

# SECTORANALYSE DUURZAME INZETBAARHEID en EERDER UITTREDEN



Stichting Sociaal Fonds  
Huisartsenzorg

## Inhoudsopgave

Inleiding.....	3
Algemene informatie over de huisartsenzorg.....	3
Beschrijving van de sector .....	3
SBI code .....	4
Werkgelegenheid.....	4
Werkzame posities van huisartsen.....	5
Toename zelfstandigheid andere beroepsgroepen .....	7
Ontwikkelingen in de sector met betrekking tot de werkenden en de werkgelegenheid .....	7
Toekomstige werkgelegenheid .....	8
Toekomst huisartsenzorg .....	10
Kernwaarden en Kerntaken in de praktijk van de huisartsenzorg .....	11
Onderbouwing van de omvang en samenstelling van het aantal werkenden .....	13
Totaal aantal werkenden in de sector .....	13
Aantal werkenden in loondienst (werknemers) .....	13
Samenstelling werknemers naar leeftijdsgroepen .....	14
Aantal werknemers 63– 66 jr.....	15
Aandeel kleine ondernemingen .....	15
Beschrijving van de problematiek m.b.t. duurzame inzetbaarheid en eerder uittreden.....	16
De problematiek rond duurzame inzetbaarheid en zwaar werk .....	16
Werkdruk.....	16
Agressie .....	25
Beperkt loopbaanperspectief.....	29
Welke groepen werkenden raakt dit in het bijzonder?.....	30
Wat wordt al gedaan aan duurzame inzetbaarheid in sector?.....	30
Maatregelen van organisaties tegen werkdruk.....	30
Maatregelen van organisaties tegen agressie.....	31
Maatregelen van organisaties voor langer doorwerken .....	31
Sectorale maatregelen .....	32
SSFH Beleidsplan 2021 – 2025.....	33
Op welke manier kunnen extra investeringen in duurzame inzetbaarheid bijdragen aan oplossingen voor de beschreven problematiek? .....	34
Op welke manier kunnen extra investeringen in eerder stoppen met werken bijdragen .....	35
aan oplossingen voor de beschreven problematiek? .....	35
Ondertekening door de hoofdaanvrager .....	35

## Inleiding

Voor u ligt de sectoranalyse van de huisartsenzorg in het kader van de tijdelijke Maatwerkregeling duurzame inzetbaarheid en eerder uittreden (MDIEU). De sectoranalyse vormt de voorbereiding op het eventueel indienen van een MDIEU activiteitenplan.

De sectoranalyse geeft inzicht in de problematiek op het gebied van duurzame inzetbaarheid en eerder uittreden in de sector. De sectoranalyse kijkt daarbij ten minste 5 jaar vooruit en geeft een onderbouwing van de omvang en samenstelling van het aantal werkenden in de sector, het aandeel kleine ondernemingen en een beschrijving van de problematiek met betrekking tot duurzame inzetbaarheid en eerder uittreden binnen de sector. Vervolgens wordt ingegaan op welke manier extra investeringen in duurzame inzetbaarheid bijdragen aan oplossingen voor de beschreven problematiek.

## Algemene informatie over de huisartsenzorg

### Beschrijving van de sector

In Nederland is vrijwel iedereen ingeschreven bij een huisarts. Voor de meeste gezondheidsproblemen is de huisarts de eerste plek waar men aanklopt voor professionele hulp. Dat kan bij een huisartsenpraktijk, een huisartsenpost of een gezondheidscentrum. In de huisartsenzorg zijn 4.316 organisaties actief<sup>1</sup>. Naast huisartsenpraktijken zijn er 113 huisartsenposten<sup>2</sup> en circa 210 gezondheidscentra<sup>3</sup>. Onder de huisartsenzorg valt de eerstelijns diagnostische, therapeutische en preventieve, medisch generalistische zorg aan individuele - of een groep patiënten onder de verantwoordelijkheid van de huisarts. Het overgrote deel van de gezondheidsklachten waarmee een huisarts te maken krijgt komt in eerste instantie bij de huisarts zelf, om vervolgens met de 'verlengde arm' behandeld te worden door de huisarts of door een van de andere zorgprofessionals in het huisartsteam. De huisarts vervult tevens de functie van poortwachter in de zorg. Voor het raadplegen van specialistische hulp in de tweede lijn is een verwijzing van een huisarts nodig. De huisarts wordt meer en meer de spil van een breder zorgnetwerk. Wanneer er sprake is van meerdere zorgverleners, zoals een diëtist en/of andere specialist, dan coördineert de huisartsenzorg deze zorg.

De eerstelijns zorg, met de huisartsenzorg als belangrijkste onderdeel, krijgt er steeds meer taken bij. Door de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Participatiewet, Jeugdwet en de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening groeit op gemeentelijk en wijkniveau de samenwerking van de huisarts met het sociaal domein. Door de toegenomen maatschappelijke complexiteit komen mensen met een grote diversiteit aan (onderliggende) hulpvragen vaak als eerste bij de lokale laagdrempelige huisartsenzorg terecht. Er ontstaan nieuwe functies en rollen in het huisartsteam die de huisarts ontlasten zodat deze zich kan focussen op het uitvoeren van zijn/haar beroep. Ook kleine medische ingrepen worden vaker, onder de verantwoordelijkheid van de huisarts, uitgevoerd door medewerkers van het huisartsteam en zijn er voor de chronische patiënten specialisten binnen het team. Deze ontwikkelingen vragen het nodige aanpassingsvermogen van het voltallige huisartsteam (inclusief huisarts), er wordt veel van hen gevraagd. Tegelijkertijd biedt dit ook mogelijkheden.

---

<sup>1</sup> PFZW, sectoranalyses branches zorg en welzijn, april 2021

<sup>2</sup> Volksgezondheidszorg.info, peildatum oktober 2020

<sup>3</sup> Factsheet FBZ, ontmanteling Cao gezondheidscentrum, november 2018

De huisartsenzorg neemt al jaren in omvang en betekenis toe. Die groei zet door. Het aantal solo praktijken van huisartsen neemt daarbij af. Steeds meer huisartsen werken samen in een HOED (Huisartsen Onder Een Dak) of in andere samenwerkingsverbanden zoals een huisartsenpost voor de spoedeisende hulp of in een gezondheidscentrum waar verschillende hulpverleners binnen de eerste lijn samenwerken en huisartsen de spilfunctie vervullen. Op grotere schaal ontstaan regio organisaties om gezamenlijk die zaken op te pakken die op een schaal van minimaal 100.000 inwoners geregeld moet worden. Deze ontwikkelingen zorgen voor een transformatie, van een 'traditionele huisartsenpraktijk met een huisarts en een assistent' naar een MKB omgeving. De huisartsen met een praktijk zijn naast hun professe als huisarts ook ondernemer en werkgever die een MKB organisatie draaiende moeten houden. Daarbij heeft de huisarts te maken met veranderingen in de reguliere basiszorg en in toenemende mate met de soms grillige eisen die zorgverzekeraars stellen aan de ketenzorg en de bekostiging hiervan.

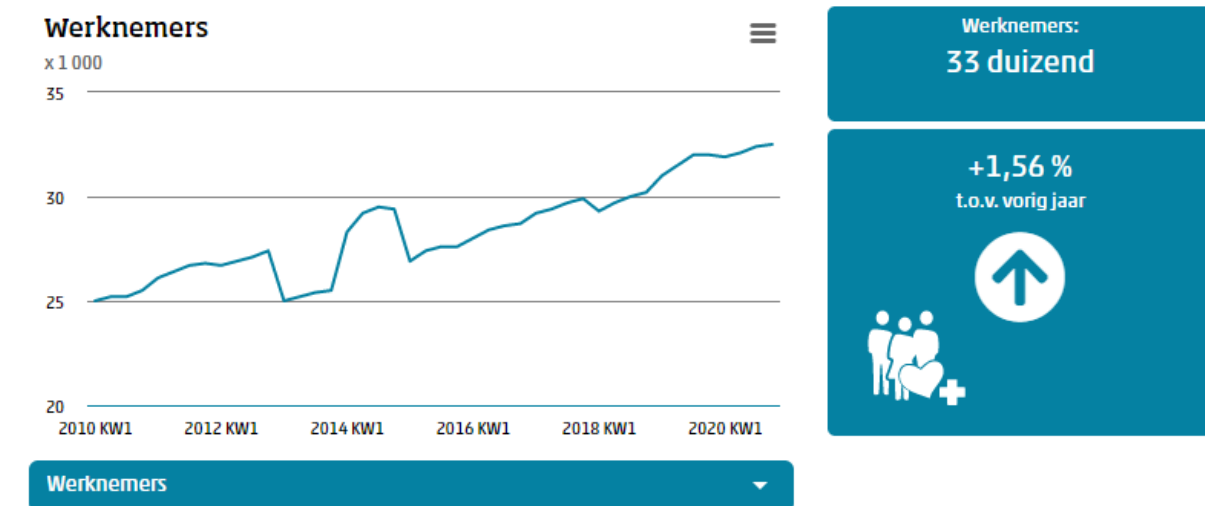
### SBI code

De onderstaande SBI codes vallen onder de sector huisartsenzorg.

- Praktijken van huisartsen 8621
- Gezondheidscentra 86921

### Werkgelegenheid

In de huisartsenzorg werken circa 51.000 mensen<sup>4</sup>. Van de 51.000 werkzame mensen werken 33.000 mensen in loondienst. Alle medewerkers vallen sinds 1 maart 2019 onder de cao huisartsenzorg. Voor 1 maart 2019 was er nog een aparte cao voor de gezondheidscentra waar 4.500 medewerkers onder vielen. Onderstaand is de ontwikkeling van het aantal werknemers zichtbaar. Ten opzichte van 2019 is het aantal werknemers in 2020 met 1,56% gegroeid.



Bron: CBS - AZW-StatLine - Werknemers met een baan in de zorg en welzijn; persoonskenmerken, regio

<sup>4</sup> CBS-AZW-Statline, cijfers 4<sup>e</sup> kwartaal 2020

Van de 51.000 werkzame mensen werken er circa 18.000 als zelfstandige in sector. Ten opzichte van 2019 is het aantal zelfstandigen in 2020 met 5,88% gegroeid.



Bron: CBS - AZW-StatLine - Werkzame beroepsbevolking; positie in de werkring

#### Werkzame posities van huisartsen

Huisartsen vertegenwoordigen circa twee derde deel van deze groep zelfstandigen. Op basis van cijfers van Nivel<sup>5</sup> bedroeg het totaal aantal werkzame huisartsen op peildatum 1 januari 2019 in totaal 12.776. Slechts een klein deel hiervan betreft huisartsen die in loondienst zijn.

Sinds 2007 worden in het kader van de Nivel Huisartsenregistratie alle huisartspraktijken in Nederland geënquêteerd. Het doel van deze registratie is personeels- en organisatiegegevens te verzamelen, te controleren en te actualiseren. Vanaf 2010 gebeurde dit via een online portal van het Nivel, vanaf 2018 via een uitgebreidere enquête die is ontwikkeld in het kader van het project 'Zicht op de regionale capaciteit en arbeidsmarktvragestukken huisartsenzorg' (in opdracht van Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg, ROS Robuust en Transvorm) en het project 'Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg' (in opdracht van het ministerie van VWS en LHV). Wat betreft de werkzame positie wordt door het Nivel onderscheid gemaakt in vier basis-categorieën:

- Zelfstandig gevestigde huisarts  
Een geregistreerde huisarts die een algemene praktijk uitoefent (praktijkhouder) en patiënten op eigen naam of naam van de maatschap heeft met wie hij/zij de praktijk voert.
- Huisarts in dienst van een huisarts (HIDHA)  
Een geregistreerde huisarts (niet in opleiding) die voor langere tijd (minimaal een half jaar) in dienst van een zelfstandig gevestigde huisarts werkzaam is.
- Vaste waarnemer  
Een geregistreerde huisarts die niet zelfstandig gevestigd is en niet werkzaam is als HIDHA, en voor een huisarts in één of meer vaste praktijken waarneemt tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten dan wel tijdens kantooruren.

<sup>5</sup> Cijfers uit de registratie van huisartsen – een update van de werkzaamheidscijfers voor 2018 en 2019

– Wisselend waarnemer

Een geregistreerde huisarts die niet zelfstandig gevestigd is, niet werkzaam is als HIDHA of vaste waarnemer, en voor een huisarts in één of meer wisselende praktijken waarneemt tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten dan wel tijdens kantooruren.

Omdat het onderscheid tussen de werkzame posities HIDHA en vaste waarnemer steeds meer is vervaagd wordt vanaf 2017 gerapporteerd over de gecombineerde groep ‘HIDHA’s/vaste waarnemers’. De tabel geeft weer hoeveel geregistreerde huisartsen er op 1 januari van de peiljaren 2000-2019 werkzaam waren in Nederland.

	Zelfstandig gevestigde huisartsen (A)	HIDHA's/vaste waarnemers (B)	Subtotaal: regulier gevestigde huisartsen (A+B)	Wisselende waarnemers (schatting; C)	Totaal werkzame huisartsen (schatting; A+B+C)
2000	7.221	548	7.769	857	8.626
2001	7.253	569	7.822	957	8.779
2002	7.341	629	7.970	910	8.880
2003	7.395	735	8.130	903	9.033
2004	7.465	841	8.306	919	9.225
2005	7.547	943	8.490	960	9.450
2006	7.622	993	8.615	1.058	9.673
2007	7.684	1.049	8.733	1.078	9.811
2008	7.751	1.094	8.845	1.134	9.979
2009	7.778	1.122	8.900	1.287	10.187
2010	7.823	1.181	9.004	1.393	10.397
2011	7.836	1.110	8.946	1.702	10.648
2012	7.860	1.152	9.012	1.847	10.859
2013	7.863	1.232	9.095	1.995	11.090
2014	7.875	1.384	9.259	2.103	11.362
2015	7.893	1.748	9.641	1.983	11.624
2016	7.915	1.945	9.860	2.036	11.896
2017	7.931	2.024	9.955	2.172	12.127
2018	7.860	2.238	10.099	2.348	12.447
2019	7.784	2.458	10.242	2.524	12.766

*Cijfers uit de registratie van huisartsen – een update van de werkzaamheidscijfers voor 2018 en 2019, Nivel*

De tabel laat zien dat elk peiljaar het aantal werkzame huisartsen in Nederland is toegenomen. Over de periode 2000-2019 bedroeg de toename 48%. Per jaar was de stijging geleidelijk en steeds rond de 2%.

Ook is duidelijk te zien dat de samenstelling van de huisartsen naar werkzame positie tussen 2000 en 2019 is veranderd. Was in 2000 bijna 10% wisselend waarnemer, in 2019 was dat afgerond 20%. Het aandeel ‘regulier gevestigde huisartsen’ is daarmee afgenomen van 90% naar 80%. Dit wordt geheel veroorzaakt wordt een dalend aandeel zelfstandig gevestigde huisartsen. Deze groep nam af van 84% in 2000 naar 61% in 2019.

Het aandeel vrouwen in de werkzame huisartsenpopulatie is gestegen. Was in 2005 nog 33% van de werkzame huisartsen vrouw, in 2015 werkten voor het eerst evenveel (50%) vrouwen als mannen als huisarts. In 2019 was het percentage vrouwen onder de werkzame huisartsen 58%.



Het gemiddelde aantal FTE dat een huisarts werkt is gedaald. In 2007 werkte de gemiddelde huisarts 0,74 FTE. In 2021 is het gemiddelde 0,6 FTE. De daling wordt deels veroorzaakt door een daling van het gemiddelde aantal FTE van zowel de mannen als de vrouwen maar deels ook door de stijging van het aandeel vrouwen.

#### *Toename zelfstandigheid andere beroepsgroepen*

In toenemende mate werken naast huisartsen ook andere professionals in de huisartsenzorg als zelfstandige. Deze groep professionals is gegroeid tot inmiddels circa een derde deel van het totaal aantal zelfstandigen in de huisartsenzorg. Het betreft hier mensen die werken in de huisartsenzorg als zelfstandige doktersassistent, triagist, praktijkondersteuner somatiek, praktijkondersteuner GGZ, verpleegkundig specialist en physician assistant. Dit veroorzaakt mede de groei van het aantal totaal zelfstandigen werkzaam in de huisartsenzorg.

#### **Ontwikkelingen in de sector met betrekking tot de werkenden en de werkgelegenheid**

Het wordt steeds drukker in de huisartsenzorg: meer taken, meer patiënten met vaak uiteenlopende, complexere zorgvragen en multiproblematiek. De snelle wetenschappelijke ontwikkelingen, met de daarop aansluitende veranderingen in de organisatie van de zorg, heeft naast de brede medisch-generalistische huisarts gezorgd voor de komst van zogenaamde Kaderhuisartsen. Een kaderhuisarts is een huisarts met specifieke deskundigheid op een bepaald deelgebied. Kaderhuisartsen hebben een tweejarige kaderopleiding van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) met goed gevolg afgesloten en staan ingeschreven in het kwaliteitsregister van het College van Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB). Het NHG erkent momenteel twaalf kaderopleidingen: astma/COPD, beleid en beheer, diabetes type 2, GGZ, hart- en vaatziekten, ouderengeneeskunde, palliatieve zorg, supervisie en coaching, urogynaecologie, bewegingsapparaat, wetenschappelijk onderzoek en spoedeisende geneeskunde.

De kaderhuisarts:

- stelt deskundigheid beschikbaar in netwerken op lokaal, regionaal en landelijk niveau;
- staat binnen de eigen praktijk model voor het huisartsgeneeskundig handelen op het betreffende deelgebied, waarmee de praktijk kan worden gezien als een voorbeeld van good practices;
- behartigt binnen de lokale en regionale context de belangen voor het betreffende deelgebied en kan collega-huisartsen adviseren bij, helpen met en bijscholen over verbetering van de eerstelijnszorg, praktijkvoering en samenwerking;
- participeert in landelijke netwerken op het terrein waarop hij of zij deskundig is;
- onderhoudt zijn of haar deskundigheid onder andere door relevante ontwikkelingen in het betreffende deelgebied te volgen.

Naast specialisatie in het vakgebied van de huisarts is er sprake van specialisatie van de medewerkers in het huisartsteam.

De praktijkondersteuner (POH) heeft een medische achtergrond en is verantwoordelijk voor patiënten met een chronische lichamelijke aandoening binnen de huisartsenzorg. Denk hierbij aan diabetes, astma, COPD (bronchitis en longemfyseem) en hart- en vaatziekten. Ook zijn er praktijkondersteuners die een deel van de palliatieve – of oncologische zorg voor hun rekening nemen, een vrouwenspreekuur organiseren, stoppen-met-roken-coach zijn, positieve gezondheid en leefstijlinterventies initiëren en of zich gespecialiseerd hebben in ouderenzorg.

De praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) heeft kennis en ervaring op het gebied van uiteenlopende psychische klachten en psychiatrische aandoeningen. De praktijkondersteuner GGZ dient in gezamenlijke verantwoordelijkheid met de huisarts, zelfstandig patiënten met psychische

vraagstukken binnen afzienbare tijd te kunnen behandelen en begeleiden. Doorverwijzen is nodig in geval van ernstige, specifieke en/of psychiatrische problematiek.

De physician assistant (PA) neemt zelfstandig, volgens geldende richtlijnen en protocollen, medische en medisch-ondersteunende taken van de huisarts over. De physician assistant doet zelf lichamelijk onderzoek, stelt een behandelplan op en voert bepaalde medische handelingen uit zoals wonden hechten, injecties toedienen of kleine chirurgische ingrepen.

De verpleegkundig specialist (VS) heeft een breed aandachtsgebied. Een verpleegkundig specialist kan zich specialiseren in bijvoorbeeld acute zorg, hartfalen of dermatologie. Een verpleegkundig specialist neemt spreekuren van de huisarts over met oog voor verpleegkundige werkzaamheden. De verpleegkundig specialist is werkzaam onder supervisie van de huisarts en voert zowel medische als verpleegkundige handelingen uit in het gebied van huisartsgeneeskunde.

De doktersassistent werkt zelfstandig onder verantwoordelijkheid van en in overleg met de huisarts. De doktersassistent is de spil in de praktijk en het eerste aanspreekpunt voor de patiënt. De doktersassistent gaat met de zorgvraag van de patiënt aan de slag en bepaalt de urgentie en de passende vervolgactie. De doktersassistent heeft veelal ook een eigen spreekuur, waar patiënten op afspraak terecht kunnen voor onder andere bloeddruk meten, bloedsuiker meten, wonden verbinden, uitstrijkjes en oren uitspuiten.

#### Praktijkmanager

De praktijkmanager neemt een groot gedeelte van het werkgeverschap en ondernemerschap uit handen. De praktijkmanager coördineert de samenhangende bedrijfsprocessen, bewaakt de kwaliteit, de realisatie van doelstellingen en het budget. De praktijkmanager stuurt op beleid, faciliteert en organiseert binnen de huisartsenpraktijk.

#### *Toekomstige werkgelegenheid*

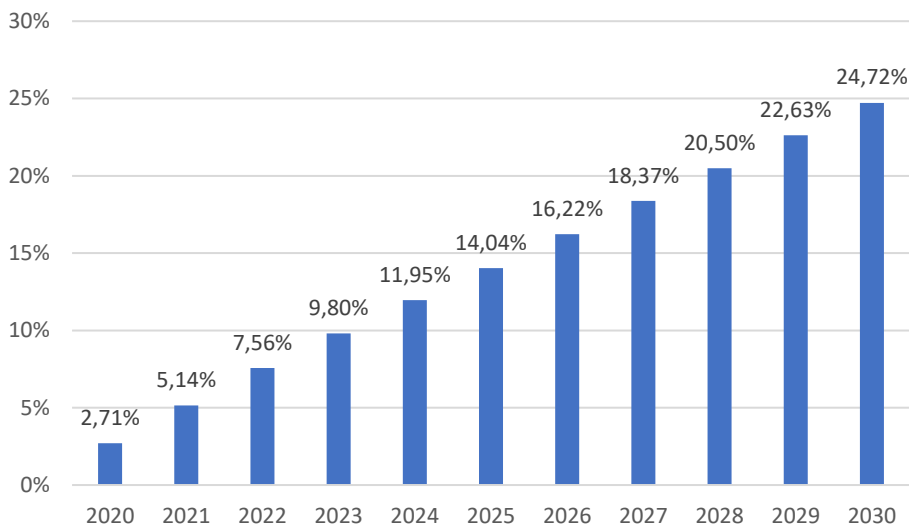
De huisartsenzorg kent grote uitdagingen met betrekking tot het aantrekken van nieuwe instroom en het behouden van voldoende gekwalificeerd medewerkers om de zorg te kunnen bieden waar iedereen recht op heeft.

Onderzoeksbureau ABF Research heeft in opdracht van het ministerie van VWS een prognosemodel ontwikkeld op basis van het verwachte aantal patiëntencontacten in de huisartsenzorg. Duidelijk is te



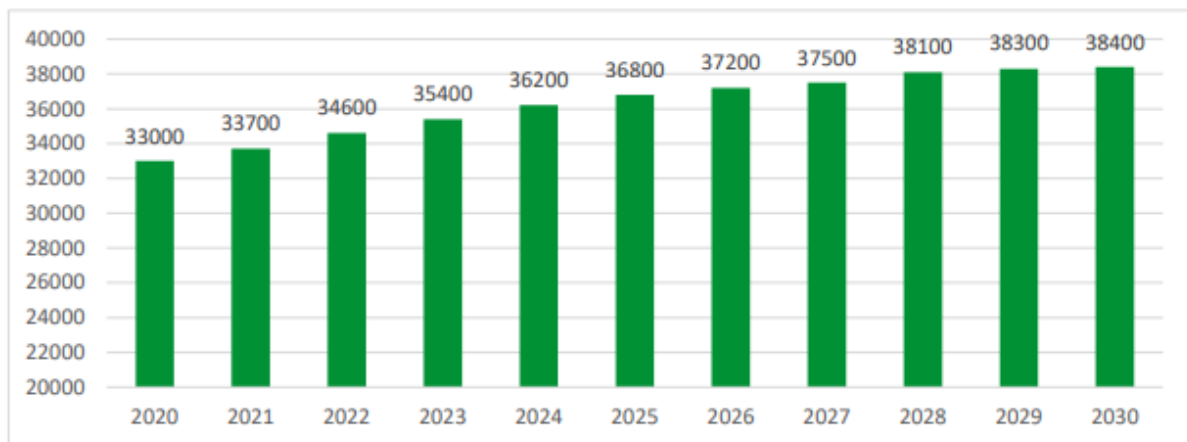
zien dat het aantal patiëntcontacten toeneemt.

### Aantal patiëntcontacten huisartsenzorg (% ontwikkeling t.o.v. 2019)



*Ontwikkeling zorggebruik Corona-basisscenario, Prognosemodel Zorg en Welzijn ABF Research*

De toekomstige werkgelegenheid in de huisartsenzorg is becijferd in het prognosemodel. De prognose van de ontwikkeling van het aantal medewerkers in loondienst in de huisartsenzorg is een toename van 15% in de periode 2020 – 2030.



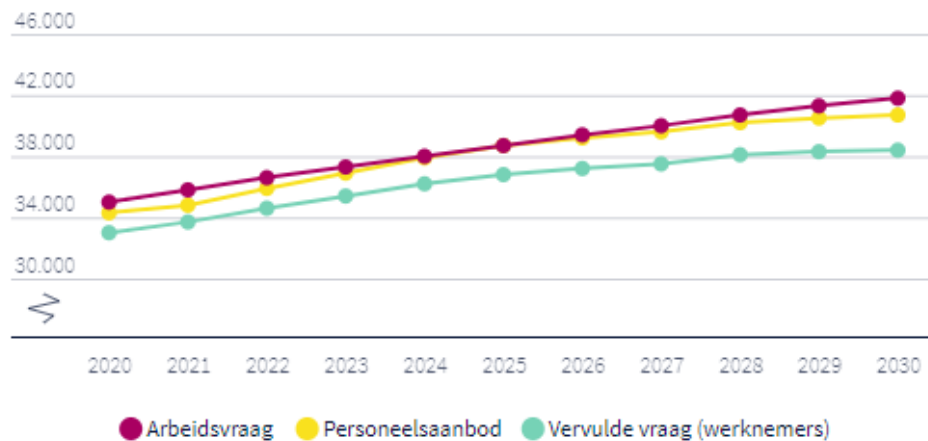
*Ontwikkeling aantal medewerkers, Prognosemodel Zorg en Welzijn ABF Research*

Het prognosemodel beperkt zich tot kwalificaties in primair proces functies op met name mbo- en hbo-niveau. Ook zitten er enkele wo-kwalificaties in. De medische beroepen met een academische achtergrond vallen allemaal buiten de scope van het prognosemodel. Ook werkenden die niet in loondienst werkzaam zijn vallen buiten de scope van het prognosemodel. Dit betekent dat de huisartsen zelf en andere zelfstandig werkende professionals in de huisartsenzorg niet zijn meegenomen in dit prognosemodel. De verwachting is echter dat de stijgende lijn van het aantal zelfstandig werkenden zich de komende jaren ook voortzet.

Uit het AZW-werkgeversonderzoek (2019) blijkt dat 77,4% van de huisartsen en gezondheidscentra moeilijk vervulbare vacatures heeft. De verwachte vraag naar werknemers (rode lijn) in de huisartsenzorg stijgt en is hoger dan het beschikbare personeelsaanbod (gele lijn). Vanwege

mismatches tussen vraag en aanbod van personeel valt de verwachte werkgelegenheid (groene lijn) lager uit dan het beschikbare personeelsaanbod.

## Vraag, aanbod en aantal werknemers 2020 - 2030 Nederland, personen



2020 - 2030

*Ontwikkeling vraag, aanbod en aantal medewerkers, Prognosemodel Zorg en Welzijn ABF Research*

Eenzijds gaat het om mismatches als gevolg van een tekort aan mensen met een bepaalde beroepsopleiding en/of gemis aan werkervaring en/of competenties. Anderzijds gaat het om mismatches die door andere factoren dan het werk zelf worden veroorzaakt zoals bijvoorbeeld locatie en het aantal uur dat wordt geboden. De komende jaren blijft er sprake van krapte op de arbeidsmarkt in de huisartsenzorg.

### *Toekomst huisartsenzorg*

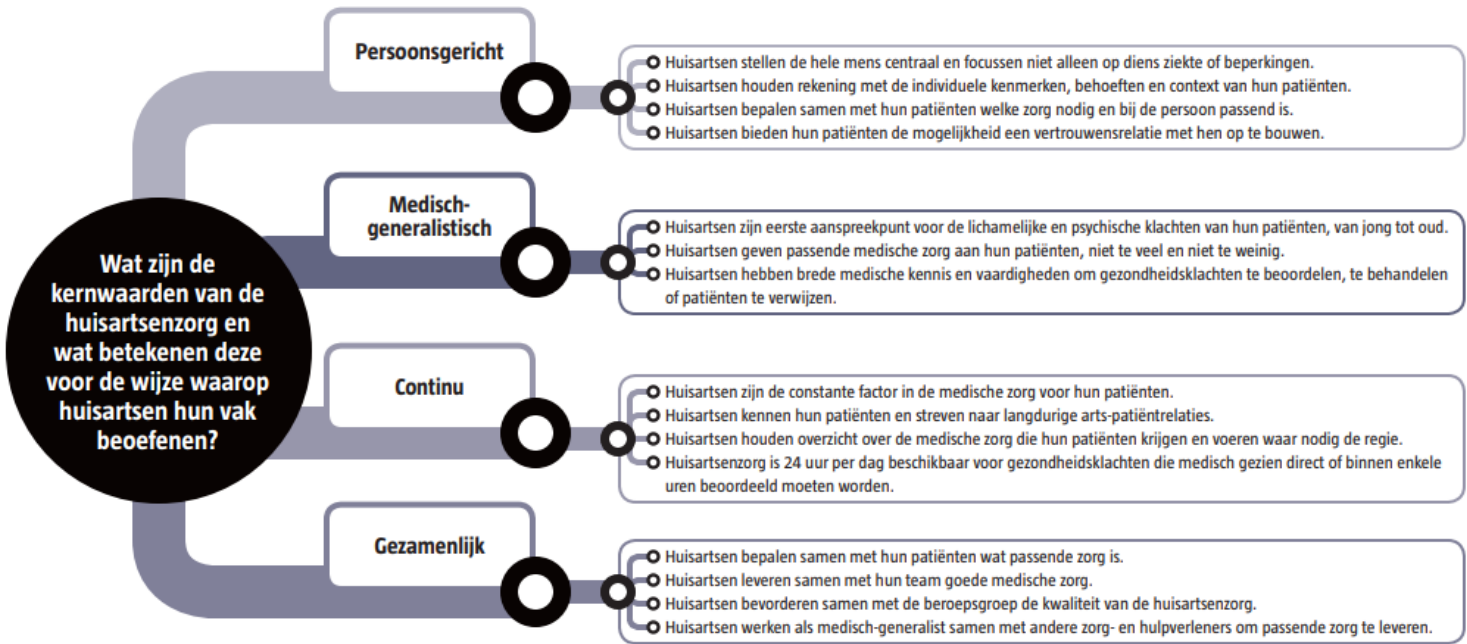
Bij het afsluiten van de Cao Huisartsenzorg 2017-2019 hebben sociale partners afgesproken om met een gezamenlijke werkgroep invulling te gaan geven aan 'duurzame inzetbaarheid' van werknemers. De werkgroep duurzame inzetbaarheid heeft in september 2017 thema's benoemd die de komende jaren een belangrijke rol spelen. Deze thema's zijn nog steeds actueel:

- De populatie van patiënten verandert qua samenstelling (vergrijzing, chronisch zieken) en gedrag (assertief en goed geïnformeerd)
- Complexiteit van de zorg en werkdruk nemen toe (in samenhang met extramuralisering)
- Meer samenwerking met ketenpartners vereist
- Digitalisering en technische vernieuwing zet komende jaren door
- Meer taakherschikking en taakdelegatie
- Verdere schaalvergroting verwacht
- Diversiteit in schaalgrootte (van huisartsenpraktijk, -post, gezondheidscentra) blijft kenmerkend
- Nieuwe bekostigingsmodellen op komst
- Economisch moeilijk voorspelbare conjunctuur
- Opleidingen en opleidingsniveau veranderen
- Vergrijzing en ontgroening van de arbeidsmarkt, langer doorwerken
- Verzorgingsstaat vervangen door participatiesamenleving
- Flexibilisering werk en van arbeidsrelaties

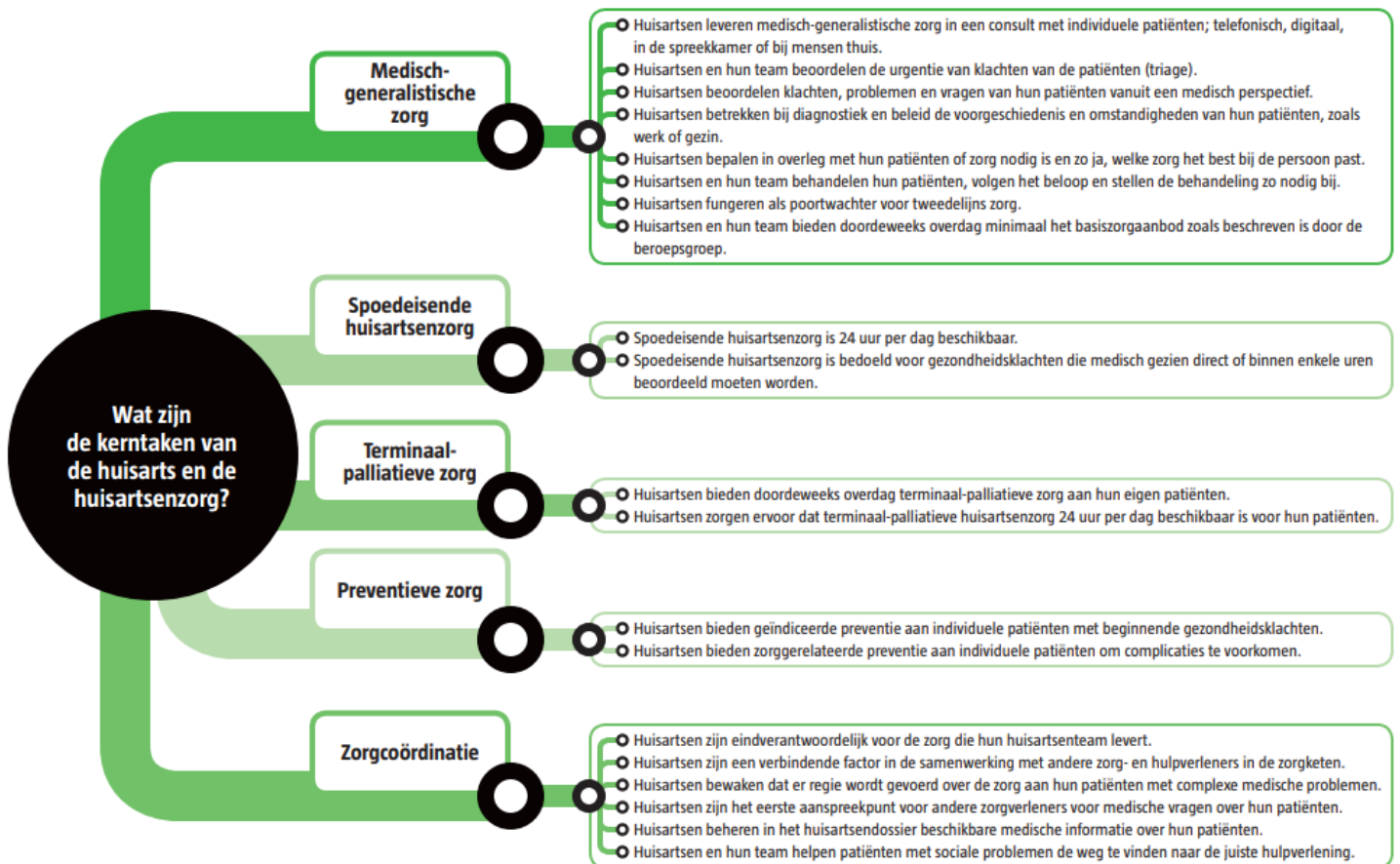
### *Kernwaarden en Kerntaken in de praktijk van de huisartsenzorg*

In januari 2019 hebben huisartsen hun herijkte kernwaarden opnieuw vastgesteld tijdens de Woudschotenconferentie Toekomst Huisartsenzorg. In vervolg daarop hebben de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH) en InEen de kerntaken in samenspraak met hun leden aangevuld met concrete kaders: hoe gaat de huisarts in het dagelijks werk invulling geven aan de herijkte kerntaken? In januari 2020 zijn de beschrijvingen getoetst bij de leden van LHV, NHG, VPH en InEen. Op basis hiervan zijn de beschrijvingen van de kerntaken aangescherpt en verbeterd. Tegelijkertijd hebben de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA), de Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners & Praktijkverpleegkundigen (NVvPO), de Landelijke Vereniging POHGGZ (LV POHGGZ), de vereniging voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten (V&VN, afdeling pvkpoh) en de Nederlandse vereniging voor Praktijk Management (NVvPM) eenzelfde sessiereeks georganiseerd en hun bevindingen aangeboden aan de initiërende partijen. Ook partijen als Zorgverzekeraars Nederland en het Zorginstituut Nederland zijn gevraagd mee te denken. In september 2020 zijn de Kernwaarden en Kerntaken in de praktijk van de huisartsenzorg definitief vastgesteld.

## Kernwaardenkaart



## Kerntakenkaart



Toekomst huisartsenzorg, boek herijkt kernwaarden en kerntaken, De Argumentenfabriek

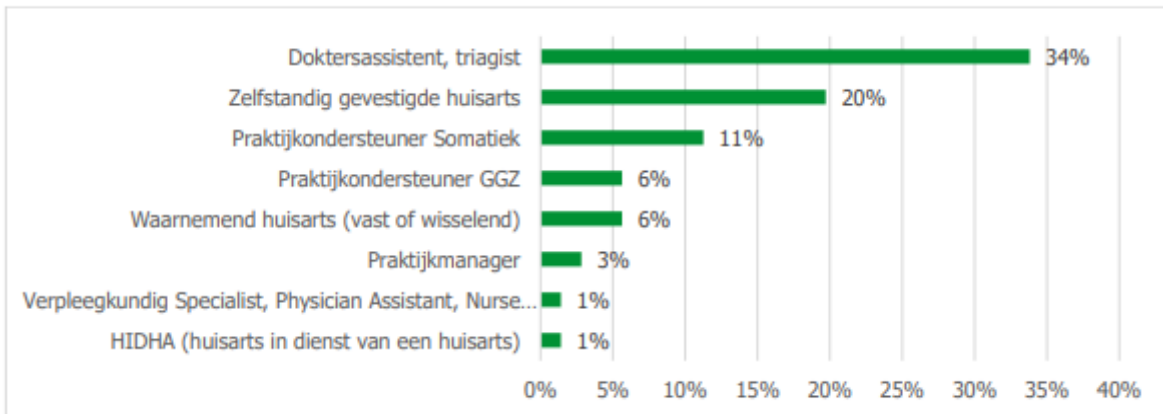
## Onderbouwing van de omvang en samenstelling van het aantal werkenden

### Totaal aantal werkenden in de sector

Het totaal aantal werkenden in de sector is circa 51.000<sup>6</sup>.

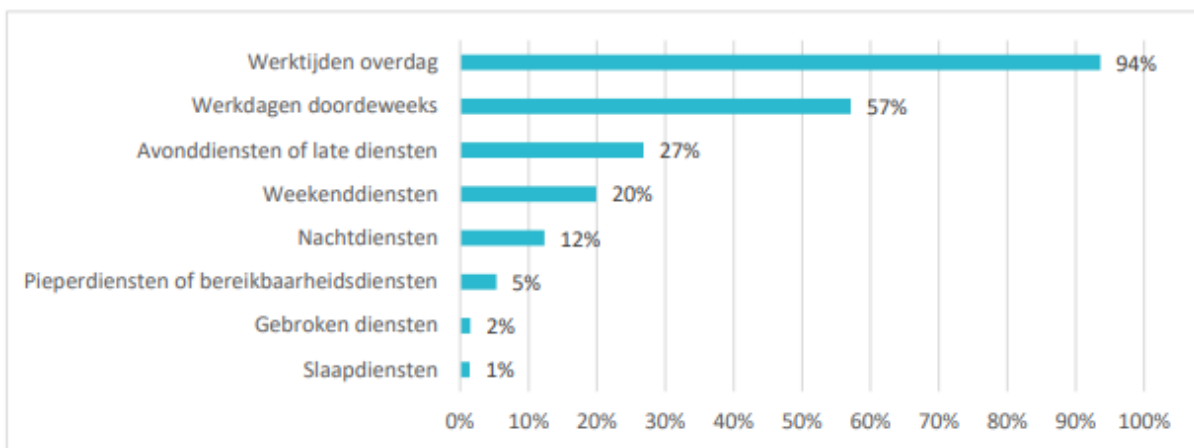
### Aantal werkenden in loondienst (werknemers)

Het totaal aantal werknemers in loondienst is 33.000. Onderstaande grafiek geeft een weergave van de verdeling van de meest voorkomende functies in de huisartsenzorg.



Meest voorkomende functies, TNO Werkgeversenquête 2019

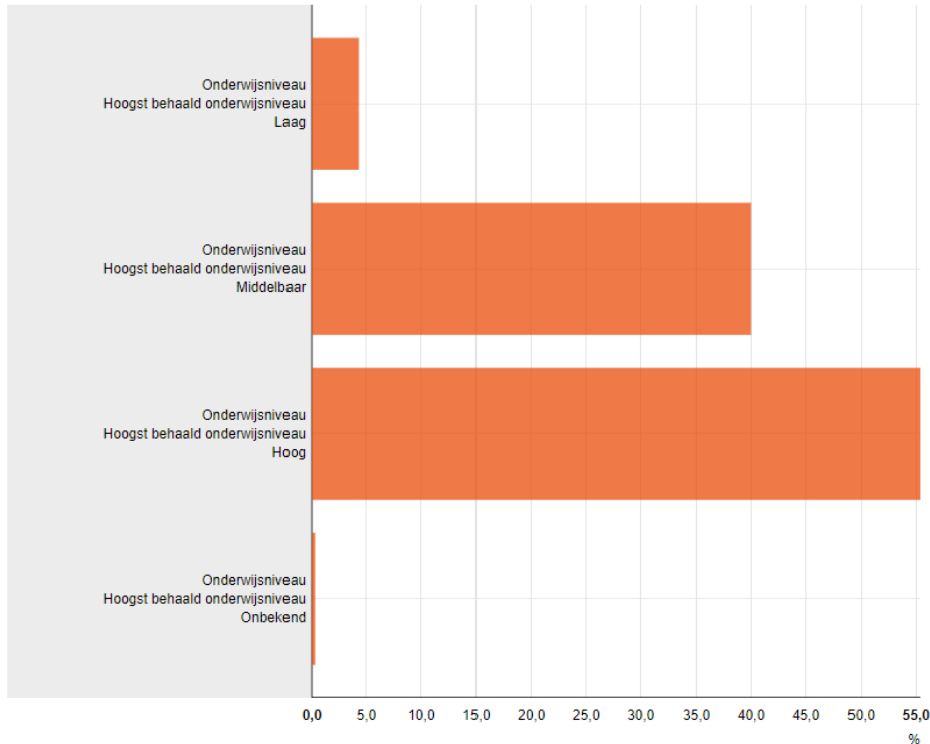
In de huisartsenzorg werken werknemers gemiddeld 26,5 uren per week (0,6fte). 96% is in dienst voor een vast aantal uren per week. 94% werkt (onder andere) op werktijden overdag. Ruim de helft werkt doordeweeks. Iets meer dan een kwart heeft te maken met avonddiensten of late diensten en 20% werkt in het weekend. Nachtdiensten komen voor bij 12%.



Werktijden, TNO Werkgeversenquête 2019

<sup>6</sup> CBS-AZW-Statline, cijfers 4<sup>e</sup> kwartaal 2020

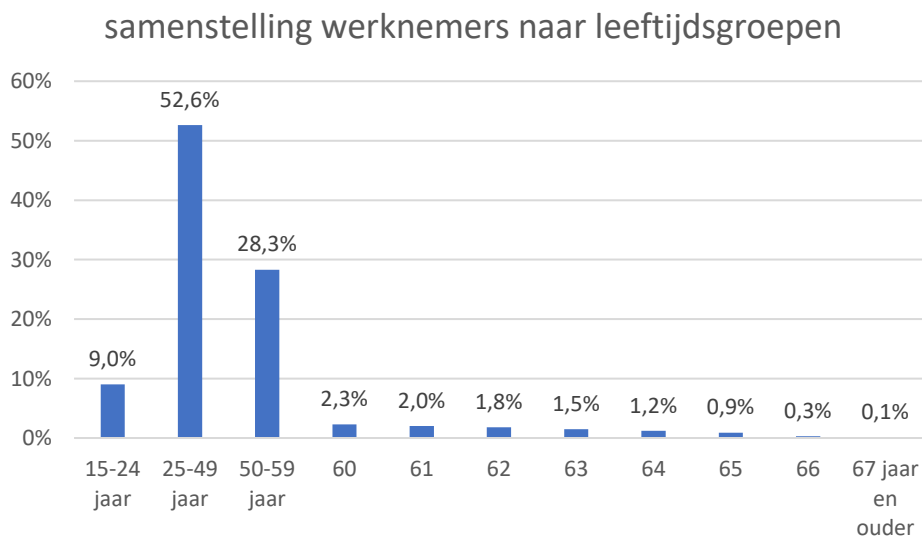
Het onderwijsniveau van medewerkers in de huisartsenzorg is relatief hoog. 4% van de medewerker heeft als hoogst behaald onderwijsniveau het basisonderwijs, vmbo, de eerste 3 leerjaren van de havo/vwo en de entreeopleiding of de voormalige assistentenopleiding (mbo 1). 40% heeft als hoogst behaald onderwijsniveau de bovenbouw havo/vwo of mbo niveau 2, 3, of 4. 55% van de medewerkers in de huisartsenzorg heeft als hoogst behaald onderwijsniveau hbo of wo.



Onderwijsniveau, AZW Statline, CBS

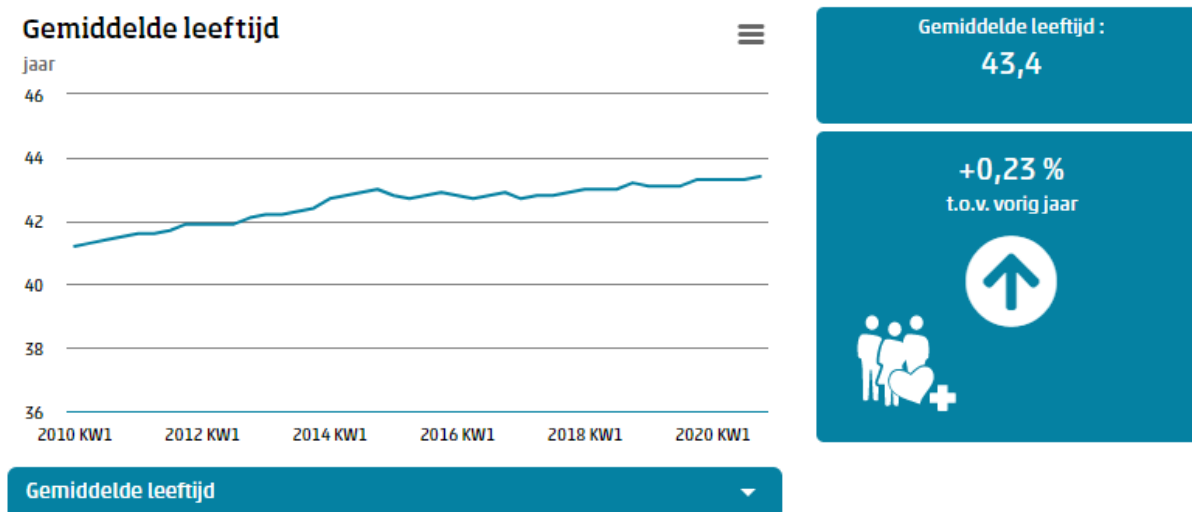
### Samenstelling werknemers naar leeftijdsgroepen

Onderstaand figuur geeft de samenstelling van werknemers weer in leeftijdsgroepen op basis van gegevens van het pensioenfonds Zorg en Welzijn (april 2021). Ruim 50% van de werknemers bevindt zich in de leeftijdscategorie 25 en 49 jaar. Er zijn in de huisartsenzorg veel meer vrouwen werkzaam (96%) dan mannen (4%).



Samenstelling werknemers naar leeftijdsgroepen, Pensioenfonds Zorg en Welzijn

De leeftijd van werknemers in de huisartsenzorg stijgt gestaag. In het vierde kwartaal van 2020 was de gemiddelde leeftijd 43,4 jaar.



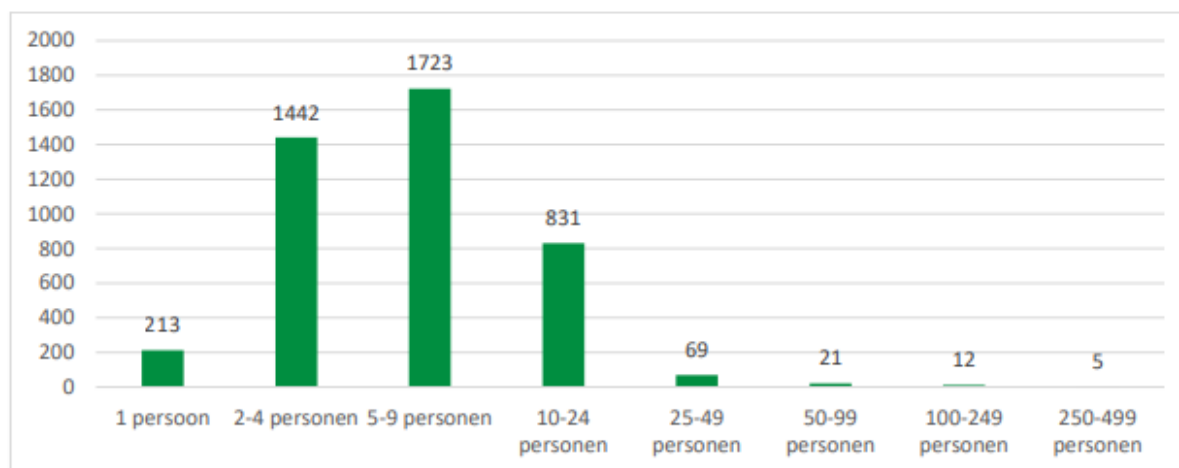
Bron: CBS - AZW-StatLine - Werknemers met een baan in de zorg en welzijn; persoonskenmerken, regio

### Aantal werknemers 63– 66 jr

Op basis van het totaal aantal van 33.000 medewerkers in loondienst vallen 1.287 medewerkers (3,9%) in de leeftijd van 63 - 66 jaar.

### Aandeel kleine ondernemingen

Onderstaand figuur toont de verdeling van werkzame personen van de 4.316 organisaties naar grootteklassen<sup>7</sup>. Bijna alle organisaties hebben een omvang kleiner dan 25 medewerkers (4.209, 98%). 88% van de werknemers is werkzaam in organisaties met minder dan 25 medewerkers.



Werkzame personen naar organisatieomvang, Pensioenfonds Zorg en Welzijn

<sup>7</sup> PFZW, sectoranalyses branches zorg en welzijn, april 2021



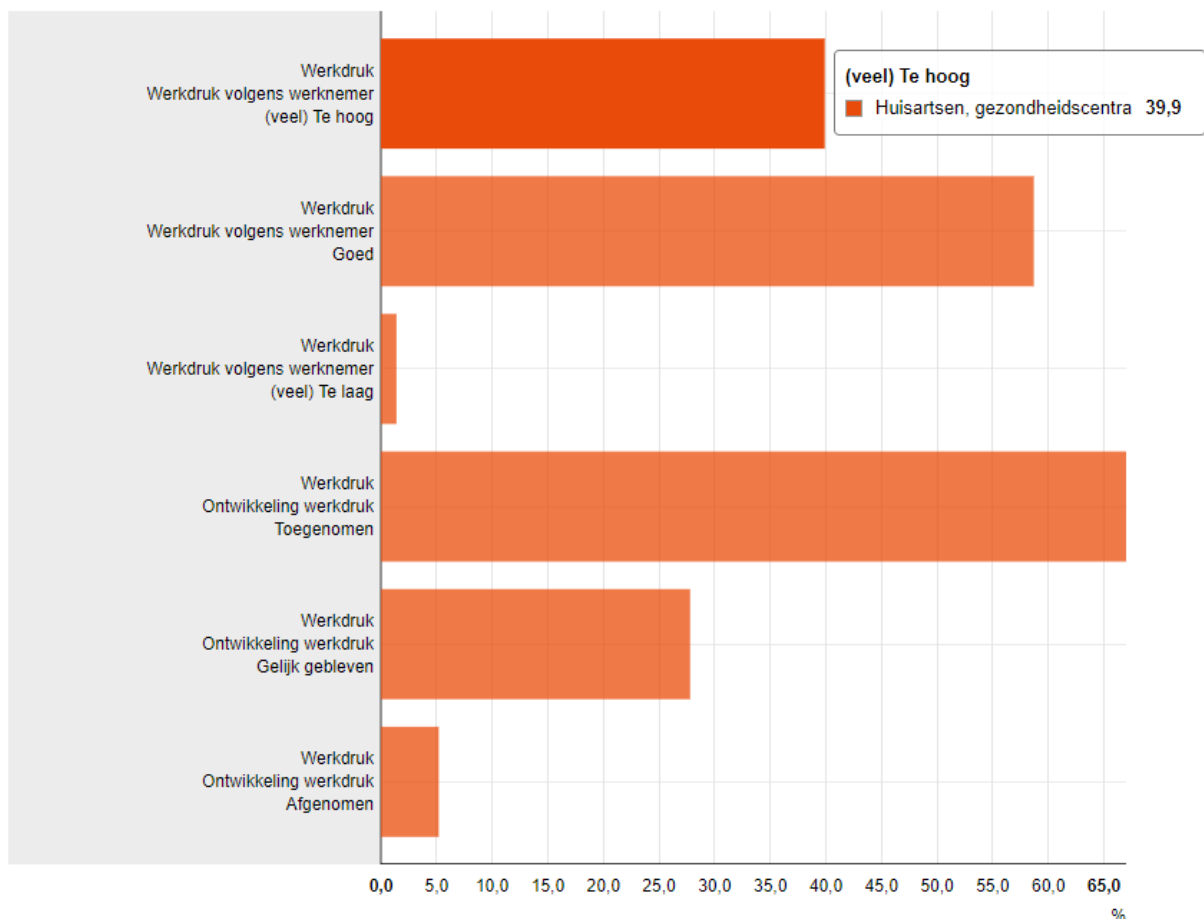
## Beschrijving van de problematiek m.b.t. duurzame inzetbaarheid en eerder uittreden

### De problematiek rond duurzame inzetbaarheid en zwaar werk

Medewerkers in de huisartsenzorg zijn over het algemeen tevreden met hun werk. Dit blijkt uit gegevens van SBS-AZW-Statline. In het vierde kwartaal van het jaar 2020 geeft 86% van de medewerkers aan (zeer) tevreden te zijn met hun werk. 95% van de medewerkers geeft aan dat hun werk inhoudelijk leuk is. 91% geeft aan dat hun werk erg zinvol is. 81% van de medewerkers geeft aan dat het werk afwisselend is. 96% van de medewerkers geeft aan gemakkelijk te kunnen voldoen aan de fysieke eisen van het werk. Er zijn echter een aantal specifieke onderwerpen met betrekking tot de psychosociale arbeidsbelasting met duurzame inzetbaarheidsproblematiek als gevolg.

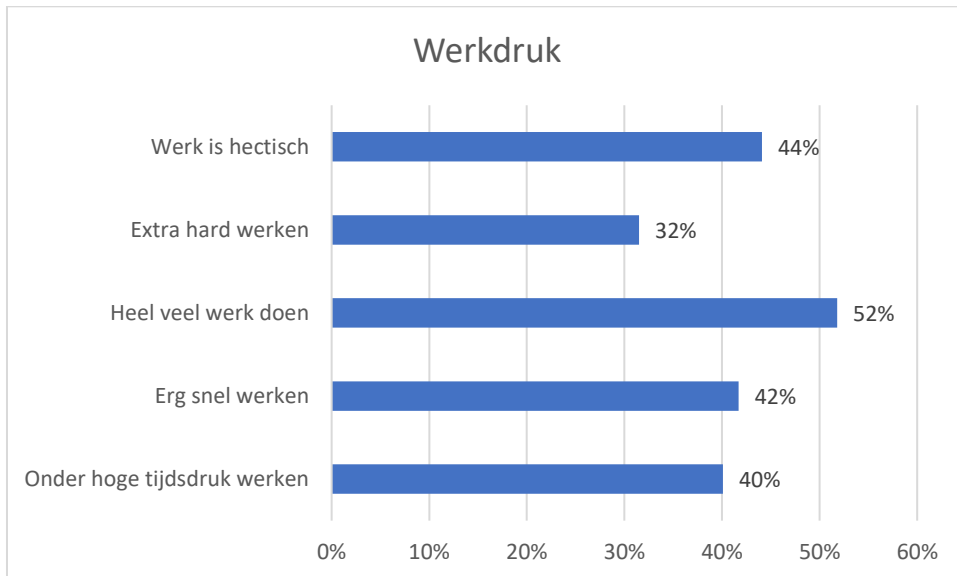
#### Werkdruk

De werkdruk in de huisartsenzorg is hoog. Uit gegevens van CBS AZW statline over het 4<sup>e</sup> kwartaal 2020 geeft bijna 40% van de werknemers aan dat de werkdruk (veel) te hoog is. Volgens 67% van de werknemers is de werkdruk toegenomen ten opzichte van 2019. De werkdruk in de twee voorgaande meetperioden laten zien dat de werkdruk ook voor Corona al zeer hoog was. In het 2<sup>e</sup> kwartaal 2019 gaf ruim 41% van de medewerkers aan dat de werkdruk (veel) te hoog was, in het 4<sup>e</sup> kwartaal 2019 was dit zelfs ruim 46%.



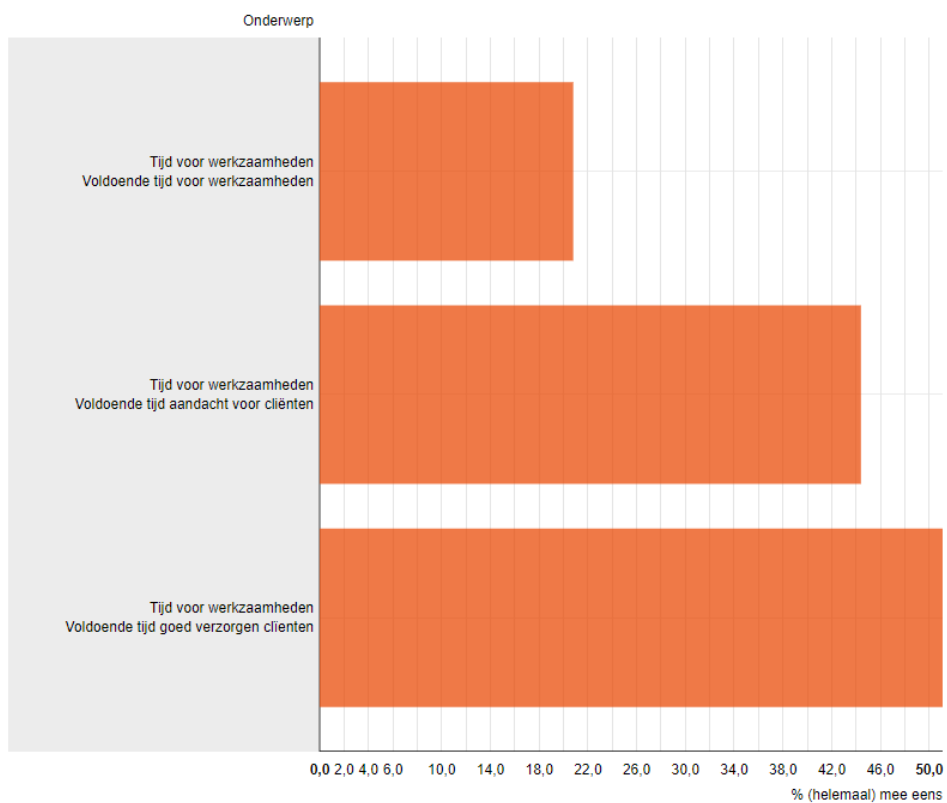
Ontwikkeling werkdruk, AZW Statline, CBS

Werknemers geven in het 4<sup>e</sup> kwartaal 2020 bij de werkdruk aan zij heel veel werk te doen hebben (52%), het werk hectisch is (44%), zij erg snel (42%), onder hoge tijdsdruk (40%) of extra hard moeten werken (32%).



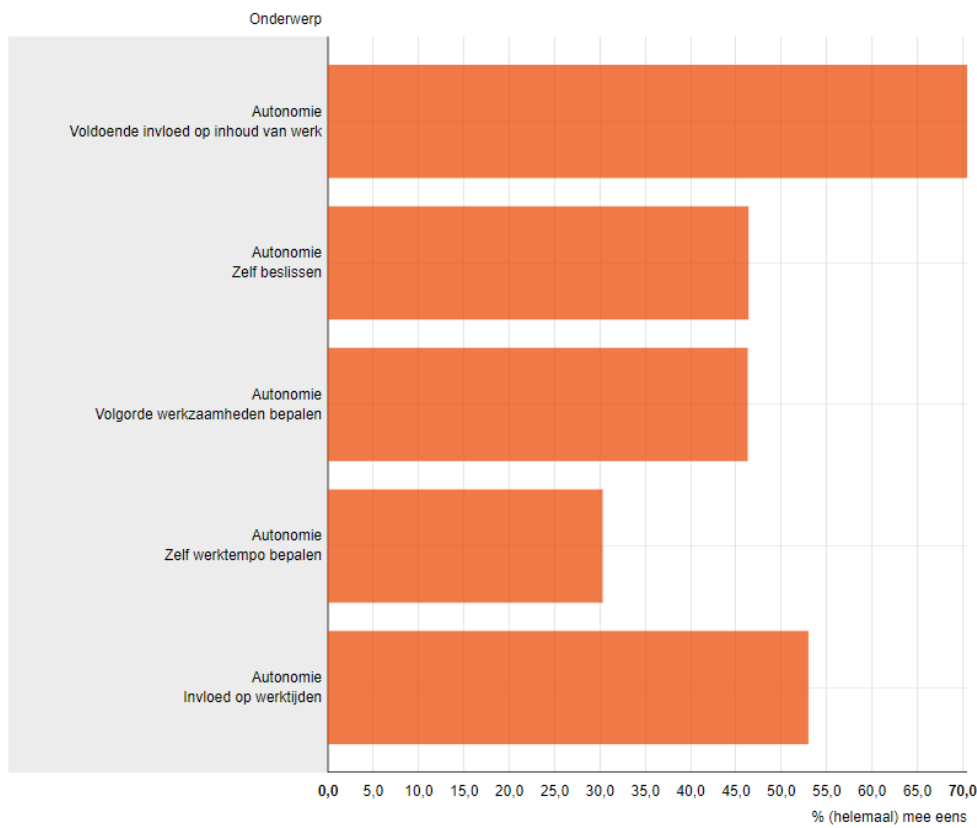
Redenen werkdruk, AZW Statline, CBS

Slechts 21% van de medewerkers geeft aan voldoende tijd te hebben voor de werkzaamheden.



Voldoende tijd voor werkzaamheden, AZW Statline, CBS

De autonomie om zelf het werktempo te kunnen bepalen ligt laag. 30% van de werknemers is het daar (helemaal) mee eens.



Autonomie, AZW Statline, CBS

### Gevolgen Corona in de huisartsenpraktijk

*De Coronapandemie zorgt voor toenemende druk op het zorgstelsel, zo ook op de huisartsenzorg. Nivel brengt in samenwerking met de Nederlandse Zorgautoriteit in de reeks publicaties 'Gevolgen Corona in de huisartsenpraktijk' in kaart wat de belasting is voor huisartsenpraktijken, welke ondersteuningsbehoefte er is, welke oplossingen worden gevonden en wat de verwachtingen zijn wat betreft uitgestelde zorg.*

*Door de coronapandemie waren er veel minder consulten in de huisartsenpraktijken. Bovendien zijn veel consulten vervangen door consulten op afstand. De meeste huisartsen en praktijkondersteuners hadden het daardoor rustiger, maar doktersassistenten hadden het juist vaak drukker. Na versoepeling van de coronamaatregelen heeft een meerderheid van de huisartspraktijken extra ondersteuning nodig voor vaccinaties en om aan de uitgestelde zorgvraag te voldoen. Dat is momenteel zeer actueel en zorgt voor extra werkdruk.*

# de Volkskrant

COLUMN

## Van pure ellende laten huisartsen hun vakantie schieten. Geen waarnemer te vinden



16 juni 2021

*Het is 9 uur in de ochtend als ik de eerste doktersassistent huilend aantref in de koffiekamer. Ze heeft net een man te woord gestaan die de datum voor de tweede prik wil vervroegen. 'De minister heeft gezegd dat het kan, dus regel het maar!' De doktersassistent probeerde uit te leggen dat de minister dit wel weer kon zeggen, maar dat de leveringsdatum van de vaccins al vaststaat en dat álles al is georganiseerd: de priklokatie geboekt, het (vervangend) personeel ingehuurd, de patiënten per brief uitgenodigd en in tijdsblokken ingedeeld. De man had er geen begrip voor, noch boodschap aan. Hij schold de doktersassistent uit en dreigde naar de praktijk te komen als hij niet vóór zijn vakantie de tweede prik kreeg.*

*Ook huisartsen en hun personeel kampen, net als veel andere zorgmedewerkers, met fysieke en mentale klachten na de afgelopen intensieve maanden. De combinatie van zorg aan covidpatiënten, de afschaling van zorg in de ziekenhuizen en het zwalkende, niet aan patiënten uit te leggen vaccinatiebeleid, heeft zijn tol geëist.*

*Helaas is agressie aan de telefoon en aan de balie in veel praktijken dagelijkse kost geworden. Vele duizenden telefoontjes ontvingen we van vragende, smekende, dwingende en woedende patiënten met vaccinatievragen en verzoeken. Plus vele verzoeken om vervroegd in het ziekenhuis aan de beurt te zijn. 'De huisarts moet maar even het ziekenhuis bellen zodat de wachtlijst kan worden omzeild.'*

*'Just keep swimming', zeiden we tegen elkaar. Nog even doorwerken, de laatste prikken zetten en dan kunnen we met vakantie.*



*Niet dus. Net als de horeca kampt de huisartsenzorg met personeelstekorten. Dat probleem bestaat al veel langer, maar deze zomer is er geen beschikbare doktersassistent of waarnemend huisarts te vinden. Dat geldt voor de krimpregio's, zoals Twente en Zeeland, maar ook in grote steden zoals Rotterdam, Amsterdam en Tilburg.*

*Veel zelfstandig zorgverleners, die voorheen graag doorwerkten in de zomermaanden, hebben ervoor gekozen vrij te nemen. Maar huisartspraktijken hebben ook te maken met uitstroom van personeel. Waarheen? Naar de vaccinatiestraten.*

*Vooraf doktersassistenten, en medisch studenten die al eerder werden ingezet om de structurele tekorten aan doktersassistenten op te vangen, zijn daar gaan werken. Ook een aantal (waarnemend) huisartsen zit liever twee of drie dagen per week kwartiertjes te klokken dan dat ze zich door overvolle spreekuren ploeteren. Ik snap het wel. Vaccinatiestraten bieden een prima salaris, overzichtelijk werk en, bovenal, een dankbaar publiek. Maar helaas betekent het nog minder beschikbaar personeel voor in de huisartspraktijken.*

*Een praktijkhoudend huisarts in Rotterdam heeft zijn zomervakantie van pure ellende laten schieten. Geen waarnemend huisarts te vinden. In augustus werkt hij zelfs een week zonder doktersassistent. In een praktijk met 6.000 patiënten. Een andere collega is enkele weken geleden bevallen maar dreigt alweer aan de slag te moeten omdat ze geen vervanging kan vinden. Dag baby. Dag verlof. Hallo burn-out?*

*Ik sprak een huisarts die het huilen nader stond dan het lachen bij het zien van de gaten in het zomerrooster. 'Ik kán niet meer, ik ben op', bracht ze uit, terwijl ze met haar vuist op tafel sloeg. Daarna haalde ze zuchtend haar schouders op: 'Dan halen we allemaal wel een week van de vakantie af. Het is niet anders.'*

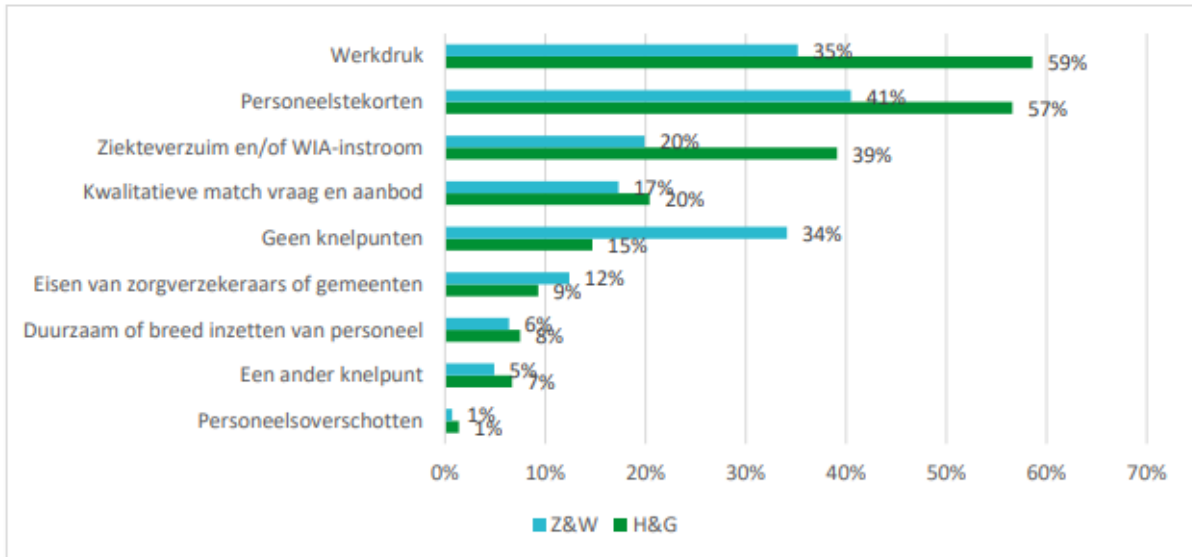
*En die houding kennen we van de loyale, plichtsgetrouwe, Nederlandse huisarts. Een hoog zelfoplossend, soms ronduit 'zelfwegcijferend' vermogen. Ze kunnen uitstekend klagen hoor, maar doen het uiteindelijk altijd: doorwerken. Want afschaling van zorg in de tweede lijn is jammer, afschaling van zorg in de eerste lijn is ondenkbaar. En toch is dat exact wat er zal gebeuren in de aankomende maanden als we daarover niet willen en kunnen nadenken.*

*We zullen samen met belangenbehartigers en zorgverzekeraars actief moeten zoeken naar mogelijkheden om de eerstelijnszorg draaiende te houden. Kunnen we de zorg deze zomer centraliseren door slechts een paar praktijken per regio open te houden? Kunnen we meer zorg op afstand bieden? Moeten we huisartsen tijdelijk uit de nachtzorg halen zodat zij overdag inzetbaar zijn?*

*Het zijn suboptimale oplossingen voor het langer bestaande, maar deze zomer bijzonder nijpende personeelstekort in de huisartsenzorg. Laten we huisartsen en hun personeel doorbuffelen tot de herfst (of zelfs de Kerst), dan is de kans groot dat zij langdurig gaan uitvallen. Met alle gevolgen van dien voor patiënten en de complete gezondheidszorg die staat en valt met beschikbare huisartsenzorg.*

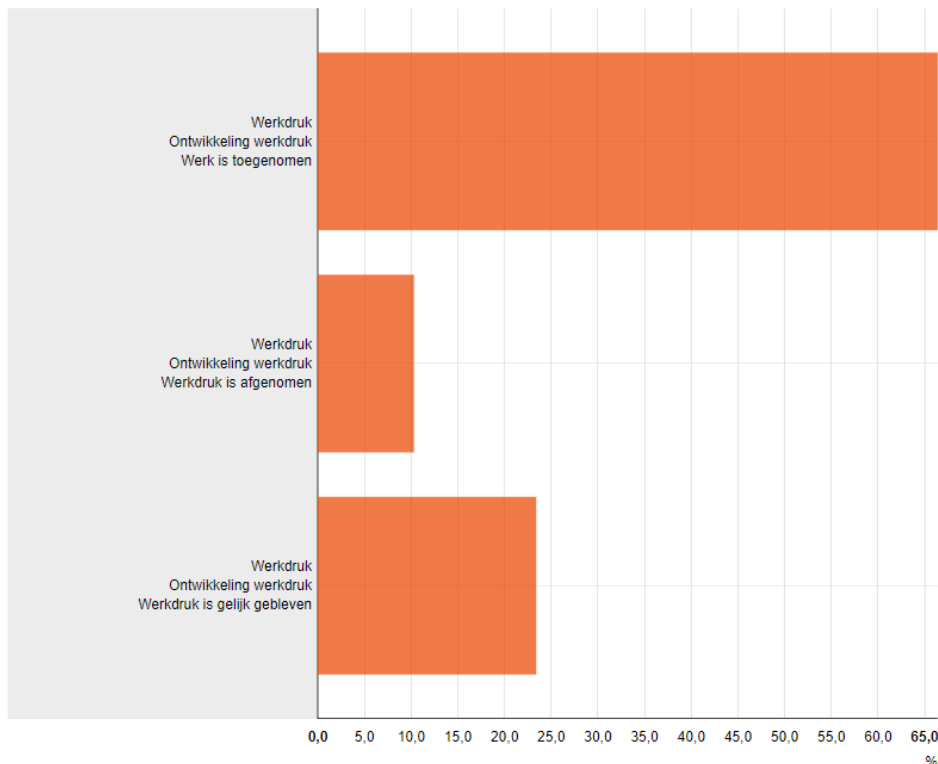
**Danka Stuijver** is huisarts

Ook werkgevers geven aan dat werkdruk het grootste knelpunt is. In de werkgevers enquête van 2019 is aandacht geschonken aan de knelpunten in het personeelsbeleid van organisaties. De knelpunten zijn geordend naar mate deze voorkomen in de huisartsenzorg (H&G in de grafiek. Z&W staat voor de gehele sector Zorg en Welzijn). Het meest genoemde knelpunt is de werkdruk (59%), op de voet gevolgd door personeelstekorten (57%). Ook wordt door veel organisaties verzuim en/of WIA-instroom als knelpunt genoemd (39%).



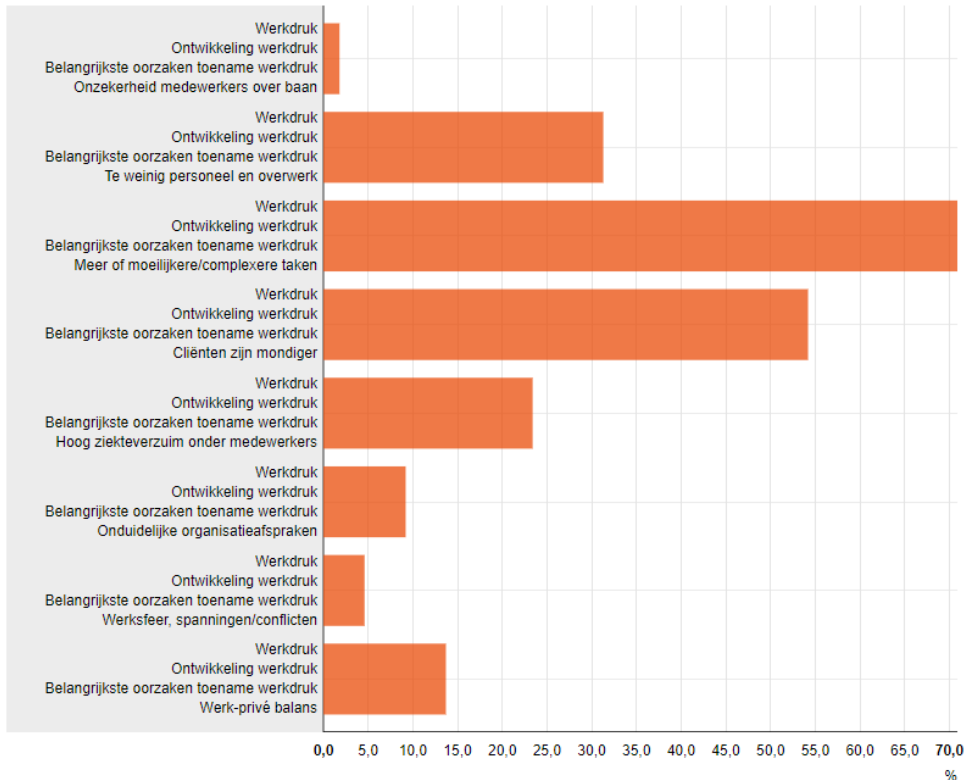
Knelpunten in personeelsbeleid, TNO Werkgeversenquête 2019

66% van de werkgevers geeft aan dat de werkdruk is toegenomen.



Ontwikkeling werkdruk, AZW Statline, CBS

Werkgevers geven aan dat de toename van de werkdruk met name veroorzaakt wordt door meer of moeilijke/complexere taken (71%), het mondiger worden van patiënten (54%), te weinig personeel en overwerk (31%), een hoog ziekteverzuim (23%) gevolgd door de werk-privé balans (14%). Niet zichtbaar in de grafiek is dat 65% van de werkgevers aangeeft dat de ontwikkeling van de werkdruk is toegenomen vanwege regeldruk en administratieve lasten.

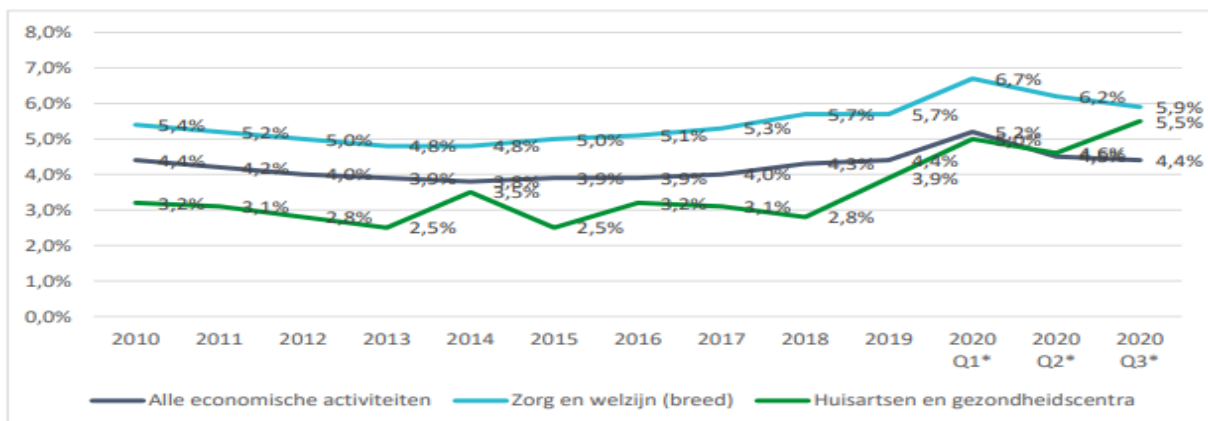


Belangrijkste oorzaken toename werkdruk, AZW Statline, CBS

### Werkgerelateerd verzuim, gevolg van werkdruk

Over de periode 2010 – 2020 lag het verzuim in de huisartsenzorg tot en met 2019 lager dan het Nederlands gemiddelde en fors lager dan het gemiddelde in de sector zorg en welzijn. In de huisartsenzorg zien we dat het recente verzuim net als in zorg en welzijn hoger is, mede als gevolg van de coronacrisis. In de laatste twee kwartalen lag het verzuim in de sector hoger dan het Nederlands gemiddelde, maar nog steeds lager dan gemiddeld in de zorg en welzijn. Vooral in Q3 van 2020 lag het verzuim hoog met 5,5% van de medewerkers. Het gemiddelde verzuim over 2020 is uitgekomen op 5,2%. In het eerste kwartaal van het jaar 2021 was het ziekteverzuim 5,4% (niet zichtbaar in grafiek).





Verzuimdata, AZW Statline, CBS

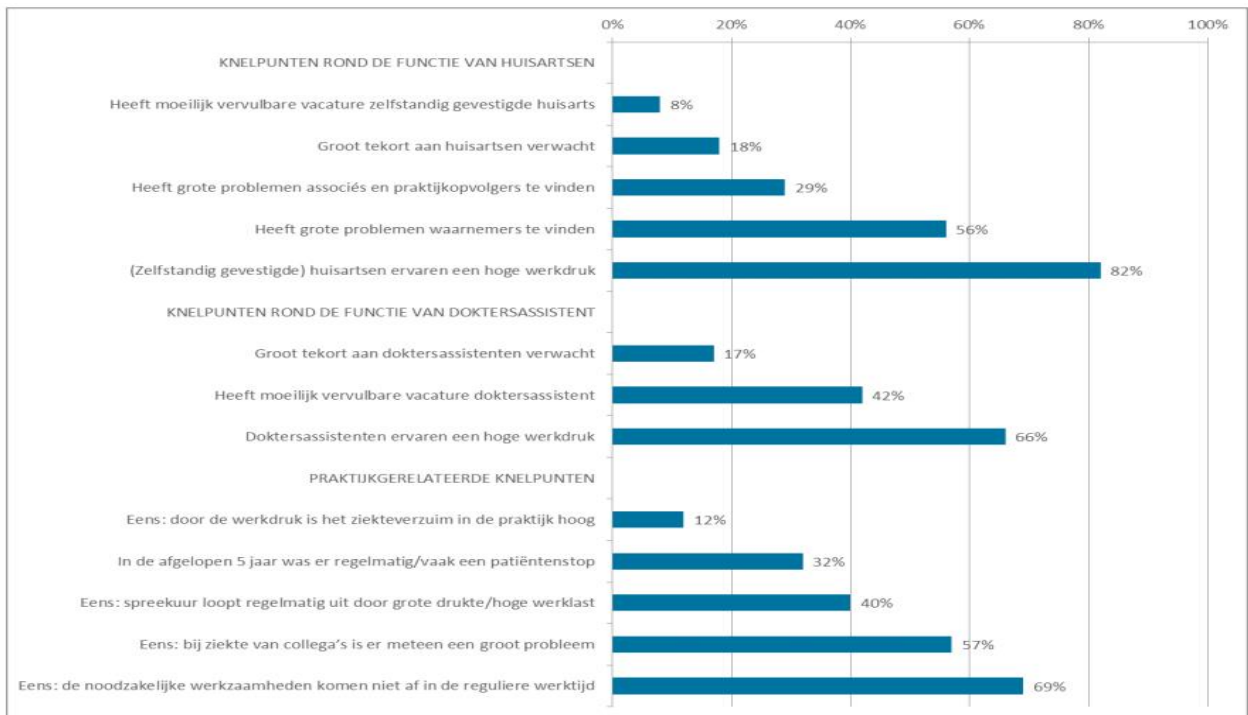
TNO heeft in 2019 een secundaire analyse gemaakt op basis van data uit de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA). In deze enquête zitten enkele vragen over oorzaken van verzuim die zijn uitgevraagd bij werknemers die aangaven dat zij hadden verzuimd. Hieruit komt naar voren dat 18% van de medewerkers in de huisartsenzorg die hadden verzuimd aangaven dat de oorzaak van het verzuim hoofdzakelijk of deels een gevolg was van het werk. Dit percentage ligt onder het Nederlands gemiddelde van werkgerelateerd verzuim (23%) en het werkgerelateerde verzuim in de brede sector zorg en welzijn (26%). Duidelijk te zien is dat werkdruk en werkstress met afstand de grootste oorzaak van werkgerelateerd verzuim in de huisartsenzorg is.



Oorzaken werkgerelateerd verzuim, Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden TNO

### Regionale knelpunten

De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg staat onder druk. Per regio verschillen de knelpunten rondom tekorten, werkdruk en vacatures. In een overkoepelend rapport van Nivel en Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg “De arbeidsmarkt van de huisartsenzorg in 28 regio’s van Nederland, 2019/2020” zijn 28 regionale factsheets opgenomen. Dertien arbeidsmarktknelpunten vormen aan het einde van elke factsheet een samenvatting van de ‘knelpunt-situatie’ in de regio. Deze indicatoren kunnen onderverdeeld worden in drie groepen: knelpunten rond de functie van de huisarts, knelpunten rond de functie van de doktersassistent en praktijkgerelateerde knelpunten. Ook hieruit blijkt dat werkdruk het grootste knelpunt is. Daarnaast is duidelijk dat er grote knelpunten zijn met betrekking tot het vervullen van vacatures.



Knelpunten rond de functie van huisartsen, Nivel en Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg

## Agressie

De laatste jaren is de status van de huisarts meer verschoven naar een gelijkwaardige gesprekspartner waardoor discussie tussen de arts en patiënt meer voorkomt. Doktersassistenten en praktijkondersteuners lijken minder 'gezag' te hebben waardoor de rol van ondersteunend personeel minder wordt geaccepteerd. Daarnaast leven we in een 24-uurs economie en een steeds mondigere maatschappij. Huisartsenzorg is beschikbaar op werkdagen tussen 8.00 uur – 17.00 uur en alleen voor spoed na deze tijden en in het weekend. 95% van de huisartsenzorg wordt overdag geleverd. 5% van de zorg wordt geleverd in de avond, nacht en weekend. Als de beschikbaarheid niet overeenkomt met de verwachting van de patiënt dan kan dit leiden tot agressieve situaties. Met name in het weekend kan de stress bij de patiënt oplopen. Uit onderzoek blijkt dat de reden om in de avond, nacht of weekend huisartsenzorg te vragen veelal ligt in ongerustheid. Dat niet iedere ongerustheid hoeft te leiden tot een doktersbezoek is lastig uitleggen. Als de patiënt het idee heeft dat het spoedeisend is, en de triagist oordeelt dat het kan wachten tot na het weekend, dan kan dit leiden tot onvrede en agressie. Mensen willen nú een afspraak. Daarnaast kunnen redenen voor agressie zijn als patiënten niet de behandeling krijgen die zij graag zouden willen, medicatie niet wordt verstrekt of van een andere leverancier is, als de cliënt niet kan doorstromen naar andere disciplines in de zorg door te hoge wachtlijsten. Er wordt dan van de huisarts en het huisartsteam verwacht dit te kunnen oplossen terwijl dit niet binnen de mogelijkheden ligt.

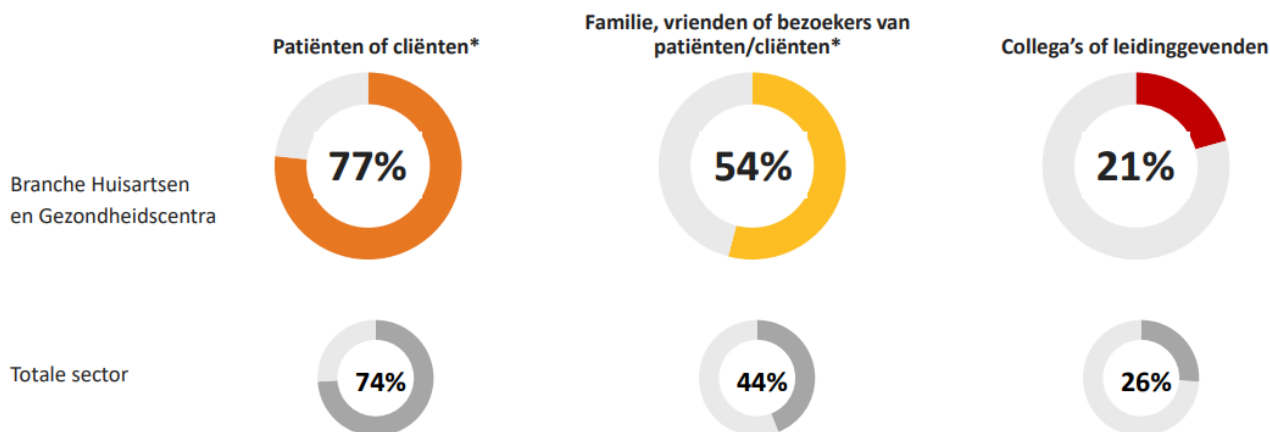
Medewerkers geven aan dat zij steeds meer te maken hebben met agressie. 70% van de medewerkers geeft aan de afgelopen 12 maanden te maken hebben gehad met agressie door cliënten (CSB-AZW-Statline, 4<sup>e</sup> kwartaal 2020). 33% van de medewerkers geeft aan dat de agressie is toegenomen. Verbale agressie is met afstand de meest voorkomende vorm van agressie en komt bij 64% van de medewerkers in de huisartsenzorg voor. 14% van de medewerkers geeft aan dat zij te maken hebben gehad met bedreiging/intimidatie. Discriminatie kwam voor bij 11% van de medewerkers. 9% van de medewerkers heeft te maken met fysieke agressie. Op de vraag aan werkgevers of medewerkers de afgelopen maanden te maken hebben gehad met agressie en geweld in hun werk antwoordt 48% van de werkgevers met 'ja'. De vraag aan werkgevers of zij het idee hebben dat de ernst van de agressie is toegenomen ten opzichte van vorig jaar wordt door 63% van de werkgevers bevestigend beantwoord.

De brancherapportage '[Agressie en ongewenst gedrag op de werkvloer](#)' gepubliceerd in maart 2021 van onderzoeksbureau Ipsos in opdracht van PGGM&CO en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, geeft het meest recente inzicht in agressie en ongewenst gedrag in de sector zorg en welzijn waaronder de huisartsenzorg. In totaal zijn 11.092 medewerkers over alle branches in zorg en welzijn (excl. kinderopvang) ondervraagd waaronder 436 medewerkers in de huisartsenzorg. Het doel van dit onderzoek is om in kaart te brengen in welke mate agressie en ongewenst gedrag op het werk voorkomt, hoe medewerkers hiermee omgaan en wat hun wensen en behoeften zijn voor ondersteuning op dit gebied. De resultaten geven inzicht in mogelijke aangrijpingspunten om agressie en ongewenst gedrag te voorkomen en medewerkers zo goed mogelijk op te vangen en te ondersteunen als ze hier toch mee in aanraking komen. De belangrijkste resultaten voor de huisartsenzorg worden getoond. Een aantal resultaten van de huisartsenzorg zijn ook afgezet tegen de resultaten van de totale sector zorg en welzijn.

Prevalentie en ondersteuningsbehoeften

## De meerderheid heeft te maken gehad met ongewenst of agressief gedrag op het werk

Afgelopen 12 maanden te maken gehad met agressie of ongewenst gedrag in contact met...



V1. Heb je de afgelopen 12 maanden persoonlijk te maken gehad met onderstaande zaken in je contact met patiënten of cliënten? Basis: contact met patiënten/cliënten

V5. Heb je de afgelopen 12 maanden persoonlijk te maken gehad met onderstaande zaken in je contact met familie, vrienden of bezoekers? Basis: contact met patiënten/cliënten

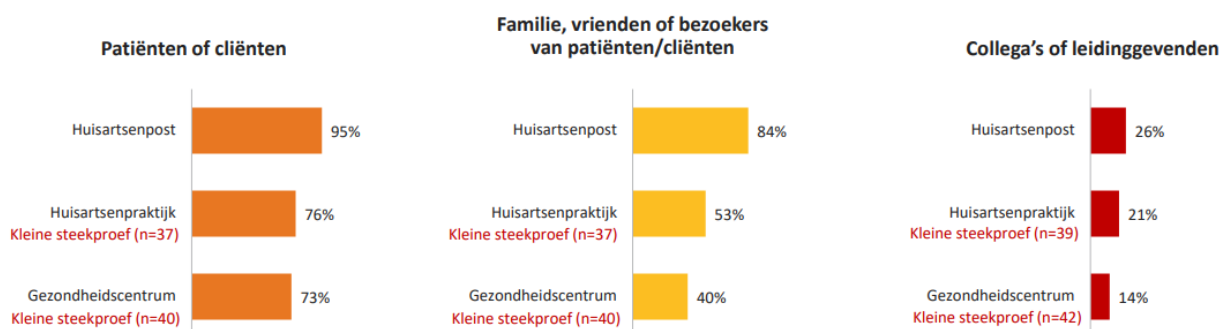
V8. Kun je aangeven of je de afgelopen 12 maanden persoonlijk te maken hebt gehad met onderstaande zaken in je contact met collega's of leidinggevenden? Basis: alle respondenten

Afgelopen 12 maanden te maken gehad met ongewenst of agressief gedrag, Ipsos

Prevalentie en ondersteuningsbehoeften

## Prevalentie agressie en ongewenst gedrag per subbranche

Afgelopen 12 maanden te maken gehad met agressie of ongewenst gedrag in contact met...



V1. Heb je de afgelopen 12 maanden persoonlijk te maken gehad met onderstaande zaken in je contact met patiënten of cliënten?

V5. Heb je de afgelopen 12 maanden persoonlijk te maken gehad met onderstaande zaken in je contact met familie, vrienden of bezoekers?

V8. Kun je aangeven of je de afgelopen 12 maanden persoonlijk te maken hebt gehad met onderstaande zaken in je contact met collega's of leidinggevenden?

Basis: contact met patiënten/cliënten, alle respondenten

© Ipsos 2021

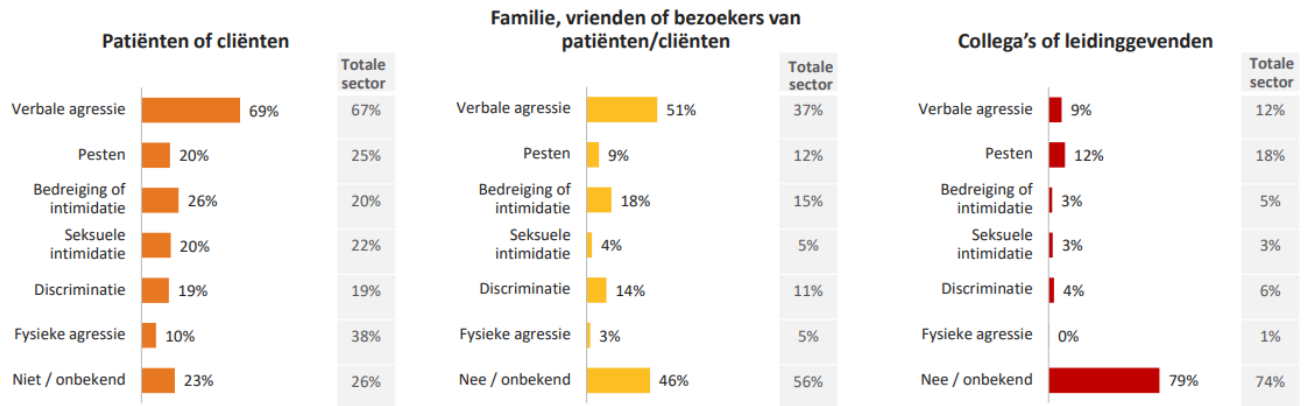
Agressie en ongewenst gedrag door patiënten/cliënten, bezoekers/familie, collega's/leidinggevenden, Ipsos



Prevalentie en ondersteuningsbehoeften

## Verbale agressie komt het meest voor

Afgelopen 12 maanden te maken gehad met agressie of ongewenst gedrag in contact met...

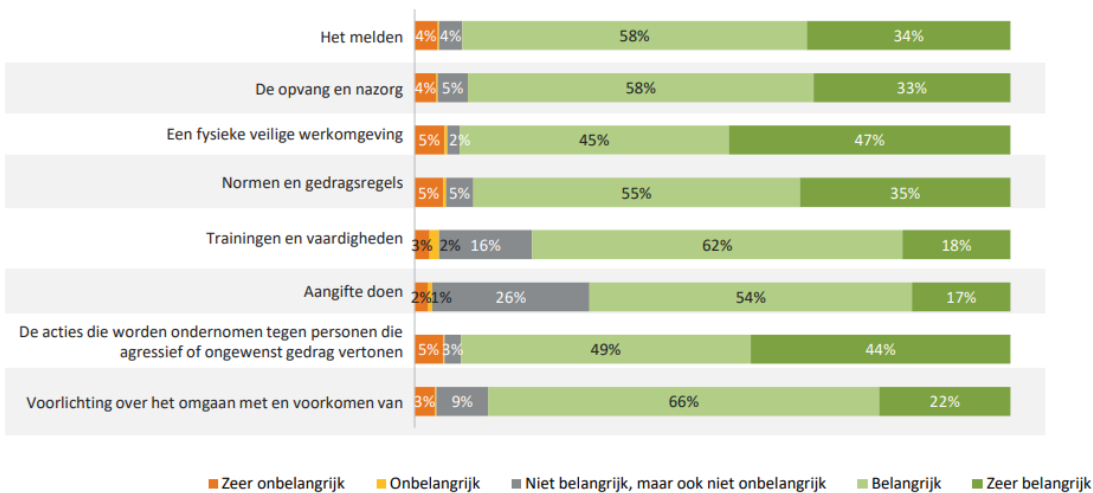


Vormen van agressie en ongewenst gedrag, Ipsos

Prevalentie en ondersteuningsbehoeften

## De belangrijkste zaken bij het aanpakken van agressie zijn een fysiek veilige werkomgeving en genomen acties

Belang dat zaken goed geregeld zijn

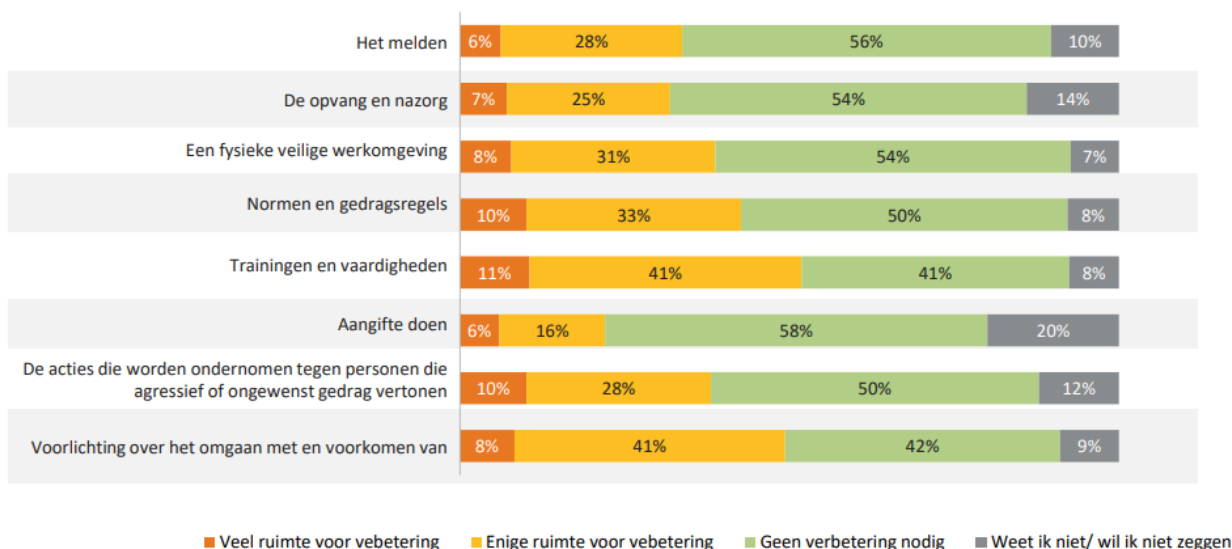


Belangrijkste zaken bij aanpakken van agressie, Ipsos

Prevalentie en ondersteuningsbehoeften

## De meeste ruimte voor verbetering ligt bij training en vaardigheden

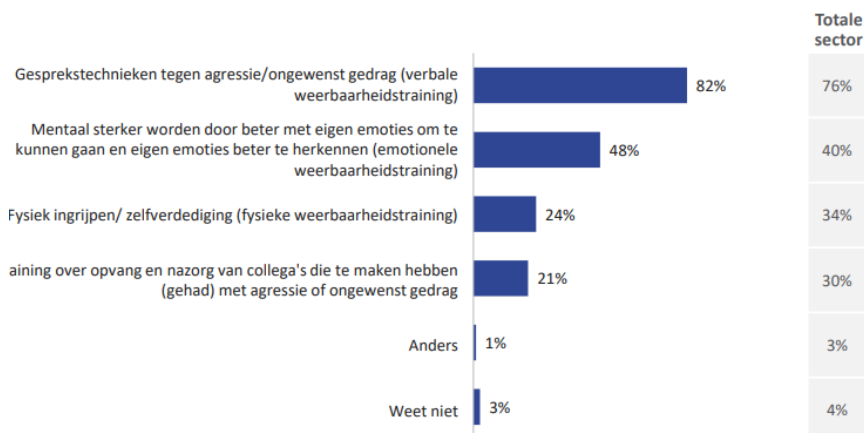
Ruimte voor verbetering binnen jou organisatie..



Meeste ruimte voor verbetering binnen de organisatie, Ipsos

## Er is de meeste behoefte aan training over gesprekstechnieken tegen agressie/ ongewenst gedrag

Interesse in training over..



Behoeftte aan voorzorgsmaatregelen tegen agressie en ongewenst gedrag, Ipsos

### *Beperkt loopbaanperspectief*

De huisartsenzorg is van oudsher een relatief behoudend en hiërarchisch waarin de huisarts (als werkgever) een bepalende rol heeft. Uit gegevens van CBS-AZW-Statline blijkt dat medewerkers gemiddeld 16,8 jaar werkzaam zijn in de huisartsenzorg en 8,2 jaar werkzaam voor een-en-dezelfde werkgever. 82,7% van de medewerkers geeft aan makkelijk een nieuwe baan/functie bij een andere werkgever te kunnen krijgen. Er zijn meer dan voldoende vacatures voor dezelfde beroepen maar dan bij een andere werkgever. In contrast hiermee geeft minder dan helft (46%) van de medewerkers aan makkelijk een nieuwe baan/functie bij de eigen werkgever te kunnen krijgen. Deze medewerker kunnen niet doorstromen bij hun eigen werkgever.

70% van de medewerkers geeft aan dat er ruimte is voor ontwikkeling op het werk. Iets minder dan de helft, 48% van de medewerkers, geeft echter aan dat er voldoende loopbaanperspectieven op het werk zijn. Dit wordt mede veroorzaakt door de drempels die de BIG-registraties opwerpen. In de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) staan beroepen met een beschermde titel waaronder de huisarts, verpleegkundige en physician assistant. De Wet BIG dient een belangrijk doel: het beschermen van de patiënt tegen ondeskundige zorgverleners. Registratie in het BIG-register is noodzakelijk om het beroep uit te mogen uitoefenen en handeling te mogen uitvoeren. Dit laat onverlet dat BIG registraties de doorgroei van medewerkers kunnen belemmeren. Indien medewerkers competent zijn om de handelingen uit te voeren, deze ambitie hebben maar geen BIG-registratie dan is dat niet toegestaan. Hiermee vormt de BIG-registratie een drempel voor meer loopbaanperspectief voor onder andere doktersassistenten en praktijkondersteuners zonder verpleegkundig diploma. Naast de BIG worden er door zorgverzekeraars in toenemende mate opleidingseisen gesteld aan medewerkers voor het mogen uitvoeren van behandelingen en de bekostiging. Ook deze eisen hebben gevolgen voor de brede en duurzame inzetbaarheid.

Voor de duurzame inzetbaarheid van werknemers in de huisartsenzorg is juist voldoende loopbaanperspectief noodzakelijk. Inzichtelijk loopbaanpaden kunnen medewerkers inspireren zich te ontwikkelen en de gewenste loopbaanstappen in de huisartsenzorg te zetten. Dit geldt zeker voor de nieuwe generatie medewerkers in de huisartsenzorg die ambities hebben en een duurzaam loopbaanperspectief en -pad willen volgen.

Dit blijkt ook heel duidelijk uit onderzoek onder (oud-)stagiaires in de huisartsenzorg uitgevoerd in 2020 in opdracht van Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSFH). 60% van de ondervraagde (oud-)stagiairs is op dit moment werkzaam in de huisartsenzorg. 25% van de (oud-)stagiairs is na afronding van de opleiding verder gaan studeren. Daarvan is 56% op dit moment niet meer werkzaam in de huisartsenzorg. 20% van de (oud-)stagiairs die door hebben gestudeerd verwachten over 5 jaar niet meer werkzaam te zijn in de huisartsenzorg en 40% weet het nog niet. Van de 40% die niet meer werkzaam is in de huisartsenzorg is 75% ook in de eerste 3 jaar na afronding van de opleiding niet werkzaam geweest in de huisartsenzorg. De belangrijkste reden om niet meer in de huisartsenzorg te werken zijn de beperkte doorgroeimogelijkheden (47%). Het ontbreken van doorgroeimogelijkheden en uitstroom als gevolg daarvan slaat ook terug op de andere werknemers aangezien dit zorgt voor een groter personeelstekort en bijkomende werkdruk.



### Stimuleren van zij-instroom

In de huisartsenzorg wordt het tekort het meest ervaren bij de doktersassistenten. Als eerste aanspreekpunt voor de patiënt, visitekaartje van de praktijk en vraagbaak en ondersteuning voor de huisarts is uitval onder assistenten onwenselijk. Verschillende partijen hebben de handen ineen geslagen om de instroom te stimuleren en starten een pilot met het aanbieden van een aangepaste BBL opleiding voor kansrijke zij-instromers voor de opleiding doktersassistent in de huisartsenpraktijk. De pilot is een uitwerking van de samenwerkingsafspraken tussen de Landelijke huisartsenvereniging (LHV), Stichting Sociaal fonds Huisartsenzorg (SSFH), UWV en de Vereniging van Doktersassistenten (NVDA). De pilot is gestart in de arbeidsmarktregio's Haaglanden en Zuid Holland Centraal waar ROC Mondriaan is aangesloten als samenwerkingspartner. Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSFH) heeft een stimuleringsregeling in het leven geroepen waarmee dergelijke pilots en trajecten kunnen worden uitgevoerd. Doel van deze regeling is om de instroom te vergroten door subsidie te verlenen aan innovatieve projecten die in de regio bijdragen om het tekort aan stageplekken aan te pakken. Denk hierbij aan het opzetten van een regionaal stagebureau, betere afstemming en samenwerking met opleidingsinstituten en het ontlasten van de werkgever door innovatieve stagevormen en stagebegeleiding. De financiële bijdrage bedraagt maximaal 50% van de projectkosten (met een maximum van € 25.000). In 2021 is een bedrag van € 165.000 beschikbaar.

### Welke groepen werkenden raakt dit in het bijzonder?

De geconstateerde problematiek met betrekking tot de duurzame inzetbaarheid is van toepassing op het volledige team. De huisarts zelf en de zelfstandig professionals (ZZP) in het team hebben te maken met werkdruk en agressie. Huisartsen met een eigen praktijk en personeel hebben daarbij te maken met de druk van het runnen van de praktijk.

### Wat wordt al gedaan aan duurzame inzetbaarheid in sector?

#### Maatregelen van organisaties tegen werkdruk

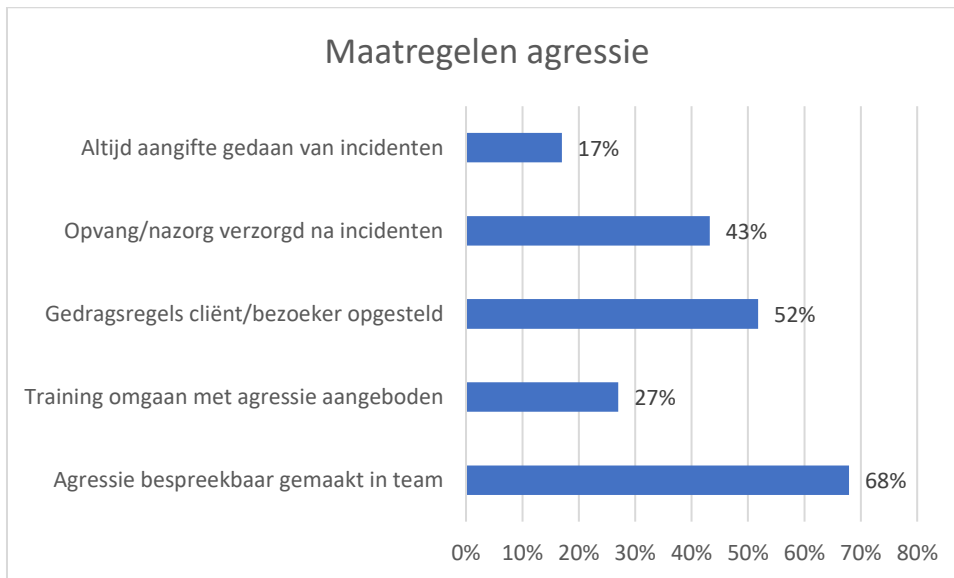
Werkgevers nemen maatregelen om de werkdruk te bestrijden. Uit gegevens van AZW Statline van het 4<sup>e</sup> kwartaal 2020 blijkt dat de meest genomen maatregelen om werkdruk te bestrijden het bespreekbaar maken van de werkdruk (57%), werkprocessen efficiënter vorm te geven (52%) en het aantrekken van extra personeel (47%) zijn.



Maatregelen tegen werkdruk, AZW Statline, CBS

### Maatregelen van organisaties tegen agressie

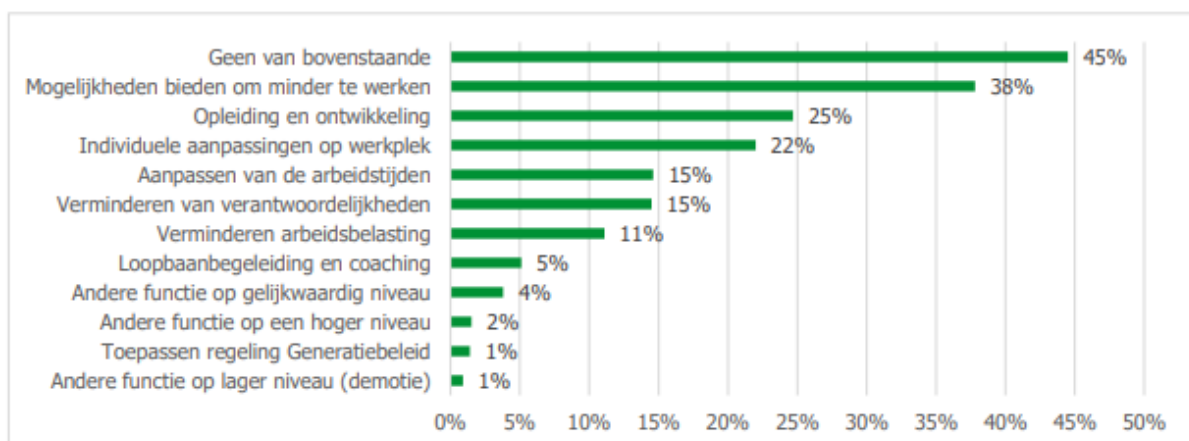
In de huisartsenzorg worden vooral maatregelen genomen door agressie en geweld bespreekbaar te maken in de teams (68%), door gedragsregels op te stellen voor bezoekers (52%) en nazorg te verlenen voor medewerkers (43%). In beperkte mate worden trainingen omgaan met agressie gegeven aan medewerkers (27%). In 17% van de organisaties wordt altijd aangifte gedaan van incidenten.



Maatregelen tegen agressie, AZW Statline, CBS

### Maatregelen van organisaties voor langer doorwerken

In de tweede meting van de TNO werkgeversenquête 2019 is een serie maatregelen voorgelegd aan respondenten met de vraag of deze werden toegepast om medewerkers in staat te stellen om langer door te werken. 45% van de deelnemende organisaties gaf aan geen van deze maatregelen in te zetten. In de huisartsenzorg wordt vooral gekozen om medewerkers de mogelijkheid te bieden om minder te werken (38%). Ook wordt gekozen voor opleiding en ontwikkeling (25%) en voor individuele aanpassingen op de werkplek (22%). Men kiest minder vaak voor aanpassing van de werktijden (15%).



Maatregelen langer doorwerken, TNO Werkgeversenquête 2019

### *Sectorale maatregelen*

Duurzame inzetbaarheid staat nog in de kinderschoenen. In het kader van [veilig werken](#) is het informatiepakket 'Over de grens' ontwikkeld. Dit informatiepakket helpt medewerkers in huisartsenpraktijken en huisartsenposten samen sterker te staan bij incidenten (onacceptabel gedrag van patiënten en hun familieleden). Het is ontwikkeld op initiatief van Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg en uitgewerkt in samenwerking met medewerkers uit diverse huisartsenpraktijken en -posten.

Bij het afsluiten van de cao huisartsenzorg 2017-2019 hebben sociale partners afgesproken om met een gezamenlijke werkgroep invulling te gaan geven aan duurzame inzetbaarheid van werknemers. In de notitie 'Fluitend naar het werk, ook in de toekomst' heeft de werkgroep een eerste schets gegeven van de aard en inhoud van het begrip duurzame inzetbaarheid, van het belang, de urgentie en de wijze waarop het voor de huisartsenzorg handen en voeten kan krijgen. Duurzame inzetbaarheid zoals dat in 'Fluitend naar het werk, ook in de toekomst' is neergezet is zeer veelomvattend. Het omvat aspecten als arbeidsmarkt en mobiliteit, professionalisering en loopbaan, gezondheid en vitaliteit. Het is daardoor per definitie relevant voor werkgevers en werknemers. Maar het overkoepelende, brede begrip 'duurzame inzetbaarheid' als zodanig staat ver af van de meeste werkgevers en werknemers.

In 2018 is een plan van aanpak 'Duurzame Inzetbaarheid' gemaakt om verdere invulling te geven aan de afspraak van cao-partijen bij de cao huisartsenzorg 2017-2019. De kernvraag was: 'hoe zorgen we voor voldoende werknemers die hun vakbekwaamheid en vaardigheden blijven ontwikkelen en die gezond en met plezier naar het werk blijven gaan?' Vanuit dit plan van aanpak werd een driejarig programma met vijf hoofddomeinen onderscheiden.

- **De praktijk op de werkvloer:** bewustwording op gang brengen, voorzien in praktische handvatten, relevante scholingsmogelijkheden, goede voorbeelden en werkbaar instrumentarium, goed weten wat de branche de komende jaren nodig heeft op het gebied van vakbekwaamheid en ontwikkelingspotentieel.
- **De ondersteuning voor werkgevers en werknemers:** ontwikkelen van praktische handvatten voor gebruik in de regio, professionele ondersteuning in de regio, regionale opleidingsstructuur en stagevoorziening, doorstroom faciliteren via regionale organisaties.
- **De instroomkant:** verbeteren van opleidingen, verbeteren arbeidsmarktimage, 'deltaplan stages'.
- **De doorstroomkant:** loopbaanmogelijkheden sectorbreed onderzoeken en ontwikkelen, (bij)scholing, (her)registratie, competentiegericht belonen.
- **De cao als gemeenschappelijk kader:** meer ruimte voor lokale invulling.

Bij dit alles was het proces wellicht nog wel belangrijker dan de inhoud. Het is vooral van belang dat de werkvloer in beweging komt. Daarvoor is het nodig dat werknemers en werkgevers nauw betrokken werden.

Een groot aantal activiteiten binnen dit programma zijn inmiddels gerealiseerd. Een greep hieruit:

- naam en beeldmerk '[Goed voor elkaar](#)'
- serie online interviews 'In gesprek'
- gesprekskaart 'Het goede gesprek'
- gesprekskaart 'Werkdruk' en webinar voor werkgevers
- diverse artikelen over 'Goed voor elkaar activiteiten', o.a. in De Eerstelijns en eigen periodieken



- verwijzing naar het programma 'Goed voor elkaar' in de cao-app
- webinars leefstijl en mentaal fit
- arbeidsmarktcampagne '[Mijnbaanindepraktijk](#)' ter bevordering van nieuwe instroom en doorstroom van medewerkers.

Uit evaluatie over de realisatie blijkt dat de activiteiten nog niet volledig uit de verf zijn gekomen. Geconstateerd wordt onder andere:

- minder frequentie van communicatie met werkgevers en werknemers;
- minder sessies gericht op bewustwording;
- minder tools voor op de werkvloer.

Zonder harde cijfers over de mate waarin werkgevers en werknemers zijn bereikt, is de conclusie dat de impact minder hoog is dan de verwachting en hoop bij aanvang.

#### *SSFH Beleidsplan 2021 – 2025*

In het beleidsplan 2021-2025 van de Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg zijn een viertal speerpunten benoemd (stages, duurzame inzetbaarheid, opleiden en digitaliseren) met als doel: gegarandeerd voldoende gekwalificeerd personeel in een gezond en veilig werkklimaat, nu en in de toekomst. Voor het speerpunt duurzame inzetbaarheid worden een drietal activiteiten benoemd.

#### **Voortzetting programma Goed voor elkaar 2021**

De focus van 'Goed voor elkaar' ligt op het gesprek aangaan en onderwerpen rondom duurzame inzetbaarheid bespreekbaar te maken. Succesverhalen worden gedeeld zodat ook andere praktijken en gezondheidscentra hiervan kunnen leren. De komende jaren is het tijd om hier een slag in te slaan om écht het verschil te kunnen maken. Dit kan door het programma 'Goed voor elkaar' uit te breiden. Het programma bestaat nu vooral uit online tips (video's) en gesprekskaarten. Op de website van SSFH wordt de belofte gedaan dit verder aan te vullen met meer tips en tools.

Om duurzame inzetbaarheid meer handen en voeten te geven wordt voorgesteld om de informatie op de website te ondersteunen met interventies die binnen de huisartsenzorg bijna letterlijk worden gebracht. Het is van belang om praktische interventies uit te gaan voeren in de praktijk en deze te monitoren en evalueren of het gewenste effect wordt bereikt. De huisartsenzorg is voornemens om een 3-tal interventies uit te testen.

##### *1. Duurzame inzetbaarheidsscan*

Een duurzame-inzetbaarheidsscan is een gangbaar, laagdrempelig instrument dat het werkvermogen, de vitaliteit en de inzetbaarheid in de huidige arbeidsmarkt toetst. De scan wordt gecombineerd met een adviesgesprek.

##### *2. Pilot Loopbaanontwikkeling*

In deze pilot worden medewerkers binnen de huisartsenzorg uitgenodigd in dialoog te gaan met een professionele loopbaancoach. Het doel van de pilot is om informatie te verzamelen over het loopbaanperspectief en -ontwikkeling in de huisartsenzorg. Met de resultaten van de pilot kan het sociaal fonds bekijken op welke aspecten van loopbaanontwikkeling in de toekomst ingezet kan worden.

### 3. *Pilot gezonde werk-privé balans*

Maatregelen die bijdragen aan een gezonde balans zijn nodig om werkdruk te verlagen en medewerkers de gelegenheid te geven werk en privé goed met elkaar te combineren zodat zij dit lang kunnen volhouden.

### Op welke manier kunnen extra investeringen in duurzame inzetbaarheid bijdragen aan oplossingen voor de beschreven problematiek?

Het is noodzakelijk dat er extra investeringen worden gedaan om de duurzame inzetbaarheid van werkenden in de huisartsenzorg te vergroten. De problematiek met betrekking tot de duurzame inzetbaarheid van werknemers, huisartsen en zelfstandig werkenden professionals concentreert zich op een drietal onderwerpen.

1. Werkdruk
2. Agressie
3. Loopbaanperspectief

Daarbij speelt de grote vraag naar arbeid en instroombehoefte een grote rol. Hoe groter het personeelstekort, hoe groter de werkdruk voor de huidige werkenden in de huisartsenzorg.

Communicatie is cruciaal om werkgevers en werkenden te informeren, het bewustzijn te vergroten en te stimuleren gebruikt te maken van effectieve interventies die de duurzame inzetbaarheid van werkenden in de huisartsenzorg vergroten. Extra investeringen hiervoor zijn nodig.

De werkdruk is een groot knelpunt met betrekking tot de duurzame inzetbaarheid. Dit ondanks de huidige maatregelen en interventies. Extra investeringen zijn nodig om de problematiek van de werkdruk aan te pakken en terug te dringen.

Er zijn extra investeringen nodig om de agressie in de huisartsenzorg te beteugelen. Effectieve maatregelen moeten worden getroffen en interventies inzet om agressie terug te dringen en organisaties en de werkenden de juiste tools te bieden hier mee om te gaan.

Voor de duurzame inzetbaarheid van werknemers in de huisartsenzorg zijn extra investeringen nodig voor het bieden van loopbaanperspectief met inzichtelijk loopbaanpaden. Door deze investeringen kunnen medewerkers geïnspireerd worden de gewenste loopbaanstappen in de huisartsenzorg te zetten en zo duurzaam inzetbaar te zijn in de sector.

Op basis van de problematiek zijn extra investeringen in duurzame inzetbaarheid nodig die vallen binnen onderstaande MDIEU thema's:

A) Gezond veilig en vitaal werk bevorderen

D) De bewustwording bij werkenden bevorderen, zowel van DI als van de eigen regie op de loopbaan

In het MDIEU activiteitenplan dat naar verwachting wordt ingediend in het tijdvak van februari 2022 zullen de activiteiten concreet worden uitgewerkt.

## Op welke manier kunnen extra investeringen in eerder stoppen met werken bijdragen aan oplossingen voor de beschreven problematiek?


Extra investeringen in eerder stoppen met werken dragen niet bij aan oplossingen met betrekking tot de beschreven problematiek. Eerder stoppen met werken is niet wenselijk in de huisartsenzorg. Al het beschikbare gekwalificeerde arbeidspotentieel is nodig om de zorg te kunnen bieden waar iedereen recht op heeft. Het eerder uittreden leidt tot een afname van het beschikbare aanbod en heeft een werkdruk verhogend effect op zittende medewerkers. Van belang is om extra te investeren in nieuwe instroom en de duurzame inzetbaarheid van de huidige werkenden in de huisartsenzorg.

## Ondertekening door de hoofdaanvrager

**Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg**, gevestigd te Tilburg, zijnde een sociaal fonds, hierna te noemen Hoofdaanvrager, geregistreerd bij de Kamer van Koophandel onder KvK-nummer 56423535.

Plaats en datum: 26 juli 2021, Tilburg

Naam vertegenwoordiger: P. Portengen (voorzitter)  
Handtekening

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'P. Portengen', is enclosed within a rectangular box. The signature is written in a cursive style with a large initial 'P'.