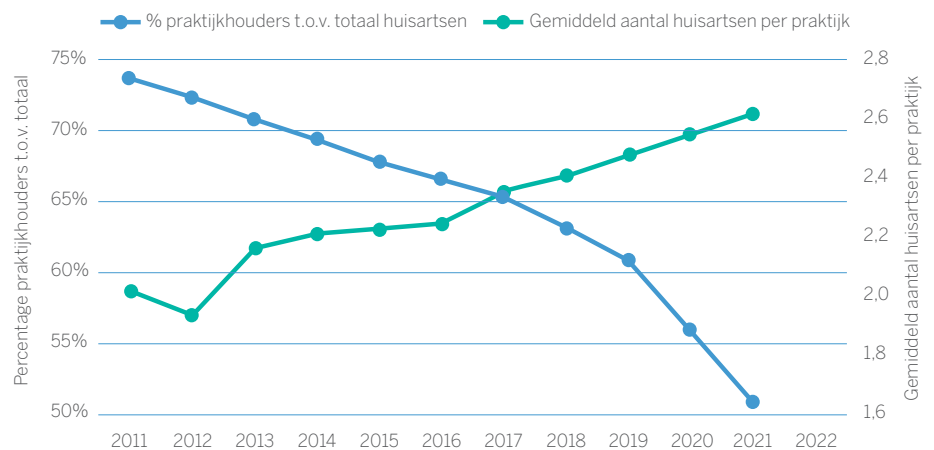


# Laat de praktijkhoudend huisarts niet verdwijnen.

Door: Jan Willem Kuenen, Renske Kok en Nienke Reuvers

In Nederland is de dekking van de huisartsenzorg hoog. Dit in tegenstelling tot veel andere landen. De meeste Nederlanders staan ingeschreven bij een lokale huisartsenpraktijk en zien dit als hun eerste aanspreekpunt voor de zorg. De praktijkhouder levert daar met een team van professionals zorg aan een eigen vaste patiëntenpopulatie. Dit systeem waarbij huisarts en patiënt elkaar kennen is echter snel aan het verdwijnen. Het wordt voor huisartsen steeds zwaarder om praktijkhouder te worden. Er is steeds meer ondersteunend personeel nodig, dat moeilijk te vinden en te behouden is. De administratieve last neemt toe, niet allen door personeelszaken maar ook door wet- en regelgeving. Daarnaast neemt de werkdruk in de avond-, nacht- en weekenddiensten steeds verder toe, wat niet goed te combineren is met de dagpraktijk. Tegelijk is de sociale omgeving van de huisarts veranderd. Vroeger was de huisarts eenverdiener en paste het gezin zich aan aan diens carrière. Tegenwoordig is de huisarts vaak onderdeel van een stel tweeverdieners, waarbij gezinstaken verdeeld worden en de loopbaan van de partner ook een prominente rol speelt in de carrière keuzes van de huisarts. Ook is er in algemene zin steeds meer behoefte aan een gezonde balans tussen werk en privé. Het praktijkhouderschap in de huidige vorm sluit hier voor velen onvoldoende bij aan.

Door deze ontwikkelingen stoppen er steeds meer artsen als praktijkhouder, ook al voordat ze met pensioen gaan. Tegelijk zijn er minder huisartsen die de stap willen zetten om praktijkhouder te worden. De combinatie van deze trends leidt tot een sterke afname van het percentage praktijkhouders onder huisartsen (figuur 1). Het



Figuur 1: trends in het aandeel praktijkhouders en de omvang van huisartsenpraktijken

Bron: eigen berekening op basis van gegevens aantal huisartsen van het Nivel<sup>1</sup>, en gegevens over het aantal huisartspraktijken van Stichting Inschrijving op naam<sup>2</sup>

aandeel praktijkhouders daalde van 2011 tot 2019 met 2% per jaar. Inmiddels treedt er een versnelling op en is de afname zelfs 9% per jaar van 2019 tot 2021. Hierbij groeit het gemiddelde aantal werkzame artsen per praktijk door het toenemende aandeel niet praktijkhoudende huisartsen (figuur 1).

Wanneer praktijkhouders stoppen, wordt hun praktijk steeds vaker overgenomen door een commerciële keten. De zorg wordt in dat geval geleverd door niet praktijkhoudende huisartsen.

De vraag die dit oproept is tweeledig. De eerste vraag is of het erg is dat het aantal praktijkhouders afneemt. Als dat onwenselijk is, dan is de tweede vraag of het praktijkhouderschap zo aantrekkelijk gemaakt kan worden dat het aantal praktijkhouders weer toeneemt.

## Vraag 1: is het erg dat het aantal praktijkhouders afneemt?

Het afnemen van kleinschalige diensten is iets wat we op veel plekken zien. Zo zijn de meeste kleine kruideniers al lang verdwenen en nemen winkelketens het straatbeeld in vrijwel elke stad over. De achterliggende reden is het steeds grotere belang van efficiëntie en kostenbesparingen. Tegelijk geven veel mensen juist aan kleinschalige en persoonlijke diensten te waarderen. De vraag die daarom ontstaat is of de huisartsenzorg een logische volgende sector is waar schaalvergroting plaatsvindt. Is die schaalvergroting nodig om de zorg betaalbaar te houden? Of moeten we ons zorgen maken omdat we iets waardevols verliezen?

Waar het hier om draait is 'continuïteit van zorg'. Dat is de mate waarin een patiënt contact heeft of kan hebben met dezelfde 'eigen' huisarts. Nederlands wetenschappelijk onderzoek laat zien dat beide trends

in figuur 1 een directe afname van de continuïteit van zorg inluiden. Een groter aandeel waarnemers (en dus een kleiner aandeel praktijkhouders) leidt tot minder continuïteit van zorg. Ook grotere huisartsenpraktijken (met 4 of meer vaste artsen) leiden tot een afname van continuïteit van zorg.<sup>3</sup> Nationaal en internationaal onderzoek laat zien dat zorgcontinuïteit van groot belang is voor de kwaliteit en voor de kosten van de zorg. Deze resultaten zijn onder te verdelen in drie categorieën:

### a) Hogere tevredenheid van arts en patiënt

Een hogere continuïteit van zorg wordt door zowel patiënten als artsen gewaardeerd. Patiënten vinden de communicatie met hun eigen huisarts een van de belangrijkste aspecten van de huisartsenzorg.<sup>4,5</sup> Patiënten die vaak hun eigen huisarts spreken, waarderen hun ervaring 9% vaker positief.<sup>6</sup> Ook artsen vinden continuïteit van zorg belangrijk. Meestal was dit een van de hoofdredenen om ervoor

te kiezen huisarts te worden.<sup>7</sup> De stap van waarnemer naar praktijkhouderschap wordt door zeer veel waarnemend huisartsen als de beste mogelijkheid gezien om dit langjarig in te vullen. De gevoelde nadelen van het praktijkhouderschap houdt hen op dit moment echter tegen.

### b) Meer persoonsgerichte zorg

Artsen geven aan meer persoonsgerichte zorg en adviezen te kunnen geven aan patiënten die zij kennen.<sup>8</sup> Ze signaleren aandoeningen eerder. Zo is er bijvoorbeeld minder vaak sprake van onontdekte diabetes.<sup>9</sup> Ook krijgen patiënten die dat nodig hebben eerder preventieve medicatie voorgeschreven.<sup>10</sup> Dit is logisch te verklaren. Als er een meer continue band is tussen arts en patiënt, dan herkent de arts eerder dat er iets abnormaals aan de hand is. Het niet-pluisgevoel werkt beter bij meer contextkennis over de patiënt.<sup>8,11</sup> Voor de patiënt geldt dat deze eerder het advies van de arts zal opvolgen als hij

diegene waardeert en vertrouwt op basis van eerdere ervaringen.<sup>8</sup> Zo is er bijvoorbeeld significant hogere therapietrouw bij medicatie voorgeschreven door de eigen huisarts ten opzichte van een willekeurige huisarts.<sup>12,13,14</sup>

### c) Betere zorguitkomsten en lagere kosten

Een hogere continuïteit van huisartsenzorg leidt tot een lager gebruik van vervolgzorg en daarmee tot lagere zorgkosten. Het aantal bezoeken van de huisartsenpost ligt 13% lager<sup>15</sup>, er is een 10-24% lager gebruik van de spoedeisende hulp<sup>16,17,18</sup>, 16-18% minder poliklinische zorg<sup>19,20</sup>, 13-24% minder ziekenhuisopnames<sup>19,21</sup> en 17% minder consulten in de geestelijke gezondheidszorg.<sup>19</sup> Dit is op

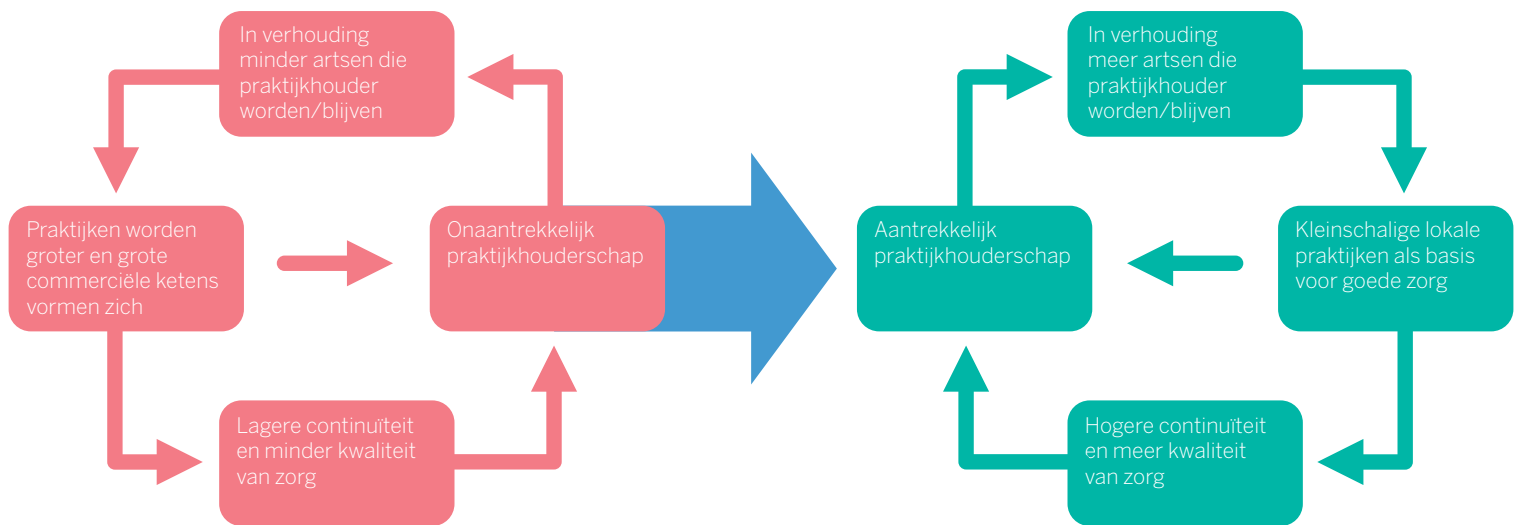
verschillende manieren goed te verklaren. Allereerst zal de patiënt de opinie van de eigen huisarts meer vertrouwen, waardoor deze minder de behoefte heeft dat elders te willen controleren. Daarnaast geldt dat een eigen huisarts vaker niet doorverwijst, omdat die beter de ernst van klachten kan inschatten door meer kennis van de context van de patiënt. Natuurlijk is het daarbij ook zo dat betere eerstelijnszorg met betere diagnosestelling en zelfzorg leidt tot een betere gezondheid en daardoor minder noodzaak tot verwijzing naar tweedelijnszorg. Een laatste resultaat is dat continuïteit van zorg leidt tot een lagere mortaliteit.<sup>15,22</sup> Uit een van de onderzoeken blijkt dat een vaste arts-patiëntrelatie na een periode van twee tot drie jaar de kans op mortaliteit verlaagt met 8%.

Dit verschil loopt na 15 jaar zelfs op tot 25%.<sup>15</sup>

Concluderend kunnen we stellen dat het een zorgwekkende ontwikkeling is dat het aantal praktijkhoudende huisartsen afneemt. Het leidt tot zorg waar patiënten en artsen minder tevreden over zijn, minder persoonsgerichte zorg en slechtere zorguitkomsten. De zorg in de ziekenhuizen neemt toe met langere wachttijden en hogere zorgkosten tot gevolg. De huisartsenzorg wordt daarmee niet alleen minder persoonlijk, maar de gehele zorg wordt kwalitatief minder goed en duurder.

## Vraag 2: Kan het praktijkhouderschap zo aantrekkelijk gemaakt worden dat het aantal praktijkhouders weer toeneemt?

Het grote belang van aantrekkelijk praktijkhouderschap hebben we in figuur 2 weergegeven. In het rood is te zien dat onaantrekkelijk praktijkhouderschap leidt tot een negatieve vicieuze cirkel. Sommige praktijkhouders stoppen hierdoor en anderen kiezen ervoor om geen praktijkhouder te worden. Hierdoor werken er relatief meer huisartsen als waarnemer of in loondienst. Praktijken worden groter en praktijken die geen lokale opvolger kunnen vinden worden steeds vaker opgekocht door commerciële partijen die een nog veel grotere schaal hebben. Het managen van een grote praktijk, waardoor er minder tijd is om als dokter werkzaam te zijn, is voor velen een extra reden het praktijkhouderschap niet te ambiëren. Grootschaligheid leidt tot lagere continuïteit en mindere kwaliteit van zorg. Ook dit maakt het praktijkhouderschap minder aantrekkelijk. De manier om de trend om te keren is door het praktijkhouderschap weer aantrekkelijk te maken. Hierdoor ontstaat de positieve cirkel die in het groen is weergegeven.



Figuur 2: Gevolgen van onaantrekkelijk versus aantrekkelijk praktijkhouderschap

Om het praktijkhouderschap aantrekkelijk te maken moet om te beginnen gekeken worden wat er nodig is om het werken als huisarts aantrekkelijker te maken. Alleen iemand die tevreden is over zijn werk zal immers overwegen om praktijkhouder te worden en daarmee een lange termijn commitment aan te gaan. Nederlands onderzoek onder ruim 1600 huisartsen geeft helaas aan dat 67% de werklast (de hoeveelheid werk toegewezen aan huisartsen) als (veel) te hoog beoordeelt en 60% de werkdruk (de hoeveelheid werk die in een bepaalde tijd 'naar behoren' moet worden afgerond) als (veel) te hoog te beoordeelt.<sup>23</sup> Zo geeft bijvoorbeeld 41% van de respondenten aan dat het vak moeilijk te combineren is met hun privé leven. Slechts 16% van de respondenten geeft aan dat zowel werklast als werkdruk acceptabel zijn. Een tweede Nederlands onderzoek gaat in op twee randvoorwaarden om goede zorg te kunnen leveren: voldoende professionele autonomie en voldoende tijd om aan patiënten te besteden. Maar liefst 41% van de huisartsen geeft aan die autonomie niet te ervaren en 20% van de artsen geeft aan niet over voldoende tijd te beschikken om de patiënten de juiste zorg te kunnen leveren.<sup>24</sup>

Deze situatie leidt ertoe dat veel huisartsen de stap naar het praktijkhouderschap niet zetten, vanwege de lange termijn commitment en de extra taken van het praktijkhouderschap die daar nog eens bijkomen. Dat is jammer omdat een groot deel van de huisartsen die nu als niet-praktijkhoudend huisarts werken, juist die continuïteit van zorg missen. Zij geloven echter dat de voordelen van continuïteit van zorg door het praktijkhouderschap niet opwegen tegen de grote nadelen die ook aan het praktijkhouderschap kleven. Als die nadelen overkomen kunnen worden, dan zouden ze waarschijnlijk wel voor het praktijkhouderschap kiezen.

Om dit te bereiken zijn er nieuwe werkvormen voor huisartsenpraktijken nodig die tegemoet komen aan de wensen en behoeften van huisartsen en hen in staat stellen om praktijkhouder te willen worden of blijven. Dat kunnen verschillende werkvormen zijn, aangezien niet alle huisartsen hetzelfde zijn en hetzelfde willen. Zo is bijvoorbeeld 16% op de huidige huisartsen wel tevreden met betrekking tot hun werklast en werkdruk binnen de huidige manier van werken.

Flexdokters is een nieuwe en snelgroeiende not-for-profit coöperatie van zelfstandige praktijkhouders die de manier van werken anders hebben ingericht om tegemoet te komen aan de wensen en behoeften van artsen en patiënten. De coöperatie is in 2021 gestart en per eind 2022 hebben reeds 21 huisartsen besloten om op deze manier praktijkhouder te worden of te blijven. De Flexdokters-werkwijze wordt gewaardeerd door zowel patiënten als artsen zoals blijkt uit recent uitgevoerd onderzoek. Patiënten waarderen de aangesloten praktijken bovengemiddeld met een 9,0 voor de ontvangen zorg. Patiënten ouder dan 65 jaar geven zelfs een 9,2.<sup>25</sup> Ook artsen waarderen deze manier van werken en geven als gemiddeld cijfer een 8,8.<sup>26</sup> Als we kijken naar de eerdergenoemde onderliggende randvoorwaarden met betrekking tot autonomie en tijd voor patiënten als dat nodig is, dan geeft 100% van alle praktijkhouders aangesloten bij Flexdokters aan dat ze voldoende autonomie ervaren (ten opzichte van slechts 59% landelijk). Het percentage dat aangeeft soms onvoldoende tijd te hebben voor patiënten is 75% lager dan landelijk (5% ten opzichte van 20% landelijk). Op het gebied van de balans tussen werk en privé is de score 88% beter (5% mist de balans ten opzichte van 41% landelijk).<sup>26</sup> Het toont daarmee aan dat er ook andere werkvormen mogelijk zijn dan het traditionele model en dat we de huidige trends niet als een onomkeerbaar gegeven moeten zien. Onderstaand volgt als appendix een korte toelichting op Flexdokters.

## Conclusie

Continuïteit van zorg leidt tot betere zorg en kleinschalig lokaal praktijkhouderschap leidt tot meer continuïteit. De zorg moet anders georganiseerd worden om voor veel huisartsen praktijkhouderschap weer aantrekkelijk te maken. Naast traditionele praktijkvoering moet er meer diversiteit in werkvormen ontstaan die lokaal kleinschalig praktijkhouderschap ondersteunen. Zo kan de negatieve spiraal van schaalvergroting en verschralling van de zorg worden doorbroken en kan continuïteit van zorg worden behouden.

### Appendix: Toelichting Flexdokters

De huisartsen die zijn verenigd in de coöperatie Flexdokters, werken in een model waarvan de basis is ontwikkeld door huisarts Vladan Ilić van huisartsenpraktijk Westerdokters. Flexdokters hebben twee doelen: aantrekkelijk praktijkhouderschap en steeds betere zorg. Om persoonlijke kleinschalige huisartsenzorg te bieden werken de aangesloten praktijken volgens de volgende vijf principes:

- 1) De patiënt-arts relatie is de basis:** Bij traditionele praktijkvoering spreekt de huisarts als laatste met de patiënt. Door de patiënt als eerste contact te laten hebben met de huisarts kan deze de patiënt direct helpen. Deze aanpak heeft zich ook op andere plekken in de zorg al bewezen. Op de eerste hulp verbetert de snelheid en kwaliteit van zorg als een senior dokter als eerste aanspreekpunt fungeert.<sup>27</sup>
- 2) De patiënt kan en wil veel zelf doen:** het eerste principe is alleen mogelijk als patiënten op een andere manier contact kunnen leggen met hun huisarts. Bij de kapper en in het restaurant rinkelt de telefoon veel minder vaak dan vroeger, omdat klanten tegenwoordig zelf hun afspraken inplannen op momenten dat het hen schikt (en dat het ook het restaurant/de kapper schikt). Dat kan ook in de huisartsenzorg. Bij Flexdokters kunnen patiënten zelf, via een app of een belsysteem, een moment selecteren waarop de huisarts hen belt. De huisarts kan direct de anamnese afnemen, de hulpvraag eventueel beantwoorden of indien gewenst een fysiek consult inplannen. Daarnaast kunnen patiënten zelf via de app herhaalmedicatie aanvragen en uitslagen van aanvullend onderzoek inzien met een toelichting van de huisarts.
- 3) Gedifferentieerde zorg voor iedereen:** Bij de traditionele praktijkvoering gaat elke vraag via de assistent, die de regie heeft en vervolgens bepaalt wat er nodig is. De huisarts heeft daarbij weinig mogelijkheden om de vorm van het contact of de geplande tijd te beïnvloeden. In het Flexdokters-model heeft de huisarts de regie en bepaalt op individueel niveau wat er nodig is voor zowel de huisarts als de patiënt om diens hulpvraag te kunnen beantwoorden. Zo kunnen sommige vragen snel worden afgehandeld aan de telefoon waardoor er veel meer tijd genomen kan worden voor een fysieke afspraak met een patiënt als dat nodig is. Ook creëert het gebruik van een app door veel patiënten juist de ruimte om mensen persoonlijk te helpen die de app niet willen of kunnen gebruiken. Het Flexdokters-model leidt op deze manier tot goede en persoonlijke zorg voor alle patiënten.
- 4) Flexibiliteit verhoogt het werkplezier:** Flexibiliteit is voor huisartsen van groot belang. Zo werkt een groot deel van de praktijkhouders aangesloten bij Flexdokters parttime. Onderzoek laat zien dat parttime werken niet leidt tot een lagere continuïteit van zorg.<sup>3</sup> Als een praktijkhouder 3 of 4 dagen per week werkt, kan er nog steeds continuïteit van zorg worden geleverd. Patiënten bevestigen dat ook als hen gevraagd wordt naar hun voorkeuren. Uit onderzoek van Nivel (2019) blijkt dat patiënten het belangrijk vinden dat hun huisarts minstens 3 dagen per week beschikbaar is.<sup>28</sup> Daarnaast biedt de werkwijze van Flexdokters ook op andere manieren flexibiliteit, zoals meer mogelijkheden om op zelfgekozen tijden te werken en om een deel van het werk plaatsonafhankelijk te doen (bijvoorbeeld vanuit huis).
- 5) Een zelfstandige lokale praktijk, ondersteund door een groot netwerk:** Kleinschalige zorg is zeer waardevol, maar het is als huisarts ondoenlijk om alle niet medische taken, die bij het praktijkhouderschap horen, zelf optimaal uit te zoeken en uit te voeren. Goede ondersteuning is daarom noodzakelijk om als huisarts prettig te kunnen werken. Dat begint al bij het starten, overnemen of omvormen van een praktijk, wat voor de meeste huisartsen een eenmalige exercitie is. Ook het selecteren en innoveren met betrekking tot de slimme inzet van ICT is iets wat een kleine praktijk moeilijk zelf kan doen. Daarnaast zit er veel meerwaarde in samenwerking en het uitwisselen van best practices tussen verschillende praktijken. Bij Flexdokters aangesloten praktijken werken zelfstandig, maar binnen het netwerk van aangesloten praktijken. Zij worden daarin ondersteund door een sterke centrale organisatie.

## Referenties

- <sup>1</sup>Flinterman, L., Vis, E., de Geit, E., Batenburg, R. (2022). Cijfers uit de registratie van huisartsen 2021. Utrecht: [Nivel](#).
- <sup>2</sup>Stichting Inschrijving op naam (ION). Jaarverslag 2021. Geraadpleegd op 28 november 2022 [https://www.inschrijvingopnaam.nl/sites/default/files/inline-files/2021-Jaarverslag-ION\\_0.pdf](https://www.inschrijvingopnaam.nl/sites/default/files/inline-files/2021-Jaarverslag-ION_0.pdf)
- <sup>3</sup>Te Winkel, M. T., Slottje, P., de Kruijf, A. J., Lissenberg-Witte, B. I., van Marum, R. J., Schers, H. J., ... & Maarsingh, O. R. (2022). General practice and patient characteristics associated with personal continuity: a mixed-methods study. *British Journal of General Practice*, 72(724), e780-e789.
- <sup>4</sup>Detsky, A. S. (2011). What patients really want from health care. *Jama*, 306(22), 2500-2501.
- <sup>5</sup>Paddison, C. A., Abel, G. A., Roland, M. O., Elliott, M. N., Lyratzopoulos, G., & Campbell, J. L. (2015). Drivers of overall satisfaction with primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. *Health Expectations*, 18(5), 1081-1092.
- <sup>6</sup>Reddy, A., Pollack, C. E., Asch, D. A., Canamucio, A., & Werner, R. M. (2015). The effect of primary care provider turnover on patient experience of care and ambulatory quality of care. *JAMA internal medicine*, 175(7), 1157-1162.
- <sup>7</sup>Kassler, W. J., Wartman, S. A., & Silliman, R. A. (1991). Why medical students choose primary care careers. *Academic Medicine*.
- <sup>8</sup>Nowak, D., Sheikhan, N., Naidu, S., Kuluski, K., Upshur, R., Why does continuity of care with family doctors matter? Review and qualitative synthesis of patient and physician perspectives. *Can Fam Physician*. 2021 Sep;67(9):679-688. doi: 10.46747/cfp.6709679. PMID: 34521712.
- <sup>9</sup>Koopman, R. J., Mainous III, A. G., Baker, R., Gill, J. M., & Gilbert, G. E. (2003). Continuity of care and recognition of diabetes, hypertension, and hypercholesterolemia. *Archives of internal medicine*, 163(11), 1357-1361.
- <sup>10</sup>Tammes, P., Payne, R. A., & Salisbury, C. (2022). Association between continuity of primary care and both prescribing and adherence of common cardiovascular medications: a cohort study among patients in England. *BMJ open*, 12(9), e063282.
- <sup>11</sup>Stolper, E., van de Wiel, M., van Royen, P., Brand P., Dinant, G.J. (2015). Hoe pluis is het niet pluis gevoel? *Huisarts & Wetenschap*, 58(4), 192-195
- <sup>12</sup>Ettlinger, P. R., & Freeman, G. K. (1981). General practice compliance study: is it worth being a personal doctor?. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 282(6271), 1192-1194.
- <sup>13</sup>Warren, J. R., Falster, M. O., Tran, B., & Jorm, L. (2015). Association of continuity of primary care and statin adherence. *PLoS One*, 10(10), e0140008.
- <sup>14</sup>Uijen, A. A., Bosch, M., van den Bosch, W. J., Bor, H., Wensing, M., & Schers, H. J. (2012). Heart failure patients' experiences with continuity of care and its relation to medication adherence: a cross-sectional study. *BMC family practice*, 13(1), 1-7.
- <sup>15</sup>Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J., & Hunskaar, S. (2022). Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*, 72(715), e84-e90.
- <sup>16</sup>Franco, S. M., Mitchell, C. K., & Buzon, R. M. (1997). Primary care physician access and gatekeeping: a key to reducing emergency department use. *Clinical pediatrics*, 36(2), 63-68.
- <sup>17</sup>van den Berg, M. J., van Loenen, T., & Westert, G. P. (2016). Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. *Family practice*, 33(1), 42-50.
- <sup>18</sup>Huntley, A., Lasserson, D., Wye, L., Morris, R., Checkland, K., England, H., ... & Purdy, S. (2014). Which features of primary care affect unscheduled secondary care use? A systematic review. *BMJ open*, 4(5), e004746.
- <sup>19</sup>Hansen, A. H., Halvorsen, P. A., Aaraas, I. J., & Førde, O. H. (2013). Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*, 63(612), e482-e489.
- <sup>20</sup>Olthof, M., Groenhof, F., & Berger, M. Y. (2019). Continuity of care and referral rate: challenges for the future of health care. *Family practice*, 36(2), 162-165.
- <sup>21</sup>Bankart, M. J. G., Baker, R., Rashid, A., Habiba, M., Banerjee, J., Hsu, R., ... & Wilson, A. (2011). Characteristics of general practices associated with emergency admission rates to hospital: a cross-sectional study. *Emergency Medicine Journal*, 28(7), 558-563.
- <sup>22</sup>Baker, R., Freeman, G. K., Haggerty, J. L., Bankart, M. J., & Nockels, K. H. (2020). Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 70(698), e600-e611.
- <sup>23</sup>Boeke, S., Hoekstra, H. (2018). Meer tijd voor de patiënt. Enschede: Newcom Research & Consultancy B.V.
- <sup>24</sup>VvAA. (2022). Brede verkenning zorglandschap. Geraadpleegd op 28 november 2022 <https://media.umbraco.io/vvaa/xs5fh5wu/brede-verkenning-kleinschalige-zorg.pdf>
- <sup>25</sup>Kok, R., Patiënttevredenheidsonderzoek, onderzoek in opdracht van Flexdokters, November 2022 ([www.flexdokters.nl](http://www.flexdokters.nl)).
- <sup>26</sup>Kok, R., Huisartsonderzoek, onderzoek in opdracht van Flexdokters, November 2022 ([www.flexdokters.nl](http://www.flexdokters.nl)).
- <sup>27</sup>Abdulwahid, M., Booth, A., Kuczawski, M., et al. The impact of senior doctor assessment at triage on emergency department performance measures: systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Emergency Medicine Journal* 2016;33:504-513.
- <sup>28</sup>Brabers, A., & Jong, J. D. (2019). Toekomst van de huisartsenzorg. Het perspectief van de burger. Resultaten van een enquête onder burgers.