

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/25250>

Please be advised that this information was generated on 2021-04-23 and may be subject to change.

Werkbelasting en ervaren werkdruk van de huisarts

P. VAN DEN HOMBERGH
R. GROL
H.J.M. VAN DEN HOOGEN
W.J.H.M. VAN DEN BOSCH

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(8): 376-81.

Samenvatting Huisartsen noemen tijdgebrek en een zware werklast vaak als redenen waarom veranderingen moeilijk worden gerealiseerd en nieuwe taken niet worden opgepakt. Verschillen hierin tussen huisartsen, verklaringen voor die verschillen en het verband tussen werkbelasting en ervaren werkdruk waren object van dit onderzoek, waarin 110 huisartsen hun praktijkvoering en hun 'time management' lieten doorlichten. De werkbelasting werd verdeeld in tijd (uren per week) besteed aan kern- en facultatieve activiteiten. Voor de ervaren werkdruk werden schalen gebruikt uit het Nivel-onderzoek naar burnout. De totale werkbelasting voor kern- en facultatieve activiteiten was 53 uur per week. Praktijkvorm had geen invloed op de werkbelasting, evenmin als assistentekennmerken. De werkbelasting was lager als de huisarts een praktijk op het platteland, een kleine praktijk, meer particuliere patiënten en/of een praktijk aan huis had. Achtergrondkennmerken verklaarden ongeveer 20 procent van de variantie in werkbelasting en nog minder van de variantie in ervaren werkdruk. De mate van werkbelasting en werkdruk wordt waarschijnlijk vooral door andere (meer persoonlijke) factoren bepaald.

Werkgroep Onderzoek Kwaliteit Huisartsgeneeskunde (WOK).

P. van den Hombergh, huisarts, onderzoeker; prof.dr. R. Grol, coördinator, hoogleraar huisartsgeneeskunde Katholieke Universiteit Nijmegen/Universiteit Maastricht.

Vakgroep Huisarts-, Sociale en Verpleeghuis-geneeskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen.

H.J.M. van den Hoogen, statisticus;

dr. W.J.H.M. van den Bosch, huisarts, staflid.

Correspondentie: P. van den Hombergh, Schapenmeent 228, 1357 GX Almere.

Inleiding

Tijdgebrek en hoge werkdruk worden door huisartsen vaak genoemd als de belangrijkste obstakels voor een goede praktijkvoering; dat geldt met name voor het realiseren van zaken die tijdsinvestering vergen, zoals delegeren van taken, invoeren van preventie, overleg met collega's, reorganisaties in de praktijk, het invoeren van protocollen voor de assistente en het ontwerpen van een praktijkfolder. Inzicht verwerven in de eigen werkbelasting en werkdruk – ook in relatie tot de werkbelasting en werkdruk van collega's – is daarom een logische eerste stap op de weg naar verbetering van de praktijkvoering. Dit leidde tot onze vraagstellingen:

- Welke verschillen bestaan er tussen huisartsen in objectieve werkbelasting en subjectief ervaren werkdruk?
- Met welke huisarts- en assistentekennmerken houden deze verschillen verband?
- Hoe hangen objectieve werkbelasting en subjectief ervaren werkdruk samen?

Methode

Voor het onderzoek zijn gegevens gebruikt die zijn verzameld tijdens visitaties van 110 huisartsen in 88 huisartspraktijken. De werving en selectie van de onderzoeksgroep, de gebruikte visitatiemethode en de analyses zijn eerder beschreven in *Huisarts en Wetenschap*.¹⁻⁴

Werkbelasting

Het VisitatieInstrument voor de Praktijkvoering (VIP)¹ omvat onder meer een instrument waarmee een schatting kan worden gemaakt van de objectieve werkbelasting van de huisarts.¹ Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen kernactiviteiten en facultatieve activiteiten. Kernactiviteiten behoren bij de reguliere praktijkvoering; facultatieve activiteiten zijn individuele keuzen (keuringen, controles, consultatiebureau, alternatieve geneeskunde, onderzoek, verloskunde, bijbanen). Binnen de kernactiviteiten wordt onderscheid gemaakt in vier categorieën:

- primaire, direct patiëntgebonden activi-

teiten: consulten, visites, telefoontjes met patiënten;

- secundaire, indirect patiëntgebonden activiteiten: registratie van medische gegevens, telefoontjes over patiënten, financiële administratie, diensten en (patiëntgebonden) overleg;
 - tertiaire, niet-patiëntgebonden, wél de zorg betreffende activiteiten: nascholing/kwaliteitsbevordering;
 - quartaire, niet-patiëntgebonden, niet de zorg betreffende activiteiten: bestuurlijke vergaderingen, eten met de collegae.
- Voor de berekening van de tijdsbesteding aan primaire activiteiten maakte de visitator gebruik van de praktijkagenda; tevens is een opgave door de huisarts zelf gevraagd om een indruk te krijgen van de overeenstemming met de schatting door de visitator. Voor de overige activiteiten werd uitgegaan van opgaven door de huisarts. Het aantal uren besteed aan kernactiviteiten vormt de indicator voor de totale werkbelasting in de praktijk. Door hier de facultatieve activiteiten bij op te tellen, verkrijgt men een beeld van de totale werkbelasting.

Verder is gevraagd naar het aantal uren dat de huisarts zou willen werken (gewenste werkbelasting). Bij de diensten is uitgegaan van de door de huisarts opgegeven werktijd (reëel gewerkte tijd), vermeerderd met de volgens de CAO berekende tijd voor bereikbaarheid (gemiddeld een half uur per avond, een half uur per nacht en twee uur per weekenddag).

Werkdruk

Voor het meten van de subjectief ervaren werkdruk is gebruik gemaakt van eerder ontwikkelde – op validiteit en betrouwbaarheid getoetste – schalen. Het gaat hierbij om:

- arbeidsontevredenheid: minder interesse in en commitment ten aanzien van het werk (4 items, $\alpha=0,72$);
- tevredenheid met de beschikbare tijd voor praktijkvoering (5 items, $\alpha=0,76$);
- ervaren discrepantie tussen investering in het werk en opbrengst (3 items, $\alpha=0,74$);
- ervaren belasting: het gevoel op het einde van een werkdag (16 items, $\alpha=0,93$);

– het gevoel bezig te zijn met oneigenlijke hulp, zaken waarvoor de patiënt de huisarts niet behoeft te consulteren (4 items, $\alpha=0,67$).⁵

Om een indruk te krijgen van de representativiteit van de onderzoeksgroep, zijn de scores op deze vijf schalen vergeleken met scores van de deelnemers aan de Nationale Studie.

Analyse

De analyses zijn uitgevoerd op huisartsniveau. De gemiddelden voor werkbelasting zijn alleen berekend voor de 76 huisartsen die opgaven 'fulltime' (≥ 90 procent) te werken. De werkbelasting van parttime huisartsen is niet geanalyseerd wegens methodische problemen en omdat een parttimer de tijd wezenlijk anders indeelt dan een fulltime huisarts. Ook is bij de analyse geen onderscheid naar geslacht gemaakt, omdat de groep fulltime werkende huisartsen slechts drie vrouwen telde.

De ervaren werkdruk werd zowel voor de 76 fulltime huisartsen als voor de totale groep geanalyseerd. Door middel van lineaire regressie-analyse werd nagegaan welke achtergrondkenmerken van de huisarts en de praktijkassistente samenhangen met de somscores voor werkbelasting en ervaren werkdruk. Voor de analyse van de werkdruk in de totale groep werd het kenmerk 'wel/niet fulltime werkzaam' toegevoegd.

Om de samenhang tussen werkbelasting en ervaren werkdruk te onderzoeken zijn Pearson's correlatiecoëfficiënten berekend over de fulltime werkende huisartsen.

Resultaten

De 76 huisartsen (onder wie drie vrouwen) die opgaven 90 procent of meer te werken, hadden gemiddeld 2515 patiënten. Voor de overige achtergrondkenmerken verschilde deze groep niet belangrijk van de totale groep.

Indicatoren

Tabel 1 geeft een beeld van de werkbelasting van de fulltime werkende huisartsen.

De werkbelastingsvariabelen vertoonden een normale verdeling.

• *Primaire activiteiten.* Deze huisartsen besteedden gemiddeld 24 uur per week aan spreekuurconsulten, telefonische consulten en inloopsprekuren, en 9 uur per week aan visites (5-6 visites per dag, uit-

gaande van een visiteduur van 20 minuten): samen 33 uur. Dit komt neer op iets minder dan 7 uur per werkdag. De huisartsen zelf schatten die tijd op iets meer dan 7 uur per werkdag (36,5 uur per week).

• *Secundaire activiteiten.* Deze huisartsen besteedden per dag gemiddeld iets

Tabel 1 Werkbelasting van fulltime huisartsen in uren per week (n=76)

<i>Primaire activiteiten</i> (op basis agenda)			
Afspraakspreekuur en telefonische consulten		21,1 ± 6,6	
Inloopsprekuren		2,9 ± 3,6	
Visites		9,0 ± 4,2	
Totaal primaire activiteiten			33,0 ± 6,5*
<i>Secundaire activiteiten</i>			
Inhoudelijk administratie en telefoontjes		4,7 ± 2,8	
Financiële administratie		1,1 ± 1,4	
Diensten		5,3 ± 2,1	
<i>Samenwerking (min/wk)</i>			
– overlegtijd met collegae	-	49,7 ± 26,7	
– totaal overleg in 1e lijn		53,9 ± 32,1	
– overleg met 2e lijn		19,0 ± 11,7	
– overleg met assistente		43,9 ± 37,6	
Totaal patiëntgebonden overleg (u/wk)		2,8 ± 6,6	
Totaal secundaire activiteiten			13,7 ± 3,9*
<i>Tertiaire activiteiten</i>			
			2,6 ± 1,3
<i>Quartaire activiteiten</i>			
			0,9 ± 0,8
Totaal werkbelasting in de praktijk			50,2 ± 8,0
Facultatieve activiteiten			3,0 ± 9,1
Totaal werkbelasting in één week			53,2 ± 10,1
Gewenste werkbelasting			49,4 ± 9,5

* Ten gevolge van missing values kloppen de totalen van de gemiddelden niet met het vermelde totaal.

Tabel 2 Gegevens over de werkdruk uit de visitaties met de VIP (n=110) vergeleken met het Nivel-onderzoek (n=270)⁵

	VIP	Nivel
Werken met plezier, commitment, interesse (lagere score = meer plezier)	7,9 ± 2,6	8,6 ± 2,7
Tevreden met beschikbare tijd (lagere score = meer tevreden)	13,9 ± 3,3	14,9 ± 3,4
Investering min opbrengst (lagere score = minder satisfactie)	7,9 ± 1,9	7,9 ± 2,6
Ervaren werkbelasting (lagere score = meer belasting)	66,3 ± 8,8	62,6 ± 11,5
Bezig zijn met oneigenlijke hulp (lagere score = meer oneigenlijke hulp)	11,1 ± 2,8	10,0 ± 2,6

Tabel 3 De relatie tussen de werkbelasting van fulltime huisartsen in uren per week en huisartskenmerken. Lineaire regressie

	Huisartsen n=76	Soort activiteiten									
		primair 33,0 ± 7,0 18-53		secundair 13,5 ± 4,1 5,1-23,0		tertiair 2,6 ± 1,3 0,8-9,0		quartair 0,9 ± 0,8 0-5		totaal 50,2 ± 8,0 36,0-74,4	
Gemiddelde somscore uren/wk +SD →		verschil	p	verschil	p	verschil	p	verschil	p	verschil	p
Kenmerken huisarts ↓											
Zelfstandig werkzaam	60%	-0,2	0,8	+0,3	0,5	-0,2	0,2	+0,05	0,5	0,0	1,0
Werkt op het platteland	58%	-2,0	0,03	-0,4	0,5	+0,3	0,04	+0,2	0,01	-1,8	0,08
<2500 patiënten	46%	-1,4	0,1	-0,5	0,3	0,0	1,0	-0,2	0,07	-2,1	0,03
Huisartsopleider	8%	-0,8	0,6	+2,4	0,01	+0,2	0,4	+0,01	0,9	+1,8	0,3
>60% ziekenfondspatiënten	61%	+1,8	0,05	+0,2	0,8	-0,1	0,6	+0,2	0,1	+2,0	0,04
Heeft huisartsopleiding gevolgd	66%	-0,4	0,6	-0,7	0,1	+0,2	0,2	+0,2	0,03	-1,7	0,5
≥100% assistentie	62%	-1,1	0,2	-0,5	0,3	-0,2	0,2	+0,01	0,9	-1,6	0,1
>15.000 p. in waarneemgebied	62%	-2,9	0,004	0,0	1,0	-0,1	0,7	+0,3	0,02	-2,9	0,01
Praktijk aan huis	53%	+0,2	0,8	-0,9	0,08	+0,1	0,5	0,0	0,9	-0,7	0,5
Totaal verklaarde variantie		18%		18%		19%		27%		22%	

Tabel 4 De relatie tussen werkdruk en huisartskenmerken. + = meer; - = minder. Lineaire regressie

	Huisartsen n=110	Meer werkplezier 4		Tevreden met beschikbare tijd 5		Opbrengst min investering 3		Ervaren werkbelasting 16		Oneigenlijke hulp 4	
		verschil	p	verschil	p	verschil	p	verschil	p	verschil	p
Aantal items →		7,9 ± 2,6		13,9 ± 3,3		7,9 ± 1,9		66,3 ± 8,8		11,1 ± 2,8	
Gemiddelde somscore →											
Kenmerken huisarts ↓											
Zelfstandig werkzaam	48%	-0,5	0,1	+0,2	0,6	+0,4	0,05	-0,6	0,6	-0,5	0,1
Werkt op het platteland	50%	+0,1	0,7	-0,1	0,8	+0,2	0,4	-0,8	0,4	-0,3	0,4
<2500 patiënten	64%	-0,3	0,4	+0,3	0,4	+0,1	0,8	+0,6	0,7	-0,3	0,3
Huisartsopleider	7%	-0,1	0,8	-0,1	0,8	+0,5	0,2	+0,3	0,9	-0,4	0,4
>60% ziekenfondspatiënten	55%	0,0	0,9	-0,1	0,7	+0,1	0,6	-1,6	0,09	0,0	1,0
Heeft huisartsopleiding gevolgd	73%	+0,7	0,03	-0,4	0,3	+0,1	0,5	-1,4	0,2	+0,1	0,6
≥100% assistentie	56%	+0,1	0,8	+0,3	0,3	-0,2	0,3	+1,0	0,3	-0,1	0,8
>15.000 p. in waarneemgebied	49%	+0,2	0,6	+0,1	0,7	+0,3	0,1	+0,5	0,6	-0,5	0,1
Praktijk aan huis	43%	+0,1	0,8	+0,8	0,05	+0,3	0,2	-2,6	0,02	0,0	0,9
Werkt fulltime	67%	+0,1	0,8	-0,8	0,07	+0,1	0,6	-0,4	0,8	-0,1	0,8
Vrouw	21%	+0,1	0,8	+0,2	0,7	+0,4	0,2	-0,3	0,9	0,0	0,9
Totaal verklaarde variantie		10%		15%		14%		16%		7%	

Tabel 5 Relatie tussen werkbelasting en werkdruk van huisartsen, + = meer; - = minder; Pearson's correlaties (n=76)

Werkbelasting → Werkdruk ↓	Soort activiteiten									
	primair		secundair		tertiair		quartair		totaal	
	Pearson	p	Pearson	p	Pearson	p	Pearson	p	Pearson	p
Meer werkplezier	-0,20	0,09	+0,08	0,5	+0,11	0,4	+0,13	0,3	-0,10	0,4
Tevreden met de beschikbare tijd	-0,30	0,01	-0,26	0,02	-0,006	1,0	+0,04	0,7	-0,39	0,0005
Discrepantie opbrengst-investering	-0,12	0,3	-0,03	0,8	-0,07	0,6	-0,02	0,9	-0,12	0,3
Ervaren werkbelasting	-0,07	0,5	+0,06	0,6	-0,13	0,3	-0,26	0,03	-0,08	0,5
Meer bezig met oneigenlijke hulp	-0,09	0,4	0,0	1,0	+0,08	0,4	-0,07	0,5	-0,07	0,6

minder dan één uur aan administratie en telefoontjes, iets meer dan één uur aan diensten en iets meer dan een half uur aan overleg met anderen.

- *Tertiaire en quartaire activiteiten.* De tijd besteed aan kwaliteitsverbetering bedroeg naar schatting gemiddeld 2,6 uur per week; gemiddeld 0,9 uur per week werd bestuurlijk vergaderd.

- *Werkbelasting per week.* Het aantal uren besteed aan kernactiviteiten bedroeg gemiddeld meer dan 50 uur per week; met de facultatieve activiteiten (waaronder ook bevellingen of keuringen) meegerekend, bedroeg de werkbelasting meer dan 53 uur per week; dat is gemiddeld 4 uur meer dan de huisartsen aangaven te willen werken. Van de fulltime werkende huisartsen werkte 75 procent meer dan 48 uur en 25 procent meer dan 58 uur per week.

Tabel 2 toont de scores van de totale groep op de schalen voor ervaren *werkdruk*. De verschillen met de scores van de deelnemers aan de Nationale Studie zijn niet significant.

Determinanten

Er was geen aantoonbaar verband tussen de achtergrondkenmerken van de assistente en de werkbelasting. De verbanden tussen de indicatoren voor werkbelasting en werkdruk met de achtergrondkenmerken van de huisarts zijn weergegeven in de tabellen 3 en 4.

- *Werkbelasting.* Praktijkvorm (solo versus maatschap/associatie, dienstverband) liet geen verschil zien in tijd besteed aan elke afzonderlijke activiteit of het totaal aan activiteiten per week. De extra tijd besteed aan primaire en secundaire activiteiten door huisartsen met grotere praktijken was niet significant. Plattelandshuisartsen bleken echter significant minder tijd te besteden aan primaire activiteiten. Huisartsen met een klein waarneemgebied waren significant meer tijd kwijt aan primaire activiteiten, evenals praktijken met meer dan 60 procent ziekenfondspatiënten.

Wat betreft de secundaire activiteiten bleek de tijd besteed aan diensten niet significant samen te hangen met enig ach-

tergrondkenmerk. De extra tijd die huisartsopleiders aan secundaire activiteiten besteedden, kan merendeels worden toegeschreven aan patiëntgebonden overleg-tijd met de assistente en met andere disciplines.

Huisartsen op het platteland bleken meer tijd aan tertiaire activiteiten te besteden en besteedden ook meer tijd aan quartaire activiteiten. Ook (jongere) huisartsen die de beroepsopleiding hadden gevolgd en huisartsen met een groot waarneemgebied (en minder frequent diensten) besteedden meer tijd aan bestuurlijke activiteiten.

Het totaal aan praktijkactiviteiten per week was gemiddeld 2,1 uur meer bij huisartsen met meer dan 2500 patiënten ($p=0,03$). Ook huisartsen met meer dan 60 procent ziekenfondspatiënten maakten significant meer uren, evenals huisartsen met kleine waarneemgebieden. Uit analyses bleek de extra werkbelasting voor een klein waarneemgebied niet te kunnen worden toegeschreven aan de extra belasting van diensten. Inclusief facultatieve activiteiten bleken ook huisartsopleiders significant langer per week te werken (niet in tabel). De verklaarde variantie van alle indicatoren lag tussen de 18 en 27 procent.

- *Werkdruk.* Huisartsen die de huisartsopleiding hadden gevolgd, werkten met meer plezier, commitment en interesse. Huisartsen met praktijk aan huis waren tevredener met hun beschikbare tijd dan buitenshuis werkende huisartsen en zij gaven ook aan minder werkbelasting te ervaren. Het gevoel veel of weinig bezig te zijn met oneigenlijke hulpvragen liet nauwelijks verband zien met huisartskenmerken. Zelfstandig werkende huisartsen hadden een hogere arbeidssatisfactie dan huisartsen die in grotere samenwerkingsverbanden werkten.

- *Samenhang tussen werkbelasting en werkdruk.* Uit tabel 5 blijkt een verband tussen de werkbelasting en de werkdruk. Huisartsen met veel primaire en secundaire activiteiten en met een grote totale werkbelasting per week waren minder tevreden met de beschikbare tijd. Huisartsen met veel bestuurlijke activiteiten ervoeren minder werkbelasting.

Beschouwing

De in dit onderzoek gebruikte instrumenten geven inzicht in de tijdsbesteding of werkbelasting en in de werkdruk van de huisarts. Er blijkt sprake van interessante variatie tussen huisartsen. Opvallend is ook het grote aantal uren dat de fulltime huisarts gemiddeld besteedt aan primaire activiteiten: zo'n 7 uur per dag.

Een werkbelasting van gemiddeld 53 uur per week wijkt maar liefst 15 uur af van de Nederlandse werkweek van iemand die fulltime in loondienst werkt. De huisarts werkt echter maar 4 uur langer dan de 49 uur per week die hij zelf aan-geeft te willen werken.

De spreiding in werkbelasting van ± 10 uur per week is opvallend. Een praktijk op het platteland met veel particuliere patiënten en praktijk aan huis binnen een groot waarneemgebied lijkt een goed recept voor een lage werkbelasting en werkdruk (waarmee niet gezegd is dat er sprake is van een causaal verband). Assistentekennmerken en percentage assistentie, praktijkgrootte en 'al dan niet zelfstandig (solo) werkzaam zijn' verklaarden maar weinig verschil in werkbelasting en werkdruk. Meer assistentie, kleinere praktijk of een andere praktijksetting zijn dus niet perse een oplossing voor huisartsen die een hogere werkbelasting of werkdruk ervaren.

De werkbelasting in uren per week en ervaren werkdruk bleken niet sterk samen te hangen. Kennelijk draagt tijd (meer uren maken) maar ten dele bij aan werkdruk en worden werkbelasting en werkdruk grotendeels bepaald door andere factoren, zoals sterke interpersoonlijke verschillen in terugbestelgedrag^{6,7} en werkstijl,⁸ beroepsopvatting en persoonlijkheidsfactoren. Ook verschillen tussen praktijken, zoals praktijkcultuur, taakopvatting en teamgeest, verklaren waarschijnlijk meer variantie dan de achtergrondvariabelen in ons onderzoek.

Het in eerder onderzoek⁹ gevonden zwakke verband tussen praktijkgrootte en werkbelasting bleek in ons onderzoek maar net significant. Praktijkgrootte lijkt dus geen goede maat voor werkbelasting.

Jongere huisartsen die de huisartsopleiding hebben gevolgd, besteden minder uren aan primaire en secundaire activiteiten, en meer uren aan tertiaire en quartaire activiteiten. Bij hen is ook het verschil tussen feitelijke en gewenste werkbelasting minder groot. Zij hebben tevens meer plezier, commitment en interesse dan huisartsen die de opleiding niet hebben gevolgd. Dit verschil wordt mogelijk ook door leeftijd verklaard.

De werkdruk is ook lager bij huisartsen met praktijk aan huis (die ook significant meer visites bleken te rijden), met name de aspecten 'tevredenheid over de beschikbare tijd' en de 'ervaren werkbelasting'. Praktijk aan huis is dus waarschijnlijk meer belastend voor de gezinsleden dan voor de huisarts zelf, die mogelijk verlichting ervaart van de grotere bewegingsvrijheid en autonomie, en van een geringere reis- en overlegtijd.

De groep huisartsen uit ons onderzoek bleek op een aantal punten goed vergelijkbaar met de Nederlandse huisartsen (geslacht, jaar van vestiging, huisartsopleiding gevolgd, NHG-lidmaatschap, percentage particuliere patiënten, assistente-kenmerken). Er waren echter wat minder huisartsen uit solopraktijken (44 versus 54 procent landelijk) en relatief veel uit praktijken op het platteland (50 versus 11 procent landelijk).¹⁰ Dit gold ook voor de 76 huisartsen die opgaven 90 procent of meer te werken.

Dat 96 procent van de fulltimers man was (tegen 79 procent in de onderzoeksgroep van 110 huisartsen), is een beperking van ons onderzoek, evenals de selectie van de deelnemende huisartsen, die immers allen voldoende energie hadden om mee te doen aan de visitatie en die deel uitmaakten van een ondernemende groep huisartsen. De net iets gunstiger scores voor werkdruk (niet significant) van de gevisiteerde huisartsen in vergelijking met het Nivel-onderzoek zijn op die manier verklaarbaar.⁹

Een verdere beperking is dat de tijdsbesteding alleen berekend is over de 76 huisartsen die 90 procent of meer werkten. Vergelijking van onze gegevens met een

vergelijkbare groep mannelijke fulltime werkende huisartsen uit een andere Nivel-studie naar deeltijd-werken¹¹ laat zien dat het totaal aantal gewerkte uren per week gemeten in de visitatie met de VIP aan de lage kant is. De manlijke fulltimer in de Nivel-studie besteedde gemiddeld 38,5 uur aan primaire activiteiten tegen 33 uur per week in de VIP gemeten door de visitor en 36,5 uur volgens opgave van de huisarts zelf. Het verschil van 5 uur (3 uur spreekuur, 2 uur visites) blijft ook bij de totale werkbelasting per week bestaan en is terug te voeren op de berekening in de VIP van de primaire activiteiten aan de hand van de agenda, waarbij uitloop en storingsen niet zijn meegerekend. Het verschil kan niet verklaard worden door verschillen tussen de onderzoeksgroepen.

Het belang van onderzoek naar werkbelasting en ervaren werkdruk bij huisartsen wordt vooral gevoeld in landen met een abonnementsysteem of vast salaris voor huisartsenhulp.^{12,13} In zo'n systeem zullen huisartsen bij een toename van het aanbod meer werk in dezelfde tijd willen doen dan wanneer men per verrichting wordt betaald.¹⁴⁻¹⁶ Vergelijking van de Nederlandse situatie met die in het buitenland is desondanks van betrekkelijke waarde. De onderzoeken in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten naar werkbelasting en werkdruk maken gebruik van telkens andere indicatoren^{17,18} (aantal consulten en visites,¹⁹ consultuur,^{20,21} werktijd in de praktijk,²² uren nascholing en administratie²³). Men verschilt in definiëring en methode van gegevensverzameling en dat leidt soms tot tegenstrijdige uitkomsten.

Het ontbreken van een valide en vooral bruikbaar instrument voor de bepaling van de werkbelasting en werkdruk²² wordt dus ook buiten Nederland gevoeld. Consultuur – een in de Angelsaksische literatuur veel gebruikte maat voor werkbelasting – wordt meer bepaald door wat in het consult gebeurt dan door werkbelasting of praktijkgrootte²¹ en is als maat voor werkbelasting beperkt, omdat huisartsen vaak nog allerlei activiteiten zoals telefoontjes tussendoor doen of delen van het consult hebben gedelegeerd.²⁴

Onze resultaten komen goed overeen met de gegevens van de studie naar burnout, met name de uitkomst dat praktijkvorm (solo-, duo-, groepspraktijk, gezondheidscentrum), praktijkgrootte en urbanisatiegraad (uitgezonderd in de drie grote steden) nauwelijks invloed hebben op de werkdruk. Onze onderzoeksgegevens lijken bovendien het model van *Groenewegen & Hutten*¹² te ondersteunen.

De mate waarin huisartsen (maar ook andere professionals in de gezondheidszorg²⁵) structuur kunnen aanbrengen in hun eigen functioneren, speelt een belangrijke rol bij het al dan niet ontstaan van het gevoel opgebrand te zijn.⁵ Dit zou een verklaring kunnen zijn van de door ons gevonden lagere werkdruk in duo-, associatie- of maatschappijpraktijken in vergelijking met huisartsen in loondienst (gezondheidscentra).

Verder onderzoek naar werkbelasting en werkdruk zal gericht moeten zijn op enerzijds nauwkeurige vaststelling van de tijdsbesteding in relatie tot de contact-, visite-, telefoonratio en anderzijds op de relatie hiervan met werk-, consultvoerings- of managementstijl van de huisarts en andere voor werkdruk relevante persoonlijkheidskenmerken.

Literatuur

- 1 Van den Hombergh P, Grol R, Smits AJN, Van den Bosch WJHM. Visitatie van huisartspraktijken. Naar toetsing van de praktijkvoering. *Huisarts Wet* 1995; 38: 169-74.
- 2 Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. De uitrusting van de huisarts(praktijk). *Huisarts Wet* 1997; 40(1): 9-13.
- 3 Van den Hombergh P, Grol R, Van Eijck TCM, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. Taken van de praktijkassistente. *Huisarts Wet* 1997; 40(5): 193-8.
- 4 Van den Hombergh P, Grol R, Wensing M, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. Dienstverlening en organisatie in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1997; 40(7): 290-5.
- 5 Van Dierendonck D, Groenewegen PP, Sixma H. Opgebrand. Een inventariserend onderzoek naar gevoelens van motivatie en demotivatie bij huisartsen. Utrecht: Nivel, 1992.

- 6 Van der Ree CM, Mookink HGA, Post D, Gubbels JW. Het terugbestelgedrag van de huisarts. Een toetsend beschrijvend onderzoek. *Huisarts Wet* 1992; 35: 9-12.
- 7 Van der Ree CM, Mookink HGA, Post D, Gubbels JW. De werkbelasting van de huisarts. Zijn er mogelijkheden om de werkbelasting te beïnvloeden? *Med Contact* 1991; 46: 465-7.
- 8 Mookink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
- 9 Groenewegen PP, Hutten JBF. De werkbelasting van Nederlandse huisartsen. *Med Contact* 1994; 49: 55-60.
- 10 Foets M, Stokx L, Hutten J, Sixma H. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport. De huisartsenquête: Datareductie door schaalconstructie. Utrecht: Nivel, 1991.
- 11 Heiligers PH, Hingstman L, Marré J. Inventarisatie van deeltijd werken onder artsen. Utrecht: Nivel, 1997.
- 12 Groenewegen PP, Hutten JBF. Workload and job satisfaction among general practitioners. A review of the literature. *Soc Sci Med* 1991; 32: 1111-9.
- 13 Post D. Praktijkverkleining bij huisartsen. *Med Contact* 1984; 39: 533-6.
- 14 Kristiansen I, Mooney G. The GP's use of time: is it influenced by the remuneration system? *Soc Sci Med* 1993; 37: 393-9.
- 15 Mechanic D. The organisation of medical practice and practice orientations among physicians in prepaid and nonprepaid primary care settings. *Med Care* 1975; 13: 189-204.
- 16 Howie JGR, Porter AMD, Forbes JF. Quality and the use of time in general practice: widening the discussion. *BMJ* 1989; 298: 1008-10.
- 17 Ridsdale L, Curruthers M, Morris R, Ridsdale J. Study of the effect of timeavailability on the consultation. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 488-91.
- 18 Wilson A, McDonald P, Hayes L, Cooney J. Longer booking intervals in general practice: effects on doctors stress and arousal. *Br J Gen Pract* 1991; 41: 184-7.
- 19 Marsh GN, McNay RA. Factors affecting workload in general practice I and II. *BMJ* 1974; 269: 315-21.
- 20 Knight R. The importance of list size and consultation length as factors in general practice. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 19-22.
- 21 Groenewegen PP, Hutten JBF. The influence of supply-related characteristics on GP's workload. *Soc Sci Med* 1995; 40: 349-58.
- 22 Fleming DM. Consultation length [letter]. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 179.
- 23 Calnan M, Butler JR. The economy of time in general practice: an assessment of the influence of list size. *Soc Sci Med* 1988; 26: 435-41.
- 24 Baker RH. Consultation rates and primary care teams [letter]. *J R Coll Gen Pract* 1987; 37: 179.
- 25 De Jonge J, Landeweerd A. Werkdruk en autonomie. *TVZ/Vakblad voor Verpleegkundigen* 1992; 13: 465-8.

Abstract

Van den Hombergh P, Grol R, Van den Hoogen HJM, Van den Bosch WJHM. Workload and experienced job stress of the GP. *Huisarts Wet* 1997; 40(8): 376-81.

Objectives To determine differences between general practitioners in workload and job stress, factors that could explain these differences and the relationship between workload and job stress.

Design and setting Sample survey; 110 GPs (76 working fulltime) in 88 practices in the Netherlands in 1994.

Main measures Workload in time (hours per week) and job stress on 5 existing scales.

Questions for the GP and the visiting observer were part of the Visitation method to Assess Management in General Practice (VIP).

Results The total workload per week was 53 hours, 50 hours for core activities and 3 for optional activities. As much as 33 hours per week or nearly 7 hours per day were spent on direct patient contact. Type of practice (single-handed or group) nor characteristics of the practice assistant made any difference for the workload or job stress. GPs having a rural practice, more private patients, a small practice and/or practice at home resulted in less workload. Our characteristics of the GP explained about 20 per cent of the variance and even less of the job stress.

Conclusion Different (more personal) factors may explain differences in workload and job stress. Further research into these factors is recommended.

Keywords Family practice; Job stress; Practice management; Time management; Workload.

Correspondence P. van den Hombergh MD, Schapenmeent 228, 1357 GX Almere, The Netherlands.