Vanhommerig, J.W., Leemrijse, C.J., Heins, M.J., Knottnerus, B.J., Schipper, R.F., Hooiveld, M. Huisartsen leggen steeds minder visites af bij ouderen: analyse van gegevens uit elektronische patiëntendossiers over 2017-2023. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 2026. 170, art. nr. D8799.

Postprint version	:	1.0
Journal website	:	https://www.ntvg.nl
Pubmed link	:	n.v.t.
DOI	:	n.v.t.

This is a Nivel certified Post Print, more info at nivel.nl

Huisartsen leggen steeds minder visites af bij ouderen: analyse van gegevens uit elektronische patiëntendossiers over 2017-2023

Joost W. Vanhommerig, Chantal J. Leemrijse, Marianne J. Heins, Bart J. Knottnerus, Ron F. Schipper

Samenvatting

Doel

Het analyseren van het aantal huisartsvisites in de jaren 2017-2023 in Nederland, en onderzoeken of deze trend verschilt naar
leeftijd, geslacht, multimorbiditeit of achterstandswijk.

Opzet

Observationele studie op basis van data uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, afkomstig van circa 500 huisartsenpraktijken.

Methode

Het aantal huisartsvisites werd uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, multimorbiditeit en achterstandswijk. Beschrijvende statistiek
werd gebruikt om de relatie met trends in het aantal huisartsvisites te onderzoeken.

Resultaten

Tussen 2017 en 2023 daalde het totale aantal huisartsvisites met 32%. De grootste afname vond plaats tussen 2019 en 2020 (-
15%), gevolgd door een jaarlijkse daling van 5% tot 2023. Het aantal korte huisartsvisites daalde met 52%. Het aantal huisartsvisites
voor intensieve zorg daarentegen steeg met 12%.

Conclusie

Er is sprake van een aanhoudende daling in huisartsvisites. Het aantal huisartsvisites voor intensieve zorg is toegenomen. Door de
toenemende werkdruk en veranderende zorgvraag worden huisartsen mogelijk gedwongen keuzes te maken.

Vanhommerig, J.W., Leemrijse, C.J., Heins, M.J., Knottnerus, B.J., Schipper, R.F., Hooiveld, M. Huisartsen leggen steeds minder visites af bij ouderen: analyse van gegevens uit elektronische patiëntendossiers over 2017-2023. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 2026. 170, art. nr. D8799.

Het aantal huisartsvisites lijkt al jaren te dalen. Toch hebben deze visites onmiskenbare voordelen. Hoe vaak rijden huisartsen in Nederland eigenlijk nog visites? En met welke factoren hangt dat samen?

Een huisarts rijdt visites wanneer een patiënt te ziek is om naar de praktijk te komen, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een acute medische noodsituatie. Huisartsvisites kunnen ook gepland worden als een routineonderdeel van de reguliere huisartsenzorg voor patiënten met chronische aandoeningen, een meer sociale reden hebben (bijvoorbeeld sociaal isolement van een patiënt), of onderdeel zijn van de zorg rond het levenseinde van ernstig zieke patiënten.[1]
Hoewel visites veel tijd vragen van huisartsen – die toch al zwaar belast zijn – hebben ze aantoonbare voordelen, vooral voor oudere patiënten. Toch nemen huisartsvisites wereldwijd al tientallen jaren af, ondanks de vergrijzing van de bevolking.[1,2] Ook in Nederland daalt het aantal huisartsvisites al meer dan tien jaar.[3]
Er kunnen verschillende redenen zijn voor de daling van het aantal visites door de huisarts. De vraag rijst of de versnelde afname tijdens de covid-19-pandemie het einde inluidde van 'medisch minder urgente' huisartsvisites in Nederland. Daarom was het eerste doel van onze studie om het aantal en het type huisartsvisites (dat wil zeggen: korte, lange of intensieve zorg) van 2017 tot 2023 in kaart te brengen. Het tweede doel was om mogelijke verbanden te onderzoeken tussen de waargenomen trend in huisartsvisites met leeftijd, geslacht, comorbiditeit en sociaaleconomische positie (SEP) van de patiënt, aangezien eerdere studies hebben aangetoond dat het aantal huisartsvisites verband houdt met deze factoren.[4-6]

Achtergrond

Huisartsvisites hebben onmiskenbare voordelen. Tijdens routinevisites bij oudere patiënten kan de huisarts tijdig gezondheids- of sociale problemen ontdekken, zodat deze op tijd kunnen worden opgelost en verergering voorkomen kan worden.
Huisartsenbezoeken zijn dan ook gerelateerd aan minder spoedopnames en minder ziekenhuisopnames.[9] Daarnaast kunnen huisartsen een belangrijke rol spelen bij het verlenen van palliatieve zorg aan terminaal zieke patiënten. Zo kunnen huisartsvisites ervoor zorgen dat terminaal zieke patiënten thuis kunnen sterven in plaats van in het ziekenhuis of een andere instelling.[10,11] In Nederland daalde, net als in andere Europese landen, het aantal huisartsvisites echter aanzienlijk tijdens het eerste jaar van de covid-19-pandemie.[12-16] Face to face-contact met patiënten werd zoveel mogelijk vermeden en geplande zorg voor chronische ziekten werd waar mogelijk uitgesteld.[17,18] Het verminderen van het aantal niet-urgente huisartsvisites was zinvol, aangezien huisartsen tijdens de eerste golf van de covid-19-pandemie beperkte persoonlijke beschermingsmiddelen hadden; zij en hun kwetsbare patiënten liepen een hoog risico op covid-19-infectie.[19] Ernstig zieke patiënten bleven echter palliatieve zorg of zorg rond het levenseinde van hun huisarts nodig hebben, en ook covid-19-patiënten met ernstige gezondheidsproblemen hadden zorg nodig.[20] In dit onderzoek hebben we de trend in het aantal huisartsvisites geanalyseerd. Omdat huisartsvisites het vaakst worden afgelegd bij oudere patiënten, beperkten we onze analyses tot personen van 65 jaar en ouder. Naast het aantal huisartsvisites tussen 2017 en 2023 werden de meest voorkomende redenen voor huisartsvisites in deze periode geanalyseerd.

Methoden

Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

De gegevens voor deze studie zijn afkomstig van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (hierna: Nivel Zorgregistraties).[21] Het Nivel verzamelt gegevens die routinematig door huisartsen worden vastgelegd in elektronische patiëntendossiers en verwerkt deze gegevens in Nivel Zorgregistraties.

Nivel Zorgregistraties bevat gegevens over het aantal en type contacten met de huisarts, diagnoses die tijdens deze contacten zijn geregistreerd, gebaseerd op de International Classification of Primary Care (ICPC-1),[22] medische voorschriften en verwijzingen naar de tweedelijnsgezondheidszorg. Momenteel worden gegevens verzameld van een dynamisch cohort van ongeveer 500 huisartspraktijken die ongeveer 10% van de Nederlandse bevolking vertegenwoordigen, verspreid over heel Nederland. Patiënten in Nivel Zorgregistraties zijn een representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking wat betreft leeftijd en geslacht.

Achterstandswijken

Bijna alle Nederlanders staan ingeschreven bij een huisarts en een zorgverzekering is verplicht. Hun zorgverzekeraar betaalt elk kwartaal een inschrijftarief aan de huisarts. Dit inschrijftarief is hoger voor oudere volwassenen en voor patiënten die wonen in achterstandswijken.[23] Deze wijken hebben een bovengemiddeld aandeel inwoners met een laag inkomen, zonder werk, of met een niet-westerse of Centraal- of Oost-Europese migratieachtergrond.
De definitie van achterstandswijk is gebaseerd op postcode en is onderhevig aan verandering, omdat de samenstelling van inwoners in een postcode in de loop van de tijd kan veranderen. Gegevens over inschrijftarieven zijn beschikbaar binnen Nivel Zorgregistraties en deze werden gebruikt om te bepalen of patiënten in achterstandswijken wonen. Wonen in een achterstandswijk werd gebruikt als een proxy voor SEP.

Huisartsvisites

Voor deze studie bestudeerden wij het aantal reguliere huisartsvisites (korte visite: < 20 minuten; lange visite: ≥ 20 min) en ‘visite voor intensieve zorg’ op basis van prestatiecodes. Visites voor intensieve zorg zijn meestal huisartsvisites aan terminaal zieke patiënten, maar vanaf maart 2020 tot december 2022 kon deze prestatiecode ook worden gebruikt voor huisartsvisites voor palliatieve en niet-palliatieve zorg voor patiënten met covid-19.

Analyses

Voor elk van de jaren 2017 tot en met 2023 berekenden we het aantal bezoeken per 1000 persoonsjaren follow-up, afzonderlijk voor reguliere huisartsvisites en huisartsvisites voor intensieve zorg. Persoonsjaren werden berekend als de som van het aantal kwartalen dat elke patiënt ingeschreven was in de huisartsenpraktijk. Het aantal huisartsvisites werd gestratificeerd naar de patiëntkenmerken leeftijd (65-79 of ≥ 80 jaar), geslacht (man/vrouw), wonen in een achterstandswijk (ja/nee) en multimorbiditeit (ja/nee). Multimorbiditeit werd gedefinieerd als het hebben van twee of meer chronische aandoeningen.[24]

Resultaten

Algemene kenmerken

De kenmerken van de onderzoekspopulatie zijn weergegeven in tabel 1. Patiënten van 80 jaar en ouder, vrouwen en patiënten met multimorbiditeit ontvingen in alle kalenderjaren de meeste huisartsvisites (dat wil zeggen: reguliere visites of visite voor intensieve zorg) (zie het supplement 1 bij dit artikel).

Vanhommerig, J.W., Leemrijse, C.J., Heins, M.J., Knottnerus, B.J., Schipper, R.F., Hooiveld, M. Huisartsen leggen steeds minder visites af bij ouderen: analyse van gegevens uit elektronische patiëntendossiers over 2017-2023. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 2026. 170, art. nr. D8799.

Tabel 1 Kenmerken van de studiepopulatie (personen van 65 jaar en ouder)

jaar	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
aantal personen	251.644	233.010	282.206	245.282	252.832	312.696	355.511
totale ingeschreven duur; jaren	246.410	228.234	276.516	240.740	248.005	306.709	348.751
vrouw; %	54	53	53	53	53	53	53
leeftijd 65-79 jaar; %	76	76	76	76	76	76	76
leeftijd ≥ 80 jaar; %	24	24	24	24	24	24	24
wonend in een achterstandswijk*; %	4	4	5	6	5	5	6
multimorbiditeit‡ (%)	74	75	76	77	77	76	77

* Het kenmerk 'achterstandswijk' is gebaseerd op het inschrijftarief dat de huisarts ontvangt.
‡ Multimorbiditeit is gedefinieerd als het hebben van ≥ 2 chronische aandoeningen.

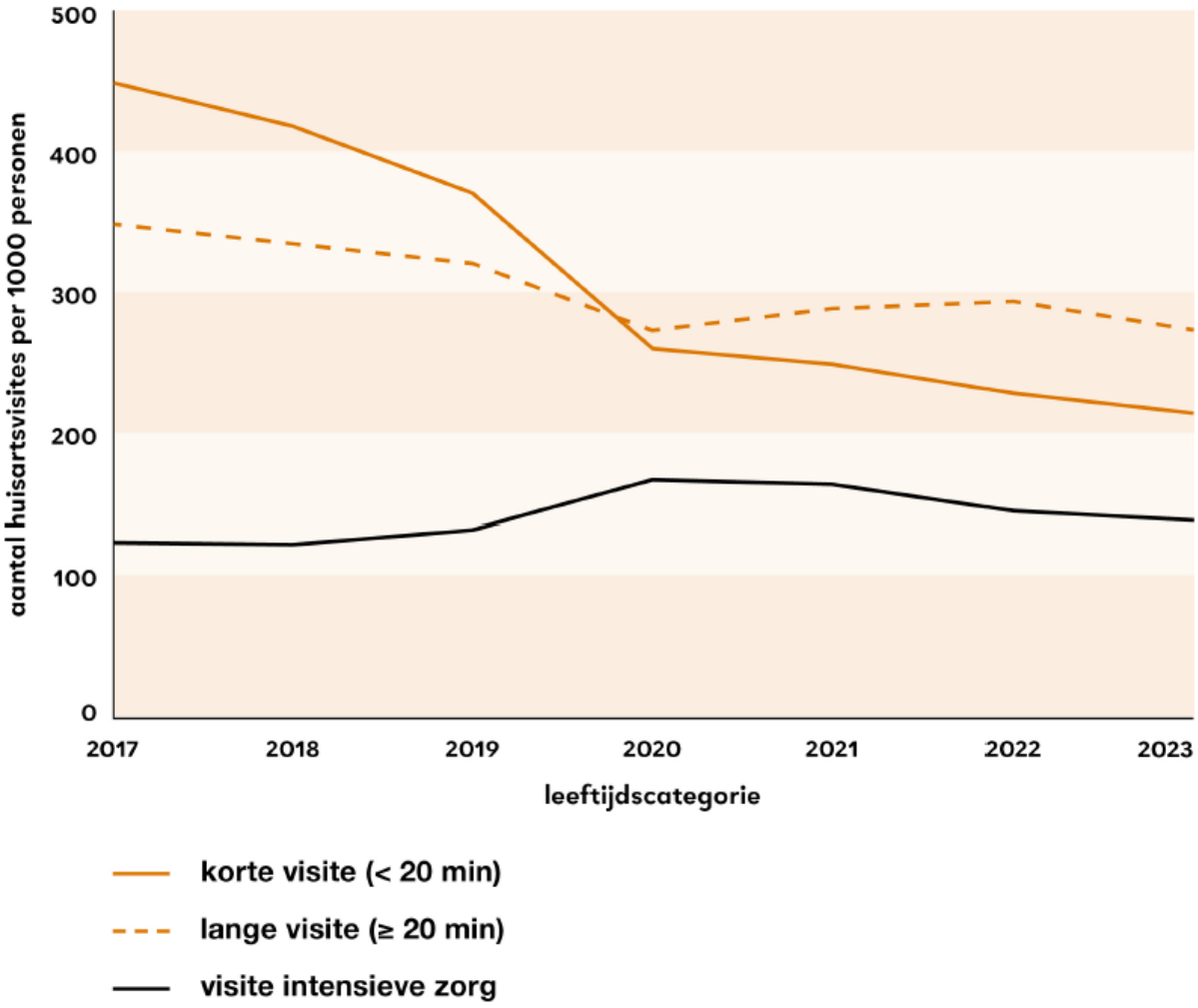
Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; 2017-2023.

Trend in het totale aantal huisartsvisites

Het totale aantal huisartsvisites nam met 32% af van 924 per 1000 persoonsjaren in 2017 tot 630 per 1000 persoonsjaren in 2023 (figuur en supplement 2 bij dit artikel). De grootste daling (-15%) werd waargenomen tussen 2019 en 2020, het eerste jaar van de covid-19-pandemie. Het totale aantal huisartsvisites bleef daarna dalen met 5% per jaar. De daling was het duidelijkst zichtbaar in het aantal korte visites, met een daling van 52% tussen 2017 en 2023 (-30% tussen 2019 en 2020). Het aantal lange visites daalde met 21% (-14% tussen 2019 en 2020). Het aantal huisartsvisites voor intensieve zorg steeg in 2020 met 25%. Hoewel dat aantal in de daaropvolgende jaren weer daalde, was het aantal in 2023 nog steeds 4% hoger dan in 2019.

Vanhommerig, J.W., Leemrijse, C.J., Heins, M.J., Knottnerus, B.J., Schipper, R.F., Hooiveld, M. Huisartsen leggen steeds minder visites af bij ouderen: analyse van gegevens uit elektronische patiëntendossiers over 2017-2023. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 2026. 170, art. nr. D8799.

Figuur Trends in het aantal huisartsvisites aan oudere volwassenen in Nederland



Weergegeven zijn de aantallen huisartsvisites per 1000 persoonsjaren voor elk afzonderlijk jaar. 'Oudere volwassenen' wil zeggen: personen ≥ 65 jaar. Gegevens ontleend aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn, 2017-2023. (Bewerking van een eerder gepubliceerde figuur in BJGP Open (2025;9(2)BJGPO.2024.0255); overgenomen met toestemming.)

Trends in huisartsvisites, geanalyseerd naar patiëntkenmerken

Reguliere visites

Het aantal reguliere huisartsvisites daalde tussen 2017 en 2023 voor alle groepen patiënten, behalve voor vrouwen van 65-79 jaar die in een achterstandswijk woonden (+25%; tabel 2a). De daling van het aantal huisartsvisites lijkt minder te zijn in achterstandswijken dan in andere wijken. Alleen bij mannen van 80 jaar of ouder daalde het aantal huisartsvisites gelijkmatig tussen 2017 en 2023 (-49% vs. -51% onder mannen zonder, en -37% vs. -37% onder mannen met multimorbiditeit).

Visites voor intensieve zorg

Dit aantal steeg tussen 2017 en 2023 voor personen met multimorbiditeit, met uitzondering van mannen van 80 jaar of ouder die in een achterstandswijk woonden (-6%; tabel 2b). Bij personen zonder multimorbiditeit was er een daling van het aantal huisartsvisites bij alle categorieën, behalve bij vrouwen van 65-79 jaar die niet in een achterstandswijk woonden (+7%).

Vanhommerig, J.W., Leemrijse, C.J., Heins, M.J., Knottnerus, B.J., Schipper, R.F., Hooiveld, M. Huisartsen leggen steeds minder visites af bij ouderen: analyse van gegevens uit elektronische patiëntendossiers over 2017-2023. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 2026. 170, art. nr. D8799.

Tabel 2 Relatieve verandering in het aantal huisartsvisites in Nederland tussen 2017 en 2023

AFNAME OF TOENAME IN 2023 TEN OPZICHTE VAN 2017; %

		patiënten zonder multimorbiditeit‡		patiënten met multimorbiditeit‡	
leeftijd	geslacht	niet woonachtig in achterstandswijk	woonachtig in achterstandswijk	niet woonachtig in achterstandswijk	woonachtig in achterstandswijk
(a) reguliere visites					
65-79 jaar	vrouw	-44	+25	-40	-31
	man	-42	-23	-40	-28
≥ 80 jaar	vrouw	-54	-26	-39	-33
	man	-49	-51	-37	-37
(b) visites voor intensieve zorg					
65-79 jaar	vrouw	+7	-39	+7	+15
	man	-27	-76	+0	+99
≥ 80 jaar	vrouw	-18	-31	+19	+28
	man	-23	n.v.t.*	+12	-6

* Niet van toepassing; het aantal huisartsvisites in deze categorie was 0 in 2017.
‡ Multimorbiditeit is gedefinieerd als het hebben van ≥ 2 chronische aandoeningen.

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; 2017-2023.

Gezondheidsproblemen waarvoor huisartsvisites worden afgelegd

De top 5 van meest voorkomende gezondheidsproblemen of diagnoses waarvoor reguliere huisartsvisites werden afgelegd, was relatief stabiel in de jaren 2017-2023 (tabel 3). Algehele achteruitgang, hartfalen, diabetes mellitus, emfyseem/COPD en ongecompliceerde hypertensie waren de vijf meest voorkomende geregistreerde redenen voor huisartsvisites in alle kalenderjaren 2017-2023, hoewel de volgorde in de top 5 in de loop van de tijd varieerde.
Huisartsvisites voor intensieve zorg werden meestal afgelegd voor patiënten met algehele achteruitgang, maligniteiten van bronchus of long, hartfalen of voor een gesprek over het levenseinde of behandelwensen. In 2020 en 2021 stond intensieve huisartsenzorg voor covid-19-infectie tijdelijk in de top 5 van meest geregistreerde diagnoses, terwijl dementie in de jaren voor en na de covid-19-pandemie tot de vijf meest geregistreerde diagnoses behoorde.

Tabel 3 Top 5 van redenen voor huisartsvisites bij patiënten van 65 jaar en ouder

	diagnose (% van totaal aantal visites)*
reguliere visite	algehele achteruitgang (3-7%)
	decompensatio cordis (3-3%)
	diabetes mellitus (3-3%)
	emfyseem/COPD (2-3%)
	essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging (2-3%)
visite voor intensieve zorg	algehele achteruitgang (5-7%)
	maligniteit bronchus of long (4-5%)
	gesprek over levenseinde of behandelwensen (4-6%)
	dementie‡ (4-4%)
	decompensatio cordis (3-4%)
	covid-19-infectie (4-6%)◊

* Weergegeven is het laagste en het hoogste percentage in de jaren 2017-2023.
‡ Inclusief ziekte van Alzheimer; dementie stond in 2020 en 2021 niet in de top 5.
◊ De geregistreerde ICPC-code was R83, strikt genomen 'Andere infectie(s) luchtwegen'; deze code wordt sinds medio 2020 gebruikt voor covid-19-infectie. Deze diagnose stond in 2020 op plaats 4 in de top 5 (4% van het totaal aantal visites), in 2021 op plaats 1 (6%).

Bron: Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; 2017-2023.

Beschouwing

Het eerste doel van deze studie was het analyseren van de trend in het aantal huisartsvisites tussen 2017 en 2023. Het tweede doel was het onderzoeken van mogelijke verbanden tussen deze trend en de kenmerken van de patiënt: leeftijd, geslacht, multimorbiditeit en wonen in een achterstandswijk. We constateerden dat het totale aantal huisartsvisites in Nederland tussen 2017 en 2023 met 32% afnam. Tijdens de covid-19-pandemie in 2020 daalde het aantal korte en lange reguliere huisartsvisites aanzienlijk met respectievelijk 30% en 14%. Het aantal huisartsvisites voor intensieve zorg, die vooral gericht zijn op zorg rond het levenseinde, nam daarentegen sterk toe, met 25% in 2020, waarschijnlijk deels door ernstig zieke patiënten met covid-19. In 2023 was het aantal van deze bezoeken nog steeds hoger dan in 2017.

Bij het zoeken naar verbanden tussen de waargenomen trend in het aantal huisartsvisites en de kenmerken van de patiënt vonden we dat het aantal reguliere (korte en lange) visites daalde, ongeacht leeftijd, geslacht, multimorbiditeit of achterstandswijk. De enige uitzondering waren vrouwen zonder multimorbiditeit die in een achterstandswijk wonen, bij wie het relatieve aantal huisartsvisites toenam met 25%. Interpretatie van deze bevinding is echter moeilijk, omdat het aantal vrouwen van 65-79 jaar dat in een achterstandswijk woont relatief klein is.
In het algemeen kregen patiënten ≥ 80 jaar, patiënten met multimorbiditeit en vrouwen het vaakst huisartsvisites. Deze bevinding komt overeen met andere onderzoeken.[6] Het aantal visites voor intensieve zorg steeg tussen 2017 en 2023 voor de meeste patiëntengroepen, maar een daling werd waargenomen bij mannen en vrouwen zonder multimorbiditeit. Mogelijk is deze laatste groep relatief minder kwetsbaar.

Zijn de trends te verklaren?

De huisartsenzorg in Nederland heeft momenteel te maken met een hoge werkdruk en toenemende personeelstekorten. Dit zijn factoren die waarschijnlijk bijdragen aan een afname van het afleggen van tijdrovende huisartsvisites, vooral van de medisch minder urgente bezoeken. Na de covid-19-pandemie bleef het aantal consultaties in de praktijk toenemen.[20] Dit zou kunnen leiden tot een verdere daling van het aantal reguliere huisartsvisites.
Hoewel het aanbod van huisartsvisites daalt, is niet bekend of dat ook geldt voor de vraag ernaar. Je zou verwachten dat de vergrijzing van de bevolking leidt tot een toename van de vraag, maar oudere volwassenen worden tegenwoordig ook als mobieler beschouwd. Toch suggereert de top 5 van meest voorkomende ICPC-codes van reguliere huisartsvisites (zie tabel 3) dat een deel daarvan niet uitsluitend medisch is, maar ook een sociale functie heeft. Zo kan een huisartsvisite in het geval van hypertensie als belangrijk doel hebben om te inventariseren hoe het in het algemeen met iemand gaat. Dergelijke visites kunnen waardevol zijn, juist in deze tijd van vergrijzing en toenemende sociale ongelijkheid.
Telemonitoring kan huisartsvisites steeds beter vervangen, behalve voor de meest kwetsbare populatie. We konden echter geen trends in telefonische of e-consulten bestuderen, omdat deze sinds 2019 geen specifieke declaratiecodes meer hebben. Een Duitse studie onder 51 huisartsen in 2021 gaf aan dat langere consulten, en in het bijzonder consulten voor SARS-CoV-2-vaccinatie, gepaard gingen met verminderde zorgverlening door de praktijken, inclusief huisartsvisites.[14]
In onze studie nam het aantal huisartsvisites voor intensieve zorg in de loop van de tijd toe. Voor de patiënten die hiermee bereikt worden, is continuïteit van zorg erg belangrijk. Een eerdere onlinevragenlijststudie liet zien dat 1 op de 3 Nederlandse huisartsen bereid was om in hun privétijd visites af te leggen bij ernstig zieke of palliatieve patiënten.[25] Deze bevinding komt weliswaar overeen met andere Europese studies, maar de respons op de Nederlandse survey was beperkt en er werd geen non-responsanalyse uitgevoerd. Een combinatie van mogelijke selectiebias en sociaal wenselijke beantwoording kan tot een overschatting hebben geleid.

Wat zal de toekomst brengen?

In een recente enquête onder ruim 1000 Spaanse huisartsen over hoe het toekomstige (post-covid-19) werkmodel van huisartsen eruit zou moeten zien, stelden respondenten dat thuiszorg en zorg rond het levenseinde de verantwoordelijkheid van elke huisarts blijven.[26] Er is echter een negatief verband aangetoond tussen huisartsvisites en jongere leeftijd, in deeltijd werken, en vrouwelijk geslacht van de huisarts.[3] Aangezien zowel het aantal parttimers als het aandeel vrouwelijke huisartsen toeneemt in Nederland, is te verwachten dat het aantal huisartsvisites in de toekomst verder zal afnemen.

Veel patiënten, vooral ouderen, beschouwen huisartsvisites als essentieel voor hun welzijn, voor de relatie tussen huisarts en patiënt, en voor betere zorg.[27] In de context van de huidige – hoge – werkdruk voor huisartsen en de behoeften en wensen van een vergrijzende bevolking, kan integratie van andere zorgverleners in de zorg voor thuiswonende ouderen en patiënten met multimorbiditeit, mogelijk een deel van de oplossing zijn.[28,29] Specialisten ouderengeneeskunde en speciaal opgeleide verpleegkundigen kunnen zorg verlenen die, wat betreft het zorgproces, ten minste gelijkwaardig is aan de zorg die huisartsen verlenen voor de behandeling van chronische ziekten.[30]

Literatuur

1. Cunney A, O'Kelly FD. Housecalls in general practice. Ir Med J. 2012;105(6):170-171 Medline.

2. Van den Berg MJ, Cardol M, Bongers FJ, de Bakker DH. Changing patterns of home visiting in general practice: an analysis of electronic medical records. BMC Fam Pract. 2006;7(1):58. doi:10.1186/1471-2296-7-58. Medline

3. Senior H, Grant M, Rhee JJ, et al. General practice physicians' and nurses' self-reported multidisciplinary end-of-life care: a systematic review. BMJ Support Palliat Care. 2019;bmjspcare-2019-001852 Medline.

4. Barbera L, Sussman J, Viola R, et al. Factors Associated with End-of-Life Health Service Use in Patients Dying of Cancer. Health Policy. 2010;5(3):e125-e143. doi:10.12927/hcpol.2013.21644. Medline

5. Neergaard MA, Olesen F, Sondergaard J, Vedsted P, Jensen AB. Are Cancer Patients' Socioeconomic and Cultural Factors Associated with Contact to General Practitioners in the Last Phase of Life? Int J Family Med. 2015;2015:952314. doi:10.1155/2015/952314.Medline

6. Scott MM, Webber C, Clarke AE, et al. Physician home visits to rostered patients during their last year of life: a retrospective cohort study. CMAJ Open. 2023;11(4):E597-E606. doi:10.9778/cmajo.20220123. Medline

7. Meuli N, Jungo KT, Merlo C, Streit S, Essig S. Frequency of home visits where general practitioners are exposed to a problem different from that foreseen - a Swiss cross-sectional study. Swiss Med Wkly. 2021;151(3940):w30062. doi:10.4414/SMW.2021.w30062.Medline

8. Tremolizzo L, Bargossi L, Storti B, Ferrarese C, Bellelli G, Appollonio I. Delirium in your house: a survey during General Practitioner programmed home visits. Aging Clin Exp Res. 2021;33(10):2747-2751. doi:10.1007/s40520-021-01806-1. Medline

9. Sun CA, Parslow C, Gray J, Koyfman I, Hladek MD, Han HR. Home-based primary care visits by nurse practitioners. J Am Assoc Nurse Pract. 2022;34(6):802-812. doi:10.1097/JXX.0000000000000706. Medline

10. Kjellstadli C, Allore H, Husebo BS, Flo E, Sandvik H, Hunskaar S. General practitioners' provision of end-of-life care and associations with dying at home: a registry-based longitudinal study. Fam Pract. 2020;37(3):340-347. doi:10.1093/fampra/cmz059. Medline

11. Tanuseputro P, Beach S, Chalifoux M, et al. Associations between physician home visits for the dying and place of death: A population-based retrospective cohort study. PLoS One. 2018;13(2):e0191322. doi:10.1371/journal.pone.0191322. Medline

12. Heins M, Bes J, Weesie Y, et al. Zorg door de huisarts. Nivel zorgregistraties eerste lijn: jaarcijfers 2022 en trendcijfers 2018-2022 .Utrecht: Nivel; 2023.

13. Joy M, McGagh D, Jones N, et al. Reorganisation of primary care for older adults during COVID-19: a cross-sectional database study in the UK. Br J Gen Pract. 2020;70(697):e540-e547. doi:10.3399/bjgp20X710933. Medline

14. Platen M, Bohlken J, Hoffmann W, Kostev K, Michalowsky B. The long-term impact of the COVID-19 pandemic on primary and specialized care provision and disease recognition in Germany. Front Public Health. 2022;10:1006578. doi:10.3389/fpubh.2022.1006578. Medline

15. Schäfer I, Hansen H, Menzel A, et al. The effect of COVID-19 pandemic and lockdown on consultation numbers, consultation reasons and performed services in primary care: results of a longitudinal observational study. BMC Fam Pract. 2021;22(1):125.doi:10.1186/s12875-021-01471-3. Medline

16. Schrimpf A, Bleckwenn M, Braesigk A. COVID-19 Continues to Burden General Practitioners: Impact on Workload, Provision of Care, and Intention to Leave. Healthcare (Basel). 2023;11(3):320. doi:10.3390/healthcare11030320. Medline

17. Moin JS, Troke N, Plumptre L, Anderson GM. Impact of the COVID-19 Pandemic on Diabetes Care for Adults With Type 2 Diabetes in Ontario, Canada. Can J Diabetes. 2022;46(7):715-721. doi:10.1016/j.jcjd.2022.04.009. Medline

18. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Van Royen P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. BMJ Open. 2020;10(6):e039674.