

stamm

MINISTERIE VAN BINNENLANDSE  
ZAKEN EN KONINKRIJKSRELATIES

ANTICIPEREN OP  
VERWACHT HUISARTSENTEKORT  
QUICKSCAN VOOR DE  
NOORDELIJKE PROVINCIES

RAPPORT // SEPTEMBER 2014



## Colofon

Opdrachtgever	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Programma Bevolkingsdaling Directie Woon- en Leefomgeving  Postbus 20011, 2500 EA DEN HAAG
Contactpersoon	Roxana Chandali  Coördinerend beleidsmedewerker  roxana.chandali@minbzk.nl
Uitgave	STAMM  Postbus 954  9400 AZ Assen  Telefoon 0592 394 400
Onderzoek en rapportage	Fenna Bolding  Senior Adviseur  06 12 68 61 60  fbolding@stamm.nl  Erwin Matijssen  Onderzoeker/adviseur  06 835 690 63  ematijssen@stamm.nl
Datum	September 2014



# INHOUDSOPGAVE

<b>1</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>5</b>
1.1	AANLEIDING	5
1.2	DOEL	5
1.3	WERKWIJZE	6
1.4	RESULTAAT	6
1.5	LEESWIJZER	6
<b>2</b>	<b>VERWACHT HUISARTSENTEKORT IN DE NOORDELIJKE PROVINCIES</b>	<b>7</b>
2.1	DE AANBODZIJDE	7
2.1.1	AANTAL HUISARTSEN	7
2.1.2	IN- EN UITSTROOM HUISARTSEN	9
2.2	DE VRAAGZIJDE	15
2.3	CONCLUSIE	18
<b>3</b>	<b>ANTICIPEREN OP VERWACHT HUISARTSENTEKORT</b>	<b>19</b>
3.1	AANTREKKEN VAN HUISARTSEN	19
3.1.1	BEMIDDELING BIJ OPVOLGING	19
3.1.2	PROMOTIE VAN HET GEBIED	20
3.1.3	CREËREN AANTREKKELIJKE SECONDAIRE ARBEIDSVOORWAARDEN	20
3.1.4	INZETTEN WAARNEMERS	21
3.1.5	DEPENDANCES OPLEIDINGSINSTITUTEN	21
3.2	SAMENWERKING	22
3.2.1	SAMENWERKING TUSSEN HUISARTSEN ONDERLING	22
3.2.2	SAMENWERKING MET VERSCHILLENDE PRAKTIJKONDERSTEUNERS	22
3.2.3	SAMENWERKING MET NIEUWE PARTNERS	22
3.3	ONTLASTEN VAN DE HUISARTSEN	24
3.4	BURGERINITIATIEVEN RONDOM ZORG	24
<b>4</b>	<b>CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN</b>	<b>27</b>
4.1	CONCLUSIES	27
4.2	AANBEVELINGEN	28
<b>BIJLAGE 1</b>	<b>KAMERVragen OVER HUISARTSENTEKORT DRENTHE</b>	
<b>BIJLAGE 2</b>	<b>KRIMP- EN ANTICIPEERREGIO'S</b>	



# 1 INLEIDING

## 1.1 AANLEIDING

De komende jaren zal in Noord-Nederland naar verwachting een tekort aan huisartsen optreden.

In een van de eerste krimpexperimenten, het Drentse experiment Zorgkracht in Krimpgebieden, is de urgentie van het huisartsentekort dat de komende jaren zal optreden in Zuidoost Drenthe geagendeerd. Uit informatie van de huisartsenkring Drenthe bleek dat in dit gebied binnen drie tot vijf jaar 20 tot 30 huisartsen zouden verdwijnen, dat is 17% van de huisartsen. Zij voorzien vrijwel allemaal een opvolgingsprobleem. Het gaat in veel gevallen om solo-praktijken aan huis en dat maakt het voor startende huisartsen lastig om deze praktijken zomaar over te nemen. Ook gaat het om grote praktijken, soms meer dan 3.000 patiënten, terwijl de landelijke norm in 2013 op 2.350 patiënten per fulltime huisarts lag. De situatie in Zuidoost Drenthe vormde aanleiding tot het stellen van Kamervragen over een toekomstig huisartsentekort in krimp- en anticipeerregio's. (zie bijlage 1)

De situatie in Zuidoost Drenthe is niet uniek. Ook de omliggende provincies hebben of krijgen naar verwachting te maken met een (groot) tekort aan huisartsen.

Binnen de huisartsenkringen bestaat zorg over deze ontwikkeling. Deze zorg betreft zowel burgers die in de toekomst mogelijk problemen zullen ervaren bij het vinden van een huisarts, als de zittende huisartsen die extra werkdruk zullen ervaren omdat zij patiënten zonder vaste huisarts als passant in hun wachtkamer zullen aantreffen. Zeker in krimp- en anticipeergebieden, waar door de lagere bevolkingsdichtheid ook de dichtheid van zorgvoorzieningen minder is, is het belang van de huisarts groot. Een (groot) huisartsentekort tast de leefbaarheid van de anticipeerregio's aan. Ondertussen is in de Randstad sprake van een huisartsenoverschot.

Voor het ministerie van BZK vormde dit aanleiding om STAMM te vragen om voor de noordelijke provincies een quickscan uit te voeren die inzichtelijk maakt wat het verwachte huisartsentekort is en op welke wijze daarop nu al wordt geanticipeerd.

## 1.2 DOEL

Met deze quickscan bieden we inzicht in het verwachte huisartsentekort in de noordelijke provincies / krimp- en anticipeerregio's en de mogelijkheden om te anticiperen op het verwachte huisartsentekort.

De quickscan draagt bij aan:

- Stimuleren bewustwording van een verwacht huisartsentekort op korte/middellange termijn (3 tot 5-10 jaar) bij overheden, maatschappelijke (zorg)partijen en burgers.
- Informeren relevante partijen, overheden, maatschappelijke (zorg)partijen en burgers over feiten, cijfers en prognoses met betrekking tot het verwachte tekort, om daarmee een basis te leggen voor een actieve(re) inzet om huisartsen naar de (krimp)regio te halen.
- Nieuw perspectief voor de krimp- en anticipeerregio's in de noordelijke provincies en voor werkzoekende huisartsen uit de Randstad.

### 1.3 WERKWIJZE

De resultaten van de quickscan zijn gebaseerd op:

- Analyse van feiten, cijfers en prognoses vanuit verschillende bronnen.
- Gesprekken met huisartsen(kring), gemeenten, zorgkantoren, de werkgroep zorg en sociale draagkracht van het Nationaal Netwerk Bevolkingsdaling, ondersteuningsorganisaties van huisartsen, Kennisknooppunt Krimp Noord-Nederland, landelijke huisartsenvereniging. Ook burgerinitiatieven rond zorg zijn betrokken in deze quickscan.
- Deskresearch.

### 1.4 RESULTAAT

De quickscan levert een rapportage op over de verwachte vervangingsvraag voor huisartsen in de noordelijke provincies, inclusief de krimp- en anticipeerregio's. Tevens biedt het een overzicht van wat nu al wordt ondernomen om in de (toekomstige) vervangingsvraag te voorzien en welke partijen daarin een actieve rol spelen. Deze rapportage draagt bij aan het delen van kennis, het vergroten van bewustwording en stimuleren van een actieve rol van gemeenten en (zorg)partijen met betrekking tot de huisartsenzorg in de noordelijke provincies<sup>1</sup>.

### 1.5 LEESWIJZER

Hoofdstuk 2 gaat in op de omvang en de oorzaken van een mogelijk huisartsentekort.

Hoofdstuk 3 bevat enkele mogelijke oplossingsrichtingen om te anticiperen op een huisartsentekort.

Hoofdstuk 4 tot slot bevat conclusies en aanbevelingen.

---

<sup>1</sup> De rapportage richt zich op de Drenthe, Friesland en Groningen als geheel. Waar relevant kijken we speciaal naar de noordelijke krimp- en anticipeerregio's. Zie voor een overzicht van deze regio's bijlage 2.



## 2 VERWACHT HUISARTSENTEKORT IN DE NOORDELIJKE PROVINCIES

In dit hoofdstuk schetsen we de omvang en de oorzaken van een mogelijk huisartsentekort. We behandelen enerzijds de aanbodzijde (de huisartsen zelf) en anderzijds de vraagzijde (de patiënten).

### 2.1 DE AANBODZIJD

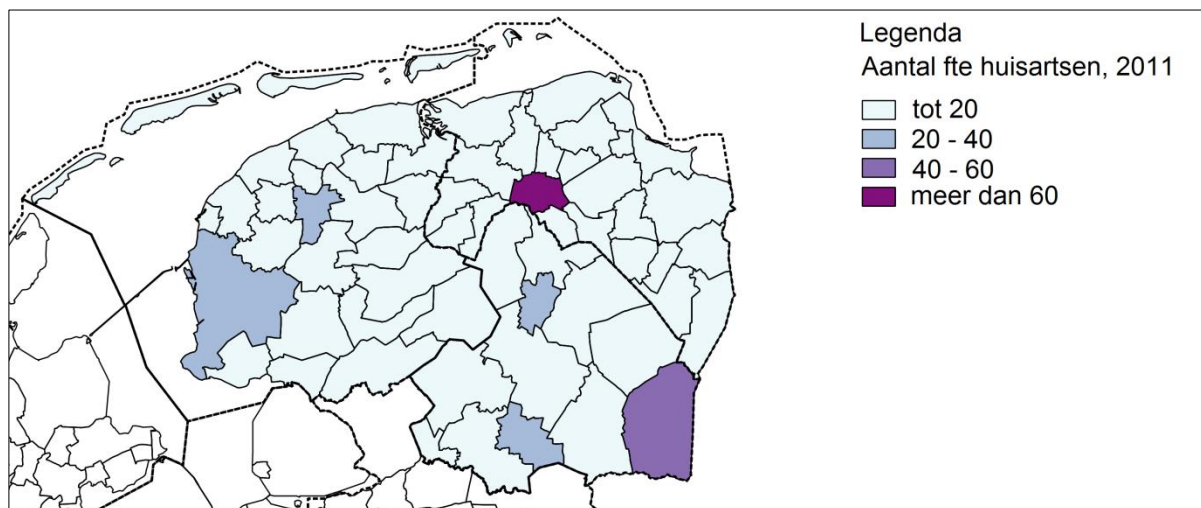
In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk gaan we in op de aanbodzijde van het verwacht huisartsentekort. We schetsen zowel een beeld van de huidige situatie als van de (verwachte) toekomstige situatie.

#### 2.1.1 AANTAL HUISARTSEN

In Figuur 1 is te zien dat, met uitzondering van een zestal gemeenten, de noordelijke provincies per gemeente 20 of minder fte huisartsen tellen. De zes uitzonderingen zijn:

- Groningen
- Leeuwarden
- Súdwest-Fryslân
- Assen
- Hoogeveen
- Emmen

Figuur 1: Aantal fte huisartsen, 2011



Bron: Nivel

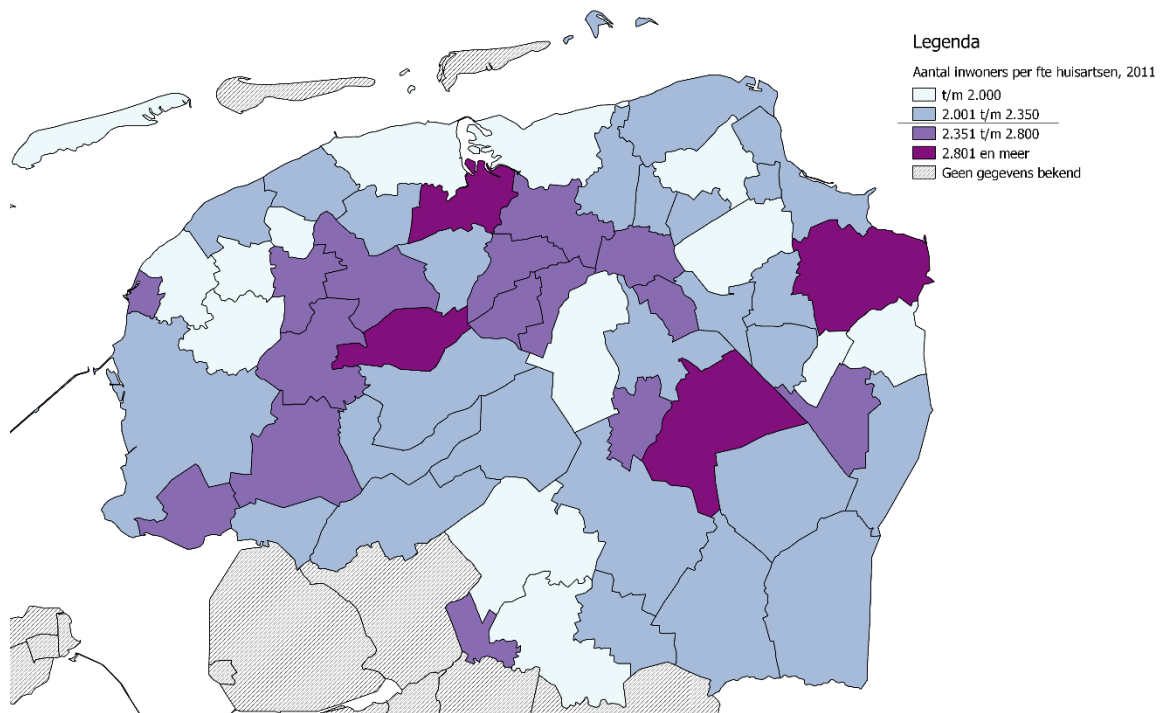
De vraag of dit aantal van 20 of minder fte huisartsen voldoende is hangt uiteraard af van het aantal inwoners. Figuur 2 laat zien hoeveel inwoners er zijn per fte huisartsen. De norm per huisarts bedroeg

2.350 patiënten. In het in eind 2013 gesloten Zorgakkoord is afgesproken dat deze norm verlaagd wordt naar 2.168 patiënten per fte huisarts<sup>2</sup>.

In acht van de 59 (sinds 1 januari 2014) noordelijke gemeenten was het aantal inwoners per fte huisartsen groter dan de norm van 2.350. Uitschieters zijn de gemeenten Oldambt en Aa en Hunze. In beide gemeenten bedraagt het aantal inwoners per fte huisartsen 3.000 of meer.

In het overgrote deel van de gemeenten, namelijk in 51 van de 59 gemeenten was het aantal inwoners per fte huisarts echter lager dan de landelijke norm van 2.350.

Figuur 2: Aantal inwoners per fte huisartsen, 2011



Bron: NIVEL, bewerking STAMM

Deze gegevens op gemeentelijk niveau zijn uit 2011, het meest recent verkrijgbaar. Op provinciaal niveau zijn er wel meer recente cijfers, namelijk uit 2013. Daaruit blijkt dat Groningen als geheel iets boven de (oude) norm van 2.350 komt terwijl Drenthe en Friesland daar iets onder zitten. Alle provincies komen echter wel boven de nieuwe norm van 2.168 uit.

Tabel 1: Aantal inwoners per fte huisartsen, 2013

PROVINCIE	INWONERS PER FTE HUISARTS
Drenthe	2.258
Friesland	2.294
Groningen	2.465

Bron: Nivel, bewerking STAMM

<sup>2</sup> Zie <http://lhv.artsennet.nl/Actueel/Nieuws6/Nieuwsartikel/Huisartsen-stemmen-in-met-zorgakkoord.htm>

Uit bovenstaande figuren en tabel kunnen we concluderen dat op provinciaal niveau de gemiddelde omvang van een huisartsenpraktijk goed tot redelijk aansluit bij de landelijke norm van 2.350 / 2.168 inwoners per huisarts. Op gemeentelijk niveau kunnen er echter wel degelijk (grote) verschillen bestaan, zoals te zien is in Figuur 2. Waar huisartsen te maken hebben met meer bewoners per fte dan de norm, kan de druk op huisartsen oplopen. Zouden alle huisartsen de norm hanteren, dan zijn in veel gemeenten meer huisartsen nodig.

### 2.1.2 IN- EN UITSTROOM HUISARTSEN

Niet alleen het huidige aantal huisartsen – en aantal inwoners per huisarts – is in dit kader belangrijk. Om een goed beeld te krijgen van het verwacht huisartsentekort bekijken we ook de uitstroom van huidige huisartsen en de instroom van nieuwe huisartsen. Een aantal factoren speelt hierbij een rol.

Ten eerste is dat voor de uitstroom de leeftijd en het geslacht. Hoe meer huisartsen tegen hun pensioen aan zitten, hoe meer er in de nabije toekomst zullen stoppen. Daarnaast is het geslacht belangrijk, omdat blijkt dat vrouwelijke huisartsen vaker parttime werken dan hun manlijke collega's.

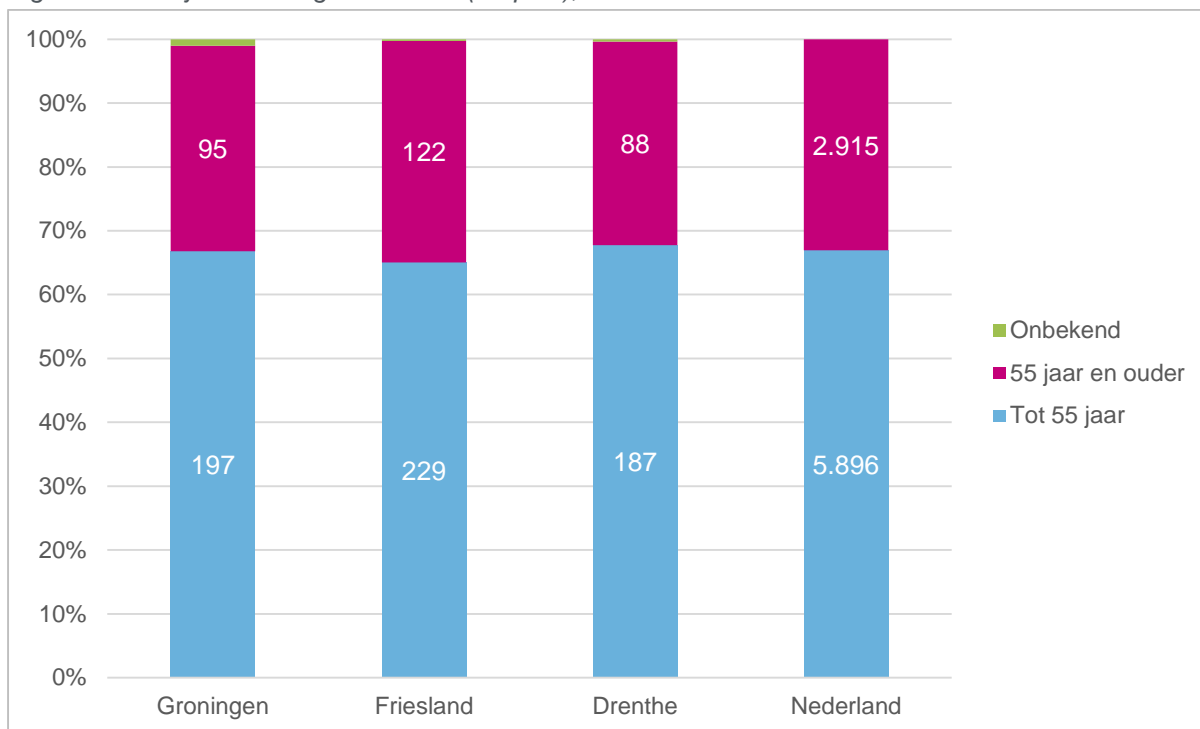
Voor de instroom kijken we met name naar de opleidingen en de allocatie van huisartsen (waar vestigen zij zich?).

#### **Uitstroom: leeftijd**

Niet alle huisartsen blijven hun beroep uitoefenen tot ze 65 jaar oud zijn. Huisartsen met een eigen praktijk zijn zelfstandig ondernemers die zelf bepalen wanneer zij hun praktijk beëindigen. In de regel is dit ergens tussen 58 en 65 jaar. Om zicht te krijgen op het aantal huisartsen dat naar alle waarschijnlijkheid op korte termijn (over 3 tot 10 jaar) het werk zal beëindigen is de omvang van de leeftijdsgroep van 55 jaar en ouder relevant.

Zoals in Figuur 3 is te zien, is iets meer dan 30% van de huisartsen ouder dan 55 jaar. Dit geldt voor de drie noordelijke provincies en voor Nederland als geheel. Van deze huisartsen die op dit moment 55 jaar of ouder zijn mag worden aangenomen dat zij de komende 10 jaar hun werkzaamheden als huisarts zullen beëindigen. In de drie noordelijke provincies gaat het in totaal om 305 huisartsen.

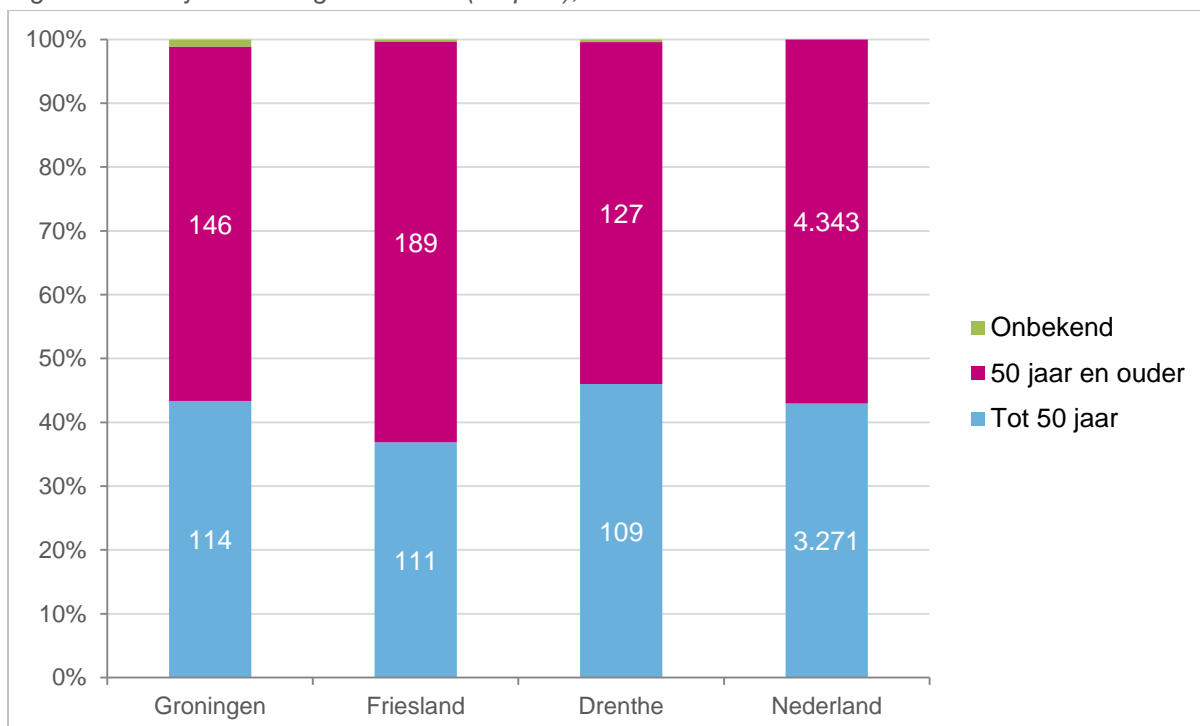
Figuur 3: Leeftijdsverdeling huisartsen (55-plus), 2013



Bron: Nivel, bewerking STAMM

Wanneer we nog vijf jaar verder kijken en de percentages van huisartsen van 50 jaar of ouder bekijken, zien we zelfs dat het percentage naar meer dan 50% stijgt, richting de 60% (462 huisartsen).

Figuur 4: Leeftijdsverdeling huisartsen (50-plus), 2013



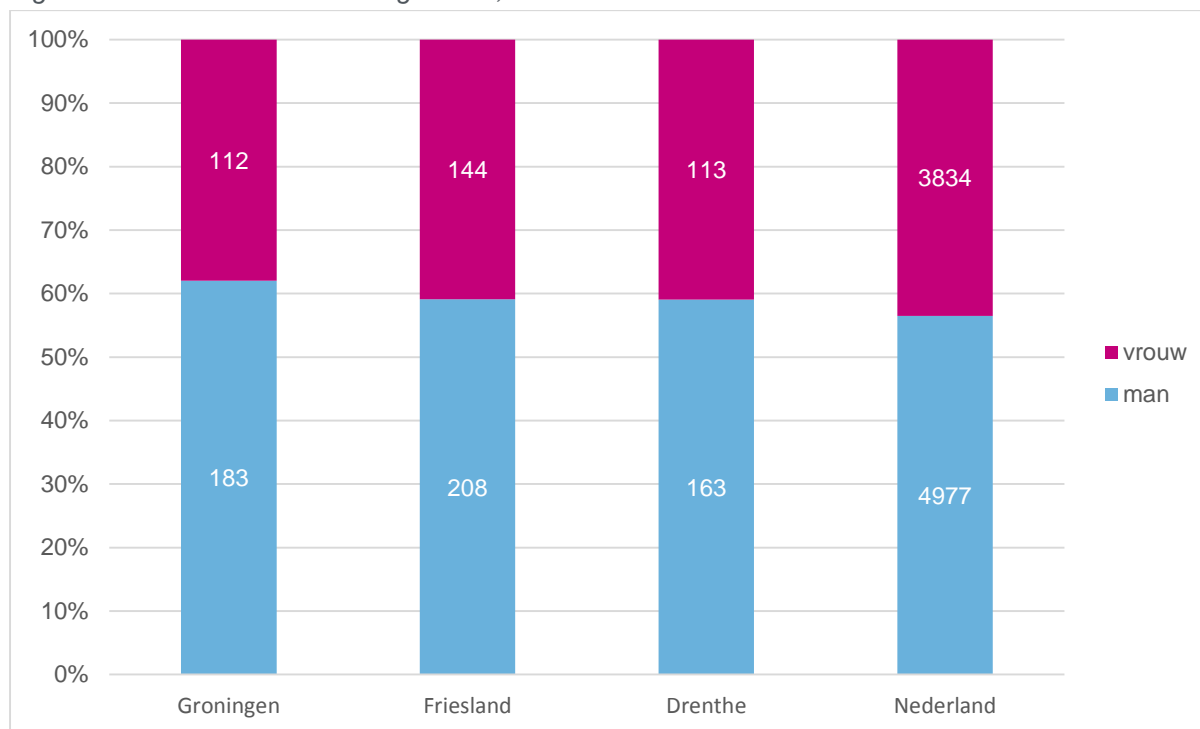
Bron: Nivel, bewerking STAMM

## Uitstroom: geslacht

Bovenstaande gegevens betreft alle huisartsen gezamenlijk. Er is echter een verschil tussen de manlijke en de vrouwelijke huisarts.

Er zijn iets meer manlijke huisartsen dan vrouwelijke, zie Figuur 5. De verhouding ligt in de noordelijke provincies ongeveer op 60% man tegenover 40% vrouw. Landelijk gezien is dit 56% tegenover 44%.

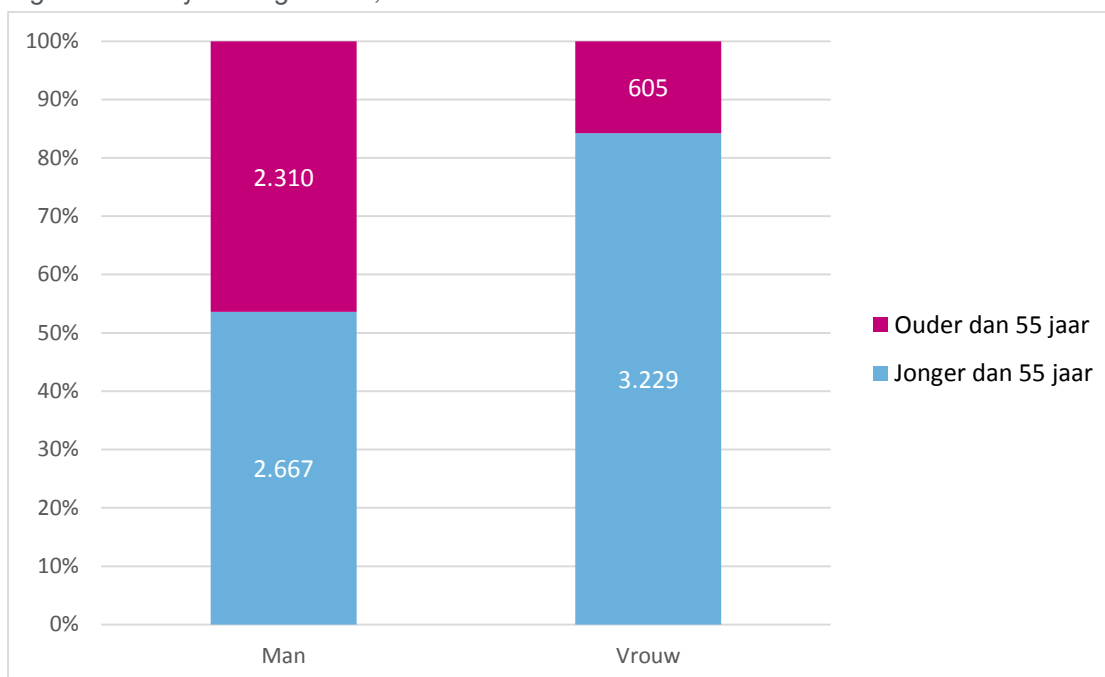
Figuur 5: Aantal huisartsen naar geslacht, 2013



Bron: Nivel, bewerking STAMM

Niet alleen zijn er meer mannen dan vrouwen, ook de leeftijdsverdeling verschilt tussen de twee groepen. Zo is te zien dat bij de mannen ongeveer de helft (54%) jonger is dan 55 jaar. De andere helft (46%) is ouder dan 55 jaar. Bij de vrouwen zijn de verschillen groter, daar is slechts 16% ouder dan 55 jaar. Zie Figuur 6.

Figuur 6: Leeftijd naar geslacht, 2013



Bron: Nivel, bewerking STAMM

Voor de uitstroom betekent dit dat er in de komende 10 jaar veel meer mannen dan vrouwen uit zullen stromen. Omdat vrouwen vaker parttime werken dan mannen (zie Tabel 2), betekent dit dat er relatief veel fulltime huisartsen uitstromen terwijl er relatief minder fulltime huisartsen achterblijven. Dit effect speelt landelijk, maar zal in de noordelijke provincies iets sterker aanwezig zijn omdat daar in vergelijking met Nederland als geheel iets meer vrouwelijke dan manlijke huisartsen werkzaam zijn.

Tabel 2: Fte's naar geslacht, 2013

	PERCENTAGE FULLTIME (1 FTE)	GEMIDDELDE FTE
Man	62%	0,88
Vrouw	14%	0,65
Totaal	41%	0,78

Bron: Nivel

### Instroom: landelijk

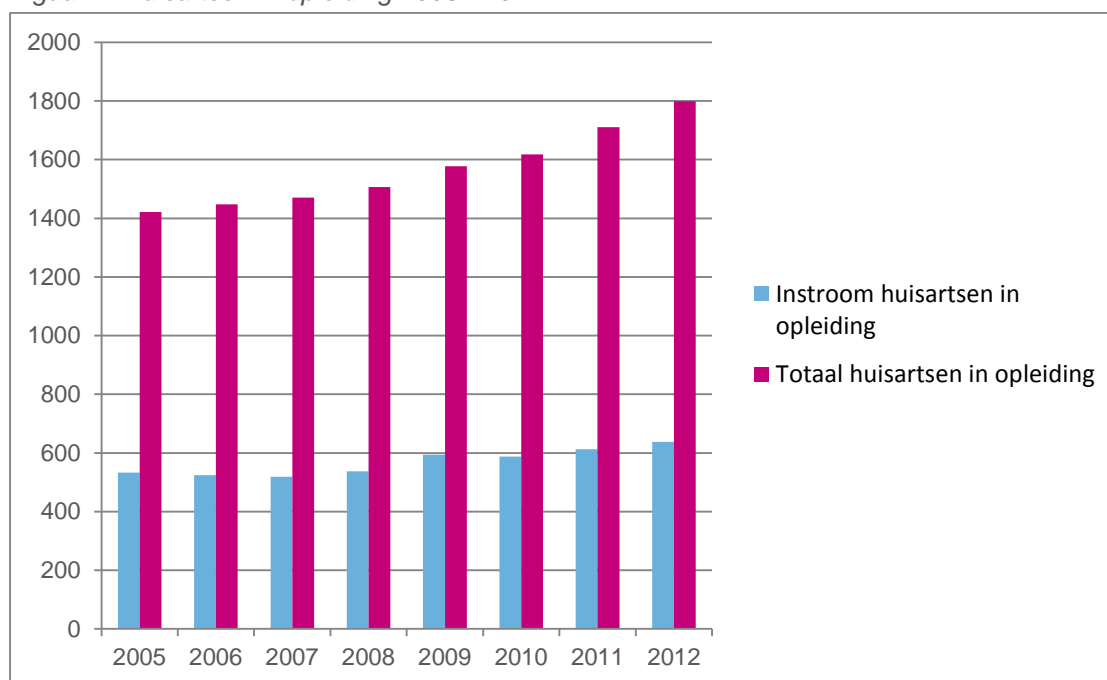
Uit de leeftijdsopbouw van de huisartsen valt op te maken dat er binnen nu en 10 tot 15 jaar veel huisartsen zullen stoppen. Dit zullen vooral mannen zijn, waardoor relatief veel vrouwen (die vaker parttime werken) over blijven.

De vraag is vervolgens: wat is de (verwachte) instroom die hier tegenover staat?

Het Capaciteitsorgaan geeft advies over het aantal plaatsen dat beschikbaar moet zijn voor huisartsen in opleiding, gebaseerd op vraag en aanbod. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) neemt vervolgens het definitieve besluit.

Vanaf 2005 neemt het aantal huisartsen in opleiding toe, naar bijna 1.800 in 2012, zie Figuur 7. Deze huisartsen in opleiding zijn over acht universiteiten verdeeld. In UMC Groningen waren er in 2012 170 in opleiding, 9,5% van het totaal aantal huisartsen in opleiding (bron: Nivel).

*Figuur 7: Huisartsen in opleiding 2005 - 2012*



Bron: Capaciteitsorgaan, bewerking STAMM

Het uitvalspercentage is zeer laag, tussen de 2% en 6% per cohort. Dit betekent dat er jaarlijks tussen de 500 en 600 huisartsen bijkomen. De komende 10 jaar zullen dit er landelijk ongeveer tussen de 5.000 en 6.000 zijn, terwijl er bijna 3.000 (naar verwachting) zullen stoppen.

Toch hoeft dit niet te betekenen dat er een overschot aan huisartsen ontstaat. Het aandeel huisartsen in opleiding dat vrouw is, is de laatste jaren namelijk gestegen naar 76% (2012). Het Capaciteitsorgaan verwacht hierdoor een feminisering van de huisartsen met 2% per jaar (huidig: 44%). Als het zo blijft dat vrouwelijke huisartsen minder fte werkzaam zijn (nu gemiddeld 0,66 fte), dan zijn er dus meer huisartsen nodig om aan de vraag te kunnen blijven voldoen. Voor elke fulltime huisarts die vertrekt, is meer dan één parttime huisarts nodig om de vervangingsvraag op te lossen.

Daarnaast zijn er studenten die nooit als huisarts aan de slag gaan of naar het buitenland vertrekken.

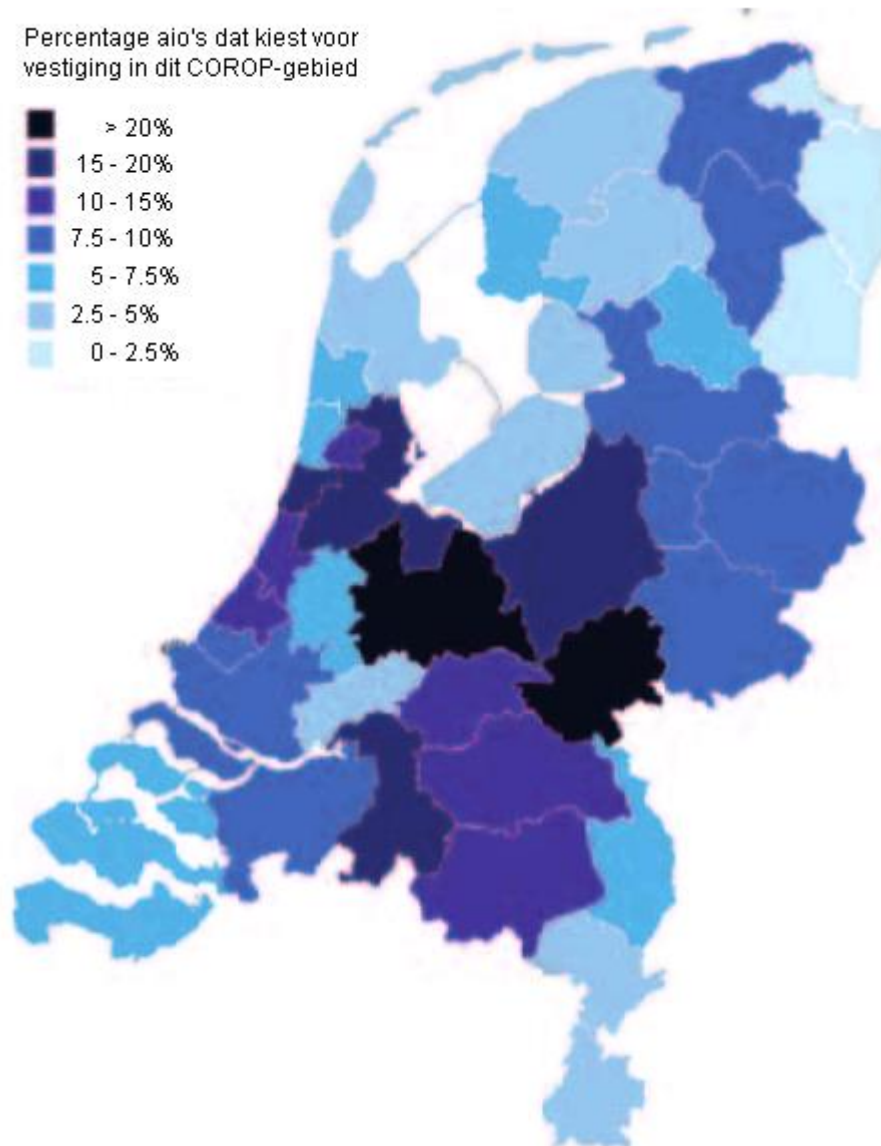
### **Instream: regionaal**

Landelijk gezien ontstaat, zoals we hierboven zien, het beeld dat er dan wel veel huisartsen zullen uitstromen, maar dat er ook voldoende weer voor instromen. Toch zijn er ook berichten dat er in de noordelijke provincies wel degelijk een tekort lijkt te ontstaan<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Zie bijvoorbeeld: <https://drenthe.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartstekort-drenthe>, <http://www.nrc.nl/nieuws/2011/10/01/huisartstekort-in-het-noorden-liever-parttime-en-in-randstad/>,

Een belangrijke reden voor de lokale (verwachte) tekorten lijkt te zijn dat huisartsen woonachtig en/of opgeleid in de Randstad zich niet in de noordelijke provincies vestigen. Onderzoek uit 2010<sup>4</sup> laat zien dat in de top 5 van de *minst* populaire regio's waar aankomende huisartsen zich willen vestigen, vier regio's in Noord-Nederland vallen (Noord-Friesland, Zuidoost-Drenthe, Oost-Groningen en Delfzijl). De kaart maakt duidelijk dat de niet-populaire vestigingsregio's precies samenvallen met de krimp- en anticipeerregio's.

*Figuur 8: Waar willen aio's zich vestigen? 2011*



*Bron: Schoots, Honkoop, Dunselman en Joziase in Huisarts & Wetenschap, 2011*

---

<http://www.artsennet.nl/Nieuws/Nieuws-uit-de-media/Artikel/130876/Drenthe-biedt-jonge-huisarts-kant-en-klare-praktijk.htm>

<sup>4</sup> Schoots MJ, Honkoop PJ, Dunselman JHAM, Joziase IC. Waar wil 'de nieuwe huisarts' zich vestigen? Huisarts Wet 2012;55(11):494-9



Iets meer dan de helft van de respondenten gaf aan voorkeur te hebben voor regio's die zich kenmerken als verstedelijkt platteland. Belangrijke beweegredenen om te kiezen voor een bepaalde regio zijn de nabijheid van vrienden en familie en werkgelegenheid voor de partner. Veruit de belangrijkste stimulans die werd genoemd om toch te vestigen in een niet-populaire regio is de financiële en facilitaire hulp bij kwaliteitsverbetering van de over te nemen praktijk.

Verder lijkt er een tendens te bestaan dat huisartsen zich vestigen in de buurt van waar ze zijn opgeleid<sup>5</sup>. Dat de opleidingen zich met name in het midden en het westen van Nederland bevinden verklaart daarom deels waarom minder huisartsen zich in de periferie willen vestigen.

## 2.2 DE VRAAGZIJDE

De vorige paragraaf ging in op de aanbodzijde van het (verwachte) huisartsentekort, de huisartsen zelf die in- en uitstromen.

Of er wel of geen huisartsentekort is of ontstaat is de uitkomst van een som: hoeveel huisartsen zijn er om hoeveel (potentiële) patiënten te bedienen? Zijn er absoluut gezien weinig huisartsen, maar ook weinig patiënten, dan is er geen probleem. Zijn er echter verhoudingsgewijs veel patiënten per huisarts, dan ontstaat een huisartsentekort.

We zijn hier al kort op ingegaan toen we constateerden dat de drie Noordelijke provincies allen boven de (nieuwe) norm van 2.168 inwoners per huisarts uitkomen. Maar dat is de huidige stand van zaken. Hoe ontwikkelt dit zich in de toekomst?

Nivel deed in 2011 onderzoek naar de contacttijd<sup>6</sup> per regio, inclusief een prognose. De prognoses zijn schattingen op basis van de bevolkingsontwikkelingen, leeftijdsopbouw, inkomensniveau, geslacht, aandeel van eenpersoonshuishoudens en aandeel niet-westerse allochtonen. De percentages zijn toe- of afname in 2016 ten opzichte van 2011.

In Nederland als geheel zal de contacttijd naar verwachting toenemen met 4,1%. Voor Drenthe is dit 5,3%, voor Friesland 3,6% en voor Groningen 2,6%. Er zijn echter grote verschillen tussen de gemeenten.

---

<sup>5</sup> Huisartsen Honkvast, Nivel, 2010

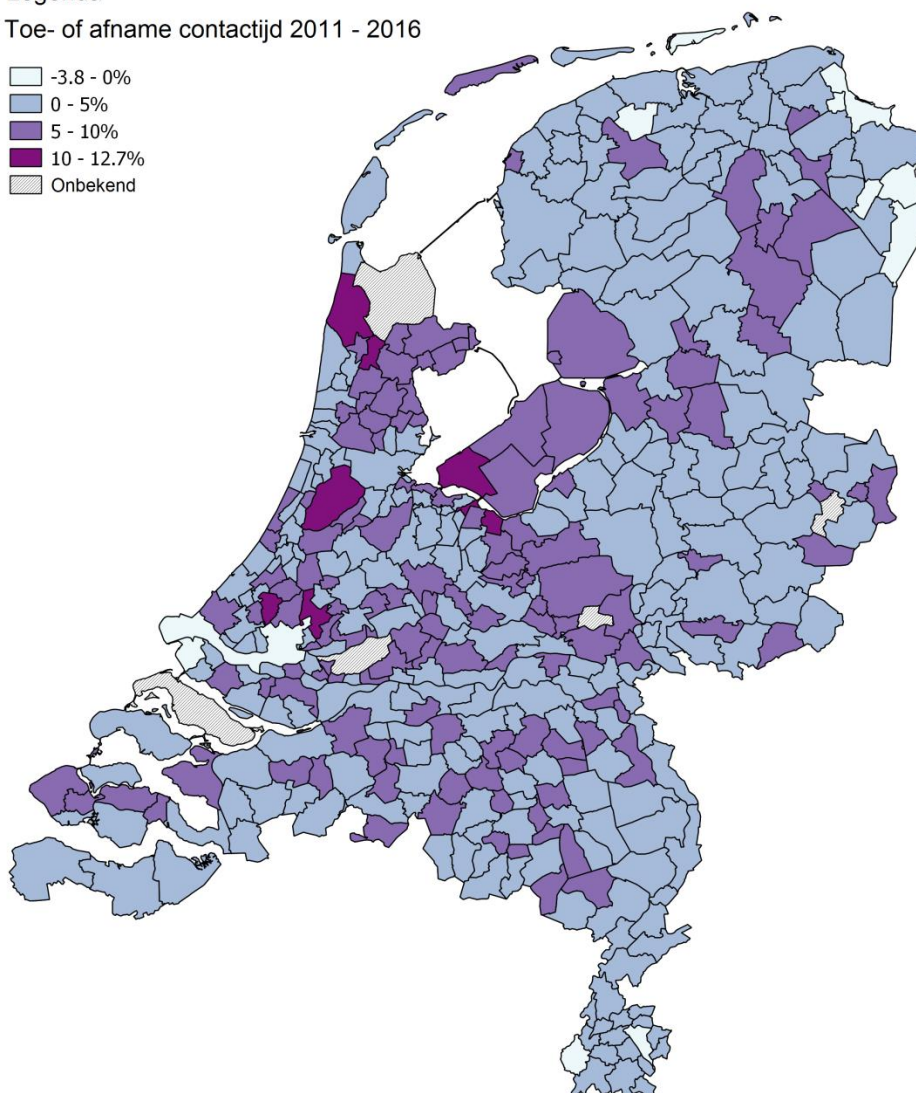
<sup>6</sup> Geschatte procentuele ontwikkeling van de contacttijd met de huisartsenpraktijk uitgesplitst naar contactminuten met de huisarts en de Praktijkondersteuner Huisartsenzorg (POH) in het/de geselecteerde gebied(en) en Nederland voor 2011-2016. De contacttijd omvat (telefonische) consulten en visites

Figuur 9: Toe- of afname contacttijd 2011-2016 per gemeente

Legenda

Toe- of afname contacttijd 2011 - 2016

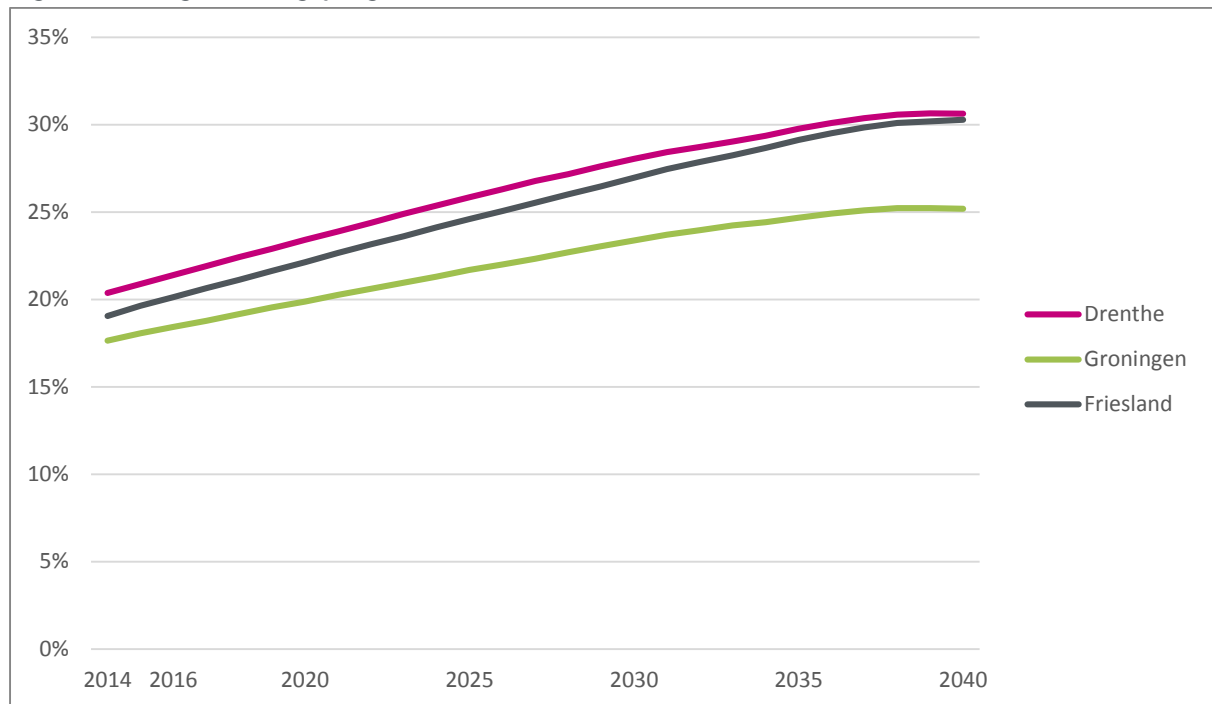
- 3.8 - 0%
- 0 - 5%
- 5 - 10%
- 10 - 12.7%
- Onbekend



Bron: Nivel, bewerking STAMM

De prognoses gaan tot en met 2016. Echter, met name in de jaren daarna zal de vergrijzing toenemen in de noordelijke provincies. Waar het aandeel 65-plussers nu nog rond de 20% ligt, zal dit in 2040 gestegen zijn naar 25-30%. Zie Figuur 10. Naarmate men ouder wordt en er meer ouderen zijn, zal de vraag naar huisartsenzorg per bewoner toenemen.

Figuur 10: Prognose vergrijzing 2014-2040



In de meeste gemeenten neemt de contacttijd dus toe. Echter, zoals we eerder zagen zullen sommige gemeenten meer moeite hebben met de opvolgingsvraag – zoals de gebieden in Noord-Nederland. In die gebieden zal het moeilijker zijn om de toename van de vraag naar zorg op te vangen.

## 2.3 CONCLUSIE

Hieronder vatten we kort de omvang en de oorzaken van het verwachte huisartsentekort samen en besluiten met een conclusie..

### Aanbodzijde

- Op dit moment hebben de huisartsen in de noordelijke provincies te maken met een lichte hogere patiënt-huisartsratio dan de norm van 2.168
- dit verschilt wel per gemeente. Sommige gemeenten komen boven de 2.500 patiënten per huisarts uit.
- De komende 10 jaar zullen naar verwachting ongeveer 300 huisartsen in de drie noordelijke provincies met pensioen gaan. Dit is iets meer dan 30% van de huisartsen.
- De komende 15 jaar zal dit naar verwachting zelfs 50% zijn.
- De meeste uitstroom betreft mannen. Aangezien mannen veel minder vaak parttime werken dan vrouwen, betekent dit dat er relatief veel huisartsen achterblijven met een parttime baan.
- Het aantal huisartsen in opleiding neemt toe.
- Landelijk gezien zal de instroom aan huisartsen voldoende zijn om de uitstroom te compenseren.
- Echter, deze instroom is regionaal gezien niet gelijk verdeeld. Met name de noordelijke provincies zijn niet populair als vestigingsplaats.
- Alhoewel er genoeg huisartsen zullen zijn, lijkt het erop dat er toch een tekort ontstaat in (delen van) de noordelijke provincies.

### Vraagzijde

- Door bevolkingsdaling neemt de vraag naar huisartsenzorg in een aantal gemeenten af, terwijl het in de meeste gemeenten juist toeneemt.
- Andere belangrijke aspecten voor een toe- of afnemende vraag naar huisartsenzorg zijn leeftijd, inkomen, herkomst, geslacht en gezinssamenstelling. Samen met de omvang van de bevolking zorgen deze factoren in de toekomst voor een toename naar huisartsenzorg in verschillende gemeenten in Noord-Nederland.

Uit bovenstaande kunnen we afleiden dat er de komende jaren veel huisartsen zullen stoppen, hiermee relatief veel huisartsen die parttime werken achterlatend. Het is zeer de vraag of er voldoende huisartsen voor terug zullen komen. De noordelijke provincies zijn momenteel niet populair als vestigingsplaats. Alhoewel een aantal gemeenten met een kleine daling in de vraag naar huisartsenzorg heeft te maken, zal deze vraag in de meeste gemeenten toenemen.

Deze gegevens gecombineerd maakt dat het waarschijnlijk is, als er niets verandert, dat er in de toekomst in veel gemeenten van de noordelijke provincies een huisartsentekort zal ontstaan. Het betreft een lokaal vraagstuk, met grote verschillen tussen de verschillende gemeenten.

In het volgende hoofdstuk verkennen we de opties om te anticiperen op een verwacht huisartsen tekort.

### 3 ANTICIPEREN OP VERWACHT HUISARTSENTEKORT

In het kader van de quickscan hebben wij geïnventariseerd op welke manier er in Noord-Nederland geanticipeerd wordt op dit verwachte huisartsentekort. Hiertoe hebben we gesprekken gevoerd met de huisartsen(kring), gemeenten, zorgkantoren, de werkgroep zorg en sociale draagkracht van het Nationaal Netwerk Bevolkingsdaling, ondersteuningsorganisaties van huisartsen, Kennisknooppunt Krimp Noord-Nederland en de landelijke huisartsenvereniging. Ook burgerinitiatieven rond zorg zijn betrokken in deze quickscan.

Uit deze inventarisatie blijkt dat er verschillende acties en initiatieven worden ondernomen. Daarbij zijn veel partijen op verschillende manieren betrokken. Deze acties en initiatieven zijn gericht op:

- Aantrekken van huisartsen (paragraaf 3.1)
- Samenwerking (paragraaf 3.2)
- Ontlasten van de huisartsen (paragraaf 3.3)
- Burgerinitiatieven rondom zorg (paragraaf 3.4)

Hieronder ter informatie en inspiratie een overzicht van een aantal verschillende initiatieven in Noord-Nederland en de partijen die hierbij zijn betrokken.

#### 3.1 AANTREKKEN VAN HUISARTSEN

Een belangrijke oplossing voor de het invullen van de vervangingsvraag ligt in het aantrekken van huisartsen naar de noordelijke provincies. Bij het werven van deze huisartsen kan op verschillende manieren ondersteuning worden geboden:

- Bemiddeling bij opvolging;
- Promotie van het gebied;
- Creëren aantrekkelijke secundaire arbeidsvoorwaarden;
- Inzetten waarnemers;
- Dependances opleidingsinstituten.

##### 3.1.1 BEMIDDELING BIJ OPVOLGING

Huisartsen hebben het initiatief genomen tot intensieve ondersteuningstrajecten in de noordelijke provincies om huisartsen te begeleiden die willen stoppen met hun praktijk en op zoek zijn naar een opvolger.

Doktersdiensten Friesland zet bijvoorbeeld zijn netwerk in om opvolgingsproblematiek te bespreken. Dat doet deze organisatie door met de betreffende huisartsen een aantal stappen te doorlopen.

1. De praktijkscan: de kracht van de praktijk uitlichten;
2. De praktijk aantrekkelijk maken;
3. Op zoek naar een opvolger;

4. Begeleiding van de proefperiode;
5. Intentieovereenkomst.

Samen met Doktersdiensten Friesland vonden al verschillende huisartsen een geschikte opvolger.

### 3.1.2 PROMOTIE VAN HET GEBIED

In Drenthe hebben het zorgkantoor, huisartsen en overheid een promotiecampagne opgezet om de provincie te etaleren als aantrekkelijk woon- en werkgebied voor zorgspecialisten.

- Een promotiecampagne Proefwerken in Drenthe. Tientallen zorgspecialisten, waaronder 11 huisartsen hebben in het kader van deze actie ervaren hoe het is om in Drenthe te wonen en te werken. Als onderdeel van de actie werden belangstellenden in contact gebracht met huisartsen die op zoek zijn naar een opvolger.
- Een actieplan van zorgkantoor Achmea, Huisartsenkring Drenthe, Centrale Huisartsendienst Drenthe en Huisartsenzorg Drenthe. Onderdelen van dit plan zijn: Inzetten waarnemers, onderzoeken mogelijkheden om een module krimpgebied af te spreken met Achmea om het gebied voor opvolging (financieel) aantrekkelijker te maken en meer aandacht voor opvolging in de regio via de opleidingen.

### 3.1.3 CREËREN AANTREKKELIJKE SECUNDAIRE ARBEIDSVOORWAARDEN

Bij het creëren van aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden voor huisartsen kan worden gedacht aan:

- Ondersteuning bieden bij het vinden van werk voor de partner van de huisarts;
- Ondersteuning bij het zoeken naar een vestigingslocatie;
- Financiële prikkel.

Bij onderstaande voorbeelden waren overheden, werkgevers en het zorgkantoor initiatiefnemers..

#### **Voorbeeld: ondersteuning bij het vinden van werk voor de partner**

Te denken valt aan initiatieven als Noorderlink – een P&O samenwerkingsverband van een aantal grote werkgevers in Noord-Nederland. Noorderlink biedt vacatures en een speciaal programma voor meeverhuizende partners.

#### **Voorbeeld: ondersteuning bij het zoeken naar een vestigingslocatie**

In de provincie Groningen is op dorpsniveau door een gemeente met succes actief meegezocht naar mogelijkheden voor een vestigingslocatie voor een nieuwe huisarts. Dit stimuleerde een nieuwe tandarts vervolgens om zich aan te sluiten bij het initiatief en zo krijgt de krimpgemeente er niet alleen een huisarts maar ook een tandarts bij.

#### **Voorbeeld: Financiële prikkel**

Door zorgkantoren wordt nagedacht over een bonus voor huisartsen die zich vestigen in krimpgebieden.

### 3.1.4 INZETTEN WAARNEMERS

Pas afgestudeerde artsen die als huisarts aan de slag willen kunnen ervoor kiezen om zelf een huisartsenpraktijk te starten, in vaste dienst van een huisartsenpraktijk te treden of om als waarnemer aan het werk te gaan. Voor sommige artsen is het waarnemerschap een ideale manier om ervaring op te doen in verschillende praktijkvormen van huisartsen.

In de noordelijke provincies zijn verschillende Wagro's (waarnemingsgroepen) opgericht, organisaties voor belangenbehartiging van niet gevestigde huisartsen. Tijdens de oprichtingsbijeenkomst van een vierde Wagro in Noord-Nederland waren ruim zestig belangstellenden uit Groningen, Friesland en Drenthe aanwezig. Deze waarnemers zijn een interessante groep voor gebieden met een opvolgings- en vervangingsvraag voor huisartsen.

### 3.1.5 DEPENDANCES OPLEIDINGSINSTITUTEN

Uit het onderzoek van Nivel<sup>7</sup> naar waar aankomende huisartsen zich willen vestigen, blijkt dat men zich vaak wil vestigen in de regio waar men ook de opleiding heeft genoten. Het grootste deel van de huisartsen dat zich in Drenthe, Friesland of Groningen vestigden is dan ook opgeleid in Groningen.

In september 2013 is het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) daarom gestart met een dependance in Zwolle, met de verwachting dat hierdoor meer huisartsen zich in deze regio zullen vestigen<sup>8</sup>.

Een andere oplossing die het onderzoek zelf aandraagt is om de opleidingscapaciteit van de instituten in de periferie te vergroten. Sinds dit jaar lijkt daar ook een stap toe gezet: vanaf 2014 is er een nieuw toewijzingsmodel van kracht, waarmee de opleidingsplaatsen per instelling beter benut moeten worden. De aanmelding, selectie en toewijzing gebeurt nu centraal.

---

<sup>7</sup> Huisarts Honkvast, Nivel, 2010.

<sup>8</sup> <http://www.nieuwsbriefhuisartsopleiding.nl/Archief/nr%2014%20-%20juni%202013/UMCGdependance.html>

## 3.2 SAMENWERKING

Verschillende vormen van samenwerking kunnen ondersteuning bieden aan huisartsen.

- Samenwerking tussen huisartsen onderling;
- Samenwerking met verschillende praktijkondersteuners;
- Samenwerking met nieuwe partners.

### 3.2.1 SAMENWERKING TUSSEN HUISARTSEN ONDERLING

Voor een aantal taken werken huisartsen samen en winnen veel tijd en efficiency.

In Friesland gebeurt dit in de vorm van De Dokterszorg. Deze bestaat uit Doktersdiensten, Dokterswacht, Doktersacademie en Ketenzorg Friesland. Dokterszorg ondersteunt en ontzorgt huisartsen in Friesland zodat zij onbelemmerd en professioneel hun vak kunnen uitoefenen.

De Dokterswacht regelt bijvoorbeeld de acute huisartsenzorg buiten kantoortijden voor huisartsen die aangesloten zijn bij dokterswacht Friesland. In januari 2014 zijn bijna 280 huisartsen in Friesland aangesloten. Circa 90% van de huisartsen is lid van de Ondernemende Huisartsenvereniging Friesland en daarmee aandeelhouder van Doktersdiensten Friesland. Het is een organisatie van en voor huisartsen met een groot netwerk.

### 3.2.2 SAMENWERKING MET VERSCHILLENDE PRAKTIJKONDERSTEUNERS

Er zijn binnen de huisartsenpraktijk of de gezondheidscentra verschillende mogelijkheden om de huisarts te ondersteunen en te ontlasten, denk aan de praktijkondersteuner, de nurse practitioner, de praktijk assistent, de wijkverpleegkundige, maar ook aan managementondersteuning. Binnen de praktijken en gezondheidscentra zijn deze (nieuwe) functies niet meer weg te denken. Er zijn talloze voorbeelden waarin deze ondersteuning is georganiseerd.

### 3.2.3 SAMENWERKING MET NIEUWE PARTNERS

Samenwerking tussen verschillende aanbieders van zorg, wonen, welzijn en burgers levert nieuwe zorgconcepten en een efficiënter zorgaanbod op.

- Sociale teams;
- Samenwerking tussen zorg, welzijn en wonen.

#### **Sociale Teams**

In veel gemeenten wordt gewerkt aan het ontwikkelen van sociale wijkteams. Uitgangspunt is het versterken van eigen kracht en eigen verantwoordelijkheid. Sociale wijkteams bestaan uit social workers van verschillende organisaties. Er wordt gewerkt op basis van de aanpak 1 huishouden – 1 plan – 1 regisseur. Outreachend werken en zelfredzaamheid van de burger en zijn sociale netwerk staan centraal. De generalisten halen specialisten erbij als het te complex is. De regie blijft bij de



burger. Huisartsen maken vaak nog niet direct deel uit van de sociale teams, maar zijn er wel nauw mee verbonden en kunnen erdoor ontlast worden.

### **De volgende voorbeelden betreffen samenwerking tussen zorg, welzijn en wonen**

#### **Voorbeeld: Experiment Zorgkracht in Krimpgebieden**

Op initiatief van twee gemeenten in Oost Drenthe hebben verschillende partners, waaronder zorgaanbieders, welzijnsinstellingen, woningcorporaties, zorgnetwerken en belangengroepen, hun inzet voor de toekomst van zorg in 22 krimpdorpen vastgelegd in een convenant. Zij maakten afspraken over samenwerking gericht op de zorgvraag vanuit het gebied. Daarbij is ook de zorgkracht van bewoners in stelling gebracht. Tevens zijn afspraken gemaakt over samenwerking rond niet-planbare zorg.

In dit experiment is ook aandacht besteed aan de mogelijkheid om de ambulancezorg in te zetten voor nachtzorg.

#### **Voorbeeld : Zorg voor de toekomst**

In Noord- en Oost-Groningen wordt het programma Zorg voor de Toekomst uitgevoerd. Het doel van het programma is om zorg zo te organiseren dat zorg in het krimpgebied Noordoost-Groningen beschikbaar, bereikbaar en kwalitatief hoogwaardig blijft, waarbij mensen langer in hun eigen omgeving kunnen blijven wonen.

Belangrijkste speerpunten binnen het programma Zorg voor de Toekomst zijn:

- Leefstijlbevordering onder jongeren
- Het bevorderen van eHealth & thuishetchnologie
- Het slimmer werken binnen zorgketens

#### **Voorbeeld: Gezondheidscentrum De Monden**

In Nieuw Buinen, één van de dorpen in dit experimentgebied is gezondheidscentrum De Monden gevestigd. In dit centrum staat zorg nieuw stijl centraal.

Alle (zorg)partijen en alle zorgkracht in de omgeving wordt ingezet als iemand zorg nodig heeft. Er zijn drie uitgangspunten:

1. Verbinding met de eigen kracht van bewoners
2. Verbinding met alle zorgverleners
3. Verbinding met uw omgeving

#### **Voorbeeld: Sûnenz Drachten**

In Drachten is het initiatief genomen tot de oprichting van een Sûnenz centrum. Veel uiteenlopende partijen hebben zich aangesloten bij Sûnenz, van welzijnsorganisaties tot commerciële bedrijven en van ouderenbonden tot vrijwilligers. Sûnenz wil mensen, organisatie, initiatieven en ideeën samenbrengen die bijdragen aan een prettig en gezond leven voor 55 plussers in Zuidoost-Friesland.

### 3.3 ONTLASTEN VAN DE HUISARTSEN

Er zijn verschillende manieren om huisartsen te ontlasten.

Hierbij valt o.a. te denken aan:

- Verschillende toepassingsmogelijkheden van E-Health, o.a. Beeldzorg;
- Samenwerking met andere partners (zie vorige paragraaf);
- Domotica;
- Inzet zorgkracht bewoners (zie volgende paragraaf).

#### **Voorbeeld: Beeldzorg Oosterlengte**

In Oost-Groningen is het Beeldzorgproject Oosterlengte succesvol van start gegaan. In dit initiatief van een thuiszorgorganisatie staat de beeldtelefoon waarmee mensen met één druk op de knop contact legt met de verpleegkundige en de familie centraal. Ouderen kunnen hierdoor langer zelfstandig blijven wonen.

### 3.4 BURGERINITIATIEVEN RONDOM ZORG

Zorginitiatieven van burgers kunnen eraan bijdragen dat minder snel een beroep op de huisarts wordt gedaan. Soms kunnen burgers met hulp en steun aan elkaar tot een oplossing komen voor problemen waarvoor men anders bij de huisarts zou aankloppen.

Burgers nemen in toenemende mate verantwoordelijkheid en regie voor hun eigen zorg. Dit zien we onder meer terug in een groeiend aantal burgerinitiatieven. In Noord-Nederland zijn verschillende dorpsinitiatieven genomen rondom zorg.

Een groeiend aantal initiatieven is gericht op het oprichten van coöperaties, een interessant organisatiemodel voor burgerinitiatieven. De eerste Nederlandse zorgcoöperatie is opgericht in 2005 in het dorp Hoogeloon dat 2100 inwoners telt.

Deze zorgcoöperaties zijn verenigingen/samenwerkingsverbanden van bewoners die met elkaar afspraken maken over hoe zij zorg voor zichzelf en elkaar willen vormgeven.

Uitgangspunt daarbij is dat alle bewoners inclusief ouderen met een toenemende zorgvraag in hun eigen dorp of wijk kunnen blijven wonen. Daaraan kan op verschillende manieren vorm worden gegeven. Dat zien we ook terug in de omschrijving van de activiteiten van de verschillende zorgcoöperaties. Er zijn ook initiatieven die kiezen voor een ander organisatiemodel.

Burgerinitiatieven rondom zorg

- bieden maatwerk dat aansluit bij de wens van bewoners;
- maken gebruik van veel vrijwillige inzet;
- dragen eraan bij dat bewoners in hun eigen omgeving oud kunnen worden;
- zetten in op de eigen kracht van bewoners;
- werken samen met professionele aanbieders van zorg en welzijn;
- zijn kostenbesparend.

In de noordelijke provincies zijn veel voorbeelden van netwerken en coöperaties rondom zorg.

- Een netwerk van bewoners die elkaar hulp en steun bieden met vrijwillige dorpscoördinatoren;
- Een uitgiftepunt voor hulpmiddelen (krukken, rolstoelen, rollators, etc);
- (Zorg)coöperaties met eigen personeel dat samenwerkt met vrijwilligers;
- Ondersteuning gericht op vervoer;
- Na ziekenhuisopname: opvang zieken in de eigen woonwijk;
- Dorpszorg met hospice.

In bovenstaand overzicht van een aantal acties en initiatieven gericht op het aantrekken en het ondersteunen van huisartsen in Noord-Nederland komen verschillende initiatiefnemers in beeld.

Hieronder geven we een overzicht van deze initiatiefnemers, hun initiatieven, hun rol, verantwoordelijkheden en belang.

Initiatiefnemers	Initiatief	Rol en Verantwoordelijkheid	Belang
Huisartsen/huisartsenkringen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opvolging huisartsenpraktijk</li> <li>• Samenwerking onderling en met nieuwe partners</li> <li>• Praktijkondersteuning</li> <li>• Inzet beeldzorg, Domotica en E-Health</li> </ul>	Initiatiefnemer, aanjager en deelnemer aan acties en initiatieven.	Opvolging regelen  Taakontlasten
Maatschappelijk partijen zorg, welzijn en wonen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samenwerking met huisartsen en onderling</li> <li>• Praktijkondersteuning</li> <li>• Inzet beeldzorg, Domotica en E-Health</li> <li>• Inzetten en ondersteunen eigen kracht burgers</li> </ul>	Samenwerking met huisartsen tbv efficiënte zorgverlening aan burgers	Efficiënte zorg leveren en ontlasten huisarts
Zorgkantoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aantrekken huisartsen</li> <li>• Promotie gebied</li> <li>• Aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden</li> <li>• Financiële prikkel</li> <li>• Vestigingslocatie</li> <li>• Stimuleren samenwerking tussen zorgpartijen</li> <li>• Samenwerking tussen huisartsen onderling en met nieuwe partners</li> <li>• Praktijkondersteuning</li> </ul>	Verantwoordelijk voor beschikbare en bereikbare huisartsenzorg in de regio	Beschikbaarheid huisartsen

Belangen- en ondersteuningsorganisaties	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bemiddeling bij opvolging</li> <li>• Initiatieven om huisartsen te ontlasten</li> <li>• Inzet waarnemers</li> <li>• Samenwerking onderling en met nieuwe partners</li> </ul>	<p>Ondersteunen en ontlasten huisartsen</p> <p>Initiatiefnemer nieuwe samenwerkingsvormen</p>	Beroep huisarts aantrekkelijk houden
Opleidingsinstituten Huisartsen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependances</li> <li>• Promotie noordelijke provincies als toekomstig werkgebied bij studenten</li> </ul>	<p>Verantwoordelijk voor het opleiden van huisartsen</p> <p>Rol bij promoten vestigingslocaties voor afgestudeerde huisartsen</p>	Goed opgeleide huisartsen leveren die aan de slag kunnen in de regio
Gemeenten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vestigingslocaties</li> <li>• Stimuleren samenwerking tussen huisartsen onderling en met nieuwe partners</li> <li>• Sociale Teams</li> <li>• Stimuleren inzet beeldzorg, Domotica en E-Health</li> <li>• Stimuleren inzet en ondersteunen eigen kracht burgers</li> </ul>	<p>Ondersteunen huisartsen bij zoeken vestigingslocatie voor praktijk of gezondheidscentrum</p> <p>Ontlasten huisarts door inzet sociale teams en door burgerinitiatieven rondom zorg te faciliteren</p>	Bevorderen leefbaarheid van het gebied door o.a. bijdrage te leveren aan zorg in de toekomst
Provincies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promotie gebied</li> </ul>	<p>Ondersteunende rol bij garanderen voldoende zorg voor de toekomst voor bewoners</p> <p>Promotie van de regio als interessant werkgebied voor huisartsen en hun partners</p>	Bevorderen leefbaarheid van de regio
BZK	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quicksan huisartsentekort</li> </ul>	Bewustwording vraagstuk	Bevorderen leefbaarheid
Burgers	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigen regie en zorginitiatieven</li> <li>• Samenwerking met huisarts en andere zorgprofessionals</li> </ul>	Trend is: groter beroep op eigen zorgkracht burgers, professionele zorg als aanvulling.	Eigen zorg goed regelen

## 4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

### 4.1 CONCLUSIES

#### Feiten, cijfers en prognoses

De drie noordelijke provincies krijgen de komende tien tot vijftien jaren te maken met een omvangrijk percentage huisartsen dat zal stoppen. Het gaat om 30 tot 48 procent van de huidige huisartsen, het betreft tussen 305 en 462 huisartsen. Voor deze huisartsen bestaat een vervangingsvraag.

De bewustwording van deze ontwikkeling neemt weliswaar toe, maar is nog niet overal aanwezig, terwijl dit wel noodzakelijk is om meer maatschappelijke partijen te kunnen inzetten bij het aantrekken van huisartsen.

Het verdient aanbeveling om hieraan op alle mogelijke manieren aandacht te besteden.

#### Huisartsentekort - vervangingsvraag

Of we kunnen spreken van een huisartsentekort hangt af van de vraag of deze artsen al dan niet kunnen worden vervangen. Er worden voldoende huisartsen opgeleid, maar deze zijn niet gelijkmatig verdeeld over ons land.

In het westen is sprake van werkzoekende huisartsen, terwijl er in de noordelijke provincies behoefte is aan een toestroom van nieuwe artsen. Een toestroom vanuit het westen is geen vanzelfsprekendheid.

#### Anticiperen op verwacht huisartsentekort

Op veel manieren wordt gepoogd huisartsen aan te trekken voor de noordelijke provincies.

- Door bemiddeling bij opvolging, promotie van het gebied, door aantrekkelijke secundaire arbeidsvoorwaarden te creëren, waarnemers in te zetten en dependances van opleidingsinstituten te vestigen.
- Daarnaast zien we nieuwe vormen van slimme en efficiënte samenwerking tussen huisartsen onderling, tussen huisartsen en praktijkondersteuners en tussen huisartsen, maatschappelijke partners en patiënten rondom zorg.
- Ook wordt gebruik gemaakt van mogelijkheden om de huisartsen te ontlasten (waaronder nieuwe medische technologie).
- Tenslotte zijn in de noordelijke provincies burgerinitiatieven rondom zorg in opmars. In deze initiatieven wordt de zorgkracht van bewoners in stelling gebracht.

Op verschillende manieren wordt op dit moment al geanticipeerd op de verwachte vervangingsvraag voor huisartsen. In de inventarisatie van initiatieven is te zien dat hierbij verschillende partijen

betrokken zijn: huisartsen, hun belangen- en ondersteuningsorganisaties, overheden, opleidingsinstituten, maatschappelijke partijen zorg, welzijn en wonen, zorgkantoor, burgers.

De initiatieven dragen op verschillende manieren bij aan een specifieke invulling, organisatie, ontlasting en ondersteuning van de huisartsen.

Door bredere bewustwording van de verwachte vervangingsvraag en een mogelijk tekort aan huisartsen kunnen meer en ook nieuwe partijen betrokken worden bij de ontwikkeling van toekomstscenario's en oplossingsrichtingen.

## 4.2 AANBEVELINGEN

Bij het anticiperen op het verwachte huisartsentekort spelen veel partijen een actieve rol. De initiatieven en acties zijn zeer divers en dragen op hun eigen wijze bij aan de bewustwording en de verschillende oplossingsrichtingen. Bij het opstellen van aanbevelingen hebben we ervoor gekozen om geen rangorde aan te brengen in de verschillende interventies. Alle initiatieven en de daarbij betrokken partijen dragen op hun eigen wijze bij aan bewustwording en oplossingsrichtingen.

Onderstaande aanbevelingen zijn gericht op

- Aantrekken van nieuwe huisartsen;
- Samenwerking, innovatie en specifieke rol afzonderlijke partijen;
- Inzet zorgkracht van burgers;
- Werken aan bewustwording en delen van kennis en expertise.

### **Aantrekken van nieuwe huisartsen**

Interesseer huisartsen in opleiding en afgestudeerde huisartsen voor de kansen die de regio biedt. Bekend maakt bemind. Proef-wonen, proef-werken, ruimte voor waarnemers, opleidingsplekken, gebruik iedere kans om artsen kennis te laten maken met de noordelijke regio. Ondersteun huisartsen waar mogelijk, zowel in de sfeer van praktijkondersteuning, het ondersteunen van initiatieven tot oprichting van nieuwe gezondheidscentra, het bieden van aantrekkelijke vestigingsmogelijkheden, ondersteuning aan partners bij het zoeken naar werk als door inzet e-Health.

Hier ligt een taak voor huisartsen en huisartsenkringen, gemeentelijke en provinciale overheden, bedrijfsleven, zorgkantoren, opleidingsinstituten en maatschappelijke partijen.

### **Samenwerking, innovatie en specifieke rol afzonderlijke partijen**

Uit het overzicht met initiatieven, rollen, verantwoordelijkheden en belangen van deze partijen blijkt dat er veel manieren zijn waarop zij een bijdrage kunnen leveren. Deze initiatieven kunnen elkaar enorm versterken. Voor innovatie en samenwerking is bewustwording van de verwachte problematiek een eerste stap. Van daaruit kan vanuit verschillende rollen en verantwoordelijkheden actie worden ondernomen en ontstaat draagvlak voor (nieuwe) initiatieven.

Verlaat gebaande paden en kaders en ga op zoek naar nieuwe kansen voor het aantrekken van huisartsen. Breng partijen bijeen en zet in op onverwachte coalities. Heb oog voor de eigen rol en

verantwoordelijkheid van partijen en benut die ook, versterk initiatieven door gebruik te maken van hun verschillende insteken en posities, ondersteun en faciliteer elkaar.

- Huisartsen/huisartsenkring;
- Maatschappelijk partijen zorg, welzijn en wonen;
- Zorgkantoren;
- Belangen- en ondersteuningsorganisaties;
- Opleidingsinstituten;
- Gemeenten;
- Provincies;
- Rijk;
- Burgers.

Hier ligt een rol en een verantwoordelijkheid voor alle eerdergenoemde partijen.

### **Inzet van zorgkracht van burgers**

Ondersteun, stimuleer en faciliteer initiatieven van burgers die zorg, hulp en steun aan elkaar organiseren. Denk aan zorgnetwerken, zorgcoöperaties en andere lokale initiatieven rondom zorg.

Voor zowel burgers als voor alle partijen die hen op welke wijze dan ook kunnen ondersteunen ligt hier een taak. Burgers als initiatiefnemers in een regierol, overheden en maatschappelijke partners kunnen het proces dat leidt tot de initiatieven faciliteren en zorgpartijen kunnen ondersteuning en een vruchtbare samenwerkingsrelatie bieden..

### **Werken aan bewustwording en delen van kennis en expertise,**

Door cijfers en prognoses breed te agenderen ontstaat inzicht en draagvlak voor het ondernemen van noodzakelijke acties en initiatieven om meer huisartsen aan te trekken.

Deze bewustwording is niet alleen nodig bij huisartsen en zorgpartijen, maar ook bij overheden, gemeenten, provincie, ondernemers, maatschappelijke instellingen en burgers. Al deze partijen kunnen een actieve rol spelen bij innovatie en samenwerking gericht op het aantrekken van meer huisartsen. Stimuleer en deel alle kennis, expertise, inspiratie en nieuwe ideeën om huisartsen naar de noordelijke provincies te trekken en maak optimaal gebruik van de kracht van de regio.

Hier ligt een taak voor alle betrokken partijen, voor de huisartsenkringen, maar zeker ook voor overheden die zich sterk maken voor de leefbaarheid van krimpgebieden. Met deze quickscan zet het ministerie van BZK een eerste stap naar bredere bewustwording en agendering van de verwachte problematiek. Het Kennisknooppunt Krimp Noord-Nederland is één van de organisaties die bijeenkomsten organiseert om deze specifieke kennis en expertise te delen. Daarnaast zijn het bij uitstek de huisartsenkringen en andere (zorg)partijen en hun belangen- en ondersteuningsorganisaties die hierin een rol kunnen spelen.

# BIJLAGEN



# BIJLAGE 1 KAMERVragen OVER HUISARTSENTEKORT DRENTHE

18 november 2013

Antwoorden op de vragen van het Kamerlid Wolbert (PvdA) over tekort aan huisartsen in Drenthe (2013Z19659).

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport mw. drs. E.I. Schippers

Antwoorden op Kamervragen van het Kamerlid Wolbert (PvdA) over tekort aan huisartsen in Drenthe (2013Z19659).

1

Bent u bekend met het Een Vandaag-item 'Drenthe: tekort aan huisartsen door gebrek opvolgers'?1)

1

Ja.

2

Bent u ook geschrokken van het feit dat sommige huisartsen in Zuidwest-Drenthe al jaren op zoek zijn naar een opvolger terwijl er op korte termijn naar verwachting 25-30 huisartsen nodig zijn om de huisartsencapaciteit op niveau te houden?

2

Mij is bekend dat zich op termijn mogelijk problemen kunnen voordoen bij het vinden van opvolging voor huisartsen in de regio Drenthe. Huisartsenkring Drenthe heeft een enquête uitgezet om in kaart te brengen hoeveel huisartsen op basis van hun leeftijd de komende jaren de praktijk zullen beëindigen en waar mogelijk problemen zich voordoen bij het vinden van opvolging. Dit om hier tijdig op te kunnen anticiperen en waar mogelijk ondersteuning te bieden.

3

Zijn er bij u, naast Zuidwest-Drenthe en Noordoost-Groningen, meer gebieden bekend waar deze problematiek zich voordoet?

3

Nee, er zijn mij geen andere regio's bekend waarin op korte termijn sprake is van een tekort aan huisartsen. In de werkgroep 'zorg en sociale draagkracht'<sup>1</sup> worden de gevolgen van krimp op het terrein van zorg besproken en worden zorgvraagstukken geïnventariseerd. Tot nu toe heeft alleen de regio Drenthe door middel van de uitkomsten van de enquête inzicht gegeven in het te verwachten tekort aan huisartsen de komende jaren.

<sup>1</sup> Deze werkgroep maakt deel uit van het Nationaal Netwerk Bevolkingsdaling. Het Netwerk richt zich op gemeenten, provincies, ministeries, samenwerkingsverbanden, wetenschappelijke instellingen, onderzoeksinstellingen en maatschappelijke partners van diverse overheden.

4

Deelt u de mening dat de situatie omtrent de opvolging van huisartsen in buitengebieden al jaren zorgelijk is en dat landelijke aansturing noodzakelijk lijkt om de huisartsencapaciteit daar voldoende beschikbaar te houden?

4

Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht en moeten ervoor zorgen dat er voldoende huisartsenzorg voor hun verzekerden kan worden ingekocht, ook in buitengebieden. Wanneer een verzekeraar te weinig onderneemt om de toegang tot de huisartsenzorg te borgen en te financieren kan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de verzekeraar aanspreken op zijn zorgplicht.

De overheid heeft vooral een taak te zorgen voor voldoende opleidingsplaatsen voor huisartsen. De Huisartsopleiding Nederland (HON) is verantwoordelijk voor het verdelen van de opleidingsplaatsen over het land en houdt bij deze verdeling rekening met de inwoneraantallen in het gebied van het opleidingsinstituut. Lokale overheden kunnen daarnaast faciliterend optreden om hun aantrekkelijkheid als vestigingsplaats voor huisartsen te vergroten.

5

Hoe kijkt u aan tegen een oplossing waarin zorgverzekeraars huisartstarieven differentiëren zodat het huisartsenwerk in buitengebieden aantrekkelijker kan worden gemaakt? Is voor tariefdifferentiatie voor huisartsen een ministerieel besluit nodig of mogen zorgverzekeraars dit al?

5

Binnen de bekostigingssystematiek van huisartsenzorg is het mogelijk dat aanbieders van huisartsenzorg en verzekeraars, via de module Modernisering & Innovatie (M&I-module), afspraken maken ter versterking van de eerste lijn. Indien verzekeraars ervoor kiezen om aanvullende afspraken te maken met huisartsen in buitengebieden zodat deze verzekeraars kunnen voldoen aan hun zorgplicht, heb ik hier geen bezwaren tegen.

6

Deelt u de mening dat dit naast de problematiek omtrent het beschikbaar houden van voldoende huisartsencapaciteit, extra noodzakelijk is aangezien het uitgerekend gebieden betreft waar de bevolking relatief ongezonder is?2) In hoeverre vindt u dat de verantwoordelijkheid van in buitengebieden actieve zorgverzekeraars reikt om tot een oplossing te komen? Waar eindigt de verantwoordelijkheid van de verzekeraars en waar begint uw verantwoordelijkheid als het gaat om het tegengaan van de sociaal economische gezondheidsverschillen in Zuidoost-Drenthe en Noordoost-Groningen?

6

Het is de verantwoordelijkheid van verzekeraars om voldoende zorg in te kopen om jegens hun verzekerden aan de zorgplicht te kunnen voldoen. Dit betekent dat verzekeraars ervoor dienen te zorgen dat verzekerden die woonachtig zijn in deze gebieden gebruik kunnen maken van huisartsenzorg. Voor wat betreft de regio Drenthe heb ik vernomen dat de Drentse LHV kring (Landelijke Huisartsen Vereniging), de Drentse Huisartsen Coöperatie en de Centrale Huisartsen Dienst met de preferente verzekeraar Achmea in gesprek zijn om samen tot een oplossing te komen. Er is een plan van aanpak opgesteld waarin aandacht wordt besteed aan financiële, infrastructurele en personele incentives. Zo stelt Achmea via de M&I-module met ingang van 2014 extra geld beschikbaar om startende huisartsen te motiveren om zich in Drenthe te vestigen. Daarnaast is overeengekomen dat Achmea de opleiding van vijf extra physician assistants betaalt. Dit zijn hoogopgeleide zorgverleners die onder supervisie van de huisarts taken kunnen overnemen.

Ik zie het als mijn verantwoordelijkheid dat verzekeraars via de risicoverevening vereveningsbijdragen toegekend krijgen die rekening houden met de gezondheid van hun verzekerdenpopulatie. Uit de zorgthermometer 'zorg in regio's 2013' van Vektis blijkt dat de gemiddelde kosten per verzekerde relatief hoog zijn in Drenthe en Groningen. Dit hangt mede samen met de vergrijzing in deze gebieden, waardoor het aantal mensen met een chronische ziekte ook relatief hoog is. Overigens blijkt uit gegevens van de GGD Drenthe dat de volwassen bevolking van Drenthe niet ongezonder is dan de gezondheid van de gemiddelde Nederlander. Binnen Drenthe zijn echter wel verschillen waarneembaar, welke samenhangen met verschillen in sociaal economische status (SES).

7

Hoe kijkt u aan tegen een oplossing waarin een gezondheidscentrum geplaatst wordt in probleemgebieden om zodoende de aanwas van nieuwe huisartsen aantrekkelijker te maken? Wat zou u kunnen doen als zich hier investeringsproblemen voordoen?

7

Het is mij bekend dat (beginnend) huisartsen steeds minder kiezen voor een solopraktijk en vaak een voorkeur hebben om in een groepspraktijk werkzaam te zijn. Uit de NIVEL beroepsregistraties blijkt dat er in verhouding in Drenthe relatief veel huisartsen werkzaam zijn in groepspraktijken. Ik kan mij voorstellen dat in plattelandsgebieden gezondheidscentra, taakherschikking en multidisciplinaire samenwerking kunnen bijdragen aan het optimaal vormgeven van het benodigde zorgaanbod. Welke oplossing het beste is zal regio-afhankelijk zijn en aan het oordeel van verzekeraars en aanbieders in de regio.

8

In hoeverre mogen flankerende incentives worden ingezet om vestiging van nieuwe huisartsen en hun partners aantrekkelijker te maken in buitengebieden? Hoe kijkt u aan tegen een oplossing waarin wordt gezorgd voor werkbemiddeling voor partners van huisartsen? Wie zou een dergelijke werkbemiddeling moeten betalen?

9

Hoe kijkt u aan tegen overige flankerende incentives, zoals dat in andere bedrijfstakken meer gebruikelijk is (het beschikbaar stellen van goedkopere hypotheeklen, het overkopen van de huizen die moeten worden achtergelaten, auto's voor partners om woon-werkverkeer te faciliteren, reiskostenvergoedingen etc.)?

11

Wat kunt u nog meer doen om de situatie te verbeteren?

12

Gaat u op korte termijn actie ondernemen om voldoende huisartsencapaciteit in buitengebieden te garanderen?

8, 9, 11 en 12

Het is algemeen bekend dat de komende dertig jaar in Nederland een bevolkingsdaling optreedt en dat in krimpregio's deze bevolkingsdaling sneller optreedt dan in andere delen van Nederland. Structurele krimp op regionale schaal zal, in combinatie met ontgroening en vergrijzing, gevolgen hebben voor diverse terreinen zoals wonen, werken, onderwijs, bereikbaarheid en ook de zorg- en welzijnsvoorzieningen. Om de uitdagingen voor de toekomst aan te gaan is er een interbestuurlijk actieplan bevolkingsdaling opgesteld "Krimpen met kwaliteit!", welke ook ingaat op thema's als de

zorg en de arbeidsmarkt. Zo wordt in relatie tot de zorg in het actieplan weergegeven dat krimpregio's bij uitstek geschikt zijn om te experimenteren met nieuwe werkwijzen, bijvoorbeeld de inzet van ICT in de zorg / e-health. Voor tijdelijke financiering van dergelijke experimenten kunnen de regio's bijvoorbeeld gebruik maken van de beleidsregel innovatie van de NZa.

Met dit interbestuurlijk actieplan geven de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Interprovinciaal Overleg (IPO) en de Rijksoverheid richting aan een gezamenlijke beleidsaanpak van bevolkingsdaling met daarbij concreet geformuleerde korte- en lange termijn acties.

Het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties voert momenteel een quickscan uit welke tot doel heeft inzicht te bieden in het verwachte huisartsentekort in de noordelijke krimp- en anticiperregio's (waaronder Drenthe). Hier worden ook de verzekeraars bij betrokken. Voor meer informatie over deze quickscan verwijst ik u naar de website 'Van meer naar beter'.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> <http://www.vanmeernaarbeter.nl/nieuws/quick-scan-anticiperen-op-verwacht-huisartsentekort>

10

In hoeverre kan de beschikbaarheidsbijdrage worden ingezet voor het inzetten van nieuwe huisartsen in buitengebieden? Kan dit geregeld worden via de wet?

10 Het instrument beschikbaarheidsbijdrage is vastgelegd in de Wet marktordening gezondheidszorg (WVG). Deze beschikbaarheidsbijdrage maakt bekostiging van zorgaanbieders mogelijk voor activiteiten en voorzieningen ten behoeve van de beschikbaarheid van vormen van zorg waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar of in rekening te brengen zijn aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of waarbij een toerekening van de kosten naar tarieven marktverstoring zou werken, en die niet op andere wijze worden bekostigd. Het instrument beschikbaarheidsbijdrage is derhalve een last resort optie die pas in beeld komt als een benodigde vorm van zorg niet (voldoende) in de markt tot stand komt. Daarvan is hier naar mijn mening geen sprake. Het is aan zorgverzekeraars om de toegang tot de huisartsenzorg te borgen en te financieren. Het in het artikel gesignaleerde probleem is vooral dat huisartsen niet in die regio willen werken, daarbij lijkt de bekostiging/tarifering niet het knelpunt te zijn. In dergelijke omstandigheden is er geen reden om een beschikbaarheidsbijdrage in te zetten.

<sup>1</sup> [http://www.eenvandaag.nl/gezondheid/47397/drenthe\\_tekort\\_aan\\_huisartsen\\_door\\_gebrek\\_opvolgers](http://www.eenvandaag.nl/gezondheid/47397/drenthe_tekort_aan_huisartsen_door_gebrek_opvolgers)

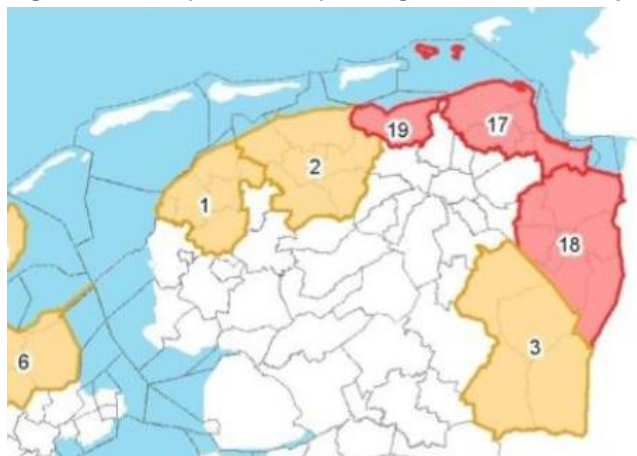
<sup>2</sup> <http://www.vektis.nl/downloads/Publicaties/2013/Zorgthermometer%20-%20Zorg%20in%20Regios/files/mobile/index.html#9>

## BIJLAGE 2 KRIMP- EN ANTICIPEERREGIO'S

In verband met toenemende bevolkingsdaling zijn er in Nederland enkele zogenaamde krimp- en anticipeerregio's benoemd. Dit zijn regio's waar al substantiële bevolkings- of huishoudensdaling aan de gang is, of waar dit in de nabije toekomst verwacht wordt.

Hieronder ziet u de krimp- en anticipeerregio's in de drie noordelijke provincies. De rode gebieden zijn krimpgebieden, de gele gebieden zijn anticipeergebieden. In de tabel onder de figuur ziet u per provincie om welke gemeenten het gaat. De nummers corresponderen met de nummers in de figuur.

Figuur 11: Krimp- en anticipeerregio's in de noordelijke provincies



Tabel 3: Krimp- en anticipeerregio's in de noordelijke provincies

PROVINCIE	REGIO	NUMMER	GEMEENTEN
Friesland	Noord-West Friesland	1	Harlingen, Franekerdeel, Het Bildt, Leeuwarderadeel, Menaldumadeel, Littenseradeel
	Noord-Oost Friesland	2	Dongeradeel, Kollumerland, Dantumadeel, Ferwerderadiel, Tytsjerksteradiel, Achterkarspelen
Groningen	Gemeente De Marne	19	De Marne
	Oost Groningen	18	Vlagtwedde, Stadskanaal, Pekela, Veendam, Menterwolde, Oldambt, Bellingwedde
	Eemsdelta	17	Delfzijl, Eemsdelta, Appingedam, Loppersum
Drenthe	Oost Drenthe	3	Aa en Hunze, Borger-Odoorn, Emmen, Coevorden

Bron: Interbestuurlijke Voortgangsrapportage Bevolkingsdaling 2012, Rijksoverheid, VNG en IPO.