Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2005. De gegevens mogen met bronvermelding (M. Lugtenberg, P.J.M. Heiligers, L. Hingstman, ***Artsen en hun carrièrewensen, een literatuurverkenning,*** NIVEL 2005) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken. Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

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

Artsen en hun carrièrewensen

Een literatuurverkenning

M. Lugtenberg
P.J.M. Heiligers
L. Hingstman

ISBN 90-605-758-1

http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2005 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

Voorwoord **5**

Samenvatting **7**

1 Inleiding **9**
1.1 Aanleiding en doelstelling 9
1.2 Vraagstellingen 9
1.3 Opbouw van het rapport 10

2 Achtergrond en methode **11**
2.1 Recente ontwikkelingen in de artsenpopulatie 11
2.2 Carrière en loopbaan 12
2.3 Fasen in de opleiding en carrièrewensen 13
2.4 Methode van onderzoek 16

3 Artsen en hun carrièrewensen in de opleidingsfase **17**
3.1 Van basisarts tot arts in opleiding 17
3.1.1 Wensen van basisartsen ten aanzien van de medische vervolgopleiding 17
3.1.2 Factoren die een rol spelen bij de wens voor een medische vervolgopleiding 18
3.1.3 Invloed van factoren bij verschillende categorieën artsen 20
3.1.4 De assistent in de wacht: werken als AGNIO 21
3.1.5 Van wens naar keuze 21
3.2 Van arts in opleiding tot specialist 22
3.2.1 De wensen van medisch specialisten in opleiding 22
3.2.2 De wensen van huisartsen in opleiding 23
3.2.3 De wensen van sociaal-geneeskundigen in opleiding 24
3.2.4 Carrièreswitch van de arts in opleiding 24

4 Artsen en hun carrièrewensen in de werkzame fase **27**
4.1 Flexibilisering van taken 27
4.1.1 Taakverdieping: verdere specialisatie 27
4.1.2 Taakverbreding: organisatorische taken 28
4.1.3 Taakversmalling: het afbouwen van de carrière 29
4.1.4 Carrièreswitch: taakverandering 29
4.2 Flexibilisering van locatie 30
4.3 Flexibilisering van tijd 31
4.3.1 Deeltijdwerken 31
4.3.2 Variatie in werktijden 32

5 Beleidsmaatregelen die carrièrewensen ondersteunen **33**
5.1 Aanpassingen in de opleiding: capaciteit, deeltijd en flexibiliteit 33
5.2 Aanpassingen in de organisatie: samenwerkingsverbanden en omvorming maatschappen 34
5.3 Taakherschikking: taak- en tijdflexibilisering 34
5.4 Het seniorenbeleid in breder perspectief: taak- en tijdflexibilisering 35
5.5 Loopbaanondersteuning voor artsen: alle vormen van flexibiliteit 35

6 Conclusies en aanbevelingen **37**
6.1 Conclusies en aanbevelingen voor nader onderzoek 37
6.2 Conclusies en aanbevelingen voor beleid 39

Literatuur **43**

Bijlage 1 **49**

Bijlage 2 **51**

Voorwoord

Het project “Carrièrewensen van artsen in Nederland” is door het NIVEL uitgevoerd in opdracht van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG). Vanuit de KNMG werd het project begeleid door Drs. A. van Rooijen. De onderzoekers hebben dankbaar gebruik gemaakt van zijn commentaar en tips met betrekking tot recente gegevens over artsen en hun carrière.

Utrecht, september 2005

Samenvatting

Artsen worden geconfronteerd met diverse veranderingen (zoals technologische ontwikkelingen en feminisering van de geneeskunde) die van invloed zijn op hun carrière. Om het loopbaanbeleid van de KNMG aan te laten sluiten op de wensen die er momenteel bij verschillende categorieën artsen in Nederland leven, heeft het NIVEL, in opdracht van de KNMG, een literatuuronderzoek uitgevoerd. Vanuit het perspectief van de geïntegreerde levensloopbaan werden zowel de carrièrewensen van artsen in de opleidingsfase als die van werkzame artsen besproken.

Wat betreft de carrièrewensen van artsen in de opleidingsfase kwam naar voren dat het overgrote deel (ruim 90%) van de basisartsen na afronding van de initiële opleiding geneeskunde een medische vervolgopleiding wenst te doen. Met name de opleiding tot medisch specialist is in trek en wordt door ruim 60% van hen geambieerd. Binnen deze groep gaat de voorkeur uit naar vier specialisaties: interne geneeskunde, psychiatrie, kindergeneeskunde en chirurgie. Naast de opleiding tot medisch specialist geeft een aanzienlijk deel (20%) van de basisartsen de voorkeur aan huisartsgeneeskunde. Sociale geneeskunde wordt slechts door een klein deel (6%) van de basisartsen geprefereerd. De interesse voor deze richting lijkt echter op latere leeftijd alsnog op gang te komen.

Bij de voorkeur voor een medische vervolgopleiding laten basisartsen zich leiden door verschillende factoren. Enerzijds betreft het persoonsgebonden factoren zoals interesse en enthousiasme voor het vakgebied, anderzijds laten basisartsen zich leiden door omgevingsgebonden factoren, zoals de mogelijkheid om in de toekomst in deeltijd te werken. Waar de persoonsgebonden factoren meer het idealisme weerspiegelen, vormen de omgevingsgebonden meer de pragmatische kant van de wens en uiteindelijke keuze. Welke vervolgopleiding men uiteindelijk wenst te volgen hangt af van het belang dat wordt gehecht aan de verschillende factoren.

Voor artsen in opleiding tot specialist (AIOS) staan andere wensen centraal. Een belangrijke wens in deze fase is het volgen van de opleiding in deeltijd. Voor wat betreft de toekomstige werksituatie blijken AIOS de voorkeur te geven aan flexibelere dienstverbanden. Zo prefereren aankomend medisch specialisten een loondienstverband en kiezen huisartsen in opleiding steeds vaker voor een HIDHA-schap (huisarts in dienst van een andere huisarts). Verder werkt men liever in een groeps- of duopraktijk, dan in een solopraktijk. Tenslotte wenst een aanzienlijk deel van alle AIOS in de toekomstige baan in deeltijd te werken.

Wat betreft de carrièrewensen van werkzame artsen kwam met name de wens tot flexibilisering van tijd en in het bijzonder werken in deeltijd duidelijk naar voren. Zowel medisch specialisten, huisartsen als sociaal-geneeskundigen brengen deze wens naar voren in verschillende fasen van het werkzame leven. Ook bepaalde vormen van flexibilisering van locatie (zoals detachering vanuit de eigen praktijk) en flexibilisering van taken (zoals een verdere specialisatie of taakversmalling) worden door bepaalde groepen

artsen wenselijk gevonden, maar hangen meer samen met de fase waarin de werkzame arts verkeert. Taakversmalling wordt bijvoorbeeld met name aan het eind van de carrière wenselijk gevonden. De wens tot wisselingen in werkomgeving daarentegen, leeft met name bij jongere specialisten.

De resultaten sluiten aan bij de carrièrebenadering van de geïntegreerde levensloopbaan en wijzen erop dat artsen in hun carrièrewensen geen scheiding aanbrengen tussen werk en privé. In beleid zal vanuit de gedachte van de geïntegreerde levensloopbaan aandacht besteed moeten worden aan een soepele doorstroming in alle (opleidings)fasen met mogelijkheden om naast wensen met betrekking tot de werksituatie, privé-wensen in te passen. Concreet betekent dit voor de opleidingsfase de formalisering van een korter opleidingstraject, waarin met name de AGNIO-periode wordt ingekort en meer mogelijkheden om tijdens de opleiding te veranderen van richting. Als aanvulling op de toegenomen wettelijke mogelijkheden om (delen van) de opleiding in deeltijd te volgen, dienen artsen ondersteund te worden bij de realisatie hiervan zodat het ook in de praktijk haalbaar is. Voor werkzame artsen betekent dit dat het beleid in organisaties voornamelijk gericht zou moeten zijn op het wegnemen van praktische belemmeringen in de organisatie van het werk, zoals belemmeringen om in deeltijd te werken. Het integreren van deeltijdwerken binnen organisaties en met name in ziekenhuizen, zal meer aandacht moeten krijgen. Het stimuleren van de ontwikkeling van grotere praktijken en samenwerkingsverbanden kan dit proces faciliteren. Ook kan een gedegen training tot medisch manager motiverend werken voor het uitvoeren van dergelijke taken en zal het stimuleren van mobiliteit van artsen vernieuwingsprocessen binnen de organisaties bevorderen.

De behoefte van artsen aan verschillende typen van flexibilisering op het werk gaat gepaard met een constante behoefte aan een goede afstemming tussen enerzijds wensen en anderzijds mogelijkheden. Onderwerpen als carrièreplanning en loopbaanbegeleiding zullen daarom een steeds grotere rol gaan spelen. Het is van belang dat artsen reeds in de opleidingsfase voorbereid worden op de artsencarrière en mogelijke ontwikkelingen in het toekomstige loopbaanperspectief. Naast het geven van goede voorlichting aan toekomstige artsen omtrent de arbeidsmarktontwikkeling en ruimte voor toekomstige werkplekken is het met name van belang dat er advies op maat wordt gegeven. In het loopbaanbeleid zal rekening gehouden moeten worden met de diversiteit aan wensen en carrièrepaden van artsen en moeten aansluiten op de wensen van artsen in verschillende fasen. Een goede onderbouwing van loopbaanbegeleiding in alle (levens)fasen van artsen zou het beste gebaseerd kunnen worden op een gedegen cohortstudie die inzicht biedt in de ontwikkeling van de carrièrewensen van artsen bij het concretiseren van wensen in keuzen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en doelstelling

De carrière van artsen speelt zich af in een context die sterk aan verandering onderhevig is. De toename van het aantal vrouwen in de beroepsgroep artsen en de tendens tot arbeidstijdnormalisering hebben eraan bijgedragen dat werk een minder centrale plaats in het leven heeft gekregen. Nieuwe behandeltechnieken en toegenomen mogelijkheden van informatie- en communicatietechnologie beïnvloeden de manier van werken. Welke gevolgen deze ontwikkelingen hebben voor de carrière van de arts en met name welke carrièrewensen er momenteel bij artsen leven is echter niet bekend.

Naast de veranderingen waarmee artsen de laatste tijd geconfronteerd worden, is er over het verloop van de carrière van een arts nog weinig bekend. In de beginfase van de carrière worden er belangrijke keuzen gemaakt. Inhoudelijk staat de basisarts voor de keuze van een medische vervolgopleiding, maar vaak wordt in deze periode ook de basis gelegd voor belangrijke keuzen in de privé-sfeer (partner, gezin) die samenhangen met de levensfase. De beroepskeuze die in deze fase wordt gemaakt is, mede door het lange opleidingstraject en de geringe mogelijkheden om te wisselen van richting, vaak de definitieve. Inzicht in de factoren die deze keuze beïnvloeden is daarom van groot belang. Ook werkzame artsen krijgen te maken met verschillende carrièreafwegingen. Kiest men bijvoorbeeld voor een verdere specialisatie of verandering van werklocatie? En hoe zwaar laat men wensen vanuit het privé-domein meewegen bij het vormgeven van de carrière?

De KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) is actief op het gebied van loopbaanbegeleiding van artsen en wil het loopbaanbeleid aan laten sluiten bij de wensen die er leven bij artsen in Nederland. Bovengenoemde punten waren voor de KNMG aanleiding om door het NIVEL een systematisch literatuuronderzoek te laten verrichten naar de carrièrewensen van artsen in Nederland. Doel van deze studie is om enerzijds inzicht te krijgen in de carrièrewensen van zowel artsen in opleiding als reeds werkzame artsen en anderzijds na te gaan door welke factoren deze wensen worden beïnvloed.

1.2 Vraagstellingen

De volgende vraagstellingen staan in het literatuuronderzoek centraal:

1. Welke carrièrewensen hebben artsen in opleiding (basisartsen, AIOS) en AGNIO's en door welke factoren worden hun carrièrewensen beïnvloed?
2. Welke carrièrewensen hebben werkzame artsen (medisch specialisten, huisartsen en sociaal-geneeskundigen) en door welke factoren worden hun carrièrewensen beïnvloed?
3. Welke bestaande beleidsmaatregelen zijn toepasbaar om aan de carrièrewensen van artsen tegemoet te komen?

1.3 Opbouw van het rapport

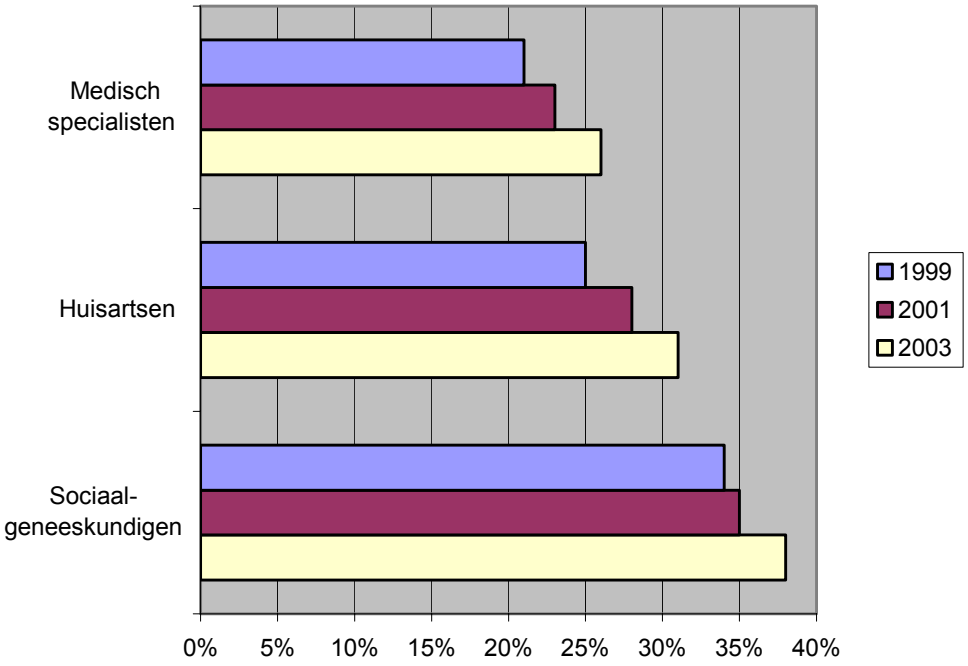
In hoofdstuk 2 zal allereerst een kader geschetst worden van waaruit de carrièrewensen bekeken zullen worden. Hierna wordt de methodische opzet van het onderzoek besproken. In hoofdstuk 3 wordt vervolgens ingegaan op de carrièrewensen van artsen in de opleidingsfase. Niet alleen de wensen van basisartsen, maar ook die van AGNIO's en AIOS worden hier besproken. In hoofdstuk 4 staan de carrièrewensen van de werkzame artsen centraal. Daarna zal in hoofdstuk 5 nagegaan worden of er beleidsmaatregelen getroffen zijn die aan de carrièrewensen van artsen tegemoet kunnen komen. In hoofdstuk 6 tenslotte volgen de conclusies en aanbevelingen.

2 Achtergrond en methode

2.1 Recente ontwikkelingen in de artsenpopulatie

Een belangrijke tendens in de artsenwereld is de toename van het aantal vrouwen. Waar in 1999 van de drie hoofdcategorieën werkzame artsen[1] nog slechts 24% vrouw was, is dit opgelopen tot 29% in 2003. Gezien het feit dat ook het aantal vrouwelijke artsen in opleiding stijgt, zal het percentage vrouwelijke artsen in de toekomst alleen nog maar toenemen. In figuur 1 is een overzicht gegeven van het aandeel vrouwen per hoofdcategorie werkzame artsen in 1999, in 2001 en in 2003. Uit de figuur valt op te maken dat het aandeel vrouwen onder medisch specialisten met 26% het laagst is. Bij sociaal-geneeskundigen is het aandeel het hoogst, namelijk 38%. Voor cijfers van het aantal artsen in opleiding en het aantal werkzame artsen wordt verwezen naar de overzichtstabel (tabel 1) in bijlage 1.

Figuur 2.1: Aandeel vrouwen per hoofcategorie artsen in 1999, 2001 en 2003



Bron: NIVEL, HVRC, MSRC, SGRC.

[1] Naast de drie hoofdcategorieën artsen bestaan er de categorieën Verpleeghuisartsgeneeskunde en Arts voor verstandelijk gehandicapten. In dit onderzoek beperken we ons, in navolging van de meeste gebruikte literatuur, tot de drie hoofdcategorieën artsen.

2.2 Carrière en loopbaan

Traditioneel opgezet onderzoek naar carrières houdt zich vooral bezig met (de onderhandelingen over) de 'juiste persoon op de juiste plaats' in de organisatie (Betz et al., 1989). Het individuele carrièreverloop wordt in die context meestal beschreven in termen van een hiërarchisch opklimmend niveau binnen organisaties.[2] In organisaties waar de aantallen vrouwen toenemen, zoals ook in de artsenpopulatie, ontstaan nieuwe loopbaanpatronen (Dalton, 1989). Vrouwelijke artsen prefereren een geïntegreerd loopbaanperspectief, waarbinnen professionele en persoonlijke ambities verenigbaar zijn (Ferrier et al., 1989; Wakeford & Warren, 1989; Noordenbos, 1994; Keizer, 1997; Uhlenberg & Cooney, 1990; Heiligers & Hingstman, 2002). Niet alleen factoren uit de werksituatie, maar ook die uit het privé-domein bepalen de individuele keuzen (Zedeck, 1992; Frone et al., 1997; Van Schie, 1997; Van Vianen et al., 1997). Deze benadering waarbij over de levensloopbaan gesproken wordt, gaat er vanuit dat individuen geen scheiding aanbrengen tussen werk en privé als er over loopbaanwensen nagedacht wordt. Een dergelijke kijk op een balans tussen werk en privé is inmiddels ook voor mannen - zeker de jongere generatie - een geaccepteerde zienswijze.

Deze literatuurstudie sluit aan bij de carrièrebenadering van de geïntegreerde levensloopbaan. Dit betekent dat enerzijds bekeken wordt welke carrièrewensen artsen binnen hun werkdomein hebben en anderzijds hoe de wensen vanuit het privé-domein daarbij meegenomen worden. Zoals reeds vermeld wordt bij het begrip carrière vaak aan een fasegewijze voortgang in 'opklimmende' stappen gedacht. Fasering speelt ook bij het begrip levensloopbaan een rol, maar hangt dan veel meer samen met de levensfase waarin een individu zich bevindt. Een jonge arts met kleine kinderen kan behoefte hebben aan een deeltijdbaan. Maar ook voor de oudere arts die enkele jaren van de pensioenleeftijd verwijderd is, kan een deeltijdfunctie een wens zijn. Daarnaast kan de arts in de begin- of middenfase van het werkzame leven bijvoorbeeld behoefte hebben aan taakverdieping (subspecialisatie), taakverbreding (bestuurs- of staftaken) of meer mobiliteit (detachering). De wens van een carrièreswitch naar een ander specialisme of zelfs naar een baan buiten het medische vakgebied kan in elke fase voorkomen.

Theoretisch zijn deze carrièrewensen goed onder te brengen bij het paraplubegrip 'flexibilisering'. Flexibilisering verwijst naar het vermogen van een organisatie om te anticiperen en/of te reageren op veranderingen waarmee ze geconfronteerd wordt (Glasbergen, 1994) en het vermogen om te anticiperen en rekening te houden met de wensen van de werkenden (zie blok 2.1) (Vriend, 2003).

---

[2] Paffen (1996) Loopbaanmanagement. Kluwer. Deventer, maakt onderscheid tussen carrière en loopbaan. Een loopbaan is 'een reeks van functies die in de loop van het werkzame leven na elkaar vervuld worden'.

Blok 2.1: Typen flexibilisering

Er zijn drie soorten flexibilisering:

1. Flexibilisering van taken: Bij taakflexibiliteit gaat het om de inzetbaarheid van de werknemer in verschillende taken of in werkzaamheden binnen een afdeling of in meerdere samenwerkingsverbanden (Glasbergen, 1994), naar gelang de wens van de werknemers of de organisatie. Hieronder vallen vormen van taakspecialisatie, taakverbreding en taakversmalling. Daarnaast wordt ook het veranderen van de carrière binnen (of buiten) het medisch beroep hier besproken, hoewel dit zich veelal zal afspelen buiten de grens van een organisatie of de samenwerkingsverbanden. Concreet gaat het bij artsen om:
   - het zich specialiseren in een subspecialisme of aandachtsgebied (verdieping);
   - het invullen van managementtaken, bestuurstaken (verbreding);
   - het afbouwen van de carrière door taakvermindering (versmalling).
   - het veranderen van carrière binnen (of buiten) het medische beroep (verandering).
2. Flexibilisering van locatie: Hieronder verstaat men de inzetbaarheid van werknemers op verschillende werkplekken (Glasbergen, 1994), naar gelang de wens en voorkeur van de werknemer of organisatie. Hieronder vallen zaken als werken in een andere praktijk of ziekenhuis, eventueel als interim-arts en veranderen van vaste werklocatie.
3. Flexibilisering van tijd: Hierbij gaat het om de inzetbaarheid van de werknemer op variabele arbeidstijden (Glasbergen, 1994), naar gelang de wens en voorkeur van de werknemer of de organisatie. Het gaat hier om de mogelijkheid om flexibele begin- en eindtijden te hanteren in de werksituatie en de mogelijkheid om in deeltijd te gaan werken tijdens of aan het eind van de carrière.

Flexibilisering speelt met name voor werkzame artsen een rol. Voor artsen in de opleidingsfase is het lastig om wensen tot flexibilisering naar voren te brengen. Zij worden geacht zich de regels die gelden binnen het werkende leven van een arts eigen te maken en vanuit die positie is het moeilijk om meer flexibiliteit te vragen. Hoewel de behoefte aan flexibilisering in tijd bijvoorbeeld al wel leeft bij deze groep, hangen hun carrièrewensen vooral samen met de fase van de opleiding waarin zij zitten. Op deze fasen zullen we hier verder ingaan.

2.3 Fasen in de opleiding en carrièrewensen

Voor artsen in de opleidingsfase kunnen we globaal de volgende fasen onderscheiden:

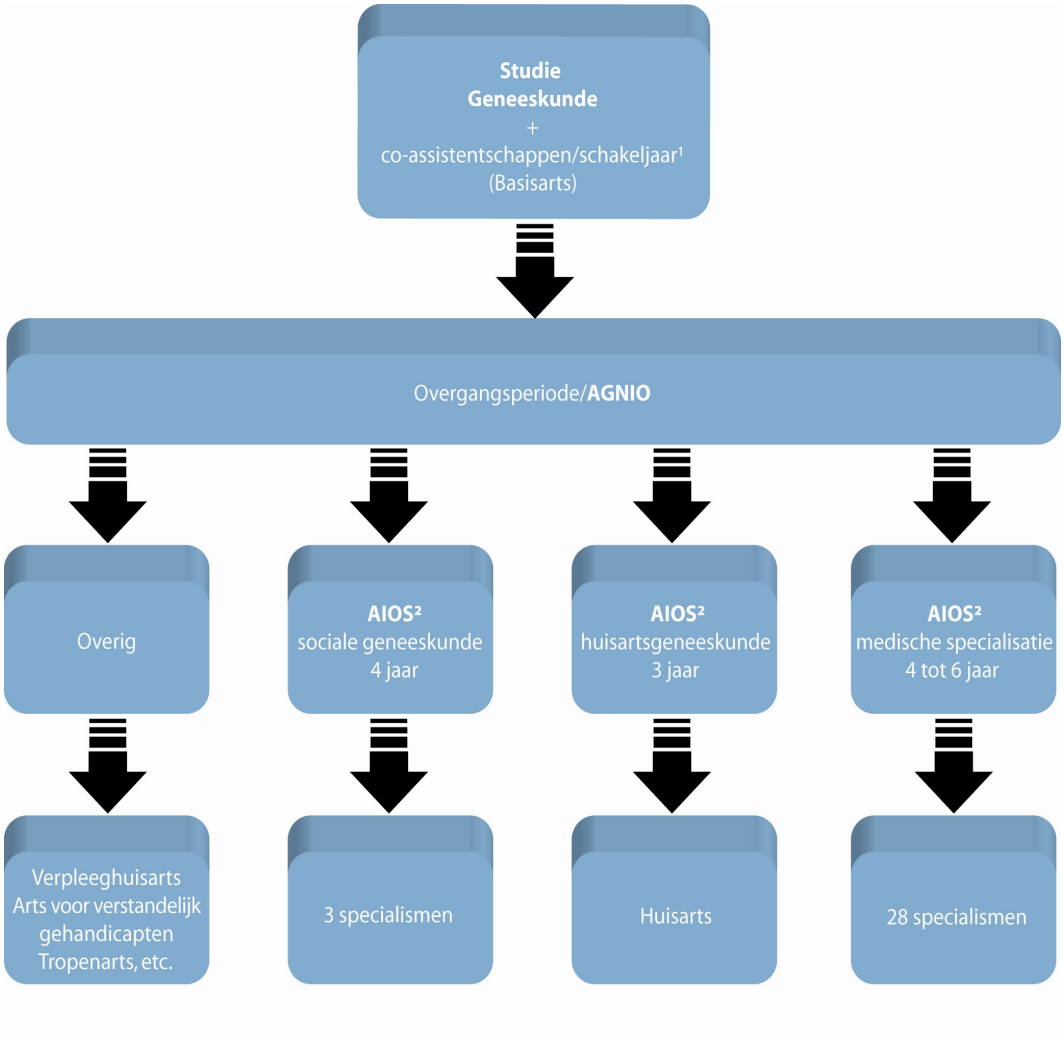
1. De beginfase van het opleidingstraject: van basisarts tot arts in opleiding
In deze fase heeft men de initiële opleiding geneeskunde, inclusief co-schappen net afgerond. Basisartsen zijn dan gemiddeld bijna 28 jaar oud, waarbij mannen gemiddeld één jaar ouder zijn dan vrouwen (Van der Velden et al., 2003a). Hoewel de opleiding tot basisarts formeel zes jaar duurt, is de hogere leeftijd het gevolg van een vertraging (circa 1,5 jaar) bij de overgang van de middelbare school naar de studie geneeskunde en een vertraging (circa 2 jaar) die ontstaat tijdens de studie geneeskunde. De basisarts staat voor de keuze of en welk type medische vervolgopleiding men wil gaan doen. Eerder onderzoek (Heymans et al., 1994) toonde aan dat bij de voorkeur in eerste instantie het inhoudelijke deel van het vak centraal staat. Naarmate basisartsen meer afweten van de omgevingsfactoren en voorwaarden die het werk van een arts bepalen, gaan die aspecten meer meewegen in hun wensen. Randvoorwaarden zoals de duur van de opleiding en de mogelijkheid om in deeltijd te werken worden dan belangrijker. Voordat men de wens kan verwerkelijken dient men een opleidingsplaats te bemachtigen, hetgeen vaak enkele

jaren wachttijd impliceert. Gedurende deze overgangsfase gaat men doorgaans aan het werk als assistent geneeskundige niet in opleiding (AGNIO). Ook in deze periode kunnen carrièrewensen ontstaan of worden aangepast, als gevolg van ervaringen in werk- en/of privé-situatie.

2. De eindfase van het opleidingstraject: van arts in opleiding tot specialist

Wanneer men eenmaal als arts in opleiding aan het werk kan, kan de wens tot flexibilisering van tijd een rol gaan spelen, zoals het willen volgen van de opleiding in deeltijd. Daarnaast zal de toekomstige werksituatie steeds meer een rol gaan spelen. De kennismaking met een specialisme is heel concreet geworden en er komen vervolgkeuzen in zicht: een zelfstandige praktijk (vrij ondernemerschap) of een dienstverband aangaan, een aanstelling in een academische setting of niet, een aanstelling in een opleidingsziekenhuis of juist niet, in deeltijd of voltijds willen werken. Ook bij deze beslissingen zal niet uitsluitend de eigen ambitie een rol spelen, maar ook de wensen die men buiten het werk heeft. Hoewel de term eindfase kan suggereren dat het opleidingstraject voor de arts hierna voorgoed is afgesloten, krijgt ook de werkzame arts nog te maken met keuzen ten aanzien van opleiding (zie hoofdstuk 4). In het algemeen is de artsencarrière echter 'plat', ofwel zonder de spreekwoordelijke stijging op een hiërarchische ladder. In figuur 2 (zie volgende pagina) is een schematische weergave van de opleiding geneeskunde gepresenteerd.

Figuur 2: Schematische weergave opleidingstraject geneeskunde



AGNIO = Assistent geneeskundige niet in opleiding
AIOS = Arts in opleiding tot specialist

[1] Het schakeljaar is een zesde jaar in de initiële opleiding geneeskunde waarin studenten onder supervisie klinische ervaring opdoen en leren omgaan met zelfstandigheid en verantwoordelijkheid. Deze is reeds ingevoerd door enkele universiteiten en zal op termijn waarschijnlijk landelijk ingevoerd worden.

[2] Voorheen werd voor sociaal-geneeskundigen in opleiding de term SGIO (sociaal-geneeskundige in opleiding) gebruikt, voor huisartsen in opleiding de term HAIO (huisarts assistent in opleiding) en voor medisch specialisten in opleiding de term AGIO (assistent geneeskundige in opleiding.

Bron: KNMG.

2.4 Methode van onderzoek

De breedte van het onderwerp en het feit dat er niet eerder een inventarisatie van de carrièrewensen van artsen is gemaakt, hebben geleid tot een systematisch literatuuronderzoek met een explorerend karakter. Hiervoor is de NIVEL-catalogus geraadpleegd. Er werd gezocht op verschillende groepen trefwoorden (zie tabel B2, bijlage 2). Om te komen tot geschikte trefwoorden is de thesaurus geraadpleegd. Binnen elke groep werd gebruik gemaakt van een OF-relatie en trefwoorden uit groep 1 werden gecombineerd met de trefwoorden uit de overige groepen met een EN-relatie. Daarnaast werden groep 2 en groep 5 met elkaar gecombineerd.

De documenten zijn vervolgens beoordeeld aan de hand van een aantal inclusiecriteria, namelijk:
- het document is Nederlands- of Engelstalig;
- het document heeft betrekking op de Nederlandse situatie;
- het document is (betrekkelijk) recent (verschenen in de periode 1998 - 2005).

Op deze wijze werden aanvankelijk 807 documenten geselecteerd voor verder onderzoek (zie tabel 2.1). Vervolgens is een selectie van mogelijke relevante documenten gemaakt op basis van titels en abstracts. Documenten die betrekking hadden op statistische data zijn uitgesloten. Verder werden alleen die documenten geselecteerd waarbij sprake was van een wetenschappelijke manier van data verzamelen. Om de eventuele gemiste relevante publicaties in de search op te sporen is daarnaast gezocht op basis van de referenties van de eerst geselecteerde documenten (1998 - 2005). Om een aantal onderwerpen, zoals beïnvloedende factoren bij de voorkeur voor een medische vervolgopleiding, meer onderbouwd uit te kunnen werken, zijn bovendien 10 thematische documenten gebruikt. Op grond hiervan zijn uiteindelijk 85 documenten meegenomen in het onderzoek (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1: Resultaten zoekacties

Database/Bron	Aantal treffers	Aantal geselecteerde documenten
Catalogus NIVEL	807	41
Documenten op basis van referenties	-	34
Thematische documenten	-	10
Totaal	-	85

3 Artsen en hun carrièrewensen in de opleidingsfase

Artsen in opleiding staan voor andere carrièreafwegingen dan artsen die reeds werkzaam zijn. In de opleidingsfase ligt het accent vooral op het kiezen van een specialisme en de omstandigheden en voorwaarden waaronder straks gewerkt zal worden, bijvoorbeeld welk type praktijk of ziekenhuis, in dienstverband of vrijgevestigd en in welke regio. Zoals reeds vermeld hangen de carrièrewensen van artsen in opleiding samen met de fase van opleiding waarin zij verkeren. Op basis van de faseverdeling zoals beschreven in paragraaf 2.2 zullen de carrièrewensen van artsen in de opleidingsfase worden besproken.

3.1 Van basisarts tot arts in opleiding

De vraag die in deze eerste fase centraal staat is of en welk type medische vervolgopleiding men wil volgen: één van de medische specialismen, huisartsgeneeskunde of één van de richtingen bij sociale geneeskunde. Hoe die wensen en uiteindelijke keuzen tot stand komen en welke factoren hierop van invloed zijn is weinig onderzocht, maar er zijn wel enkele studies die enig inzicht geven op dit terrein.

3.1.1 Wensen van basisartsen ten aanzien van de medische vervolgopleiding

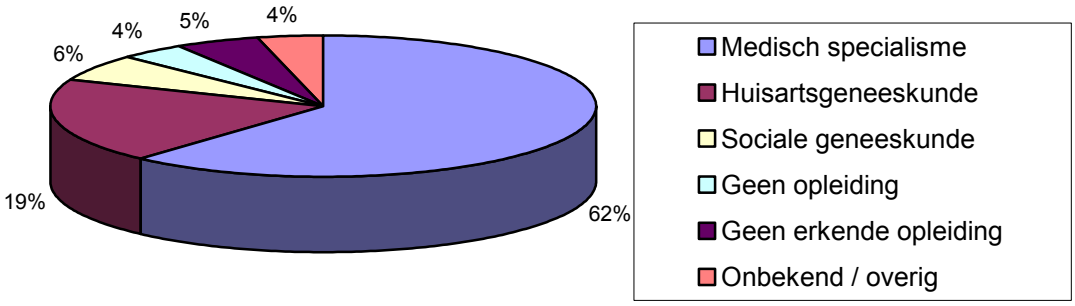
De meeste basisartsen (90%) willen een vervolgopleiding volgen (Capaciteitsorgaan, 2003). Het overgrote deel prefereert een opleiding tot medisch specialist, zoals bleek uit een onderzoek van Du Moulin et al. (2000): 60% gaf de voorkeur aan een medische specialisatie, waarbij het aandeel van mannen (63%) iets groter was dan dat van vrouwen (57%). Een vergelijkbaar resultaat (63%) werd gevonden door Brus et al. (2002). Van de medische specialisaties zijn met name interne geneeskunde en psychiatrie in trek (Du Moulin et al., 2000). Volgens Brus et al. (2002) kunnen kindergeneeskunde en algemene chirurgie daar aan worden toegevoegd: één op de drie basisartsen kiest voor één van deze vier specialisaties. Vrouwelijke basisartsen geven de meeste voorkeur aan de specialisaties psychiatrie (15%), verloskunde/gynaecologie (15%), interne geneeskunde (13%) en kindergeneeskunde (13%). De mannelijke basisartsen prefereren interne geneeskunde (11%), heelkunde (11%) en psychiatrie (8%) (Du Moulin et al., 2000).

Naast een medische specialisatie is huisartsgeneeskunde in trek: één op de vijf basisartsen wil huisarts worden (20%) en ook als tweede keuze doet deze richting het goed (Brus et al., 2002). Uit onderzoek onder Amsterdamse en Utrechtse studenten komt eenzelfde beeld naar voren. Het percentage ligt hoger bij vrouwen (21%) dan bij mannen (15%). Bovendien blijkt de belangstelling voor deze richting toe te nemen gedurende de studie: van 12% in het eerste jaar tot 19% rond het artsexamen. Dit geldt met name voor vrouwen (Soethout et al., 2005).

De derde hoofdstroom sociale geneeskunde is minder populair en wordt slechts door 6% van de basisartsen als eerste voorkeur genoemd. Opvallend is verder dat een iets groter deel, namelijk 9%, deze hoofdstroom als tweede keuze opgeeft (Brus et al., 2002). Verder

blijkt dat 4% van de basisartsen helemaal geen vervolgopleiding ambieert en is 5% voornemens een niet erkende vervolgopleiding te volgen (Capaciteitsorgaan, 2003). In figuur 3.1 zijn de wensen voor vervolgopleidingen weergegeven.

Figuur 3.1: Wensen basisartsen met betrekking tot de medische vervolgopleiding



Bronnen: Gemiddelden gebaseerd op onderzoek van Du Moulin et al. (2000), Brus et al. (2002), Capaciteitsorgaan (2003), Soethout et al. (2005).

3.1.2 Factoren die een rol spelen bij de wens voor een medische vervolgopleiding

Een belangrijke vraag is door welke factoren de voorkeuren van basisartsen voor een medische vervolgopleiding worden beïnvloed. Ook op dit gebied is er nog weinig Nederlands onderzoek verricht. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds externe determinanten zoals demografische gegevens, opleidingsmogelijkheden en de stereotype sekseverdeling in mannen- en vrouwenberoepen en anderzijds de zogenaamde interne determinanten. De gevonden studies blijken zich met name te richten op de interne determinanten, welke weer kunnen worden onderverdeeld in persoonsgebonden factoren en omgevingsgebonden factoren.

Bij de persoonsgebonden factoren staat de aantrekkingskracht van het vak centraal; een beroep dat lijkt te passen bij het eigen idealisme. Men kan hierbij denken aan ambitie en ‘self-efficacy’. Ervaringen tijdens co-schappen kunnen dit beeld ondersteunen of weerleggen. Naast het idealisme bepaalt de omgeving wat de mogelijkheden zijn om het gewenste ideaalbeeld overeind te houden. De omgevingsfactoren brengen de pragmatische component in de keuze aan. Hierbij gaat het om zaken als het aantal werkuren per week, de duur van de opleiding, mogelijkheden tot deeltijdarbeid, verdere carrièremogelijkheden, zwangerschaps- en ouderschapsverlof, zowel tijdens als na de medische vervolgopleiding. De belangrijkste beïnvloedende factoren die uit de gevonden studies naar voren komen worden hieronder gepresenteerd (zie tabel 3.1).

Tabel 3.1: Belangrijkste beïnvloedende factoren bij de voorkeur voor een medische vervolgopleiding

Persoonsgebonden factoren	Omgevingsgebonden factoren
Menselijke interesse [1]	Gunstige werktijden/weinig diensten [1,3]
Enthousiasme voor het vakgebied [1]	Werkuren/deeltijdwerken [1,3]
Eigen talenten en vaardigheden [1]	Gezin/toekomstige gezinssituatie [2]
Interne motivatie zoals bereiken van geluk [2]	Carrière- en promotievooruitzichten [1]
Ervaringen in het betreffende werkveld [1]	Opleidingsbevorderende factoren [2]
Ervaringen tijdens co-assistentschappen [1,3]	
Omstandigheden van de toekomstige functie[2]	
Inhoud van de toekomstige functie [2]	

[1] Soethout et al., 2004.
[2] Brus et al., 2002.
[3] Du Moulin et al., 2000.

Uit de studie van Soethout et al. (2004) komen de factoren menselijke interesse, enthousiasme voor het vakgebied en eigen talenten en vaardigheden als belangrijkste persoonsgebonden factoren naar voren. Van de omgevingsfactoren spelen gunstige werktijden/het hoeven draaien van weinig diensten en werkuren/de mogelijkheid tot deeltijdwerken een rol, met name bij vrouwen. Een soortgelijk beeld komt naar voren uit het onderzoek van Brus et al. (2002): basisartsen kiezen hoofdzakelijk op basis van persoonlijke interne motivatie en het persoonlijk gezinsbeeld. Deze beide factoren vormen in behoorlijke mate een positief argument bij het maken van een keuze. Twee andere belangrijke gerelateerde persoonsgebonden factoren zijn ervaringen in het betreffende werkveld en ervaringen tijdens co-assistentschappen (Du Moulin et al, 2000; Soethout et al., 2004).

Ook omstandigheden van de toekomstige functie (zoals het hebben van menselijk contact) spelen volgens Brus et al. (2002) een rol, maar in mindere mate. Dit wordt bevestigd door onderzoek van Du Moulin et al. (2000) die vonden dat met name vrouwen zich laten leiden door de factor intensief contact met patiënten. Ook Offenbeek & Ooster-huis (2004) constateerden dat de komende artsengeneratie direct contact en communicatie met patiënten laat meewegen bij de beroepskeuze. Naast de omstandigheden van de functie speelt de inhoud van de functie (zoals werken met een eenduidige groep patiënten) enigszins een rol (Brus et al., 2002). Du Moulin et al. (2000) vonden qua inhoud dat de mate waarin binnen een specialisme de nadruk ligt op wetenschappelijk onderzoek en technische werkzaamheden voor mannen een enigszins positieve rol speelt. Tenslotte wordt er belang gehecht aan carrière- en promotievooruitzichten (met name door mannen) en opleidingsbevorderende factoren (zoals mogelijkheden om de opleiding in deeltijd te volgen of kinderopvang) (Soethout et al., 2004).

3.1.3 Invloed van factoren bij verschillende categorieën artsen

Welk type vervolgopleiding wordt geprefereerd hangt af van de mate waarin men belang hecht aan de verschillende factoren. Basisartsen die de voorkeur geven aan de verschillende (hoofd)richtingen[3] kunnen op een aantal punten worden onderscheiden (zie blok 3.1).

Blok 3.1: De waardering van factoren door verschillende groepen basisartsen

Basisartsen die de voorkeur geven aan een **medisch specialisme** hechten in vergelijking tot de gemiddelde basisarts

Bij psychiatrie:
- meer waarde aan: normale werktijden in de opleiding (mannen), opleiding in deeltijd kunnen volgen, werken in dienstverband en vaste werktijden in het beroep (vrouwen).
- minder waarde aan: het beter maken van mensen (mannen)

Bij een snijdend specialisme:
- meer waarde aan: het beter maken van mensen, meer mogelijkheden voor wetenschappelijk werk, publiceren (mannen), onderzoek (vrouwen)
- minder waarde aan: beschikbaar zijn van voldoende opleidingsplaatsen, realisatiemogelijkheden van deeltijdwerken en kinderopvang in opleiding en werk (maar vinden dit wel belangrijk).

Bij een beschouwend specialisme:
- meer waarde aan: een eenduidige groep patiënten (mannen)
- minder waarde aan: de realisatiekans van normale werktijden en een deeltijdopleiding (maar vinden dit wel belangrijk).

Bij een ondersteunend specialisme:
- meer waarde aan: het leveren van kwaliteit, goede privé-omstandigheden (mannen), de inhoudelijke kant van het beroep (vrouwen).
- minder waarde aan: het menselijk contact

Basisartsen die de voorkeur geven aan **huisartsgeneeskunde** hechten in vergelijking tot de gemiddelde basisarts
- meer waarde aan: werken in deeltijd (vrouwen), een beroep met een generalistisch karakter, zelfstandig ondernemer zijn.
- minder waarde aan: werken in teamverband, doorgroeien binnen de functie (vrouwen), wetenschappelijk onderzoek/promoveren/publiceren (mannen).

Basisartsen die de voorkeur geven aan **sociale geneeskunde** hechten in vergelijking tot de gemiddelde basisarts

Bij Maatschappij en Gezondheid:
- meer waarde aan: normale werktijden (vrouwen), werken in deeltijd (vrouwen), zowel tijdens opleiding als in beroep.

Bij Arbeid en Gezondheid:
- meer waarde aan: gunstige werktijden en werkomstandigheden (mannen), opleidingsgerelateerde factoren zoals voldoende opleidingsplaatsen en gunstige dienstroosters tijden de opleiding (vrouwen).

Bron: Capaciteitsorgaan, 2003.

[3] In het gebruikte onderzoek is de volgende indeling van medische specialismen gebruikt: 1. psychiatrie, 2. snijdende specialismen: cardio-thorocale chirurgie, heelkunde, keel-neus-oorheelkunde, neurochirurgie, oogheelkunde, orthopedie, plastische chirurgie, urologie, verloskunde & gynaecologie; 3. beschouwende specialismen: allergologie, cardiologie, dermatologie, interne geneeskunde, kindergeneeskunde, klinische geriatrie, longziekten & tuberculose, maag-darm-leverziekten, neurologie, reumatologie en 4. ondersteunende specialismen: anesthesiologie, klinische chemie, klinische genetica, medische microbiologie, nucleaire geneeskunde, pathologie, radiologie, radiotherapie, revalidatiegeneeskunde. * De indeling snijdend, beschouwend en ondersteunend staat ter discussie omdat de verwijzingen niet naar elkaar uitsluitende categorieën verwijzen en daarom als onduidelijk worden ervaren.

3.1.4 De assistent in de wacht: werken als AGNIO

Om de wens met betrekking tot de medische vervolgopleiding te kunnen verwezenlijken zal men een opleidingsplaats moeten bemachtigen. Dat is niet eenvoudig: gemiddeld beslaat de periode tussen de afronding van de initiële opleiding en de start van de vervolgopleiding 4,4 jaar (Van der Velden et al., 2003a). Gebrek aan opleidingsplaatsen blijkt hier de voornaamste reden voor te zijn. In de overgangsperiode gaat men vaak als AGNIO aan het werk. Door de meeste basisartsen wordt de AGNIO-functie dan ook beschouwd als tijdelijk. Door praktijkervaring vergroten zij hun kans op succes bij het solliciteren. Uit onderzoek van Schmidt (1998) blijkt echter dat een deel van de AGNIO's zich niet (meer) wenst te specialiseren.

Naar de wensen van AGNIO's is nauwelijks onderzoek gedaan. Een mogelijke reden hiervoor is dat AGNIO's aanvankelijk werden beschouwd als een groep die ontstaan is door aansluitingsproblemen en daarom slechts van tijdelijke aard zou zijn. Hoewel AGNIO's ondertussen vele jaren een belangrijke plaats in de gezondheidszorg hebben ingenomen, kan verwacht worden dat deze positie over enkele jaren daadwerkelijk zal verdwijnen (Legrand-Van den Boogaard et al., 2003b). Uit een recent onderzoek onder AGNIO's (Venrooy & Van Duyn, 2003) blijkt dat er wel een sterke behoefte bestaat aan begeleiding. Voor wat betreft de begeleidingsvorm wensen AGNIO's een directe koppeling tussen leer- en werksituatie. Ook is van belang dat de begeleiding gericht is op het verbeteren van hun prestaties en op het aanleren van een zekere mate van zelfstandig functioneren. Verder wensen zij een begeleider die deskundig is op het werkgebied van de AGNIO. Bovendien blijkt begeleiding van grote invloed op de mate van tevredenheid van deze groep. Onderzoek onder het ledenpanel van de KNMG (Van Rooijen, 2000) geeft aan dat artsen dit lange traject negatief beoordelen en dat 85% van hen van mening is dat de werkervaring van de AGNIO moet worden geformaliseerd met vrijstellingen voor de vervolgopleiding.

3.1.5 Van wens naar keuze

Uiteindelijk vindt een groot deel van de basisartsen een vervolgopleiding. Wanneer we de wensen van basisartsen met betrekking tot de medische vervolgopleiding vergelijken met de feitelijke situatie blijkt dat er, ondanks een redelijke mate van overeenstemming, ook enkele verschillen zijn (zie blok 3.2). Het aantal basisartsen dat uiteindelijk een opleiding gaat volgen ligt lager dan het aantal dat in eerste instantie deze wens had. Niet iedereen lukt het om een plaats te bemachtigen en bovendien komt een deel bij een ander specialisme terecht dan men oorspronkelijk wenste. Verder is het aantal sociaal-geneeskundigen hoger dan op basis van de wensen kon worden verwacht. Bekend is dat deze groep gemiddeld ouder is wanneer zij start met de vervolgopleiding (Capaciteitsorgaan, 2003).

Blok 3.2: De medische vervolgopleiding: de cijfers

Circa 85% van de basisartsen gaat zich na het voltooien van de opleiding verder specialiseren (Van der Velden et al., 2001b). Van alle artsen in opleiding voor één van de drie hoofdrichtingen in 2003 (7.018), volgt het overgrote deel een opleiding tot medisch specialist (4.763), gevolgd door huisartsgeneeskunde (1.218) en sociale geneeskunde (1.037) (Hingstman et al., 2004).

Enkele onderzoeken geven een overzicht van de gevolgde opleidingen door basisartsen van specifieke Nederlandse universiteiten. Van de basisartsen die in 1990 in Leiden zijn afgestudeerd was het grootste deel (45%) dertien jaar later als medisch specialist geregistreerd, gevolgd door een registratie als basisarts (28%), huisarts (12%) en sociaal-geneeskundige (7%) (Schaapveld & Roetman, 2004). Uit longitudinaal onderzoek onder artsen die in 1982/1983 in Groningen aan hun studie waren begonnen blijkt dat in het jaar 2000 het grootste deel (45%) een opleiding tot medisch specialist aan het volgen was of reeds had afgerond, gevolgd door huisartsgeneeskunde (17%) en sociale geneeskunde (12%). Acht procent van degenen die tijdens afstuderen aangaven nog een vervolgopleiding te willen doen was het tien jaar later niet gelukt een opleidingsplaats te vinden en van de 'zoekenden' in 1993 was 27% bij een ander specialisme terechtgekomen dan zij oorspronkelijk wensten (Cohen-Schotanus et al., 2002). Ook De Pree (1998) concludeert op basis van eerder onderzoek dat een aanzienlijk deel van de basisartsen (40-50%) de eerste voorkeur niet lijkt te kunnen realiseren.

3.2 Van arts in opleiding tot specialist

Wanneer men eenmaal een opleidingsplaats heeft staan andere wensen centraal. Een belangrijke wens in deze fase is het kunnen volgen van de opleiding in deeltijd. Onderzoek van de KNMG onder artsen in verschillende fasen van de carrière toont aan dat bijna driekwart van hen (73%) vindt dat een medische vervolgopleiding in deeltijd gevolgd moet kunnen worden (Van Rooijen, 2000). Dit geldt vaker voor vrouwen dan mannen, vaker voor jongere dan oudere artsen en het minst voor medisch specialisten. Tijdens de medische vervolgopleiding gaan ook carrièreafwegingen voor de toekomstige werksituatie een rol spelen. Deze zullen hieronder voor de verschillende categorieën artsen worden besproken.

3.2.1 De wensen van medisch specialisten in opleiding

Vrije vestiging of dienstverband

Wat de gewenste rechtspositie betreft, blijkt het grootste deel (35%) van de AIOS van een medische specialisatie (voorheen AGIO's) in loondienst te willen werken. Vijfentwintig procent van de AIOS heeft voorkeur voor een vrij beroep en 27% zou het liefst een combinatie willen: deels in loondienst en deels in het vrije beroep werkzaam zijn. De belangrijkste reden om in loondienst te willen werken is dat men dan verwacht minder tijd kwijt te zijn aan administratieve en financiële rompslomp (Heiligers et al., 2002). Meer vrouwelijke (47%) dan mannelijke AIOS van een medische specialisatie (29%) wensen in loondienst te werken. Gelet op het specialisme is met name binnen reumatologie en neurologie het aandeel AIOS dat in loondienst wil werken groot. Uit onderzoek van Wever et al. (2002) komt een ander beeld naar voren. Hieruit blijkt dat de meeste medisch specialisten in opleiding kiezen voor een vrij beroep. Dit verschil kan het gevolg zijn van de oververtegenwoordiging van snijdende specialismen, radiologen en cardiologen in dit onderzoek, waar de voorkeur voor vrije vestiging over het algemeen groter is.

Type ziekenhuis en regio

Qua type ziekenhuis blijkt er onder AIOS van een medische specialisatie een voorkeur te bestaan voor het algemene ziekenhuis (48%). Met name het perifeer opleidingsziekenhuis is erg populair. Ongeveer 14% prefereert het werken in een academisch ziekenhuis (Heiligers et al., 2002; Wever et al., 2002). Over de voorkeuren van AIOS van een medische specialisatie met betrekking tot de gewenste regio is weinig bekend. Uit onderzoek van Wever et al. (2002) blijkt dat een groot aantal medisch specialisten in opleiding overweegt om Nederland na afronding van de specialisatie te verlaten: ruim 75% van hen denkt hier wel eens over na, terwijl 38% van hen hier 'serieus' mee bezig is. In verschillende beroepsramingsstudies die tussen 1997 en 2005 door het NIVEL (Van der Velden et al., 1997a; 1997b; 1997c; 1998a; 1998b; 1998c; 1999a; 1999b; 2000; 2001a; 2002a; 2003d; 2004a; 2004b; Vugts et al., 2004) zijn uitgevoerd is ook de wens van AIOS van een medische specialisatie om in het buitenland te werken meegenomen. Hoewel een algemene uitwerking hiervan niet bestaat lijkt de belangstelling voor het buitenland minder groot te zijn en te verschillen per type specialisme. Zo blijkt van de orthopaeden in opleiding iedereen uiteindelijk in Nederland aan de slag te willen (Van der Velden et al., 1997c). Van de dermatologen en gynaecologen in opleiding wil respectievelijk 7% en 9% na afronding van de opleiding in het buitenland werken (Van der Velden et al., 1998b; 2004b).

Flexibilisering van tijd

Een groot deel (68%) van de AIOS voor een medische specialisatie wenst niet alleen tijdens de opleiding, maar ook in de toekomst in deeltijd te werken. Vooral vrouwen (86%) prefereren een deeltijdbaan, maar ook meer dan de helft van de mannen (53%). Van de AIOS chirurgie, dermatologie, gynaecologie, kindergeneeskunde en KNO blijkt meer dan de helft een deeltijdbaan te wensen. Bij de specialismen klinische genetica, neurologie, orthopaedie, radiologie en reumatologie is dit aandeel kleiner. Bijna eenderde van de vrouwelijke AIOS (27%) en een klein deel van de mannelijke AIOS (3%) wenst een functie van minder dan 0,7 fte (Heiligers et al., 2002).

3.2.2 De wensen van huisartsen in opleiding

Praktijkvorm en rechtspositie

Hoewel de solopraktijk bij huisartsen nog steeds de meest voorkomende praktijkvorm is, wint de groepspraktijk de laatste jaren aan populariteit. Van AIOS huisartsgeneeskunde (voorheen HAIO's) is niet bekend welk type praktijk zij prefereren, maar het grootste deel van de afgestudeerde huisartsen dat op zoek is naar een eigen praktijk (2003) geeft de voorkeur aan een groepspraktijk (60%), gevolgd door de duopraktijk (31%). Slechts twee procent wenst een solopraktijk (Kenens & Hingstman, 2004). Bij de solopraktijk geldt dat van de vrouwen niemand in dit type praktijk werkzaam wil zijn en van de mannen zes procent. Naast de groep huisartsen die een zelfstandige vestiging wenst, is er een steeds groter wordende groep die wil werken als HIDHA (huisarts-in-dienst-van-huisarts). Vrouwen kiezen in vergelijking tot mannen vaker voor een HIDHA-positie (21% vrouwen vs. 7% mannen), terwijl mannen relatief vaker op zoek zijn naar een eigen praktijk (82% mannen vs. 65% vrouwen). Vrouwen wensen bovendien in een kleinere praktijk te werken dan mannen, onafhankelijk van het type praktijk (Kenens & Hingstman, 2004; Mayorova et al., 2005).

Keuze voor een regio

Gegevens over de wensen van AIOS huisartsgeneeskunde met betrekking tot de regio waarin men werkzaam wil zijn ontbreken in de literatuur. Van de recent afgestudeerde huisartsen (van 1995 - 1997 en van 1999 - 2001) heeft het grootste deel (39%) een voorkeur voor het werken op het verstedelijkt platteland. Slechts 8% van hen geeft de voorkeur aan een praktijk in een grote stad (Van der Velden et al., 2003c). Belangrijk in dit verband is verder de constatering dat jonge artsen geneigd zijn een vervolgopleiding te zoeken in de regio waarin ze hun initiële opleiding hebben gevolgd. Qua plaats van vestiging zouden huisartsen bovendien een grotere voorkeur hebben voor een huisartsenpraktijk in of dichtbij de plaats waarin men is opgeleid (Capaciteitsorgaan, 2003).

Flexibilisering van tijd

Hoewel over de wensen van AIOS huisartsgeneeskunde ten aanzien van werken in deeltijd niets bekend is, zijn er wel gegevens voorhanden over de praktijkzoekende huisartsen. Van hen gaf in 2004 83% de voorkeur aan een deeltijdbaan. Het aandeel van de vrouwen dat een deeltijdbaan prefereert is aanzienlijk groter (92%) dan dat van mannen (66%) (Kenens & Hingstman, 2004).

3.2.3 De wensen van sociaal-geneeskundigen in opleiding

In vergelijking tot de andere twee hoofdstromen is over de wensen van AIOS sociale geneeskunde (voorheen SGIO's) weinig bekend. Wiegers & Hingstman (1999) toonden aan dat 70% van de vrouwelijke sociaal-geneeskundigen in opleiding in deeltijd werkte. Hoewel gegevens over de wensen van sociaal-geneeskundigen in opleiding niet bekend zijn, kwam bij de bespreking van de beïnvloedende factoren reeds naar voren dat men deze hoofdstroom vaak kiest omdat de deeltijdmogelijkheden, zowel tijdens opleiding als werk, hier groter zijn. Uit het onderzoek van Wiegers & Hingstman (1999) blijkt bovendien dat de mogelijkheid om in dienstverband te werken en de mogelijkheid om in deeltijd te werken voor sociaal-geneeskundigen in opleiding mee hebben gespeeld bij het kiezen voor deze richting. Aangenomen kan dus worden dat er bij deze groep tenminste een zekere belangstelling bestaat voor een verband in loondienst en een deeltijdbaan.

3.2.4 Carrièreswitch van de arts in opleiding

Tijdens de opleiding kan men besluiten deze voortijdig af te breken, omdat men niet de juiste keuze heeft gemaakt. Ook kan men na afronding van de opleiding besluiten om niet in het beroep te gaan werken. Uit onderzoek (Van der Velden et al., 2003b) blijkt dat slechts een klein deel (2-5%) van de artsen dat eenmaal aan de opleiding is begonnen deze niet afrondt. Naar de redenen hiervoor is nauwelijks onderzoek gedaan. Eén onderzoek onder medisch specialisten in opleiding (Wever et al., 2002) liet zien dat de helft van hen er wel eens over nadenkt om te stoppen met de opleiding en dat acht procent zo ontevreden is dat men dit serieus overweegt. Met name de scheve verhouding tussen werk en privé (16%), de bureaucratie (14%) en slechte financiële vooruitzichten (10%) zorgen voor onvrede onder specialisten in opleiding. Uit de eerdergenoemde beroepsramingsstudies van het NIVEL (Van der Velden et al., 1997a; 1997b; 1997c; 1998a; 1998b; 1998c; 1999a; 1999b; 2000; 2001a; 2002a; 2003d; 2004a; 2004b; Vugts et al., 2004) lijkt het beeld bevestigd te worden dat men onvrede heeft met de tijd die er overblijft voor het privé-leven. Bij de Maag-Darm-Lever-artsen is bijvoorbeeld 70% van de AIOS hier onte-

vreden over (Van der Velden et al., 2004a). De lage uitval is mogelijk gerelateerd aan het feit dat het op dit moment niet mogelijk is om een wisseling te maken van het ene specialisme naar het andere, waarbij vrijstellingen worden verleend op basis van de eerder verworven kennis. Wel blijkt tweederde van de artsen voor een dergelijk vrijstellingenbeleid te zijn (Van Rooijen, 2000).

Naast de groep die de opleiding voortijdig beëindigt, is er een aantal artsen dat besluit van carrière te veranderen na afronding van de opleiding. Van de huisartsen die sinds 1993 zijn afgestudeerd heeft iets minder dan vijf procent zich nooit gevestigd (Kenens & Hingstman, 2004). De belangrijkste redenen om niet als huisarts aan het werk te gaan zijn de keuze voor een ander specialisme (53%), andere werkzaamheden (28%) en vestiging buiten Nederland (15%) (Kooij, 2003). Uit onderzoek van Mayorova et al. (2005) komt naar voren dat voor mannen het vinden van een andere baan (51%), het niet kunnen vinden van een praktijk die aan de wensen voldoet (29%) en financiële redenen (9%) de belangrijkste gronden zijn. Voor vrouwen gelden als voornaamste redenen het vinden van een andere baan (42%) en familieomstandigheden (28%). In vergelijking tot mannen (15%) hadden meer vrouwen (19%) nooit serieuze plannen gehad om als huisarts aan het werk te gaan. Een aanzienlijk deel van deze huisartsen gaat een tweede opleiding volgen, met name in de sociale geneeskunde. Medisch specialisten veranderen minder van carrière, hoewel er volgens het Capaciteitsorgaan (2003) signalen zijn dat een deel van hen de opleiding wel afrondt, maar vervolgens niet in het vak gaat werken.

4 Artsen en hun carrièrewensen in de werkzame fase

Als artsen hun opleiding hebben afgerond en een werkplek hebben gevonden zijn al veel beslissingen genomen over het toekomstperspectief. Dat betreft de keuze voor een specialisme, een praktijkvorm, dienstverband of vrijgevestigd, voltijds of in deeltijd werken. Die keuzen liggen niet vast voor het leven, maar zullen ook niet makkelijk te veranderen zijn. Ook privé hebben artsen al veel keuzen gemaakt; ze hebben vaak een partner en kinderen. Gemiddeld zijn artsen bijna 37 jaar wanneer zij hun medische vervolgopleiding hebben voltooid. De huisartsen zijn met 34 jaar gemiddeld het jongst en sociaal-geneeskundigen met 41 jaar het oudst bij afronding van de opleiding. Medisch specialisten zijn gemiddeld 36 jaar wanneer ze hun medische specialisatie hebben afgerond (Van der Velden et al., 2003a). Een belangrijke reden voor deze verschillen is de duur van de overgangsperiode tussen initiële opleiding en vervolgopleiding. Deze is gemiddeld 3,5 jaar, maar bedraagt voor sociaal-geneeskundigen acht jaar en voor huisartsen drie jaar. Zoals reeds vermeld in hoofdstuk 2 zullen de verdere carrièrewensen van artsen bekeken worden vanuit het perspectief van de geïntegreerde levensloopbaan. Centraal hierin staan flexibilisering van het werk van artsen met aandacht voor flexibilisering van taken, flexibilisering van werklocatie en flexibilisering van tijd.

4.1 Flexibilisering van taken

Taakflexibiliteit bij artsen richt zich concreet op een eventuele verdere specialisatie (taakverdieping), het invullen van management- of bestuurstaken (taakverbreding), taakversmalling of taakverandering in de vorm van een carrièreswitch binnen of buiten het medische beroep.

4.1.1 Taakverdieping: verdere specialisatie

Medisch specialisten hebben na afronding van hun vervolgopleiding de mogelijkheid zich verder te specialiseren. Soms gaat het om een gekozen aandachtsgebied, in andere gevallen om een subspecialisatie met aparte registratie en bijbehorende eisen. Technologische ontwikkelingen, de hogere eisen die wetenschappelijke verenigingen aan artsen stellen en de snel toenemende kennis, maken het voor medisch specialisten moeilijker om het beroep in de volledige breedte te blijven uitoefenen. Steeds meer medisch specialisten richten zich dan ook op één aandachtsgebied of deelterrein (Platf. Med. Spec. Zorg, 1999; Meijer & Heesen, 2005).

Hoewel er sprake is van een toename van subspecialisering, is er weinig bekend over de wensen van medisch specialisten in dit kader. Uit onderzoek van Van der Vange et al. (2003) kwam naar voren dat 30% van de medisch specialisten zich zou willen richten op één aandachtsgebied. Bovendien acht 57% van hen het vanuit de praktijkorganisatie goed mogelijk om het vak niet meer in de volledige breedte uit te oefenen. In de beroepsramingstudies die tussen 1997 en 2005 (Van der Velden et al., 1997a; 1997b; 1997c; 1998a; 1998b; 1998c; 1999a; 1999b; 2000; 2001a; 2002a; 2003d; 2004a; 2004b; Vugts et

al., 2004) door het NIVEL zijn uitgevoerd zijn vragen naar de wens tot verdere specialisatie meegenomen, maar een uitwerking hiervan is slechts van enkele groepen voorhanden. In de raming onder recent opgeleide gynaecologen (Van der Velden et al., 2004b) komt bijvoorbeeld naar voren dat 48% van hen bezig was met verdere specialisatie en dat 4% dat in de toekomst wenste te doen. In perifere ziekenhuizen blijkt echter een deel van de specialisten van mening te zijn dat men in wezen breed inzetbaar moet blijven en is men niet voor structurele vormen van taakverdieping (Heiligers & Hingstman, 2003).

Voor huisartsen en sociaal-geneeskundigen zijn er formeel geen mogelijkheden voor subspecialisering. Mogelijke belangstelling voor aandachtsgebieden bij huisartsen kan tot op zekere hoogte worden afgelezen aan de keuze voor bepaalde typen nascholingscursussen. Ook hier is echter nauwelijks iets over bekend. Uit onderzoek naar GGZ-nascholing voor huisartsen (Van Weert et al., 1999) blijkt dat bijna een kwart (23%) van de geaccrediteerde nascholing van huisartsen over psychische en sociale problematiek gaat. Over de voorkeuren van huisartsen ten aanzien van andere terreinen van bij- en nascholing is niets bekend.

Sociaal-geneeskundigen kunnen binnen de hoofdstromingen kiezen voor specialismen of domeinen. Binnen Arbeid & Gezondheid kan men kiezen voor de specialismen bedrijfsgeneeskunde of verzekeringsgeneeskunde. De hoofdstroom Maatschappij & Gezondheid kent verschillende domeinen: Jeugdgezondheid, Forensische geneeskunde, Infectieziektebestrijding, Tuberculosebestrijding, Beleid en Management, Sociaal Medische advisering en Medische milieukunde. Ook sportartsen behoren tot het specialisme Maatschappij & Gezondheid, maar zij hebben een eigen opleiding. De meest voorkomende eerste functie van sociaal-geneeskundigen is bedrijfsarts (39%), gevolgd door verzekeringsarts (18%) en jeugdarts (11%) (Wiegers & Hingstman, 1999).

4.1.2 Taakverbreding: organisatorische taken

Medisch specialisten kunnen zich in hun carrière op bijkomende taken richten. Naast het uitoefenen van het vak wordt van hen verwacht dat zij mede verantwoordelijkheid dragen voor de organisatie en het management van het ziekenhuis. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat er onder medisch specialisten draagvlak bestaat voor deze integratie in het ziekenhuis (Van der Wee, 2000; Kruijthof, 2003; 2005). De betrokkenheid richt zich echter met name op beslissingen betreffende hun eigen vakgebied. Vooral op het gebied van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg voelen medisch specialisten zich verantwoordelijk. Ook qua verdeling van werktijd wenst men meer tijd voor vakinhoudelijke activiteiten zoals onderzoek, bij- en nascholing en vakliteratuur. Aan organisatorische taken zoals commissiewerk, vergaderen, roosters maken en managementactiviteiten, wenst men juist minder tijd te besteden (Speet et al., 2002; Kruijthof, 2003; 2005; Van der Vange et al., 2003). Uit dit eerste onderzoek blijkt bovendien dat professionals in de gezondheidszorg onvoldoende zijn opgeleid om dergelijke taken uit te voeren, hetgeen demotiverend werkt.

Ook voor *huisartsen en sociaal-geneeskundigen* kan taakverbreding een rol spelen. Huisartsen kunnen, met name in grotere praktijken, te maken krijgen met managementtaken en uit onderzoek (Wiegers & Hingstman, 1999) blijkt dat sociaal-geneeskundigen naast hun kernfunctie ook vaak management- en bestuurstaken op zich nemen. Precieze cijfers evenals gegevens over de mate waarin huisartsen en sociaal-geneeskundigen het uitvoeren van dergelijke taken wenselijk vinden, ontbreken echter in de literatuur.

4.1.3 Taakversmalling: het afbouwen van de carrière

Artsen hebben vooral in de latere fase van de carrière vaak behoefte om de investering in het werk af te bouwen. Naast een vermindering van tijd door minder uren te werken, gaat het vaak om een vermindering van taken ofwel taakversmalling. Inzicht in de wensen omtrent taakversmalling kan met name ontleend worden aan de onderzoeken die zich richten op de uitstroom van artsen.

Huisartsen blijken in toenemende mate vroegtijdig het vak te verlaten (Post, 2002; Van der Velden et al., 2002b). Een hoge werkdruk blijkt het voornaamste motief te zijn om vóór de pensioengerechtigde leeftijd te stoppen (KNMG ledenpanel, 2001; Goudswaard et al., 2002; Post, 2002; Visser, 2002; De Jong et al., 2004a). Met name niet direct patiëntgebonden taken (administratie, bureaucratie) worden door huisartsen als negatieve aspecten van het werk ervaren. Ook ANW-diensten[4] vormen een belasting en spelen een rol in de toegenomen werkdruk. Naast werkdruk wordt een goede pensioenregeling genoemd als reden om te stoppen met werken (Post, 2002), evenals het ontbreken van financiële prikkels om het werk te blijven doen (Van der Velden et al., 2004c). Factoren op het gebied van taakversmalling, die ervoor zouden kunnen zorgen dat huisartsen langer aan het werk blijven, zijn ontheffing van administratieve taken en vrijstelling van ANW-diensten (Jong et al., 2004a).

Eén onderzoek (Visser, 2002) heeft zich niet alleen op huisartsen die willen stoppen gericht, maar ook op de beide andere groepen artsen. Onder medisch specialisten blijkt 36% van de artsen bereid te zijn om na hun 60ste jaar door te werken. Van de huisartsen wil slechts 26% en van de sociaal-geneeskundigen 25% na het 60ste jaar doorwerken. De redenen om eerder te willen stoppen zijn voor alle beroepsgroepen in de eerste plaats de hoge werkdruk gevolgd door het vele papierwerk. De belangrijkste voorwaarden waaronder men langer zou willen werken dan men nu van plan is, zijn naast een goede gezondheid en minder werkuren, minder organisatorische problemen, minder diensten en minder papierwerk.

4.1.4 Carrièreswitch: taakverandering

Een laatste aspect dat besproken wordt in het kader van taakflexibiliteit is het maken van een carrièreswitch binnen het medische beroep. Dit blijkt over het algemeen niet gemakkelijk. De huidige structuur van de opleiding zorgt ervoor dat men voor een zeer specifieke richting wordt opgeleid, waardoor een overstap naar een andere beroepsgroep moeilijk is (Legrand-Van den Boogaard et al., 2003b). De leeftijd waarop artsen hun opleiding afronden (gemiddeld 37 jaar) werkt eveneens beperkend voor een eventuele carrièreswitch.

---

[4] ANW-diensten: avond-, nacht- en weekenddiensten. Diensten van de huisarts buiten kantoortijden.

Volgens gegevens van de registratiecommissies van de KNMG (HVRC, MSRC, SGRC, 2005) zouden in de periode van 1 januari 2000 tot augustus 2005 in totaal 678 artsen van specialisme veranderd zijn. Van de drie hoofdcategorieën artsen zouden medisch specialisten, mede als gevolg van hun verworven specialistische kennis, het minst van richting veranderen (Capaciteitsorgaan, 2003). Waar van de medisch specialisten in de afgelopen jaren 120 personen een 'carrièreswitch' hebben gemaakt, bedraagt dit bij sociaal-geneeskundigen en huisartsen respectievelijk 278 en 280 personen.

Van de totale groep *medisch specialisten* die de afgelopen jaren een 'carriereswitch' heeft gemaakt (120) vormen de internisten (79) de grootste groep. Het grootste deel (71) van hen is terecht gekomen bij een aanpalend medisch specialisme. De overige 8 zijn overgestapt naar sociale geneeskunde (4), verpleeghuisartsgeneeskunde (3) en de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten (1). Bij deze laatste groep gaat het om oudere artsen die hun carrière willen afbouwen in een ander specialisme. Ook van de overige medisch specialisten die een overstap hebben gemaakt (41) is het grootste deel (20) terecht gekomen bij een aanpalend specialisme.

Van de *sociaal-geneeskundigen* stappen vooral verzekerings- en bedrijfsartsen regelmatig over van het ene naar het andere specialisme. 193 van de 197 verzekeringsartsen die zijn overgestapt, hebben gekozen voor bedrijfsgeneeskunde. Andersom is het overgrote deel van de bedrijfsartsen (46) dat van richting is veranderd overgestapt naar verzekeringsgeneeskunde (34). Artsen voor maatschappij en gezondheid maken minder vaak een 'carrièreswitch' (35). Het grootste deel (16) blijft hierbij binnen de sociale geneeskunde. Volgens de Kamer Sociale Geneeskunde zou er bovendien een groep sociaal-geneeskundigen die voorheen huisarts was, opnieuw enige jaren als huisarts willen werken. Zij worden echter gehinderd door barrières zoals de duur van de opleiding en daling van het inkomen (Capaciteitsorgaan, 2003). Er bestaan dus signalen voor de wens tot meer mogelijkheden om van carrière te veranderen binnen het medische beroep. Gegevens over artsen die een vervolgcarrière buiten het medische beroep wensen of kiezen zijn niet voorhanden.

Van de 280 *huisartsen* die van richting zijn veranderd, maakte een belangrijk deel een overstap naar sociale geneeskunde (116). Ook koos een relatief groot aantal huisartsen (98) voor de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten. Het grootste deel van de totale groep 'geswitchte' huisartsen is momenteel boven de 45 jaar. Volgens het Capaciteitsorgaan (2003) neemt het aandeel huisartsen dat kiest voor een tweede carrière de laatste jaren af, met name onder vrouwen. Zij zouden in toenemende mate behoefte hebben om tijd te besteden aan het privé-leven in plaats van aan een tweede carrière.

4.2 Flexibilisering van locatie

De tweede vorm van flexibiliteit die voor artsen van belang kan zijn is flexibiliteit in werklocatie. Van de medisch specialisten staat 43% positief tegenover detachering vanuit de eigen praktijk, is 36% positief over een verandering van vaste werklocatie en 13% over het werken op wisselende locaties (interim-specialist). De behoefte aan mobiliteit

hangt samen met de wens tot het opdoen van nieuwe kennis en ervaring en de behoefte om de eigen expertise aan anderen over te dragen (Van der Vange et al., 2003). Met name jongere specialisten hebben een grotere voorkeur voor wisselingen van werkomgeving (Vriend, 2003). Ook Meijer & Heesen (2005) constateren dat medisch specialisten steeds minder vaak gedurende hun hele carrière binnen één maatschap of ziekenhuis werken.

Naar de wensen ten aanzien van flexibilisering van de werklocatie van huisartsen en sociaal-geneeskundigen is geen concreet onderzoek verricht. Gerelateerd aan het begrip flexibiliteit in werklocatie is flexibiliteit in dienstverband (Glasbergen, 1994). Dit onderwerp is aan bod gekomen in hoofdstuk 4 over de carrièrewensen van artsen in opleiding. Hier wordt volstaan met de opmerking dat er een toenemende behoefte lijkt te zijn aan flexibiliteit in dienstverband bij zowel medisch specialisten als huisartsen in opleiding (Heiligers et al., 2002; Kenens & Hingstman, 2004).

4.3 Flexibilisering van tijd

De meest bekende vorm van flexibiliteit in tijd is in deeltijd werken. Voor alle drie categorieën artsen is deeltijdarbeid onderwerp van onderzoek geweest. Een tweede onderwerp dat extra aandacht verdient in de carrièrebenadering van de geïntegreerde loopbaan is de variatie in werktijden in verschillende levensfasen en het afbouwen aan het eind van de carrière in het bijzonder.

4.3.1 Deeltijdwerken

Uit een vergelijkend onderzoek onder verschillende groepen medici (Heiligers et al., 1997)[5], kwam naar voren dat met name een groot deel van de sociaal-geneeskundigen (50%) in deeltijd[6] werkte. Van de huisartsen had 30% een deeltijdbaan en van de medisch specialisten 26%. Binnen de specialismen bleken grote verschillen te bestaan, zowel qua aantal deeltijders als wat de houding ten aanzien van deeltijdwerken betreft. Jeugdartsen en huisartsen in dienst van een andere huisarts (HIDHA's) hadden vaak een deeltijdbaan en waren vaker positief over werken in deeltijd. Voor chirurgen, internisten en anesthesiologen was deeltijdwerken nog vrij uitzonderlijk en bleek minder dan de helft hier positief over te zijn.

Hoewel *medisch specialisten* in vergelijking tot de andere twee groepen weinig in deeltijd werken, blijkt een relatief groot aantal de wens tot reductie in werkuren te hebben. Van de verschillende groepen medisch specialisten, geeft meer dan de helft (57%) de voorkeur aan een deeltijdbaan (Heiligers & Hingstman, 2000; Heiligers & Hingstman, 2002). Onder vrouwen is dat aandeel groter (79%), maar ook onder mannen is het aandeel aanzienlijk (44%). Verder blijken jongere artsen vaker te kiezen voor een deeltijdbaan dan oudere artsen. Uit het onderzoek van Van der Vange et al. (2003) blijkt dat medisch specialisten zeer positief staan tegenover flexibiliteit in tijd, zowel gezien vanuit het individu als vanuit de bedrijfsvoering. Werken in deeltijd wordt door ruim 60% gewenst.

---

5 Een onderzoek uit 1997 wordt gebruikt omdat er geen uitgebreid onderzoek na 1998 is uitgevoerd.

6 Voor het onderscheid naar deeltijd en voltijd wordt de formele werktijd gebruikt, uitgedrukt in FTE (full-time equivalenten). Een voltijder werkt 1 FTE (100%) en een deeltijder minder dan 1 FTE.

Naast minder uren werken per week, vindt een deel van de medisch specialisten een sabbatical een aantrekkelijke optie voor zichzelf (45%). Eerste resultaten van een recent onderzoek bij medisch specialisten (De Jong et al., 2005) wijzen op verschillen in aantal deeltijders tussen de specialismen. Van de ondervraagde internisten werkt 30% in deeltijd, van de radiologen 28%, terwijl van de chirurgen slechts 18% in deeltijd werkt. Hoewel een aanzienlijk deel van de voltijders in alle specialismen bereid is om in deeltijd te gaan werken, kwamen ook hier verschillen naar voren. Van de internisten (70%) en de radiologen (67%) is een groter deel bereid om in deeltijd te gaan werken dan van de chirurgen (61%).

Ook bij *huisartsen* komt de wens tot deeltijd werken duidelijk naar voren. Van de praktijkzoekende huisartsen in 2003 wenste 83% een deeltijdbaan, waarvan meer vrouwen (92%) deze wens hadden dan mannen (66%). Verder is er een stijging te zien van het aantal personen dat in deeltijd werkt. Waar in 1997 nog 30% van hen in deeltijd werkte, was het percentage begin 2004 gestegen tot 44% (inclusief HIDHA's) (Kenens & Hingstman, 2004). Ook hier zien we dat vrouwelijke artsen vaak een deeltijdbaan hebben (84%) in vergelijking tot mannen (27%). Bovendien hangt deeltijd werken samen met het type dienstverband. Waar van de zelfstandig gevestigden 39% in deeltijd werkt, loopt dit percentage bij de HIDHA's op tot 98%.

Sociaal-geneeskundigen (alleen jeugdartsen en bedrijfsartsen) tenslotte werkten in 1997, in vergelijking tot de andere twee groepen artsen, het meest in deeltijd (50%) (Heiligers et al., 1997). Uit onderzoek van Wiegers & Hingstman in 1999 bleek dat 37% van de sociaal-geneeskundigen in deeltijd werkte, waarvan 15% mannen tegenover 75% vrouwen. Het hoge percentage deeltijders onder deze beroepsgroep hangt samen met het aandeel vrouwelijke sociaal-geneeskundigen. Ook hier zien we verschillen in richtingen. Waar van de verzekeringsartsen 75% in voltijd werkte en van de bedrijfsartsen 65%, bleek slechts 27% van de jeugdartsen in voltijd te werken.

4.3.2 Variatie in werktijden

De wens om in deeltijd te werken kan gedurende de carrière variëren. Mannen en vrouwen blijken in dit kader verschillende wensen te hebben. Vrouwelijke specialisten kiezen het vaakst voor een deeltijdbaan gedurende de hele carrière. Daarnaast kiezen vrouwen voor een start in deeltijd gevolgd door een fase van voltijd werken. De meeste mannen geven de voorkeur aan een voltijdbaan gedurende het hele leven. Mannen die in deeltijd willen werken, kiezen meestal voor een voltijdstart overgaand in een deeltijdbaan (Heiligers & Hingstman, 2002).

5 Beleidsmaatregelen die carrièrewensen ondersteunen

Een aantal beleidsmaatregelen en ontwikkelingen kan aan de hiervoor besproken carrièrewensen van artsen in opleiding en reeds werkzame artsen tegemoet komen. De belangrijkste die uit de literatuur naar voren komen zijn aanpassingen in de opleiding, aanpassingen in de organisatie, taakherschikking, het voeren van een seniorenbeleid en loopbaanondersteuning voor artsen.

5.1 Aanpassingen in de opleiding: capaciteit, deeltijd en flexibiliteit

1. Verruiming van de opleidingscapaciteit van de vervolgopleidingen
Het voornaamste doel van de verruiming van de opleidingscapaciteit is het opvangen van de tekorten van artsen (Capaciteitsorgaan, 2003). Aangezien basisartsen vaak lang moeten wachten op een opleidingsplaats, kan deze verruiming eveneens tegemoet komen aan de wensen van basisartsen. Van de basisartsen wil 90% een medische vervolgopleiding, terwijl 85% uiteindelijk een opleiding gaat volgen. Dit kan erop duiden dat zij hun wens loslaten als ze geen opleidingsplaats krijgen (Capaciteitsorgaan, 2003). Voor de AGNIO's die geen vervolgopleiding (meer) wensen, kan hetzelfde gelden. Daarnaast blijkt een deel van de basisartsen bij een ander specialisme terecht te komen dan oorspronkelijk gewenst. Ook dit kan door een verruiming van de opleidingscapaciteit worden verminderd.

2. Opleiding in deeltijd aanbieden: flexibilisering in tijd
De mogelijkheden om de opleiding in deeltijd te volgen zijn de laatste jaren verruimd. Sinds januari 2005 is het wettelijk mogelijk om (delen van) de medische vervolgopleiding in deeltijd te volgen met een ondergrens van 50%. In de praktijk blijkt dit echter niet altijd even makkelijk te realiseren . Van de artsen blijkt 73% van mening te zijn dat een medische vervolgopleiding in deeltijd gevolgd moet kunnen worden (Van Rooijen, 2000). Het creëren van meer mogelijkheid om vervolgopleidingen in deeltijd te doen, komt aldus tegemoet aan de wensen van artsen.

3. Bevorderen van flexibiliteit in opleiding
Op dit moment zorgt het maken van een carrièreswitch binnen het medische beroep evenals het tijdelijk verlaten van de arbeidsmarkt voor veel problemen (RVZ, 2001; Meyboom-De Jong et al., 2002a; 2002b; Legrand-Van den Boogaard et al., 2003b). Wel zijn er signalen van artsen die vragen om meer flexibiliteit op dit gebied (Van Rooijen, 2000). Inmiddels zijn voorstellen ontwikkeld voor een gehele herstructurering van de medische opleiding (Meyboom-De Jong et al., 2002a; 2002b). Het gaat hierbij om een kwalitatief hoogwaardig medisch opleidingstraject dat efficiënter is ingericht en in zijn geheel minder lang duurt dan nu het geval is. Niet alleen de totale opleidingsduur kan aanzienlijk worden verkort, ook biedt deze nieuwe vorm meer mogelijkheden voor flexibiliteit (Legrand-Van den Boogaard et al., 2003a). Inmiddels is de stuurgroep MOBG (Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg) in het leven

geroepen die als taak heeft om binnen vijf jaar een samenhangend stelsel van beroepen en opleidingen tot stand te brengen.

5.2 Aanpassingen in de organisatie: samenwerkingsverbanden en omvorming maatschappen

Niet alleen oudere artsen willen in deeltijd werken, juist ook bij jongere artsen bestaat er in toenemende mate de wens tot een reductie van het aantal werkuren. Daarnaast geven artsen de voorkeur aan een verband in loondienst in tegenstelling tot het ondernemerschap. Een belangrijke ontwikkeling in zowel ziekenhuizen als in huisartspraktijken die aan beide wensen tegemoet kan komen, is het ontstaan van grootschalige samenwerkingsverbanden. Deze grotere verbanden kunnen gemakkelijker huisartsen aantrekken die een dienstverband wensen (Capaciteitsorgaan, 2003) en bieden bovendien meer mogelijkheden voor deeltijdarbeid, doordat men in grotere groepen flexibeler kan inspelen op behoeften en eerder in staat is afwezigheid van anderen op te vangen. Een hieraan gerelateerde ontwikkeling is het ontstaan van nieuwe vormen van maatschappen waarin vrijgevestigden en dienstverbanders en deeltijders en voltijders naast elkaar kunnen functioneren. De 'klassieke' maatschap, die uitgaat van een haast levenslange samenwerking tussen gelijken met volledige inzet op alle (ook niet-patiëntgebonden) terreinen, sluit niet aan bij de wensen van jonge artsen. Verschillen in contracten en in werktijden vragen om een professionele organisatie die volgens duidelijke afspraken werkt. Dit heeft consequenties voor de overlegcultuur, de wijze van informatieoverdracht, de communicatie over patiënten en ook de roostering van werkzaamheden. Het is dan ook te verwachten dat de 'traditionele' maatschap de komende jaren aan terrein al verliezen (Groenewegen & Marangos, 2004). De samenwerking zal meer het karakter krijgen van gemixte teams van professionals met een heldere afsprakencultuur.

5.3 Taakherschikking: taak- en tijdflexibilisering

Mede naar aanleiding van het advies van de RVZ (2002) om tot taakherschikking van de gezondheidszorg te komen zijn er nieuwe beroepen ontstaan, zoals 'nurse-practitioners' en 'physician-assistants'[7]. Taakherschikking is in eerste instantie ontwikkeld om het hoofd te bieden aan voorziene artsentekorten, maar biedt eveneens ruimte voor de wensen van artsen in het kader van meer flexibiliteit in taken en tijd (Legrand-Van den Boogaard, et al., 2003b). De veronderstelling is dat artsen door taakherschikking meer aandacht kunnen besteden aan medische/vakinhoudelijke taken, minder aan administratieve taken en dat het bovendien kan bijdragen aan een vermindering van de werkdruk. In het algemeen wordt taakherschikking door artsen als een positieve ontwikkeling gezien, hoewel men moeite heeft met het loslaten van de eindverantwoordelijkheid (Van Rooijen, 2003).

[7] 'Nurse practitioner' is een zeer ervaren verpleegkundige die taken van de artsen overneemt. 'Physician-assistent' is een medisch opgeleide professional die onder supervisie van de arts medische taken verricht.

5.4 Het seniorenbeleid in breder perspectief: taak- en tijdflexibilisering

Om tegemoet te komen aan de wens van artsen om aan het eind van hun carrière de investering in het werk af te bouwen, zijn er voorstellen gedaan voor het voeren van een seniorenbeleid. Een voorgestelde maatregel is om huisartsen vanaf een bepaalde leeftijd vrij te stellen van ANW-diensten. Deze diensten vormen voor huisartsen een zware belasting en door hen hiervan te ontlasten zouden zij minder vroeg stoppen met werken en daarmee eveneens een bijdrage leveren aan het oplossen van het huisartsentekort. Uit recent onderzoek (De Jong et al., 2004b) blijkt echter dat de maatregel niet vruchtbaar is in het kader van het oplossen van het huisartsentekort. Een maatregel die eerder is ontworpen om de werkdruk van alle (dus niet alleen senior)huisartsen te verlagen is een verandering van de organisatie van de ANW-diensten (Van den Berg et al., 2004). Het betreft de opzet van grootschalige dienstenstructuren in de vorm van huisartsenposten. Deze aanpak leidt tot een afname van het aantal ANW-diensten en een vermindering van de werkdruk.

Landelijk is het leeftijdsbewust carrièreperspectief een begrip dat steeds meer gebruikt wordt. Ook zal per 1 januari 2006 het landelijk levensloopbaanbeleid ingaan, hetgeen inhoudt dat werknemers per jaar een deel (12%) van hun bruto jaarloon kunnen sparen voor onbetaald verlof, vanuit de gedachte dat werknemers af en toe tijd moeten kunnen vrij maken voor andere dingen dan werk. In de lijn van deze landelijke ontwikkelingen is het zinvol om ook artsen al vroegtijdig, zelfs al in de opleidingsfase, voor te lichten over hun mogelijke loopbaanperspectieven.

5.5 Loopbaanondersteuning voor artsen: alle vormen van flexibiliteit

Als reactie op de toenemende vraag van de beroepsgroep artsen naar (een ander) loopbaanperspectief zijn de laatste jaren diverse bureaus ontstaan die artsen ondersteunen in hun loopbaan. Het loopbaanbeleid van de KNMG heeft als doel bij te dragen aan een evenwichtige en optimale ontplooiing van artsen in elke fase, opdat zij naar eigen voorkeur hun loopbaan vorm kunnen geven, aansluitend bij hun persoonlijke kwaliteiten, prioriteiten en de verschillende levensfasen (Van Rooijen, 2001). Op deze manier zullen artsen in staat zijn om adequaat te reageren op de veranderingen in taken en werkomgeving. Enkele andere bureaus die zich met loopbaanondersteuning bezighouden zijn: ViaMedica, VNVA, SWG Arts en Werk en Duo-Job. Belangrijke elementen die de bureaus gemeen hebben zijn loopbaanplanning en -begeleiding en persoonlijke ontwikkeltrajecten.

6 Conclusies en aanbevelingen

Het doel van deze studie was om een overzicht te krijgen van de carrièrewensen van artsen en artsen in opleiding in Nederland. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste conclusies en aanbevelingen gepresenteerd. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt in enerzijds conclusies en aanbevelingen voor nader onderzoek en anderzijds conclusies en aanbevelingen voor (loopbaan)beleid. Zowel de carrièrewensen van artsen in de opleidingsfase als die van artsen in de werkzame fase komen aan de orde.

6.1 Conclusies en aanbevelingen voor nader onderzoek

Op basis van deze literatuurstudie kan in de eerste plaats geconcludeerd worden dat carrièrewensen van artsen tot nu toe niet systematisch geïnventariseerd zijn. Een conclusie die daarmee samenhangt is dat men de relatie tussen wensen en uiteindelijke keuzen ten aanzien van carrièrestappen niet gelegd heeft. In een aantal studies zijn wel wensen geïnventariseerd ten aanzien van een onderdeel in de carrière, maar is vervolgens niet nagegaan of artsen die wensen ook gerealiseerd hebben. Ook zijn er veel studies die de keuzen van artsen geïnventariseerd hebben (bijvoorbeeld welke (sub)specialisatie), maar is niet bekend of die uiteindelijke keuzen wel samenhangen met de eerdere wensen. Oorspronkelijke wensen kunnen zodanig beïnvloed worden door omstandigheden dat een heel andere uiteindelijke keuze naar voren komt. Uit deze studie blijkt dat artsen in opleiding zich bij de voorkeur voor een medische vervolgopleiding niet alleen laten leiden door de inhoudelijke kant van het werk, maar ook door omgevingsfactoren zoals de mogelijkheid tot het werken in deeltijd in de toekomst. Mogelijk kiezen basisartsen voor specialismen die flexibele werktijden hanteren en deeltijdbanen acceptabel vinden, terwijl hun oorspronkelijke interesse bij een ander specialisme ligt, waar die flexibiliteit in tijd niet geboden wordt. Harde uitspraken over welke factoren in welke fase de carrière beïnvloeden kunnen echter niet geformuleerd worden. Waarom artsen bepaalde keuzen maken in bepaalde fasen van hun carrière, of waarom ze hun oorspronkelijke keuzen op een bepaald moment bijstellen is nog niet systematisch in kaart gebracht. Ook de verschillen in carrièrewensen en keuzen binnen bepaalde groepen artsen (specialismen, jongeren, ouderen) zijn niet te duiden omdat de empirische studies tot nu toe elk een eigen doel en scenario kenden. Om een helder beeld te krijgen van de ontwikkeling van deze carrièrewensen lijkt een cohortstudie, waarbij mensen vanaf de keuze voor de studie geneeskunde gevolgd worden in hun wensen en keuzen, de beste methode.

Aanbeveling 1: De relatie tussen wens en keuze evenals de factoren die bepalend zijn in verschillende fasen van de carrière dienen in kaart te worden gebracht om een gedegen en afgewogen loopbaanbeleid te kunnen ontwikkelen: een cohortstudie is daartoe de beste methode.

Een tweede punt dat naar voren komt is dat een aantal wensen in de carrière samenhangt met de ervaren werklast. Dit kwam tot uiting bij de wens tot taakversmalling aan het eind van de carrière (de behoefte om ANW-diensten en papierwerk te verminderen) en mogelijk worden managementtaken en administratieve taken om deze reden minder geambieerd. Een regelmatige en systematische monitor van de werklast kan inzicht bieden in ongewenste pieken en moeilijk te combineren takenpakketten. Voor een deel gebeurt het in kaart brengen van de werklast in het kader van behoefteramingen, maar de doelstelling van die studie is niet op een werklastmeting gericht. Ook bestaat de carrièremonitor, die de arbeidsbeleving van zowel individuele artsen als van die van de totale beroepsgroep in beeld brengt (Bakker et al., 2002; Van Rooijen et al., 2002). Hoewel werkdruk onderdeel van deze monitor is, worden artsen niet voor een langere periode gevolgd en is dit instrument niet gericht op het traceren van fluctuaties in de werklast. Een systematische monitor van de werklast van artsen gedurende een bepaalde tijd van hun carrière, met aandacht voor enkele frustrerende aspecten zoals bureaucratie, lijkt daarom zinvol.

Aanbeveling 2: Monitoring van de werklast bij artsen om een betere spreiding van taken te realiseren en te voorkomen dat een concentratie van taken in een deel van de carrière bij elkaar komt.

Een derde punt sluit aan bij het voorgaande thema van de concentratie van meerdere verantwoordelijkheden en taken. Als een geïntegreerde levensloopbaan het uitgangspunt kan zijn voor de carrières van artsen dan is het van belang na te gaan welke vormen van flexibilisering te verwachten zijn in de verschillende fasen. Op basis van dit onderzoek ontstaat globaal het volgende beeld:

a. De arts in de opleidingsfase
Tijdens de opleidingsfase komt de wens tot flexibilisering van tijd al duidelijk naar voren. De lange duur van de opleiding maakt dat deze voor veel artsen samenvalt met het starten van een gezin, waardoor men vaak al behoefte heeft aan deeltijdmogelijkheden.

b. De beginfase van de werkzame arts
Voor de beginnende arts zit de grootste uitdaging in een verdieping van het eigen specialisme of interessegebieden. In deze fase zal zeker ook de druk van activiteiten buiten het werk groot zijn, bijvoorbeeld gezinsverantwoordelijkheden. Flexibilisering van tijd is dan een belangrijk punt voor het combineren van werk- en privé-taken.

c. De arts in de middenfase
Naast verdieping kan na verloop van tijd de behoefte ontstaan aan meer verbreding in het takenpakket. Verbreding heeft te maken met taken buiten de medisch-inhoudelijke taken, zoals bestuurs- of staftaken. Maar de verbreding kan ook gezocht worden in het veranderen van praktijk of locatie waar men werkzaam is. In deze fase kan zich een samengaan van ambities voordoen, zeker als ook nog steeds verantwoordelijkheden buiten het werk aandacht en tijd vragen. Dat kan tot pieken in de belasting leiden.

d. De arts in de latere werkzame fase
In deze fase kan een seniorarts de eigen deskundigheid inzetten om jonge collega's extra te coachen, een soort mentorfunctie. Daarnaast kan in deze periode de behoefte ontstaan om de investering in het werk af te bouwen door enkele taken niet meer te verrichten, of ook door in deeltijd te gaan werken.Tenslotte kan in elke fase de behoefte ontstaan om

inhoudelijk te veranderen naar een ander medisch vakgebied of daarbuiten: een carrière-switch.

Aanbeveling 3: De relatie tussen de verschillende levensfasen van artsen en de behoefte aan verschillende vormen van flexibiliteit nader onderzoeken.

6.2 Conclusies en aanbevelingen voor beleid

Een eerste punt van aandacht voor beleid is dat veel artsen in opleiding reeds behoefte hebben aan deeltijdmogelijkheden. Met name basisartsen die een voorkeur hebben voor een sociaal-geneeskundige vervolgopleiding, nemen deze factor mee in hun afwegingen bij de keuze van het type vervolgopleiding. Verder valt op dat de basisartsen die de voorkeur voor een medische specialisatie hebben de mogelijkheden voor een deeltijdopleiding niet hoog inschatten, maar dit aspect wel belangrijk vinden. Hoewel de mogelijkheden om de opleiding in deeltijd te volgen de laatste jaren zijn verruimd (KNMG, 2004), blijkt dit in de praktijk niet altijd makkelijk realiseerbaar. Hieraan zou meer aandacht besteed kunnen worden. Een ander belangrijk verbeterpunt in de opleiding is het creëren van meer mogelijkheden voor flexibiliteit. Op dit moment is het beperkt mogelijk om een wisseling te maken van het ene specialisme naar het andere en vrijstellingen te krijgen op basis van eerder verworven kennis en vaardigheden. Er zijn echter signalen dat hier wel behoefte aan is. Men zou makkelijker moeten kunnen switchen tussen diverse specialismen door het instellen van een vrijstellingenbeleid.

Aanbeveling 1: In de opleidingsfase zou formalisering van een korter opleidingstraject en het bieden van ondersteuning bij het realiseren van een deeltijdinvestering in de opleiding belangrijke verbeteringen opleveren. Bij de herstructurering van het medisch opleidingstraject is het tevens van belang om de behoefte om te kunnen veranderen van richting als een serieus aandachtspunt mee te nemen. De activiteiten van de stuurgroep MOBG (Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg), gericht op deze aspecten, zijn daarom van groot belang.

Een tweede punt betreft de AGNIO-positie. Deze positie beslaat op dit moment nog een relatief lange periode in de opleidingperiode tot specialist. Er zijn echter plannen voor een herstructurering van dit opleidingstraject, waardoor deze positie zal verdwijnen. De AGNIO-positie zal echter nog enige tijd bestaan en deze groep artsen heeft te kennen gegeven dat zij behoefte hebben aan vormen van begeleiding die het zelfstandig functioneren bevorderen.

Aanbeveling 2: De AGNIO-periode zou effectiever benut kunnen worden als voorbereiding op een opleidingsplaats. In deze periode kunnen enkele gerichte begeleidingsmomenten aangeboden worden, die weliswaar een globaal karakter hebben, maar ondersteuning bieden bij het functioneren.

Een derde beleidspunt betreft het gegeven dat aankomend specialisten ook ten aanzien van de toekomstige werksituatie een deeltijdbaan wensen, evenals een verband in loondienst. In de praktijk blijkt dit echter niet altijd even makkelijk realiseerbaar. Het ontstaan van grotere groepspraktijken en grotere maatschappen (bijvoorbeeld staf- of regiomaatschappen) kan aan deze wensen tegemoet komen. Voor een soepel verlopende integratie van deeltijdwerken kan deze ontwikkeling gunstig zijn, omdat de verdeling van taken (en bij medisch specialisten ook de spreiding van subspecialismen) minder onder druk staat naarmate die taken over meer mensen verspreid worden.

Aanbeveling 3: Het is van belang de ontwikkeling van grotere praktijken en teams te ondersteunen om flexibilisering in tijd beter te kunnen realiseren.

Een vierde punt van aandacht voor beleid is dat bij artsen in de werkzame fase de wens tot flexibilisering van tijd het duidelijkst naar voren komt. Met name deeltijdwerken is een wens die in alle fasen en voor alle groepen artsen geldt. Voor medisch specialisten die in ziekenhuisverband werken is dit vaak moeilijk realiseerbaar. Momenteel loopt er een project van ZonMw 'Deeltijdwerken Medisch Specialisten', waarin de voorwaarden voor deeltijdwerken centraal staan. Voor de effectuering en implementatie van de resultaten van dit project zal nog veel geïnvesteerd moeten worden.

Aanbeveling 4: Realiseren en stimuleren van implementatie en integratie van deeltijdwerken in ziekenhuizen bij maatschappen en vakgroepen van medisch specialisten.

Een vijfde punt betreft het gegeven dat taakverdieping in het begin van de carrière van de werkende arts vooral voor huisartsen niet vanzelfsprekend is. Toch zou in het kader van intervisie of consultatie het verdiepen van persoonlijke interessegebieden gestimuleerd kunnen worden. Huisartsen zouden elkaar kunnen consulteren op basis van individuele interessegebieden. Stroomlijning in de keuze van interessegebieden en ook extra waardering voor de consultatiefunctie zou in het systeem van de registratie-eisen verwerkt kunnen worden.

Aanbeveling 5: Een goed systeem van consultatie of intervisie voor huisartsen uitwerken met verdieping op basis van interesses als uitgangspunt.

Een loopbaanaspect dat bijna als antiwens naar voren komt, heeft te maken met taakverbreding in de vorm van managementtaken. Zowel bij maatschappen medisch specialisten als groter wordende huisartsengroepen is de participatie in managementtaken onontkoombaar. Voor sociaal-geneeskundigen geldt eveneens dat zij deel uitmaken van grote organisaties waarbij ook zij dit type taken op zich nemen. Inzicht in het belang van goed management zal motiverend werken om ook deze taak als bijdrage aan een goed verlopend zorgproces te kunnen waarderen.

Aanbeveling 6: Een gedegen training tot medisch manager moet onderdeel worden van de medische opleiding met aandacht voor de specifieke onderdelen van bedrijfsvoering, zoals die in ziekenhuizen, dan wel in grote huisartspraktijken gangbaar zijn.

Een volgend punt van aandacht is dat de wens tot flexibilisering van locatie of mobiliteit vaak puur individueel wordt opgevat. Echter in deze tijd wordt de organisatie van het zorgproces regelmatig tegen het licht gehouden met als doel efficiencyverhoging. In dat kader kan individuele mobiliteit van artsen niet alleen verfrissend zijn voor de arts, maar ook inzichten opleveren die na afloop van de detachering bij terugkeer in de eigen praktijk tot verbeteringen in het zorgproces leiden.

Aanbeveling 7: Mobiliteit van artsen stimuleren om vernieuwingsprocessen te bevorderen.

Een achtste punt van aandacht voor loopbaanbeleid is de match tussen de carrièrewensen van artsen en de vraag vanuit de arbeidsmarkt. Deze komt het duidelijkst naar voren bij de keuze voor een specialisme. Wanneer er onvoldoende opleidingsplaatsen zijn zal het niet lukken de oorspronkelijke wens te verwezenlijken. Ook het realiseren van de bijkomende wensen zoals de voorkeur voor een bepaald type praktijkvorm of ziekenhuis, vrije vestiging of dienstverband en de regiokeuze is afhankelijk van de ruimte die de arbeidsmarkt biedt. Toekomstige artsen zouden hiervan op de hoogte moeten zijn.
Het is daarom van belang om artsen in een vroeg stadium op de latere fasen van het werkzame leven voor te bereiden.

Aanbeveling 8: Het is van belang dat artsen zich in alle fasen van de opleiding kunnen oriënteren op ontwikkelingen in de vraag naar de verschillende specialismen. De behoefteramingstudies die regelmatig verricht worden, bieden een basis voor die informatie, maar zullen in toegankelijke vorm als voorlichtingsmateriaal aangeboden moeten worden.

Verder is het belangrijk dat artsen, zowel tijdens hun studie als later in de loopbaan, ondersteund worden in het maken van bewuste, gemotiveerde keuzes. Voor studenten betekent dit dat reeds tijdens de studie geneeskunde structureel aandacht besteed zou moeten worden aan loopbaanbegeleiding, zodat zij keuzes maken die in overeenstemming zijn met hun ambities. Het studieonderdeel 'studieloopbaanbegeleiding', welke sinds kort is geïntegreerd in het medisch curriculum van het UMC Utrecht, kan hierbij als voorbeeld dienen (Holweg et al., 2005). Voor artsen in latere fasen van de carrière is het van belang om bij de wensen voor een carrièreswitch ook loopbaanadvies op maat te leveren en vooral ook na te gaan wat haalbaar is. Vaak is het vanwege de lange duur van opleidingen niet zinvol om helemaal naar een ander specialisme om te schakelen. Wel is het mogelijk om bijvoorbeeld de mogelijkheden tot verdieping binnen het eigen specialisme te kiezen. Of een verandering naar een ander type werkzaamheden, zoals beleidsontwikkeling of onderzoek ten behoeve van de gezondheidszorg.

Aanbeveling 9: Zowel tijdens de studie als later in de carrière dienen artsen ondersteund te worden bij het maken van bewuste, gemotiveerde keuzen, die in overeenstemming zijn met hun ambities en mogelijkheden. Tijdens de studie zal reeds structureel aandacht besteed moeten worden aan het onderwerp loopbaanbegeleiding.

De resultaten van dit onderzoek sluiten aan bij de carrièrebenadering van de geïntegreerde levensloopbaan en wijzen erop dat artsen geen scheiding aanbrengen tussen werk en privé wanneer zij carrièrekeuzen maken. In het beleid zal vanuit deze gedachte aandacht besteed moeten worden aan mogelijkheden om naast wensen met betrekking tot de werksituatie, privé-wensen in de carrière in te passen. Het loopbaanbureau van de KNMG kan hieraan een belangrijke bijdrage leveren door allereerst op uitvoerend niveau artsen te ondersteunen bij de constante benodigde afstemming tussen enerzijds wensen en anderzijds mogelijkheden. Het geven van goede voorlichting en het leveren van maatwerk vormen hierbij de belangrijkste aandachtspunten. Verder kan de KNMG door betrokkenheid bij herstructureringsprojecten van de medische opleiding haar invloed inzetten. Belangrijke verbeterpunten, zoals een soepele doorstroming in alle opleidingsfasen en meer aandacht voor een levensloopbaanbeleid en het carrière-perspectief van de arts gedurende de opleiding, kunnen op die manier gerealiseerd worden. Voor werkzame artsen kan de KNMG ondersteuning bieden aan organisaties bij het wegnemen van praktische belemmeringen en het integreren van flexibilisering op het werk. Tenslotte ligt een belangrijk aandachtspunt meer in de lijn van samenwerking van KNMG met de overheid, met name het ministerie van VWS, om een grootschalige cohortstudie te initiëren naar de ontwikkeling van carrièrewensen van artsen. Een dergelijk onderzoek zal meer inzicht kunnen bieden in de ontwikkeling van carrièrewensen en keuzen van artsen in verschillende fasen van de levensloopbaan, hetgeen de basis moet vormen voor een gedegen loopbaanbeleid.

Literatuur

Bakker A, Schaufeli W, Bulters A, Rooijen A van, Broek E ten. *Carrière-counseling via internet: KNMG-project brengt werkstress en arbeidsvreugde van artsen in beeld.* Med Contact, 2002; 57(12): p.454-456.

Berg MJ van den, Kolthof ED, Bakker DH de, Zee J van der. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: de werkbelasting van huisartsen.* Utrecht: NIVEL, 2004.

Betz NE, Fitzgerald LE, Hill RE. Trait-factor Theories. In: Arthur MB, Hall DT, Lawrence BS, editors. *Handbook of Career Theory.* Cambridge, New York, Melbourne: Cambridge University Press; 1989. p.26-40.

Brus ER, Dekker RFW, Haneveld RW. *Keuzeprocessen en keuzebepalende factoren bij recent afgestudeerde basisartsen.* Buren: Scaudit Performance Group & E-consult, 2002.

Capaciteitsorgaan. *Capaciteitsplan 2003 voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen en de initiële opleiding geneeskunde: een tussenbalans.* Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2003.

Cohen-Schotanus J, Reinders JJ, Agsteribbe J, Meyboom-De jong B. *Tien jaar arts: een longitudinaal onderzoek naar de loopbaan van artsen die hun studie begonnen in Groningen.* Ned Tijdschr Geneesk, 2002; 146(51): p.2474-2478.

Dalton GW. Developmental Views of Careers in Organizations. In: Arthur MB, Hall DT, Lawrence BS, editors. *Handbook of Career Theory.* Cambridge, New York, Melbourne: Cambridge University Press; 1989. p.89-109.

Du Moulin MFMT, Heymans RJHM, Noordenbos G. *Genderfactoren in de keus voor opleiding tot medisch specialist.* Ned Tijdschr Geneesk, 2000; 144(3): p.129-133.

Ferrier BM, Cohen M, Woodward ChA. *Men and women choose different careers in medicine: causes and consequences.* Can Fam Physician,1989; 35: p.1265-1270.

Frone MR, Yardley JK, Markel KS. *Developing and testing an Integrative Model of the Work-Family Interface.* J Vocat Behav, 1997; 50: p.145-167.

Glasbergen MP. *Flexibele en blijvende inzetbaarheid van machinebedieners in de grafische industrie.* Proefschrift. Enschede, 1994.

Goudswaard JL, Standaart CA, Tiggelman ECM. *Het district in beeld als basis van een ontwikkelingstraject.* Rapportage naar aanleiding van een enquete binnen de DHV Rijnland Midden-Holland. Rotterdam: Bureau Obelon, 2002.

Groenewegen P, Marangos A. *Maat gevraagd: eisen aan nieuwe leden van een maatschap.* Med Contact, 2004; 59(8): p.278-281.

Heiligers PJM, Hingstman L, Marree JCT. *Inventarisatie deeltijd werken onder artsen.* Utrecht: NIVEL, 1997.

Heiligers PJM, Hingstman L. *Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists.* Soc Sci Med, 2000; 50(9): p.1235-1246.

Heiligers PHJM, Hingstman L. *Loopbaanplanning door medisch specialisten: sekseverschillen in de balans van werk- en zorgtaken.* TSG, 2002, 80(2): p.85-92.

Heiligers P, Velden L van der, Hingstman L. *Meer dan werk alleen: wensen van AGIOS hebben ingrijpende gevolgen.* Med Contact, 2002; 57(36): p.1267-1270.

Heiligers PJM, Hingstman L. *Quick scan deeltijd werken medisch specialisten: knelpunten en prioriteiten.* Utrecht: NIVEL, 2003.

Heymans RJHM, Stevens FCJ, Noordenbos G, Winants Y. *Vrouwen in de medische professie: een onderzoek naar loopbaanperspectieven van vrouwen in de klinische geneeskunde.* Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1994.

Hingstman L, Kenens RJ, Windt W van der, Talma HF, Meihuizen HE, Josten EJC, Essen G van. *Arbeidsmarktstatistieken in zorg en welzijn 2004.* Tilburg: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek, 2004.

Holweg GGJ, Mulder H, Limvers JF. *Studieloopbaanbegeleiding geïntegreerd in het medisch curriculum.* Tijdschrift voor Medisch Onderwijs, oktober 2005.

Jong J de, Berg M van den, Brouwer W, Heiligers P. *Effecten van seniorenbeleid voor huisartsen.* Utrecht: NIVEL, 2004a.

Jong J de, Berg M van den, Delnoij DMJ, Bakker DH de. *Seniorenbeleid huisartsen: vrijstelling van ANW-dienst kost meer dan het opbrengt.* Med Contact, 2004b; 59(27): p.1120-1123.

Jong J de, Heiligers P, Hingstman L. *Tabellenboek: integratie deeltijdwerken medisch specialisten fase 1: problemen en knelpunten bij het invoeren van deeltijdwerken.* Utrecht: NIVEL, 2005.

Keizer M. *De dokter spreekt: professionaliteit, gender en uitsluiting in medische specialismen.* Dissertatie Universiteit Utrecht. Delft: Eburon, 1997.

Kenens R, Hingstman L. *Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2004.* Utrecht: NIVEL, 2004.

KNMG. *Publieksversie Kaderbesluit CCMS,* 2004.

KNMG *Ledenpanel 6e editie.* Amsterdam: Noordam & De Vries bv, 2001.

KNMG *Registratiecommissies: HVRC, MSRC, SGRC,* 2005.

Kooij LR. *Fictie en feiten: de meeste huisartsen gaan werken als huisarts.* Med Contact, 2003; 58(37): p.1391-1394.

Kruijthof K. *Integratie ontleed: medisch specialisten over hun organisatorische rol en positie.* Med Contact, 2003; 58(48): p.1867-1870.

Kruijthof CJ. *Doctors' Orders: specialists' day to day work and their jurisdictional claims in Dutch hospitals.* Proefschrift. Nieuwegein: drukkerij Badoux, 2005.

Legrand-Van den Boogaard MJM, Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en taakherschikking. *De zorg van morgen: flexibiliteit en samenhang: hoofdlijnen (1).* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003a.

Legrand-Van den Boogaard MJM, Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en taakherschikking. *De zorg van morgen: flexibiliteit en samenhang: uitwerking en achtergronden (2).* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003b.

Mayorova T, Stevens F, Scherpbier A., Velden L van der, Zee J van der. *Gender-related differences in general practice preferences: longitudinal evidence from the Netherlands 1998-2001.* Health Policy, 2005; 72(1): p.73-80.

Meijer GR, Heesen BJ. *Medisch specialist in perspectief: een visie op de toekomst van de medisch-specialistische zorg.* Utrecht: Orde van Medisch Specialisten, 2005.

Meyboom-De Jong B, Schmit Jongbloed LJ, Willemsen MC. *De arts van straks: een nieuw medisch opleidingscontinuüm.* Utrecht: KNMG, 2002a.

Meyboom-De jong B, Rooijen APN van, Schmit Jongbloed LJ. *De arts van straks: toekomstverkenning van het medisch opleidingscontinuüm.* Med Contact, 2002b; 57(44): p.1618-1621.

Noordenbos G. *Feiten en fricties: sekse-asymmetrieën in zorgsystemen.* In: Noordenbos G, Winants Y, redactie. Sekse-asymmetrieën in zorgsystemen. Congresverslag. Maastricht: RUL; 1994. p.5-20.

Offenbeek M van, Oosterhuis M. *Nieuwe tijden, nieuwe dokters: studenten en deskundigen denken verschillend over loopbaan.* Med Contact, 2004; 59(38): p.1469-1472.

Platform Toekomst Medisch Specialistische Zorg. *Toekomst medisch specialistische zorg: terreinverkenning en aandachtspunten voor beleid.* Zoetermeer: Health Management Forum, 1999.

Post D. *Groeiend ongenoegen: een onderzoek onder huisartsen.* Med Contact, 2002; 57(2): p.63-65.

Pree B de. *Van keuze naar tevredenheid: een onderzoek naar beroepskeuze en arbeidssatisfactie van consultatiebureau-artsen.* Med Contact, 1998; 53(14): p.462-465.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Dossier medisch-specialistische zorg in de toekomst.* Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg . *Taakherschikking in de gezondheidszorg.* Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2002.

Rooijen APN van. *KNMG-ledenpanel bevestigt noodzaak vernieuwingen in medisch onderwijs.* Med Contact, 2000; 36: p.1262-1264.

Rooijen APN van. Het loopbaanbeleid van de KNMG. In: Lens P, Kahn Ph (red). *Over de schreef; over functioneren en disfunctioneren van artsen.* Utrecht: Van der Wees-uitgeverij, 2001.

Rooijen APN van, Bulters AJ, Bakker AB. *Kicks en katers: Werkstressoren en energiebronnen in de praktijk.* Med Contact, 2002; 57(36): 1275-1278.

Rooijen A van. *De kunst van het loslaten: oordeel van artsen over nieuwe zorgverleners.* Med Contact, 2003; 58(45): p.1725-1728.

Schaapveld K, Roetman D. *De beroepskeuze van in Leiden afgestudeerde artsen.* Ned Tijdschr Geneesk, 2004; 148(31): p.1544-1546.

Schie ECM van. *Loopbaanaspiraties van mannen en vrouwen voor het betreden van de arbeidsmarkt.* Gedrag & Organisatie, 1997; 10(5): p.286-299.

Schmidt FSL. *Zitten we in de 21ste eeuw zonder agnio's?: meer differentiatie in de mogelijkheden om als arts te werken is noodzakelijk.* Med Contact, 1998; 53(38): p.1193-1195.

Soethout MBM, Cate ThJ ten, Wal G van der. *Factors associated with the nature, timing and stability of the speciality career choices of recently graduated doctors in European countries, a literature review.* Med Educ Online, 2004; 9: 24.

Soethout MBM, Wigcheren PT van, Stalman WAB, Cate TJ ten. *Voorkeuren van studenten geneeskunde en recent afgestudeerden voor het beroep van huisarts.* Huisarts Wet, 2005; 48(1): p.12-15.

Speet M, Groenewegen PP, Hingstman L. *Bij- en nascholingsmogelijkheden op het gebied van management voor professionals in de gezondheidszorg: een inventariserend onderzoek.* Utrecht: NIVEL, 2002.

Ůhlenberg P, Cooney TM. Research Note. *Male and female physicians: family and career comparisons.* Soc Sci Med, 1990; 30(3): p.373-378.

Vange N van der, Vriend M, Slootman KCP, Heiligers P. *Flexibel werken: medisch specialisten willen geen fulltime baan.* Med Contact, 2003; 58(15): p.601-604.

Velden LFJ van der, Hingstman L, Harmsen J. *Behoefteraming reumatologen 1997-2010.* Utrecht: NIVEL, 1997a.

Velden LFJ van der, Hingstman L, Coelingh Bennink F, Ridder M. *Behoefteraming obstetrici /gynaecologen 1997-2010.* Utrecht: NIVEL, 1997b.

Velden LFJ van der, Hingstman L, Ridder, M. *Behoefteraming orthopaeden 1997-2010.* Utrecht: NIVEL, 1997c.

Velden LFJ van der, Calsbeek H, Hingstman L. *Behoefteraming neurologen en klinische neurofysiologen 1997-2010.* Utrecht: NIVEL, 1998a.

Velden LFJ van der, Calsbeek H, Hingstman L. *Behoefteraming dermatologen 1998-2010.* Utrecht: NIVEL, 1998b.

Velden LFJ van der, Calsbeek H, Hingstman L. *Behoefteraming klinisch genetici 1997-2010.* Utrecht: NIVEL, 1998c.

Velden LFJ van der, Hingstman L. *Behoefteraming obstetrici/gynaecologen 1997-2010: een tussenbalans.* Utrecht: NIVEL, 1999a.

Velden LFJ van der, Hingstman L, Hartevelt HM. *Monitoring arbeidsmarkt voor longartsen 1999-2010.* Utrecht: NIVEL, 1999b.

Velden LFJ van der, Hingstman L. *Behoefteraming kno-artsen 1999-2010.* Utrecht: NIVEL, 2000.

Velden LFJ van der, Bennema-Broos M, Hingstman L. *Monitor arbeidsmarkt obstetrici/gynaecologen: behoefteraming 2001-2015.* Utrecht: NIVEL, 2001a.

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

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

Velden LFJ van der, Heiligers P, Hingstman L. *Vaarwel praktijk: cijfers over uitstromende huisartsen.* Med Contact, 2002b; 57(36): p.1287-1290.

Velden LFJ van der, Heiligers PHJM, Hingstman L. *Een studie van jaren: vertragingen in de opleiding tot arts.* Med Contact, 2003a; 58(17): p.694-697.

Velden LFJ van der, Hingstman L, Windt W van der, Arnold EJE. *Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2003-2012/2017/2020.* Utrecht: NIVEL, 2003b.

Velden LFJ van der, Kenens RJ, Hingstman L. *Vraag- en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in de grote steden van Nederland.* Utrecht: NIVEL, 2003c.

Velden LFJ van der, Muysken J, Hingstman L. *Monitor arbeidsmarkt kinderartsen: behoefteraming 2001-2015.* Utrecht: NIVEL, 2003d.

Velden LFJ van der, Vugts CJ, Hingstman L. *Behoefteraming MDL-artsen 2003-2015.* Utrecht: NIVEL, 2004a.

Velden LFJ van der, Vugts CJ, Hingstman L. *Monitor arbeidsmarkt gynaecologen: behoefteraming 2001-2015: tussenbalans 2003.* Utrecht: NIVEL, 2004b.

Velden LFJ van der, Heiligers PJM, Hingstman L. *Uitstroomonderzoek huisartsen.* Utrecht: NIVEL, 2004c. In druk.

Venrooy F, Duyn M van. De AGNIO: o*nderkend door de ziekenhuizen, erkend door ViaMedica.* Universiteit Utrecht: scriptie, 2003.

Vianen AEM van, Heuvel H van den, Schie ECM van. *Sekse en loopbaan: het afstemmen van een loopbaan-beleid op de levensloop.* Gedrag en Organisatie, 1997; 10(4): p.212-222.

Visser J. *De handdoek in de ring: waarom artsen al dan niet uitzien naar hun pensioen.* Med Contact, 2002; 57(36): p.1260-1262.

Vriend MM. *De houding van medisch specialisten ten opzichte van flexibel werken.* Universiteit Utrecht: scriptie, 2003.

Vugts CJ, Velden LFJ van der, Hingstman L. *Behoefteraming neurologen 2004-2015.* Utrecht: NIVEL, 2004.

Wakeford RE, Warren VJ. *Women doctors' career choice and commitment to medicine: implications for general practice.* Br J Gen Pract, 1989; 39: p.91-95.

Wee SCCM van der. *Differentiatie & adaptatie: het draagvlak voor integratie in de organisatie onder medisch specialisten in algemene en academische ziekenhuizen in Nederland.* Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 2000.

Weert JCM van, Heiligers PJHM, Verhaak PFM. *GGZ-nascholing voor huisartsen: een analyse van het aanbod.* Utrecht: NIVEL, 1999.

Wever CC, Cense HA, Steeg AFW van der. *Ontevredenheid is taboe: jonge orde onderzoekt de positie van de specialist in opleiding.* Med Contact, 2002; 57(50): p.1868-1870.

Wiegers TA, Hingstman L. *Omvang en samenstelling van de beroepsgroep van sociaal-geneeskundigen.* Utrecht: NIVEL, 1999.

Zedeck S (editor). *Introduction: exploring the domain of work and family concerns.* In: Work, Families and Organizations. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1992. p.1-32.

Bijlage 1

Tabel B1: Overzichtstabel medische beroepen, 1999-2003 (eindejaarscijfers)

	1999	2001	2003
Medisch specialisten			
Aantal werkzame personen	12.300	13.300	14.000
- waarvan vrouw	21%	23%	26%
Aantal opleiding totaal	3.460	3.931	4.763
- waarvan vrouw	45%	48%	50%
Huisartsen			
Aantal werkzame personen	7.706	7.932	8.209
- waarvan vrouw	25%	28%	31%
Aantal opleiding totaal	942	1.057	1.218
- waarvan vrouw	63%	62%	65%
Sociaal-geneeskundigen			
Aantal werkzame personen	3.400	3.600	3.700
- waarvan vrouw	34%	35%	38%
Aantal opleiding totaal	862	1.022	1.037
- waarvan vrouw	44%	46%	44%

Bron: Kenens & Hingstman, 2004.

Bijlage 2

Tabel B2: Gebruikte trefwoorden in de literatuursearch NIVEL-database

Groep	Trefwoorden
1. Trefwoorden gerelateerd aan verschillende categorieën artsen	Medische studenten Artsen Vrouwelijke artsen Arts-assisenten - agio - agnio Basisartsen Co-assistenten Huisartsen - vrouwelijke huisartsen - aspirant huisartsen Sociaal-geneeskundigen Specialisten Physician assistents Nurse practitioners
2. Trefwoorden gerelateerd aan opleiding en carrière	Opleiding Medisch onderwijs Beroepskeuze Bij- en nascholing Loopbaan - loopbaanonderbreking - employability - promotie
3. Trefwoorden gerelateerd aan beroepsinhoudelijke carrièrewensen	Specialisatie Arbeid in loondienst Vrije beroepsbeoefenaren - zelfstandig gevestigden Ziekenhuizen - academische ziekenhuizen - algemene ziekenhuizen Vestiging Maatschappen Praktijkvormen - solopraktijken - duopraktijken - groepspraktijken Vertrek uit de praktijk Functie-inhoud - taakinhoud Taakafbakening
4. Trefwoorden gerelateerd aan levensfasegebonden carrièrewensen	Deeltijdarbeid Duobanen Werktijden Dienstroosters Arbeidsmobiliteit Flexibiliteit Levensfasen Werkende vrouwen Sekseverschillen
5. Trefwoorden gerelateerd aan beleid	Beleid - instellingsbeleid - opleidingsbeleid Overheidsbeleid