

De werkbelasting van Nederlandse huisartsen

Resultaten van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk

P.P. Groenewegen en J.B.F. Hutten

De werkbelasting van de Nederlandse huisarts - ruim 50 uur werken per week (plus 35 uur 'dienst') in 1988, voor driekwart patiëntgebonden activiteiten - afgezet tegen omvang, samenstelling en organisatie van zijn of haar praktijk.

IN DE LITERATUUR over werkbelasting van huisartsen staan het aantal uren dat huisartsen werken, de contactratio en de duur van de consulten centraal;¹ werkbelasting wordt daarin over het algemeen niet gebruikt in de arbeidsgeneeskundige en psychologische zin van de fysieke en psychologische reacties van mensen op taken van een bepaalde zwaarte in relatie tot hun belastbaarheid.^{2,3} Ook in dit artikel gebruiken we werkbelasting op de manier die in de literatuur over de huisartspraktijk gangbaar is.

Het aantal uren dat huisartsen werken kan in een aantal elementen worden uiteengelegd.

Een eerste belangrijk onderscheid is dat tussen het aantal uren dat er feitelijk wordt gewerkt en het aantal uren dat de huisarts beschikbaar moet zijn in verband met avond-, nacht- en weekenddiensten. Zonder dit laatste is een goede beschrijving van de werkbelasting van huisartsen niet mogelijk. Immers, de beschikbaarheidsdiensten leggen een duidelijke beperking op aan de huisarts in de besteding van zijn tijd. Op het moment dat het doel niet een beschrijving van de werkbelasting is, maar een analyse van de determinanten van werkbelasting, bijvoorbeeld door te kijken naar de invloed van praktijkgrootte of taakdelegatie op het aantal werkuren, is het veelal beter om de beschikbaarheidsdiensten buiten beschouwing te laten en alleen de feitelijke werktijd te bestuderen. Binnen het aantal uren dat feitelijk wordt gewerkt, wordt gewoonlijk onderscheid gemaakt tussen de tijd die wordt besteed

aan patiëntgebonden activiteiten en de tijd die wordt besteed aan overige activiteiten. Patiëntgebonden activiteiten betreffen met name spreekuren, visites en telefonische consulten. Onder de overige activiteiten worden bijvoorbeeld verstaan: praktijkadministratie, overleg, nascholing en het bijhouden van de medische literatuur.

Binnen de totale contactratio (het aantal contacten in een bepaalde tijdsperiode gedeeld door de persoonlijke praktijkgrootte) kan worden onderscheiden tussen de spreekuurcontactratio en de visite-ratio.

Het blijkt dat de werkbelasting van huisartsen vooral bestudeerd wordt in landen met een (gedeeltelijke) abonnements-honorering. Dat is ook wel begrijpelijk, omdat de relatie tussen praktijkgrootte en werkbelasting vooral in gezondheidszorgsystemen met abonnementshonorering een probleem is. Immers, gelijke praktijkomvang betekent - simpel gezegd - in die systemen gelijk inkomen, maar niet noodzakelijk gelijke werkbelasting: even grote praktijken kunnen een verschillende hoeveelheid werk met zich meebrengen door een verschillende samenstelling van de praktijk. Overigens is honorering niet het enige punt waarom werkbelasting in de belangstelling staat. Ook eventuele gevolgen voor de kwaliteit van de zorg zijn belangrijk. Als in grotere praktijken minder tijd wordt besteed aan de patiënten - een lagere contactratio en kortere consulten, zoals uit Engels onderzoek naar voren komt - zou dat gevolgen kunnen hebben voor de kwaliteit van de zorg.

In dit artikel zullen we enkele gegevens met betrekking tot de werkbelasting van huisartsen beschrijven en we zullen verbanden leggen met de praktijkomvang, -samenstelling en -organisatie.

Materiaal en methode

De gegevens zijn verzameld in het kader van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk, die in de jaren 1987 en 1988 is uitgevoerd.^{4,5}

Centraal in deze studie staat een drie maanden durende registratie van alle contacten in 103 huisartspraktijken. Hieruit zijn de tellers voor de berekening van de contactratio's en de gegevens over de consultduur afkomstig. Wat betreft de contacten zijn keuringen en consultatiebureaucontacten buiten beschouwing gelaten, omdat die voor een deel niet betrekking hebben op de eigen praktijkpopulatie en afzonderlijk worden vergezocht. De praktijkomvang, de noemer van de contactratio's, is afkomstig uit een registratie van alle patiënten in de deelnemende praktijken.

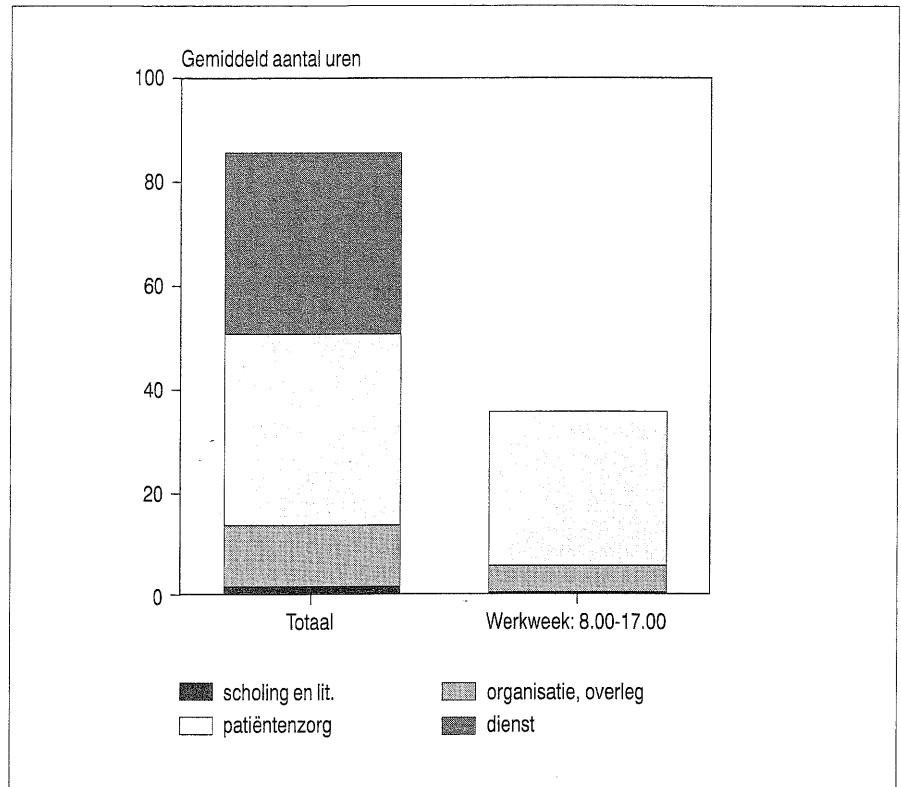
In de analyses zijn de contactgegevens van 161 deelnemende gevestigde huisartsen en van 7 van hun vaste waarnemers betrokken. Van hen hebben er 155 een volledige week lang een dagboek bijgehouden, waarin zij per kwartier hun werkzaamheden hebben genoteerd. Deze zijn later centraal ingedeeld in specifieke categorieën zoals privé-tijd, patiëntenzorg, praktijkorganisatie en scholing. De dagboeken zijn gebruikt om de aantallen gewerkte uren en de beschikbaarheidsdiensten te berekenen.

Om de praktijkomvang te kunnen relateren aan de persoonlijke werkbelasting van huisartsen, is de totale praktijkomvang omgezet in het aantal patiënten per individuele huisarts. In het geval van solo-praktijken is dat natuurlijk hetzelfde. Duo- en groepspraktijken hebben vaak een gezamenlijke patiëntenadministratie, waardoor alleen een schatting van de persoonlijke praktijkgrootte van de betrokken huisartsen kan worden gegeven. Dit heeft in drie stappen plaatsgevonden. Ten eerste is aan alle ingeschreven patiënten gevraagd welke arts zij meestal raadplegen. De non-respons op deze vraag bleek echter vrij hoog. Vandaar dat tevens is nagegaan welke huisarts de patiënt gedurende de registratieperiode had bezocht. Het bleek dat hiermee 71% van de patiënten in duo- of groepspraktijken aan een individuele huisarts kon worden gekoppeld. Het overige gedeel-

te is naar rato over de huisartsen verdeeld. Daarbij is rekening gehouden met de full-time equivalenten (FTE's) van de huisartsen: een part-timer krijgt naar verhouding minder overgebleven patiënten toegewezen dan iemand met een full-time aanstelling.

Bij een beschrijving van de werkbelasting van huisartsen in Nederland is de vraag van belang in hoeverre de deelnemende huisartsen een goede afspiegeling vormen van de totale beroepsgroep. Om twee redenen vormen de deelnemende huisartsen geen goede afspiegeling van de beroepsgroep. In de eerste plaats - en dat hebben we bewust gedaan - is een gestratificeerde steekproef getrokken, waarbij ernaar is gestreefd gelijke aantallen huisartsen te hebben in de combinaties van mate van verstedelijking van de praktijklocatie, afstand tot het ziekenhuis en regio. Hierdoor zijn bijvoorbeeld de plattelandsartsen oververtegenwoordigd. In de tweede plaats omvat de groep van deelnemende huisartsen niet alleen degenen die in de oorspronkelijke steekproef getrokken waren, maar ook hun associatiepartners. In veel gevallen bleek deelname aan de studie alleen aantrekkelijk te zijn als alle associatiepartners konden deelnemen. Hierdoor zijn soloartsen ondervertegenwoordigd. Deze onder- en oververtegenwoordigingen zijn rechtgetrokken door een weging uit te voeren. De precieze wegingsprocedure is beschreven in het basissrapport 'Verichtingen in de huisartspraktijk'.⁶ Door deze wegingsprocedure zijn de gegevens die hieronder worden gepresenteerd over het aantal werkuren, de contactratio's en de consultduur goede schattingen van het gemiddelde van alle Nederlandse huisartsen in 1988. Daar waar we uitsplitsingen maken naar individuele praktijkgrootte is geen weging toegepast. Het gaat dan om verschillen tussen groepen huisartsen in verschillende categorieën van de praktijkgrootte en

Figuur 1. Verdeling van het gemiddeld aantal werkuren per week van Nederlandse huisartsen over verschillende werkzaamheden binnen de praktijk, in 1988.



niet meer om het gemiddelde van alle Nederlandse huisartsen.

Resultaten

In totaal blijken Nederlandse huisartsen volgens de door hen bijgehouden dagboekjes ruim 85 uur per week te werken, inclusief de beschikbaarheidsdiensten (zie figuur 1). De categorie 'dienst' betreft de diensttijd waarin geen concrete werkzaamheden zijn geregistreerd. Het aantal feitelijk gewerkte uren exclusief de beschikbaarheidsdiensten is ruim 50 uur. Hiervan wordt ruim 70% besteed aan patiëntgebonden activiteiten. Van de tijd besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten wordt ruim anderhalf uur per week besteed aan scholing en bijhouden van de literatuur. Tevens is de tijdsbesteding weergegeven op doordeweekse dagen van 8 uur 's ochtends tot 5 uur 's middags (wat men de 'normale' werkweek zou kunnen noemen). Beschikbaarheidsdiensten zijn buiten beschouwing gelaten, omdat die voornamelijk in de avonden en in het weekend plaatsvinden. Een relatief groot deel van de niet-patiëntgebonden activitei-

ten blijkt plaats te vinden buiten de 'normale' werkweek.

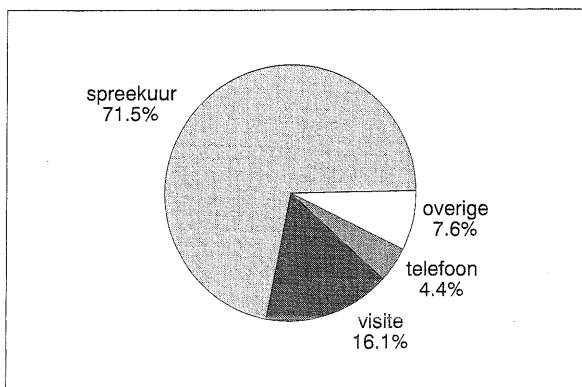
De totale contactratio met de huisartspraktijk blijkt in onze studie uit te komen op 1,15 contacten per ingeschreven patiënt per drie maanden: 0,80 contacten met de huisarts zelf en 0,35 contacten met de praktijkassistente. Dit betekent, dat ongeveer een derde van de contacten plaatsvindt met de assistente. De totale contactratio en het aandeel van de praktijkassistente daarin zijn duidelijk hoger dan in het onderzoek van der Ree c.s.;⁷ in dat onderzoek is echter een deel van de contacten (bijvoorbeeld telefonische contacten) buiten beschouwing gebleven.

De contactratio van ziekenfondspatiënten ligt ruim boven die van particuliere patiënten (1,26 versus 0,93) en vrouwen hebben meer contacten met de huisarts dan mannen (1,35 versus 0,94).

Van de contacten met de huisarts bestaat ruim 70% uit spreekuurcontacten, 17% uit visites en 4% uit telefonische contacten (zie figuur 2).

Bijna twee van de drie huisartscontacten duurt 10 minuten of korter. De huisartsen hebben de duur van de contacten aangegeven in de categorieën die in figuur 3 zijn gebruikt. Daarbij blijkt, dat de categorie van 5 tot en met 10 minuten de helft van alle contacten herbergt en zelfs iets meer dan de helft van alle spreekuurcontacten. De visites duren wat langer en als de

Figuur 2. Verdeling van het soort contacten met de huisarts, in percentages.



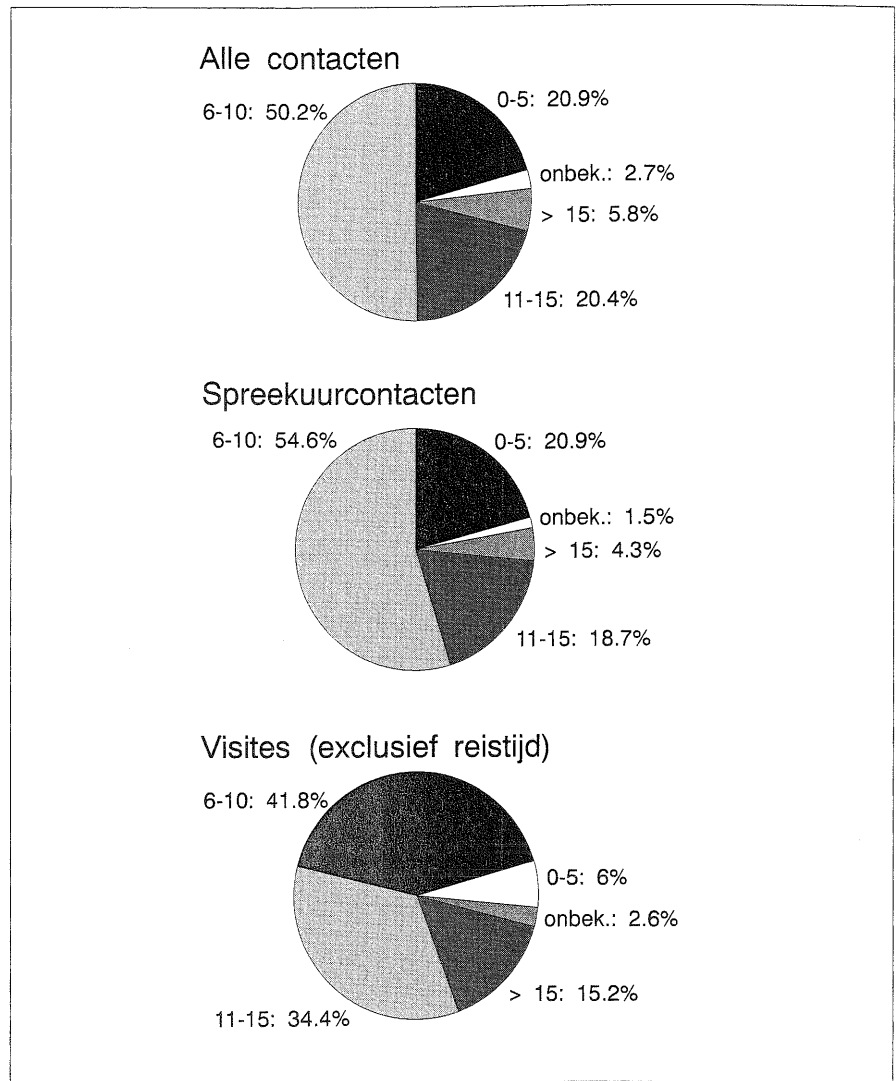
huisartsen de contactregistratieformulieren hebben ingevuld volgens de instructie ligt dat niet aan de reistijd; de instructie was namelijk contactduur exclusief reistijd.

We willen nu kort ingaan op de relatie tussen deze aspecten van de tijdsbesteding van huisartsen en de praktijkgrootte. De vraag is daarbij of grotere praktijken minder toegankelijk zijn dan kleinere praktijken, met andere woorden of de contactratio en de duur van de contacten negatief gerelateerd zijn aan de praktijkgrootte. Van der Zee heeft daar in dit tijdschrift ook al aandacht aan besteed (de cijfers die hier

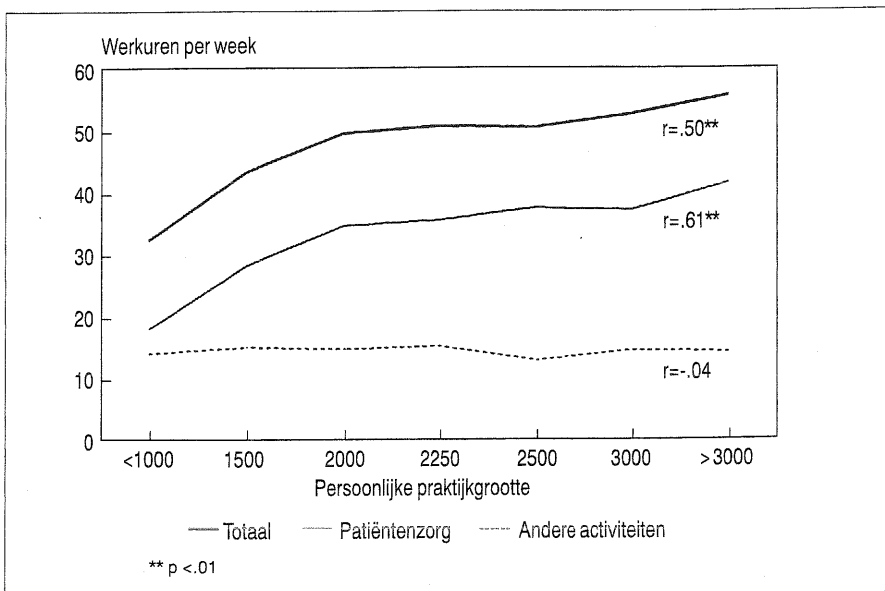
Een relatief groot deel van de niet-patiëntgebonden activiteiten blijkt plaats te vinden buiten de 'normale' werkweek

gepresenteerd worden wijken daar enigszins van af omdat de individuele praktijkgrootte herberekend is en de hele kleine praktijken ook zijn meegenomen).⁸ *Figuur 4* laat zien, dat huisartsen met een groter aantal patiënten meer uren werken. Het aantal uren dat aan niet-patiëntgebonden activiteiten wordt besteed houdt geen verband met de praktijkgrootte, als we kijken naar het totaal aantal werkuren. Men kan daar op twee manieren tegen aankijken. Een eerste interpretatie luidt, dat de tijd voor niet-patiëntgebonden activiteiten vergelijkbaar is met 'vaste las-

Figuur 3. Verdeling van de duur van de contacten met de huisarts, in minuten, uitgesplitst naar contactsoort.



Figuur 4. De relatie tussen persoonlijke praktijkgrootte en het aantal werkuren per week bij Nederlandse huisartsen.



ten': ongeacht de praktijkgrootte vergen deze activiteiten een min of meer vast aantal uren. Een tweede interpretatie luidt, dat huisartsen bij een grotere hoeveelheid werk eerder de neiging hebben te beknibbelen op de niet-patiëntgebonden activiteiten dan op directe patiëntenzorg. De relatie tussen praktijkgrootte en contactratio's is heel zwak negatief en wijkt voor de totale contactratio en de visiteratio niet significant van nul af (*figuur 5*). Klaarblijkelijk zijn grotere praktijken in het algemeen nauwelijks minder toegankelijk voor de patiënten dan kleinere praktijken. Dit komt doordat in grotere praktijken de praktijkassistente vaker contacten van de huisarts overneemt. Wanneer men echter de huisarts zelf wil spreken, is er wel enige invloed van de praktijkgrootte te zien: de spreekuurcontactratio ligt in grotere praktijken lager. Verder blijkt, dat de gemiddelde duur van de spreekuurcontacten korter is in grotere praktijken (*figuur 6*).

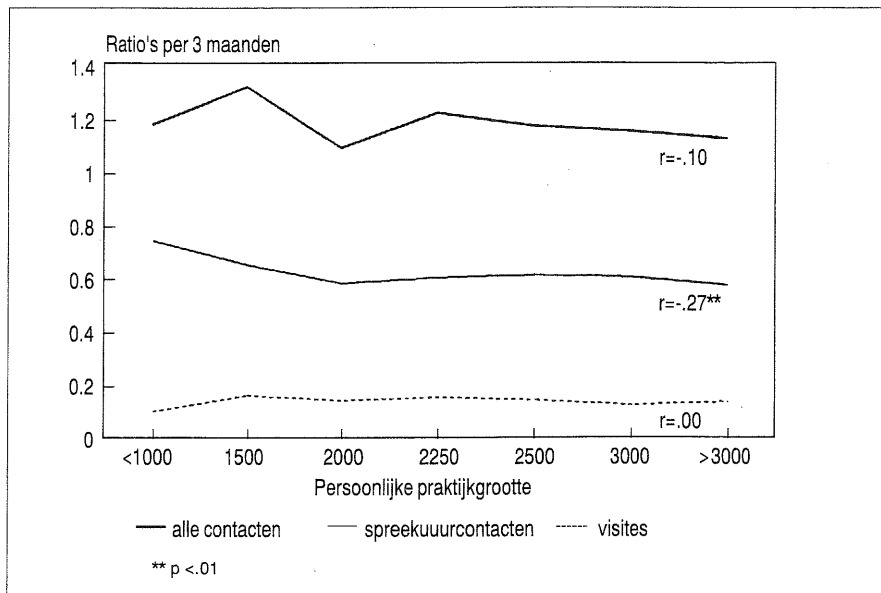
Praktijkgrootte is niet de enige determinant van de werkbelasting en de tijdsbesteding van huisartsen. Dit blijkt uit uitgebreidere analyses die wij hebben uitgevoerd.^{9,10} Voor discussies over de honorering is dat een belangrijke constatering. Naast de praktijkgrootte is aan de ene kant de samenstelling van de praktijk belangrijk en aan de andere kant de praktijkorganisatie en persoonlijke kenmerken van de huisarts.

Het totaal aantal uren dat huisartsen werken en de tijd besteed aan direct patiëntgebonden activiteiten worden vooral door de praktijkgrootte beïnvloed, in mindere mate door de praktijksamenstelling en de praktijkvoering. De enige factoren die naast de praktijkgrootte van invloed blijken te zijn, zijn het percentage 75+ ers in de praktijk en het hebben van een vrij spreekuur (positieve relatie met het aantal uren directe patiëntenzorg). De tijd die wordt besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten wordt daarentegen niet door de praktijkgrootte beïnvloed, maar wel door een eventueel opleiderschap. Tevens blijkt, dat huisartsen met een relatief groter aantal ziekenfondspatiënten in de praktijk minder tijd besteden aan niet-patiëntgebonden activiteiten en daardoor ook in totaal minder uren per week werken.

De contactratio's hangen minder sterk samen met de praktijkgrootte; de visiteratio zelfs helemaal niet. De totale contactratio en de totale spreekuurcontactratio liggen in gezondheidscentra wat lager dan in praktijken met een andere organisatievorm; solo werkende huisartsen en vrouwelijke huisartsen hebben een lagere visiteratio.

Wanneer de praktijkassistenten relatief

Figuur 5. De relatie tussen persoonlijke praktijkgrootte en contactratio's in Nederlandse huisartspraktijken, gedurende drie maanden.



meer consulten verrichten, is de totale contactratio hoger en de visiteratio lager; de spreekuurcontactratio wordt echter niet beïnvloed. Dit betekent, dat praktijkassistenten de toegankelijkheid van de praktijk positief beïnvloeden, weinig invloed hebben op het aantal spreekuurcontacten van de huisartsen, maar dat meer contacten met de praktijkassistenten wel samenhangt met een geringer aantal visites door de huisartsen.

Wat betreft de samenstelling van de praktijkpopulatie hebben het percentage kinderen van 0 tot 4 jaar en het percentage ingeschreven patiënten met een lage opleiding een positieve invloed op de totale

en spreekuurcontactratio. De visiteratio blijkt in belangrijke mate te worden bepaald door het percentage 75+ ers dat in de praktijk staat ingeschreven.

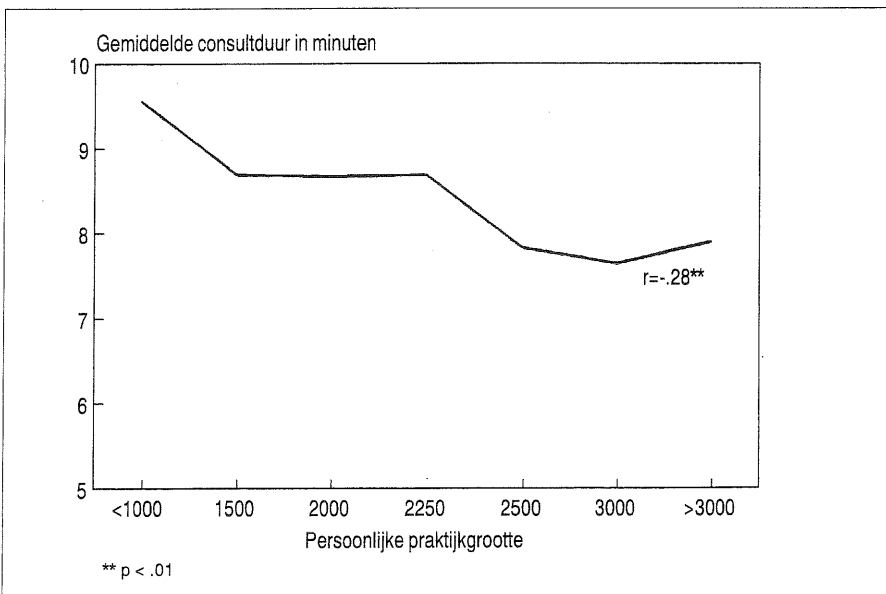
Discussie

We hebben in dit artikel de werkbelasting van huisartsen beschreven in termen van het aantal uren dat zij werken, de contactratio's en de duur van de contacten. De belevingskant ervan - hoe huisartsen hun werkbelasting ervaren,¹¹ en hoe die gerelateerd is aan hun individuele 'belastbaarheid' - is buiten beschouwing gebleven. Toch geeft deze beschrijving al voldoende stof voor discussie. We willen op drie punten ingaan: de verhouding tot de situatie in andere landen, de relatie met honorering en de relatie met kwaliteit van de zorg.

Bij vergelijking van een aantal Europese landen blijkt, dat er geen duidelijke relatie is tussen globale schattingen van het aantal uren dat huisartsen werken en het aantal inwoners per huisarts in een land. Huisartsen in de Scandinavische landen, met name de dienstverbandhuisartsen in Noorwegen, Zweden en Finland, werken duidelijk minder uren dan de Nederlandse huisartsen.¹²

Een goede vergelijking is mogelijk met de huisartsen in het Verenigd Koninkrijk, waar betaling per abonnement ook een onderdeel van de honorering is. In de jaren zeventig en tachtig zijn daar twee grote 'surveys' uitgevoerd over de tijdsbesteding van huisartsen, één door het Department of Health and Social Security en één door de Health Services Research Unit van de universiteit van Kent. Uit het onderzoek van de DHSS blijkt, dat Britse

Figuur 6. De relatie tussen persoonlijke praktijkgrootte en de gemiddelde duur van spreekuurcontacten van Nederlandse huisartsen.



huisartsen bijna 40 uur per week werken en dat daar gemiddeld nog zo'n 35 uur bij komt voor beschikbaarheidsdiensten.¹³ Op basis van het onderzoek van de Health Services Research Unit zijn de relaties tussen praktijkgrootte en tijdsbesteding vergeleken;¹⁴ ¹⁵ in grote lijnen liggen die relaties hetzelfde. Echter, de relatie tussen praktijkgrootte en aantal uren in patiëntgebonden activiteiten is wat sterker in Nederland.

de kenmerken lenen zich voor opname in een gedifferentieerd abonnement) wordt nog nauwelijks de helft van de variantie in het aantal aan patiëntgebonden activiteiten bestede uren verklaard. Het gedifferentieerd abonnement lijkt in de Nederlandse discussie een gepasseerd station te zijn. Alle aandacht gaat op het moment uit naar een combinatie van abonnement en verrichtingen voor alle patiënten. De verschillen tussen praktijken in

over werk en vrije tijd is het de vraag of dat gebeurt) of tot een afname van de consultduur en/of de contactratio - geen van alle gewenste opties.

In de discussies over gemengde honoreringssystemen moet worden nagedacht over de manier waarop de praktijkkosten worden vergoed. Die maken nu nog onderdeel uit van het ongedifferentieerde abonnement, waarbij de kostenknik in de honorering het idee van de 'vaste lasten' reflecteert. Bij een gemengd systeem is het voorstelbaar, dat het abonnementsgedeelte vooral in het kostendeel van de honorering voorziet en het verrichtinggedeelte in het honorariumdeel. Een alternatief daarvoor is een vaste toelage per huisarts of praktijk, zoals het geval was in het oude contract (tot april 1990) in het Verenigd Koninkrijk. Daar bestond de honorering feitelijk uit drie delen: een vast bedrag voor elke huisarts met 1.000 patiënten of meer, een naar leeftijd van de patiënt gedifferentieerd abonnement per patiënt en betalingen voor een aantal verrichtingen. Dat vaste bedrag per patiënt, de 'basic practice allowance', is min of meer vergelijkbaar met een deelsalaris. Men zou kunnen zeggen dat dat deel van de honorering er is om het vaste deel van het tijdsbeslag dat ingenomen wordt door niet-patiëntgebonden activiteiten, te betalen. Gegeven de omvang van het tijdsbeslag voor deze activiteiten zou er misschien wat voor te zeggen zijn het huisartshonorarium in drie delen op te splitsen: globaal een derde in de vorm van een vast bedrag, ongeacht de praktijkomvang maar vanaf en bepaalde minimum-praktijkgrootte); (voor de symmetrie ook) een derde in de vorm van een vast bedrag per patiënt; en tenslotte een derde in de vorm van vergoedingen per consult en visite en een aantal afzonderlijke verrichtingen.

In de discussies over gemengde honoreringssystemen moet worden nagedacht over de manier waarop de praktijkkosten worden vergoed

Belgische huisartsen hebben volgens eigen opgave zeer lange werkweken - meer dan 60 uur - bij een aantal inwoners per huisarts dat met 725 ver beneden het Nederlandse cijfer ligt.¹⁶ Belgische huisartsen worden per verrichting betaald, patiënten staan niet ingeschreven bij een huisarts (waardoor ook relaties met praktijkgrootte niet te leggen zijn) en meer dan de helft van de contacten vindt plaats tijdens visites. Dit beeld van de Belgische huisarts wordt bevestigd door de uitkomsten van het onderzoek van Flemming,¹⁷ die verder constateert dat de werkbelasting van huisartsen, in termen van het aantal contacten per week, samenhangt met de huisartsendichtheid: in landen met een geringe huisartsendichtheid, zoals Nederland, Zwitserland en het toenmalige West-Duitsland, is het aantal contacten per week hoger.

Zoals in de inleiding is aangegeven, wordt de werkbelasting van huisartsen vooral bestudeerd in landen met een (gedeeltelijk) *abonnementssysteem*. De impliciete veronderstelling achter ongedifferentieerde abonnementshonorering is, dat praktijkgrootte de belangrijkste determinant is van de werkbelasting. Immers, dan hebben huisartsen bij een gelijke praktijkgrootte ongeveer evenveel werk en een even hoog inkomen. In de discussies over verandering van honorering in ons land was, naast een uniform systeem voor ziekenfonds- en particuliere patiënten, een differentiatie van het abonnement naar 'bewerkelijkheid' van patiëntengroepen het eerste alternatief dat ter sprake kwam (vergelijk het supplement van Huisarts en Wetenschap van 1984). Onze gegevens laten zien, dat een differentiatie naar leeftijd van de patiëntenpopulatie een verbetering zou zijn ten opzichte van een vlak abonnement. Echter, ook als rekening gehouden wordt met de samenstelling van de praktijk (en niet alle daarbij gehanteer-

samenstelling worden daarin niet verdisconteerd via een hoger abonnementsbedrag voor bijvoorbeeld oudere patiënten, maar rechtstreeks door een vergoeding per verrichting. Te honoreren verrichtingen kunnen bestaan uit een vergoeding per consult of visite, al dan niet in combinatie met vergoedingen voor aparte verrichtingen binnen de consulten en visites. Er zijn bij elk honoreringssysteem voor- en nadelen te noemen en het idee achter gemengde systemen is natuurlijk dat de voordelen worden gecombineerd en de nadelen achterwege blijven. Op één punt willen wij hier kort ingaan, omdat dat rechtstreeks verband houdt met de tijdsbesteding van huisartsen. Het verrichtingendeel van een gemengde honorering is erop gericht huisartsen te stimuleren tot een actievere praktijkvoering: meer zelf afhandelen, minder verwijzen. Dit zou kunnen leiden tot een toename van de tijd die aan patiëntgebonden activiteiten wordt besteed. Gegeven het feit dat huisartsen ook

Het verdient de voorkeur in ieder geval ook consulten en visites als aparte verrichtingen te honoreren

streven naar een aanvaardbare verdeling van werk en vrije tijd, zou dat ertoe kunnen leiden dat de tijd voor niet-patiëntgebonden activiteiten in het gedrang komt. Bij de bespreking van de relatie tussen de praktijkgrootte en de aan niet-patiëntgebonden activiteiten bestede tijd was dat een van de mogelijke interpretaties. Bij de andere interpretatie - tijd voor niet-patiëntgebonden activiteiten als een soort vaste kosten ongeacht de praktijkgrootte - zou de overgang naar een gemengd systeem kunnen leiden tot een toename van het totaal aantal werkuren (maar gegeven het streven naar een aanvaardbare verdeling

Naar ons idee verdient het de voorkeur in ieder geval ook consulten en visites als aparte verrichtingen te honoreren. Daarmee wordt immers een belangrijke behandelingsoptie van huisartsen, gespreksvoering, advisering en afwachten gehonoreerd.⁶ Het gevaar van een open-eindfinanciering lijkt bij honorering van consulten en visites minder groot dan bij honorering van afzonderlijke verrichtingen.¹⁸ Daarnaast geldt, dat de winst van een toename van het aantal afzonderlijke verrichtingen in termen van een vermindering van het aantal verwijzingen beperkt is.¹⁹ Het honoreringssysteem wordt er ove-

rigens op deze manier niet eenvoudiger op. Waar in het huidige systeem de financiële afhandeling van consulten van particuliere patiënten administratieve werkzaamheden met zich meebrengt, zou dat in een uniform, gemengd systeem voor de hele populatie gelden. Meer administratieve handelingen hebben weer invloed op de tijdsbesteding van huisartsen; uit ons onderzoek blijkt dat huisartsen met een groter aandeel ziekenfondspatiënten in de praktijk minder uren aan niet-patiëntgebonden activiteiten besteden en ook in totaal minder uren werken.

Tenslotte willen we nog iets zeggen over werkbelasting en *kwaliteit van de zorg*. Op basis van dit onderzoek tot nu toe kunnen we hierover alleen indirect iets zeggen in verband met de consultduur. We hebben gezien dat praktijkgrootte negatief gerelateerd is aan gemiddelde duur van de consulten. De vraag is natuurlijk, of kortere consulten kwalitatief slechter zijn dan langere consulten. Onderzoek in Engeland waarbij in een veldexperiment de tijd per consult in het afspraaksprek uur werd gemanipuleerd, heeft aangetoond dat kortere consulten geen effecten hebben op voorschrijven, lichamenlijk onderzoek, verwijzen en terugbestellen; kortere consulten hebben vooral effecten op de communicatie tussen arts en patiënt. Er werden minder problemen door de huisarts opgepikt en patiënten waren minder tevreden over de consulten.^{20 21}

Naar ons idee is verder onderzoek naar de relatie tussen werkbelasting en kwali-

teit van de verleende zorg van groot belang. Aan dit onderwerp wordt verder gewerkt door een combinatie te maken van de standaarden die door het NHG zijn ontwikkeld en de contactregistratie die is bijgehouden in het kader van de Nationale Studie. •

prof. dr P.P. Groenewegen,
hoofd onderzoeksfaculteit Nederlands
Instituut voor onderzoek van de Eerstelijns-
gezondheidszorg (Nivel), Utrecht

J.B.F. Hutten,
assistent in opleiding van het Interuniversi-
tair Centrum voor Sociaal-Wetenschappelijke
Theorievorming en Methodenontwikke-
ling (ICS), Rijksuniversiteit Utrecht

Literatuur

1. Groenewegen PP, Hutten JBF. Workload and job satisfaction among general practitioners: a review of the literature. *Social Science and Medicine* 1991; 32 (10): 1111-9.
2. Ettema JG. Het model belasting en belastbaarheid. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 1973; 51: 44-54.
3. Meijman TF, O'Hanlon JF. Arbeidsbelasting: een inleidend overzicht van psychologische theorieën en meetmethoden. In: Drenth PJ, Thierry HK, Willems P, Wolff CH de, red. *Handboek voor arbeids- en organisatiepsychologie*, afl 7. Deventer: van Loghum Slaterus, 1983.
4. Bensing JM, Foets M, Velden J van der, Zee J van der. De Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk: achtergronden en methoden. *Huisarts en Wetenschap* 1991; 34 (2): 51-61.
5. Foets M, Velden J van der. Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport meetinstrumenten en procedures, Utrecht: Nivel, 1990.
6. Groenewegen PP, Bakker DH de, Velden J van der. Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de

Huisartspraktijk. Basisrapport verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.

7. Ree CM van der, Mokkink HGA, Post D, Gubbels JW. De werkbelasting van de huisarts: zijn er mogelijkheden om de werkbelasting te beïnvloeden? *Medisch Contact* 1991; 46 (15): 465-7.

8. Zee J van der. De Nationale Studie en het overheidsbeleid ten aanzien van de huisarts. *Medisch Contact* 1990; 45 (19): 611-4.

9. Groenewegen PP, Hutten JBF, Velden J van der. List size, composition of practice and general practitioners' workload in the Netherlands. *Social Science and Medicine* 1992; 34 (3): 263-70.

10. Groenewegen PP, Hutten JBF. The influence of supply related characteristics on general practitioners' workload Utrecht: Nivel, 1993.

11. Dierendonck D van, Groenewegen PP, Sixma H. Opgebrand. Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht: Nivel, 1992.

12. Groenewegen PP, Zee J van der, Haafden R van. Remunerating general practitioners in Western Europe. Aldershot: Avebury, 1991.

13. Ball JG. Workload in general practice. *Br Med J* 1978; 868-70.

14. Butler J, Calnan M. Too many patients? A study of the economy of time and standards of care in general practice. Aldershot: Avebury, 1987.

15. Calnan M, Groenewegen PP, Hutten JBF. Professional reimbursement and management of time in general practice: an international comparison. *Social Science and Medicine* 1992; 35 (2): 209-16.

16. Maesseneer J de. Huisartsgeneeskunde: een verkenning. Gent: Centrum voor Huisartsopleiding, 1989.

17. Fleming DM. The European study of referrals from primary to secondary care. Amsterdam: Thesis Publishers, 1993.

18. Krasnik A, Groenewegen PP et al. Changing remuneration systems: effects on activity in general practice. *Br Med J* 1990; 300: 1698-1701.

19. Delnoy DMJ, Kersten TJM, Stokx LJ. Geld, zorg en geldzorgen. Honorering van huisartsen als instrument voor kostenbeheersing. Utrecht: Nivel, 1992.

20. Roland MO et al. The 'five minute' consultation: effect of time constraint on verbal communication. *Br Med J* 1986; 292: 874-6.

21. Ridsdale L et al. Study of the effect of time availability on the consultation. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1989; 9: 488-91.

H U L P V E R L E N I N G A A N A R T S E N

Landelijke contactpersonen

mw drs F.M. Arendsen Hein, psychologe,
psychotherapeute
Psychotherapeutische
Dagkliniek Veluweland,
Klomperweg 175, 6741 PH Lunteren,
tel. 08387-2141

R. Vecht-van den Bergh, psychiater 'Curium'
Endegeesterstraatweg 27,
2342 AK Oegstgeest, tel. 071-170661

J.J.C. Marlet, zenuwarts
Etnalaan 27, 5801 KA Venray,
tel. 04780-81610

drs W.H. Melles, theoloog, psychotherapeut
Groot Hertoginnelaan 5, 1405 EA Bussum,
tel. 02159-18361

dr J. Pals
Cederlaan 4, 9401 RC Assen,
tel. 05920-14731 ('s avonds)

prof. dr M.M.W. Richartz
Postbus 88, 6200 AB Maastricht, tel. 043-685330

dr M.J. van Trommel, psychiater
Terbregselaan 18, 3055 RG Rotterdam,
tel. 010-4610750

K. Visser, psychiater
Middelstraat 9, 5176 NH Den Moer,
gem. Loon op Zand, tel. 04245-9550

J.M. Komen, huisarts
Prof. Lorentzstraat 13, 7557 AV Hengelo (Ov.),
tel. 074-439046 / 074-912131

W. Chr. F. de Vries
De Wingerd 11, 7641 CT Wierden, tel. 05490-
33333 (woensdag- en donderdagavond
tel. 05496-74774)

Anonieme dokters

Werkgroep IJsselstein, tel. 03408-83705

Werkgroep Den Haag, tel. 070-3504601

Partnerwerkgroep Den Haag, tel. 070-3463449