

Zorggebruik binnen de huisartspraktijk in 2010

M.G. WEIDE
D.H. DE BAKKER

Weide MG, De Bakker DH. *Zorggebruik binnen de huisartspraktijk in 2010. Huisarts Wet* 1996; 39(10): 443-8.

Samenvatting Op basis van gegevens van de Nationale Studie is doorgerkend in hoeverre de zorg binnen de huisartspraktijk in de periode 1990-2010 zal toenemen ten gevolge van demografische en epidemiologische ontwikkelingen. Hierbij ligt het accent op de toename van de belasting voor de praktijkassistente en de huisarts bij een gelijkblijvend aantal patiënten. De doorrekening laat zien dat het totale aantal contacten zal toenemen met 5 procent. Deze toename bestaat echter vooral uit assistentecontacten: deze stijgen met 10 procent, die van de huisarts met slechts 3 procent (vooral visites). De duur en inhoud van de huisartscontacten veranderen nauwelijks. Recente ontwikkelingen, waarbij van de huisarts gevraagd wordt patiënten zoveel mogelijk zelf te behandelen, zullen een grotere toename van het aantal contacten tot gevolg hebben. Om de kwaliteit van de huisartsenzorg op eenzelfde peil te houden, zal het aantal patiënten voor een normpraktijk in de toekomst dan ook omlaag moeten.

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.
Dr. M.G. Weide, socioloog;
Dr. D.H. de Bakker, sociaal geograaf.
Correspondentie: M.G. Weide

Inleiding

De patiëntenpopulatie van de huisarts zal de komende 15 jaar sterk veranderen. De vergrijzing van de bevolking brengt een toename van het percentage mensen met – vaak langdurige – chronische ziekten met zich mee. Het aantal patiënten dat lijdt aan één van de zeven meest prevalentie aandoeningen die vooral bij ouderen voorkomen (gewrichtsslijtage, slechthorendheid, hartinfarct, diabetes mellitus, staar, beroerte en dementie), zal naar verwachting alleen al door de vergrijzing toenemen met 25 tot 40 procent.¹ Naast demografische ontwikkelingen zijn epidemiologische ontwikkelingen van invloed op het voorkomen van ziekten in de toekomst. Zo zal de incidentie van hartinfarct en beroerte naar verwachting dalen en zal de overleving verbeteren, waardoor de prevalentie onder (naar verhouding) jongeren daalt. De incidentie van diabetes mellitus is daarentegen toegenomen, waardoor deze ziekte in de toekomst juist meer zal voorkomen.¹

Dit alles heeft consequenties voor de zorg in de huisartspraktijk. Uitgaande van de bevolkingsprognose van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) volgens de middenvariant² zal – gerekend vanaf 1990 – het aantal huisartscontacten in 2010 ongeveer een kwart meer zijn toegenomen dan de bevolking zelf; het aantal visites zal zelfs ruim twee keer meer zijn gegroeid.³

Bij doorrekeningen van het toekomstige zorggebruik wordt gewoonlijk het aantal contacten met de huisarts als uitgangspunt genomen.³⁻⁶ Contacten met de praktijkassistente zijn hierin niet betrokken, terwijl zij toch bijna een derde van de contacten voor haar rekening neemt.⁷ Het merendeel van deze contacten heeft betrekking op het uitschrijven van herhaalrecepten,⁸ en een toename van het aantal patiënten met chronische ziekten zal dus zeker een extra belasting voor de praktijkassistente met zich meebrengen.

Behalve het aantal contacten met de huisarts wordt bij doorrekeningen soms nog een andere operationalisatie van zorg als uitgangspunt genomen. Tot nu toe heeft

men zich daarbij beperkt tot door de huisarts gegenereerde zorg, zoals verwijzingen naar de eerste en tweede lijn,³ aanvragen voor externe diagnostiek³ en voorschrijven/gebruik van medicijnen.^{3,5} Gegevens over de inhoud van de huisartscontacten en de daarmee samenhangende werkbelasting ontbreken. In dit artikel wordt wel aandacht besteed aan deze twee elementen. Doel van het onderzoek is vast te stellen wat de invloed is van te verwachten demografische en epidemiologische ontwikkelingen op de zorglast in de huisartspraktijk in de jaren 1990-2010. Met zorglast wordt hier bedoeld: de belasting bij een gelijkblijvend aantal patiënten. Het gaat bij de invloed van demografische ontwikkelingen dus niet zozeer om de consequenties van de bevolkingsgroei, als om de consequenties van de verandering van de bevolkingssamenstelling.

De vraagstelling van het onderzoek luidt als volgt:

In hoeverre zal in de periode 1990-2010, onder invloed van demografische en epidemiologische ontwikkelingen, bij een gelijkblijvende praktijkomvang sprake zijn van een toe- of afname van:

- het aantal contacten met de huisarts (spreekuur en visites) en de praktijkassistente;
- de duur van de contacten met de huisarts;
- het aantal behandelingen en verrichtingen binnen deze contacten?

Methoden

Voor de doorrekening is gebruik gemaakt van gegevens van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.⁹ Ten behoeve van deze studie hebben 161 huisartsen en hun praktijkassistentes (in 103 praktijken) in de periode tussen april 1987 en april 1988 gedurende drie maanden hun contacten met patiënten geregistreerd. De huisartsen komen uit een aselechte, niet-proportioneel gestratificeerde, landelijke steekproef. Om landelijk representatieve gegevens te verkrijgen, wordt gebruik gemaakt van een wegingsprocedure.

Per contact registreerde de arts het soort contact (spreekuur, visites, telefonisch), de duur en de reden voor het contact (maximaal drie). De duur van het contact is geregistreerd in klassen van vijf minuten; voor de analyses is gebruik gemaakt van de klassenmiddens. Per contactreden werden de diagnose, behandeling, diagnostische verrichtingen, aanvragen externe diagnostiek, verwijzingen naar de eerste en tweede lijn, en het voorschrijven van medicijnen geregistreerd. De reden voor het contact en de diagnose zijn achteraf gecodeerd met behulp van de International Classification of Primary Care.

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de gegevens die betrekking hebben op de behandeling en verrichtingen van de arts zelf tijdens het contact:

- behandeling: gesprek voeren/geruistellen, voorlichting geven, medisch/technische verrichtingen (zoals injectie geven, wondverzorging);
- diagnostiek: lichamelijk onderzoek, bloedonderzoek, urine-onderzoek, overig onderzoek.

Voor de demografische projectie van het zorggebruik uit de Nationale Studie naar 1990 en 2010 is de bevolking ingedeeld in 36 leeftijds/geslachtsgroepen van vijf jaar. Per groep zijn de gegevens die betrekking hebben op het zorggebruik binnen de huisartspraktijk (bijvoorbeeld het aantal keren bloedonderzoek) geprojecteerd naar de populatie in 1990 en 2010. Voor de projectie naar 1990 zijn gegevens van het CBS gebruikt over de bevolking per 1 januari 1991;¹⁰ voor de projectie naar 2010 is uitgegaan van de middenvariant van de recentste bevolkingsprognose van het CBS.¹¹

De berekeningen zijn uitgevoerd onder de veronderstelling van een gelijkblijvende zorgvraag van de kant van de bevolking en een gelijkblijvend aanbod (duur/behandeling/verrichtingen per aandoening) van de kant van de arts.

Bij de epidemiologische projectie worden, naast demografische ontwikkelingen, ook aandoeningsspecifieke ontwikkelingen betrokken. Deze projectie beperkt zich tot de in het rapport Volksgezondheid Toe-

komst Verkenningen (VTV) besproken tien meest prevalentie aandoeningen: gewrichtsslijtage, Cara, slechthorendheid, eczeem, diabetes mellitus, depressie, hartinfarct, staar, beroerte en dementie.¹ De voor deze aandoeningen verwachte ontwikkelingen wijken in vier van de tien gevallen af van de demografische ontwikkeling. Diabetes mellitus zal 23 procent vaker voorkomen dan op grond van de demografische ontwikkeling verwacht wordt, terwijl beroerte 10 procent minder vaak zal voorkomen. Voor Cara wordt een toename verwacht, maar over de grootte hiervan worden geen voorspellingen gedaan, terwijl voor hartinfarct een afname van ten minste 5 procent wordt verwacht. Omdat voor de laatstgenoemde twee aandoeningen de verwachting onduidelijk is, wordt bij de epidemiologische projectie uitgegaan van twee varianten:

- een 'lage' variant, waarbij voor Cara geen extra toename wordt verwacht en voor hartinfarct een afname van 15 procent (dus nog eens 10 procent minder dan de verwachte 5 procent);
- een 'hoge' variant, waarin voor Cara een toename van 10 procent wordt verwacht en voor hartinfarct een afname van 5 procent.

Bij beide varianten wordt voor diabetes mellitus een toename van 23 procent aangehouden en voor beroerte een afname van 10 procent.

Om het effect van deze ontwikkelingen vast te kunnen stellen, is voor de tien meest prevalentie aandoeningen eerst een demografische projectie uitgevoerd op dezelfde wijze – en onder dezelfde veronderstellingen – als hiervoor beschreven; vervolgens is een epidemiologische projectie uitgevoerd volgens de lage en de hoge variant. Deze berekeningen hebben dus betrekking op een beperkt deel van de totale zorglast van de huisartspraktijk.

Resultaten

Demografische projectie

Uit de demografische doorrekening blijkt dat vooral de contacten met de praktijkassistente en de visites sterk zullen toenemen

(tabel 1). Deze nemen ongeveer twee keer meer toe dan de bevolking. Ook wanneer naar het aantal contacten per 1000 patiënten wordt gekeken (tabel 2), stijgen het aantal assistentecontacten en het aantal visites relatief gezien het meest. Voor een huisartspraktijk met eenzelfde aantal patiënten neemt het totale aantal contacten toe met 5 procent, maar die toename komt voor een belangrijk deel terecht bij de assistente: zij krijgt 10 procent meer contacten te verwerken, terwijl dat voor de huisarts slechts 3 procent is. Wel betekent deze toename een – verhoudingsgewijs – zwaardere belasting voor de huisarts, omdat het vrijwel uitsluitend om een toename van visites gaat.

Uitgaande van een normpraktijk in 1990 met 2350 patiënten, blijft de belasting voor de huisartspraktijk over het geheel genomen gelijk bij een afname met ruim 100 patiënten (tabel 3). Voor de assistente zou de populatie echter met ruim 200 patiënten moeten inkrimpen om op eenzelfde werkbelasting uit te komen. Kijken we alleen naar het aantal visites, dan zou de arts 250 patiënten minder moeten hebben om niet meer visites te moeten maken. Het maakt voor de doorrekening dus nogal wat uit naar welk soort contact gekeken wordt.

Tabel 4 laat zien dat de totale duur van de contacten slechts in geringe mate zal toenemen. De verwachte toename hangt rechtstreeks samen met de toename van het aantal contacten: de gemiddelde contactduur neemt nauwelijks toe (met ongeveer 0,1 minuut). Datzelfde geldt voor het aantal problemen (contactredenen) waarmee de arts te maken krijgt. Ook hier is de lichte stijging van het totale aantal problemen een rechtstreeks gevolg van de toename van het aantal contacten. Het gemiddeld aantal problemen dat tijdens een contact wordt gepresenteerd, blijft echter gelijk (1,2).

Bij de behandeling zien we vooral bij visites een relatieve toename van activiteiten. Zo zal het aantal visites met 12 procent stijgen, maar het aantal gesprekken met patiënten met 14 procent. Ook het aantal medisch-technische verrichtingen neemt wat meer toe (met 18 procent) dan ver-

wacht mag worden op basis van de toename van het aantal visites.

Wat de diagnostische verrichtingen betreft, is er over het geheel genomen een toename van bloedonderzoek en een afname van urine- en overig onderzoek. Zowel de toe- als de afname is gering (zo'n 5 procent), maar wel iets groter dan verwacht mag worden op basis van de toename van het aantal huisartscontacten. De uitsplitsing naar spreekuurcontacten en visites laat zien dat het bloedonderzoek bij beide iets zal stijgen, maar dat urine-on-

derzoek tijdens spreekuurcontacten minder frequent zal plaatsvinden.

Epidemiologische projectie

De contacten in verband met de tien meest prevalentie aandoeningen vormen ongeveer 12 procent van het totale aantal contacten. Verhoudingsgewijs hebben meer assistentecontacten dan huisartscontacten betrekking op één van deze aandoeningen (15 versus 11 procent).

Wanneer de demografische projectie zich beperkt tot de tien meest prevalentie

aandoeningen, neemt het aantal contacten verhoudingsgewijs meer toe dan wanneer naar alle contacten wordt gekeken (tabel 5): 24 tegen 17 procent (zie ook tabel 1). Ook in dit geval nemen de visites en assistentecontacten verhoudingsgewijs het meest toe.

De epidemiologische projectie laat een extra toename van het aantal contacten zien van respectievelijk 4 en 6 procent, al naar gelang de variant. In tabel 6 is te zien wat dat oplevert aan extra belasting per 1000 patiënten. De verwachte extra toename is – met name onder de hoge variant – aanzienlijk. Het totale aantal contacten zal volgens deze variant met 16 procent stijgen tegen 11 procent volgens de demografische projectie: een extra toename van 5 procent. Voor de lage variant is de extra toename 3 procent. Het aantal assistentecontacten neemt ten gevolge van epidemiologische ontwikkelingen meer toe dan het aantal huisartscontacten: 5 tegen 2 procent (lage variant), respectievelijk 8 tegen 4 procent (hoge variant). Bovendien zorgen epidemiologische ontwikkelingen, in tegenstelling tot demografische ontwikkelingen, voor een sterkere toename van het aantal spreekuurcontacten dan van het aantal visites.

Epidemiologische ontwikkelingen hebben een extra toename van de duur en behandeling/verrichtingen tot gevolg, maar dat is vrijwel steeds het directe gevolg van de toename van het aantal contacten (tabel 7). Een uitzondering vormt de verhoudingsgewijs sterke toename van bloed- en urine-onderzoek. De huisarts zal – voor zover het de tien meest prevalentie aandoeningen betreft – op grond van epidemiologische ontwikkelingen ongeveer twee keer zo vaak bloed en urine (moeten) onderzoeken dan op basis van demografische ontwikkelingen wordt verwacht. Omdat de arts zelf weinig bloed- en urine-onderzoek verricht, is de extra belasting die dit oplevert echter gering.

Bij deze resultaten dient men wel te bedenken dat de epidemiologische projectie slechts betrekking heeft op een deel van de totale zorg. Wanneer dezelfde epidemiologische projectie over alle contacten wordt uitgevoerd, is er, vergeleken met de

Tabel 1 Totaal aantal contacten per drie maanden. Demografische doorrekening voor 1990 en 2010. Aantallen $\times 1000$

	1990	2010	Toename (%)
Alle contacten	16.959	19.918	17
Contacten assistente	4.940	6.065	22
Contacten huisarts	12.019	13.853	15
– spreekuur	8.610	9.715	13
– visites	1.970	2.475	26
Totaal aantal inwoners Nederland*	15.010	16.810	12

* Bron: CBS.

Tabel 2 Aantal contacten per 1000 patiënten per drie maanden. Demografische doorrekening voor 1990 en 2010. Aantallen per 1000 patiënten

	1990	2010	Toename (%)
Alle contacten	1.130	1.185	5
Contacten assistente	329	361	10
Contacten huisarts	801	824	3
– spreekuur	574	578	1
– visites	131	147	12

Tabel 3 Aantal patiënten per drie maanden in 2010 bij eenzelfde aantal contacten als in 1990

	Contacten 1990 2350 patiënten	Contacten 2010 1000 patiënten	Aantal patiënten 2010 bij gelijk contact*
Alle contacten	2.655	1.185	2.241
Contacten assistente	773	361	2.141
Contacten huisarts	1.882	824	2.284
– spreekuur	1.349	578	2.334
– visites	308	147	2.095

* Aantal patiënten bij gelijk contact = $\frac{\text{aantal contacten in 1990 voor 2350 patiënten (kolom 1)}}{\text{aantal contacten in 2010 voor 1000 patiënten (kolom 2)}} \times 1000$

Tabel 4 Duur en inhoud huisartscontacten per 1000 patiënten per drie maanden. Demografische doorrekening voor 1990 en 2010. Aantallen per 1000 patiënten

	Totaal			Spreekuur			Visite		
	1990	2010	toename	1990	2010	toename	1990	2010	toename
Aantal contacten	801	824	3%	574	578	1%	131	147	12%
Duur (minuten)	6.273	6.516	4%	4.384	4.430	1%	1.436	1.620	13%
Reden voor contact	938	970	3%	687	696	1%	149	168	13%
<i>Behandeling</i>									
- gesprek	293	304	4%	218	220	1%	55	63	14%
- voorlichting	403	410	2%	317	317	0%	62	69	12%
- medisch-technische verrichtingen	64	66	4%	48	49	2%	8	9	18%
<i>Diagnostiek</i>									
- lichamenlijk onderzoek	612	628	3%	488	493	1%	93	104	12%
- bloedonderzoek	16	17	5%	14	15	4%	2	2	15%
- urine-onderzoek	35	33	-5%	29	27	-7%	3	3	13%
- overig onderzoek	8	8	-4%	7	7	-5%	1	1	8%

Tabel 5 Aantal contacten huisartspraktijk voor de tien meest prevalentie aandoeningen per drie maanden. Demografische en epidemiologische doorrekening voor 1990 en 2010. Aantallen x1000

	1990	Demografisch		Epidemiologisch laag		Epidemiologisch hoog	
		2010	toename	2010	toename	2010	toename
Alle contacten	1.904	2.367	24%	2.428	28%	2.478	30%
Contacten assistente	709	900	27%	935	32%	957	35%
Contacten huisarts	1.195	1.467	23%	1.493	25%	1.521	27%
- spreekuur	793	944	19%	966	22%	983	24%
- visites	273	360	32%	362	33%	370	36%

Tabel 6 Aantal contacten huisartspraktijk voor de tien meest prevalentie aandoeningen per 1000 patiënten per drie maanden. Demografische en epidemiologische doorrekening voor 1990 en 2010. Aantallen per 1000 patiënten

	1990	Demografisch		Epidemiologisch laag		Epidemiologisch hoog	
		2010	toename	2010	toename	2010	toename
Alle contacten	127	141	11%	144	14%	147	16%
Contacten assistente	47	54	13%	56	18%	57	21%
Contacten huisarts	80	87	10%	89	12%	90	14%
- spreekuur	53	56	6%	57	9%	58	11%
- visites	18	21	18%	22	19%	22	21%

Tabel 7 Duur en inhoud huisartscontacten voor de tien meest prevalentie aandoeningen per 1000 patiënten per drie maanden. Demografische en epidemiologische doorrekening voor 1990 en 2010. Aantallen per 1000 patiënten

	1990	Demografisch		Epidemiologisch laag		Epidemiologisch hoog	
		2010	toename	2010	toename	2010	toename
Aantal	80	87	10%	89	12%	90	14%
Duur (minuten)	720	795	10%	808	12%	822	14%
<i>Behandeling</i>							
- gesprek	28	31	9%	31	10%	31	12%
- voorlichting	35	38	8%	38	10%	39	12%
- medisch-technische verrichtingen	2	2	15%	2	16%	2	18%
<i>Diagnostiek</i>							
- lichamenlijk onderzoek	43	46	8%	47	9%	48	12%
- bloedonderzoek	5	6	18%	6	36%	6	36%
- urine-onderzoek	3	4	18%	4	36%	4	36%
- overig onderzoek	1	1	4%	1	5%	1	10%

demografische projectie, onder de hoge variant slechts sprake van een extra toename van het aantal contacten per 1000 patiënten van 0,5 procent. Over de totale zorglast berekend is de extra belasting van epidemiologische ontwikkelingen dus relatief gering.

Beschouwing

De belangrijkste conclusie is dat vooral de toename in het aantal contacten – bij een gelijkblijvend aantal patiënten – bepalend is voor de extra belasting van de huisartspraktijk, waarbij deze extra last voor een belangrijk deel voor rekening komt van de assistente. De duur en inhoud van de huisartscontacten veranderen over het geheel genomen nauwelijks; van een extra werkbelasting door een verzwaring van deze aspecten van het contact – voor zover in dit onderzoek meegenomen – is dus geen sprake. Wel betekent de extra reistijd die de relatieve toename van visites met zich meebrengt, een extra belasting voor de huisarts. De extra belasting moet vooral worden toegeschreven aan demografische ontwikkelingen; de invloed van epidemiologische ontwikkelingen is hierbij vergeleken gering.

Bij onze resultaten moeten enkele kanttekeningen worden geplaatst. Een van de veronderstellingen was dat mensen in 2010 even vaak naar de huisarts zullen gaan als in 1990. Het is de vraag of dit inderdaad het geval zal zijn. Zo was het contact met de huisarts begin negentiger jaren toegenomen ten opzichte van de tachtiger jaren.^{5,12} Het percentage personen dat ten minste eens per jaar contact heeft met de huisarts, is tussen 1981 en 1994 gestegen van 69 naar 76 procent.¹² Wanneer deze trend zich in de toekomst doorzet, betekent dat een nog grotere toename van het zorggebruik.

Andere ontwikkelingen zullen echter een afname van het zorggebruik tot gevolg hebben. Een raming waarin ook de verwachte verbetering van de subjectieve gezondheid en de stijging van het opleidingsniveau in de samenleving zijn meegenomen,

laat zien dat de toename van het zorggebruik hierdoor deels teniet wordt gedaan.⁶ Daarnaast worden andere ontwikkelingen genoemd die de vraagzijde mogelijk zullen beïnvloeden. Zo wordt bijvoorbeeld verondersteld dat een toenemende mondigheid van de patiënt zal leiden tot een grotere vraag naar voorlichting en informatie.⁴ Deze verwachtingen zijn echter niet kwantitatief onderbouwd.

Ook de aanbodzijde van het zorggebruik is aan verandering onderhevig. In dit artikel is telkens doorgerekend in hoeverre de belasting van de arts zal toenemen bij een gelijkblijvend aantal patiënten. Het aantal van 2350 patiënten voor een normpraktijk is echter sinds 1986 niet meer gewijzigd, terwijl dat in de jaren daarvoor diverse malen is verlaagd.¹³ Het lijkt ons onwaarschijnlijk dat deze norm gehandhaafd zal blijven tot het jaar 2010. Een daling van de norm zou in principe een toename van de belasting teniet kunnen doen.

Daarbij wordt dan wel verondersteld dat de arts in 2010 eenzelfde hoeveelheid tijd aan zijn patiënten zal kunnen en willen besteden als in 1990. Ook dat is echter naar onze mening niet waarschijnlijk. Zo heeft de huisarts te maken met een toename van niet-patiëntgebonden activiteiten, zoals meer overleg, nascholing, deskundigheidsbevordering en praktijkmanagement. Tegelijkertijd is er onder beginnende huisartsen een toenemende behoefte aan kleinere praktijken en mag aangenomen worden dat de algemene trend van kortere werkweken en meer vakantiedagen ook aan artsen niet voorbij zal gaan.^{4,13} Verder is, wanneer we afgaan op de trend in het verleden,^{4,14} niet uit te sluiten dat de gemiddelde consultduur zal toenemen. Een gemiddeld langere consultduur is echter bij eenzelfde tijdsinvestering slechts mogelijk bij minder consulten, en dus in principe bij minder patiënten.

Tenslotte moet rekening worden gehouden met een eventuele verdere versterking van de positie van de huisarts als poortwachter, zoals voorgesteld door de Commissie modernisering curatieve zorg.¹⁵ In deze visie dient de huisarts zoveel mogelijk zelf verantwoordelijk te blijven voor

zijn patiënten. Dat betekent minder en voor een kortere tijd verwijzen naar de specialist, en meer onderlinge consultatie, afstemming en samenwerking met de tweede lijn. Een dergelijke verschuiving zal vanzelfsprekend extra werk met zich meebrengen. Verder pleit de Commissie voor meer groepspraktijken, waarbinnen de arts het eigen handelen systematisch kan evalueren en uitkomsten kan bespreken met collega's.¹⁵ Ook dat kost tijd.

Dat alles neemt niet weg dat onze doorrekening een globaal beeld geeft van wat de huisartspraktijk in de toekomst te wachten staat. Wanneer naar de vraagzijde wordt gekeken, zal het aantal patiënten in een doorsnee huisartspraktijk moeten verminderen om de belasting op eenzelfde niveau te houden. Voor de praktijkassistenten zal het aantal patiëntcontacten naar verhouding sterker toenemen dan voor de huisarts. Er zal dus meer assistentie nodig zijn. Kijken we naar de aanbodzijde – en dan vooral naar ontwikkelingen die van invloed zijn op de tijd die de arts aan zijn patiënten wil en kan besteden – dan ziet het er naar uit dat het aantal patiënten nog fors omlaag zal moeten om de kwaliteit van de huisartsenzorg – in termen van tijd en aandacht van de huisarts – op hetzelfde peil te houden.

Literatuur

- 1 Ruwaard D, Kramers PGN, eindred. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010. Den Haag: Sdu, 1993.
- 2 De Beer J. Bevolkingsprognose 1991: methoden, veronderstellingen en uitkomsten. Maandstatistiek Bevolking (CBS) 1991/12: 29-40.
- 3 De Bakker DH. De zorg in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning van morgen: Demografische en epidemiologische projectie van het zorgbeslag in 2010. Tijdschr Soc Gezondh 1996; 74: 217-9.
- 4 Hingstman L, Pool JB. Behoeftering huisartsen 1992. Utrecht: Nivel, 1992.
- 5 De Beer J, Visser H. Effecten van toekomstige demografische ontwikkelingen op medische consumptie. Maandstatistiek Bevolking (CBS) 1994/3: 22-9.

-
- 6 Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg. Toekomstscenario's voor eerste-lijnszorg en thuiszorg. Deel 2. Achtergrondstudies. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu van Loghum, 1992.
- 7 Groenewegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Een Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1992.
- 8 Nijland A, Meyboom-de Jong B, Groenier KH, et al. Zelfstandige verrichtingen van de assistente in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1991; 34: 587-92.
- 9 Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991; 34: 51-61.
- 10 Anoniem. Stand en loop van de bevolking per gemeentegroep naar inwonertal, 1990. Maandstatistiek bevolking (CBS) 1991/11: 44.
- 11 Anoniem. Bevolkingsprognose 1994. Maandstatistiek bevolking (CBS) 1995/1: 24.
- 12 Swinkels H. Trendcijfers gezondheidsenquête; medische consumptie, 1981-1994. Maandbericht gezondheid (CBS) 1995/5: 4-14.
- 13 De Bakker DH. De positie van de huisarts. In: Curatieve zorg in Nederland. Utrecht: Nivel/Nationaal Ziekenhuisinstituut, 1993: 3-11.
- 14 Hofmans-Okkes I. Hoe lang duurt een goed consult? Huisarts Wet 1991; 34: 6-13.
- 15 Commissie modernisering curatieve zorg. Gedeelde zorg: betere zorg. Leidschendam: Ministerie van WVC, 1993. ■
-