

# Steeds minder tijd?

## Deeltijdarbeid en normwerkbelasting in gezondheidscentra

Drs. R.N. Griffioen (NZi)  
Drs. J.E. Grunveld (NZi)  
Dr. J.B.F. Hutten (NIVEL)  
Ir. C.C. Ros (NIVEL)  
E. van der Schee (NIVEL)

Utrecht, juli 1999

Publicatienummer 199.1254

 NIVEL  
bibliotheek  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
T 030 2 729 614/615  
F 030 2 729 729

## **NZi, onderzoek, informatie en opleidingen in de zorg**

Het NZi is een zelfstandig onderzoeksinstituut. Het verricht toegepast wetenschappelijk onderzoek voor het management van instellingen, koepelorganisaties en beleidsmakers in de gezondheidszorg. Doelstelling is de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening te ondersteunen. Het NZi levert onderzoeksinzichten, ontwikkelt managementinstrumenten, begeleidt en evalueert vernieuwende projecten. Opleidings- en adviesprogramma's helpen de resultaten in het veld te implementeren. Instellingsgegevens uit de databank van het NZi worden verwerkt in landelijke informatieproducten en in managementinformatie.

## **NIVEL**

Het NIVEL is het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Het fungeert als kenniscentrum voor de overheid, beleids- en adviesinstanties in de gezondheidszorg, zorgverzekeraars, beroepsverenigingen, koepelorganisaties van beroepsgroepen en instellingen, en patiënten- en consumentenorganisaties. Het NIVEL verricht onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek, beheert een (landelijke) bibliotheek en diverse registratiesystemen en organiseert regelmatig (internationale) congressen en symposia.

### **Colofon:**

Uitgever:	NZi	NIVEL
Bezoekadres:	Oudlaan 4	Drieharingenstraat 6
Postadres:	Postbus 9697 3506 GR Utrecht	Postbus 1568 3500 BN Utrecht
Telefoon:	(030) 273 97 00	(030) 272 97 00
Fax:	(030) 273 95 60	(030) 272 97 29
E-mail:	NZi@NZi.nl	receptie@nivel.nl
ISBN:	90-5376-360-0	

**Bestellingen:** NZi, Afdeling Verkoop Publicaties  
Postbus 9697 3506 GR Utrecht  
Fax: (030) 273 95 60

NIVEL  
Postbus 1568 3500 BN Utrecht  
Fax: (030) 272 97 29

Bestellingen kunnen uitsluitend schriftelijk of per fax.

Vermeld bij bestelling het publicatienummer 199.1254 en het gewenste aantal. Per exemplaar wordt een bedrag\* van f 30,- in rekening gebracht, exclusief porto- en administratiekosten.

\* Prijswijzigingen voorbehouden

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

# Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Achtergrond	7
1.2 Onderzoeksvragen	8
1.2.1 Deeltijdarbeid	8
1.2.2 Normwerkbelasting	9
1.3 Opzet van het rapport	11
<b>2. Methode</b>	<b>13</b>
2.1 Gezondheidscentra in Nederland	13
2.2 Steekproef voor diepte-interviews en tijdsbestedingsonderzoek	14
2.3 Diepte-interviews	16
2.4 Tijdsbestedingsonderzoek	17
2.5 Literatuuronderzoek	18
2.6 Invitational conference	19
<b>3. Deeltijdwerk en verlofregeling</b>	<b>21</b>
3.1 Stand van zaken in gezondheidscentra: bevindingen uit de enquêtes	21
3.1.1 Aard en omvang van deeltijdarbeid in gezondheidscentra	22
3.1.2 CAO-componenten die een vermindering van inzetbaarheid ten gevolge hebben	25
3.2 Knelpunten en oplossingen in de praktijk: bevindingen uit de interviews	28
3.2.1 Afstemming en communicatie	25
3.2.2 Werklast	31
3.2.3 Feitelijke aanwezigheid en bereikbaarheid	35
3.2.4 Betrokkenheid en verantwoordelijkheid	40
3.2.5 Huisvesting	41
3.2.6 Parttime-beleid in de centra: een optimale 'parttime-mix'?	42
3.3 Beschouwing	46

<b>4.</b>	<b>Werkdrukbelasting en tijdsbesteding in gezondheidscentra</b>	<b>49</b>
4.1	Inleiding	49
4.2	Werkbelasting: begripsbepaling en eerder onderzoek	49
4.2.1	Wat is werkdrukbelasting?	49
4.2.2	Hoe wordt werklust gemeten?	50
4.2.3	Factoren die de werklust bepalen	54
4.3	Ideeën over normwerklust: diepte-interviews	56
4.4	Praktijkgrootte, werklust en werktijd: resultaten van het tijdsbestedingsonderzoek	57
4.4.1	Conceptueel schema	57
4.4.2	Praktijkgrootte en fte's	59
4.4.3	Praktijkgrootte, fte en werklust	61
4.4.4	Fte, werklust en werkuren	64
4.5	Deeltijdwerken, werklust en werkuren	70
4.6	Samenvatting	72
4.7	Beschouwing	74
<b>5.</b>	<b>Aanbevelingen</b>	<b>77</b>
5.1	Aanbevelingen met betrekking tot CAO-componenten	77
5.2	Aanbevelingen met betrekking tot deeltijdarbeid en arbeidsmarktbeleid	79
5.3	Aanbevelingen op het gebied van werkdrukbeheersing	80
5.4	Aanbevelingen met betrekking tot normwerklust	81
	<b>Literatuuroverzicht</b>	<b>85</b>
	<b>Bijlage: Overzicht gezondheidscentra</b>	<b>89</b>

## Voorwoord

Voor u ligt het rapport van een onderzoek naar deeltijdarbeid en normwerkbelasting in gezondheidscentra: Steeds minder tijd? Het leek ons een geschikte titel. Want het *is* een vraag: is er steeds minder tijd, hebben we steeds minder tijd, moeten of willen we steeds meer doen in steeds minder tijd? Feit is dat er al jaren grote veranderingen gaande zijn in de manier waarop mensen omgaan met tijd. Dat is niet alleen het geval in gezondheidscentra. Het is een algemeen onderkend maatschappelijk verschijnsel. Steeds meer aandacht is er voor het dilemma: hoe vinden we een goede balans tussen werktijd en privé-tijd? Nederland heeft in dat opzicht een voorhoede positie in Europa: geen land kent zoveel deeltijdbanen. En gezondheidscentra lopen in de Nederlandse zorgsector voorop wat betreft het aantal werkenden in deeltijd. Het creëren van diverse verlofregelingen in CAO's is een duidelijke afspiegeling van de zoektocht naar de balans tussen werk en privé. Het thema krijgt bovendien steeds nadrukkelijker aandacht van de overheid: de Arbeidstijdenwet, de Wet Flexibiliteit en Zekerheid en in nog sterkere mate de Kaderwet Arbeid en Zorg zijn daar de weerspiegeling van.

In het verlengde hiervan ligt de volgende vraag: die naar de *hoeveelheid* werk die gedaan moet worden, de werklast. Hoeveel werk kan in hoeveel tijd gedaan worden, en is de werktijd daarvoor toereikend? Hoe organiseren we dat werk? Hoe verdelen we het? In welke mate doen we het werk ook in wat eigenlijk onze privé-tijd is? Vragen die zeer actueel zijn voor professionele beroepsbeoefenaren, en voor medewerkers in de zorg uitermate herkenbaar.

Tijd is geld. Dat betekent dat de discussies over tijd, tijd voor werk, tijd voor privé, zelden los gezien kunnen worden van discussies over geld, over financiering. Geld is sturend. Vooral tegen de achtergrond van financieringsvraagstukken worden veel discussies gevoerd over normering. Zo ook die over de mate waarin het mogelijk en wenselijk is tijdnormen vast te stellen voor werkzaamheden, of normen voor praktijkomvang.

Tegen de achtergrond van dit type discussies zoekt ook de Landelijke Werkgeversvereniging Gezondheidscentra naar manieren om de CAO in de pas te laten lopen met de maatschappelijke ontwikkelingen. Wij zijn verheugd dat de LWG het NZi en het NIVEL heeft willen inschakelen voor een in dit verband gewenst onderzoek naar deeltijdarbeid en normwerkbelasting in gezondheidscentra. Hoe relevant het onderwerp ook in de praktijk ervaren wordt, bleek ons tijdens het onderwerp voortdurend. Alle centra die meewerkten, en al degenen die wij daar hebben gesproken lieten duidelijk merken dat zij dit een zeer zinnig onderzoeksthema vonden. Velen hadden zich ook grondig op de gesprekken voorbereid. Waar centra geen medewerking konden verlenen, kwam dat vrijwel steeds omdat zij ofwel recent een werklastonderzoek hadden uitgevoerd, ofwel geen tijd hadden: beide redenen onderstrepen ook weer de actualiteit van de thematiek.

Wij willen onze dank uitspreken aan de LWG voor deze onderzoeksoopdracht, aan de Stichting Fonds Overleg Arbeidsvoorwaarden Gezondheidscentra die het onderzoek financieel mogelijk maakte, aan de gezondheidscentra die intensief aan het onderzoek hebben meegewerkt en aan de andere centra die vragenlijsten invulden, aan de deelnemers aan de invitational conference aan het eind van het project voor de betrokkenheid en levendigheid waarmee zij met de onderzoekers over de onderzoeksbevindingen van gedachten hebben gewisseld, aan drs. N.A.G. Bernts, directeur van de LWG voor zijn vertrouwen in ons als onderzoekers en voor

zijn interesse en enthousiasme gedurende het hele traject, en aan mevrouw M. 't Hart en de heren C. Boer en J. Kolste voor de grondige wijze waarop zij het concept-rapport hebben bestudeerd en hun waardevolle commentaar daarop.

Wij hebben met veel genoegen aan dit project gewerkt. Wij hopen dat u met evenveel genoegen kennis zult nemen van de bevindingen.

Jan Erik Grunveld, Renske Griffioen, Jack Hutten, Corina Ros, Evelien van der Schee

# 1. Inleiding

## 1.1 Achtergrond

De Landelijke Werkgeversvereniging Gezondheidscentra (LWG) heeft de opdracht gegeven een tweetal onderzoeken uit te voeren naar respectievelijk deeltijdarbeid en normwerkbelasting in gezondheidscentra.

De gezondheidscentra hebben een voorhoederol gespeeld wat betreft de mogelijkheid voor huisartsen en fysiotherapeuten om in deeltijd te werken. Naar schatting werkt inmiddels ruim 85% van de medewerkers in gezondheidscentra in deeltijd. Deze situatie in combinatie met de invoering van de 36-urige werkweek en de uitbreiding van het aantal verschillende verlofmogelijkheden, roept bij de werkgevers bezorgdheid op ten aanzien van aspecten van de kwaliteit en de bedrijfsvoering in de gezondheidscentra. Wat betreft de kwaliteit gaat het bijvoorbeeld om bereikbaarheid voor patiënten en andere hulpverleners en de mogelijkheid activiteiten van hulpverleners op elkaar af te stemmen. Bij bedrijfsvoering gaat het bijvoorbeeld om het aantal spreekkamers en roosterplanning. Ook de productiviteit en de flexibiliteit van medewerkers met verschillende contracten is hierbij een belangrijk aandachtspunt.

Het tweede onderzoeksonderwerp, de normwerkbelasting, hangt samen met de ideeën van de werkgevers om de omvang van de dienstverbanden, en daarmee de honorering, niet meer direct te koppelen aan de arbeidstijd, maar aan een concrete taakstelling in de vorm van zorgafspraken. Het idee is dat de grootte en samenstelling van het verzorgingsgebied van het centrum worden vertaald in een concrete normwerkbelasting voor de individuele professionals of hulpverleners. Dit individuele praktijkaandeel kan gedefinieerd worden in termen van praktijkomvang (aantal patiënten), aantal contacten of het aantal verrichtingen. Hoewel de definitieve invulling een zaak is van de betreffende werkgever en werknemer dient wel een landelijk referentiekader te worden ontwikkeld. Hiervoor is het van grote betekenis om inzicht te krijgen in hoe de relatie tussen werklast en werkuren (zowel formeel als feitelijk) er op dit moment in de gezondheidscentra uitziet.

De LWG heeft het NZi de opdracht gegeven deze onderzoeken uit te voeren. Het NZi heeft op zijn beurt het NIVEL gevraagd het tweede deelonderzoek naar normwerkbelasting uit te voeren. Dit rapport doet verslag van beide onderzoeken. Waar nodig wordt een duidelijk onderscheid aangebracht tussen beiden onderzoeken.

## 1.2 Onderzoeksvragen

In deze paragraaf wordt apart ingegaan op de achtergrond en de vragen van beide onderzoeken.

### 1.2.1 Deeltijdarbeid

Het deelonderzoek 'deeltijdarbeid' heeft als doel inzicht te krijgen in de mate van deeltijdwerken in gezondheidscentra, de mate waarin gebruik wordt gemaakt van verlofregelingen en de invloed die dit heeft op de kwaliteit en de bedrijfsvoering. Naast knelpunten worden oplossingen geïnventariseerd.

De LWG signaleert dat het parttime werken door de medewerkers als positief wordt ervaren en zodoende bijdraagt aan de werfkracht en het imago van de centra, aan motivatie, vermindering van werkdruk etc. Daarnaast echter heeft het ook een aantal problemen opgeroepen voor het centrum als organisatie. De LWG noemt in dit verband de mogelijke gevolgen van het aantal medewerkers dat veel groter is dan het aantal fte's <sup>1</sup> voor de huisvesting, voor afstemming, overleg en procedures, verschillen in de mate waarin medewerkers zich verantwoordelijk voelen voor het reilen en zeilen van de organisatie, roosterproblemen (bij centrumassistenten), extra tijd voor overdracht, bedreiging van de continuïteit van de hulpverlening, en afnemende bereikbaarheid van de medewerkers voor collega's en derden. Ook kan naast een gunstig een nadelig effect op de werklust optreden. Het gebruik van de (veelheid aan) verlofregelingen zou deze effecten kunnen versterken, zo is de veronderstelling.

De volgende onderzoeksvragen zijn in dit verband geformuleerd:

1. Welke knelpunten ten gevolge van parttime werken worden door medewerkers van gezondheidscentra in de praktijk ervaren, in het bijzonder ten aanzien van kwaliteit, bedrijfsvoering en werkbelasting?
2. Welke knelpunten worden ervaren als gevolg van CAO-componenten die een vermindering van de inzetbaarheid van medewerkers ten gevolge hebben (zoals regeling ouderschapsverlof, 55+-regeling etc.)?
3. Welke leerzame oplossingen zijn in de praktijk al te vinden op het punt van parttimebeleid, en in het bijzonder ten aanzien van de gesignaleerde knelpunten?

Het onderzoek beperkt zich tot drie categorieën medewerkers van gezondheidscentra: huisartsen, fysiotherapeuten en centrumassistenten. Deze beperking is enerzijds ingegeven door de overweging dat het onderzoek beperkt van omvang diende te blijven, anderzijds betreft het hier de disciplines die het meest vertegenwoordigd zijn in de gezondheidscentra, en daar bovendien veelal in loondienst van het centrum zijn. Bovendien is de aanwezigheid en bereikbaarheid van met name de huisartsen van grote invloed op het kunnen voldoen aan de LVG-kwaliteitskenmerken, en hebben de centrumassistenten letterlijk en figuurlijk een centrale positie in het centrum, zodat knelpunten bij deze groep snel doorwerken naar het hele centrum.

---

<sup>1</sup> fulltime equivalent: 1 fte betekent 100% werkzaam, een werkweek van 40% betekent 0.4 fte.



Aandacht voor deeltijdarbeid en verlofregelingen is op dit moment ook in breder verband uiterst relevant: de overheid bundelt allerlei verlofregelingen in de nieuwe Kaderwet Arbeid en Zorg, en ook werkgevers en werknemers, verenigd in de Stichting van de Arbeid (STAR) bevelen CAO-onderhandelaars aan na te gaan in hoeverre werknemers meer mogelijkheden kunnen krijgen om vrije dagen op te sparen (of in te ruilen voor geld) om zodoende meer tegemoet te komen aan de behoeften van de individuele werknemer. Anderzijds blijkt uit een krantenbericht (NRC Handelsblad van 26 februari 1999) dat het beroep op de mogelijkheden tot onbetaald verlof in het kader van de in oktober 1998 van kracht geworden Wet op de Loopbaanonderbreking tot op dat moment nog minimaal was: slechts 150 mensen hadden zich hiervoor bij de uitvoeringsinstellingen GAK, USZO en Cadans aangemeld, terwijl de Tweede Kamer ervan uitging dat jaarlijks 56.000 werknemers hun baan tijdelijk zouden verlaten.

Inzicht in aard en omvang van deeltijdarbeid en gebruik van verlofregelingen in gezondheidscentra is derhalve van betekenis voor het landelijk te voeren arbeidsvoorwaardenbeleid in de sector, maar ook voor de dagelijkse bedrijfsvoering en kwaliteitshandhaving in de centra.

### **1.2.2 Normwerkbelasting**

Het tweede deelonderzoek 'normwerkbelasting' is erop gericht om te achterhalen of het mogelijk is om een objectieve, breed aanvaardbare normwerkbelasting vast te stellen voor huisartsen en fysiotherapeuten die in loondienst zijn van een gezondheidscentrum. Deze normpraktijk zou gebruikt kunnen worden om de totale werkbelasting in gezondheidscentra te vertalen naar zorgafspraken met individuele hulpverleners in loondienst, rekening houdend met hun deeltijdpercentage. Het gaat bij dit onderzoek om de werkbelasting van huisartsen en fysiotherapeuten. De centrumassistenten worden in dit deelonderzoek buiten beschouwing gelaten omdat de omvang van hun aanstellingen rechtstreeks is afgeleid van het aantal huisartsen dat in een centrum werkzaam is. Aangezien de huisarts in het gezondheidscentrum vaak een spilfunctie heeft en er bovendien meer onderzoek gedaan is naar tijdsbesteding en praktijkvoering door huisartsen wordt hieronder meestal de situatie voor huisartsen beschreven.

Voor vrijgevestigde huisartsen is landelijk de grootte van een normpraktijk op 2.350 patiënten vastgesteld. Voor huisartsen werkzaam in gezondheidscentra zal de normpraktijk aangepast moeten worden, omdat ze gecompenseerd worden voor de extra tijd die noodzakelijk is voor samenwerking. Hieronder valt het overleg dat huisartsen structureel met andere disciplines in het centrum hebben, het opzetten van preventie-activiteiten, het ontwikkelen van protocollen en bijvoorbeeld het begeleiden van stagiaires of deelname aan onderzoek (Ros en Hutten, 1996). Dit zijn allemaal activiteiten waarbij een actieve inbreng van gezondheidscentra wordt verondersteld door de subsidiegever, maar die wel consequenties hebben voor de maximale hoeveelheid patiënten die een huisarts in de praktijk kan hebben. Gezondheidscentra zelf hanteren vaak de volgende norm: de subsidie voor samenwerkingstijd is maximaal 15%, zodat de praktijkgrootte dan met 350 (is 15% van 2.350) afneemt en op 2.000 patiënten komt. Voor fysiotherapeuten bestaat een dergelijk normpraktijk niet, maar ook voor hen geldt dat deze voor fysiotherapeuten werkzaam in gezondheidscentra kleiner zal zijn dan de vrijgevestigde fysiotherapeuten als gevolg van de samenwerkingstijd.

Het is echter niet alleen van belang hoeveel tijd de huisarts beschikbaar heeft voor direct patiëntencontact, maar er dient ook met de vraag naar zorg van patiënten rekening te worden gehouden wanneer de grootte van de praktijk wordt bepaald. Hierbij zal de samenstelling van de praktijk een belangrijke rol te spelen. Een praktijk die voor een groot deel uit oudere of allochtone patiënten bestaat, zal een huisarts meer tijd kosten dan een praktijk met jonge gezonde mensen. Vrijgevestigde huisartsen krijgen een extra honorering voor het werken in achterstandswijken, huisartsen in loondienst zouden kunnen worden gecompenseerd in een aanpassing van de normpraktijk.

Ten slotte is de organisatie en samenstelling van het gezondheidscentrum van belang. In sommige centra heeft de huisarts een aantal taken gedelegeerd naar de centrumassistenten en daarmee wordt de belasting voor de huisarts vermindert. Of er is vrijwel altijd een huisarts in opleiding in het centrum werkzaam die de huisartsen kan ontlasten. Ook specialisatie van huisartsen kan betekenen dat de totale werkbelasting binnen een gezondheidscentrum beter gehanteerd kan worden. Gezondheidscentra zelf zijn druk bezig om werkbelasting te reguleren en te verminderen door een andere praktijkorganisatie.

Deze verschillende omstandigheden en inspanningen in gezondheidscentra maken het moeilijk uitspraken te doen over het zorgaandeel van individuele hulpverleners. Een huisarts die fulltime werkt en zich gespecialiseerd heeft in de specifieke problematiek van allochtonen kan bijvoorbeeld toch een kleinere praktijkomvang hebben dan een collega die in deeltijd werkt, maar een qua samenstelling gemiddelde praktijk heeft. Andersom kan een huisarts die altijd de beschikking heeft over een assistent in de praktijk waarschijnlijk meer patiënten hebben dan een huisarts die meestal geen assistent heeft. Kortom een duidelijke objectieve normwerkbelasting is waarschijnlijk moeilijk vast te stellen. Om dit echter verder uit te zoeken en bouwstenen aan te dragen voor de verdere discussie over dit onderwerp is het van belang een duidelijk inzicht te krijgen in de bestaande relatie tussen de normering (bijvoorbeeld praktijkgrootte), de werklast (aantal contacten) en de tijdsbesteding (zie ondermeer Hutten, 1998). Aangezien de eerder genoemde norm van 2000 patiënten is afgeleid van de normering die geldt voor zelfstandig gevestigde huisartsen, wordt de relatie tussen de omvang van de patiëntenpopulatie van het centrum en de omvang van de aanstellingen vergeleken tussen loondienst en niet-loondienstcentra.

Concreet zullen dan ook de volgende vragen in dit deelonderzoek aan bod komen:

1. Welke relatie is er tussen de omvang van de patiëntenpopulatie op centrum-niveau en de omvang van de aanstellingen (totaal aantal formatieplaatsen van huisartsen en fysiotherapeuten) in gezondheidscentra? In hoeverre zijn er verschillen tussen loondienst- en niet-loondienstcentra?
2. Welke relatie is er tussen de werklast van individuele huisartsen en fysiotherapeuten en hun feitelijke werkuren in de loondienstcentra?

In de vorige paragraaf is reeds aangegeven dat parttime-werken gevolgen kan hebben voor de inzetbaarheid van werknemers. Parttimers kunnen bijvoorbeeld minder overwerken of moeten relatief meer tijd besteden aan bijvoorbeeld overleg en na-/bijscholing. In dit deelonderzoek zal worden nagegaan of dit het geval is. De onderzoeksvraag luidt:

3. Welke gevolgen heeft parttime-werken voor de werklast en feitelijke werkuren van huisartsen en fysiotherapeuten in loondienstcentra?

### **1.3 Opzet van het rapport**

In het volgende hoofdstuk zullen de onderzoeksmethoden die voor de beantwoording van de bovenstaande onderzoeksvragen zijn gebruikt nader wordt uitgelegd. Het derde hoofdstuk handelt over het deeltijdwerken en de verlofregelingen uit de CAO. In hoofdstuk 4 wordt verslag gedaan van het deelonderzoek met betrekking tot de normwerkbelasting. De voornaamste bevindingen zullen in het vijfde hoofdstuk worden samengevat. Het rapport eindigt met een concluderend hoofdstuk waarin een aantal aanbevelingen wordt geformuleerd, zowel op het niveau van het arbeidsvoorwaardenbeleid (CAO) als op het niveau van de gezondheidscentra zelf.



## 2. Methode

De beide deelonderzoeken, deeltijdarbeid en normwerkbelasting zijn in nauwe samenwerking uitgevoerd. Dat blijkt uit de methode van onderzoek. De jaarlijkse peiling onder gezondheidscentra en een eenmalige schriftelijke enquête leverden gegevens op van een groot aantal gezondheidscentra die voor beide deelonderzoeken van belang zijn. Voor het deelonderzoek deeltijdarbeid zijn vervolgens in een 11-tal centra diepte-interviews gehouden. In deze interviews kwamen echter ook een aantal aspecten aan de orde die voor het tweede deelonderzoek relevant zijn. Voor het onderzoek naar normwerkbelasting is apart een literatuurstudie uitgevoerd. Tevens hebben huisartsen en fysiotherapeuten in een 11-tal centra meegewerkt aan een uitgebreid tijdsbestedingsonderzoek. De verschillende methoden van onderzoek worden in dit hoofdstuk nader toegelicht.

### 2.1 Gezondheidscentra in Nederland

Sinds 1979 verzamelt het NIVEL jaarlijks een vast aantal gegevens over gezondheidscentra in Nederland. De definitie die het NIVEL hanteert luidt:

*Een gezondheidscentrum is een samenwerkingsverband met gemeenschappelijke huisvesting van tenminste één huisarts, één wijkverpleegkundige en één maatschappelijk werker.*

In 1998 waren 148 samenwerkingsverbanden in dit bestand opgenomen die voldeden aan deze definitie en er waren nog eens 23 samenwerkingsverbanden waarvan eerder was vastgesteld dat ze niet voldeden aan de definitie, maar toch geregistreerd stonden (zogenaamde pseudo centra). Aan de coördinatoren van deze gezondheidscentra is begin februari 1999 een enquête gestuurd, waarin werd gevraagd naar de samenstelling van centrum en het dienstverband van de hulpverleners in de centra. Ten opzichte van voorgaande jaren was de enquête enigszins aangepast aan de veranderende situatie in gezondheidscentra, dat wil zeggen dat er meer disciplines dan voorheen op het formulier konden worden aangegeven. Daarnaast was een aantal extra vragen gesteld over de subsidie die de centra ontvingen en of ze lid waren van de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra.

De gezondheidscentra zijn verdeeld in drie groepen: de centra waarin de huisartsen in loondienst werken en subsidie ontvangen (N=67), de centra waarin de huisartsen niet in loondienst werken, maar wel subsidie ontvangen (N=50) en de centra waarin de huisartsen niet in loondienst werken en geen subsidie ontvangen (N=52). Met name de eerste groep is van belang voor het onderzoek, omdat de werknemers in deze centra onder de CAO-gezondheidscentra vallen. De twee andere groepen dienen als vergelijkingsgroepen.

Bij de jaarlijkse peiling van 1999 is een extra vragenformulier gevoegd met vragen met betrekking tot het onderzoek naar deeltijdarbeid en normwerkbelasting. In een aanbevelingsbrief van de Landelijke Werkgevers Vereniging is het onderzoek toegelicht. Na vier weken is een telefonische ronde gehouden onder de centra die nog niet gerespondeerd hadden.

**Tabel 2.1 Respons van de schriftelijke enquête**

	Loondienst	niet-loondienst	geen subsidie
Verstuurd	67	50	52
Terug ontvangen	47	28	15

## **2.2 Steekproef voor diepte-interviews en tijdsbestedingsonderzoek**

In een elftal gezondheidscentra is nader onderzoek gedaan naar deeltijdarbeid en tijdsbesteding. In deze centra werden diepte-interviews gehouden en de huisartsen en fysiotherapeuten hebben geregistreerd hoeveel tijd ze aan bepaalde taken besteedden. De selectie van deze centra vond plaats op basis van de registratie van 1998. Allereerst zijn de centra geselecteerd, waarin huisartsen in loondienst van het centrum zijn. Vervolgens zijn de centra waarin geen fysiotherapeuten werkzaam zijn (7) of slechts één fysiotherapeut (1) uitgesloten. Ook de centra waarin twee of minder huisartsen werkzaam zijn (5) zijn weggelaten. Dit zijn vaak centra die pas opgericht zijn en nog groeien. Tot slot zijn de centra waarin wel fysiotherapeuten werken, maar niet in loondienst weggelaten (5). Zo bleven uiteindelijk 54 centra over.

In overleg met de LVG is besloten een viertal centra uit deze groep alsnog uit te sluiten van mogelijke deelname aan de interviews en het tijdsbestedingsonderzoek. Drie centra zijn recent in het onderzoek van Konings en Van der Rijdt (1998) naar praktijkorganisatie uitvoerig doorgelicht en één centrum heeft tijdelijk geen coördinator. Het blijkt dat de 50 centra waaruit de steekproef getrokken wordt zich met name bevinden in de grote steden.

De 50 overgebleven centra zijn verdeeld naar grootte<sup>2</sup> (groot en klein) en naar mate waarin huisartsen in deeltijd werken (veel en weinig). Uit de peiling van 1998 blijkt dat huisartsen in gezondheidscentra meestal een dienstverband hebben van maximaal 0,8 fte. In een minderheid van de centra werken ook huisartsen met een dienstverband van 0,9 of 1,0 fte. In dit onderzoek wordt een dienstverband van 0,8 fte dan ook min of meer gezien als een voltijdsbaan. Wanneer het merendeel van de huisartsen minder dan 0,8 fte werkt, is de deeltijdgraad hoog. In tabel 2.1 zijn de verschillende groepen en de aantallen gezondheidscentra weergegeven. De aantallen centra in de aselechte steekproef zijn vet gedrukt.

Gezien het doel van het onderzoek is het interessanter mensen in gezondheidscentra te interviewen waarin veel in deeltijd wordt gewerkt, omdat verwacht wordt dat men daar meer ervaring heeft met praktijkorganisatie en deeltijdarbeid. Daarom werden uit de groep 'veel parttime' negen centra getrokken (vijf groot en vier klein) en uit de groep 'weinig parttime' twee (één groot en één klein).

---

<sup>2</sup> Aan de coördinatoren is gevraagd een inschatting te geven van de omvang van de patiëntenpopulatie. Het is niet geheel duidelijk of het daarbij ging om rekenpatiënten of om ingeschreven patiënten.

Tabel 2.2 Aantal gezondheidscentra in de steekproefpopulatie en in de steekproef

	Weinig in deeltijd werkende huisartsen <sup>1</sup>	Veel in deeltijd werkende huisartsen <sup>2</sup>	Totaal
Klein (minder dan 7500 patiënten)	9 1	20 4	29 5
Groot (meer dan 7500 patiënten)	10 1	11 5	21 6
Totaal	19 2	31 9	50 11

<sup>1</sup> minder dan de helft van de huisartsen heeft een dienstverband kleiner dan 0,8 fte

<sup>2</sup> meer dan de helft van de huisartsen heeft een dienstverband kleiner dan 0,8 fte

Aan de geselecteerde gezondheidscentra zijn brieven gestuurd met de vraag of de centra wilden deelnemen aan het onderzoek. Wanneer centra weigerden, of om andere redenen afvielen, is een volgend centrum uit de groep benaderd. Uit elke groep kon met het beoogde aantal centra een afspraak worden gemaakt. Uiteindelijk deden in de groep 'groot / veel in deeltijd werkende huisartsen' vijf in plaats van vier centra mee. Van deze vijf deed één centrum wel mee aan de diepte-interviews, maar niet aan het tijdsbestedingsonderzoek.

Uit tabel 2.3 blijkt dat de uiteindelijk geselecteerde centra voor wat betreft het voorkomen van deeltijdarbeid weinig afwijken van het gemiddelde.

In deze tabel staat per centrum voor respectievelijk huisartsen, fysiotherapeuten en centrumassistenten vermeld het aantal personen, het aantal fte's en het gemiddelde deeltijdpercentage. Vervolgens zijn de gemiddelden van deze centra vergeleken met de gemiddelden over alle centra. (Van twee centra ontbreken de gegevens over de centrumassistenten.)

**Tabel 2.3 Deeltijdarbeid in de 11 onderzochte centra**

per centrum	aantal huisarts	fte's	gem.	aantal fys.	fte's	gem.	aantal ass.	fte's	gem.
veel PT, klein									
centrum a	4	2.3	0.57	3	1.4	0.47	4	2.4	0.61
centrum b	4	2.7	0.68	5	3.1	0.62	5	3.7	0.74
centrum c	3	2.1	0.70	3	1.8	0.60			
centrum d	5	3.8	0.76	5	3.5	0.70			
veel PT, groot									
centrum e	6	4.1	0.68	4	3	0.75	6	4.3	0.71
centrum f	6	4.0	0.67	5	2.8	0.56	6	4.4	0.73
centrum g	7	4.7	0.67	5	3.5	0.70			
centrum h	6	3.8	0.63	3	1.8	0.60	7	4.5	0.65
centrum i	5	3.3	0.66	4	2.7	0.68	5	3.8	0.77
weinig PT, klein									
centrum j	3	2.1	0.70	3	2.2	0.73	4	2.4	0.60
weinig PT, groot									
centrum k	6	4.1	0.68	5	3.2	0.64	6	4.4	0.73
gemiddeld alle centra	4.6	3.2	0.69	3.7	2.5	0.668	4.5	3.2	0.713
gemiddeld deze centra	5.0	3.4	0.67	4.1	2.6	0.64	5.4	3.7	0.69

### 2.3 Diepte-interviews

In de 11 centra zijn door onderzoekers van het NZi gesprekken gevoerd met de directeur of coördinator, een vertegenwoordiger van de huisartsen, een vertegenwoordiger van de fysiotherapeuten en een vertegenwoordiger van de centrumassistenten. In deze gesprekken is ingegaan op de invloed die de mate van deeltijdwerken op de praktijkorganisatie heeft en op het gebruik van verlofregelingen en de gevolgen daarvan. De volgende onderwerpen zijn aan bod gekomen:

1. feitelijke aanwezigheid
2. bereikbaarheid
3. afstemming en communicatie
4. betrokkenheid en verantwoordelijkheid
5. werklast
6. capaciteitsverlies
7. personeelsbeleid (verloop, verzuim, begeleiding stagiaires, nascholing)
8. huisvesting.

Bij elk van deze onderwerpen is nagegaan welke punten feitelijk in het gedrang komen, waaruit dat blijkt en wat de zichtbare gevolgen zijn, in welke mate en hoe vaak dat gebeurt. Kritisch is doorgevraagd naar de oorzaken (deeltijdarbeid, 36-urige werkweek, verlofregelingen of anderszins). Veel aandacht is gegeven aan de gekozen of de mogelijke oplossingen voor knelpunten.



Vervolgens is het gevoerde deeltijdbeleid in het centrum onderwerp van gesprek geweest en de vraag wat een werkbare parttime-mix zou zijn. Tenslotte is in de interviews onderzocht of er een verband is tussen het gebruik van verlofregelingen en deeltijdarbeid.

Naast deeltijdarbeid is ook een aantal vragen over de normwerkbelasting aan bod gekomen, met name de taakinfilling van de hulpverleners en de praktijkorganisatie. Gegevens hierover zijn van belang voor het vaststellen van richtlijnen voor het berekenen van een normpraktijk. Uit de schriftelijke enquête zijn vooral cijfermatige, feitelijke gegevens gekomen over praktijkgrootte en omvang van het dienstverband, maar om een juist beeld te krijgen moet er ook inzicht zijn in de manier waarop taken zijn verdeeld.

Op basis van de interviews is er per centrum een uitgebreid verslag gemaakt dat bij de verdere analyses is gebruikt.

## 2.4 Tijdsbestedingsonderzoek

Naast de diepte-interviews die door het NZi gehouden zijn, is door het NIVEL in de 11 betrokken gezondheidscentra een tijdsbestedingsonderzoek uitgevoerd.

De in deze centra werkzaam zijnde huisartsen en fysiotherapeuten was gevraagd een week lang, 24 uur per dag een dagboekje bij te houden. In deze dagboekjes konden zij gedurende de dag aangeven met welke taken zij bezig waren geweest.

Voorafgaand aan de constructie van de dagboekjes heeft een inventarisatie plaatsgevonden van de verschillende taken die de huisartsen en fysiotherapeuten uitvoeren. Deze taken zijn ondergebracht in voor de huisartsen 14 en voor de fysiotherapeuten 13 verschillende categorieën.

Voor de *huisartsen* waren dit de categorieën:

1. consult in de praktijk
2. visites
3. consultatiebureau/ keuringen
4. overleg over patiënt
5. financiële administratie,
6. monodisciplinair overleg met de assistente
7. monodisciplinair overleg extern
8. overleg met andere disciplines binnen centrum
9. overleg met andere disciplines buiten centrum
10. preventieprojecten/ protocolontwikkeling
11. bij- en nascholing, bestuurstaken
12. overig
13. privé/pauze.

Voor de *fysiotherapeuten* waren dit de categorieën:

1. behandeling in de praktijk
2. behandeling bij de patiënt thuis
3. overleg over patiënt
4. financiële administratie
5. monodisciplinair overleg binnen centrum
6. monodisciplinair overleg met externen
7. overleg met andere disciplines binnen centrum
8. overleg met andere disciplines buiten centrum
9. preventieprojecten/ protocolontwikkeling/cursus geven
10. bij- en nascholing/ onderzoek
11. bestuurstaken
12. privé/pauze.

Per kwartier konden de respondenten aangeven onder welke categorie de activiteit viel waarmee zij zich in die tijdseenheid hadden beziggehouden. Achteraf zijn deze categorieën wederom ondergebracht in 3 categorieën, namelijk: patiëntgebonden tijd, niet-patiëntgebonden tijd en totale werktijd.

Patiëntgebonden tijd bestaat uit de categorieën: consult in de praktijk, visite en overleg over patiënten. Niet-patiëntgebonden tijd bestaat uit: financiële administratie, preventieprojecten/ protocolontwikkeling, bij- en nascholing, bestuurstaken en de verschillende vormen van overleg. Totale werktijd is ontstaan uit de categorieën: consultatiebureau/ keuringen, overig en de overkoepelende categorieën patiëntgebonden tijd en niet-patiëntgebonden tijd.

Naast het per kwartier invullen van de uitgevoerde taken werd tevens gevraagd aan het einde van de dag aan te geven, hoeveel contacten in de praktijk, visites en telefonische contacten de huisartsen en fysiotherapeuten hadden gehad. Tevens zijn nog diverse achtergrondskenmerken gevraagd.

In totaal hebben 41 huisartsen en 28 fysiotherapeuten aan dit onderzoek meegewerkt. Dit is een respons van respectievelijk 79% en 67%.

## **2.5 Literatuuronderzoek**

In het kader van het tweede deelonderzoek naar normwerkbelasting is ook een beperkt literatuuronderzoek uitgevoerd. Door middel van dit literatuuronderzoek wordt in eerste instantie nagegaan welke normeringen reeds beschikbaar zijn voor huisartsen en fysiotherapeuten. Daarnaast komen door dit literatuuronderzoek referentiegegevens beschikbaar over werkbelasting en tijdsbesteding van de twee disciplines, zoals bijvoorbeeld Cancrinus-Matthijssse (1995), Hutten (1998) en Van den Hombergh e.a. (1997), Kersten e.a. (1997) en Konings en Van de Rijdt (1998). Het begrip werkbelasting is hierin toegelicht en de manier waarop werkbelasting gemeten kan worden. Werkbelasting en de tijdsbesteding worden mede bepaald door de structuur van de gezondheidszorg in het land. Een goed voorbeeld hiervan is de huisarts die in Nederland een poortwachtersfunctie vervult terwijl patiënten in andere landen niet altijd eerst naar de huisarts moeten. Een ander verschil tussen landen is de

cultuur die in de gezondheidszorg domineert. In Nederland zijn de huisartsen bijvoorbeeld zeer terughoudend in het voorschrijven van medicijnen, terwijl dat in België en Frankrijk veel vaker gebeurt. Ook dit soort verschillen kan de werkbelasting en tijdsbesteding van huisartsen en fysiotherapeuten beïnvloeden. Voor dit literatuuronderzoek wordt daarom alleen de literatuur die van toepassing is op de Nederlandse situatie gebruikt. Hiervoor zijn de volgende bestanden geraadpleegd: Medline, Catalogus van NIVEL-bibliotheek, jaargangen van Huisarts & Wetenschap en Medisch Contact, vanaf 1990.

## **2.6 Invitational conference**

De bevindingen uit het onderzoek zijn in een invitational conference met medewerkers uit gezondheidscentra en vertegenwoordigers van werkgevers- en werknemersorganisaties bediscussieerd en op hun praktische waarde bezien. Bij het schrijven van de aanbevelingen op basis van dit onderzoek is rekening gehouden met de opmerkingen en conclusies van deze bijeenkomst.



### 3. Deeltijdwerk en verlofregelingen

Het deelonderzoek 'deeltijdarbeid' richtte zich op drie onderzoeksvragen:

1. Welke knelpunten ten gevolge van parttime werken worden door medewerkers in de praktijk ervaren, in het bijzonder ten aanzien van kwaliteit, bedrijfsvoering en werkbelasting.
2. Welke knelpunten worden ervaren als gevolg van CAO-componenten die een vermindering van de inzetbaarheid van medewerkers ten gevolge hebben (zoals ouderschapsverlof, 55+ regeling, spaarregeling in het kader van de arbeidsduurverkorting).
3. Welke leerzame oplossingen zijn er in de praktijk te vinden op het punt van parttime beleid, in het bijzonder ten aanzien van de gesignaleerde knelpunten.

De antwoorden op deze vragen dienen geplaatst te worden in het kader van een helder zicht op de huidige omvang en de vorm van deeltijdarbeid in gezondheidscentra, en op de mate waarin en wijze waarop van de verschillende CAO-componenten gebruik wordt gemaakt. Daarom kunt u in paragraaf 3.1. eerst kennis nemen van de huidige stand van zaken, op basis van de uitkomsten van de enquêtes.

Paragraaf 3.2. bevat een overzicht van de knelpunten en oplossingen in de praktijk, zoals wij die op het spoor zijn gekomen in de interviews in 11 gezondheidscentra. Aan het eind van dit hoofdstuk gaan wij in op het gevoerde parttime-beleid in de centra en op de opvattingen over een optimale 'parttime-mix'.

Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschouwing over de bevindingen.

#### 3.1 De stand van zaken in gezondheidscentra: bevindingen uit de enquêtes

De stand van zaken met betrekking tot deeltijdarbeid en verlofregelingen is onderzocht met twee enquêtes. Het NIVEL houdt jaarlijks in het kader van het Registratieproject Gezondheidscentra een peiling. Hierin zijn vragen opgenomen naar de personele formatie in de gezondheidscentra – totaal aantal personen, totaal aantal fte's en type dienstverband per beroepsgroep – en naar de contractuele arbeidsduur per week c.q. het deeltijdpercentage per medewerker voor onder meer de beroepsgroepen huisartsen en fysiotherapeuten. In het kader van het onderzoek deeltijdarbeid en normwerkbelasting is hieraan eenmalig een extra vragenlijst toegevoegd, met vragen over de praktijkgrootte (ten behoeve van het deelonderzoek normwerkbelasting), contractuele arbeidsduur per week voor de centrumassistentes, de vorm van deeltijdarbeid, de 36-urige werkweek, de 55+-regeling, het gebruik van verlofregelingen en de omvang van onderlinge vervanging en waarneming.

### 3.1.1 Aard en omvang van deeltijdarbeid in gezondheidscentra

Tabel 3.1 laat zien in welke mate deeltijdarbeid in gezondheidscentra voorkomt onder de drie onderzochte beroepsgroepen: huisartsen, fysiotherapeuten en centrum-assistentes.

Tabel 3.1 Omvang deeltijdarbeid in gezondheidscentra

	huisartsen	fys.	ass.
gemiddeld aantal fte's per centrum	3.2	2.5	3.2
minimum	1	0.5	1
maximum	7.1	6.5	6
gemiddeld aantal personen per centrum	4.6	3.7	4.5
minimum	2	1	1
maximum	9	7	8
gemiddelde contractuele werkweek	.69	.67	.71
minimum	.4	.47	.43
maximum	1	1	1.2
<i>aantal centra waarop deze gegevens betrekking hebben (N)</i>	67	62	84
<i>totaal aantal fte's</i>	214.5	152.6	265
<i>totaal aantal personen</i>	311	228	

Deze tabel dient als volgt gelezen te worden:

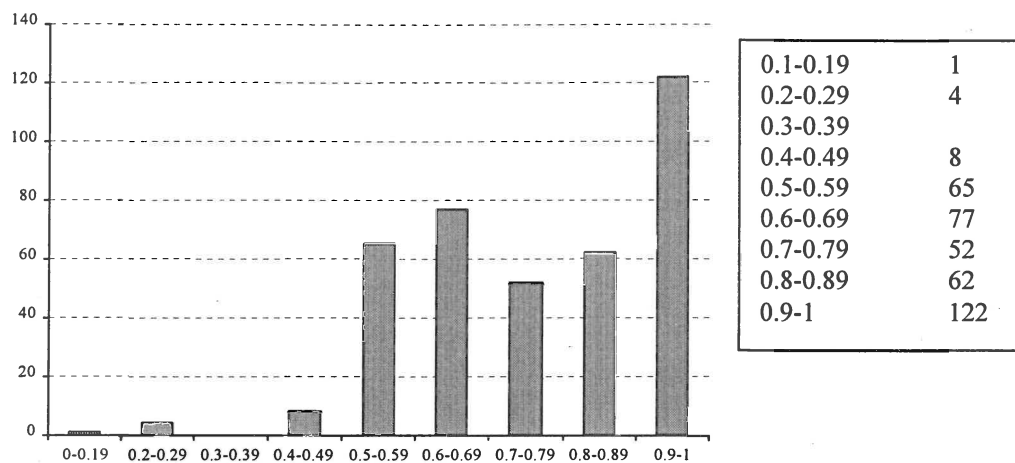
We nemen de huisartsen (eerste kolom) als voorbeeld. In de 67 centra die deze vraag beantwoord hebben werken in totaal 311 huisartsen. Samen bezetten zij 214,5 formatieplaatsen (fte's: fulltime equivalenten). Per centrum zijn er gemiddeld 3.2 formatieplaatsen voor huisartsen, die gemiddeld door 4.6 personen worden ingevuld. De gemiddelde contractuele werkweek voor de huisartsen in deze 67 centra is .69. Anders gezegd: het gemiddelde deeltijdpercentage van de huisartsen is 69%.

Het minimum aantal fte's voor huisartsen wat in de onderzochte centra voorkomt is 1, het maximum 7.1. Het minimum aantal personen dat deze plaatsen invult is 2, het maximum is 9. Het minimum *gemiddelde* deeltijdpercentage per centrum is 40%, het maximum 100% (d.w.z. ieder werkt fulltime).

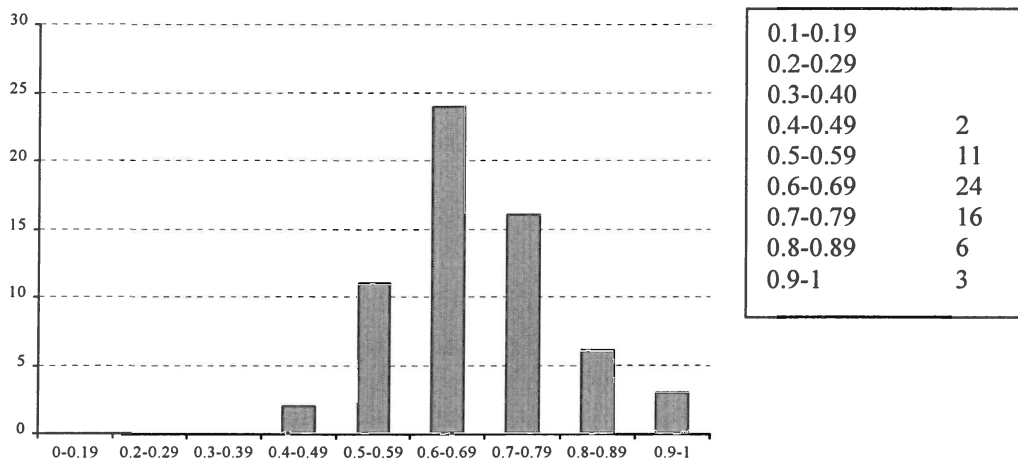
(Bij de centrumassistentes was het helaas niet mogelijk het totaal aantal personen te achterhalen in de 84 centra die de vraag m.b.t. de centrumassistentes hebben ingevuld.)

De volgende drie staafdiagrammen tonen voor elk van de drie beroepsgroepen hoe de verdeling over kleine en grote contracten is.

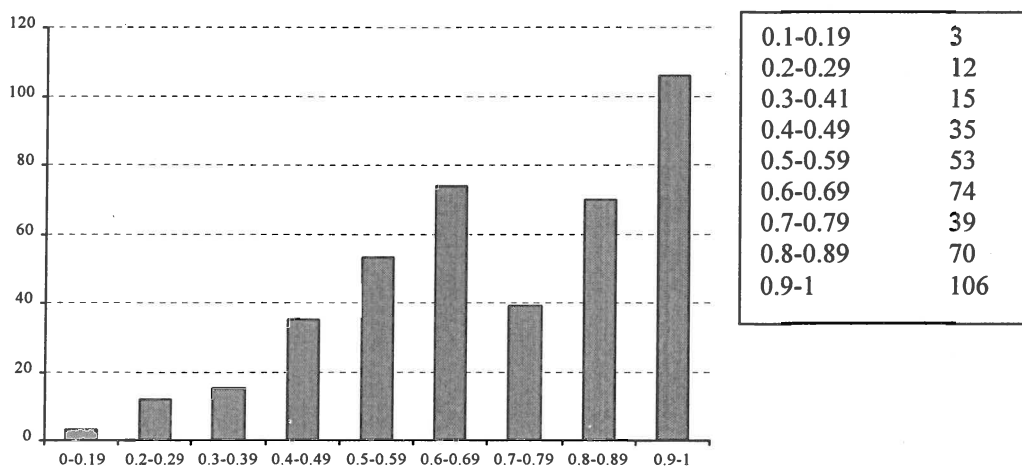
**Figuur 3.1: verdeling kleine en grote contracten bij huisartsen**



**Figuur 3.2 verdeling grote en kleine contracten bij fysiotherapeuten**



**Figuur 3.3 Verdeling kleine en grote contracten bij centrumassistenten**



(De gegevens in deze tabellen komen voor wat betreft de huisartsen en de centrumassistentes uit de vragenlijsten die specifiek voor dit onderzoek zijn ingevuld; die van de fysiotherapeuten uit de registratie gezondheidscentra van het NIVEL.)

Bij de huisartsen valt op dat contracten van minder dan 50% vrijwel niet voorkomen. 31% van de huisartsen heeft een aanstelling van 90 tot 100%, 29% een aanstelling van 70 tot 90%, en 36% van 50 tot 70%.

Bij de fysiotherapeuten werkt het overgrote deel, 65%, tussen 60 en 80%. Er zijn maar heel weinig fulltimers, en ook nauwelijks (heel) kleine deeltijdcontracten.

De grafiek voor de centrumassistentes toont weer een geheel ander beeld. Hier zien we een veel grotere spreiding: allerlei contracten komen voor, zij het dat het aantal deeltijdcontracten van minder dan 40% heel beperkt is. 26% van de assistentes heeft een contract van 90 – 100%.

Voor de kwaliteit en de bedrijfsvoering in gezondheidscentra is het van belang niet alleen de omvang maar ook de vorm van deeltijdarbeid te kennen. Op welke dagen en uren zijn deeltijders inzetbaar, en zijn zij flexibel inzetbaar of niet?

In de vragenlijst hebben wij vier vormen onderscheiden:

- a. werkt alleen op *bepaalde dagen*, maar *wel de hele dag* (bijvoorbeeld alleen op maandag en donderdag)
- b. werkt alleen op *bepaalde vaste uren* (bijvoorbeeld alleen 's ochtends), maar wel dagelijks
- c. werkt alleen op *bepaalde vaste dagen op bepaalde uren* (bijvoorbeeld alleen 's ochtends op maandag en donderdag)
- d. is *wel flexibel inzetbaar* op verschillende tijden

Daarnaast was er ruimte om andere vormen te beschrijven. Vorm d biedt voor het gezondheidscentrum de meeste mogelijkheden, maar vraagt het meest van de werknemer. De vormen b en c zijn voor een gezondheidscentrum vooral interessant als inzetbaarheid van de medewerker is afgestemd op de hoeveelheid werk op een bepaald tijdstip. Zo niet, dan is het voordeel van deze vormen van deeltijdarbeid vooral groot voor de werknemer, die zijn werktijden kan afstemmen op zijn privé-situatie en voorkeuren.

Tabel 3.2 geeft inzicht in de vormen van deeltijdarbeid in gezondheidscentra, totaal over alle centra die de vraag hebben ingevuld. (tussen haakjes: het aantal centra waar deze vorm van deeltijdarbeid voorkomt)

**Tabel 3.2 Deeltijdarbeid: de vorm**

	totaal artsen		totaal fys.		totaal ass.	
a. vaste dagen (hele dag)	123	(35)	110	(38)	135	(41)
b. vaste uren (dagelijks)	16	(8)	5	(4)	16	(9)
c. vaste dagen, bepaalde uren	91	(26)	57	(22)	103	(30)
d. flexibel inzetbaar	19	(6)	15	(7)	27	(12)



Wat hierbij onmiddellijk opvalt, is dat ongeacht de beroepsgroep, deeltijdarbeid verreweg het meest een vorm heeft waarbij medewerkers op vaste dagen (de hele dag of een deel van de dag) werken. Vooral vanuit het oogpunt van duidelijkheid naar de patiënten toe is dat, zeker voor de huisartsen en fysiotherapeuten, ook alleszins verklaarbaar. Daarnaast speelt de privé-situatie hierbij een rol, bijvoorbeeld de gezinssituatie of een andere baan naast het werk in het gezondheidscentrum.

Vormen waarbij medewerkers dagelijks op bepaalde vaste uren aanwezig zijn (b), komen erg weinig voor.

Flexibele inzetbaarheid komt eveneens maar weinig voor, onder centrumassistentes overigens meer dan onder huisartsen en fysiotherapeuten. Bij de huisartsen betreft het waarschijnlijk onder meer vaste waarnemers die in dienst zijn van het centrum.

Andere vormen van deeltijdarbeid blijken vrijwel steeds een mengvorm te betreffen: vaste hele en halve dagen in de week aanwezig.

Een uitsplitsing naar geslacht (bij huisartsen en fysiotherapeuten) levert geen verdere bijzonderheden op: mannen werken in het algemeen niet op een andere manier in deeltijd dan vrouwen.

### 3.1.2 CAO-componenten die een vermindering van inzetbaarheid ten gevolge hebben

In de enquête 'deeltijdarbeid en normwerkbelasting' is gevraagd naar de vormgeving van de 36-urige werkweek (bij fulltimers), naar het gebruik van de 55+ regeling en van de verschillende verlofregelingen. Ook is onderzocht hoe dikwijls onderlinge vervanging en waarneming door derden voorkwam, om daarmee zicht te krijgen op (een deel van de) consequenties van het gebruik van verlofregelingen.

De vragen over de CAO-componenten zijn door 47 loondienstcentra beantwoord.

Volgens de CAO Gezondheidscentra bedraagt de arbeidsduur voor een werknemer met een volledig dienstverband gemiddeld 36 uur per week. (art. 29, lid 1a). Op verzoek van de werkgever kan een arbeidsduur van 38 uur overeengekomen worden (38-urig contract, art. 29 lid 2). De werknemer kan ook gemiddeld 38 uur werken en de teveel gewerkte uren sparen (spaarregeling, art. 29 lid 3). Tabel 3.3 laat zien in hoeverre van deze mogelijkheden gebruik wordt gemaakt.

**Tabel 3.3 Gebruik van alternatieven voor de 36-urige werkweek bij fulltimers**

	huisartsen	fysiotherapeutem	assistentes
a. contract voor 38 uur	37 (11)	22 (11)	29 (9)
b. spaarregeling	21 (8)	8 (6)	31 (8)

Tussen haakjes is het aantal centra vermeld waar deze vorm voorkomt.

Uit de tabel blijkt dat een contract voor 38 uur betrekkelijk weinig voorkomt. Van de spaarregeling wordt maar op zeer beperkte schaal gebruik gemaakt.

In algemene zin zou de 36-urige werkweek tot capaciteitsverlies hebben kunnen leiden. In de praktijk blijkt uit de interviews dat in de meeste centra bijna iedereen (parttimers en fulltimers) heeft 'opgeplust'.

De 55+-regeling houdt in dat aan werknemers met een volledig dienstverband die de leeftijd van 55 jaar hebben bereikt, op hun verzoek wordt toegestaan de wekelijkse arbeidsduur met behoud van salaris te bekorten tot 34 uur per week. De wijze waarop dit gebeurt, wordt in overleg tussen de werkgever en werknemer vastgesteld (art. 29, lid 7).

**Tabel 3.4 Gebruik van de 55+-regeling**

	huisartsen	fysiotherapeuten	assistentes
a. aantal fulltimers 55+	3	1	1
b. 34 uur per week	-	-	1

Voor de 55+ regeling komen (nu nog) slechts zeer weinig mensen in aanmerking: het aantal fulltime werkende 55 plussers is minimaal.

Naast deze regeling bepaalt de CAO dat de werkgever op verzoek van de werknemer een regeling treft omtrent de mogelijkheid van het opdragen van bereikbaarheidsdienst ten aanzien van werknemers van 55 jaar en ouder (art. 32). Hierover was in de vragenlijst geen vraag opgenomen. De regeling houdt overigens niet automatisch in dat 55 plussers worden vrijgesteld van het draaien van bereikbaarheidsdiensten. Waar dat wel wordt afgesproken op centrumniveau, blijkt uit de interviews dat er knelpunten ontstaan. De diensten komen dat in onevenredige mate op de schouders van de overige medewerkers, of er moet extra waarneming geregeld worden (zie ook par. 3.2.3).

**Tabel 3.5 Gebruik van verlofregelingen**

	huisartsen		fysiotherapeuten		assistentes	
	m	v	m	v	m	v
a. ouderschapsverlof	-	11 (10)	1 (1)	12 (10)	-	9 (9)
b. zorgverlof etc.	1 (1)	2 (1)	2 (2)	4 (4)	-	5 (4)
c. studieverlof etc.	68 (13)	44 (12)	20 (14)	26 (12)	2 (2)	37 (10)
d. opfrisverlof etc.	-	2 (2)	1 (1)	2 (2)	-	-

In deze tabel staat het aantal personen dat in totaal in 1998 van diverse verlofregelingen gebruik heeft gemaakt. Er is een onderverdeling gemaakt naar geslacht. Tussen haakjes is het aantal centra vermeld waarin van de regeling gebruik is gemaakt door de betreffende groep medewerkers.

Van zorgverlof, buitengewoon verlof bij ernstig zieke verwanten en palliatief verlof (CAO art. 36) en van opfrisverlof en sabbatical leave (CAO art. 35a) blijkt in 1998 nauwelijks gebruik te zijn gemaakt.

Van ouderschapsverlof (CAO art. 35b) is meer gebruik gemaakt, in ongeveer gelijke mate door huisartsen, fysiotherapeuten en assistentes, en vrijwel uitsluitend door vrouwen (in ongeveer 10 van de 47 centra).

Van studieverlof (incl. congresbezoek, CAO art. 43, lid 1a en lid 3a) is veel meer gebruik gemaakt. Hoewel maar 13 centra er melding van maken, blijkt dat er in elk van die centra wel frequent regelmatig gebruik van wordt gemaakt. Het aantal keren 'studieverlof' wordt overigens enigermate gekleurd doordat in één centrum is aangegeven dat huisartsen 26 maal in één jaar hiervan gebruik hebben gemaakt, en in een ander centrum 12 maal. Waarschijnlijk hebben deze centra alle losse dagen voor studie en congresbezoek opgeteld, en is er in andere centra alleen melding gemaakt van meer substantiële afwezigheid. De vraag over studieverlof is klaarblijkelijk op verschillende wijze geïnterpreteerd. Aangenomen mag worden dat in alle centra studieverlof wordt verleend, gezien het deels verplichte karakter van bij- en nascholing.

Samenvattend: het gebruik van de verlofregelingen uit de CAO is met uitzondering van studieverlof momenteel beperkt. Mede daarom is niets gefundeerd te zeggen over een mogelijk verband tussen deeltijdwerken (percentage en/of vorm) en de mate waarin van verlofregelingen gebruik wordt gemaakt.

Behalve naar het gebruik van verlofregelingen is ook gevraagd naar het aantal keren dat onderlinge vervanging dan wel waarneming door derden is geregeld. Gevraagd is onderscheid te maken naar de reden van deze vervanging of waarneming: ziekte, vakantie of gebruik van één van de verlofmogelijkheden.

N.B. Het gaat bij deze vragen om het aantal *keren* dat onderlinge vervanging of waarneming werd geregeld, niet om de duur van de vervanging.

**Tabel 3.6 Onderlinge vervanging**

	huisartsen	fysiotherapeuten	assistentes
wegens ziekte			
kort	110	45	170
lang	12	4	23
wegens vakantie			
kort	219	64	174
lang	102	24	84
wegens gebruik van verlofmogelijkheden			
kort	64*	5	-
lang	4	2	3

\*Alleen in één centrum is onderlinge vervanging van de huisarts in verband met verlof 26 maal voorgekomen. Dit is hetzelfde centrum waar 26 maal van studieverlof is gebruik gemaakt.

**Tabel 3.7 Waarneming door derden**

	huisartsen	fysiotherapeuten	assistentes
wegens ziekte			
kort	98	31	104
lang	48	23	31
wegens vakantie			
kort	204	57	188
lang	83	59	63
wegens gebruik van verlofmogelijkheden			
kort	6	1	9
lang	13	4	2

Uit de beide laatste tabellen blijkt dat vervanging en waarneming dikwijls wordt geregeld, maar vooral als gevolg van ziekte en vakantie. Veel minder gebeurt dit als gevolg van het gebruik van verlofregelingen. Dat is niet verwonderlijk, gezien het hiervoor gesignaleerde geringe gebruik dat van deze regelingen wordt gemaakt.

### **3.2 Knelpunten en oplossingen in de praktijk: bevindingen uit de interviews**

In de interviews is nagevraagd welke knelpunten men tegen komt als gevolg van werken in deeltijd en als gevolg van de afwezigheid in brede zin, door verschillende CAO componenten. Dit kan bijvoorbeeld de verschillende verlofregelingen betreffen, de afwezigheid als gevolg van studie en bijscholing of regelingen voor 55-plussers.

Wat wordt nu in de centra en door de verschillende beroepsbeoefenaren als belangrijkste knelpunt ervaren? Er is nagegaan op welke punten de meeste knelpunten optreden, dat wil zeggen, die het meest frequent zijn genoemd in de interviews. De genoemde knelpunten zijn gerubriceerd naar een aantal hoofd onderwerpen. De knelpunten worden beschreven in volgorde van meest genoemd, naar minder genoemd. De 'top 3' van thema's waar de meeste knelpunten worden gesignaleerd: (1) afstemming en communicatie; (2) werklast; en (3) feitelijke aanwezigheid en bereikbaarheid. Deze worden besproken in de paragrafen 3.2.1. tot en met 3.2.3. De gesignaleerde knelpunten worden geïllustreerd door citaten uit de interviews weer te geven (in kader). Hierna komen enkele minder frequent genoemde knelpunten aan de orde. Het hoofdstuk besluit met een paragraaf over parttime-beleid.

#### **3.2.1 Afstemming en communicatie**

Een zeer vaak genoemd knelpunt betreft de afstemming en communicatie. Door alle centra en disciplines is aangegeven dat het organiseren van afstemming en overleg veel moeilijker is doordat veel mensen, door alle disciplines heen, in deeltijd werken. Voor het inplannen van overleg zijn er per persoon immers minder momenten waarop dit zou kunnen.

Dit effect wordt nog eens versterkt: juist doordat er veel parttimers zijn, neemt de noodzaak van een goede afstemming en communicatie toe!

Een centrumassistente: “Met parttimers heb je meer overlegtijd nodig, en je moet meer overdragen aan collega’s. Een probleem is dat één van de centrumassistentes niet op maandag (de overlegdag) werkt. Het eigen overleg valt vaak in het water, en nooit zijn alle vier de centrumassistentes tegelijk aanwezig. Een oplossing daarvoor zie ik nog niet. Het overleg is wel nodig: namelijk om voldoende op één lijn te blijven voor wat betreft werkwijzen. Bovendien is professioneel overleg nodig omdat in dit centrum veel spreekuurtijd aan de centrumassistentes is gedelegeerd. Om ieder op de hoogte te laten blijven van het huisartsen – assistentes overleg, wordt er goed genotuleerd, en worden de notulen altijd op een vaste plaats gelegd (en ook gelezen). Iedere assistente werkt voor alle huisartsen. Dat is prettig, want de patiënten komen ook wel bij de andere artsen dan de eigen huisarts. Men vormt in het centrum een goed team.”

In een klein centrum is onderling overleg extra lastig te regelen: als er iemand niet is zijn de gevolgen in verhouding groter. “Het is iets anders of één van de drie niet kan of één van de acht”.

In enkele centra is opgemerkt dat dit effect - het moeilijker worden om afstemming en overleg te organiseren, terwijl er juist extra behoefte aan is als gevolg van deeltijdwerken - is versterkt door de invoering van de 36-urige werkweek. In die situaties waar men gekozen heeft voor werktijdreductie, is men relatief minder aanwezig dan voorheen met als resultaat dat de momenten voor overleg en afstemming (nog) schaarser zijn geworden. Daar waar (gedeeltelijke) herbezetting is gerealiseerd, treedt ook het genoemde versterkende effect op: meer mensen, dus meer behoefte aan afstemming en overleg. Overigens heeft in de meeste door ons bezochte centra (bijna) iedereen ‘opgeplust’.

Knelpunten rond overleg worden wellicht nog groter: “De overlegtijd neemt toe, ook als gevolg van ontwikkelingen die kwaliteitsverhogend zijn, maar niet werkdrukverminderend: de komst van een praktijk-verpleegkundige, voorlichters eigen taal, het diabetesspreekuur.” Dit effect heeft ook een relatie met de feitelijke werklast van de verschillende disciplines.

**Wat gebeurt er nu in de praktijk?**

In het merendeel van de centra wordt het echt als knelpunt ervaren dat overleg en afstemming moeilijk is. Door een aantal managers wordt gerefereerd aan een van de oorspronkelijke uitgangspunten voor de gezondheidscentra, de meerwaarde van het multidisciplinair samenwerken.

“Voor een gezondheidscentrum is het een belangrijk punt dat je overleg goed vorm kan geven, dat is essentieel. De samenwerking moet je goed vorm kunnen geven.”

“Goede patiëntenbesprekingen zijn niet mogelijk: daarvoor zie je elkaar te weinig. Juist in een achterstandswijk zou meer overleg nodig zijn i.v.m. specifieke complexe problematiek.”

Duopraktijken vereisen een heel goede overdracht. In de praktijk levert dat toch problemen op. Het leidt er ook toe dat patiënten gaan ‘shoppen’, wat dus voor alle huisartsen meer werk met zich meebrengt.

In één der centra is het overleg tussen huisartsen en fysiotherapeuten beperkt, en het gaat uitsluitend nog over patiënten, niet over protocollen of projecten. De oorzaak van deze beperking is gelegen in de verhoging van de omzet (niet in verminderde inzetbaarheid of parttime werken). Door een manager wordt in het kader van overleg opgemerkt: “Je moet gewoon accepteren dat je geen 100% aanwezigheid haalt voor een overleg.” Essentieel is een goede verslaglegging.

### *Oplossingsrichtingen in de praktijk*

Om afstemming en overleg mogelijk te maken, worden in de praktijk verschillende praktische oplossingen en combinaties van oplossingen gekozen. Men streeft bijvoorbeeld naar:

- Een vast vergaderschema, wat lang vooraf bekend wordt gemaakt. (“iedere eerste dinsdag van de maand het ... overleg, van 14.00 tot 15.00 uur”, etc.)
- Een vaste overlegdag. Op die dag wordt vrijwel iedereen geacht te werken, en wordt het overleg zoveel mogelijk geconcentreerd. Dit blijkt niet zonder haken en ogen: Het lukt lang niet altijd om iedereen aanwezig te laten zijn. Een krappe arbeidsmarkt waardoor vacatures moeilijk vervulbaar zijn, maakt dat men zich soms gedwongen ziet om op dit punt minder wenselijke concessies te doen.
- Overlap organiseren in de momenten waarop men werkt, speciaal om overleg mogelijk te maken: “Dit is soms nodig, maar wel een dure oplossing.” Het is bijvoorbeeld nodig om een goede samenwerking en afstemming tussen centrumassistentes te bevorderen. Om te kunnen overdragen wordt dan overlap gerealiseerd: een assistente werkt van 8.00 tot 13.00 uur, een ander van 12.00 – 17.00 uur.
- Een wisselende overlegdag: “waardoor steeds iemand anders er helaas niet bij kan zijn”.
- Mensen terug laten komen voor overleg. Soms doen medewerkers dit op eigen initiatief, in alle gevallen wordt deze tijd beschouwd als werktijd, bijvoorbeeld voor centrumassistentes wordt deze tijd op een ander moment weer gecompenseerd.
- Overleg in lunchtijd plannen, dit bijvoorbeeld zodat medewerkers die alleen de ochtend of de middag werken er toch bij zijn, of om ‘storingen’ zoveel mogelijk te beperken.

In een aantal centra wordt opgemerkt dat automatisering belangrijk is ter ondersteuning van de afstemming en communicatie.

Een centrumassistente: “Door de automatisering kan een centrale agenda worden gehanteerd, dit is met name voor de huisartsen van belang. Deze centrale agenda kan door iedereen achter de eigen pc worden geraadpleegd en ingevuld.”

Een huisarts: “Automatisering is een belangrijke succesfactor bij het goed regelen en verlopen van waarneming. Het leidt tot verbetering van kwaliteit en continuïteit in de zorg, maar niet tot tijdswinst.”

In een aantal centra is aangegeven dat men alle overlegsituaties kritisch heeft doorgelicht. “We hebben gekeken naar het eigenlijke doel van ons overleg, wie moeten er nu echt bij zijn, en wie kunnen we vragen erbij te zijn indien nodig? Welke frequentie is voor dit overleg echt noodzakelijk?” Dit heeft vaak een reductie van het overleg tot gevolg gehad.

Oplossingsrichtingen worden ook gezocht in de sfeer van organisatorische maatregelen (die overigens uiteraard ook ingegeven kunnen zijn door andere factoren dan alleen verbetering van de afstemming en communicatie). In één van de centra is bijvoorbeeld aangegeven dat men clusters heeft gevormd met de huisartsen en centrumassistentes, om een betere afstemming en communicatie te bewerkstelligen.

“De huisartsen zijn in twee groepen (clusters) verdeeld. De clusters overleggen ieder apart met andere disciplines. Hierdoor wordt het makkelijker om met de betrokkenen een overleg te plannen. En ook de clusters van waarneming, om voor de patiënten zoveel mogelijk een bekend gezicht te houden en om de afstemming te vereenvoudigen. Voor patiënten speelt dat wel, er kan zo gemakkelijk een negatief imago ontstaan, “de huisarts is er nooit, je krijgt steeds weer een ander”. We geven daarom ook actief voorlichting aan patiënten, en garanderen dat er altijd een huisarts aanwezig is in het centrum, gedurende de openingstijden. Het overleg is dan dus ook per cluster geregeld. Maar je moet constant bewaken dat het plaats kan vinden.”

In andere centra is men er toe overgegaan om één persoon verantwoordelijk te stellen voor een bepaalde taak. In sommige situaties wordt dit organisatorisch vorm gegeven door de benoeming van disciplinecoördinatoren, zowel voor huisartsen, voor centrumassistentes, als voor fysiotherapeuten.

“Dit houdt bij ons in dat deze persoon aanspreekpunt is voor de manager/directeur, voor anderen, en de eigen discipline. Hierdoor hoeft niet meer iedereen van een discipline aanwezig te zijn bij overleg over discipline overstijgende zaken. De coördinator heeft ook verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Een punt van discussie is of een disciplinecoördinator nu mandaat heeft van de discipline en besluiten kan nemen die de hele discipline betreffen. Dat moet ook groeien, er moet vertrouwen groeien.”

In een ander centrum is expliciet een ‘koppel’ van twee medewerkers verantwoordelijk gemaakt voor de taken. Dit voor afdelingsassistentes, huisartsen en fysiotherapeuten:

“Het systeem van ‘koppels’ is ingevoerd, om problemen te voorkomen. Dit houdt in dat iedere (extra) taak door een koppel van twee mensen wordt gedaan. Deze twee personen regelen de taak onderling (afstemming) en er wordt rekening mee gehouden in de planning dat er steeds één van de twee aanwezig is als aanspreekpunt of verantwoordelijke. Wanneer er onverhoopt een koppel niet aanwezig kan zijn, moet dit eerst worden overlegd met de coördinator. Dit komt echter maar heel weinig voor. Per huisarts is er een koppel van twee centrumassistentes. De extra taken zijn ook verdeeld over koppels: bijvoorbeeld twee centrumassistentes die het wrattenspreekuur doen; of twee centrumassistentes die zorgen voor materiaal bestellingen. Ook de huisartsen werken in koppels van twee huisartsen, die onderling elkaars patiënten opvangen bij afwezigheid van de ander. Dit heeft als belangrijk voordeel dat de patiënten met maximaal twee verschillende huisartsen in aanraking komen.”

### 3.2.2 Werklast

In deze paragraaf wordt ingegaan op knelpunten met betrekking tot werklast en werkdruk (voor begripsbepalingen zie paragraaf 4.1.), die naar voren kwamen in de interviews. In het hoofdstuk over normwerkbelasting wordt op een aantal punten dieper ingegaan.

Opvallend is dat alle disciplines, huisartsen, fysiotherapeuten en centrumassistentes aangeven de werklast als een knelpunt te ervaren. Men ervaart een hoge werkdruk en een stijgende werklast.

Waardoor is de werklast gestegen?

Het werk van huisartsen is inhoudelijk aan het veranderen. Voor huisartsen zijn er veel dingen bij gekomen ("wel extra werk, maar geen extra tijd"), bijvoorbeeld het ontwikkelen van protocollen voor spanningsklachten, of diabetesprotocol.

Dat doet men veelal in eigen tijd:

"Zo'n 25 % meer dan m'n contract."

"Ja, 44 uur i.p.v. 32 uur."

"Brieven schrijf ik meestal thuis."

Er vindt een rolverschuiving plaats van de huisarts:

"Als huisarts wordt van je verwacht dat je ook steeds meer 'in grote lijnen' gaat denken, (meer nadruk op 'zorgmanagement'), bijvoorbeeld alle patiënten met bepaalde kenmerken gaan onderzoeken op suiker. Daarvoor is niet meer tijd beschikbaar gekomen."

Dit betreft een kwaliteitsaspect wat voor gezondheidscentra relevant is.

De werklust is volgens de huisartsen voorts toegenomen doordat patiënten vaker naar hun huisarts gaan, en veeleisender zijn geworden, de toegenomen mondigheid speelt hierin een rol.

Daarnaast is de werklust ook toegenomen, bij met name huisartsen en fysiotherapeuten, als gevolg van toenemende eisen omtrent bij- en nascholing vanuit de beroepsverenigingen. Dit vindt zijn oorsprong in de herregistratie eisen als gevolg van de wet BIG. De huisartsen en fysiotherapeuten geven daarbij aan dat dit vooral een hoge werklust oplevert, omdat ondanks dat ze vaker afwezig zijn voor scholing, hiervoor geen correctie plaats vindt op de normpraktijk: deze blijft even hoog. In minder tijd moeten zij evenveel doen. Daardoor ervaren zij een grote druk.

Voor een deel wordt de toegenomen werklust ook toegeschreven aan de invoering van de 36-urige werkweek, met name daar waar inderdaad arbeidsduurverkorting is gerealiseerd.

Een belangrijk knelpunt wat uit de interviews naar voren komt, betreft de relatie tussen de normpraktijk (voor huisartsen), respectievelijk de productienormen (voor fysiotherapeuten), de tarieven, de contractuele uren en de werkelijke uren dat men werkt. De relatie tussen normpraktijk, COTG-tarieven en de feitelijke uren, versus de CAO-uren ontbreekt. Dit is (in zes van de bezochte centra) aangegeven door zowel fysiotherapeuten als huisartsen.

Huisarts: "De feitelijke uren van een huisarts zijn er altijd veel meer dan de contract-uren, Aanstelling, feitelijke uren, en contractomvang kloppen niet met elkaar."

Manager: "Een fulltime dienstverband van de artsen is nu 38 uur. Zij hebben overigens een aanstelling in procenten, en niet in uren. Ze werken veel meer uren dan de CAO voorschrijft. Een fulltime-praktijk is genormeerd op 2000 patiënten (bij een 38-urige werkweek). Zie het Besluit Subsidiëring Gezondheidscentra van de Ziekenfondsraad. Bij 36 uur wordt in dit centrum uitgegaan van 1895 patiënten. Probleem is de discrepantie tussen de 'rekenpatiënten' en de 'feitelijke patiënten'. De 'rekenpatiënten' bepalen je formatie.

De rekennorm voor de formatie van huisartsen (en centrumassistenten) luidt namelijk:

Het totaal aantal ziekenfonds- en particuliere patiënten wordt gedeeld door 2000, waarbij het aantal particuliere patiënten wordt bepaald aan de hand van de formule

$$(p + n) / 3,502 \times t$$

waarin

p = opbrengst particuliere patiënten

n = overige uit op de gezondheidszorg gerichte werkzaamheden verkregen neveninkomsten

t = consulttarief particuliere patiënten.

Als particuliere patiënten een gering beroep doen op de huisarts, drukt dit de formatie als gevolg van deze formule. Als er veel ziekenfondspatiënten in de praktijk zitten die een groot



beroep doen op de huisarts, dan werkt dat echter niet door in de formatie.

De relatie tussen aanstelling, aantal patiënten en het aantal uren dat feitelijk gewerkt wordt, vormt een duidelijk knelpunt. Zou je niet meer van het feitelijk aantal patiënten moeten uitgaan bij het vaststellen van de formatie, in plaats van het aantal 'rekenpatiënten'?

Daarnaast is er soms wel extra geld, de Ziekenfondsraad heeft bepaald dat toeslagen, bijvoorbeeld voor een centrum in een achterstandswijk (dat heeft geen betrekking op dit centrum), gebruikt mogen worden voor projecten, echter niet om structurele formatie in te vullen.

Per huisarts kunnen er bovendien verschillen in de praktijkomvang optreden wanneer artsen minder gaan werken (individueel dan wel collectief in het kader van de 36-urige werkweek), maar toch dezelfde patiënten behouden. Met name mensen die deeltijdwerken doen veel in eigen tijd."

Met name voor de deeltijders speelt nog een ander belangrijk probleem. De omvang van niet-patiënt-gebonden taken neemt niet evenredig af met het deeltijdpercentage. Parttimers hebben echter net zo veel tijd nodig voor bijvoorbeeld een werkoverleg. Maar verhoudingsgewijs is dat natuurlijk een groter tijdsbeslag op hun werkelijke uren.

Deeltijdarbeid maakt dat er voor dezelfde formatie meer 'overhead' vanaf gaat. Dit weegt ook zwaar op het punt van bij- en nascholing. Iedere huisarts en iedere fysiotherapeut moet wel het vak bijhouden, en voor iedere persoon, ongeacht het deeltijdpercentage, liggen er wél dezelfde eisen vanuit de vereniging hoeveel bij- en nascholing je moet volgen in het kader van herregistratie.

Vooraf bij de centrumassistenten, maar ook wel bij de fysiotherapeuten, speelt een rol dat degenen die een grotere contractvorm hebben, soms een taakverzwaring ervaren als er veel kleine parttimers zijn. Degene die er het meeste is, wordt dan vrij vanzelfsprekend de verbindende schakel, draagt meer de verantwoordelijkheid voor de continuïteit, gewoon al doordat hij of zij het meeste aanwezig is en dus van meer zaken op de hoogte is. Dat sluipt erin, door bijvoorbeeld vragen als: "Jij bent er morgen, zou jij tegen Pietje willen zeggen dat..." Behalve dat dit een taakverzwaring kan betekenen, is het de vraag in hoeverre dit een wenselijke situatie is. De werknemer met een relatief grotere contractomvang, wordt impliciet meer verantwoordelijk, zonder de eventueel benodigde bevoegdheden.

Hij of zij kan vanuit de positie als collega toch moeilijker iemand aanspreken op bijvoorbeeld het niet goed doorgeven van informatie.

Door een van de geïnterviewden wordt opgemerkt dat de verlofregelingen wel een werkverzwaring voor de collega's betekenen.

"Een vervanger die een aantal weken of maanden invalt doet nu eenmaal minder aan de overhead taken. Dit wordt dan door de vaste collega's opgevangen en betekent voor hen een taakverzwaring. Er komen bij die collega's weer andere dingen in het gedrang, bijvoorbeeld de vakliteratuur nog bijhouden, of collegiale uitwisseling wordt gereduceerd tot een ad hoc uitwisseling tijdens de lunchpauze."

### *Welke oplossingsrichtingen zien we in de praktijk?*

Mede door de hoge werklast, en het versterkende effect dat optreedt voor parttimers, komt o.a. de communicatie in de knel. Bij de vraag hoe dit in de praktijk uitpakt, wordt door huisartsen en fysiotherapeuten aangegeven dat men eerst prioriteit geeft aan de directe patiëntenzorg, overleg wordt geminimaliseerd, en daarnaast doet men veel in eigen tijd, bijvoorbeeld door wat langere werkdagen te maken, of werk mee naar huis te nemen, zoals bijvoorbeeld brieven schrijven, en protocollen ontwikkelen. Vakliteratuur wordt standaard thuis bijgehouden.

Daarnaast blijkt dat huisartsen een aantal taken delegeren aan de centrumassistentes. Bijvoorbeeld diabetes-, en wrattenspreekuur, uitstrijkjes en longfunctieonderzoek worden door centrumassistentes uitgevoerd.

De vraag die hierbij rijst is in hoeverre deze werklastverzwaring voor de centrumassistentes ook vertaald wordt (of kan worden) naar extra beschikbare formatie. Gewoonlijk wordt namelijk als norm aangehouden '1 full time assistente per 1 full time huisarts'.

“De assistentes nemen taken van de huisartsen over. Zo houden zij al sinds 1991 een diabetesspreekuur, en inmiddels ook een hypertensie- en een wrattenspreekuur. In het begin (het eerste jaar) kost dit de huisarts extra tijd aan overleg en overdracht. Dat blijkt echter een waardevolle investering, want het levert naderhand duidelijk tijdwinst op voor de huisarts. Voor het centrum als geheel is het gevolg dat je werk naar je toe haalt: patiënten waren in plaats van naar deze spreekuren anders naar het ziekenhuis gegaan. De formatie van de assistentes is ook iets uitgebreid: nu ongeveer 1,2 op 1 huisarts. Voor de assistentes is het doen van deze werkzaamheden zeer motiverend. Het financiële verhaal is echter lastig: als assistentes dit soort taken overnemen krijgt het centrum daarvoor toeslagen in het kader van substitutie; dit moet echter apart geregeld worden, het wordt niet meegeteld bij de normale subsidie voor het centrum.

Het delegeren heeft bij de huisartsen tot kwaliteitsverbetering geleid, omdat men meer is gaan werken met protocollen e.d.”

Ook wordt er al meer door de assistentes gestuurd in de werklast van de huisarts, doordat de assistentes gerichter vragen waar de patiënt voor komt. Hierdoor kunnen zij een betere inschatting maken wat echt spoed is, wat 'vandaag echt moet', of dat een patiënt ook eventueel op een later tijdstip (op een andere dag) ingepland zou kunnen worden voor het spreekuur.

Daarnaast is door enkele huisartsen ook aangegeven dat de formule van 'gecomprimeerde diensten' door een grotere waarnemingsgroep, voor hen echt een verlichting betekent. Het doen van diensten wordt doorgaans als zwaar ervaren (zie ook 3.2.3). Wel spelen hierbij vragen omtrent de vergoeding voor deze gecomprimeerde diensten. Er wordt in deze diensten vrijwel continu gewerkt, (meer dan in de diensten 'oude stijl'). Ook is het zo dat na een nachtdienst of weekenddienst de huisarts die dienst heeft gehad, één of meerdere dagen vrij heeft. Dit is uiteraard nodig gezien de intensiteit van deze diensten. Men vraagt zich af in hoeverre hiervoor vervanging kan worden ingezet, of dat er "werk blijft liggen", waardoor men achteraf de vrije dagen deels 'inhaalt' met een hogere werklast in de dagen erna.

Voor fysiotherapeuten is in twee centra een discussie op gang om eventueel een aantal uren administratieve ondersteuning in te zetten, zodat de fysiotherapeuten meer tijd hebben voor directe patiëntenzorg. Discussie hierbij is dan in hoeverre dit door de fysiotherapeuten 'kan of moet worden terugverdiend' door meer behandelsessies.

Door verschillende geïnterviewden (uit verschillende disciplines) is opgemerkt dat parttime werken eigenlijk een voorwaarde is om het werken in dit beroep vol te kunnen houden. Parttimers kunnen op hun vrije dagen bijkomen, daardoor kunnen ze de hoge werklast (nog?) wel aan...

### **3.2.3 Feitelijke aanwezigheid en bereikbaarheid**

Toegankelijkheid is een belangrijk kwaliteitscriterium voor gezondheidscentra. Enkele van de LVG-kwaliteitskenmerken hebben expliciet betrekking op aanwezigheid van verschillende disciplines en bereikbaarheid voor de patiënten. Het is daarom belangrijk te weten in hoeverre verminderde inzetbaarheid van medewerkers als gevolg van deeltijdarbeid en verlofregelingen van invloed zijn op deze aanwezigheid en bereikbaarheid.

Feitelijke aanwezigheid van medewerkers blijkt niet alleen te zijn afgenomen door de invoering van de 36-urige werkweek, maar daarnaast ook doordat fysiotherapeuten en huisartsen in toenemende mate deelnemen aan bij- en nascholing. Dit laatste wordt, volgens de respondenten, veroorzaakt door de wet BIG (herregistraties van beroepsbeoefenaren) en daarmee samenhangende kwaliteitseisen die worden gesteld vanuit de beroepsorganisaties (zie ook 3.2.1., CAO-componenten).

Voor wat betreft de invoering van de 36-urige werkweek moet worden opgemerkt dat in de interviews vaak is aangegeven dat de medewerkers gekozen hebben voor de mogelijkheid tot 'opplussen'. "De ADV is eigenlijk een verkapte salarisverhoging geweest," zo merkte iemand op. In een aantal situaties echter leidt de 36-urige werkweek tot problemen, zoals eerder (in 3.2.1.) is geconstateerd: Wanneer geen of slechts gedeeltelijke herbezetting plaatsvond, is de feitelijke aanwezigheid minder geworden.

Daarnaast treden dan problemen op met de roosters voor centrumassistentes. In een enkel geval ontstond onderlinge onenigheid, als slechts één assistente niet wilde opplussen en daarmee "voor haar collega's problemen veroorzaakte". In één centrum hebben de assistentes gekozen voor werktijdreductie. Er is niet volledig herbezet, waardoor zij er niet altijd zijn: dit is een knelpunt.

In een van de centra kwam naar voren dat herbezetting voor de huisartsen specifiek is ingevuld:

"Van de huisartsen heeft er één 'opgeplust'. De anderen hebben de ingeleverde uren gezamenlijk aangewend voor een consultatiebureau-arts. Deze taken deden de huisartsen voorheen zelf erbij, wat leidde tot versnippering in het werk. Het preventieve werk is nu aan de consultatiebureau-arts uitbesteed."

Als het gaat om de bereikbaarheid van huisartsen speelt ook een andere tendens een rol:

“Het feit dat patiënten niet snel terecht kunnen bij hun huisarts heeft niet zozeer te maken met verminderde inzetbaarheid als wel met het feit dat patiënten steeds vaker een beroep doen op de huisarts” en: “Als er veel ziekenfondspatiënten zijn die vaker een beroep doen op de huisarts, dan kunnen patiënten minder snel bij hun arts terecht.”

In hoeverre vinden patiënten de feitelijke aanwezigheid en bereikbaarheid van hun huisarts (of fysiotherapeut) nu een probleem?

In de praktijk blijken er niet zoveel klachten te zijn. De klachten worden vooral gesignaleerd door de centrumassistentes. Dat is het logisch gevolg van het feit dat zij degenen zijn via wie de patiënt een afspraak maakt. Bovendien is de ervaren drempel om eventueel ongenoegen te uiten tegenover de assistente lager dan tegenover de huisarts. Een centrumassistente:

“Patiënten willen toch het liefste hun ‘eigen’ huisarts. Dat is niet altijd te realiseren, maar ook in een solopraktijk is dit niet meer zo vanzelfsprekend.”

De bereikbaarheid van een huisarts in één van de bezochte centra die voor 50% werkt (niet in een duobaan) is echter zodanig dat patiënten geregeld mopperen.

Uit de interviews komt het beeld naar voren dat patiënten in een achterstandswijk op dit punt veeleisender zijn. Zij doen een verhoudingsgewijs groter beroep op de huisarts, en zijn minder gewend ‘hun tijd met een agenda te plannen’, wat betekent dat zij verwachten direct terecht te kunnen. Dat is voor sommige centra in achterstandswijken een overweging om een inloopspreekuur in stand te houden.

Door de toegenomen afwezigheid wordt ook vaker een beroep gedaan op vervangers/waarnemers. In een aantal centra is als knelpunt aangegeven dat het inzetten van vervangers problemen oplevert. Soms kan men geen vervangers vinden. Dat is vooral een arbeidsmarktprobleem, vooral (bijna overal) een gebrek centrumassistentes en (regionaal verschillend) aan huisartsen.

Waar in de interviews is gesproken over knelpunten rond vervanging en waarneming betreft dit vrijwel altijd situaties van ziekte of vakantie en niet rond verlofregelingen. Dat komt overeen met de bevindingen uit de vragenlijst.

Uit de interviews komt naar voren dat kort verlof moeilijker te vervangen is dan langdurig verlof (en ook meer consequenties heeft voor bereikbaarheid).

Over ouderschapsverlof is opgemerkt dat dit lang van te voren bekend is, zodat tijdig maatregelen (vervanging) genomen kunnen worden. Een knelpunt bij opnemen van gedeeltelijk ouderschapsverlof van 1 dag per week kan ontstaan als juist op die vaste dag geen vervanger te vinden is.

Het inzetten van vervangers is ook in ander opzicht een knelpunt. Het brengt altijd een verschraling met zich mee, doordat vervangers niet alle taken (kunnen) overnemen van de vaste medewerker die afwezig is. Soms is het bijvoorbeeld een probleem om waarnemend huisartsen te vinden die ook bereid zijn diensten te doen. Voor alle disciplines geldt: waarnemers zijn vaak niet thuis op de computer, er blijft meer administratie liggen en de waarnemer neemt niet de éxtra taken over die de vaste medewerker wel doet (bijvoorbeeld het doen van bestellingen, of het ontwikkelen van protocollen).

In het verlengde van de knelpunten in feitelijke aanwezigheid en bereikbaarheid staan wij kort stil bij eventueel capaciteitsverlies als gevolg van deeltijdwerk.

Een aantal centra constateert capaciteitsverlies als gevolg van deeltijdarbeid. Een concreet voorbeeld: Twee huisartsen in een duobaan die voor 50 % werken verschillen van één huisarts die voor 100 % werkt. Beide parttimers nemen deel aan overleg, beiden volgen bijscholing, etc. De omvang van niet-patiëntgebonden taken neemt niet af met het deeltijdpercentage. Dit is een knelpunt voor parttimers.

Er treedt dus een zeker capaciteitsverlies op. En daarboven op: er moet ook overlap worden georganiseerd, als essentiële voorwaarde voor een goede afstemming en samenwerking.

Deze twee effecten zijn vrijwel nergens geëxpliciteerd, of vertaald naar de normpraktijken van fysiotherapeuten en huisartsen die parttime werken. Dit werkt ook door in de formatie van centrumassistentes. “Het knelpunt is in feite tweeledig, doordat deze effecten niet worden onderkend, is er geen financiering voor, en het verhoogt (dus) de werklast en werkdruk van deeltijdwerkers”.

Dit sluit ook aan bij een veel gehoorde opmerking in de interviews: “Deeltijders doen heel veel in eigen tijd.”

De discussie over de gevolgen van verminderde inzetbaarheid van medewerkers voor hun aanwezigheid en bereikbaarheid kan niet los gezien worden van discussiethema's betreffende de organisatie en werkwijzen in een centrum. Concreet: hoewel discussies over openingstijden, telefonische bereikbaarheid en inloopspreekuur geen directe relatie hebben met de vraagstelling voor dit onderzoek, hebben deze discussies wél zodanig veel invloed hierop, en kwamen ze zó vaak in de interviews naar voren dat wij menen er goed aan te doen er in deze paragraaf kort bij stil te staan.

Ruime openingstijden worden in sommige centra wenselijk geacht als kwaliteitsverbetering en uiting van klantgerichtheid. Er moet dan wél iemand achter de balie aanwezig zijn gedurende de openingstijden. Dit kan betekenen dat er voor de centrumassistentes meer uren nodig zijn. De formatie van assistentes is echter afgestemd op de formatie van de huisartsen. Twee door ons bezochte centra zijn nu voornemens de daar gehanteerde ruime openingstijden (van 8.00 tot 18.00 uur) te beperken. Maar dat brengt ook weer problemen met zich mee! We laten de managers van deze centra aan het woord:

“Het levert in de praktijk problemen op om de balie 10 uur per dag bezet te hebben. Een bezetting met één medewerkster levert bovendien soms een gevoel van onveiligheid op. Als gevolg van de grote bereikbaarheid hebben de artsen ook meer spreekuurtijd (nodig). Er wordt over gedacht de openingstijden te verminderen.” (Opmerking: De oorzaak van hier ervaren knelpunten is niet gelegen in het parttime werken, maar in de zorguitgangspunten van het centrum.)

“Vanochtend om 8 uur lagen alle problemen rond de grenzen van deeltijdarbeid meteen op tafel. Eén van de centrumassistentes geeft aan dat ze met mij willen vergaderen. Ze willen praten over hoe ze moeten werken als het centrum straks niet meer tot 18.00 uur, maar tot 16.30 uur geopend is. (Tot nu toe is bewust voor een laagdrempelig beleid gekozen: het centrum heeft een lange openingstijd, van 8.00 tot 18.00 uur, en er is een inloopspreekuur. Omdat de artsen samen met andere artsen in de wijk in een grotere waarnemingsgroep gaan samenwerken, kan de openingstijd bekort worden.) Een van de assistentes kan nooit om 8.00 uur beginnen. Zij begint altijd om 9.30 uur en werkt nu door tot 18.00 uur. Dat kan straks niet meer! De collegialiteit wordt nu dus op de proef gesteld. Daarbij worden de afspraken met artsen in de discussie betrokken. Het is buitengewoon moeilijk om artsenvacatures vervuld te krijgen. Zo is al een sollicitant afgevalen omdat hij niet kon werken op die dagen die hij graag

wilde. Nu is men in gesprek met een geschikte kandidaat die echter op dinsdag niet om 8.00 uur aanwezig kan zijn, terwijl dat vanwege de drukte met het inloopspreekuur wel gewenst is. De assistentes maken er nu een principe-kwestie van!” (ons inziens kan dit dus ook een machtsmiddel zijn voor medewerkers, om hun voorkeuren te kunnen realiseren).

Van cruciaal belang is of ruimere openingstijden ook méér werk met zich meebrengen (in relatie tot de normpraktijk voor huisartsen en/of fysiotherapeuten) of dat er alleen een verschuiving van het werk plaatsvindt. Dit is namelijk van invloed op de financiering van de (extra) benodigde bezetting.

“Voor de fysiotherapie is sinds enige tijd nu ‘s avonds de mogelijkheid voor fysio-fitness opgezet. Dit heeft direct consequenties voor de bezetting overdag: het aantal uren is niet evenredig uitgebreid, daarvoor was geen financiële ruimte. Hoe meer werkdelen je spreidt, des te moeilijker het wordt om aan ons beleid vast te houden dat er per dagdeel bijvoorbeeld 2 fysiotherapeuten aanwezig moeten zijn. Dat is destijds gesteld, om opvang te hebben voor wanneer er iemand ziek is: de ander kan dan de patiënten opvangen of afbellen. Of wanneer iemand een vrije dag neemt: dan wordt toch de 7 dagen bereikbaarheidsfunctie overeind gehouden. Dit is belangrijk, omdat patiënten dan altijd de praktijk kunnen bereiken.”

Met betrekking tot het instellen van een inloopspreekuur zijn er voor en tegenstanders. Is het nu juist efficiënt(er) of niet? Is het klantgericht(er) of niet? Wat is het effect op de werklust?

Een aantal respondenten:

“Het inloopspreekuur is een tijd geleden afgeschaft. Men kwam steeds bij andere huisartsen, men ging ‘shoppen’, het was heel inefficiënt.”

“Als artsen maar op drie dagen per week werken, kan een inloopspreekuur de bereikbaarheid ondervangen.” (maar dan hecht men minder waarde aan de bereikbaarheid van de eigen huisarts).

“Het centrum ligt in een volksbuurt. Er is van meet af aan altijd een beleid geweest om heel laagdrempelig te zijn: Deze mensen willen voor alles direct bij hun dokter terecht kunnen. Voor hen is iedere klacht spoed. Daarom is er een ruime openingstijd en een inloopspreekuur.”

De uitkomsten van deze discussies hebben uiteraard (grote) invloed op de feitelijke aanwezigheid en bereikbaarheid. Zie hierover ook de beschouwing.

*Welke oplossingen heeft men in de praktijk gevonden voor de genoemde knelpunten?*

Als artsen moeilijker bereikbaar zijn, kan een oplossing zijn dat assistentes taken overnemen, o.a. langduriger telefoongesprekken met patiënten. Dit kan dan echter weer de telefonische bereikbaarheid van het centrum bemoeilijken. Door de centrumassistentes wordt hierbij o.a. gebruik gemaakt van de NHG-telefoonstandaarden. De assistentes vragen de patiënten naar de reden voor de afspraak. Zij kunnen daardoor in de regel goed inschatten wat wanneer moet, een goede planning maken, en daarmee de werklust verminderen. In de meeste centra wordt bovendien enige spreekuurtijd vrijgehouden voor spoedpatiënten.

Een (vanzelfsprekende) oplossing die in vrijwel alle centra wordt gehanteerd is dat ziekte wordt opgevangen met de eigen mensen bijvoorbeeld doordat iemand, of een aantal collega's wat langer werken, dit wordt dan vervolgens uitbetaald of gecompenseerd in vrije tijd op een ander moment.

Huisartsen nemen, wanneer het om kortdurende afwezigheid gaat, zo mogelijk onderling elkaars patiënten over, bij voorkeur binnen het eigen cluster of de groep van huisartsen.

In een van de centra wordt ook actief naar de patiënten gecommuniceerd wanneer hun huisarts er niet is, en wordt bij de balie een brief uitgereikt aan de patiënten met informatie hierover.

Een andere oplossing die met name in grotere centra of samenwerkingsverbanden wordt gehanteerd is het contracteren van een vaste waarnemer (die achtereenvolgens meerdere personen kan waarnemen). Dit gebeurt zowel bij fysiotherapeuten als bij huisartsen. Hierbij is door één centrum opgemerkt: “Er is een goede vaste waarnemer, die voor 16 uur per week betaald wordt. Dat is duur, maar wel goed voor het centrum.”

Er worden ook wel kleine flexibele contracten afgesloten, bijvoorbeeld een centrumassistente voor 12 uur vast, met de mogelijkheid om bij ziekte van centrumassistentes extra uren te werken, die dan worden uitbetaald. Een punt van aandacht hierbij is de wet Flexibiliteit en Zekerheid.

Deze vorm van flexibele invulling door kleine contracten met de mogelijkheid voor meer uren, wordt ook onder fysiotherapeuten wel gehanteerd.

Als belangrijk hulpmiddel hierbij wordt in twee centra de centrale agenda genoemd, en het beleid ten aanzien van de minimaal benodigde bezetting voor alle disciplines (zie paragraaf 3.2.8). Ook is incidenteel een beleid opgesteld (per discipline) wanneer welke vorm van vervanging wordt ingezet

Tenslotte blijken er in de meeste centra wel (ongeschreven) regels of uitgangspunten te bestaan over de minimale aanstelling per discipline. Bijvoorbeeld voor een huisarts hanteert één centrum als regel: “Een huisarts moet minimaal 4 dagen van de week in het centrum aanwezig zijn”.

Een oplossing voor de (waarneming voor) diensten die huisartsen moeten doen is het overgaan tot een grotere waarnemingsgroep, met gecombineerde diensten. Een voorbeeld:

“Per 1 maart is een dienstenmodel van kracht waar een aantal waarneemgroepen in deelnemen.

Voor de nacht doen twee artsen vanuit een waarneempost de gehele nacht dienst voor geheel Amsterdam Oud West. In deze ‘gecombineerde diensten’ doen de artsen niet meer 3 maal per maand dienst, maar nog slechts 1 maal per maand. Maar die dienst is dan wel veel intensiever.

Voordelen zijn:

- je weet waar je aan toe bent wat betreft de diensten
- je hoeft minder vaak diensten te draaien
- je doet diensten samen met een collega
- je hebt een auto met chauffeur tot je beschikking gedurende de dienst

Nadelen zijn:

- de diensten zijn zwaarder
- er staat nog geen extra honorering tegenover.

Er is nog een discussie gaande over de tegemoetkoming in vrije tijd. De onofficiële regel is nu dat men voor de nachtdiensten een halve dag verlof kan opnemen, liefst de ochtend na de betreffende nachtdienst.”

### 3.2.4 Betrokkenheid<sup>3</sup> en verantwoordelijkheid

In het algemeen wordt wel eens door werkgevers verondersteld dat deeltijders (met name kleine deeltijders) minder betrokken zouden zijn bij de organisatie als totaal. Daarvan is in de bezochte centra nauwelijks iets gebleken.

Over het algemeen wordt in de centra geen verschil gemerkt in betrokkenheid en gevoel van verantwoordelijkheid tussen fulltimers en parttimers. Verschil in betrokkenheid komt wel voor, maar men ziet dit als overwegend persoonsgebonden. Er is geen samenhang met de contractomvang. Eén centrummanager geeft aan dat bij een contract van minder dan 40 % de betrokkenheid wel wat lager wordt ervaren, met name als het gaat om interdisciplinaire zaken.

Als er al problemen worden gesignaleerd, heeft dit meer te maken met een gebrekkige werkorganisatie. "Er blijven nog al eens dingen liggen, met name bij de centrumassistentes" was een opmerking die wij noteerden in een centrum met actuele organisatie- en samenwerkingsproblemen.

"Als parttime werken gewoon is in een centrum, dan ontstaat er automatisch meer aandacht voor overdracht en onderlinge feedback, want dat wordt als noodzaak gevoeld" noteerden we in een zeer soepel lopende organisatie.

Met name de werkorganisatie en verdeling van taken en verantwoordelijkheden van centrum-assistentes verschillen nogal per centrum. Soms werkt men voor het hele centrum, soms is men gebonden aan één huisarts, soms is het centrum in twee of drie clusters verdeeld, en zijn de assistentes verdeeld over de clusters. Soms hebben de centrumassistentes ook eigen spreekuren.

"Er is voor gekozen om de centrumassistentes te koppelen aan huisartsen, bijvoorbeeld voor de post, uitslagen en bespreking, specialistenbrieven. Deels rouleren de taken over de assistentes (baliewerkzaamheden; behandelkamer, etc.)"

"De assistentes werken voor het hele centrum. Er worden vier diensten gedraaid, resp. behandelkamer, telefoon, administratie en een 'rommeldienst'. De laatste vangt drukte op, bijvoorbeeld op maandag extra baliewerk. De kleine parttimers vullen elkaar aan, zodat zij samen bepaalde diensten invullen. Iedereen doet alle werkzaamheden."

"Alle vier de centrumassistentes doen dezelfde werkzaamheden, maar centrumtaken zijn onderling verdeeld: één doet bestellingen op medisch gebied, een ander doet bestellingen op kantoorgebied, één vertegenwoordigt de assistentes in het overleg met één van de huisartsen over centraangelegenheden, etc. Zelf doe ik GVO-werk, het maken van folders e.d."

"Ook op het terrein van de patiëntenzorg is er sprake van enige specialisatie: zo doet de één longfunctiemetingen, een ander uitstrijkjes. Bloeddrukmetingen en routinematige kleine ingreepjes doet weer iedereen. 's Ochtends voor 10 uur worden de taken onderling verdeeld. Voor iedere week wordt een rooster gemaakt. Assistentes met kleine deeltijdbanen doen geen eigen spreekuur, i.v.m. de continuïteit."

"Elk van de centrumassistentes heeft een aantal eigen specifieke taken waarvoor men verantwoordelijk is. Eén is 1 dag per week ondersteunend op het gebied van budgetbeheer e.d. en heeft daarvoor een extra opleiding gedaan. Een ander doet systeembeheer, heeft

---

<sup>3</sup> Onder betrokkenheid verstaan we hier de mate waarin medewerkers een binding hebben met het gezondheidscentrum, zich inzetten voor het reilen en zeilen van het centrum als geheel.



daarvoor ook een opleiding gevolgd, en doet dit ook voor andere gezondheidscentra in de buurt. De tijd voor deze taken komt bovenop de normale formatie: men heeft ervoor gekozen voor deze taken geen afzonderlijke medewerkers aan te stellen. Voor de assistentes is dit een belangrijke reden om hier te blijven werken: het maakt het werk aantrekkelijk.”

“Per dag horen er 4 assistentes aanwezig te zijn, voor 4 taken, te weten: telefoon/administratief, balie, behandelkamer en laboratorium. Er wordt een rouleerschema gemaakt over 4 weken. Deze taken verricht men voor het hele centrum. Voor post en recepten is iedere assistente aan een huisarts gebonden; voor elkaar fungeert men als vast aanspreekpunt. Bij de verdeling van centrumtaken wordt rekening gehouden met het deeltijdpercentage. Iemand die voor 4 dagen werkt doet bijvoorbeeld de particulieren administratie, iemand die voor 2 dagen werkt ruimt de wachtkamers op en vult de folders aan (kleinere taak).”

Naarmate er ook spreekuurtijd van de huisartsen aan assistentes wordt gedelegeerd, rijst de vraag of hiervoor wellicht ook meer professioneel overleg nodig is. Op de gevolgen voor de functie van centrumassistentes komen wij in de beschouwing en het hoofdstuk met aanbevelingen nog terug.

### 3.2.5 Huisvesting

Meer deeltijders betekent meer verschillende personen die werkzaam zijn in een gezondheidscentrum. Als iedereen een ‘eigen’ ruimte claimt, ontstaan er huisvestingsproblemen. Zien we dat ook in de praktijk?

Uit de interviews komt naar voren dat voor zover er problemen zijn met huisvesting, de geïnterviewden dit niet ervaren als het gevolg van deeltijdwerken. De problemen op dit punt ziet men dan vooral als een gevolg van een gebouw dat niet (meer) voldoet. Dat kan komen doordat de oorspronkelijke planning van de omvang van het centrum en het verwachte patiënten aanbod, inmiddels een discrepantie vertoont met de feitelijke ontwikkelingen in dat patiëntenaanbod. Voor een deel zijn de geschetste knelpunten (ons inziens) wel terug te voeren op het effect van parttime werken.

Een manager: “Er zijn drie kamers in het centrum voor vier (parttime) huisartsen<sup>4</sup>. Daardoor zijn de artsen niet vrij wanneer ze willen komen werken. De oorzaak is dat de wijk harder is gegroeid dan verwacht bij de bouw van het centrum. Een goede roostering is voorwaarde om zo te kunnen werken. In de praktijk geeft het geen problemen. Echter: als iemand even iets wil afmaken kan hij dat soms niet op zijn eigen kamer doen, wat irritatie geeft.”

Een huisarts: “Op maandag zijn er vier huisartsen aanwezig, en maar drie spreekkamers. Dat wordt opgelost, doordat één van de vier dan ander werk doet: telefonisch spreekuur, visites lopen of administratie doen. Meestal heb je echter maar 2 of 3 kamers nodig.”

“Het centrum is krap behuist. Bijvoorbeeld bij de fysiotherapeuten speelt de huisvesting een grote rol. Er moet voor ieder die werkt een praktijkruimte zijn, hierop is afgestemd wie er wanneer is. Op de dag dat iedereen er is, is dat schipperen. Er is nu een extra kamertje ingericht, en bij het consultatiebureau is wat geregeld, en één fysiotherapeut doet consulten aan huis bij patiënten voor wie het moeilijk is om hierheen te komen. Dit is best lastig, want het aanbod van dergelijke patiënten is niet evenwichtig gespreid.”

<sup>4</sup> De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) hanteert de norm dat bij een aanstelling van een huisarts voor 0,6 fte of meer, een eigen kamer noodzakelijk wordt geacht.

### 3.2.6 Parttime-beleid in de centra: een optimale 'parttime-mix'?

Of deeltijdarbeid in gezondheidscentra problemen geeft is in belangrijke mate afhankelijk van het beleid dat een centrum voert ten aanzien van deeltijdarbeid, en van de 'parttime-mix'. Met de term 'parttime-mix' doelen we op de samenstelling van de formatie in het gezondheidscentrum, per discipline voor wat betreft de aard en omvang van de deeltijdcontracten. Bij een optimale parttime-mix zijn er voor de medewerkers voldoende mogelijkheden om in deeltijd te kunnen werken, echter zonder dat dit op gespannen voet komt te staan met de kwaliteitscriteria en met eisen vanuit een doelmatige bedrijfsvoering. Een optimale mix ontstaat zelden toevallig: daartoe hanteert een centrum (impliciet of expliciet) bepaalde beleidsuitgangspunten ten aanzien van het toestaan van deeltijdarbeid. Het is in de interviews nogal eens gemeld dat aan dit beleid niet altijd kan worden vastgehouden door de krappe arbeidsmarkt. Soms wijkt men er ook vanaf om bijvoorbeeld een verzoek tot korter werken te honoreren en een goede kracht voor het centrum te behouden.

In de interviews in de 11 centra hebben wij de managers, de huisartsen, de centrumassistentes en de fysiotherapeuten allen expliciet gevraagd wat naar hun oordeel en ervaring een optimale situatie zou zijn.

Twee vragen stonden daarbij centraal:

- Wat is naar uw oordeel voor respectievelijk huisartsen, fysiotherapeuten en centrumassistentes de gewenste *minimale contractomvang* (in percentage dan wel in aantal uren per week)?
- Wat is naar uw oordeel voor deze zelfde groepen beroepsbeoefenaren het *minimaal aantal dagen per week* waarop zij in het gezondheidscentrum aanwezig moeten zijn?

De contractomvang is vooral van belang om een te vergaande versnippering en daaruit voortvloeiende afstemmings- en communicatieproblemen te vermijden. Het aantal dagen waarop iemand aanwezig is, is vooral van belang vanwege kwaliteitseisen: bereikbaarheid voor patiënten en continuïteit van de zorgverlening zijn in dat verband de belangrijkste overwegingen. Let wel: het gaat bij het aantal dagen niet noodzakelijkerwijs over *hele* dagen, maar louter om de vraag of de medewerker op een dag aanwezig is. Bijvoorbeeld: op welke dagen heeft een huisarts spreekuur?

Deze antwoorden op deze vragen laten zich als volgt samenvatten:

#### Huisartsen:

Minimum contractomvang:

- 24 uur per week, of ongeveer 67%

Minimum aantal dagen aanwezig:

- op 4 dagen per week in het centrum, desnoods 3 dagen

#### Uitzonderingen:

- duobanen, mits zeer goede onderlinge afstemming/afspraken (N.B.: Als je één praktijk verdeelt over 2 x 50% dan is dit te weinig: je hebt namelijk altijd extra tijd nodig voor overdracht.)
- kleine contracten voor eigen waarnemers in dienst van het centrum of (in groter verband) de stichting.

#### Centrum-assistentes:

##### Minimum contractomvang:

- 20 uur per week

##### Minimum aantal dagen aanwezig:

- op 3 dagen per week in het centrum

##### Opmerking:

- De meningen over kleine contracten lopen hier sterker uiteen dan ten aanzien van de huisartsen en fysiotherapeuten. Anders gezegd: er zijn minder bezwaren tegen de aanwezigheid van één of enkele kleine deeltijders. Er is zelfs vaak een voorkeur voor enkele kleine flexibele contracten.

#### Fysiotherapeuten:

##### Minimum contractomvang:

- 20 uur per week (eventueel minder, maar dan is het volgende van belang!)

##### Minimum aantal dagen aanwezig:

- op 2 dagen aanwezig in het centrum, gespreid over de week

##### Uitzondering:

- Bij meer specialistische functies (bijv. haptonoom) ook kleinere contracten mogelijk.

Als we kijken naar uitspraken die men over de eigen beroepsgroep doet, in vergelijking tot de uitspraken die door anderen over deze beroepsgroep worden gedaan – bijvoorbeeld huisartsen over zichzelf naast managers over huisartsen – dan vallen een paar dingen op.

- Huisartsen zijn geneigd de ondergrens uit te drukken in een percentage (ongeveer 70%), terwijl managers over huisartsen eerder spreken in uren (20 tot 24 uur per week). Dit wijst op een verschil in beleving ten aanzien van 'het denken in uren' tussen de huisartsen en de managers.
- Fysiotherapeuten praten ten aanzien van zichzelf eigenlijk alleen in termen van het aantal dagen per week aanwezigheid in het centrum (op 2 à 3 dagen), terwijl managers daarnaast ook over een minimale contractomvang (van 20 à 24 uur) spreken. Bovendien lijken de managers voorkeur te hebben voor iets meer aanwezigheid dan de fysiotherapeuten zelf.

Voor het overige zijn de aantallen geïnterviewden te klein om conclusies hierover te trekken. Het zou interessant kunnen zijn ook bij patiënten systematischer na te vragen hoe hun opvattingen zijn over met name het aantal dagen per week dat huisartsen, fysiotherapeuten en centrumassistentes (en wellicht ook andere beroepsgroepen) aanwezig of bereikbaar zouden moeten zijn. In het kader van dit onderzoek is hieraan geen aandacht geschonken.

Tot zover hebben wij het vraagstuk van de parttime-mix vooral kwantitatief benaderd. In de interviews is ook doorgevraagd naar overwegingen, nuanceringen en kwalitatieve aspecten.

Daaruit blijkt allereerst dat sommige centra nu reeds een helder beleid voeren en heldere afspraken maken rond deeltijdwerk. Enkele voorbeelden:

Centrum A:

- Voor huisartsen is 50% werken een minimum voor eenheid in beleid.
- Iedereen moet op donderdag aanwezig zijn; dat wordt bij aanneming afgesproken.

Centrum B:

- We eisen dat op maandag iedereen aanwezig is in verband met drukte na een weekend.
- Een fysiotherapeut moet minimaal op 2 dagen aanwezig zijn om een patiënt zo nodig twee maal per week te kunnen behandelen.
- We vinden enkele medewerkers met een groot contract noodzakelijk in verband met de continuïteit.
- We kennen hier duobanen. Voor een duobaan is een uitstekende onderlinge afstemming een keiharde voorwaarde.

Overwegingen van kwaliteit klinken door in de volgende door ons opgetekende opvattingen:

- “Ideaal zou zijn 3 assistentes voor 3 dagen en 3 assistentes voor 4 dagen in de week. Bij duobanen (zowel bij huisartsen als bij assistentes) zou de één 3 dagen (of liever nog 3,5 dagen) moeten werken, en de ander vier dagen. Allebei 3 dagen betekent dat je elkaar te weinig ziet. Als een huisarts een kleine aanstelling heeft, en dan ook nog eens een dag afwezig is, dan kán dat niet naar de patiënten.”
- “Het ideële aspect is belangrijker dan de getallen als het gaat om het deeltijdvraagstuk. Een voorbeeld: in deze wijk wonen veel buitenlanders. Buitenlandse vrouwen willen een vrouwelijke huisarts! Je moet dus bij de samenstelling van de formatie rekening houden met de man-vrouw verhouding, met de vraag of je een arts van allochtone afkomst aanstelt, e.d. Dat is veel belangrijker dan de parttime-verhouding: die is daarvan hoogstens een afgeleide. Je moet primair naar de kwalitatieve aspecten van de zorgvraag kijken bij het bepalen van de formatie.”
- “Continuïteit staat voorop, dus we willen niet iemand (huisartsen en fysiotherapeuten) die alleen op maandag en dinsdag werkt, maar wel bijvoorbeeld maandag, woensdag en vrijdag.”
- “Bij assistentes is vooral de continuïteit over de dag erg belangrijk.” Men heeft dus liefst mensen die hele dagen werken. Daarmee worden extra overdrachtsmomenten voorkomen en kan men gemakkelijker zelf werkzaamheden afmaken.

Ook op een andere manier kan de kwaliteit van de formatie een belangrijke rol spelen:

- “In ons centrum zijn er geregeld huisartsen in opleiding. Als die ervaren zijn kunnen ze bijspringen. Een huisarts mag overigens pas na ongeveer 6 jaar werken een HAIO begeleiden. Eigenlijk zou je een bezetting moeten hebben die het je mogelijk maakt om een HAIO te hebben!”

Enkele kleine deeltijders kunnen in principe een positieve bijdrage leveren aan de flexibiliteit:

- “We hebben in de afgelopen jaren ook een keer twee mensen aangenomen voor respectievelijk 4 uur en 8 uur per week, om ze daarmee te binden aan de organisatie, om ze recht te geven op bij – en nascholing, en daarnaast deden ze veel extra uren (vakantieopvang, studiedagen-opvang, ziekteopvang) Dit is een betere zaak qua personeelsbeleid, dan steeds werken met oproepers. Dat is ook moeilijker geworden met de flex-wet.”

Tenslotte is een aantal malen voorkeur uitgesproken voor één groot contract (80 – 100%) per discipline voor de continuïteit. Een voorbeeld hiervan:

- “Voorkeursformule voor de centrumassistentes is: één met een (bijna) fulltime contract voor continuïteit; één met een flexibel contract; overigen minimaal 20 uur”

Hierbij willen wij enkele kanttekeningen plaatsen. Een redelijk evenwicht tussen kleinere en grotere contracten lijkt inderdaad wenselijk: teveel zeer kleine deeltijdcontracten leidt tot versnippering en tot versterking van de knelpunten die eerder in dit hoofdstuk zijn beschreven. Gewaakt moet echter worden voor een situatie waarbij ‘degene die voor de continuïteit moet zorgen’ sluipenderwijs en niet officieel een coördinerende functie krijgt!

Samenvattend zijn over de parttime-mix in aanvulling op de minimale contractomvang en het minimum aantal dagen dat men aanwezig moet zijn in het gezondheidscentrum de volgende opmerkingen te maken:

- Er moet een redelijke balans zijn per discipline tussen grotere en kleinere contracten.
- Enkele flexibele kleine contracten (minder dan 50%) zijn gewenst om afwezigheid op te kunnen vangen.
- Het is belangrijk afspraken te maken over dagen waarop men vanuit centrumbelang aanwezig moet zijn:
  - vaste vergaderdag
  - piek in de werklust (bijv. op maandagochtend)
  - continuïteit, dus voldoende spreiding van de aanwezigheid over de week (let hierbij waar nodig zowel op continuïteit in persoon als op continuïteit in functie)
- Denk bij de parttime-verhouding ook aan kenmerken van de patiëntenpopulatie (bijv. vrouwelijke huisartsen, huisartsen van allochtone afkomst).

### 3.3 Beschouwing

Terugkijkend op de bevindingen uit de interviews, is het opvallend dat de meeste knelpunten optreden als gevolg van deeltijdwerk, voor een deel ook door de invoering van de 36-urige werkweek en in veel mindere mate als gevolg van afwezigheid door (andere) CAO-regelingen.

Hierbij moet in ieder geval een opmerking worden geplaatst: Ondanks het feit dat de meeste knelpunten werden genoemd als gevolg van deeltijd werken, kwam duidelijk naar voren dat deeltijd werken niet meer is weg te denken in de gezondheidscentra en dat de mogelijkheid om in deeltijd te kunnen werken ook zeer wordt gewaardeerd.

Vanuit de kwantitatieve data bleek (3.1.) dat er relatief weinig deeltijders zijn met een flexibel arbeidscontract, dat wil zeggen een contract waarbij de uren en dagen waarop gewerkt wordt flexibel zijn te plannen. Dit is op zich niet verwonderlijk, gezien de achtergronden waarom mensen parttime werken, maar het is de vraag of het aantal flexibele arbeidscontracten zou kunnen worden uitgebreid.

Met betrekking tot de feitelijke afwezigheid als gevolg van verlofregelingen bleek dat er met uitzondering van studieverlof nog slechts mondjesmaat gebruik wordt gemaakt van verlofregelingen (zie 3.1.). De vraag rijst of het eventueel juist een knelpunt is, dát er zo weinig gebruik wordt gemaakt van verlofregelingen. Wijst dit er wellicht op dat men zich in hoge mate verantwoordelijk voelt voor de continuïteit en daarom weinig gebruik maakt van de verlofmogelijkheden?

Bij het studieverlof werd in de meeste centra door de fysiotherapeuten en/of huisartsen wel als probleem genoemd dat de bij- en nascholings-eisen toenemen (vanuit beroepsverenigingen, vanuit de wet BIG en herregistratie-eisen) en dat dit de werklast verhoogt omdat de normen van productieomvang en praktijkomvang hier niet voor zijn gecorrigeerd. Hierbij moet worden opgemerkt dat in de tariefstructuur wel rekening wordt gehouden met tijd voor bij- en nascholing. Daarnaast speelt een rol hoe dit op centrumniveau wordt geregeld.

Er is ook nagegaan in hoeverre er verschillen optreden in de aard en omvang van knelpunten voor grote of kleine centra, en in centra met veel of weinig deeltijdarbeid onder de huisartsen.

Uit de analyse van de interviews op dit punt blijkt dat dit nauwelijks iets uitmaakt. Noch de grootte van het centrum, noch de omvang van deeltijdarbeid onder de huisartsen in het centrum, leidt tot een duidelijk verschil in de aard en omvang van de genoemde knelpunten.

Wel bestaat de indruk dat de aard en omvang van de knelpunten wordt beïnvloed door de stijl van management in de centra. In een aantal centra is eenduidig beleid geformuleerd ten aanzien van deeltijdarbeid en de gevolgen daarvan voor aanwezigheid, bereikbaarheid en onderlinge afstemming. Daarover worden bij aannamen van medewerkers ook afspraken gemaakt. Waar dit het geval is, en het beleid bovendien consequent wordt gehanteerd, blijken een aantal praktische problemen voorkomen te worden.

Zoals in de inleiding van 3.2 is vermeld, zijn de meeste knelpunten genoemd in verband met afstemming en communicatie. Hiervoor zijn ook verschillende oplossingsrichtingen gevonden in de centra. Bij twee van deze oplossingen plaatsen we een kanttekening. Het betreft ten eerste mensen terug laten komen voor overleg en ten tweede het plannen van overleg in lunchtijd. De vraag is of deze twee oplossingen voor de medewerkers wel een goede (gezonde) oplossing zijn op de langere termijn, dit vanuit oogpunt van werkbelasting, arbo-beleid, en arbeidstijdenwet.

Een belangrijke inhoudelijke discussie is ons inziens aangegaan door de managers die bij de knelpunten én oplossingen in afstemming en communicatie, waarbij het multidisciplinair overleg wordt verminderd, de verbinding leggen naar de oorspronkelijke uitgangspunten voor gezondheidscentra, de meerwaarde van multidisciplinair samenwerken van disciplines. Dit laatste is ook van belang gezien het door alle disciplines aangegeven knelpunt van hoge werkdruk en stijgende werklast.

Een illustratie van de hoge werklast en werkdruk: Door verschillende geïnterviewden (uit verschillende disciplines) is opgemerkt dat parttime werken eigenlijk een voorwaarde is om het werken in dit beroep vol te kunnen houden. Parttimers kunnen op hun vrije dagen bijkomen, daardoor kunnen ze de hoge werklast (nog?) wel aan.

Parttime werken lijkt dus bij medewerkers tot werkdrukvermindering te leiden. In veel gevallen is parttime werken vanzelfsprekend een persoonlijke keuze. Als werklast en werkdruk in individuele gevallen zó hoog zijn dat van een vrijwillige keuze geen sprake meer is, dan is de vraag of parttime werken hiervoor de oplossing is. Er zullen ons inziens in overleg tussen werkgever én werknemer andere oplossingen gezocht moeten worden, gericht op het wegnemen van de oorzaak van de werkdruk. Bovendien dienen werknemers zich hierbij te realiseren dat het parttime gaan werken in bepaalde opzichten juist weer werkdrukverhogend kan gaan werken: zie hierna.

Bij de knelpunten in feitelijke aanwezigheid en bereikbaarheid is kort stil gestaan bij capaciteitsverlies als gevolg van deeltijdwerk. (Voorbeeld: twee huisartsen in een duobaan die voor 50 % werken verschillen van één huisarts die voor 100 % werkt. Beide parttimers nemen deel aan overleg, beiden volgen bijscholing. De omvang van niet-patiëntgebonden taken neemt niet af met het deeltijdpercentage. Dit is een knelpunt voor parttimers.) Daarnaast moet er ook een zekere overlap zijn voor een goede afstemming en samenwerking. Dit is uiteraard ook voor andere functies (fysiotherapeuten en centrumassistentes) een punt van aandacht. Deze effecten zijn van belang bij de vertaling naar parttime praktijken, en de formatie van centrumassistentes. Zoals in 3.2.3 geconstateerd: "Het knelpunt is in feite tweeledig, doordat deze effecten niet worden onderkend, is er geen financiering voor, én het verhoogt (dus) de werklast en werkdruk van deeltijdwerkers".

De gesignaleerde knelpunten in feitelijke aanwezigheid en bereikbaarheid kunnen zoals gezegd niet los worden gezien van thema's betreffende de organisatie en werkwijze in een centrum. Bij discussies over openingstijden, inloopspreekuur of niet, zoals in 3.2.3. beschreven, zijn er vele argumenten, en zijn er voor en tegenstanders van bijvoorbeeld een inloopspreekuur. Gekozen oplossingen in deze discussies moeten op een evenwichtige manier worden gerelateerd aan een aantal aspecten: (a) de gewenste kwaliteit van zorg; (b) de mate van klantgerichtheid; (c) de mogelijkheden met betrekking tot de formatie (i.v.m. deeltijdarbeid en

daaruit voortvloeiende plannings- en organisatiekwesties); (d) gezondheid en welzijn van werknemers (werkdruk en herstel) en last but not least, (e) financieringsmogelijkheden.

Als een belangrijk hulpmiddel bij knelpunten in feitelijke aanwezigheid en bereikbaarheid is in een aantal centra genoemd de gecombineerde diensten met een grotere waarnemingsgroep, zie 3.2.4. (Opgemerkt wordt dat deze vorm van diensten uiteraard om meerdere redenen dan alleen de aanwezigheid en bereikbaarheid worden ingesteld.)

Bij het gespreksonderwerp 'betrokkenheid en verantwoordelijkheid' kwam duidelijk naar voren dat de werkorganisatie en verdeling van taken en verantwoordelijkheden van centrum-assistenten nogal verschillend zijn per centrum. In het licht van het tekort aan centrumassistenten (arbeidsmarktkrapte) kan de vraag gesteld worden wat deze verschillen in het werk, taken en verantwoordelijkheden voor gevolgen hebben voor de aantrekkelijkheid van het werk van centrumassistenten, hun werkorganisatie en werkbelasting.

Van verschillen tussen fulltimers en parttimers in betrokkenheid bij het werk en het gevoel van verantwoordelijkheid voor het centrum is nergens sprake.

Ten aanzien van het in 3.2.6. beschreven parttime-beleid en de optimale parttime-mix, (volgens geïnterviewden), is opgemerkt dat een optimale parttime-mix zelden toevallig ontstaat, maar dat de centra hiertoe impliciet of expliciet bepaalde beleidsuitgangspunten hanteren. In die centra waar een beleid wordt gehanteerd kwam echter nogal eens naar voren, dat men dit beleid niet altijd vast kan houden. Soms wijkt men van het oorspronkelijke beleid af, bijvoorbeeld om een verzoek tot korter werken te honoreren om een goede kracht te behouden voor het centrum. Maar vaker zien de centra zich genoodzaakt om 'water bij de wijn' te doen, toe te geven aan de wensen van een sollicitant, door een krappe arbeidsmarkt: de arbeidsmarktsituatie kan een informeel machtsmiddel vormen voor werknemers om gunstige arbeidsvoorwaarden af te dwingen. Belangrijk hierbij is in ieder geval dat de gezondheidscentra niet te gemakkelijk afwijken van het parttime beleid (mede gezien de beschreven knelpunten als gevolg van part time werken) en zich niet laten leiden door korte termijn overwegingen. De vraag is of dan niet eerst ook zou moeten worden gezocht naar andere mogelijkheden zoals bijvoorbeeld aanpassingen in werkwijze en organisatie en daarnaast een actief arbeidsmarktbeleid.



## **4. Werkbelasting en tijdsbesteding in gezondheidscentra**

### **4.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van het deelonderzoek omtrent de problematiek van de normwerkbelasting. Zoals in het eerste hoofdstuk reeds is beschreven staat hierbij de vraag centraal of het mogelijk is een objectieve breed aanvaarde normpraktijk vast te stellen voor huisartsen en fysiotherapeuten die in loondienst werken. Het idee hierachter is dat de omvang van de dienstverbanden niet meer direct wordt gekoppeld aan arbeidstijd, maar moet worden vertaald in concrete taakstellingen en zorgafspraken. Om verdere bouwstenen voor deze discussie aan te leveren is in eerste instantie een literatuuronderzoek uitgevoerd. Dat was bedoeld om inzicht te krijgen in bestaande normeringsafspraken in de beide beroepsgroepen en de resultaten van eerder onderzoek rondom dit thema. In de volgende paragraaf zullen de bevindingen worden gepresenteerd. Ten tweede is de normwerkbelasting ook aan bod gekomen in de diepte-interviews met vertegenwoordigers van de 11 geselecteerde centra. Hierover zal in paragraaf 4.3 kort worden gerapporteerd. Ten derde is uitvoerig bestudeerd hoe op dit moment de relaties liggen tussen normering (bijvoorbeeld praktijkgrootte), werklast (aantal consulten) en de tijdsbesteding van huisartsen en fysiotherapeuten in gezondheidscentra. Paragraaf 4.4 toont de bevindingen. De daaropvolgende paragraaf betreft de vraag of deeltijd-werken invloed heeft op de werklast en de (verdeling van) de feitelijke werkuren van de huisartsen en fysiotherapeuten. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf met enkele concluderende opmerkingen.

### **4.2 Werkbelasting : begripsbepaling en eerder onderzoek**

In deze paragraaf wordt eerst ingegaan op het begrip werkbelasting, hoe het kan worden gedefinieerd en de manier waarop het in de praktijk kan worden gemeten. Daarna worden enkele resultaten uit eerder onderzoek gepresenteerd. Vervolgens wordt ingegaan op de factoren die de werkbelasting bepalen en waarmee dus rekening gehouden moet worden, wanneer richtlijnen worden vastgesteld.

#### **4.2.1 Wat is werkbelasting?**

Werklast, werkbelasting, werkdruk, drukte ... er blijken veel verschillende termen te bestaan die iets zeggen over de last van bepaalde werkzaamheden. Met grote regelmaat worden deze begrippen door elkaar gebruikt. In de literatuur wordt werkbelasting vaak gebruikt als een verzamelbegrip. Dikwijls wordt er een onderscheid gemaakt tussen objectieve en subjectieve aspecten.

In dit verband wordt ook wel gesproken in termen van respectievelijk werklast en werkdruk. Grunveld (1992) geeft echter aan hoe deze begrippen kunnen worden onderscheiden. Werklast is een objectief en niet persoonsgebonden begrip dat refereert naar de hoeveelheid werk die moet worden verricht en de tijd die dit werk kost. De objectieve werkbelasting (werklast) van huisartsen kan bijvoorbeeld worden uitgedrukt in de hoeveelheid tijd die aan patiëntencontacten wordt besteed, het aantal patiëntcontacten dat de huisarts heeft of het aantal patiënten waarvoor de huisarts verantwoordelijk is (Heiligers, 1997; Hutten, 1998). Bovendien dient rekening gehouden te worden met de feitelijke tijdsbesteding (aantal werkuren) en de beschikbaarheid. Hoewel de huisarts tijdens diensten niet voortdurend patiënten zal zien, moet hij of zij wel beschikbaar zijn en is daarom beperkt in het doen en laten. (Groenewegen en Hutten, 1994)

Werkdruk wordt in arbeidspsychologische zin gedefinieerd als ervaren werkbelasting (Grunveld, 1992; Arts e.a., 1997). Het gaat dus om subjectieve aspecten van werkbelasting of wel de persoonlijke beleving van de werkbelasting (Van der Ree, 1991). Dit geeft aan hoe zwaar iemand de werklast ervaart en wordt geoperationaliseerd als een aantal fysieke en psychosociale gevolgen, zoals gezondheid, verzuim of burn-out en tevredenheid of motivatie. Volgens Grunveld (1992) is dit een dynamisch begrip omdat het gekoppeld is aan de toestand van de individuele werknemer.

Het doel van dit onderzoek is na te gaan of er mogelijkheden zijn om een normwerkbelasting vast te stellen. Daarom gaat het hier alleen om de objectieve werkbelasting (werklast) van een huisarts of fysiotherapeut en niet om de subjectieve beleving. Wanneer de honorering van de hulpverleners namelijk niet meer gekoppeld is aan een bepaald aantal uren dat ze werken, maar aan een concrete taakstelling (bijvoorbeeld de zorg voor een bepaald praktijkaandeel) dienen objectieve gegevens te worden verzameld. De persoonlijke beleving van de hulpverleners is natuurlijk ook van belang, maar wordt bij dit onderzoek niet meegenomen.

#### **4.2.2 Hoe wordt werklast gemeten?**

Werklast kan op verschillende manieren worden uitgedrukt: het aantal patiënten, het aantal contacten, de lengte van deze contacten en het aantal gewerkte uren. De eerste twee maatstaven zijn betrekkelijk eenvoudig te achterhalen. In Nederland heeft elke huisartsenpraktijk patiënten die op naam staan ingeschreven. Bij solo-werkende huisartsen is dus duidelijk hoeveel patiënten de huisarts heeft, maar ook bij duo- of meermanspraktijken kan het individuele aandeel vaak eenvoudig worden bepaald door het aantal patiënten te delen door het aantal huisartsen. Voor huisartsen is door de Landelijke HuisartsenVereniging (LHV), de overheid en de zorgverzekeraars, vastgesteld dat een normpraktijk voor een full-time betrekking 2.350 patiënten omvat. Uit het onderzoek van Van den Hombergh e.a. (1997) blijkt dat huisartsen die 90% of meer werkten gemiddeld een grotere praktijk hadden: namelijk 2.515 patiënten. Ook uit het onderzoek van Heiligers e.a. (1997) blijkt dat wanneer werkbelasting wordt uitgedrukt in het aantal patiënten de gemiddelde praktijk groter is dan de normpraktijk. De huisarts heeft gemiddeld 2.382 patiënten op naam.

Mannelijke huisartsen hebben gemiddeld 2.484 patiënten op naam tegenover een gemiddelde van 1.699 voor de vrouwelijke huisartsen. Ook al hebben mannen en vrouwen een gelijke aanstelling dan blijken de mannen gemiddeld meer patiënten te hebben met uitzondering van de hele kleine aanstellingen van 0,2 tot 0,4 fte. Heiligers e.a. (1997) bekeken in hun onderzoek ook de verschillen tussen deeltijd- en voltijd werkende artsen. Ze vonden het volgende verschil in praktijkgrootte. Voor alle huisartsen is de verhouding 0,1 fte op 262 patiënten. Iemand die een halve aanstelling heeft heeft dus  $0,5 \times 262 = 1.310$  patiënten. Voor huisartsen in deeltijd geldt een andere verhouding (0,1 fte voor 287) dan voor voltijders (0,1 fte voor 255 patiënten). Dat wil zeggen dat de relatieve praktijkgrootte van deeltijd-huisartsen groter is dan die van huisartsen die voltijd werken. Er wordt door de onderzoekers echter niet aangegeven waardoor dit verschil te verklaren is.

Het aantal contacten is ook een betrekkelijk eenvoudige maat om iets te zeggen over de werklust. Met behulp van de praktijkagenda of een afsprakenboek kan worden nagegaan hoeveel contacten een huisarts op een dag heeft gehad (Foets en Van der Velden, 1990; Van den Hombergh e.a. 1997; Van der Ree, 1991). Van der Ree (1991) vond dat de huisartsen gemiddeld 28 patiënten per dag zagen. Hutten (1998) kwam op basis van gegevens uit de Nationale Studie op 98 contacten in de praktijk, 23 thuisvisites en 6 telefonische contacten per week.

Een derde maat om iets over de werklust van de huisarts te zeggen is de hoeveelheid tijd die aan verschillende taken wordt besteed. Om hierin inzicht te krijgen dient tijdsbestedingsonderzoek te worden gedaan. Een bekende manier van tijdsbestedingsonderzoek is de Multi-Moment-Opname (Grunveld, 1992). Dit houdt in dat met bepaalde regelmaat observatoren de activiteiten registreren waar iedere medewerker mee bezig is. Een alternatief is dat hulpverleners zelf bijhouden hoeveel tijd ze aan bepaalde activiteiten besteden. Hieronder volgt een aantal voorbeelden van tijdregistratie in de huisartsenpraktijk.

In de Nationale Studie die het NIVEL in 1987/88 in de huisartsenpraktijk uitvoerde betrof een belangrijk onderdeel de tijdsbesteding (Foets en Van der Velden, 1990). Hiervoor hebben 155 huisartsen een week lang, een dagboekje bijgehouden. Op een formulier waarop de tijdseenheden waren aangegeven konden ze per kwartier omschrijven met welke taken ze bezig waren geweest. Achteraf zijn deze taken verdeeld in categorieën: persoonlijke tijd, praktijktaken en professionele activiteiten buiten de praktijk. De praktijktaken zijn verdeeld in direct patiëntencontact (consulten, visites) en andere praktijk-gerelateerde activiteiten (administratie, na-/bijscholing, overleg). De niet-praktijkgebonden taken waren wetenschappelijk onderzoek doen, onderwijs geven en keuringen uitvoeren of consultatiebureau houden (Hutten, 1998).

Dijkema e.a. (1997) voerden in 1996 een onderzoek uit naar de werkdruk en praktijkorganisatie in een gezondheidscentrum. De assistentes en de huisartsen moesten een week lang tijd schrijven. Vooraf was geïnventariseerd welke taken ze normaal uitvoerden en deze werden verdeeld in verschillende categorieën. Voor de huisarts waren de hoofdcategorieën: spreekuur, andere contacten met patiënten, administratie, ad hoc overleg, vast overleg en diversen. Voor de centrumassistenten waren de hoofdcategorieën: balie, telefoon, lab/behandelkamer, huishoudelijk werk, administratie/organisatie, ad-hoc overleg, vast overleg en diversen.

Gedurende de dag kruisten ze elke vijf minuten aan welke taken ze de laatste vijf minuten hadden verricht.

In 1996 heeft het NIVEL een uitgebreid onderzoek uitgevoerd naar het deeltijdwerken door artsen (Heiligers e.a. 1997). Hiervoor heeft een groot aantal artsen (ruim 600 huisartsen en 2000 specialisten van zeven verschillende specialismen) meegedaan met een schriftelijke enquête over de mate waarin ze in deeltijd werken en hun mening over deeltijdbanen. In deze vragenlijst was een aantal vragen opgenomen over de tijdsbesteding van de artsen. Hierin werd gevraagd naar de omvang van het dienstverband, het aantal uren dat feitelijk wordt gewerkt en het aantal uren dat aan bepaalde taken wordt besteed. De huisartsen uit dit onderzoek konden dit aangeven voor 'patiëntengebonden werkzaamheden' en 'niet-patiëntgebonden werkzaamheden'. In dit onderzoek werd dus niet per dag 'tijd geschreven' maar is de betrokkenen achteraf gevraagd een schatting te maken.

Van den Hombergh (1997) heeft de werkbelasting bij 76 huisartsen die fulltime werkten gemeten. In het algemeen onderscheiden zij kernactiviteiten horend bij reguliere praktijkvoering en facultatieve activiteiten. Kernactiviteiten worden verdeeld in primaire (patiëntgebonden), secundaire (indirect patiëntgebonden), tertiaire (niet-patiëntgebonden, wel zorg betreffend) en quataire (niet-patiëntgebonden, niet zorg betreffend) activiteiten. De objectieve werkbelasting is dan het totaal aantal uren besteed aan de kernactiviteiten en de facultatieve activiteiten samen. Voor een schatting van het aantal uren dat per week aan direct patiëntencontact wordt besteed is het afsprakenboek geanalyseerd. Huisartsen moesten ook een schatting geven van deze tijd. Uiteindelijk is het gemiddelde genomen van de geobserveerde en geschatte tijd. Voor de andere activiteiten moesten huisartsen schatten hoeveel tijd ze er per week aan besteedden.

In de volgende tabel worden de resultaten uit de verschillende onderzoeken op een rijtje gezet. De verschillen in uitkomsten kunnen veroorzaakt worden door de manier waarop tijdsbesteding is gemeten (bijvoorbeeld door tijdschrijven of achteraf schattingen te geven door de huisartsen zelf) of door verschillen in definities van bepaalde categorieën activiteiten. Een goed voorbeeld is wat dat betreft het draaien van diensten in avond- en weekenduren. In sommige onderzoeken worden deze weggelaten bij het berekenen van de gemiddelde belasting per week, soms worden ze apart vermeld en soms valt de tijd besteed aan diensten gewoon onder de directe patiëntencontacten.

**Tabel 4.1 Tijdsbesteding van de huisarts aan bepaalde taken per week**

taak	Dijkema (1997) <sup>1</sup>	Hombergh (1997)	Heiligers (1997)	Hutten (1998)
direct patiëntcontact				
spreekuur	26.5	24.0	25.5	-
visite	4.2	9.0	9.6	-
overig	3.1	-	4.2 <sup>2</sup>	-
totaal	33.8	33.0	39.2	34.5
niet direct patiëntgebonden				
overleg	8.8	2.8	-	3.8
administratie	4.7	5.8	4.7	6.5
kwaliteitsbevordering/nascholing/overig	4.7	11.8 <sup>3</sup>	5.2	2.1
totaal	18.2	20.4	9.9	12.3
totale tijdsbesteding	52.0	49.4 <sup>4</sup>	49.1 <sup>5</sup>	46.8
aantal contacten	100	-	-	127 <sup>6</sup>
manier van registeren	T	S	S	T
aantal huisartsen	4	76	605	149

<sup>1</sup> omgerekend van percentage naar uur

<sup>2</sup> inclusief overlegtijd

<sup>3</sup> inclusief tijd aan diensten

<sup>4</sup> ten gevolge van missing values klopt optelling niet

<sup>5</sup> indien omgerekend naar fte 54,7

<sup>6</sup> spreekuurcontacten, visites en telefonische contacten

Opvallend is dat de huisarts in het onderzoek van Heiligers e.a. (1997) gemiddeld veel meer tijd aan direct patiëntencontact besteed (zo'n 5 uur meer) dan in de andere onderzoeken. Dit blijkt vooral samen te hangen met de hoeveelheid tijd die aan 'overige tijd' wordt besteed. In dit onderzoek wordt overleg over patiënten namelijk ook meegerekend als direct patiëntencontact, terwijl dat in de andere onderzoeken onder niet-direct patiëntencontact valt. In het totaal aantal uren dat huisartsen werken zit er weinig verschil tussen de resultaten van Heiligers en de andere onderzoeken. In het onderzoek van Hutten (1998) valt het aantal uren enigszins laag uit, maar dat ligt aan het feit dat deze cijfers niet gewogen zijn voor geografische spreiding (de plattelandspraktijken zijn enigszins oververtegenwoordigd) en voor praktijkvorm (de solopraktijken zijn ondervertegenwoordigd). Wanneer daar voor wordt gecontroleerd komt men tot een gemiddelde werkweek van 50 uur (Groenewegen en Hutten, 1994). Uit het onderzoek van Dijkema (1997) blijkt dit daarentegen iets hoger te liggen, maar hierbij moet worden opmerkt dat dit onderzoek slechts in één gezondheidscentrum heeft plaatsgevonden onder 4 huisartsen.

Het onderzoek van Heiligers e.a (1997) richt zich in eerste instantie op deeltijd werken onder artsen. Wat betreft de tijdsbesteding van deeltijders en voltijders komen zij tot de conclusie dat deze verschilt. Het blijkt dat voltijders gemiddeld een feitelijk werkweek van 52,9 uur hebben en deeltijders gemiddeld 37,7 uur. Als je dit laatste cijfer echter berekend op full-time basis hebben deeltijders een werkweek van 59 uur. Deeltijd huisartsen maken relatief gezien dus meer uren dan voltijders.

Verder bleek dat deeltijders relatief gezien meer tijd besteden aan zowel patiëntgebonden taken als aan niet-patiëntgebonden taken. Mannelijke deeltijders besteden relatief veel tijd aan niet-patiëntgebonden taken.

Omtrent de werklast en arbeidsuren van fysiotherapeuten is nog maar weinig onderzoek verricht. Bijlsma e.a. (1998) onderzochten de werklast van fysiotherapeuten werkzaam in algemene ziekenhuizen. Zij maakten onderscheid tussen direct patiëntgebonden werk, overig patiëntgebonden werk en indirect werk. Onder direct werk verstaan ze de daadwerkelijke behandeling, maar ook de wachttijd, overlegtijd met verpleging/arts, administratieve werkzaamheden ten behoeve van een patiënt en de overdracht van een patiënt aan collega's. Indirect werk heeft betrekking op niet-patiënt gebonden overleg, deskundigheidsbevordering, managementtaken, persoonlijke verzorging en overige taken. Door de betrokken fysiotherapeut is zelf bijgehouden hoeveel tijd aan de verschillende taken werd besteed. De onderzoekers vonden dat het aantal te behandelen patiënten voor een full-time klinische fysiotherapeut 384 patiënten per jaar is. 71% van de werktijd wordt besteed aan patiëntgebonden werk en 29% aan indirect werk.

Een uitgebreide schriftelijke enquête onder Nederlandse fysiotherapeuten liet zien dat extramuraal werkende fysiotherapeuten gemiddeld 31 uur per week werken waarvan zo'n 80% aan directe patiëntenzorg wordt besteed (Kersten e.a., 1997). Ook uit onderzoek van Pijnenborg e.a. (1998) blijkt dat het aantal uren dat door fysiotherapeuten wordt gewerkt de laatste jaren afneemt, namelijk gemiddeld 32 uur per week.

#### **4.2.3 Factoren die de werkbelasting bepalen**

Het aantal uren dat de huisarts werkt, het aantal contacten en de duur van de contacten is niet voor elke huisarts hetzelfde maar wordt door verschillende factoren bepaald. Groenewegen en Hutten (1995) onderscheiden de vraaggerelateerde factoren en de aanbiedersgerelateerde factoren. De vraag van patiënten heeft betrekking op de praktijkgrootte en samenstelling. De aanbiederskant betreft de manier waarop huisartsen zelf omgaan met hun werklast en de praktijkorganisatie (Groenewegen en Hutten, 1994; Groenewegen en Hutten, 1995).

##### *praktijkgrootte*

Uit gegevens die in de Nationale Studie zijn verzameld blijkt dat praktijkgrootte samenhangt met het aantal consulten en de tijd die in de praktijk is doorgebracht. Huisartsen met een groter aantal patiënten hebben meer consulten en werken meer uren in de praktijk. Dit blijkt vooral te liggen aan de patiëntgebonden activiteiten. Het aantal uren dat aan niet-patiëntgebonden werkzaamheden wordt besteed heeft geen verband met de praktijkgrootte (Hutten, 1998).

De relatie tussen praktijkgrootte en werklast is overigens niet volledig lineair, dat wil zeggen dat de werklast voor een populatie die twee keer zo groot is niet twee keer zo hoog is. Dit heeft diverse oorzaken die hieronder worden besproken. Daarnaast blijkt dat huisartsen in drukke praktijken kortere consulten hebben dan huisartsen in minder drukke praktijken. Dit betekent dat ze dus niet naar verhouding meer uren werken om meer contacten af te werken.

#### *praktijksamenstelling*

Niet alleen de praktijkgrootte is van belang, maar ook de samenstelling van de praktijk bij het bepalen van de werklast van een huisarts. Huisartsen in praktijken met meer dan 60% ziekenfonds-verzekerden waren meer tijd kwijt aan primaire taken zoals consulten en visites (Van den Hombergh, 1997). Groenewegen en Hutten (1994) vonden dat het percentage 75+ patiënten in de praktijk een positieve relatie heeft met het aantal uren directe patiëntenzorg.

Ook vonden ze dat huisartsen met een relatief groter percentage ziekenfondsverzekerden minder tijd blijken te besteden aan niet-patiëntgebonden werkzaamheden.

Mokkink e.a. (1993) hebben een groot aantal consulten geanalyseerd. Hieruit blijkt dat de leeftijd van de patiënten samenhangt met de duur van het consult: patiënten tussen de 40 en de 59 jaar hebben langere consulten. Daarnaast hebben hoger opgeleiden en mensen met alleen lagere school onderwijs ook een langere consultduur. Verhaak (1986) heeft een groot aantal consulten van huisartsen geanalyseerd en concludeert dat consulten met oudere mensen en vrouwen gemiddeld genomen meer tijd in beslag nemen. In het onderzoek van Hutten (1998) op basis van de Nationale Studie wordt een tweetal variabelen onderscheiden die de fluctuaties in werklast van huisartsen beïnvloeden. Bij huisartsen met een hoog percentage jonge kinderen (0-4 jr) en lager opgeleide patiënten in hun praktijk zijn grote verschillen gevonden in de dagelijkse werklast. Wanneer huisartsen relatief meer particulier verzekerden in hun praktijk hebben is de relatie tussen werklast en het aantal uren besteed aan directe patiëntenzorg sterker. Dit heeft te maken met het verschil in het honoreringssysteem van ziekenfonds- en particulier verzekerden. Bij particulier verzekerden bestaat er een directer verband tussen de werktijd en inkomen omdat die per consult betalen in tegenstelling tot het abonnementsysteem van ziekenfondsverzekerden.

#### *praktijkorganisatie*

Wat betreft de praktijkorganisatie kan veel van de praktijkassistentie afhangen. Honderd procent of meer assistentie heeft een positieve invloed op de bereikbaarheid, spreekuurorganisatie en toegankelijkheid, gebruik van voorlichtingsmateriaal, toegankelijkheid van voorlichtingsmateriaal en organisatie van de preventie (Van den Hombergh, 1997). Bovendien kan de huisarts ook eenvoudige medische handelingen delegeren naar de centrumassistenten. Steeds vaker komt het voor dat assistentes een eigen diabetespreekuur hebben, uitstrijkjes maken of wratten weghalen. Overigens kan delegatie slechts beperkt tot taakverlichting leiden. Wanneer de centrumassistenten het zelf druk hebben, moet de huisarts bepaalde taken toch weer zelf terugnemen (Konings en Van der Rijdt 1997). In gezondheidscentra zouden in theorie de huisartsen onderling de werklast kunnen verdelen, maar in praktijk blijkt dat wat betreft de directe patiëntenzorg hiervan weinig sprake is. In de meeste centra zijn de huisartsen per praktijk volledig zelf verantwoordelijk voor het afhandelen van patiëntvragen.

Hutten (1998) onderzocht onder andere 'de allocatie van tijd': de serie keuzes die een huisarts maakt om met een bepaalde mate van werkbelasting om te gaan. Dit kan zijn meer uren werken, minder uren besteden aan andere werkzaamheden in de praktijk of behandelingen uitstellen of alternatieven kiezen die minder tijd kosten. In duo- en groepspraktijken bespaart de huisarts meer op de consultduur wanneer hij/zij het druk heeft dan in solopraktijken. Huisartsen met een hoge werklast besteden minder tijd aan bij- en nascholing.

Uit het onderzoek van Konings en Van der Rijdt (1997) blijkt verder dat de centra in hun praktijkorganisatie een aantal zaken zodanig regelen dat de werklast verminderd wordt. De selectie van de zorgvraag bij assistentes leggen wordt in het algemeen als niet-wenselijk gezien, maar in tijden van drukte is urgentie wel acceptabel. In veel gezondheidscentra moeten patiënten 's ochtends voor een bepaalde tijd een afspraak maken om dezelfde dag terecht te kunnen. Als de dag volloopt met afspraken, kunnen de patiënten die geen urgente problemen hebben pas een dag later terecht. De ervaringen met inloopsprekuren zijn wisselend (slechts eenderde van de centra heeft overigens een dergelijk spreekuur). Patiënten met minder ernstige klachten kunnen eerder en sneller geholpen worden, maar de spreekuren zijn onvoorspelbaar en lopen vaak uit. Groenewegen en Hutten (1994;1995) concludeerden dat inloopsprekuren een duidelijk verband hielden met werklast. Huisartsen zonder een inloopsprekuren hadden minder patiëntencontacten in de praktijk.

#### *kenmerken huisarts*

Mokkink e.a. (1993) benadrukken dat de huisarts zelf in belangrijke mate de consultduur bepaalt. De persoonlijke kenmerken en de werkstijl van de huisarts zijn hierbij van groot belang. Er zijn huisartsen die over het algemeen meer een 'doener' zijn en huisartsen die een 'minimum-werkstijl' hebben. Aangezien voor de hoogte van de werklast ook het aantal patiënten dat wordt terugbesteld van belang is, beveelt Van der Ree (1991) aan kritischer te zijn in het terugbestellen van patiënten. Bovendien zouden de terugbestellingen beter moeten worden georganiseerd.

Op basis van bovenstaande onderzoeksresultaten kan worden geconcludeerd dat werkbelasting samenhangt met kenmerken van de vraagkant, met name de praktijkgrootte en de praktijksamenstelling. Ouderen, ziekenfondsverzekerden, kinderen tussen de 0 en 4 jaar en patiënten met een lagere opleiding zorgen over het algemeen voor een relatief grotere werkbelasting. Kenmerken van de aanbods kant zijn ook van invloed op de werkbelasting. De praktijkorganisatie zoals mogelijkheden voor delegatie en spreekuursvorm alsook enkele persoonlijke kenmerken van de huisarts zijn hierbij van belang.

### **4.3 Ideeën over normwerkbelasting: diepte-interviews**

In het vorige hoofdstuk is reeds uitvoerig ingegaan op de resultaten van de diepte-interviews die met vertegenwoordigers van 11 gezondheidscentra zijn gehouden. Daarbij ging het voornamelijk om het deeltijdwerken. Er is in deze gesprekken echter ook over de normwerkbelasting gesproken. In deze paragraaf wordt hiervan beknopt verslag gegeven. Het



was de bedoeling te achterhalen welke gedachten er op dit moment in de centra zelf leven met betrekking tot normering van werklast en de feitelijke werklast.

De meeste centra bleken zelf reeds uit te gaan van een normpraktijk voor huisartsen om het aantal fte's dat een centrum nodig heeft vast te stellen. Toen er nog sprake was van een 38-urige werkweek gold bij alle centra een norm van 2000 patiënten. De invoering van de 36-urige werkweek heeft tot grotere variatie tussen de centra geleid: één centrum ging uit van een norm van 1700 patiënten per full-time huisarts, terwijl dat in een ander centrum op 1900 was gesteld. Daarbij, zo werd herhaaldelijk in de interviews aangegeven, is ook rekening gehouden met de praktijkpopulatie. Centra in achterstandsgebieden kunnen bijvoorbeeld de toeslag die zij ontvangen gebruiken om het aantal patiënten per huisarts te verminderen.

Het aantal fte fysiotherapie dat in een centrum werkzaam is, is meestal gebaseerd op een inschatting van het aantal behandelingen dat zal worden verricht. Hierbij wordt uitgegaan van de normering van de zorgverzekeraars, namelijk dat een zitting of behandeling van een patiënt gemiddeld 23 minuten kost. In de meeste centra wordt echter in de praktijk een norm gehanteerd van 30 minuten per behandeling.

Uit de meeste gesprekken kwam naar voren dat de gehanteerde normen niet adequaat zijn en niet in verhouding staan met de werkelijke werklast. Vaak is genoemd dat de werklast in de afgelopen jaren enorm is toegenomen: vooral door een stijgende vraag en een sterkere druk vanuit de patiënten: mensen eisen bijvoorbeeld langere consulten. Die toegenomen werklast is niet gecompenseerd door een verlaging van de praktijknorm. Daarnaast is genoemd dat de normering te weinig rekening houdt met tijd voor niet-direct-patiënt-gebonden activiteiten zoals overleg, bij- en nascholing. Vooral bij de fysiotherapeuten wordt dit als een groot probleem gezien. Dit alles leidt ertoe dat, volgens de meeste respondenten, het aantal feitelijke werkuren niet in verhouding staat tot het aantal contract-uren waarvoor wordt betaald.

#### **4.4      Praktijkgrootte, werklast en werktijd: resultaten van het tijdsbestedingsonderzoek**

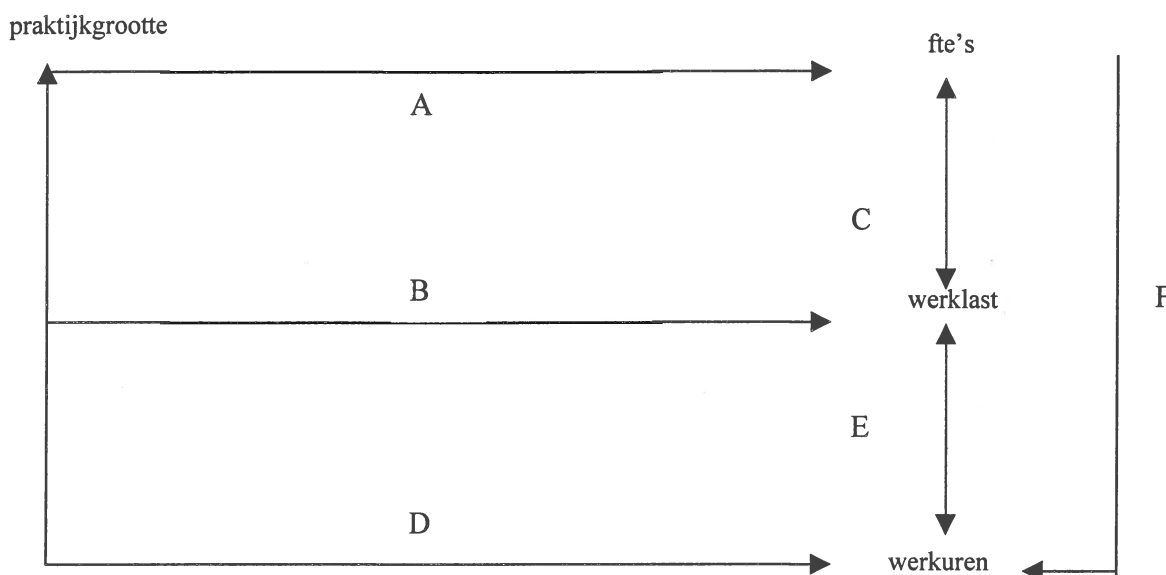
##### **4.4.1    Conceptueel schema**

In deze paragraaf wordt bekeken hoe de relatie tussen praktijknormering, werklast en aantal werkuren er in de realiteit uitziet. Daarbij zullen stapsgewijs de eerste twee onderzoeksvragen worden beantwoord:

- Welke relatie is er tussen de omvang van de patiëntenpopulatie op centrum-niveau en de omvang van de aanstellingen (totaal aantal fte's van huisartsen en fysiotherapeuten) in gezondheidscentra? In hoeverre zijn er verschillen tussen loondienst- en niet-loondienstcentra?
- Welke relatie is er tussen de werklast van individuele huisartsen en fysiotherapeuten en hun feitelijke werkuren in de loondienstcentra?

Het gaat daarbij om de relaties die in het onderstaand schema zijn weergegeven.

Schema 4.1



In het onderstaande kader wordt kort weergegeven hoe de centrale begrippen in dit deelonderzoek zijn geoperationaliseerd.

Praktijkgrootte	: omvang van de patiëntenpopulatie op centrumniveau
Fte	: formele werkuren
Werkuren	: feitelijke werkuren per week
Werklast	: het aantal contacten per week gewogen naar het soort contact. (spreekuur: 1, visites: 2, telefonisch contact: ½)

In de vorige paragraaf is reeds aangegeven dat het aantal fte huisarts per centrum wordt berekend op basis van het aantal ingeschreven patiënten. Dit veronderstelt dat er op centrumniveau een sterke relatie moet zijn tussen deze beide kenmerken (relatie A). Voor de fysiotherapeuten is de relatie minder relevant omdat de normering bij hen niet gebaseerd is op het aantal ingeschreven patiënten maar op het aantal behandelingen. Vanzelfsprekend wordt het aantal behandelingen mede bepaald door het aantal patiënten dat in het centrum staat ingeschreven, maar het is bekend dat de patiëntenpopulaties van huisartsen en fysiotherapeuten in één gezondheidscentrum niet volledig overlappen (Ros e.a, 1996). Omdat de benodigde gegevens afkomstig zijn van de jaarlijkse NIVEL-registratie van gezondheidscentra, is het mogelijk om een onderscheid te maken tussen loondienstcentra en niet-loondienstcentra met subsidie (BSG of ZGS) en samenwerkingsverbanden die geen subsidie ontvangen.

Vervolgens wordt nagegaan in hoeverre er een relatie is tussen de normering (de omvang van de patiëntenpopulatie) en de werklast van huisartsen (relatie B). Werklast is gemeten als het aantal contacten dat een huisarts gedurende een normale werkweek heeft gehad. Daarbij is rekening gehouden met het soort contact. Visites wegen 2 maal zo zwaar mee als contacten in de praktijk en telefonische contacten voor de helft. Wederom is praktijkgrootte voor de fysiotherapeuten minder relevant. De vraag of er een samenhang is tussen de fte's van een hulpverlener en zijn of haar werklast (relatie C) kan zowel voor de fysiotherapeuten als voor de

huisartsen worden beantwoord. Vervolgens gaan we bij de huisartsen kijken of de praktijkgrootte een relatie heeft met het aantal feitelijke werkuren (relatie D). Daarbij zal een onderscheid worden gemaakt tussen direct-patiënt-gebonden activiteiten en de tijd die aan directe patiëntenzorg wordt besteed. De volgende stap betreft de samenhang tussen de werklast van zowel huisartsen als fysiotherapeuten en het aantal uren dat men per week werkt (relatie E). Tenslotte wordt bestudeerd of het aantal formele uren (omvang van de aanstelling) iets zegt over de feitelijke werkuren bij beide beroepsgroepen (relatie F).

Steeds als er een nieuwe variabele wordt toegevoegd in een analyse-stap worden eerst beschrijvende statistieken gepresenteerd.

#### 4.4.2 Praktijkgrootte en fte's

In deze paragraaf staat de relatie centraal tussen het omvang van de patiëntenpopulatie en het aantal formatieplaatsen. Daarbij wordt nagegaan of centra waar huisartsen in loondienst werken op dit punt te vergelijken zijn met andere centra waar huisartsen niet in loondienst werken. In de onderstaande tabel is te zien dat loondienstcentra een beduidend kleiner aantal patiënten hebben dan de andere centra, maar het grootste aantal huisartsen per centrum. Dit betekent dat het aantal patiënten per fte in loondienstcentra beduidend lager ligt dan in centra met zelfstandig gevestigde huisartsen. In de samenwerkingsverbanden die geen aanvullende subsidie ontvangen hebben de huisartsen de meeste ingeschreven patiënten per fte. Bij de fysiotherapie liggen deze verhoudingen wat anders. In de samenwerkingsverbanden zonder subsidies zijn gemiddeld veel meer fysiotherapeuten werkzaam dan in de gesubsidieerde gezondheidscentra. Dit komt ook tot uiting in het aantal ingeschreven patiënten per fte. Zoals eerder is gemeld zegt dit niet zoveel omdat fysiotherapeuten ook patiënten behandelen die bij andere huisartsen staan ingeschreven. Het is waarschijnlijk dat met name in niet-gesubsidieerde samenwerkingsverbanden de overlap tussen de patiëntenpopulatie van huisartsen en fysiotherapeuten minder groot is dan in de gesubsidieerde centra.

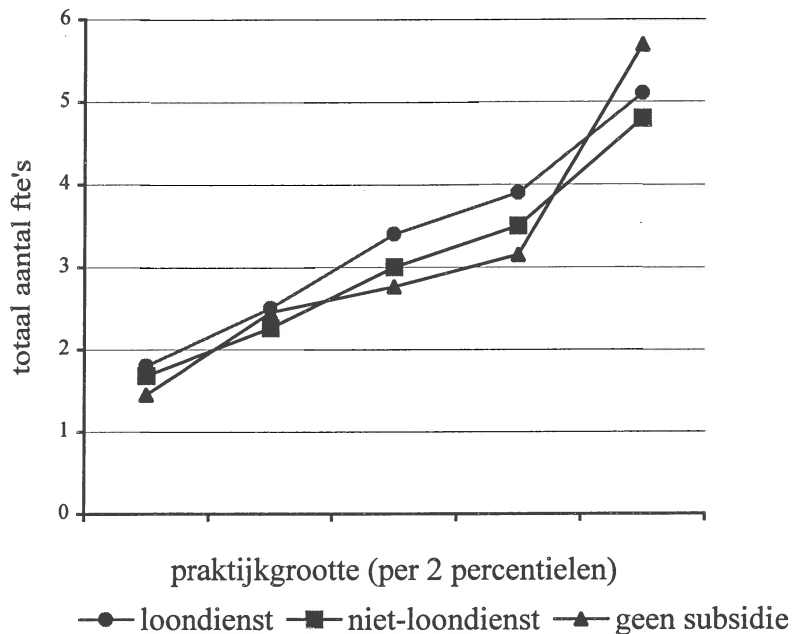
**Tabel 4.2 Gemiddelde omvang van de patiëntenpopulatie, huisartsen en fysiotherapeuten in gezondheidscentra, 1998**

	Loondienst + subsidie (n=64)	Niet- loondienst + subsidie (n=49)	Niet-loondienst + geen subsidie (n=35)
Omvang van de patiëntenpopulatie	6897	8050	8053
Huisartsen:			
- totaal aantal	4,64	4,22	3,85
- totaal fte's	3,20	3,29	3,13
- patiënten per fte	2155	2446	2573
Fysiotherapeuten:			
- totaal aantal	3,87	3,68	4,71
- aantal fte's	2,46	2,68	3,20
- patiënten per fte	2804	3000	2500

Bron: NIVEL-peiling, januari 1998

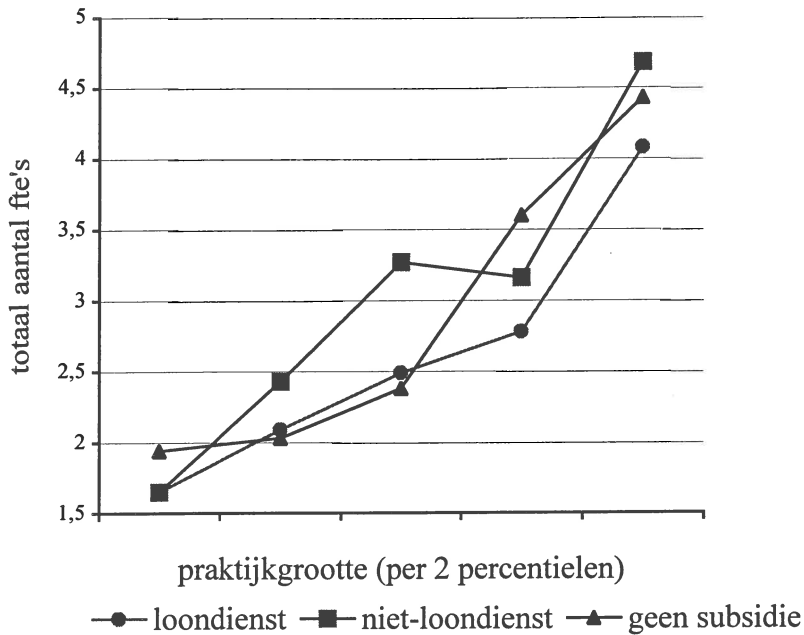
In de volgende grafiek is de relatie weergegeven tussen de omvang van de patiëntenpopulatie en het totaal aantal fte's huisartsen op centrum-niveau. Het blijkt dat die bijna volledig lineair verloopt: over alle gezondheidscentra was Pearson's correlatiecoëfficiënt ( $r$ ) 0,93. Er is in dit opzicht nauwelijks verschil tussen de drie soorten samenwerkingsverbanden.

**Figuur 4.1** De relatie tussen de omvang van de patiëntenpopulatie en het aantal fte huisartsen per gezondheidscentrum



Ondanks de eerder genoemde beperkingen zijn ook de omvang van de patiëntenpopulatie en het aantal fte fysiotherapeuten dat werkzaam is in een centra aan elkaar gerelateerd (zie figuur 4.2). Zoals verwacht is deze relatie veel minder sterk dan bij de huisartsen maar absoluut gezien zijn de gevonden correlaties toch behoorlijk sterk:  $r = 0,66$  over alle centra. De correlatie is het laagst bij de samenwerkingsverbanden zonder subsidie.

**Figuur 4.2** De relatie tussen de omvang van de patiëntenpopulatie en het aantal fte fysiotherapeuten per gezondheidscentrum



Op basis van deze analyses kan worden geconcludeerd dat huisartsen in loondienstcentra kleinere praktijken hebben dan vrijgevestigde huisartsen in andere samenwerkingsverbanden. De samenhang tussen de omvang van de patiëntenpopulatie en het aantal fte's verschilt echter niet tussen de drie typen centra. Dat wil zeggen dat een centrum dat bijvoorbeeld twee maal zo veel patiënten heeft dan een ander centrum, ook twee maal zoveel huisarts-formatieplaatsen heeft. Er is sprake van eenzelfde soort normeringsmechanisme in de verschillende typen centra.

Voor fysiotherapeuten ligt dit moeilijker omdat er bij hen niet sprake is van een vaste praktijkpopulatie. Natuurlijk zal er een grote mate van overlap bestaan tussen de omvang van de patiëntenpopulatie bij de huisartsenpraktijk en die van de fysiotherapeuten in het samenwerkingsverband, maar fysiotherapeuten behandelen ook andere patiënten. Het lijkt erop dat er minder overlap is in de niet-loondienstcentra (met of zonder subsidie).

#### 4.4.3 Praktijkgrootte, fte en werklast

In deze paragraaf wordt de werklast van de huisartsen en fysiotherapeuten in de loondienstcentra behandeld. Zoals eerder is beschreven is werklast gedefinieerd in termen van het aantal contacten of behandelingen dat per week wordt verricht. De gegevens zijn afkomstig uit de dagboekjes die 41 huisartsen en 28 fysiotherapeuten uit 10 gezondheidscentra gedurende één normale werkweek hebben bijgehouden.

De huisartsen registreerden gemiddeld 77 contacten in de praktijk, 6 visites en 23 telefonische contacten (zie tabel 4.3). Er zijn wel duidelijk verschillen tussen de huisartsen maar die hangen voor een groot deel samen met de omvang van de aanstellingen.

**Tabel 4.3 Het gemiddeld aantal contacten per week van huisartsen in loondienst van 10 gezondheidscentra (n=41)**

	Gemiddeld aantal contacten	minimum	maximum	gemiddeld op fulltime basis
contacten in de praktijk	77	41	182	119
visites	6	1	24	9
telefonische contacten	23	7	51	34

In de laatste kolom is berekend wat het gemiddeld aantal contacten zou zijn als iedereen full-time zou werken.

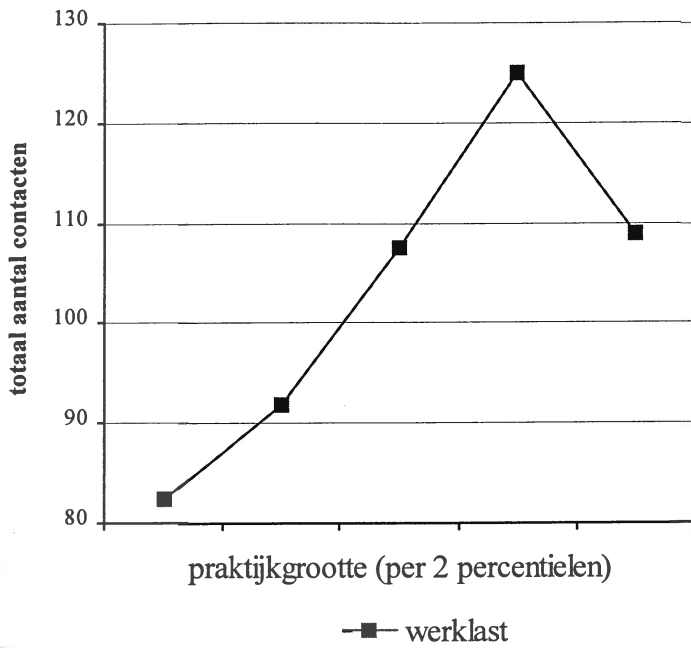
De werklast van fysiotherapeuten is in de volgende tabel weergegeven. Gemiddeld hebben zij 40 contacten of behandelingen per week in de praktijk, 3 behandelingen bij de patiënt thuis en 13 maal een telefonische contact. In de laatste kolom is wederom berekend wat de werklast zou zijn als iedereen full-time zou werken.

**Tabel 4.4 Het gemiddeld aantal behandelingen/contacten per week van fysiotherapeuten in loondienst van 10 gezondheidscentra (n=28)**

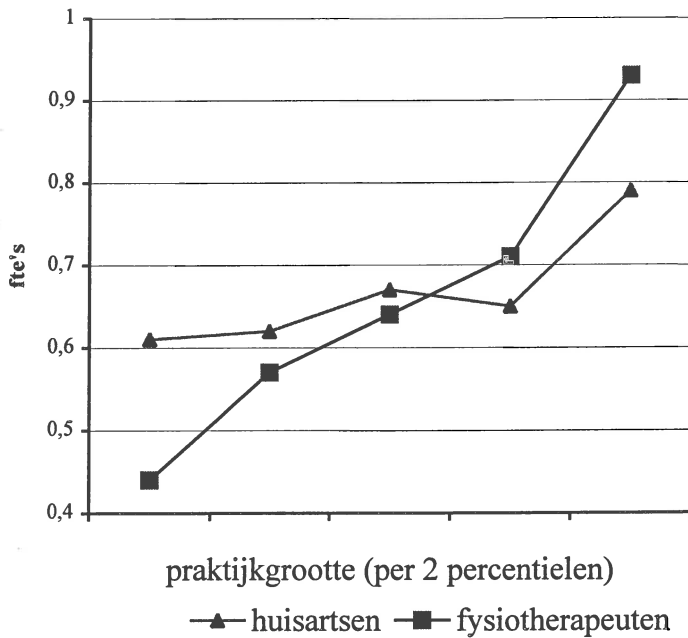
	Gemiddeld aantal contacten	minimum	maximum	gemiddeld op fulltime basis
contacten in de praktijk	40	12	66	67
visites	3	0	10	6
telefonische contacten	13	0	44	18

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is het van belang om na te gaan in hoeverre er een duidelijke relatie bestaat tussen de omvang van de aanstelling en de werklast. Bij de huisartsen is het ook relevant om de relatie tussen praktijkgrootte en werklast in ogenschouw te nemen. De onderstaande figuur laat zien dat die relatie niet zo sterk is ( $r = 0,30$ , niet-significant).

**Figuur 4.3** De relatie tussen de praktijkgrootte en de werklast voor huisartsen in loondienst van een gezondheidscentrum (n=41).



**Figuur 4.4** De relatie tussen werklast en fte voor huisartsen en fysiotherapeuten in loondienst van 10 gezondheidscentra apart weergegeven.



In figuur 4.4 is de relatie tussen werklast en fte bij huisartsen en fysiotherapeuten apart weergegeven. Het blijkt dat er een duidelijk verschil is tussen beide beroepsgroepen. De relatie is bij de huisartsen statistisch niet significant ( $r = 0,42$ ). Dat wil zeggen dat we op basis van deze gegevens niet hebben kunnen aantonen dat er een eenduidige relatie is tussen fte en werklast. Bij de fysiotherapeuten is de relatie echter veel sterker en statistisch wel significant ( $r = 0,75$ ). Dat betekent dus dat de werklast bij fysiotherapeuten een duidelijkere verband heeft met de omvang van de aanstellingen dan bij de huisartsen.

#### 4.4.4 Fte, werklast en werkuren

In deze paragraaf worden de laatste stappen in de analyse genomen. Centraal is daarbij de vraag in hoeverre het formele aantal werkuren en werklast worden gereflecteerd in het aantal uren dat huisartsen en fysiotherapeuten reëel werken. Daarbij zal ook gekeken worden naar het verschil tussen het aantal uren dat aan directe patiëntenzorg wordt besteed en de tijd voor overige activiteiten.

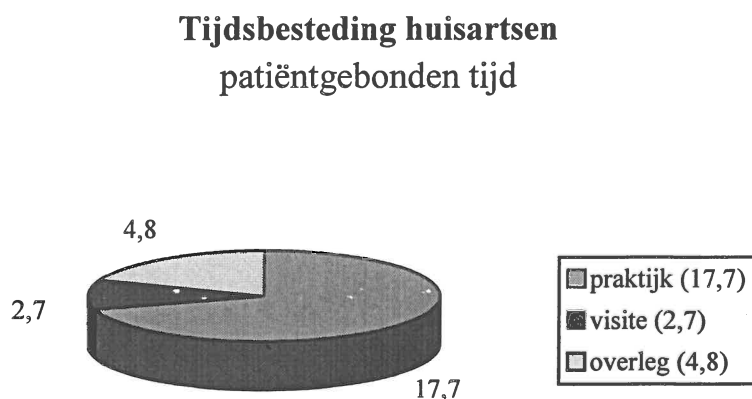
**Tabel 4.5 Tijdsbesteding van huisartsen in loondienst van een gezondheidscentrum, gemiddeld aantal werkuren gedurende normale werkweek (n=41)**

	Gemiddeld	minimum	maximum	gemiddeld op fulltime basis
Totale werktijd	36*	16	60	55
Patiëntgebonden tijd	25	13	45	38
Overige tijd	8	0	32	14

\* Inclusief keuringen en CB-activiteiten

De huisartsen die aan het tijdsbestedingsonderzoek hebben meegewerkt hadden een gemiddelde werkweek van 36 uur. Bijna 80% van die tijd is besteed aan direct patiënt-gebonden activiteiten. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt in een drietal categorieën: consulten met patiënten in de praktijk, het afleggen van visites bij de mensen thuis en overleg over individuele patiënten. In de volgende figuur is de verdeling van de arbeidstijd over deze drie categorieën weergegeven.

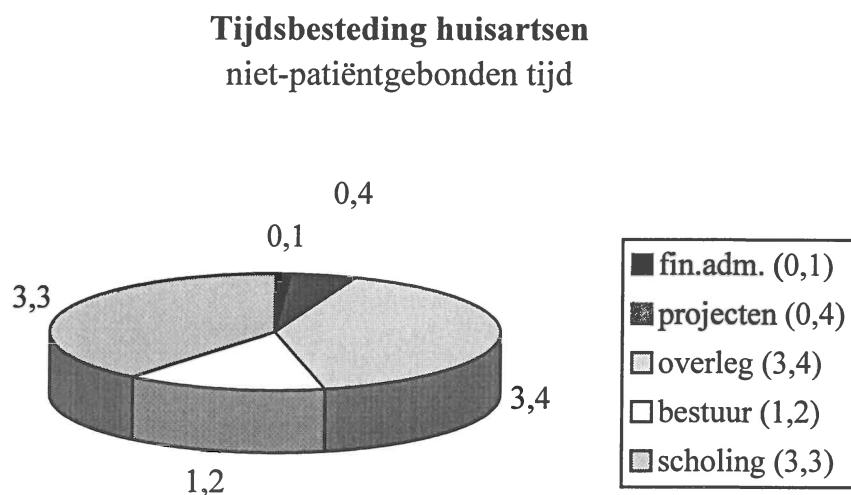
**Figuur 4.5 Tijd besteed aan patiënten door huisartsen in loondienst van een gezondheidscentrum (n=41) onderverdeeld in drie categorieën: consulten, visites en telefonisch contact.**





De consulten in de praktijk nemen de meeste tijd in beslag (gemiddeld bijna 18 uur), terwijl voor visites ongeveer 3 uur per week wordt uitgetrokken. Verder blijkt dat ongeveer 1/5 deel van de direct-patiënt-gebonden werkuren wordt besteed aan overleg over individuele patiënten. De 8 uren die huisartsen gemiddeld per week besteden aan de overige activiteiten zijn in de onderstaande figuur opgesplitst in een vijftal deel-activiteiten. Een relatief groot aantal uren wordt besteed aan overleg en bij- en nascholing. Hier gaat het om meer algemene vormen van overleg (niet over individuele patiënten), bijvoorbeeld met de centrumassistenten, andere huisartsen en andere disciplines (binnen en buiten het centrum). Gemiddeld wordt er ook één uur per week aan bestuurstaken besteed, maar daar moet bij worden opgemerkt dat er een grote mate van variatie tussen de huisartsen met betrekking tot dit aspect is: de meeste huisartsen (80%) doen geen of nauwelijks bestuurstaken, een paar heel veel (één arts zelfs meer dan 25 uur). Dit zijn waarschijnlijk huisartsen die tevens centrumcoördinator zijn. Ook bij deelname aan preventieprojecten en protocolontwikkeling (gemiddeld een half uur per week) en bij- en nascholing (gemiddeld drie uur per week) zien we grote verschillen tussen de huisartsen. Tenslotte valt op dat huisartsen in loondienstcentra nauwelijks tijd besteden aan de financiële administratie.

**Figuur 4.6.** Tijd besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten door huisartsen in loondienst van een gezondheidscentrum (n=41)



In de volgende tabel wordt een overzicht gegeven van de tijdsbesteding van de fysiotherapeuten die werkzaam zijn bij de 10 geselecteerde gezondheidscentra. Hun gemiddelde werkweek bedraagt 30 uur. Hiervan wordt 80% aan directe patiëntenzorg besteed.

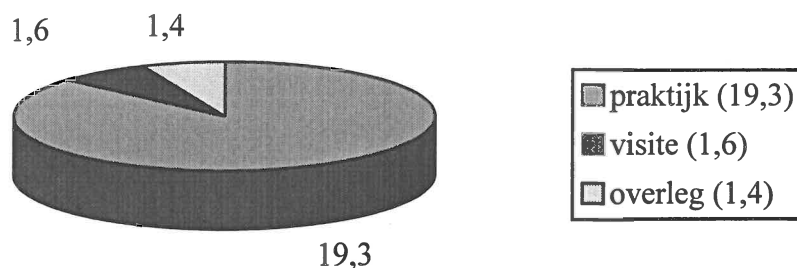
**Tabel 4.6 Tijdsbesteding van fysiotherapeuten in loondienst van gezondheidscentra (n=28), gemiddeld aantal werkuren gedurende een normale werkweek.**

	Gemiddeld	minimum	maximum	gemiddeld op fulltime basis
Totale werktijd	30	9	54	50
Patiëntgebonden tijd	22	8	35	38
Overige tijd	6	0	23	10

De direct-patiënt-gebonden uren kunnen worden opgesplitst in behandelingen in de praktijk, behandelingen bij de patiënten thuis en overleg over een individuele patiënt. (zie figuur 4.7) Meer dan 85% van de tijd wordt aan de handeling van patiënten in de praktijk besteed.

**Figuur 4.7 Tijd besteed aan patiënten door fysiotherapeuten in loondienst van een gezondheidscentrum (n=28) onderverdeeld in drie categorieën: consulten, visites en telefonisch contact.**

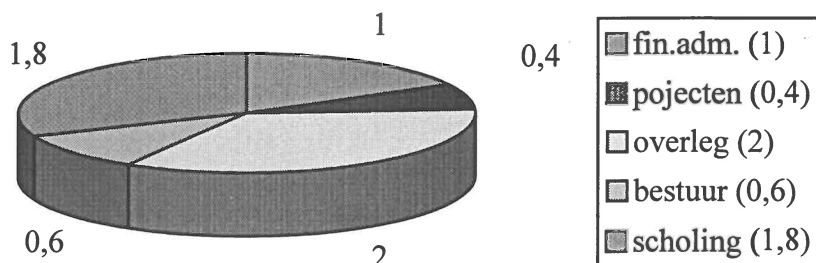
### Tijdsbesteding fysio's patiëntgebonden tijd



De volgende figuur toont de uitsplitsing van de uren niet-patiënt-gebonden activiteiten. Net zoals bij de huisartsen bestaat dit voor het grootste gedeelte uit overleg en bij- en nascholing. Fysiotherapeuten besteden, in tegenstelling tot de huisartsen, echter wel relatief veel tijd aan de financiële administratie (gemiddeld 1 uur per week: meer dan 15% van het totaal aantal uren niet-direct-patiënt-gebonden activiteiten).

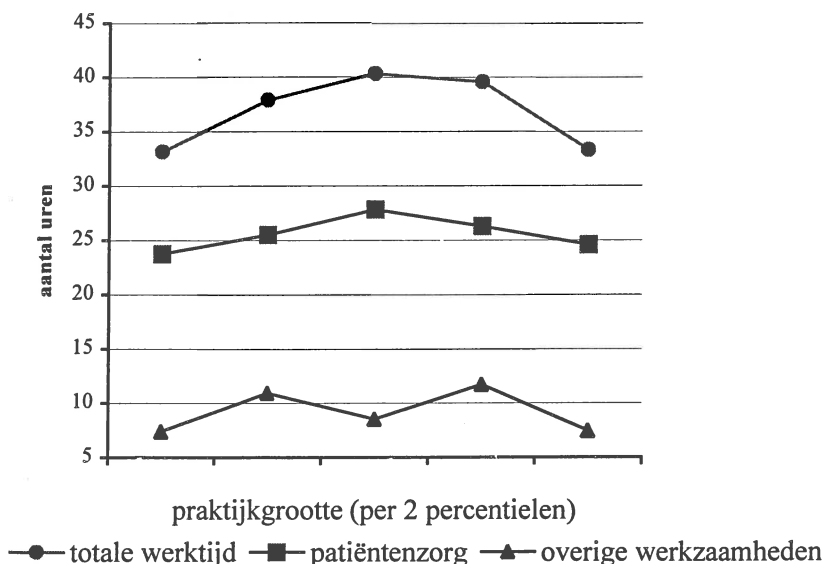
**Figuur 4.8** Tijd besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten door fysiotherapeuten in loondienst van een gezondheidscentrum (n=28).

### Tijdsbesteding fysio's niet-patiëntgebonden tijd

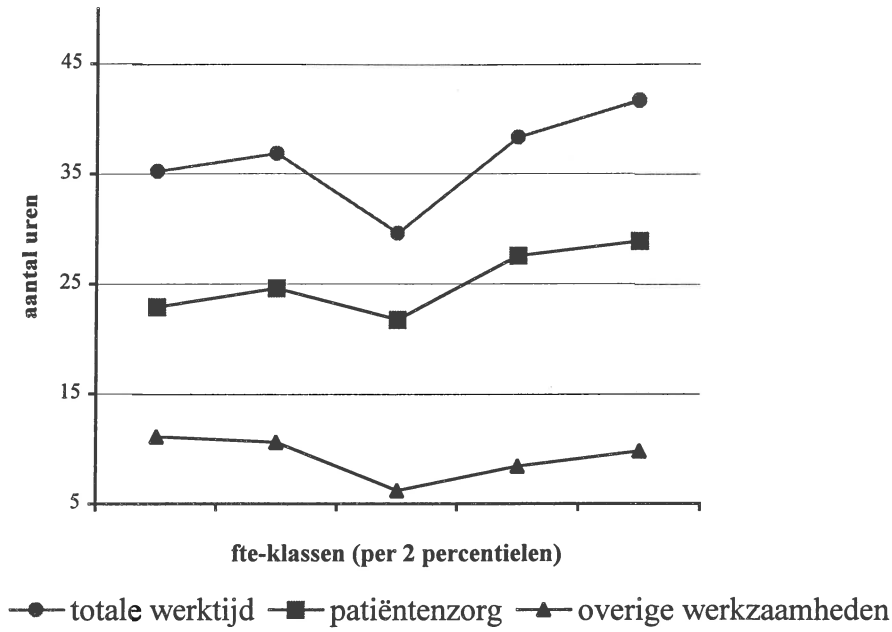


Dan zijn we nu toe gekomen aan de vraag in hoeverre de feitelijke werkuren van huisartsen samenhangen met het aantal formele werkuren (fte's) en de werklast. De volgende figuur laat zien dat de omvang van de patiëntenpopulatie op geen enkele wijze een relatie heeft met de reële werkuren ( $r=-0,06$  voor het totaal,  $r=0,01$  voor directe patiëntenzorg en  $r=-0,09$  voor de overige werkzaamheden: alle correlaties zijn niet significant). Er is wel een significante relatie gevonden tussen het aantal fte's van een huisarts en de feitelijke tijd die hij of zij aan directe patiëntenzorg besteed ( $r=0,43^{**}$ ). Het aantal werkuren hing echter het sterkst samen met de werklast (het aantal contacten dat een huisarts gedurende een week heeft geregistreerd ( $r=0,47^{**}$ ). Dit is echter volledig terug te voeren op de tijd die direct aan patiëntenzorg werd besteed ( $r=0,70^{**}$ ); werklast toonde geen enkele samenhang met het aantal uren dat aan andere activiteiten werd besteed.

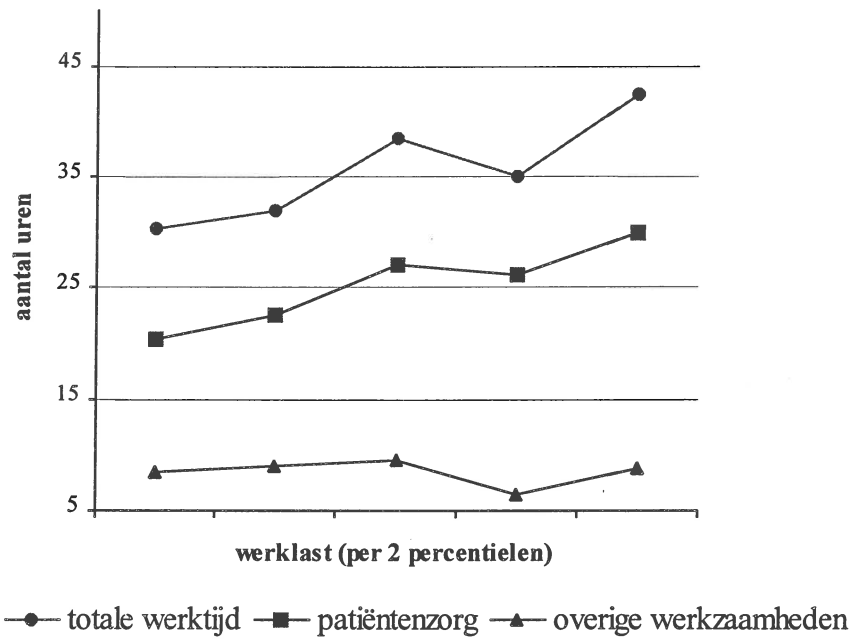
**Figuur 4.9** De relatie tussen het reële aantal werkuren en de omvang van de patiëntenpopulatie bij huisartsen in loondienst bij een gezondheidscentrum (n=41)



**Figuur 4.10** De relatie tussen het reële aantal werkuren en fte's voor huisartsen in loondienst bij een gezondheidscentrum (n=41).

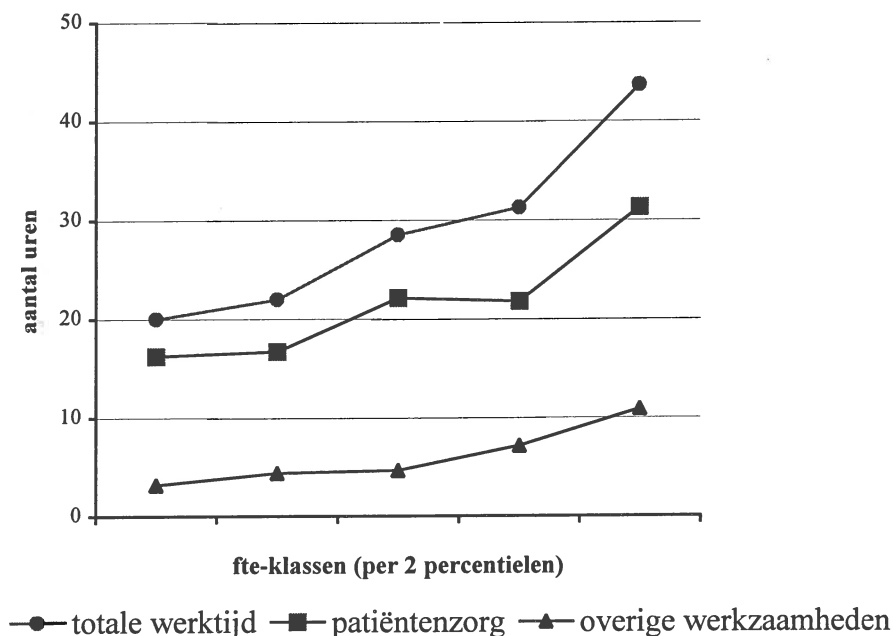


**Figuur 4.11** De relatie tussen het reële aantal werkuren en de werklast voor huisartsen in loondienst bij een gezondheidscentrum (n=41).

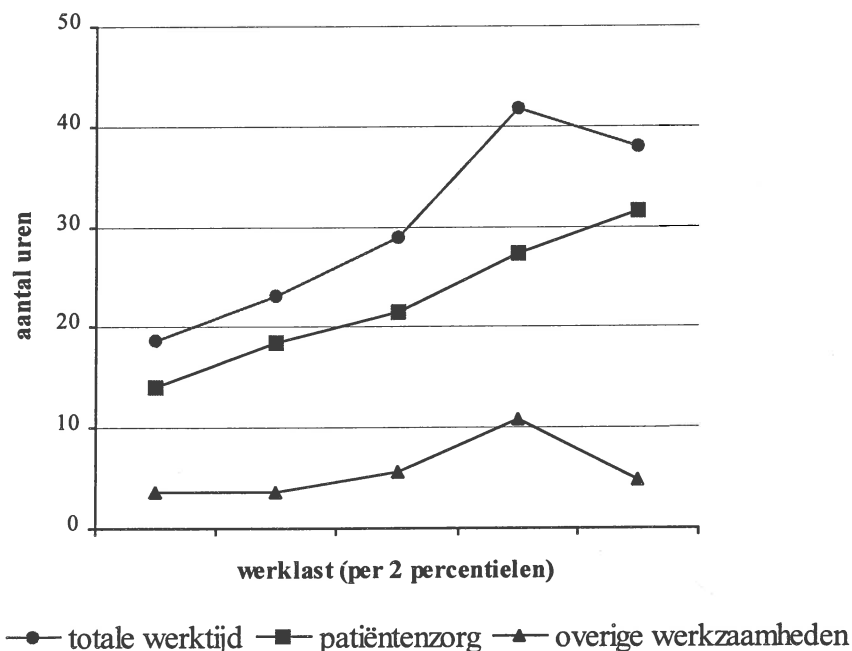


Bij de fysiotherapeuten waren de resultaten iets anders. Ook bij hen bleek er een sterke relatie te bestaan tussen aan de ene kant het aantal fte's en de werklast en aan de andere kant het aantal uren dat aan directe patiëntenzorg werd besteed (respectievelijk  $r=0,72^{**}$  en  $r=0,84^{**}$ ). Hoewel statistisch niet significant, is er ook een sterke positieve relatie gevonden tussen het aantal formele werkuren en de tijd voor overige activiteiten ( $r=0,51$ ), bij werklast lag die wat lager ( $r=0,25$ ).

**Figuur 4.12** De relatie tussen het reële aantal werkuren en fte's voor fysiotherapeuten in loondienst bij een gezondheidscentrum (n=28).



**Figuur 4.13** De relatie tussen het reële aantal werkuren en de werklast voor fysiotherapeuten in loondienst bij een gezondheidscentrum (n=28)



Op basis van de gegevens uit deze paragraaf kunnen we concluderen dat de totale werktijd van huisartsen in loondienstcentra niet afwijkt van landelijke cijfers. Natuurlijk werken zij gemiddeld minder uren: 36 uur versus 49 (Heiligers e.a., 1997; Groenewegen en Hutten, 1994; Van den Hombergh, 1997) maar dat komt vooral omdat zij veel meer part-time werken. Wanneer het aantal werkuren per fte wordt berekend (dus ervan uitgaande dat iedereen een full-time baan heeft) blijken vrijevestigde huisartsen en de huisartsen in loondienst van de gezondheidscentra exact hetzelfde aantal uren te werken, namelijk 55 (Heiligers e.a., 1997). De verdeling tussen directe patiëntenzorg en de overige activiteiten verschilt echter wel. Huisartsen in loondienst centra besteden zo'n drie uur meer aan de overige activiteiten dan de andere huisartsen, als wordt uitgegaan van een full-time baan. Bij de fysiotherapeuten komt de gemiddelde werktijd in de onderzochte gezondheidscentra ook nagenoeg overeen met de landelijke cijfers: gemiddeld 30 versus 31 uur (Kersten e.a., 1997). Ook de inschatting dat 80% hiervan wordt besteed aan directe patiëntenzorg was in het onderhavig tijdsbestedingsonderzoek terug te vinden.

Bij de huisartsen zagen we verder dat het aantal formele werkuren en het aantal feitelijke uren dat aan directe patiëntenzorg wordt besteed met elkaar samenhangen. Tevens bleek er een duidelijke positieve relatie te zijn tussen de werklast (aantal contacten) en de uren in directe patiëntenzorg. Het aantal uren dat aan andere activiteiten werd besteed toonde geen enkele samenhang met bovenstaande aspecten. Ook bij de fysiotherapeuten was er een sterke samenhang tussen fte's en werklast aan de ene kant en het aantal werkuren aan de andere kant. Deze relatie was zelfs sterker dan bij de huisartsen. Dit is waarschijnlijk een gevolg van het feit dat bij fysiotherapie een duidelijkere relatie ligt tussen normering (namelijk het aantal behandelingen) en de werktijd dan bij huisartsen. Hun normering is gerelateerd aan het aantal ingeschreven patiënten, maar er is geen relatie gevonden tussen praktijkgrootte en het feitelijk aantal werkuren.

#### **4.5 Deeltijdwerken, werklast en werkuren**

In deze paragraaf wordt besproken wat de gegevens uit de dagboekjes ons leren over de gevolgen van het deeltijdwerken voor de werklast en het aantal werkuren van huisartsen en fysiotherapeuten. Dit was de derde onderzoeksvraag voor dit deelonderzoek. Uit de literatuurstudie kwam naar voren dat deeltijders relatief meer uren maken dan voltijders: dat zou zowel gelden voor de directe patiëntenzorg als voor de overige activiteiten. Uit de diepte-interviews met vertegenwoordigers van de centra (gerapporteerd in hoofdstuk 3) bleek dat niet-patiënt-gebonden activiteiten zoals vergaderingen, bij- en nascholing een soort constante absolute tijdsinvestering zijn onafhankelijk van het aantal fte's dat iemand werkt. In de volgende tabel zijn de werklast en werkuren van huisartsen die tussen 0,5 en 0,75 fte werken vergeleken met huisartsen die meer dan 0,75 fte werken.

**Tabel 4.7 Fte's en totaal aantal werkuren, contacten, patiëntgebonden werkuren en overige werkuren van huisartsen werkzaam in loondienstcentra (n=41)**

	Totaal	Aantal contacten	Aantal werkuren patiënten	Overige
0,5 tot 0,75 fte	34,8 uur	96	24 uur	9,2 uur
meer dan 0,75 fte	40,1 uur	121	28,5 uur	9 uur

Vanzelfsprekend werken de huisartsen uit de eerste groep minder uren in totaal en hebben zij gemiddeld een klein aantal contacten. Echter het aantal uren dat wordt besteed aan overige activiteiten is in beide groepen gelijk (9 uur). Hiermee zijn de bovengenoemde gedachten dus bevestigd.

We hebben ook berekend hoeveel uren iedere huisarts meer heeft gewerkt, gedurende de werkweek, dan het aantal uren in hun contracten. Huisartsen met kleinere contracten blijken, zowel in absolute als in relatieve zin, veel meer over te werken dan huisartsen met grotere contracten.

**Tabel 4.8 Fte's en overwerkuren van huisartsen werkzaam in loondienst van een gezondheidscentrum (n=41)**

	Gemiddeld aantal overwerkuren	percentage van gewone werktijd
0,5 tot 0,75 fte	9,8	24,8%
meer dan 0,75 fte	9,5	19%

De fysiotherapeuten zijn onderverdeeld in een drietal groepen (< 0,5 fte, 0,5 tot 0,75 fte en > 0,75 fte). Ook bij hen blijkt er een verschil te zijn tussen de werkuren en de werklast van deze verschillende groepen. In tegenstelling tot de huisartsen is er ook een verschil in de tijd die er gemiddeld per groep aan de niet-direct-patiëntgebonden activiteiten wordt besteed. De derde groep besteed zowel absoluut als in percentage het meeste tijd aan deze overige activiteiten (24% versus 18% in groep 2 en 16% in groep 1). (Bijna) voltijders houden zich meer bezig met centrum-activiteiten (overleg, coördinatie en dergelijke).

**Tabel 4.9 Fte's en totaal aantal werkuren, aantal contacten, aantal patiëntgebonden werkuren en overige werkuren van fysiotherapeuten werkzaam in loondienst van een gezondheidscentrum (n=28)**

	Totaal	Aantal contacten	Aantal werkuren patiënten	Overige
minder dan 0,5 fte	20 uur	37	16,3 uur	3,2 uur
0,5 tot 0,75 fte	25,7 uur	49	19,4 uur	4,7 uur
meer dan 0,75 fte	41,6 uur	73	29,7 uur	10,3 uur

In de volgende tabel is het aantal overuren van de fysiotherapeuten weergegeven. Hieruit blijkt dat vooral fysiotherapeuten met de kleinste en grootste contracten veel overwerken. De tussengroep doet dit het minst, maar dat is gemiddeld toch nog meer dan 4 uur.

**Tabel 4.10 Fte's en overwerkuren van fysiotherapeuten werkzaam in loondienst van een gezondheidscentrum (n=28)**

	Gemiddeld aantal overwerkuren	percentage van gewone werktijd
minder dan 0,5 fte	8,4	29,5%
0,5 tot 0,75 fte	4,4	15,2%
meer dan 0,75 fte	8,8	20,1%

Op basis van deze gegevens kan worden gesteld dat deeltijdwerkers relatief meer uren werken dan voltijders. Dit is in overeenstemming met resultaten uit het eerdere onderzoek van Heiligers e.a. (1997). Bij de huisartsen wordt de mening van de geïnterviewden bevestigd dat part-time huisartsen relatief meer uren moeten besteden aan niet-direct patiëntgebonden activiteiten. Overigens was dat ook op basis van eerder onderzoek bekend (Groenewegen en Hutten, 1994; van den Hombergh, 1997). Bij de fysiotherapeuten is dit fenomeen niet terug te vinden in de tijdsregistraties. De fysiotherapeuten met de meeste fte's besteden relatief gezien ook de meeste tijd aan niet-direct patiëntgebonden activiteiten.

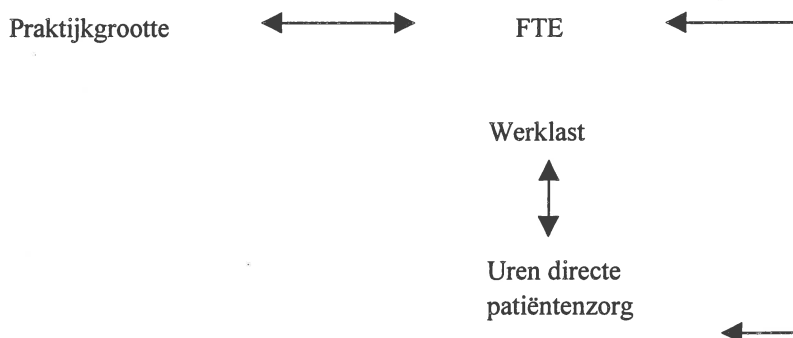
#### 4.6 Samenvatting

In verband met de discussie over de normwerkbelasting is het van belang om na te gaan hoe op dit moment de relaties tussen huidige normering, werklast en werkuren. In concreto ging het om de volgende twee onderzoeksvragen:

- Welke relatie is er tussen de totale werklast (aantal patiënten) op centrum-niveau en de omvang van de aanstellingen (totaal aantal fte's van huisartsen en fysiotherapeuten) in gezondheidscentra? In hoeverre zijn er verschillen tussen loondienst- en niet-loondienstcentra?
- Welke relatie is er tussen de werklast van individuele huisartsen en fysiotherapeuten en hun feitelijke werkuren in de loondienstcentra?

De uitkomsten voor de huisartsen zijn in de onderstaande figuur weergegeven.

**Figuur 4.14 Samenvatting resultaten huisartsen**





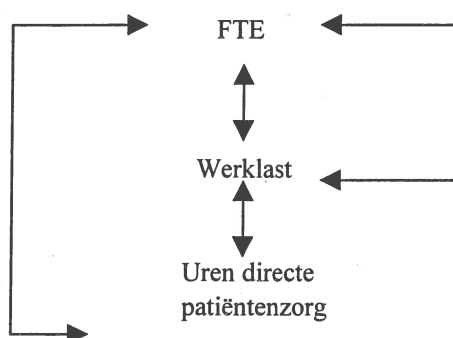
Op centrum-niveau is een zeer duidelijk positief verband gevonden tussen de omvang van de patiëntenpopulatie (praktijkgrootte) en het totaal aantal fte huisartsen dat in het centrum werkzaam is. Op zich is dat niet zo verwonderlijk omdat de inkomsten van de centra voor een groot deel afhankelijk zijn van het aantal ingeschreven patiënten. Met andere woorden de financiële ruimte bepaalt hoeveel formatieplaatsen er beschikbaar zijn. In deze zin is er dus voor ieder centrum reeds sprake van een soort normering. Dit kwam ook in de interviews naar voren. Om het aantal formatieplaatsen vast te stellen wordt uitgegaan van een norm van 2000 patiënten per full-time werkende huisarts (38-urige werkweek). Dit aantal is overigens ook terug te vinden in de subsidiebesluiten van de Ziekenfondsraad met betrekking tot de vaste samenwerkingsverbanden en gezondheidscentra. Bij de invoering van de 36-urige werkweek is dit door de meeste centra naar beneden bijgesteld, maar gezien het feit dat de meeste huisartsen toen hebben besloten om op te plussen zal het weinig concrete effecten hebben gehad. Wanneer we overigens naar de cijfers over 1998 kijken, blijkt dat het gemiddeld aantal patiënten per fte voor huisartsen in de loondienstcentra op 2155 staat. Dat is dus meer dan de norm. Dat komt onder andere doordat men niet direct als er een toename is van de omvang van de patiëntenpopulatie, het aantal fte's naar rato kan uitbreiden. Overigens komt uit de cijfers ook naar over dat de praktijkgrootte per fte in de loondienstcentra beduidend lager ligt dan die in de niet-loondienstcentra.

Er is geen significante relatie gevonden tussen het formele aantal contract uren en de werklust (in termen van het aantal contacten), maar wel tussen de formele uren en de tijd die in de praktijk aan directe patiëntenzorg wordt besteed. Deze laatste heeft wel een duidelijk verband met het aantal contacten per week. De uitkomsten van een regressie-analyse (niet weergegeven) lieten echter zien dat de relatie tussen fte en werkuren verdwijnt als wordt gecontroleerd voor werklust. Dit betekent dat vooral het aantal werkuren in directe patiëntenzorg wordt bepaald door het aantal contacten en niet (ook niet indirect) door het aantal fte's of de praktijkgrootte. Ook op basis van de gegevens uit de Nationale Studie blijkt ook dat bij gevestigde huisartsen werklust (in termen van het aantal contacten) het sterkst samenhangt met het aantal werkuren, maar er is daarbij ook een verband gevonden met praktijkgrootte. Dat verband is in de onderzochte centrum afwezig.

De tijd die aan andere activiteiten wordt besteed had geen enkele relatie met de andere factoren. Dit is geheel in overeenstemming met eerdere constatering.

We hebben al eerder aangegeven dat er nogal wat verschillen zijn tussen huisartsen en fysiotherapeuten wat betreft hun tijdsbesteding en de onderzochte relaties. In de volgende figuur zijn de resultaten van de fysiotherapeuten samengevat.

**Figuur 4.15 Samenvatting resultaten fysiotherapeuten**



Hoewel de praktijkgrootte (de omvang van de patiëntenpopulatie bij de huisarts) bij fysiotherapeuten minder relevant is, blijkt er toch een sterke samenhang tussen praktijkgrootte en het aantal formatieplaatsen te zijn. Het gaat bij hen echter veel meer om de relatie tussen fte, werklast en feitelijke werkuren. Zoals de bovenstaande figuur laat zien is een positieve relatie tussen deze aspecten duidelijk aanwezig. Wanneer alle aspecten in één regressie-analyse worden gestopt, blijkt dat alleen de relatie tussen werklast en aantal feitelijke werkuren in directe patiëntenzorg overblijft (niet weergegeven).

#### 4.7 Beschouwing

De Landelijke Werkgeversvereniging Gezondheidscentra (LWG) heeft voorgesteld om de omvang van de dienstverbanden van professionals (huisartsen en fysiotherapeuten) niet meer uit te drukken in aantallen uren maar in concrete taakstellingen zoals zorgafspraken of normpraktijken. De werknemers van de centra worden dan als het ware verantwoordelijk voor een deel van de patiëntenpopulatie of de afgesproken productie (bijvoorbeeld aantallen contacten of behandelingen). Daarbij zou ook rekening moeten worden gehouden met het deeltijdpercentage van de betreffende werknemer. Uitgangspunt voor de vaststelling van een normwerkbelasting is wat er in het beroep gebruikelijk is voor een full-time functie. Deeltijders hebben een kleinere normwerkbelasting zodat belasting en beloning met elkaar in overeenstemmig zijn. Het is in dit opzicht dus belangrijk om een goed inzicht te krijgen tussen de relatie tussen taak en tijdsbesteding. De precieze afspraken hieromtrent blijven een zaak tussen werkgever en werknemer op centrum-niveau. Het onderhavig onderzoek is erop gericht om een referentiekader aan te reiken dat ter ondersteuning van die afspraken kan worden gebruikt. Daarbij ging het om de centrale vraag of het überhaupt mogelijk is om objectieve normering vast te stellen.

Op basis van de literatuur die over dit onderwerp beschikbaar is kan worden geconcludeerd dat het niet eenvoudig zal zijn om een objectieve breed aanvaardbare normwerkbelasting of normpraktijk vast te stellen. Hoewel er verschillende mogelijkheden worden genoemd om werklast in de dagelijkse praktijk te meten, is het ook duidelijk dat werklast (met name van de huisartsen) door een veelheid van factoren wordt beïnvloed die niet allemaal in de berekening van een normpraktijk kunnen worden meegenomen. Dit betreft zowel kenmerken van de praktijkpopulatie als de manier waarop het werk binnen het centrum is georganiseerd (inzet van centrumassistenten, inloospreekuur en dergelijk).

Eén van de redenen om het omvang van het dienstverband niet meer uit te drukken in werkuren maar in termen van normpraktijken of zorgafspraken is de veronderstelling dat professionals die in loondienst werken op een andere manier met hun werklast en tijdsbesteding omgaan dan vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Uit onderzoek in Scandinavië blijkt bijvoorbeeld dat huisartsen met een vast salaris kortere werkweken hebben dan huisartsen die per consult worden betaald. Dit verschil blijft ook bestaan als er wordt gecontroleerd voor verschillen in werklast (Kristiansen en Mooney, 1993; Bjorndal e.a., 1994). Calnan e.a. (1992) veronderstellen dat huisartsen in loondienst hun werktijden niet aan zullen passen aan een toenemende werklast en dat daardoor langere wachttijden zullen ontstaan. Dit kan ook verband

houden met het feit dat vrijgevestigde artsen die per verrichting worden betaald rekening moeten houden met mogelijke concurrentie. Patiënten die per verrichting betalen kunnen makkelijker van huisarts veranderen of direct naar de medisch specialist gaan (Groenewegen en Delnoij, 1997). Overigens is er in onderzoek niet aangetoond dat degelijke mechanismen ook in Nederland zouden werken (zie onder meer Hutten, 1998). Hiervoor worden drie verklaringen genoemd. Ten eerste worden de beslissingen van huisartsen voor een belangrijk deel bepaald door medisch ethische afwegingen. Zoals bij andere professie, leveren artsen een vertrouwensgoed: goede zorg. Patiënten moeten er op kunnen vertrouwen dat een arts in eerste instantie zal doen wat zijn of haar gezondheidstoestand zal verbeteren of bevorderen. De patiënt is namelijk zelf onvoldoende in staat om te kunnen beoordelen of dat zo is. Dat betekent dat andere afwegingen (bijvoorbeeld financiële) meestal een ondergeschikte rol spelen in de huisartspraktijk. Ten tweede is een arts in loondienst ook medeverantwoordelijk voor de financiële positie van het gezondheidscentrum. Dit houdt in de genoemde dreiging dat ontevreden patiënten naar andere artsen zouden kunnen gaan, ook voor hen op langere termijn negatieve gevolgen kan hebben. De derde verklaring ligt in het feit dat het overgrote deel van de Nederlandse huisartsen vrijgevestigd zijn. Zij stellen als het ware de norm; ook voor de loondienst-huisartsen. Dit betekent dat onderzoeksresultaten uit landen waar ieder huisarts in loondienst is niet direct zijn te vertalen naar de Nederlandse situatie.

De resultaten uit het onderhavig onderzoek bevestigen het hier boven geschetste beeld. Hoewel we alleen huisartsen in loondienst hebben onderzocht kunnen we, met behulp van gegevens uit andere onderzoeken, toch concluderen dat de tijdsbesteding van huisartsen in loondienst van de gezondheidscentra in sterke mate overeenkomt met die van een gemiddelde Nederlandse huisarts. Gemiddeld werken de huisartsen uit ons onderzoek wel minder uren (36 versus 49), maar als het aantal feitelijke werkuren per fte wordt uitgedrukt is er geen verschil: 55 uur. We constateerden echter wel enig verschil in de verdeling tussen tijd voor directe patiëntenzorg en andere activiteiten (vooral overleg). De huisartsen in de loondienstcentra besteden gemiddeld meer tijd aan andere activiteiten. Dit komt ook tot uitdrukking in de praktijkgrootte. De omvang van de patiëntenpopulatie per fte is in de loondienstcentra lager dan in andere gezondheidscentra..

Ook de gemiddelde werkweek van de fysiotherapeuten komt overeen met het landelijke gemiddelde: 30 versus 31 uur. Bij hen is zelfs de verhouding tussen directe patiëntenzorg en overige activiteiten identiek (respectievelijk 80 en 20%).

Een ander reden om te pleiten voor een normpraktijk is dat deeltijdwerken kan leiden tot een verminderde inzetbaarheid. In de loondienstcentra wordt veel meer in deeltijd gewerkt dan in andere centra en dat zou dus een invloed kunnen hebben op de uitvoering van de taken, wanneer strikt wordt uitgegaan van de contractuele werkuren. In het vorige hoofdstuk werd al duidelijk dat, volgens de vertegenwoordigers van de onderzochte centra, deeltijdwerken een beperkt effect heeft op de inzetbaarheid. In het tijdsbestedingsonderzoek hebben we ook gekeken of dat zo is. Dit refereert aan de derde vraagstelling: welke gevolgen heeft part-time werken voor de werklast en feitelijke werkuren van huisartsen en fysiotherapeuten in loondienstcentra? We hebben geconstateerd de werklast en feitelijke werktijd van fysiotherapeuten beter in overeenstemming is met hun deeltijdpercentage dan bij huisartsen. Huisartsen met een kleiner dienstverband werken relatief vaker over dan huisartsen met een groter dienstverband. In deze zin is er dus geen sprake van een capaciteitsverlies. Wat wel een

probleem is, is de verhouding tussen de tijd die aan directe patiëntenzorg wordt besteed en de tijd aan overige activiteiten. De laatste is bij mensen met kleine contracten onevenredig hoog. Dit probleem is overigens ook in de interviews met vertegenwoordigers van de centra regelmatig geconstateerd (zie hoofdstuk 3).

Uit het onderzoek kwam naar voren dat de relatie tussen werklast (aantal contacten) en de feitelijke werkuren bij fysiotherapeuten sterker is dan bij huisartsen. Dit kan voor een deel het gevolg zijn van verschillen in het honoreringssysteem. De honorering van fysiotherapeuten is gerelateerd aan het aantal behandelingen. Dit betekent dat er bij hen directere relatie tussen werktijd en honorering dan bij huisartsen. Hun honorering is namelijk voor een groot deel gebaseerd op het aantal ingeschreven contacten. Dit is overigens een algemeen probleem in de huisartsenwereld en zeker niet specifiek voor de gezondheidscentra.

Welke implicaties deze bevindingen hebben voor de discussie over de invoering van een normpraktijk in de loondienstcentra zal in het volgende hoofdstuk worden besproken.

## 5. Aanbevelingen

Naar aanleiding van het onderzoek naar deeltijdarbeid en normwerkbelasting in gezondheidscentra hebben wij een aantal aanbevelingen geformuleerd. Deels hebben deze betrekking op het landelijk arbeidsvoorwaardenbeleid, deels op beleidsbeslissingen en bedrijfsvoering op centrumniveau, deels op vragen die nog nadere aandacht verdienen, bijvoorbeeld in de vorm van vervolgonderzoek.

### 5.1 Aanbevelingen met betrekking tot CAO-componenten

Op basis van de enquête is geconstateerd dat er op dit moment nog slechts mondjesmaat gebruik wordt gemaakt van de verlofregelingen in de CAO.

Vanuit de overheid, met name via de Kaderwet arbeid en zorg, wordt gestreefd naar een betere balans tussen arbeid en privé. Het overheidsbeleid is erop gericht dat mensen door hun privé situatie niet belemmerd worden om deel te nemen aan het arbeidsproces. Naast een autonome tendens tot toename van het gebruik van verlofregelingen als gevolg van algemene maatschappelijke ontwikkelingen, kan verondersteld worden dat een actief overheidsbeleid zal gaan leiden tot een extra groei hiervan. Dit is overigens sterk afhankelijk van de actuele discussie over de mate waarin van betaald dan wel van onbetaald verlof sprake zal zijn. Wellicht krijgen sociale partners hierin een sturingsmogelijkheid, indien op CAO-niveau bepaald gaat worden in welke mate werknemers loon doorbetaald krijgen tijdens (zorg)verlof. In de politieke discussie is als voorbeeld genoemd de mogelijkheid 70% van het minimumloon door te betalen. Hiermee ontstaat voor werknemers een reëlere keuzemogelijkheid dan wanneer uitsluitend de mogelijkheden tot onbetaald verlof zouden worden verruimd. Voor werknemers is het in dit verband in het bijzonder van belang dat regelingen zodanig worden overeengekomen dat hun ziektekostenverzekering en hun pensioenvoorziening niet in gevaar komt.

In dit kader doen wij de volgende aanbevelingen:

- De opzet van een systeem van monitoring van het gebruik van verlofregelingen lijkt gewenst. Het gebruik hiervan kan toenemen, in elk geval is het overheidsbeleid hierop gericht. Vanuit de situatie dat door een krappe arbeidsmarkt vervanging moeilijker zal kunnen worden gevonden, is tijdig reageren van belang.
- Voor werkgevers is het van belang om bij alle mogelijke veranderingen in bepalingen rond verlofregelingen de praktische consequenties van voorgenomen beleidsmaatregelen te (laten) onderzoeken en doorrekenen.
- Daarnaast lijkt het vooralsnog van belang om regelingen een zodanig ruim karakter te geven dat er voldoende ruimte bestaat voor een eigen invulling van globale kaders op het niveau van de centra.

Verondersteld wordt wel dat een gering gebruik van verlofregelingen ook kan wijzen op een latent probleem. Oorzaken van dit geringe gebruik kunnen namelijk ook zijn de hoge mate van verantwoordelijkheid die professionals voelen voor continuïteit, en de beleving dat er te weinig ruimte is om van verlofmogelijkheden gebruik te maken. In dit verband doen wij een aanbeveling op het niveau van de centra:

- Het management van een gezondheidscentrum doet er goed aan in het kader van een ARBO-beleid gericht op het voorkomen van een te hoge werkdruk, te bewaken dat medewerkers voldoende ruimte ervaren om van verlofregelingen gebruik te maken en om vakantiedagen op te nemen. Het laatste is ook vanuit een goede planmatige bedrijfsvoering van belang.

Het gebruik van de 55+ regeling blijkt nog niet zo groot. Afgaande op de algemene vergrijzing zal ook in gezondheidscentra het gebruik van de 55+ regeling waarschijnlijk toenemen. In de huidige regeling is er ruimte om op het niveau van de centra eigen beleid te voeren. Dit is belangrijk, maar kan in sommige situaties ook tot knelpunten leiden. Zoals gesignaleerd in de interviews, is in een eigen regeling gesteld dat de huisartsen van 55 jaar en ouder (deels) zijn vrijgesteld van diensten.

De vraag is wie deze diensten dan wel doet. De collega huisartsen zijn daar niet blij mee, de diensten worden doorgaans als verhoging van de werkdruk ervaren. Daarbij speelt de leeftijdsopbouw onder de huisartsen in een waarnemingsgroep een belangrijke rol. Wanneer meerdere huisartsen gebruik maken van een dergelijke regeling, wordt het probleem groter. Gezien de komende vergrijzing, verdient het te formuleren beleid per centrum de aandacht. Wij merken op dat precies hetzelfde probleem ook speelt bij verloskundigen.

Aanbeveling:

- Het is gewenst de centra ondersteuning te bieden bij de bepaling van hun 55+ beleid en het inzichtelijk maken van de consequenties van hun beleidsopties. De consequenties van eenzelfde beleid – bijvoorbeeld het vrijstellen van diensten voor 55+ huisartsen - kunnen verschillend uitpakken, bijvoorbeeld al naar gelang de spreiding in de leeftijdsopbouw van de groep huisartsen. Alternatieve beleidsopties op centrumniveau zijn bijvoorbeeld: het geleidelijk afbouwen van het aantal diensten met het klimmen der jaren; een verlaging van de productienorm in plaats van een vrijstelling van diensten afgestemd op de behoeften van de betreffende beroepsbeoefenaar en de mogelijkheden van het centrum. Voorbeelden van dergelijke regelingen en scenario's kunnen worden onderzocht en uitgewerkt in een notitie ter ondersteuning van de centra.

Afwezigheid in verband met het volgen van bij- en nascholing, zo bleek uit de interviews, leidt tot knelpunten. Medewerkers ervaren een geringe relatie tussen de CAO-bepalingen hieromtrent, en de toenemende eisen in verband met herregistratie van beroepsbeoefenaren. Ook beleven beroepsbeoefenaren het volgen van bij- en nascholing als “een sigaar uit eigen doos”: het werk moet immers toch gebeuren en de productienormen zijn hierop niet aangepast. Uit de interviews blijkt overigens dat het ‘naar rato’-principe in de vergoedingen voor bij- en nascholing voor parttimers (in tijd en/of in geld) algemeen geaccepteerd is.

Aanbeveling:

Wij adviseren na te gaan in hoeverre een betere afstemming kan worden gerealiseerd tussen de eisen vanuit de beroepsverenigingen, mede voortvloeiend uit de wet BIG, de eventuele vergoedingen in tijd en geld voor de medewerkers (CAO), en de relatie naar de 'normpraktijk' van huisartsen en fysiotherapeuten.

Wij realiseren ons hierbij dat de gezondheidscentra niet vanuit een vrije marktpositie kunnen onderhandelen, en dat vanuit de gezondheidscentra de COTG-tarieven niet beïnvloedbaar zijn. Knelpunten die vooral hun oorzaak vinden in de beleving van de situatie kunnen waarschijnlijk het best worden opgepakt op centrumniveau, in gesprekken tussen management en beroepsbeoefenaren, waarbij van de zijde van het management ook de eigen verantwoordelijkheid van de professional benadrukt kan worden.

## **5.2 Aanbevelingen met betrekking tot deeltijdarbeid en arbeidsmarktbeleid**

Het is van belang dat op het niveau van de centra bewust en doelgericht gestreefd wordt naar een werkbare parttime mix.

- Aanbeveling is dat in de centra parttime beleid wordt geformuleerd en zo consequent mogelijk gehanteerd.

Dit is wellicht voor een aantal centra een open deur, maar het is wel cruciaal. Door krapte op de arbeidsmarkt en toenemende afwezigheid (door o.a. verlofregelingen, bij- en nascholing) wordt het noodzakelijk een weloverwogen part time beleid te formuleren en daar naar te handelen. Wanneer in de praktijk soms afwijking van het beleid noodzakelijk blijkt, is het goed te letten op de consequenties op de langere termijn. Een aantal suggesties voor part time mix en parttime beleid zijn genoemd in paragraaf 3.2.6.

Door krapte op de arbeidsmarkt, en (te verwachten) toenemende afwezigheid door gebruik van verlofregelingen en studieverlof wordt het vinden van goede waarneming en vervanging tegelijkertijd belangrijker en moeilijker. Uit de interviews bleek dat het vinden van vervangers niet altijd eenvoudig is, en dat dit ook in zekere zin een verschraling met zich mee brengt, doordat vervangers doorgaans niet zo goed bekend zijn met de organisatie, en de extra taken niet overnemen.

In de interviews zijn een aantal suggesties naar voren gekomen die in dit verband van belang kunnen zijn. Een daarvan betreft het binden van waarnemers aan de organisatie, of aan een groter verband van samenwerkende centra. Dat is positief vanuit kwaliteitsoogpunt: deze mensen zijn na verloop van tijd namelijk beter bekend met de organisatie. Ook biedt het voordelen vanuit het oogpunt van werfkracht op de arbeidsmarkt, namelijk door het bieden van werkzekerheid en scholingsmogelijkheden. Vooral huisartsen echter maken hierin soms andere afwegingen: sommigen vinden een dienstverband onaantrekkelijk, aangezien zij hun zelfstandigheidsverklaring willen behouden.

Aanbeveling:

- De LWG zou ter ondersteuning van de centra nader kunnen verkennen op welke wijze vaste waarnemers contractueel aan een gezondheidscentra of aan een aantal samenwerkende centra kunnen worden verbonden en deze mogelijkheden vervolgens beschrijven.

Een belangrijk aandachtspunt hierbij is de Wet Flexibiliteit en Zekerheid. Door deze wet worden de mogelijkheden voor tijdelijke contracten voor het inzetten van vervangers/waarnemers verruimd. Als voorbeeld kan genoemd worden een contract voor 40 dagen of 200 uur per jaar.

Interessant is dat dergelijke contracten ook gezien kunnen worden als een nieuwe vorm van part time werken, waarbij sprake is van flexibilisering op jaarbasis.

- Een tweede aanbeveling in het kader van de problematiek rond waarneming en het draaien van diensten betreft het bevorderen van gecomprimeerde diensten in een grotere waarnemingsgroep (zie paragraaf 3.2.3.). Voor de werknemer betekent minder frequent diensten doen tevens een verlichting van de werklast en werkdruk: diensten worden vaak als belastend ervaren.

Geconstateerd is dat bij verschillende functies in gezondheidscentra de krapte op de arbeidsmarkt zich op dit moment reeds nadrukkelijk doet voelen. Met name is dat het geval bij centrumassistentes en apothekersassistentes. Eigenlijk valt de arbeidsmarktproblematiek buiten de scope van dit onderzoek. Niettemin is er een nadrukkelijke relatie tussen de arbeidsmarktsituatie en zowel deeltijdarbeid als werkdrukproblematiek, zoals ook in dit onderzoek is gebleken.

- Het verdient daarom aanbeveling na te gaan of werkgevers en werknemers via het sectorfonds AWO landelijk en regionaal een actief arbeidsmarktbeleid kunnen stimuleren, in het bijzonder voor die beroepsgroepen waar zich problemen voordoen of waar deze te verwachten zijn, en die in het kader van het reeds gevoerde arbeidsmarktbeleid van de sectorfondsen momenteel nog 'buiten de boot vallen'.

### **5.3 Aanbevelingen op het gebied van werkdrukbeheersing**

Zowel uit overwegingen van arbeidsmarktbeleid, als in het kader van werkdrukbeheersing, is het belangrijk te streven naar aantrekkelijke functies, met een goed evenwicht tussen belastende en minder belastende werkzaamheden.

De vraag is of het niet verontrustend is als door de werklast en werkdruk in de gezondheidscentra steeds minder aandacht (mogelijk) is voor die vormen van overleg en afstemming die juist de meerwaarde van gezondheidscentra bedoelden te garanderen. Dit punt is hier vooral van betekenis, omdat tegelijkertijd vanuit beroepsbeoefenaren gezien zaken als protocolontwikkeling en projecten, een belangrijke bijdrage leveren aan de aantrekkelijkheid van het beroep en het aantrekkelijk houden ervan op langere termijn. (Daarnaast uiteraard ondersteund door maatregelen om de werklast te verlagen.)

Aandacht voor de kwaliteit van functies kan ook een belangrijke bijdrage leveren in het tegengaan van burn-out van medewerkers. Nu zien we dat medewerkers incidenteel hier zelf oplossingen zoeken buiten de werksituatie: bijvoorbeeld een huisarts die een deeltijdbaan in het gezondheidscentrum bewust combineert met een onderzoeksbaan aan de universiteit, zodat voor betrokkene een prettige balans ontstaat. Vooral voor centrumassistentes kan het bieden van mogelijkheden van taakverrijking veel voordeel opleveren voor zowel medewerkers als organisatie.



- De aanbeveling is bij het streven naar werkdrukbeheersing op centrumniveau vooral ook naar de inhoud van functies te kijken en een evenwichtige taakbelasting na te streven.

De aandacht voor de functieinhoud laat uiteraard onverlet het belang van andere mogelijkheden om de werklust terug te dringen.

Door centrumassistentes is in het kader van dit onderzoek de wenselijkheid benadrukt van onderzoek naar de werkdruk bij deze beroepsgroep.

- Gezien de krapte op de arbeidsmarkt, en de noodzaak verloop onder deze beroepsgroep tegen te gaan en de werfkracht op de arbeidsmarkt te verhogen, lijkt het verstandig een meer systematisch onderzoek te doen naar de werkdruk en de werkbeleving van centrumassistentes.
- Gezien het belang van goede evenwichtig samengestelde functies voor de werfkracht op de arbeidsmarkt, voor het behoud van personeel en voor het voorkomen van ziekteverzuim, dient er juist voor deze beroepsgroep aandacht te zijn voor de functiesamenstelling en de taakverdeling. Mogelijkheden van taakverrijking dienen onderzocht en waar mogelijk bevordert te worden. In het kader van dit onderzoek troffen wij een belangwekkende situatie aan, waar overheadtaken (bijvoorbeeld rond automatisering) bij assistentes waren ondergebracht, in plaats van deze in aparte functies onder te brengen. Centra doen er verstandig aan in dit verband ook te bewaken dat eventuele nieuwe functies in het gezondheidscentrum (bijvoorbeeld die van praktijkverpleegkundige) niet onbedoeld een 'uitholling' van de functie van praktijkassistente ten gevolge hebben.
- Het is belangrijk dat werkgevers bij mogelijke toekomstige landelijke discussies over functieniveaus en opleidingseisen bevorderen dat het belang van evenwichtig samengestelde functies zorgvuldig wordt meegewogen.

#### 5.4 Aanbevelingen met betrekking tot normwerkbelasting

Het tweede deelonderzoek had betrekking op de normwerkbelasting van huisartsen en fysiotherapeuten die in loondienst zijn van gezondheidscentra. De Landelijke Werkgeversvereniging Gezondheidscentra (LWG) had hieromtrent twee algemene vraagstellingen geformuleerd:

1. Zijn voor huisartsen en fysiotherapeuten de bestaande normpraktijken geschikte indicatoren om de omvang van full- en part-time dienstverbanden vast te stellen?
2. Is het begrip normwerkbelasting landelijk toepasbaar of is het nodig en mogelijk een aantal differentiaties aan te brengen?

Hoewel, volgens de LWG, de precieze invulling van de omvang van het dienstverband een zaak is van de betreffende werknemer en werkgever, wil zij als het mogelijk is een landelijk referentiekader aanreiken zodat niet in alle centra uitgebreide onderhandelingen over werkbelasting en beloning hoeven plaats te vinden en de verschillen tussen centra beperkt blijven.

Op basis van het onderhavig onderzoek kan worden geconcludeerd dat het, met het huidige financieringssysteem van gezondheidscentra, niet makkelijk is om objectief en breed aanvaardbare normen op landelijk niveau vast te stellen die de verschillen in de feitelijke werklast van weerspiegelen. Dit is, met name bij de huisartsen, een algemeen probleem. De relatie tussen werklast en honorering is niet optimaal in het betalingssysteem vastgelegd. De gangbare norm (normpraktijk: aantal ingeschreven patiënten) is daarom minder geschikt om taakstellingen in de gezondheidscentra te bepalen. Binnen de fysiotherapie is er wel een duidelijkere relatie tussen werklast en honorering, maar de specifieke taken van werknemers van gezondheidscentra worden daar onvoldoende in ondervangen. Daarnaast lijkt het noodzakelijk om de specifieke omstandigheden van de centra mee te nemen in de vaststelling van een normpraktijk voor individuele hulpverleners. Bij de vertaling van de werklast van het totale centrum naar individuele beroepsbeoefenaren moet bovendien rekening gehouden worden met de samenstelling van de persoonlijke patiëntenpopulatie (demografisch, gepresenteerde morbiditeit), specialisaties en differentiaties in taken en het feit dat iedere professional (ongeacht de omvang van de aanstelling) een vast aantal werkuren moet besteden aan vergaderingen, bij- en nascholing e.d.. Dat houdt in dat de normpraktijk van een full-timer niet eenvoudig kan worden gedeeld door het deeltijdpercentage van een medewerker. Al met al kan worden geconcludeerd dat op landelijk niveau slechts zeer globale afspraken zijn te maken en dat de precieze afspraken over taken en honorering vooral op centrum-niveau zullen moeten worden ingevuld.

Zoals in het vorige hoofdstuk al uitgebreid naar voren kwam worden de bestaande normen voor zowel huisartsen als fysiotherapeuten indirect gebruikt om de totale omvang van de dienstverbanden in ieder gezondheidscentrum vast te stellen. Bij de huisartsen wordt uitgegaan van de omvang van de patiëntenpopulatie en bij de fysiotherapeuten van productieafspraken in de vorm van het aantal behandelingen om het aantal formatieplaatsen vast te stellen. In deze zin is er dus al sprake van normering omdat het aantal formatieplaatsen dat beschikbaar is het werk zal moeten verrichten. Vandaar dat bijvoorbeeld is gevonden dat er maar een beperkte relatie is tussen het aantal contract-uren en de feitelijke werkuren van huisartsen. Bij de fysiotherapeuten ligt dit anders omdat de landelijke normering in deze beroepsgroep wordt uitgedrukt in concrete minuten (23 minuten per behandeling worden vergoed).

We kunnen dan ook stellen dat de bestaande normpraktijken voor huisartsen (omvang van patiëntenpopulatie) minder geschikte indicatoren zijn om de omvang van een dienstverband vast te stellen. Daarvoor is de relatie tussen deze norm, objectieve werklast (aantal contacten) en feitelijke tijdsbesteding te beperkt. Uit het literatuuronderzoek komt naar voor dat dit voor alle huisartsen geldt, dus niet alleen voor degenen die in loondienst van een gezondheidscentrum werken. De resultaten van het tijdsbestedingsonderzoek bevestigen dat een objectieve praktijknorm (in de zin van patiëntenaantallen) ook in gezondheidscentra niet is vast te stellen.

Ten eerste heeft de samenstelling van de praktijkpopulatie gevolgen voor de werklast van huisartsen. Bepaalde patiënten komen vaker bij de huisarts dan andere. Hiervoor zijn echter reeds een aantal landelijke maatregelen genomen: bijvoorbeeld extra toeslag voor patiënten uit achterstandswijken en 65+-ers. Wanneer men in de loondienstcentra dus uitgaat van de landelijke normpraktijk om de omvang van een aanstelling vast te stellen moet men voor deze

aspecten corrigeren: met andere woorden een huisarts in een centrum die relatief meer 65+-ers of patiënten uit achterstandsgebieden behandelt zou minder patiënten moeten hebben dan een collega. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat voor andere patiëntencategorieën die tot een grotere werklast bij huisartsen leiden, bijvoorbeeld aantal kinderen tussen 0 en 4 jaar, niet door bepaalde maatregelen wordt gecompenseerd.

Ten tweede wordt de relatie tussen praktijkgrootte en werklast ook beïnvloed door de manier waarop de praktijk is georganiseerd. Een inloopspreekuur kan bijvoorbeeld extra werklast met zich meebrengen en delegatie van taken en contacten naar de praktijkassistentes kan juist de werklast verminderen. Ook de openingstijden van een centrum en de manier waarop de waarneming en de avond- en nachtdiensten zijn geregeld hebben gevolgen voor de werklast van de huisartsen. Met deze aspecten zal dus rekening moeten worden gehouden en dat maakt het moeilijker om landelijke normpraktijken vast te stellen.

Productie-afspraken in termen van het aantal contacten lijken in dit opzicht beter te passen omdat zij een betere indicator zijn voor de relatie tussen taakstelling en tijdsbesteding. Daarnaast kunnen zij vrij eenvoudig objectief in de praktijk worden vastgesteld.

Hierbij moeten echter wel een aantal kritische kanttekeningen worden geplaatst. Een te strakke normering kan zeer beklemmend door een professional worden ervaren. In de gesprekken gaven de fysiotherapeuten dit herhaaldelijk aan. Doordat tot op de minuut wordt bepaald hoe lang een behandeling moet duren wordt de professionele autonomie sterk beperkt. Dit kan ertoe leiden dat de professionele verantwoordelijkheid wordt aangetast. Uit onderzoek, onder andere in de thuiszorg, is bekend dat dit negatieve gevolgen kan hebben op de arbeidssatisfactie en ervaren werkdruk.

Verder is het belangrijk om te realiseren dat het aantal contacten of behandelingen wel sterk samenging met de tijd die huisartsen en fysiotherapeuten aan directe patiëntenzorg besteden, maar niet of nauwelijks met de tijd die aan andere activiteiten werd besteed. Dit is voor de werknemers in de gezondheidscentra extra relevant omdat bij hen deze extra taken juist mee gefinancierd zijn. Medewerkers van gezondheidscentra moeten juist vaker overleggen, meer aan bij- en nascholing doen en vaker betrokken zijn bij bijvoorbeeld het opzetten van projecten of protocolontwikkeling. Hiermee wordt de speciale positie van de centra in de Nederlandse gezondheidszorg bevestigd (zie Ross e.a., 1996). Aangezien er in de bestaande landelijke normen (zowel bij huisartsen als bij fysiotherapeuten) onvoldoende rekening wordt gehouden met de tijd voor deze activiteiten is dat een extra reden om voorzichtig te zijn om op basis daarvan de omvang van de dienstverbanden vast te stellen.

Hierbij moet ook rekening worden gehouden met de bevinding dat part-time huisartsen over het algemeen meer uren werken dan degenen met een full-time aanstelling. Dit houdt ook verband met het feit dat een aantal taken niet zozeer gekoppeld zijn aan de omvang van de patiëntenpopulatie. Een goed voorbeeld om dit te illustreren is reeds genoemd, een full-time huisarts (2000 patiënten) is niet hetzelfde als twee part-timers met een contract van 50% (of ieder 1000 patiënten). Er is in die laatste situatie sprake van een zekere mate van overlap voor onderling overleg, overdracht en afstemming van beleid. Ook moeten beide part-timers evenveel tijd aan het bijhouden van literatuur en bij- en nascholing besteden. Wanneer men er dus voor kiest om bij de normering uit te gaan van de omvang van de patiëntenpopulatie of het aantal contacten is het aan te bevelen om per dienstverband een aantal vaste uren op te nemen

voor niet-direct patiëntgebonden activiteiten. Dat geldt ook voor de fysiotherapie waarbij dit door de part-timers vaak als een belangrijk knelpunt wordt ervaren.

Verder moet er ook rekening mee worden gehouden dat een te strakke normering van het aantal contacten dat een professional moet verrichten, van invloed kan zijn op de kwaliteit van zorg die aan individuele patiënten wordt geleverd. Het zou namelijk kunnen betekenen dat de duur van de contacten wordt beperkt. Het is bekend dat dit negatieve gevolgen kan hebben op de geleverde zorg.

Ook zal bij de normering expliciet rekening moeten worden gehouden met specialisaties en differentiaties van de professionals binnen een centrum. Sommige artsen zijn bijvoorbeeld meer betrokken bij professionele activiteiten zoals protocolontwikkeling en het opzetten van nieuwe projecten (bijvoorbeeld op het terrein van preventie). Als wordt uitgegaan van de landelijk geldende normen is het nog maar de vraag hoe dit moet worden verdisconteerd: met andere woorden hoe verhouden het aantal patiënten of contacten zich tot deze taken.

Tenslotte willen we nogmaals benadrukken dat vooral het huidige financieringssysteem een probleem vormt om tot werkbare normen of werkafspraken binnen een gezondheidscentrum te komen. Er wordt, door diverse partijen, gesproken over nieuwe vormen om samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg te financieren. Eén mogelijkheid die daarbij herhaaldelijk wordt genoemd is budgetfinanciering. Dit houdt in dat een centrum een van te voren vastgesteld bedrag krijgt toegewezen en dat er tussen het centrum en de zorgverzekeraar concrete afspraken zijn vastgelegd over kwantiteit en kwaliteit van de geleverde zorg. Een dergelijk systeem biedt waarschijnlijk een meer adequate bodem om binnen een centrum taken en verantwoordelijkheden te verdelen en concrete (zorg)afspraken (taakstellingen) te maken met individuele hulpverleners.

## Literatuuroverzicht

ARTS, S., KERSTEN, H. en A. KERKSTRA. Werken in de gezinsverzorging. De Tijdstroom, Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging/NIVEL, Utrecht 1997.

BIJLSMA, H., VIERKE, H. en C.M.J. IJland. Herijkingsonderzoek tijdsbesteding klinische fysiotherapie. Landelijke Vereniging Fysiotherapeuten in Dienstverband en Hoeksma, Homans & Menting, organisatieadviseurs, Enschede 1998.

BJØRNDAL, A., ARNTZEN, E., JOHANSEN, A. (1994). salaried and free-for-service general practitioners: is there a difference in patient turnover? Scandanavian Journal of Primary Health Care, 12, 209-213.

CALNAN, M. en J.R. BUTLER. The economy of time in general practice: an assessment of the influence of list size. Social Science and Medicine. 26, 435-441, 1988.

CALNAN, M., GROENEWEGEN, P., HUTTEN, J. (1992). Professional reimbursement and management of time in general practice: an international comparison. Social Science and Medicine, 35, 209-216.

DIJKEMA, J., DE HAAN, J. en B. MEYBOOM-DE JONG. Onvrede over de werkdruk van huisartsen en assistentes. Tijdschrijven in een huisartsenpraktijk. Huisarts en Wetenschap 1997; 40(1).

FOETS, M. en J. VAN DER VELDEN. Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk. Basisrapport meetinstrumenten en procedures. Utrecht, NIVEL, 1990.

GROENEWEGEN, P.P. en J.B.F. HUTTEN De werkbelasting van Nederlandse huisartsen. Resultaten van de Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartsenpraktijk. Medisch Contact 49 nr 2 p55-p60, 1994.

GROENEWEGEN, P.P. en J.B.F. HUTTEN. The influence of supply-related characteristics on general practitioners' workload. Social Science and Medicine, vol.40 no.3 p349-358, 1995.

GROENEWEGEN, P.P. en J.B.F. HUTTEN. Workload and Job satisfaction among General Practitioners: a review of the literature. Social Science and Medicine, vol.32 no.10 p1111-1119, 1991.

GROENEWEGEN, P.P., DELNOIJ, D.M.J. (1997). Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts? De positie van huisartsen in relatie tot aard en kosten van de zorg. Utrecht: Elsevier/Tijdstroom.

- GRUNVELD, J.E., *Werklast en dienstroosters* in: J.K. van Dijk, J.E. Grunveld, J. Pool (red.). *Personeelsmanagement in de gezondheidszorg, theorie en praktijk*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/ Zaventem, 1992.
- HUTTEN, J.B.F. *Workload and provision of care in general practice*. Thesis, ICS/NIVEL Utrecht, 1998.
- HINGSTMAN L. en J. HOEKSTRA. *Gezondheidscentra. Peiling 1998*. NIVEL, 1998.
- HEILIGERS, Ph.J.M., HINGSTMAN, L. en J.T.C. MARREE. *Inventarisatie deeltijd werken onder artsen*. NIVEL, Utrecht, 1997.
- HOMBERGH, P. VAN DEN., GROL, R., EIJCK, T.C.M. VAN, et al. *Taken van de praktijkassistente*. *Huisarts en Wetenschap*, 1997; 40 (5).
- HOMBERGH, P. VAN DEN., GROL, R., WENSING, M. et al. *Dienstverlening en organisatie in de huisartspraktijk*. *Huisarts en Wetenschap*, 1997; 40 (7).
- HOMBERGH, P. VAN DEN., GROL, R., HOOGEN, H.J.M VAN DEN en W.J.H.M. VAN DEN BOSCH. *Werkbelasting en ervaren werkdruk van een huisarts*. *Huisarts en Wetenschap*, 1997; 40 (8).
- KERSTEN, J.W.E.T., VAN DER ZEE, J., ABRAHAMSE, H.P.H. en H.J.M. SIXMA. *Fysiotherapeuten kijken vooruit! Beroep en beroepsuitoefening*. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* 107 (4), 1997.
- KOMPIER, M. *Arbeid en gezondheid van stadsbuschauffeurs*. EBURON, Delft
- KONINGS, J.W.A.M. en A.H.J. VAN DE RIJDT-VAN DE VEN. *Praktijkorganisatie en Assistentie in gezondheidscentra. Een onderzoek naar de stand van zaken*. Landelijke Vereniging Gezondheidscentra. Utrecht, juni 1998.
- KRISTIANSEN, I.S., MOONEY, G. (1993). *The general practitioner's use of time: is it influenced by the remuneration system?* *Social Science and Medicine*, 37, 3, 393-399.
- MOKKINK, H.G.A., SCHELLEKENS, C.M.A.M., TIELENS, V.C.L. (1993). *Consultduur in de huisartsenpraktijk. Een studie naar de consultduur in relatie tot patiënt- en klachtkenmerken en de kwaliteit van handelen van de huisarts*. *Huisarts en Wetenschap*, 36, 9, 285-290.
- NIVEL, NZi en OSA. *Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1998. Deel 1 Hoofdrapport*, Utrecht, 1998.
- PIJNENBORG, A. e.a, *De beperkende maatregel fysiotherapie, oefentherapie-Cesar en oefentherapie Mensendieck: werkgelegenheidsaspecten en ervaringen van consumenten. Deelrapport 3*. NIVEL/NPI, Utrecht, 1998.

PIJNENBORG, A. Ergonomie in Nederland. Tijdstroom Utrecht, 1997.

REE, C.M. VAN DER, c.s. De werkbelasting van de huisarts. Zijn er mogelijkheden om de werkbelasting te beïnvloeden? Medisch Contact, nr 15 1991.

ROS, C.C., HUTTEN, J.B.F. en P.P. GROENEWEGEN. Centra Centraal. Onderzoek naar de kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra en de productiecijfers van huisartsen. NIVEL, Utrecht, december 1996.

WILKIN, D.M., HODGKIN, P. en D. METCALFE. Factors affecting workload: is received wisdom true? In The Medical Annual, 1986. The Yearbook of General Practice (Edited by Pereira Gray D.J.) Wright, Bristol, 1986.

VAN DER VELDEN, L.F.J., VAN DER MEULEN, D.M. en L. HINGSTMAN. Werklastmeting radiologen. NIVEL, Utrecht, 1998.

VERHAAK, P.F.M. Bewerkelijkheid van huisartsconsulten met verschillende klachten of patiënten, uitgedrukt in tijd. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 64, 558-562, 1986.

ZIEKENFONDSRAAD. Subsidies vaste samenwerkingsverbanden en gezondheidscentra, regeling Ziekenfondsraad subsidiëring zwaarder gestructureerde samenwerkingsverbanden 1992, besluit subsidiëring gezondheidscentra, 1992.





## Bijlage Overzicht gezondheidscentra

De volgende gezondheidscentra hebben aan het onderzoek meegewerkt:

- Gezondheidscentrum De Opmaat, Almere
- Gezondheidscentrum Oost, Almere
- Gezondheidscentrum Borgerstraat, Amsterdam
- Gezondheidscentrum Gein, Amsterdam
- Gezondheidscentrum Venserpolder, Amsterdam
- Gezondheidscentrum Overbos, Hoofddorp
- Gezondheidscentrum Bovenmaat, Huizen
- Gezondheidscentrum Lindenholt, Nijmegen
- Gezondheidscentrum Randweg, Rotterdam
- Gezondheidscentrum Lunetten, Utrecht
- Gezondheidscentrum Noordhove, Zoetermeer

