

Veranderingen in de huisartsenpraktijk vragen om managementondersteuning

W van den Bosch, M Doveren, A Marks, R van Damme

Inleiding

De organisatie van de moderne huisartsenpraktijk is een complexe zaak. Al in 1989 werd in dit tijdschrift beschreven dat een adequaat management de huisarts veel energie en tijd kost.¹ Het blijkt dat die energie en tijd in toenemende mate ontbreken. De hedendaagse huisarts wil zijn of haar tijd liever besteden aan de directe patiëntenzorg. Maar hij wil wel grip houden op zijn situatie, zelf beslissingen kunnen nemen en zelf verantwoordelijk zijn voor het reilen en zeilen van de praktijk. Dit alles vraagt inventiviteit om nieuwe methoden voor ondersteuning te vinden, die passen bij het onafhankelijkheidsgevoel en bij de toegenomen belasting van de huisarts.

Aan de hand van voorbeelden uit onze praktijk laten wij in dit artikel zien wat er de laatste twintig jaar is veranderd en presenteren

Samenvatting

Van den Bosch W, Doveren M, Marks A, Van Damme R.

Veranderingen in de huisartsenpraktijk vragen om managementondersteuning. Huisarts Wet 2003;46(10):547-51.

Er is de afgelopen twintig jaar veel veranderd in de dagelijkse gang van zaken in de huisartsenpraktijk. Door de toename van het aantal patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten hebben huisartsen steeds vaker behoefte aan ondersteuning. Deze ondersteuning wordt meestal gezocht in het aantrekken van een praktijkverpleegkundige aan wie taken op het gebied van de begeleiding van chronische zieken worden gedelegeerd. In de praktijk van de eerste auteur zijn de belangrijkste activiteiten de afgelopen twintig jaar zorgvuldig bijgehouden ten behoeve van het samenstellen van jaarverslagen. Opvallend is dat vooral door de langere consultduur de totale tijd per jaar die aan de patiënt wordt besteed, verdrievoudigd is. In deze praktijk is gekozen voor ondersteuning bij het management en bij het omgaan met complexe en tijdrovende zorgvragen van ouderen. De eerste ervaringen met dit model worden beschreven.

Huisartsenpraktijk Lent, Schoolstraat 25, 6663 CP Lent: prof.dr. W. van den Bosch, huisarts, A. Marks, verpleegkundige;

Huisartsenpraktijk Lent/Hagro 'De Grift': drs. M. Doveren, praktijkmanager; Amicon Zorgverzekeraar: drs. R. van Damme, huisarts.

Correspondentie: W.vandenBosch@HAG.umcn.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: drs. R. van Damme was tot 1-10-2002 accountmanager bij Amicon Zorgverzekeraar. Momenteel is hij manager in het Medisch Spectrum Twente.

wij de oplossingen die wij hebben gevonden om die veranderingen in goede banen te leiden.

Veranderingen

Patiëntenzorg

De hieronder beschreven gegevens zijn indertijd verzameld ten behoeve van het samenstellen van de jaarverslagen. Daarvoor werden dagelijks de spreekuurcontacten en de visites geteld. De gemiddelde duur van de spreekuurcontacten werd berekend door na aftrekken van de pauze de totale spreekuurtijd te delen door het aantal contacten. Telefonische contacten, tussentijdse contacten met een spoedeisend karakter en contacten buiten kantooruren zijn niet geregistreerd. De morbiditeitgegevens werden betrokken uit de gegevens van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR).²

De praktijk was twintig jaar geleden een solopraktijk met één fulltime huisarts en één fulltime assistente. Er waren 3200 patiënten ingeschreven. Het spreekuur werd alleen 's morgens gehouden, op afspraak. In 1982 waren er dagelijks gemiddeld 26 geplande spreekuurconsulten; voor de meeste consulten was 5 minuten uitgetrokken. Rekening houdend met het aantal dubbele consulten, duurde het gemiddelde consult toen 6 minuten. Dit betekende dat het ochtendspreekuur, dat om 8 uur begon, met pauze en uitloop gemiddeld om 12 uur eindigde. Het gemiddelde aantal consulten per patiënt per jaar was 2,2. Per patiënt werd dus gemiddeld 13,4 minuten per jaar aan spreekuurzorg besteed.

Anno 2002 is dit beeld sterk veranderd. Er zijn nu 3800 patiënten ingeschreven en er werken drie huisartsen (1,8 FTE) en drie praktijkassistenten (1,8 FTE) in de praktijk. Gemiddeld zijn er 46 geplande spreekuurcontacten per dag, verdeeld over verscheidene ochtend- en middagspreekuren. Voor ieder consult wordt 10 minuten uitgetrokken, maar door de toename van het aantal dubbele consulten is de gemiddelde consultduur 13 minuten. Het gemiddelde aantal consulten per patiënt is nu 2,9. Per patiënt wordt per jaar 37,7 minuten aan spreekuurzorg besteed; bijna het drievoudige van 20 jaar geleden.

Het gemiddelde aantal visites per patiënt is in 20 jaar tijd gehalveerd van 0,6 naar 0,3. De gemiddelde duur van deze visites is niet geregistreerd, maar is zeker toegenomen. Als een gemiddelde van 15 minuten wordt aangehouden, is de gemiddelde tijd die per patiënt aan huisbezoeken wordt besteed, gedaald van 9 naar 4,5 minuut. Twintig jaar geleden werd bijna de helft van de huisbezoeken besteed aan *friendly visiting* van kwetsbare ouderen. Deze activiteiten zijn de afgelopen jaren door tijdgebrek en door het stellen van andere prioriteiten sterk afgenomen. Dat geldt ook

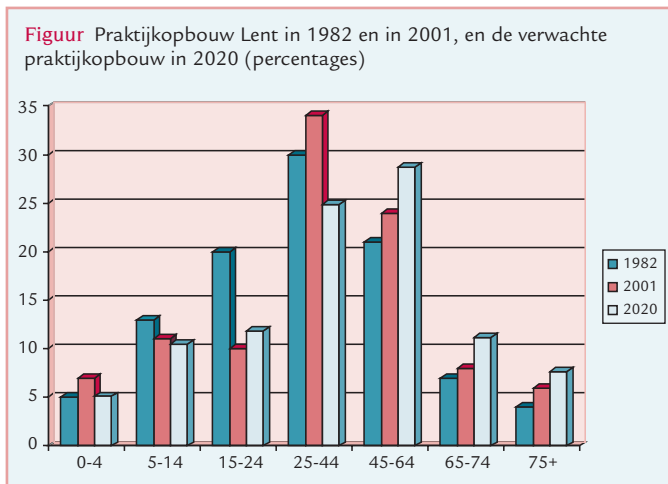
De kern

- ▶ De laatste twintig jaar hebben zich in de huisartsenpraktijk grote veranderingen voorgedaan.
- ▶ Het aantal consulten per patiënt en de gemiddelde consultduur zijn aanzienlijk toegenomen, vooral bij oudere patiënten.
- ▶ De automatisering, telecommunicatie, gestructureerde samenwerking en de bureaucratiesering leggen steeds meer beslag op de huisarts.
- ▶ Als de huisarts in de toekomst de meeste aandacht wil blijven geven aan directe patiëntenzorg, kan ondersteuning op managementgebied een belangrijke aanvulling zijn.

voor de ziekenhuisbezoeken. Twintig jaar geleden werden alle patiënten die in een ziekenhuis waren opgenomen, wekelijks bezocht. Op dit moment bezoekt de huisarts alleen patiënten met ernstige aandoeningen of patiënten die langdurig opgenomen zijn. Deze bezoeken vinden noodgedwongen meestal in het weekend of in de avonduren plaats.

Het aantal telefonische contacten met de praktijk is niet geregistreerd, maar vaak wordt aangenomen dat dit aantal meer dan vertienvoudigd is.

In de *figuur* is de leeftijdsopbouw van de praktijk weergegeven. Er is een begin van vergrijzing, maar opvallender is de sterke daling van de leeftijdsgroep van 15-24 jaar, de groep die de huisarts weinig bezoekt. Daarentegen is het aantal 75-plussers met meer dan 50% toegenomen en dit percentage zal de komende tijd verdubbelen. Juist deze groep legt een extra groot beslag op de tijd en de energie van de huisarts.



In de *figuur* is ook een prognose opgenomen van de leeftijdsopbouw die wij over twintig jaar in de praktijk kunnen verwachten. Deze prognose is gebaseerd op cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).³ In 1982 was de gemiddelde leeftijd in onze praktijk 35 jaar, nu is die 39 jaar en in 2020 zal die 42 jaar zijn. Was het aandeel van patiënten ouder dan 45 jaar in 1982 nog minder dan een derde, in 2020 zullen zij bijna de helft van de patiëntenpopulatie vormen. Dit heeft natuurlijk grote consequen-

ties voor de praktijkvoering van de huisarts. Het gemiddelde aantal contacten met de huisarts ligt voor patiënten ouder dan 45 jaar tweemaal zo hoog als voor jongere patiënten; het gemiddelde aantal voorschriften is zelfs driemaal zo hoog. Ook het aantal patiënten met chronische aandoeningen is fors toegenomen. In de *tabel* zijn de percentages weergegeven van het totale aantal patiënten dat in 1982 en 2001 regelmatig aandacht kreeg voor een aantal chronische aandoeningen.

Tabel Percentage van het totale aantal patiënten dat bekend is wegens chronische aandoeningen en dat regelmatig gecontroleerd wordt of aandacht krijgt

	1982	2001
Hypertensie	6,7	7,9
Hypercholesterolemie	1,5	4,7
Diabetes mellitus	2,1	3,8
Astma	1,6	3,5
COPD	2,3	2,6
Kanker	2,2	3,1

De conclusie is dat zowel voor de huisarts als voor de praktijkassistent de patiëntgebonden activiteiten bij een gelijk gebleven patiëntenaantal enorm zijn toegenomen.

Niet alleen de consumptie, maar ook de complexiteit van de ouderenzorg is sterk gegroeid. Twintig jaar geleden kon een zieke oudere bijna altijd na één telefoontje in een ziekenhuis of verpleeghuis worden opgenomen. Tijdelijke plaatsen in een verzorgingshuis bestonden nog niet officieel, maar als het nodig was, was er in het verzorgingshuis doorgaans tijdelijk een kamer beschikbaar.

Praktijkorganisatie, personeel en samenwerking

Twintig jaar geleden was 94% van alle ziekenfondspatiënten ingeschreven bij één regionale ziektekostenverzekeraar. De correspondentie bestond uit het driemaandelijkse toesturen van de mutaties van patiënten en het maandelijks ontvangen van voorschotten en afrekeningen. Tegenwoordig zijn onze patiënten ingeschreven bij 28 verschillende ziektekostenverzekeraars. Patiënten veranderen vaker dan vroeger van zorgverzekeraar, waardoor het aantal mutaties sterk is toegenomen. Behalve correspondentie over de reguliere honoraria, wordt bij alle verzekeraars flexzorg gedeclareerd, waarvoor iedere verzekeraar andere richtlijnen en tarieven hanteert. Daarnaast zijn er afspraken van verschillende aard over avond-, nacht- en weekendverrichtingen.

Destijds waren contacten met de waarneemgroep beperkt tot één jaarlijkse vergadering, waarin de weekenddiensten voor het hele jaar werden verdeeld. De overige contacten vonden altijd op ad-hocbasis plaats. Op dit moment zijn er maandelijks hagro-bijeenkomsten met een agenda die steeds verder uitdijt. Er wordt tijd ingeruimd voor het bespreken van patiëntencontacten in de dienst, maar de meeste tijd wordt in beslag genomen door organisatorische kwesties. De oude waarneemgroep wordt een steeds professionelere organisatie, met een voorzitter, een secretaris,

een vertegenwoordiger naar de RHV en een formele agenda en uitgebreide notulen. Daarbij wordt de stapel ingekomen en uitgaande post dikker en dikker.

Twintig jaar geleden was er een vaste fulltime assistente en kwam een mevrouw uit het dorp regelmatig poetsen. Allerlei werkzaamheden tussendoor werden door de partner van de huisarts uitgevoerd. De praktijk heeft nu zes personen in dienst: drie praktijkassistenten, een manager, een 'huisverpleegkundige' en een interieurverzorgster. Met deze mensen worden functioneringsgesprekken gehouden, wordt regelmatig overlegd over scholing en carrièreperspectief en over de kwaliteit van hun werk in de praktijk. Tevens biedt de praktijk gastvrijheid aan een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van de GGZ, een logopedist, de verloskundigen, het maatschappelijk werk, een kinderpsychiater, de trombosediensdienst en het zuigelingen- en kleuterbureau.

Ook twintig jaar geleden functioneerde er al een hometeam op maandelijkse basis. Al in 1962 werd dit hometeam door Frans Huygen in dit tijdschrift beschreven.⁴ De personele bezetting van het hometeam is uitgebreid en wat betreft structuur en verslaglegging is het verder en beter georganiseerd. Overleg met andere eerstelijns werkers gebeurde vroeger op ad-hocbasis. Op dit moment hebben de huisartsen regelmatig gestructureerd contact met de apotheker (FTO), de Cesar-therapeuten en de eerstelijnspsychologen.

We kunnen ook steeds meer zelf in onze praktijk. Twintig jaar geleden was er alleen een ECG-apparaat. Later kwamen de bloedsuikermeter, de spirometrie, de vaat-doppler, instrumentarium voor uitgebreid bloedonderzoek en de spleetlamp.

Automatisering en telecommunicatie

De automatisering deed in 1985 haar intrede in onze praktijk: een computer met 256 KB geheugen en een 20 MB harde schijf. Het gehele programma stond op vier 5¼ floppy's. Er was één matrixprinter. Eén keer in de week werd er een back-up gemaakt van het hele systeem op een aantal van diezelfde floppy's. Op dit moment staat er een server met 256 MB geheugen en een 20 GB harde schijf. Dat betekent dat het interne en schijfgeheugen met een factor 1.000 is toegenomen. De server bedient acht werkstations, vier printers en twee modems. Dagelijks wordt een back-up gemaakt. Het programma, de KNMP-taxe, EVS, de NHG-patiëntenbrieven, de Geïnformeerde huisarts en de adressenbestanden moeten regelmatig worden bijgehouden.

Twintig jaar geleden was er één praktijklijn met twee telefoontoestellen, één voor de dokter en één voor de assistente. Langduriger overleg werd gevoerd via de privé-lijn. Nu komen er zes lijnen binnen, waaronder een spoedlijn, een fax en twee elektronische communicatielijnen. Er staan nu twaalf telefoontoestellen in de praktijk. Er is een doorschakeldienst en een alarminstallatie. Om de praktijk toegankelijk te maken voor gehandicapten, werken de buitendeur en de tussendeur automatisch.

Deze installaties moeten ook allemaal onderhouden worden. Gemiddeld is er iedere maand wel iemand in de praktijk voor onderhoud of voor het verhelpen van een storing.

Beschouwing

Een modale praktijk kan niet meer gerund worden zoals dat twintig jaar gebruikelijk was. Dat de vorige huisarts (Frans Huygen) een praktijk met bijna 3200 patiënten, inclusief thuisbevallingen en consultatiebureaus, zodanig kon organiseren dat hij 's middags andere taken op de universiteit kon uitvoeren, is nu ondenkbaar. Daarvoor zijn zorginhoudelijke en organisatorische veranderingen verantwoordelijk. Zo is de duur van de spreekuurcontacten meer dan verdubbeld. Noch de huisarts, noch de patiënt zou tegenwoordig genoeg nemen met een consultduur van 5 minuten, hoewel de meerwaarde van langere consulten nooit is aangetoond. Achtereenvolgens wordt steeds meer consulttijd opgeëist door de vraagverheldering en het methodisch werken, de uitgebreidere verslaglegging en het werken volgens standaarden, waarbij veel tijd besteed moet worden aan informatie en aan het uitleggen van ons terughoudend beleid. Ook de organisatie van de huisartsenpraktijk is zo ingewikkeld geworden dat de dokter het niet meer alleen kan en ondersteuning bij een aantal managementtaken geen overbodige luxe is.

Voor de taakverlichting van de huisarts bestaan verschillende opties. De bekendste is de invoering van de praktijkverpleegkundige. Niet alleen een gebrek aan werkruimte in bestaande (solo)praktijken is echter een probleem, ook de – sinds kort weer – onzekere financiering belemmert een grootschalige invoering. De praktijkverpleegkundige is meestal sterk gericht op het overnemen van taken van de huisarts bij de begeleiding van chronische ziekten, zoals patiënten met diabetes mellitus en COPD.⁵ De praktijkverpleegkundige kan waarschijnlijk nog veel meer taken van de huisarts overnemen.⁶ In een aantal praktijken – zoals die van ons – is het delegeren van taken echter al vele jaren eerder in gang gezet doordat de praktijkassistente een aantal activiteiten van de huisarts overnam.⁷

Stellen van prioriteiten

Het is belangrijk bij de oplossing voor ondersteuning van de huisarts onderscheid te maken tussen kerntaken van de huisarts en taken die gemakkelijker gedelegeerd kunnen worden. Bij de keuze voor het model dat in onze praktijk wordt gehanteerd, hebben wij ons laten leiden door enkele uitgangspunten.

Wij hechten veel belang aan de continuïteit van zorg. Dat wil zeggen dat er zo min mogelijk patiëntgebonden taken worden gedelegeerd. De vertrouwensband tussen huisarts en patiënt ontstaat niet ineens bij een ernstig of belangrijk probleem, maar wordt in de loop van de tijd opgebouwd in meerdere contacten voor grote en kleine klachten. Om de continuïteit van zorg door de huisarts te garanderen, is het dus van belang dat de huisarts zijn patiënten en hun gezinsleden met regelmaat ziet. Patiënten en huisartsen hechten veel waarde aan de rol van de arts als vertrouwensfiguur. De patiënten vinden het belangrijker hun eigen huisarts te zien bij ernstige aandoeningen en bij klachten en problemen op psychosociaal gebied.⁸ Alledaagse problemen kunnen eventueel ook door anderen worden benaderd. Vertrouwen ontstaat echter



Foto: Francesco Cinque

pas na een aantal contacten. Dat betekent dat ook de contacten over alledaagse problemen daarbij een rol spelen. Regelmatige contacten met de huisarts zijn ook voor chronische patiënten belangrijk voor de continuïteit van zorg en omdat er vaak sprake is van comorbiditeit. Ouderen met verschillende aandoeningen zijn slecht te vangen in simpele protocollen. De zorg voor hen kan dus slecht gedelegeerd worden aan hulp personeel.

Daarom kozen wij in de Lentse praktijk voor een ander systeem dan de 'standaard' praktijkverpleegkundige. De huisartsen krijgen managementondersteuning en een 'huisverpleegkundige' ontlast

de artsen bij de organisatie van de zorg voor ouderen met gecompliceerde problematiek.

Managementondersteuning in de huisartsenpraktijk is niet nieuw. In gezondheidscentra is de manager, coördinator of directeur al langer ingeburgerd en ook in grote groepspraktijken bleek een dergelijke functionaris nuttig.⁹ Toch zijn veel huisartsen huiverig voor het idee een manager aan te stellen. De reacties op de voorstellen in het artikel van Pilon en Dijkers in *Medisch Contact* geven aan dat het vooral gaat om de angst voor het verlies van autonomie en een toenemende bureaucratie.¹⁰ Nijland en De Haan

schreven al eerder over de voordelen voor de hagro van het inzetten van een managementfunctionaris als secretaris.¹¹ Ook wij ervaren de voordelen van deze oplossing. De manager bewijst niet alleen zijn meerwaarde bij het maken van de agenda en het verslag, maar vooral bij de bewaking van de afsprakenlijst en het onderhouden van de contacten naar buiten. Hij ondersteunt de kwaliteit, maar de huisartsen bepalen de inhoud en prioriteiten. Andere taken liggen op het terrein van personeelsbeleid, de relatie met verzekeraars en derden, en automatisering en andere praktische zaken in de praktijk.

De huisverpleegkundige neemt zorgtaken over die de huisarts extra belasten. Daarbij kan men denken aan een patiënt die uit het ziekenhuis wordt ontslagen, maar eigenlijk eerst naar een tijdelijke opnameplaats in een verzorgingshuis zou moeten, of aan een alleenstaande dementerende patiënt waarvoor tijdrovende contacten nodig zijn met het regionale indicatieorgaan en waarbij de professionele hulp en de mantelzorg op elkaar moeten worden afgestemd. De huisverpleegkundige fungeert ook als secretaris van het hometeam en zij heeft alle kwetsbare ouderen en chronisch zieken in kaart gebracht. Zij bezoekt patiënten thuis en in het ziekenhuis en kan ook een aantal praktijkverpleegkundige taken uitvoeren.

Inpassen van nieuwe medewerkers

De taken van de managementfunctionaris vragen een hoog gekwalificeerde achtergrond, minimaal op hbo-niveau. In onze praktijk is gekozen voor een functionaris met een academische opleiding. Het is van belang een goed evenwicht te zoeken tussen een hoge kwalificatie en een niet te hoog ambitieniveau. De managementfunctionaris moet de kunst verstaan de groep optimaal te ondersteunen. Zowel de huisartsen als de praktijkassistenten moeten niet de indruk krijgen dat ze in een richting worden gestuurd die niet vooraf is overeengekomen. Door de ondersteuning van de manager moet iedereen meer en niet minder ruimte krijgen. Van de ondersteuning moet een stimulerende en activerende rol uitgaan. In het begin wordt prioriteit gegeven aan ondersteuning bij zaken die de anderen als belastend ervaren.

De afstemming tussen de taken van de managementfunctionaris en de praktijkassistenten en praktijkverpleegkundige is met de door ons gekozen functieomschrijving geen probleem. De manager en de praktijkverpleegkundige nemen voor het merendeel taken van de huisarts over en niet van de praktijkassistenten. Afstemmingsproblemen kunnen vooral verwacht worden als dat laatste het geval zou zijn. Een duidelijke functieomschrijving is derhalve een voorwaarde voor het laten slagen van een dergelijke onderneming. De inbreng van de praktijkassistenten is daarbij essentieel.

Al met al is er een gevoel van tevredenheid, zowel bij de betrokken huisartsen en praktijkassistenten als bij de nieuwe functionarissen. Wel is het aantal communicatielijnen toegenomen. Naast de al bestaande contacten, zoals de hagro-bijeenkomsten, de bijeenkomsten van het hometeam en de werklunch met de praktijkassistenten, waarbij de nieuwe mensen belangrijke rollen ver-

vullen, overlegt de managementfunctionaris nu iedere week met de huisarts-projectleider. Ook is er wekelijks overleg van de praktijkverpleegkundige met elke huisarts over de patiënten die in zorg zijn.

Onze ideeën hebben ertoe geleid dat er met steun van Amicon Zorgverzekeraar in 2001 een project is gestart rond de inzet van een managementfunctionaris op hagro-niveau. In dit project is ook de aanstelling van de praktijkverpleegkundige opgenomen. Dit experiment was al eerder in een beperkte vorm in gang gezet. Het betreft een coördinerend wijkverpleegkundige van de thuiszorg, die binnen één huisartsenpraktijk aanspreekpunt is voor complexe zorgtaken.

Conclusie

De huisartsenpraktijk van de toekomst zal er op bepaalde punten wel en op andere punten niet anders uitzien. De patiënt en zijn gezinsleden zullen nog steeds een huisarts vinden die de patiënt kent en die bij problemen als eerste aanspreekpunt fungeert. Persoonlijke zorg en continuïteit zullen nog steeds centraal staan. De organisatie van de praktijk zal sterker veranderen. De huisarts van de toekomst zal zich bij niet-patiëntgebonden activiteiten laten ondersteunen om zodoende meer tijd en energie over te houden voor de directe contacten met de patiënt. Deze managementondersteuning zal niet alleen binnen de praktijk plaatsvinden, maar zal ook bijzonder waardevol blijken bij de samenwerking, coördinatie en afstemming met anderen. Daarnaast zal de huisarts van de toekomst worden begeleid bij gecompliceerde zorg voor ouderen en bij GGZ-problematiek door de inzet van praktijkverpleegkundigen en SPV'ers GGZ. Uitbreiding van het takenpakket van de praktijkassistenten of de inzet van praktijkverpleegkundigen kan zeker worden overwogen, maar vormt niet de essentie van de veranderingen die nodig zijn voor de huisartsenpraktijk van de toekomst.

Literatuur

- 1 Sprij B, Casparie AF. De managementtaak van de huisarts. Huisarts Wet 1989;32:468-72.
- 2 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM, redactie. Ziekten in de huisartspraktijk. 3e dr. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999.
- 3 Bevolkingsprognose 1996-2050. Maandstatistiek van de bevolking (CBS) 1997;1:62-8.
- 4 Huygen FJA. Het hometeam. Huisarts Wet 1962;5:119-23.
- 5 Beusmans G. Zorg voor chronische zieken. Med Contact 2001;56:259-62.
- 6 Ebbens E. Delegeren in de huisartspraktijk. Med Contact 2002;57:463-5.
- 7 Van den Bosch WJHM, Lörx M, Van Sas A. Praktijkassistenten en preventieve taken. Huisarts Wet 1991;34:488-90.
- 8 Schers H, Webster S, Van de Hoogen H, Avery A, Grol R, Van den Bosch WJHM. Continuity of care in general practice: a survey of patients' views. Br J Gen Pract 2002;52:459-62.
- 9 Den Tex-Dukkers van Emden M. Praktijkondersteuning door een coördinator. Praktijkmanagement 1998;15:40-2.
- 10 Pilon PJH, Dijkers FW. Een manager in huisartsenland. Med Contact 2002;57:290-2.
- 11 Nijland A, De Haan J. Een secretaris voor de hagro. Med Contact 1999;54:839-41.