

Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg



NIVEL
Kennis voor betere zorg



PRISMANT

Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg

Dit rapport is geschreven in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), en is uitgevoerd door onderzoekers van het Nivel en Prismant.

R. Batenburg	B. van Asten
M. Bosmans	L. Vandermeulen
S. Versteeg	L. van der Kruis
E. Vis	

November 2018

ISBN 978-94-6122-531-3

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

© 2018 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

© 2018 Prismant, Van Deventerlaan 30-40, 3528 AE UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt de rapportage ‘Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg’, een coproductie van Nivel en Prismant in opdracht van het ministerie van VWS, directie Curatieve Zorg, en de Landelijke Huisartsen Vereniging. Het onderzoek is uitgevoerd naar aanleiding van signalen die de opdrachtgevers bereikten vanuit de huisartsenzorg zelf, die wezen op tekorten in de Nederlandse huisartsenzorg.

In het onderzoek wordt ingegaan op zowel de huidige als de verwachte balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg en de regionale variatie daartussen. Daarnaast wordt onderzocht wat de motivaties zijn van huisartsen om wel of geen praktijkhouder te worden en wat de bepalende factoren zijn voor het vestigingsgedrag van huisartsen. Wat zal blijken uit de rapportage is dat er een nieuwe generatie huisartsen op komst is met een andere kijk op het metier, die nu al zijn effect heeft op de balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg.

Voor de begeleiding en inhoudelijke ondersteuning is ten behoeve van het onderzoek een onafhankelijke begeleidingscommissie ingesteld. Deze commissie bestaat uit de volgende personen: mw. K. Smulders (voorzitter), dhr. E. Schadé, mw. K. Groeneveld en dhr. F. Cörvers. In Bijlage A is de achtergrond van de begeleidingscommissieleden kort weergegeven. Wij bedanken alle leden van de begeleidingscommissie hartelijk voor hun inzet en het delen van hun expertise.

Voor het onderzoek is tevens een klankbordgroep opgericht, waaraan vertegenwoordigers van de volgende organisaties hebben deelgenomen: het Capaciteitsorgaan, InEen, de LOVAH, Stichting KOH, de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA), de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA), de Nederlandse Vereniging van Praktijk Ondersteuners (NVvPO), De Nederlandse Vereniging voor Praktijk Management (NVvPM), Patiëntenfederatie Nederland, het ROS-netwerk, de SBOH, Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSFH), de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH), V&VN Verpleegkundig Specialisten (V&VN VS) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Ook de klankbordgroep leden danken wij hartelijk voor hun waardevolle input en inzet.

Voor het in beeld brengen van de huidige en toekomstige balans tussen vraag en aanbod van huisartsen is dankbaar gebruik gemaakt van de data die beschikbaar zijn gesteld door de Stichting Pensioenfonds Huisartsen (SPH).

Ten behoeve van dit rapport hebben tot slot vele veldconsultaties en telefonische interviews plaatsgevonden waaraan verschillende (toekomstige) huisartsen hebben meegewerkt. Ook hebben vele huisartsenpraktijken de praktijkenquête ingevuld. Wij willen hen allen hartelijk bedanken voor hun waardevolle bijdrage.

De auteurs

Utrecht, november 2018

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	6
1 Inleiding	8
1.1 Achtergrond	8
1.2 Doel en onderzoeksvragen	9
1.3 Leeswijzer	10
2 Methoden	11
2.1 Aanpak van vraag 1: de verhouding tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg in verschillende regio's	11
2.2 Aanpak van vraag 2: de bepalende factoren voor het loopbaan- en vestigingsgedrag van huisartsen	15
2.3 Aanpak van vraag 3: oplossingsrichtingen voor ervaren knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg	17
3 Regionale balans in vraag en aanbod	19
3.1 Huidige stand van zaken	19
3.2 Toekomstige balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg	26
3.3 Confrontatie gemeten en ervaren balans tussen vraag en aanbod binnen de huisartsenzorg	33
3.4 Samenvatting/reflectie	37
4 De praktijk van gevestigde huisartsen	39
4.1 Algemeen	39
4.2 Signalen van knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg	39
4.3 Mogelijke oorzaken knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg	41
4.4 Samenvatting/reflectie	43
5 Voorkeuren van niet-gevestigde huisartsen	44
5.1 De nog niet-gevestigde huisarts	44
5.2 De huisarts in opleiding	48
5.3 Samenvatting/reflectie	48
6 Synthese: oorzaken voor de balans tussen vraag en aanbod op nationaal en regionaal niveau	50
6.1 De huidige balans tussen vraag en aanbod wordt in alle regio's als problematisch ervaren door een combinatie van landelijke ontwikkelingen	50
6.2 De toekomstige balans tussen vraag en aanbod kan in een aantal regio's extra onder druk komen te staan door dezelfde combinatie van landelijke ontwikkelingen	51

6.3	De verschillende oorzaken voor de (ervaren) balans tussen vraag en aanbod uiteengerafeld	51
6.4	Conclusie: verschillende oorzaken voor de (ervaren) balans tussen vraag en aanbod vragen om verschillende oplossingsrichtingen	54
7	Een inventarisatie van oplossingsrichtingen	55
7.1	Oplossingsrichtingen voor de ontwikkelingen op landelijk niveau die de balans tussen vraag en aanbod bepalen	55
7.2	Oplossingsrichtingen om de balans tussen vraag en aanbod in de regio te verbeteren	59
7.3	Samenvatting/reflectie	64
8	Conclusie en discussie	66
8.1	De beantwoording van de onderzoeksvragen	66
8.2	De opbrengsten en beperkingen van het onderzoek	68
8.3	Conclusies en aanbevelingen	69
	Referenties	71
	Bijlage A – De begeleidingscommissie	73
	Bijlage B -Het veldwerk rond de praktijkenquête	74
	Bijlage C - De praktijkenquête	77
	Bijlage D – Gemeente indeling regio's	88
	Bijlage E – Profielschets per regio	97

Samenvatting

Dit onderzoek is geïnitieerd naar aanleiding van signalen uit het veld over tekorten in de huisartsenzorg. Tot nu toe bestaat er onvoldoende inzicht waar en in de mate waarin deze problematiek speelt, wat de achterliggende oorzaken zijn en welke mogelijke oplossingsrichtingen kunnen worden ingezet. Om dit inzicht te verkrijgen zijn drie onderzoeksvragen geformuleerd, te weten:

1. Hoe is de verhouding tussen vraag naar en aanbod van huisartsenzorg in de verschillende gebieden van Nederland? In welke gebieden zien we dat vraag en aanbod in balans zijn en in welke gebieden juist niet?
2. Wat zijn de bepalende factoren voor huisartsen om wel of juist niet in een bepaald gebied of in een (bepaalde) praktijk te willen werken? (push- en pullfactoren)
3. Welke oplossingsrichtingen kunnen bijdragen aan een beter evenwicht tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg over het land?

Deze vragen zijn met verschillende onderzoeksmethoden beantwoord. Op basis van kwantitatieve bronnen is de stand van zaken rondom de vraag naar en het aanbod van huisartsenzorg op regionaal niveau in kaart gebracht. Ook zijn prognoses voor de toekomst (2018-2028) geformuleerd. Hiervoor zijn secundaire databronnen gebruikt en de respons op een landelijke praktijkenquête van circa 1.100 huisartsenpraktijken. Op basis van kwalitatieve methoden hebben verschillende veldconsultaties en telefonische interviews plaatsgevonden met gevestigde huisartsen, niet-gevestigde huisartsen en huisartsen in opleiding. Tot slot heeft op basis van literatuuronderzoek en de verzamelde data een inventarisatie van mogelijke oplossingsrichtingen plaatsgevonden.

Regionale verhouding tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg

Uit dit onderzoek blijkt dat regio's op een aantal kwantitatieve balans-indicatoren relatief weinig van elkaar verschillen. Dit betreft de capaciteit aan huisartsen en ondersteunend personeel per inwoner, de capaciteit gerelateerd aan de gedeclareerde kosten voor huisartsenzorg, en de gemiddelde functiemix van de praktijken. Ook hoe de balans tussen vraag en aanbod door praktijken en praktijkhouders wordt ervaren laat relatief weinig regionale verschillen zien.

De werkdruk en werklast in huisartsenpraktijken wordt over het algemeen als hoog beoordeeld. Uit alle bronnen van dit onderzoek komt naar voren dat huisartsenpraktijken in Nederland een grote werkdruk ervaren en tekorten voorzien. Alle praktijken hebben aan de ene kant te maken met een toenemende zorgvraag vanuit hun patiëntenpopulatie, en door de verschuiving van zorg van de tweede lijn en het sociaal domein naar de eerste lijn; en aan de andere kant moeite met het vinden van waarnemers, opvolgers, maten en ondersteunend personeel.

Wel geven de praktijken in een aantal AZW-regio's¹ veel vaker dan gemiddeld aan tekorten te verwachten aan huisartsen, doktersassistenten en praktijkondersteuners. Dit zijn regio's waar speelt dat de zorgvraag snel toeneemt door een relatief snel vergrijzende bevolking, in combinatie met (1) een relatief hoog verloop onder huisartsen die richting pensioen gaan en (2) een relatief lage instroom van jonge huisartsen om deze uitstroom te compenseren. Er is echter niet één type regio aan te wijzen waar alle indicatoren voor de balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg dezelfde kant op wijzen, wat aangeeft dat

¹ Voor dit onderzoek wordt een regio-indeling gebruikt die ook gehanteerd wordt binnen het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW), zie ook bladzijde 12 voor een uitgebreidere toelichting.

‘balans’ een multi-dimensioneel begrip is. Regio’s verschillen in hun profiel van knelpunten die eigen (combinaties van) oplossingsrichtingen vragen. Alhoewel dit onderzoek aantoont dat er veel gemeenschappelijke oorzaken zijn die tot de ervaren knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod leiden, kan dit in elke regio tot een eigen probleemconstellatie leiden.

Bepalende factoren voor regionale knelpunten in de balans van vraag en aanbod huisartsenzorg

Er is op dit moment in Nederland sprake van een aanbiedersmarkt voor waarnemers, het praktijkhouderschap wordt door starters momenteel als niet aantrekkelijk beschouwd, en er is sprake van een sterk toenemende vraag naar huisartsenzorg en de daarmee gepaard gaande administratieve en organisatorische lasten. Al deze factoren zorgen ervoor dat het bemensen van de huisartsenpraktijk als knelpunt wordt ervaren en er zorgen zijn over associatie en opvolging. Deze oorzaken en gevolgen voor de balans tussen vraag en aanbod spelen op landelijk niveau, maar kunnen in regio’s cumuleren waar de uitstroom van huisartsen relatief hoog is en waar niet-gevestigde huisartsen geen vestigingsvoorkeuren voor hebben. Voor niet-gevestigde huisartsen geldt dat zij langer waarnemen, het praktijkhouderschap uitstellen en hun loopbaan- en locatiekeuze primair kunnen laten afhangen van de werk-privé situatie.

Oplossingsrichtingen

Verschillende oplossingsrichtingen zijn mogelijk voor de verschillende oorzaken die tot de ervaren knelpunten tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg leiden. Wat betreft de landelijk ervaren knelpunten wordt door de ondervraagde huisartsen en praktijken gewezen op het aanpassen van de huidige allocatie- en beloningsstructuur van ANW-diensten, meer aandacht voor ondernemerschap in de opleiding, verdergaande taakherschikking en competentieontwikkeling binnen de gehele *skill-mix* van de praktijk.

Over het algemeen is het van belang om voor de regio-specifieke knelpunten uit te gaan van een combinatie van oplossingsrichtingen, mede omdat oorzaken op meerdere niveaus en via meerdere mechanismen hun uitwerking hebben. Het gaat dan bijvoorbeeld om het vroegtijdig ervaring laten opdoen van huisartsen in bepaalde gebieden, het bieden van werkgelegenheid voor de partner en het inspelen op de herkomst van aios en pas afgestudeerde huisartsen. Deze zouden gecombineerd kunnen worden met de huidige imago-campagnes en de dependances van de huisartsopleiding die al zijn ingesteld.

1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt allereerst de achtergrond en aanleiding van het onderzoek geschetst. Hierna wordt het doel van het onderzoek geformuleerd, alsmede de drie centrale onderzoeksvragen. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte leeswijzer en tabel met veelvoorkomende afkortingen.

1.1 Achtergrond

Hoewel het aantal huisartsen de afgelopen tien jaar met 21% is toegenomen, de capaciteit in termen van fulltime equivalenten (FTE) met 9% (Van der Velden & Batenburg, 2017) en elke drie jaar het Capaciteitsorgaan adviseert hoeveel huisartsen er landelijk moeten worden opgeleid (Capaciteitsorgaan, 2016a), zijn er signalen dat er regionaal onvoldoende huisartsenzorg beschikbaar is. Deze berichten zijn afkomstig uit zogeheten ‘krimpgebieden’² en achterstandswijken, maar ook vanuit andere plaatsen in Nederland verschijnen signalen over dezelfde problematiek.

Recent verschenen berichten in de media en zijn Kamervragen gesteld rondom huisartsenpraktijken die moeite hebben met het vinden van een opvolger en/of huisartsen voor de praktijk³. Ook zijn er berichten over patiënten die moeilijk een nieuwe huisartsenpraktijk in de regio kunnen vinden. Zo sprak de *Leeuwarder Courant* vorig jaar van een ‘heuse crisissituatie’ omdat vrijwel alle praktijken in Leeuwarden een inschrijvingsstop kenden (Bies, 2017). Eerder berichtte ook Medisch Contact (Paauw, 2016; Pauw, 2017) en lokale media (RTV Noord, 2013; RTV Oost, 2016) over een dreigend tekort aan huisartsen. Daarnaast bleek uit een recente peiling van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) dat een ruime meerderheid van de huisartsen de huidige werkdruk als té hoog ervaart. De werklust heeft volgens tweederde het plafond bereikt, hetgeen ten koste gaat van de tijd voor de patiënt en daarmee de algemene kwaliteit van (de geleverde) zorg (Boeke & Hoekstra, 2018). In het onderzoek is niet gekeken hoe dit naar regio verschilt, maar uit een eerder landelijke tijdsbestedingsonderzoek bleek wel dat huisartsen in de provincies Zeeland en Limburg bovengemiddeld meer uren en fte werken (Van Hassel, Van der Velden & Batenburg, 2015; Van Hassel, Van der Velden & Batenburg 2016). Dit kunnen allemaal signalen zijn van (regionale) tekorten binnen de huisartsenzorg, maar tot nu toe is dit nog niet systematisch in kaart gebracht.

Binnen een aantal gebieden zoals Zeeland en Drenthe zijn campagnes geïnitieerd voor het aantrekken van hoger opgeleid (zorg)personeel. Middels deze campagnes wordt geprobeerd verandering te brengen in ideeën over de aantrekkelijkheid van de regio’s voor personeel in de huisartsenzorg. Hierbij spelen woonklimaat, arbeidsmarktkansen in het algemeen en arbeidsmarktkansen voor een eventuele partner een rol. Dit sluit aan bij de trend dat huisartsen die momenteel de arbeidsmarkt betreden steeds vaker vrouw zijn. Met deze nieuwe generatie huisartsen veranderen ook vestigingsvoorkeuren van huisartsen. De studie van Schoots, Honkoop, Dunselman en Joziassie (2012) liet bijvoorbeeld zien dat baankansen voor de partner en de nabije aanwezigheid van de familie bij de nieuwe generatie huisartsen een grote rol spelen. Daarnaast vestigen huisartsen zich tegenwoordig vaak liever in een groeps- of duo praktijk, terwijl degenen die een praktijk willen overdragen meestal solopraktijken achterlaten. Dit is echter slechts één van de zaken die de (regionale) aansluiting tussen vraag en aanbod in de huisartsenzorg kunnen bepalen. Regio’s verschillen in hun bevolkingssamenstelling (AZW, 2017) en daarmee in de huidige en te

² Krimp- of anticipeerregio's zijn gebieden die kampen met snelle bevolkingsdaling. In de krimpgebieden zal het aantal inwoners in 2040 met 16% gedaald zijn (vooral gemeenten in Zeeuws-Vlaanderen, Zuid-Limburg en Noord- en Oost-Groningen), in de anticipeergebieden is verwachting dat het aantal inwoners tot 2040 met 4% daalt. In de overige delen van Nederland groeit het aantal inwoners tot 2040 met 11%. (zie: rijksoverheid.nl).

³ Kamerleden De Vries (VVD) en De Lange (VVD) over tekorten aan huisartsen in de regio. (2018Z00007) (ingezonden 2 januari 2018)

verwachten zorgvraag. Ook bestaat er variatie in de organisatie van de huisartsenzorg, de wijze waarop huisartsen binnen hun praktijk taken delen met ander personeel in de praktijk (praktijkondersteuners, doktersassistenten, verpleegkundig specialisten, physician assistants) en de mate waarin zij samenwerken met andere huisartsenpraktijken en eerste- en tweedelijns zorgverleners. Met de steeds belangrijker wordende rol van ondersteunend personeel in de huisartsenpraktijk, ontstaat ook de vraag in hoeverre er regionaal voldoende capaciteit is van deze professionals. Ook dit speelt een belangrijke rol in de uiteindelijke balans in vraag en aanbod van de huisartsenzorg.

Gezien de algemene beleidsdoelstelling om zoveel mogelijk zorg dicht bij huis aan te bieden, met name door en in samenwerking met de huisarts (VWS, 2018a), is het belang van regionale coördinatie en beleid toegenomen. Ook is in het Bestuurlijk Akkoord Huisartsenzorg 2019-2022 aangegeven onder de paragraaf 'Arbeidsmarkt & Opleidingen' dat: *"Partijen zullen met elkaar over de uitkomsten van het onderzoek en de mogelijke oplossingen in gesprek gaan en zullen daarbij respect hebben voor elkaars rol en bezien op welk niveau (wijk, regio, landelijk) welke actie ondernomen moet worden."*

Meer inzicht in de signalen over de regionale problematiek in de huisartsenzorg en bijbehorende oorzaken zijn dus een randvoorwaarde om oplossingen en interventies te kiezen op het bijpassende niveau (wijk, regio, landelijk).

1.2 Doel en onderzoeksvragen

Dit onderzoek is geïnitieerd naar aanleiding van signalen uit het veld over tekorten in de huisartsenzorg. Deze signalen lijken vooral uit krimpgebieden en achterstandswijken te komen, maar ook uit andere gebieden in Nederland. Tot nu toe bestaat er onvoldoende inzicht in de mate waarin deze problematiek speelt, inclusief de achterliggende oorzaken en mogelijke oplossingsrichtingen die kunnen worden ingezet.

Dit onderzoek heeft daarmee als doel om te bepalen hoe de verhouding in vraag en aanbod in verschillende gebieden van Nederland nu en in de nabije toekomst zal zijn, en om de factoren te identificeren die van invloed zijn op deze verhouding in vraag en aanbod. Het achterliggende doel is oplossingsrichtingen te formuleren die toegepast kunnen worden daar waar zich specifieke knelpunten voordoen. Zo kan dit onderzoek bijdragen aan toegankelijke huisartsenzorg in Nederland.

Om deze doelen te bereiken staan drie onderzoeksvragen centraal, te weten:

1. Hoe is de verhouding tussen vraag naar en aanbod van huisartsenzorg in de verschillende gebieden van Nederland? In welke gebieden zien we dat vraag en aanbod in balans zijn en in welke gebieden juist niet?
2. Wat zijn de bepalende factoren voor huisartsen om wel of juist niet in een bepaald gebied of in een (bepaalde) praktijk te willen werken? (push- en pullfactoren)
3. Welke oplossingsrichtingen kunnen bijdragen aan een beter evenwicht tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg over het land?

De drie onderzoeksvragen volgen logisch op elkaar. Voor onderzoeksvraag 1 wordt in beeld gebracht wat de verhouding tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg in verschillende gebieden in Nederland is. Vervolgens gaat onderzoeksvraag 2 specifiek in op het vestigingsgedrag van huisartsen. Op basis van de antwoorden op onderzoeksvragen 1 en 2, gaat onderzoeksvraag 3 in op mogelijke oplossingsrichtingen en aanbevelingen.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 zullen de gehanteerde onderzoeksmethoden worden toegelicht. In hoofdstuk 3 staat de verhouding tussen vraag naar en aanbod van huisartsenzorg in de verschillende gebieden van Nederland centraal. In hoofdstuk 4 worden de uitkomsten rondom de ervaringen van gevestigde huisartsen gepresenteerd. In hoofdstuk 5 staan de voorkeuren en wensen van (nog) niet-gevestigde huisartsen (ook in opleiding) om wel of juist niet in een bepaald gebied of in een (bepaalde) praktijk te willen werken centraal. Hoofdstuk 6 omvat de synthese van de opgehaalde resultaten uit de eerdere hoofdstukken. Hoofdstuk 7 biedt het overzicht van potentiële oplossingsrichtingen, en hoofdstuk 8 betreft de conclusie en discussie bij dit onderzoek.

In het onderzoek wordt met enige regelmaat gebruik gemaakt van afkortingen. Hieronder is een tabel opgenomen met de meest voorkomende afkortingen en hun betekenis.

Tabel 1.1: Afkortingslijst van veel voorkomende begrippen

Afkorting	Betekenis
Aios	Arts in opleiding tot specialist
ANW	Avond, Nacht- en Weekend
AZW	Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW)
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
FTE	Fulltime equivalent
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HAP	Huisartsenpost
HID	Huisarts in dienstverband
HIDHA	Huisarts in dienst van een huisarts
HOED	Huisartsen onder één dak
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MDZ	Multi Disciplinaire Zorg
NP	Nurse practitioner
PA	Physician Assistant
POH	Praktijkondersteuner huisarts
POH-GGZ	Praktijkondersteuner huisarts Geestelijke Gezondheidszorg
PVK	Praktijkverpleegkundige
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
SPH	Stichting Pensioenfonds Huisartsen
VS	Verpleegkundig Specialist
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organisation
ZVW	Zorgverzekeringswet

2 Methoden

In dit hoofdstuk worden zowel de kwantitatieve als kwalitatieve bronnen en methoden toegelicht die zijn gebruikt om de drie centrale onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden.

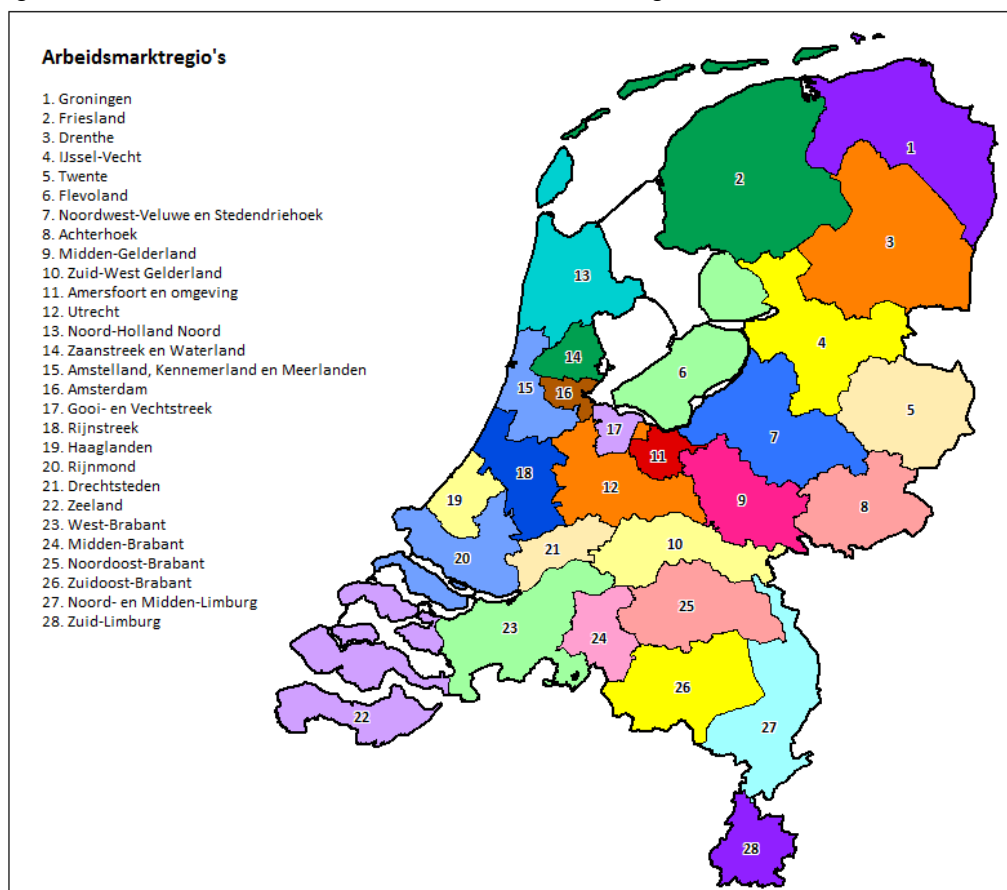
2.1 Aanpak van vraag 1: de verhouding tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg in verschillende regio's

De beantwoording van de eerste onderzoeksvraag “Hoe is de verhouding tussen vraag naar en aanbod van huisartsenzorg in de verschillende gebieden van Nederland? In welke gebieden zien we dat vraag en aanbod in balans zijn en in welke gebieden juist niet?” vindt op kwantitatieve wijze plaats door het combineren van verschillende gegevensbronnen.

2.1.1 De gebruikte regio-indeling

In het rapport worden de resultaten waar mogelijk uitgesplitst naar regio. Als regio-indeling wordt hierbij gebruikt gemaakt van de arbeidsmarktregio-indeling die ook wordt gebruikt voor het Arbeidsmarkt Zorg- en Welzijn (AZW)-programma (www.azwinfo.nl). Bij deze AZW-indeling worden 28 arbeidsmarktregio's onderscheiden, verder te noemen: AZW-regio's. Figuur 2.1 toont de indeling van Nederland in deze 28 AZW-regio's. In Bijlage D worden per regio de bijbehorende gemeentenamen getoond.

Figuur 2.1: Kaart van Nederland verdeeld naar de 28 AZW-regio's



2.1.2 De gebruikte bronnen voor deze vraag

De Nivel huisartsenregistratie

Sinds lange tijd houdt het Nivel een aantal registraties bij met betrekking tot de Nederlandse huisartsenzorg, namelijk:

- Een huisartsenpraktijk-registratie met organisatiegegevens van de populatie van alle circa 5.000 praktijken in Nederland;
- Een huisartsenloopbaan-registratie met loopbaangegevens en het zoekgedrag van de populatie van alle werkzame huisartsen in Nederland.

De praktijkenquête onder alle Nederlandse huisartsenpraktijken

In het kader van een eerder pilot-onderzoek in 2018 (in opdracht van SSFH, ROS-Robuust en Transvorm) is een vragenlijst ontwikkeld om gegevens op te halen bij huisartsenpraktijken over hun personeelssamenstelling, opleidingscapaciteit en arbeidsmarktnelpunten. Bij het eerdere pilot-onderzoek zijn hiervoor alle praktijken uit acht AZW-regio's benaderd. Voor dit onderzoek zijn ook de overige 20 AZW-regio's benaderd zodat er een compleet beeld wordt opgehaald van alle 28 AZW-regio's. In Bijlage B is meer informatie te vinden over de opzet en de verwerking van deze enquête. In Bijlage C is de gehele vragenlijst opgenomen.

Het onderzoeksprogramma Arbeid Zorg en Welzijn (AZW)

Er wordt gebruik gemaakt van data die verzameld is binnen het onderzoeksprogramma Arbeid Zorg en Welzijn (AZW) naar zorgberoep, leeftijd, geslacht en regio. Hierbij gaat het vooral om data omtrent de in- en uitstroom van medewerkers. AZW werd tot en met midden 2018 door Prismant en CAOP uitgevoerd waarna de bewerking en het beheer over de data binnen het onderzoeksprogramma is overgegaan naar het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

Vektis

Op basis van open source data van Vektis (peiljaar 2016) zijn gegevens over het gedeclareerd zorggebruik van huisartsenzorg gebruikt. Dit bestand bevat de gedeclareerde zorguitgaven in het kader van de Zorgverzekeringswet (ZVW) naar leeftijd/geslacht en gemeente. Er is op deze data een clustering aangebracht naar vijfjaars leeftijdsgroepen en naar AZW-regio. Er is onderscheid gemaakt tussen vier declaratie-componenten: inschrijftarief, consulten, multidisciplinaire zorg (MDZ) en overige zorg.

De ABF-Primos bevolkingsprognoses

ABF-Primos geeft een prognose van het aantal inwoners per gemeente naar leeftijd en geslacht in de komende 25 jaar. Uit deze ABF-Primos-bevolkingsprognoses is een clustering aangebracht van de demografische groei per leeftijdsgroep (vijfjaarsgroep). Vervolgens heeft een tweede clustering plaatsgevonden van gemeenten naar AZW-regio.

Stichting Pensioenfonds Huisartsenzorg (SPH)

Gegevens uit het Pensioenfonds Huisartsenzorg zijn gebruikt waarmee de leeftijds- en geslachtsopbouw en de in- en uitstroom van huisartsen en in huisartsenpraktijken werkzaam personeel periodiek kan worden bepaald.

2.1.3 De gebruikte methoden voor deze vraag

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van de gehanteerde ramingsmethode waarmee de toekomstige zorgvraag naar huisartsenzorg wordt berekend en welke veronderstellingen daarbij zijn gebruikt. Vervolgens wordt hetzelfde gedaan voor de ontwikkeling van het zorgaanbod aan huisartsen. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van deze ramingen in beeld gebracht.

Ramingsmethode zorgvraag

Bij de verwachte zorgvraag naar huisartsenzorg is uitgegaan van een aantal componenten die de toekomstige vraag naar huisartsenzorg zullen bepalen. Hierbij is aangesloten bij de ramingen die in 2016 op landelijk niveau gemaakt zijn ten behoeve van het Capaciteitsorgaan (Capaciteitsorgaan, 2016a). Het betreft de volgende componenten: demografie, horizontale substitutie, sociaal-culturele en epidemiologische ontwikkelingen, verticale substitutie/ taakherschikking en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Ook wat betreft de rekenmethodes is aangesloten bij de ramingen die op landelijk niveau worden uitgevoerd. De gegevens zijn, waar mogelijk, geactualiseerd (naar regio) en tevens is de ramingsmethode toegepast op regionaal niveau.

1. Demografische groei

Bij de demografische groei wordt verondersteld dat de gemiddelde zorgconsumptie per inwoner naar leeftijd per gemeente in 2023 en in 2028 gelijk blijft aan die in 2016. In andere factoren die gebruikt worden in de raming is dit niet het geval, waardoor ook andere groeiscenario's bovenop het demografisch effect worden doorgerekend. De zorgconsumptie is gedefinieerd als de gemiddelde gedeclareerde kosten van consulten, MDZ-zorg en overige zorg. De gedeclareerde kosten van het inschrijftarief zijn buiten beschouwing gelaten, omdat verondersteld is dat deze weinig relatie hebben met de zorgvraag.

Vervolgens is per AZW-regio de demografische groei per gemeente per leeftijdsgroep in 2023 en 2028 gebruikt om de groei van de zorgvraag per AZW-regio te bepalen.

De demografische groei kan vervolgens uiteen gesplitst worden in een groei van het aantal inwoners en een groei vanwege de veranderende samenstelling van de bevolking.

De demografische groei is verschillend per AZW-regio.

2. Horizontale substitutie

Horizontale substitutie betreft de verschuiving van taken van een ander geneeskundig specialist naar de huisarts (of andersom). Huisartsen hebben de laatste jaren veel taken van de tweede lijn overgenomen, zowel in het voortraject qua diagnostiek van aandoeningen –als in de routinezorg na consultatie door een medisch specialist. Verondersteld wordt dat de zorgvraag door horizontale substitutie zich in de toekomst in alle AZW-regio's ontwikkelt, zoals in de raming van het Capaciteitsorgaan is beschreven. Hier worden twee varianten beschreven. In de minimumvariant wordt uitgegaan van een additionele zorgvraag van 1,2% per jaar. In de maximumvariant wordt uitgegaan van een additionele zorgvraag van 1,6% per jaar.

3. Sociaal-cultureel en epidemiologie

Sociaal-culturele ontwikkelingen hebben gevolgen voor de vraag naar huisartsenzorg. Het betreft bijvoorbeeld veranderend gedrag van patiënten, de extra aandacht voor kwetsbare ouderen, kindermishandeling en diversiteit, en de versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Ook het langer thuis wonen van ouderen waardoor de huisartsenpraktijk met complexere problematiek te maken krijgt in deze doelgroep is een voorbeeld van een sociaal-culturele ontwikkeling die meespeelt in de toekomstige verandering in de zorgvraag. Epidemiologische ontwikkelingen hebben vooral betrekking op de ontwikkeling van steeds meer chronische ziekten en multimorbiditeit. Verondersteld wordt dat de zorgvraag door sociaal culturele factoren en epidemiologie zich in de toekomst in alle

AZW-regio's ontwikkeld, zoals in de raming van het Capaciteitsorgaan is beschreven. Hier worden twee varianten beschreven. In de minimumvariant wordt in dit onderzoek daarom uitgegaan van een additionele zorgvraag van 1,2% per jaar. In de maximumvariant wordt uitgegaan van een additionele zorgvraag van 2,4% per jaar.

4. Verticale substitutie / taakherschikking

Verticale taakherschikking binnen de eerste lijn betreft het structureel verschuiven van taken van de huisarts naar professionals met een ander opleidingsniveau. De extra taakherschikking die de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden, is substantieel en de variatie tussen huisartsenpraktijken onderling is groot. Verondersteld wordt dat het extra zorgaanbod vanwege verticale substitutie zich in de toekomst in alle AZW-regio's ontwikkeld, zoals in de raming van het Capaciteitsorgaan in 2016 is beschreven. Hier worden twee varianten beschreven. In de minimumvariant wordt uitgegaan van een negatief effect van -1,0% per jaar. In de maximumvariant wordt uitgegaan van een negatief effect van -1,6% per jaar.

5. Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Door de stijgende zorgvraag enerzijds en het versterken van de huisartsenrol als regisseur in ketentrajecten anderzijds, zal er naar verwachting meer gebruik worden gemaakt van digitale communicatiemiddelen. Daarnaast kunnen nieuwe technieken een meer prominente rol gaan spelen in de zorg op afstand. Teliagnostiek, telemonitoring en e-Health zijn in opkomst. Voor de huisarts kan dit leiden tot een intensivering van het reguliere werk. Ook moeten huisartsen zich verdiepen in nieuwe zorgtechnologieën. Verondersteld wordt dat de zorgvraag door vakinhoudelijke factoren zich in de toekomst in alle AZW-regio's ontwikkeld, zoals in de raming van het Capaciteitsorgaan is beschreven. Hier worden twee varianten beschreven. In de minimumvariant wordt in dit onderzoek daarom uitgegaan van een additionele zorgvraag van 0,1% per jaar. In de maximumvariant wordt uitgegaan van een additionele zorgvraag van 0,4% per jaar.

6. Totale groei zorgvraag

De totale zorgvraag wordt per AZW-regio berekend door de regionale demografische groei te verhogen met de groei vanwege horizontale substitutie, sociaal-culturele en epidemiologische ontwikkelingen en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Daarnaast speelt verticale substitutie een rol, waarbij wordt doorgerekend dat een deel van het werk van huisartsen kan worden overgenomen door praktijkondersteuners en andere medewerkers. Het betreft hier niet het optellen van percentages, maar het vermenigvuldigen van de verschillende indices, gebaseerd op de gemiddelde procentuele jaarlijkse groei of krimp.

De minimumvariant wordt berekend door voor de horizontale en verticale substitutie respectievelijk de sociaal-culturele / epidemiologische en vakinhoudelijke ontwikkelingen uit te gaan van de minimumpercentages. De maximumvariant is berekend door juist uit te gaan van de maximumpercentages voor beide ontwikkelingen.

Ramingsmethode zorgaanbod

Bij het ramen van de ontwikkeling van het aanbod van huisartsen per AZW-regio is gebruik gemaakt van de cijfers van de Stichting Pensioenfonds Huisartsen (SPH). De raming van het toekomstig aantal huisartsen is gebaseerd op de stand van het aantal huisartsen in 2017, de gemiddelde instroom van nieuwe huisartsen en de gemiddelde uitstroom over de afgelopen jaren naar leeftijd, geslacht en type. Ook in dit geval sluiten de gebruikte methodieken aan bij die van het Capaciteitsorgaan en is, waar mogelijk, geactualiseerd en geregionaliseerd.

1. Uitstroom huisartsen

De uitstroom van huisartsen per AZW-regio wordt als volgt berekend: De gemiddelde uitstroomkansen per leeftijd zijn berekend met behulp van het in- en uitstroombestand van het SPH. Hoe deze kansen zijn berekend wordt hieronder weergegeven met een voorbeeld.

Stel de kans op uitstroom van een 40 jarige huisarts (PUHA40,1) bedraagt 0,1%, dan is de kans dat deze huisarts na 1 jaar (PAHA40,1) nog werkt 99,9% ofwel $(1 - \text{PUHA40,1})$. De kans dat deze huisarts na 5 jaar nog werkt is gelijk aan het product van de kans op werken van een 40 jarige huisarts na 1 jaar, de kans op werken van een 41-jarige huisarts na 1 jaar,, de kans van een 44 jarige huisarts na 1 jaar. In formule: $\text{PAHA40,5} = (\text{PAHA40,1}) * (\text{PAHA41,1}) * (\text{PAHA42,1}) * (\text{PAHA43,1}) * (\text{PAHA44,1})$.

PAHA x,y : De kans dat een huisarts met de leeftijd x na y jaar nog werkt.

PUHA x,1 : De kans dat een huisarts met de leeftijd x binnen 1 jaar uitstroomt.

Bij de oudste leeftijdscategorieën is de uitstroomkans iets verlaagd vanwege de toenemende leeftijd waarop huisartsen met pensioen gaan. In de afgelopen 4 jaar is de gemiddelde leeftijd waarop huisartsen met pensioen gaan met 12 maanden toegenomen (van 64 naar 65 jaar).

2. Instroom huisartsen

De instroom van huisartsen per AZW-regio is als volgt berekend: Over de vijfjaarsperiode 2013-2017 is de gemiddelde instroom per AZW-regio bepaald. Deze gemiddelde instroom is vervolgens afgezet tegen de aanwezige aantallen huisartsen, waaruit het instroompercentage volgt. Tenslotte is dit percentage nog licht verhoogd om de som van de gemiddelde instroom gelijk te maken aan de verwachte landelijke instroom.

3. Totaal aanbod huisartsen

Het totaal aanbod aan huisartsen in 2023 respectievelijk 2028 per AZW-regio wordt berekend door het aanwezige aantal huisartsen in 2017 te verminderen met de jaarlijkse uitstroom en te vermeerderen met de gemiddelde jaarlijkse instroom.

2.2 Aanpak van vraag 2: de bepalende factoren voor het loopbaan- en vestigingsgedrag van huisartsen

De beantwoording van onderzoeksvraag 2 "Wat zijn de bepalende factoren voor huisartsen om wel of juist niet in een bepaald gebied of in een (bepaalde) praktijk te willen werken?" vindt plaats middels kwalitatieve onderzoeksmethoden, te weten: twee rondes met telefonische interviews en twee veldconsultaties.

2.2.1 De gebruikte bronnen voor deze vraag

De telefonische interviews

In totaal hebben er twee rondes van telefonische interviews plaatsgevonden. De eerste interviewronde vond plaats met gevestigde huisartsen. De deelnemende huisartsen zijn via steekproeven geworven uit de Nivel huisartsenregistratie. Hiervoor zijn voorafgaand verschillende typen huisartsen onderscheiden. Zo werd rekening gehouden met de volgende criteria:

- De leeftijd van de huisarts: jonger of ouder dan 55 jaar.
- De locatie van de praktijk: stedelijk of niet-stedelijk gebied⁴.
- De praktijkvorm: solo-, duo- of groepspraktijk⁵.
- Wel of geen apotheekhoudende huisartsenpraktijk.

In totaal resulteerde deze criteria in 15 verschillende groepen huisartsen. Per groep was het doel één deelnemer te werven. Dit is voor 12 van de 15 groepen gelukt⁶. Aanvullend heeft er nog één interview plaatsgevonden met een gevestigde huisarts afkomstig uit één van de reeds gevulde groepen. Daarmee zijn in totaal 13 gevestigde huisartsen telefonisch geïnterviewd, dit betrof zowel mannelijke als vrouwelijke huisartsen. De interviews met gevestigde huisartsen richtten zich op de thema's waarneming, praktijkuitbreiding, praktijkopvolging, regionale vraagstukken en oplossingsrichtingen.

De tweede interviewronde vond plaats met (nog) niet-gevestigde huisartsen. De deelnemende huisartsen zijn hierbij via verschillende netwerken, waaronder sociale media-kanalen en mobiele app-groepen, geworven. Er zijn 12 (nog) niet-gevestigde, en maximaal 7 jaar geleden afgestudeerde huisartsen geïnterviewd. Ook heeft er nog een interview plaatsgevonden met een huisarts die al voor een lange periode (22 jaar) waarneemt. Dit betekent dat er in totaal ook 13 interviews met (nog) niet-gevestigde huisartsen hebben plaatsgevonden. Ook hier betrof het interviews met zowel mannelijke als vrouwelijke huisartsen. Bij deze interviews stonden de factoren die bepalen waarom men zich al dan niet wil vestigen en in welk soort praktijk of regio centraal, evenals regionale vraagstukken en oplossingsrichtingen.

Bij de interviews werd door de onderzoekers gebruik gemaakt van een vooraf opgestelde topiclijst. De interviews duurden circa 30 minuten, en de deelnemende huisarts ontving hiervoor een vergoeding.

De veldconsultaties

In aanvulling op de telefonische interviews hebben er nog twee consultaties met het veld plaatsgevonden. De eerste consultatie, in de vorm van een groepsgesprek, vond plaats met twee huisartsen die maximaal 4 jaar geleden waren afgestudeerd en ten tijde van de consultatie als waarnemers werkten. Hiernaast heeft een consultatie, in de vorm van een focusgroep, plaatsgevonden onder 15 derdejaars aios huisartsgeneeskunde.

⁴ Tot stedelijk gebied werd in dit onderzoek gerekend: zeer sterk stedelijke gemeenten, sterk stedelijke gemeenten en matig stedelijke gemeenten. Tot niet-stedelijk rekenen we in dit onderzoek weinig stedelijke gemeenten en niet stedelijke gemeenten. De stedelijkheid van een gemeente is gedefinieerd als het gemiddelde van de omgevingsadressendichtheid van alle afzonderlijke adressen binnen de gemeente, zoals door het CBS gedefinieerd.

⁵ Binnen de Nivel huisartsenpraktijk registratie wordt voor het onderscheid solo-, duo-, groepspraktijk de werkzaamheid van huisartsen binnen dezelfde praktijk als uitgangspunt genomen. Een solopraktijk bestaat uit één zelfstandig gevestigde huisarts (de praktijkhouder), een duo-praktijk uit twee huisartsen, waarvan één of beide praktijkhouder zijn, een groepspraktijk uit drie of meer huisartsen, waarvan er één, twee, drie of nog meer praktijkhouder zijn (zie Van der Velden, Kasteleijn & Kenens, 2016: pagina 27 en 29).

⁶ De groepen waarvoor geen huisartsen geworven waren zijn: (1) apotheekhoudende huisartsen gevestigd in stedelijk gebied, (2) apotheekhoudende huisartsen in een duo-praktijk gevestigd in niet-stedelijk gebied en (3) niet-apotheekhoudende huisartsen van 55 jaar en ouder met een solopraktijk gevestigd in niet-stedelijk gebied.

Tijdens de consultaties werd gebruik gemaakt van vooraf opgestelde vragen. Ze duurden circa 1 tot 2 uur, en de deelnemers ontvingen hiervoor een vergoeding. Ook hier waren de thema's vestigingsvoorkeuren (zowel wat betreft hoe men zich wil vestigen en waar men zich wil vestigen), regionale vraagstukken en mogelijke oplossingsrichtingen.

2.2.2 De gebruikte methode voor deze vraag

Zowel de interviews als veldconsultaties zijn door de onderzoekers op kernachtige wijze uitgewerkt. Voor de analyse van deze bronnen hebben verschillende onderzoekers afzonderlijk van elkaar een aantal overkoepelende thema's geëxtraheerd. Deze thema's zijn vervolgens vergeleken, waaruit een definitieve lijst van thema's is ontstaan. Deze thema's worden beschreven en nader toegelicht in de hoofdstukken 4 en 5.

2.3 Aanpak van vraag 3: oplossingsrichtingen voor ervaren knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg

De beantwoording van onderzoeksvraag 3 *“Welke oplossingsrichtingen kunnen bijdragen aan een beter evenwicht tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg over het land?”* wordt gebaseerd op een internationale systematische scoping review, de telefonische interviews, de veldconsultaties, de praktijkenquête en het inventariseren van praktijkvoorbeelden.

2.3.1 De gebruikte bronnen voor deze vraag

De internationale systematische scoping review

Om oplossingsrichtingen die kunnen bijdragen aan een beter evenwicht tussen vraag en aanbod in de Nederlandse huisartsenzorg te kunnen ordenen is gebruik gemaakt van een recent uitgevoerde wetenschappelijke scoping review *Rural primary care: A scoping review* (Bosmans, Boerma & Groenewegen, 2018) uitgevoerd in opdracht van de World Health Organisation (WHO). Deze studie biedt tevens een overzicht van beleidsopties die wereldwijd in de literatuur worden beschreven voor het verbeteren van de regionale verhouding in vraag en aanbod van huisartsen. Bron van de studie is een inventarisatie van het onderzoek van de laatste 10 jaar (2008-2018) naar strategieën en beleidsopties om het tekort aan zorgpersoneel in eerstelijnszorg in plattelandsregio's op te lossen. Hoewel dit onderzoek zich niet uitsluitend richt op plattelandsregio's en landen wellicht moeilijk vergelijkbaar zijn kan de studie wel dienen als voorbeeld of inspiratiebron. Ook is met de scoping review ingegaan op de effectiviteit van de benaderingen voor het aanpakken van regionale capaciteitsproblemen in de eerstelijnszorg. De focus van de review is op de Europese regio van de WHO. Daarnaast is ook onderzoek meegenomen van enkele grote landen met uitgestrekte afgelegen gebieden buiten deze regio die al lange tijd bezig zijn met deze problematiek.

De telefonische interviews en veldconsultaties

De opgehaalde informatie uit zowel de telefonische interviews als de veldconsultaties is tevens gebruikt als bron voor potentiële oplossingsrichtingen zoals voorgesteld door het veld zelf. Aan de deelnemende huisartsen van het onderzoek is tijdens de interviews en consultaties regelmatig gevraagd of zij ideeën of suggesties hadden voor oplossingen voor de besproken problematiek.

De praktijkenquête

In de eerder beschreven praktijkenquête, die is uitgezet onder alle huisartsenpraktijken in de 28 AZW-regio's, is een vraag opgenomen rondom de maatregelen die praktijken reeds nemen of van plan zijn om toe te passen om de praktijk voor te bereiden op de toekomstige personeelsbehoefte. Naast de gepresenteerde lijst van potentiële maatregelen kregen respondenten ook de mogelijkheid om andere maatregelen te benoemen (door gebruik te maken van de 'anders, namelijk' optie).

Praktijkvoorbeelden

Waar mogelijk en wenselijk zullen initiatieven die reeds plaatsvinden in Nederland en aansluiten bij de verzameling van potentiële oplossingsrichtingen ter illustratie worden opgehaald.

2.3.2 De gebruikte methoden voor deze vraag

Via de hiervoor beschreven wegen zijn relevante en potentiële oplossingsrichtingen opgehaald. De resultaten van de internationale studie, geclusterd binnen een achttal beleidsopties, rondom het aantrekkelijker maken van de regio hebben als leidraad gefungeerd om de genoemde oplossingsrichtingen vanuit de veldconsultaties aan te relateren. De uitkomsten hiervan zijn vervolgens voorgelegd aan de veldpartijen, vertegenwoordigd middels de klankbordgroep, die hier nog verdere invulling aan hebben gegeven door bestaande praktijkvoorbeelden in de vorm van innovaties en initiatieven te benoemen.

Los van het bovenstaande zijn nog een aantal oplossingsrichtingen naar voren gekomen die uniek zijn voor dit onderzoek en de Nederlandse situatie. Hier zijn waar mogelijk ook praktijkvoorbeelden aan gekoppeld, en de resultaten van de praktijkenquête aan gerelateerd.

3 Regionale balans in vraag en aanbod

In dit hoofdstuk staat de kwantitatieve beantwoording van de vraag centraal in hoeverre er sprake is van balans tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg binnen de 28 AZW-regio's. Zowel vanuit de beleving en verwachting van de huisartsenpraktijk als vanuit de databestanden van Vektis en van de Stichting Pensioenfonds Huisartsen (SPH) wordt gekeken naar de huidige en de toekomstige balans tussen vraag en aanbod binnen de huisartsenzorg.

3.1 Huidige stand van zaken

In deze paragraaf staan drie vraagstukken centraal die telkens beantwoord worden voor de 28 AZW-regio's en Nederland als geheel:

- Wat is de personele samenstelling van de huisartsenzorg?
- Wat tonen de geraadpleegde databestanden over de huidige balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg?
- Wat geven de huisartsenpraktijken zelf aan omtrent de huidige balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg?

Voor de personele samenstelling van de huisartsenzorg en de beleving van de huisartsenpraktijk zelf wordt gebruik gemaakt van de uitkomsten van de Nivel huisartsenpraktijk-enquête (verder te noemen praktijkenenquête). De praktijkenenquête is gebaseerd op een respons van circa 1.100 bruikbaar ingevulde (web)vragenlijsten. Deze respons is gewogen naar regio en type praktijk (solo-, duo-, groepspraktijk) zodat de cijfers naar deze kenmerken een afspiegeling vormen van de populatie van ruim 5.000 huisartsenpraktijken in Nederland (zie ook Bijlage B). De geraadpleegde databestanden betreffende de openbare databestanden van Vektis en de databestanden aangeleverd voor dit onderzoek door de SPH.

3.1.1 Functiesamenstelling van de huisartsenzorg-capaciteit

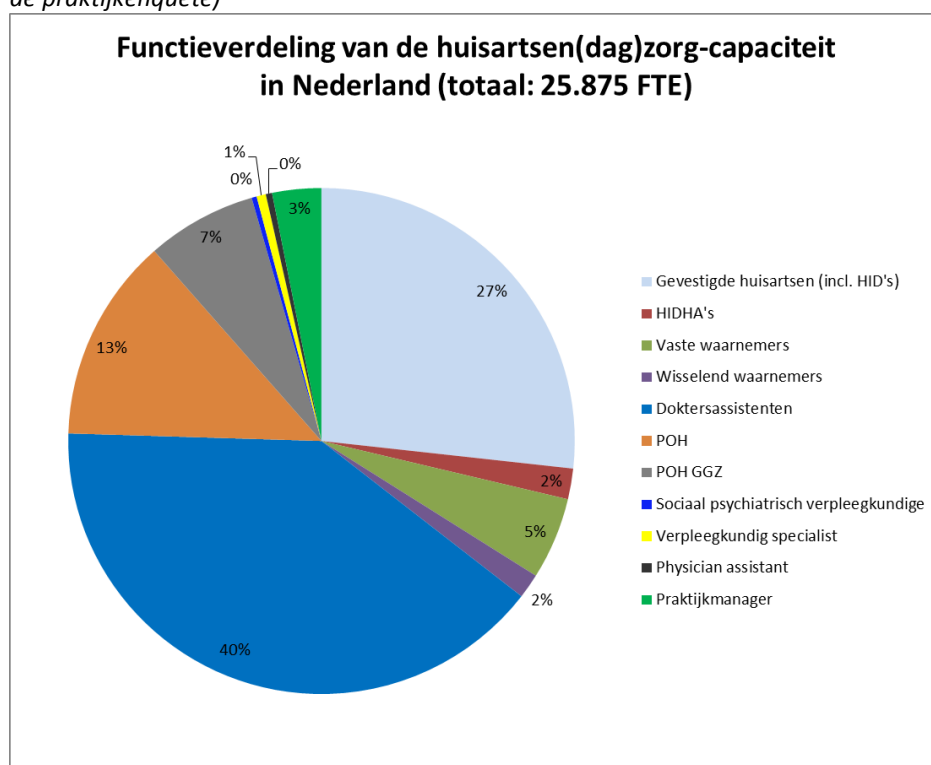
Nederland

De respondenten van de praktijkenenquête hebben de capaciteit in FTE ingevuld voor de verschillende functies in de praktijk. Figuur 3.1 laat zien wat de functiesamenstelling is van de totale capaciteit aan (dag)huisartsenzorg in Nederland naar alle in de enquête uitgevraagde functies. De figuur geeft daarmee tevens de gemiddelde functiesamenstelling van de huisartsenpraktijken weer (ook wel functiemix of skill-mix genoemd). Wel moet bedacht worden dat er op praktijkniveau de nodige variatie is in de functiesamenstelling.

Op basis van de gewogen praktijkenenquête-data kan geschat worden dat door de verschillende functies in totaal bijna 26.000 FTE wordt gewerkt in de (dag)huisartsenzorg in Nederland. De inzet van aios in de huisartsenpraktijk is hierbij niet meegerekend. Ook is de capaciteit die ingezet wordt voor de ANW-zorg niet in deze capaciteitsberekening meegenomen. Dit is een beperking aangezien er de specifieke capaciteit die in de huisartsenposten aanwezig is bijdraagt aan de totale huisartsenzorg in Nederland. Dit betreft vooral de inzet van (junior) triagisten.

De respondenten hebben enkel de capaciteit ingevuld van de eigen praktijk, om hiermee 'dubbeltellingen' te voorkomen wanneer personen in meerdere praktijken werkzaam zijn.

Figuur 3.1: Functiesamenstelling van de totale capaciteit aan huisartsen(dag)zorg in Nederland (gebaseerd op de praktijkenquête)

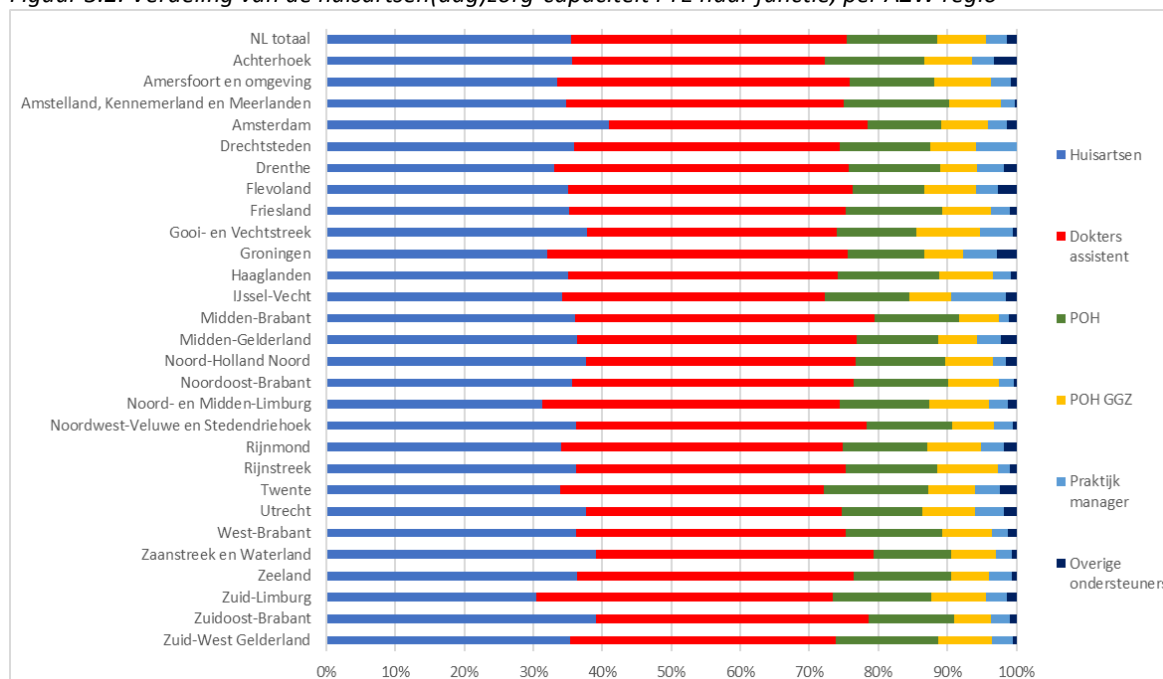


Regionaal

Ook regionaal is de capaciteit aan huisartsenzorg onderzocht op basis van de praktijkenquête. Figuur 3.2 geeft op alfabetische volgorde voor de 28 AZW-regio's de functiesamenstelling van de huisartsenzorg weer, inclusief de gemiddelde functiemix van Nederland zoals ook getoond in Figuur 3.1. De functies 'Gevestigde huisartsen (inclusief HID's)', 'HIDHA's', 'Vaste waarnemers' en 'Wisselend waarnemers' zijn hierbij geclusterd tot 'huisartsen'. De functies 'Sociaal psychiatrisch verpleegkundige', 'Verpleegkundig specialist' en Physician assistant' zijn hierbij geclusterd tot 'Overige ondersteuners'.

Uit Figuur 3.2 valt op dat voor vrijwel alle regio's de afwijking in functiesamenstelling ten opzichte van het landelijk gemiddelde gering is. In de regio IJssel-Vecht wordt wel sterk afgeweken ten opzichte van het landelijk gemiddelde voor wat betreft het aandeel FTE aan praktijkmanagers (8% in IJssel-Vecht tegenover 3% landelijk).

Figuur 3.2: Verdeling van de huisartsen(dag)zorg-capaciteit FTE naar functie, per AZW regio



3.1.2 Gemeten huidige balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg

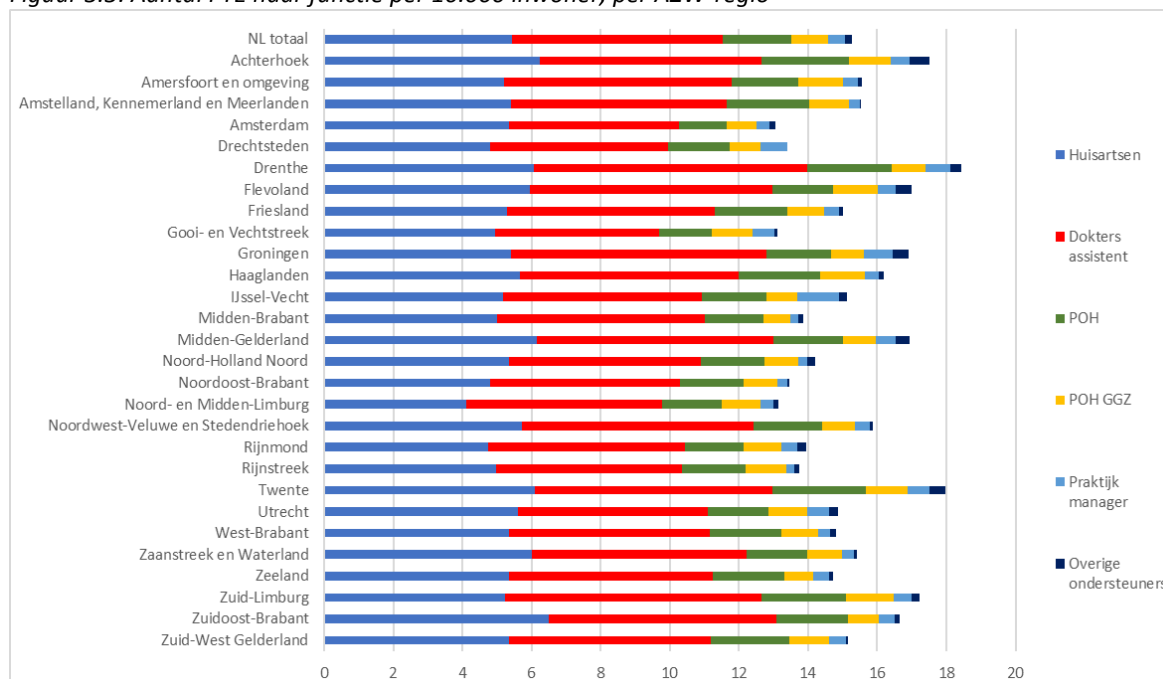
De huidige regionale balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg is op twee manieren gemeten, enerzijds met behulp van de regionale capaciteit zoals die volgt uit de praktijkenquête en anderzijds met behulp van de openbare data van Vektis.

Figuur 3.3 is gebaseerd op de uitkomsten van de praktijkenquête en laat zien wat de verhouding is tussen de regionale capaciteit in de huisartsenzorg (in FTE's) per 10.000 inwoners. De uitkomsten zijn gesorteerd op alfabet. Voor de regio's Drenthe, Twente, Achterhoek en Zuid-Limburg ligt de verhouding duidelijk hoger dan gemiddeld in Nederland. Voor de regio's Amsterdam, Gooi- en Vechtstreek en Noord- en Midden-Limburg ligt de verhouding tussen de capaciteit en het aantal inwoners duidelijk lager dan gemiddeld.

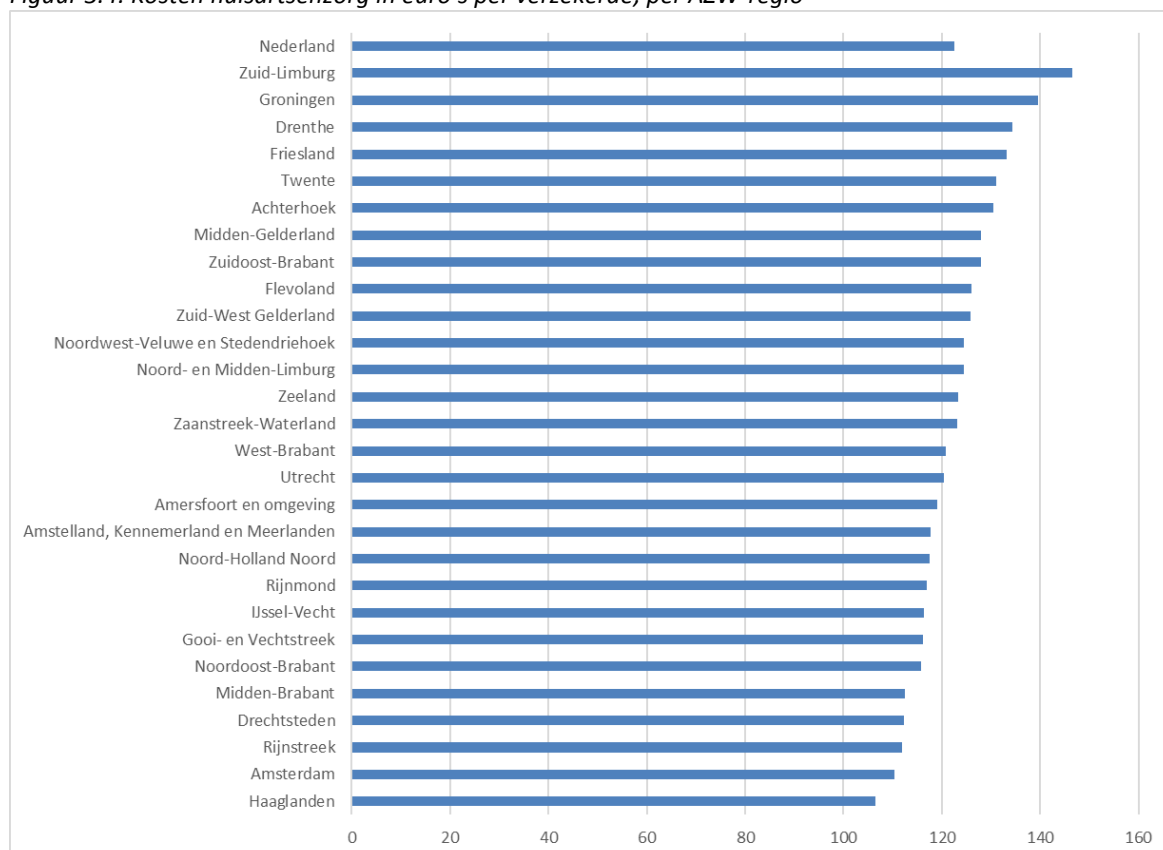
De Vektis-data bevat de zorgconsumptie in euro's voor Nederland op postcodeniveau. Hierdoor kan voor de 28 AZW-regio's berekend worden wat de gemiddelde zorgconsumptie in euro's is per verzekerde. De uitkomsten hiervan zijn weergegeven in figuur 3.4, gesorteerd op alfabet. De afwijking van het landelijk gemiddelde is relatief beperkt voor de 28 AZW-regio's met uitzondering van Zuid-Limburg en Groningen. Daar liggen de kosten per verzekerde duidelijk hoger dan het landelijk gemiddelde. Voor de regio Haaglanden zijn de kosten per verzekerde duidelijk wat lager dan gemiddeld.

Uitgaande van gelijke tarieven voor huisartsenzorg mag gesteld worden dat in de regio's die positief afwijken van het landelijk gemiddelde de vraag naar huisartsenzorg hoger ligt dan gemiddeld in Nederland. Voor regio's die negatief afwijken van het landelijk gemiddelde voor wat betreft de kosten per verzekerde mag gesteld worden dat de vraag naar huisartsenzorg lager ligt dan gemiddeld.

Figuur 3.3: Aantal FTE naar functie per 10.000 inwoner, per AZW-regio



Figuur 3.4: Kosten huisartsenzorg in euro's per verzekerde, per AZW-regio



3.1.3 Ervaren huidige balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg

De ervaren huidige balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg is op basis van een set vragen en een set stellingen onderzocht, beide onderdeel van de praktijkenquête. De set vragen gaat over de ervaren werkdruk per functie werkzaam in de huisartsenpraktijk en de set stellingen gaat over de ervaren werklast. De resultaten van beide sets geven vervolgens per AZW-regio een beeld van de ervaren huidige balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg. Per onderdeel worden telkens voor enkele opvallende regio's de resultaten gepresenteerd in een spinnenweb-diagram. In Bijlage E zijn voor alle regio's de spinnenweb-diagrammen opgenomen.

Ervaren werkdruk in de huisartsenpraktijken

Aan de respondenten is in de praktijkenquête de vraag gesteld: *“Hoe hoog schat u voor de volgende functies de huidige werkdruk in uw praktijk in?”*. Men kon per functie antwoorden “laag”, “gemiddeld” of “hoog”. Tabel 3.1. geeft de antwoorden weer de functies huisartsen, doktersassistenten, POH's en POH's-GGZ. De gemiddelden voor de 28 AZW-regio's zijn op alfabetische volgorde weergegeven.

Tabel 3.1: Het percentage huisartsenpraktijken dat aangeeft een hoge werkdruk te ervaren, per AZW-regio

AZW-regio	Huisarts	Dokters assistent	POH	POH GGZ
Achterhoek	89%	65%	16%	24%
Amersfoort en omgeving	83%	74%	43%	28%
Amstelland, Kennemerland en Meerlanden	69%	69%	55%	30%
Amsterdam	84%	75%	25%	19%
Drechtsteden	86%	68%	36%	32%
Drenthe	81%	44%	33%	32%
Flevoland	87%	71%	32%	18%
Friesland	93%	61%	45%	34%
Gooi- en Vechtstreek	100%	92%	47%	29%
Groningen	82%	75%	35%	29%
Haaglanden	85%	78%	32%	24%
IJssel-Vecht	84%	50%	27%	50%
Midden-Brabant	84%	74%	45%	34%
Midden-Gelderland	89%	89%	42%	32%
Noord- en Midden-Limburg	93%	54%	54%	48%
Noord-Holland Noord	94%	89%	33%	18%
Noordoost-Brabant	91%	72%	44%	34%
Noordwest-Veluwe en Stedendriehoek	91%	71%	55%	30%
Rijnmond	85%	71%	39%	28%
Rijnstreek	80%	63%	46%	23%
Twente	90%	61%	30%	20%
Utrecht	87%	74%	39%	36%
West-Brabant	79%	61%	36%	30%
Zaanstreek en Waterland	75%	71%	37%	13%
Zeeland	88%	52%	33%	18%
Zuid-Limburg	97%	77%	42%	29%
Zuidoost-Brabant	86%	63%	33%	26%
Zuid-West Gelderland	77%	69%	32%	23%
Nederland	86%	69%	38%	28%

Wat opvalt is dat in de regio Gooi- en Vechtstreek 100% van de huisartsenpraktijken heeft aangegeven voor de huisartsen een hoge werkdruk te ervaren en 92% heeft dat ook aangegeven voor de doktersassistenten. Noord- en Midden-Limburg scoort hoog op de werkdruk onder praktijkondersteuners en huisartsen, maar scoort relatief laag voor doktersassistenten. In de regio Amstelland, Kennemerland en Meerlanden ervaren aanzienlijk minder huisartsenpraktijken een hoge werkdruk onder huisartsen. De werkdruk voor doktersassistenten en POH-GGZ wordt daar juist door een gemiddeld aantal praktijken als hoog ervaren en ook ervaart een bovengemiddeld aantal praktijken een hoge werkdruk bij de POH.

Wanneer gekeken wordt naar alle regio's gezamenlijk dan valt op dat (met uitzondering van de regio Amstelland, Kennemerland en Meerlanden) minstens driekwart van de praktijken aangeeft dat de huisarts een hoge werkdruk ervaart. Landelijk gemiddeld is er bij huisartsen het meest sprake van een hoge werkdruk, gevolgd door doktersassistenten en vervolgens de POH's. Een hoge werkdruk voor POH's-GGZ wordt gemiddeld het laagst benoemd.

Deze ordening in de ervaren werkdruk wordt in de alle 28 AZW-regio's gevolgd, met uitzondering van de regio IJssel-Vecht. In die regio wordt een hoge werkdruk voor POH-GGZ even vaak benoemd als een hoge werkdruk voor doktersassistenten en wordt een hoge werkdruk voor POH's het minst benoemd.

In Figuur 3.5 worden, als voorbeeld, voor de regio Amstelland, Kennemerland en Meerlanden en de regio Gooi- en Vechtstreek de resultaten betreffende werkdruk getoond in een spinnenweb-diagram. De regio Amstelland, Kennemerland en Meerlanden heeft het laagste percentage praktijken dat een hoge werkdruk meldt bij huisartsen en de regio Gooi- en Vechtstreek heeft van alle regio's de hoogste percentages betreffende de ervaren werkdruk. In de spinnenweb-diagrammen wordt per functie het percentage weergegeven van de praktijken die hebben aangegeven voor de betreffende functie een hoge werkdruk te ervaren. In Bijlage E zijn de spinnenweb-diagrammen voor alle AZW-regio's opgenomen.

Figuur 3.5: Ervaren werkdruk door respondenten (% praktijken dat de werkdruk als hoog ervaart) naar functie in de regio's Amstelland, Kennemerland en Meerlanden (links) en Gooi- en Vechtstreek (rechts) ten opzichte van het landelijk gemiddelde



Ervaren werklast in de huisartsenpraktijken

De ervaren werklast is uitgevraagd door middel van vier stellingen in de praktijkenquête:

- Bij ziekte van een collega is er meteen een groot probleem.
- De noodzakelijke werkzaamheden komen niet af in de reguliere werktijd.
- De complexiteit van de zorgvragen is voor onze praktijk te groot.
- De werklast binnen de praktijk is te zwaar.

Men kon antwoorden of men het eens, of oneens was met elke stelling, of het antwoord neutraal of weet niet geven.

Tabel 3.2 geeft de uitkomsten weer per stelling en AZW-regio. Evenals bij de ervaren werkdruk scoort de regio Gooi- en Vechtstreek zeer hoog; maar liefst 94% van de praktijken geeft aan het werk niet af te krijgen in de reguliere werktijd, en 88% verwacht acute problemen zodra een collega zich ziek meldt. In West-Brabant geven in verhouding tot het landelijk gemiddelde een beperkt aantal huisartsenpraktijken aan dat er sprake is van een hoge werkdruk.

Tabel 3.2: Het percentage huisartsenpraktijken dat het eens was met vier stellingen rondom werkdruk, per AZW-regio

AZW-regio	Werklast te zwaar	Complexiteit te groot	Werk komt niet af	Probleem bij zieke collega
Achterhoek	66%	59%	51%	81%
Amersfoort en omgeving	24%	24%	63%	39%
Amstelland, Kennemerland en Meerlanden	54%	33%	63%	64%
Amsterdam	57%	42%	60%	55%
Drechtsteden	65%	42%	67%	79%
Drenthe	46%	25%	70%	66%
Flevoland	67%	50%	73%	71%
Friesland	39%	23%	64%	65%
Gooi- en Vechtstreek	68%	53%	94%	88%
Groningen	58%	26%	60%	68%
Haaglanden	59%	38%	69%	65%
IJssel-Vecht	13%	42%	57%	41%
Midden-Brabant	42%	50%	66%	71%
Midden-Gelderland	53%	34%	54%	60%
Noord- en Midden-Limburg	48%	44%	58%	84%
Noord-Holland Noord	69%	38%	73%	68%
Noordoost-Brabant	55%	32%	68%	69%
Noordwest-Veluwe en Stedendriehoek	59%	49%	66%	68%
Rijnmond	50%	36%	65%	65%
Rijnstreek	56%	49%	63%	49%
Twente	31%	18%	58%	42%
Utrecht	67%	44%	77%	80%
West-Brabant	33%	14%	43%	54%
Zaanstreek-Waterland	47%	30%	62%	60%
Zeeland	50%	26%	61%	64%
Zuid-Limburg	61%	56%	61%	69%
Zuidoost-Brabant	58%	37%	63%	57%
Zuid-West Gelderland	49%	34%	61%	64%
Nederland	52%	37%	64%	64%

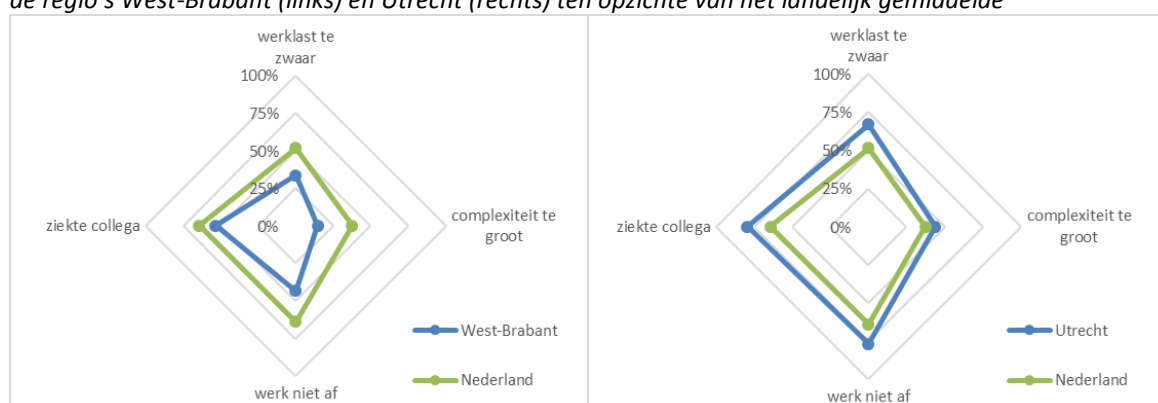
Wanneer naar de gemiddelde uitkomsten over Nederland gekeken wordt dan geven de meeste praktijken aan dat er direct een probleem is bij ziekte van een collega en dat de noodzakelijke werkzaamheden niet

afkomen binnen de reguliere werktijd. De minste praktijken geven aan dat de complexiteit van de zorgvraag te hoog is voor de eigen praktijk.

De regio's die op alle stellingen boven het gemiddelde scoren zijn: Drechtsteden, Flevoland, Gooi- en Vechtstreek, Haaglanden, Noord-Holland Noord, Noordwest-Veluwe en Stedendriehoek en Utrecht. De regio's die op alle stellingen onder het gemiddelde scoren zijn: Amersfoort en omgeving, Twente, West-Brabant, Zaanstreek-Waterland, Zeeland en Zuid-West Gelderland.

In Figuur 3.6 worden voor de regio's West-Brabant en Utrecht de resultaten betreffende werklust getoond in een spinnenweb-diagram. Hierbij is per stelling het percentage weergegeven van de praktijken die bevestigend op de stelling hebben gereageerd. In Bijlage E zijn de spinnenweb-diagrammen voor alle AZW-regio's opgenomen.

Figuur 3.6: Ervaren werklust door respondenten (% praktijken dat het eens was met de stelling) naar stelling in de regio's West-Brabant (links) en Utrecht (rechts) ten opzichte van het landelijk gemiddelde



3.2 Toekomstige balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg

In deze paragraaf wordt naar de toekomst gekeken: eerst wordt voor huisartsen gekeken naar de balans tussen vraag en aanbod voor 2023 met prognoses op basis van de data van de SPH. Vervolgens wordt gekeken naar de balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg zoals die verwacht wordt voor 2019 door de huisartsenpraktijken zelf. Dit op basis van de uitkomsten van de praktijkenquête.

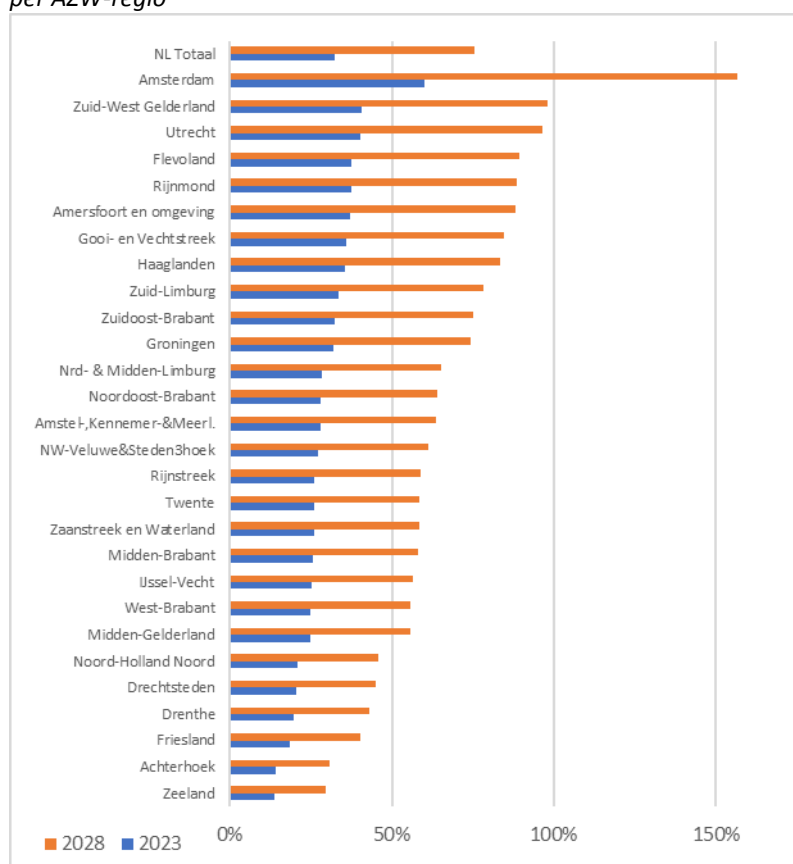
3.2.1 Prognoses: Het verwachte aanbod van huisartsenzorg

Instroom en uitstroom

In deze paragraaf wordt de verwachte ontwikkeling van het zorgaanbod tussen 2018 en 2023 respectievelijk 2028 van huisartsen per AZW-regio in beeld gebracht. De ontwikkeling van het zorgaanbod van huisartsen is de resultante van de verwachte instroom en de verwachte uitstroom van huisartsen in de regio.

De instroom aan huisartsen is gebaseerd op de gemiddelde jaarlijkse instroom per AZW-regio van huisartsen in de periode 2013-2017. Uiteraard kunnen er vraagtekens gezet worden in hoeverre de gemiddelde jaarlijkse instroom van huisartsen in de periode 2013 – 2017 kan worden geëxtrapoleerd naar de komende 5 à 10 jaar. De arbeidsmarkt kan op langere termijn een dempend effect hebben als in bepaalde regio's overschotten of tekorten ontstaan. De trendcijfers geven echter inzicht in welke regio's zich binnen afzienbare tijd tekorten of overschotten kunnen gaan manifesteren wanneer het instroompatroon ongeveer gelijk blijft.

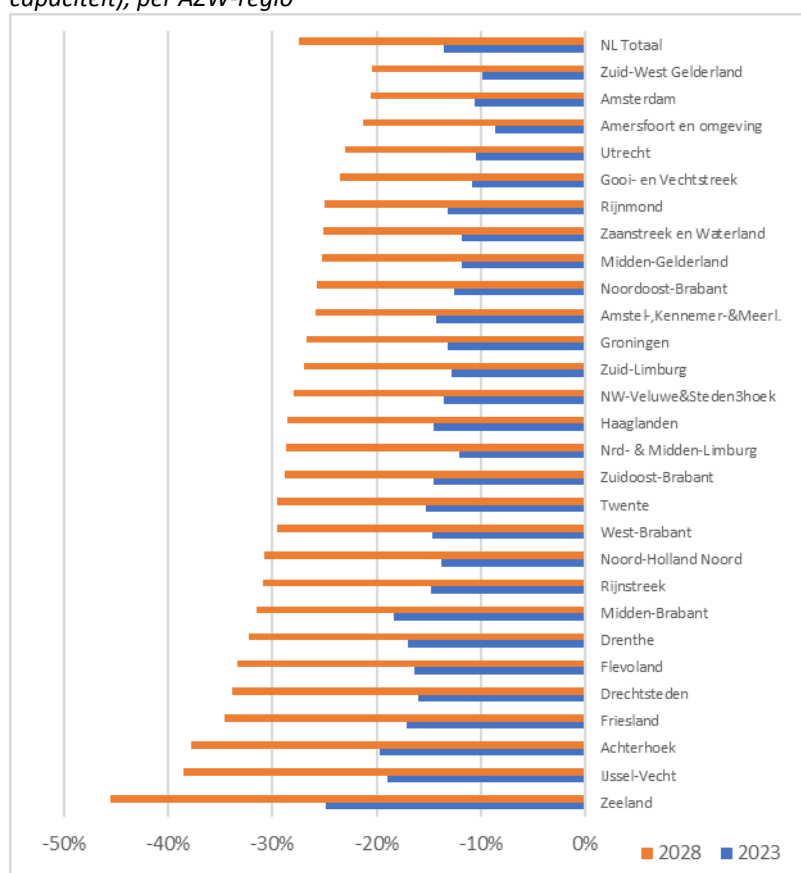
Figuur 3.7: Verwachte instroom van huisartsen tussen 2018 en 2023 resp. 2028 (in % van de huidige capaciteit), per AZW-regio



Figuur 3.7 laat zien dat de gemiddelde instroom het hoogst ligt in de regio's met een UMC (Amsterdam, Zuid-West Gelderland, Utrecht, Rijnmond, Zuid-Limburg en Groningen) en aangrenzende regio's (Flevoland, Amersfoort en omgeving, Gooi- en Vechtstreek, Haaglanden). De instroom is het laagst in de regio Zeeland, Achterhoek, Friesland, Drenthe, Drechtsteden en Noord-Holland Noord.

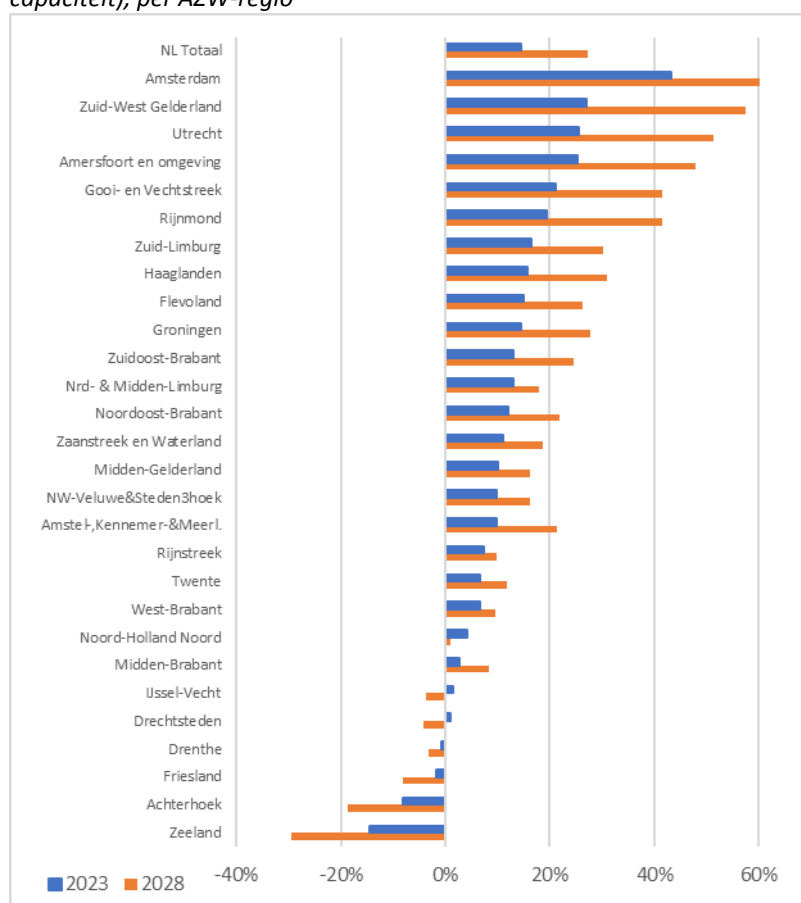
De uitstroom van huisartsen is gebaseerd op de gemiddelde uitstroomkansen naar leeftijd. De gemiddelde uitstroom wordt vooral bepaald door de uitstroom als gevolg van pensioen. Figuur 3.8 toont dat in de regio's Zeeland, IJssel-Vecht, Achterhoek, Friesland, Drechtsteden, Flevoland, Drenthe en Midden-Brabant veel huisartsen in de leeftijdscategorie 55+ werkzaam zijn. Daarmee ligt voor deze regio's ook de uitstroomverwachting relatief hoog. In Zuid-West Gelderland, Amsterdam, Amersfoort en omgeving en Utrecht ligt de verwachte uitstroom juist relatief laag.

Figuur 3.8: Verwachte uitstroom van huisartsen tussen 2018 en 2023 resp. 2028 (in % van de huidige capaciteit), per AZW-regio



Figuur 3.9 illustreert dat de gemiddelde netto instroom (saldo van instroom en uitstroom) vooral hoog ligt in Amsterdam, Zuid-West Gelderland, Utrecht, Amersfoort en omgeving, Gooi- en Vechtstreek, Rijnmond en Zuid-Limburg. De verwachte netto instroom is in 2023 ten opzichte van 2018 zelfs negatief in de regio Zeeland, Achterhoek, Friesland en Drenthe.

Figuur 3.9: Verwachte netto instroom huisartsen tussen 2018 en 2023 resp. 2028 (in % van de huidige capaciteit), per AZW-regio



3.2.2 Prognoses: de verwachte vraag naar huisartsenzorg

In deze paragraaf wordt de verwachte ontwikkeling van de zorgvraag tussen 2018 en 2023 respectievelijk 2028 naar huisartsenzorg per AZW-regio in beeld gebracht. De zorgvraag is gebaseerd op de consumptie van huisartsenzorg in 2018 naar leeftijd en geslacht. Naast de (regionaal verschillende) demografische ontwikkeling neemt de zorgvraag tevens toe vanwege horizontale en verticale substitutie, sociaal culturele ontwikkelingen, epidemiologie en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Bij deze laatste ontwikkelingen worden twee varianten onderscheiden: een minimumvariant en een maximumvariant.

Bij de minimumvariant ligt de jaarlijkse stijging van de zorgvraag (exclusief demografie) op 0,9% per jaar. Bij de maximumvariant is dit 1,8% per jaar. Figuur 3.10 laat zien dat de zorgvraag het sterkst toeneemt in de Randstad en Brabant. De groei van de zorgvraag is het minst in de regio's Zuid-Limburg, Achterhoek, Twente, Drenthe, Zeeland, Friesland en Groningen. De maximumvariant levert hetzelfde beeld op als de minimumvariant. De zorgvraag ligt in elke regio in 2023 circa 10% hoger dan in de minimumvariant, en in 2028 circa 20% hoger.

Figuur 3.10: Verwachte toename zorgvraag huisartsen tussen 2018 en 2023 resp. 2028 (in % van de huidige zorgvraag) naar maximum variant (links) en minimum variant (rechts), per AZW-regio

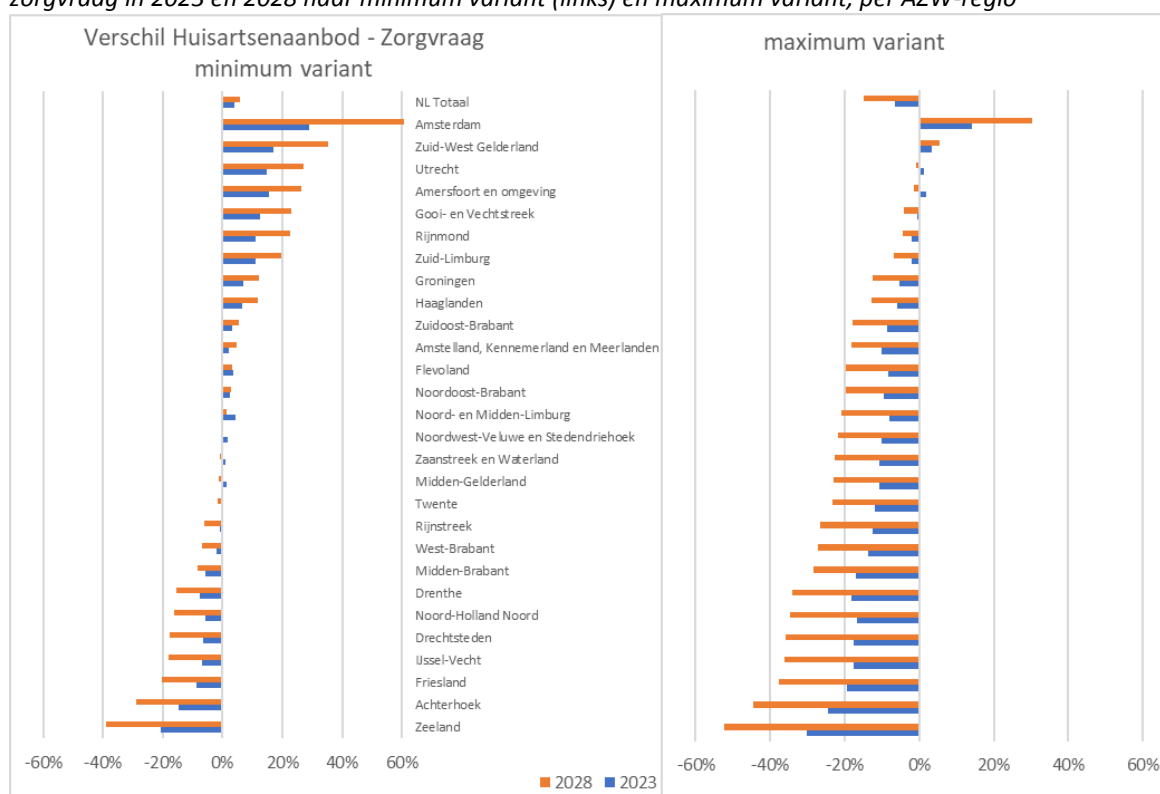


3.2.3 Prognose balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg 2023

Als de uitkomsten uit de vorige twee paragrafen worden gecombineerd wordt duidelijk in welke regio de vraag naar huisartsenzorg hoger ligt dan het aanbod van huisartsen. In onderstaande figuur 3.11 zijn de uitkomsten van de minimumvariant en de maximumvariant in beeld gebracht. De figuur laat zien dat ondanks dat de zorgvraag in Amsterdam het sterkst toeneemt, er een overschot aan huisartsen zal ontstaan door de hoge netto instroom van huisartsen. In mindere mate zal er eveneens een overschot ontstaan in de regio's Zuid-West Gelderland, Utrecht en Amersfoort en omgeving.

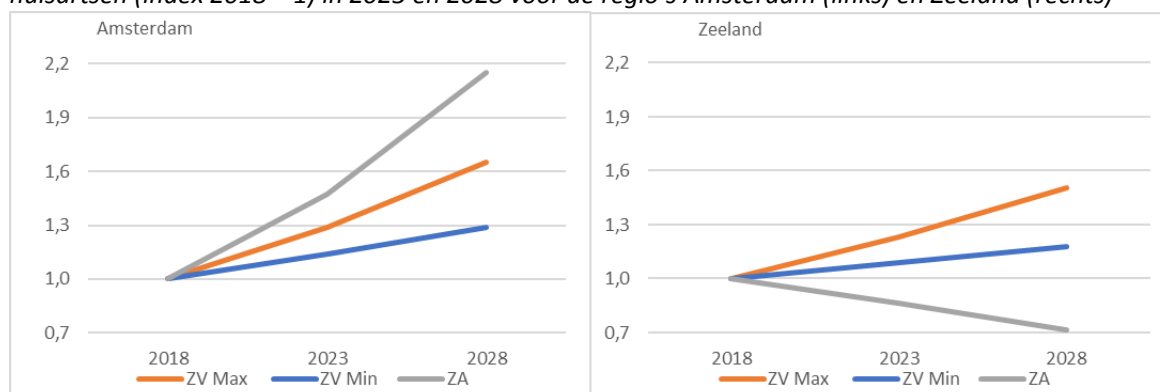
Opvallend is dat in de minimumvariant (waarbij de zorgvraag dus ongeveer 0,9% per jaar achterblijft bij die in de maximumvariant) in ongeveer de helft van de regio's een huisartsentekort ontstaat. Het te verwachten huisartsentekort is het grootst in Zeeland, de Achterhoek, Friesland, IJssel-Vecht, Drechtsteden, Noord-Holland Noord en Drenthe. Opvallend is dat de groei van de zorgvraag in deze regio's in het algemeen ook relatief laag is, dus dat deze tekorten vooral toe te schrijven zijn aan de lage netto instroom. Bij de maximumvariant zal er in vrijwel elke regio een huisartsentekort ontstaan, met uitzondering van de regio Amsterdam en Zuid-West Gelderland.

Figuur 3.11: Verschil in de verwachte ontwikkeling van het huisartsenaanbod en de ontwikkeling van de zorgvraag in 2023 en 2028 naar minimum variant (links) en maximum variant, per AZW-regio



In Figuur 3.12 wordt voor de regio's Amsterdam en Zeeland in één figuur de ontwikkeling in het aanbod (ZA) getoond en de ontwikkeling in de vraag, zowel de minimumvariant (ZV Min) als de maximumvariant (ZV Max). In bijlage E worden deze figuren voor alle AZW-regio's getoond.

Figuur 3.12: Ontwikkeling van de geïndexeerde zorgvraag (ZV) en het geïndexeerde zorgaanbod (ZA) aan huisartsen (index 2018 = 1) in 2023 en 2028 voor de regio's Amsterdam (links) en Zeeland (rechts)



3.2.4 Toekomstige balans tussen vraag en aanbod 2019 volgens huisartsenpraktijken

Naast de gemeten balans voor 2023 zoals beschreven onder 3.2.3. is ook gekeken naar de toekomstige balans tussen vraag en aanbod zoals verwacht volgens de huisartsenpraktijken. Dit is gedaan op basis van de praktijkenquête. De vraag die is voorgelegd is of er binnen 12 maanden tekorten verwacht worden voor de functies huisartsen, doktersassistenten, POH en POH-GGZ.

De resultaten zijn weergegeven in tabel 3.3 op alfabetische volgorde.

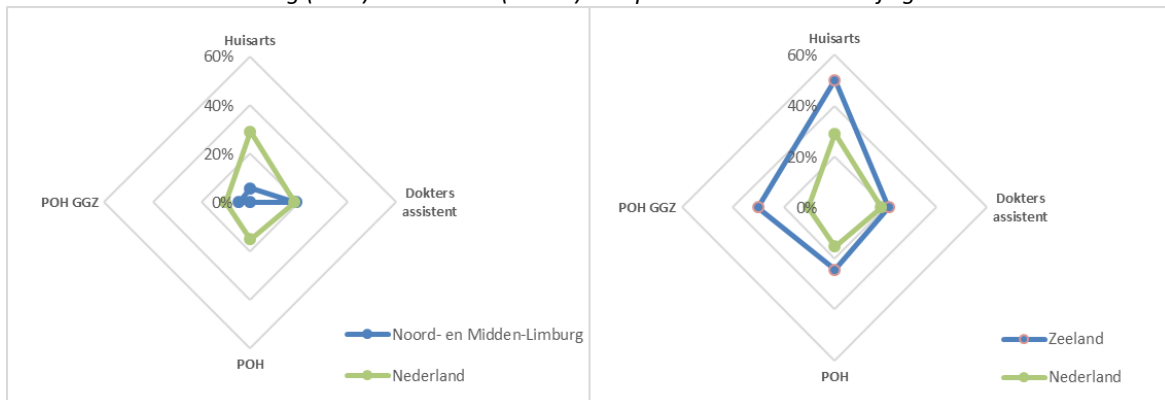
Tabel 3.3: Aantal respondenten (% praktijken) dat grote tekorten verwacht naar functie, per AZW-regio

AZW-regio	Huisarts	Doktersassistent	POH	POH-GGZ
Achterhoek	45%	0%	24%	24%
Amersfoort en omgeving	0%	29%	17%	11%
Amstelland, Kennemerland en Meerlanden	9%	32%	19%	9%
Amsterdam	22%	25%	21%	4%
Drechtsteden	56%	23%	15%	9%
Drenthe	43%	17%	19%	9%
Flevoland	62%	14%	5%	14%
Friesland	40%	2%	9%	5%
Gooi- en Vechtstreek	0%	17%	18%	9%
Groningen	33%	33%	14%	5%
Haaglanden	15%	23%	18%	12%
IJssel-Vecht	32%	0%	4%	4%
Midden-Brabant	27%	11%	7%	7%
Midden-Gelderland	22%	29%	21%	20%
Noord- en Midden-Limburg	6%	19%	0%	5%
Noord-Holland Noord	45%	29%	17%	17%
Noordoost-Brabant	20%	20%	22%	12%
Noordwest-Veluwe en Stedendriehoek	16%	13%	5%	6%
Rijnmond	25%	19%	13%	9%
Rijnstreek	16%	33%	16%	13%
Twente	42%	19%	0%	2%
Utrecht	18%	48%	10%	5%
West-Brabant	33%	17%	11%	8%
Zaanstreek en Waterland	9%	20%	17%	0%
Zeeland	50%	21%	24%	30%
Zuid-Limburg	17%	45%	7%	18%
Zuidoost-Brabant	37%	16%	4%	2%
Zuid-West Gelderland	17%	25%	11%	13%
Nederland	29%	18%	15%	10%

Deze uitkomsten m.b.t. verwachte tekorten naar functie komen op landelijk niveau overeen met de uitkomsten voor ervaren werkdruk naar functie. Voor huisartsen wordt het vaakst aangegeven dat er over een jaar grote tekorten verwachten worden, gevolgd door doktersassistenten, en daar opvolgend de POH's. Voor de POH-GGZ wordt het minst vaak aangegeven dat er grote tekorten verwacht worden in 2019. In tegenstelling tot de ervaren werkdruk zijn er bij de verwachte grote tekorten verschillende regio's die afwijken van de reeks. In de regio Achterhoek en de regio IJssel-echt wordt bijvoorbeeld geen groot tekort aan doktersassistenten verwacht en in de regio's Twente en Noord- en Midden-Limburg geen grote tekorten aan POH's. Ook zijn er regio's (Amersfoort en omgeving, Gooi- en Vechtstreek) waar geen enkele huisartsenpraktijk aangeeft een groot tekort te verwachten aan huisartsen.

De regio waarin de meeste praktijken grote tekorten verwachten is Zeeland. In deze regio geeft 50% van de huisartsenpraktijken aan grote tekorten te verwachten voor huisartsen en 30% van de praktijken verwacht daar een groot tekort aan POH-GGZ. In Noord- en Midden-Limburg worden maar in beperkte mate grote tekorten verwacht, 6% van de praktijken verwacht een groot tekort aan huisartsen en 5% verwacht een groot tekort aan POH-GGZ. Voor POH's worden daar geen grote tekorten verwacht, enkel voor doktersassistenten verwachten 19% van de praktijken een groot tekort. Deze resultaten zijn ook weergegeven in de spinnenweb-diagrammen in figuur 3.13. In Bijlage E zijn de spinnenweb-diagrammen voor alle AZW-regio's weergegeven.

Figuur 3.13: Aantal respondenten (% praktijken) dat grote tekorten verwacht naar functie voor de regio's Noord- en Midden-Limburg (links) en Zeeland (rechts) en opzichte van het landelijk gemiddelde



3.3 Confrontatie gemeten en ervaren balans tussen vraag en aanbod binnen de huisartsenzorg

Om de balans te bepalen tussen vraag en aanbod binnen de huisartsenzorg in een regio, worden de 28 AZW-regio's afzonderlijk afgezet tegen het landelijk gemiddelde voor wat betreft de vier besproken balanskenmerken:

1. De huidige ervaren balans tussen vraag en aanbod op basis van een combinatie van de werkdruk onder huisartsen, doktersassistenten, POH's en POH-GGZ en de werkbelastingfactoren.
2. De huidige gemeten balans tussen vraag en aanbod op basis van de kosten in euro's per verzekerde.
3. De toekomstige ervaren balans tussen vraag en aanbod op basis van het aandeel huisartsenpraktijken dat grote tekorten verwacht binnen 12 maanden voor de functies huisartsen, doktersassistenten, POH's en POH-GGZ.
4. De toekomstige geprognoseerde balans tussen vraag en aanbod op basis van de in- en uitstroomdata van de SPH.

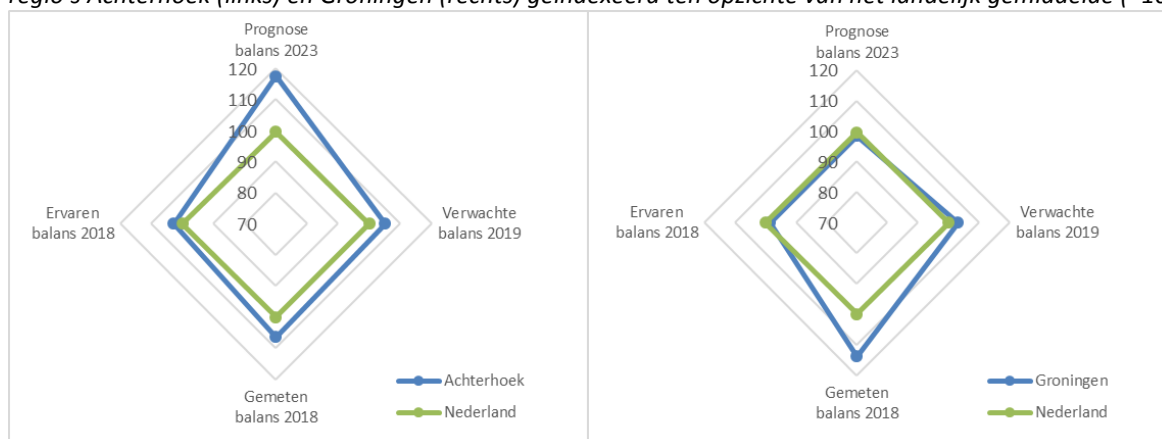
Om de vier balanskenmerken goed tegen elkaar af te kunnen zetten per regio, worden de verschillende uitkomsten per balanskenmerk en per regio met elkaar gemiddeld. Voor bijvoorbeeld de huidige ervaren balans betekent dit dat de vier scores per regio voor werkdruk en de vier scores per regio voor werklast gezamenlijk gemiddeld worden tot één getal. Vervolgens worden de vier kenmerken geïndexeerd, waarbij het landelijk gemiddelde voor alle kenmerken de index van 100 heeft.

In figuur 3.14 worden de resultaten van deze confrontatie weergegeven in een spinnenweb-diagram voor de regio's Achterhoek en Groningen. De resultaten voor alle 28 AZW-regio's staan weergegeven in tabel 3.4 en in Bijlage E staan voor alle 28 regio's een spinnenweb-diagram weergegeven. Het spinnenweb-diagram heeft vier assen:

- De linkeras met verwachte toekomstige balans geeft aan hoeveel de regionale verwachte toekomstige balans afwijkt van het landelijk gemiddelde. Het landelijk gemiddelde is gesteld op 100. Wanneer een regio bijvoorbeeld 200 scoort op deze as heeft in de betreffende regio een tweemaal zo groot deel van de praktijken grote tekorten voorspeld voor de functies binnen de huisartsenzorg.
- De rechteras met ervaren huidige balans geeft aan hoeveel werkdruk en werklast ervaren wordt in een regio, ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Wanneer een regio op deze as tweemaal zo hoog scoort dan landelijk, dan geven in de regio tweemaal zoveel praktijken als gemiddeld aan dat de werkdruk/werklast hoog is in de regio.
- De onderste verticale as geeft de gemeten huidige balans aan. Deze is gebaseerd op de kosten in euro's per verzekerde, waarbij de verhouding tussen de kosten in de regio en de kosten in Nederland gemiddeld is berekend. Nederland gemiddeld is vervolgens op 100 gesteld. Wanneer een regio dus 110 scoort op deze as, dan zijn de kosten per verzekerde in die regio 10% hoger dan het gemiddelde van Nederland.
- De bovenste verticale as geeft de gemeten toekomstige balans weer. Hierbij is de balans voor Nederland gemiddeld op 100% gesteld. De regionale score geeft vervolgens het verschil aan met de landelijk gemiddelde score voor het lage vraagscenario. Wanneer een regio 120% scoort op deze as, dan ligt het percentage verwachte tekorten aan huisartsen 20% hoger dan Nederland gemiddeld.

Er zijn drie regio's die op alle onderdelen boven gemiddeld scoren (Achterhoek, Flevoland en Midden-Gelderland). In deze regio's is de kans op spanning op de balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg relatief het grootst. In één regio, Amersfoort en omgeving, zijn alle scores lager dan gemiddeld. In deze regio is de kans op spanning op de balans tussen vraag en aanbod binnen de huisartsenzorg dus relatief het kleinst. In tabel 3.4 staat aangegeven op hoeveel onderdelen de regio's boven het Nederlands gemiddelde scoren.

Figuur 3.14: De huidige en toekomstige balans tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg, zoals ervaren en verwacht door de praktijken (horizontale as), en zoals gemeten en geprognosticeerd (verticale as) voor de regio's Achterhoek (links) en Groningen (rechts) geïndexeerd ten opzichte van het landelijk gemiddelde (=100)



Tabel 3.4: De huidige balans tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg zoals gemeten en ervaren door de praktijken (kolom 1 en 2), en de toekomstige balans zoals gemeten en ervaren door de praktijken (kolom 3 en 4) geïndexeerd ten opzichte van het landelijk gemiddelde (=100), per AZW-regio,

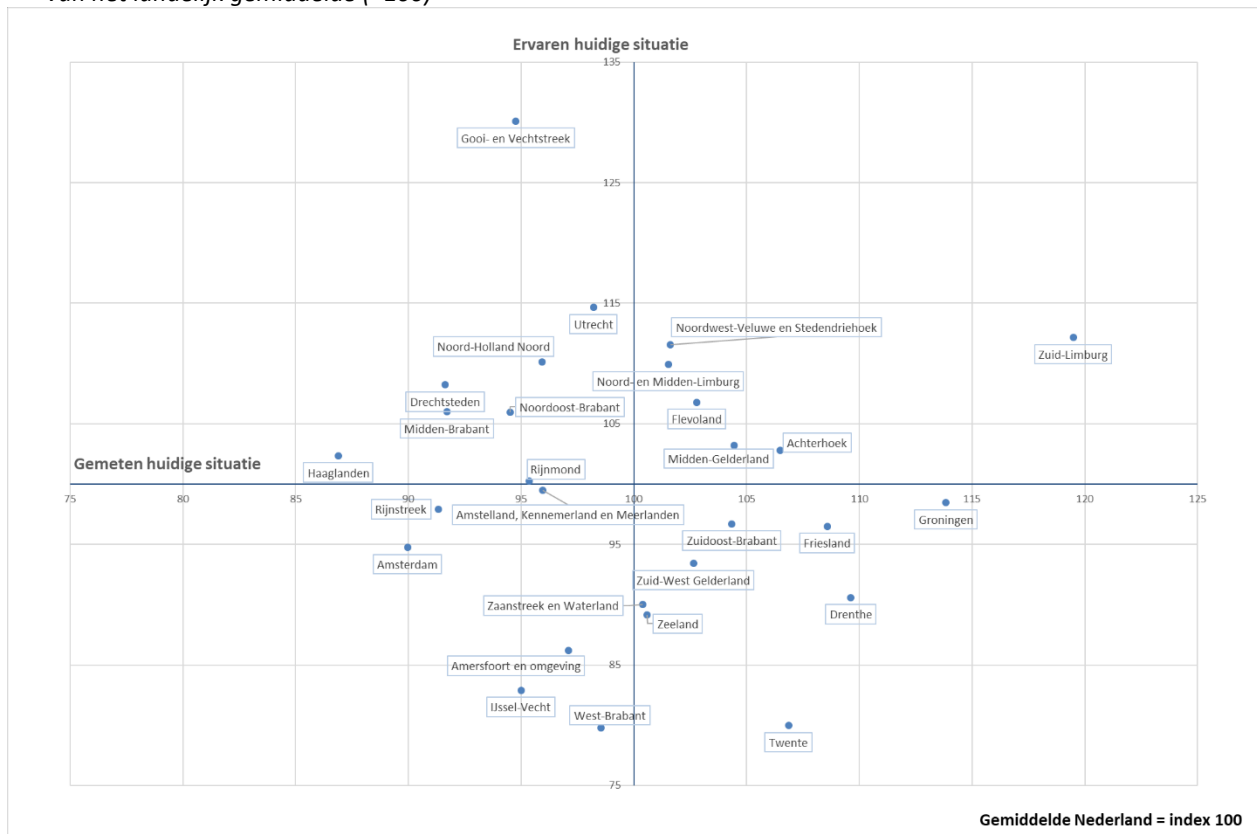
AZW-regio	Gemeten huidige balans	Ervaren huidige balans	Gemeten toekomstige balans (2023)	Verwachte toekomstige balans (2019)	Aantal onderdelen boven gemiddelde
Achterhoek	106	103	118	129	4
Amersfoort en omgeving	97	86	93	78	0
Amstelland, Kennemerland en Meerlanden	96	99	103	95	1
Amsterdam	90	95	93	100	1
Drechtsteden	92	108	111	142	3
Drenthe	110	91	111	122	3
Flevoland	103	107	101	132	4
Friesland	109	96	112	78	2
Gooi- en Vechtstreek	95	130	94	60	1
Groningen	114	98	98	117	2
Haaglanden	87	102	99	92	1
IJssel-Vecht	95	83	111	55	1
Midden-Brabant	92	106	110	71	2
Midden-Gelderland	104	103	104	129	4
Noord- en Midden-Limburg	102	110	101	41	3
Noord-Holland Noord	96	110	110	149	3
Noordoost-Brabant	95	106	103	102	3
Noordwest-Veluwe en Stedendriehoek	102	112	103	54	3
Rijnmond	95	100	95	91	1
Rijnstreek	91	98	106	107	2
Twente	107	80	105	88	2
Utrecht	98	115	93	111	2
West-Brabant	99	80	107	96	1
Zaanstreek en Waterland	100	90	104	63	2
Zeeland	101	89	123	173	3
Zuid-Limburg	119	112	95	119	3
Zuidoost-Brabant	104	97	102	81	2
Zuid-West Gelderland	103	93	93	91	1

Om nog duidelijker in beeld te krijgen welke regio's een verhoogd risico hebben op de spanning op de balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg zijn de ervaren en de gemeten uitkomsten op de vier aspecten ook nog in een scatterplot tegen elkaar afgezet, zowel voor de huidige balans tussen vraag en aanbod als de toekomstige balans tussen vraag en aanbod. Dit staat weergegeven in figuur 3.15. In deze plots worden alle regio's telkens op een combinatie van twee assen geplaatst, namelijk de as van de

ervaren huidige situatie ten opzichte van de gemeten huidige situatie. En daarnaast de as van de gemeten toekomstige situatie en de verwachte toekomstige situatie.

Wanneer gekeken wordt naar de huidige situatie dan valt op dat er vooral in Gooi- en Vechtstreek wel sprake is van ervaren spanning op de balans tussen vraag- en aanbod maar dat dit niet uit de metingen volgt. Dit geldt ook voor buurregio Utrecht. Omgekeerd zou volgens de metingen spanning op de balans tussen vraag en aanbod binnen de huisartsenzorg verwacht worden in de regio Groningen, echter de ervaren spanning op de balans in die regio valt redelijk gemiddeld uit.

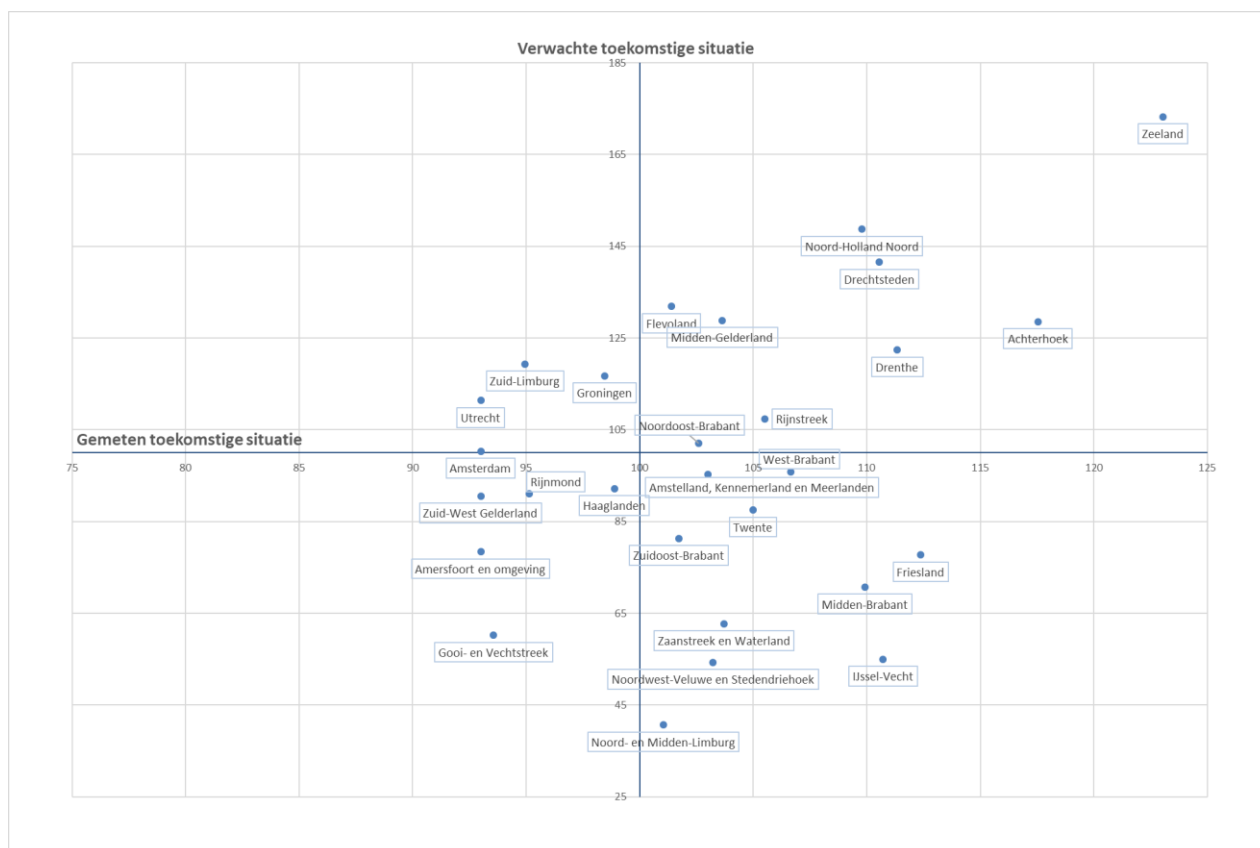
Figuur 3.15: De huidige balans tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg in alle AZW-regio's zoals ervaren door de praktijken (verticale as) afgezet tegen hoe deze is gemeten (horizontale as) geïndexeerd ten opzichte van het landelijk gemiddelde (=100)



In Figuur 3.16 is duidelijk zichtbaar dat er in de toekomst relatief veel spanning verwacht kan worden op de balans tussen vraag en aanbod binnen de regio Zeeland. Andere regio's waar de kans op spanning op de balans groot is zijn de regio's Achterhoek, Drenthe, Drechtsteden en Noord-Holland Noord. Wat opvalt voor de regio Zeeland is dat er in de toekomst spanning op de balans wordt verwacht, maar de huidige ervaring hier niet op aansluit. Hetzelfde geldt voor de regio's Drenthe, Twente, West-Brabant en Zaanstreek en Waterland.

De regio's waar relatief grote spanning op de balans tussen vraag en aanbod binnen de huisartsenzorg verwacht kan worden zijn de regio's die vallen binnen het kwadrant rechtsboven in de grafiek met de verwachte en de gemeten toekomstige vraag. Dit zijn Zeeland, Achterhoek, Drenthe, Drechtsteden en Noord-Holland Noord. In deze regio's verwachten de huisartsen zelf grote tekorten voor de functies binnen de huisartsenzorg en wijzen de prognoses ook op te relatief grote tekorten.

Figuur 3.16: De toekomstige balans tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg in alle AZW-regio's zoals verwacht door de praktijken (verticale as) afgezet tegen hoe deze is gemeten (horizontale as) per AZW-regio, geïndexeerd ten opzichte van het landelijk gemiddelde (=100)



3.4 Samenvatting/reflectie

Samenvattend, zijn de belangrijkste bevindingen uit de praktijkenquête en het kwantitatieve onderzoek:

- Er zijn bruikbare indicatoren om uitdrukking te geven aan de balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg. Deze indicatoren laten echter niet altijd hetzelfde beeld zien van een regio.
- Een aantal bedreigingen voor de balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg overstijgen de regiogrenzen en zijn landelijk te noemen. In vrijwel alle regio's wordt bij minstens driekwart van de huisartsenpraktijken de werkdruk onder huisartsen als te hoog ervaren. Voor doktersassistenten geldt dit voor minstens de helft van de huisartsenpraktijken in een regio. En in nagenoeg alle regio's geeft minstens 50% (gemiddeld 64%) van de huisartsenpraktijken aan de noodzakelijke werkzaamheden niet af te krijgen binnen de reguliere werktijd.
- Op basis van de prognoses van vraag en aanbod van huisartsen voor 2023 en 2028 kan niet vastgesteld worden of op landelijk niveau de huisartsenzorg wel of niet in balans is. Het lage vraagscenario heeft namelijk als uitkomst van de toekomstprognoses een aantal regio's dat overschotten verwacht en een aantal regio's dat tekorten verwacht, op landelijk niveau lijkt sprake van een balans te zijn. Het hoge vraagscenario daarentegen heeft als uitkomsten van de toekomstprognoses dat nagenoeg alle regio's tekorten verwachten, ofwel een disbalans op landelijk en regionaal niveau. Het inschatten van de parameters die de vraag beïnvloeden bepaalt dus in grote mate de balans tussen vraag en aanbod binnen de huisartsenzorg.

- Regio's waarvan uit de resultaten volgt dat de toekomstige balans tussen vraag en aanbod onder spanning zal komen te staan, maar die in de huidige situatie nog weinig spanning op de balans ervaren, lopen het risico dat zij te laat anticiperen op de te verwachten spanning op de balans tussen vraag en aanbod in de huisartsenzorg. Dat geldt ook de regio's waar spanning wordt ervaren op de huidige balans tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg maar waarbij vanuit de metingen en prognoses geen spanning volgt.
- De regio's die zowel bovengemiddeld scoren voor de verwachte toekomstige situatie als de gemeten toekomstige situatie hebben een relatief hoge kans op personeelskrapte voor de verschillende beroepen binnen de huisartsenzorg. Dit betreft vooral de regio's Zeeland, Achterhoek, Drenthe, Drechtsteden en Noord-Holland Noord.

4 De praktijk van gevestigde huisartsen

In dit hoofdstuk staan de resultaten van de telefonische interviews met de gevestigde (praktijkhoudende) huisartsen centraal. Hierbij zullen verschillende onderwerpen die uit de interviews naar voren zijn gekomen thematisch worden aangehaald en nader worden toegelicht.

4.1 Algemeen

Zoals toegelicht in hoofdstuk 2 zijn in totaal 13 telefonische interviews afgenomen met praktijkhoudende huisartsen, verspreid over Nederland. Afhankelijk van de leeftijd, de regio en het type praktijk waarin de geïnterviewde huisartsen werkzaam zijn verschilt de mate waarin bepaalde thema's, zoals hieronder beschreven, op hen van toepassing zijn.

Dit geldt ook wat betreft de redenen van huisartsen om zich ergens te vestigen. Sommige van de ondervraagde huisartsen zijn langer gevestigd dan anderen. Afhankelijk van de tijdsperiode waarin vestiging aan de orde was zijn er dan ook verschillende geluiden te horen. Zo geven enkele huisartsen aan dat het destijds moeilijk was om zich te kunnen vestigen. Waar een vacature voorhanden was, waren er vele gegadigden. Daarentegen zijn er ook geluiden van huisartsen die aangeven dat er vanuit de omgeving juist veel vraag en mogelijkheid was om zich te vestigen, of dat toeval een grote rol speelde.

Opvallend is dat het merendeel van de bevroagde gevestigde huisartsen werkzaam is in de omgeving waar zij ofwel opgegroeid zijn, dan wel de opleiding tot arts of huisarts hebben gevolgd. Een aantal van hen is zelfs gevestigd in de opleidingspraktijk waar zij zijn opgeleid.

4.2 Signalen van knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg

Tijdens de telefonische interviews kwamen er signalen naar voren die erop wijzen dat er mogelijk sprake is van knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod van de Nederlandse huisartsenzorg. Zo is er met de respondenten onder andere over de werkdruk, patiëntenstops, moeite bij het vinden van huisartsen en moeite bij het vinden van ondersteunend personeel gesproken.

Waarneming problematiek

Een veel genoemd signaal is de ervaren problematiek rondom de waarnemingen. Zo goed als alle ondervraagde gevestigde huisartsen geven aan met waarnemers te werken, veelal met een 'vast' karakter maar ook incidenteel. Veelgenoemde kanalen om waarnemers te vinden zijn het plaatsen van advertenties op verschillende webpagina's, berichten op speciale mobiele 'waarneem WhatsApp groepen', het persoonlijke netwerk of bemiddelingsbureaus. Daarbij wordt ook nog altijd veel waargenomen door collega's binnen de eigen, of nabijgelegen praktijken.

Het merendeel van de respondenten geeft aan dat het lastig is om waarnemers te vinden. Daar waar enkele gevestigde huisartsen aangeven problemen te ondervinden met het vinden van waarneming voor de (incidentele) dagpraktijk, geven ze allemaal aan problemen te ervaren bij het vinden van waarneming voor de ANW-diensten op de huisartsenpost. Tenzij hoge bedragen betaald worden geven enkele bevroagde praktijkhouders aan hun diensten niet kwijt te kunnen raken: *"Het aanbod aan diensten is groot, en het aantal waarnemers relatief klein. Dat is wel een heel groot verschil met twee jaar geleden.*

Toen was het eigenlijk nooit een probleem om nachtdiensten te verkopen, vorig jaar was het in de zomerperiode al veel moeilijker en nu is het altijd moeilijk.” Desgevraagd geven de meeste respondenten aan dat dit wat hen betreft niet alleen een regionaal, maar vooral ook een landelijk probleem is.

Patiëntenstop

Bij drie van de dertien ondervraagde gevestigde huisartsen is er momenteel sprake van een patiëntenstop. Bij de huisartsen zonder officiële stop is er over het algemeen ook geen groeibehoeftte wat betreft het aantal ingeschreven patiënten. Veelal werd hiervoor als reden genoemd dat de huisartsen het belangrijk vinden om hun patiënten te “kennen”. Hoewel meer tijd voor de patiënt middels praktijkverkleining in dit verband door enkele respondenten werd genoemd als wens, is dit volgens hen zonder aanvullende financiering geen realistische optie. Wel heeft een aantal praktijkhouders recent de praktijk (soms onderdeel van een groter centrum) fysiek uitgebreid, of is er sprake van mogelijke toekomstige plannen voor (fysieke) uitbreiding, om zodoende alle patiënten en medewerkers te kunnen blijven huisvesten.

Moeite aantrekken huisartsen

Enkele ondervraagde praktijkhoudende huisartsen waren recent of zijn momenteel bezig met het zoeken van een opvolger voor zichzelf, of een associërende maat voor de lange termijn. De ervaringen hierbij zijn wisselend, maar over het algemeen is het aantal geïnteresseerden beperkt te noemen: *“Ze schuiven het vestigen op de lange baan of ze zeggen nee, ik ga me niet in jouw praktijk vestigen, ik wil alleen maar even in de keuken kijken. En daar kan ik niet verder mee.”*

Zoals reeds vermeld, is het vinden van waarnemers volgens de ondervraagde praktijkhouders lastig. Ditzelfde geldt voor het vinden van huisartsen in loondienst (HIDHA'S): *“Dan gaat het over in loondienst, dat wil helemaal niemand meer. Dat hoeft je niet af te wegen want dat wil niemand.”* Bij een ondervraagde huisarts kwam er zelfs pas interesse op een advertentie voor een HIDHA nadat deze was uitgebreid met de mogelijkheid om als vaste waarnemer aan de slag te gaan.

Maar behalve de (beperkte) interesse vanuit (nog) niet-gevestigde huisartsen, spelen uiteraard ook de voorkeuren van de zittende praktijkhoudende huisartsen een rol in of de opvolging of associatie succesvol is. Hetgeen het volgende citaat mooi illustreert: *“Het is een soort huwelijk wat je aangaat. En net als dat je tegenwoordig ook niet uit huis trouwt maar even proefdraait, merk ik dat ook in de praktijk. Wat er in het begin heel leuk uitziet kan op de lange termijn misschien niet degene zijn die bij je past.”*

Moeite bij het vervullen van ondersteunende functies

Zoals reeds is benoemd is het voor veel praktijken moeilijk om over voldoende huisartsen te beschikken, maar in verschillende interviews kwam ook het punt naar voren dat het moeilijk is om (geschikt) ondersteunend personeel te vinden. Enkele huisartsen geven aan dat *“ondersteunend personeel uitkomst kan bieden, maar dan moet het er wel zijn”*. In dit verband worden vooral problemen bij het vinden van POH's (somatiek en GGZ) genoemd: *“Waar echt een probleem is, is bij de POH-GGZ. Een goede POH-GGZ al helemaal, maar überhaupt één vinden is moeilijk.”*

Hetzelfde gaat volgens sommige praktijkhouders op voor de doktersassistent(e): *“Het is heel erg als er iemand ziek wordt, vanwege iets ernstigs. Je kunt niet zomaar iemand anders uit de visvijver van doktersassistenten krijgen dus dat is zeker ook wel een probleem.”* Daarentegen zijn er ook praktijken waar deze problemen niet ervaren worden. Zij geven aan over een stabiel personeelsbestand te beschikken, dan wel over voldoende aanbod in de regio te beschikken of ondersteuning te krijgen bij het vinden van ondersteunend personeel door o.a. bemiddelingsbureaus en/of de zorggroep.

De werkdruk

Een aantal ondervraagde huisartsen heeft zich uitgelaten over de huidige werkdruk als praktijkhouder. De meerderheid ervaart deze als hoog. In een enkel geval heeft dit zelfs tot uitval geleid. Niet alleen is de werkdruk volgens de respondenten hoog onder de huisartsen, ook het ondersteunend personeel ervaart volgens hen vaak een hoge werkdruk: *“Om en om is er iemand die op het randje zit van burn-out.”* Toch deelt niet iedereen deze bevinding. Zo zijn er ook tegengeluiden van respondenten die aangeven zelf geen hoge werkdruk te ervaren en dit ook niet in de eigen regio van werkzaamheid terug te zien.

4.3 Mogelijke oorzaken knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg

Naast de hiervoor genoemde signalen, zijn de gevestigde huisartsen ook bevraagd over de mogelijke oorzaken voor de knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg. Hierbij kwamen verschillende oorzaken ter sprake waaronder de veranderde huisarts en zijn/haar voorkeuren, maar ook de veranderde huisartsenzorg en het beleid en context daaromheen.

De veranderende huisarts

Een belangrijke oorzaak voor de signalen van knelpunten, die door veel van de gevestigde huisartsen is genoemd, is het feit dat de huisarts van tegenwoordig niet meer hetzelfde is en wil als de huisarts van vroeger. Deze ‘mismatch’ uit zich op verschillende manieren. In dit verband wordt in de interviews vaak het zogeheten fenomeen ‘feminisering’ genoemd. Hetgeen teruggrijpt naar het feit dat de Nederlandse huisarts steeds vaker vrouw is, waar voorheen vooral mannen deze arbeidsmarkt domineerden. In ditzelfde verband wordt ook benoemd dat huisartsen vaak een hoogopgeleide partner hebben, met een (goed betaalde) baan, waardoor het huisartsenvak niet langer per definitie de hoofdbron van inkomsten is. Dit wordt ook genoemd als reden waarom waarnemen tijdens de ANW-diensten aan populariteit verliest: *“Het gaat gewoon een vrouwenvak worden, het huisartsenvak. Praktijken worden niet meer opgevuld door één iemand, maar door twee vrouwen. En die vrouwen die hebben een man die werkt, en een gezin. Die hoeven niet zo nodig nachtdiensten te doen. Allemaal heel begrijpelijk, maar het klemmt wel.”* Daarentegen lijkt waarnemen in de dagpraktijk juist aan populariteit te winnen, onder meer gegeven het flexibele karakter.

Maar ook de voorkeuren voor het werken lijken met de jaren te zijn veranderd. Zo geven de respondenten aan dat huisartsen steeds vaker parttime willen werken, veelal i.v.m. de gezinssituatie of vanwege andere nevenactiviteiten (bijv. een bestuursfunctie). Daarentegen oppert een respondent ook dat het toenemende aantal huisartsen dat in deeltijd wil werken niet alleen een gevolg is van de persoonlijke voorkeuren, maar ook van de hoge werkdruk: *“Ik merk dat door de zwaarte van het vak mensen steeds minder gaan werken, dat dat een reflex is.”* Ook geven enkele respondenten aan dat (toekomstige) huisartsen veelal de voorkeur geven aan het gezamenlijk werken, boven een solo praktijk: *“Veel jonge nieuwe huisartsen hebben een bepaalde setting voor ogen bij het vestigen: in een samenwerkingsverband, met wat meer collega’s, met de mogelijkheid tot eventueel deeltijd werken, dat soort zaken.”*

Naast de werking op de waarnemers markt, leiden de veranderende voorkeuren en het type huisarts volgens enkele respondenten ertoe dat het voor sommige praktijken lastig is om geïnteresseerde opvolgers te kunnen vinden: *“we hebben veel solo praktijken, vaak ook apotheekhoudend. [...] Dat zijn de praktijken waar enorm moeilijk nieuwe jonge dokters voor te vinden zijn.”* Maar ook de ‘feminisering’ wordt dus in dit verband genoemd: *“er zijn tegenwoordig veel vrouwelijke huisartsen, ik geloof zo’n 80% van de nieuwe huisartsen is vrouw. En die hebben vaak een partner. En het werk is nou eenmaal ruimer*

bezaaid in de Randstad dus dat betekent dat als je een praktijk hebt als vrouw in de Randstad de kans dat je man daar werk vindt of dat hij daar al werk heeft veel groter is.”

De veranderde huisartsenzorg

Een tweede oorzaak die veel van de respondenten benoemden als basis voor de signalen van knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod zijn de vele veranderingen binnen de huisartsenzorg zelf. Zo werd veelal gewezen op de werklast die de verschuiving van de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg heeft meegebracht voor praktijken en praktijkhouders. Hetzelfde werd gezegd over de administratieve last en de accreditering waar men mee te maken heeft. Ook de rol van de patiënt wordt in dit verband genoemd als oorzaak. Veel van de ondervraagde huisartsen benoemen bijvoorbeeld dat de zorgvraag van de patiënten toeneemt en steeds complexer wordt, en dat de patiënt bovendien mondiger is geworden: *“Ik vind de werkdruk echt wel hoog. Ik merk het bij mijn collega’s en ook landelijk. De werkdruk is hoog, de verwachtingen zijn hoog. [...] mensen zijn erg veeleisend geworden en de regels vanuit de zorgverzekeraar zijn niet altijd makkelijk. [...] Er komen veel dingen op ons bord die niet voor ons zijn, en waarvan ik denk dat dit zorgt voor veel frustratie, veel irritatie bij de huisartsen en dat dat de druk hoog maakt.”* Hierop aansluitend wordt ook de beschikbaarheid aan zorg buiten de huisartsenpraktijk door enkele respondenten genoemd. Zo veroorzaken verwijzingen regelmatig problemen omdat er geen plek is om de benodigde zorg te leveren, waardoor de huisarts verantwoordelijk wordt om deze zorg te bieden. In dit verband werd de GGZ als voorbeeld aangehaald.

Bovendien zijn enkele respondenten van mening dat het tariefverschil tussen waarnemende en praktijkhoudende huisartsen nog maar weinig differentiatie kent, ondanks het verschil aan verantwoordelijkheden en takenpakket: *“Ik verdien nog net iets meer dan een waarnemer maar dat is niet veel, en ik heb er een hele hoop sores bij.”* Er lijkt voldoende vraag naar waarnemers te zijn. Dat in combinatie met de vrije prijsvorming op de waarnemersmarkt, maakt het mogelijk voor waarnemers om hoge tarieven te vragen. Daarbij halen ook enkele praktijkhouders de in hun ogen ‘scheve’ verdeling van verantwoordelijkheden aan rondom de organisatie van diensten.

Bovenstaande factoren hebben volgens praktijkhouders dus mede tot gevolg dat de werkdruk toeneemt, maar ook dat het waarnemen aantrekkelijker wordt: *“Ik denk dat waarnemers op dit moment de prettigste positie hebben, omdat ze gewoon bij toenemende werkdruk toch minder kunnen gaan werken op een makkelijkere manier.”*

Deze winst aan populariteit lijkt echter ten koste te gaan van de interesse om zelf een praktijk te houden. Zo vertelt een respondent: *“En die zeggen bijna allemaal, een praktijk overnemen in dit klimaat ga ik niet meer doen. Laat mij maar waarnemer blijven. Het gros is net afgestudeerd. En die denken, ja ik hoor de opleiders klagen over de werkdruk en dat ga ik niet willen. En ik zie hoe hard ze werken, wij gaan om vijf uur naar huis maar zij komen om acht uur nog eens thuis of zijn in het weekend nog aan het werken. En dat wil zeggen dat ze opzien tegen al die verplichtingen en dat ook zo benoemen. Er zijn een stuk of 20 waarnemers die ik inmiddels gesproken heb[...]. Er is er maar eentje die zegt ik wil graag praktijkhouder worden.”* Overigens lijkt waarnemen niet alleen populair onder niet-gevestigde huisartsen. Ook enkele praktijkhouders geven aan te overwegen om hun praktijk over te dragen om zelf weer als waarnemer aan de slag te gaan, en/of deze overweging van collega’s te vernemen.

Overige oorzaken

In praktijken wordt, zoals eerder al werd benoemd, steeds vaker ondersteunend personeel ingezet. In sommige gevallen geven de praktijkhouders aan dat het hebben van meer (ondersteunend) personeel naast voordelen, ook tot extra werkdruk en taken kan leiden: *“Het team is zo groot geworden. Je moet veel meer aan HRM doen en aan de organisatie zelf. Met de POH’s moet je overleggen over ketenzorg, je moet met de POH-GGZ afspraken maken over het beleid. De manager moet je ook spreken om beslissingen*

te nemen, en die vraagt ook om jaarstukken etc. Die vraagt veel meer dan waar ik ooit eerder over nagedacht had. Dus het is een grote verzwaring van het werk al dat personeel en ook een zwaardere belasting.” Daarentegen geeft de meerderheid van de praktijkhouders aan dat door de aanwezigheid van het ondersteunend personeel veel taken uitbesteed kunnen worden: *“de praktijkondersteuner heeft aardig wat werk weggenomen”*.

4.4 Samenvatting/reflectie

Samenvattend zijn de belangrijkste bevindingen uit de telefonische interviews met de gevestigde huisartsen:

- Gevestigde huisartsen zijn vaak gevestigd in de omgeving waar zij ofwel opgegroeid zijn, dan wel de opleiding tot arts of huisarts hebben gevolgd.
- Over het algemeen is er sprake van waarnemingsproblematiek: het is lastig om waarnemers te vinden, in het bijzonder wanneer het de ANW-diensten betreft.
- Praktijkhouders geven aan dat er momenteel veel mogelijkheden zijn om waar te nemen, waardoor waarnemers zich in een gunstige arbeidsmarktpositie bevinden.
- Er worden problemen ondervonden bij het vinden van opvolgers of een associërende maat voor de lange termijn.
- Ook blijkt het vinden van (geschikt) ondersteunend personeel niet altijd makkelijk.
- De werkdruk wordt door de meerderheid van de praktijkhouders als (te) hoog ervaren.
- Bovenstaande signalen van knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg worden o.a. veroorzaakt door: een veranderend en toenemend complexer zorglandschap, de veranderende huisarts en veranderende voorkeuren van de huisarts.

5 Voorkeuren van niet-gevestigde huisartsen

In dit hoofdstuk staan de resultaten van de interviews en veldconsultaties met de (nog) niet-gevestigde huisartsen (in opleiding) centraal. Allereerst wordt thematisch beschreven wat de bevindingen onder huisartsen zijn die maximaal 7 jaar geleden afgestudeerd en (nog) niet gevestigd zijn. Daarna worden de bevindingen beschreven die zijn opgehaald onder de derdejaars huisartsen in opleiding.

5.1 De nog niet-gevestigde huisarts

5.1.1 Loopbaan wensen

Motivatie om te vestigen

Er is een opvallend uniforme lijn in de wensen van de niet-gevestigde huisartsen met betrekking tot de toekomstige loopbaan. De huisartsen willen allen unaniem eerst een tijdje gaan waarnemen alvorens ze op zoek gaan naar een plek om zich te vestigen. De huisartsen in de categorie 0-3 jaar geleden afgestudeerd komen ‘net kijken’ en zien het als een kans om via het waarnemen kennis en ervaring op te doen in diverse soorten praktijken en met diverse typen patiënten. Specifiek uiten deze respondenten ook de wens om in deze ‘oriëntatiefase’ te genieten van de vrijheid die waarnemen biedt en geen zorgen over een eigen praktijk te hoeven hebben. De respondenten willen de regie behouden in de werk- en privébalans en met het waarnemerschap zijn zij in staat dit te doen door bijvoorbeeld hun eigen werktijden in te delen. Uiteindelijk is de wens van het merendeel van deze respondenten wel om zich te gaan vestigen.

De huisartsen die 4-7 jaar geleden afgestudeerd zijn hebben al wat langer als waarnemer gewerkt. Tijdens de interviews was te bemerken dat zij zich langzaam daadwerkelijk oriënteren op het vestigen, maar dat de gewenste praktijk niet direct op hun pad komt. Twee respondenten uit deze categorie kiezen er duidelijk voor om zich niet te vestigen en niet voor het dragen van de verantwoordelijkheden van het hebben van een eigen praktijk.

De meerderheid van de geïnterviewde niet-gevestigde huisartsen heeft dus wel de ambitie om zich op den duur te gaan vestigen en een praktijk te gaan houden. De redenen hiervoor zijn: eigen baas zijn, het realiseren van continuïteit in het werk en een eigen visie op praktijkhouderschap. Er zijn ook een paar respondenten die daadwerkelijk uitspreken dat ze ondernemer willen zijn. Daarnaast benoemen een paar respondenten dat ze met een eigen praktijk de kern van hoe zij denken over het huisartsenvak waar kunnen maken; namelijk het langdurig volgen van patiënten en daar de regie over kunnen hebben.

Bij ongeveer de helft van de respondenten (met name degenen die 0-3 jaar geleden zijn afgestudeerd) uit dit zich in een duidelijk tijdspad om zich te gaan vestigen (binnen vijf jaar), maar bij de andere helft (met name uit de categorie 4-7 jaar geleden afgestudeerd) is het idee er wel, maar de concrete plannen nog niet. *“Als het op mijn pad komt”*, is een veelgehoorde uitspraak binnen deze groep. Een respondent vulde aan dat ze door de luxe positie van waarnemen ook niet direct de haast ervaart om zich te vestigen. Bovendien wil ze ook geen financieel risico lopen (i.v.m. hypotheek op huis etc.).

Tot slot zijn er onder al deze respondenten vrijwel geen duidelijke plannen uitgesproken om als HIDHA aan de slag te gaan. Dit op één respondent na, die het ondernemerschap niet bij zichzelf vond passen, maar wel graag een langdurige relatie met patiënten wil opbouwen. In de groep was er nog één respondent die al 22 jaar waarnemer is en bewust gekozen heeft voor het werken in zowel een instelling

als in een huisartsenpraktijk. Dit vanwege de hoge werkdruk in de huisartsenpraktijk en daarmee te weinig patiëntencontact.

Werk- en privébalans

Op één respondent na (die fulltime werkt) gaven alle respondenten aan parttime te willen werken voor een gezonde werk- en privébalans. Parttime werken houdt voor de respondenten gemiddeld drieënhalf tot vier dagen in (dit is vaak inclusief administratief werk). Ook is parttime werken volgens de respondenten de oplossing om de complexe en toenemende zorgvraag in de huisartsenpraktijk, naast de administratieve druk, vol te houden en aan te kunnen. Een respondent (waarvan de vader een eigen huisartsenpraktijk heeft) bevestigt dat beeld: *“de huisartsenzorg van nu is niet te vergelijken qua zwaarte met de huisartsenzorg zoals waar mijn vader ooit mee is begonnen als solist.”*

Daarnaast gaven specifiek drie respondenten aan dat parttime werken voor hen nodig is om daarnaast ook nevenactiviteiten (zoals mantelzorg en activiteiten gerelateerd aan het huisartsenvak) uit te kunnen oefenen.

Een markt voor waarnemen

Het blijkt dat de markt voor waarnemen op dit moment gunstig is. Een respondent (pas afgestudeerd in categorie 0-3 jaar) hecht zeer veel waarde aan autonomie en vrijheid en geeft aan: *“Als waarnemer draai ik, zoals gebruikelijk, ook diensten, maar ik wil hier geen vrije dag of weekend voor opofferen en ik zorg ervoor dat deze binnen mijn normale werkdagen kunnen vallen.”*

Een andere respondent (afgestudeerd in categorie 4-7 jaar geleden) bevestigt dat waarnemers nu in een luxe positie zitten maar geeft ook aan; *“Ik voel me wel eens schuldig dat waarnemers vooral de lusten en niet de lasten (zoals praktijkhouders) dragen.”*

Tot slot is het merendeel van de respondenten vrij optimistisch over het verkrijgen van werk in de toekomst. Daarbij lijkt de markt voor waarnemers op dit moment zeer gunstig voor het in stand houden van de voorkeuren voor een gezonde werk- en privébalans.

5.1.2 Wensen ten aanzien van een praktijk

Aan de (nog) niet-gevestigde huisartsen is de vraag gesteld hoe zij hun toekomstige werkzaamheden voor zich zien en in wat voor soort praktijk. Hieronder worden enkele veelgenoemde voorkeuren besproken.

Samenwerking en organisatie van de praktijk

Onder de respondenten is een uniforme lijn te zien in het feit dat ze bij voorkeur met meer dan één collega en met minder dan vier collega's een praktijk zouden willen houden. Over dat laatste geeft een respondent aan: *“Hoe meer mensen, hoe meer schijven. Dat wordt een rommeltje.”*

Voor alle respondenten is een duo- of groepspraktijk de ideale vorm om in de huidige tijd een praktijk te houden. Op deze manier is de organisatiegraad goed en kan het werk van de complexe en toenemende zorgvraag goed verdeeld worden. Op deze wijze is er ook tijd voor een dag vrij en voor nevenactiviteiten. Opvallend is verder dat geen enkele respondent spreekt over het willen houden van een apotheekhoudende praktijk. Daarnaast spreken twee respondenten specifiek over een voorkeur voor het werken in de vorm van een HOED.

Unaniem zijn de huisartsen het eens dat het hebben van fijne collega's een must is in de praktijk. Goede samenwerking, een fijne sfeer, en het delen van eenzelfde visie op het voeren van de praktijk zijn daarbij belangrijk. Daarnaast uit een respondent ook nadrukkelijk dat zij al eens een praktijk heeft proberen over

te nemen met meerdere collega's, maar dat dit stuk liep doordat de groep te groot was en zij met een collega niet op één lijn zat m.b.t. de visie op de praktijk en op de omgang tussen collega's onderling en met patiënten. *“Het starten van een praktijk met collega's is net als een huwelijk; je moet wel voor lange tijd een verbintenis aangaan. Idealiter wil je commitment, elkaar vertrouwen en niet na vijf jaar er vandoor gaan.”*

Ten tweede delen de respondenten met name de opvatting dat de organisatie van de praktijk ('spring je op een rijdende trein of moet er nog van alles opgebouwd worden?') een zwaarwegende reden is om zich ergens wel al dan niet te vestigen. Veel respondenten geven de voorkeur aan een praktijk waarbij de organisatie al goed op peil is.

5.1.3 De vestigingswensen

Aan de (nog) niet-gevestigde huisartsen is naast de vraag *hoe*, ook de vraag gesteld *waar* zij hun toekomstige werkzaamheden zien, en waarom. Hieronder worden enkele veelgenoemde voorkeuren besproken.

Terug naar roots

Het blijkt dat het merendeel van de respondenten zich hecht aan een regio waar hij/zij zijn of haar roots heeft. De meeste respondenten hebben dan ook de opleiding tot huisarts gevolgd in de regio waar hij/zij zich graag wil vestigen. Voor een deel van de respondenten (categorie 4-7 jaar afgestudeerd) is de mate van 'gesetteld' zijn met een huis en gezin vaak ook doorslaggevend om in die regio te blijven. De aanwezigheid van de juiste voorzieningen (wonen/onderwijs), de mate van stedelijkheid, de nabijheid van familie en bekendheid met de streek en dialect (communicatie naar patiënten toe) worden als waardevolle factoren gezien om zich ergens te vestigen. Ook de baan van de partner is cruciaal om zich ergens te vestigen, vaak is deze minder flexibel in het switchen van regio t.o.v. de baan als huisarts. Een centrale ligging (veelal t.o.v. de Randstad) wordt dan ook vaak wenselijk geacht.

Een respondent (in categorie 0-3 jaar geleden afgestudeerd) is echter bij toeval (door de plaatsing vanuit de opleiding huisartsgeneeskunde) in een regio terecht gekomen (Friesland) waar hij/zij zelf niet direct aan had gedacht. Deze huisarts is nog niet gebonden aan een regio en overweegt dan ook zeker om zich, door positieve ervaringen tijdens de opleiding, in de Noordelijke arbeidsmarktregio's van Nederland te vestigen.

Patiëntenpopulatie

Over het algemeen blijkt ook dat de respondenten de voorkeur uitspreken voor een dorpspraktijk of het 'stedelijk platteland'. Een aantal respondenten woont in de stad, maar kiest ook daar graag voor een mix van patiënten. De respondenten zijn het er unaniem over eens dat ze geen voorkeur hebben voor de (te) mondige stedelijke patiëntenpopulatie maar liever voor een mix van een 'milde' patiëntenpopulatie zouden kiezen. *“Het is gewoon zonde te zien dat er bij een bepaald type mondige patiënt geen respect meer lijkt te zijn voor de huisarts en dat patiënten vooral iets komen halen.”* Drie respondenten spreken daarnaast specifiek hun voorkeur uit om ook met kwetsbare groepen (allochtonen en nieuwkomers) te werken.

5.1.4 De oorzaken van balans-knelpunten in de huisartsenzorg

Het merendeel van de huisartsen neemt op dit moment waar in de regio van voorkeur. De huisartsen hebben zelf niet direct te maken met knelpunten in de regio omdat ze waarnemer zijn. De wat langer afgestudeerde respondenten die zich langzaam oriënteren op het vestigen in een eigen praktijk zien wel dat er een aantal knelpunten kunnen optreden bij de reguliere praktijkovername (bijvoorbeeld goodwill) evenals bij vrije vestiging (bijvoorbeeld hypotheek/patiëntenbestand opbouwen). Zo gaf een respondent aan: *“Het vragen van goodwill bij praktijkovernames zou verboden moeten worden omdat dit een gezonde markt voor huisartsenzorg in de weg staat”*.

Volgens de meeste respondenten worden de praktijken die vrij komen snel weer opgevuld, met name in regio's waar veel huisartsen een voorkeur voor hebben. Een drietal respondenten stelt dit beeld toch wel bij en ziet dat de opvolging van praktijken heden ten dage toch langer lijkt te duren en er minder animo voor is: *“Voorheen kwamen er 30 sollicitatiebrieven binnen en nu zijn dat er gemiddeld 5”*. Mogelijk heeft dit te maken met de 'luke' markt waarin waarnemers zich bevinden. De respondenten bevestigen ook allen dat het opvullen van met name de nachtdiensten voor veel praktijkhouders (ongeacht de regio) een knelpunt is.

Verandering invulling huisartsenvak

Daarnaast benoemen de respondenten allemaal dat een groot deel van de huisartsen vrouw is en vrijwel altijd parttime wil gaan werken. De vrouwelijke huisarts is daardoor (en mede in relatie tot het moederschap/gezin) minder flexibel vergeleken met een groot deel van de solistische mannelijke huisartsen die binnen nu en vijf jaar met pensioen gaan en de praktijk willen overdragen. Een respondent voegt hieraan toe: *“Om deze praktijken op te volgen geldt er dan zo ongeveer het principe 1 eruit, minimaal 2 erin”*. Maar in het algemeen is ook onder mannelijke huisartsen uit de groep respondenten de trend om parttime te werken en minimaal in een duo-praktijk.

De regio

In de regio's waar minder huisartsen een voorkeur voor lijken te hebben, zien de respondenten die daar nu waarnemen (N=2) dat er een tekort is aan huisartsen en waarnemers. Ook geven zij aan dat praktijkopvolging moeizaam gaat. Voor de komende vijf jaar zijn hierover in het bijzonder zorgen; veel huisartsen zullen met pensioen gaan en zij zijn werkzaam in praktijken die niet aansluiten bij de voorkeuren van de niet-gevestigde huisartsen. Ook lijkt er volgens deze respondenten nog onvoldoende sprake te zijn van een klimaat voor innovatie, hetgeen drempelverhogend kan werken voor de jonge generatie ('nieuwkomers') om zich te vestigen. In deze regio's zien de respondenten ook dat er vaak door onvoldoende aansluiting met het onderwijs (geen directe opleiding/Universiteit in de buurt) te weinig huisartsen blijven 'plakken' en dat de verdere afstand tot de universiteit/huisartsenopleiding volgens sommige respondenten ook een reden is dat nieuwe kennis (evidence-based medicine/nieuwe richtlijnen etc.) minder snel en vanzelfsprekend in praktijken worden geïmplementeerd.

De veranderende zorgvraag

Daarnaast zijn er algemene trends zichtbaar die alle respondenten delen. De zorgvraag is enorm veranderd de laatste jaren en de druk op de huisarts is toegenomen. De huisartsenpraktijk verandert en kent meerdere verantwoordelijkheden: taken verschuiven van de tweede lijn naar de eerste lijn; mondigere patiënten; de zorg voor patiënten met chronische aandoeningen; de verantwoordelijkheid van administratie/contact zorgverzekeraars en het grote aantal patiënten. Ook uit een respondent (inmiddels 22 jaar waarnemer) zorgen over de toegenomen zorg voor ouderen. De respondent geeft aan: *“De bezuinigingen in de ouderenzorg zijn te snel en te ver doorgevoerd en de huisarts vangt nu deze zorg op.”*

De toegenomen verantwoordelijkheden en grootte van de praktijk vragen dus idealiter om meer ondersteunend personeel, verkleining van het patiëntenbestand of samenwerking met andere praktijken. Maar financieel is dit voor praktijkhouders niet altijd een optie en ook is het ondersteunend personeel duur en/of niet makkelijk te vinden.

5.2 De huisarts in opleiding

De ideale loopbaan

De huisartsen in opleiding delen veel van de meningen die we bij de niet-gevestigde huisartsen in voorgaande paragrafen binnen dit hoofdstuk hebben genoteerd. De huisartsen in opleiding zijn het er unaniem over eens dat er op dit moment een gunstige markt voor waarnemen is. De huisartsen in opleiding willen vrijwel allemaal eerst een tijdje waarnemen voordat ze zich gaan vestigen. Uiteindelijk willen de aios zich vrijwel allemaal wel vestigen omdat ze hiermee ook langdurig een band op kunnen bouwen met de patiënt. Echter de werk- en privébalans staat bij de huisartsen voorop, waardoor parttime werken de wens is, evenals het delen van de werklast met collega's in een groepspraktijk. De huisartsen in opleiding zien de toenemende druk op de huisartsenpraktijken en zijn hier zelf huiverig voor. Ook helpt de negativiteit van sommige zittende praktijkhouders niet mee om een positief beeld van een eigen praktijk te krijgen, evenals de moeite van het opvullen van diensten en de vele verantwoordelijkheden die daarbij komen kijken. Ondanks dat lijkt vestigen en ondernemen toch een ambitie van de meeste aios. Een paar aios zien zichzelf echter nog duidelijk niet direct als ondernemer. Dit komt mede omdat het gevoel heerst dat ze nog onvoldoende ondernemende vaardigheden geleerd hebben tijdens de opleiding.

Vestigingsvoorwaarden

De aios willen zich niet zomaar vestigen en stellen duidelijke voorwaarden; waarbij de werk- en privébalans met stip bovenaan staat, alsmede ook de baan van de partner die de doorslag geeft voor de vestigingsplaats. Daarnaast zijn de huisartsen in opleiding het er unaniem over eens dat de reisafstand naar de praktijk (ook voor het bereik van ANW-diensten en zorg voor patiënten thuis) niet langer dan 30 minuten kan zijn. Een gezond financieel klimaat en duidelijkheid van zorgverzekeraars (contracten) is voor sommige respondenten uit deze groep ook een belangrijke eis om zich ergens te vestigen.

Patiëntenpopulatie en regio

Het terugkeren naar de eigen roots is ook onder deze respondenten een bekend thema evenals de keuze voor een 'milde' patiëntenpopulatie in plaats van de mondige patiënt en de stedelijke problematiek. De meeste respondenten uit deze groep kiezen dan ook voor dezelfde regio's. Aangezien ze weten dat er daar toch genoeg werk is, trekken ze niet uit zichzelf (en mede vanwege gezin/baan partner) naar een regio met in hun ogen weinig voorzieningen en/of aanwezigheid van andere huisartsen. De aios voegen toe dat de stap naar een meer afgelegen of onbekende regio vanwege onbekendheid ('koud watervrees') een lastig stap is. Dit ook vanwege het feit dat de respondenten zich zorgen maken of ze in die regio dan wel voldoende steun van andere collega huisartsen zullen ervaren: *"Dadelijk sta ik er alleen voor: wie kan mij vervangen als ik ziek ben en hoe worden de ANW-diensten opgevuld als ik een dag vrij wil zijn?"*

5.3 Samenvatting/reflectie

Samenvattend zijn de belangrijkste bevindingen uit de telefonische interviews en veldconsultaties met (nog) niet-gevestigde huisartsen en aios:

- De algemene trend onder de nieuwe generatie huisartsen is dat zij duidelijke voorkeuren hebben rondom hun werk- en privébalans. Dit uit zich in het begin van de loopbaan vooral in de wens

voor waarnemen (overdag) en parttime werken. De huidige markt voor waarnemers maakt dit ook mogelijk.

- Toch lijkt de ambitie te zijn om op den duur als praktijkhouder aan de slag te gaan, maar dan wel in een duo- of groepspraktijk.
- De vestigingsvoorkeuren zijn veelal afhankelijk van de roots van de huisartsen, de carrière van de partner en de aanwezigheid van voorzieningen in de regio.
- Opvallend is ook dat er een sterke voorkeur is voor een meer 'dorpse' patiëntenpopulatie, in plaats van de doorgaans veeleisende mondige stedelijke populatie.
- De knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg worden volgens de niet-gevestigde huisartsen o.a. veroorzaakt door: een veranderend en toenemend complexer zorglandschap, de organisatie van de huidige praktijken, de feminisering van het huisartsenvak en het bestaan van regio's die in de ogen van (nog) niet-gevestigde huisartsen aan minder van hun voorkeuren voldoen.
- De huisartsen in opleiding delen in grote mate de voorkeuren van de (nog) niet-gevestigde (afgestudeerde) huisartsen. Ook binnen de groep aios is de mate van 'gesetteld zijn' (gezin/huis/baan partner) een bepalende factor voor het vestigingsgedrag van de toekomstige huisarts. Onder deze groep is er ook 'koud watervrees' voor regio's die niet aan hun voorkeuren voldoen, en speelt de locatie van onderwijs in een regio een grote rol om ergens te vestigen.

6 Synthese: oorzaken voor de balans tussen vraag en aanbod op nationaal en regionaal niveau

In dit hoofdstuk worden de voorgaande hoofdstukken gesynthetiseerd, met als doel de oorzaken en gevolgen van de balans tussen vraag en aanbod in onderling verband te beschrijven.

6.1 De huidige balans tussen vraag en aanbod wordt in alle regio's als problematisch ervaren door een combinatie van landelijke ontwikkelingen

Uit hoofdstuk 3 blijkt dat de regio's op een groot aantal balans-indicatoren relatief weinig van elkaar verschillen. Dit betreft cijfermatige indicatoren zoals de capaciteit aan huisartsen en ondersteunend personeel per inwoner, deze capaciteit gerelateerd aan de gedeclareerde kosten voor huisartsenzorg per 10.000 inwoners, en de gemiddelde functiemix van de praktijken. De variatie tussen regio's hierin is gering. Bij de indicatoren die betrekking hebben op de *ervaren* balans zijn wel grotere regio-verschillen te zien. Het gaat hierbij om vier indicatoren voor de ervaren werkdruk per functie en vier indicatoren voor de ervaren werklast op praktijkniveau. Hierop wordt door alle praktijken in alle regio's hoog gescoord. Er zijn echter geen regio's te onderscheiden die op *al* deze indicatoren consequent en consistent hoog scoren. Dat betekent dat de ervaren balans een multi-dimensioneel concept is en regio's hun eigen specifieke patroon aan knelpunten kennen op de verschillende dimensies. Deze patronen zijn per regio te vergelijken in de spinnenweb-diagrammen die in bijlage E van dit rapport zijn opgenomen. Het is dan ook lastig om een absoluut geldende norm te hanteren voor de 'juiste' balans tussen vraag en aanbod; behalve dat het landelijk gemiddelde een 'benchmark' kan zijn voor het onderling vergelijken van regio's.

In de interviews is nader ingegaan op de oorzaken voor deze ervaren knelpunten, waaronder werklast en werkdruk. Daaruit komt ook een eenduidig, landelijk beeld naar voren. Over het algemeen ervaren de ondervraagde huisartsen dat er sprake is van een aanbiedersmarkt voor waarnemers, en dat het praktijkhouderschap door starters momenteel als niet aantrekkelijk beschouwd wordt. Ook in de opleidingsregio's waar relatief veel startende huisartsen aan hun loopbaan beginnen (en de instroom dus relatief groot is), geven praktijken aan dat de werkdruk en werklast hoog is. Het voldoende kunnen bemensen van de huisartsenpraktijk en zorgen over associatie en opvolging worden landelijk door praktijkhouders als belangrijke knelpunten ervaren. In de interviews werd daarnaast ook de tekorten aan ondersteunend personeel benoemd. De landelijk toenemende vraag naar huisartsenzorg en de als 'hoog' ervaren administratieve en organisatorisch lasten dragen hier verder aan bij.

De specifieke 'waarneem-problematiek' speelt eveneens landelijk. Dag- en ANW-diensten zijn in de aanbiedersmarkt momenteel aantrekkelijk voor waarnemende huisartsen, maar niet voor de praktijkhoudende huisartsen. Uit de interviews kwam naar voren dat het verkopen van ANW-diensten door schaarste en een hoog verloop als steeds lastiger en duurder werd bevonden. Dat geldt ook voor het vinden van waarnemers voor dagdiensten. Op langere termijn ervaren praktijkhouders ook nog eens krapte in het aanbod van nieuwe maten of overnamekandidaten.

Mede omdat de waarneem-markt voor hen aantrekkelijk is kiezen startende huisartsen op grote schaal voor een rol als waarnemer en geeft 95% van de huidige aios aan na de opleiding als waarnemer te gaan werken (SBOH, 2017). Ongeacht de regio waar men nu woont en werkt, geven huisartsen aan dat het waarnemen momenteel een aantrekkelijke loopbaaninvulling is om twee redenen. Ten eerste kan men

met het waarnemen de beslissing tot praktijkovername of –associatie uitstellen en zich langer oriënteren voordat men zich vestigt. Veel starters gaven aan dat zij tegen het praktijkhouderschap opzien vanwege de vele, en aan verandering onderhevige, verantwoordelijkheden die daarbij horen. Ten tweede is het waarnemen voor startende huisartsen aantrekkelijk omdat men op een flexibele wijze en in een goede werk-privé-balans het vak in de praktijk verder kan verkennen.

6.2 De toekomstige balans tussen vraag en aanbod kan in een aantal regio's extra onder druk komen te staan door dezelfde combinatie van landelijke ontwikkelingen

Voor een aantal regio's zal de komende vijf jaar de balans tussen vraag en aanbod in een aantal regio's snel veranderen. In onder andere Zeeland, Achterhoek, Drenthe, Drechtsteden en Noord-Holland Noord zal de vraag naar huisartsenzorg snel blijven stijgen terwijl het aanbod aan huisartsen achterblijft. In deze regio's zal een relatief snelle uitstroom van huisartsen plaats vinden (vooral door pensionering), wat waarschijnlijk niet gecompenseerd zal worden door instroom van startende huisartsen. Deze wonen namelijk disproportioneel minder in deze regio's en juist meer in de opleidingsregio's, zoals uit de Pensioenfondsdata is gebleken. De vraag is dan of startende huisartsen bereid zijn om in gebieden zoals Zeeland, Friesland en de Achterhoek, waar de vraag naar huisartsenzorg dus naar verwachting hoog zal worden, te gaan praktiseren. Uit de veldconsultaties blijkt echter dat de bereidheid om zich na de opleiding in andere regio's te vestigen beperkt is. Een belangrijke reden hiervoor is dat er voor startende huisartsen, op dit moment en in alle regio's, voldoende mogelijkheden zijn om in het gebied rond hun huidige woonplaats aan de slag te gaan. Ook speelt bij veel startende huisartsen dat zij rekening houden met de loopbaan en de regiogebondenheid van hun partner/gezin; wat de verhuisgeneigdheid naar andere regio's verder beperkt. En, zoals hiervoor aangegeven, merken praktijkhouders landelijk deze ontwikkeling aan de moeite in het vinden van waarnemers (voor zowel de dag- als ANW-diensten), praktijkopvolgers en nieuwe maten.

De geschetste landelijke ontwikkelingen dragen er dus samen aan bij dat in de genoemde regio's waar de uitstroom van huisartsen hoog zal zijn, de balans tussen vraag en aanbod in de toekomst waarschijnlijk verder onder druk zal komen te staan. Er kan zich daar dan een cumulatie van knelpunten voordoen doordat vraag en aanbod steeds verder uit de pas gaan lopen. Uit de praktijkenquête blijkt dat in de regio's Zeeland, Achterhoek en Friesland naast tekorten in huisartsen ook vaker tekorten worden verwacht aan doktersassistenten en POH's. Opvallend genoeg is de ervaren werkdruk en werklast in deze gebieden niet bovengemiddeld hoog. Echter, zoals hiervoor aangegeven, worden de werkdruk en werklast in het algemeen door de praktijken als hoog ervaren, en zijn de verschillen tussen de regio's hierin relatief klein.

6.3 De verschillende oorzaken voor de (ervaren) balans tussen vraag en aanbod uiteengerafeld

De oorzaken en gevolgen van de ervaren balans tussen vraag en aanbod spelen op verschillende niveaus, op verschillende manieren en werken ook nog eens op elkaar in. Dit maakt het complex deze te overzien en de stap te maken naar mogelijke oplossingen voor de huidige ervaren knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod binnen de huisartsenzorg, en de toekomstige knelpunten die in bepaalde regio's zullen gaan spelen.

Om deze uiteen te rafelen kan ten eerste onderscheid gemaakt worden tussen oorzaken die te maken hebben met landelijke ontwikkelingen aan de ene, en regionale ontwikkelingen aan de andere kant. Een tweede onderscheid is die tussen oorzaken die gerelateerd zijn aan de rolopvattingen en het keuzegedrag van de huisartsen zelf, en oorzaken op systeemniveau die de organisatie en sturing van de huisartsenzorg betreffen. Deze oorzaken worden hieronder nader uitgewerkt zodat ze input kunnen vormen voor het volgende hoofdstuk waarin de oplossingsrichtingen geïnventariseerd worden.

6.3.1 Oorzaken voor de ervaren knelpunten in balans tussen vraag en aanbod die op landelijk niveau spelen

Landelijke ontwikkelingen die de beroepsgroep van huisartsen zelf betreft, in het bijzonder het loopbaangedrag en de loopbaanvoorkeuren van de huidige en nieuwe generatie

Landelijk zijn de huisartsen in Nederland binnen 10 jaar sterk veranderd. De beroepsgroep bestaat tegenwoordig voornamelijk uit vrouwen, die bij voorkeur een duo-praktijk (willen gaan) voeren. Zij vervangen langzaam aan een generatie huisartsen die grotendeels bestaat uit mannen, die voor een deel ook solopraktijken voer(d)en. Dit blijkt uit de veldconsultaties van dit onderzoek, maar wordt ook zichtbaar door de trendcijfers die het Nivel op basis van zijn beroepenregistratie publiceert (zie bijvoorbeeld Van der Velden & Batenburg, 2017; Batenburg, 2016; Batenburg, 2017). Ook blijkt uit de focusgroep met huisartsen in opleiding dat deze ‘nieuwe’ generatie de werk-privé-balans, en de afstemming met hun partner als de belangrijkste criteria zien bij hun verdere loopbaan- en vestigingskeuze. Ditzelfde geldt voor de geconsulteerde groep van (nog) niet-gevestigde huisartsen, die tot maximaal 7 jaar geleden zijn afgestudeerd. Uit de consultatie van de ‘oudere’ generatie bleek dat een aantal van hen eerder koos voor praktijken op basis van beschikbaarheid, waarbij zij waarschijnlijk minder selectief waren wat betreft hun locatiekeuze.

Het is lastig deze generatiewisseling nog weer nader te verklaren uit sociaal-culturele factoren, veranderingen in het onderwijssysteem, veranderende rolopvattingen, etc.. Wel is deze transitie een gegeven dat momenteel doorwerkt in de loopbaan- en locatiekeuze van de nieuwe generatie huisartsen (Schoots, Honkoop, Dunselman & Joziase, 2012). Zij lijken intrinsiek minder bereid te zijn om voor praktijkvestiging naar andere regio's te verhuizen, maar hebben ook een gunstige arbeidsmarktpositie waardoor voor hen de noodzaak daartoe gering is. Dat geldt ook voor het praktijkhouderschap. Zoals eerder aangegeven stellen startende huisartsen het vestigen uit, waarbij speelt dat zij het praktijkhouderschap als onaantrekkelijk beschouwen in het licht van de werk-privé-balans en de verantwoordelijkheden die dit met zich meebrengt. Maar ook qua positie op de arbeidsmarkt is momenteel voor hen het waarnemen aantrekkelijker dan het praktijkhouderschap. Als eerder beschreven biedt het voor velen een mogelijkheid om zich te kunnen oriënteren en ervaring op te doen als huisarts. ‘Interne’ of persoonlijke veranderingen in de voorkeuren en het gedrag van huisartsen staan in zekere zin dus in wisselwerking met ‘externe’ factoren zoals de arbeidsmarktsituatie die de condities voor dat gedrag bepalen.

Landelijke ontwikkelingen m.b.t. het systeem en de organisatie van huisartsenzorg, in het bijzonder de waarneemproblematiek en het praktijkhouderschap

De landelijke trend is dat huisartsenpraktijken te maken hebben met een groei van complexe patiënten en zorgvragen, en dat hun rol zich daarnaast uitbreidt richting het sociaal domein en preventie waarbij intensievere samenwerking met andere zorgverleners in de eerste, tweede en ‘anderhalve’ lijn wordt verlangd. De toename van caseload en taakuitbreiding betreft niet alleen primaire curatieve taken maar juist ‘daar bovenop’ ook administratieve taken. De prognoses uit hoofdstuk drie laten zien dat zowel in de minimale als maximale variant de vraag naar huisartsenzorg in alle AZW-regio's zal toenemen. Deze

ontwikkeling komt terug in de ervaren werkdruk- en werklast zoals gemeten met de praktijkenquête, en de consultaties waarin zowel gevestigde als niet-gevestigde huisartsen aangeven dat zij relatief veel tijd kwijt zijn aan niet-patiëntgebonden taken. In samenhang met de voorgaande ontwikkeling, is het voor praktijkhouders een steeds grotere uitdaging om niet alleen tijdelijk maar ook structureel de bemensing en organisatie van de praktijk af te stemmen op de veranderende zorgvraag. Dit vereist dat zij meer moeten investeren in coördinatie en management, zowel intern in de vorm van 'strategische personeelsplanning' als extern in de samenwerking met andere partijen.

Een ander landelijke ontwikkeling is dat er geen sturing is op de onbedoelde gevolgen van het vrije prijsmechanisme in de markt voor ANW- en dag diensten. De verschillen in tarieven tussen diensten die door gevestigde en niet-gevestigde huisartsen worden gedaan, in combinatie met de daarbij behorende verantwoordelijkheid, wordt door praktijkhouders als ongewenst en demotiverend voor de praktijkvoering en continuering van het praktijkhouderschap ervaren. De niet-gevestigde huisartsen staan gunstiger in deze markt, maar realiseren zich ook welke gevolgen dit meebrengt voor de praktijkhouders.

Veel praktijkhouders noemen het ontbreken van een 'systeem-correctie' als belangrijke oorzaak voor een toegenomen ervaren zwaarte van het praktijkhouderschap en knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod van hun praktijk. De landelijk ervaren schaarste aan waarnemers lijkt tegenstrijdig met de snelle groei van huisartsen dat als waarnemer gaat werken. Maar daarbij moet bedacht worden dat waarnemers per definitie flexibel en mobiel zijn, waardoor ook in gebieden met veel aanbod aan waarnemers het verloop groot is en praktijkhouders steeds weer zoek- en selectiekosten moeten maken. De prijsverschillen in waarneemtarieven tussen regio's wijzen er wel op dat deze samenhangen met het aanbod van niet-gevestigde huisartsen in een bepaalde regio, wat het mechanisme van marktwerking bevestigt.

6.3.2 Oorzaken voor de ervaren knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod die op regionaal niveau spelen

Regionale ontwikkelingen die de beroepsgroep van huisartsen zelf betreft, in het bijzonder het loopbaangedrag en de loopbaanvoorkeuren van de huidige en nieuwe generatie

Eerder beschreven we dat bij startende/niet-gevestigde huisartsen 'intrinsiek' de huidige woonlocatie hen bindt uit het oogpunt van werk-privé afstemming, maar ook dat de voor hen gunstige arbeidsmarkt als 'externe' factor hierin een rol speelt. Door de gunstige waarneemmarkt en het ruime aanbod om te associëren in hun huidige woonregio ervaren zij weinig noodzaak om in een andere regio een praktijk te zoeken. Mogelijk zijn er wel andere redenen tot verhuisbereidheid, bijvoorbeeld wanneer huisartsen en/of hun partner terug zouden willen naar waar ze zijn opgegroeid, of als de partner een flexibele werklocatie kent. Uit de consultaties kwam echter naar voren dat afstemming van de werk-privé-situatie al bij het betreden van de arbeidsmarkt het belangrijkste is bij de locatievoorkeur; wat 'honkvastheid' in de opleidingsregio's in hand werkt.

Deze persoonlijke motieven kunnen nog verder worden versterkt door regio-specifieke kenmerken die een rol spelen bij vestigingsvoorkeuren. Wanneer huisartsen de opleiding afronden wonen zij vaak in of nabij één van de universiteitssteden en hebben daar hun persoonlijk netwerk opgebouwd. Het contrast kan dan groot zijn met regio's die verder liggen van deze steden of de Randstad, een lage bevolkingsdichtheid en/of een lager sociaal-cultureel voorzieningenniveau kennen. Ook speelt mee dat in deze regio's de bedrijvigheid en werkgelegenheid in sectoren buiten de zorg minder groot en divers is, wat van belang is voor de baankansen van eventuele partners van huisartsen die niet in de in de zorg of welzijnssector zijn opgeleid.

Regionale ontwikkelingen m.b.t. betreft het systeem en de organisatie van huisartsenzorg, in het bijzonder de waarneemproblematiek en het praktijkhouderschap

Het vinden van waarnemers en praktijkovername-kandidaten kan mogelijk extra lastig zijn in regio's waar de balans reeds (extra) onder druk staat omdat de zorgvraag in omvang en complexiteit toeneemt én er een relatief hoge uitstroom zal zijn onder huisartsen en ondersteunend personeel. Daarnaast kan in regio's die relatief meer solopraktijken kennen het vinden van opvolging extra lastig zijn omdat de nieuwe generatie huisartsen vooral voorkeur geeft aan het werken in een duo- of groepspraktijk. Tenslotte zijn in bepaalde regio's de afstanden tot de dichtstbijzijnde zorgcollega's relatief groot, terwijl het samenwerken met andere zorgprofessionals een relevant vestigingscriterium is voor startende huisartsen.

Praktijkhouders die in gebieden gevestigd zijn waar één of meerdere van de bovengenoemde zaken van op toepassing zijn, zullen dan ook *extra* moeite hebben met vinden van waarnemers, maten en praktijkopvolgers aangezien dit landelijk al als een knelpunt worden ervaren.

6.4 Conclusie: verschillende oorzaken voor de (ervaren) balans tussen vraag en aanbod vragen om verschillende oplossingsrichtingen

Wanneer we de verschillende type oorzaken en gevolgen van de ervaren knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod overzien, wordt duidelijk dat het zinvol is mogelijke oplossingsrichtingen toe te snijden op de verschillende mechanismen die daarbij spelen. Deze mechanismen zijn hiervoor uitgewerkt en na uiteenrafeling geordend, en dienen daarmee als input voor het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 7) waarin oplossingsrichtingen voor de ervaren knelpunten geïnventariseerd worden.

7 Een inventarisatie van oplossingsrichtingen

In dit hoofdstuk worden verschillende oplossingsrichtingen in kaart gebracht voor de knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod van de Nederlandse huisartsenzorg. Daarbij wordt voortgebouwd op de oorzaken van de knelpunten die in het vorige hoofdstuk (de synthese) die op landelijk niveau en in de regio's zijn beschreven.

7.1 Oplossingsrichtingen voor de ontwikkelingen op landelijk niveau die de balans tussen vraag en aanbod bepalen

In deze paragraaf staan de oplossingsrichtingen centraal voor knelpunten die landelijk spelen rondom de balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg. Deze oplossingsrichtingen zijn gericht op het systeem en de organisatie van huisartsenzorg. Dit betreft de over het algemeen als hoog ervaren werkdruk en werklast in praktijken, de waarneming-problematiek en knelpunten rondom het praktijkhouderschap.

Voor het inventariseren de oplossingsrichtingen is gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Dat zijn (1) oplossingsrichtingen die genoemd worden door beleids- en veldpartijen en waar al op ingezet wordt, (2) oplossingsrichtingen die in de praktijkenquête zijn voorgelegd en (3) oplossingen die opgehaald zijn uit de consultaties met gevestigde en niet-gevestigde huisartsen.

7.1.1 Oplossingsrichtingen waar landelijk op ingezet wordt door beleids- en veldpartijen

Het sturen van de opleidingsinstroom

De landelijke balans op de arbeidsmarkt van de huisartsenzorg in Nederland wordt sinds 1999 door het Capaciteitsorgaan gemonitord, dat driejaarlijks het ministerie van VWS adviseert over de gewenste instroom in de huisartsenopleiding (Capaciteitsorgaan, 2016a; Capaciteitsorgaan, 2016b). Deze instroomregulering is een belangrijk instrument om landelijk evenwicht op de arbeidsmarkt te behouden, maar 'garandeert' niet dat er balans is tussen vraag en aanbod in alle regio's in Nederland. Wel kan gesteld worden dat het op landelijk niveau voldoende opleiden van huisartsen daar een voorwaarde voor is (zie bijvoorbeeld Van der Velden, Hingstman, Kenens & Batenburg, 2011). Voor het landelijke instroomadvies wordt een ramingssysteem en -model gebruikt dat ook wordt toegepast op de andere medisch vervolgopleidingen in Nederland. De basis van dit model is ook in de regionale prognoses van dit onderzoek gebruikt (zie hoofdstuk 2 en 3). In 2011 is het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan flink verhoogd van rond de 550 naar meer dan 700 opleidingsplaatsen. In 2013 en 2016 was op basis van het 'voorkeurscenario' het advies om de instroom op 700 aios huisartsgeneeskunde per jaar te handhaven (Capaciteitsorgaan, 2016a).

Sinds de oprichting van het Capaciteitsorgaan zijn de instroomadviezen overgenomen door het ministerie van VWS maar deze heeft in 2013 en 2016 wel zo'n 50 opleidingsplaatsen meer beschikbaar gesteld dan het instroomadvies. In 2017 waren er 2.200 aios in dienst van de SBOH, nadat er in dat jaar een instroom van 724 nieuwe huisartsen in opleiding is geweest (SBOH, 2017). In het Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019-2022 dat in september 2018 is afgesloten tussen het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, Patiëntenfederatie Nederland, de LHV en InEen (VWS, 2018b) staat over de

opleidingsinstroom: *“Continuering van het beschikbaar stellen van 750 opleidingsplekken voor huisartsen per jaar (...) en ervoor zorgdragen dat de beschikbare plekken goed over het land te verspreiden en volledig te benutten”* (VWS, 2018b, p. 8).

Het inzetten op taakherschikking, competentieontwikkeling en praktijkverkleining

In het Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg worden, in algemene termen, taakherschikking en competentieontwikkeling genoemd als oplossingsrichtingen voor de algemeen ervaren werkdruk- en werklust-problemen in de huisartsenpraktijk. Ten aanzien van taakherschikking staat in het akkoord: *“Beter benutten van de mogelijkheden om ‘andere zorgverleners’ in te zetten in de huisartsenpraktijk of op de huisartsenpost om werkzaamheden van de huisarts over te nemen (praktijkondersteuners, een physician assistant (PA), een verpleegkundig specialist (VS) of een praktijkverpleegkundige)”*. En ten aanzien van competentieontwikkeling wordt de inzet omschreven als *“Aanpassing van de opleiding van de huisarts aan de veranderde zorgvraag van mensen en daarmee de veranderende rol van de huisarts [...] onder ‘andere competenties’ worden genoemd preventie (voeding en leefstijl), samen beslissen, de inzet van innovatie/eHealth, positieve gezondheid en multidisciplinair samenwerken”*. (VWS, 2018b, p. 8).

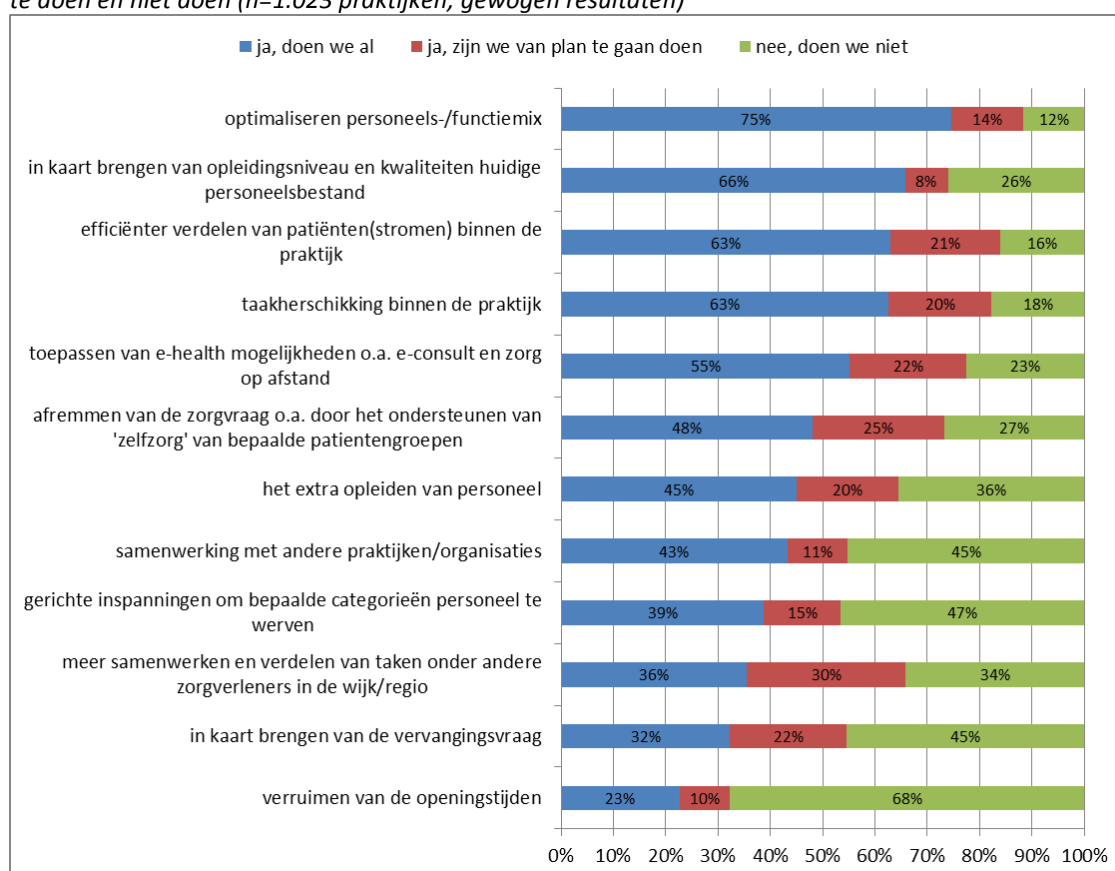
Beide oplossingsrichtingen komen ook terug in de beleidslijnen die de LHV voorstaat. Deze zijn onder andere verwoord door voorzitter Kalsbeek in *Medisch Contact* (Kalsbeek, 2018). Daarin geeft zij aan dat ‘taakherschikking’ inhoudt dat een breed ondersteunend praktijkteam ervoor zorgt dat bepaalde taken aan (para)medisch personeel kan worden gedelegeerd waardoor *“de huisarts fungeert als regisseur en doet alleen die taken waarvoor een huisarts nodig is”*. Daarnaast wordt de inzet van de praktijkmanager genoemd *“om de praktijk organisatorisch, financieel, juridisch en technisch (ICT) in goede banen te leiden”* en *“de samenwerking met externe partijen te stroomlijnen”*. En met betrekking tot ‘competentie-ontwikkeling’ noemt zij dat meer kansen kunnen worden benut wanneer huisartsen meer samenwerken met andere eerstelijns zorgverleners, paramedici en het sociale domein. Ook investering in e-Health wordt genoemd om de werkdruk in de huisartsenpraktijk te verlagen, maar deze oplossingsrichting moet ook *“realistisch zijn in onze verwachtingen”*.

Een derde oplossingsrichting die vanuit de LHV expliciet en met nadruk wordt benoemd is ‘minder patiënten per huisarts’. Verlaging van het aantal patiënten per huisarts – “naar ongeveer 1.800” zo wordt aangegeven – leidt tot minder doorverwijzingen, minder medicatiegebruik, meer tijd voor een “goed gesprek” tussen huisarts en patiënt en meer mogelijkheden voor de huisarts om bijvoorbeeld kleine chirurgische ingrepen en oogonderzoek zelf te doen. Als ‘good’ practice noemt Kalsbeek pilotprojecten in Afferden en de regio Gorinchem genoemd waar zorgverzekeraar VGZ haar vergoedingssysteem zo heeft aangepast dat huisartsen consulten van een kwartier in plaats van 10 minuten kunnen gaan doen en deze praktijken vergoeding krijgen om een dag per week een extra waarnemer aan te stellen. Een andere maatregel die genoemd wordt is dat huisartsen een vast bedrag in plaats van een vergoeding per consult krijgen

7.1.2 Oplossingsrichtingen waar praktijken op inzetten volgens de praktijkenquête

In de uitgezette praktijkenquête is een aantal maatregelen voorgelegd die praktijken kunnen nemen om zich voor te bereiden op hun toekomstige personeelsbehoeften. Een aantal van deze maatregelen zijn gebaseerd op de oplossingsrichtingen die hiervoor al zijn benoemd, zoals taakherschikking, extra opleiden, personeelsplanning, praktijkinrichting en e-Health-mogelijkheden. Ze gaan echter niet in op de specifieke waarneem- en opvolgingsproblematiek. De maatregelen zijn voorgelegd aan het einde van de enquête nadat men de vragen had beantwoord over de algemeen ervaren werkdruk, werklast en capaciteitsknelpunten die in hoofdstuk 3 zijn beschreven. De letterlijke vraag luidde: “Hoe bereidt u zich voor op de toekomstige personeelsbehoefte van uw praktijk? Welke van volgende maatregelen worden al gedaan of bent u van plan te doen?”. Figuur 6.1 toont de resultaten.

Figuur 6.1: Maatregelen die de respondenten van de huisartsenpraktijken aangeven nu al te doen, van plan zijn te doen en niet doen (n=1.023 praktijken; gewogen resultaten)



Een meerderheid van de praktijken geeft aan momenteel al maatregelen te nemen die betrekking hebben op “taakherschikking binnen de praktijk” (63%). Ook worden maatregelen als “het optimaliseren van de personeels- of functiemix” (75%) en “het in kaart brengen van het opleidingsniveau en kwaliteiten van het huidige personeelsbestand” (66%) door een meerderheid genoemd. Ook de maatregelen “extra opleiden van personeel”, “gerichte inspanningen om bepaalde categorieën personeel te werven” en “in kaart brengen van de vervangingsvraag” vallen hieronder, maar deze worden door veel minder praktijken nu al genomen.

Daarnaast zijn er drie maatregelen die aansluiten bij wat in de vorige paragraaf onder het Bestuurlijk akkoord onder ‘competentie-ontwikkeling’ werd genoemd, namelijk:

- “meer samenwerken en verdelen van taken onder andere zorgverleners in de wijk/regio”,
- “samenwerking met andere praktijken/organisaties” en
- “toepassen van e-Health mogelijkheden o.a. e-consult en zorg op afstand”.

Een redelijk deel van de praktijken doet dit momenteel al (36% tot 55%).

En tenslotte zijn er maatregelen die betrekking hebben op betere interne praktijkvoering en – management. Daarvan worden het “efficiënter verdelen van patiënten(stromen) binnen de praktijk” (63%) en het “afremmen van de zorgvraag o.a. door het ondersteunen van 'zelfzorg' van bepaalde patiëntengroepen” (48%) nu al het meest gedaan. Het “verruimen van de openingstijden” wordt door slechts 23% van de respondenten aangekruist als een maatregel die al gedaan wordt, en ook weinigen (10%) zijn dit van plan te gaan doen.

7.1.3 Landelijke oplossingsrichtingen zoals genoemd door de geconsulteerde huisartsen

Uit de interviews met gevestigde en niet-gevestigde huisartsen kwam een groot aantal oplossingsrichtingen voor de landelijk ervaren knelpunten naar voren, die ook hiervoor zijn genoemd. Dit zijn de oplossingen richting taakherschikking, competentie-ontwikkeling en praktijkverkleining. We vatten hieronder samen hoe de huisartsen dit zelf verwoorden en voor zich zien.

Het inzetten op taakherschikking en competentieontwikkeling

De geconsulteerde huisartsen gaven in meerderheid aan dat verdere competentie-ontwikkeling belangrijk is om knelpunten te verkleinen en mogelijk ook voor te zijn. Daarbij gaat het om competenties van henzelf als beroepsgroep en die van het ondersteunend personeel in de praktijk. Specifiek werd (onder meer) het bekwamen in het behandelen van GGZ-gerelateerde klachten genoemd. Ook gaven zowel gevestigde als niet-gevestigde huisartsen aan dat in de opleiding meer (positieve) aandacht zou moeten komen voor competenties rond het praktijkhouderschap en het ‘ondernemen’. Dit zou de opvolgingsproblemen kunnen verkleinen doordat de stap van waarnemer naar praktijkhouder sneller gezet kan worden. Als concreet voorbeeld werd genoemd dat al tijdens de opleiding er meer aandacht komt voor het laten meekijken van aios in management-overleg.

Ook noemden de geconsulteerde huisartsen maatregelen die verband houden met de oplossingsrichting ‘taakherschikking’. In vergelijking met de andere oplossingsrichtingen was dit wel wat minder vaak en uitgebreid. Men beaamt dat ondersteunend personeel steeds meer taken van de huisartsen over kan nemen, nieuwe taken op zich kunnen nemen en complexere functies binnen de praktijk kunnen gaan bekleden. Wel gaf men aan dat daarvoor voldoende ondersteunend personeel opgeleid moet worden, en dat zij beschikbaar en betaalbaar moeten zijn. De uitkomst uit hoofdstuk 3 dat ook onder ondersteunend personeel wervingsproblemen bestaan wordt door de interviews bevestigd.

Het verkleinen van het aantal patiënten per praktijk

De oplossingsrichting die door de LHV wordt voorgestaan, ‘minder patiënten per huisarts’, werd door veel van de geïnterviewde praktijkhouders genoemd. Het verkleinen van de praktijkgrootte en daarmee het aanpassen van de financieringsstructuur ziet men als oplossing om goed om te kunnen gaan met het feit dat nu veel bij de huisarts wordt belegd. Hierdoor gaat voor huisartsen steeds meer tijd zitten in de administratieve kant van het werk. Als voordeel van een kleinere praktijk werd ook genoemd dat men de patiënt beter kent en kan ‘bijhouden’. Een enkele huisarts noemt ook het afremmen van de zorgvraag bij

de patiënt als oplossing, het item dat ook in de praktijkenquête is voorgelegd. Als voorbeeld werd daarbij geopperd om de avond-, nacht- en weekendzorg onder het eigen risico te laten vallen zodat de onnodige toeloop op de huisartsenpost kan worden afgeremd.

Het aanpassen van het allocatie en beloningssysteem van dag- en ANW-diensten

De interviews met gevestigde en niet-gevestigde huisartsen boden de mogelijkheid oplossingsrichtingen voor de ervaren waarneem- en opvolgingsproblematiek te bespreken. De praktijkhoudende huisartsen noemden in dit verband vooral het verschil in verantwoordelijkheid en beloning van dag- en ANW-diensten tussen praktijkhouders en waarnemers als ‘angel’ van het knelpunt. Concreet noemden de praktijkhouders, maar ook de waarnemende huisartsen als oplossingsrichtingen:

- Het aanpassen van de waarneemtarieven en de ‘vrije marktwerking’ hierin, waarbij in de compensatie beter rekening wordt gehouden met de werklast;
- Niet alleen de praktijkhouders maar alle huisartsen moeten een redelijk aantal keer per jaar worden ingeroosterd voor diensten. Inroostering vindt dan plaats bij de bijbehorende posten van de regio waar huisartsen vaak werkzaam zijn en/of wonen;
- De verantwoordelijkheid van de diensten blijft niet bij de praktijkhouder wanneer een dienst verkocht is;
- Het meer opleiden van huisartsen zodat door een overaanbod de schaarste afneemt én de ‘verspreiding’ van waarnemers over het land verbeterd wordt.

Een aantal van deze maatregelen voor het veranderen van het waarneem- en ANW-systeem komen overeen met hoe landelijk door veld- en beleidspartijen hier over gediscussieerd wordt. Zo staat het als één van de onderwerpen op de agenda van ‘denksessies’ die de LHV momenteel over de ‘Toekomst van de huisartsenzorg’ de opties voert. Verschillende oplossingsrichtingen voor de ervaren knelpunten in het huidige dienstensysteem worden daarbij aan de deelnemers voorgelegd bijvoorbeeld de maatregel dat iedere huisarts een quotum van diensten draait (zie Van Driesten & Kraaijeveld, 2018).

7.2 Oplossingsrichtingen om de balans tussen vraag en aanbod in de regio te verbeteren

In deze paragraaf staan de oplossingsrichtingen centraal voor de eerder in hoofdstuk 3 benoemde regio’s waar de knelpunten rond de balans tussen vraag en aanbod in de huisartsenzorg kunnen gaan cumuleren. Het betreft hier de regio’s waar vooral de snelle uitstroom aan huisartsen voor knelpunten zal gaan zorgen, in combinatie met een geringe verhuisbereidheid van startende huisartsen om zich in deze regio te gaan vestigen. De regio’s Zeeland, Achterhoek en Friesland zijn daarbij genoemd, maar het kan ook gaan om andere regio’s die in mindere mate de voorkeur hebben van huisartsen die zich nog moeten vestigen.

Ook voor het inventariseren van oplossingsrichtingen in de regio is gebruik gemaakt van verschillende bronnen. Eerst wordt gekeken naar oplossingsrichtingen die in de internationale wetenschappelijke literatuur worden genoemd om (huis)artsen voor ‘rurale’ of ‘perifere’ regio’s te werven. Daarna wordt beschreven hoe dit zich verhoudt tot wat uit de interviews en veldconsultaties met huisartsen naar voren is gekomen en welke praktijkvoorbeelden er bestaan in bepaalde regio’s in Nederland.

7.2.1 Oplossingsrichtingen voor regio's vanuit de internationale literatuur

Een recent uitgevoerde systematische scoping review '*Rural primary care: A scoping review*' (Bosmans, Boerma & Groenewegen, 2018), uitgevoerd in opdracht van de World Health Organisation (WHO), heeft in kaart gebracht welke strategieën en beleidsopties vanuit de literatuur beschikbaar zijn om het tekort aan zorgpersoneel in 'landelijke' gebieden te bestrijden. Voor deze review is een groot aantal wetenschappelijke literatuur databases systematisch geraadpleegd en is gezocht en geselecteerd op relevante publicaties die wereldwijd in het Engels zijn verschenen in tijdschriften, boeken en conferentiebundels vanaf 2005.

Gezien het feit dat Nederland slechts een klein land is in vergelijking met de landen die in deze review als uitgangspunt zijn genomen, worden in het kader van deze rapportage 'rurale' en 'landelijke' gebieden voornamelijk geïnterpreteerd als zijnde 'gebieden waar minder (startende) huisartsen een voorkeur' voor hebben of wat daarmee parallellen vertoont.

Het resultaat van de scoping review is dat er vier strategieën zijn die ingezet kunnen worden als oplossing voor regionale of lokale tekorten aan huisartsen in 'landelijke' of 'rurale' gebieden, te weten:

1. Het werven en behouden van huisartsen in 'rurale' gebieden;
2. Taakherschikking als aantrekkelijk organisatiemodel voor huisartsen in 'rurale' gebieden;
3. Het mobiliseren van huisartsen die passen bij de patiënten in 'rurale' gebieden;
4. Technische innovaties die het werken in praktijken in 'rurale' gebieden aantrekkelijk en efficiënt maken.

Deze vier strategieën kunnen volgens de review vertaald worden in acht verschillende beleidsopties die bij kunnen dragen aan het terugdringen van lokale tekorten. Hierbij moet aangetekend worden dat de review ook aangeeft dat er nog weinig empirisch bewijs is voor de verschillende beleidsopties en er meer onderzoek nodig is om de effectiviteit van deze maatregelen te toetsen en te kwantificeren. Een aanbeveling die evenwel duidelijk uit de review naar voren komt, is dat het *combineren* van maatregelen waarschijnlijk het meeste effect heeft (vgl. ook Kroezen et al., 2015). Een andere aanbeveling is dat bij het toepassen van de opties steeds rekening gehouden dient te worden met de *lokale* aspecten, uitdagingen en belanghebbenden in de regio van het desbetreffende land.

De acht beleidsopties worden hieronder kort samengevat. Daar waar mogelijk wordt aangegeven wat uit de review naar voren komt aan '*evidence*', de mate van bewijs voor de effectiviteit van de beleidsopties.

1. *Bied praktijken aan waarin taakherschikking goed is ingevoerd.* Een regio kan aantrekkelijk(er) worden voor huisartsen als zij kunnen werken in praktijken waar veel interprofessioneel wordt samengewerkt en er minder strikte functiescheidingen zijn. De huisarts kan in zo'n praktijk veel taken overdragen aan andere functionarissen, zoals bijvoorbeeld de POH of verpleegkundig specialist. En zo met minder werkdruk en meer plezier zijn of haar vak uitoefenen. Uit de scoping review blijkt deze maatregel effectief te zijn. Wel wordt aangegeven dat taakverschuiving in praktijken alleen 'succesvol' kan worden toegepast als de randvoorwaarden daarvoor gerealiseerd zijn, zoals o.a. het bieden van supervisie en helderheid rondom de over te dragen taken en mogelijkheden.
2. *Let bij werving en selectie op de herkomst van huisartsen.* Relatief 'onaantrekkelijke' regio's kunnen juist aantrekkelijk zijn voor huisartsen die hier zijn opgegroeid of er 'geboren en getogen' zijn. Daarom is het zinvol bij het rekruteren of alloceren van toekomstige huisartsen te letten op hun achtergrond en waar zij vandaan komen. De scoping review laat zien dat in verschillende landen het gebied waar huisartsen uit afkomstig zijn een voorspeller is voor waar men later gaat werken. Wanneer toekomstige huisartsen met een 'landelijke' achtergrond dus gericht gestimuleerd worden

om zich te vestigen in de regio waar men is opgegroeid, dan zullen er potentieel meer huisartsen terugkeren naar deze ‘landelijke’ gebieden. Ondanks deze evidentie is de kanttekening bij deze beleidsoptie dat het maar om een kleine groep huisartsen zou kunnen gaan, wat de effectiviteit van deze maatregel beperkt.

3. *Stel huisartsen ‘bloot’ aan het werken in (ogenschijnlijk) minder aantrekkelijke gebieden.* ‘Onbekend maakt onbemind’, dat is het principe van deze beleidsoptie waarbij het (vroegtijdig) ‘blootstellen’ van de (toekomstige) huisarts aan zowel het gebied, als het type zorg en patiënt wat heerst in de ‘landelijke’ gebieden centraal staat. ‘Harde’ bewijzen voor de effectiviteit van deze beleidsoptie bestaan er niet, maar het idee is dat het een effect *kan* hebben. Tijdelijk helpen huisartsen in opleiding de lokale capaciteitsproblemen te verkleinen én ze worden voorbereid op het werk in rurale gebieden mochten zij deze keuze maken.
4. *Bied ‘interventies’ die huisartsen lokaal ondersteunen.* Het bieden van persoonlijke en professionele ondersteuning en support in de regio is het idee achter deze beleidsoptie. De scoping review laat zien dat hierdoor de vooroordelen van het werken ‘in isolatie’ weggenomen kunnen worden, een factor die ervoor zorgt dat huisartsen doorgaans niet graag in landelijke gebieden werken. Vergelijkbaar als bij beleidsoptie 1, is dat in rurale regio’s er meer ingezet wordt op samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en andere zorgprofessionals in eerstelijnszorg; waardoor het vestigen in dat gebied inhoudelijk aantrekkelijker wordt.
5. *Zorg voor mobiliteitsoplossingen in de regio die afstanden overbrugbaar maken.* Deze beleidsoptie zet in op het probleem dat huisartsen de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de ‘landelijke’ of afgelegen gebieden als probleem ervaren en dat dit voor hen het werk zwaarder maakt. Deze optie vergt infrastructurele en logistieke maatregelen en alternatieve vervoersoplossingen.
6. *Zorg voor technische interventies die afstanden ‘irrelevant’ maken.* In navolging van de vorige beleidsoptie, is de huidige (mobiele) technologie bij uitstek geschikt voor huisartsen om op afstand de behandeling en het contact met de patiënt te onderhouden. De review laat zien dat dit een potentiële beleidsoptie is, maar voor sommige technologische toepassingen (zoals diagnose op afstand) is meer onderzoek nodig. Belangrijk bij het implementeren van dergelijke oplossingen in rurale gebieden is dat eindgebruikers (huisartsen én patiënten) betrokken worden bij de ontwikkeling, dat er gezorgd wordt voor voldoende training van gebruikers, dat protocollen en taakverdelingen duidelijk zijn, en dat zij passen binnen het huidige werk.
7. *Zorg voor financiële prikkels.* Deze optie speelt in op de financiële incentives die kunnen leven bij pas afgestudeerde huisartsen. Het gaat uit van het aanbieden van een financiële tegemoetkoming wanneer wordt gekozen voor het praktiseren in landelijke regio’s. Uit de review blijkt dat er weinig bewijs is dat deze beleidsoptie *an sich* effect zal hebben, maar mogelijk wel als het aanvullend wordt ingezet bij andere maatregelen.
8. *Dwing huisartsen om zich daar (tijdelijk) te vestigen waar de nood het hoogst is.* Verdergaand op de beleidsoptie ‘onbekend maakt onbemind’ houdt deze optie in dat huisartsen na hun opleiding gevraagd ofwel gedwongen worden gedurende een bepaalde periode in een bepaald ‘ruraal’ gebied te werken. Dit lijkt één van de meest omstreden beleidsopties omdat het juist ook averechts kan werken en huisartsen van de rurale gebieden kan doen afschrikken. In de reeks van beleidsopties geeft de review ook aan dat dit een ‘noodoplossing’ is die alleen ‘van korte duur’ kan zijn.

Hoewel het empirisch bewijs voor deze beleidsstrategieën nog relatief beperkt is en hun effectiviteit - zeker in de Nederlandse context - nog niet onomstotelijk is aangetoond, zijn de aanwijzingen uit de literatuur wel dat de eerste vier strategieën (blootstelling, taakherschikking, werving en selectie, en lokale ondersteuning) het meest kansrijk zijn voor het verkleinen van knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg. In de volgende paragrafen laten we zien hoe deze vier strategieën in de

Nederlandse context worden toegepast, eerst aan de hand van de interviews en veldconsultaties met de huisartsen, daarna aan de hand van een aantal projecten, programma's en campagnes waar in de regio's op ingezet wordt.

7.2.2 Regionale oplossingsrichtingen zoals genoemd door de geconsulteerde huisartsen

Tijdens alle interviews en consultaties is aan huisartsen gevraagd wat in hun ogen mogelijke oplossingsrichtingen zouden zijn voor de knelpunten en problemen die spelen in de regio's waar minder huisartsen een voorkeur voor hebben. Een grote diversiteit aan maatregelen werd genoemd, die aansluiten bij de vier strategieën die in de paragraaf hiervoor zijn benoemd. Daarnaast zijn enkele oplossingsrichtingen door de huisartsen genoemd die niet één op één te relateren zijn aan de acht beleidsopties die uit de studie voor de WHO naar voren kwamen.

Ad strategie 1: Bied praktijken aan waarin taakherschikking goed is ingevoerd en bied 'interventies' die huisartsen lokaal ondersteunen

Deze maatregelen spreken de niet-gevestigde huisartsen en aios *an sich* aan, maar zij verwachten niet dat dit een stimulans zal zijn om zich in een bepaalde regio te vestigen. De vraag is dan ook of deze maatregelen echt een betere regionale allocatie naar de minder 'populaire' regio's zal bewerkstelligen, temeer taakherschikking in vrijwel alle praktijken al is doorgevoerd. Het is daarmee momenteel dus geen onderscheidend kenmerk van praktijken in bepaalde regio's in Nederland, en het is dus de vraag of dit zal werken als extra stimulans wanneer in een bepaalde regio praktijken zich met nóg meer taakherschikking of ondersteuning aanbieden. Wel geeft een deel van de geïnterviewden aan dat men graag in 'moderne' praktijken wil werken waar de ondersteuning en het management 'goed geregeld' is. Bovendien geven verschillende huisartsen aan behoefte te hebben aan ondersteunend personeel, zeker met alle huidige veranderingen in het zorglandschap.

Wat enkele malen naar voren kwam is dat (toekomstige) huisartsen aangeven er niet "alleen" voor te willen staan, hetgeen soms de associatie lijkt te zijn met de 'landelijke' gebieden. Het verzekeren van voldoende ondersteuning en de aanwezigheid van enkele andere huisartsen om mee te kunnen sparren, wordt in dit kader dan ook als mogelijke oplossingsrichting genoemd.

Ad strategie 2: Let bij werving en selectie op de herkomst van huisartsen

Ook geven enkele ondervraagden aan dat er eerder in de opleiding gelet kan worden op de achtergrond van huisartsen, bij voorkeur al in de fase van de basisopleiding. Aangezien, zoals hierboven reeds genoemd, aios tijdens de huisartsenopleiding vaak al settelen of gesetteld zijn, is het volgens hen aan te bevelen om diegenen die uit een minder gekozen regio komen met zekerheid de huisartsopleiding in de buurt van die regio's te laten volgen. Nog een stap verder zou zijn dit allocatieprincipe al toe te passen in de geneeskundeopleiding. De geïnterviewde aios voor dit onderzoek zijn niet zonder meer voorstander van dit idee, maar geven wel aan dat 'terugkeren naar hun roots', zoals ook beschreven in hoofdstuk 5, een motivatie kan zijn bij locatie- en loopbaankeuze.

Ad strategie 3: Stel huisartsen 'bloot' aan het werken in (ogenschijnlijk) minder aantrekkelijke gebieden

Verschillende huisartsen geven aan dat meer gelet moet worden op het principe 'onbekend maakt onbemind'. Zodra huisartsen in opleiding in een 'impopulair' gebied praktiseren zullen zij daar toch mogelijk kunnen aarden, zeker als ze daar hun partner ontmoeten en kunnen 'blijven hangen'. In dit verband noemen huisartsen, en in het bijzonder zij die in opleiding zijn, dan ook dat een mogelijke oplossing vooral ligt in het *tijdig* blootstellen van huisartsen aan een regio. Op het moment dat er met de huisartsenopleiding wordt gestart zijn veel van de huisartsen in opleiding reeds gesetteld, met een partner met een eigen carrière en wellicht al (schoolgaande) kinderen. Door men al eerder in de opleidingsfase kennis te laten maken met een regio waar minder huisartsen een voorkeur voor hebben, kan worden gestimuleerd dat de privé-nesteling ook plaatsvindt in die regio, dan wel in de omgeving daarvan.

In lijn hiermee wordt het dan ook toegejuicht dat er nu meer locaties zijn waar de huisartsopleiding gevolgd kan worden dan voorheen (naast de UMC-locaties ook Eindhoven en Zwolle). Als extra maatregel noemen de huisartsen in opleiding dat er wellicht nog meer dependances in het leven geroepen kunnen worden, en nog verregaander: dat er zelfs al tijdens de basisopleiding tot arts meer aandacht is voor verschillende gebieden.

Een aantal praktijkhouders die zelf praktiseren in de regio's waar minder huisartsen over het algemeen een voorkeur voor hebben, pleiten voor een financiële tegemoetkoming voor huisartsen die zich daar willen vestigen. Zij geven aan dat deze vorm van 'arbeidsmarkttoeslag' niet standaard zou moeten zijn, maar gezien de zorgen die zij zich maken over praktijkovername in hun regio zou 'nood breekt wet' gelden. De niet-gevestigde huisartsen en aios gaven in de interviews echter aan dat zij denken dat 'geld niet helpt'. Zeker niet in de huidige (markt) situatie waarin zij zien dat er volop mogelijkheden zijn om waar te nemen in de regio waar hun voorkeur naar uit gaat.

7.2.3 Praktijkvoorbeelden van regionale oplossingsrichtingen voor knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod in de huisartsenzorg

Literatuur, media-analyse en consultaties met verschillende partijen voor dit onderzoek leverden een aantal initiatieven op die nu of in de afgelopen jaren zijn genomen door de verschillende partijen in de regio. Zonder daarbij compleet en actueel te kunnen zijn, zijn deze hieronder geordend naar de strategieën die in paragraaf 7.2.1. zijn opgesomd.

Ad strategie 3: 'Stel huisartsen 'bloot' aan het werken in (ogenschijnlijk) minder aantrekkelijke gebieden':

- In 2015 is door de Huisartsenopleiding Nederland (HON) een nieuw verdeelmodel voor de opleidingsplekken voor huisartsgeneeskunde ingevoerd. Tot die tijd kon een sollicitant zich op slechts één plek aanmelden waardoor vooral de opleidingen in het westen van Nederland een groot overschot aan kandidaten kregen. De opleidingsplekken in de andere regio's werden daarentegen suboptimaal bezet. Met het nieuwe systeem zijn alle sollicitatieprocedures samengevoegd tot één landelijke procedure. Nu kan men zoveel voorkeuren opgeven als men wil en wanneer de sollicitant op de eerste voorkeur wordt uitgeloot worden de volgende voorkeuren afgelopen. Het principe is dat men vaker de eerste voorkeurslocatie toegewezen krijgt wanneer men meer opties aangeeft waar men de opleiding zou willen volgen (HON, 2018).
- De 'blootstelling' van beginnende huisartsen aan bepaalde regio's is ook gestimuleerd door het instellen van meer locaties voor de huisartsopleiding ('dependances'). Zo is in 2013 een dependance van de huisartsopleiding in Zwolle geopend. Eén van de doelen was destijds de

moeilijkheden bij het vinden van opvolging in gebieden rondom Zwolle te verkleinen (Capaciteitsorgaan, 2016b). Overigens blijft in het nieuwe systeem het aantal opleidingsplekken per locatie bepaald op basis van het aantal inwoners in het ‘verzorgingsgebied’ van de betreffende locatie (Capaciteitsorgaan, 2016b; HON, 2018).

Ad ‘overige strategieën’:

- Een specifiek voorbeeld van de beleidsoptie ‘*bied ‘interventies’ die huisartsen lokaal ondersteunen*’ is Dokterszorg Friesland (<https://www.dokterszorg.nl/>). Dokterszorg Friesland “ontwikkelt moderne diensten en producten die huisartsen ondersteunen en ontzorgen. Door te zorgen voor actuele kennis en advies kan de huisarts zijn praktijk toekomstgericht beheren en ontwikkelen”. Het speelt expliciet in op de geringe toestroom van jonge huisartsen die zich in Friesland willen vestigen en door huisartsen in Friesland “zodanig te ondersteunen dat zij zich zo goed mogelijk kunnen richten op hun medische professie”.
- De Doktersdienst Groningen is een vergelijkbaar voorbeeld: (<https://www.doktersdienstgroningen.nl/>).
- De Friesland Zorgverzekeraar biedt startende en stoppende huisartsen in Friesland ondersteuning, o.a. door transitimanagers aan te bieden aan huisartsen die hun praktijk willen overdragen, en door beginnende huisartsen te koppelen aan meer ervaren huisartsen die de rol van mentor vervullen (zie <https://www.lc.nl/friesland/Maatregel-tegen-tekort-ervaren-huisarts-helpt-beginnende-collega-23132254.html>).
- De afgelopen jaren zijn daarnaast enkele imago-campagnes gestart om meer huisartsen te trekken naar bijvoorbeeld Zeeland (zie <http://www.huisartsopleidingzeeland.nl/>) en Friesland (www.11huisartsen.frl). Hiertoe behoren ook initiatieven om meer baankansen in de regio te creëren voor de (veelal hoogopgeleide) partners van huisartsen. De geïnterviewde huisartsen zijn bekend met deze campagnes, en hoewel de reacties hierop wisselend zijn, vraagt men zich over het algemeen af of deze campagnes een structureel en groot effect zullen hebben aangezien het voor veel startende huisartsen toch een drempel zal zijn om naar de perifere gebieden te vertrekken als zij daar al niet vandaan komen (zie strategie 2: *Let bij werving en selectie op de herkomst van huisartsen*). Het creëren van voldoende carrièrekansen voor de partner wordt echter wel expliciet vaker als oplossingsrichting benoemd door de huisartsen. Hetgeen de welwillendheid om te verhuizen naar een andere (impopulaire) regio mogelijk zou kunnen verhogen aangezien dit, zoals eerder ook al bleek, voor veel huisartsen een reden is om zich tot een bepaalde regio (veelal Randstad) te committeren.

7.3 Samenvatting/reflectie

Samenvattend zijn de belangrijkste bevindingen rondom de potentiële oplossingsrichtingen voor de ervaren knelpunten tussen vraag en aanbod van de Nederlandse huisartsenzorg als volgt:

- Wat betreft de algemeen ervaren knelpunten rond de balans tussen vraag en aanbod
 - Wordt door de ondervraagde huisartsen vooral gewezen op het aanpassen van de landelijke structuur van ANW-diensten en de daar bijbehorende financiering en verantwoordelijkheidsverdeling;
 - Meer aandacht voor ondernemerschap in opleiding;
 - En meer inzet op taakherschikking en competentieontwikkeling van alle functies in de huisartsenpraktijk.

- Wat betreft de regio-specifieke knelpunten rond de balans tussen vraag en aanbod:
 - Biedt de literatuur een achttal beleidsopties om meer huisartsen naar gebieden te trekken waar minder huisartsen een voorkeur voor hebben. Aanbevolen wordt om deze waar mogelijk te combineren.
 - Met name het (vroegtijdig) blootstellen van huisartsen aan minder populaire gebieden, en het bieden van mogelijkheden voor de partner en het gezin zijn door de ondervraagde huisartsen geopperd als potentiële oplossingsrichtingen.
 - De huidige praktijk kent ook al enkele voorbeelden van oplossingsrichtingen, zoals imago-campagnes en dependances van de huisartsenopleiding Nederland.

8 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk worden de drie centrale vragen van dit onderzoek herhaald en beantwoord. Ook worden de opbrengsten en beperkingen van het onderzoek besproken. Tot slot volgt een conclusie, met het doel enkele aanbevelingen voor de toekomstige balans van de Nederlandse huisartsenzorg te formuleren.

8.1 De beantwoording van de onderzoeksvragen

De eerste centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek luidde:

“Hoe is de verhouding tussen vraag naar en aanbod van huisartsenzorg in de verschillende gebieden van Nederland? In welke gebieden zien we dat vraag en aanbod in balans zijn en in welke gebieden juist niet?”

Uit dit onderzoek blijkt dat regio's op een aantal 'objectieve' balans-indicatoren relatief weinig van elkaar verschillen. Dit betreft de capaciteit aan huisartsen en ondersteunend personeel per inwoner, de capaciteit gerelateerd aan de gedeclareerde kosten voor huisartsenzorg, en de gemiddelde functiemix van de praktijken. Ook hoe de balans tussen vraag en aanbod door praktijken en praktijkhouders wordt ervaren laat relatief weinig regionale verschillen zien. De werkdruk en werklast wordt over het algemeen als hoog beoordeeld.

Wel geven de praktijken in een aantal AZW-regio's veel vaker dan gemiddeld aan tekorten te verwachten aan huisartsen, doktersassistenten en praktijkondersteuners. Dit zijn regio's waar speelt dat de zorgvraag snel toeneemt door een relatief snel vergrijzende bevolking, in combinatie met (1) een relatief hoog verloop onder huisartsen die richting pensioen gaan en (2) een relatief lage instroom van jonge huisartsen om deze uitstroom te compenseren. Dit betreft de regio's Zeeland, Achterhoek, Drenthe, Drechtsteden en Noord-Holland Noord.

Op basis van de databestanden van Vektis en de Stichting Pensioenfonds Huisartsenzorg zijn prognoses ontwikkeld voor de verwachte balans tussen vraag en aanbod van huisartsen. De verschillende scenario's rondom de vraagontwikkeling hebben in de minimale variant een balans als uitkomst en in de maximale variant een tekort. Op regionaal niveau geldt dat in sommige AZW-regio's (Zeeland, Achterhoek, Friesland, IJssel-Vecht, Drechtsteden, Noord-Holland Noord en Drenthe) de prognoses ook in het minimale scenario een tekort aan huisartsen tonen. In vijf van deze regio's (Zeeland, Achterhoek, Drechtsteden, Noord-Holland Noord en Drenthe) geven de praktijken aan ook grote tekorten te verwachten. De kans op spanning in de toekomst op de balans tussen vraag en aanbod van huisartsen is in deze regio's erg groot, en preventieve acties om de continuïteit van zorg te bewaken zijn van groot belang.

Als we de gemeten en ervaren balans tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg voor nu en in de nabije toekomst tegen elkaar afzetten, kennen alle regio's hun eigen profiel. Deze regio-profielen zijn als Bijlage E in dit rapport opgenomen zodat beleidsmakers, zorgverleners en zorgverzekeraars voor hun eigen regio kunnen bepalen hoe zij ervoor staan en welke acties hierop ondernomen zouden kunnen worden.

Kijken we naar de toekomst, dan zijn voor veel AZW-regio's in de komende 5 en zeker in de komende 10 jaar, in toenemende mate knelpunten te verwachten in de balans tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg door een groeiende zorgvraag en een achterblijvend aanbod.

De tweede centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek luidde:

“Wat zijn de bepalende factoren voor huisartsen om wel of juist niet in een bepaald gebied of in een (bepaalde) praktijk te willen werken? (push- en pullfactoren)”

Tot bepalende factoren voor huisartsen om wel of juist niet in een bepaald gebied te willen werken behoren vooral de (carrière)mogelijkheden en omgevingsvoorzieningen voor de partner/het gezin. De nabijheid van familie wordt in dit verband tevens als belangrijk genoemd. Dit blijkt uit de (groeps)interviews met huisartsen in opleiding en niet-gevestigde huisartsen die veelal op waarneembasis werkzaam zijn. Als bepalende factoren om in een bepaalde praktijk te werken geven de niet-gevestigde huisartsen en aios ook aan dat een gezonde werk-privé balans zwaar meeweegt. De mogelijkheid tot parttime werken is hierbij belangrijk. Bij voorkeur werkt men in een duo- of groepspraktijk. Ook een goede organisatie van de praktijk, een fijne werksfeer en het type patiëntenpopulatie (gemixt) zijn bepalende factoren.

Omdat niet-gevestigde huisartsen in een relatief gunstige arbeidsmarktsituatie verkeren, kunnen zij hun voorkeuren vaak ook verwezenlijken. Veel van hen werken dan ook op parttime- en waarneembasis in de regio waar ze zijn opgeleid of reeds woonachtig waren. Het praktijkhouderschap stelt men veelal uit. Omdat er momenteel een aanbiedersmarkt voor waarnemers bestaat kan dit ook. Door waar te nemen kunnen startende huisartsen zich oriënteren op het soort gebied en soort praktijk waar zij idealiter willen werken.

Daarbij wordt praktijkhouderschap door starters momenteel als niet aantrekkelijk beschouwd. Landelijk ervaren praktijkhouders problemen rondom het op peil houden van hun huisartsencapaciteit, praktijkopvolging en het vinden van waarnemers voor zowel dag- als ANW-diensten. Gevestigde huisartsen ervaren sterk de nadelen van de aanbiedersmarkt voor waarneemdiensten, het verschil in beloning tussen diensten die zij en waarnemers doen. De landelijk toenemende vraag naar huisartsenzorg en de als ‘hoog’ ervaren administratieve en organisatorische lasten dragen daar verder aan bij. Hierdoor zijn startende huisartsen, momenteel, minder snel geneigd zelf praktijkhouder te worden.

De derde centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek luidde:

“Welke oplossingsrichtingen kunnen bijdragen aan een beter evenwicht tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg over het land?”

Voor het in kaart brengen van oplossingsrichtingen is enerzijds een onderscheid gemaakt tussen knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod die landelijke oorzaken hebben en knelpunten die regio-specifiek zijn. De landelijk en algemeen ervaren knelpunten hebben hun oorzaak in het feit dat startende huisartsen het praktijkhouderschap kunnen uitstellen, parttime en in partnerschap met minstens één collega-huisarts willen werken, de carrière van hun partner ook meewegen in hun keuzes, en geen prikkel hebben om in andere regio's te gaan praktiseren dan waar zij nu wonen. Daarnaast is, zoals ook eerder benoemd, het praktijkhouderschap relatief minder aantrekkelijk door de extra taken en verantwoordelijkheden die dit met zich meebrengt (waaronder de ANW-diensten) zonder dat het financieel aantrekkelijker is dan waarnemen. Het oplossen van deze knelpunten is lastig, omdat veel hiervan samenhangen met een generatiewisseling die zich voltrekt en het de vraag is of men de intrinsiek-persoonlijke voorkeuren van huisartsen kan en moet veranderen. Wel kunnen maatregelen worden genomen rond het systeem of de context waarin huisartsen hun loopbaan- en locatiekeuze maken. Zo zou het praktijkhouderschap voor startende huisartsen aantrekkelijker kunnen worden gemaakt en zouden zij beter kunnen worden ondersteund. Daarnaast zijn oplossingsrichtingen mogelijk rond het herstellen van de disbalans tussen vraag en aanbod op de markt voor waarneemdiensten. Dat kan bijvoorbeeld het

centraler of anders sturen van de verdeling van waarneemdiensten over gevestigde en niet-gevestigde huisartsen.

Regio-specifieke knelpunten hebben hun oorzaak in het feit dat de hiervoor genoemde landelijke ontwikkelingen in bepaalde gebieden *cumuleren*. Dit betreft regio's waar de uitstroom van huisartsen relatief hoog is en waarvoor startende huisartsen om verschillende redenen weinig vestigingsvoorkeuren hebben. Oplossingsrichtingen die al toegepast en verder verkend kunnen worden zijn aios en pas afgestudeerde huisartsen eerder en meer kennis laten maken met het praktiseren in deze regio's, en huisartsenpraktijken voor jonge huisartsen aantrekkelijker maken door deze in meer multidisciplinaire samenwerkingsverbanden te organiseren. Ook kan meer en eerder in de opleiding ingespeeld worden op de herkomst van jonge huisartsen wanneer die in of nabij deze regio's ligt. Dat laatste blijkt in andere landen één van de relatief meest succesvolle strategieën te zijn, huisartsen extra stimuleren in de buurt van hun *roots* te gaan praktiseren. Over het algemeen is het van belang om voor de regio-specifieke knelpunten uit te gaan van een combinatie van oplossingsrichtingen, mede omdat oorzaken op meerdere niveaus en via meerdere mechanismen hun uitwerking hebben.

8.2 De opbrengsten en beperkingen van het onderzoek

Voor dit onderzoek zijn zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens verzameld en is ingegaan op de objectieve en subjectieve meting van de balans tussen vraag en aanbod van huisartsenzorg in Nederland. Door verschillende bronnen en methoden te combineren en uitkomsten te synthetiseren is geprobeerd een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van dit complexe onderwerp. 'De balans' tussen vraag en aanbod is zowel op landelijk als regionaal niveau beschreven. Dit is van belang omdat het gedrag van huisartsen met betrekking tot hun loopbaan en werklocatie samenhangt met de context waarin zij zich bevinden. Dit complexe samenspel van persoonlijke en context-gevoelige overwegingen komt uit dit onderzoek naar voren; zonder dat het daarmee een volledige verklaring geeft en daarmee 'de oplossing' voor de beschreven knelpunten biedt. Nader onderzoek is daarvoor nodig, maar ook concreet vervolg op de bevindingen van dit onderzoek door alle relevante veldpartijen op nationaal en regionaal niveau. Alleen door oplossingsrichtingen concreet te verkennen en maatregelen te nemen wordt immers duidelijk of deze werken en navolging of uitrol verdienen.

In dit onderzoek zijn veel bronnen gebruikt maar deze kennen ook beperkingen. Zo bleken niet alle secundaire data van het CBS, Vektis en Pensionfonds even goed uit te splitsen naar de verschillende functies in de huisartsenpraktijk en/of AZW-regio's. De praktijkenquête leverde een respons van circa 1.100 praktijken op, waarmee voldoende data beschikbaar is om op het niveau van de 28 AZW-regio's uitspraken te doen. Er zijn echter ook verschillen *binnen* deze regio's; zo kan een groot capaciteitsprobleem spelen in een wijk of dorp binnen een regio met relatief weinig problemen, en andersom. In de analyses is rekening gehouden met de praktijkvariatie binnen de regio's, maar verdere uitsplitsing op gemeenten of buurniveau is met de enquêtedata niet verantwoord mogelijk.

Wat betreft de interviews is het een keuze geweest om deze te focussen op de huisarts, in plaats van op het gehele huisartsteam. Het loopbaan- en vestigingsgedrag van ondersteunend personeel is niet nader onderzocht, terwijl uit onderzoek blijkt dat hun capaciteit, inzet en beschikbaarheid van even grote waarde is voor de huisartsenpraktijk. Ook deze functies ervaren werkdruk, zo wordt die volgens de praktijkenquête voor doktersassistenten op een zelfde niveau ingeschat als voor huisartsen. En ook worden op korte termijn al grote tekorten verwacht aan doktersassistenten en aan praktijkondersteuners. Of er voldoende capaciteit aan ondersteunend personeel in de huisartsenpraktijk is, is dus een factor van belang en tevens een belangrijke randvoorwaarde voor taakherschikking als oplossingsrichting. Het

verdient dan ook aanbeveling om de databronnen in de toekomst ook steeds beter toe te spitsen op het ondersteunend personeel.

Wat betreft de (groeps)interviews spelen ook nog andere voor- én nadelen. De uitkomsten hiervan zijn niet representatief voor de gehele beroepsgroep, maar ze geven wel richting. Ze zijn gebruikt om de resultaten van de kwantitatieve analyses nader te duiden, door onduidelijkheden te verhelderen en argumenten achter trends en scenario's te verdiepen. In het kwalitatieve onderdeel van het onderzoek is het perspectief van de huisarts in loondienst (HID(HA)) echter beperkt naar voren gekomen. Gelijktijdig met dit onderzoek heeft er ook een studie van het Sociaal Fonds Gezondheidscentra (SSFG) plaatsgevonden naar het inkomen en de ervaren voor- en nadelen van het werken in gezondheidscentra (SSFG 2018). Deze studie kan aanvullend zijn aan dit onderzoek.

Met dit onderzoek is de landelijke dataverzameling onder huisartsenpraktijken die het Nivel sinds 2008 heeft opgezet verder versterkt. Daarbij is de praktijkenquête ingezet om de gehele *skill-mix* te inventariseren. Met de enquête is veel informatie opgehaald over zowel de Nederlandse huisartsen, als het ondersteunend personeel dat werkzaam is in de huisartsenpraktijk, uitgesplitst naar de 28 AZW-regio's. Daarentegen kent de enquête ook enkele beperkingen. Zo is de vragenlijst voor elke praktijk door één persoon ingevuld namens de gehele huisartsenpraktijk. Daarbij was voor de onderzoekers onbekend welke functie deze persoon binnen de praktijk had. Met name bij vragen die bijvoorbeeld een perceptie van werkdruk meten, betekent dit dus dat er sprake is van een subjectieve inschatting van één respondent voor andere personen in de praktijk. Daarnaast bleken een aantal vragen in de praktijkenquête lastig te beantwoorden. Dit zijn vragen bijvoorbeeld over FTE's, waarbij respondenten schattingen hebben gemaakt of vragen hebben overgeslagen. Om hiervoor te corrigeren zijn de antwoorden dan ook nauwkeurig geschoond en gewogen (zie ook Bijlage B).

8.3 Conclusies en aanbevelingen

Uit alle onderdelen van dit onderzoek komt op landelijk niveau het beeld naar voren dat huisartsenpraktijken in Nederland een grote werkdruk ervaren en tekorten voorzien. Alle praktijken hebben aan de ene kant te maken met een toenemende zorgvraag vanuit hun patiëntenpopulatie, door verschuiving van zorg van de tweede naar eerste lijn en een grotere betrokkenheid bij het sociaal domein. Aan de andere kant hebben gevestigde huisartsen moeite met het vinden van waarnemers, opvolgers, maten en ondersteunend personeel.

De oorzaken van deze landelijke knelpunten zijn divers, spelen op verschillende niveaus, en houden onderling verband met elkaar. Dat maakt het afwegen van de verschillende oplossingsrichtingen die met dit onderzoek geïnterviewd zijn, of het kiezen voor één oplossingsrichting, lastig en complex. Het 'afremmen' van de zorgvraag is een mogelijke oplossingsrichting, maar wordt niet vaak genoemd omdat het wringt met de poortwachtersfunctie van de huisarts en de generalistische grondslag van het vak – namelijk dat alle patiënten met alle type klachten en aandoeningen altijd terecht moeten kunnen bij de huisarts. Wel geven praktijken aan bezig te zijn met het stroomlijnen en anders organiseren van patiëntenstromen. Het vergroten van de beschikbare capaciteit van de huisartspraktijk werd in dit onderzoek daarentegen wel vaak als oplossingsrichting genoemd. Eén vorm hiervan is het meer opleiden van huisartsen en ondersteunend personeel. Dit heeft echter pas na een bepaalde periode effect terwijl voor bepaalde regio's er al in 2019 al tekorten verwacht worden aan huisartsen, doktersassistenten en (in wat minder mate) praktijkondersteuners. Daarom zou ook een vergrote inzet van praktijkmanagers, verpleegkundig specialisten en physician assistants de capaciteitsknelpunten op praktijkniveau kunnen verlichten. Uiteraard vergt dit voldoende draagvlak, randvoorwaarden en ruimte voor deze manier van

praktijkuitbreiding en nieuwe vormen van taakdelegatie, taakherschikking of *'job carving'*. Een andere vaak genoemde manier om de beschikbare capaciteit van huisartsen te vergroten is de administratieve last te verlichten, waardoor zij een groter deel van de werkzame uren aan patiëntgebonden taken kunnen besteden. Tenslotte komt uit dit onderzoek naar voren dat het aanpassen van de wijze waarop de ANW-diensten op dit moment georganiseerd ook kan bijdragen aan de knelpunten waar praktijkhouders mee te maken hebben. Door de 'aanbiedersmarkt' die momenteel heerst moeten praktijkhouders soms hoge bedragen betalen om hun dag- en ANW-diensten te kunnen laten overnemen, waarbij zij wel verantwoordelijk blijven voor de organisatie van diensten die uitbesteed zijn. Een aanpassing van het huidige systeem voor waarnemingen – op welke manier dan ook – kan de ervaren werkdruk bij de praktijkhouders reduceren, hetgeen het praktijkhouderschap ook weer voor nog niet gevestigde huisartsen aantrekkelijker maakt.

De trends die in dit onderzoek op landelijk niveau zijn beschreven kunnen input geven aan de landelijke raming en instroomadvies dat in 2019 weer door het Capaciteitsorgaan zal worden opgesteld. Dat geldt met name voor de bevinding dat de nieuwe generatie structureel op een minder lange werkweek lijkt in te zetten, wat een 'trendbreuk' in het aantal FTE of uren zou kunnen betekenen. De vraag blijft evenwel of de wens tot parttime of minder werken ook gerealiseerd kan en zal worden. Maar als de voorkeur voor het praktijkhouderschap verder blijft afnemen ten gunste van het (structureel) waarnemerschap, dan draagt dit verder aan het meer parttime werken onder huisartsen bij. Dit onderzoek laat zien dat de nieuwe generatie huisartsen niet alleen sterke opvattingen heeft over de omvang van de werkweek, maar ook dat zij zich veelal laten leiden door de mogelijkheden voor het gezin/de partner in de omgeving van een praktijk. Door hier eerder rekening mee te houden, bij voorkeur al tijdens de huisartsopleiding (of zelfs daarvoor), zou dit ertoe kunnen leiden dat bepaalde regio's mogelijk meer instroom zullen kennen.

Daarmee keren we terug naar de aanleiding van dit onderzoek en de balans tussen vraag- en aanbodanalyses die voor dit onderzoek op regionaal niveau zijn uitgevoerd. We vonden dat er maar een paar regio's aan te wijzen zijn waar *alle* indicatoren voor de balans tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg dezelfde kant op wijzen, behalve in de AZW-regio's Zeeland, Achterhoek, Drechtsteden, Noord-Holland Noord en Drenthe. Voor deze regio's liggen potentiële oplossingsrichtingen voor het aantrekken van nog niet gevestigde huisartsen vooral in het (vroegtijdig) blootstellen van huisartsen aan het werken in hun gebieden, en het bieden van mogelijkheden voor de partner en het gezin. Voor alle andere 23 AZW-regio's geldt dat 'balans' een multi-dimensioneel begrip is en regio's zeer kunnen verschillen in hun profiel van knelpunten. Die knelpunten vragen ieder een eigen (combinatie van) oplossingsrichtingen. Er zijn veel gemeenschappelijke oorzaken die tot de ervaren knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod leiden; maar dit kan in elke regio tot een eigen 'probleemconstellatie' leiden. Daarom is ook voor elke regio een apart profiel opgesteld. Met alle genoemde oplossingsrichtingen kunnen partijen in de regio's mee aan de slag, daarbij rekening houdend met hun eigen 'couleur locale'. Zij hoeven zich daarbij natuurlijk niet tot de AZW-regio-indeling te beperken die in dit onderzoek is gehanteerd. Clusters van regio's zouden samen op kunnen trekken, zeker als ze gemeenschappelijke knelpunt-profielen hebben. Ook kunnen regio's van andere regio's leren als zij een zelfde profiel hebben, maar andere oplossingsrichtingen verkennen of inzetten om knelpunten in de balans tussen vraag en aanbod aan te pakken.

Referenties

- AZW. (2017). Regionaal tabellenboek 2017. Utrecht: Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW). Geraadpleegd van <https://www.azwinfo.nl/documents/Regionale-publicaties>
- Batenburg, R. (2016). Praktijkovername in de eerste lijn: huisartsen, tandartsen en apothekers over hun overnamewensen als praktijkhouder of praktijkzoeker. Utrecht: Nivel.
- Batenburg, R. (2017). De rollen omgedraaid: veertig jaar NIVEL beroepenregistraties. *Huisarts en Wetenschap*, 60(9), 429.
- Bies, G. (2017, 30 september). Acut tekort aan huisartsen: 'Het is crisis'. *Leeuwarder Courant*. Geraadpleegd van <https://www.lc.nl/friesland/Acut-tekort-aan-huisartsen-in-Leeuwarden-Het-is-crisis-22538683.html>
- Boekee, S., Hoekstra, H. (2018). Meer tijd voor de patiënt. Enschede: Newcom Research & Consultancy B.V.
- Bosmans, M.W.G., Boerma, W.G.W., Groenewegen, P.P. (2018). Rural primary care: A scoping review. Utrecht: Nivel (*te verschijnen*).
- Capaciteitsorgaan (2016a). Capaciteitsplan 2016: Deelrapport 2 – Huisartsgeneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan.
- Capaciteitsorgaan (2016b). Capaciteitsplan 2016; Bijlagen Deelrapport 2 – Huisartsgeneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan.
- Huisartsenopleiding Nederland (HON). (2018) Centrale allocatie. Geraadpleegd van <http://uitdepraktijk.huisartsopleiding.nl/solliciteren/sollicitatieproces/plaatsing>
- Kalsbeek, E. (2018, 6 juni). Meer tijd voor de patiënt vergt scala aan oplossingen. Drukke heeft allerlei oorzaken en geen huisartsenpraktijk is hetzelfde. *Medisch Contact*. Geraadpleegd van: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/meer-tijd-voor-de-patient-vergt-scala-aan-oplossingen.htm>
- Kroezen, M., Dussault, G., Craveiro, I., Dieleman, M., Jansen, C., Buchan, J., Barriball, L., Rafferty, A.M., Bremner, J. Sermeus, W. (2015). Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research. *Health Policy*, 119(12) 1517-28.
- Paauw, S. (2016, 30 mei). Bonus voor huisartsopleiding in Zeeuws-Vlaanderen. *Medisch Contact*. Geraadpleegd van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/bonus-voor-huisartsopleiding-in-zeeuws-vlaanderen.htm>
- Paauw, S. (2017, 20 september). Dreigend huisartsentekort in Zeeland. *Medisch Contact*. Geraadpleegd van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/dreigend-huisartsentekort-in-zeeland.htm>
- RTV Noord (2013, 14 januari). Zorgen over huisartsentekort op platteland. *RTV Noord*. Geraadpleegd van <http://www.rtvnoord.nl/nieuws/117014/Zorgen-over-huisartsentekort-op-platteland>
- RTV Oost (2016, 19 mei). Huisarts vinden in Enschede moeilijk, tekort dreigt. Uitzending op 19 mei 2016. *RTV Oost*. Geraadpleegd van <https://m.rtvoost.nl/nieuws/239787/Huisarts-vinden-in-Enschede-moeilijk-tekort-dreigt>
- SBOH (2017). Sociaal Jaarverslag 2017 Opleiding Huisartsen, Specialisten Ouderengeneeskunde & Artsen Verstandelijk Gehandicapten. Utrecht: SBOH.
- Schoots, M., Honkoop, P., Dunselman, H., & Joziassse, I. (2012). Waar wil 'de nieuwe huisarts' zich vestigen? *Huisarts en wetenschap*, 55(11), 494-499.
- Van Driesten, G., Kraaijeveld, K. (2018). Gespreksleidraad denksessie Toekomst huisartsenzorg. Amsterdam: De Argumentenfabriek. Geraadpleegd van https://www.argumentenfabriek.nl/media/2980/gespreksleidraad_toekomsthuisartsenzorg_v18juli2018.pdf

Van der Velden, L.F.J., Batenburg, R.S. (2017). Aantal huisartsen en aantal FTE van huisartsen vanaf 2007 tot en met 2016: werken er nu meer of minder huisartsen dan 10 jaar geleden en werken zij nu meer of minder FTE? Utrecht: Nivel.

Van der Velden, L., Hingstman, L., Kenens, R., Batenburg, R. (2011). Regionale spreiding van huisartsen: over mogelijke regionale tekorten aan huisartsen anno 2009 en in de nabije toekomst. Utrecht: Nivel.

Van der Velden, L.F.J., Kasteleijn, A., Kenens, R.J. (2016). Cijfers uit de registratie van huisartsen: Peiling 2016. Utrecht: Nivel.

Van Hassel, D., van der Velden, L., Batenburg, R. (2015). Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen. Utrecht: Nivel.

Van Hassel, D.T.P., Van der Velden, L.F.J., Batenburg, R.S. (2016). Diversiteit in de tijdsbesteding van huisartsen. Huisarts en Wetenschap 59(4),150-154.

VWS (2018a). Rapport van de Taskforce. De juiste zorg op de juiste plaats. Den Haag: Ministerie van VWS.

VWS (2018b). Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019-2022. Den Haag: Ministerie van VWS. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-huisartsenzorg-2019-2022>.

Bijlage A – De begeleidingscommissie

De begeleidingscommissie voor dit onderzoek bestond uit de volgende vier leden:

Voorzitter - Mevrouw B.M. Smulders

Mevrouw B.M. (Kien) Smulders (Ir.) is voorzitter van de Raad van Bestuur bij Huisartsen Gelderse Vallei. Daarnaast was zij onder meer bestuurslid van InEen, en stafmedewerker bij de LHV.

Lid - Dhr. J.G.F. Cörvers

Prof. Dr. J.G.F. (Frank) Cörvers is programmaleider bij het Human Capital in the Region research programme van het Research Centre for Education and the Labour Market (ROA), en part-time professor Demographic Transition, Human Capital and Employment aan Maastricht University.

Lid - Dhr. E. Schadé

Prof. Dr. E. (Bert) Schadé (huisarts) is emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde bij het Academisch Medisch Centrum - Universiteit van Amsterdam. Hij was tevens lid van de Raad van Toezicht van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) tot 30 juni 2018.

Lid - Mevrouw K.G. Groeneveld

Mevrouw K.G. (Karin) Groeneveld is praktiserend en praktijkhoudend huisarts te Lemmer. Daarnaast is zij bestuurslid bij de LHV huisartsenkring Friesland.

Bijlage B -Het veldwerk rond de praktijkenquête

De vragenlijst

De vragenlijst is uitgezet onder alle bij het Nivel bekende huisartsenpraktijken en bestond grotendeels uit voorgestructureerde vragen, en enkele open vragen. De volgende onderwerpen zijn in de vragenlijst aan bod gekomen:

- De huidige personeelssamenstelling: welke functiegroepen komen voor, om hoeveel personen gaat het, hoeveel fte werken zij tezamen?
- De capaciteit aan opleidingsplaatsen en opleiders: voor welke functies zijn opleiding/stageplaatsen aanwezig, hoeveel personen zijn dat op dit moment en gemiddeld?
- Een vacature-overzicht: hoeveel openstaande vacatures waren er het afgelopen jaar, voor welke functie(s) en hoe lastig was het om deze te vervullen?
- De ervaren werkdruk: hoe wordt de werkdruk ingeschat (ook voor verschillende functies)?
- De toekomst: welke maatregelen vinden (reeds) plaats om in de toekomstige behoeften te voorzien?

Voor de ontwikkeling van de vragenlijsten zijn verschillende bronnen en reeds bestaande vragenlijsten geraadpleegd en gebruikt, waaronder:

- De Werkgeversenquête 2017 (WGE, 2017)⁷ uit het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn.
- De vragenlijst die het Nivel sinds 2006 jaarlijks uitzet onder de praktijken uit de Nivel Huisartsenpraktijkregistratie.
- De vragenlijst ‘praktijkorganisatie huisartsenpraktijken/gezondheidscentra’ die het Nivel in 2017 onder een steekproef van praktijken heeft uitgezet in het kader van het onderzoek ‘De Eerste lijn maakt het verschil’ (Flinterman et al., 2018)⁸.
- Het onderzoek ‘Meer tijd voor de patiënt’ in 2017 uitgevoerd in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging (Boeke en Hoekstra, 2018)⁹.
- De uitkomsten van een enquête die de LHV onder haar leden heeft uitgezet over avond-, nacht- en weekenddiensten in 2016 (LHV, 2016)¹⁰.

Omwillen van de respons is bij het ontwikkelen van de vragenlijst geprobeerd deze kort, bondig en zo helder mogelijk te houden. Hierdoor waren bijvoorbeeld enkele vragen voor de respondenten over te slaan, kregen zij de mogelijkheid om een inschatting te geven of werd extra informatie verleend. Bovendien zijn de vragen rondom de personeelssamenstellingen en opleidingsmogelijkheden beperkt tot een selectie van functionarissen werkzaam in de huisartsenpraktijk. Na ontwikkeling van de vragenlijsten zijn deze nog enkele malen getest door verschillende onderzoekers en experts in de huisartsenzorg. Doordat de vragenlijst eerst onder acht pilot-regio's is uitgezet was er informatie beschikbaar over hoe deze was ingevuld, voordat ook de overige 20 AZW-regio's de enquête zouden ontvangen. Er is gepoogd

⁷ Werkgeversenquête (WGE) 2017. (2017). Jettinghoff, K., Van den Bergh, D., Joldersma, C. Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Den Haag: CAOP & Kiwa Carity. <http://www.azwinfo.nl/documents>

⁸ Flinterman, L., Groenewegen, P. Verheij, R. (2018). De eerste lijn maakt het verschil. Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn. Utrecht: Nivel (te verschijnen)

⁹ Boeke, S., Hoekstra, H. (2018). Meer tijd voor de patiënt. Enschede: Newcom Research & Consultancy B.V.

¹⁰ Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). (2016). Eerste uitkomsten ANW-enquête bekend. Opgehaald via: <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/eerste-uitkomsten-anw-enquete-bekend>

de vragenlijsten zoveel mogelijk op elkaar te laten lijken in omvang en vraagstelling, maar er hebben enkele kleine aanpassingen plaatsgevonden. Zo is onder meer de functiecategorie 'HID' expliciet toegevoegd, en is op een aantal vragen het verplichte karakter verdwenen. Dit heeft enig effect gehad op de wijze waarop de resultaten geanalyseerd zijn, met name wanneer het de weegfactoren betreft.

Het veldwerk

Het uitzetten van de vragenlijsten heeft gefaseerd plaatsgevonden. Voor een 'pilot'-onderzoek in opdracht van SSFH, ROS Robuust en Transvorm zijn eerst praktijken uit de volgende 8 AZW-regio's benaderd: Amsterdam, Midden-Brabant, Noordoost-Brabant, Rijnmond, West-Brabant, Zaanstreek en Waterland, Zeeland en Zuidoost-Brabant. Voor dit onderzoek zijn de huisartsenpraktijken in de overige 20 AZW-regio's aangeschreven.

Voor het aanschrijven van de praktijken is gebruik gemaakt van de Nivel Huisartsenpraktijkregistratie. Alle bij het Nivel bekende huisartsenpraktijken ontvingen, indien bekend via de e-mail en zo niet via de post, een uitnodiging om de online-vragenlijst in te vullen. Enkele gezondheidscentra en zorggroepen hebben van te voren een aankondigingsmail ontvangen, in de hoop de respons te verhogen onder de bij hen aangesloten praktijken. Voor de vragenlijst hebben twee herinneringsmomenten plaatsgevonden, waarbij men gevraagd werd de vragenlijst alsnog in te vullen. Daarnaast hebben verschillende betrokken partijen middels hun lokale netwerken en via verscheidene (social) media kanalen oproepen gedeeld om de vragenlijsten in te vullen.

De respons

Voor de praktijkenquête zijn in totaal 4.967 huisartsenpraktijken aangeschreven die gevestigd zijn in de 28 AZW-regio's. Omdat er sprake is geweest van een gefaseerde uitvraag, en er tussendoor enkele (kleine) wijzigingen met betrekking tot de vragenlijst hebben plaatsgevonden, wordt de respons voor de twee fases hieronder apart gepresenteerd.

Fase 1 betreft de 8 "pilot"-regio's die zijn benaderd in opdracht van ROS Robuust, SSFH en Transvorm. Hiervoor zijn 1.529 praktijken aangeschreven. Na een initiële schoning van de resultaten, bedroeg de respons 462 praktijken die geschikt zijn voor nadere analyse, hetgeen neerkomt op een responspercentage van 30%. Tabel A1. geeft de respons weer naar de AZW-regio's.

Tabel A1. Respons op de praktijkenquête naar AZW-regio, pilot-onderzoek in opdracht van ROS Robuust, SSFH en Transvorm

AZW-regio	Responspercentage
Amsterdam	27%
Midden-Brabant	31%
Noordoost-Brabant	47%
Rijnmond	26%
West-Brabant	36%
Zaanstreek en Waterland	26%
Zeeland	30%
Zuidoost-Brabant	26%
Totaal	30%

Fase 2 betreft de overige 20 AZW-regio's in Nederland, waarbinnen voor dit onderzoek 3.438 praktijken zijn aangeschreven. Na een initiële schoning van deze resultaten, bedroeg de respons 651 praktijken die geschikt zijn voor nadere analyse, hetgeen neerkomt op een responspercentage van 19%. Tabel A2. laat de respons zien naar deze AZW-regio's.

Tabel A2. Respons op de praktijkenquête naar AZW-regio, dit onderzoek in opdracht van VWS en LHV

AZW-regio	Responspercentage
Achterhoek	12%
Amersfoort en omgeving	18%
Amstelland, Kennemerland en Meerlanden	16%
Drechtsteden	18%
Drenthe	21%
Flevoland	26%
Friesland	19%
Gooi- en Vechtstreek	15%
Groningen	15%
Haaglanden	17%
IJssel-Vecht	15%
Midden-Gelderland	17%
Noord- en Midden-Limburg	26%
Noord-Holland Noord	22%
Noordwest-Veluwe en Stedendriehoek	18%
Rijnstreek	19%
Twente	19%
Utrecht	19%
Zuid-Limburg	23%
Zuidwest-Gelderland	25%
Totaal	19%

De analyse

De vragenlijst voor de praktijkenquête is door één, voor ons onbekende, respondent ingevuld namens de gehele huisartsenpraktijk. Dat is meestal de praktijkhouder of de langst werkzame huisarts. Met name bij perceptievragen gaat het dus om een subjectieve inschatting van één persoon binnen de praktijk. Bovendien is aan het begin van de enquête aan de respondenten gevraagd inschattingen van capaciteitscijfers te maken, indien zij de exacte aantallen niet paraat hadden of wisten. Omdat het dus soms om inschattingen en altijd zelf-gerapporteerde cijfers gaat, heeft controle en een schoning van de respons plaatsgevonden. Dit hield in dat onwaarschijnlijke of onlogische waarden gecorrigeerd zijn, bijvoorbeeld als voor een functie het aantal FTE ver boven het aantal personen lag.

De capaciteit wordt per functie steeds uitgedrukt in het aantal FTE'S. Optelling van het aantal personen per functie binnen één regio levert door dubbeltellingen een overschatting op omdat personen in meerdere praktijken dezelfde functie kunnen bekleden. Dit komt met name bij waarnemende huisartsen, POH's, praktijkmanagers en overig ondersteunend personeel voor.

Per AZW-regio is de praktijk-respons gewogen zodat resultaten gepresenteerd kunnen worden voor het totaal aantal praktijken in de regio's. De weging zorgt voor een afspiegeling van de respons naar praktijkvorm (solo, duo of groep¹¹) en regio. Na weging van de resultaten zijn de uitkomsten per regio geaggregeerd en gebruikt voor de beantwoording van de onderzoeksvragen.

¹¹ Binnen de Nivel huisartsenpraktijk registratie wordt voor het onderscheid solo-, duo-, groepspraktijk de werkzaamheid van huisartsen binnen dezelfde praktijk als uitgangspunt genomen. Een solopraktijk bestaat uit één zelfstandig gevestigde huisarts (de praktijkhouder), een duo-praktijk uit twee huisartsen, waarvan één of beide praktijkhouder zijn, een groepspraktijk uit drie of meer huisartsen, waarvan er één, twee, drie of nog meer praktijkhouder zijn (zie Van der Velden et al., 2016: pagina 27 en 29).

Bijlage C - De praktijkenquête

Introductie

Geachte heer/mevrouw,

Hartelijk dank dat u via deze enquête wilt bijdragen aan het inventariseren van de huisartsenzorg capaciteit in uw regio! U krijgt vragen over de volgende onderwerpen voorgelegd:

- Uw personeelssamenstelling,
- Uw stage- en opleidingsplaatsen,
- Uw vacatures,
- Uw knelpunten rondom werkdruk.

Het invullen van deze enquête gaat eenvoudig en wijst zich vanzelf. Let op: het gaat bij het invullen van de vragenlijst steeds om uw huisartsenpraktijk. Als uw praktijk personeel deelt met een zorggroep of gezondheidscentrum, beantwoord de vragen dan alleen met betrekking tot de werkzaamheden die zij voor uw praktijk verrichten.

Mocht u hulp nodig hebben bij het invullen, dan kunt u contact met ons opnemen via:
balanshazorg@nivel.nl

Nogmaals zeer bedankt voor uw medewerking!

I. Praktijk informatie

Volgens onze gegevens vult u deze enquête in namens huisartsenpraktijk [!VOORNAAM!]

1. Klopt dit? Zo niet, vul dan hieronder de juiste naam in.

☐ Ja, dit klopt.

☐ Nee, ik vul deze enquête in namens:

De volgende vragen gaan over het (zorg)personeel dat op dit moment werkzaam is in uw praktijk

2. Welke van onderstaande functies zijn in uw praktijk werkzaam?

☐ Zelfstandig gevestigde huisarts

☐ HIDHA

☐ HID

☐ Vaste waarnemend huisarts

☐ Wisselend waarnemend huisarts

☐ Doktersassistent

- ☐ POH Somatic / Praktijkverpleegkundige
- ☐ POH GGZ
- ☐ Sociaal psychiatrisch verpleegkundige / GGZ-medewerker
- ☐ Nurse practitioner
- ☐ Verpleegkundig Specialist
- ☐ Physician Assistant
- ☐ Praktijkmanager

3a. Kunt u voor het personeel in uw praktijk per functie aangeven hoeveel personen daarin werkzaam zijn en voor hoeveel FTE zij tezamen werken? *Wanneer uw praktijk personeel met andere praktijken deelt, vragen wij u ten aanzien van het aantal fte alleen het aandeel van uw praktijk te noteren.*

	Aantal personen	Aantal FTE* dat zij gezamenlijk werken
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

* Let op, met FTE wordt het fulltime equivalent bedoeld. Zo wordt bijvoorbeeld een huisarts die 4 dagen werkt gerekend als 0,8 fte. Het gaat hier dus niet om het aantal uren.

3b. Kunt u voor het personeel in uw praktijk per functie aangeven op welke contractbasis zij werken? *Functies die niet van*

toepassing zijn kunt u overslaan.

	Aantal in loondienst in uw praktijk	Aantal in loondienst elders*	Aantal ingehuurd als zzp-er
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

* Bijvoorbeeld in dienst van een gezondheidscentrum, zorggroep, stichting, coöperatie, etc.

II. Capaciteit opleidingsplaatsen en opleiders

4. Kunt u aangeven voor welke van de onderstaande functies uw praktijk stage- of opleidingsplaatsen heeft?

☐

Huisartsen in opleiding (aios)

☐

Coassistenten

-
- ☐ Doktersassistenten (BOL)
- ☐ Doktersassistenten (BBL)
- ☐ POH's Somatiek / Praktijkverpleegkundigen
- ☐ POH's GGZ
- ☐ Verpleegkundig specialisten
- ☐ Physician assistants

5. Kunt u per functie aangeven (1) hoeveel aios, coassistenten en stagiairs er momenteel werkzaam zijn in uw praktijk, (2) hoeveel plaatsen er gemiddeld beschikbaar zijn per jaar in uw praktijk, en (3) in welk opleidingsjaar (de meeste van hen) zich in het algemeen bevinden?

	Aantal op dit moment	Gemiddeld aantal beschikbaar per jaar	Waarvan de meeste zich bevinden in opleidingsjaar
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

6. Kunt u per functie ook aangeven hoeveel weken en dagen per week uw praktijk beschikbaar heeft voor de begeleiding van aios, coassistenten en stagiaires? *Indien er geen personen in opleiding zijn in uw praktijk kunt u een 0 invullen.*

	Aantal weken per jaar beschikbaar voor begeleiding	Aantal dagen per week beschikbaar voor begeleiding
1		

2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

III. Uw patiëntenpopulatie

7. Hoeveel patiënten staan er (ongeveer) in uw praktijk ingeschreven? *Wilt u in uw antwoord alstublieft geen punt gebruiken.*

patiënten

8. Kunt u een inschatting geven (in procenten) welk aandeel van uw patiënten onder de onderstaande categorieën valt? *Indien u geen patiënten in een categorie heeft graag 0% invullen.*

	%
Ik schat dat ...% van onze patiënten chronisch ziek is	
Ik schat dat ...% van onze patiënten ouder dan 65 is	
Ik schat dat ...% van onze patiënten niet-westers allochtoon is	
Ik schat dat ...% van onze patiënten passant is	
Ik schat dat ...% van onze patiënten anderzijds een speciale groep vormt, namelijk:	

9. Zijn deze groepen in de afgelopen vijf jaar gelijk gebleven of toe- of afgenomen?

	Gelijk gebleven	Toegenomen	Afgenomen	Weet niet	N.v.t.
Chronisch zieken					

Ouder dan 65	☐	☐	☐	☐	☐
Niet-westers allochtoon	☐	☐	☐	☐	☐
Passant	☐	☐	☐	☐	☐
Andere speciale groepen	☐	☐	☐	☐	☐

10. Heeft uw praktijk te maken met piekbelasting door seizoenschommelingen in uw patiëntenpopulatie?

- ☐ Ja, in sterke mate
- ☐ Ja, enigszins
- ☐ Nee, niet meer maar eerder wel ➡ [Hoofdsectie].[IV. Vacatures]
- ☐ Nee, ook nooit gehad ➡ [Hoofdsectie].[IV. Vacatures]

10.b. U heeft in de vorige vraag aangegeven dat uw praktijk te maken heeft met piekbelasting door seizoenschommelingen. Zou u hieronder willen toelichten waar deze schommeling door wordt veroorzaakt?

IV. Vacatures

11. Kunt u voor de onderstaande functies aangeven of er het afgelopen jaar openstaande functies in uw praktijk waren?

- ☐ (Mede)praktijkhoudend huisarts
- ☐ HIDHA / HID
- ☐ Vaste / wisselend waarnemend huisarts
- ☐ Doktersassistent
- ☐ POH-Somatiek / Praktijkverpleegkundige
- ☐ POH-GGZ
- ☐ Sociaal psychiatrisch verpleegkundige / GGZ-medewerker
- ☐ Verpleegkundig Specialist
- ☐ Physician Assistant
- ☐ Praktijkmanager

12. Kunt u per functie aangeven hoeveel openstaande functies er het afgelopen jaar in uw praktijk waren en hoe makkelijk u deze naar wens heeft kunnen invullen?

	Aantal openstaande functies	Het vervullen van deze functie is/was:		
		Gemakkelijk	Matig	Lastig
1		☐	☐	☐
2		☐	☐	☐
3		☐	☐	☐
4		☐	☐	☐
5		☐	☐	☐
6		☐	☐	☐
7		☐	☐	☐
8		☐	☐	☐

13. Bij welke functies verwacht u de komende 12 maanden een klein of groot tekort dan wel een klein of groot overschot om openstaande functies in uw praktijk te kunnen vervullen? *Voor functies die niet van toepassing zijn in uw praktijk kunt u 'N.v.t.' invullen.*

	Groot tekort	Klein tekort	Geen tekort/overschot	Klein overschot	Groot overschot	Weet niet	N.v.t.
Huisarts	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Doktersassistent	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
POH-Somatiek / Praktijkverpleegkundige	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
POH-GGZ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sociaal psychiatrisch verpleegkundige / GGZ-medewerker	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Verpleegkundig Specialist	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Physician Assistant	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Praktijkmanager	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

V. Consult/werkdruk

14. Hoe snel kunnen patiënten in uw praktijk gewoonlijk een afspraak hebben met hun eigen of een willekeurige huisarts voor een niet-acuut probleem?

	Dezelfde dag	De volgende dag	Na twee dagen	Na meer dan twee dagen
Bij de eigen huisarts	☐	☐	☐	☐
Bij een willekeurige huisarts in onze praktijk	☐	☐	☐	☐

15. Hoe vaak is het in de afgelopen vijf jaar voorgekomen dat uw praktijk tijdelijk geen patiënten kon aannemen vanwege tekort aan capaciteit?

- ☐ Nooit
- ☐ Een enkele keer voor korte tijd
- ☐ Een enkele keer voor langere tijd
- ☐ Meerdere keren voor korte tijd
- ☐ Meerdere keren voor langere tijd

16. Hoe vaak verwacht u dat uw praktijk in de komende vijf jaar te maken zal krijgen met de situatie dat u (tijdelijk) geen nieuwe patiënten kan aannemen?

- ☐ Nooit
- ☐ Een enkele keer voor korte tijd
- ☐ Een enkele keer voor langere tijd
- ☐ Meerdere keren voor korte tijd
- ☐ Meerdere keren voor langere tijd

17. Hoe vaak komt het voor dat het spreekuur in uw praktijk uitloopt?

- ☐ Nooit
- ☐ Een enkele keer per week
- ☐ Meerdere keren per week
- ☐ Bijna elke dag
- ☐ Elke dag

18. Kunt u een inschatting geven van het gemiddeld aantal consulten dat uw praktijk per jaar doet? *Wilt u bij duizendtallen in uw antwoord alstublieft geen punt gebruiken.*

consulten

19. Kunt u vervolgens inschatten welk deel van deze consulten door de verschillende beroepsgroepen binnen uw praktijk worden verzorgd?

	%
Consulten door de huisarts(en)	
Consulten door de doktersassistent(en)	
Consulten door de POH-Somatiek	
Consulten door de POH-GGZ	
Consulten overig	

20. Verwacht u in de komende vijf jaar een toename of afname in het aantal patiënten dat uw praktijk kan bedienen?

- ☐ Een toename van meer dan 5%
- ☐ Een toename van minder dan 5%
- ☐ Geen toe- of afname
- ☐ Een afname van minder dan 5%
- ☐ Een afname van meer dan 5%
- ☐ Weet niet

21. Hoe hoog schat u voor de volgende functies de huidige werkdruk in uw praktijk in?

	Lage werkdruk	Gemiddelde werkdruk	Hoge werkdruk	Weet niet	N.v.t.
Huisarts	☐	☐	☐	☐	☐
Doktersassistent	☐	☐	☐	☐	☐
POH-Somatiek / Praktijkverpleegkundige	☐	☐	☐	☐	☐
POH-GGZ	☐	☐	☐	☐	☐
Sociaal psychiatrisch verpleegkundige / GGZ-medewerker	☐	☐	☐	☐	☐
Verpleegkundig Specialist	☐	☐	☐	☐	☐
Physician Assistant	☐	☐	☐	☐	☐
Praktijkmanager	☐	☐	☐	☐	☐

22. In hoeverre bent u het (on)eens met de volgende stellingen over werkdruk in uw praktijk?

	Oneens	Neutraal	Eens	Weet niet/geen mening
De werklust binnen de praktijk is te zwaar	☐	☐	☐	☐
De complexiteit van de zorgvragen is voor onze praktijk te groot	☐	☐	☐	☐
De noodzakelijke werkzaamheden komen niet af in de reguliere werktijd	☐	☐	☐	☐
Bij ziekte van collega's is er meteen een groot probleem	☐	☐	☐	☐

VI. Toekomst

23. Hoe bereidt u zich voor op de toekomstige personeelsbehoefte van uw praktijk? Welke van volgende maatregelen worden al gedaan of bent u van plan te doen?

	Ja, doen we al	Ja, zijn we van plan te gaan doen	Nee, doen we niet
Optimaliseren personeels-/functiemix	☐	☐	☐
In kaart brengen van opleidingsniveau en kwaliteiten huidige personeelsbestand	☐	☐	☐

Taakherschikking binnen de praktijk	☐	☐	☐
Gerichte inspanningen om bepaalde categorieën personeel te werven	☐	☐	☐
In kaart brengen van de vervangingsvraag	☐	☐	☐
Efficiënter verdelen van patiënten(stromen) binnen de praktijk	☐	☐	☐
Verruimen van de openingstijden	☐	☐	☐
Meer samenwerken en verdelen van taken onder andere zorgverleners in de wijk/regio	☐	☐	☐
‘Afremmen’ van de zorgvraag o.a. door het ondersteunen van ‘zelfzorg’ van bepaalde patiëntengroepen	☐	☐	☐
Toepassen van E-health mogelijkheden o.a. e-consult en zorg op afstand	☐	☐	☐
Het extra opleiden van personeel	☐	☐	☐
Samenwerking met andere praktijken/organisaties zoals:			
	☐	☐	☐
Anders:			
	☐	☐	☐

24. Zijn er tot slot zaken gerelateerd aan capaciteitsvraagstukken in uw praktijk, of uw regio, die niet in de vragenlijst aan bod zijn gekomen? Graag horen we die ook! U kunt deze hieronder kwijt.

Bijlage D – Gemeente indeling regio's

Achterhoek	Aalten Berkelland Bronckhorst Doetinchem Montferland Oost Gelre Oude Ijsselstreek Winterswijk
Amersfoort en omgeving	Amersfoort Baarn Bunschoten Leusden Nijkerk Soest
Amstelland, Kennemerland en Meerlanden	Aalsmeer Amstelveen Beverwijk Bloemendaal Castricum Haarlem Haarlemmerliede en Spaarnwoude Haarlemmermeer Heemskerk Heemstede Ouder-Amstel Uitgeest Uithoorn Velsen Zandvoort
Amsterdam	Amsterdam Diemen
Drechtsteden	Alblasserdam Dordrecht Giessenlande Gorinchem Hardinxveld-Giessendam Hendrik-Ido-Ambacht Leerdam Molenwaard Papendrecht Sliedrecht Zederik Zwijndrecht

Drenthe	Aa en Hunze
	Assen
	Borger-Odoorn
	Coevorden
	De Wolden
	Emmen
	Hoogeveen
	Meppel
	Midden-Drenthe
	Noordenveld
	Tynaarlo
	Westerveld
Flevoland	Almere
	Dronten
	Lelystad
	Noordoostpolder
	Urk
Friesland	Zeewolde
	Achtkarspelen
	Ameland
	Dantumadiel
	De Friese Meren
	Dongeradeel
	Ferwerderadiel
	Franekeradeel
	Harlingen
	Heerenveen
	het Bildt
	Kollumerland en Nieuwkruisland
	Leeuwarden
	Leeuwarderadeel
	Littenseradiel
	Menaldumadeel
	Ooststellingwerf
	Opsterland
	Schiermonnikoog
	Smallingerland
	Sudwest-Fryslan
	Terschelling
	Tytsjerksteradiel
	Vlieland
	Weststellingwerf

Gooi- en Vechtstreek	Blaricum
	Gooische Meren
	Hilversum
	Huizen
	Laren
	Weesp
	Wijdmeren
Groningen	Apingedam
	Bedum
	Bellingwedde
	De Marne
	Delfzijl
	Eemsmond
	Groningen
	Grootevast
	Haren
	Hoogezand-Sappemeer
	Leek
	Loppersum
	Marum
	Menterwolde
	Oldambt
	Pekela
	Slochteren
	Stadskanaal
	Ten Boer
	Veendam
	Vlagtwedde
	Winsum
	Zuidhorn
Haaglanden	Delft
	Leidschendam-Voorburg
	Maassluis
	Midden-Delfland
	Pijnacker-Nootdorp
	Rijswijk
	's Gravenhage
	Schiedam
	Vlaardingingen
	Wassenaar
	Westland
	Zoetermeer

Ijssel-Vecht	Dalfsen
	Hardenberg
	Kampen
	Olst-Wijhe
	Ommen
	Raalte
	Staphorst
	Steenwijkerland
	Zwartewaterland
	Zwolle
Midden-Brabant	Dongen
	Gilze en Rijen
	Goirle
	Heusden
	Hilvarenbeek
	Loon op Zand
	Oisterwijk
	Tilburg
Midden-Gelderland	Waalwijk
	Arnhem
	Barneveld
	Duiven
	Ede
	Lingewaard
	Overbetuwe
	Renkum
	Rheden
	Rijnwaarden
	Rozendaal
	Wageningen
	Zevenaar
Noord- en Midden-Limburg	Beesel
	Bergen (L.)
	Echt-Susteren
	Gennep
	Horst aan de Maas
	Leudal
	Maasgouw
	Mook en Middelaar
	Nederweert
	Peel en Maas
	Roerdalen
	Roermond
	Venlo
	Venray
	Weert

Noord-Holland Noord	Alkmaar
	Bergen (NH.)
	Den Helder
	Drechterland
	Enkhuizen
	Heerhugowaard
	Heiloo
	Hollands Kroon
	Hoorn
	Koggenland
	Langedijk
	Medemblik
	Opmeer
	Schagen
	Stede Broec
	Texel
Noordoost-Brabant	Bernheze
	Boekel
	Boxmeer
	Boxtel
	Cuijk
	Grave
	Haaren
	Landerd
	Meierijstad
	Mill en Sint Hubert
	Oss
	's Hertogenbosch
	Sint Anthonis
	Sint-Michielsgestel
Noordwest-Veluwe en Stedendriehoek	Uden
	Vught
	Apeldoorn
	Brummen
	Deventer
	Elburg
	Epe
	Ermelo
	Harderwijk
	Hattem
	Heerde
	Lochem
	Nunspeet
	Oldebroek
	Putten
	Voorst
	Zutphen

Rijnmond	Albrandswaard
	Barendrecht
	Binnenmaas
	Brielle
	Capelle aan den IJssel
	Cromstrijen
	Goeree-Overflakkee
	Hellevoetsluis
	Korendijk
	Krimpen aan den IJssel
	Lansingerland
	Nissewaard
	Oud-Beijerland
	Ridderkerk
	Rotterdam
	Strijen
	Westvoorne
Rijnstreek	Alphen aan den Rijn
	Bodegraven-Reeuwijk
	Gouda
	Hillegom
	Kaag en Braassem
	Katwijk
	Krimpenerwaard
	Leiden
	Leiderdorp
	Lisse
	Nieuwkoop
	Noordwijk
	Noordwijkerhout
	Oegstgeest
	Teylingen
	Voorschoten
	Waddinxveen
	Zoeterwoude
	Zuidplas
Twente	Almelo
	Borne
	Dinkelland
	Enschede
	Haaksbergen
	Hellendoorn
	Hengelo
	Hof van Twente
	Losser
	Oldenzaal
	Rijssen-Holten
	Tubbergen
	Twenterand

	Wierden
Utrecht	Bunnik
	De Bilt
	De Ronde Venen
	Eemnes
	Houten
	Ijsselstein
	Lopik
	Montfoort
	Nieuwegein
	Oudewater
	Renswoude
	Rhenen
	Scherpenzeel
	Stichtse Vecht
	Utrecht
	Utrechtse Heuvelrug
	Veenendaal
	Vianen
	Wijk bij Duurstede
	Woerden
	Woudenberg
	Zeist
West-Brabant	Aalburg
	Alphen-Chaam
	Baarle-Nassau
	Bergen op Zoom
	Breda
	Drimmelen
	Etten-Leur
	Geertruidenberg
	Halderberge
	Moerdijk
	Oosterhout
	Roosendaal
	Rucphen
	Steenbergen
	Werkendam
	Woensdrecht
	Woudrichem
	Zundert
Zaanstreek en Waterland	Beemster
	Edam-Volendam
	Landsmeer
	Oostzaan
	Purmerend
	Waterland
	Wormerland
	Zaandam

Zeeland	Borsele
	Goes
	Hulst
	Kapelle
	Middelburg
	Noord-Beveland
	Reimerswaal
	Schouwen-Duiveland
	Sluis
	Terneuzen
	Tholen
	Veere
	Vlissingen
Zuid-Limburg	Beek
	Brunssum
	Eijsden-Margraten
	Gulpen-Wittert
	Heerlen
	Kerkrade
	Landgraaf
	Maastricht
	Meerssen
	Nuth
	Onderbanken
	Schinnen
	Simpelveld
	Sittard-Geleen
	Stein
	Vaals
	Valkenburg aan de Geul
	Voerendaal
Zuidoost-Brabant	Asten
	Bergeijk
	Best
	Bladel
	Cranendonck
	Deurne
	Eersel
	Eindhoven
	Geldrop-Mierlo
	Gemert-Bakel
	Heeze-Leende
	Helmond
	Laarbeek
	Nuenen, Gerwen en Nederwetten
	Oirschot
	Reusel-De Mierden
	Someren
	Son en Breugel

	Valkenswaard
	Veldhoven
	Waalre
Zuid-West Gelderland	Berg en Dal
	Beuningen
	Buren
	Culemborg
	Druten
	Geldermalsen
	Heumen
	Lingewaal
	Maasdriel
	Neder-Betuwe
	Neerijnen
	Nijmegen
	Tiel
	West Maas en Waal
	Wijchen
	Zaltbommel

Bijlage E – Profielschets per regio

In deze bijlage worden voor alle 28 AZW-regio's 5 figuren gepresenteerd met kentallen. Hierin worden de cijfers van de AZW-regio afgezet tegen de gemiddelden in Nederland.

In *figuur 1* zijn de kosten per inwoner per AZW-regio vergeleken met die in Nederland. Hierbij zijn de kosten die samenhangen met het inschrijftarief niet meegenomen.

In *figuur 2* is de verwachte ontwikkeling van de Zorgvraag naar huisartsenzorg per AZW-regio in beeld volgens de minimumvariant en de maximumvariant. Daarnaast is de ontwikkeling van het aanbod van huisartsen weergegeven. De veronderstellingen voor het berekenen van de zorgvraag en het zorgaanbod zijn beschreven in paragraaf 2.1.3.

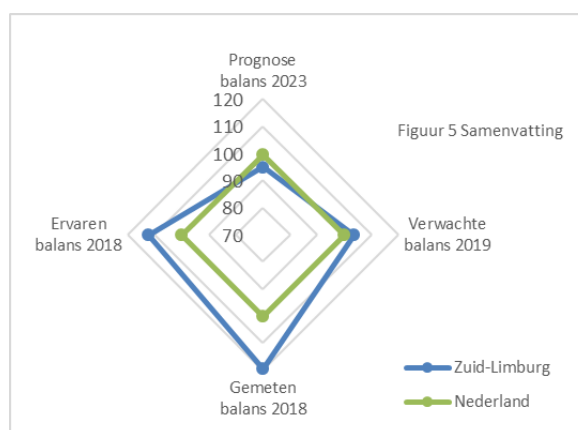
In *figuur 2* staat de uitkomst op de vraag: "Hoe hoog schat u voor de volgende functies de huidige werkdruk in uw praktijk in?". In *figuur 2* wordt het percentage weergegeven van praktijken die aangeven grote werkdruk te ervaren ten opzichte van het totaal aan respondenten. Ook hierbij is onderscheid gemaakt tussen de beroepsgroepen Huisartsen, Doktersassistenten, POH's en POH-GGZ. De landelijke cijfers laten zien dat de werkdruk door huisartsen gemiddeld als hoogst wordt ervaren. De ervaren werkdruk voor POH's en POH's-GGZ wordt landelijk gemiddeld het laagst benoemd.

In *figuur 3* staat de gemiddelde uitkomst op de vier stellingen rondom werklust. Per stelling is het percentage weergegeven van praktijken die de stelling bevestigend hebben beantwoord ten opzichte van het totaal aan respondenten. De landelijke cijfers laten zien dat vooral bevestigend wordt gereageerd op de stelling dat bij ziekte van een collega direct problemen ontstaan en dat de noodzakelijke werkzaamheden niet af komen binnen de reguliere werktijden. De stelling dat de complexiteit van de zorgvraag te groot is voor de praktijk wordt het minst bevestigd door de huisartsenpraktijken.

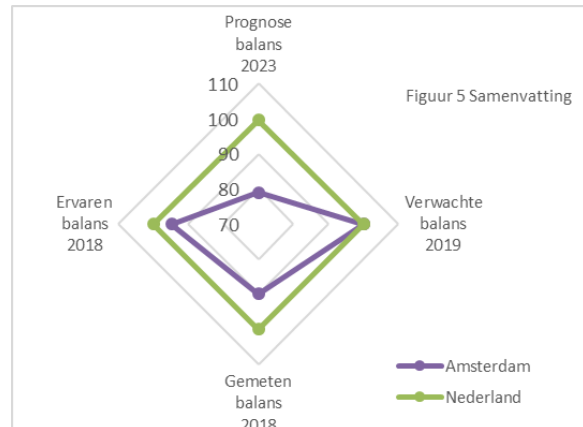
In *figuur 4* staat het antwoord van de respondenten op de vraag: "Bij welke functies verwacht u de komende 12 maanden een klein of groot tekort dan wel een klein of groot overschot om openstaande functies in uw praktijk te kunnen vervullen?" In deze figuur wordt het percentage weergegeven van de praktijken die aangeven grote tekorten te verwachten ten opzichte van het totaal aan respondenten. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de beroepsgroepen Huisartsen, Doktersassistenten, POH's en POH-GGZ. De landelijke cijfers laten zien dat het verwachte tekort aan huisartsen gemiddeld het grootst wordt ingeschat. Het tekort aan POH-GGZ wordt landelijk gemiddeld het kleinst ingeschat in het komend jaar.

Figuur 5 vat de uitkomsten samen van de vorige vier figuren. Deze figuur bestaat dus uit vier dimensies.

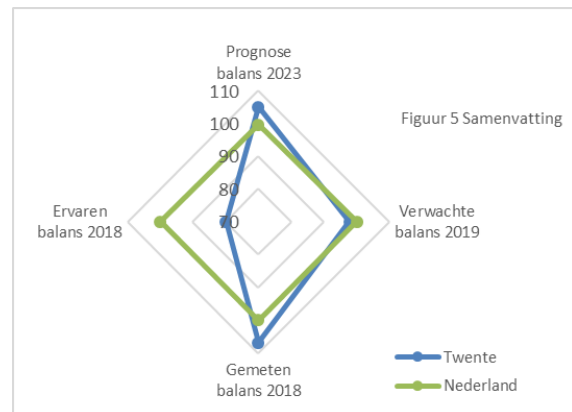
- Bij de *dimensie Gemeten balans* (de zuid-as) zijn de kosten van Nederland gemiddeld (€ 122,59) op 100 geïndexeerd. De kosten in Zuid-Limburg liggen bijvoorbeeld op € 146,48 en de index wordt hier dus 119.



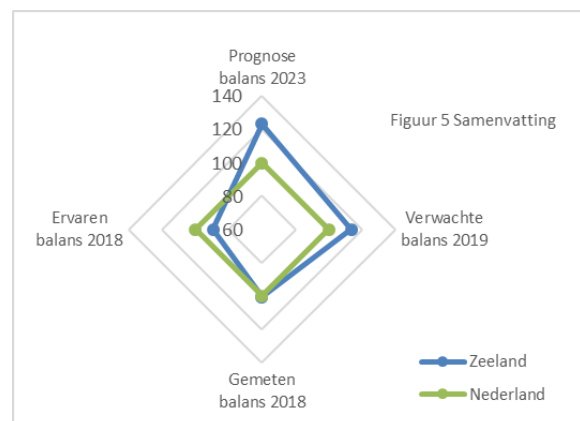
- De *dimensie Prognose balans 2023* (Noord-as) is berekend op de verwachte tekorten in 2023 aan huisartsen volgens het maximum Zorgvraag-scenario. In Nederland verwachten we in 2023 dan een tekort van 7%. In Amsterdam wordt een overschot verwacht van 14%. De index op deze dimensie wordt berekend als het verschil in procentpunten ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Dus Amsterdam scoort hier 79% ofwel (93% - 14%). Nederland gemiddeld (tekort van 7%) wordt daarbij als uitgangspunt genomen (93% + 7%) = 100%. De index geeft dus in procentpunten het verschil met Nederland gemiddeld aan.



- De *dimensie Ervaren balans 2018* (West-as) bestaat uit gemiddelde scores van de werkdruk en werklust uit de *figuur 3*. Voor Nederland gemiddeld komt dit percentage uit op 55%. Deze uitkomst voor Nederland wordt vervolgens naar 100 geïndexeerd. Als voorbeeld nemen we de AZW-regio Twente. Hier komt de op deze manier berekende gemiddelde werkdruk uit op 44%. Ten opzichte van Nederland wordt de index voor de gemiddelde werkdruk voor Twente dus $44\%/55\% \times 100 = 80$.

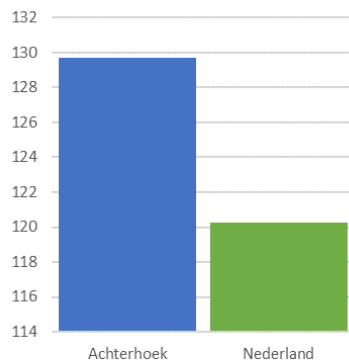


- De *dimensie Verwachte balans 2019* (Oost-as) is berekend als de ongewogen gemiddelde verwachte tekorten in de komende 12 maanden van Huisartsen, Doktersassistenten, POH's en POH's-GGZ, zoals die vermeld staan in *figuur 3*. Voor Nederland gemiddeld komt dit percentage uit op 18%. Voor Zeeland ligt dit percentage op 31%. Per AZW-regio schalen we deze dimensie als volgt: De afwijking in procentpunten van het gemiddelde in Nederland wordt opgeteld bij 100%. Dus Zeeland komt dan uit op $100\% + (31\% - 18\%) = 113\%$. De te verwachten tekorten in Zeeland liggen dus 13%-punten hoger dan in Nederland gemiddeld.

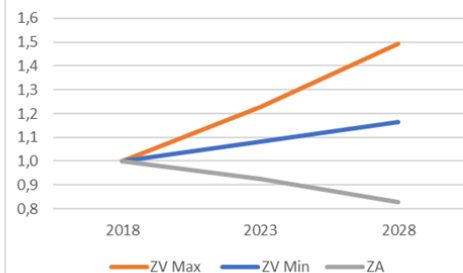


Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl
Inschrijftarief (2016)



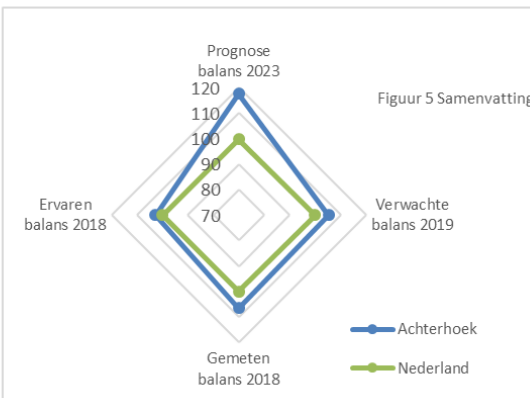
Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



Gemeten balans 2023-2028

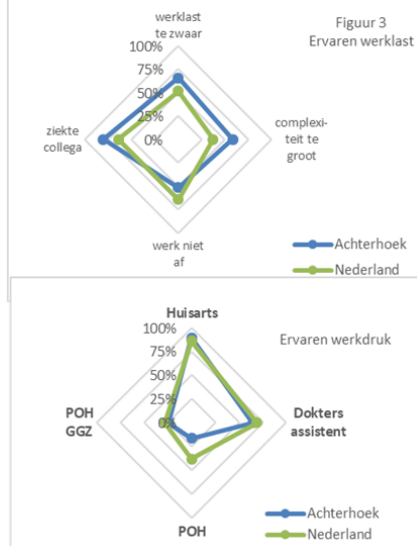
Achterhoek

Figuur 5 Samenvatting

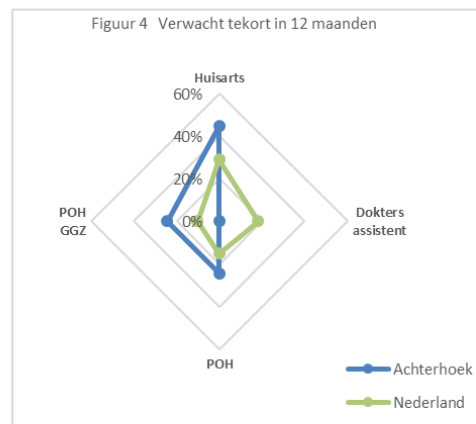


Ervaren balans 2018

Figuur 3 Ervaren werklast



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklast en werkdruk ervaren.

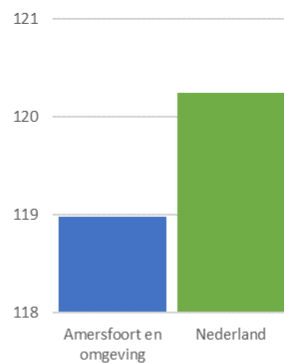
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

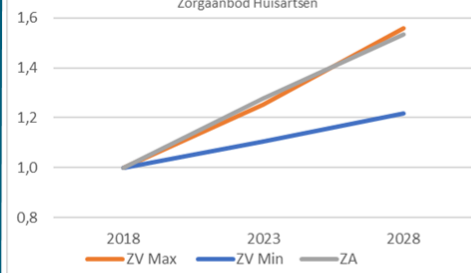
Voor alle aspecten geldt dat de Achterhoek hoger scoort dan het landelijk gemiddelde. Zowel de huidige als de toekomstige balans tussen vraag en aanbod in de huisartsenzorg staat in de Achterhoek op spanning. Interventies lijken noodzakelijk.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschijftarief (2016)

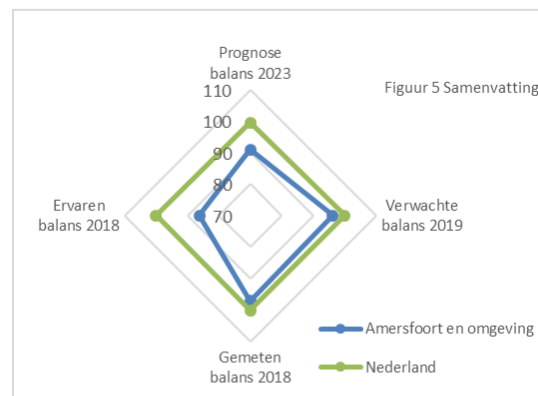


Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



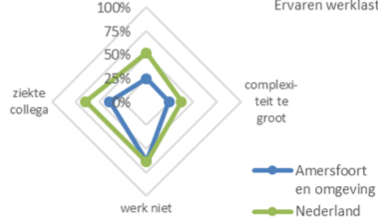
Gemeten balans 2023-2028

Amersfoort en omgeving

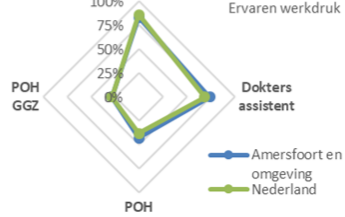


Ervaren balans 2018

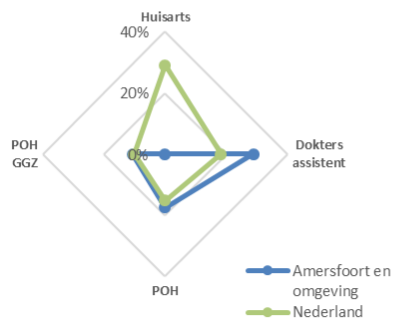
Figuur 3 Ervaren werklast



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Figuur 5 Samenvatting



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklast en werkdruk ervaren.

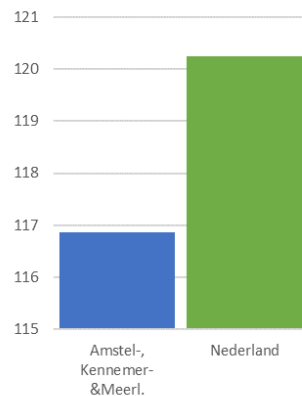
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

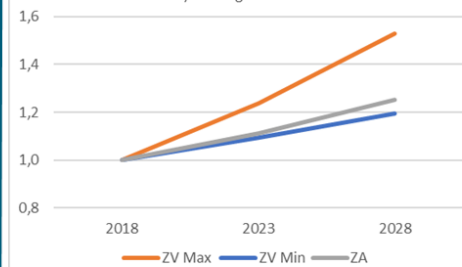
Voor alle aspecten geldt dat Amersfoort en omgeving lager dan het landelijk gemiddelde scoort. Vraag en aanbod lijkt in deze regio in balans te zijn. Wanneer omliggende regio's grotere spanning kennen op de balans tussen vraag en aanbod binnen de huisartsenzorg is het stimuleren van instroom vanuit de regio Amersfoort aan te bevelen.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl
Inschijftarief (2016)



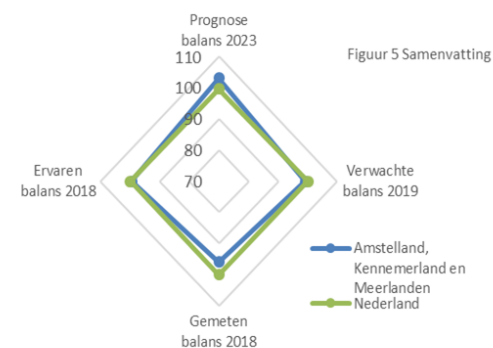
Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



Gemeten balans 2023-2028

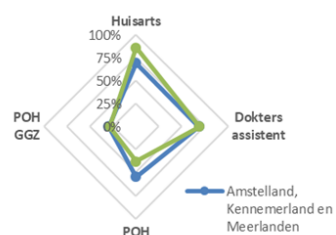
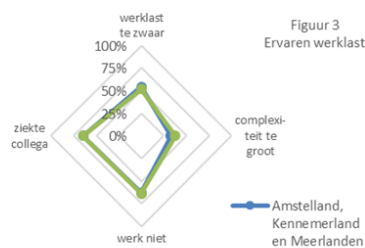
Amstelland, Kennemerland en Meerlanden

Figuur 5 Samenvatting

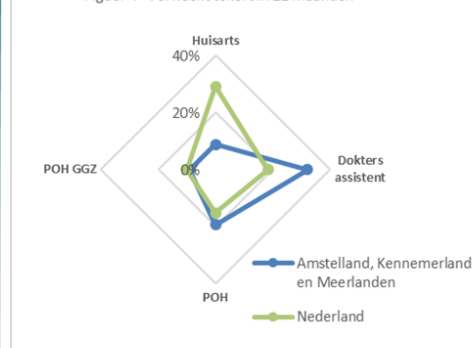


Ervaren balans 2018

Figuur 3 Ervaren werklust



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

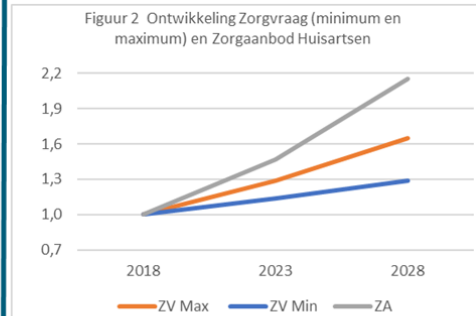
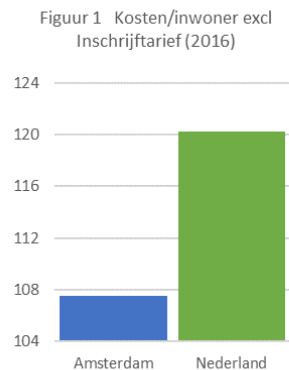
Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklust en werkdruk ervaren.

Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

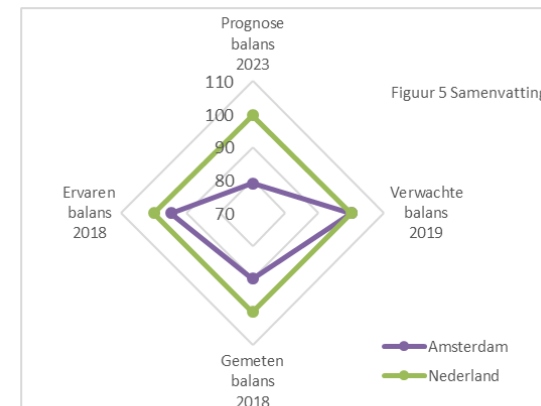
Voor vrijwel alle aspecten geldt dat Amstelland, Kennemerland en Meerlanden redelijk in balans is. Alleen lijkt de zorgvraag in het maximum scenario wat hoger uit te komen dan het aanbod van huisartsen.

Gemeten balans 2018

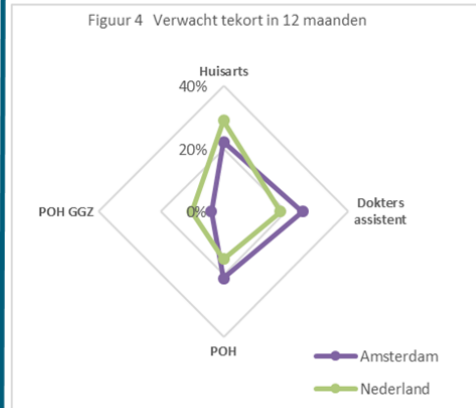
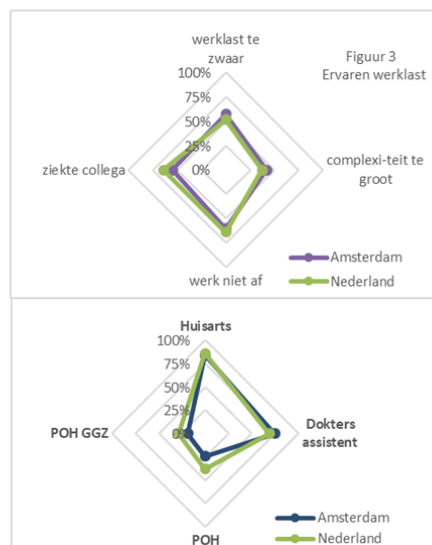


Gemeten balans 2023-2028

Amsterdam



Ervaren balans 2018



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

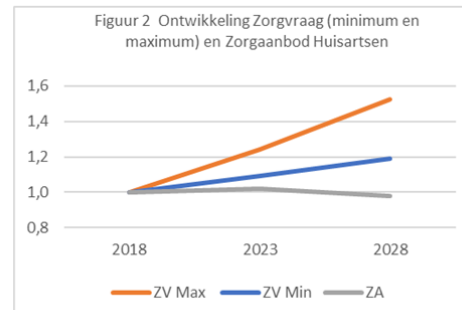
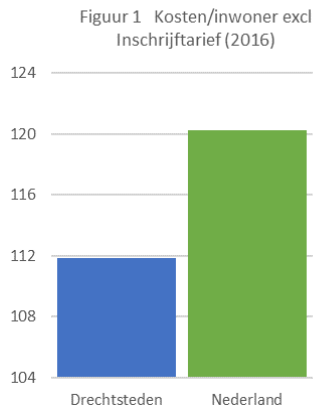
Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werkdruk ervaren.

Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

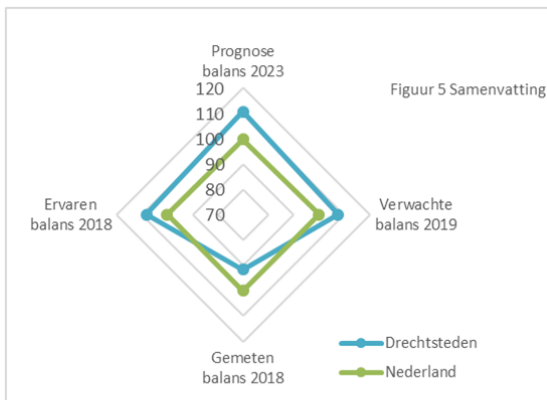
Voor vrijwel alle aspecten geldt dat Amsterdam minder problemen kent dan gemiddeld in Nederland. Vooral vanwege een relatief hoge instroom en lage uitstroom van huisartsen lijkt er een relatief overschot aan huisartsen te ontstaan.

Gemeten balans 2018

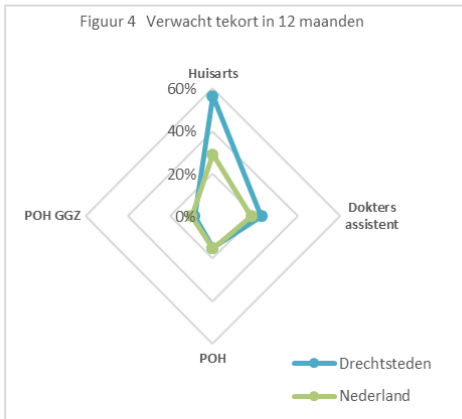
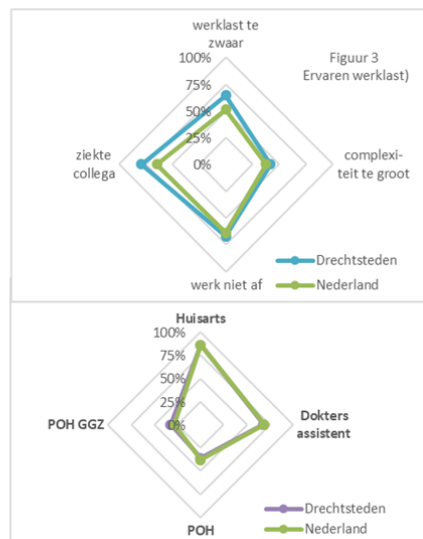


Gemeten balans 2023-2028

Drechtsteden



Ervaren balans 2018



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklast en werkdruk ervaren.

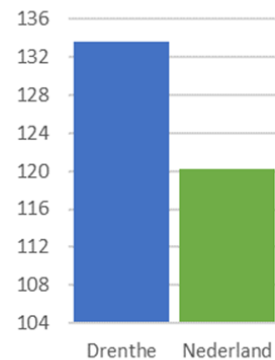
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

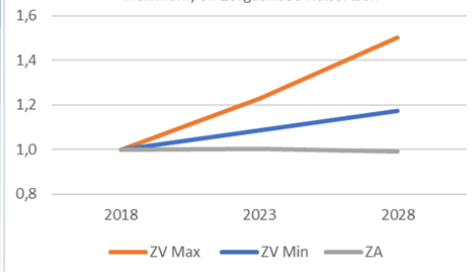
Voor vrijwel alle aspecten geldt dat Drechtsteden meer problemen kent dan gemiddeld in Nederland. Alleen de gemeten balans 2018 (kosten per inwoner) scoort lager dan Nederland gemiddeld.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschrijftarief (2016)



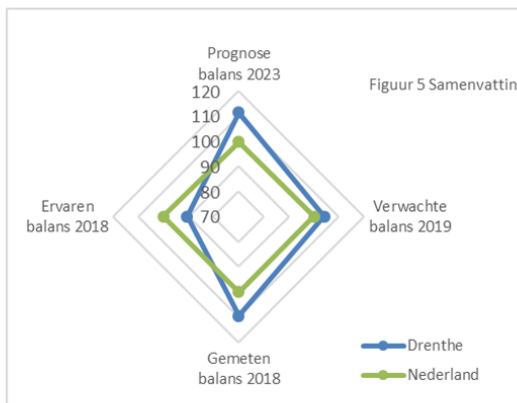
Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



Gemeten balans 2023-2028

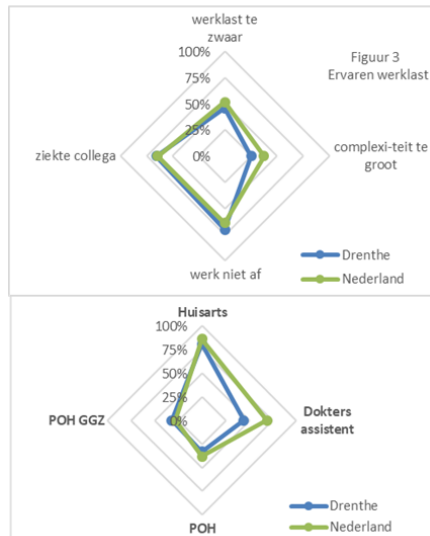
Drenthe

Figuur 5 Samenvatting

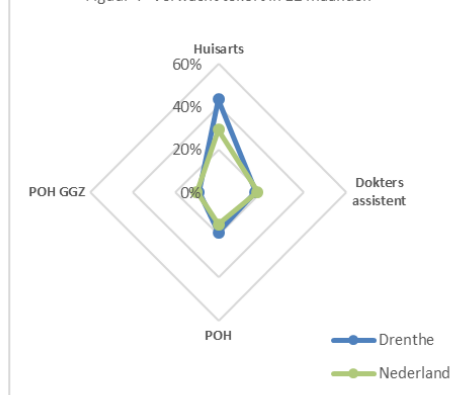


Ervaren balans 2018

Figuur 3 Ervaren werklust



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklust en werkdruk ervaren.

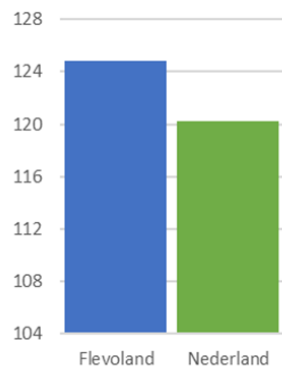
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

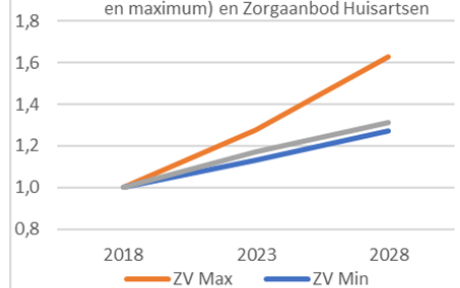
Voor vrijwel alle aspecten geldt dat Drenthe meer problemen kent dan gemiddeld in Nederland. De Ervaren balans 2018 (werkdruk en werklust) scoort duidelijk lager dan Nederland gemiddeld.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschrijftarief (2016)



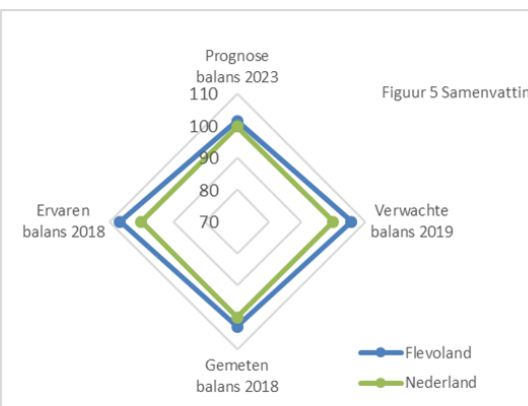
Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



Gemeten balans 2023-2028

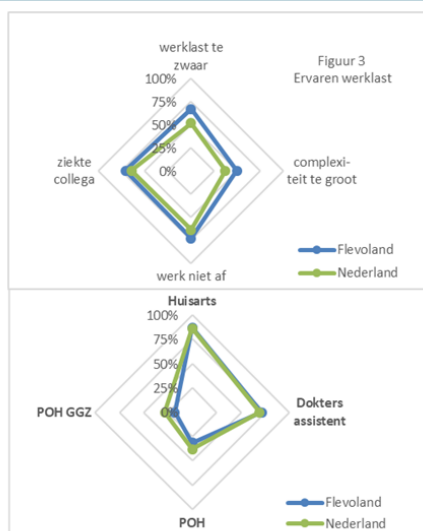
Flevoland

Figuur 5 Samenvatting

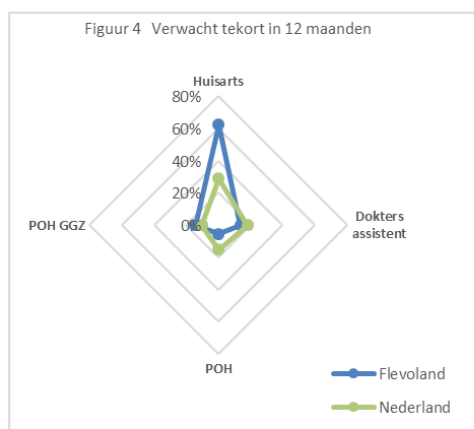


Ervaren balans 2018

Figuur 3 Ervaren werklust



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklust en werkdruk ervaren.

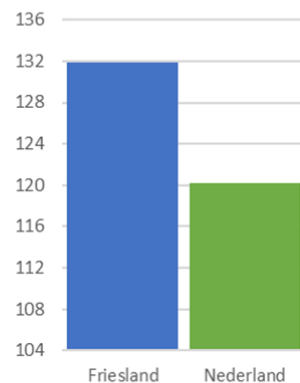
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

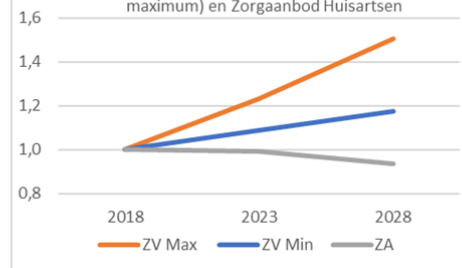
Voor alle aspecten geldt dat Flevoland (beperkt) meer problemen kent dan gemiddeld in Nederland.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschijftarief (2016)

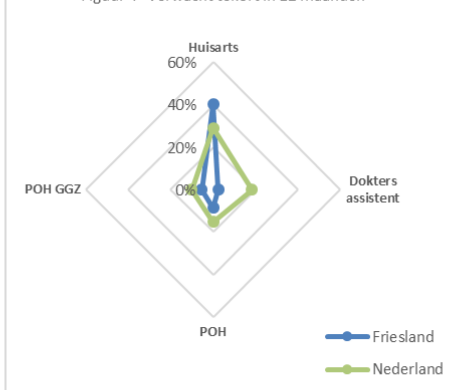


Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



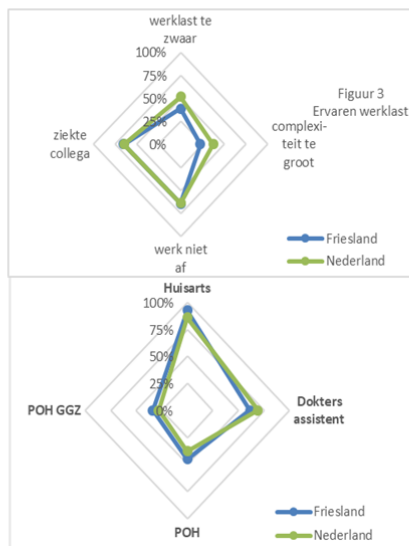
Gemeten balans 2023-2028

Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

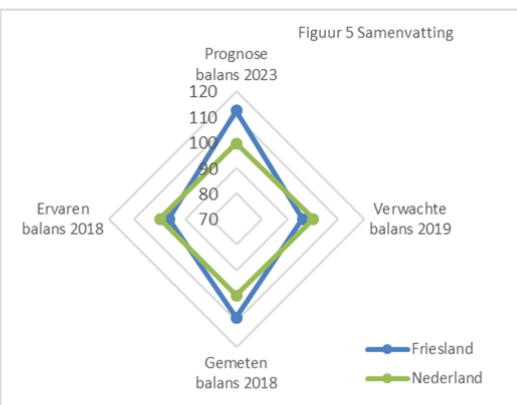
Figuur 3 Ervaren werklust



Ervaren balans 2018

Friesland

Figuur 5 Samenvatting



Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklust en werkdruk ervaren.

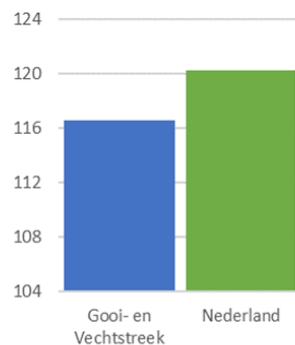
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

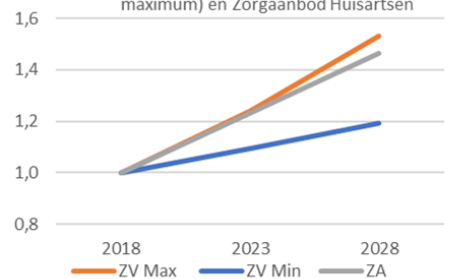
Voor de Gemeten balans en de Prognose balans 2023 scoort Friesland duidelijk hoger dan Nederland gemiddeld. De ervaren balans 2018 (werkdruk en werklust) en de Verwachte balans 2019 laat gemiddeld juist een lagere score zien dan landelijk gemiddeld.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl
Inschrijftarief (2016)



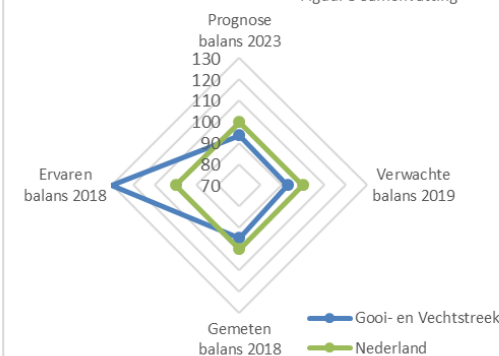
Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



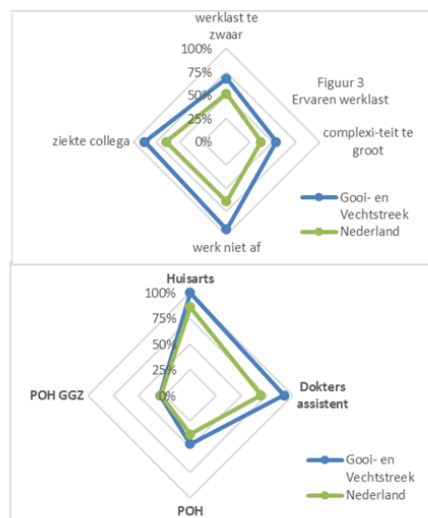
Gemeten balans 2023-2028

Gooi- en Vechtstreek

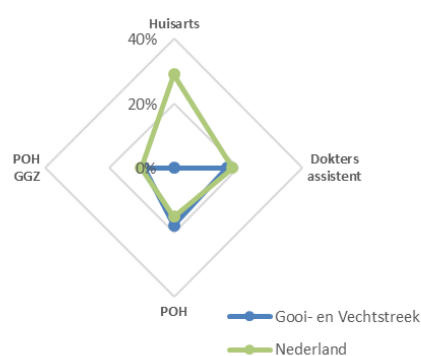
Figuur 5 Samenvatting



Ervaren balans 2018



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklast en werkdruk ervaren.

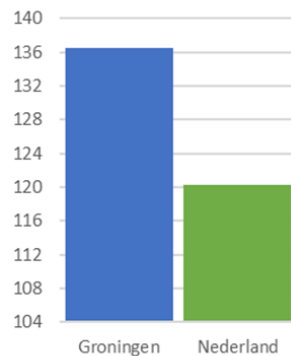
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

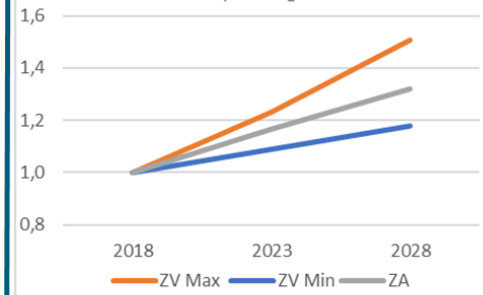
Voor vrijwel alle aspecten geldt dat Gooi- en Vechtstreek minder problemen kent dan gemiddeld in Nederland. De Ervaren balans (werkdruk en werklast) ligt duidelijk hoger in deze regio in vergelijking met de rest van Nederland.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschrijftarief (2016)



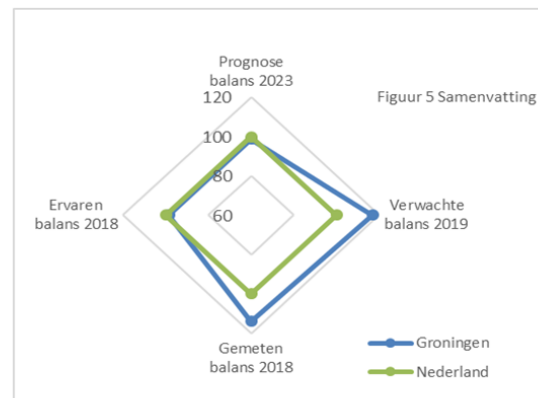
Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



Gemeten balans 2023-2028

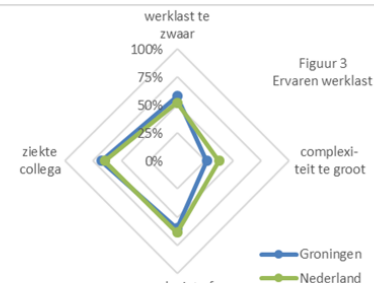
Groningen

Figuur 5 Samenvatting

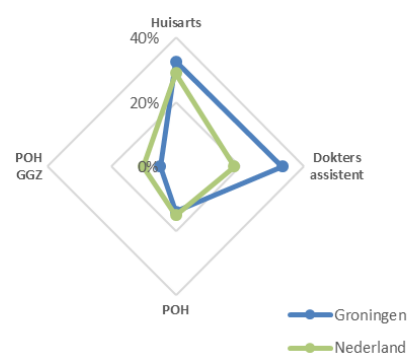


Ervaren balans 2018

Figuur 3 Ervaren werklust



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklust en werkdruk ervaren.

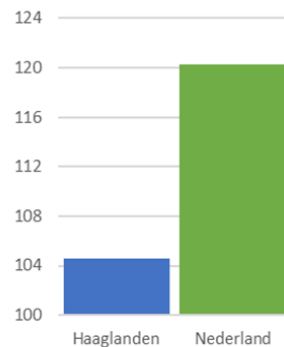
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

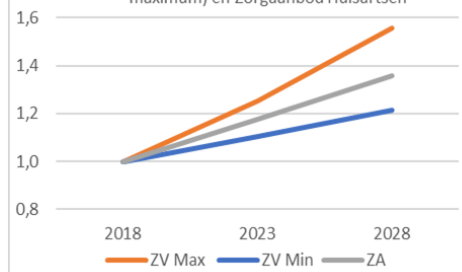
Voor de Ervaren balans en de Prognose balans 2023 scoort Groningen gelijk aan Nederland gemiddeld. De Gemeten balans 2018 en de Verwachte balans 2019 ligt duidelijk hoger dan gemiddeld.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl
Inschrijftarief (2016)



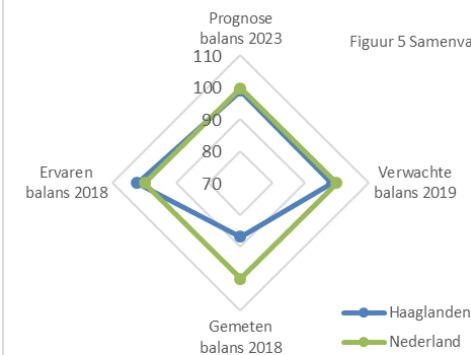
Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



Gemeten balans 2023-2028

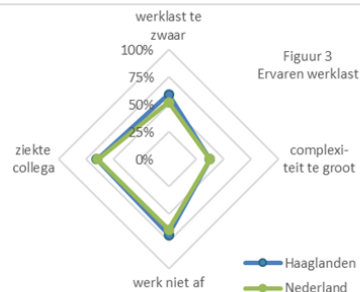
Haaglanden

Figuur 5 Samenvatting

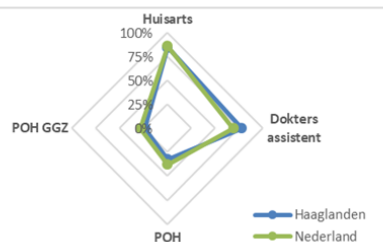


Ervaren balans 2018

Figuur 3 Ervaren werklust



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklust en werkdruk ervaren.

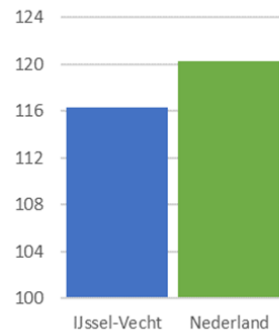
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

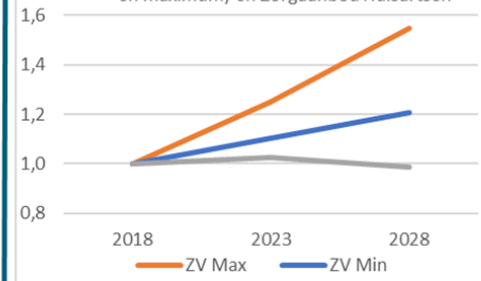
Voor vrijwel alle aspecten geldt dat Haaglanden vergelijkbare problemen kent dan gemiddeld in Nederland. Op het aspect gemeten balans (Kosten per inwoner) scoort de regio laag.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschrijftarief (2016)

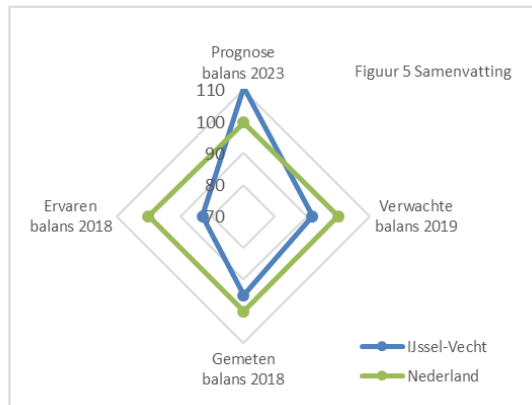


Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen

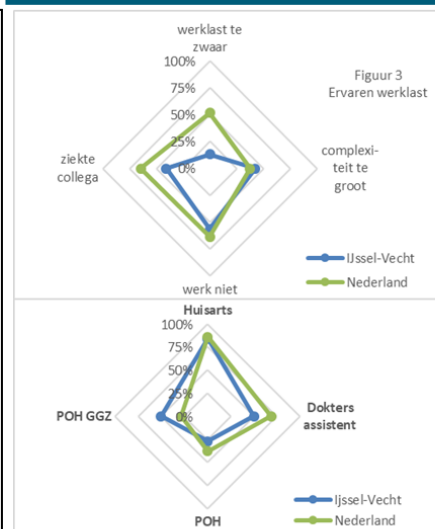


Gemeten balans 2023-2028

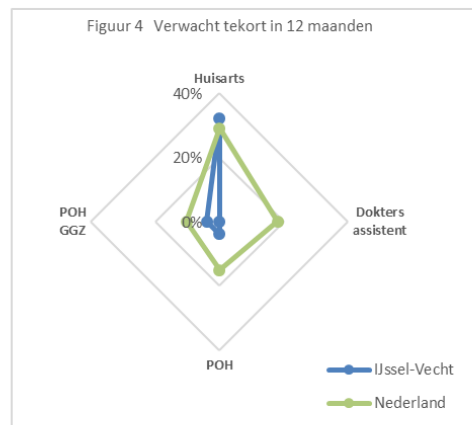
IJssel-Vecht



Ervaren balans 2018



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklast en werkdruk ervaren.

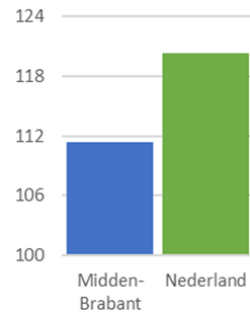
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

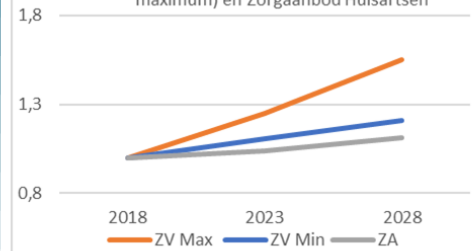
Voor vrijwel alle aspecten geldt dat IJssel-Vecht minder problemen kent dan gemiddeld in Nederland. Vooral vanwege een relatief lage instroom en hoge uitstroom van huisartsen lijkt er een relatief groot tekort aan huisartsen te ontstaan (Prognosebalans 2023).

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschijftarief (2016)



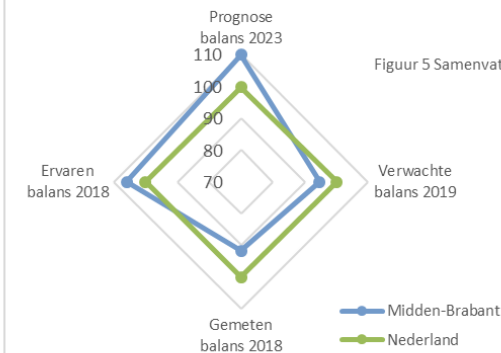
Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



Gemeten balans 2023-2028

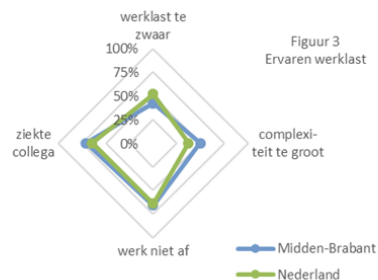
Midden-Brabant

Figuur 5 Samenvatting

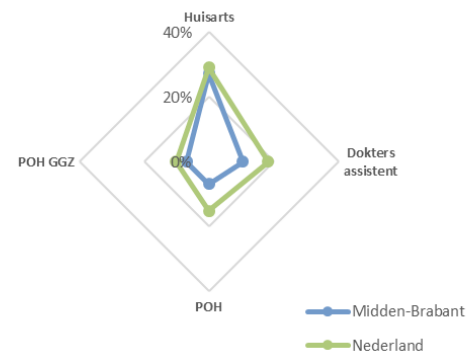


Ervaren balans 2018

Figuur 3 Ervaren werklast



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklast en werkdruk ervaren.

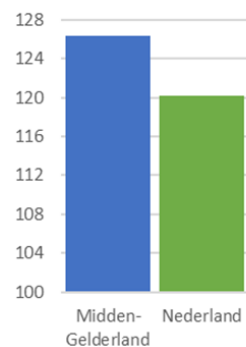
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

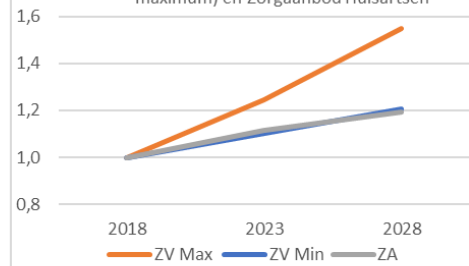
Voor de Gemeten balans en de Verwachte balans 2019 scoort Midden Brabant lager dan Nederland gemiddeld. De Ervaren balans 2018 (werkdruk en werklast) ligt duidelijk hoger dan gemiddeld evenals de Prognose balans 2023.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschrijftarief (2016)



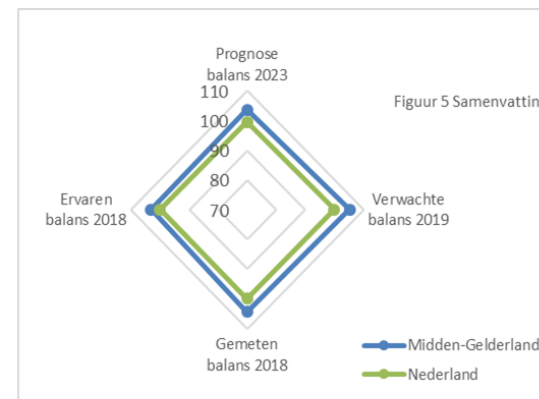
Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



Gemeten balans 2023-2028

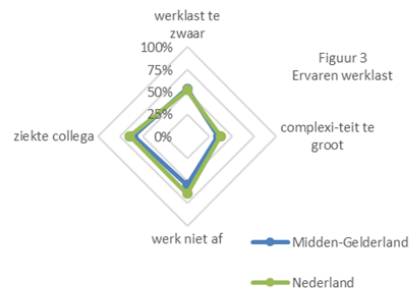
Midden-Gelderland

Figuur 5 Samenvatting

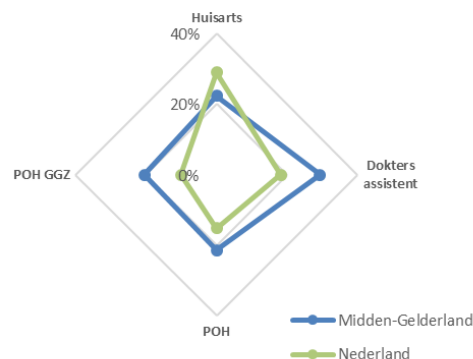


Ervaren balans 2018

Figuur 3 Ervaren werklust



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklust en werkdruk ervaren.

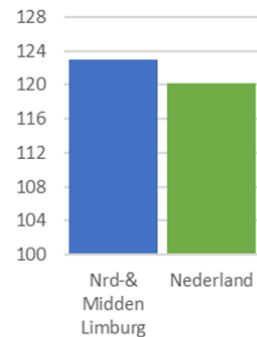
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

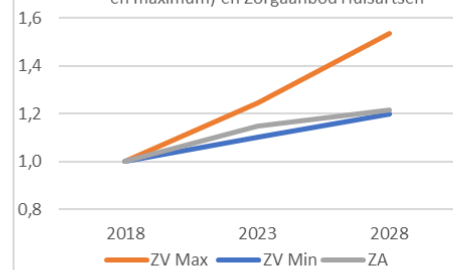
Voor alle aspecten geldt dat Midden Gelderland (beperkt) meer problemen kent dan gemiddeld in Nederland.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschrijftarief (2016)



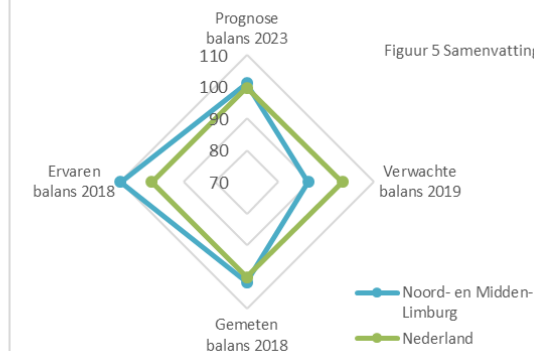
Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



Gemeten balans 2023-2028

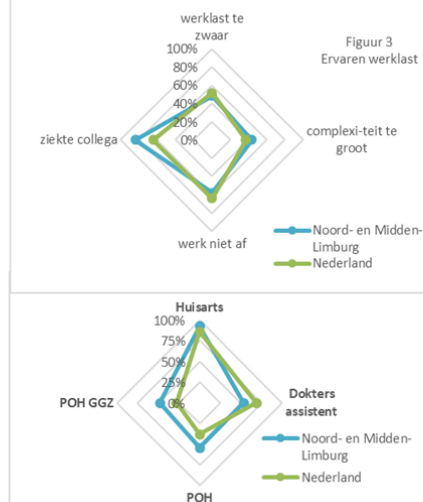
Noord en Midden-Limburg

Figuur 5 Samenvatting

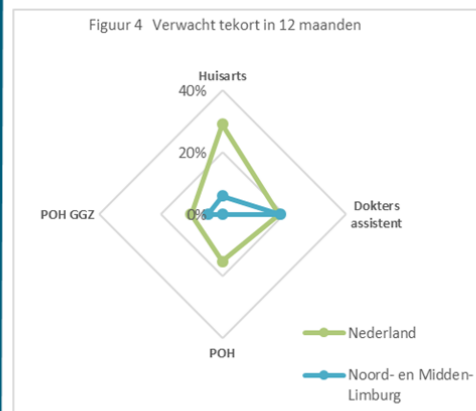


Ervaren balans 2018

Figuur 3 Ervaren werklast



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklast en werkdruk ervaren.

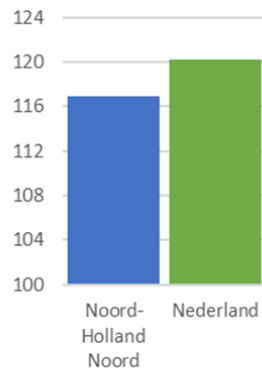
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

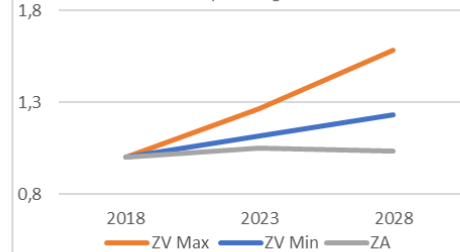
Voor de Gemeten balans en de Prognose balans 2023 scoort Noord en Midden Limburg gelijk aan Nederland gemiddeld. De ervaren balans 2018 (werkdruk en werklast) ligt duidelijk hoger dan gemiddeld. De Verwachte balans 2019 laat gemiddeld een lager tekort zien dan landelijk gemiddeld.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschrijftarief (2016)

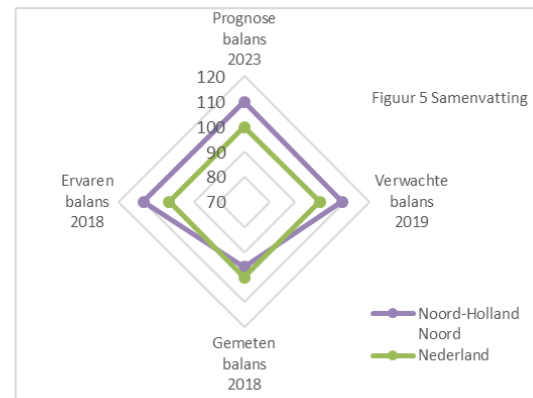


Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



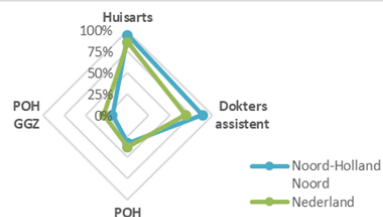
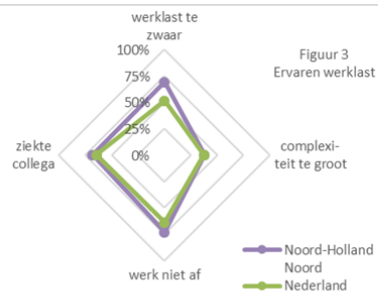
Gemeten balans 2023-2028

Noord Holland Noord

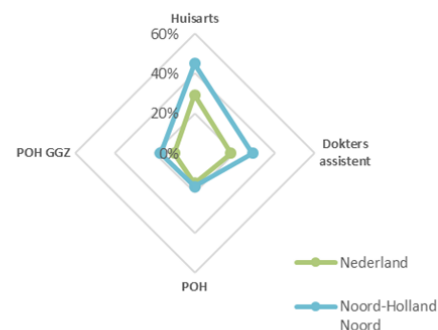


Ervaren balans 2018

Figuur 3 Ervaren werklust



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklust en werkdruk ervaren.

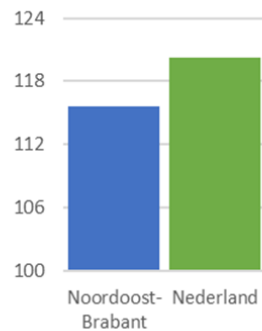
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

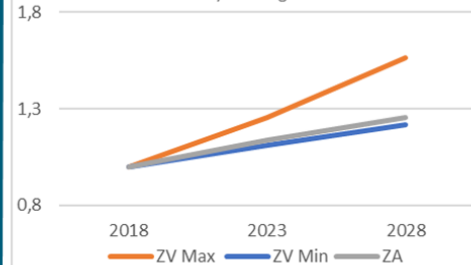
Voor vrijwel alle aspecten (werkdruk/werklast, toekomstige tekorten) geldt dat Noord Holland Noord meer problemen kent dan gemiddeld in Nederland. Alleen op het aspect gemeten balans (kosten per inwoner) scoort de regio lager dan landelijk.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschrijftarief (2016)



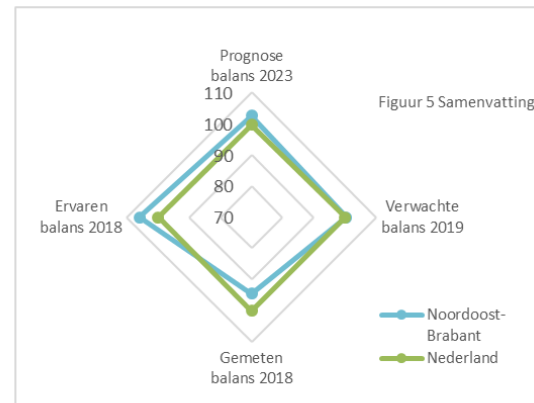
Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



Gemeten balans 2023-2028

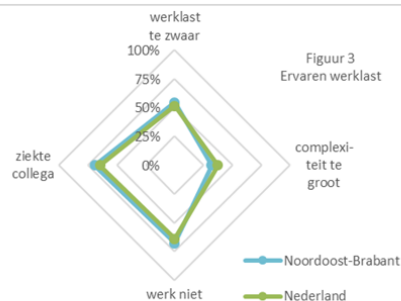
Noordoost-Brabant

Figuur 5 Samenvatting

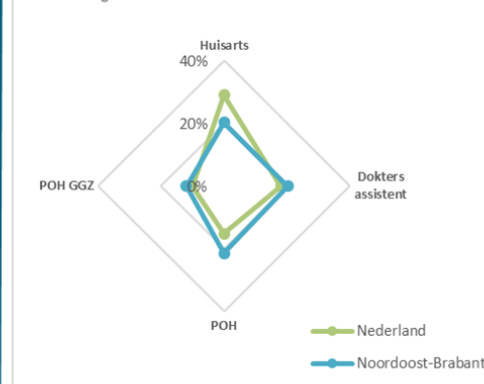


Ervaren balans 2018

Figuur 3 Ervaren werklast



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklast en werkdruk ervaren.

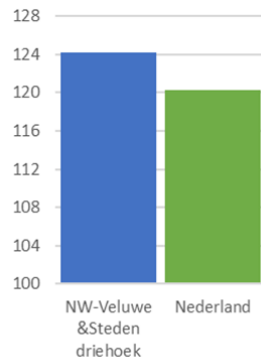
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

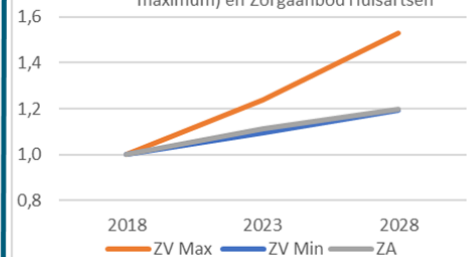
Voor de Ervaren balans (werkdruk en werklast) en de Prognose balans scoort Noord-Brabant hoger dan Nederland gemiddeld. De Gemeten balans (kosten per inwoner) ligt juist lager dan gemiddeld. De Verwachte balans 2019 is vergelijkbaar met landelijk gemiddeld.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschrijftarief (2016)



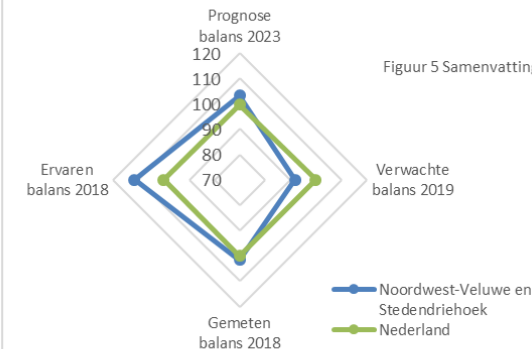
Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



Gemeten balans 2023-2028

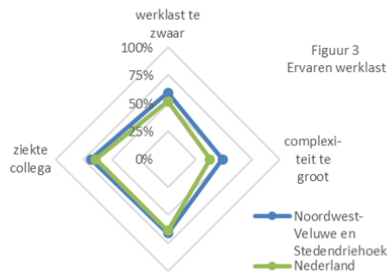
Noordwest-Veluwe en Stedendriehoek

Figuur 5 Samenvatting

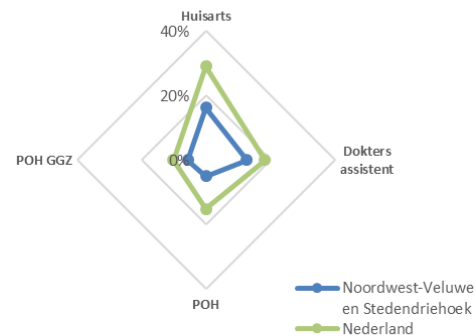


Ervaren balans 2018

Figuur 3 Ervaren werklast



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklast en werkdruk ervaren.

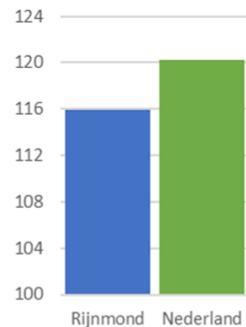
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

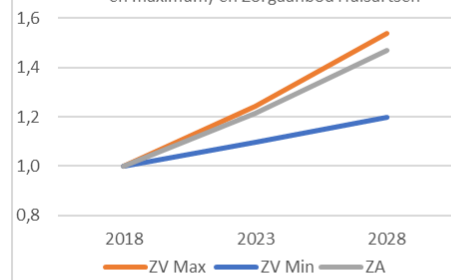
Voor de ervaren balans 2018 (Werkdruk en werklast) scoort Noordwest-Veluwe en Stedendriehoek hoger dan Nederland gemiddeld. De verwachte balans scoort juist lager dan gemiddeld. De gemeten balans (kosten per inwoner) en de prognose balans liggen op een gelijk niveau als landelijk gemiddeld.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschrijftarief (2016)



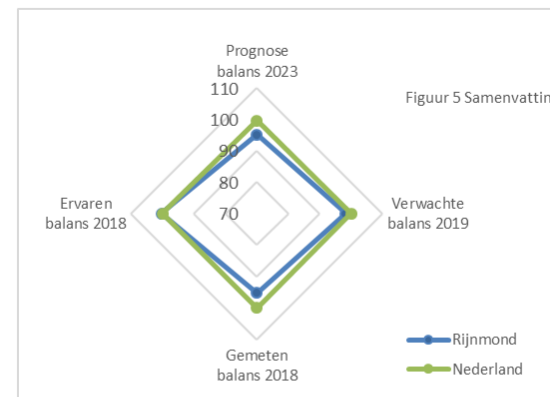
Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



Gemeten balans 2023-2028

Rijnmond

Figuur 5 Samenvatting

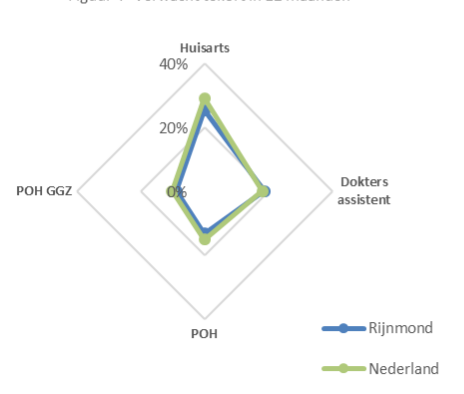


Ervaren balans 2018

Figuur 3 Ervaren werklust



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklust en werkdruk ervaren.

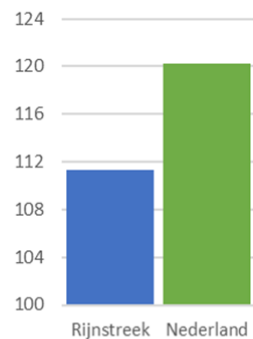
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

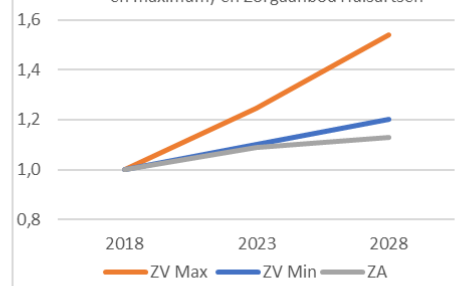
Voor de ervaren balans en de verwachte balans scoort Rijnmond gelijk aan Nederland gemiddeld. De gemeten balans (kosten per inwoner) ligt lager dan gemiddeld. De prognose balans 2023 laat gemiddeld een lager toekomstig tekort zien dan landelijk gemiddeld.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschrijftarief (2016)

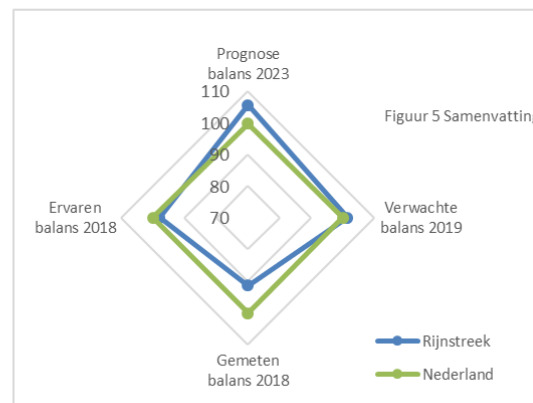


Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



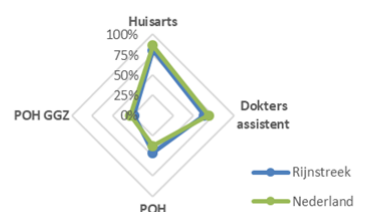
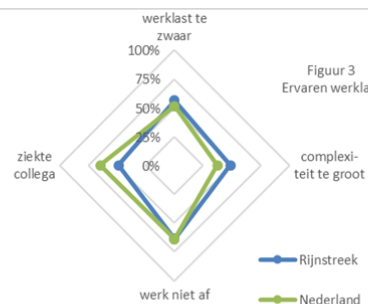
Gemeten balans 2023-2028

Rijnstreek

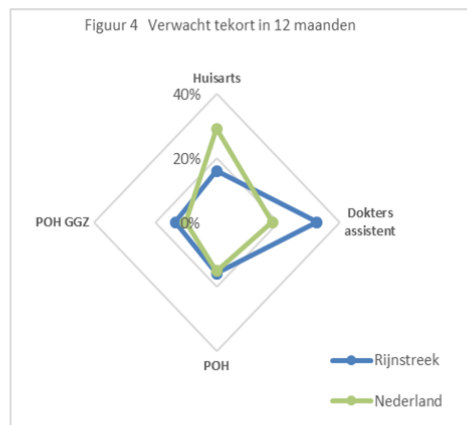


Ervaren balans 2018

Figuur 3 Ervaren werklust



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklust en werkdruk ervaren.

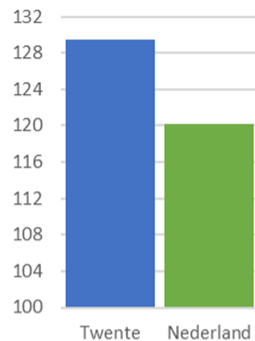
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

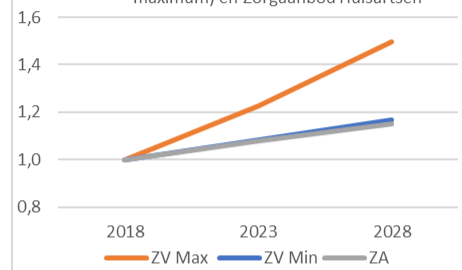
Voor de ervaren balans en de verwachte balans scoort Rijnstreek gelijk aan Nederland gemiddeld. De gemeten balans (kosten per inwoner) ligt duidelijk lager dan gemiddeld. De prognose balans 2023 laat gemiddeld een hoger toekomstig tekort zien dan landelijk gemiddeld.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschrijftarief (2016)

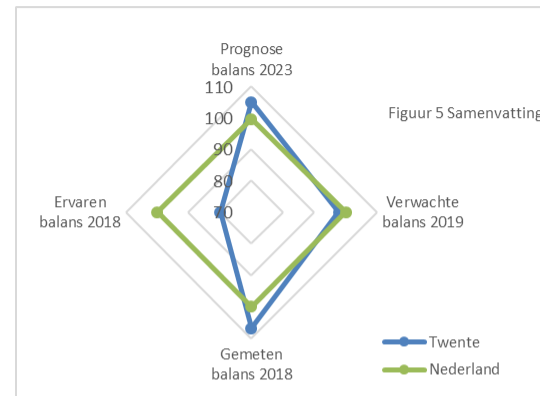


Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen

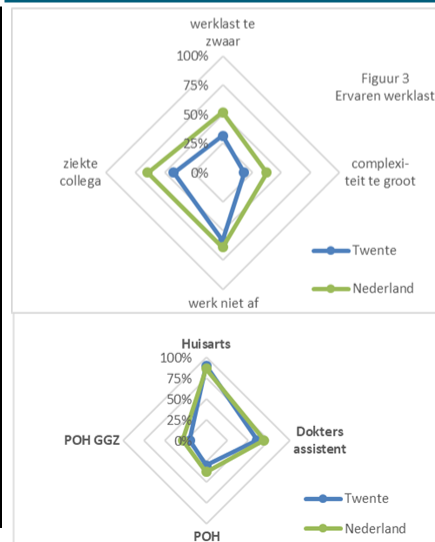


Gemeten balans 2023-2028

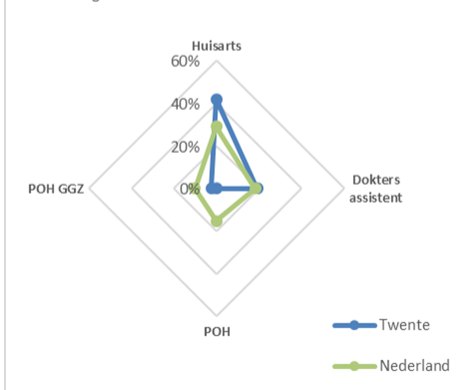
Twente



Ervaren balans 2018



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklast en werkdruk ervaren.

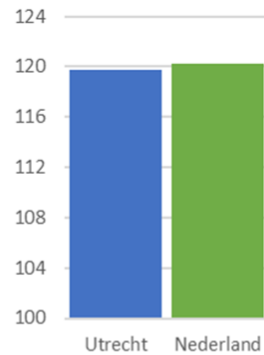
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

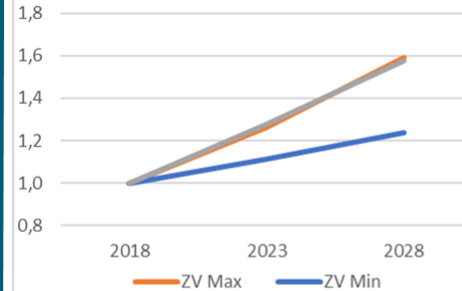
Voor de verwachte balans scoort Utrecht gelijk aan Nederland gemiddeld. De ervaren balans 2018 (werkdruk en werklast) ligt duidelijk lager dan gemiddeld. De gemeten balans 2018 en de prognose balans 2023 laat gemiddeld een hoger tekort zien dan landelijk gemiddeld.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschijftarief (2016)

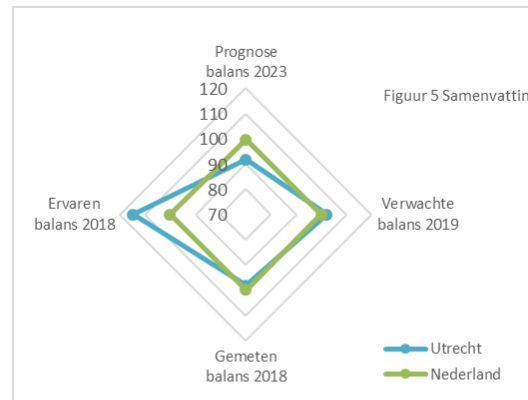


Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen

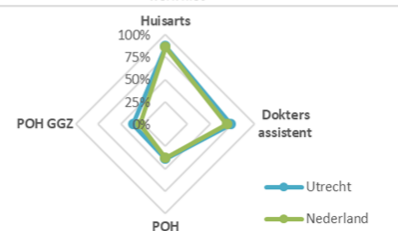
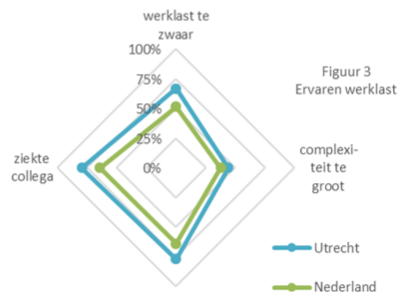


Gemeten balans 2023-2028

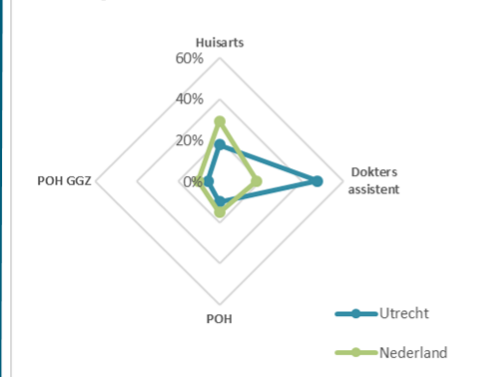
Utrecht



Ervaren balans 2018



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklast en werkdruk ervaren.

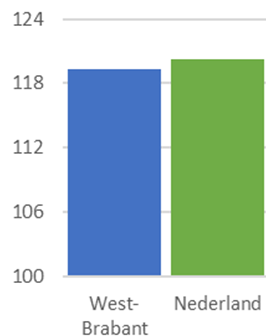
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

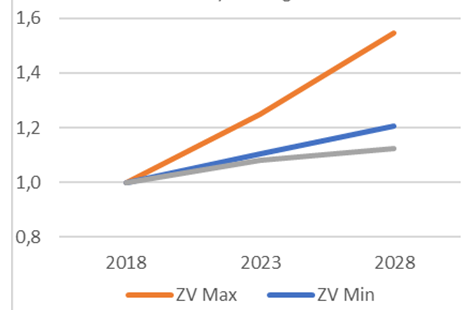
Voor de gemeten en verwachte balans scoort Utrecht gelijk aan Nederland gemiddeld. De ervaren balans 2018 (werkdruk en werklast) ligt duidelijk hoger dan gemiddeld. De prognose balans 2023 laat gemiddeld een lager tekort zien dan landelijk gemiddeld.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschrijftarief (2016)



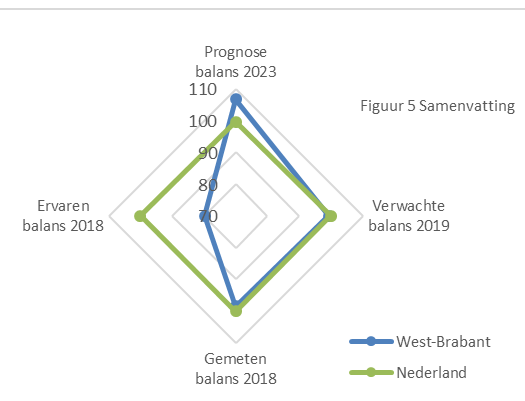
Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



Gemeten balans 2023-2028

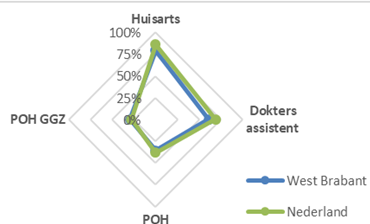
West-Brabant

Figuur 5 Samenvatting

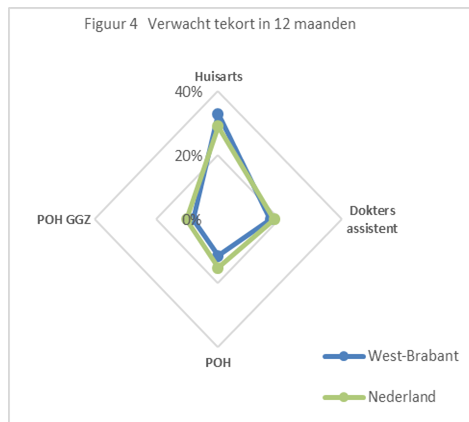


Ervaren balans 2018

Figuur 3 Ervaren werklast



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklast en werkdruk ervaren.

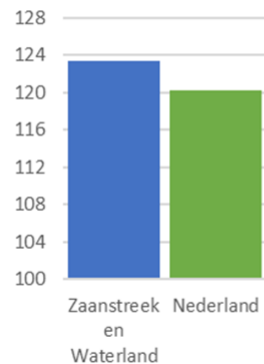
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

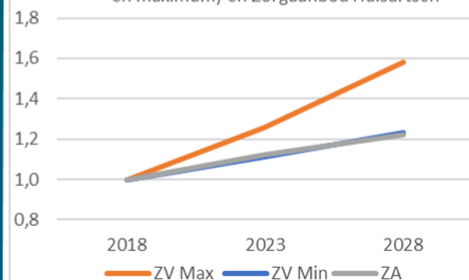
Voor de gemeten en verwachte balans scoort West-Brabant gelijk aan Nederland gemiddeld. De ervaren balans 2018 (werkdruk en werklast) ligt lager dan gemiddeld. De prognose balans 2023 laat gemiddeld een hoger tekort zien dan landelijk gemiddeld.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschrijftarief (2016)

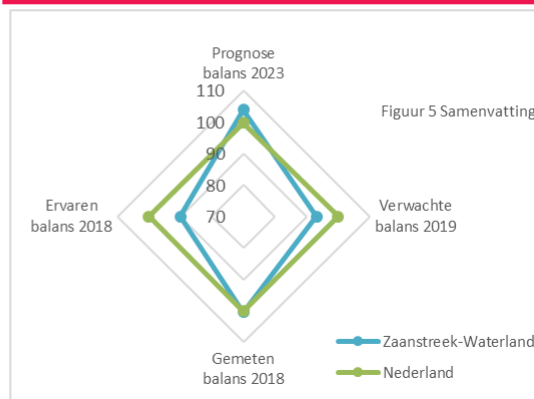


Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen

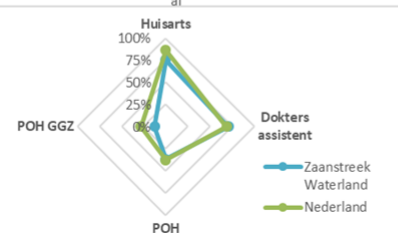
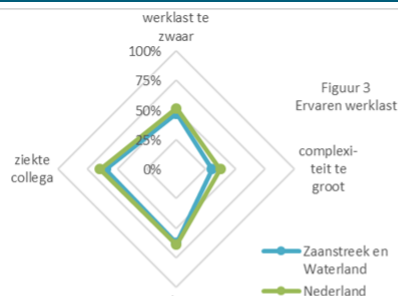


Gemeten balans 2023-2028

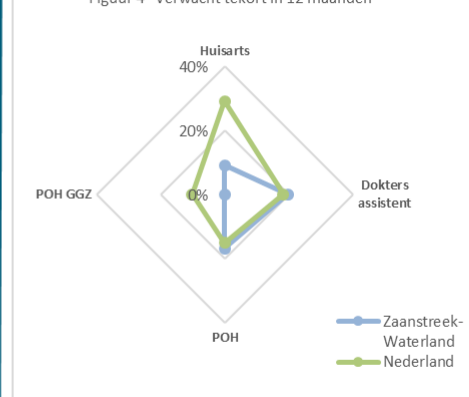
Zaanstreek-Waterland



Ervaren balans 2018



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklast en werkdruk ervaren.

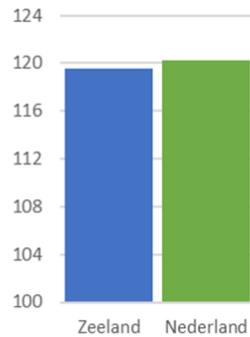
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

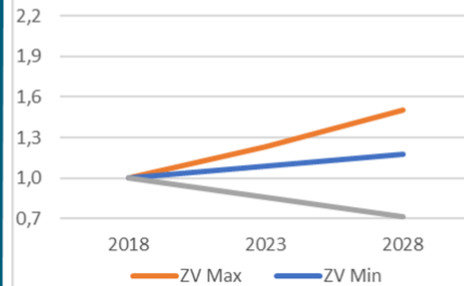
Voor ervaren en verwachte balans geldt dat Zaanstreek-Waterland minder problemen kent dan gemiddeld in Nederland. Voor de Gemeten balans 2018 en de Prognose balans 2023 ligt de score in lijn met die in Nederland.

Gemeten balans 2018

figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschijftarief (2016)

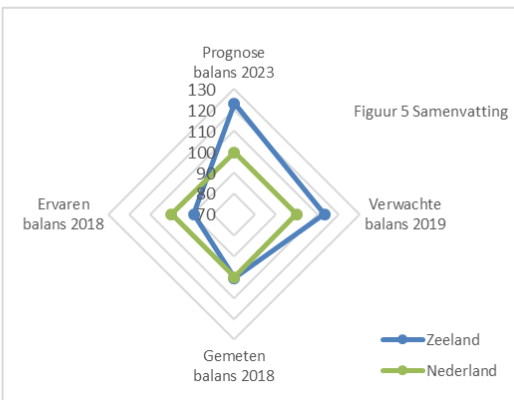


Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen

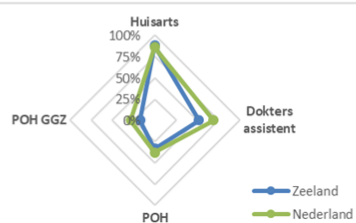
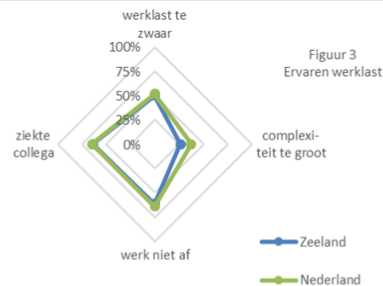


Gemeten balans 2023-2028

Zeeland



Ervaren balans 2018



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklast en werkdruk ervaren.

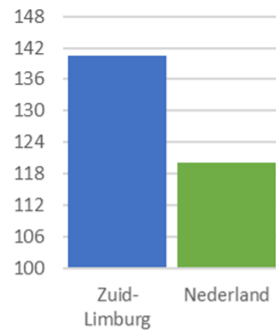
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

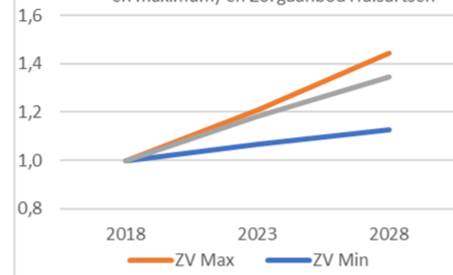
Voor de nabije en verdere toekomst geldt dat Zeeland meer problemen kent dan gemiddeld in Nederland. Er worden veel tekorten verwacht, vooral vanwege een relatief hoge uitstroom van huisartsen in de komende jaren. Momenteel is de regio redelijk in balans, en kent zelfs een gemiddeld lagere werklast/werkdruk dan in Nederland gemiddeld.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl
Inschrijftarief (2016)

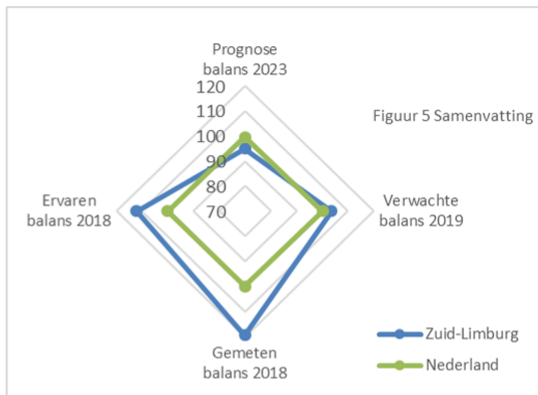


Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum
en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen

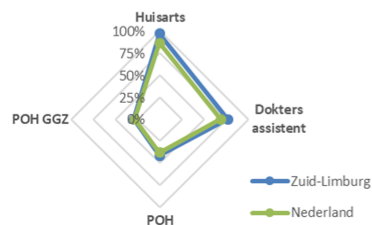
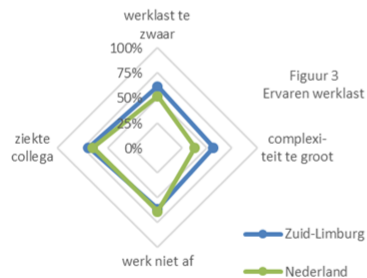


Gemeten balans 2023-2028

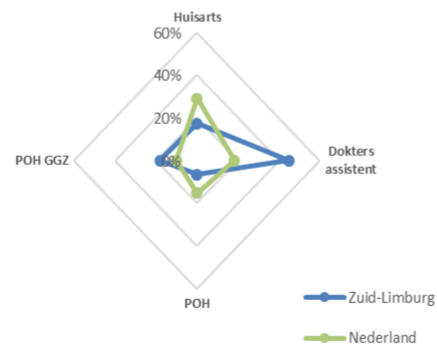
Zuid-Limburg



Ervaren balans 2018



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklast en werkdruk ervaren.

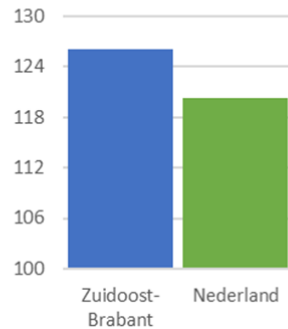
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

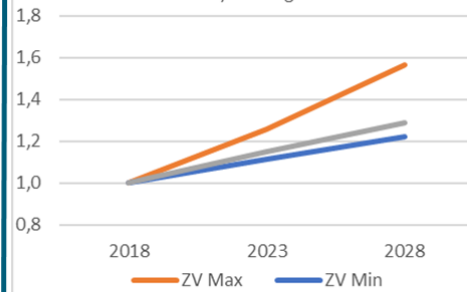
Voor vrijwel alle aspecten geldt dat Zuid-Limburg meer problemen kent dan gemiddeld in Nederland. Alleen het toekomstig aantal huisartsen (Prognose balans 2023) lijkt minder een probleem dan in Nederland gemiddeld.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl
Inschrijftarief (2016)



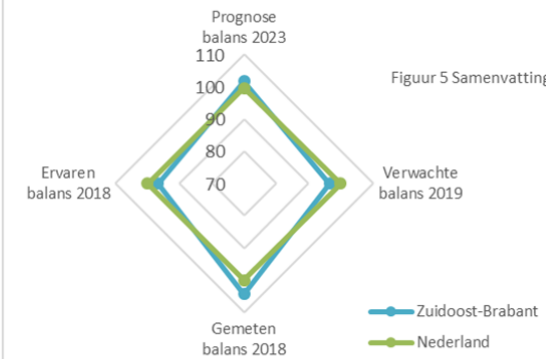
Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



Gemeten balans 2023-2028

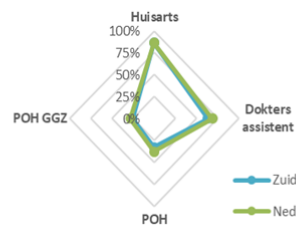
Zuidoost-Brabant

Figuur 5 Samenvatting

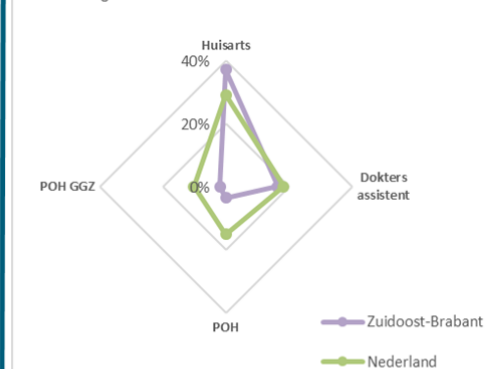


Ervaren balans 2018

Figuur 3 Ervaren werklast



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklast en werkdruk ervaren.

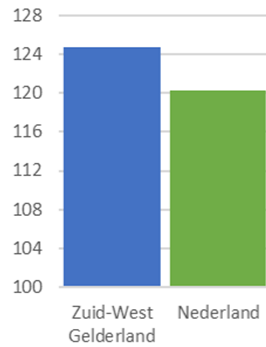
Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

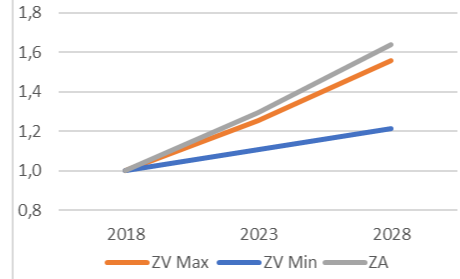
De regio Zuidoost Brabant is redelijk in balans. De aspecten Ervaren balans 2018 en Verwachte balans 2019 scoren in Zuidoost-Brabant onder het gemiddelde van Nederland. De gemeten Balans en de geprognostiseerde balans 2023 liggen juist hoger dan landelijk gemiddeld.

Gemeten balans 2018

Figuur 1 Kosten/inwoner excl Inschrijftarief (2016)



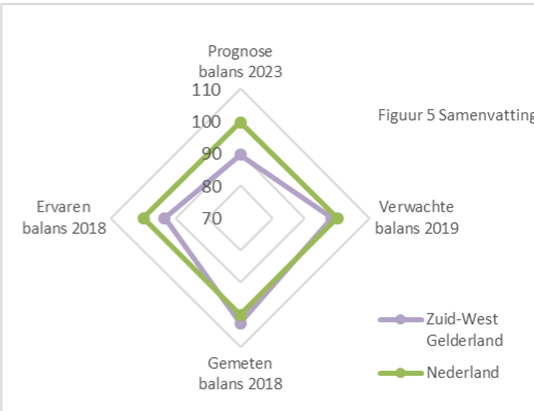
Figuur 2 Ontwikkeling Zorgvraag (minimum en maximum) en Zorgaanbod Huisartsen



Gemeten balans 2023-2028

Zuid-West Gelderland

Figuur 5 Samenvatting

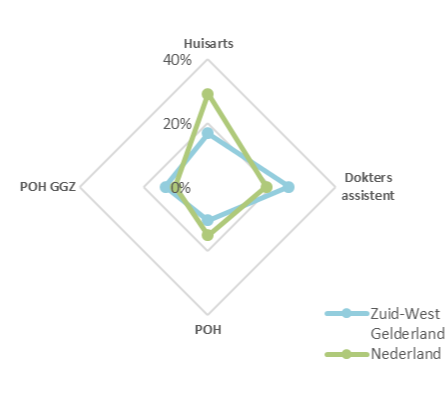


Ervaren balans 2018

Figuur 3 Ervaren werklust



Figuur 4 Verwacht tekort in 12 maanden



Verwachte balans 2019

Toelichting

Figuur 1 geeft de kosten per inwoner aan huisartsenzorg weer.

Figuur 2 brengt de ontwikkeling van de verwachte zorgvraag en het verwachte aantal huisartsen in beeld tot 2028.

Figuur 3 geeft welk % van de respondenten een hoge werklust en werkdruk ervaren.

Figuur 4 geeft welk % van de respondenten binnen 12 maanden tekorten verwacht aan huisartsen en ondersteuners.

Figuur 5 vat de resultaten samen van figuur 1 t/m 4. Nederland is op deze assen op 100 gezet. Een score hoger dan gemiddeld wijst op een groter dan gemiddelde kans op spanning op de balans.

Voor vrijwel alle aspecten geldt dat Zuid-West Gelderland minder problemen kent dan gemiddeld in Nederland. Alleen de kosten gemeten balans 2018 (Kosten per inwoner) liggen hoger dan gemiddeld in Nederland.