De Jonge Specialist

NATIONALE BASISARTSEN EN AIOS ENQUÊTE 2026

Kinderwens, zwangerschap en ouderschap: de impact van gezinsvorming op ons allemaal

Colofon

Het rapport 'Nationale basisartsen en aios enquête 2026' is een uitgave van De Jonge Specialist. Het document is te downloaden via www.dejongespecialist.nl.

Projectgroep enquête
Merel van den Berg
Quirine Niemer
Yaël Nijhuis
Michelle van der Slot
Anouk van Schaik
Eva Velthuijs
Margot Vijn
Fleur Zwanenburg

Projectgroep interviews
Kim van Bentem
Marie-Claire Hessing
Jade Hoffmans
Titia van Iperen
Isabel de Jager
Derya Nazir

Bestuursleden De Jonge Specialist
Nneka Buzugbe
Sari Goossens
Lucy Porter
Leene Vermeulen

Dankbetuiging
Dit rapport is tot stand gekomen dankzij de inzet van velen. Allereerst danken wij alle aios, basisartsen en arts-onderzoekers die de tijd hebben genomen om de enquête in te vullen. Daarnaast danken wij de artsen die deelnamen aan de interviews, en de opleiders die deelnamen aan de focusgroep. Ook danken wij de gynaecologen en Miriam Boer die als klankbordgroep hebben meegedacht over de vragenlijst en de interpretatie van de resultaten. Tot slot danken wij het bestuur van De Jonge Specialist en Henrike Klein Ikkink (verenigings- en beleidsadviseur van De Jonge Specialist) voor hun ondersteuning en kritische blik.

Copyright © 2026
Alle opgenomen informatie is eigendom van De Jonge Specialist. Overnemen van inhoud, geheel of gedeeltelijk is toegestaan mits met bronvermelding.

Contactgegevens:

De Jonge Specialist

Mercatorlaan 1200
Postbus 20057
3502 LB Utrecht

T: 088 - 13 44 122
E: info@dejongespecialist.nl
www.dejongespecialist.nl

LinkedIn: de jonge specialist
Instagram: dejongespecialist

Samenvatting

De Jonge Specialist (DJS) is de landelijke vertegenwoordiger van aios (artsen in opleiding tot medisch specialist en professionals in opleiding tot klinisch chemicus, klinisch fysicus en ziekenhuisapotheker), basisartsen en arts-onderzoekers. Als onafhankelijke belangenbehartiger zet DJS zich in voor een gezonde werkomgeving en een veilig opleidingsklimaat. Sinds 2015 voert DJS periodiek de 'Nationale basisartsen en aios enquête' uit om een representatief beeld te verkrijgen van ervaringen, opvattingen en positie van basisartsen en aios in Nederland. De enquête van 2026 is een speciale thema-editie, gericht op het werk- en opleidingsklimaat rondom de thema's kinderwens, zwangerschap en ouderschap. Aanleiding is de vorige editie (2024), waaruit bleek dat veel (basis)artsen tijdens hun werk met zwangerschap en ouderschap te maken krijgen en dat dit met uitdagingen gepaard gaat. Die editie gaf echter slechts een globaal beeld en liet veel vragen onbeantwoord. Deze editie diept de thema's daarom verder uit. Met 3405 deelnemers kent deze editie de hoogste respons sinds de start van de enquête. De respondenten zijn te onderscheiden in 2411 aios (71%) en 994 basisartsen (29%). De respons vertegenwoordigt daarmee ongeveer 36% van alle intramurale aios in Nederland. De grote meerderheid van de deelnemers is vrouw (78%). Van de deelnemers werkt 47% in een algemeen (perifeer) ziekenhuis en 43% in een universitair medisch centrum.

Impact op het individu en het team

Van de respondenten geeft 73% aan dat op het moment van de enquête één of meer collega's verminderd inzetbaar zijn in verband met kinderwens, fertiliteitstraject, zwangerschap of ouderschap; 10% is dat zelf. Ruim de helft van de respondenten met verminderd inzetbare collega's (55%) ervaart hierdoor geen of geringe extra belasting, 20% een (zeer) sterke extra belasting (aios 22%, basisartsen 12%). Die extra belasting hangt vooral samen met de organisatie van het werk: het ontbreken van vervanging (75%) en het overnemen van diensten van zwangere collega's (69%). Van de respondenten die zelf verminderd inzetbaar zijn, ervaart 37% een (zeer) sterk schuldgevoel. Dit schuldgevoel komt vooral doordat collega's extra diensten moeten doen (81%) en doordat er tijdens verlof geen vervanging is (34%).

Kinderwens

Van de respondenten heeft 80% een kinderwens. Voor de meeste respondenten (75%) heeft het werk geen invloed op het gewenste aantal kinderen. Daarentegen wenst 21% door het werk minder kinderen en 3% heeft door het werk afgezien van een kinderwens. Wie door het werk een andere kinderwens heeft, noemt vooral de moeilijke combinatie van werk en gezinsleven door de werkdruk (89%) en beperkte flexibiliteit in het werk (66%). De helft (52%) geeft aan de kinderwens vanwege werk uit te stellen. De meest genoemde redenen zijn eerst een opleidingsplaats willen verkrijgen (68%), de fase van de opleiding (45%) en een hoge werkdruk (38%). Bij de meeste respondenten (83%) heeft de kinderwens helemaal geen, een geringe of enige invloed (gehad) op de indeling of vervolgstappen van de carrière; bij 17% is die invloed (zeer) sterk. Driekwart van de respondenten (77%) heeft nooit discriminatie op de werkvloer ervaren rondom kinderwens, zwangerschap of ouderschap; onder vrouwen is dit 73% en onder mannen 91%.

Fertiliteitstraject

In totaal heeft 6% van de respondenten zelf een fertiliteitstraject doorlopen of doorloopt dit momenteel, terwijl dit bij 2% het geval is voor hun partner. Van de respondenten die met een fertiliteitstraject te maken hebben (gehad), ervaart 44% de combinatie met het werk als (basis)arts als (zeer) sterk belastend. Een even groot deel (44%) geeft aan dat het traject geen merkbare gevolgen had voor hun functioneren of loopbaan. De meeste respondenten hebben het traject met hun werkgever besproken (73%). Van wie het traject met de werkgever heeft gedeeld, ervaart 68% in (zeer) sterke mate ruimte en tijd vanuit de werkgever; van wie het met collega's heeft gedeeld, ervaart 83% in (zeer) sterke mate steun van collega's. De meest gemiste ondersteuning is flexibiliteit om afspraken onder werktijd te plannen (33%), duidelijke regelingen of beleid vanuit de werkgever (29%) en het niet hoeven werken van onregelmatige diensten (26%).

Zwangerschap

Van de vrouwelijke respondenten is 40% tijdens het werk als (basis)arts zwanger (geweest), en 9% van alle respondenten heeft een partner die in die periode zwanger is (geweest). De zwangerschap heeft voor de ruime meerderheid van de (ex-)zwangeren geen effect op het arbeidscontract (78%), de loopbaankeuzes (72%) of de beoordeling door de werkgever (68%). Bijna twee derde van de (ex-) zwangeren (63%) rapporteert wel invloed op de opleiding, onder andere in de vorm

van het afzien van bepaalde trainingen of stages (35%), minder tijd voor niet-klinische taken (33%) en minder tijd voor het ontwikkelen van vakspecifieke vaardigheden (30%). Ook 54% van de partners rapporteert invloed op de opleiding. Bij 51% van de (ex-)zwangeren en 40% van de partners kunnen afspraken bij de verloskundige of gynaecoloog (meestal) onder werktijd plaatsvinden. Wanneer dit niet mogelijk is, noemen (ex-)zwangeren en partners vooral roostercapaciteit (68%), het niet willen missen van werk- of opleidingstijd (48%) en het hier niet zelf om willen of durven vragen (47%) als belemmering.

Zwangerschapsklachten hebben bij 84% van de (ex-)zwangeren invloed op het werk. Met name lange werkdagen (74%), een hoge werkdruk (59%), onregelmatige of nachtdiensten (56%) en fysiek zwaar werk (53%) worden als belastend ervaren. Bij zwangerschapsklachten en/of -complicaties wordt in 57% van de gevallen geen verlof geboden; een derde van hen (36%) had hier wel behoefte aan.

Avond-, weekend- en tussendiensten tijdens de zwangerschap worden door 57% van de (ex-)zwangeren gewerkt met eigen instemming en door 12% op verzoek van de werkgever ondanks eigen bezwaar. Voor nachtdiensten geldt dat 29% van de (ex-)zwangeren deze diensten werkt met eigen instemming en 4% ondanks eigen bezwaar, terwijl zwangeren hiertoe volgens de Arbeidstijdenwet en de cao's niet verplicht zijn. Van wie nachtdiensten werkten, doet een derde (34%) dit ook na 12 weken zwangerschap. De meest genoemde redenen om nachtdiensten te werken zijn druk op het rooster (54%) en de geldende norm op de werkvloer (48%). In de eerste zes maanden postpartum werkt 12% met eigen instemming nachtdiensten en 3% op verzoek van de werkgever ondanks eigen bezwaar.

Verlof

Van de respondenten die zelf zijn bevallen, heeft 89% het zwangerschaps- en bevallingsverlof volledig opgenomen. Van de partners heeft 75% het geboorteverlof volledig opgenomen en 84% het volledige aanvullend geboorteverlof. Het betaald ouderschapsverlof is door 70% van de ouders volledig opgenomen. Het onbetaald ouderschapsverlof is door 18% volledig, door 22% gedeeltelijk en door 60% niet opgenomen.

De meeste ouders konden hun verlof naar wens opnemen: 81% bij het aanvullend geboorteverlof, 70% bij het betaald ouderschapsverlof en 79% bij het onbetaald ouderschapsverlof. Lukte dat niet, dan werden bij alle drie de verlofvormen vooral organisatorische factoren zoals roosters, diensten en bezetting genoemd als reden, gevolgd door angst voor negatieve gevolgen voor de opleiding of carrière. Over de huidige verlofmogelijkheden is 43% van de ouders tevreden. Een even groot deel (43%) geeft aan dat het opnemen van verlof leidt tot een hogere werkdruk voor collega's.

Ouderschap

Een derde van de respondenten (33%) draagt zorg voor één of meerdere kinderen: 42% van de aios en 11% van de basisartsen. Voor de meerderheid heeft het ouderschap geen invloed gehad op de beoordeling door de werkgever (60%), het contract (56%) of de loopbaankeuzes (70%). Op de opleiding heeft het ouderschap bij twee derde (67%) wel invloed: 49% heeft minder tijd gehad voor niet-klinische taken, 37% minder tijd om vakspecifieke vaardigheden te ontwikkelen en 32% heeft afgezien van bepaalde trainingen of stages.

Ruim driekwart (76%) ervaart in redelijke tot zeer sterke mate ruimte om ouderschap en werk te combineren. Tegelijk ervaart ruim twee derde (69%) helemaal geen of in geringe mate flexibiliteit in werktijden. De meest genoemde beperkende factoren zijn het niet later kunnen starten of eerder kunnen stoppen (78%) en het niet (gedeeltelijk) vanuit huis kunnen werken (72%). Als factoren die bijdragen aan flexibiliteit worden vooral de mogelijkheid om parttime te werken (77%) en begrip vanuit de werkgever (49%) genoemd.

Borstvoeding

Van de respondenten die tijdens hun werk als (basis)arts borstvoeding gaven, geeft 70% aan mede door het werk eerder te zijn gestopt of afgebouwd. De meest genoemde belemmeringen zijn onvoldoende tijd tijdens reguliere werktijden om borstvoeding te geven of te kolven (60%) en onvoldoende tijd tijdens onregelmatige diensten (46%). Daarnaast ervaart 59% mogelijk werkgerelateerde effecten op de melkproductie, door bijvoorbeeld stress, onregelmatig kolven en vermoeidheid.

Ruim de helft van de respondenten die borstvoeding gaven (56%) beoordeelt de kwaliteit en beschikbaarheid van de kolfvoorzieningen als matig (28%) of onvoldoende (27%), en 42% noemt onvoldoende faciliteiten als belemmering. De

helft (52%) kreeg minder dan een kwart van de werktijd om borstvoeding te geven of te kolven en vond dit onvoldoende. De meest genoemde redenen voor onvoldoende tijd of gelegenheid voor borstvoeding of kolven zijn spoed of acute zorg (66%), onvoldoende bezetting of een hoge werkdruk (57%), zich zelf bezwaard voelen om hiervoor tijd te nemen (57%) en werkzaamheden die niet konden worden overgenomen (56%).

Perspectief van (basis)artsen en opleiders

Uit de interviews met (basis)artsen komt naar voren dat de ervaringen rondom kinderwens, zwangerschap en ouderschap samenhangen met de lokale werkcultuur, de houding van opleiders en de mate waarin artsen zelf initiatief nemen. Hoewel formele regelingen meestal aanwezig zijn, moeten artsen vaak zelf hun rechten uitzoeken en aanpassingen organiseren. Een ondersteunende opleider, open communicatie en voldoende personele bezetting dragen bij aan positieve ervaringen, terwijl hoge werkdruk, dienstbelasting, schuldgevoel richting collega's en een cultuur waarin doorwerken de norm is belangrijke knelpunten vormen. Daarnaast geven respondenten aan dat ouderschap leidt tot veranderende prioriteiten, een grotere behoefte aan werk-privébalans en meer waardering voor parttime werken en duurzame inzetbaarheid.

Ook opleiders staan overwegend positief tegenover het combineren van opleiding en gezinsvorming en beschouwen dit als een normale levensfase. Tegelijkertijd ervaren zij in de praktijk uitdagingen door de impact van zwangerschap, verlof en fertiliteitstrajecten op roosters, opleidingscontinuïteit en patiëntenzorg. Opleiders benadrukken het belang van tijdige communicatie, wederzijdse verwachtingen en voldoende flexibiliteit binnen opleidingstrajecten. Zowel (basis) artsen als opleiders concluderen dat niet zozeer de formele regelgeving, maar vooral de dagelijkse toepassing ervan, de beschikbare ondersteuning en de heersende cultuur bepalend zijn voor een succesvolle combinatie van opleiding en ouderschap.

Inhoud

1. Inleiding **7**

2. Methode **9**
2.1 Doel en doelgroep 9
2.2 Onderzoeksvorm 9
2.3 Opstellen vragenlijst 9
2.4 Dataverzameling 10
2.5 Data-analyse 10
2.6 Toestemming en privacy 11
2.7 Leeswijzer 11

3. Resultaten enquête **12**
3.1 Onderzoekspopulatie 12
3.2 Impact op het individu en het team 17
3.3 Kinderwens 18
3.4 Fertiliteitstraject 23
3.5 Zwangerschap 25
3.6 Verlof 33
3.7 Ouderschap 35
3.8 Borstvoeding 37
3.9 Verschillen tussen clusters geneeskundige specialismen 38

4. Resultaten interviews en focusgroep **44**
4.1 Interviews met (basis)artsen 44
4.2 Perspectief van opleiders 47

5. Conclusie **50**

6. Aanbevelingen **51**
6.1 Impact op het individu en het team 51
6.2 Kinderwens 52
6.3 Fertiliteitstraject 53
6.4 Zwangerschap 54
6.5 Verlof 56
6.6 Ouderschap 56
6.7 Borstvoeding 57
6.8 De rol van De Jonge Specialist 58

7. Discussie **59**

8. Referenties **63**

9. Bijlagen **65**

1. Inleiding

Voor u ligt het rapport van de 'Nationale basisartsen en aios enquête 2026: kinderwens, zwangerschap en ouderschap; de impact van gezinsvorming op ons allemaal' van De Jonge Specialist (DJS). DJS is de belangenbehartiger van aios (artsen in opleiding tot medisch specialist en professionals in opleiding tot klinisch chemicus, klinisch fysicus en ziekenhuisapotheker), basisartsen (artsen die (nog) niet in opleiding zijn tot medisch specialist) en arts-onderzoekers. In dit rapport spreken we verder van '(basis)artsen'. Als onafhankelijke organisatie komt DJS op voor een gezond en veilig werk- en opleidingsklimaat. Om goed inzicht te krijgen in de huidige omstandigheden en knelpunten zet DJS sinds 2015 periodiek de *Nationale basisartsen en aios enquête* uit (voorheen: *Nationale a(n)ios enquête Gezond en veilig werken*). Met de resultaten vertegenwoordigt DJS de stem van de achterban richting beleidsmakers, opleiders en bestuurders op landelijk niveau. Deze editie van de *Nationale basisartsen en aios enquête* heeft specifiek betrekking op de thema's kinderwens, zwangerschap en ouderschap in combinatie met een baan als (basis)arts.

De periode waarin (basis)artsen zich in een belangrijke fase van hun professionele ontwikkeling bevinden, valt tevens samen met een levensfase waarin keuzes rondom gezinsvorming en het mogen krijgen van kinderen centraal kunnen staan. Hoe zij dit combineren met hun loopbaan en een gezonde werk-privébalans is een thema dat sterk leeft. Er is in Nederland weinig onderzoek gedaan naar hoe het met (basis)artsen gesteld is als we specifiek kijken naar thema's als kinderwens, zwangerschap en ouderschap. Met de resultaten van deze enquête hopen we dit kennishiaat te verkleinen en meer inzicht te bieden in de ervaringen en behoeften van (basis)artsen.

Uit de enquête van 2024 bleek dat een aanzienlijk deel van de (basis)artsen tijdens het werk te maken krijgt met zwangerschap en ouderschap en dat dit voor onze achterban met uitdagingen gepaard gaat [1]. Ongeveer 1 op de 3 vrouwelijke respondenten was zwanger (geweest) tijdens haar werk als (basis)arts. Twee derde van hen had tijdens de zwangerschap een rooster zonder diensten, een duidelijke stijging ten opzichte van de editie van 2022 (47%). Ook werd bij langdurige uitval vaker vervanging geregeld: het aandeel respondenten dat aangaf dat er geen vervanging kwam, daalde van 74% in 2022 naar 56% in 2024. Tegelijkertijd werd 1 op de 5 zwangeren gevraagd toch diensten te draaien en draaide 6% tegen de eigen wens in diensten. Dit gebeurde terwijl bekend is dat zwangeren die avond- en nachtdiensten werken 1,5 tot 4 keer zoveel risico lopen op vroeggeboorte en hypertensieve aandoeningen [2, 3].

Naast de gezondheid kan ook de loopbaan worden geraakt en omgekeerd. Internationaal onderzoek onder vrouwelijke aios laat zien dat een deel van hen de kinderwens uitstelt vanwege de carrière, vaak vanwege verwachte negatieve reacties van collega's en problemen met het rooster [4, 5]. Dit uitstel brengt een hoger risico op vruchtbaarheidsproblemen en zwangerschapscomplicaties met zich mee.

Wetgeving en cao's bieden inmiddels wel meer ruimte om werk en gezin te combineren. Partners hebben sinds 2019 recht op een week geboorteverlof en sinds 2020 op vijf weken aanvullend geboorteverlof [6]. Sinds 2022 krijgen beide ouders negen weken ouderschapsverlof gedeeltelijk betaald, op te nemen in het eerste levensjaar van het kind [7]. De Cao UMC (sinds 2024), de Cao Ziekenhuizen en de Cao GGZ (beide sinds 2025) geven daarbij recht op aanvulling door de werkgever [8-10]. Ook de afspraken over diensten tijdens de zwangerschap zijn verbeterd. Volgens de Arbeidstijdenwet (ATW) kan een zwangere niet worden verplicht tot nachtdiensten [11]. In de Cao Ziekenhuizen is sinds 2025 daarnaast vastgelegd dat vanaf week 12 geen onregelmatige diensten meer worden opgedragen, met behoud van de gemiddelde onregelmatigheidstoeslag [9]. Sinds juli 2026 hebben zwangeren in umc's die vanaf een zwangerschapsduur van 20 weken geen avond- en nachtdiensten meer draaien, recht op doorbetaling van de gemiddelde toelage onregelmatige dienst [12]. Veel van deze afspraken zijn pas recent ingegaan. Hoe (basis)artsen ze in de praktijk ervaren en of ze ook daadwerkelijk ruimte bieden, is nog grotendeels onbekend.

Ook de enquête van 2024 bood hierop slechts een globaal antwoord: zwangerschap en ouderschap waren er een relatief klein onderdeel van [1]. De vragen bestonden uit een lijst met stellingen, waarbij respondenten konden aankruisen welke op hen van toepassing waren. Dat gaf een globaal beeld van de situatie, maar liet niet zien wat de belangrijkste knelpunten waren en waar kansen liggen voor zwangeren, hun partners, collega's en opleiders. Ook kwamen onderwerpen als kinderwens, fertiliteitstrajecten en de invloed op het team niet aan bod. Om te bepalen wat al goed gaat, waar ruimte

is voor verbetering en wat we daarvan kunnen leren, zijn verdiepende vragen en meer context nodig. De bevindingen uit 2024, maar vooral de vragen die onbeantwoord bleven, vormden daarom een belangrijke aanleiding om deze thema's in een aparte editie verder uit te diepen.

Met deze enquête beoogt DJS een actueel en breed beeld te schetsen van de situatie van (basis)artsen in relatie tot kinderwens, zwangerschap en ouderschap. Daarbij wordt niet alleen gekeken naar (basis)artsen die hier zelf mee te maken krijgen, maar ook naar hun collega's en de invloed die deze thema's hebben op het team en de werkomgeving als geheel. Door deze ervaringen en perspectieven te verzamelen en te analyseren wil DJS bijdragen aan een werkomgeving waarin iedere (basis)arts, ongeacht levensfase, de ruimte ervaart om zich zowel professioneel als persoonlijk te ontwikkelen.

2. Methode

2.1 Doel en doelgroep

Anders dan in vorige edities van de *Nationale basisartsen en aios enquête* is het doel van deze thema-editie om specifiek inzicht te krijgen in de impact van kinderwens, zwangerschap en ouderschap op het werken als (basis)arts. De enquête is clusteroverstijgend uitgezet in samenwerking met de Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen (Lovah), het Landelijk Overleg Sociaal Geneeskundigen in Opleiding (LOSGIO) en de Vereniging voor Aspirant Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (VAAVG). De doelgroep komt overeen met voorgaande edities en omvat aios, basisartsen en arts-onderzoekers uit alle medische vakgebieden, werkzaam binnen en buiten het ziekenhuis. Ook (basis)artsen die (nog) geen kinderwens hebben of niet met dit onderwerp bezig zijn, behoren tot de doelgroep.

Voor de analyses in dit rapport zijn alleen de respondenten meegenomen die tot de DJS-achterban behoren: (basis) artsen binnen de ziekenhuisgebonden medische specialismen (Bijlage A). De resultaten van respondenten vallend onder specialismen buiten de DJS-achterban (zoals de achterban van Lovah, LOSGIO en VAAVG) worden door hun eigen belangenvereniging gerapporteerd. Uitzondering is paragraaf 3.9, waarin de resultaten van de verschillende clusters van geneeskundige specialismen met elkaar worden vergeleken.

2.2 Onderzoeksvorm

Voor deze thema-editie zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden ingezet. Voor het kwantitatieve deel is een gestructureerde vragenlijst opgesteld met basisvragen en vervolgvragen op basis van eerder gegeven antwoorden. Dit heeft het mogelijk gemaakt de vragenlijst aan te passen aan de individuele respondent. Ten behoeve van de analyse waren de vragen overwegend gesloten van aard. Bij een deel van de vragen konden respondenten hun antwoord toelichten in een open antwoordveld.

Ter aanvulling op de vragenlijst zijn kwalitatieve data verzameld door middel van individuele interviews met (basis)artsen en een focusgroep met opleiders. Deze kwalitatieve verdieping is gebruikt om de kwantitatieve bevindingen te duiden en om vanuit het perspectief van (basis)artsen en opleiders oplossingsrichtingen te identificeren.

2.3 Opstellen vragenlijst

Om tot een complete, relevante vragenlijst te komen heeft DJS, met input van de junior wetenschappelijke verenigingen en andere aios-verenigingen (Lovah, LOSGIO, VAAVG), subthema's en onderzoeksvragen opgesteld:

1. Collega's: hoe wordt de impact van kinderwens, zwangerschap en ouderschap op het team ervaren, onder meer betreffende de roostering en gevoelens van schuld of belasting?
2. Kinderwens en carrièreplanning: in hoeverre beïnvloeden de opleiding tot medisch specialist en het carrièrepad de kinderwens van (basis)artsen?
3. Fertiliteitstraject: welke belemmerende en ondersteunende factoren ervaren (basis)artsen bij het combineren van een fertiliteitstraject met hun werk?
4. Zwangerschap: hoe wordt zwangerschap in combinatie met het werk en opleiding ervaren, onder meer op het gebied van aangepaste werkzaamheden en naleving van cao-afspraken?
5. Ouderschap: wat is de impact van ouderschap op de loopbaan en werkbeleving van (basis)artsen, en in hoeverre sluiten de regelingen voor geboorte- en ouderschapsverlof aan bij hun wensen en mogelijkheden?
6. Borstvoeding en kolven: in hoeverre wordt het geven van borstvoeding en kolven op de werkvloer gefaciliteerd, en welke rol spelen de werkomstandigheden hierbij?

Bij alle subthema's is zowel de invloed van het thema op het werk als (basis)arts uitgevraagd, als de invloed van het werk als (basis)arts op het thema. Ook is er expliciet gevraagd naar de ervaren bespreekbaarheid van het onderwerp met collega's en werkgevers. Daarnaast richtten meerdere vragen zich op ervaren belemmerende factoren en voorbeelden van ondersteunende of faciliterende factoren op de werkvloer.

Om de resultaten zo veel mogelijk te laten aansluiten bij de huidige praktijk, zijn uitsluitend de meest recente gebeurtenissen (fertiliteitstraject, zwangerschap, geboorte van een kind) uitgevraagd. Dit vergroot de actualiteit van de data, verkleint de kans op recall bias en houdt de vragenlijst behapbaar. Vragen betreffende functie en werkgever zijn meerdere keren gesteld indien iemand van baan is gewisseld, om de gegevens in de juiste context te kunnen analyseren. Voor subthema's die aan een specifiek moment zijn gekoppeld, zoals zwangerschap, is geanalyseerd op basis van de functie en werkgever ten tijde van dat moment, wat kan afwijken van de huidige situatie. Bij deze thema's zijn de respondenten meegenomen die ten tijde van de gebeurtenis tot de DJS-achterban behoorden. Het aantal respondenten kan daardoor afwijken van de onderzoekspopulatie zoals beschreven in paragraaf 3.1.

2.4 Dataverzameling

DJS heeft de enquête uitgezet als digitale vragenlijst via een survey-form van ZorgfocuZ, een professioneel onderzoeksbureau in de zorg- en welzijnssector en het sociaal domein. Van 11 mei tot en met 21 juni 2026 stond de vragenlijst digitaal uit via de website van DJS. De enquête is verspreid onder de achterban van DJS via e-mail (ledenbestand DJS), de nieuwsbrief, de website, sociale media (Instagram en LinkedIn) en via persoonlijke berichten. Ook door juniorverenigingen en arts-assistentenverenigingen van ziekenhuizen is de enquête onder hun leden verspreid. Aanvullend heeft de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) tegen betaling per e-mail alle aios nogmaals geattendeerd op de enquête. Verder zijn medische professionals met een groot bereik benaderd om de enquête onder de aandacht te brengen bij hun publiek, en is gebruikgemaakt van (betaalde) promotie via het LinkedIn- en Instagram-account van DJS. Er is extra aandacht besteed aan het bereiken van potentiële deelnemers zonder (actieve) kinderwens of kinderen.

Aan het eind van de vragenlijst kon men indien gewenst gegevens achterlaten voor een individueel interview. Binnen deze groep geïnteresseerden is purposive sampling toegepast op basis van onder andere functie, specialisme en geslacht om tot een gevarieerde groep deelnemers te komen. Opleiders zijn via de Federatie Medisch Specialisten benaderd voor deelname aan een focusgroep, waarbij eveneens purposive sampling is toegepast op basis van specialisme en type instelling.

2.5 Data-analyse

De analyse van de kwantitatieve data is uitgevoerd door DJS met behulp van R (versie 4.4.2). De resultaten worden in dit rapport tekstueel beschreven en ondersteund door tabellen en grafieken. Er zijn verschillende subgroepanalyses uitgevoerd, onder andere naar geslacht, functie en type specialisme (snijdend, beschouwend, ondersteunend). Dit onderzoek heeft een beschrijvend karakter en omvat geen significantietoetsing. Voor de indeling van de subgroepanalyse per type specialisme, zie Bijlage B.

De kwalitatieve data uit de interviews en de focusgroep werden geanalyseerd met behulp van thematische analyse. Allereerst werden de audio-opnames van de interviews en de focusgroep verbatim getranscribeerd. Vervolgens werden de transcripten zorgvuldig doorgenomen en relevante tekstfragmenten gecodeerd. Op basis van deze codes werden terugkerende patronen en overeenkomsten geïdentificeerd, waaruit verschillende thema's werden bepaald. De thema's werden vervolgens verder geanalyseerd om de belangrijkste bevindingen uit de data te identificeren en te structureren.

Bij het redigeren van teksten en ter ondersteuning van de data-analyse is gebruikgemaakt van generatieve AI (Claude, Anthropic). Alle resultaten en teksten zijn door de onderzoekers gecontroleerd en zij dragen hiervoor de volledige verantwoordelijkheid.

2.6 Toestemming en privacy

Voorafgaand aan deelname zijn alle respondenten geïnformeerd over het doel van het onderzoek. Toestemming is verkregen voor het verzamelen, opslaan en anoniem analyseren van de gegevens, in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Deelname was vrijwillig en kon op elk moment worden beëindigd. Het was mogelijk om vragen desgewenst niet te beantwoorden. De antwoorden in de enquête zijn anoniem verwerkt in de resultaten.

Deelnemers aan de interviews en de focusgroep zijn vooraf geïnformeerd over het doel van het gesprek en over het gebruik van de gegevens. Zij hebben toestemming gegeven voor het opnemen van het gesprek en voor het gebruik van geanonimiseerde citaten in dit rapport. De opnames zijn uitsluitend gebruikt om de gesprekken te transcriberen. De transcripten zijn geanonimiseerd, zodat citaten niet herleidbaar zijn tot individuele deelnemers, hun werkplek of hun specialisme.

2.7 Leeswijzer

De volledige achterban van DJS wordt in dit rapport aangeduid als (basis)artsen. In de resultaten maken we in principe onderscheid tussen twee groepen: aios en basisartsen. Met aios bedoelen we artsen in opleiding tot medisch specialist en professionals in opleiding tot klinisch chemicus, klinisch fysicus en ziekenhuisapotheker, inclusief aios die daarnaast wetenschappelijk onderzoek doen. Met basisartsen bedoelen we artsen die (nog) niet in opleiding zijn tot medisch specialist, inclusief artsen die volledig als arts-onderzoeker werkzaam zijn. Waar dit relevant is voor de interpretatie, maken we binnen deze groepen verder onderscheid tussen wel of geen arts-onderzoeker. Bij bepaalde antwoordopties wordt gerefereerd aan ‘werkgever’, waarmee een leidinggevende, opleider, HR of manager wordt bedoeld.

Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van de enquête per thema, gevolgd door een vergelijking tussen de clusters van geneeskundige specialismen (paragraaf 3.9). Hoofdstuk 4 beschrijft de resultaten van de interviews en de focusgroep. Daarna volgen de conclusie, de aanbevelingen en de discussie.

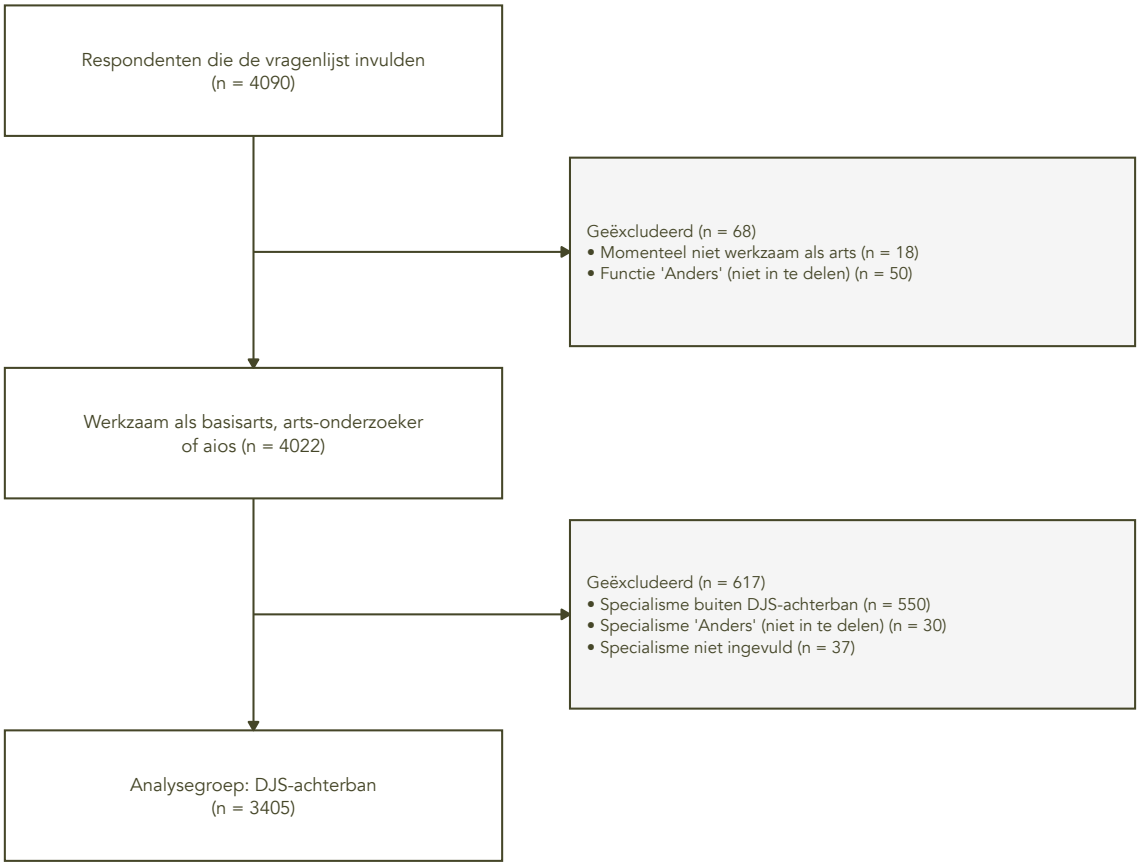
Percentages zijn afgerond op hele getallen, waardoor totalen kunnen afwijken van 100%. Bij vragen waarop meerdere antwoorden mogelijk waren, kunnen de percentages samen meer dan 100% zijn. Percentages zijn berekend over de respondenten die de betreffende vraag hebben beantwoord. Omdat niet elke vraag op iedere respondent van toepassing was, verschilt het aantal respondenten (n) per vraag.

3. Resultaten enquête

3.1 Onderzoekspopulatie

3.1.1 In- en exclusiecriteria

De enquête is door 4090 respondenten ingevuld. Respondenten die geen functie als basisarts, aios of arts-onderzoeker hebben (n = 50), momenteel niet als zodanig werkzaam zijn (n = 18) of geen specialisme (n = 37) of 'Anders' (n = 30) hebben ingevuld zijn geëxcludeerd. Respondenten werkzaam binnen een specialisme buiten de DJS-achterban (n = 550) zijn, behalve voor de vergelijking tussen clusters (zie paragraaf 3.9), eveneens geëxcludeerd. Het gaat om de huisartsgeneeskunde (n = 252), ouderengeneeskunde (n = 100), arts maatschappij en gezondheid (n = 78), bedrijfsgeneeskunde (n = 39), verzekeringsgeneeskunde (n = 30), arts verstandelijk gehandicapten (n = 30), forensische geneeskunde (n = 17) en verslavingsgeneeskunde (n = 4). Na toepassing van alle exclusiecriteria blijft een onderzoekspopulatie van 3405 respondenten over. Zie Figuur 1 voor de studie flow-chart.



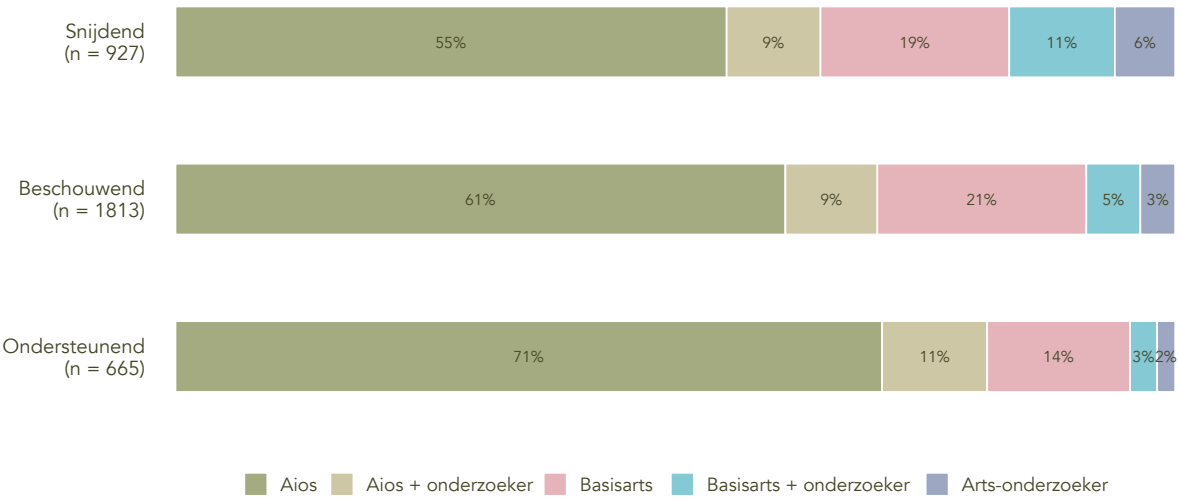
Figuur 1 *Studie flow-chart*

3.1.2 Demografische gegevens

Van de respondenten is de meerderheid (71%) aios, van wie 13% daarnaast als arts-onderzoeker werkzaam is. De respons onder aios is daarmee ongeveer 36% van het totaal aantal aios in Nederland, op basis van gegevens van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) op 31 december 2025 [13]. Per specialismegroep is dit 39% binnen de snijdende, 32% binnen de beschouwende en 37% binnen de ondersteunende specialismen. De verdeling van de aios over de eerste vijf opleidingsjaren is ongeveer gelijk. Een minderheid bevindt zich in het zesde opleidingsjaar, wat aansluit bij de opleidingsduur van de meeste specialismen van vier tot zes jaar.

De overige respondenten zijn basisarts (29%). Van hen werkt het merendeel uitsluitend als basisarts (19% van alle respondenten), combineert een deel dit met wetenschappelijk onderzoek (6%) en werkt een kleiner deel volledig als arts-onderzoeker (4%). Hoeveel basisartsen er op dit moment in Nederland werkzaam zijn is niet bekend; het responspercentage onder basisartsen is daarom niet te berekenen.

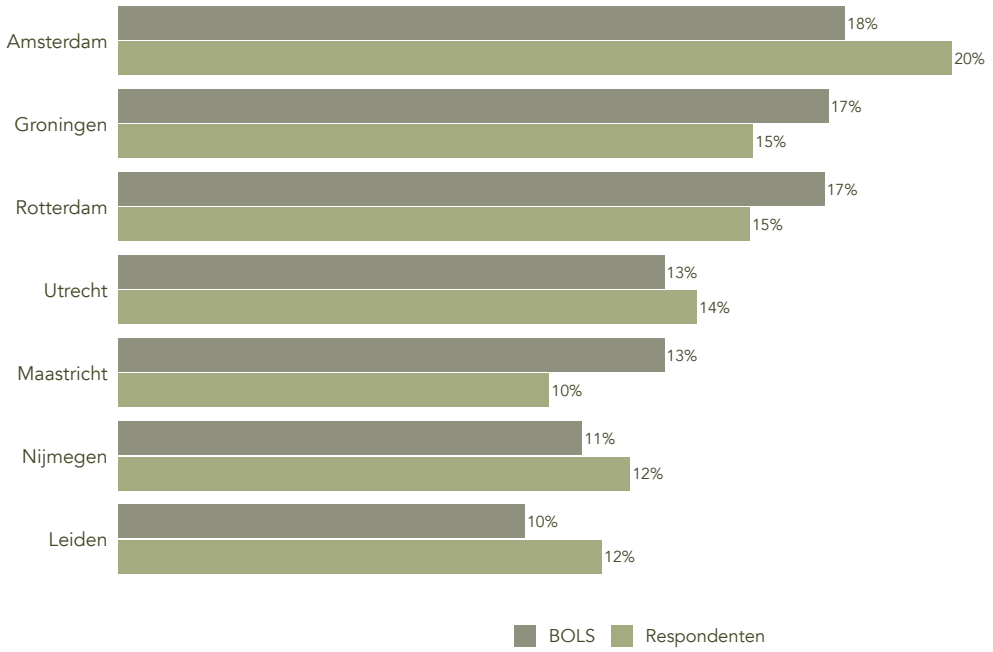
De respondenten zijn werkzaam binnen een beschouwend (53%), snijdend (27%) of ondersteunend specialisme (20%). De verhouding tussen aios en basisartsen verschilt per specialismegroep: binnen de ondersteunende specialismen is het aandeel aios het grootst (81%), binnen de snijdende specialismen het kleinst (65%). Binnen de snijdende specialismen werkt bovendien bijna de helft van de basisartsen geheel of gedeeltelijk als arts-onderzoeker (47%), tegenover 30% binnen de beschouwende en 24% binnen de ondersteunende specialismen (Figuur 2).



Figuur 2 *Functie van respondenten per specialismegroep*

Het overgrote deel van de respondenten is werkzaam in een algemeen (perifeer) ziekenhuis (47%) of een universitair medisch centrum (43%). Een kleine minderheid werkt in een ander type zorginstelling, zoals een ggz-instelling (5%), een gespecialiseerde kliniek (3%) of een revalidatiecentrum (2%). Vrijwel alle respondenten (99%) zijn geboren in 1985 of later, de meesten tussen 1990 en 1999 (86%). Basisartsen zijn gemiddeld jonger dan aios: 83% van de basisartsen is geboren in 1995 of later, tegenover 29% van de aios. De meeste respondenten zijn vrouw (78%). Het percentage mannen ligt onder aios hoger (24%) dan onder basisartsen (16%).

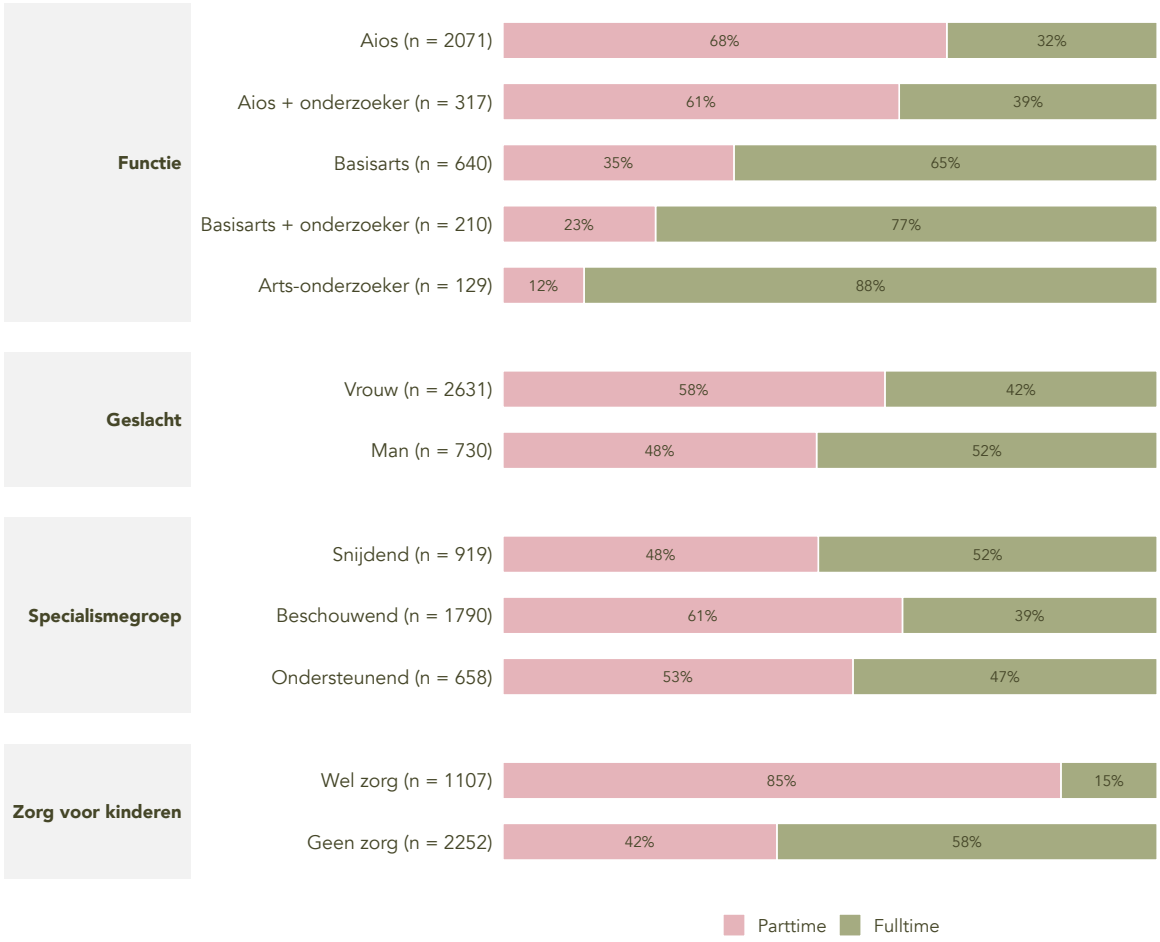
Alle zeven landelijke onderwijs- en opleidingsregio's (OOR's) zijn vertegenwoordigd. De verdeling van het aantal respondenten per opleidingsregio komt redelijk overeen met de verdeling van aantallen aios per opleidingsregio volgens de verdeelsleutel van Stichting BOLS [14], op basis van gemiddelden van de afgelopen vier jaar (Figuur 3).



Figuur 3 *Verdeling van aios per opleidingsregio: respondenten vergeleken met de BOLS-verdeelsleutel*

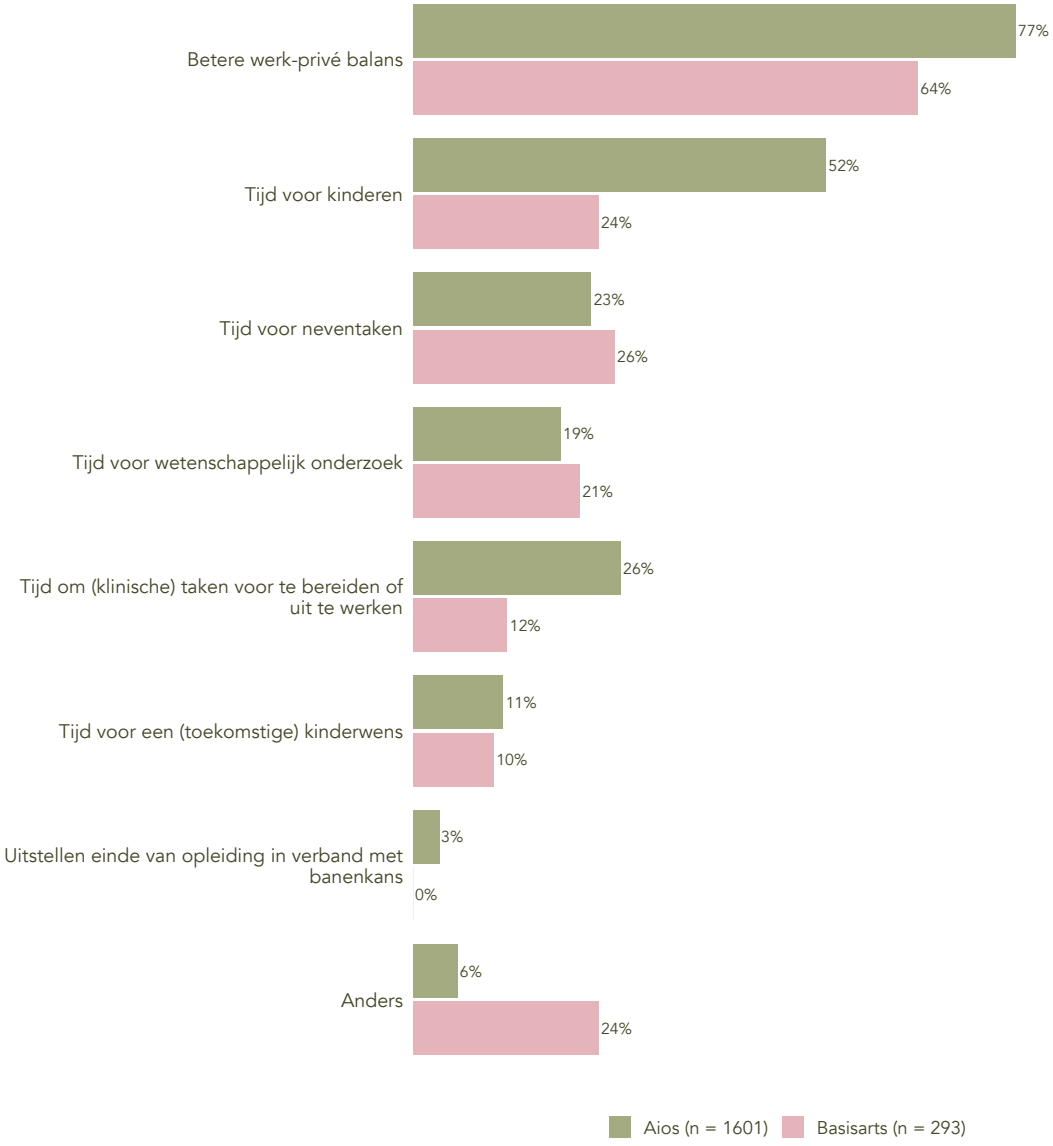
3.1.3 Arbeidsduur

Van de respondenten werkt 56% parttime en 44% fulltime. Parttime betekent hier minder dan 100% fte; de meeste parttimers (94%) werken 80 tot en met 90% fte. Aios werken vaker parttime dan basisartsen (67% tegenover 30%) en binnen de groep basisartsen werken arts-onderzoekers het vaakst fulltime (88%). Van de vrouwen werkt 58% parttime en van de mannen 48%. Respondenten die voor kinderen zorgen werken vaker parttime dan respondenten zonder zorg voor kinderen (85% tegenover 42%). Figuur 4 toont de verhouding tussen parttime en fulltime werken in de verschillende subgroepen.



Figuur 4 *Aandeel (basis)artsen dat parttime of fulltime werkt, naar functie, geslacht, specialismegroep en zorg voor kinderen*

Een betere werk-privébalans wordt het vaakst genoemd als belangrijkste reden om parttime te werken (75%). Andere gerapporteerde redenen zijn: tijd voor kinderen (48%), tijd om (klinische) taken voor te bereiden of uit te werken (24%), tijd voor neventaken (23%), tijd voor wetenschappelijk onderzoek (19%) en tijd voor een (toekomstige) kinderwens (11%). Aios noemen vaker tijd voor kinderen als reden om parttime te werken dan basisartsen (52% tegenover 24%) (Figuur 5).



Figuur 5 *Redenen om parttime te werken, naar functie (n = 1894, meerdere antwoorden mogelijk)*

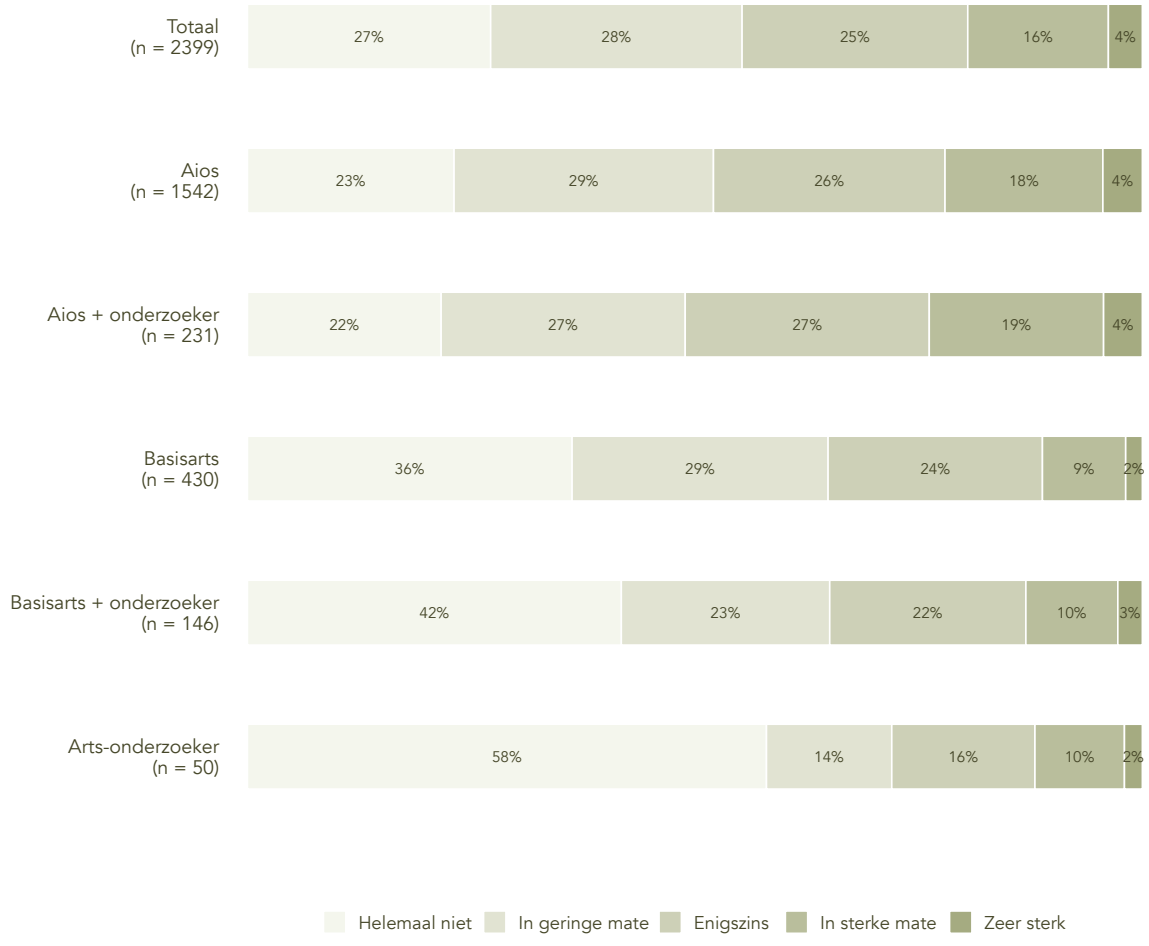
Fulltime werken gebeurt het vaakst vanuit een persoonlijke voorkeur (72%). Andere redenen om fulltime te werken zijn: financiële redenen (28%), het ontbreken van een andere beschikbare contractvorm (21%), het verkorten van de opleidingsduur (19%) en een gunstige uitgangspositie met het oog op een toekomstige kinderwens, bijvoorbeeld in verband met ouderschapsverlof (12%). Basisartsen noemen het ontbreken van een andere contractvorm vaker als reden om fulltime te werken dan aios (35% tegenover 9%); onder basisartsen die volledig als arts-onderzoeker werken is dit 53%. Aios werken daarentegen vaker fulltime om de opleidingsduur te verkorten (34%) of met het oog op een toekomstige kinderwens (20%). Binnen de snijdende specialismen noemt 27% het ontbreken van een andere contractvorm, binnen zowel de beschouwende als de ondersteunende specialismen 18%. Dit verschil blijft bestaan wanneer arts-onderzoekers buiten beschouwing worden gelaten (24%, tegenover 15% en 17%).

3.2 Impact op het individu en het team

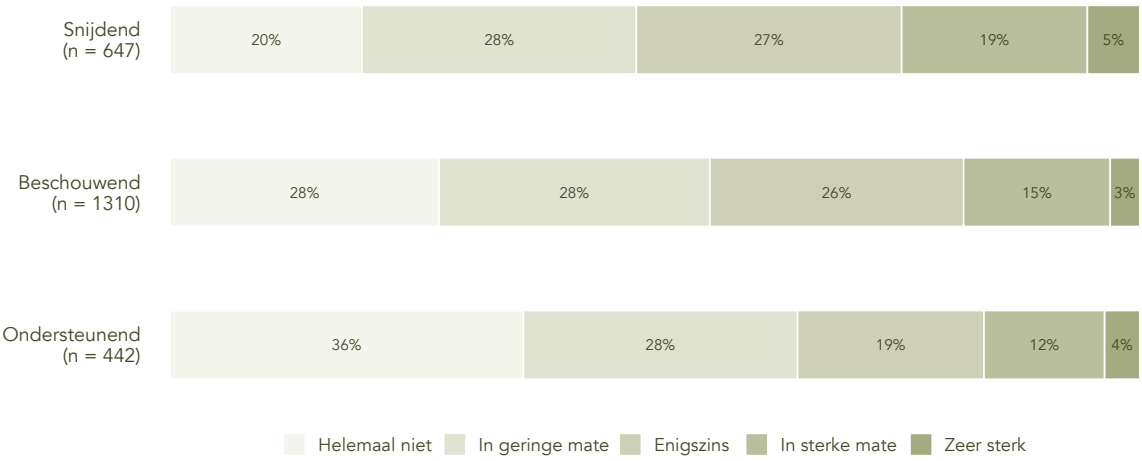
3.2.1 Werkbelasting op het team

Op het moment van de enquête heeft 73% van de respondenten één of meer collega's die verminderd inzetbaar zijn in verband met een kinderwens, fertiliteitstraject, zwangerschap of ouderschap, en is 10% zelf verminderd inzetbaar. Onder aios is dit respectievelijk 76% en 13%, onder basisartsen 66% en 3%.

De vervolgvragen in deze paragraaf zijn gesteld aan respondenten die aangeven dat de beschikbaarheid van één of meer collega's is veranderd in verband met een kinderwens, fertiliteitstraject, zwangerschap of ouderschap (n = 2399). Ruim de helft (55%) ervaart geen of geringe extra werkbelasting in deze situatie. Een kleiner deel (20%) ervaart een (zeer) sterke extra werkbelasting. Aios rapporteren vaker een (zeer) sterke extra belasting dan basisartsen (22% tegenover 12%). Binnen de groep basisartsen geeft meer dan de helft van de arts-onderzoekers aan helemaal geen extra belasting te ervaren (58%; Figuur 6). Ook tussen specialismen zijn verschillen zichtbaar. Binnen de snijdende specialismen rapporteert 24% een (zeer) sterke extra belasting, tegenover 18% binnen de beschouwende en 16% binnen de ondersteunende specialismen (Figuur 7).



Figuur 6 *De ervaren extra belasting als gevolg van verminderde inzetbaarheid van collega's, per functiegroep*



Figuur 7 *De ervaren extra belasting als gevolg van verminderde inzetbaarheid van collega's, per specialismegroep*

Aan respondenten die enige mate van extra werkbelasting ervaren (van 'in geringe mate' tot 'zeer sterk'; n = 1692) is gevraagd welke factoren hieraan bijdragen. Het ontbreken van vervangende personele capaciteit wordt het meest genoemd (75%), gevolgd door het overnemen van diensten in verband met de zwangerschap van collega's (69%). Daarnaast geeft 37% aan vaker te moeten werken en rapporteert 20% vaker werkzaamheden uit te voeren die buiten de eigen opleidingsfase vallen. Bij 19% gaat het opvangen van klinische werkzaamheden of diensten ten koste van opleidingsgerelateerde taken. Volgens 64% van de respondenten wordt bij uitval van collega's door zwangerschaps-, ouderschaps- of adoptieverlof nooit tijdelijke vervanging geregeld.

3.2.2 Schuldgevoelens

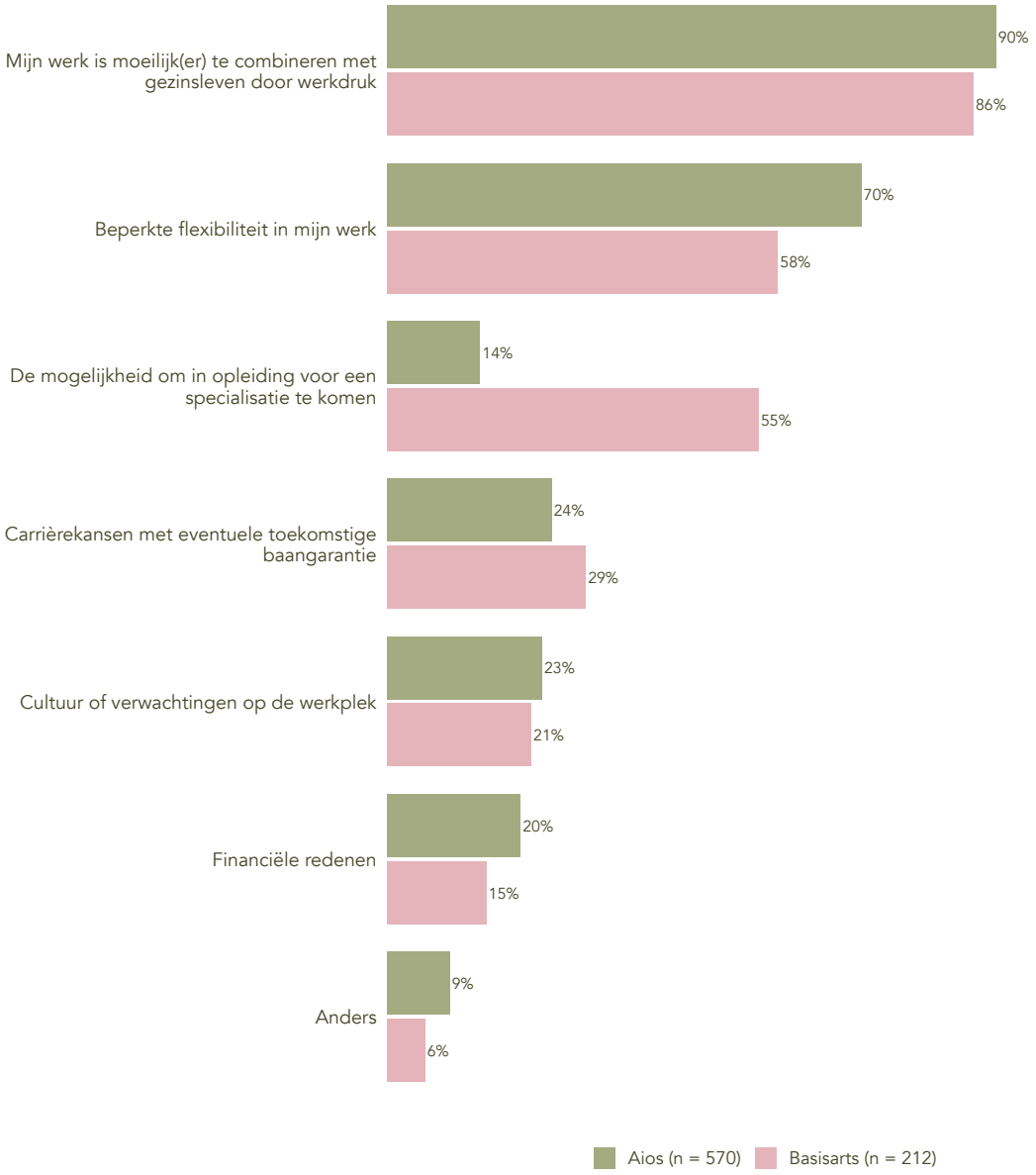
Onder respondenten die zelf verminderd inzetbaar zijn vanwege een kinderwens, fertiliteitstraject, zwangerschap of ouderschap (n = 330) zijn de ervaringen met schuldgevoelens verdeeld. Het aandeel dat geen of een gering schuldgevoel ervaart (40%) is ongeveer gelijk aan het aandeel dat een (zeer) sterk schuldgevoel ervaart (37%). Als meest bijdragende factor voor het hebben van schuldgevoelens wordt genoemd dat collega's extra diensten moeten doen (81%), gevolgd door het ontbreken van vervanging tijdens verlof (34%). Minder vaak genoemde redenen zijn ziekmelding als gevolg van onvoldoende flexibiliteit in het rooster tijdens de zwangerschap (15%) of rondom zorg voor kinderen (10%).

3.3 Kinderwens

Een ruime meerderheid van de respondenten (80%) heeft een kinderwens, waarbij 44% een toekomstige kinderwens heeft en 36% een actieve kinderwens. Daarnaast heeft 9% een voltooide kinderwens.

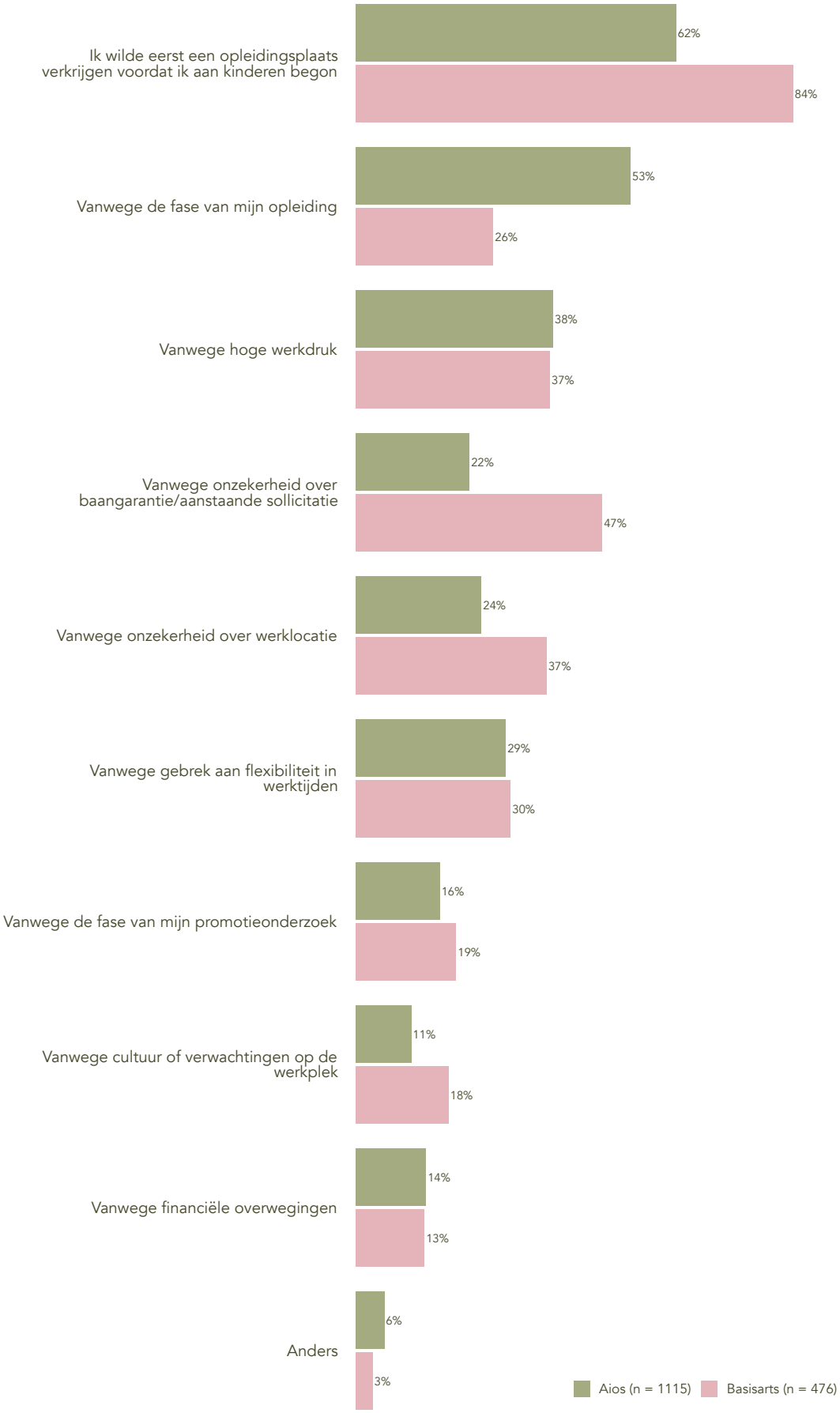
3.3.1 Invloed van werk op kinderwens

Voor 75% van de respondenten heeft het werk geen invloed op het gewenste aantal kinderen. Daarentegen wenst 21% door het werk nu minder kinderen dan eerder; onder vrouwen is dit 23% en onder mannen 12%. Een kleine groep (3%) heeft vanwege het werk afgezien van een kinderwens. De belangrijkste overwegingen bij een door het werk veranderd gewenst aantal kinderen zijn de moeilijkheid om werk en gezinsleven te combineren als gevolg van de werkdruk (89%) en de beperkte flexibiliteit in het werk (66%). Beperkte flexibiliteit wordt genoemd door 67% binnen de snijdende, 72% binnen de beschouwende en 53% binnen de ondersteunende specialismen. Minder vaak genoemde overwegingen zijn carrièrekansen met eventuele toekomstige baangarantie (26%), de mogelijkheid om in opleiding te komen (25%), de cultuur of verwachtingen op de werkplek (22%) en financiële overwegingen (18%). De mogelijkheid om in opleiding te komen wordt vaker genoemd door basisartsen dan door aios (55% tegenover 14%) (Figuur 8).



Figuur 8 *Overwegingen bij een door het werk veranderd gewenst aantal kinderen, naar functie (n = 782, meerdere antwoorden mogelijk). Antwoorden die in beide groepen door minder dan 5% zijn genoemd, zijn niet weergegeven.*

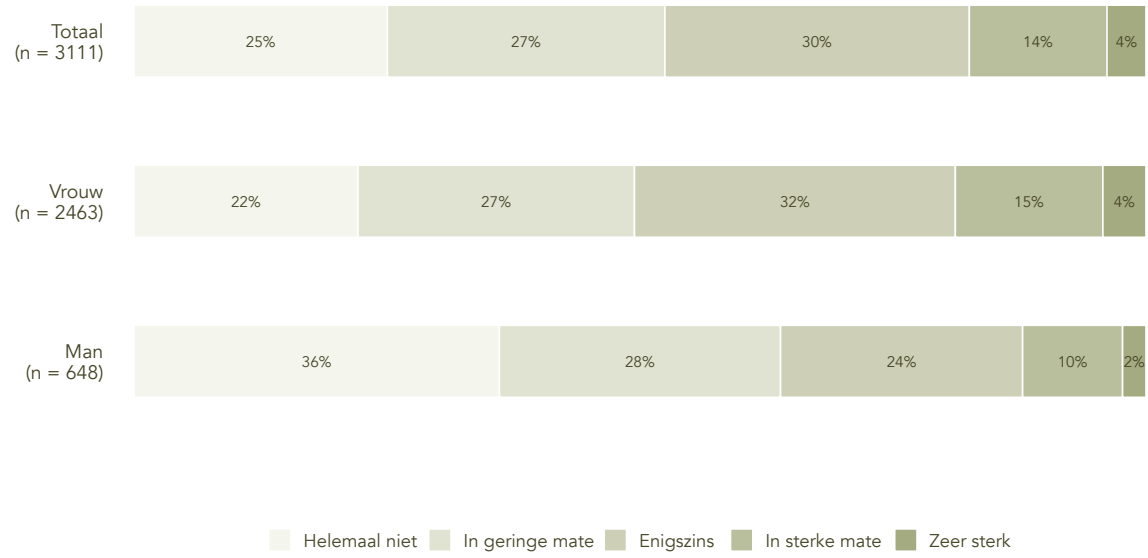
Naast het gewenste aantal kinderen speelt het werk ook een rol bij het moment waarop de kinderwens wordt vervuld. Ruim de helft van de respondenten (52%) geeft aan de kinderwens vanwege het werk te hebben uitgesteld; onder vrouwen is dit 55% en onder mannen 43%. De meest genoemde reden voor uitstel is de wens om eerst een opleidingsplaats te verkrijgen (68%). Andere redenen zijn de fase van de opleiding (45%), een hoge werkdruk (38%), onzekerheid over baangarantie of een aanstaande sollicitatie (30%), beperkte flexibiliteit in werktijden (29%) en onzekerheid over de toekomstige werklocatie (28%). Ook van de aios, die inmiddels in opleiding zijn, noemt 62% het eerst willen verkrijgen van een opleidingsplaats als reden; onder basisartsen is dit 84%. Basisartsen noemen daarnaast vaker onzekerheid over baangarantie of een aanstaande sollicitatie (48% tegenover 22%) en onzekerheid over de werklocatie (37% tegenover 24%) (Figuur 9). Een kleine groep (4%) heeft de kinderwens vanwege het werk juist vervroegd.



Figuur 9 *Redenen voor het uitstellen van de kinderwens, naar functie (n = 1591, meerdere antwoorden mogelijk). Antwoorden die in beide groepen door minder dan 5% zijn genoemd, zijn niet weergegeven.*

3.3.2 Invloed van kinderwens op werk

Een kwart van de respondenten (25%) ervaart helemaal geen invloed van de kinderwens op de inrichting en vervolgstappen van de loopbaan en ruim de helft (57%) een geringe tot enige invloed. Een kleiner deel ervaart een sterke (14%) of zeer sterke (4%) invloed. Onder vrouwen is dit aandeel groter dan onder mannen (19% tegenover 12%) (Figuur 10).



Figuur 10 *Invloed van kinderwens op loopbaan, naar geslacht*

De meest genoemde aanpassing in de loopbaan vanwege de kinderwens is een vermindering van het aantal werkuren (34%). Daarnaast wordt een veranderde keuze betreffende de vervolgopleiding gerapporteerd: 10% kiest voor een opleiding met een lagere dienstbelasting en 5% voor een specialisatie buiten het ziekenhuis. Een kleiner deel geeft aan een sollicitatie voor een vervolgopleiding te hebben vervroegd (5%) of juist uitgesteld (4%). Ook rapporteert 12% van de respondenten andere loopbaanaanpassingen, zoals het afzien van een stage of differentiatie vanwege de reistijd en het verminderen van nevenactiviteiten. Van de respondenten geeft 40% aan geen aanpassingen in de loopbaan te hebben gedaan; onder mannen is dit 51% en onder vrouwen 37%.

3.3.3 Communicatie over kinderwens op de werkvloer

Een eventuele kinderwens wordt door 13% van de respondenten met de werkgever besproken. Ruim de helft (53%) geeft aan hier (nog) geen behoefte aan te hebben, terwijl 7% de kinderwens niet bespreekt ondanks daar wel behoefte aan te hebben. Aan wie de kinderwens niet met de werkgever heeft besproken (n = 2838), is gevraagd of zij hiervoor ruimte ervaren. Een kwart van hen (25%) ervaart die ruimte wel. De meest genoemde reden om een kinderwens niet te bespreken, is dat respondenten dit als een privéonderwerp beschouwen (33%). Daarnaast geeft 16% aan het gesprek niet aan te durven uit angst voor negatieve gevolgen voor het opleidingstraject. Deze zorg wordt vaker genoemd door basisartsen dan door aios (21% tegenover 14%) en vaker door vrouwen dan door mannen (19% tegenover 6%). Minder vaak genoemde redenen zijn een negatieve houding van de werkgever ten opzichte van werknemers met een kinderwens, kinderen of zwangerschap (6%), angst voor negatieve gevolgen voor een promotietraject (3%) en het gevoel dat de werkgever niet openstaat voor een dergelijk gesprek (2%). Voor 28% van de respondenten is de vraag (nog) niet van toepassing.

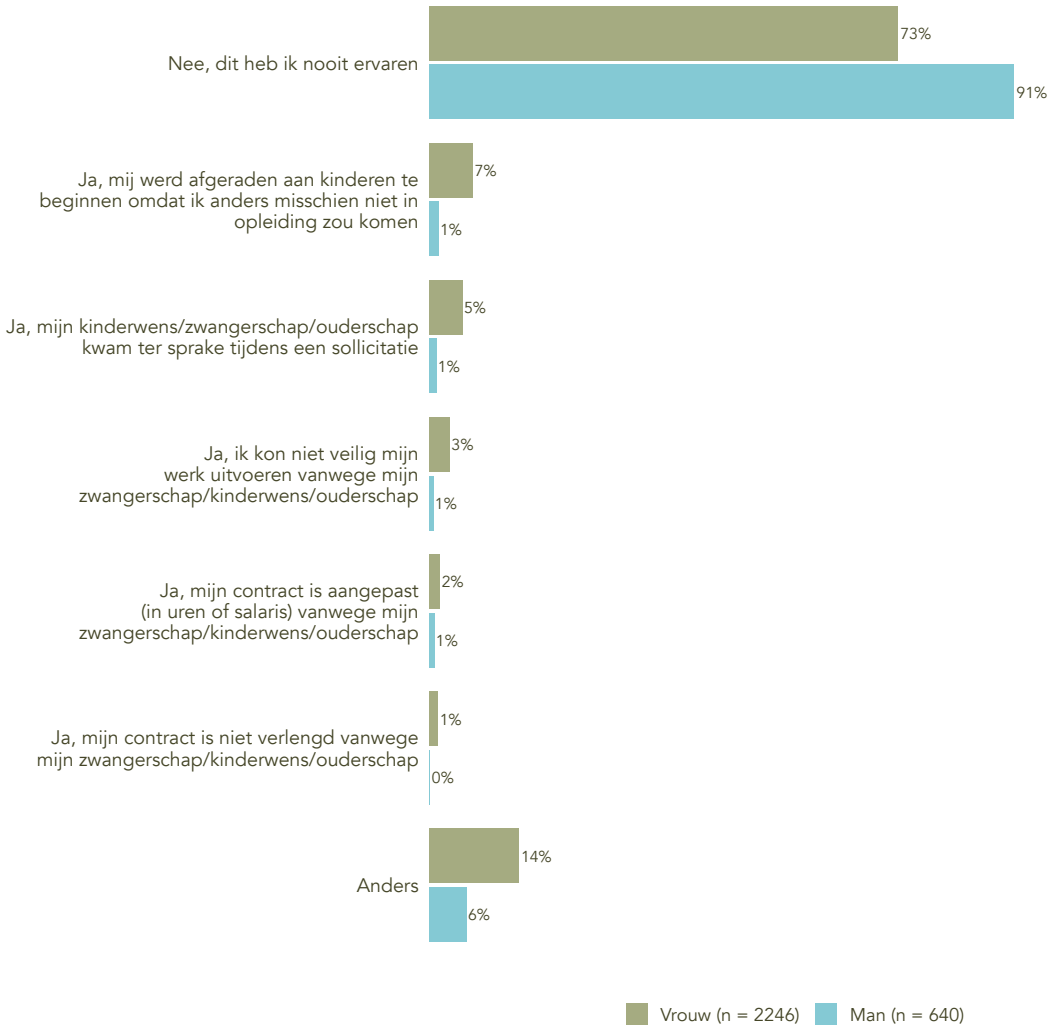
Met collega's wordt een eventuele kinderwens vaker besproken dan met de werkgever (53% tegenover 13%). Een kleine groep (3%) bespreekt de kinderwens niet met collega's, terwijl hier wel behoefte aan is. Van wie de kinderwens niet met collega's heeft besproken (n = 1517), ervaart 45% wel ruimte om dit te doen. Als reden om dit niet te doen wordt opnieuw het vaakst genoemd dat de kinderwens een privéonderwerp is (21%), gevolgd door schuldgevoelens richting collega's vanwege roostering of werkdruk (8%).

3.3.4 Discriminatie rondom kinderwens, zwangerschap en ouderschap

De meerderheid van de respondenten (77%) geeft aan geen discriminatie op de werkvloer te hebben ervaren rondom kinderwens, zwangerschap of ouderschap. Dit geldt voor 73% van de vrouwen en 91% van de mannen (Figuur 11). Tegelijkertijd rapporteert 15% van de vrouwelijke en 4% van de mannelijke respondenten wel discriminatie te hebben ervaren rondom deze thema's.

De meest genoemde vormen van discriminatie zijn het afraden om in een bepaalde fase kinderen te krijgen vanwege mogelijke nadelige gevolgen voor de kans op een opleidingsplek (6%; 7% van de vrouwen en 1% van de mannen) en het ter sprake brengen van kinderwens, zwangerschap of ouderschap tijdens een sollicitatie (4%). Andere genoemde ervaringen zijn het niet veilig kunnen uitvoeren van werkzaamheden (3%), een aanpassing van het contract wat betreft uren of salaris (2%) en het niet verlengen van een contract (1%). Het afraden om in een bepaalde fase kinderen te krijgen wordt vaker gerapporteerd door basisartsen dan door aios (12% tegenover 4%). Nog eens 12% van de respondenten heeft via de antwoordoptie 'anders' aanvullende ervaringen beschreven. Een groot deel hiervan sluit aan bij de hierboven genoemde situaties. Daarnaast noemen respondenten negatieve uitlatingen op de werkvloer over kinderwens, zwangerschap of ouderschap en knelpunten bij het naleven van de cao.

Ook is gevraagd in hoeverre een eventuele kinderwens tijdens sollicitaties voor een baan of opleidingsplaats aan bod komt. Bij de meeste respondenten (81%) was dit niet het geval. Wanneer het onderwerp wel ter sprake kwam, gebeurde dit vaker indirect, bijvoorbeeld via vragen over toekomstplannen of beschikbaarheid (12%), dan via een expliciete vraag naar de kinderwens (3%). Daarnaast geeft 2% van de respondenten aan dat tijdens een sollicitatie is gesuggereerd dat een kinderwens of zwangerschap nadelige gevolgen zou kunnen hebben.



Figuur 11 *Gerapporteerde vormen van discriminatie rondom kinderwens, zwangerschap of ouderschap, naar geslacht (n = 2886, meerdere antwoorden mogelijk)*

3.4 Fertiliteitstraject

Van alle respondenten heeft 6% (n = 204) zelf een fertiliteitstraject doorlopen of is daar op dit moment mee bezig en heeft 2% (n = 52) een partner bij wie dit het geval is (geweest). Onder aios is dit respectievelijk 8% en 2%, onder basisartsen 1% en 0%; basisartsen zijn gemiddeld jonger dan aios (zie 3.1.2).

In deze paragraaf zijn de respondenten meegenomen die ten tijde van hun (meest recente) fertiliteitstraject tot de DJS-achterban behoorden (n = 238). Van hen was 87% aios en 13% basisarts ten tijde van het traject. De verdeling over de specialismegroepen (28% snijdend, 55% beschouwend en 16% ondersteunend) is vergelijkbaar met die in de totale achterban. De meeste trajecten vonden recent plaats: 82% in 2024, 2025 of 2026.

3.4.1 Belasting

Een fertiliteitstraject in combinatie met het werk als (basis)arts wordt door bijna de helft van de respondenten (44%) als (zeer) sterk belastend ervaren, terwijl 22% het als niet of licht belastend ervaart. Tegelijkertijd rapporteert 44% van de respondenten dat het fertiliteitstraject geen merkbare gevolgen heeft gehad voor hun functioneren of loopbaan als (basis)arts. De meest genoemde gevolgen zijn kortdurend ziekmelden ten gevolge van het fertiliteitstraject (22%) en tijdelijk minder uren werken (20%). Andere gerapporteerde gevolgen voor de loopbaan of functioneren zijn vertraging in de opleiding (4%) of het promotietraject (4%), het uitstellen van een sollicitatie voor de opleiding (4%) en zich langdurig ziekmelden (3%). In de open antwoorden noemen respondenten daarnaast niet goed kunnen functioneren (4%) en geen diensten draaien (3%).

3.4.2 Steun vanuit de werkgever

Bijna driekwart van de respondenten (73%) heeft het fertiliteitstraject met de werkgever besproken. Van de respondenten die het traject niet hebben besproken (26%), geeft 27% aan hier wel behoefte aan te hebben gehad. Van wie het traject met de werkgever heeft gedeeld (n = 184), ervaart 68% in (zeer) sterke mate ruimte en tijd vanuit de werkgever, terwijl 9% dit helemaal niet of in geringe mate ervaart. De meest genoemde redenen voor het ervaren van onvoldoende ruimte en tijd zijn een gebrek aan flexibiliteit in werktijden (74%), beperkte roostercapaciteit (54%) en het ontbreken van duidelijke regelingen of beleid (51%). Daarnaast worden onbegrip of een negatief oordeel vanuit de werkgever (32%), angst voor negatieve gevolgen voor het opleidingstraject (32%), de keuze om het fertiliteitstraject niet te bespreken omdat dit als een privéaangelegenheid wordt beschouwd (25%), angst voor negatieve gevolgen voor een toekomstige opleidingsplek of promotietraject (9%) en angst voor negatieve gevolgen voor een promotietraject (4%) genoemd.

3.4.3 Steun vanuit collega's

Van wie het traject met collega's heeft gedeeld (n = 178), ervaart ruim vier op de vijf (83%) in (zeer) sterke mate steun vanuit collega's, terwijl 8% dit helemaal niet of in geringe mate heeft ervaren. De belangrijkste factoren die de ervaren steun beperken, zijn beperkte roostercapaciteit (76%), onbegrip of een negatief oordeel vanuit collega's (45%) en de keuze om het fertiliteitstraject niet te bespreken omdat dit als een privéaangelegenheid wordt beschouwd (31%).

3.4.4 Behoeften en ervaren ondersteuning

Een derde (33%) van de respondenten die een fertiliteitstraject (hebben) ondergaan, geeft aan meer flexibiliteit te hebben gewenst bij het plannen van afspraken onder werktijd. Daarnaast noemen respondenten behoefte aan duidelijke regelingen of beleid vanuit de werkgever (29%), de mogelijkheid om onregelmatige diensten tijdelijk aan te passen (26%) en aanpassing van de werkbelasting of werkzaamheden (18%) (Figuur 12).

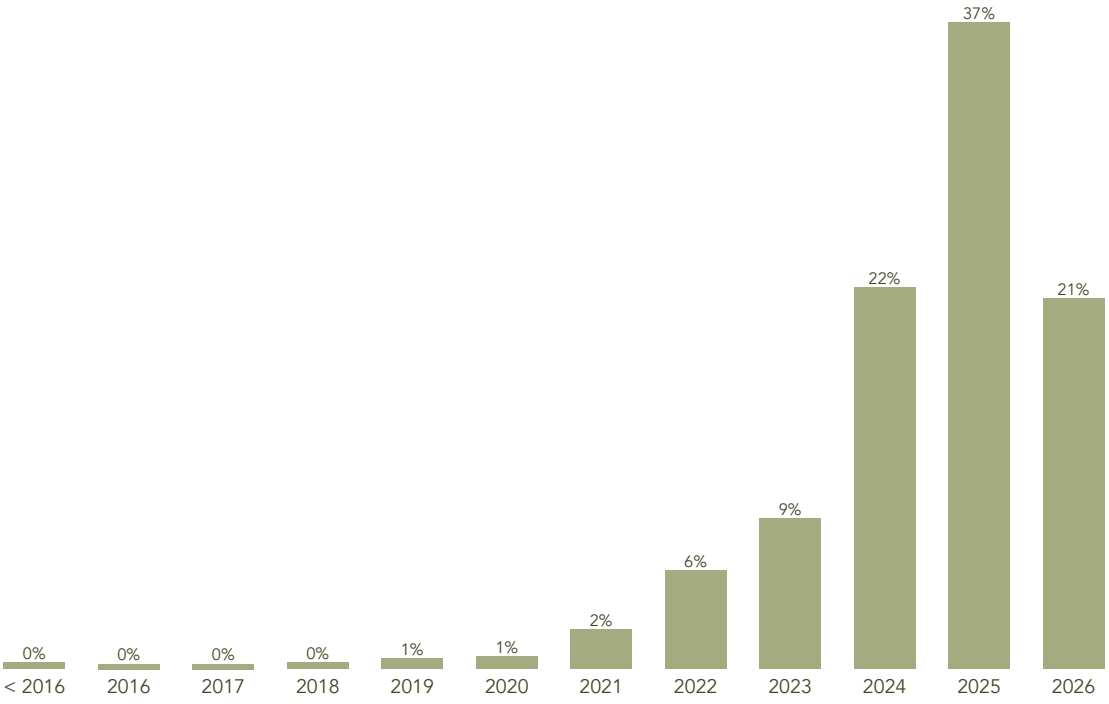
Gevraagd naar wat zij als meest ondersteunend hebben ervaren, noemen respondenten eveneens flexibiliteit bij het plannen van afspraken onder werktijd (42%). Daarnaast spelen collega's een belangrijke rol: 41% noemt emotionele steun van collega's en 27% praktische ondersteuning, bijvoorbeeld door het overnemen van diensten. Ook emotionele begeleiding vanuit de werkgever wordt genoemd (28%).



Figuur 12 *Gemiste ondersteuning tijdens het fertiliteitstraject (n = 238, meerdere antwoorden mogelijk)*

3.5 Zwangerschap

Ten tijde van het invullen van de enquête is 12% van de vrouwelijke respondenten zwanger (n = 322) en is 28% eerder zwanger geweest (n = 751) tijdens het werk als (basis)arts; onder vrouwelijke aios is dit samen 52% en onder vrouwelijke basisartsen 13%. Daarnaast geeft 3% van de respondenten aan dat hun partner op dit moment zwanger is (n = 91) en 6% dat hun partner eerder zwanger is geweest terwijl zij zelf als (basis)arts werkten (n = 207). In de enquête is gevraagd naar de meest recente zwangerschap. In deze paragraaf zijn de respondenten meegenomen die ten tijde van die zwangerschap tot de DJS-achterban behoorden (n = 1378), van wie 1090 zelf zwanger zijn (geweest) en 294 van wie de partner zwanger is (geweest). Van hen was 86% ten tijde van de meest recente zwangerschap aios en 14% basisarts. De meeste zwangerschappen zijn recent: bij 81% raakte de respondent of partner in 2024, 2025 of 2026 zwanger (Figuur 13).



Figuur 13 *Jaar waarin de respondent of partner voor het laatst zwanger raakte (n = 1372)*

Ten tijde van de uitgevraagde zwangerschap is de verdeling over perifere en academische instellingen nagenoeg gelijk, met respectievelijk 45% en 43% van de respondenten. De overige respondenten zijn werkzaam in een ggz-instelling (5%), gespecialiseerd ziekenhuis of kliniek (3%), revalidatiecentrum (2%), ofwel anders, zoals een verpleeghuis (1%), huisartsenpraktijk (1%) of ggd-instelling (1%).

3.5.1 Invloed van zwangerschap op werk, opleiding en loopbaan

Invloed op het arbeidscontract

Voor de meerderheid heeft de zwangerschap geen gevolgen voor het arbeidscontract: 78% van de (ex-)zwangeren en 78% van de partners. Bij 14% van de (ex-)zwangeren en 18% van de partners neemt het aantal contracturen af. Bij een klein deel wordt het contract niet verlengd (2% van de (ex-)zwangeren en 1% van de partners) of neemt het aantal contracturen toe (beide 1%).

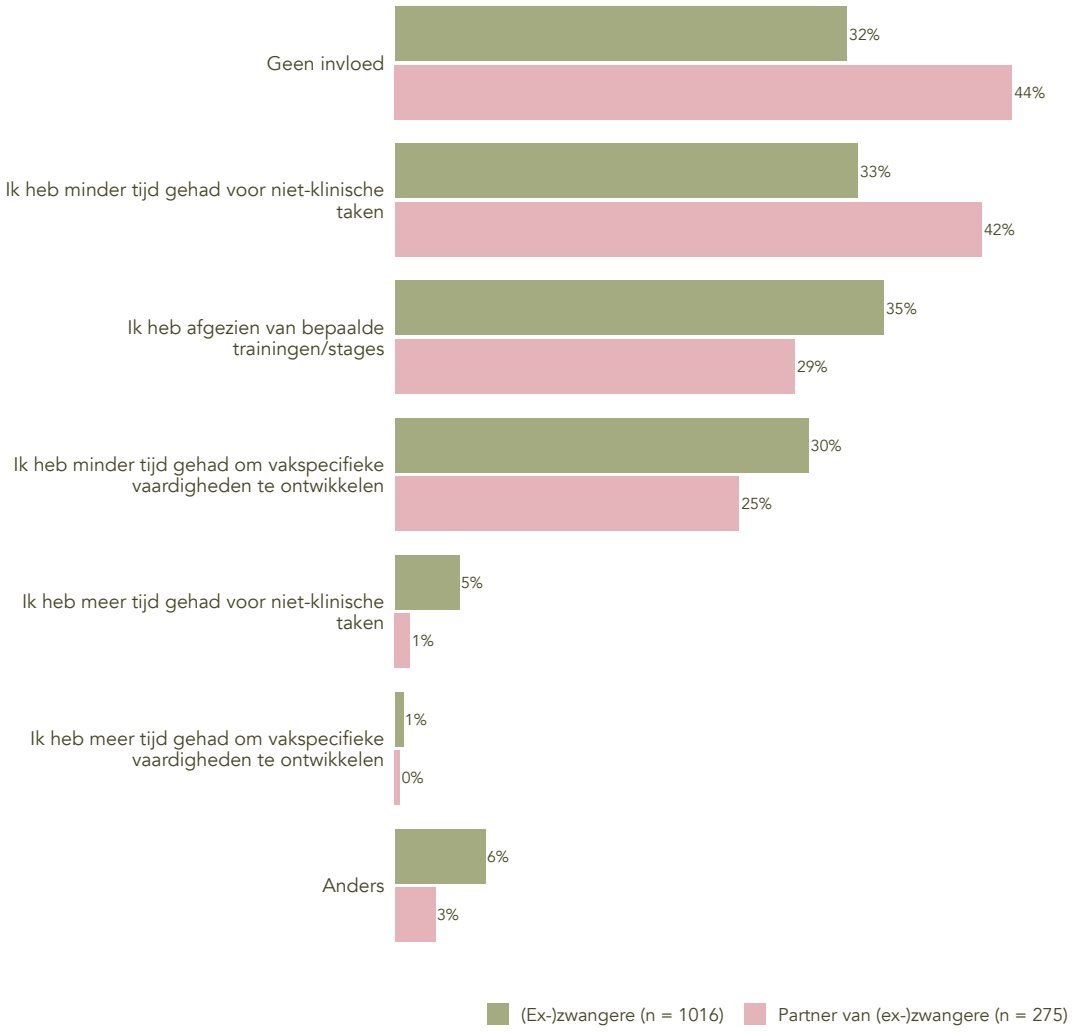
Invloed op loopbaankeuzes

Voor de meerderheid van de (ex-)zwangere respondenten (72%) heeft de zwangerschap geen invloed op de loopbaankeuzes. Bij 5% leidt de zwangerschap tot uitstel van de sollicitatie naar een opleidingsplek en bij 5% tot de keuze voor een vervolgopleiding met minder diensten. Andere gevolgen, zoals de keuze voor een vervolgopleiding buiten het ziekenhuis, eerst promoveren of tijdelijk niet als arts werken, worden elk door 3% of minder genoemd.

Ook bij vier op de vijf partners (80%) heeft de zwangerschap geen invloed op de loopbaankeuzes. Bij 4% leidt de zwangerschap tot de keuze voor een vervolgopleiding met minder diensten en bij 3% tot uitstel van de sollicitatie naar een vervolgopleiding; andere gevolgen worden elk door 2% of minder genoemd.

Invloed op de opleiding

Bij bijna twee derde van de (ex-)zwangere respondenten (63%) heeft de zwangerschap invloed op de opleiding; per specialismegroep is dit 65% (snijdend), 62% (beschouwend) en 63% (ondersteunend). De meest genoemde gevolgen zijn het afzien van bepaalde trainingen of stages (35%), minder tijd voor niet-klinische taken (33%) en minder tijd voor het ontwikkelen van vakspecifieke vaardigheden (30%) (Figuur 14). Binnen de snijdende, beschouwende en ondersteunende specialismen ziet respectievelijk 35%, 34% en 40% af van trainingen of stages en heeft respectievelijk 36%, 27% en 30% minder tijd voor vakspecifieke vaardigheden. Een klein deel ervaart juist meer tijd voor niet-klinische taken (5%) of voor het ontwikkelen van vakspecifieke vaardigheden (1%). Bij partners heeft de zwangerschap in 54% van de gevallen invloed op de opleiding. Vooral de tijd voor niet-klinische taken neemt af (42%). Daarnaast ziet 29% af van bepaalde trainingen of stages en heeft 25% minder tijd voor het ontwikkelen van vakspecifieke vaardigheden (Figuur 14).



Figuur 14 *Invloed van de eigen zwangerschap of zwangerschap van de partner op de opleiding (n = 1291, meerdere antwoorden mogelijk)*

Ervaren invloed op de beoordeling door werkgever

Voor 68% van de (ex-)zwangere respondenten heeft de zwangerschap geen invloed op de beoordeling door de werkgever; 16% ervaart een positievere en 16% een negatievere beoordeling. Bij partners geeft 75% aan dat de zwangerschap geen invloed heeft op de beoordeling door de werkgever; 19% ervaart een positievere en 6% een negatievere beoordeling.

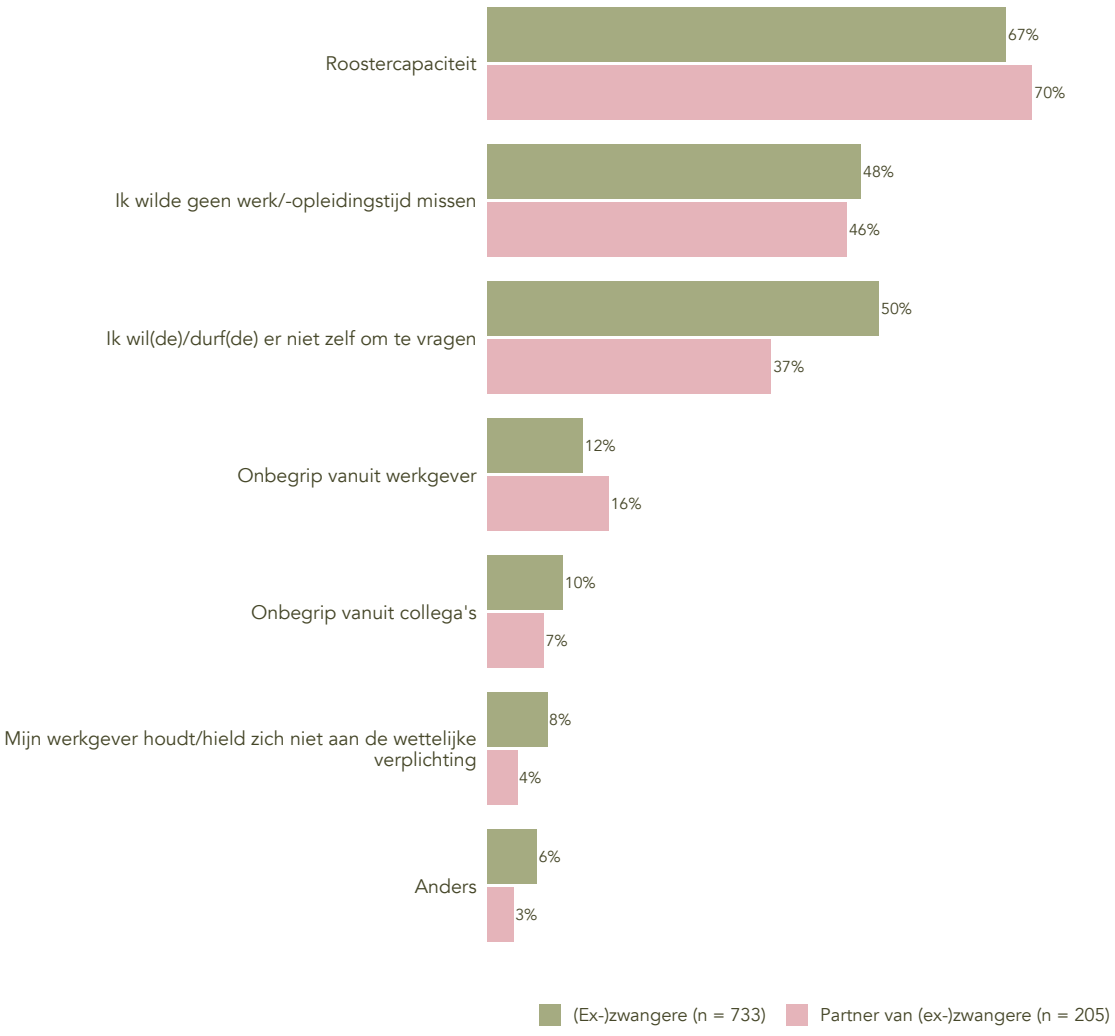
3.5.2 Invloed van het werk als (basis)arts op de zwangerschap

Prenatale zorg

Van de respondenten die zelf zwanger zijn of zijn geweest, geeft 51% aan dat afspraken bij de verloskundige of gynaecoloog (meestal) onder werktijd kunnen plaatsvinden. Bij 27% vinden deze afspraken doorgaans buiten werktijd plaats, 14% past hiervoor het rooster aan of ruilt diensten en 7% geeft aan hiervoor geen vrij te kunnen krijgen. Onder respondenten van wie de partner zwanger is of is geweest, kan 40% (meestal) onder werktijd meegaan naar afspraken. Voor 28% is hiervoor een roosterwijziging of het ruilen van diensten nodig. Bij 20% vinden de afspraken buiten werktijd plaats en 13% geeft aan hiervoor geen vrij te kunnen krijgen.

Aan respondenten die niet altijd onder werktijd naar deze afspraken kunnen, is gevraagd welke belemmeringen zij ervaren. Onder (ex-)zwangere respondenten (n = 733) wordt beperkte roostercapaciteit het vaakst genoemd (67%). Daarnaast geeft 50% aan niet om vrij te durven vragen en wil 48% geen werk- of opleidingstijd missen. Andere genoemde belemmeringen zijn ervaren onbegrip vanuit de werkgever (12%) of collega's (10%) en het volgens respondenten niet naleven van wettelijke verplichtingen door de werkgever (8%).

Ook onder partners die niet altijd mee kunnen naar afspraken (n = 205), is roostercapaciteit de meest genoemde belemmering (70%). Daarnaast wil 46% geen werk- of opleidingstijd missen en geeft 37% aan niet om vrij te durven vragen (Figuur 15).



Figuur 15 *Belemmerende factoren om onder werktijd naar afspraken te gaan (n = 938, meerdere antwoorden mogelijk)*

Zwangerschapsklachten en -complicaties

Van de respondenten die zelf zwanger zijn of zijn geweest, geeft 84% aan dat zwangerschapsklachten invloed hebben op het werk. Bij 45% was deze invloed gering, bij 28% sterk en bij 11% zeer sterk. De meest genoemde klachten zijn vermoeidheid (80%), misselijkheid en braken (47%), bekken- of rugklachten (46%), frequente harde buiken (35%), duizeligheid of flauwvallen (26%) en stress of mentale klachten (23%). Daarnaast rapporteert 43% één of meer zwangerschapscomplicaties. Deze gegevens zijn gebaseerd op zelfrapportage; een overzicht van de genoemde complicaties is opgenomen in Bijlage C.

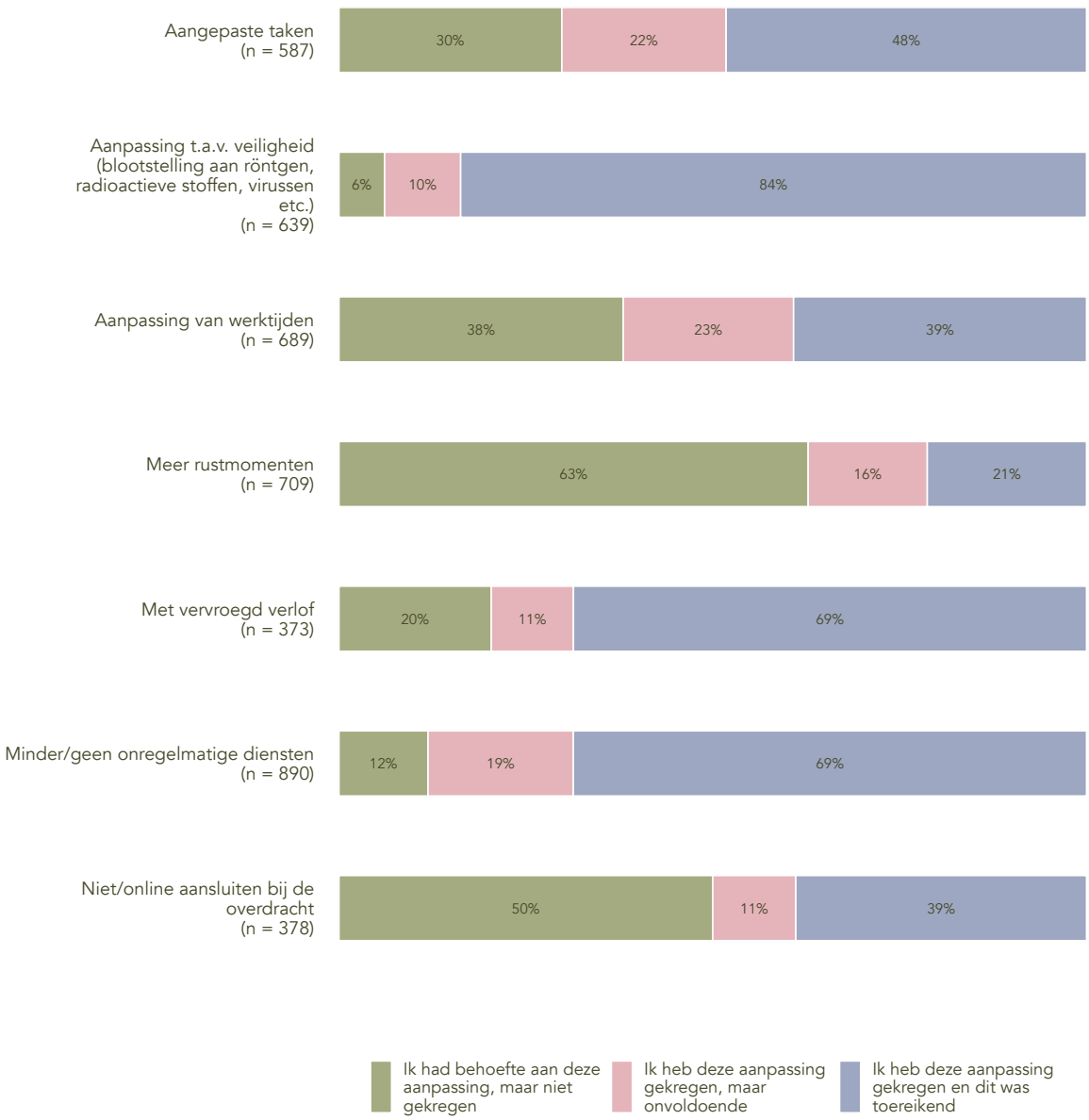
Van de (ex-)zwangere respondenten geeft 43% aan dat verlof werd geboden vanwege zwangerschapsklachten of -complicaties. Van deze groep ervoer 81% het geboden verlof als toereikend. Bij 57% werd geen verlof geboden; van hen geeft 36% aan hier wel behoefte aan te hebben gehad.

Bijna de helft van de (ex-)zwangeren (47%) ervaart in (zeer) sterke mate ruimte om zwangerschapsklachten, -beperkingen of -complicaties met de werkgever te bespreken. Bij 32% is het onderwerp bespreekbaar, maar met duidelijke drempels; 14% ervaart weinig ruimte en 8% durft dit helemaal niet te bespreken. Ruim de helft van de (ex-)zwangeren (54%) ervaart in (zeer) sterke mate steun van collega's bij zwangerschapsklachten of -complicaties. Daarnaast beoordeelt 22% de steun als neutraal, ervaart 21% geringe steun en 3% geen steun.

Als meest (extra) belastende aspecten van het werk tijdens een zwangerschap worden lange werkdagen (74%), hoge werkdruk (59%), onregelmatige of nachtdiensten (56%) en fysiek zwaar werk (53%) genoemd. Onregelmatige of nachtdiensten en fysiek zwaar werk worden binnen de snijdende specialismen door 66% en 65% genoemd, binnen de beschouwende door 56% en 49% en binnen de ondersteunende door 41% en 44%.

Aanpassingen op werk

Respondenten rapporteren wisselende ervaringen met aanpassingen van hun werkzaamheden tijdens de zwangerschap. Aanpassingen gericht op veiligheid worden door 84% als toereikend ervaren. Ook vervroegd verlof (69%) en vermindering van onregelmatige diensten (69%) worden relatief vaak als toereikend beoordeeld. Voor aangepaste werkzaamheden geldt dit voor 48%. Bij andere aanpassingen geven respondenten vaker aan deze niet of onvoldoende te hebben gekregen. Dit geldt met name voor extra rustmomenten (79%), de mogelijkheid om niet of online aan overdrachten deel te nemen (61%) en aangepaste werktijden (61%) (Figuur 16).



Figuur 16 *Aanpassing tijdens de zwangerschap: toegepast en toereikend?*

Van de (ex-)zwangeren die geen of onvoldoende aanpassingen kregen (n = 819), noemt bijna driekwart als reden dat zij zich bezwaard voelden om hierom te vragen (73%). Andere genoemde redenen zijn roostercapaciteit (55%), een cultuur waarin aanpassen van werkzaamheden tijdens de zwangerschap niet gebruikelijk is (47%), angst voor negatieve gevolgen voor beoordeling, opleiding of carrière (40%), het zelf besluiten om geen aanpassingen door te voeren (25%), het ontbreken van een passende vervangende taak (18%) en een werkgever die aanpassingen niet nodig of niet gerechtvaardigd vond (7%). In de open antwoorden noemen respondenten daarnaast gebrek aan vervanging en volle spreekuren. Ook beschrijven zij dat zij zelf moeten uitzoeken wat veilig is bij blootstelling aan straling, dampvormige anesthetica of infectierisico's, en dat zij praktische aanpassingen, zoals ergonomische hulpmiddelen of een parkeervergunning, zelf moeten regelen.

3.5.3 Communicatie over een kind krijgen op de werkvloer

Van de respondenten die de zwangerschap al hadden aangekondigd, ervaart 82% de reactie van de werkgever als (heel) positief: 81% binnen de snijdende, 84% binnen de beschouwende en 78% binnen de ondersteunende specialismen. Een (heel) negatieve reactie rapporteert 3% van de (ex-)zwangeren en 1% van de partners. Collega's reageren in 94% van de gevallen (heel) positief op de aankondiging. Van de (ex-)zwangeren die de zwangerschap al hadden gemeld, kon 56% dit in een vroeg stadium in (zeer) sterke mate discreet doen en 14% antwoordde neutraal. Voor 30% was dit helemaal niet (8%) of in geringe mate (22%) mogelijk.

3.5.4 Cao en zwangerschap

Infokader

Tijdens de zwangerschap heeft de zwangere (basis)arts recht op aangepaste werktijden en bescherming tegen overbelasting. De Arbeidstijdenwet (ATW) geldt als wettelijke basis. Afhankelijk van de werkgever kunnen de Cao UMC, Cao Ziekenhuizen of Cao GGZ aanvullende rechten geven.

De ATW biedt een zwangere werknemer recht op een regelmatig arbeids- en rusttijdenpatroon en zo nodig extra pauzes. De werkgever moet rekening houden met specifieke omstandigheden en kan de zwangere niet verplichten tot werken in nachtdiensten. Voor nachtdiensten geldt de wettelijke bescherming tot zes maanden na de bevalling. Ook heeft de zwangere recht op tijd voor noodzakelijke zwangerschapsonderzoeken, zoals een afspraak bij de verloskundige of gynaecoloog, met behoud van loon [11].

In de Cao Ziekenhuizen staat dat vanaf de twaalfde week in de zwangerschap geen onregelmatige diensten worden opgedragen. Voor bereikbaarheids-, aanwezigheids- en consignatiediensten geldt dezelfde regeling. Conform de ATW geldt voor nachtdiensten aanvullende bescherming. Tijdens de zwangerschap en tot zes maanden na de bevalling kan de (ex-)zwangere niet worden verplicht om nachtdiensten te werken [9].

In de Cao UMC heeft de zwangere andere aanvullende rechten. Wanneer het om avond- en nachtdiensten gaat is het tot 20 weken zwangerschap de eigen keuze van de zwangere om avond- en nachtdiensten te blijven doen, hierna mag een werkgever dit niet meer opdragen. Voor bereikbaarheids-, aanwezigheids- en consignatiediensten bevat de Cao UMC geen afzonderlijke algemene vrijstelling voor alle diensten. In de cao staat beschreven dat er wel moet worden voldaan aan de rusttijden zoals beschreven in de ATW [12].

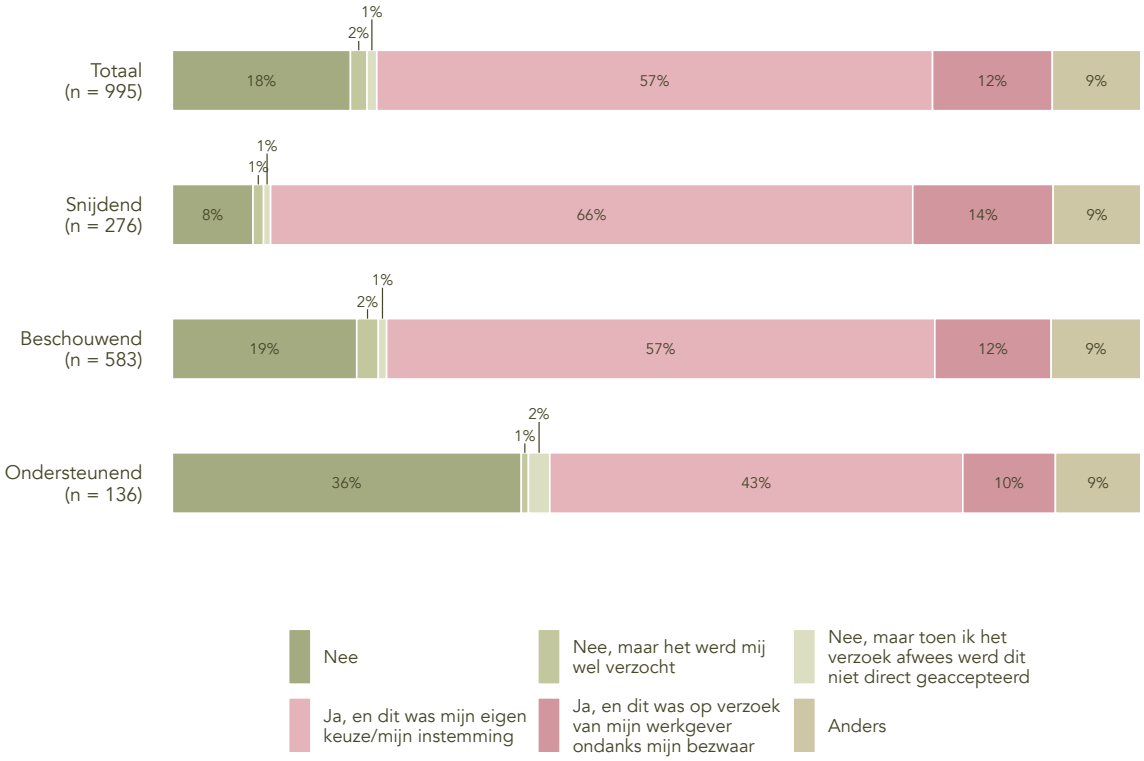
In de Cao GGZ wordt een zwangere niet ingedeeld in een onregelmatige dienst, tenzij de zwangere hiertegen bezwaar maakt. Dit geldt ook voor bereikbaarheids-, aanwezigheids-, crisis- of consignatiediensten [10].

Bewustzijn van cao-afspraken

Van de (ex-)zwangeren was 39% ten tijde van de zwangerschap volledig en 48% gedeeltelijk op de hoogte van de cao-afspraken omtrent zwangerschap; 14% was niet of nauwelijks op de hoogte. De meesten (84%) hebben deze afspraken op eigen initiatief opgezocht. Daarnaast waren omgeving en collega's (39%) en de werkgever (13%) een bron van informatie. Verder wordt meermaals in de open antwoorden genoemd dat de secretaresse of roostermaker zwangeren informeert over de cao-afspraken. Ook wordt de informatiebrochure van DJS genoemd als bron van informatie.

Avond-, weekend- en tussendiensten tijdens de zwangerschap

Ruim de helft van de (ex-)zwangeren (57%) werkte tijdens de zwangerschap met eigen instemming avond-, weekend- of tussendiensten. Daarnaast werkte 12% deze diensten op verzoek van de werkgever, ondanks bezwaar van de (ex-)zwangeren. Ongeveer een vijfde (21%) werkte dit type diensten niet: bij 18% werd hier niet om gevraagd, bij 2% wel en bij 1% werd het bezwaar niet direct geaccepteerd. Binnen snijdende specialismen werkte 80% van de (ex-)zwangeren deze diensten, binnen beschouwende specialismen 69% en binnen ondersteunende specialismen 53% (Figuur 17).



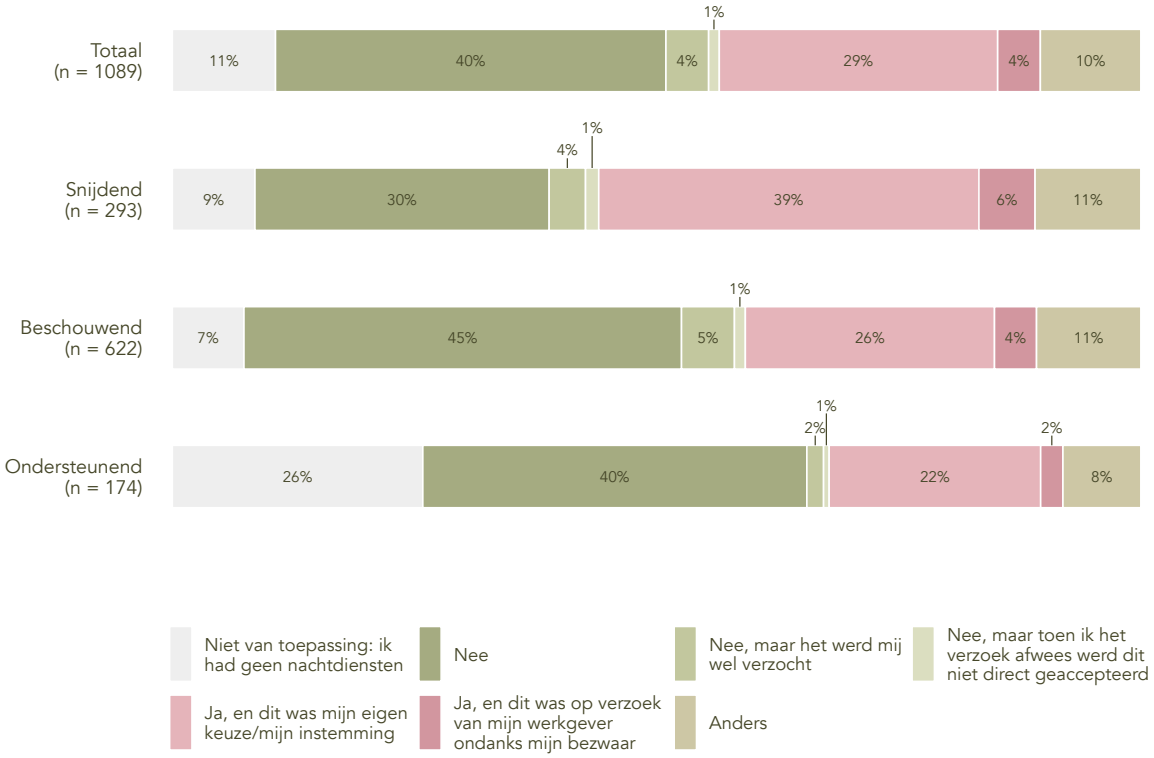
Figuur 17 *Werken van onregelmatige diensten (avond-, weekend- en tussendiensten) tijdens de zwangerschap, naar specialismegroep*

Van de (ex-)zwangeren die avond-, weekend- of tussendiensten hebben gewerkt, heeft 65% een mix van deze diensten ook na 12 weken zwangerschapsduur gewerkt, 15% alleen tot 12 weken en 15% alleen weekenddagdiensten na 12 weken. Druk op het rooster (63%) en de geldende norm op de werkplek (56%) zijn de belangrijkste redenen om deze diensten te werken. Andere genoemde redenen zijn de op dat moment geldende cao-afspraken (26%), ten behoeve van het eigen leerproces (24%), op expliciet verzoek (16%), uit angst voor negatieve gevolgen voor opleiding of carrière (16%), onbekendheid met de eigen rechten zonder dat de werkgever hierop wees (13%) en prettig werken tijdens de dienst (bijvoorbeeld door lichtere werkzaamheden of omstandigheden thuis; 11%).

Nachtdiensten tijdens de zwangerschap

Van de (ex-)zwangeren werkte 56% tijdens de zwangerschap geen nachtdiensten; een deel (11%) werkte sowieso geen nachtdiensten. Bij 1% werd een afwijzing van nachtdiensten niet direct geaccepteerd. Een derde werkte wel nachtdiensten: 29% met eigen instemming en 4% op verzoek van de werkgever en ondanks bezwaar. Binnen snijdende specialismen werkte 45% van de (ex-)zwangeren nachtdiensten tijdens de zwangerschap, binnen beschouwende specialismen 30% en binnen ondersteunende specialismen 24% (Figuur 18).

Van de (ex-)zwangeren die nachtdiensten werkten, deed 66% dit tot 12 weken zwangerschap en 34% ook daarna. De belangrijkste redenen om nachtdiensten te werken zijn druk op het rooster (54%), de geldende norm (48%) en het nog niet bekend zijn van de zwangerschap bij de werkgever (38%). Daarnaast worden angst voor negatieve gevolgen voor de opleiding of de kans op het verkrijgen van een opleidingsplaats (14%), het belang van het eigen leerproces (11%) en onbekendheid met de cao-afspraken (10%) genoemd.



Figuur 18 *Werken van nachtdiensten tijdens (een deel van) de zwangerschap, naar specialismegroep*

Er wordt veel gebruikgemaakt van de mogelijkheid tot open antwoord geven (10%) op de vraag of men als zwangere nachtdiensten heeft gedraaid. Respondenten geven aan dat ze erachter kwamen zwanger te zijn toen het dienstrooster al (lang) vaststond en ze niet de ruimte voelden om zich uit te laten roosteren. Verder bestaan er op verschillende plekken lokale afspraken om door te werken in de (nacht)diensten tot een bepaalde termijn van de zwangerschap.

Bereikbaarheids-, aanwezigheids- of consignatiediensten tijdens de zwangerschap

Van de (ex-)zwangeren op wie bereikbaarheids-, aanwezigheids- of consignatiediensten van toepassing waren (n = 702), draait 41% dit type dienst tijdens de gehele zwangerschap niet. Daarnaast draait 22% dit type dienst tot 12 weken zwangerschapsduur en 37% ook daarna. Het draaien van dergelijke diensten is voor de helft (52%) gedeeltelijk vrijwillig, maar ook deels onder druk vanuit werkgever of collega's. Een kwart (27%) geeft aan dat het volledig de eigen keuze is, terwijl 21% aangeeft dat het niet de eigen keuze is. Wederom zijn de geldende norm (53%) en druk op het rooster (51%) de belangrijkste drijfveren om deze diensten te draaien.

Nachtdiensten in de eerste zes maanden postpartum

In de eerste zes maanden na de bevalling werkte 85% van de respondenten geen nachtdiensten; bij 8% van hen werd wel gevraagd nachtdiensten te doen en bij 1% werd een afwijzing niet direct geaccepteerd. Een klein deel werkte in die periode wel nachtdiensten: 12% met eigen instemming en 3% op verzoek van de werkgever en ondanks bezwaar. In snijdende specialismen werkte 25% in deze periode nachtdiensten, tegenover 10% in beschouwende en 14% in ondersteunende specialismen. De belangrijkste redenen zijn de geldende norm op de werkplek (60%) en druk op het rooster (57%). Ongeveer een vijfde (22%) geeft als reden aan niet goed op de hoogte te zijn van de cao-afspraken. Minder vaak genoemd zijn het eigen leerproces (19%) en angst voor negatieve gevolgen voor de (vervolg)opleiding (18%).

3.6 Verlof

Van de respondenten heeft ruim een derde (34%) tijdens het werk als (basis)arts een kind gekregen: 26% via een eigen zwangerschap (n = 889) en 7% via de zwangerschap van de partner (n = 237). Een enkeling kreeg een kind via een stiefkind (n = 8), draagmoederschap (n = 2) of pleegzorg (n = 1). Van de aios heeft 44% tijdens het werk als (basis)arts een kind gekregen, van de basisartsen 10%. In de enquête is gevraagd naar het verlof rondom het meest recente kind. In deze paragraaf zijn de respondenten meegenomen die op het moment dat zij dat kind kregen tot de DJS-achterban behoorden. De vragen over het zwangerschaps- en bevallingsverlof zijn beantwoord door de respondenten die zelf zijn bevallen. De vragen over het (aanvullend) geboorteverlof zijn beantwoord door de partners en de vragen over het ouderschapsverlof door beide groepen.

3.6.1 Zwangerschaps- en bevallingsverlof

Infokader
Zwangere werknemers hebben recht op ten minste zestien weken zwangerschaps- en bevallingsverlof. Het zwangerschapsverlof gaat zes tot vier weken vóór de uitgerekende datum in. Na de bevalling volgt ten minste tien weken bevallingsverlof [15]. In de Cao Ziekenhuizen en de Cao GGZ is bepaald dat de werknemer aansluitend aan haar bevallingsverlof onbetaald verlof kan opnemen voor een periode van maximaal 4 weken. Werkgever en werknemer maken daarover uiterlijk 3 maanden voor de vermoedelijke datum van de bevalling een afspraak.

Van de respondenten die zelf zijn bevallen heeft 89% het volledige zwangerschaps- en bevallingsverlof opgenomen en 9% een deel. Vier respondenten (minder dan 1%) hebben geen zwangerschaps- en bevallingsverlof opgenomen; zij rapporteerden allen complicaties zoals een miskraam, vroeggeboorte, immature partus of intra-uteriene vruchtdood.

3.6.2 Geboorteverlof

Infokader
Partners hebben recht op geboorteverlof van eenmaal de wekelijkse arbeidsduur, op te nemen binnen vier weken na de geboorte, met behoud van loon. Daarnaast is er aanvullend geboorteverlof van maximaal vijf keer de wekelijkse arbeidsduur, op te nemen binnen zes maanden na de geboorte, met een uitkering via het UWV van 70% van het salaris tot maximaal 70% van het maximumdagloon. In de Cao GGZ is sinds januari 2025 vastgelegd dat de werkgever deze uitkering aanvult tot 100% van het salaris. In de Cao UMC is vanaf januari 2026 bepaald dat de werkgever deze uitkering aanvult tot het niveau van het loon van de medewerker, maar niet meer dan het bedrag van het op dat moment geldende wettelijk maximumdagloon. Het geboorteverlof in de huidige vorm bestaat sinds 1 januari 2019 en het aanvullend geboorteverlof sinds 1 juli 2020 [6].

Van de partners heeft driekwart (75%) het geboorteverlof volledig opgenomen, 13% het grootste deel en 10% een deel. Het aanvullend geboorteverlof werd door 84% van de partners volledig opgenomen, aaneengesloten of verspreid; 10% nam minder dan vijf weken op en 6% nam het niet op. Binnen de snijdende specialismen nam 11% van de partners het aanvullend geboorteverlof niet op, tegenover 3% binnen zowel de beschouwende als de ondersteunende specialismen. In umc's nam 87% van de partners het aanvullend geboorteverlof volledig op, in algemene (perifere) ziekenhuizen 81%.

Van de partners heeft 81% het aanvullend geboorteverlof naar wens opgenomen. Wie dit niet naar wens kon doen, noemt het vaakst (76%) organisatorische factoren zoals roosters, diensten en bezetting als reden. Andere genoemde redenen zijn angst voor negatieve gevolgen voor opleiding of carrière (46%), beperkte ondersteuning vanuit de werkgever (34%), de cultuur op de werkvloer (24%), financiële redenen (17%) en onvoldoende kennis over rechten en mogelijkheden (15%).

3.6.3 Ouderschapsverlof

Infokader
Beide ouders hebben recht op onbetaald ouderschapsverlof van in totaal 26 keer de wekelijkse arbeidsduur, op te nemen tot het kind de leeftijd van 8 jaar bereikt. Hiervan worden sinds 2 augustus 2022 negen weken gedeeltelijk betaald (70% van het dagloon via het UWV) mits het verlof wordt opgenomen in het eerste levensjaar van het kind [7]. Dit verlof geldt niet alleen na een bevalling: ook ouders die via adoptie of pleegzorg ouder zijn geworden hebben er recht op. In de Cao UMC en de Cao GGZ is bepaald dat de werkgever deze uitkering aanvult tot het volledige salaris (sinds respectievelijk 2024 en 2025) [8, 10]. In de Cao Ziekenhuizen is sinds september 2025 bepaald dat de werkgever de uitkering aanvult tot het salaris met als maximum het maximumdagloon [9]. Voor zowel het betaalde als onbetaalde ouderschapsverlof kan de werknemer zelf invullen of het verlof gespreid of aaneengesloten wordt opgenomen [7].

Van de ouders heeft 70% het betaald ouderschapsverlof volledig opgenomen, meestal verspreid over het jaar (52%). Daarnaast heeft 21% het verlof gedeeltelijk opgenomen en 6% helemaal niet; voor 3% bestond het betaald ouderschapsverlof nog niet. Van de vrouwen heeft 73% het betaald ouderschapsverlof volledig opgenomen, van de mannen 57%; mannen namen het vaker gedeeltelijk (30% tegenover 19%) of niet op (11% tegenover 5%).

De meerderheid (70%) heeft het betaald ouderschapsverlof naar wens opgenomen; bij vrouwen en mannen is dit vergelijkbaar (69% en 71%). Daarnaast had 14% meer verlof willen opnemen, 9% het anders willen verspreiden en 8% beide. Organisatorische factoren zoals roosters, diensten en bezetting worden het vaakst (65%) genoemd als reden dat het verlof niet naar wens kon worden ingezet. Andere genoemde redenen zijn angst voor negatieve gevolgen voor opleiding of carrière (39%), beperkte ondersteuning vanuit de werkgever (34%), het contract niet tijdelijk kunnen aanpassen (24%), de cultuur op de werkvloer (22%), onvoldoende kennis over de eigen rechten en mogelijkheden (18%), het ontmoedigen van het opnemen van verlof (15%) en financiële redenen (10%). Van de ouders die bewust niet het volledige betaald ouderschapsverlof opnamen, geeft de meerderheid (58%) aan dat dit beter uitkwam voor de opleiding of het werk.

Het onbetaald ouderschapsverlof werd door drie op de vijf ouders (60%) helemaal niet opgenomen, door ruim een op de vijf (22%) gedeeltelijk en door bijna een op de vijf (18%) volledig, vrijwel altijd verspreid (94%). Wie het onbetaald ouderschapsverlof bewust niet volledig opnam, noemt als reden dat hier geen behoefte aan was (30%), dat het beter uitkwam voor de opleiding of het werk (29%) of financiële redenen (26%). Ook bij het onbetaald ouderschapsverlof heeft de meerderheid (79%) het verlof naar wens opgenomen. Daarnaast had 10% meer verlof willen opnemen, 4% het anders willen verspreiden en 6% beide. Organisatorische factoren (64%) en angst voor negatieve gevolgen voor opleiding of carrière (42%) worden het vaakst genoemd als reden dat het onbetaald ouderschapsverlof niet naar wens kon worden ingezet.

Van de ouders is 43% tevreden over de huidige verlofmogelijkheden. Een even groot deel (43%) geeft aan dat het opnemen van verlof leidt tot een hogere werkdruk voor collega's. Verder wordt genoemd dat de verlofregelingen moeilijk te combineren zijn met roosters en diensten (33%), dat het opnemen van verlof gevolgen heeft voor de opleiding of loopbaan (27%) en dat de regels onduidelijk of complex zijn (22%).

Infokader
Het is wettelijk vastgelegd wat de werkgever mag weigeren bij het opnemen van de verschillende soorten verlof rondom de zwangerschap en geboorte. Het opnemen en inplannen van zwangerschaps-, bevallingsverlof en voor de partner geboorteverlof kan de werkgever nooit weigeren. De werkgever mag het opnemen van aanvullend geboorteverlof, betaald en onbetaald ouderschapsverlof zelf niet weigeren, maar kan onder voorwaarden wel de gewenste spreiding van het inplannen van dit verlof aanpassen wegens zwaarwegende bedrijfsbelangen [15, 16].

3.7 Ouderschap

Een derde van de respondenten (33%) draagt zorg* voor één of meerdere kinderen: 18% voor één kind en 15% voor meerdere kinderen. Van de aios draagt 42% zorg voor één of meerdere kinderen, van de basisartsen 11%. De vragen in deze paragraaf zijn gesteld aan de respondenten die zorg dragen voor één of meerdere kinderen (n = 1125).

*Onder zorg verstaan wij de verantwoordelijkheid voor en/of feitelijke zorg voor één of meerdere kinderen. Dit kan volledige zorg, gedeelde zorg (co-ouderschap) of zorg voor een stiefkind betreffen, ongeacht de juridische ouderlijke verantwoordelijkheid.

3.7.1 Invloed ouderschap op werk

Drie op de vijf respondenten (60%) geven aan dat het ouderschap geen invloed heeft gehad op de beoordeling door de werkgever. Een (heel) positieve invloed wordt door 22% gerapporteerd en een (heel) negatieve invloed door 18%. Onder vrouwen rapporteert 20% een (heel) negatieve invloed, onder mannen 13%.

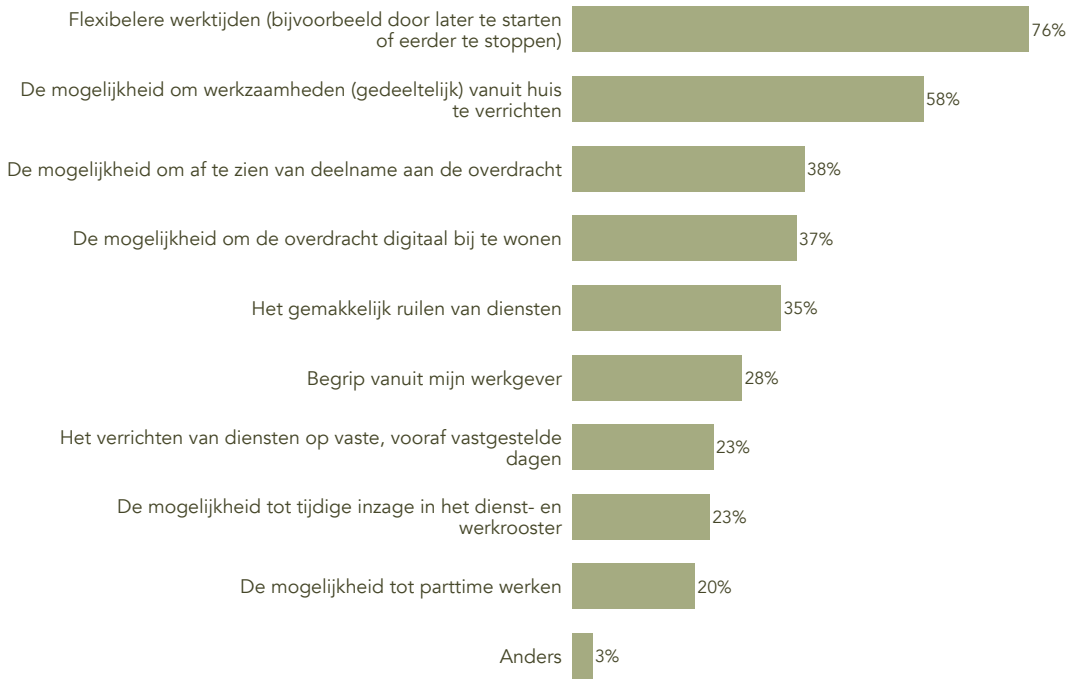
Voor ruim de helft van de respondenten (56%) heeft het ouderschap geen invloed gehad op het contract. Daarnaast is 38% minder uren gaan werken en 2% meer uren. Een klein aantal respondenten (1%) geeft aan dat het contract vanwege het ouderschap niet is verlengd; onder basisartsen is dit 8% en onder aios minder dan 1%.

Op de loopbaankeuzes rapporteert 70% van de respondenten geen invloed van het ouderschap; onder aios is dit 74% en onder basisartsen 34%. Genoemde invloeden zijn later solliciteren voor een vervolgopleiding (7%), het kiezen van een andere vervolgopleiding met een lage(re) dienstbelasting (5%), een periode niet als arts werken (3%) en eerst promoveren in plaats van klinisch werken (3%). Later solliciteren voor een vervolgopleiding wordt door 28% van de basisartsen genoemd en door 4% van de aios.

Bij twee derde van de respondenten (67%) heeft het ouderschap invloed op de opleiding (vrouwen 68%, mannen 63%; snijdend 68%, beschouwend 69% en ondersteunend 61%). Bijna de helft (49%) geeft aan minder tijd te hebben gehad voor niet-klinische taken. Daarnaast heeft 37% minder tijd gehad om vakspecifieke vaardigheden te ontwikkelen en heeft 32% afgezien van bepaalde trainingen of stages.

3.7.2 Combineren ouderschap en werk

Ruim driekwart van de respondenten (76%) ervaart in redelijke tot zeer sterke mate ruimte om het ouderschap te combineren met de huidige functie: 53% in redelijke mate en 23% in (zeer) sterke mate. Een op de vijf (21%) ervaart deze ruimte in geringe mate en 4% helemaal niet. Binnen de snijdende specialismen ervaart 69% in redelijke tot zeer sterke mate ruimte, binnen de beschouwende 78% en binnen de ondersteunende 79%. Flexibiliteit in werktijden als ouder of verzorger wordt door 30% van de respondenten helemaal niet ervaren en 39% in geringe mate. De meest genoemde beperkende factoren voor deze flexibiliteit zijn het niet later kunnen starten of eerder kunnen stoppen (78%) en het niet (gedeeltelijk) vanuit huis kunnen werken (72%). Andere beperkende factoren zijn verplichte deelname aan de overdracht (43%), moeite met het ruilen van diensten (42%) en het niet digitaal kunnen bijwonen van de overdracht (29%). Dezelfde vijf factoren worden het vaakst genoemd als behoefte om meer flexibiliteit in werktijden te ervaren als ouder of verzorger, met flexibelere werktijden (76%) en (gedeeltelijk) thuiswerken (58%) bovenaan (Figuur 19). Als factoren die positief bijdragen aan de flexibiliteit worden vooral de mogelijkheid tot parttime werken (77%), begrip vanuit de werkgever (49%) en de mogelijkheid om de overdracht digitaal bij te wonen (42%) genoemd.



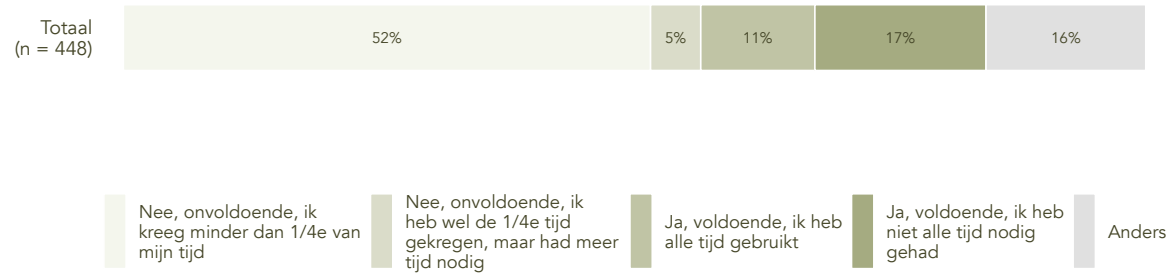
Figuur 19 *Behoeften om meer flexibiliteit in werktijden te ervaren als ouder of verzorger (n = 1008, meerdere antwoorden mogelijk)*

3.8 Borstvoeding

In totaal hebben 646 respondenten (80% van de respondenten die via eigen zwangerschap een kind hebben gekregen) tijdens hun werk als (basis)arts borstvoeding gegeven, van wie 461 in het verleden en 185 op het moment van de enquête. Ruim twee derde (70%) geeft aan mede vanwege het werk eerder te zijn afgebouwd of gestopt met het geven van borstvoeding. De meest genoemde belemmeringen tijdens het geven van borstvoeding of kolven zijn onvoldoende tijd tijdens reguliere werktijden (60%) en een achterblijvende melkproductie door mogelijk werkgerelateerde factoren, zoals stress, onregelmatig kolven en vermoeidheid (59%). Daarnaast noemt 46% onvoldoende tijd tijdens onregelmatige diensten en 42% onvoldoende faciliteiten. Ruim een kwart (27%) geeft aan dat de heersende cultuur het lastig maakte om wensen en benodigdheden rondom borstvoeding en kolven bespreekbaar te maken. Een kleine groep (8%) heeft geen belemmerende factoren ervaren. Ruim de helft (56%) beoordeelt de kwaliteit en beschikbaarheid van de kolfvoorzieningen als matig (28%) of onvoldoende (27%), en een kwart (26%) als (zeer) goed.

Infokader
Volgens artikel 4:8 van de Arbeidstijdenwet (ATW) heeft een werknemer die borstvoeding geeft of kolft, gedurende de eerste negen levensmaanden van het kind het recht op werkonderbreking om te kunnen voeden of kolven. Deze onderbrekingen mogen samen maximaal een kwart van de arbeidstijd per dienst beslaan en worden als arbeidstijd beschouwd, met behoud van loon. Dit is al sinds 1996 vastgelegd in de wet. De werkgever moet de werknemer hiervoor de gelegenheid bieden en een geschikte, afsluitbare ruimte beschikbaar stellen. Dit wettelijke recht geldt voor alle werknemers, dus ook voor wie onder de Cao Ziekenhuizen, de Cao UMC of de Cao GGZ valt [11].

De helft van de respondenten die borstvoeding geeft of gaf (52%) kreeg minder dan een kwart van de werktijd om borstvoeding te geven of te kolven en vond dit onvoldoende; 5% kreeg wel een kwart van de werktijd, maar had meer tijd nodig. Voldoende tijd kreeg 28%: 11% heeft alle tijd gebruikt en 17% had niet alle tijd nodig (Figuur 20). De meest genoemde reden voor onvoldoende tijd of gelegenheid is dat spoed of acute zorg het lastig maakte om pauzes te nemen (66%). Daarnaast noemen respondenten onvoldoende bezetting of een te hoge werkdruk (57%), zich bezwaard voelen om hiervoor tijd te nemen (57%) en werkzaamheden die niet konden worden overgenomen (56%). Ook geeft 38% aan dat het niet gebruikelijk was op de afdeling en 35% dat er geen geschikte kolfvoorzieningen waren.



Figuur 20 *Voldoende tijd en gelegenheid om onder werktijd borstvoeding te geven of te kolven*

3.9 Verschillen tussen clusters geneeskundige specialismen

De vragenlijst is uitgezet onder alle aios, basisartsen, en arts-onderzoekers in Nederland. Deze paragraaf vergelijkt de resultaten van de enquête tussen de drie clusters van geneeskundige specialismen. Net als in de andere hoofdstukken van het rapport gaat het hierbij uitsluitend om beschrijvende statistiek; er worden geen statistische toetsen uitgevoerd.

De drie clusters zijn als volgt samengesteld:

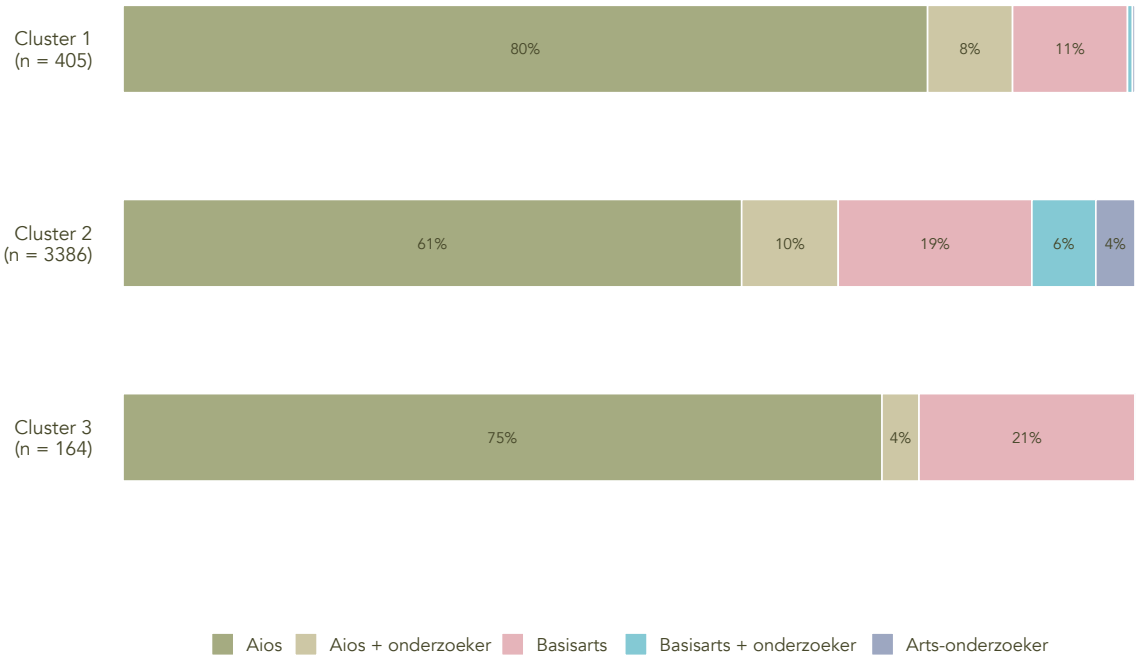
- Cluster 1: aios, basisartsen, en arts-onderzoekers die werkzaam zijn in of opgeleid worden binnen de huisartsgeneeskunde, ouderengeneeskunde, geneeskunde voor mensen met een verstandelijke beperking, verslavingsgeneeskunde, en de internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde.
- Cluster 2: aios, basisartsen, en arts-onderzoekers die werkzaam zijn in of opgeleid worden binnen een ziekenhuisgebonden medisch specialisme, inclusief de opleiding tot ziekenhuisapotheker, klinisch chemicus, of klinisch fysicus.
- Cluster 3: aios, basisartsen, en arts-onderzoekers die werkzaam zijn in of opgeleid worden binnen de sociale geneeskunde, bedrijfsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde, forensische geneeskunde en maatschappij en gezondheid.

Net als in de andere hoofdstukken van het rapport is per thema gekeken naar de situatie op dat moment (zie 2.3). Het aantal respondenten per cluster verschilt daardoor per vraag; zeer kleine subgroepen (o.a. bij het fertiliteitstraject) worden niet gerapporteerd.

3.9.1 Demografische gegevens en arbeidsduur

In totaal namen 3955 aios, basisartsen en arts-onderzoekers van wie het specialisme, en daarmee het cluster, bekend is deel aan het onderzoek. Cluster 2 vormt verreweg de grootste groep (n = 3386; 86%), gevolgd door Cluster 1 (n = 405; 10%) en Cluster 3 (n = 164; 4%).

Het merendeel van de respondenten is werkzaam als aios (73%), al verschilt de verdeling tussen de functietypen per cluster (Figuur 21). Qua leeftijd wijkt Cluster 3 af van de andere twee clusters: 31% van de respondenten in dit cluster is geboren vóór 1990, tegenover 7% in Cluster 1 en 10% in Cluster 2. In alle clusters is het merendeel van de respondenten vrouw: 88% in Cluster 1 en 3, tegenover 78% in Cluster 2.



Figuur 21 *Functie van respondenten per cluster*

Van de respondenten in Cluster 1 is 51% werkzaam in een huisartsenpraktijk. Het overige deel is onder andere werkzaam in een verpleeghuis (20%), algemeen ziekenhuis (12%) of instelling voor mensen met een verstandelijke beperking (7%). In Cluster 2 is het merendeel werkzaam in een algemeen ziekenhuis (46%) of universitair medisch centrum (43%), terwijl de respondenten uit Cluster 3 met name werkzaam zijn bij GGD-instellingen (46%), arbodiensten (24%) en het UWV (15%). Een parttime aanstelling wordt vaker gerapporteerd door respondenten uit Cluster 1 en 3 (respectievelijk 75% en 74%, tegenover 56% in Cluster 2). De redenen om parttime te werken komen grotendeels overeen tussen de clusters. Een betere werk-privébalans is in alle clusters de belangrijkste reden (Cluster 1: 88%; Cluster 2: 75%; Cluster 3: 93%), gevolgd door tijd voor kinderen (43%, 48% en 58%). Tijd voor wetenschappelijk onderzoek noemt 19% in Cluster 2, tegenover 4% in Cluster 1 en 3. Wie fulltime werkt, doet dat in alle clusters meestal uit eigen voorkeur (64% tot 72%). Financiële redenen en het verkorten van de opleiding spelen vooral een rol in Cluster 3 (59% en 51%) en Cluster 1 (42% en 33%), tegenover 28% en 19% in Cluster 2. Het ontbreken van een andere contractvorm noemt 21% in Cluster 2, tegenover 4% in Cluster 1 en 5% in Cluster 3.

In Cluster 3 draagt ruim de helft van de respondenten zorg voor kinderen (53%) ten opzichte van 36% in Cluster 1 en 33% in Cluster 2; respondenten in Cluster 3 zijn gemiddeld ouder (zie hierboven). Zwangerschap (nu of in het verleden) komt in Cluster 3 bij 57% van de vrouwelijke respondenten voor, tegenover 46% in Cluster 1 en 40% in Cluster 2. Een partner die zwanger is (geweest) komt bij slechts een klein deel van de respondenten voor: 6% in Cluster 1 en 3, ten opzichte van 9% in Cluster 2.

3.9.2 Effecten van verminderde inzetbaarheid op het team en individu

Cluster 2 rapporteert het vaakst dat er collega's verminderd inzetbaar zijn (73%), tegenover 60% in Cluster 3 en 41% in Cluster 1, terwijl het percentage respondenten dat aangeeft zelf verminderd inzetbaar te zijn nauwelijks verschilt tussen de clusters (Cluster 1: 8%; Cluster 2: 10%; Cluster 3: 12%). Dit contrast kan erop duiden dat vooral het aantal collega's (aios en basisartsen) per cluster van invloed is op de ervaren verminderde inzetbaarheid van het team.

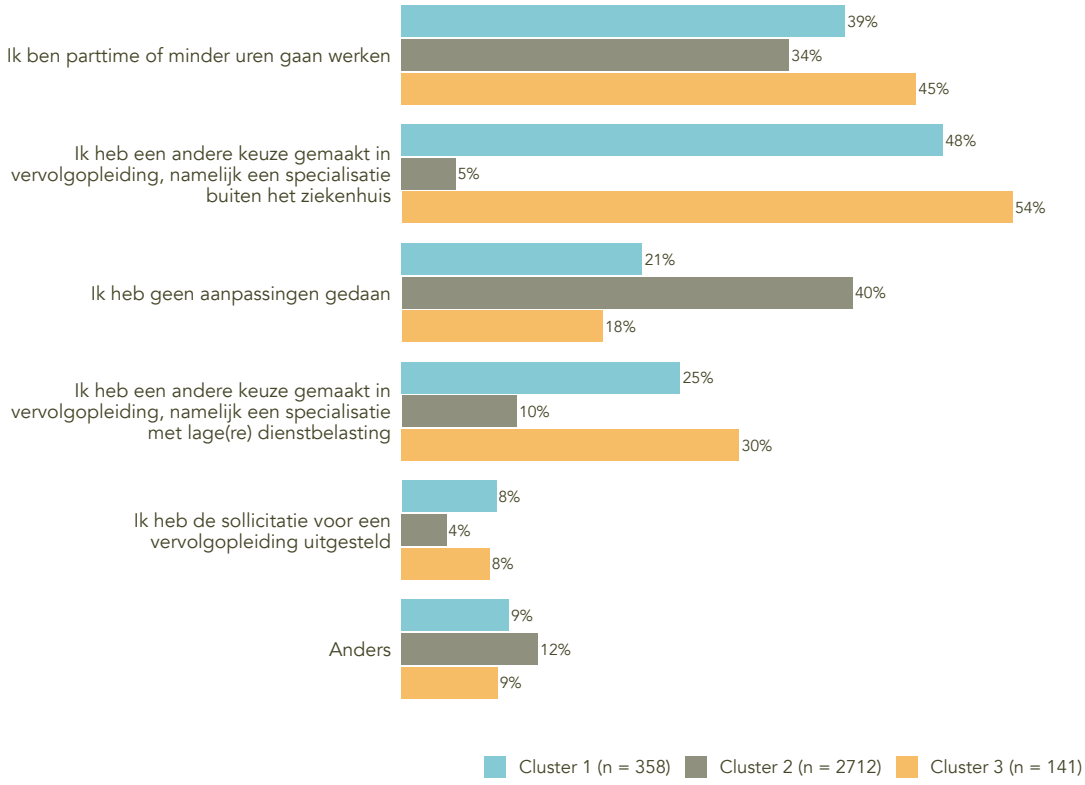
In Cluster 2 geeft 20% aan zich in (zeer) sterke mate extra belast te voelen door de verminderde inzetbaarheid van collega's, tegenover 8% in Cluster 1 en 14% in Cluster 3. Bij de vraag waaruit die extra belasting precies bestaat, blijkt dat het overnemen van diensten specifiek van zwangere collega's vooral in Cluster 2 wordt genoemd (69%), tegenover 38% in Cluster 1 en 6% in Cluster 3. Ook structurele vervanging bij verlof verschilt: in Cluster 2 wordt nooit vervanging geregeld bij uitval door zwangerschaps-, ouderschaps- of adoptieverlof volgens 64% van de respondenten, tegenover 50% in Cluster 3 en 32% in Cluster 1.

3.9.3 Kinderwens

Werk heeft in Cluster 2 vaker invloed op het gewenste aantal kinderen: 24% wenst door het werk minder kinderen of heeft afgezien van een kinderwens, tegenover 15% in Cluster 1 en 8% in Cluster 3. De belangrijkste overweging daarbij is in alle clusters dat het werk door de werkdruk moeilijk te combineren is met een gezinsleven (Cluster 1 en 2: 89%; Cluster 3: 63%). Beperkte flexibiliteit wordt in Cluster 1 en 2 vaker genoemd (48% en 67%) dan in Cluster 3 (17%), financiële redenen juist vaker in Cluster 1 (32%, tegenover 18% in Cluster 2 en 17% in Cluster 3).

In alle clusters stelt een aanzienlijk deel de kinderwens uit vanwege het werk (Cluster 1: 49%; Cluster 2: 52%; Cluster 3: 42%), meestal om eerst een opleidingsplaats te verkrijgen (59%, 69% en 47%). Hoge werkdruk noemt in alle clusters ongeveer vier op de tien (38% tot 44%). De fase van de opleiding speelt in Cluster 3 een kleinere rol (26%, tegenover 51% in Cluster 1 en 45% in Cluster 2), financiële overwegingen juist een grotere rol in Cluster 1 (32%) en Cluster 3 (23%) dan in Cluster 2 (13%).

Respondenten uit Cluster 3 rapporteren het vaakst dat hun kinderwens in (zeer) sterke mate invloed heeft (gehad) op de carrière (39%), tegenover 29% in Cluster 1 en 17% in Cluster 2. Het kiezen voor een specialisatie buiten het ziekenhuis vanwege een kinderwens komt logischerwijs het vaakst voor in Cluster 3 (54%) en Cluster 1 (48%), en nauwelijks in Cluster 2 (5%). Datzelfde patroon is zichtbaar bij het bewust kiezen van een specialisatie met lagere dienstbelasting (Cluster 3: 30%; Cluster 1: 25%; Cluster 2: 10%). Respondenten uit Cluster 2 rapporteren daarentegen het vaakst dat ze geen aanpassingen hebben gedaan aan hun carrière (40%) vanwege een (eventuele) kinderwens (Figuur 22).



Figuur 22 *Aanpassingen in de loopbaan vanwege een (eventuele) kinderwens, per cluster (meerdere antwoorden mogelijk)*

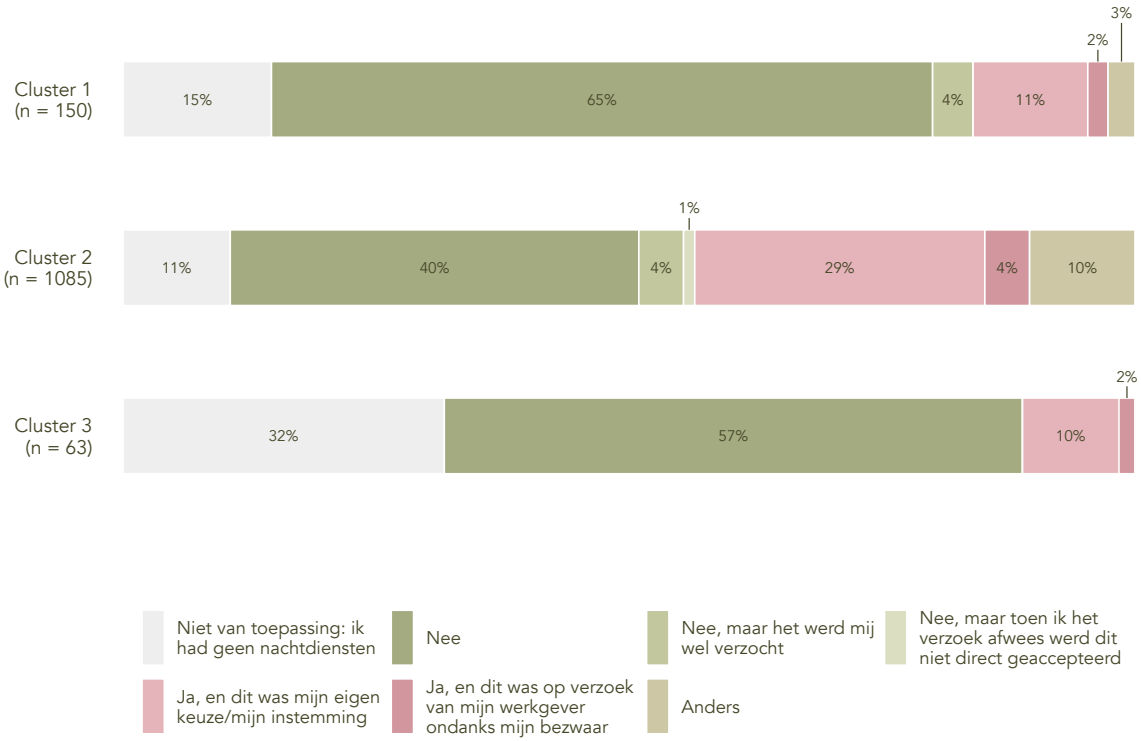
3.9.4 Zwangerschap

Vanwege het kleine aantal partners in Cluster 1 (n = 23) en Cluster 3 (n = 7) gaat deze paragraaf alleen over de (ex-) zwangeren zelf (n = 1300). In alle clusters heeft de zwangerschap bij twee derde of meer geen invloed op de beoordeling door de werkgever (Cluster 1: 73%; Cluster 2: 68%; Cluster 3: 67%). Geen invloed op de loopbaankeuzes rapporteert 72% in Cluster 2, tegenover ruim de helft in Cluster 1 (55%) en Cluster 3 (54%); een kwart in Cluster 1 en 3 (25%) koos bewust voor een vervolgopleiding buiten het ziekenhuis, tegenover 3% in Cluster 2. Op de opleiding heeft de zwangerschap in Cluster 3 het minst vaak invloed: 56% ervaart geen invloed, tegenover 37% in Cluster 1 en 33% in Cluster 2. Minder tijd voor niet-klinische taken noemt ongeveer een derde in Cluster 1 en 2 (36% en 33%; Cluster 3: 11%), het afzien van trainingen of stages 31% en 35% (Cluster 3: 22%).

Lange werkdagen worden in Cluster 1 en 2 het vaakst genoemd als belastend onderdeel van het werk tijdens de zwangerschap (73% en 74%; Cluster 3: 54%), gevolgd door hoge werkdruk (52% tot 59% in alle clusters). Onregelmatige diensten en nachtdiensten noemen respondenten in Cluster 1 en 2 vaak (61% en 56%), in Cluster 3 10%; fysiek zwaar werk vooral in Cluster 2 (53%, tegenover 41% in Cluster 1 en 29% in Cluster 3). Emotioneel belastende situaties zijn in Cluster 3 het meest genoemde onderdeel (63%, tegenover 39% in Cluster 1 en 26% in Cluster 2).

Van wie behoefte had aan meer rustmomenten, kreeg in Cluster 2 bijna twee derde (63%) deze aanpassing niet, tegenover 48% in Cluster 1 en 32% in Cluster 3. Als reden voor geen of onvoldoende aanpassingen noemen respondenten in alle clusters het vaakst dat zij zich bezwaard voelden om (meer) aanpassingen te vragen (Cluster 1: 77%; Cluster 2: 73%; Cluster 3: 65%); ongeveer vier op de tien was bang voor negatieve gevolgen voor beoordeling, opleiding of carrière (40% tot 42%). Roostercapaciteit (55%) en een cultuur waarin aanpassen niet gebruikelijk is (47%) noemen respondenten in Cluster 2 vaker dan in Cluster 1 (36% en 25%) en Cluster 3 (43% en 16%).

Respondenten in Cluster 2 werkten tijdens de zwangerschap het vaakst nachtdiensten: 33% tegenover 13% in Cluster 1 en 11% in Cluster 3 (Figuur 23). Bij onregelmatige diensten (avond-, weekend-, of tussendiensten) is het patroon vergelijkbaar: Cluster 3 deed deze het minst vaak tijdens de zwangerschap (80% gaf aan geen onregelmatige diensten te hebben gewerkt), tegenover 21% in Cluster 1 en 2.



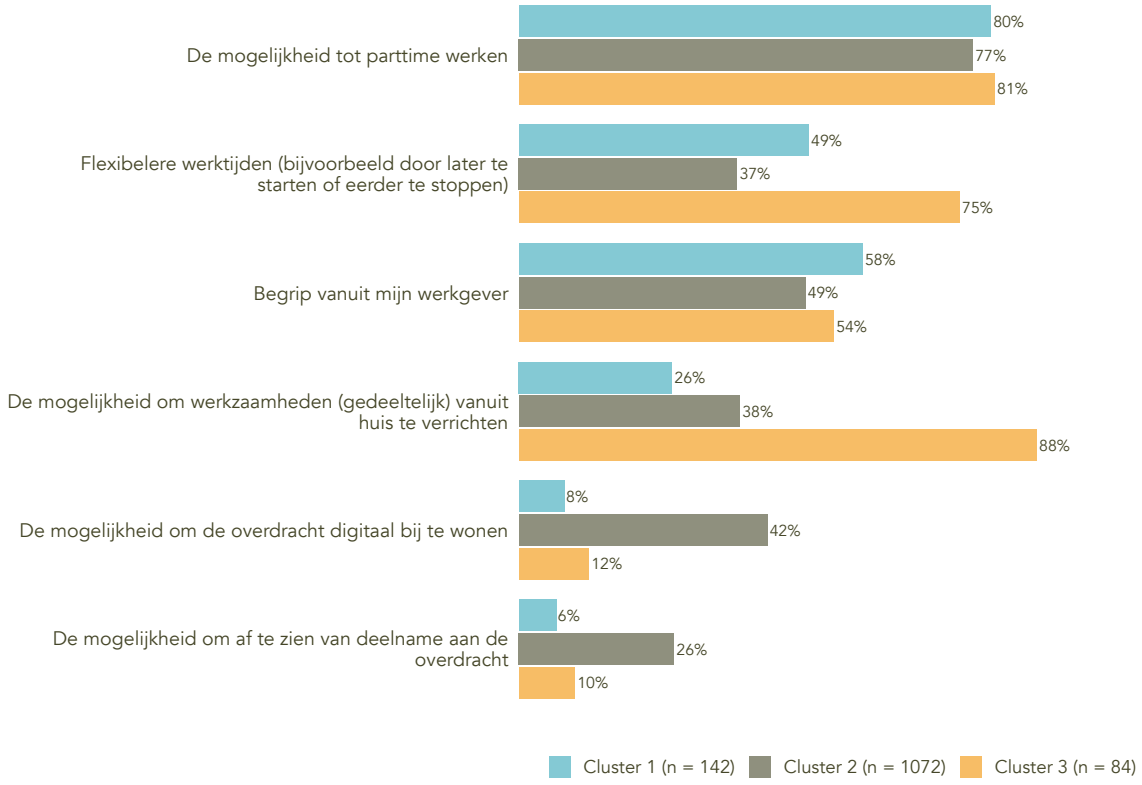
Figuur 23 *Werken van nachtdiensten tijdens de zwangerschap, per cluster*

3.9.5 Ouderschap

Het aandeel dat aangeeft dat het ouderschap geen invloed (gehad) heeft op loopbaankeuzes, is het kleinst in Cluster 3 (35%), tegenover 53% in Cluster 1 en 70% in Cluster 2. Net als bij een kinderwens wordt vooral de bewuste keuze voor een vervolgopleiding buiten het ziekenhuis genoemd: 42% in Cluster 3 en 26% in Cluster 1, tegenover 2% in Cluster 2. Later solliciteren voor een vervolgopleiding (21%, tegenover 13% in Cluster 1 en 7% in Cluster 2) en een opleiding met een lagere dienstbelasting (18%, tegenover 9% en 5%) komen eveneens het meest voor in Cluster 3.

Het merendeel rapporteert in alle clusters geen invloed van ouderschap op de beoordeling door de werkgever (Cluster 1: 59%; Cluster 2: 60%; Cluster 3: 59%) of op het contract (Cluster 1: 55%; Cluster 2: 56%; Cluster 3: 60%). Het aandeel dat aangeeft dat ouderschap geen invloed heeft gehad op de opleiding, ligt in Cluster 1 op 34% en in Cluster 2 op 31%, tegenover 43% in Cluster 3.

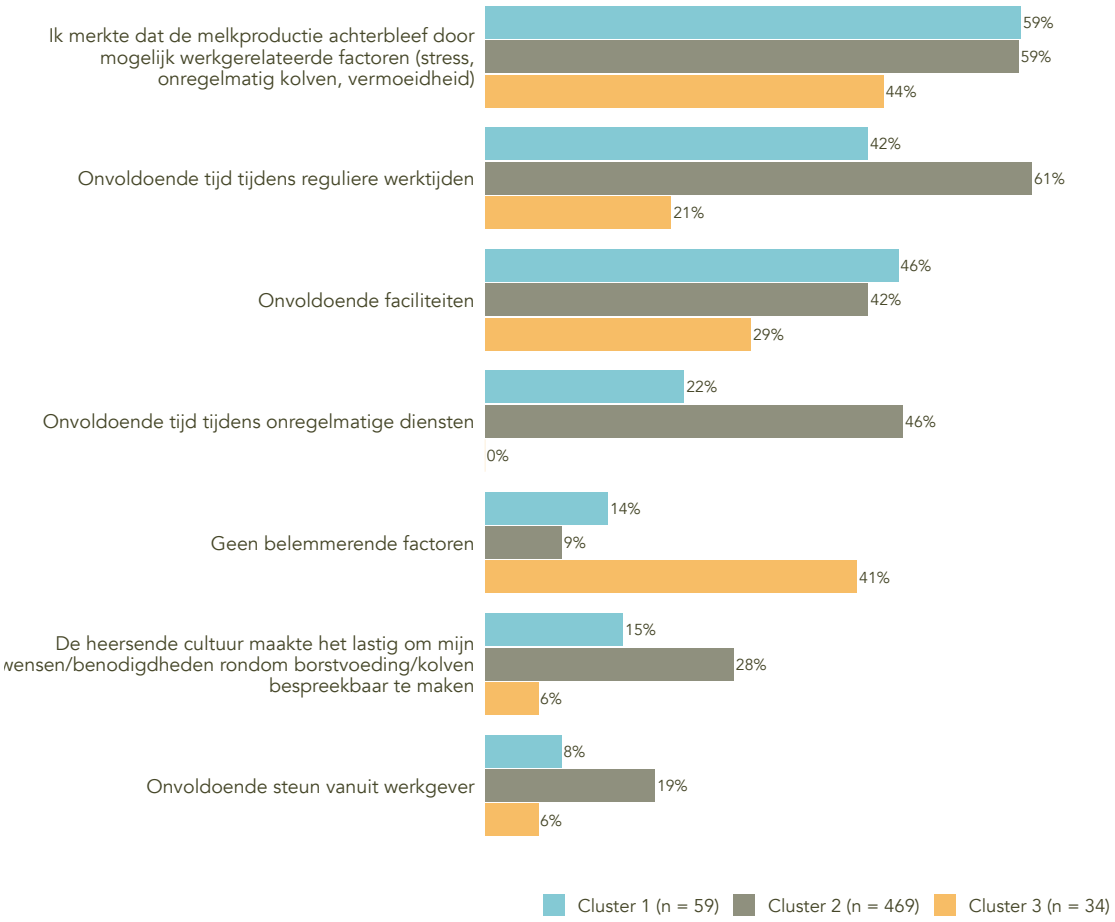
Ruim de helft (55%) van de respondenten uit Cluster 3 ervaart in (zeer) sterke mate ruimte om ouderschap te combineren met werk, tegenover 30% in Cluster 1 en 23% in Cluster 2. Ook in de ervaren flexibiliteit in werktijden scoort Cluster 3 het hoogst: 80% ervaart dit in redelijke tot zeer sterke mate, tegenover 48% in Cluster 1 en 31% in Cluster 2. De mogelijkheid om (gedeeltelijk) vanuit huis te werken wordt door 88% van de respondenten in Cluster 3 genoemd als factor die positief bijdraagt aan flexibiliteit als ouder/verzorger, tegenover 38% in Cluster 2 en 26% in Cluster 1 (Figuur 24). Ook flexibelere werktijden volgen dit patroon (Cluster 3: 75%; Cluster 1: 49%; Cluster 2: 37%).



Figuur 24 *Factoren die positief bijdragen aan flexibiliteit in werktijden als ouder of verzorger, per cluster (meerdere antwoorden mogelijk)*

3.9.6 Borstvoeding

Ten tijde van het geven van borstvoeding, waren 569 respondenten werkzaam als (basis)arts. Respondenten uit Cluster 2 rapporteerden het vaakst dat werk invloed had op het eerder afbouwen of stoppen met borstvoeding (70%), tegenover 49% in Cluster 1 en 33% in Cluster 3. Onvoldoende ruimte tijdens onregelmatige diensten wordt door respondenten uit Cluster 2 relatief vaak genoemd als knelpunt (46%, tegenover 22% in Cluster 1 en 0% in Cluster 3), net als de heersende cultuur (Cluster 2: 28%; Cluster 1: 15%; Cluster 3: 6%) en onvoldoende steun vanuit de werkgever (Cluster 2: 19%; Cluster 1: 8%; Cluster 3: 6%) (Figuur 25). In alle clusters beoordeelt ongeveer de helft de kolfvoorzieningen als matig of onvoldoende (Cluster 1: 56%; Cluster 2: 56%; Cluster 3: 47%). Een ruime meerderheid van de respondenten uit Clusters 1 en 3 rapporteert voldoende tijd te hebben (gehad) om te kolven (respectievelijk 65% en 76%), tegenover 28% in Cluster 2.



Figuur 25 *Belemmeringen tijdens het geven van borstvoeding of kolven, per cluster (meerdere antwoorden mogelijk)*

3.9.7 Conclusie

Concluderend rapporteert Cluster 2 tijdens de zwangerschap de hoogste dienstenbelasting en als ouder/verzorger de minste flexibiliteit in werktijden. Ook ervaart Cluster 2 de meeste cultuurbarrières bij het bespreekbaar maken van aanpassingen, zowel tijdens de zwangerschap als bij het geven van borstvoeding.

Cluster 3 rapporteert structureel meer flexibiliteit en meer ruimte om werk en ouderschap te combineren. Echter rapporteren deze artsen juist vaker concrete carrière-aanpassingen, zoals het bewust kiezen voor een specialisatie buiten het ziekenhuis of met een lagere dienstbelasting, en meer invloed van kinderwens en ouderschap op loopbaankeuzes. Dit kan wijzen op zelfselectie: mogelijk kiezen (basis)artsen bewust voor dit cluster omdat het werk daar beter met een gezin te combineren is.

Cluster 1 combineert kenmerken van beide andere clusters: de ervaren dienstenbelasting ligt dichter bij Cluster 2, terwijl de invloed van kinderwens en zwangerschap op loopbaankeuzes meer aansluit bij Cluster 3. Daarnaast spelen financiële overwegingen relatief vaak een rol bij de timing van de kinderwens, en gaat het bij knelpunten vaker om fysieke voorzieningen, zoals onvoldoende kolffaciliteiten, dan om cultuur of organisatie.

4. Resultaten interviews en focusgroep

4.1 Interviews met (basis)artsen

Ter verdieping van de enquêteresultaten zijn zestien semigestructureerde individuele interviews afgenomen met (basis) artsen. Hierbij werd datasaturatie bereikt. De deelnemers waren werkzaam binnen verschillende medische specialismen, zowel in universitaire medische centra als in perifere zorginstellingen. Ze zijn geselecteerd uit respondenten die bij de enquête hadden aangegeven bereid te zijn deel te nemen aan een interview.

In de interviews komen verschillende ervaringen naar voren over kinderwens, zwangerschap en ouderschap in relatie tot werk en opleiding. Een terugkerend thema is het verschil tussen formele regelingen en de wijze waarop deze in de dagelijkse praktijk worden toegepast. Respondenten beschrijven zowel positieve ervaringen, waarbij opleiders en collega's actief meedenken over passende ondersteuning, als situaties waarin zij zelf het initiatief moeten nemen om informatie te verkrijgen, behoeften bespreekbaar te maken en aanpassingen te organiseren.

De ervaren ruimte hiervoor verschilt volgens geïnterviewden tussen werkplekken en hangt onder meer samen met de lokale werkcultuur, de ondersteuning door opleiders en leidinggevenden en de mogelijkheden binnen de personele bezetting en roosters.

Daarnaast beschrijven verschillende respondenten veranderingen in hun prioriteiten en de manier waarop zij werk en privéleven combineren. Werk-privébalans wordt volgens hen in de huidige generatie vaker bespreekbaar gemaakt, al is dat nog niet op elke werkplek vanzelfsprekend. Daarbij benadrukken zij dat aandacht voor ouderschap, persoonlijke ontwikkeling en werk-privébalans niet noodzakelijkerwijs samengaat met verminderde professionele ambitie.

De onderstaande thema's geven een overzicht van de belangrijkste ervaringen en perspectieven uit de interviews. De bevindingen bieden verdieping bij de enquêteresultaten, maar zijn niet bedoeld als representatieve uitspraken over alle (basis)artsen.

4.1.1 Werkcultuur en verwachtingen tijdens zwangerschap

Een terugkerend thema is de heersende cultuur rondom zwangerschap voorafgaand aan en tijdens de medisch-specialistische vervolgopleidingen. Diverse respondenten ervaren een impliciete verwachting om tijdens de zwangerschap zo lang mogelijk volledig te blijven werken, ook bij fysieke klachten. Vooral in drukke klinische omgevingen lijkt doorwerken de norm. Verschillende respondenten realiseerden zich pas achteraf dat zij eerder hulp hadden kunnen vragen of hun grenzen beter hadden kunnen aangeven.

> ***"Het was meer de algemene sfeer van: je werkt maar gewoon door."***

Tegelijkertijd beschrijven respondenten dat de beschikbare ruimte voor aanpassingen sterk afhankelijk lijkt van de werkplek. Op sommige afdelingen wordt actief meegedacht over werkreductie of roosteraanpassingen, terwijl op andere plekken de verantwoordelijkheid grotendeels bij de zwangere (basis)arts wordt gelegd. Een enkeling gaf aan druk te ervaren om de zwangerschap eerder te delen dan gewenst, gezien de druk op het rooster. Andere respondenten geven aan het juist als positief te ervaren als er tijdig ruimte is voor het melden van hun zwangerschap en er zo tijdig rekening kan worden gehouden met een eventuele toename van de werkdruk tijdens de periode van zwangerschappen en verlof.

4.1.2 De centrale rol van de opleider

De relatie met de opleider speelt volgens respondenten een belangrijke rol in hoe zwangerschap en ouderschap worden ervaren. Wanneer opleiders goed op de hoogte zijn van verlofregelingen, actief informeren naar het welzijn van de (basis)arts, regelmatig in gesprek gaan en meedenken over aanpassingen, voelen (basis)artsen zich gesteund en veilig.

Tegelijkertijd ervaren sommige respondenten dat begeleiding en initiatief vanuit de opleider ontbreken. Door de combinatie van leidinggevende en beoordelende rol kan het lastig zijn om persoonlijke omstandigheden of knelpunten bespreekbaar te maken. Meerdere respondenten pleiten daarom voor een onafhankelijk aanspreekpunt rondom zwangerschap en ouderschap.

"Je hebt eigenlijk een manager nodig die losstaat van jouw opleidingsactiviteiten."

4.1.3 Onvoldoende kennis en ondersteuning rondom rechten

Respondenten die op de hoogte waren van hun rechten, hadden die kennis vaak op eigen initiatief verkregen.

"Je moet het allemaal zelf uitzoeken."

Informatie wordt meestal gevonden via de cao, collega's, persoonlijke netwerken of organisaties zoals De Jonge Specialist. Enkele respondenten beschreven een situatie waarbij schriftelijke informatie actief door opleiders werd gedeeld. Volgens respondenten ontstaat hierdoor een verschil tussen medewerkers die goed geïnformeerd zijn en hun rechten actief benutten, en medewerkers die minder bekend zijn met de mogelijkheden. Meerdere respondenten geven aan dat een gestandaardiseerd informatiepakket bij zwangerschap en ouderschap behulpzaam zou zijn. Hierbij wordt gedacht aan informatie over verlofregelingen, dienstbelasting, kolven, rustmomenten en re-integratie na verlof.

4.1.4 Dienstbelasting als belangrijke uitdaging

Diensten worden tijdens de zwangerschap regelmatig genoemd als knelpunt. Avond-, nacht-, weekend- en bereikbaarheidsdiensten worden als fysiek en mentaal belastend ervaren. Hoewel de regelgeving ruimte biedt om diensten af te bouwen of te stoppen, hangt de uitvoering daarvan volgens respondenten af van de lokale cultuur en personele bezetting.

Respondenten geven aan dat zij vaak zelf moeten aangeven wanneer diensten niet langer haalbaar zijn. Sommigen ervaren daarbij een drempel, door schuldgevoel richting collega's of zorgen over de opleiding, vooral wanneer vervanging moeilijk te organiseren is. Omdat het rooster vaak wordt gemaakt door een directe collega, noemen respondenten een onafhankelijke roostermaker als mogelijke oplossing om die drempel te verlagen.

4.1.5 Veranderende prioriteiten door ouderschap

De meeste geïnterviewde ouders beschrijven dat hun prioriteiten veranderen na de geboorte van een kind. Zij gaan bewuster om met hun tijd, werken efficiënter en bewaken hun grenzen duidelijker. Waar voorheen overwerken of extra activiteiten vanzelfsprekend konden zijn, kiezen zij na het krijgen van kinderen bewuster voor tijd met het gezin. Dit betekent volgens hen niet dat ambities verdwijnen of dat zij hun vak minder belangrijk vinden: zij ervaren hun beroep nog steeds als waardevol, maar het vak krijgt niet meer vanzelfsprekend de hoogste prioriteit.

4.1.6 Parttime werken en duurzame inzetbaarheid

Parttime werken wordt door respondenten gezien als een belangrijke factor voor duurzame inzetbaarheid. Verschillende respondenten beschrijven de wens om minder uren te werken of maken reeds gebruik van een parttimeconstructie. Daarbij wordt benadrukt dat een vrije dag niet alleen wordt ingezet voor zorgtaken, maar ook noodzakelijk is voor herstel, huishoudelijke taken en persoonlijke tijd.

"Parttime werken moeten we veel normaler maken."

Verschillende respondenten geven aan dat parttime werken steeds normaler wordt binnen de nieuwe generatie artsen, ook los van zwangerschap of ouderschap. Het bespreekbaar maken van parttime werken heeft volgens respondenten een positieve invloed op de werksfeer. Tegelijkertijd is parttime werken volgens hen niet overal mogelijk en heerst op sommige plekken nog de gedachte dat minder werken samenhangt met minder ambitie.

4.1.7 Verschillen tussen mannen en vrouwen

Ondanks de toenemende gelijkwaardigheid ervaren respondenten nog steeds verschillen tussen mannen en vrouwen rondom ouderschap.

Bij (ex-)zwangeren spelen zwangerschap, bevalling, herstel en borstvoeding een directe rol binnen het werkproces. Partners die niet zelf zwanger zijn, ervaren deze fysieke aspecten niet. Daarnaast benoemen meerdere respondenten dat betrokken vaderschap regelmatig positief wordt gewaardeerd, terwijl zorgtaken bij vrouwen vaker als vanzelfsprekend worden gezien.

Enkele deelnemers geven aan dat gelijkwaardiger verlof voor mannen en vrouwen zou kunnen bijdragen aan meer gelijke kansen op de werkvloer.

4.1.8 Kolven en borstvoeding

Kolven vormt een terugkerend praktisch aandachtspunt. Hoewel op vrijwel alle locaties waar de geïnterviewden werkzaam waren voorzieningen voor kolven aanwezig waren, werd de kwaliteit daarvan wisselend beoordeeld. Respondenten noemen onvoldoende privacy, een klein aantal beschikbare ruimtes en het ontbreken van structureel ingeplande tijd als terugkerende knelpunten.

Daarnaast ontstaat regelmatig een situatie waarin vrouwen hun kolftijd combineren met administratief werk om achterstanden te voorkomen. Hierdoor wordt de wettelijke mogelijkheid tot kolven wel aangeboden, maar wordt de feitelijke rust die daarbij hoort niet gerealiseerd.

4.1.9 Schuldgevoel en verantwoordelijkheid

Een terugkerend thema is schuldgevoel. Zwangere respondenten beschrijven gevoelens van schuld richting collega's die diensten of werkzaamheden moeten overnemen. Tegelijkertijd geven respondenten aan dat collega's doorgaans begripvol reageren: het schuldgevoel komt volgens hen vooral voort uit hun eigen verwachtingen, niet uit negatieve reacties van collega's.

"Je weet dat de rest het moet opvangen."

Ook ouders beschrijven soms spanning rondom afwezigheid door ziekte van kinderen of verlof, ondanks dat hier formeel ruimte voor bestaat. De informele ruimte hiervoor en het begrip van collega's verschillen per werkplek.

4.1.10 Verschillen tussen afdelingen en ziekenhuizen

De ervaringen van respondenten verschillen per afdeling en per ziekenhuis.

Positieve ervaringen worden vooral gekoppeld aan:
- open communicatie;
- begripvolle opleiders;
- voldoende personele bezetting;
- ruimte voor maatwerk.

Negatieve ervaringen worden vaker gekoppeld aan:
- hoge productie-eisen;
- beperkte personeelscapaciteit;
- onvoldoende begeleiding;
- een cultuur waarin doorwerken centraal staat;
- het niet bespreekbaar kunnen maken van of onbegrip ervaren bij fysieke klachten.

Hieruit blijkt dat niet zozeer de formele regelgeving bepalend is voor de ervaring van (basis)artsen, maar vooral de wijze waarop deze regels lokaal worden toegepast.

"Het verschil wordt vooral gemaakt door de cultuur."

4.2 Perspectief van opleiders

Om ook het perspectief van opleiders mee te nemen, is een semigestructureerde focusgroep met acht opleiders georganiseerd via een audio-videoverbinding. Via de Raad Opleidingen van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) is, via de centrale opleidingscommissies (COC's) en wetenschappelijke verenigingen, een uitnodiging verspreid waarin opleiders zich konden aanmelden voor deelname aan de focusgroep. De deelnemers waren werkzaam binnen verschillende medische specialismen, zowel in universitaire medische centra als in perifere zorginstellingen.

Uit de focusgroep kwam naar voren dat opleiders positief staan tegenover het combineren van de medisch-specialistische vervolgopleiding met kinderwens, zwangerschap en ouderschap. Gezinsvorming werd gezien als een normale levensfase waarvoor ook hoogopgeleide professionals ruimte moeten kunnen hebben. Deelnemers benadrukten dat een kinderwens zich niet altijd laat plannen rondom de opleiding en dat uitstel tot na afronding van de opleiding geen structurele oplossing biedt. Daarbij werd duurzame inzetbaarheid als belangrijk uitgangspunt genoemd: begeleiding zou niet alleen gericht moeten zijn op het afronden van de opleiding, maar ook op een duurzame loopbaan. Ouderschap werd daarnaast gezien als onderdeel van de persoonlijke en professionele vorming van de toekomstige specialist. Ook werd genoemd dat kinderwens en zwangerschap geen rol zouden moeten spelen bij de selectie voor een opleidingsplaats, hoewel enkele opleiders aangaven dat dit in de praktijk niet altijd zo wordt ervaren.

"Stel dat je je opleiding helemaal zonder zwanger te worden doorgaat. Dan hebben we straks collega's die allemaal zwanger worden. Dus specialisten, zeg maar. Ja hoe lossen we dat dan op?"

"Ik denk dat ik het wel eens ben, dat als basisarts zwanger worden in de algemene tendens [...] niet altijd een streepje voor is. Terwijl ik graag zou willen dat dat anders is. Maar ik denk dat het de realiteit is."

4.2.1 Bespreekbaarheid van kinderwens en zwangerschap

Opleiders benadrukten het belang van het vroegtijdig en laagdrempelig bespreekbaar maken van kinderwens, zwangerschap en ouderschap. Het vooraf benoemen dat een opleiding mogelijk onderbroken of aangepast kan worden in verband met zwangerschap of ouderschap, kan de drempel verlagen om dit later daadwerkelijk te bespreken. Daarbij zou het gesprek ook ruimte moeten bieden voor fertiliteitsproblemen, miskramen en adoptietrajecten.

Het proactief bespreken van rechten, cao-regelingen, verlof en terugkeer na verlof kan volgens deelnemers bovendien onzekerheid verminderen. Daarnaast zagen opleiders een rol voor zichzelf in het bewaken van de grenzen van de aios en hen beschermen tegen negatieve reacties van collega's, bijvoorbeeld rondom de verdeling van diensten.

Tegelijkertijd werd het bespreken van een kinderwens als complex ervaren. Opleiders willen inzicht geven in de mogelijke gevolgen voor de opleiding, zonder daarmee te sturen op een voor de opleiding gunstige timing van zwangerschap. De onvoorspelbaarheid van vruchtbaarheid maakt dit volgens hen extra ingewikkeld.

"Ik vind het best een dilemma om tegen de aios te zeggen: je mag wel zwanger worden, maar nog even niet in de eerste twee jaar, want dat heeft enorme consequenties voor je opleiding. En stel dat ze daarna niet zwanger wordt, dan voel ik me schuldig. Dat vind ik gewoon echt moeilijk."

4.2.2 Ervaren knelpunten tussen regelgeving en praktijk

Hoewel wettelijke rechten en cao-regelingen rondom zwangerschap en ouderschap volgens opleiders doorgaans duidelijk zijn, is de praktische uitvoering hiervan niet altijd eenvoudig. Dit speelt met name bij werkzaamheden waarbij continuïteit en aanwezigheid vereist zijn, zoals operaties en diensten. Zo kunnen extra pauzes of kolftijd alleen worden gerealiseerd wanneer werkzaamheden tijdelijk door collega's worden overgenomen.

Daarnaast werden praktische en organisatorische knelpunten genoemd, zoals onvoldoende toegankelijke kolfruimtes en vaste roosters, stageperiodes en examenmomenten. Hierdoor is het niet altijd mogelijk om gemiste werkzaamheden of opleidingsonderdelen eenvoudig op een later moment in te halen. De mate waarin deze knelpunten zich voordoen verschilt volgens deelnemers tussen specialismen, afhankelijk van de aard en organisatie van het werk. Zo is flexibiliteit in werktijden of werkdagen niet in iedere opleiding eenvoudig te realiseren vanwege vaste overleg- en onderwijsmomenten.

"Daar hebben we gewoon beperkt plaatsen. Dus als je dat mist door je zwangerschap is het superlastig om dat in te halen. We hebben gewoon best een gestructureerde opleiding, dus dan komt alweer de volgende die die plek heeft."

4.2.3 Impact van uitval op team, opleiding en bedrijfsvoering

Deelnemers beschreven gevolgen van fertiliteitstrajecten, zwangerschap en verlof voor het team, de opleiding en de bedrijfsvoering. Op teamniveau werd vooral de impact op het dienstrooster genoemd. Wanneer een aios tijdens de zwangerschap of vanwege verlof tijdelijk geen diensten kan verrichten, worden deze diensten veelal door andere aios overgenomen. Dit kan hun werkdruk verhogen en ertoe leiden dat zij zelf opleidingsactiviteiten missen. Vervanging biedt daarbij niet altijd een volledige oplossing. Deze is niet altijd tijdig beschikbaar en een vervangende arts, bijvoorbeeld een basisarts, beschikt niet altijd over dezelfde ervaring en vaardigheden als de afwezige aios.

Voor de opleiding werden vooral gevolgen genoemd van een onderbroken of gefragmenteerd opleidingstraject. Volgens deelnemers verloopt de ontwikkeling van bepaalde vaardigheden minder lineair wanneer continuïteit en voldoende praktijkervaring ontbreken, met name bij technische en chirurgische vaardigheden. De impact op de opleiding verschilt daarbij afhankelijk van het moment van uitval en van de werkzaamheden die tijdelijk niet kunnen worden uitgevoerd vanwege veiligheidsrisico's.

"Mijn ervaring is op het moment dat je gefragmenteerd de opleiding hebt dat je eindsysteem niet lineair omhooggaat, maar een beetje hobbelig gaat. En dat het heel reëel is dat ze net wat lager uitkomen."

Op organisatieniveau werd uitval ervaren als een voortdurende planningsuitdaging, waarbij met name onverwachte of vervroegde uitval belastend is. Opleiders ervaren daarbij een spanningsveld tussen het ondersteunen van de individuele aios en het waarborgen van de continuïteit van patiëntenzorg en de opleiding van de gehele groep. Daarbij werd benadrukt dat aanpassingen voor één aios ook gevolgen kunnen hebben voor de werkdruk, duurzame inzetbaarheid en opleidingsmogelijkheden van andere aios. Ook werd een dilemma benoemd rondom het inhalen van gemiste diensten na terugkeer van verlof: een aios die net moeder is geworden niet extra belasten, en tegelijk de collega's die diensten hebben overgenomen extra opleidingsmomenten bieden.

4.2.4 Wat opleiders nodig hebben van aios

Deelnemers benadrukten het belang van wederzijds verwachtingsmanagement en tijdige communicatie. Opleiders hebben behoefte aan tijdige informatie over wat een aios nodig heeft en welke aanpassingen tijdens zwangerschap of ouderschap nodig kunnen zijn, zodat hier zo veel mogelijk op kan worden geanticipeerd. Daarbij werd benadrukt dat niet alles vooraf te voorzien of te faciliteren is en dat onverwachte uitval organisatorisch belastender is.

Daarnaast verwachten opleiders dat aios realistisch zijn over wat na een periode van afwezigheid kan worden ingehaald. Deelnemers benadrukten dat het beperken van de gevolgen van uitval een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van aios en opleider. Opleiders zijn verantwoordelijk voor de opleiding van de gehele groep en moeten de belangen van individuele aios afwegen tegen die van de rest van de groep. Daarbij werd genoemd dat het soms nodig is om keuzes te maken in de combinatie van opleiding, promotie, gezinsvorming en andere verantwoordelijkheden.

"Soms moeten ze echt wel kiezen om niet alles te willen. Ik denk dat dat essentieel is."

4.2.5 Mogelijke oplossingsrichtingen

Binnen de focusgroep werden verschillende mogelijke oplossingsrichtingen genoemd. Een eerste mogelijkheid is het tijdelijk pauzeren van de opleiding of het flexibeler omgaan met opleidingsverlenging, zonder dit direct te bestempelen als onvoldoende functioneren van de aios. Ook werd meer flexibiliteit gewenst rondom examens, stages en andere vaste opleidingsmomenten.

Voldoende personele capaciteit werd door meerdere opleiders als belangrijke randvoorwaarde genoemd. Zij noemden de behoefte aan structurele vervangingsmogelijkheden, ruimere personeelsplanning en financieringsconstructies waarin rekening wordt gehouden met uitval door zwangerschap en verlof. Ook werden solidariteitsconstructies tussen opleidingen genoemd.

> ***"Wat ik eigenlijk nodig heb, is dat er echt met een marge gepland wordt. Dat er gewoon rekening mee wordt gehouden dat je eigenlijk gewoon altijd een fte extra nodig hebt. En je weet zeker, die heb je nodig."***

Daarnaast werden praktische aanpassingen besproken die kunnen bijdragen aan duurzame inzetbaarheid tijdens de zwangerschap en ouderschap zoals het verminderen van belastende werkzaamheden, het aanpassen van werktijden en het overslaan van vroege of late onderdelen van de werkdag, zoals de overdracht. Voor technische specialismen werd daarnaast gewezen op de mogelijke meerwaarde van het tijdelijk creëren van extra stageplaatsen bij instellingen die niet als opleidingscentrum zijn aangemerkt. Dit kan roostertechnische knelpunten helpen omzeilen en ervoor zorgen dat aios, ondanks aanvankelijk gemiste stagetijd, alsnog voldoende exposure krijgen om de benodigde vaardigheden te ontwikkelen, wanneer dit binnen de eigen instelling roostertechnisch niet mogelijk is.

> ***"Waar ik sturend behoefte aan heb, is een ziekenhuis waar geen aios zitten en waar wel op voldoende niveau [...] wordt gedaan, zodat ik dan leentjebuur kan doen. Maar dat zijn soms geen opleidingsziekenhuizen, waardoor aios daar een deel van hun opleiding laten doen niet mag. Maar dat zou mij heel erg helpen."***

Ten slotte werd voorgesteld om gesprekken over kinderwens, zwangerschap en ouderschap structureel in te plannen, bijvoorbeeld aan het begin van de opleiding en bij terugkeer na verlof. Dit kan volgens deelnemers bijdragen aan tijdige afstemming en planning.

5. Conclusie

Deze thema-editie van de *Nationale basisartsen en aios enquête* laat zien dat kinderwens, zwangerschap en ouderschap goed samen kunnen gaan met het werk als (basis)arts, maar dat dit niet vanzelfsprekend is en gepaard gaat met uitdagingen. De resultaten zijn samen te vatten in vier overkoepelende inzichten.

Gezinsvorming en een medische loopbaan zijn goed te combineren, maar vaak dankzij aanpassingen van (basis)artsen zelf

De meeste (basis)artsen krijgen positieve reacties op hun zwangerschap, ervaren steun van collega's, ook tijdens een fertiliteitstraject, en hebben hun verlof naar wens kunnen opnemen. Daar staan wel aanpassingen in persoonlijke levenskeuzes tegenover: de helft stelt de kinderwens uit, meestal tot na het verkrijgen van een opleidingsplaats. Daarnaast geeft 1 op de 5 aan dat het gewenste aantal kinderen sinds de start van de loopbaan is afgenomen, vooral door werkdruk en beperkte flexibiliteit.

De gevolgen zitten vooral in de opleiding en roosterdruk, minder in contract of loopbaan

Voor het contract, loopbaankeuzes en beoordeling heeft een zwangerschap voor de meesten geen gevolgen. De opleiding wordt wel geraakt: bijna twee derde van de zwangeren en twee derde van de ouders ervaart hier invloed. Zij zien af van trainingen of stages en hebben minder tijd voor niet-klinische taken en vakspecifieke vaardigheden. Verminderde inzetbaarheid van collega's is eerder regel dan uitzondering. Ruim de helft van de collega's ervaart hierdoor geen of geringe extra belasting, een vijfde een (zeer) sterke extra belasting, vooral door het ontbreken van vervanging en het overnemen van diensten. Om dezelfde redenen ervaart ruim een derde van wie zelf verminderd inzetbaar is een (zeer) sterk schuldgevoel.

Formele rechten leiden niet vanzelfsprekend tot praktische mogelijkheden

De Arbeidstijdenwet en de cao's bieden een duidelijk kader, en de kennis daarvan is redelijk. Ruim de helft van de zwangeren werkt na 12 weken nog avond-, weekend- of tussendiensten, en ongeveer 1 op de 7 draait dan nog nachtdiensten. De meesten doen dit met eigen instemming, vooral vanwege de druk op het rooster en de heersende norm op de werkvloer. Ook bij borstvoeding is de praktijk weerbarstiger dan de wet: de helft vindt de tijd om tijdens het werk te kolven onvoldoende. Van de vrouwen heeft 15% discriminatie ervaren rondom kinderwens, zwangerschap of ouderschap; het meest genoemd is het afraden om in een bepaalde fase kinderen te krijgen. In de interviews beschrijven (basis)artsen dat zij hun rechten vaak zelf moeten uitzoeken en dat de afhankelijkheidsrelatie met de opleider het aangeven van grenzen lastig kan maken. Niet alleen de organisatie van het werk is dus bepalend, maar ook de heersende cultuur. Die cultuur houden we als (basis)artsen, medisch specialisten en opleiders ook zelf in stand, met de normen die we onszelf en elkaar opleggen over werken, bereikbaarheid en het opvangen van tekorten.

De bereidheid is er, de ruimte ontbreekt

Opleiders zijn in het algemeen bereid om kinderwens, zwangerschap en ouderschap te faciliteren. De knelpunten liggen volgens hen in de organisatorische, financiële en personele ruimte om dat in de praktijk mogelijk te maken. Ook de collegialiteit op de werkvloer is groot, maar zonder vervanging komt de opvang van uitval bij collega's terecht. (Basis)artsen vragen daarbij niet zozeer om meer regels, maar om betere ondersteuning bij het toepassen van de bestaande mogelijkheden.

6. Aanbevelingen

De Jonge Specialist roept zorginstellingen, opleiders, beleidsmakers en jonge artsen zelf op om de resultaten van dit rapport te vertalen naar actie. De aanbevelingen volgen de thema's van het rapport.

6.1 Impact op het individu en het team

Zorginstellingen: anticipeer op uitval en begroot vervanging
Verminderde inzetbaarheid door kinderwens, fertiliteitstraject, zwangerschap of ouderschap is geen uitzondering. Toch wordt bij verlof of uitval volgens bijna twee derde van de respondenten nooit tijdelijke vervanging geregeld. Voor een vijfde van de collega's leidt dit tot een (zeer) sterke extra belasting, vooral door het ontbreken van vervanging en het moeten overnemen van diensten. Zonder vervanging komt niet alleen het team, maar ook de continuïteit van zorg onder druk te staan. Juist omdat verminderde inzetbaarheid zo vaak voorkomt, kan een afdeling vooraf inschatten hoeveel uitval zij gemiddeld heeft, ook al is niet te voorspellen wie wanneer uitvalt. Ook opleiders benadrukken dat vervanging niet altijd volstaat: die is niet altijd tijdig beschikbaar, en een vervangende basisarts heeft vaak niet dezelfde ervaring als de afwezige aios. Structureel ruimer roosteren heeft daarom de voorkeur.

Dit vraagt om structurele financiering. Voor aios betekent dit dat de opleidingsfinanciering op orde moet zijn, met expliciet budget voor het opvangen van verlof en verminderde inzetbaarheid. Zorginstellingen en opleiders begroten dit samen. Basisartsen en arts-onderzoekers vallen niet onder de opleidingsfinanciering. Voor hen raden we aan dat zorginstellingen dit budget reserveren binnen de reguliere formatie en, voor arts-onderzoekers, binnen de projectbegroting.

Wij bevelen zorginstellingen aan om:
- ruimer te roosteren: plan standaard extra formatie in op basis van de gemiddelde uitval op de eigen afdeling, zodat uitval kan worden opgevangen zonder dat collega's structureel diensten overnemen;
- solidariteitsfondsen in te richten: gezamenlijke fondsen over afdelingen of instellingen heen waaruit vervanging wordt betaald, zodat ook kleine afdelingen en vakgroepen vervanging kunnen dragen.

Opleiders: anticipeer op de gevolgen voor het team en voor de opleiding
Wanneer een collega minder inzetbaar is, verandert het werk voor de rest van het team. Aios ervaren daardoor vaker extra belasting dan basisartsen, en een deel van hen komt niet toe aan opleidingstaken omdat zij klinisch werk of diensten van collega's opvangen. Tegelijk voelen collega's die zelf minder inzetbaar zijn zich vaak schuldig, vooral omdat anderen hun diensten overnemen.

Wij bevelen opleiders aan om:
- tijdig te anticiperen op veranderende werkzaamheden: bespreek met het team en de roostermaker hoe taken en diensten verschuiven, zodra bekend is dat een collega minder inzetbaar wordt;
- de opleiding van het hele team te waarborgen: bewaak dat aios die werk overnemen niet structureel opleidingstijd, trainingen of andere opleidingsactiviteiten inleveren, en compenseer dit waar nodig in het opleidingsplan;
- regelmatig in te checken bij het team en elke betrokkene te beschermen: vraag zowel de collega die minder inzetbaar is als de collega's die werk overnemen hoe het met hen gaat, signaleer overbelasting tijdig en spreek negatieve opmerkingen over de verdeling van diensten direct aan. Maak daarbij duidelijk dat aanpassingen voor een zwangere of minder inzetbare collega een recht zijn en geen gunst.

Jonge artsen: geef jezelf en elkaar de ruimte om tijdelijk minder inzetbaar te zijn
Betere randvoorwaarden zijn noodzakelijk, maar niet voldoende. Ruim een derde van de (basis)artsen die zelf verminderd inzetbaar zijn (geweest), ervaart een (zeer) sterk schuldgevoel, met name omdat collega's hun diensten moeten overnemen. Het is daarom ook aan ons, als jonge artsen zelf, om een cultuurverandering te bewerkstelligen. We moeten ons bewust zijn van de bestaande cultuur, waarin wij van onszelf verwachten dat we altijd volledig en op dezelfde manier inzetbaar moeten zijn. Laten we bewegen naar een cultuur waarin we de vrijheid voelen én nemen om onze inzetbaarheid tijdelijk

aan te passen als de omstandigheden daarom vragen, zonder dat dit voelt als tekortschieten. Dat betekent ook dat we collega's steunen die deze ruimte nemen en een te hoge werkdruk in het team bespreken met de organisatie of werkgever in plaats van met de collega. Ook opleiders en medisch specialisten kunnen aan deze cultuurverandering bijdragen, door uit te dragen dat tijdelijk minder inzetbaar zijn normaal is.

6.2 Kinderwens

Zorginstellingen en selectiecommissies: laat kinderwens geen rol spelen bij sollicitaties
Bij bijna een vijfde van de (basis)artsen is een kinderwens in een sollicitatie voor een baan of opleidingsplaats ter sprake gekomen. Daarnaast is 6% van de (basis)artsen afgeraden om in een bepaalde fase kinderen te krijgen, vanwege mogelijke nadelige gevolgen voor de kans op een opleidingsplaats. Een kinderwens of zwangerschap mag op grond van de Algemene wet gelijke behandeling geen rol spelen bij werving en selectie. Dat geldt ook voor vragen die er indirect over worden gesteld.

Wij bevelen zorginstellingen en selectiecommissies aan om:
- sollicitatie- en selectiecommissies te trainen in het herkennen en vermijden van directe én indirecte vragen naar kinderwens;
- actief uit te dragen dat een kinderwens of zwangerschap geen invloed heeft op de kans op een baan of opleidingsplaats.

Opleiders: maak duidelijk dat een kinderwens welkom is binnen het traject naar en tijdens de opleiding
Van wie de kinderwens niet met de werkgever bespreekt, durft ongeveer een op de zes dit niet uit angst voor negatieve gevolgen voor het opleidingstraject. Opleiders kunnen deze angst wegnemen door uit zichzelf te benoemen dat een kinderwens, in welke vorm dan ook, past binnen de opleiding. Dit geldt voor alle aspecten rondom een kinderwens zoals een fertiliteitstraject, zwangerschap, miskraam, adoptie en ouderschap. Dat begint niet pas bij de start van de opleiding, maar al in het traject daarvoor: in het contact met basisartsen en arts-onderzoekers op de afdeling, bij voorlichting over de opleiding en tijdens de selectie. Benoem daarbij dat de opleiding hiervoor onderbroken of aangepast kan worden en dat dit een normaal onderdeel van het opleidingstraject is. Zo wordt de drempel lager om het gesprek aan te gaan wanneer een (basis)arts dat wil.

Opleiders, beroepsverenigingen en zorginstellingen: verkort de periode tot een opleidingsplaats
De helft van de (basis)artsen heeft de kinderwens uitgesteld vanwege het werk. De meest genoemde reden is eerst een opleidingsplaats te willen hebben. Daarnaast spelen onzekerheid over baangarantie en werklocatie een rol. De periode van starten als basisarts tot het vinden van een opleidingsplaats is de afgelopen jaren langer geworden: volgens het Capaciteitsorgaan duurde het in 2009 gemiddeld 2,3 jaar tussen afstuderen en de start van een vervolgopleiding, en in 2023 was dat 3,7 jaar [17]. Het Capaciteitsorgaan wijst erop dat de lengte van deze periode mede afhangt van de impliciete of expliciete instroomeisen die opleiders stellen, zoals de eis van een promotie. Hoewel de basisartsperiode voor veel artsen waardevol is, valt deze periode samen met de jaren waarin veel artsen een kinderwens hebben.

Wij bevelen aan om:
- de selectie voor vervolgopleidingen minder afhankelijk te maken van jarenlange werkervaring of promotieonderzoek;
- de selectie-eisen transparant te maken.

Alle partijen: heb oog voor het verschil tussen vrouwen en mannen
De gevolgen van een kinderwens komen vooral bij vrouwen terecht. Vrouwen stellen hun gewenste aantal kinderen vaker naar beneden bij dan mannen (23% tegenover 12%), ervaren meer invloed van hun kinderwens op hun carrière (19% tegenover 12%), en durven het gesprek met hun werkgever vaker niet aan uit angst voor gevolgen voor hun opleiding (19% tegenover 6%). Ook hebben vrouwen vaker discriminatie ervaren rondom kinderwens, zwangerschap en ouderschap (15% tegenover 4%).

Wij bevelen aan om:
- een kinderwens niet als vrouwenonderwerp te behandelen, maar als iets wat alle (basis)artsen kan raken, en maatregelen ook zo te communiceren;
- bij sollicitaties, beoordelingen en contractverlengingen extra alert te zijn op onbewuste aannames over vrouwen met een (mogelijke) kinderwens;
- te monitoren of beleid rondom kinderwens, zwangerschap en ouderschap vrouwen en mannen in gelijke mate bereikt;
- partners, meestal mannen, actief te informeren over hun verlofrechten en het volledig opnemen van verlof door partners vanzelfsprekend te maken.

6.3 Fertiliteitstraject

Cao-partijen: leg duidelijke afspraken over fertiliteitstrajecten vast in de cao
Voor veel (basis)artsen die een fertiliteitstraject (hebben) doorlopen, gaat de combinatie met het werk al goed. Tegelijkertijd ervaart bijna de helft het traject in combinatie met het werk als (zeer) sterk belastend. Respondenten hebben vooral behoefte aan flexibiliteit voor afspraken onder werktijd, duidelijke regelgeving vanuit de werkgever en het vermijden van onregelmatige diensten. De wet biedt een beperkte basis: medewerkers hebben recht op kort verzuimverlof met behoud van loon voor afspraken die niet buiten werktijd kunnen worden gepland. De mogelijkheden voor aanvullende aanpassingen, zoals het aanpassen van diensten of werkzaamheden, zijn niet eenduidig vastgelegd. Hierdoor hangt het van de individuele werkgever of opleider af welke ondersteuning wordt geboden.

Wij bevelen cao-partijen aan om in de cao vast te leggen dat:
- medewerkers en hun partners afspraken die samenhangen met het fertiliteitstraject onder werktijd kunnen laten plaatsvinden, met behoud van loon;
- medewerkers die zelf de behandeling ondergaan, op eigen verzoek vrijgesteld kunnen worden van nacht- en onregelmatige diensten, zonder financieel nadeel;
- medewerkers recht hebben op een gesprek over tijdelijke aanpassing van werkzaamheden of werkbelasting.

Zorginstellingen: maak beleid en bestaande rechten bekend
Zolang er geen cao-afspraken zijn, bevelen wij zorginstellingen aan om:
- een eigen ziekenhuisbreed beleid op te stellen voor fertiliteitstrajecten, dat ook geldt voor partners, en dit actief bekend te maken bij medewerkers, leidinggevenden en opleiders;
- medewerkers en leidinggevenden te informeren over het bestaande wettelijke recht op verlof voor afspraken onder werktijd.

Opleiders en leidinggevenden: bied maatwerk
Een fertiliteitstraject is vaak onvoorspelbaar. Wij bevelen opleiders en leidinggevenden aan om maatwerk af te spreken, zoals tijdelijk beter planbaar werk, geen diensten, of de opleiding of het promotietraject pauzeren of in deeltijd voortzetten, zonder gevolgen voor de beoordeling. Het initiatief ligt bij de (basis)arts: een deel beschouwt het traject als privé.

Collega's: bied emotionele en praktische steun
Emotionele steun van collega's wordt het vaakst genoemd als ondersteunend. Wij moedigen (basis)artsen aan om collega's in een fertiliteitstraject te steunen, zonder dat zij hoeven uit te leggen waarom zij afwezig zijn of een dienst ruilen.

6.4 Zwangerschap

Voor de meeste (basis)artsen verloopt de zwangerschap op de werkvloer in veel opzichten goed. Werkgevers en vooral collega's reageren overwegend positief op de aankondiging en bij de meerderheid heeft de zwangerschap geen gevolgen voor het contract, de loopbaankeuzes of de beoordeling. Tegelijkertijd heeft de zwangerschap bij bijna twee derde invloed op de opleiding en worden diensten nog vaak gedraaid vanwege druk op het rooster en de heersende norm.

Zorginstellingen: zorg voor een vast traject na de melding van een zwangerschap, met HR als regisseur
De meeste zwangeren zoeken de cao-afspraken zelf op en moeten soms zelf uitzoeken wat veilig is op de eigen werkplek.

Wij bevelen zorginstellingen aan om:
- na de melding van een zwangerschap standaard een gesprek met HR in te plannen over de rechten uit cao en wet (verlofvormen, diensten, borstvoeding en kolven) en over veiligheidsrisico's op de eigen werkplek, eventueel met de bedrijfsarts, en dit gesprek ook aan te bieden aan (basis)artsen van wie de partner zwanger is;
- HR te laten bewaken dat de opleider of leidinggevende een gesprek inplant over de gevolgen voor de opleiding of loopbaan, en na de zwangerschap samen te evalueren hoe het traject is verlopen.

Zorginstellingen: rooster diensten waartoe (ex-)zwangeren niet verplicht zijn automatisch uit
Een ruime helft van de (ex-)zwangeren draait met eigen instemming avond-, weekend- of tussendiensten, en bijna een derde draait met eigen instemming nachtdiensten. De belangrijkste redenen zijn druk op het rooster en de geldende norm op de werkvloer. Het eigen leerproces wordt veel minder vaak genoemd. Een klein deel draait deze diensten ondanks aangegeven bezwaar bij werkgever.

Wij bevelen zorginstellingen aan om:
- diensten waartoe (ex-)zwangeren volgens de wet of cao niet verplicht zijn, zodra de zwangerschap bekend is automatisch uit te roosteren en te blokkeren in het rooster- of HR-systeem, ook als het rooster al vaststaat. Alleen op nadrukkelijk eigen verzoek kan de zwangere deze diensten blijven doen;
- HR te laten handhaven dat deze diensten niet alsnog worden ingeroosterd.

Opleiders, leidinggevenden en teams: waarborg samen de duurzame inzetbaarheid van zwangeren
Het is in ieders belang dat zwangeren het werk volhouden tot hun verlof. Onvoorziene uitval door klachten is voor de zwangere én het team ingrijpender dan het voorziene verlof vanaf 34 tot 36 weken. Toch heeft een groot deel van de zwangeren last van klachten die het werk beïnvloeden. Lange werkdagen, hoge werkdruk, onregelmatige diensten en fysiek zwaar werk zijn daarbij het meest belastend. Aanpassingen gericht op veiligheid, vervroegd verlof en minder onregelmatige diensten worden meestal als toereikend ervaren. Meer rustmomenten, aangepaste werktijden en het niet of online aansluiten bij de overdracht juist vaak niet. De meest genoemde reden voor het uitblijven van aanpassingen is dat zwangeren zich bezwaard voelen om erom te vragen, gevolgd door roostercapaciteit en een werkcultuur waarin aanpassingen niet gebruikelijk zijn.

Wij bevelen opleiders, leidinggevenden en teams aan om:
- vooruit te kijken naar de aanpassingen die in de loop van de zwangerschap nodig kunnen zijn, en deze zelf ter sprake te brengen in plaats van te wachten tot klachten ontstaan of de zwangere erom vraagt;
- aanpassingen al in het eerste trimester mogelijk te maken: klachten als vermoeidheid en misselijkheid zijn dan vaak het zwaarst, terwijl de zwangerschap op de werkvloer nog niet breed bekend is;
- aanpassingen in werktijden mogelijk te maken, zoals het vermijden van de randen van de dag, vaste rustmomenten en de mogelijkheid om niet of online aan te sluiten bij de overdracht;
- ruimte te bieden voor verlof of tijdelijk minder uren werken bij klachten of complicaties, en voor prenatale afspraken onder werktijd;
- als team een cultuur te creëren waarin deze aanpassingen vanzelfsprekend zijn.

Opleiders: neem het initiatief voor gesprekken over de opleiding
Bij bijna twee derde van de zwangeren heeft de zwangerschap invloed op de opleiding. Wij bevelen opleiders aan om na de melding van een zwangerschap zelf een gesprek in te plannen, zoals aios in de interviews ook wensen, en daarin te bespreken:

- welke aanpassingen in werkzaamheden nodig zijn of kunnen worden;
- hoe het individuele opleidingsplan zo nodig kan worden herzien: of opleidingsonderdelen naar een andere stage of een later moment kunnen worden verplaatst, bijvoorbeeld meer tijd op de polikliniek tijdens de zwangerschap en meer tijd op de operatiekamers daarna en hoe er na terugkeer ruimte komt om in te halen;
- de planning rond het verlof en de terugkeer, met een vervolggesprek na terugkeer van verlof;
- welke opleidingsonderdelen met vaste momenten, zoals examens, cursussen en stages met beperkte plaatsen, verschoven moeten worden, en hoe.

Een gesprekskaart kan hierbij helpen. Bied dit gesprek ook aan aios van wie de partner zwanger is. Voor basisartsen en arts-onderzoekers ligt deze rol bij de leidinggevende of promotor.

Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS): maak verlenging zonder intensiveringstraject mogelijk en neem het thema mee in evaluaties
Als het opleidingsplan goed wordt bijgesteld, zal verlenging vaak niet nodig zijn. Waar dat toch nodig is, moet verlenging mogelijk zijn zonder intensiveringstraject: een zwangerschap is geen kwestie van onvoldoende functioneren. Daarnaast bevelen wij de RGS aan om kinderwens, zwangerschap en ouderschap als vast thema mee te nemen in de evaluaties van opleidingen, waaronder de naleving van de cao-afspraken. Daarnaast bevelen wij de RGS en de wetenschappelijke verenigingen aan om meer flexibiliteit mogelijk te maken rond examens, stages en andere vaste opleidingsmomenten. Voor technische specialismen kan het helpen om gemiste vaardigheden later in te halen op extra stageplaatsen, ook buiten de eigen opleidingsinrichting.

Cao-partijen: maak de afspraken over diensten eenduidig
Op grond van de Arbeidstijdenwet zijn zwangeren tijdens de hele zwangerschap en tot zes maanden na de bevalling niet verplicht om nachtdiensten te draaien. Voor andere typen onregelmatige diensten verschillen de afspraken tussen de cao's en per type dienst. Bij bereikbaarheids-, aanwezigheids- en consignatiediensten geeft een vijfde aan dat het draaien ervan niet de eigen keuze is. Wij bevelen cao-partijen aan om de afspraken over alle typen onregelmatige diensten tijdens de zwangerschap en na de bevalling op elkaar af te stemmen en helder te formuleren.

(Basis)artsen: ken je rechten tijdens de zwangerschap en maak er gebruik van
Veel zwangeren blijven terughoudend in het vragen om wat zij nodig hebben. Van degenen die niet altijd onder werktijd naar prenatale afspraken kunnen, wil of durft de helft er niet om te vragen. Een deel is niet of nauwelijks op de hoogte van de cao-afspraken. Dat wordt ook genoemd als reden om in de eerste maanden na de bevalling toch nachtdiensten te draaien.

Wij moedigen jonge artsen aan om:

- zich tijdig te verdiepen in hun rechten rond zwangerschap en verlof, bijvoorbeeld via de informatiebrochure van DJS. Dit geldt ook voor (basis)artsen van wie de partner zwanger is;
- gebruik te maken van de aanpassingen waar zij recht op hebben, en hierom te vragen zonder dat dit voelt als tekortschieten;
- meld het wanneer cao-afspraken niet worden nageleefd. DJS kan op landelijk niveau knelpunten signaleren, maar heeft concrete voorbeelden nodig om deze aan te kaarten bij werkgevers en in cao-onderhandelingen;
- zelf regie te nemen over hun opleiding: wie zijn eigen leerdoelen en planning kent, kan samen met de opleider het beste bepalen wat er tijdens en na de zwangerschap nodig en mogelijk is;
- tijdig met de opleider te bespreken wat zij nodig hebben, voor zover zij dat willen delen, zodat er kan worden geanticipeerd, en realistische verwachtingen te hebben over wat er na afwezigheid kan worden ingehaald;
- zwangere collega's te steunen door het normaal te maken dat zij niet meedraaien in diensten of hun werkzaamheden aanpassen.

6.5 Verlof

De meeste (basis)artsen nemen hun verlof op. Bijna alle zwangeren nemen hun volledige zwangerschaps- en bevallingsverlof op, en de meeste partners nemen het aanvullend geboorteverlof volledig op. Ruim twee derde van de ouders neemt het betaald ouderschapsverlof volledig op, en de meerderheid heeft dit naar wens kunnen doen. Wie het verlof niet naar wens kan opnemen, noemt echter steeds dezelfde redenen: roosters, diensten en bezetting, en angst voor negatieve gevolgen voor de opleiding of carrière.

Ziekenhuizen: maak verlof helder en vang het op
Vang verlof op met vervanging of extra formatie, zodat het niet ten koste gaat van de werkdruk van collega's (zie aanbeveling over ruimer roosteren bij het thema Impact op het individu en het team). Een deel vindt de verlofregels onduidelijk. Neem de verschillende verlofvormen daarom ook door in het HR-gesprek na de melding van een zwangerschap, zowel met de zwangere als met de partner.

Opleiders: zorg dat verlof geen gevolgen heeft voor de opleiding of de kansen op een opleidingsplaats
Na organisatorische factoren is angst voor negatieve gevolgen voor de opleiding of carrière bij alle verlofvormen de meest genoemde reden om verlof niet naar wens op te nemen. Ruim een kwart geeft aan dat het opnemen van verlof gevolgen heeft voor de opleiding of loopbaan.

Wij bevelen opleiders aan om:
- in het gesprek over de opleiding (zie aanbevelingen bij thema zwangerschap) ook de planning van het geboorte- en ouderschapsverlof te bespreken, met zowel de zwangere aios als de aios van wie de partner zwanger is;
- het opleidingsplan zo te plannen dat verspreid verlof mogelijk is zonder dat opleidingsdoelen in het gedrang komen;
- actief uit te dragen dat het opnemen van verlof, ook door partners, vanzelfsprekend is en geen gevolgen heeft voor de beoordeling of voor de kansen op een opleidingsplaats;
- verlof van basisartsen en arts-onderzoekers, zoals ouderschapsverlof of deeltijd werken in de periode vóór de opleiding, bij de selectie niet negatief mee te wegen.

(Basis)artsen: neem je verlof op en gun het elkaar
Ook de cultuur op de werkvloer wordt genoemd als reden om verlof niet naar wens op te nemen. Ruim twee vijfde geeft aan dat het opnemen van verlof leidt tot een hogere werkdruk bij collega's. Juist daarom is het belangrijk dat jonge artsen het verlof waar zij recht op hebben opnemen zonder schuldgevoel en collega's hebben die dat steunen. Wanneer verlof leidt tot een te hoge werkdruk bij het team, ligt de oplossing bij de organisatie en niet bij de collega met verlof (zie aanbeveling over cultuurverandering bij het thema Impact op het individu en het team).

6.6 Ouderschap

Een derde van de (basis)artsen draagt zorg voor een of meer kinderen, onder aios is dit ruim twee vijfde. Bij de meerderheid heeft het ouderschap geen invloed op de beoordeling, het contract of de loopbaankeuzes. Wel heeft het ouderschap bij twee derde invloed op de opleiding en ervaren veel ouders weinig flexibiliteit in hun werktijden. Bijna een kwart ervaart weinig of geen ruimte om het ouderschap te combineren met het werk.

Opleiders en vakgroepen: bied meer flexibiliteit in werktijden
Bijna zeven op de tien ouders ervaren geen of weinig flexibiliteit in werktijden. De meest genoemde beperkingen zijn niet later kunnen starten of eerder kunnen stoppen en niet vanuit huis kunnen werken. Daarnaast worden de verplichte deelname aan de overdracht en het niet digitaal kunnen bijwonen ervan genoemd. Juist deze punten noemen ouders ook als belangrijkste behoefte. De mogelijkheid om parttime te werken wordt het vaakst genoemd als factor die positief bijdraagt aan flexibiliteit. Werkdruk en beperkte flexibiliteit zijn bovendien de belangrijkste redenen dat (basis)artsen hun gewenste aantal kinderen naar beneden bijstellen (zie thema kinderwens).

Wij bevelen opleiders en vakgroepen aan om:
- het mogelijk te maken om op bepaalde dagen de start- of eindtijd te verschuiven, bijvoorbeeld door politijden flexibel in te richten;
- online deelname aan de overdracht mogelijk te maken en kritisch te kijken of verplichte fysieke deelname altijd voor iedereen nodig is;
- waar mogelijk thuiswerken toe te staan, bijvoorbeeld voor administratieve taken, telefonische consulten of onderzoek;
- werken en opleiden in deeltijd te faciliteren;
- de combinatie van ouderschap en werk ook na het verlof periodiek te bespreken, bijvoorbeeld in de voortgangsgesprekken.

Dat meer flexibiliteit mogelijk is, blijkt uit de sociale geneeskunde, waar een ruime meerderheid van de ouders flexibiliteit in werktijden ervaart (zie 3.9). Ziekenhuisgebonden specialismen kunnen daarvan leren.

6.7 Borstvoeding

Ruim twee derde van wie borstvoeding gaf, is mede door het werk eerder gestopt. De meest genoemde belemmeringen zijn onvoldoende tijd, zowel tijdens reguliere werktijden als tijdens onregelmatige diensten, en onvoldoende of matige kolfvoorzieningen. De helft kreeg minder dan een kwart van de werktijd om te kolven en vond dit onvoldoende; wettelijk is er recht op maximaal een kwart van de arbeidstijd per dienst.

Ziekenhuizen: zorg voor voldoende en goede kolfvoorzieningen
Ruim twee vijfde van de respondenten geeft aan dat er onvoldoende kolffaciliteiten zijn op de werkplek en meer dan de helft beoordeelt de kwaliteit en beschikbaarheid als matig tot onvoldoende. Werkgevers zijn wettelijk verplicht om een geschikte, afsluitbare ruimte beschikbaar te stellen.

Wij bevelen ziekenhuizen aan om:
- voldoende kolfruimtes beschikbaar te stellen dicht bij de werkplek, zo nodig in de vorm van ruimtes met een dubbele functie, zoals een polikamer met wastafel die van binnenuit op slot kan;
- (basis)artsen in het HR-gesprek na de melding van een zwangerschap te informeren over hun recht op tijd en ruimte om te kolven of borstvoeding te geven (zie aanbevelingen bij thema zwangerschap).

Opleiders en leidinggevenden: plan tijd om te kolven in
Spoed en acute zorg maken het lastig om pauzes te nemen, taken kunnen vaak niet worden overgenomen en de bezetting is onvoldoende. Kolven moet daarom niet afhangen van een rustig moment, maar vooraf worden ingepland.

Wij bevelen opleiders en leidinggevenden aan om:
- kolfmomenten vooraf in te plannen, bijvoorbeeld door blokken vrij te houden in de poliagenda of het OK-programma;
- te regelen dat de pieper of het sein tijdens het kolven gepland kan worden overgedragen, ook tijdens diensten;
- bij terugkeer na het verlof met de (basis)arts te bespreken wat zij nodig heeft om borstvoeding en werk te combineren, bijvoorbeeld in het gesprek over de opleiding (zie aanbevelingen bij thema zwangerschap).

(Basis)artsen: maak kolven op de werkvloer vanzelfsprekend
Ruim de helft van de respondenten die onvoldoende tijd kregen, voelde zich bezwaard om tijd te nemen voor kolven en ruim een kwart ervaart dat de heersende cultuur het lastig maakt om wensen en behoeften rond borstvoeding te bespreken. Wij moedigen jonge artsen aan om collega's die kolven actief te steunen, bijvoorbeeld door uit zichzelf aan te bieden het sein of taken over te nemen, zodat de collega hier niet om hoeft te vragen.

6.8 De rol van De Jonge Specialist

Als vereniging van jonge artsen nemen wij ook zelf verantwoordelijkheid. De Jonge Specialist gaat:

- de informatiebrochure over zwangerschap en ouderschap uitbreiden met het fertiliteitstraject, een overzicht van alle verlofvormen en de rechten rond borstvoeding en kolven, en deze actief delen met ziekenhuizen;
- Het actief delen van de resultaten en aanbevelingen met zorginstellingen, opleiders, beleidsmakers en HR en hen aansporen hun rol hierin te nemen;
- de ontwikkeling ondersteunen van een gesprekskaart voor het gesprek tussen opleider en aios tijdens de zwangerschap;
- specialismespecifieke resultaten beschikbaar stellen aan de juniorwetenschappelijke verenigingen, mits de respons per specialisme voldoende is, zodat zij samen met hun wetenschappelijke vereniging kunnen bepalen wat er binnen het eigen specialisme nodig en mogelijk is;
- meldingen verzamelen over het niet naleven van cao-afspraken rond zwangerschap en ouderschap, en die gebruiken in gesprekken met werkgevers en in cao-onderhandelingen;
- zich blijven inzetten voor een veilig meldpunt, voor wie de lokale begeleiding of werkcultuur als onvoldoende veilig ervaart;
- zich inzetten voor duidelijke cao-afspraken over fertiliteitstrajecten en voor eenduidige afspraken over diensten tijdens de zwangerschap en na de bevalling;
- best practices van ziekenhuizen zichtbaar maken, onder meer via het project BAAS (Betere Arbeidsomstandigheden voor Artsen), en instellingen helpen deze over te nemen.

Dit kunnen wij niet alleen. Om dit voor elkaar te krijgen hebben wij de steun nodig van werkgevers en opleiders die bereid zijn hierin voorop te lopen.

7. Discussie

Deze thema-editie van de *Nationale basisartsen en aios enquête* is de eerste landelijke meting van de ervaringen van (basis)artsen bij het combineren van kinderwens, fertiliteit, zwangerschap en ouderschap met hun werk en opleiding. Aanleiding waren de resultaten van eerdere edities, waarin deze thema's beknopt aan bod kwamen, en de mate waarin de thema's leven op de werkvloer. In de internationale literatuur is veel geschreven over werkdruk en daaraan gerelateerde zwangerschapsklachten en -complicaties onder artsen, maar over de Nederlandse situatie is weinig bekend. De respons van 3405 (basis)artsen, de hoogste tot nu toe, en de vele persoonlijke ervaringen die respondenten in de open antwoorden deelden, benadrukken de relevantie en actualiteit van deze thema's. Mogelijk heeft ook de kortere vragenlijst, een les uit eerdere edities, bijgedragen aan deze respons.

De resultaten stemmen overwegend optimistisch. Zwangerschapsaankondigingen worden door collega's vrijwel altijd en door werkgevers overwegend positief ontvangen en verlof wordt grotendeels naar wens opgenomen. Tegelijkertijd laten de resultaten duidelijke knelpunten zien: de kinderwens wordt vaak uitgesteld tot na het verkrijgen van een opleidingsplaats, zwangeren draaien nog vaak diensten waartoe zij volgens de wet of cao niet verplicht zijn, de kolftijd waar zij recht op hebben wordt niet altijd geboden, en (basis)artsen ervaren weinig flexibiliteit om werk en ouderschap te combineren. Hieronder bespreken we deze bevindingen, plaatsen we ze in een internationaal perspectief en staan we stil bij de sterke punten en beperkingen van het onderzoek.

Kinderwens en de lange weg naar een opleidingsplaats

De helft van de (basis)artsen heeft de kinderwens uitgesteld vanwege het werk, meestal tot na het verkrijgen van een opleidingsplaats. Van de basisartsen noemt ruim vier op de vijf dit als reden, tegenover ruim drie op de vijf aios. Basisartsen noemen ook vaker onzekerheid over baangarantie en werklocatie. Daarbij is de periode tussen afstuderen en de start van een vervolgopleiding toegenomen, van gemiddeld 2,3 jaar in 2009 tot gemiddeld 3,7 jaar in 2023 [17]. Die periode is niet alleen wachttijd: veel basisartsen gebruiken de tijd bewust om ervaring op te doen of te promoveren.

Wie de kinderwens uitstelt, schuift die op naar een latere leeftijd. Dat is niet uniek voor artsen: in Nederland worden vrouwen gemiddeld op 30-jarige leeftijd voor het eerst moeder, en hoogopgeleiden stellen het ouderschap langer uit dan anderen [18]. Wat de geneeskunde wel onderscheidt, is dat het moment van gezinsvorming sterk samenhangt met een selectiemoment waarover de arts zelf weinig controle heeft. Dat in sollicitaties soms impliciet naar toekomstplannen wordt gevraagd, en dat een deel van de (basis)artsen het advies kreeg om (nog) geen kinderen te krijgen, versterkt dit. Opleiders erkennen dat een zwangerschap als basisarts bij de selectie niet altijd als neutraal wordt ervaren, maar benadrukken ook dat een kinderwens zich niet laat plannen en willen niet sturen op een voor de opleiding gunstig moment.

Verminderde inzetbaarheid en de belasting van het team

Veel (basis)artsen geven aan dat de extra belasting door de verminderde inzetbaarheid van collega's te dragen is, een belangrijke boodschap voor wie zich schuldig voelt tegenover collega's. Daartegenover ervaart een vijfde wel een (zeer) sterke extra belasting; binnen de snijdende specialismen is dat een kwart. Deze belasting komt met name voort uit het ontbreken van vervanging en het overnemen van diensten. Het probleem is daarmee in de eerste plaats organisatorisch, en niet een kwestie van de collega die minder inzetbaar is.

Waarom bij verlof meestal geen vervanging wordt geregeld, is onduidelijk. Tijdens het zwangerschaps- en bevallingsverlof ontvangt de werkgever van het UWV een uitkering ter hoogte van het loon, tot het maximumdagloon [19], maar of deze middelen worden ingezet voor vervanging, is niet bekend. Vervanging is bovendien geen volledige oplossing: een vervanger is niet altijd tijdig beschikbaar en heeft niet altijd dezelfde ervaring als een aios in een later opleidingsjaar. Extra aios aannemen ligt niet voor de hand, omdat het aantal opleidingsplaatsen is afgestemd op de geraamde capaciteit aan

medisch specialisten. Structureel ruimer roosteren verlicht het probleem, maar neemt het niet volledig weg. Daarbij is dit gemakkelijker te realiseren voor omvangrijkere specialismen, maar een grotere uitdaging voor kleinere teams.

Diensten tijdens de zwangerschap: keuze of norm?

Veel zwangeren en jonge ouders blijven nacht- en onregelmatige diensten draaien, terwijl zij daartoe volgens de cao en de Arbeidstijdenwet niet verplicht zijn. Nachtwerk tijdens de zwangerschap wordt in verband gebracht met een hoger risico op onder meer vroeggeboorte en hypertensieve aandoeningen [2, 3]. Toch draait bijna een derde van de (ex-) zwangeren met eigen instemming nachtdiensten, en een kleiner deel doet dit op verzoek van de werkgever ondanks bezwaar.

De vraag is of 'met eigen instemming' hier een vrije keuze betekent. De meest genoemde redenen zijn druk op het rooster en de geldende norm op de werkvloer; het eigen leerproces wordt veel minder vaak genoemd. Basisartsen die tijdens de zwangerschap nachtdiensten draaiden, noemen bovendien vaker angst voor negatieve gevolgen voor de opleiding of de kans op een opleidingsplaats (ongeveer een kwart, tegenover ruim een op de tien aios), en hun werkgever was vaker nog niet op de hoogte van de zwangerschap. Het gaat om een kleine groep, maar het sluit aan bij het beeld dat een zwangerschap als basisarts bij de selectie niet neutraal is. De afhankelijkheidspositie als (basis)arts maakt dat het opkomen voor je cao-rechten een drempel is, wanneer de norm van doorwerken heerst en de werkgever tegelijkertijd de beoordelaar is. Cao moet de norm zijn, zodat een zwangere arts er zonder inspanning of verzet gebruik van kan maken. Het automatisch uitroosteren van diensten, met de mogelijkheid om daar op uitdrukkelijk eigen verzoek van af te wijken, verlegt de verantwoordelijkheid van de zwangere naar de werkgever, zonder de keuzevrijheid weg te nemen. Tegelijkertijd is het belangrijk dat (basis)artsen zich bewust zijn van hun rechten en zich gesteund voelen om deze ook daadwerkelijk te benutten, zodat zij zelf kunnen bijdragen aan het doorbreken van de heersende werkcultuur.

Opleiding: leerdoelen, inhalen en de rol van de opleider

Opleiders benoemen het spanningsveld tussen de voortgang van individuele aios en de belasting en opleidingsmogelijkheden van het team: zij zijn verantwoordelijk voor de opleiding en duurzame inzetbaarheid van de hele groep, en aanpassingen voor de één raken de werkdruk en opleidingsmogelijkheden van de ander. Enkele opleiders gaven aan dat aios soms moeten kiezen om niet alles tegelijk te willen. Wij vinden echter dat zwangerschap en ouderschap als normale levensfasen vanzelfsprekend naast de opleiding moeten kunnen bestaan.

Ook de gedachte dat een opleiding die door zwangerschap en verlof versnipperd raakt, kan leiden tot een minder goed opgeleide specialist verdient nuancering. Leercurves verschillen en gemiste opleidingsmomenten betekenen niet automatisch dat de vereiste competenties niet worden behaald. Het persoonlijk opleidingsplan biedt ruimte om het opleidingstraject af te stemmen op de individuele leerbehoeften, ontwikkeling en omstandigheden van de aios. Daarbij moet niet de vaste duur of inrichting van de opleiding, maar het behalen van de vereiste competenties leidend zijn. Waar nodig moeten leerdoelen kunnen worden ingehaald, zo nodig met verlenging van de opleiding, zonder dat dit als achterstand of falen wordt beschouwd.

Recent onderzoek onder aios in de opleidingsregio Oost-Nederland onderstreept het belang hiervan: twee derde ervoer een negatief effect van ouderschap op de opleiding, de terugkeer na verlof werd vrijwel unaniem als belastend ervaren, en de afhankelijke positie van aios maakte het lastig om zelf grenzen aan te geven [20]. Tijdige afstemming over verwachtingen, leerdoelen en eventuele aanpassingen is daarom essentieel. Dit is een gedeelde verantwoordelijkheid van aios en opleider. Het initiatief ligt bij voorkeur bij de opleider, wat de drempel verlaagt om knelpunten te bespreken.

Borstvoeding

Ruim twee derde (70%) van de respondenten die borstvoeding gaven, is mede door het werk eerder afgebouwd of gestopt. Dat is niet uniek voor artsen: ook landelijk is de combinatie met werk, na onvoldoende melkproductie, de meest genoemde reden om te stoppen [21]. Specifiek voor deze groep is dat de helft minder dan een kwart van de werktijd kreeg om te kolven en dit onvoldoende vond; wettelijk hebben zij recht op maximaal een kwart van de arbeidstijd per dienst. Kolven is in de praktijk lastig te combineren met operaties, acute zorg en diensten, wat ook opleiders bevestigen. Goede voorzieningen zijn daarom noodzakelijk, maar niet voldoende: er moet ook daadwerkelijk tijd zijn om ongestoord te kolven.

Flexibiliteit

Bijna zeven op de tien ouders ervaren weinig of geen flexibiliteit in werktijden. Niet elke vorm van flexibiliteit past in de klinische praktijk: patiëntenzorg, overdracht en samenwerking vragen om aanwezigheid op vaste momenten. Het gaat daarom om de vraag welke flexibiliteit binnen de eisen van de patiëntenzorg te organiseren is. Dat daar ruimte voor is, laat de vergelijking met (basis)artsen buiten het ziekenhuis (Cluster 1 en 3) zien: zij ervaren vaker flexibiliteit in werktijden en ruimte om werk en ouderschap te combineren. Daar kan zelfselectie meespelen: ongeveer de helft van hen koos mede vanwege een kinderwens bewust voor een specialisme buiten het ziekenhuis. Dat is een legitieme keuze, maar het zou geen noodzaak moeten zijn. De passie voor het vak zou de doorslag moeten geven, niet de combineerbaarheid met een gezin.

Ook binnen het ziekenhuis is meer flexibiliteit mogelijk: een pilot van de Junior Nederlandse Internisten Vereniging (JNIV) liet zien dat één thuiswerkdag per week in de polistage interne geneeskunde haalbaar is [22]. Welke vormen haalbaar zijn, verschilt per specialisme, afhankelijk van de aard van het werk en vaste overleg- en onderwijsmomenten.

Internationaal perspectief

Via de European Junior Doctors Association (EJD) hebben we informatie verzameld over de regelingen in andere Europese landen [23]. Dit levert geen systematische vergelijking op, maar laat wel een aantal verschillen zien. Op het gebied van deeltijdopleiden en kolftijd zijn de Nederlandse regelingen relatief ruim: in Spanje, Frankrijk en Roemenië bestaat in de praktijk geen deeltijdroute, en elders is de dagelijkse kolftijd korter, al loopt die soms langer door. Wel kennen andere landen langere verlofperiodes, zowel voor als na de bevalling.

Het grootste verschil zit in de bescherming tijdens de zwangerschap. In Duitsland en Oostenrijk is nachtwerk voor zwangeren wettelijk verboden, in Oostenrijk ook overwerk en werkzaamheden met risico's zoals straling, infectiegevaar en werken op de operatiekamer. In Frankrijk, Ierland, Malta en Spanje beoordeelt een bedrijfsarts standaard welke werkzaamheden en diensten worden aangepast, waaronder vrijstelling van nacht- en bereikbaarheidsdiensten. Ook in Nederland moet de werkgever de risico's voor zwangere werknemers in kaart brengen en het werk zo nodig aanpassen, en zijn nachtdiensten tijdens de zwangerschap niet verplicht. Het verschil zit dus vooral in de uitvoering: aanpassingen hangen in de praktijk grotendeels af van wat de zwangere zelf aankaart. Onze resultaten laten zien dat dit in een cultuur met hoge roosterdruk niet altijd lukt.

Sterke punten en beperkingen

Sterke punten van dit onderzoek zijn de omvang van de respons en de combinatie van kwantitatieve gegevens met open antwoorden, een focusgroep met opleiders en interviews met (basis)artsen. Dit geeft context aan de cijfers, en het perspectief van opleiders maakt het mogelijk om aanbevelingen te toetsen aan wat in de praktijk haalbaar is.

Het onderzoek kent ook beperkingen. Een hoge respons is geen garantie voor representativiteit, omdat wie zich herkent in het onderwerp sneller deelneemt [24]. (Basis)artsen met een persoonlijke betrokkenheid bij deze thema's zijn daardoor mogelijk oververtegenwoordigd. De vergelijking met de vorige editie, die niet over deze thema's ging, wijst daar ook op:

het aandeel vrouwen onder de respondenten steeg van 72% in 2024 naar 78% nu, en het aandeel vrouwen dat tijdens het werk zwanger was (geweest) van bijna een derde naar twee op de vijf. De resultaten over zwangerschap en ouderschap zijn daardoor waarschijnlijk representatief voor wie dit heeft meegemaakt, maar percentages over de hele achterban, zoals het aandeel (basis)artsen met een kinderwens, liggen in werkelijkheid mogelijk lager. Andere uitkomsten zijn juist mogelijk onderschat. Wie vanwege een kinderwens afzag van een ziekenhuisspecialisme, valt buiten onze achterban; in Cluster 1 en 3 (onder meer huisartsgeneeskunde en sociale geneeskunde) koos ongeveer de helft mede om die reden voor een specialisme buiten het ziekenhuis. Ook discriminatie wordt mogelijk onderschat: ruim een op de tien beschreef bij 'anders' ervaringen die sterk lijken op de genoemde vormen van discriminatie, maar niet eenduidig in te delen waren. De open antwoorden laten zien dat achter de overwegend positieve groepsresultaten ook ingrijpende negatieve ervaringen schuilgaan. Deze antwoorden waren door hun geringe aantal en uiteenlopende inhoud lastig te categoriseren, waardoor de omvang van deze ervaringen moeilijk te duiden is.

Verder is het onderzoek beschrijvend: verschillen tussen groepen zijn niet statistisch getoetst. Bij kleine subgroepen, zoals partners van zwangeren en respondenten met een fertiliteitstraject, kunnen enkele antwoorden een percentage al merkbaar verschuiven. Gegevens over onder meer zwangerschapscomplicaties zijn gebaseerd op zelfrapportage, en herinneringen aan langer geleden situaties kunnen minder nauwkeurig zijn. Tot slot veranderden de cao-afspraken in de periode waarover respondenten rapporteerden, wat de interpretatie van de naleving bemoeilijkt.

Tot slot

Als (basis)artsen hebben we een cultuur geërfd waarin doorwerken de norm was en vragen om aanpassingen als lastig gold. Die cultuur houden we deels zelf in stand. Zwangeren en jonge ouders blijven diensten draaien waartoe zij niet verplicht zijn, en wie minder inzetbaar is, voelt zich schuldig tegenover collega's die daar zelf weinig last van ervaren. Een deel van de verandering ligt daarmee bij ons onderling: in het gesprek tussen collega's, tussen werknemer en werkgever en tussen aios en opleider. Cultuur alleen volstaat echter niet. Zonder structurele vervanging en ruimte in het rooster blijft de verantwoordelijkheid bij de individuele (basis)arts liggen. De hoge respons en de vele persoonlijke ervaringen laten zien dat er momentum is voor verandering. Het is aan ons allemaal om dat te benutten.

8. Referenties

1. De Jonge Specialist. Rapport Nationale a(n)ios enquête Gezond en veilig werken 2024 [internet]. Utrecht: De Jonge Specialist; 2025 [geraadpleegd 14 okt 2026]. Beschikbaar via: https://www.dejongespecialist.nl/wp-content/uploads/2025/02/Rapport-DJS-Nationale-anios-enquete-Gezond-en-veilig-werken-2024.pdf
2. Kader M, Bigert C, Andersson T, Selander J, Bodin T, Skröder H, et al. Shift and night work during pregnancy and preterm birth – a cohort study of Swedish health care employees. Int J Epidemiol. 2022;50(6):1864-74. doi:10.1093/ije/dyab135
3. Hammer P, Flachs E, Specht I, Pinborg A, Petersen S, Larsen A, et al. Night work and hypertensive disorders of pregnancy: a national register-based cohort study. Scand J Work Environ Health. 2018;44(4):403-13. doi:10.5271/sjweh.3728
4. Henning G, Agolli A, Henning S, Murphy S. Pregnancy challenges and outcomes among female physicians. Discoveries (Craiova). 2024;12(3):e192. doi:10.15190/d.2024.11
5. Mundschenk MB, Krauss EM, Poppler LH, et al. Resident perceptions on pregnancy during training: 2008 to 2015. Am J Surg. 2016;212(4):649-59. doi:10.1016/j.amjsurg.2016.06.018
6. Wet van 14 november 2018 tot wijziging van de Wet arbeid en zorg en de Werkloosheidswet in verband met de invoering van extra geboorteverlof (Wet invoering extra geboorteverlof). Staatsblad 2018;451 [internet]. Den Haag: Sdu; 2018 [geraadpleegd 14 okt 2026]. Beschikbaar via: https://www.officielebekendmakingen.nl/stb-2018-451.pdf
7. Wet betaald ouderschapsverlof. Staatsblad 2021;592 [internet]. Den Haag: Sdu; 2021 [geraadpleegd 14 okt 2026]. Beschikbaar via: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2021-592.html
8. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Cao umc 2024-2025. Utrecht: NFU; 2024.
9. Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Cao Ziekenhuizen 1 februari 2025 – 31 januari 2027 [internet]. Utrecht: NVZ; 2025 [geraadpleegd 14 okt 2026]. Beschikbaar via: https://cao-ziekenhuizen.nl
10. De Nederlandse GGZ. Cao GGZ 2025-2026 [internet]. Amersfoort: De Nederlandse GGZ; 2025 [geraadpleegd 14 okt 2026]. Beschikbaar via: https://www.fnv.nl/getmedia/eaac7ec4-fdb8-425e-9f6f-da415ba034d7/1089-geestelijke-gezondheidszorg-ggz-cao-01-01-2025-tm-31-07-2026-v11062026.pdf
11. Arbeidstijdenwet, artikelen 4:5 en 4:8 [internet]. Den Haag: Overheid.nl; geldend vanaf 1 juli 2025 [geraadpleegd 14 okt 2026]. Beschikbaar via: https://wetten.overheid.nl/BWBR0007671/2025-07-01
12. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Cao umc 2026-2027 [internet]. Utrecht: NFU; 2026. Beschikbaar via: https://www.umcmedewerkers.nl/thema/cao-umcs/
13. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Registers RGS [internet]. Utrecht: KNMG; [geraadpleegd 14 okt 2026]. Beschikbaar via: https://www.knmg.nl/ik-ben-arts/rgs/registers
14. Stichting BOLS. Stichting BOLS [Internet]. Utrecht: Stichting BOLS; [geraadpleegd 14 okt 2026]. Beschikbaar via: https://stichtingbols.nl/home
15. Rijksoverheid. Hoe kan ik mijn zwangerschapsverlof en bevallingsverlof berekenen? [internet] Den Haag: Rijksoverheid; [geraadpleegd 14 okt 2026]. Beschikbaar via: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/vraag-en-antwoord/zwangerschap-en-geboorte/zwangerschapsverlof-en-bevallingsverlof-berekenen
16. Rijksoverheid. Hoe vraag ik aanvullend geboorteverlof aan bij mijn werk? [internet] Den Haag: Rijksoverheid; [geraadpleegd 14 okt 2026]. Beschikbaar via: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/vraag-en-antwoord/zwangerschap-en-geboorte/aanvullend-geboorteverlof-aanvragen
17. Flinterman L, Batenburg R, Joldersma C. Wat beweegt de basisarts? Een vooronderzoek ten behoeve van de raming van basisartsen [internet]. Utrecht: Capaciteitsorgaan/Nivel; 2024 [geraadpleegd 14 okt 2026]. Beschikbaar via: https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2024/05/Wat-beweegt-de-basisarts.pdf
18. Van Gaalen R, Van Poppel F. De opmars van de oudere vader en moeder. Demos. 2018;34(10). Beschikbaar via: https://publ.nidi.nl/demos/2018/demos-34-10-vangaalen.pdf
19. Rijksoverheid. Zwangerschapsuitkering en bevallingsuitkering [internet]. Den Haag: Rijksoverheid; [geraadpleegd 14 okt 2026]. Beschikbaar via: https://www.rijksoverheid.nl/wetten-en-regelingen/productbeschrijvingen/zwangerschapsuitkering-en-bevallingsuitkering

20. Smeets NJL, van Peperstraten-Aitken MCP, Coolen EHAJ, Stegers-Jager KM, van der Velden JAEM, Teheux L. Ouderschap tijdens de medische vervolgopleiding: ervaringen, uitdagingen en oplossingsrichtingen. Ned Tijdschr Geneeskd. 2026;170:D9041.
21. Bouwmeester M, Staal I. Peiling Melkvoeding 2023 [internet]. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid; 2024 [geraadpleegd 14 okt 2026]. Beschikbaar via: https://www.voedingscentrum.nl/Assets/Uploads/voedingscentrum/Documents/Nieuws/NCJ_Onderzoeksrapport_Peiling_Melkvoeding_2024.pdf
22. Junior Nederlandse Internisten Vereniging (JNIV). Pilot Flexibilisering JNIV – Polistage: handreiking voor implementatie [internet]. Utrecht: Nederlandse Internisten Vereniging; 2026 [geraadpleegd 14 okt 2026]. Beschikbaar via: https://www.internisten.nl/wp-content/uploads/2026/04/Praktijkvoorbeeld-Pilot-thuiswerkdag-Handreiking-voor-implementatie.pdf
23. European Junior Doctors Association (EJD). Schriftelijke informatie van nationale lidorganisaties over zwangerschap, ouderschap en opleiding (Duitsland, Oostenrijk, Frankrijk, Spanje, Ierland, Malta, Estland, Roemenië). Persoonlijke communicatie, oktober 2026.
24. Voigt S, Haaksma M. De schijn van zekerheid: waarom enquêtepercentages zonder context misverstanden oproepen. Ned Tijdschr Geneeskd. 2026;170:D8693.

9. Bijlagen

Bijlage A – De Jonge Specialist achterban

- Anesthesiologie
- Cardiologie
- Cardiothoracale chirurgie
- Dermatologie en venerologie
- Heelkunde
- Intensive care
- Interne geneeskunde
- Keel-, neus- en oorheelkunde
- Kindergeneeskunde
- Klinische chemie
- Klinische fysica
- Klinische genetica
- Klinische geriatrie
- Longziekten en tuberculose
- Maag-, darm- en leverziekten
- Medische microbiologie
- Mond-, kaak- en aangezichtschirurgie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Nucleaire geneeskunde
- Obstetrie en gynaecologie
- Oogheelkunde
- Orthopedie
- Pathologie
- Plastische chirurgie
- Psychiatrie
- Radiologie
- Radiotherapie en oncologie
- Reumatologie
- Revalidatiegeneeskunde
- Spoedeisende geneeskunde
- Sportgeneeskunde
- Tropengeneeskunde
- Urologie
- Ziekenhuisfarmacie
- Ziekenhuisgeneeskunde

Bijlage B - Indeling type specialisme (snijdend, beschouwend, ondersteunend)

Snijdend:
- Arts Internationale Gezondheid en Tropengeneeskunde
- Cardiothoracale chirurgie
- Heelkunde
- Keel-, neus- en oorheelkunde
- Mond-, kaak- en aangezichtschirurgie
- Neurochirurgie
- Obstetrie en gynaecologie
- Oogheelkunde
- Orthopedie
- Plastische chirurgie
- Urologie
- Vooropleiding voor de orthopedie, namelijk heelkunde
- Vooropleiding voor de plastische chirurgie, namelijk heelkunde
- Vooropleiding voor de urologie, namelijk heelkunde

Beschouwend
- Cardiologie
- Dermatologie en venerologie
- Interne geneeskunde
- Kindergeneeskunde
- Klinische geriatrie
- Longziekten en tuberculose
- Maag-, darm- en leverziekten
- Neurologie
- Psychiatrie
- Reumatologie
- Revalidatiegeneeskunde
- Spoedeisende geneeskunde
- Sportgeneeskunde
- Vooropleiding voor de cardiologie, namelijk interne geneeskunde
- Vooropleiding voor de klinische geriatrie, namelijk interne geneeskunde
- Vooropleiding voor de longgeneeskunde, namelijk interne geneeskunde
- Vooropleiding voor de maag-, darm- en leverziekten, namelijk interne geneeskunde
- Vooropleiding voor de reumatologie, namelijk interne geneeskunde
- Ziekenhuisgeneeskunde

Ondersteunend
- Anesthesiologie
- Intensive care
- Klinische chemie
- Klinische fysica
- Klinische genetica
- Medische microbiologie
- Nucleaire geneeskunde
- Pathologie
- Radiologie
- Radiotherapie en oncologie
- Ziekenhuisfarmacie

Bijlage C – Zwangerschapscomplicaties bij (ex-)zwangere respondenten

Totaal	n = 1033
Geen complicatie:	57%
Miskraam tot 16 weken zwangerschapsduur:	18%
Foetale groeivertraging:	9%
Hypertensieve aandoeningen:	8%
Vroeggeboorte (24 tot 37 weken zwangerschapsduur):	5%
Immature partus (17 tot 24 weken zwangerschapsduur):	1%
Intra-uteriene vruchtdood (vanaf 24 weken zwangerschapsduur):	0% (n = 3)
Anders:	11%

De Jonge Specialist

Sta jij ook voor een nieuwe generatie van bevlogen en toekomstbestendige medisch specialisten?

Word lid van De Jonge Specialist en profiteer van al onze lidmaatschapsvoordelen.

Mercatorlaan 1200
Postbus 20057
3502 LB Utrecht

info@dejongespecialist.nl
www.dejongespecialist.nl

LinkedIn: de jonge specialist
Instagram: dejongespecialist