

# **De werkbelasting van huisartsen Nederland in internationaal perspectief**

Willemijn Schäfer<sup>1</sup>, Peter Groenewegen<sup>1,2</sup>, Michael van den Berg<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> NIVEL, Utrecht

<sup>2</sup> Departement Sociale Geografie en Capaciteitsgroep Sociologie, Universiteit Utrecht

<sup>3</sup> RIVM, Centrum voor Gezondheid en Maatschappij, Bilthoven

<sup>4</sup> Afdeling sociale geneeskunde, AMC, Universiteit van Amsterdam

Maart 2016

### *Financiering*

Deze beleidsnotitie is gebaseerd op onderzoek uitgevoerd op basis van de data verzameld voor de QUALICOPC studie. De QUALICOPC studie is mede gefinancierd door de Europese Commissie binnen het Zevende Kader Programma (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.

### *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 D. van Hassel voor ondersteuning bij de interpretatie van de gegevens over veranderingen tussen 1993 en 2012, P. Spreeuwenberg voor de statistische ondersteuning en alle coördinatoren van het QUALICOPC-onderzoek voor de dataverzameling in hun land. Tot slot, dank aan D.Schäfer voor het ontwerpen van het omslag.

ISBN/EAN 978-94-6122-373-9

<http://www.nivel.nl>  
nivel@nivel.nl  
Telefoon 030 2 729 700

©2016 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Achtergrond van deze beleidssamenvatting</b>	<b>7</b>
<b>2 Kernboodschappen</b>	<b>11</b>
<b>3 De Nederlandse huisartsenzorg in internationaal perspectief</b>	<b>15</b>
<b>4 Betekenis van de resultaten</b>	<b>19</b>
<b>Bijlage A: Uitleg over dit onderzoek</b>	<b>23</b>
<b>Bijlage B: Externe validering van bevindingen</b>	<b>25</b>
<b>Bijlage C: Referentielijst</b>	<b>27</b>
<b>Bijlage D: Resultaten analyses</b>	<b>31</b>



# Samenvatting

Nederlandse huisartsen hebben (anno 2012) een tamelijk hoge werkbelasting vergeleken met huisartsen in andere landen. Dit blijkt uit ons onderzoek naar de werkbelasting van huisartsen in Nederland vergeleken met de werkbelasting van huisartsen in 33, voornamelijk Europese, andere landen.

De omvang van de patiëntenpopulatie waarvoor Nederlandse huisartsen verantwoordelijk zijn is groter dan die van hun collega's in de meeste andere landen. Inclusief avond-, nacht-, en weekenddiensten, werken zij gemiddeld 48 uur per week.<sup>1</sup> Slechts in enkele landen werken huisartsen meer uren per week. Verhoudingsgewijs besteden Nederlandse huisartsen meer tijd aan niet-patiënt-gebonden activiteiten dan veel van hun collega's in andere landen. Die niet-patiënt-gebonden activiteiten omvatten administratieve taken, management en bijscholing.

Nederlandse huisartsen hebben een breed takenpakket dat in de loop van de tijd bovendien meer verbreed is dan in de meeste andere landen. Dankzij belangrijke organisatorische veranderingen in huisartsenpraktijken in de afgelopen 20 jaar kon een toename in de werkbelasting echter beperkt blijven. Huisartsen hebben bijvoorbeeld taken overgedragen aan praktijkassistenten en praktijkondersteuners en hun diensten georganiseerd in huisartsenposten. Op dit moment is hun tevredenheid over hun werk bovengemiddeld vergeleken met huisartsen in andere landen, maar over de administratieve taken zijn zij minder tevreden. De kwaliteit van zorg, zoals ervaren door patiënten, vertoont geen sterke samenhang met de meer objectieve kant van werkbelasting (het aantal activiteiten en de tijd die deze activiteiten in beslag nemen). Wel hebben huisartsen die tevreden zijn over hun werk, ook meer tevreden patiënten. Onder invloed van demografische en epidemiologische ontwikkelingen, zoals vergrijzing en toename van chronisch zieken, is de zorgvraag veranderd. Beleidsmakers hebben op deze veranderingen ingespeeld door grotere nadruk te leggen op de eerste lijn. De laatste jaren zijn er verschuivingen geweest van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn en recent de verschuiving van zorg en ondersteuning naar de gemeenten. Deze ontwikkelingen zijn naar verwachting van invloed geweest op de werkbelasting van huisartsen en maken de werkbelasting tot een belangrijk thema voor huisartsen en hun beroepsorganisaties. De werklust van huisartsen kan ook gevolgen hebben voor patiënten, omdat zij verzekerd moeten zijn van goede zorg dichtbij huis. Daarnaast zijn gemeenten voor een goede uitvoering van nieuwe taken afhankelijk zijn van de eerste lijn. Tot slot is het thema van belang voor de nationale overheid, omdat die verantwoordelijk is voor een goedwerkend zorgstelsel. Inzicht in de werkbelasting van huisartsen in Nederland is ook belangrijk vanwege de

---

<sup>1</sup> Bij de berekening van dit gemiddelde zijn zowel vol- als in deeltijd werkende huisartsen meegenomen.

centrale positie van huisartsen als poortwachter voor gespecialiseerde gezondheidszorg. Mensen bezoeken eerst hun huisarts voor ze meer gespecialiseerde zorg kunnen krijgen. Daarom is het belangrijk dat huisartsenzorg, en eerstelijnszorg in het algemeen, in voldoende mate en van voldoende kwaliteit beschikbaar zijn.

Deze beleidssamenvatting is gebaseerd op analyses van de gegevens over werkbelasting en taakprofielen van huisartsen uit het QUALICOPC-onderzoek, een internationaal onderzoek onder ongeveer 7.000 huisartsen en 70.000 patiënten in 34 landen. In deze beleidssamenvatting gaan we in op de achtergrond, de kernboodschappen voortkomend uit het onderzoek naar werkbelasting, een vergelijking van Nederlandse huisartsen met andere landen op een aantal kernaspecten en de betekenis van de resultaten.

# 1 Achtergrond van deze beleids-samenvatting

*“Huisartsenzorg is generalistische medische zorg, laagdrempelig toegankelijk voor alle mensen dichtbij huis. Huisartsenzorg is de sleutel tot een duurzame, doelmatige gezondheidszorg van hoge kwaliteit”.*

Dit zijn de eerste zinnen van de Toekomstvisie Huisartsenzorg, geformuleerd in 2012 door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH). Deze zinnen geven de kernwaarden weer van de Nederlandse huisartsenzorg, zoals oorspronkelijk geformuleerd tijdens de Woudschotenconferentie van 1956, te weten een generalistische en persoonsgerichte benadering, waarbij continuïteit van zorg een belangrijke rol speelt. Daarnaast illustreren deze zinnen dat er hoge verwachtingen van Nederlandse huisartsen bestaan; namelijk dat zij een sleutelrol innemen in het zorgsysteem. Deze rol moeten zij vervullen voor een populatie van ongeveer 2300 patiënten per FTE huisarts.<sup>2</sup>

## *Onderzoek naar werkbelasting*

Mogelijk hebben deze hoge verwachtingen gevolgen voor de werkbelasting van huisartsen. In deze beleidssamenvatting gaan we in op de vraag hoe het gesteld is met de werkbelasting van huisartsen in Nederland vergeleken met hun collega's in andere landen en op wat de gevolgen van een hogere werkbelasting zijn voor hun patiënten. Met werkbelasting bedoelen we: het aantal activiteiten dat wordt uitgevoerd en de tijd die deze activiteiten in beslag nemen. Deze beleidssamenvatting is gebaseerd op een onderzoek waarin we de werkbelasting van Nederlandse huisartsen hebben vergeleken met de werkbelasting van huisartsen in 33 andere – voornamelijk Europese – landen. Naast de werkbelasting van huisartsen, zullen ook de verschillen in hun taakprofielen besproken worden. De breedte van de taakprofielen van huisartsen in een land zal immers ook van invloed zijn op de werklast. In dit inleidende hoofdstuk bespreken we de context van het onderzoek.

---

<sup>2</sup> Dit betreft het gemiddelde aantal patiënten van alle niet-waarnemers.

### *De Nederlandse huisartsenzorg*

Meer dan in de meeste andere landen vormt de huisartsenpraktijk in Nederland voor vrijwel iedereen het eerste aanspreekpunt voor een breed scala aan gezondheidsproblemen. Huisartsen fungeren behalve als behandelaar ook als ‘poortwachter’: voordat een specialist geconsulteerd kan worden is in principe een verwijzing van een huisarts nodig. Nederland kent ‘een inschrijving op naam’ wat betekent dat vrijwel iedereen een ‘eigen’ huisarts heeft. In de meeste gevallen wonen mensen dicht bij de huisartsenpraktijk waar ze ingeschreven staan. Het grootste deel van de huisartsen (ongeveer 70%) is zelfstandig gevestigd en werkt binnen een solo-, duo- of groepspraktijk of gezondheidscentrum, samen met personeel veelal bestaande uit assistenten, praktijkverpleegkundigen, praktijkondersteuners (POH's)-somatiek en POH's-GGZ.

### *Versterking van de eerste lijn in de afgelopen decennia*

Onder invloed van demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen zijn de rol en het takenpakket van huisartsen in de loop der jaren veranderd. Belangrijke ontwikkelingen zijn de steeds ouder wordende bevolking als gevolg van dubbele vergrijzing (oudere generaties zijn talrijker dan jongere en mensen worden steeds ouder), een daarmee gepaard gaande toename van zorgvraag, chronische ziekten en multimorbiditeit, en daarbij ook van zorguitgaven. Deze ontwikkelingen vragen om oplossingen en die worden in Nederland, maar ook in veel andere landen, voor een groot deel gezocht in een sterkere eerste lijn.

In Nederland nam in de afgelopen decennia de gemiddelde contactfrequentie per patiënt met de huisartsenpraktijk – niet noodzakelijk met de huisarts zelf – toe en gingen huisartsen een steeds belangrijkere rol vervullen in de zorg voor chronisch zieken. Een deel van de zorg voor chronisch zieken wordt nu op een andere manier georganiseerd door ketenzorg. Ook werden in toenemende mate taken uitgevoerd die eerder in de tweede lijn werden verricht.

Huisartsenpraktijken veranderden langzaam maar zeker van kleine praktijken waarin één of enkele huisartsen met praktijkassistent(e)s werkten, in voorzieningen met meerdere huisartsen en met een steeds grotere en meer diverse groep aan ondersteuners. Hoewel nog steeds kleinschalig, kreeg een deel van de huisartsen naast de rol van zorgverlener hiermee steeds meer de rol van manager.

### *Omvang patiëntenpopulatie*

Het toegenomen en veranderende zorggebruik is niet gepaard gegaan met een duidelijke verlaging van het aantal patiënten waarvoor huisartsen verantwoordelijk zijn. Dit ligt al jaren rond de 2.300 patiënten per FTE huisarts. Het aantal patiënten per huisarts is in Nederland, vergeleken met de meeste andere Europese landen, hoog. Ter vergelijking: in het Verenigd Koninkrijk en



Denemarken is er een huisarts voor ongeveer elke 1.600 inwoners en in België voor elke 700 inwoners.

#### *Aanleiding van dit onderzoek*

Deze ontwikkelingen in de zorgvraag en in het beleid, tegen de achtergrond van grote praktijkpopulaties, vormen de context van dit onderzoek naar de werkbelasting van Nederlandse huisartsen in internationaal perspectief. Wat betekenen deze ontwikkelingen voor de werkbelasting van huisartsen? Door een (te) hoge werkbelasting komt mogelijk de tijd en aandacht van huisartsen voor hun patiënten, en daarmee de persoonlijke benadering, onder druk te staan. Daarnaast is voor huisartsen zelf ook de beleving van het werk belangrijk. Een te zware werkbelasting kan ten koste gaan van arbeidstevredenheid en motivatie. Daarom is het belangrijk te evalueren hoe het op dit moment gesteld is met de werkbelasting van huisartsen en wat hiervan de gevolgen zijn. Door een vergelijking te maken met andere landen, wordt de situatie van Nederlandse huisartsen in context geplaatst.

#### *Werkbelasting vanuit verschillende perspectieven*

Het thema 'werkbelasting' is niet alleen belangrijk voor de huisartsen en hun organisaties; het is ook relevant voor de overheid omdat deze 'systeemverantwoordelijkheid' draagt: de verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van het zorgsysteem. De afgelopen jaren hebben huisartsen een prominente rol gespeeld in de realisering van beleidsdoelen van de overheid. Van de huisartsenzorg, en meer algemeen de eerste lijn, wordt verwacht dat zij patiënten ondersteunen bij zelfmanagement en het maken van keuzes in de zorg. Als gevolg van substitutiebeleid wordt de eerste lijn bovendien geacht zorgtaken over te nemen die nu nog in ziekenhuizen worden uitgevoerd. Daarnaast is informatie over de werkbelasting van huisartsen van belang voor de planning van de opleidingscapaciteit van huisartsen. Als de werkbelasting voor huisartsen per patiënt hoger wordt, kan dit van invloed zijn op de hoeveelheid patiënten waarvoor een huisartspraktijk zorg kan dragen. Als daar geen rekening mee zou worden gehouden, kunnen eventuele tekorten aan huisartsen een gevolg zijn. Voor patiënten vloeit het belang van dit thema voort uit hun belang bij goede en toegankelijke zorg. Een te hoge werkbelasting van huisartsen en hun medewerkers kan een bedreiging vormen voor de toegankelijkheid van de zorg en tijd en aandacht voor patiënten.

#### *Wetenschappelijke relevantie*

Tot nu toe beperkte onderzoek naar de werkbelasting van huisartsen zich voornamelijk tot de Nederlandse situatie. Deze onderzoeken hebben inzicht gegeven in de mate waarin kenmerken van huisartsen en de organisatie van hun praktijken gerelateerd zijn aan werkbelasting. Zo bleek dat een goede praktijkorganisatie kan bijdragen aan een lagere werkbelasting, bijvoorbeeld

door delegatie van medische taken naar de praktijkassistente. Ook werd gevonden dat de praktijkomvang, kenmerken van de patiëntenpopulatie, kenmerken van de huisarts zelf en de praktijkomgeving van invloed kunnen zijn op de werkbelasting van huisartsen.

Naast deze kenmerken zijn ook kenmerken van het zorgsysteem van belang, zoals de poortwachtersfunctie van huisartsen, de functie van huisartsen binnen het systeem en de manier waarop zorg betaald wordt. Om inzicht te krijgen in de invloed van dergelijke systeemkenmerken kan vergeleken worden met andere landen waar de gezondheidszorg anders is georganiseerd. Zo is in deze studie bijvoorbeeld gekeken naar de mogelijke invloed van het poortwachterssysteem op de werkbelasting van huisartsen. Daarnaast richtte studies naar werkbelasting van huisartsen, zowel in Nederland als daarbuiten, zich tot nu toe vooral op factoren die werkbelasting bepalen. De gevolgen van werkbelasting zoals patiënten die ervaren, zijn tot nu toe minder belicht. In deze studie hebben wij wel gekeken naar de werkbelasting van huisartsen gerelateerd aan de kwaliteit zoals ervaren door hun patiënten.

## **Beschrijving van de resultaten**

In het volgende hoofdstuk van deze beleidssamenvatting worden de kernboodschappen van ons onderzoek weergegeven. Deze kernboodschappen komen voort uit de analyses rondom de werkbelasting en taakprofielen van huisartsen. In het daaropvolgende hoofdstuk worden Nederlandse huisartsen nog op een aantal andere kenmerken, zoals de toegankelijkheid van praktijken en de mate van samenwerking met andere professionals, vergeleken. In het laatste hoofdstuk wordt de betekenis van de resultaten besproken. Hierin komt ook aan bod wat de veranderingen zijn sinds de verzameling van de gegevens die we hebben gebruikt (2012). Verder zal er vooruit geblikt worden op de toekomst. Bijlage A geeft meer informatie over hoe het onderzoek is uitgevoerd. In bijlage B worden enkele belangrijke gegevens over de werkbelasting en taakuitoefening van Nederlandse huisartsen vergeleken met bevindingen uit andere onderzoeken. In bijlage C staan de referenties gebruikt voor de onderbouwing van deze beleidssamenvatting. Bijlage D geeft de belangrijkste resultaten van de analyses voor dit onderzoek weer.

## 2 Kernboodschappen

### **Kernboodschap 1: Nederlandse huisartsen hebben een hoge werkbelasting vergeleken met huisartsen in andere landen.**

Nederlandse huisartsen werken, inclusief avond-, nacht- en weekenddiensten, gemiddeld 48 uur per week.<sup>3</sup> Alleen in Zwitserland, Duitsland en België werken huisartsen gemiddeld meer uren per week. Het aantal spreekuurcontacten ligt met 28 per dag rond het gemiddelde van alle landen, maar het aantal visites aan huis van gemiddeld 12 per week is internationaal gezien aan de hoge kant. De consulten van Nederlandse huisartsen (gemiddeld 11 minuten) zijn kort ten opzichte van die in andere landen. Mogelijk hangt dit laatste ook samen met het grote aantal patiënten dat men in de praktijk heeft, namelijk gemiddeld 2.315 per huisarts die aan ons onderzoek deelnam. Nederlandse huisartsen hebben veel personeel, dat voor een deel patiëntenzorg verleent en dus kan zorgen voor een verlichting van taken. Daar staat echter tegenover dat Nederlandse huisartsen ook veel taken hebben (in vergelijking met andere landen) en dat huisartsen ook tijd moeten besteden aan aansturing, afstemming en supervisie van andere zorgverleners.

### **Kernboodschap 2: Nederlandse huisartsen hebben een breed takenpakket**

In 1993 – toen een eerder Europees project onder huisartsen is gedaan – hadden Nederlandse huisartsen bredere taakprofielen dan huisartsen in veel andere Europese landen en in 2012 is dit nog meer het geval. De taakprofielen van Nederlandse huisartsen zijn verbreed op het gebied van de behandeling van en zorg voor patiënten met chronische ziekten. Deze trend is ook waarneembaar in de meeste andere landen. In veel landen zagen we daarnaast een afname in preventieve activiteiten, maar dit geldt niet voor Nederland. Nederlandse huisartsen zijn juist actiever geworden op het gebied van gezondheidsvoorlichting en daarnaast ook in de uitvoering van kleine technische en chirurgische verrichtingen. In hun rol als eerste contactpunt met de gezondheidszorg zijn Nederlandse huisartsen iets minder actief geworden. Dit zit voornamelijk in een afname van hun rol bij sociale problemen. Met de transities van de verantwoordelijkheid voor zorg- en ondersteuningstaken naar de gemeenten en het beleid om mensen zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen, zullen huisartsen in de komende tijd mogelijk weer meer te maken krijgen met (de gevolgen van) sociale problemen.

---

<sup>3</sup> Bij de berekening van dit gemiddelde zijn zowel vol- als in deeltijd werkende huisartsen meegenomen.

### **Kernboodschap 3: Nederlandse huisartspraktijken hebben de afgelopen 20 jaar organisatorisch ingespeeld op een toenemende werkbelasting**

In de afgelopen 20 jaar is de gemiddelde praktijkgrootte in andere Europese landen waarin patiënten op naam staan ingeschreven veelal gedaald, maar in Nederland is dit niet het geval. Daarbij is het aantal taken dat Nederlandse huisartsen en hun personeel uitvoeren, toegenomen. Wel is het aantal visites gedaald. Verder hebben Nederlandse huisartsen deze toenemende vraag opgevangen met een aantal structurele veranderingen in de praktijkvoering, zoals de inzet van extra personeel (bijvoorbeeld de POH) en de invoering van huisartsenposten. Mogelijk zijn hierdoor de gevolgen voor de werkbelasting van Nederlandse huisartsen in de afgelopen 20 jaar beperkt gebleven. Tegenover een lichte daling van het aantal telefonische- en spreekuurcontacten met huisartsen zelf staat een toename van het aantal contacten met de huisartspraktijk in zijn geheel. Terwijl in andere Europese landen steeds meer huisartsen hun avond-, nacht- en weekenddiensten hebben overgedragen aan andere artsen, is die ontwikkeling in Nederland uitgebleven. In Nederland zijn nagenoeg alle huisartsen nog betrokken bij de avond-, nacht- en weekenddiensten. Hoewel huisartsen vaker te maken hebben gekregen met complexere problematiek is de gemiddelde consultduur van 11 minuten nog steeds gelijk aan die in 1993. Wel zijn huisartsen in de afgelopen jaren meer dubbele consulten gaan declareren. Dit lijkt erop te wijzen dat aangeboden problematiek complexer wordt.

### **Kernboodschap 4: Nederlandse huisartsen besteden meer tijd aan niet-patiëntgebonden activiteiten dan veel van hun collega's in andere landen**

Nederlandse huisartsen besteden meer tijd dan hun buitenlandse collega's aan andere activiteiten dan directe patiëntenzorg. Deze andere activiteiten bestaan uit administratie, management en scholing. Dit is ook terug te zien in wat Nederlandse huisartsen rapporteren over de tevredenheid met hun werk. Internationaal gezien zijn Nederlandse huisartsen over het algemeen tevreden, maar niet over hun administratieve lasten. Vergeleken met huisartsen in andere landen, kennen Nederlandse huisartsen de hoogste mate van samenwerking met andere disciplines binnen de eerste lijn, wat ook tijd in beslag neemt.

### **Kernboodschap 5: Huisartsen die tevreden zijn over hun werk, hebben tevreden patiënten**

We vinden over alle landen heen een samenhang tussen de arbeidstevredenheid van huisartsen (als indicator voor hun ervaren werkbelasting) en de ervaringen van patiënten. Met de meer objectieve aspecten van werkbelasting vinden we geen of minder duidelijke relaties. Wel ervaren patiënten van huisartsen die meer uren werken, meer continuïteit van zorg en de mogelijkheid tot het bespreken van meerdere problemen tijdens het consult.

Deze bevinding ondersteunt het voornemen uit de ‘Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022’ om een vaste tweede huisarts aan te wijzen om zo fragmentatie door parttime werken tegen te gaan. De gemiddelde consultduur hangt - tegen de verwachting in - niet samen met de ervaren kwaliteit van de huisarts-patiënt communicatie. Wel ervaren patiënten dat zij meerdere problemen, inclusief psychosociale problemen, kunnen bespreken wanneer hun huisarts een langere gemiddelde consultduur heeft. Over het algemeen zitten de ervaringen van Nederlandse patiënten met de continuïteit, de toegankelijkheid van de zorg en de huisarts-patiënt communicatie internationaal gezien aan de positieve kant van het spectrum. Nederlandse patiënten hebben wel behoefte aan het bespreken van meerdere problemen tijdens het consult, inclusief psychosociale problemen. Op grond van ervaringen van patiënten zijn Nederlandse huisartsen, ondanks een relatief hoge werkbelasting dus in staat om op een aantal belangrijke aspecten goede zorg te verlenen.

### **Afsluiting**

Hierboven hebben we een aantal aspecten van de werkbelasting van Nederlandse huisartsen in vergelijking met die van hun collega’s in andere landen de revue laten passeren. Het feit dat Nederlandse huisartsen een hoge werkbelasting hebben vergeleken met hun collega’s in andere landen, hebben wij proberen te verklaren aan de hand van een aantal kenmerken van huisartsen, praktijken en zorgsystemen.

We moeten constateren dat het vinden van zulke verklarende factoren slechts beperkt is gelukt. De poortwachtersfunctie en de sterke positie van de eerste lijn binnen het zorgsysteem leken voor de hand liggende verklaringen, maar deze zaken bleken niet te verklaren dat Nederlandse huisartsen een hogere werkbelasting hebben dan huisartsen in veel andere landen; er zijn landen met dezelfde kenmerken waar de werkbelasting van huisartsen kleiner is, en er zijn landen met een zwakkere eerste lijn waar huisartsen een hogere werkbelasting hebben.

Enkele verklarende factoren kwamen wel naar voren in onze studie, zoals visites aan huis en samenwerking binnen de eerste lijn. Het hogere aantal visites aan huis van Nederlandse huisartsen draagt bij aan het hogere aantal werkuren. Daarnaast vonden we een samenhang tussen meer samenwerking binnen de eerste lijn en meer werkuren. Nederlandse huisartsen zijn, in vergelijking met huisartsen in andere landen, meer tijd kwijt aan overleg met andere huisartsen en zorgverleners uit andere disciplines. Omdat Nederlandse huisartsen voor een breder spectrum aan gezondheidsproblemen het eerste contactpunt binnen de zorg zijn dan in veel andere landen, doen zij ook meer visites aan huis. Ook komt het hogere aantal werkuren en visites voor een klein deel voort uit de grotere patiëntenpopulatie.



### 3 De Nederlandse huisartsenzorg in internationaal perspectief

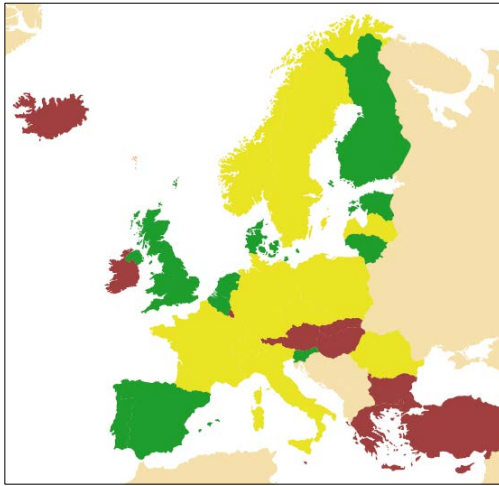
Om de werkbelasting van Nederlandse huisartsen in perspectief te plaatsen is het belangrijk om in acht te nemen hoe Nederlandse huisartsenzorg er internationaal gezien voor staat op het gebied van de structuur van de eerste lijn, de organisatie van de praktijk en hun samenwerking met andere disciplines.

#### *De structuur van de eerste lijn*

Binnen de Europese studie PHAMEU (Primary Health Care Activity Monitor EU) werden tien dimensies van de eerste lijn geïdentificeerd. Daarbij werd onderscheid gemaakt tussen de structuur, het proces en de uitkomsten van zorg. De structuur van de eerste lijn omvat het overheidsbeleid en de sturing van de eerste lijn ('governance'), de economische condities waarbinnen de eerste lijn functioneert en de menskracht waarmee de eerste lijn zijn taken vervult. Het proces beslaat de toegang tot de eerstelijnszorg, breedte van het zorgaanbod, continuïteit van zorg en de coördinatie van de zorg. Uitkomsten betreffen de kwaliteit van zorg, de efficiëntie van de zorg en de gelijke toegang en kwaliteit (bij gelijke zorgbehoefte).

In vergelijking tot andere landen, heeft Nederland een sterke eerste lijn op al deze dimensies (zie figuur 1). De structuur en processen op het niveau van het gezondheidszorgsysteem zijn van invloed op wat huisartsen en andere eerstelijnsdisciplines doen en hoe dat wordt ervaren door patiënten. Een verdere uitdieping van deze relaties stond centraal in de QUALICOPC studie. De volgende paragrafen bieden een overzicht van een aantal bevindingen uit de QUALICOPC studie voor Nederland.

Figuur 1: De sterkte van de eerste lijn Europa



Legenda: Rood= Zwak; Geel=medium; Groen=sterk; Bron: Kringos et al, 2013

#### *De huisartspraktijk*

Nederlandse huisartspraktijken zijn nog steeds relatief kleinschalige voorzieningen. Ongeveer 30% van de Nederlandse huisartsen werkt in een solopraktijk (praktijk met één huisarts). In bijna twee derde van de landen werken minder huisartsen als solist; onder de Zweedse en Noorse huisartsen zijn bijvoorbeeld nagenoeg geen solisten.

#### *Toegankelijkheid*

In Nederland zijn huisartsen vrij toegankelijk. Iedereen is verzekerd en huisartsenzorg valt buiten het verplichte eigen risico. Daarnaast hebben de meeste patiënten een huisarts dichtbij huis, gemiddeld minder dan een kilometer en vrijwel nooit verder dan 3 kilometer. Huisartsenpraktijken zijn in Nederland meestal 9 uur per dag open. Dit is vergelijkbaar met de praktijken in de meeste andere landen. Extra avond- of weekendopenstellingen zijn vrij ongebruikelijk in Nederland. Slechts 9% van de huisartsen gaf aan een of meer keer per week na 6 uur 's avonds of op een extra dag in het weekend spreekuur te hebben. In bijna alle andere landen is dit meer, tot bijna 100% in Malta, Slovenië en België.

Bijna 94% van de consulten van Nederlandse huisartsen zijn op afspraak. In alle 33 andere landen ligt dit percentage lager. Het meest vergelijkbaar zijn huisartsen uit Nieuw Zeeland, die 87% van de consulten op afspraak hebben. Het minste aantal consulten op afspraak hebben huisartsen uit Turkije (4%), Macedonië (8%) en Slowakije (9%). Daarnaast heeft slechts 15% van de



Nederlandse huisartsen een inloopspreekuur naast hun afspraakspreekuur, terwijl dit in de meeste landen een stuk hoger ligt.

Een goede toegankelijkheid van de eerste lijn en continuïteit in eerstelijnszorg gaan samen met minder bezoeken aan de spoedeisende eerste hulpafdeling (SEH) van ziekenhuizen. Patiënten met een 'eigen' huisarts die hen en hun medische achtergrond kent, komen minder vaak op de eerste hulp en degenen die een slechtere toegang ervaren tot hun huisarts juist vaker. Van de 34 onderzochte landen werd in Nederland het op één na laagste SEH-bezoek gevonden (minder dan 18% van de respondenten in een jaar tegen ruim 29% gemiddeld).

#### *Samenwerking binnen de eerste lijn*

Meestal werken er, naast huisartsen, drie andere disciplines in Nederlandse huisartsenpraktijken (de assistente, POH-somatiek en POH GGZ). In de helft van de landen is het aantal andere disciplines lager. In Belgische praktijken is het niet ongebruikelijk dat een huisarts zonder enige ondersteuning werkt. Aan het andere eind van het spectrum vinden we Finse en Litouwse gezondheidscentra waarvan de helft meer dan zes andere disciplines heeft. Vergeleken met huisartsen in andere landen, werken Nederlandse huisartsen het meest samen met andere disciplines binnen de eerste lijn. Behalve met elkaar, overleggen Nederlandse huisartsen ook regelmatig met praktijkverpleegkundigen, apothekers, thuiszorgverpleegkundigen en meer dan in andere landen met fysiotherapeuten en diëtisten.

#### *Huisartsen en de tweede lijn*

Het is in Nederlandse huisartsenpraktijken gebruikelijk dat huisartsen een verwijsbrief meegeven aan een patiënt die wordt verwezen; in 2012 zei ruim 90% van de huisartsen dat altijd te doen. Engelse huisartsen doen dit nog iets vaker. Maar minder dan 10% van de Italiaanse en Duitse huisartsen zeggen dat altijd te doen. Ongeveer 60% van de Nederlandse huisartsen zegt ook (bijna) altijd terugkoppeling uit de tweede lijn te krijgen over een verwezen patiënt. Dat ligt in Engeland en Noorwegen boven de 70%, maar minder dan 10% van de Duitse huisartsen zegt (bijna) altijd terugkoppeling te krijgen. Het werken met verwijsbrieven hangt samen met de beschikbare ondersteuning in de huisartspraktijk en automatisering. Huisartsen die vaker overleggen met de tweede lijn, schrijven ook vaker verwijsbrieven. Dit laatste gaat ook samen met het krijgen van terugkoppeling uit de tweede lijn. Huisartsen in landen waar zij een poortwachtersfunctie hebben, krijgen vaker terugkoppeling over een verwezen patiënt.



## 4 Betekenis van de resultaten

Het onderzoek naar de werkbelasting van Nederlandse huisartsen in internationaal perspectief is een momentopname. We willen de resultaten in dit hoofdstuk daarom wat meer in een tijdsperspectief plaatsen. We doen dat aan de hand van de volgende vragen:

- wat is er sinds de gegevensverzameling voor het QUALICOPC-onderzoek in 2012 gebeurd?
- welke uitdagingen zijn er op het gebied van de werkbelasting voor de nabije toekomst?

We eindigen het hoofdstuk met een beschouwing over mogelijke beleidsimplicaties.

### *Veranderingen sinds de gegevensverzameling voor QUALICOPC*

De gegevensverzameling voor dit onderzoek vond grotendeels plaats in 2012. Sindsdien zijn er ontwikkelingen geweest die mogelijk van invloed zijn op de werkbelasting van huisartsen. Op 1 januari 2014 is de basis GGZ ingevoerd. Sindsdien moeten mensen met alleen psychische problemen (bijvoorbeeld aanpassingsstoornissen) voor vergoede zorg naar de huisartsenpraktijk. Inderdaad bleek er in 2014 een toename te zijn van patiënten die hun huisarts raadplegen vanwege psychische symptomen, psychische diagnoses en sociale problemen. Inmiddels is in 90% van de huisartspraktijken een POH-GGZ werkzaam. Daarnaast is er per 1 januari 2015 sprake van een transitie van de verantwoordelijkheid voor een deel van de zorg naar gemeenten. Dit zal betekenen dat huisartsen ook meer tijd moeten besteden aan samenwerking of overleg met gemeenten.

Binnen ons onderzoek komt naar voren dat huisartsen ontevreden zijn over de hoeveelheid 'administratieve rompslomp'. Het wekt weinig verbazing dat dit deel van het werk niet datgene is waar de meeste artsen hun voldoening uit putten. Helaas bieden de data verder geen inzicht in de aard en achtergrond van dit probleem. Het in 2015 geschreven pamflet van de actiegroep 'Het roer moet om' lijkt hier wel enig inzicht in te geven. Dit pamflet werd getekend door ongeveer 70% van de Nederlandse huisartsen en we kunnen er daarmee vanuit gaan dat het een weergave is van ideeën die bij een aanzienlijk deel van de huisartsen leven. In het pamflet staat o.a.:

*“Kwaliteit wordt niet verhoogd door administratieve overbelasting, ongebreidelde dataverzameling en cijferfetisjisme. Afvinklijstjes leiden te vaak tot perverse financiële prikkels, ten koste van de kwaliteit van de zorg die ik wil leveren. Verzekeraars hebben nauwelijks kennis van het proces van medische besliskunde*

*in de 1e lijn. Het gaat er allereerst om dat verzekeraars vertrouwen hebben in mijn medische deskundigheid. Hierover wil ik graag verantwoording afleggen.”*

Het gaat daarbij dus niet zozeer om administratief werk in het algemeen, maar administratie die in de optiek van huisartsen geen zinvolle bijdrage levert aan de zorg en gevoeld wordt als een gebrek aan vertrouwen.

#### *Uitdagingen voor de toekomst*

De toekomst zal een aantal belangrijke uitdagingen kennen. Zo zal het aantal kwetsbare ouderen en kinderen en mensen met meerdere chronische ziekten nog verder toenemen. Een van de ambities die de LHV en het NHG samen met het IOH hebben geformuleerd in hun Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 is een “versterking in de coördinatie en de gidsfunctie van de huisarts”, met name voor deze groep. Uit een kennissynthese van het NIVEL rondom deze Toekomstvisie blijkt dat dit in de komende jaren investeringen van huisartsen vergt in de samenwerking met de tweedelijnszorg en met gemeenten. Ook zal samenwerking met informele zorgaanbieders als gevolg van langer thuis blijven wonen een uitdaging zijn. Uit de QUALICOPC studie bleek al dat Nederlandse huisartsen op het gebied van samenwerking met de tweede lijn voorlopen op de huisartsen uit andere landen, maar dit zal in de komende jaren dus nog moeten toenemen. Ook werd in deze kennissynthese geconstateerd dat er redelijk grote stappen nodig zijn om de ambities rondom preventie te behalen en dan vooral geïndiceerde preventie waarbij het gaat om het voorkomen van ziekten op basis van risicofactoren bij individuen. Wij vonden dat de betrokkenheid van huisartsen bij preventie in Nederland is toegenomen in de afgelopen 20 jaar. Taken op dit terrein zullen steeds meer bij de eerstelijnszorg worden gelegd.

Ook kunnen Nederlandse huisartsen – verder – organisatorisch inspelen op veranderingen in de zorgvraag. Uit bovengenoemde kennissynthese bleek dat hier nog wat winst te behalen valt, doordat nog niet alle organisatorische mogelijkheden worden benut, zoals het maken van afspraken of een gesprek voeren via het Internet. In de afgelopen circa 20 jaar hebben Nederlandse huisartsen al laten zien goed te kunnen inspelen op veranderingen in de vraag door middel van organisatorische veranderingen.

Een laatste uitdaging voor de toekomst is het behoud van de continuïteit van zorg. Ook dit is een belangrijke ambitie geformuleerd door de beroepsgroep in hun toekomstvisie. Uit onze studie bleek dat patiënten op dit moment tevreden zijn over dit aspect. Ook vonden we dat patiënten van huisartsen die meer uren werken, meer continuïteit van zorg ervaren en meer tevreden waren over de mogelijkheid tot het bespreken van meerdere problemen. Deze bevinding ondersteunt het voornemen uit de ‘Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022’ om een vaste tweede huisarts aan te wijzen om zo fragmentatie door parttime werken tegen te gaan.

### *Implicaties voor beleid*

Internationaal vergelijkend onderzoek leidt over het algemeen niet tot kant en klare oplossingen voor problemen in eigen land, ook al zijn de problemen en uitdagingen voor een deel vergelijkbaar. Daarvoor zijn er vaak te veel verschillen in de context van de gezondheidzorgsystemen en vooral in de financiering. Dat geldt ook voor onze analyse van werkbelasting in internationaal perspectief.

Het QUALICOPC-onderzoek, over zijn volle breedte, heeft laten zien dat de Nederlandse huisartsenzorg over het geheel genomen goed functioneert. De zorg is patiëntgericht en de continuïteit binnen de eerste lijn en tussen eerste en tweede lijn zijn goed in vergelijking met andere landen. Echter, uit de recente ‘Kennissynthese Toekomstvisie Huisartsenzorg’ blijkt dat op het gebied van coördinatie met de tweede lijn nog winst is te behalen. Voor de uitdagingen waarvoor de Nederlandse gezondheidszorg momenteel staat is, naast een sterke positie van huisartsen, een sterke eerste lijn als geheel belangrijk.

Samenwerking wordt in het algemeen belangrijker. Dat is niet alleen een gevolg van de transitie van taken naar de gemeenten, maar ook onontbeerlijk voor goede samenwerking met tweedelijnszorg. Door recente wetswijzigingen zijn er schotten opgeheven en verzet; samenwerking over de grenzen van Zorgverzekeringswet, Wet maatschappelijke ondersteuning en Jeugdwet heen. De eerste lijn heeft direct of indirect met al deze wetten te maken en daarmee ook met de verschillende hulpverleners rondom de patiënten. Door de veranderingen in zorgvraag en beleid zal een populatiegerichte eerste lijn belangrijker worden. De eerste lijn zou zich meer ‘outreaching’ kunnen opstellen, bijvoorbeeld door geïndiceerde preventie of het gericht benaderen van oudere patiënten die in een bepaald tijdsbestek geen contact met de praktijk hebben gehad. Daarmee wordt in Nederland op verschillende plaatsen geëxperimenteerd en het zou goed zijn om te kijken wat de ervaring daarmee in andere landen is.

Bij al deze zaken zijn moderne, op eHealth gebaseerde oplossingen mogelijk een steun in de rug. Uit de eHealth Monitor 2015 blijkt bijvoorbeeld dat artsen positieve effecten ervaren van contact met patiënten via internet. De eHealth oplossingen moeten wel worden geïntegreerd in een goede organisatorische omgeving. Daarbij zijn managementcompetenties bij praktijkhouders (en breder in het team) van groot belang. De gevoelde druk van administratie kan daardoor misschien worden verlicht.

De vraag is of bij al deze uitdagingen en de hoge verwachtingen, zowel vanuit patiënten als vanuit lokaal en nationaal beleid, de omvang van praktijken in termen van het aantal patiënten per FTE huisarts en de tijd per patiënt op hetzelfde niveau kunnen blijven als nu om ook in de toekomst voldoende patiëntgericht en populatiegericht te kunnen werken.



## Bijlage A: Uitleg over dit onderzoek

Tussen 2011 en 2013 is onder leiding van het NIVEL een internationaal onderzoek over huisartsenzorg uitgevoerd – de QUALICOPC-studie. Dit project werd mede gefinancierd door de Europese Commissie (EC) en vond plaats in een samenwerking tussen het NIVEL en vijf projectpartners, waaronder het RIVM. Met behulp van subsidie van de LHV is een deelstudie specifiek over werkbelasting van huisartsen uitgevoerd.

### Gegevensverzameling

Gegevens zijn verzameld onder 7.183 huisartsen en 69,201 patiënten in 31 Europese landen (26 EU lidstaten plus IJsland, Noorwegen, de Republiek Macedonië, Turkije en Zwitserland) en drie niet-Europese landen (Australië, Canada, Nieuw Zeeland). In elk land vulde een aselechte steekproef van huisartsen en hun patiënten vragenlijsten in. In landen waar geen nationale registers beschikbaar waren, zochten we alternatieven die zo dicht mogelijk bij een aselechte steekproef kwamen. In de vragenlijsten zijn vragen opgenomen over onder meer de organisatie van de huisartspraktijken, werkbelasting van huisartsen en ervaringen van patiënten met het zojuist voltooide consult. De vragenlijsten zijn gebaseerd op eerder gevalideerde vragenlijsten. De informatie uit de vragenlijsten van de huisartsen kunnen met een anonieme code gekoppeld worden aan de gegevens uit de patiëntenvragenlijsten.

De respons voor de QUALICOPC studie 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%. De steekproeven zijn voor wat betreft leeftijd en geslacht representatief voor de huisartsenpopulatie in elk land. In Nederland hebben 238 huisartsen de vragenlijst ingevuld. Van hen is 95% praktijkhouder en het overige deel huisarts in dienst bij een gezondheidscentrum. In dit onderzoek hebben wij alle huisartsen, inclusief de gesalarieerde huisartsen, uit de verschillende steekproeven met elkaar vergeleken. Wanneer alleen de praktijkhouders met elkaar worden vergeleken, blijven de resultaten vergelijkbaar.

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

## **De Europese Taakprofielenstudie**

Hiernaast zijn de data gebruikt uit de Europese Taakprofielen studie die begin jaren '90 werd uitgevoerd in 30 landen. In deze studie zijn vergelijkbare gegevens over de breedte van de taakprofielen van huisartsen en ook over hun werkbelasting verzameld. Een enquête onder patiënten maakte toen geen deel uit van het onderzoek.

### **Analyses**

In het onderzoek naar werkbelasting zijn gegevens over de werkbelasting geanalyseerd, veelal met gebruik van multilevel analyses waarin onderscheid wordt gemaakt tussen de niveaus van de landen, de huisartsen en de patiënten. De analyses concentreerden zich op een vergelijking tussen de landen in de werkbelasting en taakprofielen van huisartsen, een vergelijking tussen 1993 en 2012, het analyseren van mogelijk determinanten van werkbelasting en de gevolgen hiervan.



## Bijlage B: Externe validering van bevindingen

Onderzoek naar werkbelasting van huisartsen en daaraan gerelateerde onderwerpen maakt gebruik van uiteenlopende informatiebronnen, methoden van gegevensverzameling en analysemethoden. Daardoor kunnen er gemakkelijk verschillende cijfers in omloop zijn voor hetzelfde verschijnsel. Dat is op zich niet erg, omdat ook de doelen van studies kunnen verschillen en wanneer het voor de lezer of gebruiker van de cijfers maar helder is waar verschillen uit voortkomen. Daarom geven we hieronder aan in hoeverre onze Nederlandse gegevens sporen met cijfers uit andere studies en wat de achtergrond van eventuele verschillen is.

Recent onderzoek dat gebruik maakte van SMS-metingen, liet zien dat zelfstandig gevestigde huisartsen, inclusief diensturen, gemiddeld 49,4 uur per week werken (van Hassel et al 2014). In het huidige onderzoek kwamen wij uit op een zeer vergelijkbare uitkomst van bijna 48 uur per week.

In 2009 gaven Nederlandse huisartsen aan 69% van hun tijd te besteden aan directe patiëntenzorg (Faber et al 2009) en in 2001 was dit 70% (van den Berg et al 2006). In onze studie was dit 75%.

De gerapporteerde gemiddelde consultduur van Nederlandse huisartsen is met 11 minuten laag ten opzichte van andere landen. Een studie op basis van video-opnames van consulten vond een nog kortere duur van gemiddeld 9,08 minuten per consult (van Dijk et al, 2014). Dat is wellicht te verklaren uit het feit dat bij de video-opnames de band wordt stil gezet bij lichamelijk onderzoek.

Over het algemeen blijken de Nederlandse huisartsen behoorlijk tevreden met hun werk. Zij zijn, vergeleken met hun buitenlandse collega's, tevreden over de hoeveelheid stress die ze ervaren. In een onderzoek uit 2012 gaf 88% van de Nederlandse huisartsen aan (erg) tevreden te zijn (Faber et al 2012).

De taakopvatting van huisartsen over sociale problemen is veranderd, zoals ook al naar voren kwam uit een studie waarin de taakopvattingen tussen 1987 en 2001 werden vergeleken (van den Berg et al 2004). Daarnaast bleek uit een studie op basis van video-opnames van consulten dat huisartsen in de periode van 1995-2008 ten opzichte van 1977-1989 even vaak over psychosociale problemen spraken, maar vaker over psychische symptomen en minder vaak sociale problemen (Butalid et al, 2014). In deze studie werd ook geconstateerd dat in 1987 sociale factoren door de beroepsgroep nog expliciet benoemd werden als verantwoordelijkheid van Nederlandse huisartsen (LHV 1987). In 2012 was dit niet meer het geval (NHG & LHV 2012).



## Bijlage C: Referentielijst

1. 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, Jabaaij L, Schellevis FG (ed.) Morbidity, performance and quality in primary care, Dutch general practice on state. Oxford: Radcliffe Publishing, 2006.
2. van den Berg MJ, Kolthof ED, de Bakker DH, van der Zee J. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: de werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.
3. Van den Berg MJ, van Loenen T, Westert GP. Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. *Family Practice*. 2015.
4. Butalid L, Bensing JM, Verhaak PFM. Talking about psychosocial problems: An observational study on changes in doctor-patient communication in general practice between 1997 and 2008. *Patient Educ Couns* 2014, 94:314-321.
5. 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. *European Journal of Health Economics*. 2014;15(1):83-91.
6. Faber M, Voerman G, Grol, R. International Health Policy Survey 2009: CommonwealthFund onderzoek onder huisartsen in 11 landen. UMC St Radboud, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ Healthcare). 2009.
7. Faber MJ, van Loenen T, Westert GP. International Health Policy Survey 2012: CommonwealthFund onderzoek onder huisartsen in 11 landen. UMC St Radboud, Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ Healthcare). 2012.
8. van Hassel D, Korevaar J, Batenburg R, Schellevis F. De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014? Utrecht: NIVEL, 2015.
9. van Hassel D, van der Velden L, Batenburg R. Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen. 2014. Utrecht: NIVEL.
10. van Hassel DTP, Kasteleijn A, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2014. 2015. Utrecht: NIVEL
11. van Hassel D, Korevaar J, Batenburg R, Schellevis F. De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014? 2015. NIVEL: Utrecht
12. <http://www.hetroermoetom.nu/>, geraadpleegd november 2015 .
13. <https://www.volksgezondheinzorg.info/onderwerp/erstelijnszorg/>

regionaal-internationaal/huisartsenzorg#!node-afstand-kilometers-naar-dichtstbijzijnde-huisartsenpraktijk, geraadpleegd februari 2016

14. Krijgsman J, Peeters J, Burghouts A, Brabers A, de Jong J, Moll T, Friele R, van Gennip L. Tussen vonk en vlam, eHealth Monitor 2015. 2015. Den Haag: Nictiz & Utrecht: NIVEL.
15. Kringos DS et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice* 2013; 63(616): e742-e750(9).
16. Landelijke Huisartsen Vereniging. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: LHV; 1987.
17. NHG, LHV, IOH. Toekomstvisie huisartsenzorg: Modernisering naar menselijke maat. Huisartsenzorg in 2022. Utrecht, 2012.
18. NIVEL Zorgregistraties Eerste Lijn, geraadpleegd 01-12-2015.
19. Primary Healthcare Activity Monitor Europe (PHAMEU) database, <http://www.nivel.nl/en/dossier/country-information-primary-care>, geraadpleegd op 28-01-2015.
20. Quality and Costs of Primary in Europe (QUALICOPC) database versie 4.2.
21. Scaoli G, Schäfer WLA, Boerma WG, Spreuwenberg P, Groenewegen PP, Schellevis FG. Communication between family physicians and medical specialists in the referral process: a cross sectional survey in 34 countries. (Manuscript ingediend).
22. Schäfer WLA, 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 family practice*. 2011;12:115.
23. Schäfer WLA, Boerma WG, Murante AM, Sixma HJ, Schellevis FG, Groenewegen PP. Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015;93(3):161-8.
24. Schäfer WLA, Boerma WG, Spreuwenberg P, Schellevis FG, Groenewegen PP. Two decades of change in European general practice service profiles: Conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2016, Feb 10:1-14
25. Schäfer WLA, van den Berg MJ, Groenewegen PP. De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief. *Huisarts & Wetenschap*. 2016;59(3):94-101.
26. van Dijk CE, Verheij RA, te Brake H, Spreuwenberg P, Groenewegen PP & de Bakker DH. 2014. Changes in the remuneration system for general practitioners: Effects on contact type and consultation length. *European Journal of Health Economics*, 15, 83-91.
27. 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.

28. Wensing M, van den Hombergh P, Akkermans R, van Dorgemalen J, Grol R. 2006. Physician workload in primary care: What is the optimal size of practices?. A cross-sectional study. *Health Policy*, 77, 260-267.



## Bijlage D: Resultaten analyses

### 1. De werkbelasting van Nederlandse huisartsen vergeleken met andere landen

De resultaten van analyses waarbij de werkbelasting van huisartsen vergeleken wordt met andere landen zijn terug te vinden in Huisarts & Wetenschap in het artikel:

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

### 2. Ontwikkelingen in de taakprofielen van huisartsen in Europa 1993-2012

De resultaten van analyses over de ontwikkelingen van taakprofielen van huisartsen in 'Scandinavian Journal of Primary Health Care' in het artikel : Schäfer WLA, Boerma WG, Spreeuwenberg P, Schellevis FG, Groenewegen PP. Two decades of change in European general practice service profiles: Conditions associated with the developments in 28 countries between 1993 and 2012. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2016, Feb 10:1-14.

### 3. Veranderingen in werkbelasting 1993-2012

Tabel 1: Werkuren en diensturen van huisartsen in 1993 en 2012

	Werkuren gemiddeld per week			% huisartsen geen diensten		Diensturen gemiddeld per week *		
	1993	2012	Vershil	1993	2012	1993	2012	Vershil
België	51.1	51.1	0	2%	7%	12.4	6.1	-
Bulgarije	39.8	39.2	0	0%	25%	8.9	2.9	0
Denemarken	42.7	40.9	0	11%	51%	8.4	1.9	-
Duitsland	52.8	49.6	-	4%	24%	24.8	4.8	-
Estland	36.8	37.8	0	8%	17%	11.8	3.0	-
Finland	38.0	35.8	0	4%	56%	10.3	4.2	-
Griekenland	35.7	38.2	0	0%	3%	46.5	19.8	-
Hongarije	30.1	37.7	+	8%	44%	30.0	12.6	-
Ierland	43.2	41.2	0	1%	9%	47.7	5.0	-
IJsland	41.1	39.8	0	4%	4%	26.4	11.5	-
Italië	30.3	33.5	+	1%	38%	12.2	3.8	-
Letland	30.3	38.9	+	0%	70%	15.2	3.8	-
Litouwen	34.3	35.2	0	6%	15%	13.1	1.5	-
Luxemburg	50.9	45.6	-	2%	48%	24.8	4.4	-
<b>Nederland</b>	<b>46.1</b>	<b>43.0</b>	<b>-</b>	<b>1%</b>	<b>0%</b>	<b>20.2</b>	<b>4.7</b>	<b>-</b>
Noorwegen	36.4	36.1	0	5%	36%	13.6	6.3	-
Oostenrijk	48.7	43.7	-	3%	28%	33.1	17.0	-
Polen	37.0	38.4	0	2%	87%	12.8	5.1	0
Portugal	36.5	40.2	+	8%	4%	10.9	5.5	0
Roemenië	28.8	35.8	+	0%	89%	12.9	9.2	0
Slovenië	38.2	37.4	0	2%	19%	15.0	6.9	-
Slowakije	43.9	37.4	-	1%	43%	15.3	3.0	-
Spanje	34.6	35.8	+	3%	47%	20.2	7.4	-
Tsjechië	42.5	36.2	-	5%	64%	13.4	2.9	-
Turkije	41.2	40.8	0	0%	77%	22.4	3.2	-
Verenigd Koninkrijk	42.0	40.1	0	1%	66%	32.2	3.1	-
Zweden	38.3	34.4	-	3%	40%	5.5	3.7	0
Zwitserland	50.1	46.5	-	0%	21%	30.4	7.6	-

\* Gecorrigeerd voor het aantal werkuren per week. Alleen de huisartsen die daadwerkelijk diensten draaien zijn meegenomen; De Duitse data van 1993 betrof alleen West-Duitsland. De data over het Verenigd Koninkrijk uit 2012 betrof alleen Engeland;

+ = Toename; - = Afname; 0 = Niet significant



Tabel 2: Patiënt contacten van huisartsen in 1993 en 2012

	Spreekuur- contacten gemiddeld per dag*			Telefonische contacten gemiddeld per dag*			Visites (thuis) gemiddeld per week*		
	1993	2012	Vershil	1993	2012	Vershil	1993	2012	Vershil
België	17	19	+	8	10	+	43	23	-
Bulgarije	28	32	+	4	12	+	17	11	-
Denemarken	24	24	0	16	14	-	6	2	-
Duitsland	50	46	-	11	10	-	33	14	-
Estland	16	22	+	4	12	+	15	2	-
Finland	19	13	-	6	6	0	1	1	-
Griekenland	21	32	+	7	7	0	5	14	+
Hongarije	48	51	+	6	12	+	26	14	-
Ierland	30	30	0	9	9	0	13	4	-
IJsland	17	14	-	15	11	-	4	1	-
Italië	26	28	+	10	18	+	17	15	-
Letland	13	25	+	3	12	+	15	8	-
Litouwen	17	24	+	3	8	+	15	6	-
Luxemburg	26	25	0	10	10	0	19	11	-
<b>Nederland</b>	<b>32</b>	<b>28</b>	<b>-</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>-</b>	<b>21</b>	<b>12</b>	<b>-</b>
Noorwegen	19	19	0	11	6	-	5	1	-
Oostenrijk	48	48	0	12	11	-	27	15	-
Polen	29	35	+	2	5	+	9	4	-
Portugal	20	22	+	3	3	0	2	2	0
Roemenië	19	25	+	3	10	+	11	9	-
Slovenië	42	45	+	8	9	+	6	2	-
Slowakije	49	46	0	9	5	-	8	9	+
Spanje	39	36	-	3	3	+	8	4	-
Tsjechië	47	33	-	8	11	+	12	5	-
Turkije	39	62	+	3	6	+	2	4	+
Verenigd Koninkrijk	34	29	-	6	9	+	18	6	-
Zweden	16	13	-	7	6	0	2	1	-
Zwitserland	31	24	-	7	6	-	8	4	-

\* Gecorrigeerd voor het aantal werkuren per week; De Duitse data van 1993 betref alleen West-Duitsland. De data over het Verenigd Koninkrijk uit 2012 betref alleen Engeland; + = Toename; - = Afname; 0 = Niet significant

Tabel 3: Gemiddelde consultduur in 1993 en 2012

	Gemiddelde consultduur (in minuten)		
	1993	2012	Vershil
België	19.3	17.7	-
Bulgarije	13.4	17.6	+
Denemarken	13.5	14.3	o
Duitsland	13.2	10.6	-
Estland	15.8	16.4	o
Finland	18.4	23.8	+
Griekenland	22.6	14.7	-
Hongarije	15.8	8.2	-
Ierland	13.9	12.8	o
IJsland	16.7	19.2	o
Italië	23.3	13.4	-
Letland	20.6	17.5	-
Litouwen	16.4	15.9	o
Luxemburg	17.8	17.6	o
<b>Nederland</b>	<b>9.7</b>	<b>11.1</b>	<b>o</b>
Noorwegen	19.2	18.6	o
Oostenrijk	15.8	11.7	-
Polen	21.8	13.7	-
Potugal	15.8	18.1	+
Roemenië	18.5	16.6	o
Slovenië	13.6	9.6	-
Slowakije	6.5	8.9	o
Spanje	9.8	8.5	-
Tsjechië	18.0	10.9	-
Turkije	18.1	9.3	-
Verenigd Koninkrijk	8.5	11.2	+
Zweden	24.6	23.9	o
Zwitserland	15.1	19.5	+

+ = Toename; - = Afname; o = Niet significant Opmerking: De Duitse data van 1993 betrof alleen West-Duitsland. De data over het Verenigd Koninkrijk uit 2012 betrof alleen Engeland

Tabel 4: Gemiddelde praktijkomvang in 1993 en 2012 (landen met praktijken met inschrijving op naam)

Land	Gemiddelde praktijkomvang * (patiënten per huisarts)		
	1993	2012	Vershil
Denemarken	1719	1651	o
Italië	1486	1388	o
<b>Nederland</b>	<b>2343</b>	<b>2315</b>	<b>o</b>
Portugal	1907	1786	o
Spanje	2421	1711	-
Verenigd Koninkrijk	2300	1524	-

\* Gecorrigeerd voor het aantal werkuren per week; + = Toename; - = Afname; o = Niet significant Opmerking. De data over het Verenigd Koninkrijk uit 2012 betrof alleen Engeland

#### 4. Determinanten van werkbelasting

##### Resultaten

###### *Aantal werkuren per week*

Nederlandse huisartsen hebben gemiddeld 5,8 uur meer werkuren per week dan de huisartsen uit de 22 landen waar men het minste aantal werkuren heeft. Het hogere gemiddeld aantal werkuren van Nederlandse huisartsen hangt niet samen met de systeemkenmerken (de poortwachtersfunctie van huisartsen en de sterke eerstelijnsstructuur). Wel kan het hogere aantal werkuren van Nederlandse huisartsen verklaard worden doordat de Nederlandse huisartsenpopulatie meer mannen heeft en gemiddeld iets ouder is, huisartsen in Nederland meer visites doen, er veel samenwerking is binnen de eerstelijns ten opzichte van andere landen en doordat de steekproef van Nederlandse huisartsen in dit onderzoek bestaat uit meer praktijkhouders, huisartsen werkzaam in meer landelijke gebieden en huisartsen met een oudere patiëntenpopulatie. Deze kenmerken kunnen tezamen bijna 60% van het verschil met de andere landen verklaren. Daarnaast verklaart ook de grootte van de patiëntenpopulatie een deel van het verschil tussen Nederland en andere laag scorende landen. Per 100 extra patiënten hebben huisartsen gemiddeld 0,25 extra werkuren per week. Deze relatie is echter curve-lineair; bij hele grote populaties neemt deze associatie juist af. Tabel 5 geeft de uitkomsten van de analyses op de praktijkvariabelen weer en tabellen 6-8 geven de resultaten van de analyses op de systeemkenmerken weer.

###### *Andere activiteiten dan directe patiëntenzorg*

Nederlandse huisartsen besteden gemiddeld 9,4% meer tijd aan andere activiteiten dan directe patiëntenzorg dan huisartsen in de 22 laagst scorende landen. Dit hogere percentage kan niet verklaard worden aan de hand van de determinanten gemeten in dit onderzoek.

### *Visites aan huis*

Nederlandse huisartsen maken gemiddeld 1,4 visites meer per week dan huisartsen in de 22 laagst scorende landen. Wederom hangen de poortwachtersfunctie en sterkere eerstelijnsstructuur hangen niet samen met de hogere werkbelasting. Wel hangt het hogere aantal visites samen met dat de Nederlandse huisartsenpopulatie meer mannen heeft en gemiddeld iets ouder is en met dat er in de Nederlandse steekproef meer huisartsen zitten die werkzaam zijn in meer landelijke gebieden en huisartsen met een oudere patiëntenpopulatie. Ook doen huisartsen met een sterkere rol als eerste contact meer visites. Tot slot, hangt een grotere patiëntenpopulatie samen met iets meer huisbezoeken (0,1 per week per 1000 patiënten).

Uitgebreide resultaten over de determinanten van werkbelasting worden gerapporteerd in een Engelstalig artikel dat nog niet gepubliceerd is.

## **5. Werkbelasting van huisartsen in relatie tot patiëntervaringen**

### **Resultaten**

#### *Ervaringen van patiënten*

De ervaringen met de arts-patiënt communicatie variëren vooral tussen patiënten (ruim de helft van de variatie), maar er is ook substantiële variatie tussen huisartsen (36% van de variatie) en tussen de landen (12% van de variatie). De variatie in de ervaren continuïteit van zorg ligt voor bijna de helft op het niveau van de patiënten, voor ruim een derde op het niveau van de landen en voor een kwart op het niveau van de huisartsen. De ervaringen met de toegankelijkheid en de omvang van de zorg wijken hier sterk van af: er is nauwelijks variatie tussen patiënten (respectievelijk 4 en 2%), maar vooral tussen de huisartsen (respectievelijk 55 en 53 %) en de landen (respectievelijk 41 en 45%).

#### *De relatie tussen patiëntervaringen en werkbelasting*

De patiënten van huisartsen met een langere werkweek ervaren meer continuïteit van zorg en een meer omvattend zorgaanbod. Hoe patiënten de communicatie met hun huisarts en de toegankelijkheid ervaren, hangt niet met de duur van de werkweek samen. Patiënten van huisartsen die gemiddeld langere consulten inboeken, ervaren de zorg als meer omvattend. Op de andere ervaringsterreinen is geen samenhang met de consultduur gevonden. Patiënten van huisartsen die tevredener zijn met hun werk, hebben op elk van de vier terreinen positievere ervaringen.

Uitgebreide resultaten over werkbelasting en patiëntervaringen worden gerapporteerd in een Engelstalig artikel dat nog niet gepubliceerd is.