

Ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde tussen 1987 en 2001

Frans Bongers

Inleiding

De huisartsenzorg is de laatste decennia onmiskenbaar veranderd. Deze veranderingen hangen enerzijds samen met een aantal sociodemografische en socioculturele veranderingen die zich in Nederland hebben voorgedaan, anderzijds met veranderingen binnen de beroepsgroep en veranderde wetenschappelijke inzichten. Ik heb onderzoek gedaan naar de verschillen in gepresenteerde gezondheidsproblemen tussen 1987 en 2001, en naar de verschillen in reacties van huisartsen op de aangeboden gezondheidsproblemen.¹ Daartoe heb ik gebruikgemaakt van de twee grote Nationale Studies naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk, die in respectievelijk 1987 en 2001 door het Nederlandse Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) zijn verricht.

Samenvatting

Bongers FJM. Ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde tussen 1987 en 2001. Huisarts Wet 2011;54(2):60-4.

Op basis van de twee grote Nationale Studies naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk, die in 1987 en 2001 zijn gedaan, heb ik een vergelijking gemaakt tussen de frequentie en aard van de gepresenteerde gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk en het voorschrijfgedrag van huisartsen in 1987 en 2001. Het aantal gepresenteerde nieuwe gezondheidsproblemen was in 2001 een kwart lager dan in 1987, het aantal luchtweg-infecties was de helft lager. In 2001 hadden mensen een meer realistische kijk op wat de huisarts hen bij alledaagse kwalen kan bieden.

Huisartsen diagnosticeerden in 2001 een kwart minder psychosociale problemen dan in 1987, hoewel het aantal psychosociale problemen binnen de bevolking ten minste gelijk bleef. Huisartsen rekenden de behandeling daarvan in 2001 in mindere mate tot hun takenpakket dan in 1987, wat mogelijk tot een verminderde registratie van psychosociale problemen heeft geleid. Patiënten met chronische ziekten kregen in 2001 vaker een behandeling met geneesmiddelen dan in 1987. Bij ouderen nam het aantal voorschriften met 82% toe. Ouderen uit de laagste en middelste socio-economische groep rapporteerden hun gezondheid in 2001 als minder goed dan in 1987.

Groepspraktijk Huisartsen Dalfsen, Ruitenborghstraat 28, 7721 BD Dalfsen; dr. F.J.M. Bongers, huisarts, voorheen wetenschappelijk onderzoeker bij NIVEL.

Correspondentie: fjbongers@gmail.com

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Een vergelijking tussen de twee genoemde perioden biedt de mogelijkheid veranderingen in een tijdsperspectief te plaatsen en ze in verband te brengen met ontwikkelingen in de maatschappij en de huisartsgeneeskunde.

Omdat ik over de situatie na 2001 geen vergelijkbare gegevens heb, zal ik over die periode weinig zeggen. De enige uitzondering hierop betreft de samenstelling van de beroepsgroep huisartsen, waarover gegevens bekend zijn uit 2008.²

In deze beschouwing beschrijf ik de verschillen in incidentie van bij de huisarts gemelde gezondheidsproblemen en de verschillen in het voorschrijven van geneesmiddelen door huisartsen tussen 1987 en 2001. Deze breng ik in verband met veranderingen in de bevolking en in de huisartsgeneeskunde in dezelfde periode.

Eerste en Tweede Nationale Studie

In 1987 vond de Eerste Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk plaats (NS1).³ In 2001 volgde de Tweede Nationale Studie (NS2).⁴ Met deze onderzoeken kwam op nationale schaal representatieve informatie over de huisartsenpraktijk beschikbaar. Tabel 1 bevat een aantal kerngetallen uit deze onderzoeken.

In het kader van de NS1 en NS2 heeft men gegevens verzameld op drie niveaus. Het eerste niveau betreft alle diagnose- en voorschrijfgegevens van de praktijkpopulatie, het tweede niveau de achtergrondgegevens met betrekking tot de praktijkpopulatie en het derde niveau de achtergrondinformatie over de deelnemende praktijken.⁵ De kern van beide onderzoeken vormen de ICPC-gecodeerde diagnoses van alle contacten in de huisartsenpraktijk, gekoppeld aan alle geneesmiddelenvoorschriften.

De opzet van beide onderzoeken was in principe zo veel mogelijk gelijk. Er was wel een belangrijk verschil in de lengte van de registratieperiode van de morbiditeit en de verrichtingen: in de NS1 gedurende drie maanden en in de NS2 gedurende twaalf maanden. Een ander verschil was de wijze waarop men de aangeboden morbiditeit heeft gecodeerd. In 1987 codeerden speciaal getrainde veldwerkers de aangeboden morbiditeit met behulp van de ICPC. In 2001 hebben de deelnemende huisartsen de gezondheidsproblemen gecodeerd, eveneens aan de hand van de ICPC.

Tabel 1 Kerngetallen uit de Eerste en Tweede Nationale Studie

	NS1	NS2
Duur van registratie in maanden	3	12
Aantal deelnemende praktijken	103	104
Aantal deelnemende huisartsen	161	195
Patiëntenpopulatie bij start onderzoek	334.007	399.068
Patiëntenenquête	13.066	12.699

De kern

- ▶ Huisartsen zagen in 2001 de helft minder luchtweginfecties dan in 1987.
- ▶ Huisartsen diagnosticeerden in 2001 een kwart minder psychosociale problemen dan in 1987 en rekenden de behandeling daarvan in mindere mate tot hun takenpakket dan in 1987.
- ▶ Huisartsen schreven in 2001 meer geneesmiddelen voor dan in 1987, vooral bij ouderen. De toename komt voor het grootste deel voor rekening van preventieve geneesmiddelen.

Sociodemografische en socioculturele veranderingen

Veranderingen in de samenstelling van de bevolking zijn van invloed op de gepresenteerde morbiditeit. Dit geldt bijvoorbeeld heel duidelijk voor de vergrijzing van de bevolking. In mijn onderzoek heb ik hiervoor gecorrigeerd door de populatie van 1987 te standaardiseren naar de leeftijdsopbouw van 2001.

Het aandeel van niet-westerse allochtonen (gedefinieerd als zelf of een van de ouders geboren buiten Nederland, West-Europa of de Verenigde Staten) binnen de Nederlandse bevolking steeg tussen 1987 en 2001 van 5 naar 9%. Allochtone Nederlanders vinden zichzelf minder gezond dan autochtone Nederlanders. Ze gaan vaker naar de huisarts, ook als ze hun gezondheid goed vinden.⁶ De socio-economische status wordt afgemeten naar beroep, opleiding of inkomen. Er is een sterke correlatie tussen deze drie factoren. Bij de Nationale Studies heeft men het laatst uitgeoefende beroep gekozen als indicator voor de socio-economische status. Het opleidingsniveau en de socio-economische status van de bevolking waren in 2001 hoger dan in 1987 (tabel 2). Hoe hoger het opleidingsniveau of de socio-economische status, hoe beter de gezondheidstoestand.^{7,8}

Tabel 2 Socio-economische status in 1987 en 2001

Socio-economische status	1987 n = 261.691 %	2001 n = 296.243 %
laagste	34,9	29,5
middelste	48,6	42,4
hoogste	16,5	28,8

Veranderingen in de huisartsgeneeskunde tussen 1987 en 2008

Tussen 1987 en 2008 deed zich op het persoonlijke, organisatorische en professionele vlak een aantal belangrijke veranderingen voor in de huisartsgeneeskunde. In tabel 3 zijn enkele veranderingen binnen de beroepsgroep huisartsen op een rij gezet. Het vak van huisarts is geen typisch mannenberoep meer, vrouwen zijn aan een snelle opmars begonnen en lijken op korte termijn zelfs in de meerderheid te raken: in 2008 was 71% van de huisartsen in opleiding vrouw.

Steeds meer huisartsen werken tegenwoordig in deeltijd. Het zijn vooral de vrouwelijke huisartsen die kiezen voor een deeltijdbaan: in 2008 werkte 88% van de vrouwen parttime, tegenover 41% van de mannelijke huisartsen.²

Het aantal samenwerkingsverbanden van drie of meer huisartsen

is sterk gestegen ten opzichte van het aantal solistisch werkende huisartsen. Vooral vrouwen kiezen zelden voor een solopraktijk.⁹ Op het professionele vlak waren de twee belangrijkste ontwikkelingen tussen 1987 en 2001 de verlenging van de beroepsopleiding van één naar drie jaar en de ontwikkeling van de NHG-Standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), waarvan de eerste in 1989 verscheen. In 2001 waren er in totaal 78 standaarden beschikbaar.

Tussen 1987 en 2001 vonden veranderingen plaats in de manier waarop huisartsen hun werk organiseerden. Binnen de verdeling naar soorten contacten nam het aantal visites af van 16 naar 8,5% en steeg het aantal telefonische contacten van 4 naar 11%. Het percentage consulten bleef ongeveer gelijk. Bij nadere analyse bleek dat de afname in visites zich vooral voordeed bij niet-urgente en niet-ernstige aandoeningen.¹⁰

Tabel 3 Veranderingen binnen de beroepsgroep en praktijkvorm tussen 1987 en 2008²

	1987	2001	2008
% vrouwen	8	26	37
% deeltijdwerkers	10	35	54
% < 40 jaar	36	18	21
% in solopraktijk	51	33	20
% in duopraktijk	33	36	29
% in groepspraktijk of gezondheidscentrum	16	31	51

Veranderingen in morbiditeit tussen 1987 en 2001

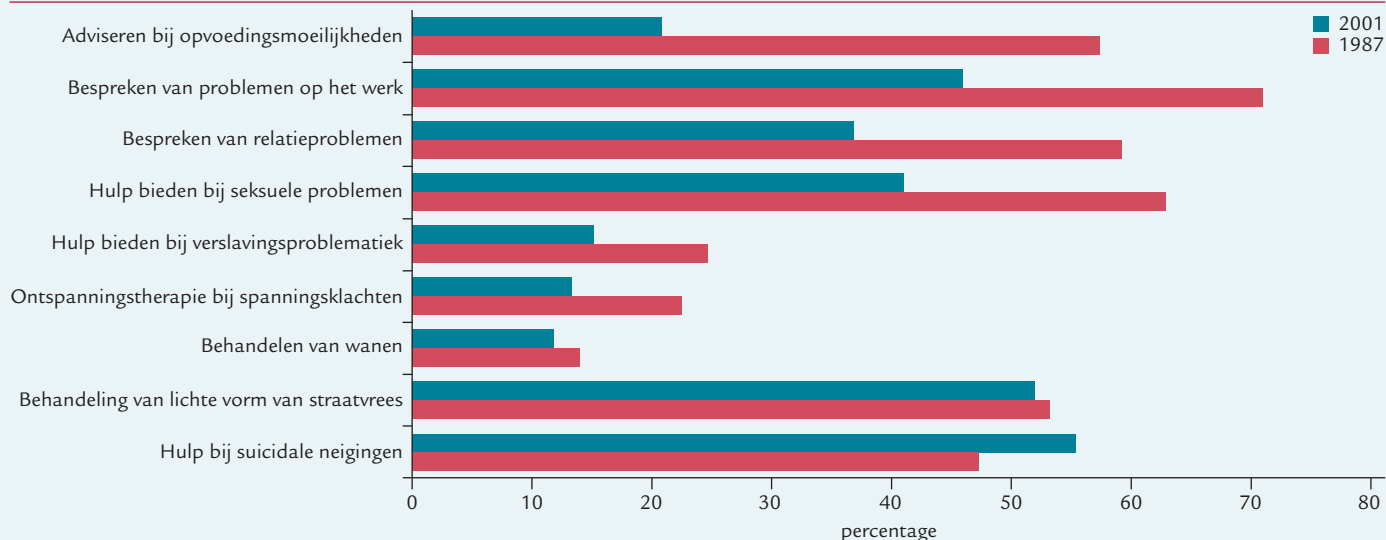
Huisartsen registreerden in 2001 24% minder nieuwe gezondheidsproblemen dan in 1987. De incidentie van luchtweginfecties die huisartsen zagen daalde zelfs met 51%. Driekwart van de gepresenteerde luchtweginfecties betreft bovensteluchtweginfecties. Uit een vergelijking van de patiëntenenquête van 1987 en 2001 bleek dat patiënten in beide jaren even vaak verkoudheden rapporteerden. Het is dus niet waarschijnlijk dat de afname in aangeboden luchtweginfecties wordt veroorzaakt door een werkelijke daling van het aantal infecties binnen de bevolking.

De incidentie van gepresenteerde gezondheidsproblemen was in 1987 en 2001 bij mensen uit de hoogste socio-economische groep een kwart lager dan bij degenen die tot de laagste socio-economische groep behoren.

Patiënten koesterden in 2001 ook andere verwachtingen ten aanzien van huisartsgeneeskundige hulp dan in 1987. In 2001 verwachtten patiënten bij niet-ernstige klachten minder vaak dat een bezoek aan de huisarts nuttig zou zijn.^{11,12} Zo verwachtte in 1987 30% van de mensen een sneller herstel van griep met hulp van de huisarts, terwijl dat in 2001 voor 14% gold (gemeten met de Nijmeegse Verwachtingenlijst).

Huisartsen registreerden in 2001 een kwart minder psychosociale problemen dan in 1987. Uit scores op de General Health Questionnaire (GHQ-12), een veelgebruikte vragenlijst om de geestelijke gezondheid in een populatie te meten, bleek dat het percentage personen met psychische problemen in 2001 juist hoger lag dan in 1987.¹³ In 1987 en 2001 hebben huisartsen vragenlijsten ingevuld over hun taakopvatting ten aanzien van een aantal psychosociale problemen. Ze rekenden psychosociale problemen in 2001 minder tot hun takenpakket dan in 1987 (figuur).^{14,15}

Figuur Negen psychosociale activiteiten en het percentage huisartsen dat deze activiteit 'volledig' of 'grotendeels' tot het takenpakket van huisartsen rekent in 1987 (n = 160) en 2001 (n = 187)¹⁶



Een opvallende bevinding is dat huisartsen vijf veelvoorkomende medisch onverklaarde lichamelijke klachten veel vaker in 2001 dan in 1987 als symptoomdiagnose registreerden (tabel 4).

Tabel 4 Incidentie in 1987 en 2001 van vijf veel voorkomende medisch niet-verklaarde lichamelijke symptomen en de 2001/1987-ratio van de incidenties

ICPC-code en symptoom	1987 /1000	2001 /1000	2001/1987 ratio
A04 Vermoeidheid	7,4	18,6	2,50
D02 Maagpijn	2,5	5,1	2,05
D09 Misselijkheid	0,9	2,9	3,23
L01 Nekklachten	3,0	15,5	5,26
N01 Hoofdpijn	5,5	8,7	1,60

Veranderingen in voorschrijfgedrag tussen 1987 en 2001

Nederlandse huisartsen staan er internationaal om bekend terughoudend te zijn met het voorschrijven van geneesmiddelen. In 2001 schreven ze gemiddeld per patiënt meer geneesmiddelen voor dan in 1987. Na correctie voor verschillen in leeftijdsopbouw in 1987 en 2001 bleek dat er in 2001 38% meer voorschriften waren uitgeschreven. De toename deed zich vooral voor bij de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder (82% hoger). Bij de jongste leeftijdsgroepen (0 tot 24 jaar) bleef het aantal voorschriften hetzelfde. Na analyse van het voorschrijfbeleid in 1987 en 2001 bij hypertensie, coronaire hartziekten en hartfalen vond ik in 2001 een sterke stijging in het aantal voorgeschreven geneesmiddelen. In 2001 kreeg bijvoorbeeld 46% van de patiënten die aan coronaire hartziekten leden vier of meer geneesmiddelen voorgeschreven, tegen 2% van de patiënten in 1987.¹ De toename kwam vooral voor rekening van 'preventieve' geneesmiddelen als statines en bloedverdunders.

Beschouwing

Een belangrijke verandering in de huisartsenzorg tussen 1987 en 2001 is de sterke daling van het aantal nieuw gepresenteerde

gezondheidsproblemen en een toename van het aantal voorgeschreven geneesmiddelen.

De grootschaligheid van de NS1 en NS2 biedt een unieke gelegenheid om de veranderingen die zich in veertien jaar huisarts-geneeskunde hebben voorgedaan, in kaart te brengen. De vergelijking tussen de NS1 en de NS2 kent echter ook een aantal beperkingen. Door het verschil in de duur van de morbiditeitsregistratie (NS1 drie maanden en NS2 twaalf maanden) is deze analyse gebaseerd op incidentiecijfers, en niet op prevalentiecijfers. Er zijn bovendien coderingsverschillen ontstaan omdat in 1987 veldwerkers de aangeboden gezondheidsproblemen centraal codeerden, terwijl in 2001 de deelnemende huisartsen dat deden. Huisartsen gebruikten vaker symptoomcodes en waren terughoudender met het toekennen van ziektecodes. Dit kan van invloed zijn op de incidentie van afzonderlijke ziekten. Dit verschil verdwijnt echter als men incidenties op een hoger aggregatieniveau berekent, zoals ik heb gedaan door de incidentie van alle gezondheidsproblemen samen en de incidenties van orgaansystemen (ICPC-hoofdstukken) te berekenen. Het is niet aannemelijk dat er een verschil is geweest tussen 1987 en 2001 in de geneigdheid van huisartsen om aangeboden gezondheidsproblemen te registreren.

De daling in gepresenteerde morbiditeit tussen 1987 en 2001 kunnen we toeschrijven aan een combinatie van patiënt- en huisarts-gerelateerde factoren, en aan veranderingen in het vergoedingensysteem.

Voor de gevolgen van vergrijzing heb ik gecorrigeerd. Het hogere percentage niet-westerse allochtonen in 2001 heeft tot een groter aantal gepresenteerde gezondheidsproblemen geleid,⁵ maar dat is meer dan gecompenseerd door de hierna te noemen factoren. Tussen 1987 en 2001 is de socio-economische samenstelling van de bevolking veranderd en is de hoogste socio-economische groep groter geworden. Dit kan mede hebben bijgedragen aan de afname van het aantal gepresenteerde gezondheidsproblemen.

Nederlanders hadden in 2001 een meer realistische kijk op wat de huisarts kan bieden bij alledaagse kwalen dan in 1987.¹⁷ Waarschijnlijk verklaart dit (deels) de afname van het aantal nieuw gepresenteerde gezondheidsproblemen. Dat is mogelijk mede te danken aan het actieve voorlichtingsbeleid van huisartsen over zelfzorg bij alledaagse klachten, onder andere aan de hand van NHG-folders. Dat patiënten bij ongevallen in 2001 vaker dan in 1987 rechtstreeks naar de eerste hulp van een ziekenhuis gingen en daarbij de huisarts passeerden¹⁸, heeft ook een kleine bijdrage geleverd aan de verlaging van de incidentie van aan huisartsen gepresenteerde gezondheidsproblemen. Een laatste verklaring vormen de veranderingen in het verstrekkingenpakket. De zorgverzekeraars vergoedden een aantal geneesmiddelen niet meer, zoals antiwormmiddelen, hoestmiddelen en bepaalde maagzuurremmers.

Een opvallende bevinding was dat huisartsen in 2001 een kwart minder psychosociale problemen registreerden dan in 1987, terwijl onderzoek aantoonde dat er in 2001 onder de bevolking meer psychosociale problemen voorkwamen dan in 1987.¹³ Hoewel ik niet kan uitsluiten dat patiënten bij de huisarts minder psychosociale problemen hebben gemeld, is de belangrijkste oorzaak wellicht een veranderde instelling van huisartsen ten opzichte van psychosociale problematiek. Een indicatie hiervoor is dat huisartsen in 2001 vijf veelvoorkomende medisch onverklaarde lichamelijke symptomen, die heel goed kunnen samenhangen met psychosociale problematiek, veel vaker dan in 1987 als symptoomdiagnose registreerden. Ook rekenden huisartsen psychosociale problemen in 2001 minder tot hun takenpakket dan in 1987. Een meer beperkte taakopvatting ten aanzien van psychosociale problemen kan ertoe leiden dat huisartsen psychosociale diagnoses minder vaak stellen¹⁵ en dat ze de psychosociale behandeling ook minder vaak zelf uitvoeren.

De invloed van de NHG-Standaarden, als weerslag van grote trials, veroorzaakt voor een belangrijk deel de toename van het aantal voorgeschreven geneesmiddelen. Uit onderzoek blijkt dat huisartsen de NHG-Standaarden in het algemeen redelijk naleven.¹⁹⁻²⁰ De behandeling van coronaire hartziekten is tussen 1987 en 2001 verschoven van symptomatische behandeling naar preventieve behandeling van risicofactoren en secundaire preventie. Dit heeft geresulteerd in een sterke toename van het aantal geneesmiddelen en voorschriften per patiënt.

Voor al bij ouderen met verschillende chronische ziekten kan de optimale behandeling van elke afzonderlijke ziekte tot polyfarmacie leiden. Polyfarmacie leidt bij ouderen eerder tot interacties en bijwerkingen, omdat zij een verhoogde gevoeligheid voor geneesmiddelen hebben ten gevolge van farmacodynamische veranderingen. Het is opvallend dat 65-plussers hun gezondheid in 2001 minder vaak als 'goed' of 'zeer goed' bestempelden dan in 1987, terwijl er over de gehele bevolking geen verschil was in de zelfgerapporteerde gezondheid. Of de genoemde polyfarmacie hiermee te maken heeft, is een interessante hypothese, die nader onderzoek behoeft.

Deze beschouwing beschrijft de veranderingen die zich tussen

Abstract

Bongers FJM. Changes in general practice medicine between 1987 and 2001. *Huisarts Wet* 2011;54(2):60-4.

The findings of the first and the second Dutch National survey of General Practice, conducted in 1987 and 2001, were used to compare the frequency and nature of health problems presented to general practice and general practitioner prescription patterns. The number of new health problems presented decreased by 25% between 1987 and 2001, and the incidence of respiratory tract infections by 50%. In 2001, people appeared to have a more realistic view of what general practitioners could do to treat common health problems. General practitioners diagnosed 25% fewer psychosocial problems in 2001 than in 1987, even though the population prevalence of such problems remained the same. General practitioners considered psychosocial problems and their treatment to be less of their task or responsibility in 2001 than they did in 1987, which might have resulted in the lower registration of such problems. Patients with chronic conditions were treated more often with medicines in 2001, and the number of prescriptions written out for elderly patients was 82% higher in 2001 than in 1987. Elderly patients from the lowest and middle socioeconomic groups rated their health as being worse in 2001 than in 1987.

1987 en 2001 hebben voorgedaan. Er heeft zich sinds 2001 nog een aantal zeer belangrijke veranderingen voorgedaan die van grote invloed zijn op de huisartsgeneeskunde. Ik noem de vier belangrijkste.

- Avond-, nacht- en weekenddiensten zijn anders georganiseerd.
- Sinds 2004 vindt verwijzing naar de tweede lijn via de bedrijfsarts plaats, buiten de huisarts om.
- In 2006 is het nieuwe zorgstelsel ingevoerd, waarbij het onder andere de bedoeling is dat huisartsen onderling gaan concurreren op grond van prijs en kwaliteit (marktwerving).
- Sinds 2006 is fysiotherapie direct toegankelijk.

Het zou goed zijn om te onderzoeken in hoeverre deze veranderingen de positie van de huisarts hebben veranderd. Voor een deel zou de vergelijking die ik tussen 1987 en 2001 heb gemaakt als voorbeeld kunnen dienen.

Omdat een deel van de gezondheidsproblemen nu via andere kanalen loopt (dokterspost, rechtstreeks via de fysiotherapeut en de bedrijfsarts), moet men de omvang hiervan vaststellen om een vergelijking van de incidentie van gezondheidsproblemen met die in 1987 en 2001 mogelijk te maken.²¹⁻²²

Literatuur

- 1 Bongers FJM. General Practice 1987 and 2001 – Changes in morbidity and interventions. Proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit, 2009.
- 2 Hingstman L, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2008. Utrecht: NIVEL, 2008. <http://www.nivel.nl/pdf/Cijfers-uit-de-registratie-van-huisartsen-peiling-januari-2008.pdf>. Geraadpleegd op 22 februari 2010.
- 3 Foets M, Van der Velden J. Een Nationale Studie van ziekten en ver-

- richtingen in de huisartspraktijk; basisrapport, meetinstrumenten en procedures. Utrecht: NIVEL, 1990.
- 4 Westert GP, Schellevis FG, De Bakker DH, Groenewegen PP, Bensing JM, Van der Zee J. Monitoring health inequalities through General Practice: The Second Dutch National Survey of General Practice. *Eur J Public Health* 2005;15:59-65.
 - 5 Schellevis FG, Westert GP. De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: aanleiding en methoden. *Huisarts Wet* 2003;46:7-12.
 - 6 Uiters E. Primary health care use among ethnic minorities in the Netherlands. Proefschrift. Utrecht: NIVEL, 2007.
 - 7 Van Lenthe FJ, Schrijvers CT, Droomers M, Joung IM, Louwman MJ, Mackenbach JP. Investigating explanations of socio-economic inequalities in health: the Dutch GLOBE study. *Eur J Public Health* 2004;14:63-70.
 - 8 <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/segv/wat-zijn-sociaaleconomische-gezondheidsverschillen>. Geraadpleegd op 28 april 2010.
 - 9 Jabaaij L, Hingstman L. Alleen is maar alleen: huisartsen steeds vaker samen. *Huisarts Wet* 2007;50:185.
 - 10 Van den Berg MJ, Cardol M, Bongers FJM, De Bakker D. Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. *BMC Fam Pract* 2006;7:58.
 - 11 Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk. Proefschrift. Nijmegen: Katholieke Universiteit, 1985.
 - 12 Cardol M, Schellevis FG, Spreeuwenberg P, Van de Lisdonk EH. Changes in patients' attitudes towards the management of minor ailments. *Br J Gen Pract* 2005;55:516-21.
 - 13 Verhaak PFM, Hoeymans N, Garssen AA, Westert GP. Mental health in the Dutch population and in general practice: 1987-2001. *Br J Gen Pract* 2005;5:770-5.
 - 14 Kolthof ED. Taakopvatting psychosociale zorgverlening versmald. *Huisarts Wet* 2004;47:441.
 - 15 Kolthof ED, Zantinge E, Van den Berg MJ, De Bakker D, Van der Zee J. Psychosociale zorg in de huisartspraktijk en werkbelasting. In: Van den Berg MJ, Kolthof E, De Bakker D, Van der Zee J. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004:166-7.
 - 16 Bron: Huisartsenenquête NS1 en NS2.
 - 17 Cardol M. Verwachtingen van het nut van huisartsenzorg bij alledaagse klachten afgenomen. *Huisarts Wet* 2004;47:5.
 - 18 Netten PM, Van der Zee PM, Bleeker MWP, Smulders C. De eerste lijn voorbij. Inventariserend onderzoek naar zelfverwijzers op de Spoedeisende Hulp. *Med Contact* 2002;57:87-9.
 - 19 Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM (Redactie). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK, 2004:103-16.
 - 20 Braspenning J, Schellevis FG, Grol R. Assessment of primary care by clinical quality indicators. In: Westert GP, Jabaaij L, Schellevis FG (Eds). Morbidity, performance and quality in primary care. Dutch general practice on stage. Oxford: Radcliff Publishing, 2006:195-203.
 - 21 Giesen PHJ, Hammink A, Mulders A, Oude Bos A. Te snel naar de huisartsenpost. *Med Contact* 2009;64:239-42.
 - 22 Swinkels ICS, Kooijman, MK, Leemrijse CJ. Steeds meer patiënten komen zonder verwijfsbrief bij de fysiotherapeut. Factsheet Landelijke Informatievoorziening Paramedische Zorg. Utrecht: NIVEL, 2009.



Foto: Ronald Rozen. Met dank aan Huisartsenpraktijk Kockengen.