

De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief

Samenvatting

Schäfer WLA, van den Berg MJ, Groenewegen PP. De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief. *Huisarts Wet* 2016;59(3):94-101.

ACHTERGROND Het is bekend dat het aantal ingeschreven patiënten in Nederlandse huisartsenpraktijken relatief groot is in vergelijking met andere landen. Bovendien is de centrale rol van de Nederlandse huisarts als poortwachter tot de gezondheidszorg de laatste jaren alleen maar versterkt. Het ligt voor de hand dat deze rol, het takenpakket en de praktijkorganisatie hun weerslag hebben op de werkbelasting. Wij onderzochten hoe de werkbelasting van Nederlandse huisartsen zich momenteel verhoudt tot de werkbelasting van huisartsen in 33 andere landen.

METHODE In 34 landen, te weten de 28 EU-landen minus Frankrijk en Kroatië, met daarnaast IJsland, Noorwegen, de Republiek Macedonië, Turkije en Zwitserland plus Australië, Canada en Nieuw-Zeeland, vulden in totaal 7183 huisartsen een vragenlijst in. Per land waren er rond de 220 respondenten, in 4 kleine landen circa 75. De gegevensverzameling vond plaats tussen oktober 2011 en december 2013.

RESULTATEN Van de Europese landen met een inschrijving van patiënten op naam heeft Nederland nog steeds de grootste huisartsenpraktijken. Nederlandse huisartsen maken het hoogste aantal uren per huisarts in vergelijking met andere landen – alleen in Zwitserland, Duitsland en België is de werkweek langer. Nederlandse huisartsen besteden ongeveer evenveel uren aan directe patiëntenzorg als hun buitenlandse collega's, maar zijn meer tijd kwijt aan andere werkzaamheden en de gemiddelde consultduur is relatief kort. Opvallend is verder dat het aantal huisvisites in Nederland hoog is en dat bijna alle Nederlandse huisartsen diensten draaien. De arbeidstevredenheid van Nederlandse huisartsen is bovengemiddeld, vooral doordat ze relatief weinig stress ervaren op het werk, maar over de administratieve rompslomp zijn ze minder tevreden.

CONCLUSIE Nederlandse huisartsen hebben een tamelijk hoge werklast in vergelijking met huisartsen in andere landen. Naar verwachting spelen de praktijkorganisatie en de breedte van het takenpakket hierin een rol. Verder is het belangrijk uit te zoeken welke invloed de werklast heeft op de kwaliteit van de zorg die de patiënt ervaart.

INLEIDING

In ieder land is de gezondheidszorg anders georganiseerd. Er zijn dan ook per land grote verschillen in positie en takenpak-

ket van de huisarts en, in samenhang daarmee, in werklast en arbeidstevredenheid. In Nederland hebben huisartsen een relatief veelomvattende rol als poortwachter van de tweede lijn en dat heeft zijn weerslag op het takenpakket, de praktijkorganisatie en vervolgens ook de werklast.¹⁻³⁵ De werklast, in de zin van het aantal activiteiten dat uitgevoerd wordt en de tijd die daarmee gemoeid is,⁷ heeft directe en indirecte consequenties voor de kwaliteit van de zorg die de huisarts verleent. Een hoge werkdruk kan rechtstreeks consequenties hebben voor de zorg, een ervaren disbalans tussen werk en beloning kan de arbeidstevredenheid doen afnemen en daarmee ook de kwaliteit van zorg zoals de patiënt die ervaart. Nederlands onderzoek heeft laten zien dat patiënten de zorg niet alleen als beter ervoeren wanneer huisartsen meer tijd namen voor de patiënt en meer aanwezig waren in de praktijk, maar ook naarmate de huisarts een hogere arbeidstevredenheid had.⁶

Nederlandse huisartsenpraktijken vangen, vanwege hun poortwachtersrol, veel gezondheidsproblemen op en hebben dan ook veel ingeschreven patiënten in vergelijking met andere landen.⁸⁻¹⁰ Al in 1993 hadden Nederlandse huisartsen, getuige een Europees onderzoek, relatief veel ingeschreven patiënten en een breed takenpakket in vergelijking met andere landen. Toch hadden zij niet het hoogste aantal consulten per dag of werkuren per week.¹¹ Sinds 1993 heeft de gezondheidszorg in Nederland een metamorfose ondergaan die huisartsen niet ongemoeid heeft gelaten. Zo zijn zij minder visites gaan afleggen, zijn er praktijkondersteuners gekomen en hebben de huisartsenposten een opmars gemaakt.¹²⁻¹⁴ Maar ook in andere landen is er veel veranderd.

Wij onderzochten hoe de werklast van Nederlandse huisartsen zich momenteel verhoudt tot de werklast van huis-

Wat is bekend?

- Nederlandse huisartsen hadden in de jaren negentig vergeleken met andere landen veel patiënten en een lange werkweek.
- Sindsdien zijn er veranderingen gekomen in het takenpakket, de praktijkondersteuning en de dienstenstructuur, die die werklast beïnvloed hebben.

Wat is nieuw?

- Nog steeds maken Nederlandse huisartsen veel uren en zijn de praktijkpopulaties groot.
- De consulten van Nederlandse huisartsen zijn relatief kort.
- Nederlandse huisartsen leggen veel huisvisites af en doen bijna allemaal avond-, nacht- en weekenddiensten.
- Vergeleken met andere landen besteden Nederlandse huisartsen veel tijd aan andere activiteiten dan directe patiëntenzorg.
- Nederlandse huisartsen zijn tevreden met hun werk, maar niet over de administratieve rompslomp.

NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: W.L.A. Schäfer, onderzoeker; prof.dr. P.P. Groenewegen, senior onderzoeker (tevens bijzonder hoogleraar Sociale Geografie, Universiteit van Utrecht). RIVM, Bilthoven: dr. M.J. van den Berg: onderzoeker (tevens afdeling Sociale Geneeskunde, AMC, Amsterdam) • Correspondentie: w.schafer@nivel.nl • Mogelijke belangenverstremming: de dataverzameling is mede gefinancierd door de Europese Commissie binnen het Zevende Kaderprogramma (grant nummer 242141). De analyse van de data over werkbelasting is gefinancierd door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Het NIVEL is een onafhankelijk instituut dat statutair verplicht is tot openbare publicatie.

artsen in andere landen. Daarbij keken we naar de objectieve werklast, maar ook naar de arbeidstevredenheid als subjectief aspect daarvan. Dit onderzoek maakt deel uit van een groter onderzoek waarin gekeken wordt naar de relatie tussen de structuur van de gezondheidszorg, de positie van de huisarts en de werklast in verschillende landen, en waarin wordt geanalyseerd wat de gevolgen zijn voor de kwaliteit van zorg zoals ervaren door de patiënten.

METHODE

Dataverzameling

Recent onderzoek in 34 landen maakt het mogelijk de situatie van Nederlandse huisartsen opnieuw in internationaal perspectief te plaatsen.^{15,16} Het onderzoek omvat de 28 EU-landen minus Frankrijk en Kroatië, en daarnaast IJsland, Noorwegen, de Republiek Macedonië, Turkije en Zwitserland, plus drie niet-Europese landen die vergelijkbare zorgsystemen hebben, te weten Australië, Canada en Nieuw-Zeeland.

In elk land nodigden wij een aselechte steekproef van huisartsen uit een anonieme vragenlijst in te vullen, op papier of elektronisch. In landen waar geen nationale registers beschikbaar waren, zochten we alternatieven die zo dicht mogelijk bij een aselechte steekproef kwamen. Er werd maximaal één huisarts per praktijk geïncludeerd. De steekproeven zijn voor wat betreft leeftijd en geslacht representatief voor de huisartsenpopulatie in elk land. De vragenlijst is gebaseerd op eerder gevalideerde vragenlijsten. Details over de onderzoeksoepzet en de ontwikkeling van de vragenlijst zijn elders gepubliceerd.^{15,16}

De gegevensverzameling vond plaats tussen oktober 2011 en december 2013. De vragenlijst is ingevuld door 7183 huisartsen. De respons was gemiddeld 38%, variërend van minder dan 10% in bijvoorbeeld Oostenrijk en Zweden tot meer dan 70% in Griekenland en Spanje. In Nederland was de respons 17%. In absolute termen lag het aantal respondenten in de meeste landen rond de 220; in Cyprus, IJsland en Malta rond de 75. In Nederland vulden 238 huisartsen de vragenlijst in, dat is ongeveer 3% van de zelfstandig gevestigde huisartsen.¹⁷ Van hen was 95% praktijkhouder en 5% in dienst bij een gezondheidscentrum.

Ethische toetsing vond plaats in overeenstemming met de wettelijke vereisten in elk land.

Werklast

Wij vroegen de huisartsen naar de volgende feitelijke gegevens over de werklast:

- werkuren per week (zonder avond-, nacht- en weekenddiensten);
- tijd besteed aan patiëntenzorg als percentage van het totaal aantal werkuren;
- aantal spreekkamer-, telefonische en e-mailconsulten op een reguliere werkdag;
- aantal visites per week;
- aantal diensturen per week;
- gemiddelde consultduur;

- praktijkomvang (niet zozeer een maat voor werklast, maar wel een beïnvloedende factor).¹⁸

Arbeidstevredenheid

De arbeidstevredenheid is gemeten aan de hand van zes items:

1. Ik vind sommige delen van mijn werk niet echt zinvol;
2. Ik vind mijn werk nog net zo interessant als vroeger;
3. Ik moet in mijn werk veel te veel tijd besteden aan overbodige administratieve rompslomp;
4. Mijn huidige werk geeft me te veel stress;
5. Huisarts zijn is een gerespecteerde baan;
6. In mijn werk zijn inspanning en beloning in goed evenwicht.

De respondent kon aan ieder item een schaalscore toekennen van 1 (sterk mee oneens) tot 4 (sterk mee eens).

Analyse

Per land hebben wij het aantal contacten en visites berekend met behulp van multilevel poissonregressies. De scores voor de overige variabelen berekenden we met multilevel lineaire regressies. Deze methode houdt rekening met verschillen in steekproefgrootte tussen de landen en met individuele verschillen in de antwoorden.¹⁹ Bij de berekening van het aantal consulten, visites en diensturen is gecorrigeerd voor het aan-

Abstract

Schäfer WLA, van den Berg MJ, Groenewegen PP. Workload of Dutch general practitioners from an international perspective. *Huisarts Wet* 2016;59(3):94-101.

BACKGROUND Relatively more patients are listed with a GP in the Netherlands than in other countries. Moreover, the central role of GPs as gatekeeper to health care has been given more emphasis in recent years. This, together with the tasks, duties, and organization of practices, is probably reflected in the workload of GPs. We investigated the workload of Dutch GPs relative to that of GPs working in 33 countries.

METHOD In total, 7183 GPs in 34 countries, namely the 28 EU countries (excepting France and Croatia), Iceland, Norway, the Republic of Macedonia, Turkey, Switzerland, Australia, Canada, and New Zealand, completed a questionnaire. There were roughly 220 respondents per country, with about 75 in the four smaller countries. Data collection occurred between October 2011 and December 2013.

RESULTS Of the European countries in which patients are listed by name, the Netherlands has the largest number per GP. Moreover, Dutch GPs work relatively more hours than GPs in most other countries, with the exception of GPs working in Switzerland, Germany, and Belgium, who have a longer workweek. While Dutch GPs spend roughly the same number of hours on direct patient care as their foreign colleagues, they spend more time on other duties and the mean consultation time is relatively short. The number of home visits is relatively high in the Netherlands and nearly all Dutch GPs provide out-of-hours services. Satisfaction with work is higher than average among Dutch GPs, possibly because they experience little stress at work, although they are less satisfied about the time spent on administrative activities.

CONCLUSION Dutch GPs have a high workload compared with GPs in other countries, possibly as a result of the way practices are organized and the broad range of duties they have. It is important to investigate whether the workload influences the quality of care experienced by the patient.

Tabel 1 Aantal gewerkte uren per week van huisartsen in 34 landen

Land	Werkuren per week*		Directe patiëntenzorg†			Avond-, nacht- en weekeinddiensten		
	uren	95%-BI	uren	%	95%-BI	geen	uren‡	95%-BI‡
Australië	37,2	35,70-38,75	33,0	88,8%	85,8-91,8%	45,9%	8,95	6,44-11,46
België	51,1	50,12-52,06	44,2	86,4%	84,5-88,2%	7,2%	6,14	4,84-7,44
Bulgarije	39,2	37,94-40,49	32,1	81,8%	79,2-84,4%	24,9%	2,93	1,10-4,76
Canada	40,4	39,56-41,22	33,5	82,8%	81,2-84,4%	20,5%	20,45	19,25-21,64
Cyprus	37,5	35,37-39,71	29,6	78,8%	74,4-83,2%	44,1%	4,99	0,48-9,50
Denemarken	40,9	39,63-42,22	32,6	79,8%	77,3-82,3%	51,5%	1,91	0,00-4,07
Duitsland	49,6	48,43-50,87	41,0	82,6%	80,3-85,0%	23,9%	4,84	3,12-6,56
Engeland	40,1	38,70-41,59	28,7	71,6%	68,8-74,4%	65,6%	3,12	0,27-5,98
Estland	37,8	36,18-39,47	30,2	79,9%	76,7-83,1%	16,7%	2,95	0,86-5,05
Finland	35,8	34,69-36,94	26,4	73,7%	71,6-75,9%	56,2%	4,19	2,18-6,19
Griekenland	38,2	36,97-39,53	-	-	-	2,9%	19,77	18,23-21,32
Hongarije	37,7	36,44-38,96	31,7	84,1%	81,7-86,5%	43,6%	12,58	10,45-14,70
Ierland	41,2	39,71-42,63	34,2	83,1%	80,2-85,9%	8,9%	4,97	3,10-6,85
Italië	33,5	32,20-34,76	28,8	86,1%	83,4-88,7%	38,3%	3,76	1,52-5,99
Letland	38,9	37,58-40,14	31,2	80,1%	77,6-82,6%	69,8%	3,79	0,02-7,56
Litouwen	35,2	33,92-36,43	28,9	82,0%	79,5-84,5%	15,2%	1,52	0,00-3,32
Luxemburg	45,6	43,46-47,69	39,1	85,8%	81,7-90,0%	47,8%	4,43	0,96-7,91
Malta	46,3	44,03-48,65	40,7	87,8%	83,3-92,4%	14,6%	16,96	13,68-20,23
Nederland	43,0	41,74-44,19	32,1	74,6%	72,2-76,9%	0,5%	4,70	3,25-6,16
Nieuw-Zeeland	36,8	35,35-38,24	30,4	82,7%	79,9-85,5%	27,0%	12,69	10,70-14,68
Noorwegen	36,1	34,81-37,48	28,2	78,2%	75,6-80,7%	35,9%	6,28	4,30-8,26
Oostenrijk	43,7	42,25-45,08	35,4	81,0%	78,2-83,7%	27,8%	17,03	14,96-19,10
Polen	38,4	37,14-39,68	34,0	88,6%	86,2-91,0%	86,7%	5,08	1,12-9,03
Portugal	40,2	38,89-41,44	34,5	85,7%	83,2-88,2%	4,2%	5,45	3,86-7,04
Rep. Macedonië	40,8	39,19-42,32	36,1	88,4%	85,3-91,4%	20,2%	1,52	0,00-3,87
Roemenië	35,8	34,55-37,10	29,2	81,6%	79,1-84,1%	89,1%	9,16	4,65-13,67
Slovenië	37,4	36,09-38,72	26,0	69,6%	66,9-72,3%	19,3%	6,94	5,13-8,74
Slowakije	37,4	36,15-38,70	30,7	82,1%	79,6-84,7%	42,9%	3,00	0,72-5,28
Spanje	35,8	34,84-36,66	29,7	82,9%	81,1-84,6%	47,1%	7,41	5,89-8,93
Tsjechië	36,2	34,91-37,44	28,4	78,4%	75,9-80,9%	63,6%	2,87	0,37-5,37
Turkije	40,8	39,67-41,85	32,0	78,5%	76,4-80,6%	76,8%	3,21	0,53-5,89
IJsland	39,8	37,70-41,81	29,9	75,1%	71,0-79,2%	4,1%	11,53	9,00-14,06
Zweden	34,4	32,54-36,29	26,9	78,2%	74,6-81,9%	39,6%	3,65	0,82-6,49
Zwitserland	46,5	45,12-47,79	37,9	81,6%	79,1-84,2%	21,2%	7,55	5,66-9,45

* Gemiddelde per land, met 95%-betrouwbaarheidsinterval.

† Als gemiddeld aantal uren per week en als percentage van de gemiddelde werkweek per land.

‡ Meegeteld zijn alleen de huisartsen die aangaven dat zij in de afgelopen drie maanden diensturen hadden gehad.

tal werkuren. Omdat de werkuren per land verschillen, is gecentreerd rondom het gemiddelde van elk land.

De omvang van de praktijkpopulatie kon alleen worden vastgesteld in die landen waar een inschrijving op naam bestaat (18 landen). Omdat de vraag over het aantal ingeschreven patiënten in veel van deze landen niet eenduidig bleek te interpreteren, zijn deze gegevens gevalideerd aan de hand van nationale gegevens uit de PHAMEU-database.⁹ De gegevens van Estland en Polen konden niet gevalideerd worden; deze landen zijn daarom verwijderd uit de analyses over praktijkomvang.

RESULTATEN

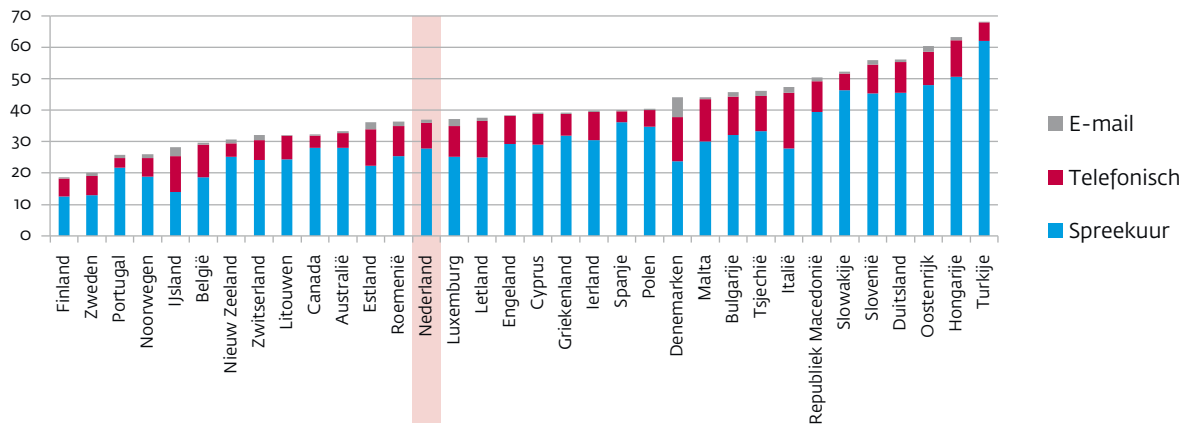
Werkuren en tijdsbesteding

Het gemiddelde aantal werkuren per week varieert van 33,5 in Italië tot 51,1 in België. Gemiddeld rapporteerden de Neder-

landse huisartsen 43 werkuren per week, zowel voor fulltime als voor parttime werkende huisartsen. Hiermee zit Nederland in het hoogste kwartiel: in 23 landen was het gemiddeld aantal werkuren lager, in 3 landen (Zwitserland, Duitsland, België) was het hoger en in 8 landen (IJsland, Republiek Macedonië, Denemarken, Turkije, Ierland, Oostenrijk, Luxemburg, Malta, Nederland) was er geen significant verschil.

Het aan directe patiëntenzorg bestede percentage werkuren liep van 69,6% in Slovenië tot 88,8% in Australië. Nederlandse huisartsen besteden 74,6% van hun werkuren aan directe patiëntenzorg. Dat is significant lager dan in 22 andere landen, maar door het vrij hoge totale aantal werkuren is het aantal uren directe patiëntenzorg in absolute zin wel vergelijkbaar met veel andere landen. Nederlandse huisartsen besteden daar ruim 32 uur per week aan, ruim 6 uur meer dan in Zweden, zo'n 12 uur minder dan in België.

Figuur 1 Gemiddeld aantal consulten op een reguliere werkdag, gecorrigeerd voor het gemiddeld aantal werkuren



Voor het aantal uren avond-, nacht- en weekenddienst hebben we onderscheid gemaakt tussen diegenen die aangaven diensturen te hebben gehad in de afgelopen drie maanden en diegenen die dat niet aangaven. In Nederland heeft slechts 0,5% van de huisartsen geen diensten gedraaid. In alle andere landen ligt dit hoger; tot 89,1% in Roemenië. Het gemiddelde aantal diensturen varieert van 1,5 uur per week in Litouwen en Republiek Macedonië tot 20,5 uur in Canada. Nederlandse huisartsen hebben gemiddeld 5 diensturen per week, vergelijkbaar met de meeste andere landen. In acht landen hebben huisartsen significant meer diensturen. [Tabel 1] geeft een gedetailleerd overzicht van de werkuren en de allocatie daarvan.

Contacten met patiënten

Het gemiddeld aantal spreekuurconsulten op een reguliere werkdag varieert van 13 (Zweden en Finland) tot 62 (Turkije). Nederlandse huisartsen zitten in het midden met ongeveer 28 spreekuurconsulten per dag. In de Scandinavische landen hebben huisartsen weinig spreekuurconsulten.

Italiaanse huisartsen bellen het meest (18 contacten per dag), hun Spaanse en Portugese collega's het minst (3 contacten per dag). Nederlandse huisartsen zitten ook hier in het midden met gemiddeld 8 telefonische contacten per dag.

Het e-mailconsult wordt in veel landen nog niet gebruikt, en alleen in Denemarken gebeurt dit al wat vaker (ongeveer 6 per dag). In Nederland rapporteerden de respondenten gemiddeld 1 e-mailconsult per dag.

[Tabel 2] geeft de gemiddelde aantallen van de verschillende soorten contacten, [figuur 1] de grafische voorstelling.

Visites

Visites aan huis zijn niet gebruikelijk in de Scandinavische en niet-Europese landen: het wekelijkse aantal visites varieert van 1 (Canada, Cyprus, Finland, Nieuw Zeeland, Noorwegen, IJsland, Zweden) tot 23 (België) en 25 (Malta). In Nederland ligt het gemiddelde relatief hoog, met 12 huisvisites per week; in 25 landen is dat significant lager.

Het aantal patiënten dat bezocht wordt in verzorgingshui-

Tabel 2 Gemiddeld aantal patiëntcontacten per dag van huisartsen in 34 landen

Land	Spreekuur		Telefonisch		E-mail	
	n	95%-BI	n	95%-BI	n	95%-BI
Australië	28	26,75-28,43	5	4,50-5,20	0	0,4-0,6
België	19	18,01-18,88	10	9,66-10,30	1	0,5-0,6
Bulgarije	32	31,20-32,72	12	11,74-12,68	1	1,2-1,5
Canada	28	27,37-28,28	4	3,58-3,92	0	0,3-0,5
Cyprus	29	27,82-30,38	10	9,02-10,49	0	0,2-0,4
Denemarken	24	23,10-24,43	14	13,62-14,64	6	6,0-6,6
Duitsland	46	44,18-45,90	10	9,33-10,13	1	0,8-1,1
Engeland	29	28,29-29,94	9	8,44-9,35	0	0,1-0,2
Estland	22	21,29-22,95	12	11,11-12,30	2	1,9-2,4
Finland	13	12,23-13,08	6	5,37-5,93	0	0,3-0,4
Griekenland	32	31,11-32,63	7	6,39-7,08	0	0,3-0,4
Hongarije	51	49,52-51,40	12	11,16-12,06	1	0,8-1,0
Ierland	30	29,53-31,22	9	8,35-9,26	0	0,3-0,5
Italië	28	26,90-28,31	18	16,90-18,02	2	1,6-2,0
Letland	25	24,15-25,49	12	11,09-12,00	1	0,9-1,2
Litouwen	24	23,62-24,92	8	7,29-8,03	0	0,2-0,3
Luxemburg	25	23,34-25,59	10	8,88-10,29	2	1,9-2,6
Malta	30	28,37-31,08	13	10,87-12,57	1	0,3-0,6
Nederland	28	26,97-28,32	8	7,34-8,05	1	1,0-1,2
Nieuw-Zeeland	25	24,36-25,89	4	4,01-4,64	1	1,0-1,3
Noorwegen	19	18,29-19,51	6	5,54-6,22	1	0,9-1,2
Oostenrijk	48	46,49-48,54	11	10,01-10,98	2	1,5-1,8
Polen	35	33,78-35,34	5	5,00-5,61	0	0,3-0,5
Portugal	22	21,00-22,25	3	2,97-3,45	1	0,8-1,1
Rep. Macedonië	40	38,57-40,65	10	9,13-10,16	1	1,0-1,4
Roemenië	25	24,64-25,98	10	9,21-10,04	1	1,2-1,5
Slovenië	45	44,17-46,03	9	8,81-9,65	2	1,4-1,7
Slowakije	46	45,41-47,25	5	5,00-5,62	1	0,4-0,6
Spanje	36	35,61-36,76	3	3,32-3,68	0	0,3-0,4
Tsjechië	33	32,43-33,97	11	10,83-11,72	2	1,5-1,8
Turkije	62	61,04-62,84	6	5,68-6,24	0	0,2-0,3
IJsland	14	13,16-14,80	11	10,70-12,18	3	2,5-3,2
Zweden	13	12,32-13,76	6	5,60-6,58	1	0,8-1,2
Zwitserland	24	23,29-24,67	6	6,07-6,78	2	1,3-1,7

* Gecorrigeerd voor aantal werkuren per week (uitgegaan van het gemiddeld aantal werkuren per land)

Tabel 3 Gemiddeld aantal visites en duur consulten per week door huisartsen in 34 landen

Land	Aan huis*		Overig†		Duur van consulten	
	n	95%-BI	n	95%-BI	min	95%-BI
Australië	2	1,48-1,90	7	6,45-7,30	-	-
België	23	20,86-21,79	13	11,98-12,69	17,7	17,20-18,27
Bulgarije	11	9,70-10,55	10	9,61-10,47	17,6	16,90-18,34
Canada	1	0,78-0,94	11	10,54-11,11	14,8	14,32-15,25
Cyprus	1	1,10-1,81	37	34,60-38,36	18,3	17,06-19,57
Denemarken	2	1,75-2,13	2	1,94-2,34	14,3	13,54-15,01
Duitsland	14	13,71-14,67	11	10,10-10,93	10,6	9,90-11,31
Engeland	6	5,55-6,28	5	4,41-5,07	11,2	10,34-11,99
Estland	2	1,95-2,46	1	0,91-1,27	16,4	15,44-17,32
Finland	1	0,59-0,78	6	6,08-6,69	23,8	23,20-24,47
Griekenland	14	13,60-14,60	12	11,33-12,25	14,7	13,99-15,43
Hongarije	14	13,06-14,03	8	7,89-8,65	8,2	7,48-8,94
Ierland	4	3,60-4,20	8	7,55-8,42	12,8	11,94-13,61
Italië	15	13,67-14,67	4	4,01-4,56	13,4	12,63-14,08
Letland	8	7,13-7,87	3	2,82-3,29	17,5	16,78-18,23
Litouwen	6	5,18-5,80	3	3,19-3,68	15,9	15,17-16,59
Luxemburg	11	10,36-11,87	11	10,61-12,16	17,6	16,38-18,82
Malta	25	19,69-21,96	11	9,35-10,94	13,0	11,67-14,27
Nederland	12	11,18-12,05	4	4,17-4,71	11,1	10,40-11,80
Nieuw-Zeeland	1	1,02-1,35	4	3,30-3,88	14,9	14,06-15,71
Noorwegen	1	0,56-0,79	3	2,81-3,29	18,6	17,84-19,36
Oostenrijk	15	14,10-15,23	11	10,73-11,73	11,7	10,92-12,53
Polen	4	4,11-4,66	2	1,78-2,15	13,7	12,96-14,40
Portugal	2	2,20-2,62	6	5,98-6,67	18,1	17,33-18,80
Rep. Macedonië	3	2,34-2,88	1	0,42-0,67	13,4	12,55-14,33
Roemenië	9	8,31-9,10	3	2,43-2,87	16,6	15,91-17,35
Slovenië	2	2,02-2,43	5	4,11-4,69	9,6	8,89-10,38
Slowakije	9	8,58-9,43	6	5,73-6,43	8,9	8,13-9,59
Spanje	4	4,19-4,59	1	1,20-1,42	8,5	8,02-9,06
Tsjechië	5	4,74-5,34	3	2,62-3,07	10,9	10,16-11,60
Turkije	4	3,59-4,04	11	10,34-11,09	9,3	8,67-9,91
IJsland	1	0,84-1,30	7	6,11-7,27	19,2	18,00-20,40
Zweden	1	0,48-0,80	2	1,96-2,56	23,9	22,84-25,02
Zwitserland	4	3,33-3,86	6	5,84-6,54	19,5	18,78-20,30

* Gecorrigeerd voor het gemiddeld aantal werkuren per week per land.

† Visites aan patiënten in verzorgingshuizen, verpleeghuizen of ziekenhuizen.

zen, verpleeghuizen of ziekenhuizen ligt tussen de 1 per week (Estland, Republiek Macedonië, Spanje) en 12 à 13 (Griekenland, België), met als uitschieter Cyprus met 37 visites. Nederlandse huisartsen zitten in de middencategorie met 4 per week.

Consultduur

Het aantal minuten per consult varieert van ongeveer 8 (Hongarije) tot 24 (Finland, Zweden). De consulten van Nederlandse huisartsen duren relatief kort met gemiddeld 11 minuten: in 22 landen neemt men meer tijd. Gedetailleerde cijfers zijn te vinden in [tabel 3].

Praktijkomvang

Van de 18 Europese landen die inschrijving op naam kennen, heeft Nederland de grootste gemiddelde praktijkpopulatie. In de andere 17 landen zijn de praktijkpopulaties significant kleiner (zie [figuur 2]).

Arbeidstevredenheid

Zoals [figuur 3] laat zien, scoren Nederlandse huisartsen tamelijk hoog op arbeidstevredenheid: in 18 van de 34 landen waren de respondenten significant minder tevreden. De Nederlandse huisartsen ervaren met name minder stress op het werk, al vinden ze de administratieve rompslomp belastend.

BESCHOUWING

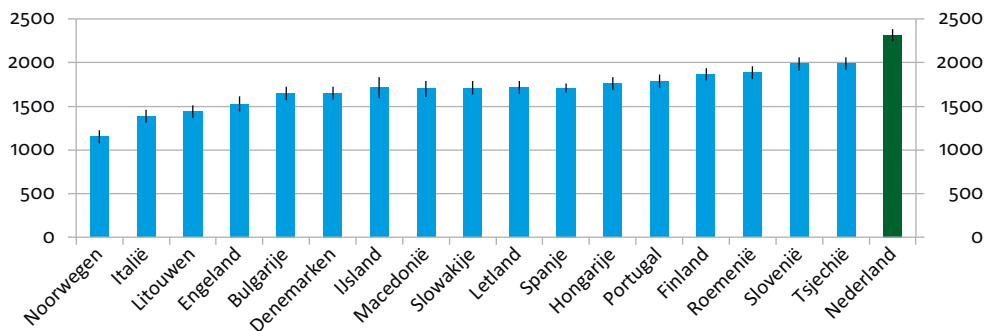
Wij onderzochten hoe de werklust van Nederlandse huisartsen zich verhoudt tot die van hun collega's in het buitenland. Wij vonden dat Nederlandse huisartsen relatief veel werkuren hebben, relatief veel tijd kwijt zijn aan andere activiteiten dan directe patiëntenzorg en relatief veel visites afleggen. De huisarts-patiëntratio is in Nederland lager dan in de ons omringende landen. Waar de gemiddelde praktijkpopulatie in die landen minder dan 2000 bedraagt, heeft een fulltime werkende huisarts in Nederland rond de 2300 ingeschreven patiënten.²⁰

Om een aantal redenen was deze tamelijk hoge werklust wel te verwachten. Het Nederlandse zorgsysteem is sterk georiënteerd op de eerste lijn en de huisarts heeft daarin een centrale positie, als eerste behandelaar en als poortwachter voor de tweede lijn.²⁰ Er zijn weinig belemmeringen voor toegang tot de huisarts en vrijwel iedere Nederlander staat bij een huisarts ingeschreven. Het zou dus voor de hand liggen dat Nederland een groot aantal huisartsen telt, maar zoals we zagen, telt Nederland juist relatief weinig huisartsen per hoofd van de bevolking.

Sterke en zwakke punten

Ons onderzoek heeft een aantal beperkingen. Ten eerste zijn onze gegevens afkomstig uit zelfrapportage, niet uit feitelijke metingen. Het kan dus zijn dat het daadwerkelijke aantal gewerkte uren, consulten enzovoort afwijkt van de gerapporteerde aantallen. We verwachten echter dat dit weinig invloed heeft op de vergelijking tussen de landen omdat er geen aanleiding is te veronderstellen dat deze bias in sommige landen sterker zou zijn dan in andere landen. Bovendien laat een vergelijking met Nederlands onderzoek op basis van sms-metingen zien dat huisartsen dit redelijk goed kunnen inschatten.²¹ Verder hebben we onze respondenten alleen gevraagd naar hun werkuren en niet of ze fulltime of parttime werken, want dit laatste is moeilijk te meten in landen waar huisartsen als vrije beroepsbeoefenaar werken. Een laatste beperking is dat onze steekproef alleen bestaat uit praktijkhouders en huisartsen in dienst van een gezondheidscentrum; waarnemers en HIDHA's zijn niet in het onderzoek meegenomen. Bovendien kent de moderne Nederlandse praktijk ondersteunende disci-

Figuur 2 Gemiddeld aantal ingeschreven patiënten per huisarts in 18 Europese landen



plines die ook huisartsenzorg leveren, zoals de POH. In toekomstig onderzoek naar de werklust zou daarom ook moeten worden gekeken naar de ‘zorgproductie’ van de gehele huisartsenvoorziening.

Een sterk punt van het onderzoek is dat wij vergelijkbare gegevens hebben verzameld in veel landen en in grote steekproeven van huisartsen. Onze onderzoekspopulaties zijn in de meeste landen representatief qua geslacht en gemiddelde leeftijd. Een ander sterk punt is dat de gegevens over werklust gedetailleerd zijn uitgevraagd.

Consequenties voor de praktijk

De werklust is de resultante van een complex van factoren. Men mag de werklust in verschillende landen dan ook niet zomaar vergelijken. Een aantal werklustmaten is in Nederland inderdaad relatief hoog. In vergelijking met andere landen hebben Nederlandse huisartsen een lange werkweek: gemiddeld 43 uur, deeltijders meegerekend, met daarbovenop nog de diensten die vrijwel alle Nederlandse huisartsen draaien. Die diensturen, in huisartsenposten, zijn doorgaans intensief vergeleken met andere landen, waar het soms vooral gaat om beschikbaarheidsdiensten. Van de landen in ons onderzoek

was Nederland het enige waarin alle huisartsen diensten draaien. Ander recent onderzoek heeft laten zien dat zelfstandig gevestigde huisartsen in Nederland gemiddeld 49,4 uur per week werken, inclusief diensturen. Dat wijkt niet veel af van onze bevindingen.²¹

Ondanks de lange werkweken en het hoge aantal ingeschreven patiënten is het aantal patiëntcontacten per huisarts in Nederland niet hoger dan gemiddeld. Een verklaring is wellicht dat Nederlandse huisartsen doorgaans een team om zich heen hebben dat contacten afhandelt. Daarbij besteden Nederlandse huisartsen relatief veel tijd (ruim een kwart) aan niet-patiëntgerelateerde zaken zoals administratie, management en scholing. De consulten zijn relatief kort, gemiddeld 11 minuten. Een onderzoek op basis van video-opnames kwam zelfs nog korter uit: gemiddeld 9,08 minuten.²³

Het aantal visites van Nederlandse huisartsen is de afgelopen jaren gedaald,¹² maar is met gemiddeld 12 per week nog steeds hoog in vergelijking met andere landen.

Over het algemeen blijken Nederlandse huisartsen behoorlijk tevreden over hun werk, en dan vooral omdat zij minder stress ervaren. In 2012 gaf zelfs 88% van de Nederlandse huis-

Figuur 3 Arbeidstevredenheid van huisartsen op een schaal van 1 (zeer ontevreden) tot 4 (zeer tevreden)

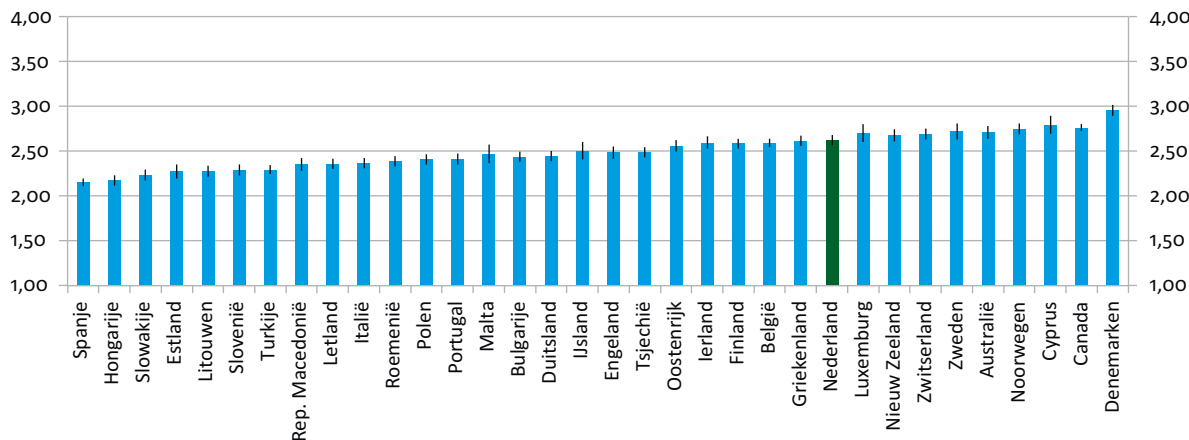




Foto: Gerard Tuijthol/andee Hoogte

artsen aan tevreden of zeer tevreden te zijn.²⁴ Er is echter één aspect dat relatief veel onvrede oproept, namelijk de ‘administratieve rompslomp’. In ons onderzoek hebben we dit gesignaleerd zonder het nader te onderzoeken.

Een ander recent onderzoek heeft laten zien dat Nederlandse huisartsen sinds de stelselwijziging van 2006 wel meer werkdruk ervaren en dat deze samenhangt met de ervaren negatieve gevolgen van marktwerking.²⁵ Ook uit de recentelijk opgestelde petitie van ‘de bezorgde huisarts’ die door meer dan de helft van de Nederlandse huisartsen werd ondertekend, spreekt ongenoegen over administratieve overbelasting, vooral als gevolg van de introductie van marktprincipes. De hierboven gepresenteerde cijfers laten zien dat Nederlandse huisartsen inderdaad veel tijd kwijt zijn aan andere zaken dan patiëntenzorg en spreken dit beeld in ieder geval niet tegen, al moet daarbij worden aangetekend dat daarin ook niet-administratieve activiteiten zijn meegerekend, zoals scholing en supervisie van andere zorgverleners. Uit eerder onderzoek is geen eenduidig beeld naar voren gekomen over de relatie tussen de indicatoren ‘werklast’ en ‘arbeidstevredenheid’.²⁶⁻²⁸ Wij hebben deze relatie hier niet verder uitgediept, zij zal nader onderzocht moeten worden.

Maatschappelijk kader

Onze gegevens voor Nederland zijn grotendeels verzameld in 2012. In de drie daaropvolgende jaren is het Nederlandse zorgstelsel gewijzigd, wat zijn weerslag zal hebben gehad op de werklast van de huisarts. In de basis-ggz, ingevoerd op 1 januari 2014, is de huisartsenpraktijk de eerste opvang geworden voor mensen met psychische problemen zoals stress. In de eerste helft van 2014 stegen daardoor de aantallen patiënten die de huisarts raadplegen vanwege psychische symptomen (15%), psychische diagnoses (21%) en sociale problemen (19%).²⁹

Verder heeft de rijksoverheid per 1 januari 2015 de verantwoordelijkheid voor een deel van de gezondheidszorg overgedragen aan de gemeentelijke overheden. Deze overgang heeft tot doel dat mensen langer thuis blijven wonen met ondersteuning uit hun sociale netwerk, waar zij voorheen vaak in de intramurale zorg terecht kwamen. Mogelijk zullen deze kwetsbare ouderen vaker een beroep doen op hun huisarts.

De LHV, het NHG en het Interfacultair Overleg Huisartsgeeneeskunde hebben in 2012 in hun *Toekomstvisie huisartsenzorg* het uitgangspunt van de Nederlandse huisartsenzorg aangegeven: een generalistische, persoonsgerichte benadering van de patiënt en continuïteit van zorg.³⁰ De ontwikkeling van de morbiditeit in de bevolking, waar steeds meer mensen te kampen hebben met multimorbiditeit, zorgt voor een extra uitdaging rondom deze ambities. Deze demografische ontwikkeling zal er – in Nederland, maar ook in de andere onderzochte landen – toe leiden dat de zorgvraag complexer wordt. Men mag aannemen dat de verwachtingen van de huisarts, en van de eerste lijn in brede zin, daardoor eerder zullen toe- dan afnemen.

In het kader van al deze ontwikkelingen is het belangrijk de (hoge) werklast van Nederlandse huisartsen onder de loep te nemen: wat zijn daarvan de determinanten en wat betekent het voor de patiënt?

CONCLUSIE

De werklast van de Nederlandse huisarts is tamelijk hoog in vergelijking met die in andere landen. Verder onderzoek zal moeten aantonen welke determinanten daarvoor verantwoordelijk zijn; men zou bijvoorbeeld kunnen kijken naar de praktijkorganisatie en naar de breedte van het takenpakket. Daarnaast is het belangrijk uit te zoeken of de hoge werklast invloed heeft op de kwaliteit van de zorg zoals de patiënt die ervaart. ■

DANKBETUIGING

Graag bedanken wij de begeleidingscommissie van dit project, F. Dijkers, P. Lips, J. Metsemakers en K. Rosmalen, en de meelezers W. Boerma en F. Schellevis. Verder danken wij P. Spreeuwenberg voor de statistische ondersteuning en alle coördinatoren van het QUALICOPC-onderzoek voor de dataverzameling in hun land.

LITERATUUR

- Groenewegen PP, Boerma WGW, Sawyer B. General practitioners' use of time and time management. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, et al., editors. Oxford textbook of primary medical care. Oxford: Oxford University Press, 2003.
- Halter M, Drennan V, Chattopadhyay K, Carneiro W, Yiallourous J, de Lusignan S, et al. The contribution of physician assistants in primary care: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2013;13:223.
- Reitz GF, Stalenhoef P, Heg R, Beusmans G. Triage in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2007; 50: 656-9.
- Wensing M, Van den Hombergh P, Van Doremalen J, Grol R, Szecsenyi J. General practitioners' workload associated to practice size rather than chronic care organisation. *Health Policy* 2009;89:124-9.
- Wensing M, van den Hombergh P, Akkermans R, van Doremalen J, Grol R. Physician workload in primary care: what is the optimal size of practices? A cross-sectional study. *Health Policy* 2006;77:260-7.
- van den Hombergh P, Künzi B, Elwyn G, van Doremalen J, Akkermans R, Grol R, et al. High workload and job stress are associated with lower prac-

- tice performance in general practice: an observational study in 239 general practices in the Netherlands. *BMC Health Services Research*. 2009;9:118.
- 7 Groenewegen PP, Hutten JB. Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1991;32:1111-9.
 - 8 Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, et al. The Netherlands: Health system review. *Health Syst Transit* 2010;12:1-229.
 - 9 Primary Healthcare Activity Monitor Europe [internet database]. Utrecht: NIVEL, 2015. <http://www.nivel.nl/en/dossier/country-information-primary-care,geraadpleegd-28-01-2015>.
 - 10 Wilson A, Windak A, Oleszczyk M, Wilm S, Hasvold T, Kringos D. The delivery of primary care services. In: Kringos D, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, editors. *Building primary care in a changing Europe*. Brussels: European Observatory on Health Care systems, 2015. Ch. 3.
 - 11 Boerma WGW, Groenewegen PP, Spreeuwenberg P. Variation in workload and allocation of time under different payment systems in general practice: A European study. In: Boerma WGW. *Profiles of general practice in Europe* [dissertation]. Utrecht: NIVEL, 2003. Ch. 8.
 - 12 Van den Berg M, Kolthof E, de Bakker D, van der Zee J. The workload of general practitioners in the Netherlands: 1987 and 2001. In Westert GP, Jabbaaij L, Schellevis FG, editors. *Morbidity, performance and quality in primary care: Dutch general practice on state*. Oxford: Radcliffe, 2006.
 - 13 Van den Berg MJ, De Bakker DH, Kolthof ED. Huisartsenposten en werkbelasting. Objectieve en ervaren werkbelasting door avond-, nacht- en weekenddiensten in waarneemgroepen en huisartsenposten. *TSG Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2004;82:497-503.
 - 14 van den Berg MJ, Cardol M, Bongers FJ, de Bakker DH. Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. *BMC Fam Pract* 2006;7:58.
 - 15 Schäfer WL, Boerma WG, Kringos DS, De Maeseneer J, Gress S, Heinemann S, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. *BMC Fam Pract* 2011;12:115.
 - 16 Schäfer WL, Boerma WG, Kringos DS, De Ryck E, Greß S, Heinemann S, et al. Measures of quality, costs and equity in primary health care: Instruments developed to analyse and compare primary health care in 35 countries. *Qual Prim Care* 2013;21:67-79.
 - 17 Beroepen in de gezondheidszorg [internet database]. Utrecht: NIVEL, 2015. <http://www.nivel.nl/databank,geraadpleegd-op-21-9-2015>.
 - 18 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. Werkbelasting en ervaren werkdruk van de huisarts. *Huisarts Wet* 1997;40:376-81.
 - 19 Raudenbush SW, Sampson RJ. Ecometrics: toward a science of assessing ecological settings, with application to the systematic social observation of neighborhoods. *Sociol Methodol* 1999;29:1-41.
 - 20 Kringos D, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, editors. *Building primary care in a changing Europe*. Brussels: European Observatory on Health Care systems, 2015.
 - 21 van Hassel D, van der Velden L, Batenburg R. Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2014.
 - 22 Faber M, Voerman G, Grol, R. International health policy survey 2009: Commonwealth Fund onderzoek onder huisartsen in 11 landen. Nijmegen: IQ Healthcare, 2009.
 - 23 van Dijk CE, Verheij RA, te Brake H, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP, de Bakker DH. Changes in the remuneration system for general practitioners: Effects on contact type and consultation length. *Eur J Health Econ* 2014;15:83-91.
 - 24 Faber MJ, van Loenen T, Westert GP. International Health Policy Survey 2012: Commonwealth Fund onderzoek onder huisartsen in 11 landen. UMC St Radboud, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ Healthcare). 2012.
 - 25 Lako CJ, van den Hombergh P, Honingh ME, Janssen P. Huisartsen over marktwerking, werkdruk en kwaliteit van zorg. *TSG Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 2014;1:19-21.
 - 26 Granja M, Ponte C, Cavadas LF. What keeps family physicians busy in Portugal? A multicentre observational study of work other than direct patient contacts. *BMJ Open* 2014;4:e005026.
 - 27 Karsh BT, Beasley JW, Brown RL. Employed family physician satisfaction and commitment to their practice, work group, and health care organization. *Health Serv Res* 2010;45:457-75.
 - 28 Linzer M, Manwell LB, Williams ES, Bobula JA, Brown RL, Varkey AB, et al. Working conditions in primary care: Physician reactions and care quality. *Ann Intern Med* 2009;151:28-36.
 - 29 Verhaak PFM, Magnée T, Hooiveld M, ten Veen P, de Bakker D. Factsheet: Gevolgen invoering Basis GGZ voor de psychische en sociale hulpvraag in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NIVEL, 2015.
 - 30 Toekomstvisie huisartsenzorg: Modernisering naar menselijke maat, huisartsenzorg in 2022. Utrecht: LHV/NHG, 2012.

Ferdinand Schreuder

Transparant

Vijftien jaar geleden was ‘transparantie’ een begrip waarmee controle op de macht werd beoogd. Met een bestuurlijke judobeweging is dit omgevormd tot een instrument waarmee macht wordt uitgeoefend. De gunstige klank die transparantie aanvankelijk had, heeft verzet ertegen lang in een kwade reuk gehouden, zodat huisartsen (en allerlei andere dienstverleners) zich nu in een verstikkend bureaucratisch registratiemoeras bevinden en een aanzienlijk deel van hun werktijd bezig zijn met deze materie. Het bijzondere is dat de druk om te registreren niet alleen door de overheid en ziektekostenver-

zekeraars wordt opgelegd, maar dat de beroepsgroep ook zelf steeds meer registratie eist via zorggroepen, accreditatie en NHG-Standaarden: goede registratie heeft een duidelijk kwaliteitsbevorderend effect, zo is de algemene opvatting.

Zo'n 25 jaar geleden waren er nog huisartsen die hun journaal van een decennium zorgverlening per patiënt op een systeemkaartje van A6-formaat konden bijhouden; twee kaartenbakken en wat ordners met specialistenbrieven volstonden als medische administratie. Overzicht over de medische situatie van een patiënt was summier, maar snel te krijgen; overzicht over de praktijkvoering van de huisarts ontbrak volledig. Tegenwoordig lijkt het omgekeerde het geval:

met betrekkelijk geringe moeite zijn complexe overzichten over de hele praktijk te krijgen, maar door de veelheid aan gegevens lijkt het overzicht over de patiënt moeilijker verkrijgbaar. Over zaken die het welzijn van de patiënt écht raken (zoals scheiding, baanverlies, schulden, overlijden en ziekbed dierbaren, relatie met de kinderen) is het overzicht compleet zoek. Kennelijk maken we keuzes in wát er precies transparant moet zijn.

Ik weet geen uitweg uit dit moeras, maar droom weleens van een praktijk waarin de patiënt zélf zijn dossier bijhoudt en ik mij alleen bezig hoef te houden met luisteren, adviseren en behandelen. ■

