ..... jaren

6. Wat is uw geslacht?

- [1] Vrouw
- [2] Man

7. Wat is uw leeftijd? ..... jaar

B. Feitelijke werk- en rusttijden:

Hieronder stellen we u een aantal vragen over uw feitelijke werk- en rusttijden.

- U kunt een schatting maken van de aantallen gewerkte uren, dagen of dagdelen.
- De vragen over het aantal gewerkte uren is inclusief de daadwerkelijk gewerkte uren tijdens aanwezigheidsdiensten en/of bereikbaarheidsdiensten of thuis gewerkte uren.
- Wilt u bij vragen die betrekking hebben op een bepaalde periode (bijvoorbeeld de laatste vier weken) atypische werkweken (bijvoorbeeld vakantie) buiten beschouwing laten?
- Indien een vraag niet van toepassing is, hoeft u geen antwoord in te vullen.
- U kunt de genoemde uren, dagen of dagdelen steeds naar boven afronden op hele aantallen.

1.	Hoeveel **uren** heeft u in de afgelopen vier weken **gemiddeld per week** gewerkt?	..... uren
2.	Hoeveel **uren** heeft u in de afgelopen vier weken **maximaal per week** gewerkt?	..... uren
3.	Hoeveel **uren** bent u in de afgelopen vier weken **gemiddeld per week** in de vorm van **aanwezigheidsdiensten** op de werkplek aanwezig geweest?	..... uren
4.	Hoeveel **uren** heeft u in de afgelopen vier weken **gemiddeld per week** daadwerkelijk gewerkt tijdens deze **aanwezigheidsdiensten**?	..... uren
5.	Hoeveel **uren** bent u in de afgelopen vier weken **gemiddeld per week** in de vorm van **bereikbaarheidsdiensten** beschikbaar geweest?	..... uren
6.	Hoeveel **uren** heeft u in de afgelopen vier weken **gemiddeld per week** daadwerkelijk gewerkt tijdens deze **bereikbaarheidsdiensten** (inclusief reistijd)?	..... uren
7.	Over hoeveel **dagen** is uw werkweek **gemiddeld** verdeeld?	..... dagen
8.	Op hoeveel **avonden** of delen daarvan (tussen 18.00 tot 24.00 uur) heeft u in de afgelopen vier weken **gemiddeld per week** gewerkt?	..... avonden
9.	In hoeveel **nachten** of delen daarvan (van 24.00 tot 6.00 uur) heeft u in de afgelopen vier weken **gemiddeld per week** gewerkt?	..... nachten
10.	Op hoeveel **zaterdagen** of delen daarvan heeft u in de **afgelopen vier weken** gewerkt?	..... zaterdagen
11.	Op hoeveel **zondagen** of delen daarvan heeft u in de **afgelopen vier weken** gewerkt?	..... zondagen
12.	Hoeveel procent van uw werktijd besteedt u naar schatting aan medische verrichtingen, administratieve taken, managementtaken (binnen eigen organisatie), bestuurstaken (buiten eigen organisatie), opleiding en overige taken?	Medische verrichtingen (incl. contact met patiënten en familie) ..... % Managementtaken en overleg (binnen eigen organisatie) ..... % Administratieve taken ..... % Bestuurstaken (buiten eigen organisatie) ..... % Opleiding ..... % Overige taken ..... % 100 %

13. Hoe zijn bij u de begin- en eindtijden van het werk geregeld?
(Kruis één hokje aan. Het gaat om de tijden waarop u werkt, niet om het aantal uren dat u werkt.)

- ☐ 1 Ik kan begin- en eindtijden tot op het laatste moment zelf bepalen
- ☐ 2 Ik kan begin- en eindtijden zelf bepalen, maar moet dat van tevoren aangeven
- ☐ 3 Ik kan begin- en eindtijden gedeeltelijk zelf bepalen, in overleg met mijn collegae
- ☐ 4 Begin- en eindtijden worden volledig door anderen voorgeschreven
- ☐ 5 Begintijden worden voorgeschreven, maar eindtijden (i.v.m. uitloop) kan ik zelf bepalen
- ☐ 6 Anders, nl.: .....
- ☐ 7 Weet niet

14. Hoe zijn bij u pauzes geregeld?
(Kruis één hokje aan. Ook hier gaat het om de tijden waarop u pauzes kunt nemen.)

- ☐ 1 Ik kan dat helemaal zelf bepalen
- ☐ 2 Ik kan dat gedeeltelijk zelf bepalen, in overleg met mijn collega(e)
- ☐ 3 Ik kan dat niet zelf bepalen, de pauzes worden voorgeschreven
- ☐ 4 Anders, nl.: .....
- ☐ 5 Weet niet

15. Hoeveel pauzes en hoeveel pauzetijd houdt u normaal gesproken bij hieronder genoemde diensten of werkdagen?
(Vul het aantal pauzes én de pauzetijd in. Indien een bepaalde dienst/werkdag bij u niet voorkomt, kunt u 'N.v.t.' aankruisen.)

	Aantal pauzes	Totale pauzetijd	N.v.t.
a. Bij een dienst/werkdag van 5½ -8 uur	.....	..... minuten	
b. Bij een dienst/werkdag van 8-10 uur	.....	..... minuten	
c. Bij een dienst/werkdag van meer dan 10 uur	.....	..... minuten	

16. Hoe ervaart u de zwaarte van het gemiddeld aantal door u gewerkte uren?
(Kruis één hokje aan.)

- ☐ 1 Heel zwaar
- ☐ 2 Redelijk zwaar
- ☐ 3 Niet zwaar of licht
- ☐ 4 Redelijk licht
- ☐ 5 Heel licht
- ☐ 6 Weet niet

17. Zou u nu uw gemiddeld aantal per week gewerkte uren willen veranderen?
(Kruis één hokje aan.)

- ☐ 1 Ja, ik zou minder uren per week willen werken → *ga verder met vraag 18*
- ☐ 2 Ja, ik zou meer uren per week willen werken → *ga verder met vraag 19*
- ☐ 3 Nee, het is goed zo → *ga verder met vraag 20*
- ☐ 4 Weet niet → *ga verder met vraag 20*

18. Waarom werkt u nu gemiddeld meer dan u zou willen?
(Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.)

- ☐ 1 Omdat mijn werkgever, leidinggevende of opdrachtgever dat van mij verwacht .....→ *ga verder met vraag 20*
- ☐ 2 Omdat mijn collegae dat van mij verwachten.....→ *ga verder met vraag 20*
- ☐ 3 Omdat ik mijn werk anders niet af krijg; het hoort bij mijn werk.....→ *ga verder met vraag 20*
- ☐ 4 Vanwege financiële redenen.....→ *ga verder met vraag 20*
- ☐ 5 Anders, nl.: .....→ *ga verder met vraag 20*

19. Waarom werkt u nu gemiddeld minder dan u zou willen?
(Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.)

- ☐ 1 Er is bij mijn werkgever/mijn praktijk geen behoefte aan een uitbreiding van mijn werktijden
- ☐ 2 Er is bij mijn werkgever/mijn praktijk geen financiële ruimte voor uitbreiding van mijn werktijden
- ☐ 3 Privé-omstandigheden
- ☐ 4 Anders, nl.: .....

20. Werkt u nu gemiddeld per week meer of minder dan een jaar geleden?
(Kruis één hokje aan.)

- ☐ 1 Ik werk nu gemiddeld per week meer dan een jaar geleden
- ☐ 2 Ik werk nu gemiddeld per week minder dan een jaar geleden
- ☐ 3 Ik werk nu gemiddeld per week evenveel als een jaar geleden → *ga verder met vraag 22*
- ☐ 4 Weet niet → *ga verder met vraag 22*

Medici & ATW 2001

21. Waarom?
(Kruis één hokje aan.)

- [1] Omdat ik dat zelf wilde
- [2] Omdat mijn werkgever/opdrachtgever dat wilde
- [3] Vanwege het aanbod van patiënten/werkdruk
- [4] Anders, nl.: .....

22. Verwacht u over een jaar gemiddeld meer of minder te werken dan nu?
(Kruis één hokje aan.)

- [1] Ik verwacht over een jaar gemiddeld per week meer te werken
- [2] Ik verwacht over een jaar gemiddeld per week minder te werken
- [3] Ik verwacht over een jaar gemiddeld per week evenveel te werken → *ga verder met vraag 24*
- [4] Weet niet → *ga verder met vraag 24*

23. Waarom?
(Kruis één hokje aan.)

- [1] Omdat ik dat zelf wil
- [2] Omdat mijn werkgever/opdrachtgever dat waarschijnlijk wil
- [3] Vanwege het aanbod van patiënten/werkdruk
- [4] Anders, nl.: .....

24. Met de volgende stellingen willen we nagaan of uw werktijden problemen voor u opleveren. Onder werktijden verstaan we de dagen waarop u moet werken, de begin- en eindtijden, de pauzes, het aantal uren dat u werkt, uw rooster, onregelmatige diensten en dergelijke. *(Gelieve slechts één antwoord per stelling aan te kruisen.)*

	helemaal mee eens	mee eens	noch eens, noch oneens	mee oneens	helemaal mee oneens	weet niet
a. Mijn werktijden leiden tot problemen met mijn lichamelijke gezondheid (bv. vermoeidheid en verminderde weerstand)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
b. Mijn werktijden leiden tot problemen met mijn psychische gezondheid (bv. stress, prikkelbaarheid, concentratie-verlies)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
c. Mijn werktijden leiden tot problemen met de belangen en de veiligheid van mijn patiënten/cliënten	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
d. Mijn werktijden leiden tot problemen met mijn eigen veiligheid	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
e. Mijn werktijden leiden tot problemen met het verrichten van zorgtaken in mijn privé-leven	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
f. Mijn werktijden leiden tot problemen met het onderhouden van sociale contacten in mijn privé-leven	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
g. Mijn werktijden leiden tot problemen met het uitvoeren van hobby's en andere activiteiten in mijn privé-leven	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
h. Mijn werktijden leiden tot problemen met andere zaken, nl.:	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

25. Hieronder wordt een aantal zaken genoemd met betrekking tot arbeids- en rusttijden. Wilt u aangeven of u, bijvoorbeeld over het aantal uren dat u volgens uw arbeidscontract moet werken, over het algemeen tevreden bent, of dat u er meer of minder zou willen. Als een bepaalde situatie (bijvoorbeeld nachtdiensten) bij u niet voorkomt, kunt u het hokje 'N.v.t.' aankruisen.

	Goed zoals het is	Wil graag meer	Wil graag minder	Weet niet	N.v.t.
a. Het aantal uren dat ik volgens mijn arbeidscontract moet werken	1	2	3	4	5
b. Het feitelijk aantal door mij gewerkte uren	1	2	3	4	5
c. Het aantal uren per week dat ik gemiddeld beschikbaar moet zijn	1	2	3	4	5
d. Het aantal dagen in de week waarop ik gemiddeld werk	1	2	3	4	5
e. Het aantal doordeweekse dagen waarop ik gemiddeld werk	1	2	3	4	5
f. Het aantal zaterdagen waarop ik gemiddeld werk	1	2	3	4	5
g. Het aantal zondagen waarop ik gemiddeld werk	1	2	3	4	5
h. Het aantal avonden waarop ik gemiddeld werk	1	2	3	4	5
i. Het aantal nachten waarop ik gemiddeld werk	1	2	3	4	5
j. Het aantal aanwezigheidsdiensten per week	1	2	3	4	5
k. Het aantal bereikbaarheidsdiensten per week	1	2	3	4	5
l. Het aantal pauzes op het werk	1	2	3	4	5
m. De totale duur van pauzes op het werk	1	2	3	4	5
n. Het aantal uren vrije tijd tussen twee diensten	1	2	3	4	5
o. Het aantal aaneengesloten vrije dagen per week	1	2	3	4	5
p. Vrijheid om vast te stellen op welke dagen of dagdelen ik werk	1	2	3	4	5
q. Vrijheid om begin- en/of eindtijden van de werkdagen vast te stellen	1	2	3	4	5
r. Vrijheid om de pauzes zelf vast te stellen	1	2	3	4	5
	Goed zoals het is	**Graag eerder**	**Graag later**	**Weet niet**	**N.v.t.**
s. De begintijden van mijn werkdagen	1	2	3	4	5
t. De eindtijden van mijn werkdagen	1	2	3	4	5

26. Heeft u in de afgelopen vier jaar wensen met betrekking tot uw arbeidstijden kenbaar gemaakt? Zo ja, bij wie? *(Meerdere antwoorden mogelijk.)*

- [1] Nee, ik heb geen wensen kenbaar gemaakt → *ga verder met vraag 30*
- [2] Ja, bij mijn werkgever, personeelszaken of leidinggevende
- [3] Ja, bij mijn collega(e)
- [4] Weet niet

27. Waarmee hadden die wensen te maken?
(Meerdere antwoorden mogelijk.)

	Wil graag meer	Wil graag minder
a. Het aantal uren dat ik volgens mijn arbeidscontract moet werken	1	2
b. Het feitelijk aantal door mij gewerkte uren	1	2
c. Het aantal uren per week dat ik gemiddeld beschikbaar moet zijn	1	2
d. Het aantal dagen in de week waarop ik gemiddeld werk	1	2
e. Het aantal doordeweekse dagen waarop ik gemiddeld werk	1	2
f. Het aantal zaterdagen waarop ik gemiddeld werk	1	2
g. Het aantal zondagen waarop ik gemiddeld werk	1	2
h. Het aantal avonden waarop per gemiddeld werk	1	2
i. Het aantal nachten waarop ik gemiddeld werk	1	2
j. Het aantal aanwezigheidsdiensten per week	1	2
k. Het aantal bereikbaarheidsdiensten per week	1	2
l. Het aantal pauzes op het werk	1	2
m. De totale duur van pauzes op het werk	1	2
n. Het aantal uren vrije tijd tussen twee diensten	1	2
o. Het aantal aaneengesloten vrije dagen per week	1	2
p. Vrijheid om vast te stellen op welke dagen of dagdelen ik werk	1	2
q. Vrijheid om begin-/eindtijden van de werkdagen vast te stellen	1	2
r. Vrijheid om de pauzes zelf vast te stellen	1	2
	Wil graag vroeger	**Wil graag later**
s. De begintijden van mijn werkdagen	1	2
t. De eindtijden van mijn werkdagen	1	2

28. Is er geheel of gedeeltelijk aan uw wensen voldaan?
(Kruis één hokje aan.)

- 1 Geheel → *ga verder met de vragen in blok C*
- 2 Gedeeltelijk
- 3 Nog geen uitslag bekend → *ga verder met de vragen in blok C*
- 4 Nee
- 5 Weet niet → *ga verder met de vragen in blok C*

29. Waarom is niet geheel of gedeeltelijk aan uw wensen voldaan?
(Kruis één hokje aan.)

- 1 Vanwege onoverkomelijke consequenties voor de capaciteit van instelling/praktijk/maatschap
- 2 Vanwege onoverkomelijke financiële consequenties voor instelling/praktijk/maatschap
- 3 Vanwege onoverkomelijke organisatorische consequenties voor instelling/praktijk/maatschap
- 4 Vanwege een ongewenste precedentwerking
- 5 Geen duidelijke redenen gegeven of bekend
- 6 Anders, nl.: .....
- 7 Weet niet → *ga verder met de vragen in blok C*

30. Waarom heeft uw geen wensen kenbaar gemaakt?
(Kruis één hokje aan.)

- 1 Ik heb daar geen behoefte aan
- 2 Ik heb alle voors en tegens nog niet op een rijtje
- 3 Ik heb daarvoor nog geen tijd gehad
- 4 Ik verwacht voor mijzelf toch geen verbetering
- 5 Ik denk dat het mijn positie in gevaar brengt
- 6 Anders, nl.: .....
- 7 Weet niet

C. Arbeidstijdenwet

1. In de Arbeidstijdenwet (ATW) zijn twee regelingen opgenomen met normen voor rusttijden, arbeidstijden, nachtdiensten, overwerk, pauzes en bereikbaarheidsdiensten. De 'overlegregeling' omvat ruimere normen dan de 'standaardregeling'. In onderstaande tabel worden de belangrijkste normen uit de ATW opgesomd. Kunt u bij elke norm aangeven of u zich in uw werksituatie over het algemeen aan de norm houdt?

	Ja	Nee	Weet niet/n.v.t.
a. Maximum arbeidstijden (zonder nachtdienst en exclusief bereikbaarheids-/aanwezigheidsdiensten):			
- maximaal 10 uur aaneengesloten arbeid	1	2	3
- gemiddeld 50 uur per week over een periode van 4 weken	1	2	3
- gemiddeld 45 uur per week over een periode van 13 weken	1	2	3
b. Aaneengesloten wekelijkse rust: 36 uur in 7 dagen of 60 uur in 9 dagen; 1x per 5 weken in te korten tot 32 uur	1	2	3
c. Aaneengesloten dagelijkse rust: 11 uur per 24 uur, 1x per week in te korten tot 8 uur	1	2	3
d. Zondagsbepaling: tenminste 13 vrije zondagen per 52 weken	1	2	3
e. Arbeidstijden bij voorkomen van nachtdiensten:			
- minimum 14 uur rust na nachtdienst die eindigt na 02.00 uur	1	2	3
- minimaal 48 uur rust na een reeks nachtdiensten	1	2	3
- maximaal 9 uur arbeidstijd per nachtdienst	1	2	3
- maximale arbeidstijd per 13 weken van gemiddeld 40 uur per week (520 uur)	1	2	3
- maximaal 28 nachtdiensten over periode van 13 weken	1	2	3
- maximaal 7 achtereenvolgende nachtdiensten	1	2	3
f. Overwerk (incidenteel):			
- maximaal 12 uur per dienst (inclusief reguliere werktijd)	1	2	3
- maximaal 60 uur per week (inclusief reguliere werktijd)	1	2	3
- gemiddeld 48 uur over periode van 13 weken (inclusief reguliere werktijd)	1	2	3
g. Pauzes (één of meer van minimaal 15 minuten):			
- minimaal 1/2 uur per dienst/werkdag van 5 1/2 tot 8 uur	1	2	3
- minimaal 3/4 uur bij een dienst/werkdag van 8-10 uur	1	2	3
- minimaal 1 uur bij een dienst/werkdag van meer dan 10 uur	1	2	3
h. Bij voorkomen van bereikbaarheidsdiensten:			
- geen bereikbaarheidsdienst voor en na een nachtdienst	1	2	3
- maximaal 13 uur arbeidstijd per 24 uur	1	2	3
- maximaal 60 uur arbeidstijd per week	1	2	3
- gemiddeld 45 uur per week over periode van 13 weken	1	2	3
- gemiddeld 40 uur per week over periode van 13 weken, als bereikbaarheidsdienst geheel/deels periode tussen 00.00 en 06.00 uur omvat	1	2	3
- minimale arbeidstijd van 1/2 uur bij oproep in bereikbaarheidsdienst	1	2	3
i. Rusttijd tussen twee diensten van minimaal 11 uur	1	2	3

2. Met de volgende stellingen willen we nagaan welke gevolgen het hanteren van bovenstaande normen uit de Arbeidstijden voor specialisten zou hebben.

(Gelieve slechts één antwoord per stelling aan te kruisen.)

Het hanteren van bovenstaande normen uit de Arbeidstijden zal betekenen dat:	helemaal mee eens	mee eens	noch eens, noch oneens	mee oneens	helemaal mee oneens	weet niet
a. Het welzijn van de specialisten in het algemeen zal verbeteren	1	2	3	4	5	6
b. Het welzijn van en de veiligheid voor patiënten in het algemeen zal verbeteren	1	2	3	4	5	6
c. De arbeidsverhoudingen in de medische instellingen in het algemeen zullen verbeteren	1	2	3	4	5	6
d. De capaciteit aan specialisten kleiner wordt	1	2	3	4	5	6
e. De wachtlijsten voor de behandeling van patiënten langer zullen worden	1	2	3	4	5	6
f. De effectiviteit en efficiëntie van het werk zal verbeteren	1	2	3	4	5	6
g. Er meer specialisten nodig zijn om hetzelfde werk te doen	1	2	3	4	5	6
h. De opleidingscapaciteit zal afnemen	1	2	3	4	5	6

Medici & ATW 2001

3. Hoeveel formatie-eenheden zouden er **meer** nodig zijn voor de werkzaamheden die u momenteel uitvoert, indien de normen uit de Arbeidstijdenwet ook voor u van toepassing zouden zijn?

..... fte's

4. In hoeverre bent u bereid om negatieve consequenties voor uw belastbaar inkomen te aanvaarden, wanneer ook voor u de normen uit de Arbeidstijdenwet gehanteerd zouden worden?

- [1] Een achteruitgang van mijn belastbaar inkomen met 1 – 5%
- [2] Een achteruitgang van mijn belastbaar inkomen met 6 – 10%
- [3] Een achteruitgang van mijn belastbaar inkomen met 11 – 20%
- [4] Een achteruitgang van mijn belastbaar inkomen met meer dan 20%
- [5] Een achteruitgang van mijn belastbaar inkomen is niet acceptabel
- [6] Weet niet

5. Tot slot leggen we u zes stellingen voor over de wenselijkheid c.q. noodzakelijkheid om specialisten en andere medici onder de werkingssfeer van de Arbeidstijdenwet te brengen.
(Gelieve slechts één antwoord per stelling aan te kruisen.)

	helemaal mee eens	mee eens	noch eens, noch oneens	mee oneens	helemaal mee oneens	weet niet
a. Het is vanuit veiligheidsoverwegingen **wenselijk** om specialisten en andere medici onder de werkingssfeer van de Arbeidstijdenwet te brengen.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
b. Het is vanuit veiligheidsoverwegingen **noodzakelijk** om specialisten en andere medici onder de werkingssfeer van de Arbeidstijdenwet te brengen.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
c. Het is vanuit financiële overwegingen **mogelijk** om specialisten en andere medici onder de werkingssfeer van de Arbeidstijdenwet te brengen.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
d. Het is vanuit organisatorische overwegingen **mogelijk** om specialisten en andere medici onder de werkingssfeer van de Arbeidstijdenwet te brengen.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
e. Het is alle voors en tegens afwegend **wenselijk** om de arbeids- en rusttijden van specialisten te reguleren, maar niet door hen onder de Arbeidstijdenwet te brengen.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
f. Het is alle voors en tegens afwegend **noodzakelijk** om de arbeids- en rusttijden van specialisten te reguleren, maar **niet** door hen onder de Arbeidstijdenwet te brengen.	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]

6. Mocht u ten slotte nog opmerkingen willen maken die u in bovenstaande vragen niet kwijt kon, dan kunt u dat hieronder doen.

.....
.....
.....
.....

Dit is het einde van de vragenlijst. U kunt deze nu in de bijgevoegde antwoordenveloppe terugsturen naar Desan/Regioplan.
Indien de antwoordenvelop ontbreekt, kunt u ook een ongefrankeerde envelop gebruiken en die als volgt adresseren:

Desan / Regioplan
Antwoordnummer 11020
1000 PB Amsterdam

We danken u hartelijk voor uw medewerking.

BIJLAGE 2:

Respondenten voor interviews ATW-MS

De heer dr. J.L. Vrooland	Slotervaartziekhuis en bestuurslid Orde van Medisch Specialisten
Mevrouw mr. W.L.R. Kuipers	Orde van Medisch Specialisten
De heer mr. A.J. Taselaar	Orde van Medisch Specialisten
De heer mr. A. van Bolderen	Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband
Mevrouw mr. Th.H. Walma van der Molen	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Mevrouw E.I. van Leeuwen	Academisch Ziekenhuis Groningen en bestuurslid Vereniging van Academische Ziekenhuizen
De heer mr. G.A. Storm	Vereniging van Academische Ziekenhuizen
De heer dr. A.V. van Gool	Isala Klinieken Zwolle en bestuurslid Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
De heer dr. W.J. van der Kam	Isala Klinieken Zwolle
De heer dr. E. Sietsma	Landelijke Huisartsen Vereniging
De heer mr. N. van 't Grunewold	Landelijke Huisartsen Vereniging
De heer drs. N.A.G. Bernts	Landelijke Vereniging Gezondheidscentra
De heer drs. R.D. Dutrieux	Zonnehuis Vlaardingen en bestuurslid Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen
Mevrouw mr. M.J. de Voogdt	Arcares

De heer drs. J. van der Spek	Arcares
De heer P. Samwel	Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
Mevrouw drs. Y.T.M. Vanneste	GGD West-Brabant, afdeling Jeugdgezondheidszorg
De heer drs. F.J.M. Peters	Arbounie Zwolle en bestuurslid Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
De heer dr. H.J. Leliefeld	Capaciteitsorgaan
De heer dr. D.C. Kaasjager	Inspectie voor de Gezondheidszorg