

De (patho)genese van de grootschalige dienstenstructuur

Rianne van den Berg, Frans Meijman

Inleiding

De huisartsenpraktijk heeft zich de laatste decennia ontwikkeld van de traditionele solopraktijk tot de grootschalige structuren van tegenwoordig, die worden gekenmerkt door groepspraktijken, praktijkondersteuning en centrale huisartsenposten.^{1,2,3} In onderzoeken kwamen de gevolgen van de schaalvergroting in de vorm

Samenvatting

Van den Berg R, Meijman FJ. De (patho)genese van de grootschalige dienstenstructuur. *Huisarts Wet* 2009;52(4):177-81.

Doel Wij wilden de aanleiding en oorzaken van de grootschalige dienstenstructuur voor huisartsen in beeld brengen. Is er sprake van echte wijzigingen in woord en daad?

Methode Wij hebben een explorerend systematisch literatuuronderzoek gedaan naar de organisatorische ontwikkelingen binnen de huisartsenpraktijk gedurende de jaren vóór en rond de komst van de grootschalige dienstenstructuur.

Resultaten Vroeger was de huisarts er 24 uur per dag, 7 dagen per week voor zijn patiënten. In 1941 kwam daar verandering in met de eerste centrale post in Den Haag, die weekenddiensten verzorgde. De eerste decennia stond huisartsgeneeskundig Nederland sceptisch tegenover deze nieuwe ontwikkeling, maar met een tussenstap in 1979 richtte men vanaf het eind van de twintigste eeuw meer centrale posten op voor avond-, nacht- en weekenddiensten. De grootschalige dienstenstructuur werd dominant.

Conclusie De opkomst van de grootschalige dienstenstructuur kan men toeschrijven aan de toegenomen werkbelasting van huisartsen en de veranderde tijdgeest. De drie-eenheidsideologie van continue, integrale en persoonlijke zorg is sinds het bestaan van de centrale posten in die zin veranderd dat de continuïteit van zorg niet meer alleen door de eigen huisarts van de patiënt wordt geleverd, maar ook door zijn dienstdoende collega's. Hoewel de komst van de centrale posten voor een afname van de ervaren werkbelasting heeft gezorgd, besteden huisartsen steeds meer diensten uit aan waarnemers. Buiten kantoor tijd is de persoon van de dokter voor de continuïteit van de zorg geen punt (meer) voor de arts en de patiënt.

VU Medisch Centrum, afdeling Metamedica, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam: R. van den Berg, destijds arts-assistent; F.J. Meijman, voormalig huisarts en hoogleraar.

Correspondentie: riannevandenbergh@msn.com

Belangenverstrengeling: niets aangegeven.

van een centrale dienstenstructuur uitgebreid aan bod, maar de aanleiding en oorzaken die tot deze nieuwe ontwikkeling hebben geleid bleven tot nu toe onderbelicht. Slechts enkele onderzoeken bespreken factoren die een rol kunnen hebben gespeeld. De toegenomen werkdruk van huisartsen staat daarin centraal.^{3,4,5} Tevens zou de veranderde tijdgeest de huisartsenpraktijk hebben beïnvloed.^{3,6,7} In dit artikel concentreren wij ons op de ontwikkeling van de traditionele huisartsgeneeskundige zorg tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten naar de grootschalige dienstenstructuur van tegenwoordig. Wij spiegelen die ontwikkeling aan de opvattingen over en de werkelijkheid van de huisartsgeneeskunde.

De drie-eenheidsideologie van continue, integrale en persoonlijke zorg blijkt binnen het huisartsenvak altijd een belangrijk streven te zijn geweest. Maar hoe belangrijk was deze drie-eenheidsideologie in werkelijkheid? De laatste jaren hebben zich binnen de huisartsenpraktijk dusdanige veranderingen voorgedaan dat deze ideologie in het gedrang lijkt te zijn gekomen. Maar waar wringt de schoen dan? Nu de beginjaren van de grootschalige dienstenstructuur achter ons liggen, wordt het tijd voor een terugblik.

Het doel van dit onderzoek is het in beeld brengen van de tijd vóór de grootschalige dienstenstructuur, waarbij wordt getracht aanleidingen en oorzaken te vinden die tot de huidige situatie kunnen hebben geleid. Wij wilden daarbij drie vragen beantwoorden:

1. Welke aanleidingen en oorzaken hebben geleid tot de grootschalige dienstenstructuur binnen de huisartsgeneeskunde in Nederland?
2. Op welke punten wordt tegenwoordig afgeweken van de drie-eenheidsideologie van de huisartsgeneeskunde van continue, integrale en persoonlijke zorg? Is dat een 'echte' wijziging of een erkenning dat de voorgestane handelwijze nooit in volle omvang praktijk is geweest?
3. Was de objectieve (meetbare) werkdruk van huisartsen gedurende de jaren voor de komst van de grootschalige dienstenstructuur veranderd ten opzichte van vroeger? Welke rol speelde de werkdruk van huisartsen bij de komst van de grootschalige dienstenstructuur?

Methode

Wij hebben een systematisch literatuuronderzoek gedaan naar de organisatorische ontwikkelingen binnen de huisartsenpraktijk gedurende de jaren vóór en rond de komst van de grootschalige dienstenstructuur.

In de registers van *Huisarts en Wetenschap*, het *Nederlands Tijdschrift*

voor *Geneeskunde* en de bibliotheek van het NIVEL zochten we naar geconsolideerde literatuur (handboeken), semigeconsolideerde literatuur (overzichtsartikelen, reviews) en ongeconsolideerde literatuur (onderzoeksverslagen, beschouwingen). De gebruikte zoektermen zijn ‘dienstenstructuur’, ‘huisartsenpost’, ‘Woudschoten’, ‘werkdruk’, ‘waarnemen’, ‘avond-, nacht- en weekend-(ANW-) diensten’ (tabel 1). Dankzij het zogenaamde sneeuwbaaleffect kwamen wij tevens andere relevante artikelen op het spoor.

We besteedden vooral aandacht aan literatuur met informatie die in brede kring gedragen leek, waarbij we het gebruik van ‘individuele meningen’ zo veel mogelijk probeerden te vermijden.

Resultaten

Historisch perspectief

‘Vroeger was alles beter...’ – een veelgehoorde verzuchting onder ouderen in onze samenleving. Deze uitspraak lijkt ook te gelden als het gaat om de huisartsenpraktijk. In de verhalen over ervaringen van ouderen klinkt vaak het verlangen naar vroeger door, toen de huisarts nog dag en nacht, zeven dagen per week voor hen klaarstond. In die tijd was er sprake van een maximale continuïteit van zorg. De praktijken waren indertijd groter dan die van tegenwoordig.⁸ Daarbij was de zorgvraag, vooral om financiële redenen, wel een stuk kleiner. Toch was de werkbelasting hoog, want het takenpakket van de solistisch werkende huisarts was omvangrijk.⁹

Dankzij de verplichte ziekenfondsverzekering, die in 1941 werd ingevoerd, konden meer patiënten zich permitteren om in geval van ziekte ‘gratis’ de hulp van de huisarts in te roepen.¹⁰ De zorgvraag per patiënt nam hierna gestaag toe.^{6,10,11} Omdat de praktijkgrootte gelijk bleef, bracht dit voor huisartsen een forse stijging van de werkbelasting met zich mee.¹⁰

Door een enorme toename in medische kennis en technologie ontstonden in diezelfde jaren steeds meer specialisaties, waardoor de huisarts een ondergeschikte rol dreigde te gaan spelen. Deze ontwikkelingen leidden tot toenemende onvrede onder de huisartsen, die in oktober 1956 resulteerde in de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).¹⁰

Drie-eenheidsideologie

Begin 1959 kwam men tijdens de zogeheten Woudschoten-conferentie tot het formuleren van de doelstelling van het NHG: ‘Het bevorderen van de huisartsengeneeskunst en het richting geven aan de ontwikkeling daarvan op wetenschappelijk verantwoorde wijze.’ Daarnaast definieerde men de taak en functie van de huisarts als: ‘Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een

Wat is bekend?

- ▶ De eerste grootschalige dienstenstructuur (in Den Haag) is tientallen jaren een geïsoleerd verschijnsel geweest.
- ▶ Centrale posten bepalen pas vanaf het eind van de twintigste eeuw het beeld van de avond-, nacht- en weekenddienst.
- ▶ Tijdgeest en ervaren werkdruk zijn hierbij waarschijnlijk van invloed geweest.

Wat is nieuw?

- ▶ Voor veel huisartsen betekent de 24-uursbeschikbaarheid van huisartsenzorg niet meer hetzelfde als continuïteit bieden in de persoon van de vaste huisarts of collega’s uit zijn directe omgeving.
- ▶ Deze wijziging is ingetreden zonder noemenswaardige ophef bij patiënten en huisartsen.

continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwde individuele mensen en gezinnen.’ Deze opvatting kan men kenschetsen als de drie-eenheidsideologie, die gedurende de daaropvolgende jaren altijd een belangrijk streven is gebleven.¹²

De introductie van de drie-eenheidsideologie bracht de huisarts-geneeskunde in beweging. Hoewel deze ideologie voor veel huisartsen als inspiratiebron diende, werd al na enkele jaren duidelijk dat het ideaalbeeld voor velen een onbereikbaar doel was. Er was vraag naar een nieuwe taakomschrijving, met een realistischere kijk op de werkelijkheid.¹³

Een eerste stap naar samenwerking

De gezondheidszorg was inmiddels ook deels een politieke kwestie geworden. Aanleidingen voor deze overheidsbemoeienis waren de grote kostenstijging en de noodzaak tot hervormingen. Als antwoord op deze ontwikkelingen besloten het NHG en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) hun krachten te bundelen en te komen tot een nieuw takenpakket, met als doel handhaving van de autonomie van de beroepsgroep. Het ‘Basistakenpakket van de huisarts’ (1983) betrof niet alleen de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de huisarts, maar tevens kwaliteitsgaranties waar huisartsen voortaan op aangesproken konden worden.¹³

Werkbelasting

In de loop der jaren heeft men getracht de werkbelasting van de huisarts te verminderen. Werkzaamheden zijn deels overgedragen aan derden (specialisten, diëtisten, verloskundigen en dergelijke) en de laatste jaren kunnen huisartsen dankzij de aanwezigheid

Tabel 1 Gebruikte kernbepalingen bij literatuuronderzoek (peildatum 1 december 2008)

Zoektermen	Register <i>Huisarts & Wetenschap</i>			Register NIVEL			Register <i>Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde</i>		
	treffers	relevant	%	treffers	relevant	%	treffers	relevant	%
Dienstenstructuur	17	1	6	93	2	2	0	0	0
Huisartsenpost	108	1	1	63	2	3	11	0	0
Woudschoten	47	3	6	7	2	29	1	0	0
Werkdruk	109	1	1	167	3	2	67	0	0
Waarnemen	60	2	3	17	1	6	175	0	0
ANW-diensten	9	1	11	3	1	33	0	0	0



Foto: Roel Visser/Hollandse Hoogte

van een praktijkassistente of -verpleegkundige steeds meer taken delegeren.^{2,14,15}

Het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijns Gezondheidszorg (NIVEL) heeft in 1987 en 2001 onderzoek verricht naar onder andere de praktijkgrootte, de werkzame uren, het aantal contacten per patiënt per jaar en de consultduur in de huisartsenpraktijk. Uit het tweede onderzoek bleek dat huisartsen de werkdruk te hoog vonden. Dit probleem speelde vooral onder de solisten en de vrouwelijke huisartsen. Zij wilden het liefst 8 tot 9 uur per week minder werken.¹⁵

In juni 2003 verscheen een vergelijkend onderzoek naar de werkbelasting van huisartsen (tabel 2).⁴ Het aantal deeltijdwerkers onder huisartsen bleek fors toegenomen. Werkte in 1987 minder dan 10% van de huisartsen korter dan 40 uur per week, in 2001 is hun aantal gestegen naar 44%. Hoewel er ten opzichte van het jaar 1987 sprake is van een daling (5,2 uur) van het aantal werkzame uren per week per fulltime equivalent (fte) huisarts, is het aantal ingeschreven patiënten per huisarts in de periode 1987-2001 ongeveer gelijk gebleven, met als gevolg een toename (10%)

van het aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts. Daarnaast is er een stijging te zien in het aantal contacten per patiënt per jaar (van 3,59 naar 3,94).⁴

Samenvattend kunnen we stellen dat huisartsen de laatste jaren steeds vaker kiezen voor een baan in deeltijd en dat de werkzame uren van de fulltime huisarts per week met 5,2 uur zijn afgenomen. Het aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts is echter met 10% gestegen en we zien ook een toename in de hulpvragen per patiënt. Dit alles zou een gedeeltelijke verklaring kunnen zijn voor de toegenomen werkdruk die huisartsen de laatste jaren ervaren.⁴ Huisartsen handelen meer hulpvragen af in minder uren.

Centrale huisartsenposten

Wie denkt dat de komst van de centrale huisartsenposten een recente ontwikkeling is, heeft het mis. Al in 1941 richtte men in Den Haag een centrale post op. Redenen hiervoor waren het wegvallen van de Joodse huisartsen en de door de bezetters opgelegde regel dat patiënten gedurende de spertijd alleen de dichtstbijzijnde huisarts mochten raadplegen, waardoor de in het stads-

centrum gevestigde huisartsen overbelast raakten.¹⁶ De huisartsen hadden op de centrale post gedurende de avonden en nachten dienst, ze waren er onder een algemeen telefoonnummer bereikbaar en ze werden per taxi naar de patiënten gebracht.^{16,17} De deelnemende huisartsen waren over het algemeen zeer te spreken over het systeem. Dat

Tabel 2 Maten voor werkbelasting van huisartsen in 1987 en 2001⁴

	1987	2001	Vershil
Aantal werkzame uren per week per huisarts	52,9	44,1	-8,8
Aantal werkzame uren per week per huisarts (normpraktijk)	57,2	49,0	-8,2
Percentage patiëntgerelateerde tijd van totale werkzame uren	70%	70%	0%
Aantal fte huisartsen werkzaam per praktijk	0,94	0,84	-0,10
Aantal werkzame uren per week per fte huisarts	58,6	53,4	-5,2
Aantal ingeschreven patiënten per huisarts	2174	2115	-59
Aantal ingeschreven patiënten per fte huisarts	2279	2529	+250
Aantal patiëntcontacten per patiënt per jaar	3,59	3,94	+0,35
Aantal werkzame uren per patiënt per jaar	1,25	1,05	-0,20
Consultduur in minuten per patiëntcontact tijdens het spreekuur	9,93	9,81	-0,12
Percentage patiëntcontacten dat thuisconsult (visite) betreft	16%	9,2%	-6,8%
Percentage patiëntcontacten dat telefonisch consult betreft	4,4%	11,6%	+7,2%

resulteerde enkele jaren later, in 1948, in de oprichting van de Stichting Doktersdienst 's-Gravenhage (SDG). Ondanks de positieve geluiden uit Den Haag stond de rest van huisartsgeneeskundig Nederland sceptisch tegenover het systeem.¹⁶ De stap naar een centrale huisartsenpost was voor velen nog te groot. Er waren echter wel degelijk nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de continuïteit van zorg. Op verschillende plaatsen in Nederland maakte de 7 dagen per week 24-uursbeschikbaarheid plaats voor de weekendwaarneming. Daarmee was de eerste 'breuk' in de continuïteit van zorg ook elders een feit.

Begin jaren zeventig richtte men in de omgeving van Groningen en Rotterdam onderzoek naar het functioneren van deze weekendwaarneming.¹⁸ Het bleek dat gedurende de dienst vooral de zaterdagen overdag erg druk waren, wat uitbreiding naar grotere waarnemingsgroepen niet wenselijk maakte. De nachten waren echter over het algemeen rustig te noemen.¹⁸

Hoewel de continuïteit van zorg aan de eerste veranderingen onderhevig was, bleven huisartsen gedurende het weekend via een 'stil' telefoonnummer bereikbaar, zodat de dienstdoende huisarts in geval van nood altijd informatie kon inwinnen bij de huisarts van de patiënt.¹⁹ Men vond dat als een huisarts de ANW-beschikbaarheid al in de vorm van waarneming wilde organiseren, dit idealiter kleinschalig met collega's in de buurt diende te gebeuren, met het oog op informatieoverdracht, eenduidigheid van handelen en vertrouwdschap voor de patiënten.

Het duurde dan ook nog jaren tot er in Den Bosch een tweede grote centrale huisartsenpost werd opgericht voor het uitvoeren van de weekenddiensten (1979). In de tijd daarna kwamen de twee centrale huisartsenposten van Den Haag en Den Bosch meer dan eens negatief in de publiciteit. Het betrof vooral spookverhalen over incidenten en angst bij de deelnemende huisartsen voor de 'gevaarlijke' nachtdiensten.¹⁶ Deze onrust weerhield andere grote steden er echter niet van het voorbeeld van Den Haag en Den Bosch te volgen. Op verschillende plaatsen in Nederland richtte men centrale posten op, van waaruit de diensten collectief werden uitgevoerd.

Nijmegen was zo'n plaats, waar men in 1999 de Coöperatieve Huisartsdienst Nijmegen (CHN) oprichtte. Een belangrijke reden voor de oprichting was dat huisartsen de diensten (in het bijzonder de weekend- en nachtdiensten) erg belastend vonden. Sinds de invoering van de CHN zou een en ander sterk verbeterd zijn. Men beweert dat het aantal diensturen met meer dan 75% is gedaald en tevens zou er een forse afname zijn van de ervaren werkbelasting. Vooral de samenwerking met collega's tijdens de dienst ervoer men als positief.⁵

De ontwikkeling heeft doorgezet. In de loop der jaren wint de centrale huisartsenpost landelijk terrein. Volgens onderzoek van het NIVEL regelt in 2005 95% van de huisartsenpraktijken de zorg buiten kantooruren via de centrale huisartsenpost.^{1,19}

Waarnemen

Hoewel de centrale huisartsenpost voor een vermindering van de (ervaren) werkbelasting van huisartsen lijkt te hebben gezorgd, besteden zij in 2005 meer ANW-diensten aan anderen uit dan vroeger. Waar in 1987 slechts 10% van de huisartsenpraktijken wel eens een dienst aan een 'vreemde' verkocht, is dit aantal in 2005 met bijna 64% vele malen hoger (tabel 3).¹

Naar schatting waren in 2005 ten minste 1000 huisartsen als waarnemer werkzaam, goed voor in totaal circa 454 fte aan waarnemingen, deels voor het waarnemen van ANW-diensten en deels voor het waarnemen van reguliere werkzaamheden (vakantie, ziekte, scholing). Huisartsen noemen als redenen om als waarnemer te werken: financiële aspecten (47%), vrijheid en flexibiliteit (44%), en het behouden van de registratie als huisarts (27%).¹⁹

Kijken we naar wie er gebruikmaakt van de waarneming, dan is er nauwelijks enig verschil in percentage tussen de solo-, duo- en groepspraktijken. Wel zien we onder de uitbestedende solisten een hoger gemiddeld aantal uitbestede ANW-diensten per huisarts (tabel 3). De uitbestedende huisartsen noemen als belangrijkste redenen om ANW-diensten uit te besteden een te hoge werkdruk en de zwaarte van de nachtdiensten.^{1,19}

Beschouwing

Vanwege de zwaarte van de (nacht)diensten besteden veel huisartsen hun verplichting aan de centrale huisartsenpost geregeld uit aan waarnemers – een bevinding die weinigen het voorhoofd zal doen fronsen. Opmerkelijk is wel dat er sprake is van een toenemend percentage uitbestedende huisartsen in vergelijking met de jaren ervoor. Een gedeeltelijke verklaring hiervoor is mogelijk de grootschalige dienstenstructuur zelf. De komst van de centrale huisartsenpost biedt huisartsen de 'vrijheid' om hun ANW-diensten uit te besteden. Waar vroeger mogelijk een sterkere sociale controle huisartsen ervan weerhield om de drie-eenheidsideologie te doorbreken door een ANW-dienst uit te besteden, zijn huisartsen tegenwoordig blijkbaar een stuk minder terughoudend en lijkt het inmiddels een geaccepteerde gang van zaken. Bovendien zijn er kennelijk geen financiële belemmeringen.

Deze ontwikkeling geeft huisartsen de ruimte om hun eigen werkbelasting te beïnvloeden. Nu huisartsen in tijden van grote drukte de mogelijkheid hebben enkele van hun ANW-diensten aan anderen uit te besteden, zullen zij minder snel 'slachtoffer' worden van een te grote werkbelasting. Tevens komt deze ontwikkeling tegemoet aan de veranderde tijdgeest, waarbij werken in deeltijd voor velen hoog in het vaandel staat.

Tabel 3 Huisartsenpraktijken en het uitbesteden van avond-, nacht- en weekenddiensten in 2005¹

	% praktijken dat ANW-diensten uitbesteedt	Gemiddeld aantal uitbestede ANW-diensten per uitbestedende praktijk	Gemiddeld aantal uitbestede ANW-diensten per huisarts
Solopraktijken	63%	9,1	9,1
Duopraktijken	66%	9,8	4,9
Groepspraktijken*	62%	12,0	3,1
Totaal	64%	9,9	5,4

* Een groepspraktijk bestaat uit gemiddeld 3,93 huisartsen.

Abstract

Van den Berg R, Meijman FJ. The (patho)genesis of the large-scale out of hours primary care centres. *Huisarts Wet* 2009;52(4):177-81.

Aim To map the reasons for and causes of the large-scale out of hours service for GPs. Can we say that real changes have actually come about?

Method We carried out an exploratory systematic literature search into the organisational developments in the world of general practice in the years both before and after the introduction of the large-scale service structure.

Results In earlier times the GP was available for his patients 24 hours per day, 7 days per week. A change was introduced in 1941 with the creation of the first central service in The Hague that ensured medical care during the weekend. In the early decades the Dutch GPs were somewhat sceptical with regard to this new development but, with an interim step in 1979, as of the end of the twentieth century more central services were set up for evening, night and weekend surgeries. The large-scale service structure had become dominant.

Conclusion The rise of the large-scale service structure can be ascribed to the increase in the GP's workload and the changing spirit of the times. Since the introduction of the central out of hours centres, the triple ideology of continuous, integrated and personal care has changed in the sense that the continuity of care is no longer provided by the patient's own GP but by the doctor's colleagues. Although the introduction of the central centres has ensured a diminution in the workload experienced by the doctor, the GPs are farming out an increasing number of tasks to locums. Out of hours the person of the doctor does not guarantee (any longer) continuity of care either as far as patient or GP is concerned.

Met de aansluiting bij de tijdgeest zit het wel goed. Achteraf gezien is het opmerkelijk dat de invoering van de grootschalige dienstenstructuur weinig beroering, laat staan weerstand bij het publiek heeft losgemaakt. De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie signaleert in 2006 weliswaar dat de bereikbaarheid van eerstelijnszorg buiten kantooruren matig is, maar in hetzelfde beleidsdocument is de keuze klip en klaar: in de avond-, nacht- en weekenduren kan de patiënt zich voor acute, niet onmiddellijk levensbedreigende zorgvragen wenden tot de huisartsenpost. Deze is bij voorkeur gesitueerd bij een spoedeisendehulpafdeling van een ziekenhuis.²⁰

De 24-uursbeschikbaarheid van huisartsenzorg wordt door veel huisartsen niet meer vertaald als continuïteit bieden in de persoon van de vaste huisarts of collega's uit zijn directe omgeving. Voorlopig blijven de centrale huisartsenposten opereren vanuit huisartsgeneeskundige opvattingen en benaderingswijzen, ondersteund door centraal toegankelijke patiëntendossiers. In die zin blijven de eerste twee componenten van de drie-eenheidsideologie ook in de praktijk bestaan. Persoonlijke zorg blijft echter beperkt tot op de persoon van de patiënt (en diens omgeving) gerichte zorg. Nog afgezien van gelijktijdige ontwikkelingen als

toenemende taakdelegatie en taakdifferentiatie zal de een de 'ontpersoonlijking' van het huisartsenwerk zien als een vanzelfsprekende evolutie of zelfs als een welkome correctie van een ideologie door de werkelijkheid; een ander zal de ontwikkeling bestempelen als pathogenese. Hoe het ook zij, aan het begin van de 21e eeuw is de persoon van de dokter voor het bieden van continuïteit in de zorg buiten kantoor tijd geen punt (meer) voor de arts en de patiënt.

Literatuur

- 1 Jabaaij L, Lugtenberg M, Van der Velden LFI, Hingstman L, In 't Veld CJ, Schellevis FG, et al. Diensten de deur uit. Huisartsen verkopen meer ANW-diensten aan een waarnemer. *Med Contact* 2006;61:1840-2.
- 2 Van den Bosch W, Doveren M, Marks A, Van Damme R. Veranderingen in de huisartsenpraktijk vragen om managementondersteuning. *Huisarts Wet* 2003;46:547-51.
- 3 Van Bergen L. Van hometeam tot HOED-constructie. De weerslag van de verandering in praktijkvoering in 50 jaargangen *Huisarts en Wetenschap*. *Huisarts Wet* 2007;50:690-5.
- 4 Van den Berg MJ, De Bakker D. De werkdruk van de huisarts. *Zorgvraag en arbeidsduur* in 1987 en in 2001. *Med Contact* 2003;58:1054-6.
- 5 Giesen P. Van solistisch werken naar samenwerken. Coöperatieve Huisartsendienst Nijmegen: meer kwaliteit, minder last. *Med Contact* 1999;54:1445-7.
- 6 Van Daalen R, Verbeek-Heida P. Het bestaansrecht van de huisarts. *Huisarts Wet* 2001;44:601-5.
- 7 Bakker R, Schoenmaker A, Van der Zee H. De huisarts in 2010. Perspectieven voor medische zorg. Stichting Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg. Utrecht: De Tijdstroom, 1995.
- 8 Goossens JMAW. Huisarts en huisartsgeneeskunde, historie en ontwikkeling. Utrecht: NIVEL, 1988.
- 9 Huygen FJA. Veranderingen in de huisartsenpraktijk in de laatste halve eeuw. *Tabula Batavorum: Mededelingenblad van de Historische Kring Kesteren en Omstreken* 1986;4:70-3.
- 10 Aulbers BJM, Bremer GJ (red). De huisarts van toen: een historische benadering. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1995.
- 11 Huygen FJA. Veranderingen in de huisartsenpraktijk in de laatste halve eeuw (slot). *Tabula Batavorum: Mededelingenblad van de Historische Kring Kesteren en Omstreken* 1987;5:15-21.
- 12 Van der Werf G, Zaat J. De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 2001;44:428-35.
- 13 De Jonge R. De binnenkant van een professie; de huisarts en zijn beroepsgroep. Tilburg: Tilburg University Press, 1988.
- 14 Kornelius G, Groothoff JW, Sorgdrager J, Been P, De Haan J, Post D. Werkdruk en praktijkverpleegkundige. Eerste ervaringen in de huisartsenpraktijk. *Med Contact* 1999;54:104-7.
- 15 Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk; kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht: NIVEL, 2004.
- 16 Crul BVM. Huiver voor het avontuur. *Med Contact* 2001;56:1883-5.
- 17 Engelenbrug JL. Medische hulpverlening buiten kantooruren in Groot Den Haag. Van tegenspraak naar samenspraak. Lelystad: Meditekst, 1992.
- 18 Van der Meer K. Weekenddienst. *Huisarts Wet* 1973;16:223-8.
- 19 Waisfisiz HG. Een rapportage over vierentwintig keer weekenddienst. *Huisarts Wet* 1974;17:226-9. Lugtenberg M, Van der Velden LFI, Hingstman L. Inventarisatie vraag en aanbod van waarnemers in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NIVEL, 2006.
- 20 Generalistische medische zorg (bijlage bij Eerstelijnszorg voorop). Utrecht: NPCF, 2007, p. 4 en 8, www.npcf.nl, bezocht 25 juli 2008.