

De werkbelasting van de huisarts neemt af

Yvonne Engels, Henk Mokkink, Pieter van den Hombergh, Wil van den Bosch, Henk van den Hoogen, Richard Grol

Inleiding

De drukke werkweek (werkbelasting) van huisartsen en de hoge ervaren werkdruk zijn de laatste jaren een veelbesproken onderwerp; huisartsen zien dit als kenmerkend voor hun vak.¹ Door (al dan niet vervroegde) pensionering en het groeiend aandeel van vrouwelijke huisartsen zal het bestaande tekort aan huisartsen naar verwachting nog toenemen. Ook de stijgende vraag naar huisartsenzorg heeft invloed op de werkbelasting en de ervaren werkdruk van huisartsen. De vergrijzing resulteert in meer patiëntencontacten; de gemiddelde consultduur is fors gestegen en het aantal taken van de huisarts is toegenomen.²⁻⁴ Huisartsen, met name startende, willen daarentegen juist minder werken.⁵ Naast ontwikkelingen die de werkbelasting mogelijk kunnen verhogen, zijn er ook ontwikkelingen die wellicht een gunstig effect hebben,

Samenvatting

Engels YMP, Mokkink HGA, Van den Hombergh P, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM, Grol R. De werkbelasting van de huisarts neemt af. *Huisarts Wet* 2003;46(9):482-7.

Doel Nagaan of de werkbelasting en werkdruk van huisartsen veranderd zijn tussen 1997/98 en 2002.

Methode We onderzochten de verschillen tussen 1997/98 en 2002 in gerapporteerde werkbelasting, het aantal uren dat men minder zou willen werken en de subjectieve werkdruk van huisartsen. Hiervoor maakten we gebruik van data verzameld met het *Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP)*.

Resultaten De groep uit 2002 werkte 0,6 uur minder (na correctie) dan de groep uit 1997/98. Met name niet-solisten en huisartsen in de stad werkten minder uren in diensten. Het aantal uren dat men minder zou willen werken bleef nagenoeg gelijk, maar nam toe bij solisten en op het platteland. Zowel de beschikbare fulltime eenheden van huisartsen als van assistentes per 1000 patiënten namen enigszins toe. Huisartsen werkten in 2002 met wat meer plezier.

Conclusie Wij vonden een lichte afname van de werkbelasting, waarschijnlijk door het groeiende aantal huisartsen, delegatie en de invoering van CHP's.

UMC St Radboud, Centre for Quality of Care Research/WOK, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: drs. Y. Engels, gezondheidswetenschapper; dr. H. Mokkink, methodoloog; dr. P. van den Hombergh, huisarts-onderzoeker; prof. dr. W. van den Bosch, hoogleraar huisartsgeneeskunde; H. van den Hoogen, statisticus; prof. dr. R. Grol, hoogleraar Kwaliteit van Zorg.

Correspondentie: y.engels@wok.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

zoals de invoering van centrale huisartsenposten. Inmiddels is 90% van de huisartsen hierbij aangesloten.⁶⁻⁸ Daarnaast kan afname van het percentage solistisch werkende huisartsen (van 47% in 1997 naar 42% in 2000) mogelijk bijdragen aan vermindering van de gemiddelde werkbelasting.^{5,9} Ten slotte lijkt het inzetten van een praktijkondersteuner een gunstig effect op de ervaren werkdruk te hebben.^{10,11} Kortom: er zijn meerdere ontwikkelingen die van invloed (kunnen) zijn geweest op de werkbelasting en werkdruk van huisartsen; het netto-effect is echter onduidelijk.

Om die reden hebben wij een beschrijvend onderzoek uitgevoerd en de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

- ▶ Zijn de gerapporteerde werkbelasting, het aantal uren dat huisartsen zouden willen werken en de subjectieve werkbelasting veranderd tussen 1997 en 2002?
- ▶ Is deze ontwikkeling verschillend voor diverse subgroepen?
- ▶ Gaat een eventuele trend ten koste van de beschikbaarheid van zorg?

Methode

Onderzoeksopzet en onderzoekspopulatie

Om onze vraagstelling te beantwoorden vergeleken we huisartsengegevens die verzameld zijn met het *Visitatie Instrument Praktijkvoering (VIP)* van 1997 en 1998 (167 huisartsen uit 116 praktijken) met die uit 2002 (569 huisartsen uit 308 praktijken). De VIP is een methode om de praktijkorganisatie van huisartsen te inventariseren en te toetsen.⁹

Variabelen en meetinstrumenten

De totale werkbelasting (het aantal gewerkte uren per week) wordt in de VIP hoofdzakelijk berekend met behulp van zelfrapportage door de huisarts. Wij vroegen de huisartsen de tijd te schatten die zij wekelijks besteden aan:

- direct patiëntgebonden activiteiten (consulten, visites, telefonische consulten);
- diensten (één uur per avond en nacht bereikbaarheid, plus reëel aantal gewerkte uren);
- indirect patiëntgebonden activiteiten (medisch-inhoudelijke en financiële administratie, telefoontjes die indirect de zorg betreffen, overleg met de eerste lijn, overleg met assistente, overleg met huisartsen, overleg met tweede lijn);
- kwaliteitsbevorderende activiteiten (nascholing, lezen van vakliteratuur, intercollegiale toetsing of intervisie);
- professionele activiteiten (vergaderingen buiten de praktijk die verband houden met functie als huisarts) en
- nevenactiviteiten (verloskunde, betrekking bij instellingen, verichten van keuringen, onderwijs, doen van onderzoek en dergelijke).

Wat is bekend?

▶ Huisartsen ervaren een hoge werkbelasting en werkdruk.

Wat is nieuw?

▶ Tussen 1997 en 2002 zijn huisartsen niet meer uren gaan werken; er was zelfs een lichte daling in de gerapporteerde werkbelasting.

▶ Het aantal uren dat huisartsen zouden willen werken is eveneens afgenomen in deze periode.

▶ Huisartsen werkten in 2002 met iets meer plezier.

Met betrekking tot de direct patiëntgebonden activiteiten werd eveneens de agenda voor de spreekuurplanning nageslagen door een visitator. Hierbij werd van een 'gangbare' week het aantal geagendeerde contacten vermenigvuldigd met de geagendeerde tijdsduur. Omdat de patiëntgebonden activiteiten doorgaans door uitloop en onverwachte niet-geagendeerde taken meer tijd in beslag nemen dan uit de agendering blijkt, middelden we het aantal uren geagendeerde patiëntgebonden activiteiten met het door de huisarts opgegeven (doorgaans hogere en mogelijk ruim geschatte) aantal uren.

Omdat de gegevens over het aantal uren besteed aan nevenactiviteiten (tot 61 uur per week) mogelijk onbetrouwbaar zijn en nevenactiviteiten grotendeels los staan van het werk binnen de praktijk, namen we dit aspect niet mee in de berekening van de totale wekelijkse werkbelasting. Voor kwaliteitsbevorderende activiteiten gaf 95% van de huisartsen 7 uur of minder per week op; een hoger aantal uren dan 7 werd gehercodeerd naar 7 uren per week.

De som van al deze activiteiten noemen we verder de *totale gerapporteerde werkbelasting*. Daarnaast vroegen we hoeveel fulltime-eenheden (fte) de huisarts werkzaam is in de praktijk (10% per dagdeel).

Ook werd de huisarts gevraagd naar het door hem- of haarzelf gewenste aantal werkuren per week. Als maat voor het aantal uren dat huisartsen minder zouden willen werken namen we het verschil tussen de totale gerapporteerde werkbelasting en de gewenste werkbelasting.

Om de hoeveelheid beschikbare zorg te meten berekenden we aan de hand van het aantal ingeschreven patiënten, de totale fte huisarts en praktijkassistentie, met andere woorden hoeveel fte huisarts en assistentie er beschikbaar waren per 1000 patiënten. Dit gebeurde op praktijkniveau.

De ervaren werkdruk werd bepaald met vier Likertschalen:¹²

1 werken met plezier, gevoel van betrokkenheid, interesse (4 vragen, $\alpha=0,72$);

2 bezig zijn met oneigenlijke hulpvragen (4 vragen, $\alpha=0,67$);

3 tevredenheid met beschikbare tijd (5 vragen, $\alpha=0,76$) en

4 ervaren werkbelasting (16 vragen, $\alpha=0,93$).¹³

Omdat deze schaal iets zegt over de vermoeidheid aan het einde van een werkdag, wordt deze hier door ons 'vermoeidheid' genoemd.

Om de interpreteerbaarheid te verbeteren werden alle vragen dusdanig getransformeerd, dat een score van 0% overeenkomt met een zeer hoge ervaren werkdruk, en een score van 100% met een zeer geringe ervaren werkdruk.

Ten slotte gebruikten wij enkele praktijkgegevens, zoals praktijkvorm (solo versus niet-solo) en mate van urbanisatie (platteland, verstedelijkt platteland, kleine of middelgrote stad en grote stad). Als huisartskenmerken gebruikten we geslacht, leeftijd (jonger dan 45 jaar versus 45 jaar of ouder) en de omvang van het dienstverband (minder dan 90% versus 90% of meer). Wij gebruikten deze gegevens vanwege hun (mogelijke) verband met de werkbelasting en werkdruk.

Analyses

Vanwege de geringe aantallen voegden we de gegevens van huisartsen uit 1997 en 1998 samen (september 1997 tot en met december 1998). Deze groep werd vergeleken met die uit 2002 (januari tot en met november). Om op praktijkniveau de beschikbaarheid van zorg te meten, vergeleken we de gegevens van 1999 met die van 2002 omdat deze gegevens in 1997 en 1998 nog niet in de VIP zaten. Er waren geen huisartsen bij die in beide perioden gevisiteerd zijn.

Om na te gaan of een eventuele trend samenhangt met praktijkvorm, mate van verstedelijking, geslacht, leeftijd en de omvang van het dienstverband, voerden wij hiervoor vervolgens per tijdsperiode subanalyses uit.

Met behulp van tweezijdige ongepaarde t-toetsen gingen wij na of er tussen 1997/98 en 2002 significante verschillen waren in de totale werkbelasting van de gehele groep en binnen de hierboven genoemde subgroepen en of er tussen 1999 en 2002 verschillen waren in het aantal fte huisarts en fte praktijkassistente per 1000 patiënten.

Een eventueel verschil in werkbelasting tussen beide meetmomenten zou toegeschreven kunnen worden aan de verschillende samenstelling van beide onderzochte groepen. Daarom gingen we met behulp van stapsgewijze meervoudige regressieanalyse na of het meetmoment (1997/98 of 2002) invloed heeft op de werkbelasting waarbij we de mate van verstedelijking (gehercodeerd naar dummy variabelen), leeftijd (45 jaar of ouder versus jonger dan 45), geslacht en praktijkvorm (solo versus niet-solo) constant hielden.

Resultaten

In 1997 plus 1998 werd bij 167 huisartsen (116 praktijken) een visitatie met de VIP uitgevoerd en in 2002 bij 569 huisartsen (308 praktijken). In *tabel 1* is te zien dat in de onderzoeksgroep uit 2002 het percentage vrouwen hoger is dan in de groep uit 1997/98 en dat er aanmerkelijk minder solopraktijken zijn en meer groepspraktijken.

De onderzoeksgroep uit 2002 wijkt op een aantal punten af van de Nederlandse huisartsenpopulatie: meer artsen zijn jonger dan 45 jaar, minder zijn solistisch werkzaam en meer in een groepspraktijk (*tabel 1*).

Tabel 1 Demografische variabelen huisartsenpeilingen en onderzoeksgroepen

	Nederlandse huisartsenpeiling 1998 (n=6916* tot 7377†)	Onderzoeksgroep 1997/98 (n=167)	Onderzoeksgroep 1999	Nederlandse huisartsenpeiling 2002 (n=7322 tot 7939†)	Onderzoeksgroep 2002 (n=569)
Percentage jonger dan 45 jaar	47*	48		39†	46
Gemiddelde leeftijd		45			45
Gemiddeld fte werkzaam	0,90*	0,86		0,85*	0,81
Geslacht (% vrouw)	22†	22		28†	29
Setting (%)					
- solopraktijk	47*	45		40*	27
- duopraktijk	33*	38		33*	30
- groepspraktijk	21*	17		27*	43
Urbanisatie (%)					
- platteland		14			14
- verstedelijkt platteland		32			30
- kleine/middelgrote stad		23			26
- grote stad		31			30
Op praktijkniveau					
- fte huisarts per 1000 patiënten			0,40		0,41
- fte assistentie per 1000 patiënten			0,39		0,41

* NIVEL: zelfstandig gevestigde huisartsen exclusief hidha's
† NIVEL: zelfstandig gevestigde huisartsen inclusief hidha's

Tabel 2 Gerapporteerde werkbelasting in uren per week van huisartsen in 1997/98 en in 2002

Populatie	Jaar	n	Totale gerapporteerde werkbelasting*	Uren besteed aan direct patiëntgebonden activiteiten	Uren besteed aan diensten	Aantal uren dat men minder zou willen werken†
Gehele groep	97/98	164	49,3	31,6	5,2	6,3
	2002	563	45,4 [¶]	28,7 [¶]	4,4 [#]	7
Vrouwen	97/98	35	42,8	26,2	4,1	9,0
	2002	162	37 [‡]	22,5 [‡]	3,2 [‡]	5,6 [‡]
Mannen	97/98	127	51	33,1	5,5	5,6
	2002	393	48,7 [‡]	31,1 [‡]	4,9	7,4
Leeftijd <45 jaar	97/98	75	45,8	29,9	4,5	5,8
	2002	253	42,0 [‡]	26,3 [#]	4,0	5,5
Leeftijd ≥45 jaar	97/98	82	52,4	33,2	5,8	6,6
	2002	284	48,1 [#]	30,6 [‡]	4,7 [#]	8,2
Parttime (<90%)	97/98	53	39,5	24,5	3,9	2,7
	2002	280	38,7	23,6	3,7	4,4
Fulltime (≥90%)	97/98	105	54,2	35,3	5,8	8,1
	2002	260	52,6	34,3	5,2	9,8
Solisten	97/98	72	52,9	34,3	5,5	8,2
	2002	145	52	34,4	4,9	10,1
Niet-solisten	97/98	90	46,4	29,5	4,9	4,9
	2002	410	43,1 [‡]	26,7 [#]	4,2 [‡]	6,0
Platteland	97/98	22	47,1	30,3	5,0	5,3
	2002	81	48,5	29,5	5,2	9,8
Verstedelijkt platteland	97/98	54	51,2	33,8	5,3	5,6
	2002	161	45,6 [#]	28,5 [¶]	4,5	6,3
Kleine/middelgrote stad	97/98	36	50,2	31,9	4,6	7,9
	2002	142	46,8	29,6	4,6	7,9
Grote stad	97/98	50	47,5	29,7	5,6	6,0
	2002	166	42,2 [#]	27,4	3,7 [¶]	5,4

* Optelling van direct patiëntgebonden activiteiten, dienst, indirect patiëntgebonden activiteiten, kwaliteitsbevorderende activiteiten (max. 7 uur), en professionele activiteiten
† Aantal uren zoals aangegeven onder 'totaal aantal uren per week' minus 'gewenste aantal uren per week'
[‡] p < 0,05
[#] p < 0,005
[¶] p < 0,001

Gerapporteerde werkbelasting

De groep huisartsen uit 1997/98 rapporteerde 49,3 uur per week te werken, en de groep uit 2002 vier uur minder, namelijk 45,4 uren (tabel 2). De groep uit 2002 besteedde naar eigen zeggen drie uur minder aan patiëntgebonden activiteiten en één uur minder aan diensten per week dan de groep uit 1997/98. Ook de door huisart-

sen als wenselijk opgegeven werkbelasting was in 2002 lager dan in 1997/98. Hierdoor is het aantal uren dat men minder zou willen werken in beide groepen ongeveer hetzelfde.

Vrouwelijke huisartsen werkten in beide jaren gemiddeld minder uren dan mannelijke huisartsen. Hetzelfde geldt voor huisartsen

jonger dan 45 jaar ten opzichte van huisartsen van 45 jaar en ouder, en voor niet-solisten versus solisten. Hoewel beide groepen in 1997/98 ongeveer een even hoge werkbelasting rapporteerden, werkten de huisartsen op het platteland in 2002 veel meer dan hun collega's in de grote stad (tabel 2).

De algemene trend van minder werken zien we bij nagenoeg alle subgroepen in meer of mindere mate terug (tabel 2). Een uitzondering daarop vormen huisartsen op het platteland: zij rapporteerden voor 2002 een hogere werkbelasting dan de groep uit 1997/98. Het aantal uren besteed aan diensten nam bij hen zelfs iets toe. Huisartsen in de grote stad gaven in 2002 daarentegen aan minder uren aan dienst te besteden dan hun collega's in 1997/98.

Het aantal uren dat men minder zou willen werken was bij vrouwelijke huisartsen in 2002 significant lager dan in 1997/98; bij full-time werkende huisartsen, solisten en huisartsen op het platteland steeg de discrepantie tussen gerapporteerde en gewenste werkbelasting (tabel 2).

Omdat de gevonden vier uur vermindering van de werkbelasting samen kan hangen met de verschillende samenstelling van de groepen (1997/98 versus 2002, zie tabel 1) voerden we een meer-voudige stapsgewijze lineaire regressieanalyse uit waarbij we de andere variabelen constant hielden. Van de gevonden daling van de werkbelasting bleef dan nog 0,6 uur over.

Subjectief ervaren werkdruk

In vergelijking met 1997 gaven de huisartsen in 2002 aan met significant meer plezier, betrokkenheid en interesse te werken, waren ze iets meer tevreden met hun beschikbare tijd en minder vermoeid na een werkdag. Wel gaven de huisartsen in 2002 aan vaker bezig te zijn met oneigenlijke hulpvragen dan de huisartsen in 1997/98 (tabel 3).

Het verschil tussen 1997/98 en 2002 in werken met plezier, betrokkenheid en interesse bleef bestaan onder constanthouding van de andere variabelen.

Beschikbare zorg

Zowel het aantal fte huisarts als praktijkassistentie per 1000 patiënten was in 2002 iets hoger dan in 1997/98 (tabel 1).

Beschouwing

Onze bevindingen zijn verrassend als we ze vergelijken met het beeld van de overbelaste huisarts zoals dat in de media geschetst

wordt.¹ De afname van de werkbelasting in uren wordt echter bevestigd door gegevens van het NIVEL; in een recente publicatie tonen Van den Berg et al. eveneens een afname van het aantal uren werk, waarbij zij 1987 vergeleken met 2001.¹⁴ De zelfgerapporteerde werkbelasting van de huisartsen in ons onderzoek lag in 2002 lager dan in 1997/98, voornamelijk doordat er in 2002 minder tijd besteed werd aan direct patiëntgebonden activiteiten. Met name vrouwen, huisartsen in de grote stad en op het verstedelijkt platteland gingen in deze periode fors minder werken. Bij solisten bleef de werkbelasting hetzelfde en huisartsen op het platteland gingen zelfs iets meer werken.

Bij gelijkblijvende demografische variabelen (geslacht, leeftijd, praktijkvorm en mate van verstedelijking) vonden we een afname van de gerapporteerde werkbelasting van 0,6 uur tussen 1997/98 en 2002. Bijzonder is dat deze afname van de werkbelasting niet ten koste ging van de hoeveelheid beschikbare zorg (fte huisarts en assistentie per 1000 patiënten); deze steeg zelfs in deze periode.

Een plausibele verklaring voor de door ons gevonden afname van de gerapporteerde werkbelasting is dat door het toegenomen aantal huisartsen er meer huisartsen parttime konden werken. Inderdaad blijkt de door ons onderzochte groep uit 2002 gemiddeld een iets lager aantal fte te hebben dan de groep uit 1997/98, en vaker aan te geven parttime te werken. Daarnaast zijn huisartsen in deze periode waarschijnlijk meer taken gaan delegeren aan praktijkassistenten of praktijkondersteuner. Ook het feit dat het overgrote deel van de huisartsen zich in deze periode heeft aangesloten bij een centrale huisartsenpost heeft mogelijk een verlichting van de werkbelasting opgeleverd. Ook al vonden we maar een objectieve verlaging van één uur besteed aan diensten, alleen al het feit dat de meeste praktijken nu rond 17.00 uur kunnen sluiten kan indirect bijdragen aan een kortere werkdag.

De wens om gemiddeld 7 uur minder te willen werken dan de nu bestaande werkweek van ruim 45 uur geeft aan dat de door ons onderzochte groep huisartsen ongeveer net zoveel wil werken als wat gangbaar is in Nederland, namelijk 38 uur. Huisartsen willen waarschijnlijk net als de meeste Nederlanders meer tijd besteden aan vrije tijd en/of gezin.

Wat betreft de subjectief ervaren werkdruk is het een verrassende bevinding dat deze niet verslechterd is. Integendeel, huisartsen rapporteerden in 2002 dat zij met meer plezier, betrokkenheid en interesse werkten dan huisartsen in 1997/98. De vaak gehoorde stijgende ontevredenheid over werktijden vonden wij dan ook niet terug in onze resultaten. Ook de recente NIVEL-publicatie suggereert onvrede en schrijft dit toe aan het toegenomen aantal patiëntcontacten bij een afname aan beschikbare tijd.¹⁴ Mogelijk is de genoemde stijging van het aantal patiëntcontacten gedeeltelijk toe te schrijven aan de sterk verbeterde gecomputeriseerde contactregistratie in de afgelopen 15 jaar. Ook is vervuiling in de registratie mogelijk door de toegenomen contacten tussen patiënt en praktijkassistenten of praktijkondersteuner.

Tabel 3 Ervaren werkdruk van huisartsen in 1997/98 en in 2002 (in percentage van maximale gunstige score)

	Jaar	n	%
Werken met plezier, betrokkenheid en interesse	97/98	165	73
	2002	558	76*
Minder bezig met oneigenlijke hulpvragen	97/98	165	49
	2002	558	46
Tevredenheid met beschikbare tijd	97/98	165	55
	2002	558	57
Minder vermoeidheid na werkdag	97/98	165	78
	2002	558	80

* p < 0,05

Abstract

Engels Y, Mokkink H, Van den Hombergh P, Van den Bosch W, Van den Hoogen H, Grol R. The GP's workload is decreasing. *Huisarts Wet* 2003;46(9):482-7.

Introduction In recent years there have been many developments that have influenced workload and work stress of GPs in the Netherlands. There has been an overall increase in the number of GPs, but there has also been an increase in the percentages of female and part-time GPs. There has been a decrease in the percentage of single-handed practices. In the same period the responsibility of GPs has been expanded by the addition of many preventive tasks. In addition, the ageing population leads to a higher workload because older people require more and longer consultations.

We were interested in the effect of these developments on the objective and subjective workload of GPs between 1997/98 (September 1997 – December 1998) and 2002 (January – November).

Method We used data collected by the 'VIP' (an instrument used in practice visits to collect data on management) in 1997/98 (167 GPs in 116 general practices) and in 2002 (569 GPs in 308 practices). We used unpaired t-tests and stepwise multiple regression analyses to look for differences in reported workload, in the stated decreased number of hours GPs want to work, in full-time equivalent practitioners per 1000 patients and in work stress.

Results In 2002 GPs reported a decrease in workload of 0.6 hours per week (after correction) as compared to their colleagues in 1997/98. GPs working in a single-handed practice and GPs working in a rural area reported no decrease in workload either for daytime or for out-of-hours work. In the same period the stated decrease in the number of hours GPs wanted to work also dropped. Consequently, the number of hours GPs wanted to work less stayed the same, and even increased for GPs in single-handed practices and those working in rural areas. The number of equivalent full-time practitioners per 1000 patients increased slightly, as did the number of equivalent full-time practice assistants per 1000 patients. GPs in 2002 reported more pleasure in their work than did their colleagues in 1997/98.

Conclusions Surprisingly, considering the above-mentioned developments, we did not find an increase in reported workload, but a decrease. We speculate that the increase in the number of GPs, the delegation of tasks and the implementation of a central organisation for out-of-hours care had caused this positive change.

Beperkingen

Wij dienen enkele kanttekeningen te zetten bij ons onderzoek. Wij hebben niet één groep huisartsen gevolgd in de tijd, maar twee ongepaarde groepen vergeleken. Bovendien gaat het niet om een aselechte steekproef. De groep uit 2002 verschilt in een aantal demografische variabelen van de Nederlandse huisartsenpopulatie en van de groep uit 1997/98 (tabel 1). Om die reden hebben we een correctie uitgevoerd voor de belangrijkste demografische variabelen, namelijk geslacht, leeftijd, praktijkvorm en mate van verstedelijking. In feite is dit een te sterke correctie omdat ook de samenstelling van de Nederlandse huisartsenpopulatie in deze periode een soortgelijke trend vertoonde (tabel 1). Als extra controle om na te gaan of het bij onze lichte afname van de werkbe-

lasting niet om een toevalstreffer gaat, hebben we ook gekeken naar de tussenliggende jaren. In op één na alle groepen en subgroepen bleken de tussenliggende jaren een soortgelijk trendbevestigend beeld te vertonen. De gerapporteerde werkbelasting daalde bij vrouwen, in niet-solopraktijken en bij huisartsen die niet op het platteland werkzaam zijn. De daling was iets zwakker bij mannen. In solopraktijken bleef de gerapporteerde werkbelasting gelijk. Huisartsen gaven wel aan minder te willen werken. De enige subgroep die een wat grilliger verloop liet zien en waar geen duidelijke trend waarneembaar was, was de groep huisartsen op het platteland (daling in gerapporteerde werkbelasting tot 2000, daarna forse stijging in 2001 en weer een lichte daling in 2002). Omdat de trend over de afgelopen vijf jaar in op één na alle groepen en subgroepen overeenkomt met de gepresenteerde gegevens (ook al gaat het ieder jaar om een andere groep huisartsen) is het waarschijnlijk dat onze bevindingen geen toevalstreffers zijn. Om deze reden en ook vanwege het grote aantal huisartsen dat in dit onderzoek is betrokken, verwachten we dat onze bevindingen ondanks genoemde kanttekeningen erg nuttig zijn in de discussie over werkbelasting.^{4,15}

Een tweede beperking van het onderzoek is het feit dat de cijfers over de gerapporteerde werkbelasting grotendeels verkregen zijn door zelfrapportage van huisartsen. Alleen bij de bepaling van de direct patiëntgebonden activiteiten werd dit gecombineerd met een controle van de agenda voor de spreekuurorganisatie. De werkbelasting wordt echter tijdens het feedbackgesprek met de visitorator doorgenomen, wat de betrouwbaarheid ten goede zal komen. Deelname aan een grootschalige dienstenstructuur is nog niet als afzonderlijke variabele meegenomen omdat dit nog geen onderdeel uitmaakte van de VIP. Wellicht zou het verder zinvol zijn om huisartsen ook zelf een schatting te laten maken van de totale werkbelasting. Nu wordt die alleen berekend door de delen op te tellen. Eventuele afwijkingen in het opgegeven aantal uren zullen echter in beide onderzoeksperioden voorkomen en dus nauwelijks of geen invloed hebben op de gevonden verschillen.

Een derde kanttekening betreft de schalen die wij gebruikt hebben voor de ervaren werkdruk. Deze zijn inmiddels meer dan tien jaar oud en in de tussentijd zijn er meer verfijnde instrumenten ontwikkeld.^{12,16,17} Om echter een verandering vast te kunnen stellen in de tijd is het nodig om in beide perioden dezelfde instrumenten te gebruiken. Daarom waren wij nog niet overgestapt op nieuwere instrumenten.

Conclusie

De vaak veronderstelde stijging van de werkbelasting van huisartsen wordt niet bevestigd door de zelfrapportages van de huisartsen uit onze onderzoeksgroep.¹ Onze bevindingen zijn objectieve gegevens die nuttig kunnen zijn in de discussie over werkbelasting en werkdruk, ook al moet er zorgvuldig met deze bevindingen worden omgegaan, gezien de beperkingen van ons onderzoek. In onze ogen dient er vooral aandacht besteed te worden aan onze

bevinding dat huisartsen meer werken dan ze graag willen. Solisten en huisartsen op het platteland verdienen extra aandacht omdat het hen niet is gelukt om in de afgelopen jaren de werkbelasting te laten afnemen.

Literatuur

- 1 Harmsen JAM, Bernsen RMD, Bruijnzeels MA, Bohnen AM. Werkbelasting van huisartsen: objectieve toename in 9 praktijken in Rotterdam en omgeving, 1992-1997 en een extrapolatie naar 2005. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2001;145:1114-8.
- 2 Deveugele M, Derese A, Van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Measeneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002;325:472.
- 3 Van den Bosch W, Doveren M, Marks A, Van Damme R. Veranderingen in de huisartsenpraktijk vragen om managementondersteuning. *Huisarts Wet* 2003 [in press].
- 4 Moll van Charante EP, Delnoij DMJ, IJzermans CJ, Klazinga NS. Van spelverdeler tot speelbal? De veranderende rol en positie van de Nederlandse huisarts. *Huisarts Wet* 2002;45:70-5.
- 5 Kenens R, Hingstman L. Huisartsen Peiling 2002; cijfers uit de registratie van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2002.
- 6 Giesen P, Hiemstra N, Mokkink H, De Haan J, Grol R. Tevreden over diensten. Centrale huisartsenpost voldoet aan verwachtingen. *Med Contact* 2002;57:1657-60.
- 7 Ebbens E, De Bruijne M. De Nachtwacht. Een nieuwe organisatie van de nachtdienst in Almere. *Huisarts Wet* 2000;43:207-9.
- 8 Giesen PHJ, Haandrikman LGR, Broens S, Schreuder JLM, Mokkink HGA. Centrale huisartsenposten: wordt de huisarts er beter van? *Huisarts Wet* 2000;43:508-10.
- 9 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.
- 10 Timmers A, De Waal MWM, Ong RSG, Dijkers FW. Een deskundig alternatief. *Med Contact* 2002;57:1701-4.
- 11 Laurant M, Hermens R, Braspenning J, Grol R. De huisarts en de praktijkverpleegkundige in Midden Brabant. Eindrapport: Resultaten Effect- en Procevaluatie. Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit UMC St Radboud, 2000.
- 12 Van Dierendonck D, Groenewegen PP, Sixma H. Opgebrand. Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1992.
- 13 Meijman TF. Over vermoeidheid. Amsterdam: Studiecentrum Arbeid en Gezondheid, 1991.
- 14 Van den Berg MJ, De Bakker DH, Kolthof ED, Cardol M, Van den Brink-Muinen A. De werkdruk van de huisarts. *Zorgvraag en arbeidsduur*. *Med Contact* 2003;58:1054-6.
- 15 Van Santen H. Een nieuwe kijk op de functie van de huisarts. Afgeslankt takenpakket en samenwerking bieden nieuwe kansen. *Med Contact* 2000;55:127-8.
- 16 Bakker AB, Schaufeli W, Sixma HJ, Bosveld W, Van Dierendonck D. Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners. *J Org Beh* 1999;21:425-41.
- 17 Schaufeli W, Van Dierendonck D. De Nederlandse versie van de Maslach Burnout Inventory (MBI-NL). *Gedrag en Gezondheid* 1994;22:153-72.

Depressie na een CVA: signalering, diagnostiek en behandeling in de huisartsenpraktijk

Ivo Aben, Frans Verhey, George Beusmans, Jan Lodder

Samenvatting

Aben I, Verhey FRJ, Beusmans G, Lodder J. Depressie na een CVA: signalering, diagnostiek en behandeling in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2003;46(9):487-92.

Doel Nagaan hoe vaak huisartsen een depressie na een CVA herkennen en behandelen.

Methoden In het kader van een prospectief onderzoek werd bij 190 CVA- patiënten gedurende 1 jaar iedere 3 maanden nagegaan of zij een depressie hadden volgens de criteria van de DSM-IV. Na afloop van dit jaar werd aan de huisartsen van 58 van hen gevraagd naar diagnostiek en behandeling van depressie bij deze patiënten aan de hand van een gestandaardiseerd interview.

Resultaten Van de 29 patiënten met een depressie volgens DSM-IV waren 11 (37,9%) als zodanig door de huisarts gediagnosticeerd. Bij drie patiënten werd de diagnose ten onrechte gesteld. Bij de 14 patiënten bij wie depressie werd gediagnosticeerd schreef de huisarts in 50% een antidepressivum voor en even-

eens in 50% maakten zij een vervolgspraak.

Depressieve patiënten bleken veelal hun huisartsen niet voor hun klachten te consulteren.

Conclusie Huisartsen herkennen en behandelen een depressie na een CVA vaak niet. Het is noodzakelijk dat patiënten die een CVA hebben doorgemaakt goed worden voorgelicht en huisartsen hen stelselmatig controleren op het bestaan van psychische problematiek en daarvoor behandelen of doorverwijzen. Hiervoor zou beleid moeten worden ontwikkeld.

Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht, capaciteitsgroep Psychiatrie en Neuropsychologie: drs. Ivo Aben, destijds AIO, thans psychiater i.o., prof.dr. Frans Verhey, zenuwarts; capaciteitsgroep Neurologie: dr. Jan Lodder, neuroloog; capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde: dr. George Beusmans, huisarts. Correspondentie: f.verhey@np.unimaas.nl
Mogelijke belangenverstreming: niets aangegeven.