

Toekomstbestendige Huisartsenzorg

Eindrapportage

1 januari 2024 t/m 31 december 2025

Vastgesteld: versie 1.0, maart 2026

ZIO en RHZ

Inhoudsopgave

Inleiding	3
Regio-analyse	4
Methode	6
Literatuuronderzoek	6
Change Lab Methode & Golden Circle	6
<i>Change Lab Methode</i>	6
<i>Golden Circle</i>	7
Veldonderzoek.....	8
Resultaten	9
Projectgroep TBHZ.....	10
De regionale missie en visie	10
Uitwerking van de regioprestatie.....	11
<i>De gezamenlijke probleemdefinitie draagt positief bij aan het werkplezier van de huisartsen en het team</i>	11
<i>Risico inventarisatie bij huisartsenpraktijken aan de hand van een gesprekslijst</i>	12
<i>Risico's voor wachtlijstproblematiek is in kaart gebracht bij de huisartsenpraktijken</i>	14
<i>In het continuïteitsplan van de huisartsenpraktijk zijn de risico's en oplossingsrichtingen beschreven m.b.t. voortzetting en wachtlijstproblematiek.</i>	15
Ambities en doelen voor 2026	17
Conclusie	20

Inleiding

De continuïteit van de huisartsenzorg staat al enige tijd onder druk¹. Eén van de oorzaken zijn de demografische en maatschappelijke veranderingen, zoals vergrijzing en de toename in patiënten met één (of meerdere) chronische aandoeningen, die ervoor zorgen dat de vraag naar de (huisartsen)zorg stijgt. Verder is er een krapte te zien op de arbeidsmarkt, waarvan verwacht wordt dat deze alleen maar zal toenemen¹.

De huisartsenzorg heeft een belangrijke centrale rol binnen het hele zorgsysteem, waarbij de kernwaarden continuïteit, persoonsgerichtheid, integraliteit, samenhang en wijk- en populatiegerichtheid belangrijke speerpunten zijn^{2,3}. Het is daarom van groot belang om de huisartsenzorg toekomstbestendig te organiseren, dat zowel rekening houdt met de toenemende zorgvraag en complexiteit, als ook het behoud van de kernwaarden van de huisartsenzorg.

Het twee jaar durende project “Toekomstbestendige huisartsenzorg in Maastricht-Heuvelland” is gericht op de continuïteit van de huisartsenzorg in de regio Maastricht-Heuvelland. Het doel van het project is continue en toegankelijke huisartsenzorg in de regio te waarborgen. Hierbij wordt beoogd dat patiënten de juiste zorg en ondersteuning wordt geboden, waarbij deze dan ook op de juiste schaal georganiseerd wordt. Daarbij wordt beoogd om de zorg kleinschalig aan de voorkant te organiseren, met een professionele en schaalbare ondersteuning aan de achterkant². De opdracht die aan dit doel hangt, is: het organiseren van toekomstbestendige huisartsenzorg die recht doet aan de groeiende complexiteit en zorgvraag in de huisartsenpraktijken, waarbij zo min mogelijk wordt ingeperkt op de kernwaarden van de huisartsenzorg. Vanuit het project werd op twee manieren gewerkt aan deze opdracht:

1. De projectgroep TBHZ gaat praktijk overstijgende interventies t.a.v. verbetering van de continuïteit verkennen, uittesten en implementeren.
2. Alle huisartsenpraktijken in de regio Maastricht-Heuvelland dragen bij aan het formuleren van de probleemdefinitie voor de continuïteit van de huisartsenzorg. Daarnaast worden de continuïteitsrisico's in kaart gebracht.

Hierbij zal ZIO doorlopende ondersteuning bieden bij het bereiken van deze gestelde doelen.

Het doel van deze eindrapportage is om alle verzamelde informatie te bundelen en een overzicht te bieden van het verloop van het project TBHZ in de periode 1 januari 2024 t/m 31 december 2025. Daarnaast wordt een overzicht gegeven van de gestelde ambities en doelen voor 2026.

Regio-analyse

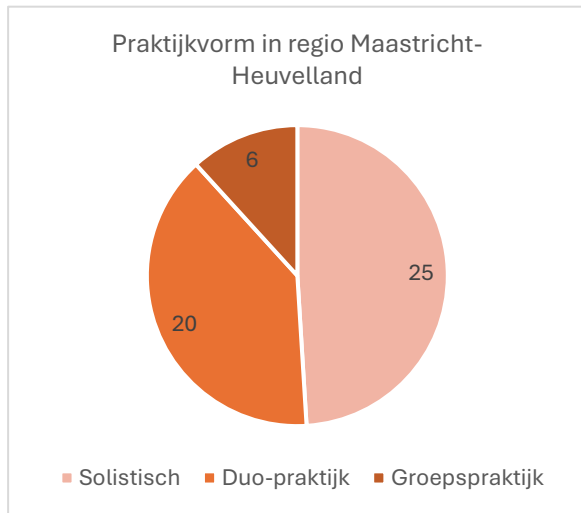
Regio Maastricht-Heuvelland

ZIO is werkzaam in de regio Maastricht-Heuvelland en deze regio bestaat uit vier gemeenten. Dit zijn de gemeenten Maastricht, Meerssen, Eijsden-Margraten en Valkenburg a/d Geul. De regio heeft ruim 185.000 inwoners en wordt gezien als overwegend landelijk, waarin alleen gemeente Maastricht een sterk stedelijk gebied is⁴. Het regionale ziekenhuis is Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+).

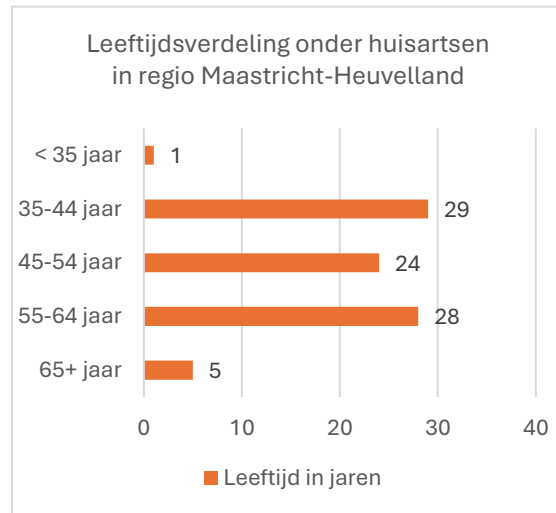
Ook in Maastricht-Heuvelland begint de zorg onder druk te staan. Momenteel zijn 4.701 patiënten niet ingeschreven bij een huisartsenpraktijk in Zuid-Limburg, een stijging van 24,9% ten opzichte van 2021⁵. De grootste groep niet-ingeschrevenen valt in de leeftijdscategorie 18-44 jaar, wat voor een groot deel te verklaren is door het aantal studenten die nog ingeschreven staan bij de huisartsenpraktijk van hun ouderlijke woonplaats. Dit wordt gevolgd door de leeftijdscategorie 75 jaar en ouder. Daarnaast wordt een toenemende arbeidskrapte verwacht. De vraag naar personeel binnen de huisartsenbranche zal met 14% stijgen terwijl het verwachte aanbod zal dalen met 2%. Momenteel wordt binnen de komende 10 jaar een arbeidstekort van 200 plekken verwacht binnen de branche huisartsenzorg in Zuid-Limburg⁶. Hierbij verwachten huisartsen in Limburg vooral problemen met praktijkopvolging en doktersassistenten.

Huisartsen in de regio

In de regio Maastricht-Heuvelland zijn momenteel 51 huisartsenpraktijken, met in totaal 87 gevestigde huisartsen. Dit komt neer op 4,6 huisartsen per 10.000 inwoners, t.o.v. 6,7 huisartsen per 10.000 inwoners landelijk. In totaal zijn 49% van alle huisartsenpraktijken solistisch, 39,2% is een duo-praktijk en 11,7% is een groepspraktijk (grafiek 1). Dit verschilt met het landelijk gemiddelde waarbij een minderheid van de huisartsen solist is (17,5%), en waar het aandeel groepspraktijken (38,7%) groter is⁷. De praktijkgrootte varieert van 1447 patiënten tot 7373 patiënten. De gemiddelde praktijkgrootte in de regio is 3279 patiënten. De leeftijd van de huisartsen varieert van 31 jaar tot 74 jaar. Het aandeel huisartsen dat <40 jaar is, is 17,2%. Dit ligt lager dan het landelijk gemiddelde van 27,7%. Verder is te zien dat 37,9% van alle huisartsen boven de 55 jaar is. Het volledige overzicht van de leeftijdsverdeling staat aangegeven in grafiek 2.



Grafiek 1. Overzicht van de praktijkvormen in Maastricht-Heuvelland



Grafiek 2. Overzicht van de leeftijdsverdeling van praktijkhoudende huisartsen in Maastricht-Heuvelland

Methode

Literatuuronderzoek

Sinds de start van het project heeft doorlopend literatuuronderzoek plaatsgevonden ter verdieping voor het definiëren van het continuïteitsvraagstuk. Hierbij zijn voornamelijk de rapporten van NHG, InEen en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gebruikt. Verder zijn de databases van Nivel, AZW, PFZW, ABF prognosemodel en Vektis gebruikt voor het vormgeven van de regioanalyse. Daarnaast heeft ZIO beleidsstukken, plannen en rapporten ontvangen van andere zorggroepen via InEen voor het opstellen van eigen plannen.

Change Lab Methode & Golden Circle

Change Lab Methode

Bij de eerste vijf overlegtafels van de projectgroep TBHZ werd gebruik gemaakt van de Change Lab methode als theoretisch kader. Deze methode werd midden jaren '90 ontwikkeld door Yrjö Engeström voor expansief leren⁸. Het doel van de Change Lab methode is om als hulpmiddel te dienen voor het systematisch analyseren van knelpunten. Hierbij wordt naar de systemische oorzaken gekeken, en hoe deze op te lossen met nieuwe manieren van werken. De Change Lab methode kent drie dimensies:

1. *Een horizontale dimensie:* hierbij wordt tussen de verschillende facetten gewisseld: visies, uitgangspunten & concepten; analyses en de ontwikkeling van mogelijke oplossingen en hulpmiddelen; ervaringen, evaluaties en onderzoek.
2. *Een verticale dimensie:* hiermee wordt de beweging in tijd aangeduid. Huidige knelpunten worden geanalyseerd, oorzaken en ervaringen uit het verleden worden achterhaald en nieuwe ideeën worden voor de toekomst voorgesteld om deze knelpunten aan te pakken.
3. *Beweging tussen de participanten:* door de uitwisseling van ideeën en ervaringen ontstaat beweging tussen de participanten, de onderzoeker en het projectteam.

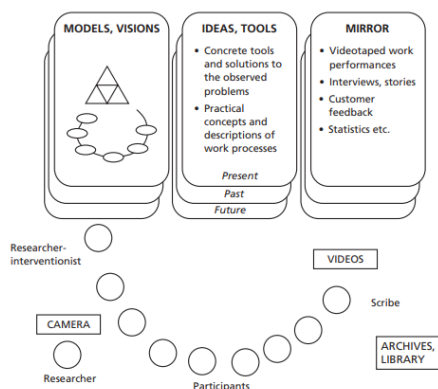


Fig. 1: standaard lay-out van een Change Lab⁹

Naast deze dimensies, is de Change Lab methode gebaseerd op vijf principes:

1. *Leren van fricties*. Het begint met de wrijving die ontstaat tussen een systeem en zijn omgeving. Het oplossen van klachten kan een tweede vorm van wrijving zijn. Een derde vorm van wrijving kan ontstaan wanneer ontevredenheid leidt tot het ontwerpen van nieuwe logistieke processen.
2. *Expansief leren*, waarbij mensen (e.g. medewerkers van een organisatie) samen nieuwe manieren van werken ontwikkelen.
3. *Zone van de naaste ontwikkeling*, waarbij participanten tijdelijk afstand nemen van hun eigen routines en taken terwijl ze die cyclus van expansief leren doorlopen.
4. *Formatieve interventie*, waarbij knelpunten, die in de dagelijkse praktijk plaatsvinden, worden opgelost en bestaande praktijken worden getransformeerd.
5. *Dubbele stimulatie*. De eerste stimulatie is de data en informatie over knelpunten worden besproken, dit werkt als een 'spiegel', als nieuwe stof om eraan te werken voor mensen. De tweede stimulatie worden tools, instrumenten en andere modellen gebruikt om tot een nieuwe manier van werken te komen.

Golden Circle

De Gouden Cirkel is een model van Simon Sinek die organisaties helpt om de strategie te bepalen¹⁰. De Gouden Cirkel bestaat uit drie cirkels: de 'waarom', de 'hoe' en de 'wat'.

- **Waarom: wat is het doel van de organisatie?**

'Waarom' wordt als de binnenste cirkel weergegeven, en bevat de kern van de organisatie. Vragen die hierbij horen zijn: Waarom bestaat de organisatie? Wat is het doel, de kern van het bestaan?

- **Hoe: hoe ga je je doel bereiken?**

De tweede cirkel bestaat uit de 'hoe': hoe ga je dat doel bereiken? Wat is jouw unieke meerwaarde? De 'hoe' gaat meer over de manier waarop je iets doet, dan over hetgeen 'wat' je precies doet.

- **Wat: wat ga je uitvoeren om dit te realiseren?**

Deze buitenste cirkel geeft weer wat er precies in de organisatie gedaan wordt om het doel te bereiken. De 'wat' uit zich in de primaire processen van de organisatie.

Veldonderzoek

Naast literatuuronderzoek en de toepassing van de Change Lab methode, is additionele informatie verzameld via intervisies, enquêtes en een belronde. De intervisies zijn onderdeel van het project MTVP en verplicht voor alle huisartspraktijken om hierbij aanwezig te zijn met minimaal 1 gevestigde huisarts. De onderwerpen van deze intervisies waren ‘*continuïteit van de huisartsenzorg*’ en ‘*personeelsmanagement in de praktijk*’. Daarnaast hebben wijkbijeenkomsten plaatsgevonden waarbij huisartsen met elkaar in gesprek zijn gegaan over de samenwerking binnen de wijk en wat zij voor elkaar kunnen betekenen t.a.v. het borgen van de continuïteit.

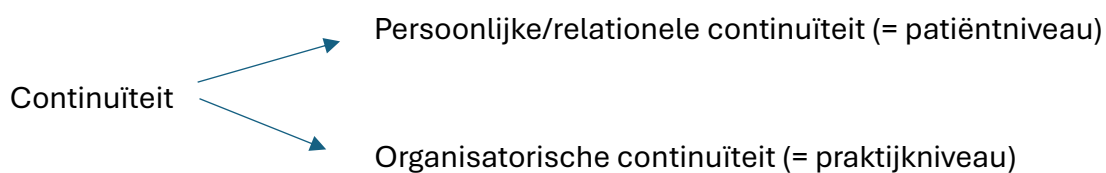
Tevens zijn door de verschillende subgroepen binnen de projectgroep enquêtes uitgezet bij onder andere huisartsen, huisartsen in opleiding en praktijkmanagers om additionele informatie te verzamelen met betrekking tot praktijkhouderschap, huisvestingsproblematiek en continuïteit. Deze resultaten staan beschreven in het volgende hoofdstuk.

Als laatste is een belronde uitgevoerd bij alle praktijkhouders over hun praktijkambities en de ervaren continuïteitsproblemen. Deze resultaten hebben de regio-analyse compleet gemaakt, en hebben tevens inzicht gegeven over verloop van de huisartsenzorg binnen de regio Maastricht-Heuvelland binnen de komende 5 jaar.

Resultaten

Literatuur

Continuïteit verwijst naar de ononderbroken en consistente zorg die patiënten ontvangen van hun huisarts of huisartspraktijk¹¹. Hierbij houden huisartsen overzicht over de medische zorg die hun patiënten krijgen en voeren waar nodig de regie. De LHV stelt dat voor iedereen een huisarts moet zijn, dichtbij in de wijk. Daarnaast is de huisartsenzorg 24 uur beschikbaar voor gezondheidsklachten die medisch gezien direct of binnen enkele uren beoordeeld moeten worden¹¹. Bij continuïteit wordt onderscheid gemaakt tussen twee varianten¹²:



Persoonlijke continuïteit verwijst hierbij naar de langdurige relaties tussen arts en patiënt, waarbij de organisatorische continuïteit verwijst naar het onafgebroken aanbod van zorg binnen een zorgorganisatie (i.e. huisartspraktijk)¹².

De afgelopen jaren komt het echter steeds meer voor dat deze continuïteit niet meer gewaarborgd kan worden. Er ontstaat een steeds grotere zorgkloof tussen de vraag en het aanbod. In de afgelopen jaren is de zorgvraag steeds verder gestegen door demografische veranderingen (vergrijzing) en toenemende complexe zorgproblematiek. Tegelijkertijd is steeds meer gevraagde zorg verschoven naar de eerste lijn, waardoor de huisarts meer verantwoordelijkheid heeft voor de zorg van patiënten. Aan de andere kant begint een tekort aan personeel te ontstaan, en verloopt het proces van het vinden van waarnemers, opvolgers en ondersteunend personeel steeds moeizamer. Deze zorgkloof heeft de volgende effecten op de continuïteit van de huisartsenzorg:

1. *Opvolging van huisartsen*: in veel gevallen nadert een groot aantal huisarts de pensioengerechtigde leeftijd. Daarnaast is de groep ‘vroegstoppers’, die vroegtijdig afstand neemt van hun praktijkhouderschap. Uit gegevens van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten komt naar voren in 2021 alleen al 138 huisartsen jonger dan 50 jaar het vak verlaten hebben¹³. Dit was het hoogste aantal in de afgelopen jaren, en het wordt verwacht dat deze trend zich blijft doorzetten. Met deze groep, in combinatie met huisartsen die de pensioengerechtigde leeftijd naderen, wordt het vinden van geschikte opvolging een steeds grotere uitdaging.

2. *Patiëntenstop*: steeds meer huisartsen hanteren een patiëntenstop vanwege capaciteitsproblemen. Dit betekent dat nieuwe patiënten niet meer worden aangenomen, wat ertoe leidt dat mensen die verhuizen of die geen vaste huisarts hebben, moeite hebben om toegang te krijgen tot zorg.
3. *Wachlijsten*: door de toenemende druk op de huisartsenpraktijken ontstaan er vaak lange wachlijsten voor afspraken. Dit kan betekenen dat patiënten niet tijdig geholpen worden, wat niet alleen de continuïteit van zorg belemmert maar ook kan leiden tot verslechtering van hun gezondheidstoestand.
4. *Dagdagelijkse continuïteit in de praktijk*: steeds meer huisartsenpraktijken ervaren problemen met het opvangen van de afwezigheid van huisartsen en ander personeel in de praktijk tijdens vakantie en/of ziekte. Hierdoor kan de dagdagelijkse continuïteit van de praktijk in gedrang komen en de werkdruk bij huisarts en het team hoger worden.

Projectgroep TBHZ

Voor de uitvoering van dit project is een projectgroep gevormd. De projectgroep bestond uit 22 gevestigde huisartsen, werkzaam in 11 huisartsenpraktijken, die in totaal 51 huisartsenpraktijken in regio Maastricht-Heuvelland vertegenwoordigden. Daarnaast was de bestuurder van de huisartsenpost Maastricht-Heuvelland (HMH) en medewerkers van ZIO (programmamanager Innovatie & onderzoek en programmamanager continuïteit) betrokken.

De regionale missie en visie

Tijdens het twee jaar durende project is de collectieve visie t.a.v. de waarborging van de continuïteit gevormd.

“De zorg voor zieke, kwetsbare patiënten¹² is continu gewaarborgd. Patiënten die niet zonder huisarts kunnen, kunnen een appèl doen op betrokken, nieuwsgierige, veerkrachtige zorgprofessionals die gebruik maken van passende manieren van werken en die waarde-gedreven werken, in essentie handelen naar professionele standaarden, een lerende omgeving vormen, zich solidair voelen met de RHZ regio en zich ondersteund weten door eigentijdse (technologische) toepassingen.”

¹De RHZ huisartsen beogen de zorg voor alle burgers te waarborgen maar stellen vast dat dit tenminste voor zieke en kwetsbare patiënten goed geregeld moet zijn. De Golden Circle geeft daarmee het minimale aan.

²De RHZ huisartsen beogen continue en persoonsgerichte zorg aan alle burgers in de wijk te bieden. Een integrale wijkgerichte aanpak met aandacht voor preventie en welzijn, en een goede samenwerking met andere professionals in de wijk zijn daar een onderdeel van. In tijden van schaarste zal de huisarts echter keuzes moeten maken en daarbij is de Golden Circle het uitgangspunt.

Uitwerking van de regioprestatie

De resultaten van deze werkgroep zijn in vier onderdelen te verdelen, die verder in dit hoofdstuk staan uitgewerkt:

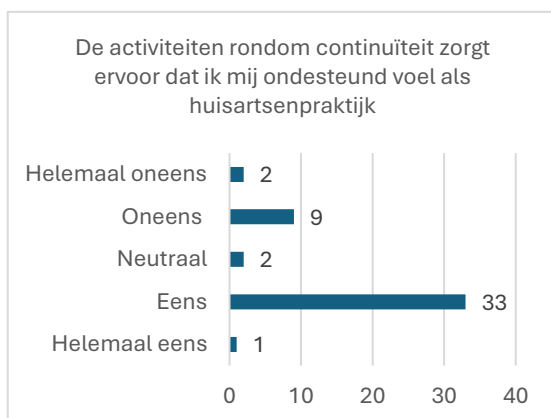
1. De gezamenlijke probleemdefinitie draagt positief bij aan het werkplezier van de huisartsen en het team.
2. Risico-inventarisatie is bij 95% van de huisartsenpraktijken uitgevoerd aan de hand van de gesprekslijst.
3. Risico's voor wachtlijst-problematiek is bij 95% van de praktijken in kaart gebracht.
4. In het continuïteitsplan van de huisartsenpraktijk zijn de risico's en oplossingsrichtingen beschreven m.b.t. voortzetting en wachtlijstproblematiek.

De gezamenlijke probleemdefinitie draagt positief bij aan het werkplezier van de huisartsen en het team

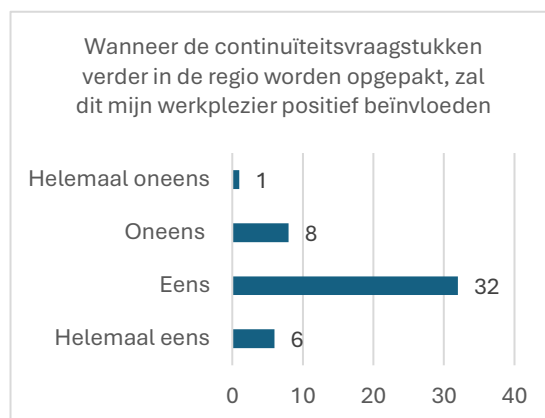
Door middel van een enquête is het werkplezier in beeld gebracht. Deze enquête bestond uit drie onderdelen:

1. Welk cijfer geeft u uw werkplezier in 2025?
2. In welke mate bent u het eens met de volgende stelling: de activiteiten rondom continuïteit (wijkbijeenkomsten, continuïteitsplan, belronde) zorgt ervoor dat ik mij ondersteund voel als huisartsenpraktijk.
3. In welke mate bent u het eens met de volgende stelling: wanneer de continuïteitsvraagstukken verder in de regio worden opgepakt, zal dit mijn werkplezier positief beïnvloeden.

In totaal hebben huisartsen van 43 huisartsenpraktijken (84,3%) deze enquête ingevuld. Hieruit blijkt dat de huisartsen hun werkplezier gemiddeld een 7,6 geven. In de grafieken 3 en 4 is te zien in hoeverre huisartsen het eens/oneens zijn met de twee stellingen.



Grafiek 3. Uitkomsten van enquête over werkplezier (1)



Grafiek 4. Uitkomsten van enquête over werkplezier (2)

Uit de bovenstaande grafieken is te concluderen dat veruit de meeste huisartsenpraktijken zich ondersteund voelen door de activiteiten rondom continuïteit en dat dit het werkplezier positief beïnvloedt als dit verder wordt opgepakt. Echter geven sommige huisartsenpraktijken ook aan hiermee het niet eens te zijn. De redenen hiervoor waren uitlopend, namelijk

- Eén praktijkhouder gaf aan dat het werkplezier door meer factoren wordt beïnvloedt dan alleen continuïteit, namelijk ook zingeving en de samenwerking met andere collega's.
- Daarnaast gaven sommige huisartsenpraktijken aan (voornamelijk groepspraktijken) dat zij niet persé de ondersteuning nodig hebben op het gebied van continuïteit.
- Sommige praktijkhouders gaven ook aan dat sommige vraagstukken lastig zijn op te pakken zoals huisvesting en personeelstekorten en daar op korte termijn geen positieve verandering in zien.

Risico inventarisatie bij huisartsenpraktijken aan de hand van een gesprekslijst

In de periode juli-december 2025 hebben leden van de adviesraad, tevens de HAGRO-voorzitters, een belronde gemaakt naar alle huisartsenpraktijken in de regio Maastricht-Heuvelland. Tijdens deze belronde werd aan de hand van een gesprekslijst de praktijkambities en de ervaren continuïteitsproblemen in kaart gebracht (tabel 1).

Tabel 1. Overzicht vragen van belronde

Algemeen	
1	Naam
2	Naam huisartsenpraktijk
Praktijkambities	
3	Heb je de intentie om binnen 5 jaar de praktijk over te dragen? <i>Zo ja, zie vraag 4, 5 en 6</i> <i>Zo nee, zie vraag 7</i>
4	Is er een opvolger in beeld?
5	Worden er problemen voorzien bij het vinden van een opvolger?
6	Op welke moment wordt de huisartsenpraktijk overgedragen?
7	Heb jij/ hebben jullie de ambitie om de huisartsenpraktijk te: a. Uit te breiden t.b.v. extra capaciteit/meer patiënten? b. Te verkleinen c. Te associëren d. Anders
Huisvesting	
8	Heeft jouw/jullie huisartsenpraktijk een huur- of koop pand?
9	Heeft de huisartsenpraktijk in de huidige situatie te maken met ruimtegebrek?
10	Heeft de huisartsenpraktijk verhuisplannen? <i>Zo ja, zie vraag 11, 12 en 13</i> <i>Zo nee, ga verder bij vraag 14</i>
11	Op welke termijn?
12	Heb je contact hierover met de gemeente?
13	Evt. toelichting
14	Heeft de huisartsenpraktijk verbouw-of uitbreidingsplannen voor meer ruimte?

<i>Zo ja, welke op welke termijn Heb je contact hierover met de gemeente</i>	
Personele capaciteit: huisartsen	
15	Heeft de huisartsenpraktijk voldoende huisartsencapaciteit? Zo ja, zie vraag 19 Zo nee, zie vraag 16, 17 en 18
16	Zo nee, waar heeft de huisartsenpraktijk behoefte aan? a. Collega huisarts b. Collega praktijkhouder
17	Voor hoeveel dagen/FTE in de week?
18	Ervaar je problemen met het vinden van een waarnemer, collega huisarts of collega-praktijkhouder?
19	Is jouw huisartsenpraktijk opleider voor toekomstige huisartsen?
Personele capaciteit: ondersteunend personeel	
20	Heeft de huisartsenpraktijk binnen nu en één jaar behoefte aan nieuwe personeelsleden? Zo ja, welke functies?
21	Ervaar of voorzie je problemen bij het invullen van vacatures? Welke?
22	Biedt de huisartsenpraktijk opleidingsplekken voor: doktersassistenten, POH somatiek, POH-GGZ, VS, PA, anders...?
23	Zou de huisartsenpraktijk (meer) willen opleiden? <i>Indien van toepassing, heeft het niet opleiden van personeel te maken met ruimtegebrek, tijd, personeel of anders?</i>

Tot op heden is het gelukt om met 40 van de 51 huisartsenpraktijken contact op te nemen. Met de overige huisartsenpraktijken wordt in Q1 van 2026 contact opgenomen.

Zoals te zien in de bovenstaande tabel, zijn naar verschillende thema's gevraagd binnen de belronde namelijk: praktijkambities, huisvesting, personele capaciteit van huisartsen & ondersteunend personeel en opleiden.

Praktijkambities

- 13,5% van alle praktijkhouders (N = 12) geeft aan de huisartsenpraktijk te willen overdragen aan een opvolger binnen 5 jaar. Ongeveer de helft van deze praktijkhouders hebben een opvolger in beeld. De andere helft van de praktijkhouders ervaart of voorziet problemen met het vinden van een opvolger, dit is voornamelijk het geval bij solopraktijken.
- Een aantal praktijken geven aan te willen uitbreiden in de toekomst (N = 6). In sommige situaties houdt het in dat zij op zoek zijn naar een mede-praktijkhouder / extra maat.
- Daarnaast gaven meerdere praktijkhouders, voornamelijk solisten, aan open te staan of concrete plannen te hebben voor associatie (N = 13).

Huisvesting

- Zo'n 75% van de huisartsenpraktijken heeft een huurpand, de overige huisartsenpraktijken hebben een koop pand. Meer dan de helft van deze huisartsenpraktijken ervaart ruimtegebrek. Hierbij krijgen ze weinig tot geen ondersteuning van de gemeente.
- Door dit ruimtegebrek heeft een aantal huisartsenpraktijken verhuisplannen (N = 9) of verbouw-/uitbreidingsplannen (N = 13).

Personele capaciteit van huisartsen

- Enkele praktijken geven aan op zoek te zijn naar een mede-praktijkhouder of HIDHA.
- Waarneming voor losse dagen en de zomer is voornamelijk een probleem en verwachten dat dit alleen maar groter wordt door de DBA-wet.

Personele capaciteit van doktersassistenten

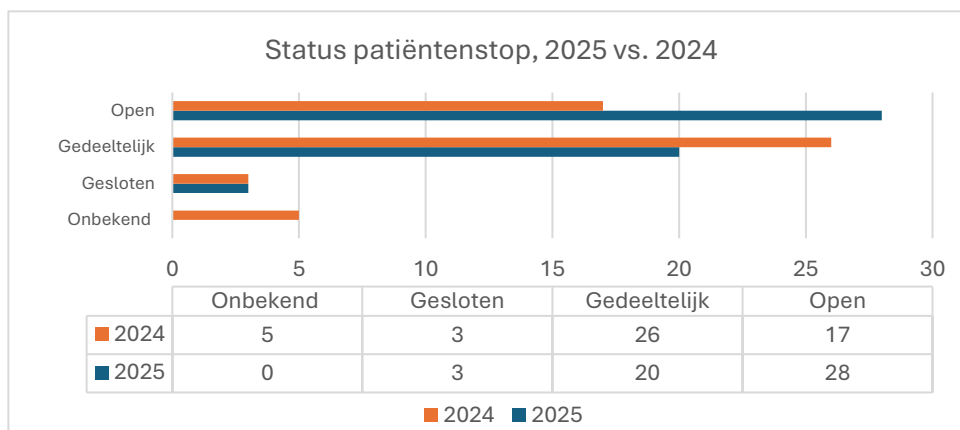
- Huisartsenpraktijken zijn voornamelijk op zoek naar doktersassistenten, gevolgd door POH-somatiek.
- De meeste praktijkhouders geven aan dat de bezetting nu precies goed is, maar dat wel problemen verwacht worden als een assistent(e) uitvalt.

Opleiden

- Een groot deel van de huisartsenpraktijken leidt op en zou ook meer in de toekomst willen opleiden. Vaak is dit echter (nog) niet mogelijk door ruimtegebrek, personeelstekort, tijdgebrek of privé-werkbalans.

Risico's voor wachtlijstproblematiek is in kaart gebracht bij de huisartsenpraktijken

Per kwartaal wordt bij alle huisartsenpraktijken opgevraagd of zij een patiëntenstop wel/niet hanteren, en met welke voorwaarden. In de onderstaande grafiek (grafiek 5) is te zien dat in 2024 drie huisartsenpraktijken gesloten waren voor nieuwe patiënten, en dat dit in 2025 niet veranderd is. Wel zijn meer huisartsenpraktijken zonder voorwaarden open voor nieuwe patiënten.



Grafiek 5. Overzicht van patiëntenstop in de huisartsenpraktijken in 2024 en 2025

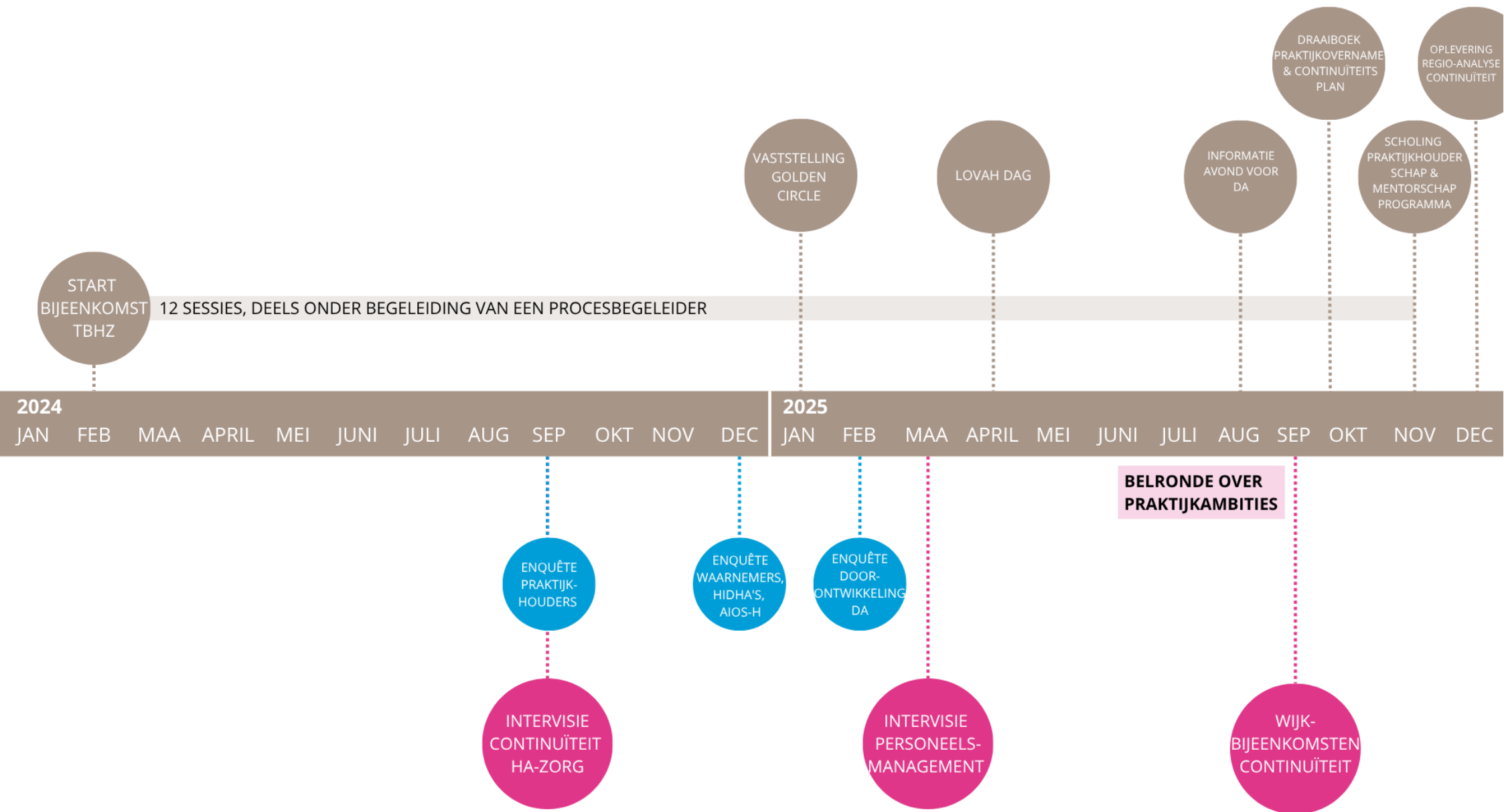
In het continuïteitsplan van de huisartsenpraktijk zijn de risico's en oplossingsrichtingen beschreven m.b.t. voortzetting en wachtlijstproblematiek.

Tijdens de uitvoering van dit project is ervoor gekozen om een regionaal continuïteitsplan te schrijven in samenwerking met huisartsen uit de projectgroep. Dit continuïteitsplan is 27 november jl. goedgekeurd op de Algemene Leden Vergadering van de RHZ. Centraal staan de uitgangspunten die gelden voor de regio, waarbij solidariteit en eigenaarschap de basis vormen voor continuïteit van huisartsenzorg in Maastricht-Heuvelland. Daarnaast staan oplossingsrichtingen beschreven op zowel korte, middellange en lange termijn. Deze oplossingsrichtingen zijn verder uitgesplitst naar meerdere scenario's die reëel worden geacht, namelijk:

1. Een huisartsenpraktijk is onbruikbaar door bijv. wateroverstroming of brand
2. Een huisarts valt permanent uit (bijv. door overlijden) en er is een noodgedwongen praktijkovername
3. Een huisarts valt tijdelijk uit (bijv. door ziekte) en het is onduidelijk hoelang hij/zij ziek is
4. Ondersteunend personeel valt voor langere tijd uit (variërend van één doktersassistente tot alle doktersassistenten, praktijkmanager en POH)
5. Een huisartsenpraktijk verkeert in financiële problemen (bijv. faillissement)
6. Een huisartsenpraktijk heeft juridische problemen.

De volledige uitwerking van het continuïteitsplan is te vinden als bijlage.

Naast het continuïteitsplan zijn regionaal een aantal interventies t.a.v. de verbetering van de continuïteit verkend en geïmplementeerd. Deze interventies zijn verdeeld over verschillende thema's zoals *starters en stoppers*, *verbinding met de huisartsopleiding*, en *doktersassistenten*.



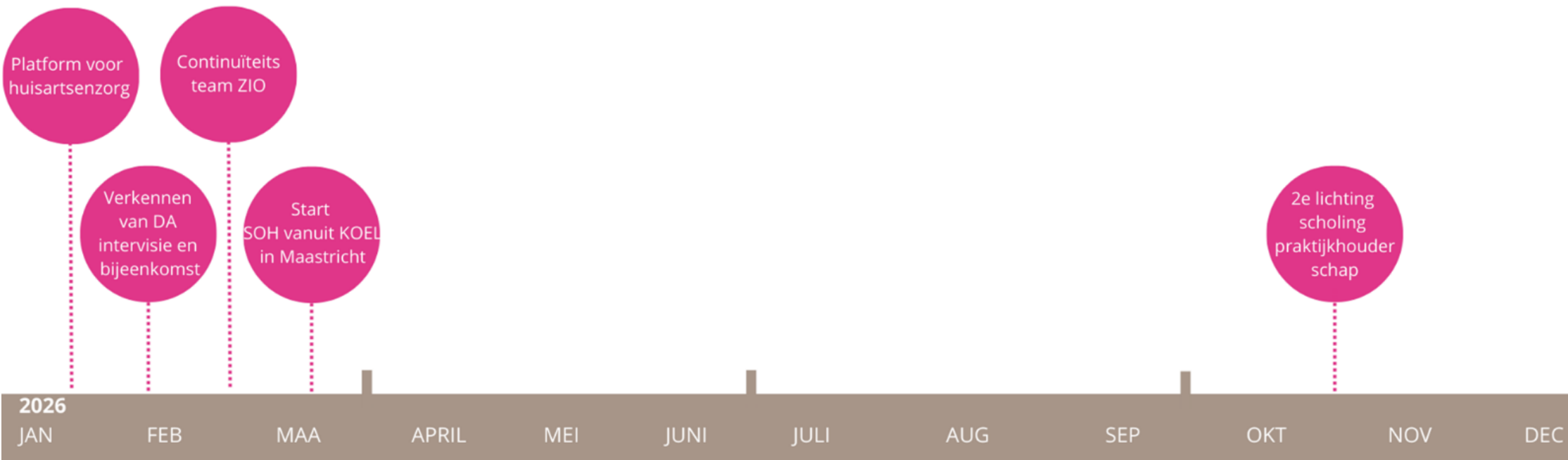
Ambities en doelen voor 2026

Het tweejarig project *toekomstbestendige huisartsenzorg* heeft een goede basis gelegd voor waarborging van continuïteit van de huisartsenzorg in Maastricht-Heuvelland. Dit project stond echter ook in het teken van inventarisatie. Door middel van meerdere enquêtes, belrondes en interviews is nu een beeld welke continuïteitsproblemen huisartsenpraktijken ervaren, maar ook welke praktijkambities zij hebben voor de toekomst. Deze ambities willen wij doorpakken en gaan daarom ook in 2026 verder met het waarborgen en verbeteren van de continuïteit in Maastricht-Heuvelland door middel van meerdere thema's:

- **Starters en stoppers:** in 2025 is een regionaal draaiboek voor praktijkovername/-opvolging gemaakt en zijn we daarnaast bezig met een scholing praktijkhouderschap en het mentorschapsprogramma. In 2026 willen wij starters en stoppers verder helpen zodat ze elkaar beter weten te vinden en zich ondersteund in de stap naar praktijkhouderschap of pensioen.
- **Doktersassistenten:** het tekort aan doktersassistenten loopt steeds meer op waardoor de druk in de huisartsenpraktijken nog meer oploopt. Het komende jaar willen wij meer aandacht besteden aan het behouden van doktersassistenten door het aanbieden van taakdifferentiatie, maar ook bijvoorbeeld interviews. Daarnaast willen wij de banden met VISTA-college en de omliggende middelbare scholen versterken om nieuwe aanstaande studenten te interesseren voor de opleiding tot doktersassistent(e). Tenslotte gaan wij verkennen welke interventies van het transformatieplan Arbeidsmarkt mogelijkheden biedt voor nieuwe aanwas.
- **Coördineren en verbinden met opleidingen:** door de gunstige ligging van Universiteit Maastricht en de huisartsopleiding is het van belang om gebruik te maken van deze verbindingen. Geneeskunde studenten kunnen de flexibele schil vormen voor huisartsenpraktijken en daarnaast geeft dit mogelijkheid om hun te interesseren voor het huisartsenvak. Daarnaast willen wij meer zichtbaarheid creëren bij VISTA college en Hogeschool Zuyd voor de functies doktersassistent(e), praktijkondersteuner of verpleegkundig specialist.
- **De zittende huisarts:** naast de patiëntenzorg heeft een praktijkhouder steeds meer verplichtingen waaraan hij/zij moet voldoen. In samenwerking met deze huisartsen willen wij samen kijken hoe het werk leuk blijft, en waarin wij kunnen ondersteunen zoals bijvoorbeeld personeelsmanagement.

- **Huisvesting:** veel huisartsenpraktijken kampen met huisvesting doordat het pand verouderd is of te klein voor de huidige patiëntenpopulatie. Vaak wordt het proces voor een verhuizing of een verbouwing vertraagd door langdurende vergunningsaanvragen of besluitvorming. Als RHO willen wij samen met de gemeente dit proces versnellen.
- **Verkenning DagHAP:** er zijn vaste momenten in het jaar waarin de huisartsenpraktijken structureel vastlopen door onderbezetting. Eén van de belangrijkste periodes is de zomervakantie. Vaak gaan huisartsen ten koste van hun eigen vrije tijd niet op vakantie zodat de huisartsenpraktijk open kan blijven. Voor deze structurele momenten willen wij verkennen of het mogelijk is om een DagHAP te openen.

Onze ondersteuning aan huisartsenpraktijken zal op het gebied van continuïteit maatwerk blijven zijn aangezien elke huisartsenpraktijk tegen andere continuïteitsproblemen aanloopt. Regionaal zullen wij ook andere interventies nemen zoals het organiseren van wijkbijeenkomsten zodat de verbondenheid tussen nabijgelegen huisartsenpraktijken sterker wordt.



BELEID HUISVESTING & WIJKONTWIKKELING PER WIJK/GEMEENTE

INVENTARISEREN BIJ WAARNEMERS OVER PRAKTIJKHOUDERSCHAP

VERKENNEN VOOR HET OPZETTEN VAN EEN POULE GENEESKUNDE STUDENTEN

CONTINUÏTEITSCONTRACTEN

CONTACT EN COMMUNICATIE MET SCHOLEN EN OPLEIDINGEN

DAGHAP VERKENNEN

CONTINUËREN VAN WIJKBIJEENKOMSTEN

CENTRALISEREN VAN OPEN SOLLICITATIES EN OPLEIDINGSPLEKKEN

Conclusie

De huisartsenzorg in de regio Maastricht-Heuvelland staat onder druk door demografische veranderingen, zoals vergrijzing en een toenemend aantal patiënten met chronische aandoeningen, gecombineerd met een krappe arbeidsmarkt. Deze demografische veranderingen leiden tot knelpunten, zoals toenemende werkdruk en personeelstekort. Het project Toekomstbestendige Huisartsenzorg was gericht op het waarborgen van continue en toegankelijke huisartsenzorg in de regio, waarbij kernwaarden zoals continuïteit, persoonsgerichtheid, integraliteit en wijk- en populatiegerichtheid behouden blijven. De specifieke doelstellingen waren het ontwikkelen van een missie, visie en strategie voor 2024-2025, evenals het testen en implementeren van praktijk-overstijgende interventies.

Als startpunt werd de regionale visie vastgesteld, die de verdere basis vormt voor verdere vervolgstappen van deze werkgroep, en luidt als volgt: *“De zorg voor zieke, kwetsbare patiënten is continu gewaarborgd. Patiënten die niet zonder huisarts kunnen, kunnen een appèl doen op betrokken, nieuwsgierige, veerkrachtige zorgprofessionals die gebruik maken van passende manieren van werken en die waarde-gedreven werken, handelen naar professionele standaarden, een lerende omgeving vormen, zich solidair voelen met de RHZ-regio en zich ondersteund weten door eigentijdse (technologische) toepassingen.”*

Met deze regionale visie in het vizier is het thema ‘binden en boeien van huisartsen en doktersassistenten’ verder uitgewerkt.

De aanpak, met de bijbehorende overstijgende interventies, is gericht op zowel korte- als lange-termijn oplossingen, waarbij de betrokkenheid van de verschillende partijen essentieel is. Naast de interventies is ook een regio-analyse en het noodplan geschreven. Met deze basis wordt ook in 2026 samen met de huisartsen verder gewerkt aan de toegankelijkheid en continuïteit zodat de huisartsenzorg in Maastricht-Heuvelland toekomstbestendig wordt.

Referenties

1. InEen. (2024). Structureel werken aan continue en toegankelijke huisartsenzorg.
2. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. De basis op orde: uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg. Den Haag, 2023.
3. NHG, LHV, InEen, VPhuisartsen. Toekomst Huisartsenzorg – Kerntaken in de praktijk. 2020
4. Centraal Bureau voor de Statistiek. (z.d.). Inwoners per gemeente. Centraal Bureau Voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/regionaal/inwoners>
5. Hoe verloopt de ontwikkeling van het aantal verzekerden dat niet staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk? (z.d.). Vektis - Business Intelligence Centrum Voor de Zorg. <https://www.vektis.nl/huisartsenzorg/dashboard/>
6. Stories Dashboard - Zorg en welzijn (smal) - Nederland. (z.d.). <https://prognosemodelzw.nl/dashboard/stories-dashboard/zorg-en-welzijn--smal->
7. Nivel (2022). Nivel-cijfers Beroepsgroep huisartsen: grootte, samenstelling en werkzame dagdelen. Cijfers Beroepsgroep huisartsen: grootte, samenstelling en werkzame dagdelen | Nivel
8. Bruining, T. (2016). De Change Lab methode. Opleiding & Ontwikkeling, 29(2), 33-37.
9. Virkkunen, J. (2013). The change laboratory: A tool for collaborative development of work and education. Springer Science & Business Media.
10. Sinek, S. (2009). Start with why: How great leaders inspire everyone to take action. Penguin.
11. De ArgumentenFabriek. (2019). Wat zijn de kernwaarden van de huisartsenzorg? https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/06/kernwaarden_kaart_toekomst_huisartsenzorg.pdf
12. Opstelten, W., Cals, J. W., & Van Der Horst, H. E. (2019, 8 januari). Continuïteit van de huisartsenzorg. NTVG. <https://www.ntvg.nl/artikelen/continuïteit-van-de-huisartsenzorg>
13. Vijf redenen waarom huisartsen eerder stoppen: 'We zijn de spin in het web van een disfunctioneel systeem'. (z.d.). MedischOndernemen. <https://www.medischondernemen.nl/achtergrondartikel/vijfredenen-waarom-huisartsen-eerder-stoppen-we-zijn-de-spin-in-het-web-van-een-disfunctioneel>