

Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken: spreiding, oorzaken en oplossingen

Art van Schaaik, Sophie Aapkes, Lisa Jansen, Linda Flinterman, Anne Brabers, Ronald Batenburg

De huisartsenzorg is een cruciaal onderdeel van het Nederlandse zorgstelsel en speelt een belangrijke rol in de toegankelijkheid van zorg. In de praktijk kan deze toegankelijkheid echter onder druk komen te staan, bijvoorbeeld wanneer huisartsenpraktijken tijdelijk geen nieuwe patiënten kunnen inschrijven. Deze zogenoemde patiëntenstops kunnen ontstaan door uiteenlopende factoren. Om een actueel beeld te krijgen van de situatie rond patiëntenstops, zijn gegevens verzameld over het voorkomen, de duur en de spreiding ervan bij huisartsenpraktijken in Nederland. Deze factsheet biedt een overzicht van de belangrijkste cijfers en trends, met aanvullende informatie over de redenen achter patiëntenstops.

Methoden

Voor dit onderzoek zijn twee methoden gebruikt die elkaar aanvullen en versterken. Door middel van verschillende icoontjes geven we in deze rapportage aan op basis van welke methodiek de resultaten zijn verkregen. In een aanvullend rapport (van Schaaik et al., 2025) worden achtergrond, specificaties van de methoden en verdere resultaten nader beschreven.



Nivel praktijkenquête

In de Nivel praktijkenquête zijn vragen gesteld aan praktijkhoudende huisartsen/ praktijkmanagers over patiëntenstops. Deze vragen zijn door ruim 550 praktijken beantwoord (14%) in de periode van oktober t/m december.



Webmonitoring methodiek

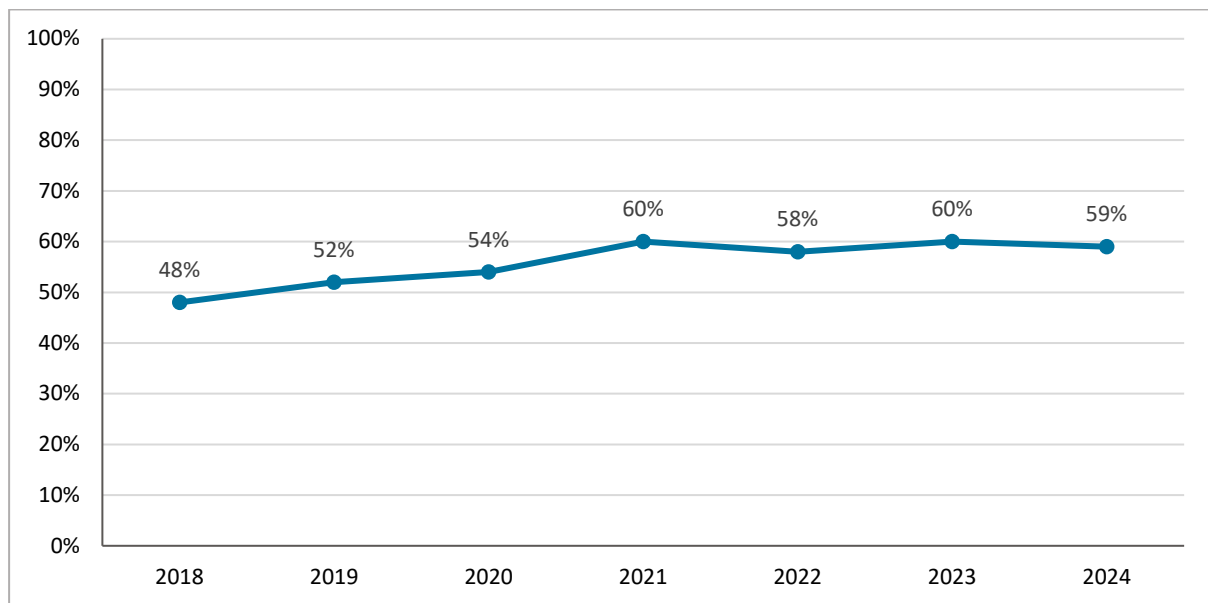
Er is een webmonitoring methodiek ontwikkeld waarmee semi-geautomatiseerd van mei tot en met december 2024 maandelijks op de websites van zo'n 4.800 huisartsenpraktijken is nagegaan welke patiëntenstop-informatie daarop vermeld stond.

Inzicht in de cijfers en trends rondom patiëntenstops in de huisartsenzorg

Vanaf 2018 meet de jaarlijkse Nivel praktijkenquête het voorkomen van patiëntenstops in huisartsenpraktijken in Nederland. Het percentage huisartsenpraktijken met een patiëntenstop steeg licht en stabiliseerde vanaf 2021 rond de 60%. Hierbij moet rekening worden gehouden met een wijziging in de meetmethode: van 2018 tot en met 2021 werd gevraagd naar de situatie in 'de afgelopen 5 jaar', terwijl vanaf 2022 wordt gevraagd naar 'het afgelopen jaar'. In het najaar van 2024 gaf 59% van de praktijken aan een patiëntenstop te hebben gehad in het afgelopen jaar.



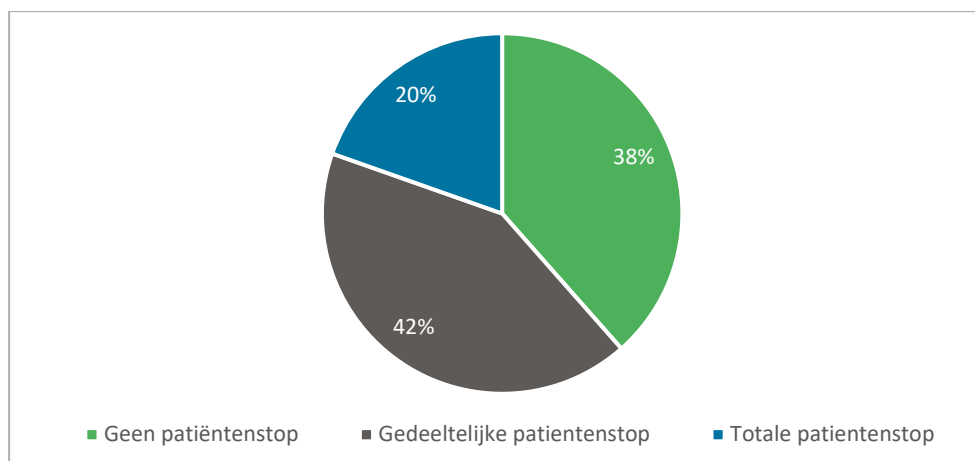
Figuur 1 *Trend in patiëntenstops van 2018 – 2021: wel een patiëntenstop in de afgelopen 5 jaar; 2022 - 2024: wel een patiëntenstop in het afgelopen jaar*



Bij een verdieping van de cijfers gaf 20% van de praktijken aan op dat moment een volledige patiëntenstop te hebben (helemaal geen nieuwe patiënten aannemen) en 42% een gedeeltelijke patiëntenstop (alleen bepaalde groepen aannemen). Binnen de groep met een gedeeltelijke stop accepteerde 81% nieuwe gezinsleden van ingeschreven patiënten, 64% nieuwe bewoners in het verzorgingsgebied zonder huisarts, en 9% alle patiënten die niet ingeschreven staan bij een huisarts. De gemiddelde duur van een patiëntenstop in 2024 was 31,2 weken (7,2 maanden), met een spreiding van 17,9 weken. Ruim een kwart (27,8%) van de praktijken gaf aan het hele jaar (gedeeltelijk) gesloten te zijn geweest voor nieuwe inschrijvingen.



Figuur 2 *Percentage praktijken dat op het moment van invullen (oktober - december 2024) een volledige, gedeeltelijke of geen patiëntenstop had (n=556)*



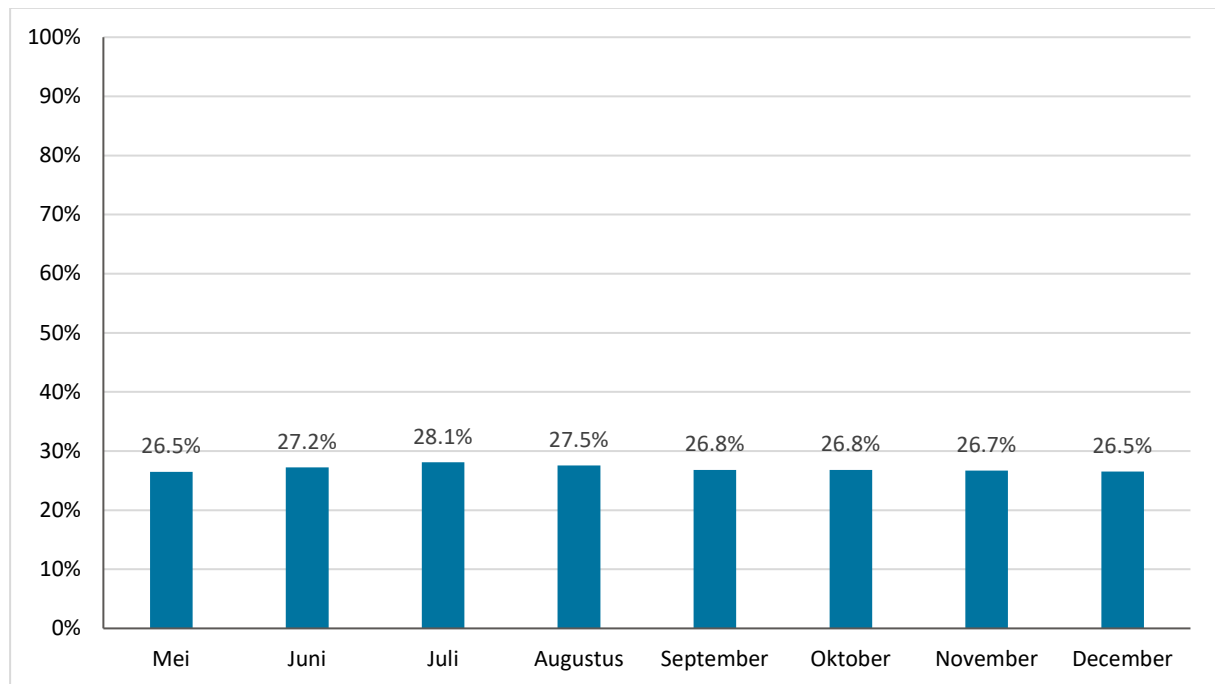
Patiëntenstops vermeld op websites van huisartsenpraktijken

Vanaf mei 2024 is met een web-monitoringmethode maandelijks informatie verzameld over (gedeeltelijke) patiëntenstops die op websites van huisartsenpraktijken vermeld stonden. In december 2024 vermeldde 26,5% van de gemonitorde praktijken een patiëntenstop op hun website, een percentage dat gemiddeld stabiel bleef op 27% gedurende de tweede helft van 2024, met een

lichte piek in de zomermaanden. Dit percentage ligt aanzienlijk lager dan de 62% praktijken die in de jaarlijkse enquête aangaven een volledige of gedeeltelijke patiëntenstop te hanteren. Mogelijke verklaringen zijn dat niet alle praktijken hun patiëntenstop op de website vermelden, alleen een volledige stop vermelden, of dat definities van patiëntenstops verschillen. Deze bevindingen benadrukken het belang van meerdere meetmethoden om een compleet beeld te krijgen van patiëntenstops in Nederland.



Figuur 3 *Percentage van de beoordeelde Nederlandse huisartsenpraktijken waarbij op de website een (gedeeltelijke) patiëntenstop wordt vermeld, weergegeven per maand in 2024*



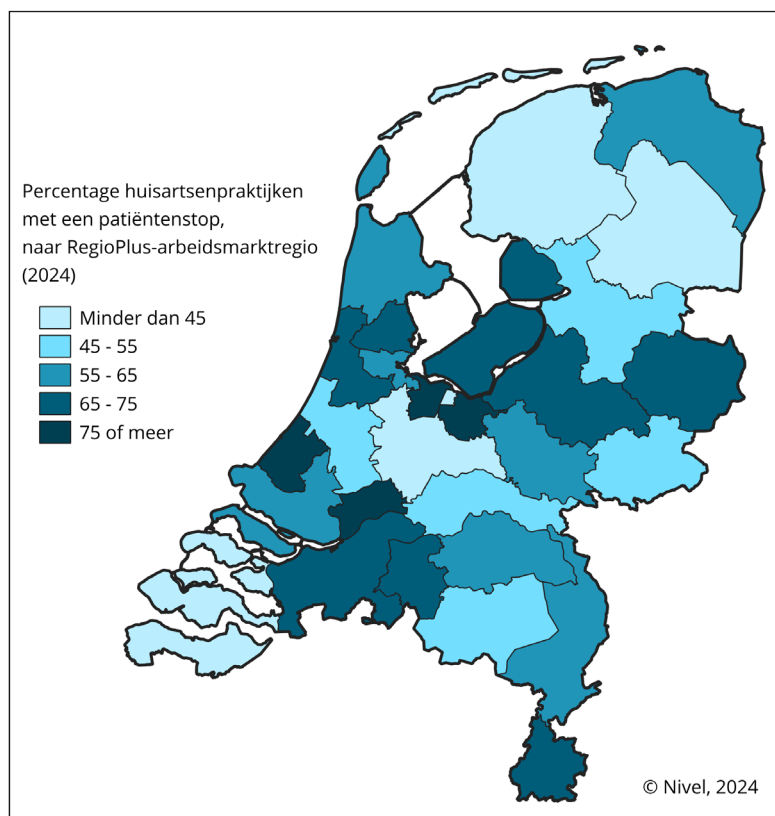
Op basis van de web-monitoring blijkt dat praktijken die patiëntenstop-informatie op hun praktijkwebsites vermelden, dit vaak langdurig doen: bij 53,4% van de praktijken stond gedurende de gehele monitoringsperiode van acht maanden dat de praktijk een patiëntenstop had, wat wijst op een meer permanente aard van deze stops. Slechts bij een kleine minderheid veranderde de informatie over een patiëntenstop in de onderzoeksperiode, terwijl 86,4% van de praktijken in de periode mei-december 2024 geen veranderingen doorvoerde met betrekking tot wel of geen vermelding van een patiëntenstop op de website.

Regionale verschillen in patiëntenstops

Het voorkomen van patiëntenstops varieert per regio in Nederland, mede door verschillen in personeelscapaciteit, arbeidsmarktnelpunten huisvestingsmogelijkheden en demografische factoren. In bepaalde regio's, zoals Haaglanden en Nieuwe Waterweg Noord, Zuid-Holland Zuid, Amersfoort en omgeving, en Gooi- en Vechtstreek, is het percentage praktijken met een patiëntenstop relatief hoog, terwijl andere regio's, zoals Zeeland, Friesland en Drenthe juist een lager percentage vertonen. Dit suggereert dat de druk op huisartsenpraktijken en de mate van patiëntenstops niet uniform is verdeeld over Nederland.



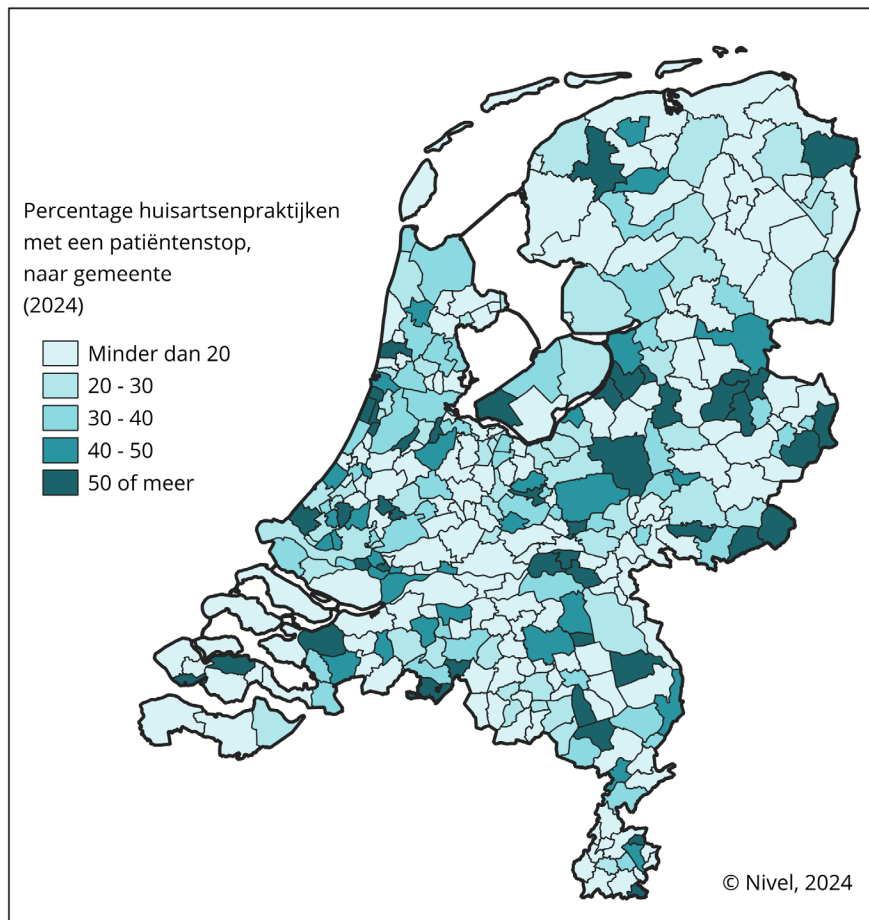
Figuur 4 Percentage huisartsenpraktijken dat in oktober-december aangaf een (gedeeltelijke) patiëntenstop te hanteren, naar RegioPlus arbeidsmarktregio (Bron: Nivel praktijkenquête 2024)



Nederland heeft 342 gemeenten met ruim 4.800 huisartsenpraktijken. Voor dit onderzoek is per gemeente het percentage praktijken bepaald dat een patiëntenstop vermeldt op hun website. De resultaten laten zien dat er een grote spreiding is binnen gemeenten, zonder duidelijke geografische patronen, maar met opvallende verschillen tussen buurgemeenten. Het laatste meetmoment in december 2024 laat dan zien dat er 94 gemeenten (26%) zijn waarin geen van de praktijken informatie over een (gedeeltelijke) patiëntenstop op hun website had vermeld, terwijl er 4 gemeenten zijn waar iedere praktijk een patiëntenstop op de website vermeldde. De andere 74% van de gemeenten kent een percentage praktijken met patiëntenstop-informatie op de website dat sterk verschilt. Figuur 5 laat op gemeenteniveau zien dat er een grote verspreiding en ‘versnippering’ binnen Nederland is. De figuur laat wel zien dat er regelmatig grote verschillen zijn tussen buurgemeenten, die scherp contrasteren in het percentage praktijken dat patiëntenstop-informatie op de website in de maand december 2024 had gepubliceerd.



Figuur 5 *Percentage huisartsenpraktijken met informatie over een (gedeeltelijke) patiëntenstop vermeld op de website, waarbij de blauwgradatie de afwijking aangeeft van het landelijke gemiddelde, per gemeente, in december 2024*

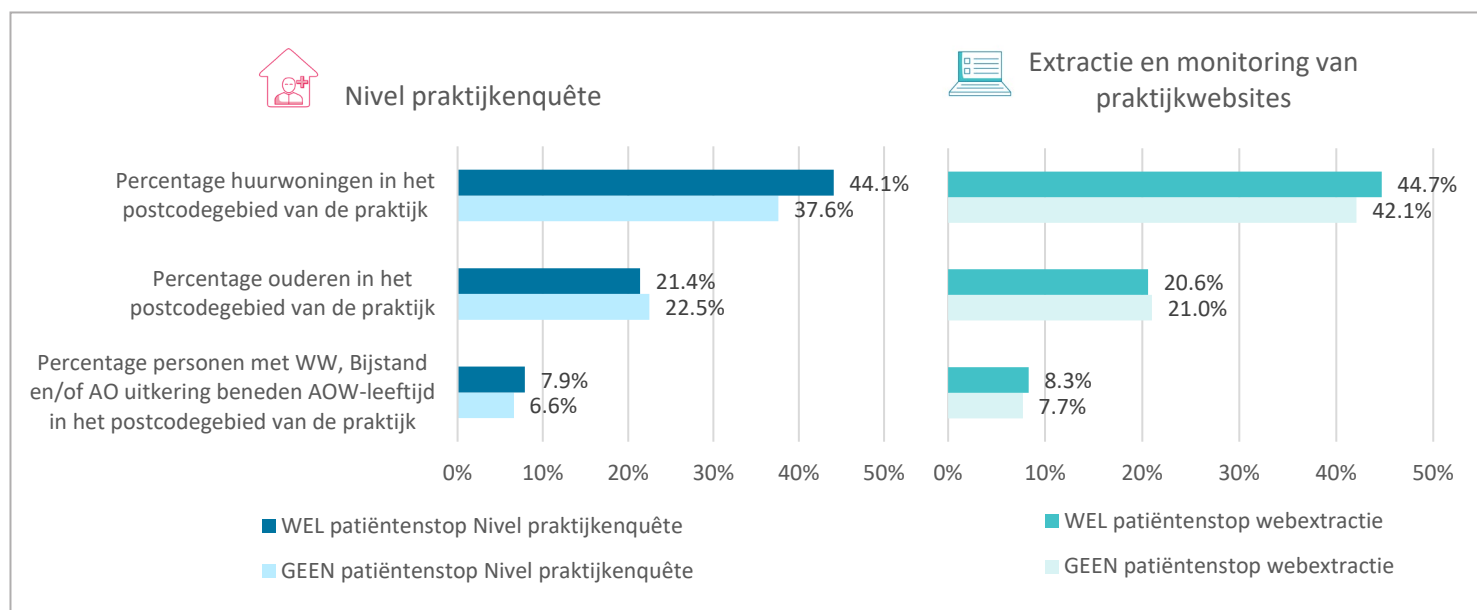


Het verschilt per gemeente hoeveel praktijken in deze gemeenten gevestigd zijn. Bij kleine aantallen praktijken binnen de gemeente is het percentage gevoeliger voor schommelingen op basis van wijzigingen bij een enkele praktijk.

Verschillen in toegankelijkheid

Uit dit onderzoek blijkt dat patiëntenstops significant vaker voorkomen in gebieden met een hogere stedelijkheid. Daarnaast blijkt dat de patiëntpopulatie in de omgeving van praktijken met patiëntenstops verschilt van de patiëntpopulatie in de omgeving van praktijken zonder patiëntenstops (Figuur 6). Dit duidt erop dat de toegankelijkheid van huisartsenpraktijken lager ligt in sommige gebieden, en dus ook voor sommige groepen personen die oververtegenwoordigd zijn in deze gebieden. Om dit nauwkeuriger na te gaan is meer onderzoek nodig naar de patiënten- en zorgvraag-kenmerken in het verzorgingsgebied of de praktijk van huisartsen.

Figuur 6 *Vergelijking van patiëntkarakteristieken, van patiënten woonachtig in het vestigingsgebied van de huisartsenpraktijk (PC4), voor praktijken met en zonder (gedeeltelijke) patiëntenstop, op basis van (links) de Nivel praktijkenquête en (rechts) monitoring van praktijkwebsites. Alle verschillen waren significant ($p < 0.05$).*



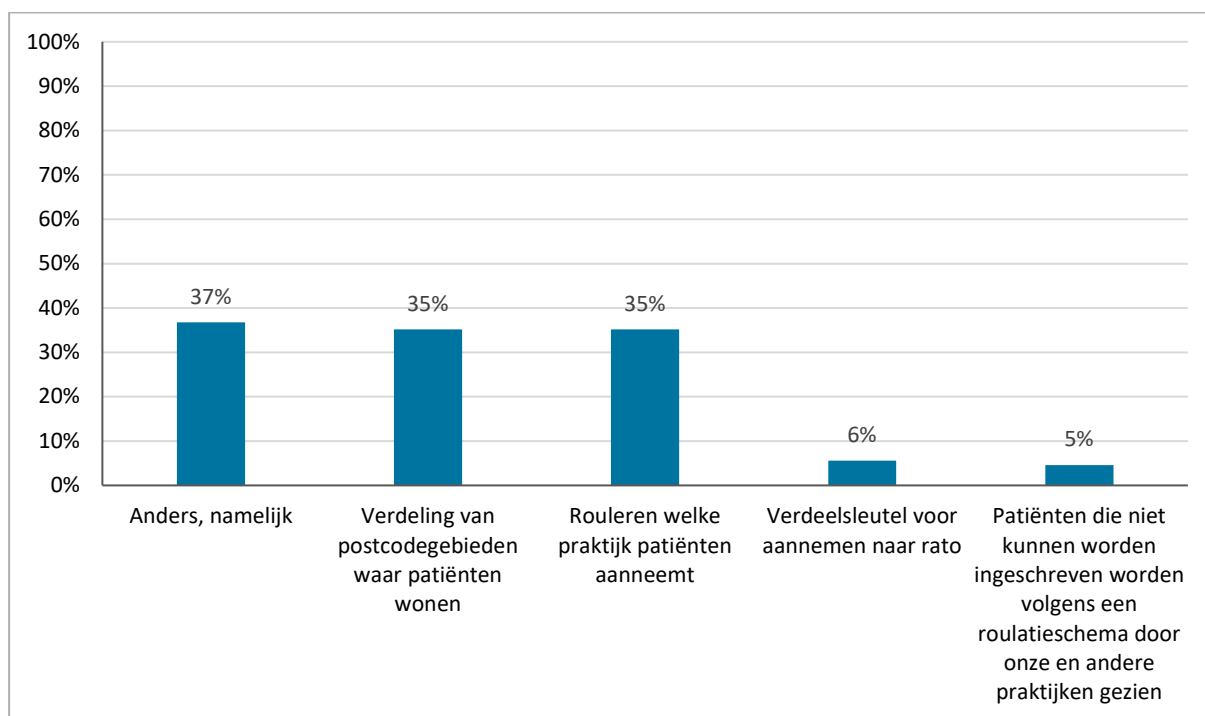
Redenen voor patiëntenstops

Uit de praktijkenquête blijkt dat een patiëntenstop vaak wordt ingesteld door een hoge zorgdruk binnen de patiëntenpopulatie (59%). Zorgdruk verwijst naar het aantal contacten/consulten binnen de praktijk. Andere veelgenoemde redenen zijn een te hoog aantal patiënten per huisarts (40%), personeelstekorten (40%), beperkte praktijkruimte (39%) en het vermijden van verdere groei (39%). Deze factoren hangen samen en wijzen op een disbalans tussen de benodigde en beschikbare capaciteit. Een patiëntenstop wordt ingesteld om te voorkomen dat deze disbalans verder toeneemt, wat nadelig kan zijn voor zowel de patiënten die ingeschreven staan bij de praktijk als personeel.

Desondanks proberen de praktijken oplossingen te vinden voor patiënten die zorg nodig hebben. In sommige gevallen is het laten groeien van het personeelsbestand (indien dit mogelijk is met de huidige arbeidsmarkttekorten) de gewenste optie om de gevraagde zorg te kunnen blijven leveren. Andere praktijken zien juist een krimp in patiëntenaantal als oplossing om de kwaliteit van zorg te kunnen blijven leveren en de werkdruk beheersbaar te houden. Praktijken proberen zo efficiënt mogelijk te gaan werken door bijvoorbeeld taakherschikking toe te passen of digitale hulpmiddelen in te zetten. Daarnaast geef ongeveer de helft (49%) van de praktijken aan afspraken te maken met andere praktijken over het aannemen van nieuwe patiënten. Van deze praktijken geeft 35% aan afspraken te maken over de verdeling van patiënten op basis van het postcodegebied. Eenzelfde percentage geeft aan afspraken te maken over het rouleren welke praktijk open is voor inschrijving van nieuwe patiënten. Het grootste gedeelte van de praktijken geeft aan andere afspraken te maken. Hieronder werden onder andere genoemd: 'Het op een andere manier afstemmen met andere praktijken', 'afspraken over welke groepen patiënten wordt aangenomen' en 'elkaar informeren over patiëntenstops'.



Figuur 7 Frequentie waarmee verschillende afspraken over patiëntenstops met andere praktijken zijn aangekruist door praktijken die een patiëntenstop hadden ingevoerd (n=196)



Ondersteuning van zoekende patiënten

Uit de praktijkenquête blijkt dat veel huisartsenpraktijken met een patiëntenstop proberen nieuwe patiënten te helpen bij het vinden van een andere praktijk. Meer dan de helft (53%) doet dit door suggesties te geven voor andere praktijken, terwijl 46% verwijst naar de zorgverzekeraar, zoals voorgeschreven door de NZa. Ongeveer 10% neemt direct contact op met de gewenste praktijk van de patiënt, terwijl 12% geen ondersteuning biedt bij het vinden van een nieuwe huisarts. Een kleiner deel verwijst naar een keuzewebsite (8%), of verwijst naar een andere organisatie (7%).

Conclusie

De aanwezigheid van patiëntenstops is een indicatie van verminderde toegankelijkheid van de huisartsenzorg in een bepaald gebied, terwijl praktijken dit middel inzetten om de kwaliteit van zorg voor hun patiënten te behouden. Meer nuance en verdieping, evenals aanbevelingen zijn te vinden in het overkoepelend rapport (van Schaaijk et al., 2025).

Het onderzoek

Er zijn twee methoden gebruikt voor het verzamelen van data over patiëntenstops, die elkaar aanvullen en versterken. Ten eerste heeft het Nivel feitelijke en verdiepende vragen over patiëntenstops opgenomen in de jaarlijkse Nivel-huisartsenpraktijkenquête. De vragen zijn in oktober 2024 onder alle Nederlandse huisartsenpraktijken uitgezet en door ruim 550 praktijken beantwoord (14%). Ten tweede heeft het Nivel een webmonitoring-methode ontwikkeld, waarmee semi-geautomatiseerd van mei tot en met december 2024 maandelijks op de websites van zo'n 4800 huisartsenpraktijken is nagegaan welke patiëntenstop-informatie daarop vermeld stond.

Meer weten

Het Nivel levert de kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar. U vindt deze publicatie en alle andere Nivel-publicaties op www.nivel.nl/publicaties.

Meer informatie over Nivel Beroepenregistraties in de Zorg en de data uit de Nivel praktijkenquête: ga naar <https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nivel-beroepenregistraties-zorg> of <https://www.nivel.nl/nl/zorg-en-ziekte-in-cijfers/cijfers-arbeidsmarkt-huisartsenzorg>.

Titelgegevens van deze publicatie

De gegevens uit deze publicatie mogen met de volgende bronvermelding worden gebruikt: van Schaaik, A., Aapkes, S., Jansen, L., Flinterman, L., Brabers, A., Batenburg, R., Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken: spreiding, oorzaken en oplossingen, Utrecht: Nivel, 2025.

Literatuur

Aapkes, S., Jansen, L., Brabers, A., Flinterman, L., van Schaaik, A., & Batenburg, R. (2024). Rapport bij de factsheet 'Burgers over inschrijving bij een (nieuwe) huisartsenpraktijk'.

van Schaaik, A., Aapkes, S., Jansen, L., Flinterman, L., Brabers, A., Batenburg, R., Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken: spreiding, oorzaken en oplossingen - Resultaten van de huisartsenpraktijkenquête en website monitoring in 2024, Utrecht: Nivel, 2025.

Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken: spreiding, oorzaken en oplossingen

Resultaten van de huisartsenpraktijkenquête en website
monitoring in 2024

Art van Schaaijk
Sophie Aapkes
Lisa Jansen
Linda Flinterman
Anne Brabers
Ronald Batenburg



NIVEL

Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Maart 2025

ISBN 978-94-6122-889-5

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2025 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Voorwoord

Om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg nader te onderzoeken op het punt van inschrijving van nieuwe patiënten, heeft het ministerie van VWS het Nivel opdracht gegeven naar het vóórkomen, de redenen en gevolgen van ‘patiëntenstops’. Nadat in 2024 een onderzoek is uitgevoerd onder burgers wordt in dit rapport verslag gedaan van een onderzoek vanuit het perspectief van de huisartsenpraktijk.

Allereerst is gedurende acht maanden in 2024 gemonitord welke informatie met betrekking tot patiëntenstops vermeld stond op websites van praktijken in Nederland. Zo is voor deze periode de omvang en regionale spreiding van (gedeeltelijke) patiëntenstops in kaart gebracht op landelijk en regionaal niveau. Ten tweede is een enquête uitgezet onder alle huisartsenpraktijken uit de Nivel beroeperregistraties in de gezondheidszorg. De enquêteresultaten bieden inzicht in de motieven achter het besluit om een patiëntenstop in te stellen, en mogelijke oplossingen die huisartsen zien om patiëntenstops te voorkomen. Daarnaast is praktijken gevraagd welke afspraken zij onderling maken om de instroom van patiënten beter te reguleren en de druk op praktijken te verlichten en welke hulp zij bieden een patiënten die zich niet kunnen inschrijven bij de praktijk.

We hopen dat ook dit tweede onderzoek inzichten biedt die nationale en regionale beleidsmakers, veldpartijen en zorgorganisaties ondersteunen om het probleem rond patiëntenstops gericht aan te pakken.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	6
1 Achtergrond, aanleiding en vragen van dit onderzoek	9
1.1 Achtergrond en aanleiding	9
1.2 De vragen en leeswijzer van dit rapport: patiëntenstops onderzocht vanuit het perspectief van de huisartsenpraktijk	10
2 Methoden	12
2.1 Presentatie van de resultaten	12
2.2 Bron en methode 1: de Nivel-huisartsenpraktijkenquête	12
2.3 Bron en methode 2: monitoring van huisartsenpraktijk-websites	13
2.4 Statistische analyses	14
3 Onderzoeksvraag 1: Hoe vaak en hoe lang komen patiëntenstops voor?	15
3.1 Het voorkomen van patiëntenstops op basis van de Nivel-huisartsenpraktijkenquête	15
3.2 Het voorkomen van patiëntenstops op basis van monitoring huisartsenpraktijk-websites	16
4 Onderzoeksvraag 2: Zijn er regionale verschillen in het voorkomen van patiëntenstops?	19
4.1 Inleiding	19
4.2 Zijn er in regio's waar burgers niet kunnen wisselen van huisarts ook meer patiëntenstops?	19
4.3 Zijn er geografische verschillen in patiëntenstops op gemeenteniveau?	20
4.4 Hangt stedelijkheid samen met het voorkomen van patiëntenstops?	22
4.5 Hangen kenmerken van de patiëntpopulatie samen met het voorkomen van patiëntenstops?	25
4.6 Hangt de beschikbaarheid van huisartsen samen met patiëntenstops?	27
5 Onderzoeksvraag 3 en 4: Redenen en mogelijke oplossingen voor patiëntenstops	29
5.1 Wat zijn redenen voor patiëntenstops?	29
5.2 Welke oplossingen zoeken praktijken voor patiëntenstops?	30
6 Verdieping van onderzoeksvraag 4: is afstemming en doorverwijzing de oplossing voor patiëntenstops?	35
6.1 Welke afstemming is er tussen huisartsenpraktijken over het aannemen van nieuwe patiënten?	35
6.2 Waar naartoe verwijzen praktijken patiënten die zij niet kunnen aannemen?	38
7 Samenvatting en discussie	41
7.1 Inleiding	41

7.2	Samenvatting: de 4 onderzoeksvragen beantwoord	41
7.3	Discussie	42
Literatuur		47
Bijlage A Enquêtevragen over patiëntenstops		48

Samenvatting

Achtergrond

De toegankelijkheid van de huisartsenzorg is een belangrijke basis van het Nederlandse zorgstelsel. Elke inwoner van Nederland moet ingeschreven kunnen staan bij een huisartsenpraktijk aangezien het gebruik van huisartsenzorg valt onder de basisverzekering. Huisartsen hebben de verantwoordelijkheid om toegankelijke en continue zorg te bieden aan hun ingeschreven patiënten. Echter, door capaciteitsproblemen en een groeiende zorgvraag zijn veel huisartsenpraktijken genoodzaakt een patiëntenstop in te stellen. Dit leidt ertoe dat sommige inwoners van Nederland zich niet kunnen inschrijven bij een praktijk in hun woonomgeving en daardoor alleen als passant zorg kunnen krijgen. Dit heeft gevolgen voor de continuïteit van zorg en de mogelijkheden voor proactieve en preventieve huisartsenzorg. Daarnaast zijn er burgers waarbij de huisarts niet aan de inspanningsverplichting kan voldoen om binnen 15 minuten bij de patiënt te zijn, omdat zij zich na verhuizing niet bij een nieuwe praktijk kunnen inschrijven en nog bij hun oude praktijk ingeschreven staan, wat de acute zorg kan bemoeilijken. Ook voor huisartsen zelf brengt dit uitdagingen met zich mee, zoals een toenemende druk op de praktijk en het moeilijker kunnen garanderen van passende zorg aan zowel ingeschreven patiënten als passanten.

Tot nu toe is nog niet in kaart gebracht wat de frequentie, duur en regionale spreiding van patiëntenstops onder huisartsenpraktijken in Nederland is. Ook is nog niet systematisch onderzocht wat het perspectief van de huisarts hierop is. Wat zijn de redenen die zij hebben voor het invoeren van patiëntenstops, hoe gaan zij hiermee om, en wat zijn volgens hen passende oplossingen om patiëntenstops te voorkomen?

Onderzoeksvragen

In dit rapport geven we antwoord op vier vragen. De eerste twee gaan in op het feitelijke voorkomen van patiëntenstops en patronen hierin:

1. Hoe vaak komen patiëntenstops voor onder huisartsenpraktijken in Nederland, en hoe lang duren deze?
2. Wat zijn de regionale verschillen in het voorkomen van patiëntenstops en met welke patiënten/of praktijkkenmerken hangt dit samen?

Twee volgende vragen zijn verdiepend naar oorzaken en mogelijk 'oplossingen' voor patiëntenstops:

3. Wat zijn de belangrijkste redenen voor huisartspraktijken om een patiëntenstop in te zetten en welke oplossingen zien huisartsenpraktijken zelf?
4. Wat stemmen huisartspraktijken onderling af over de toegang tot huisartsenzorg, en wat doen zij voor patiënten die op zoek zijn naar een andere praktijk?

Methoden

Voor dit onderzoek zijn twee bronnen en methoden gebruikt die elkaar aanvullen en versterken. Allereerst zijn feitelijke en verdiepende vragen naar het instellen van patiëntenstops opgenomen in de praktijkenquête die het Nivel jaarlijks in oktober uitzet onder alle Nederlandse huisartsenpraktijken. Ten tweede is een web-monitoringmethode ontwikkeld, waarmee semi-geautomatiseerd van mei tot en met december 2024 maandelijks op de websites van zo'n 4.800 huisartsenpraktijken is nagegaan welke patiëntenstop-informatie daarop vermeld stond.

Resultaten

Van de huisartsenpraktijken die deelnamen aan de praktijkenquête gaf 59% aan in het afgelopen jaar een patiëntenstop te hebben ingevoerd. Gevraagd naar een patiëntenstop specifiek op het moment van enquêtering (november-december 2024), gaf 20% aan een 'volledige' patiëntenstop en 42% een 'gedeeltelijke' patiëntenstop te hanteren. Een totale patiëntenstop betekent dat er geen burgers kunnen worden ingeschreven bij een huisartsenpraktijk, bij een gedeeltelijke patiëntenstop is de huisartsenpraktijk nog wel geopend voor bepaalde groepen burgers (bijvoorbeeld (nieuwe) familieleden van al ingeschreven patiënten).

Analyse en monitoring van websites van huisartsenpraktijken gedurende het najaar van 2024 laat zien dat het percentage praktijken dat op deze wijze aangeeft een patiëntenstop te hanteren, rond de 27% ligt. Waarschijnlijk speelt hier mee dat huisartsenpraktijken pas op de website aangeven als zij een volledige patiëntenstop hanteren, en dit niet of minder doen als ze alleen bepaalde groepen niet (meer) inschrijven zoals bijvoorbeeld (nieuwe) familieleden van al ingeschreven patiënten. Als praktijken patiëntenstops op hun website vermelden is dat vaak voor langere tijd, gemiddeld stond dit 6,3 van de 8 maanden dat we dit monitorden vermeld op de website. Gemeenten verschillen flink in het percentage praktijken dat een patiëntenstop op de website vermeld, maar er is geen geografisch of regionaal patroon hierin te herkennen. Wel komt een duidelijk verband naar voren met stedelijkheid, een lagere sociaaleconomische positie en een jongere bevolking van de gemeente. Ook vinden we het verwachte verband dat praktijken vaker een patiëntenstop hanteren als in de regio de huisartsendichtheid relatief laag is.

De uitvraag onder huisartsenpraktijken bevestigt dat patiëntenstops vooral worden ingesteld als capaciteitsproblemen te hoog oplopen. Oorzaken zijn een relatief hoge zorgzwaarte van de patiëntenpopulatie ten opzichte van de beschikbare personele capaciteit, maar ook huisvestingsproblemen waardoor de mogelijkheid om uit te breiden wordt beperkt. Omdat deze factoren elkaar versterken gaven respondenten in de praktijkenquête aan weinig maatregelen te zien die zij zelf kunnen nemen om patiëntenstop te voorkomen of op te heffen. Men ziet het instellen van een patiëntenstop als 'noodmaatregel' en tijdelijke verlichting, die echter vaak niet de onderliggende problemen oplost. Een maatregel die wel wordt genomen is het onderling afspraken maken over het aannemen van patiënten; 50% van de huisartsenpraktijken maakt dit soort afspraken. Als een praktijk een patiënt niet kan inschrijven geeft 53% suggesties voor andere praktijken en verwijst 48% naar de zorgverzekeraar.

Conclusie

Dat huisartsenpraktijken tijdelijk geen of alleen bepaalde groepen nieuwe patiënten inschrijven komt relatief vaak voor. De afgelopen jaren lag het percentage dat aangaf in het afgelopen jaar wel eens een patiëntenstop te hebben moeten invoeren rond 60%. En op het moment van enquêtering in oktober 2024 gaf 20% aan een 'volledige' patiëntenstop en 42% een 'gedeeltelijke' patiëntenstop te hanteren. Lang niet alle praktijken vermelden patiëntenstop-informatie op hun website, maar uit deze bron blijkt wel dat patiëntenstops vaak voor een langere periode ingesteld worden en er relatief weinig wisselingen zijn in het wel/niet hebben van een patiëntenstop.

Indien beleid zich wil richten op gebieden waar het probleem van patiëntenstops het vaakst voorkomt, verdienen stedelijke regio's prioriteit. In deze gebieden is met name sprake van een relatieve oververtegenwoordiging van personen met een lagere sociaaleconomische positie. Extra ondersteuning is nodig om de oorzaken van patiëntenstops aan te pakken, zoals personeelstekorten en huisvestingsproblematiek. Eerlijkheidshalve dient gezegd te worden dat deze achterliggende problemen complex en omvangrijk zijn en in heel Nederland spelen. Daarnaast kan in deze regio's worden ingezet op het bevorderen van samenwerking en afstemming tussen praktijken. Hierdoor

kan enerzijds een 'domino-effect' van patiëntenstops binnen dezelfde regio worden voorkomen (waarbij praktijken een stop instellen omdat naburige praktijken dit ook hebben), anderzijds helpt het praktijken die zelf geen oplossing zien voor de patiëntenstop die zij hebben moeten invoeren. Stimuleren en faciliteren van samenwerking en afstemming zorgt voor een systeem waarbij (nieuwe) patiëntenstromen zo goed mogelijk over praktijken worden verdeeld. Maar waarbij informatie over zoekende patiënten en 'open' of gesloten' praktijken essentieel is om te kunnen sturen. Dit vereist een eenduidige definitie van het begrip patiëntenstop en het structureel vermelden hiervan op de websites. Een positief resultaat is dat praktijken deze initiatieven nemen, en er een groeiend aantal samenwerkingsverbanden in de huisartsenzorg is dat kan helpen om dit verder te implementeren.

1 Achtergrond, aanleiding en vragen van dit onderzoek

1.1 Achtergrond en aanleiding

Om de centrale rol van de huisartsenzorg in het Nederlandse zorgstelsel te kunnen blijven vervullen is de directe toegankelijkheid tot deze zorg essentieel. Toegankelijkheid van zorg bestaat uit verschillende aspecten, van de mogelijkheid tot inschrijving tot (telefonische) bereikbaarheid. In Nederland is de inschrijving bij de huisartsenpraktijk geregeld door een inschrijving op naam van een huisarts. Elke inwoner van Nederland moet ingeschreven kunnen staan bij een huisartsenpraktijk. Daarnaast moeten deze huisartsenpraktijken gevestigd zijn binnen een bereik van 15 minuten per auto om patiënten ook thuis te kunnen bezoeken. In samenspraak met de patiënt kan hiervan worden afgeweken. In dit onderzoek focussen we op de mogelijkheid tot inschrijving bij een huisartsenpraktijk. Deze wordt bemoeilijkt wanneer praktijken geen nieuwe patiënten aannemen en tijdelijk een ‘patiëntenstop’ hebben ingevoerd. Hierdoor zijn er burgers in Nederland die tijdelijk niet bij een praktijk staan ingeschreven en alleen als passant of op de huisartsenpost huisartsenzorg kunnen verkrijgen. Daarnaast zijn er burgers die geen inschrijving bij een huisarts in de buurt hebben omdat zij zich na verhuizing niet bij een nieuwe praktijk kunnen inschrijven en nog bij hun oude praktijk ingeschreven staan. Hierdoor kan de huisarts niet aan de inspanningsverplichting kan voldoen om binnen 15 minuten bij de patiënt te zijn.

In augustus 2024 heeft het Nivel in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een brede burgerpeiling gedaan via het Ipsos I&O panel, om vanuit burgerperspectief inzicht te krijgen in deze twee aspecten van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg (Aapkes et al., 2024). Hieruit bleek dat van de burgers van 18 jaar en ouder in Nederland naar schatting 36.800 burgers (0,3%) op dat moment (augustus 2024) niet inschreven stonden bij een huisartsenpraktijk terwijl zij dat wel hadden moeten zijn¹. Daarnaast stonden naar schatting 597.200 burgers wel ingeschreven maar waren op het moment van enquêtering er nog niet in geslaagd om te wisselen; dat wil zeggen zich in te schrijven in een nieuwe of andere huisartsenpraktijk. Voor beide groepen gold dat verhuizing en/of de afstand (58%) een belangrijke reden is om niet, of niet bij de gewenste praktijk, ingeschreven te staan. Als er in de omgeving van de nieuwe woning geen ruimte is binnen een huisartsenpraktijk, blijven burgers noodgedwongen ingeschreven bij de huisartsenpraktijk in de regio van de vorige woning (Aapkes et al., 2024). Dit kan tot doorstromingsproblemen leiden omdat hun oude huisarts hierdoor geen ruimte heeft om nieuwe patiënten aan te nemen.

De uitkomsten van dit onderzoek onder burgers, en verschillende andere ontwikkelingen, waaronder media-aandacht voor patiëntenstops en de geluiden over de werkdruk in de huisartsenpraktijk, maakt de vraag urgent om nader onderzoek naar huisartsenpraktijken die een ‘patiëntenstop’ hanteren. Als werkdefinitie hanteren we voor de term ‘patiëntenstop’ het tijdelijk geen, of alleen bepaalde groepen, inschrijven van burgers die binnen het verzorgingsgebied van de huisartsenpraktijk wonen.

¹ Moeten zijn, in de zin dat bepaalde groepen inwoners van Nederland geen gebruik maken van huisartsenzorg omdat zij in dienst zijn van defensie of onder de basiszorg vallen die verleend wordt in de zorg- of penitentiaire instelling waar zij verblijven. Andere bijzondere groepen die wel gebruik kunnen maken van huisartsenzorg maar typisch niet met enquêteonderzoek geïncludeerd kunnen worden zijn statushouders, asielzoekers en dak- en thuislozen. Deze vielen dan ook buiten ons onderzoek met het Ipsos I&O panel.

Zoals hiervoor aangegeven heeft een huisarts een inspanningsverplichting om bij spoed binnen 15 minuten bij de patiënt te kunnen zijn (Patiëntenfederatie & Landelijke Huisartsen Vereniging, 2021). Hier mag de huisarts in overleg met de patiënt van afwijken (Patiëntenfederatie & Landelijke Huisartsen Vereniging, 2021), maar een huisarts is ook vrij om een patiënt die buiten zijn verzorgingsgebied gaat wonen uit te schrijven volgens de KNMG richtlijn ‘Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst’ (Doppegieter & Van Meersbergen, 2005). Dit is zo gereguleerd zodat de huisarts aan zijn inspanningsverplichting kan blijven voldoen.

Wanneer huisartsenpraktijken geen capaciteit hebben om nieuwe patiënten aan te nemen kunnen zij overgaan tot een (gedeeltelijke) patiëntenstop. Daarvoor heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) enkele regels opgesteld. Er zijn drie situaties waarbij een patiënt niet (meteen) kan worden ingeschreven, namelijk: 1) De praktijk is vol, 2) De afstand tussen de patiënt en huisartsenpraktijk is te groot, en 3) Er is een verschil op de visie van zorg (LHV, 2021). Indien een praktijk een patiënt niet kan inschrijven, dient de huisartsenpraktijk dit duidelijk te communiceren. Dit is vastgelegd in een beleidsregeling:

Artikel 4, lid 1: “De zorgaanbieder verstrekt duidelijke en neutrale informatie (op zijn website) als hij een patiëntenstop afkondigt. Verder geeft hij aan op wie de patiëntenstop betrekking heeft, wat de consequenties zijn en verwijst hij naar zorgbemiddeling van de zorgverzekeraar. Alle communicatieberichten en -lijnen stemt de zorgaanbieder af met de zorgverzekeraar. Als de consument hierover vragen stelt dan informeert de zorgaanbieder de consument duidelijk en neutraal over de patiëntenstop en verwijst hij de consument naar zijn of haar zorgverzekeraar.” (NZa, 2024)

Op dit moment is er een beperkt overzicht van het aantal patiëntenstops, de duur van deze stops en de spreiding over Nederland. Daarnaast is er nog beperkt inzicht in redenen voor de patiëntenstops en mogelijke oplossingen. Enig overzicht is eerder door het Nivel gepubliceerd op basis van de jaarlijkse praktijkenquête, waarmee vanaf 2018 de vraag aan praktijken wordt gesteld of het in de afgelopen jaar / jaren is voorgekomen dat men geen nieuwe patiënten kon aannemen vanwege capaciteitsproblemen. En in 2023 peilde Independer onder huisartsen hoeveel huisartsenpraktijken voor een gedeeltelijke of volledige patiëntenstop hadden gekozen (Independer, 2023). Het primaire doel van dit onderzoek is een antwoord te geven op de verschillende vragen die rond het hanteren van patiëntenstops door praktijken naar voren komen. Naast de vraag hoeveel huisartsenpraktijken in 2024 een patiëntenstop hanteerden, gaan we verdiepend in op vragen als welke vorm van patiëntenstops dit zijn, hoe lang deze duren, welke patronen we zien in regionale verschillen en in welke type gebied patiëntenstops meer of minder voorkomen. Daarnaast gaan we in op de vraag welke beweegredenen worden benoemd door praktijken, en welke oplossingen zij voor het patiëntenstop-probleem zoeken en als wenselijk en haalbaar zien.

1.2 De vragen en leeswijzer van dit rapport: patiëntenstops onderzocht vanuit het perspectief van de huisartsenpraktijk

Alhoewel de term ‘patiëntenstop’ inmiddels is ingeburgerd, kent ze geen vaste of formele definitie. Hiervoor gaven we als werkdefinitie het tijdelijk geen, of alleen bepaalde groepen, inschrijven van burgers die binnen het verzorgingsgebied van de huisartsenpraktijk wonen. Echter de woorden ‘tijdelijk’ en ‘burgers’ kunnen in deze werkdefinitie nog variëren. In dit onderzoek gaan we ten eerste na hoe tijdelijk patiëntenstops feitelijk zijn (gegeven dat er geen formele richtlijnen zijn hoe lang een patiëntenstop maximaal zou mogen duren).

En ten tweede maken we wat betreft de burgers waar het om gaat, onderscheid tussen:

- ‘volledige patiëntenstops’ als een huisartsenpraktijk *geen* van de burgers die binnen het verzorgingsgebied van de huisartsenpraktijk wonen zich bij de praktijk kunnen schrijven, en
- ‘gedeeltelijke patiëntenstops’ als *bepaalde groepen* burgers zich hier nog wel kunnen inschrijven. Het gaat dan bijvoorbeeld om gezinsuitbreiding van al ingeschreven burgers (bijvoorbeeld partners of pasgeboren kinderen) of burgers die nergens ingeschreven zijn.

Er is met deze invulling van de werkdefinitie geen patiëntenstop wanneer *alle* burgers die binnen het verzorgingsgebied van de huisartsenpraktijk (15 minuten rij-afstand met de auto van de huisartsenpraktijk) wonen zich hier in kunnen schrijven.

Gegeven dit uitgangspunt, beantwoorden we in deze rapportage allereerst twee onderzoeksvragen die een meer en actueel inzicht geven in het patiëntenstop-probleem *an sich*, namelijk:

1. Hoe vaak komen patiëntenstops voor onder huisartsenpraktijken in Nederland, en hoe lang duren deze?
2. Wat zijn de regionale verschillen in het vóórkomen van patiëntenstops en met welke patiënt- en/of praktijkkenmerken hangt dit samen?

Vervolgens stellen we twee onderzoeksvragen die specifiek ingaan op de oorzaken voor het patiëntenstop-probleem, zodat dit inzicht ook gebruikt kan worden voor het evalueren van mogelijke oplossingsrichtingen:

3. Wat zijn de belangrijkste redenen voor huisartspraktijken om een patiëntenstop in te zetten en welke oplossingen zien huisartsenpraktijken zelf?
4. Wat stemmen huisartspraktijken onderling af over de toegang tot huisartsenzorg, en wat doen zij voor patiënten die op zoek zijn naar een andere praktijk?

Zoals hiervoor aangegeven, is ook het doel van dit rapport om de vier onderzoeksvragen in samenhang met elkaar te beantwoorden. Dit gebeurt in het laatste hoofdstuk van dit rapport. Maar eerst worden in het volgende hoofdstuk 2 de twee verzamelde databronnen en gebruikte methoden voor dit onderzoek beschreven. Daarna presenteren we in hoofdstuk 3 t/m 5 de resultaten van dit onderzoek, waarbij de vier aparte onderzoeksvragen leidend zijn. In hoofdstuk 3 schetsen we een landelijk beeld van het voorkomen van patiëntenstops en geven we antwoord op onderzoeksvraag 1. Vervolgens gaan we in hoofdstuk 4 in op de regionale verschillen. Hierbij wordt onder andere ook gekeken naar de relatie tussen het voorkomen van patiëntenstops en stedelijkheid van de regio, maar ook de samenhang met andere gebiedskenmerken. Deze analyses geven antwoord op onderzoeksvraag 2. In het vijfde hoofdstuk beschrijven we vanuit het perspectief van de huisartsenpraktijk de redenen om een patiëntenstop in te voeren, en welke oplossingen men voor het patiëntenstop-probleem ziet. Dit hoofdstuk geeft daarmee antwoord op onderzoeksvraag 3 en 4. En in hoofdstuk 6 wordt extra aandacht besteed aan twee specifieke oplossingsrichtingen voor het patiëntenstop-probleem, als verdieping van onderzoeksvraag 4. Het laatste hoofdstuk 7 sluit dit rapport af met discussie en conclusie, waarin we op de samenhang van de onderzoeksuitkomsten ingaan.

2 Methoden

Dit onderzoek is gebaseerd op twee verschillende bronnen en methoden die elkaar aanvullen en versterken.

Allereerst is gebruik gemaakt van de Nivel-praktijkenenquête. Dit is een jaarlijkse web-enquête die door het Nivel onder alle huisartsenpraktijken wordt uitgezet in de periode oktober-december. In de versie van 2024 is een blok met vragen over patiëntenstops opgenomen. De basis voor het uitzetten van de huisartsenpraktijkenenquête is de Nivel-beroepenregistratie. Hiermee worden alle huisartsenpraktijken en de daarin werkzame huisartsen en andere functies voortdurend bijgehouden wat betreft hun basisgegevens (zie Batenburg et al., 2022). Op het moment dat de huisartsenpraktijkenenquête (eind) 2024 werd uitgezet, maakten 4.848 unieke huisartsenpraktijken onderdeel uit van de registratie.

Ten tweede is gebruik gemaakt van informatie op de websites van huisartsenpraktijken. Wederom gebaseerd op de Nivel-beroepenregistratie, zijn ruim 4.000 unieke websites van huisartsenpraktijken in Nederland gemonitord op specifieke informatie over patiëntenstops. Hiervoor is een webdata-monitoringmethodiek ontwikkeld, die in de volgende paragrafen wordt beschreven, net als de hiervoor genoemde Nivel-praktijkenenquête.

2.1 Presentatie van de resultaten

In dit rapport geven we met verschillende icoontjes op welke methodiek de onderzoeksresultaten die we presenteren, gebaseerd zijn. Dit doen we bij kopjes en grafieken en tabellen:



- De **Huisartsenpraktijk** staat bij de onderzoeksresultaten die op basis van de Nivel-huisartsenpraktijkenenquête tot stand zijn gekomen.



- De **Laptop** staat bij de onderzoeksresultaten die op basis van het monitoren van de praktijkwebsites tot stand zijn gekomen.



- De **Groep burgers** staat voor de onderzoeksresultaten van vorig onderzoek, waarbij een burgerpeiling via het Ipsos I&O panel in 2024 (Aapkes et al., 2024) is ingezet.



2.2 Bron en methode 1: de Nivel-huisartsenpraktijkenenquête

Midden oktober 2024 is de jaarlijkse Nivel-praktijkenenquête digitaal uitgezet in het Mijn Nivel portaal en via e-mail onder alle 4.848 praktijken die toen in de Nivel-beroepenregistratie waren geïncludeerd en waarvan contactgegevens bekend en verzameld waren. De contactgegevens voor de beroepenregistratie worden elk jaar geactualiseerd op basis van informatie op de websites van praktijken en door contact met huisartsenpraktijken vanuit andere Nivel-onderzoeken. De uitgezette Nivel-praktijkenenquête was te beantwoorden door praktijken vanaf eind oktober tot midden december 2024. Per huisartsenpraktijk kon deze door één persoon – meestal een huisarts of praktijkmanager – worden ingevuld. In de 2024-editie werd, net als in andere jaren, uitgebreid gevraagd naar de personeelssamenstelling, knelpunten op de arbeidsmarkt, praktijkvoering en huisvesting. En specifieke aandacht ging in 2024 dus uit naar patiëntenstops, waarbij we voor de exacte vragen verwijzen naar de originele enquête in Bijlage A: 48Enquêtevragen over patiëntenstops.

Dit rapport is gebaseerd op een tussenbestand van de data waarin het grootste gedeelte van de respons reeds verzameld was. Op het moment van analyse was de vragenlijst 563 keer ingevuld. Op

de hoofdvraag of de praktijk op het moment van invullen een volledige, gedeeltelijke of geen patiëntenstop ingesteld had, antwoordden 556 respondenten. De respons van bereikte praktijken op de vragenlijst die per e-mail is uitgezet en in dit rapport is geanalyseerd bedraagt 14%. Absoluut gezien waren de responsaantallen voldoende om relevante uitsplitsingen te kunnen maken en significantietoetsen uit te voeren.



2.3 Bron en methode 2: monitoring van huisartsenpraktijk-websites

Een onderdeel van de Nivel-beroepenregistratie is het bijhouden en in kaart brengen van informatie die op de websites van huisartsenpraktijken (openbaar) vermeld wordt. Dit gebeurt een aantal keer per jaar waarbij op 1 januari als peildatum de jaarcijfers en -statistieken worden vastgesteld (zie Batenburg et al., 2022). In de registratie waren in december 2024 4.848 unieke huisartsenpraktijken opgenomen en ruim 4.000 unieke praktijkwebsites². Voor dit onderzoek is een semi-geautomatiseerde techniek ontwikkeld die informatie van praktijkwebsites verzamelt, leest en categoriseert op basis van vooraf ingestelde criteria. Daarbij wordt gekeken naar de aanwezigheid van specifieke zinsdelen in de zichtbare tekst van de website die wijzen op 'een patiëntenstop'. Enkele voorbeelden zijn: gesloten voor inschrijvingen, gesloten voor aanmeldingen, wachtlijst voor nieuwe aanmeldingen of tijdelijke stop ingevoerd.

Allereerst werd de homepage op deze manier geraadpleegd waarna indien nodig ook alle sub-pagina's van de homepage gelezen. Wanneer een van de geselecteerde zinsdelen voorkwam op de homepage of een van de sub-pagina's, werd dit semi-automatisch (dat wil zeggen met aanvullende handmatige controles) gecodeerd als een waarschijnlijke patiëntenstop die door de praktijk is ingesteld. Als op een website bijvoorbeeld vermeld stond "*u kunt zich alleen inschrijven als u op dit moment geen huisarts heeft binnen ons postcodegebied*", werd voor de betreffende praktijk gecodeerd dat deze, waarschijnlijk en op het moment van raadpleging, een (gedeeltelijke) patiëntenstop had ingesteld. Naast de onzekerheid dat de informatie op de website niet meer (helemaal) actueel of correct is, is ook een beperking van deze web-monitoringmethode dat er geen onderscheid gemaakt wordt tussen gedeeltelijke of volledige patiëntenstops. Daarvoor is de variatie in de opgehaalde teksten en formuleringen te groot, en vergt dit verdere verbetering van de monitoring- en codeermethoden. Een andere beperking ontstaat wanneer meerdere praktijken een homepage deelden². De gevonden patiëntenstop-informatie werd in dat geval toegewezen aan één van de praktijken.

Websites werden voor dit onderzoek via de beschreven methodiek eenmaal per maand geraadpleegd gedurende de periode mei t/m december 2024. Tussentijds werden de uitgangspunten van de monitoring- en codeertechnieken constant gehouden om vergelijkingen per praktijk door de tijd heen zoveel goed mogelijk te kunnen maken. Alleen als er technische redenen waren waardoor sommige websites niet (meer) geëxtraheerd konden worden werd de (codeer)methode aangepast om toch zoveel mogelijk praktijken in de maandelijkse databases te includeren. Het percentage praktijkwebsites dat bezocht en gecodeerd kon worden in de periode is daardoor licht gestegen (zie Tabel 1). In de laatste monitoringronde van december 2024 kon 99,5% van de praktijkwebsites gecodeerd en voor analyses gebruikt worden.

² Er zijn bijna geen praktijken die geen website hebben, maar een 23% van de huisartsenpraktijken deelt een website, bijvoorbeeld die van het gezondheidscentrum, keten, coöperatie of andere samenwerkingsverband waarvan zij deel uitmaken. Vandaar dat het aantal website lager ligt dan het aantal huisartsenpraktijken.



Tabel 1 *Percentage websites van de in die maand actieve Nederlandse huisartsenpraktijken die bezocht en gecodeerd zijn op informatie over patiëntenstops met de web-monitoringsmethodiek*

Maand in 2024	Percentage websites gecodeerd
Mei	97,1%
Juni	95,5%
Juli	96,2%
Augustus	99,5%
September	99,5%
Oktober	99,1%
November	98,9%
December	99,5%

2.4 Statistische analyses

In dit onderzoek werden verschillende groepen met elkaar vergeleken en tussen verschillende variabelen de samenhang onderzocht. Bij continue normaal verdeelde data werden groepen vergeleken met een tweezijdige t-test ($\beta = 0.20$ en $\alpha = 0.05$). Om de samenhang tussen patiëntenstops en het aantal werkzame huisartsen en het aantal beschikbare huisartsenuren te onderzoeken, werd gebruikt gemaakt van lineaire regressie analyses. Om de samenhang tussen patiëntenstops en stedelijkheid, patiëntkenmerken en praktijkkenmerken te onderzoeken, werd gebruik gemaakt van logistische regressie analyses. Hierbij werd stedelijkheid gezien als ordinale variabele. Alleen als er gekeken werd of er significante verschillen waren tussen verschillende categorieën van stedelijkheid onderling, werd stedelijkheid als categorische variabele gehanteerd. Om associaties te kunnen toetsen, zijn ook pairwise correlatie-analyses uitgevoerd met omgevingsadressendichtheid als continue variabele.

Bij deze analyses naar de samenhang tussen patiëntenstops, stedelijkheid, patiëntkenmerken en praktijkkenmerken werd er telkens gebruikt gemaakt van de postcode van de praktijk, in combinatie met de verklarende variabele op PC4 niveau (gebied dat dezelfde vier cijfers van de postcode heeft). De verklarende variabelen waren alleen op dit niveau beschikbaar. Het is waarschijnlijk dat het werkelijke verzorgingsgebied van de praktijk niet precies overeenkomt met het gebied van de vier cijfers van de postcode van de praktijk. Echter was het voor dit onderzoek niet haalbaar om voor elke praktijk eerst het daadwerkelijke verzorgingsgebied te bepalen (in relatie tot de praktijkgrootte), inclusief de bijbehorende verklarende variabelen in dit gebied. Bovendien bestrijkt de PC4 soms een dusdanig groot gebied dat een preciezere afbakening van het verzorgingsgebied van de praktijk niet mogelijk zou zijn geweest.

3 Onderzoeksvraag 1: Hoe vaak en hoe lang komen patiëntenstops voor?

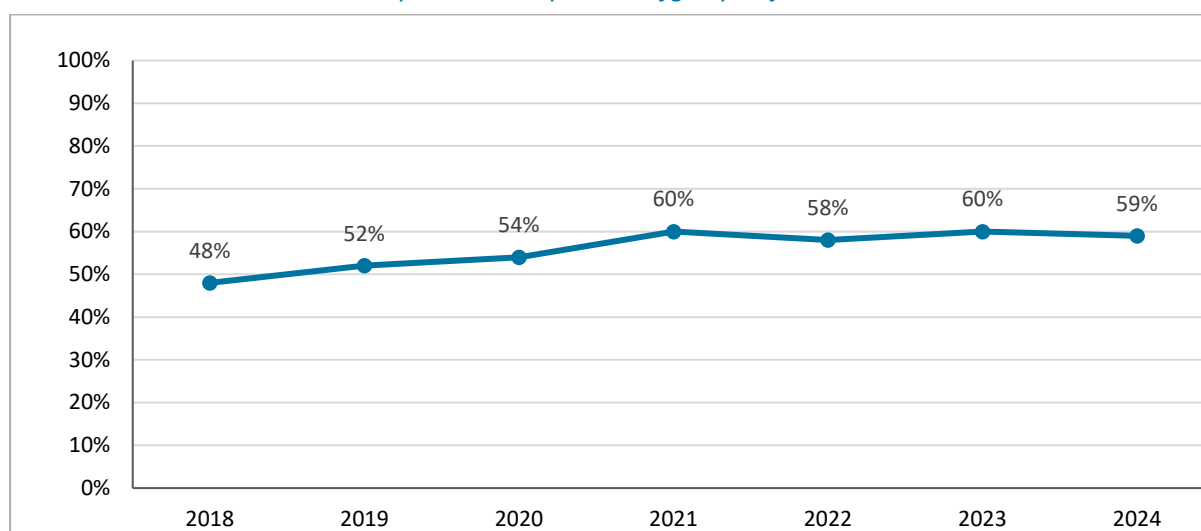


3.1 Het voorkomen van patiëntenstops op basis van de Nivel-huisartsenpraktijkenquête

Vanaf 2018 is in de jaarlijkse Nivel-praktijkenquête de vraag gesteld of praktijken als gevolg van capaciteitsproblemen gedurende het jaar (tijdelijk) geen nieuwe patiënten konden aannemen (zie ook paragraaf 1.1) (van 2018-2022 betrof het 'de afgelopen 5 jaar', van 2022-2024 betreft het 'het afgelopen jaar'). Op basis van deze vraag zien we dat vanaf 2018 het percentage praktijken dat één keer of vaker, en korter of langer een patiëntenstop had ingesteld, relatief licht is gestegen en vanaf 2021 stabiel is gebleven rond de 60% (Figuur 1; ook gepubliceerd in (Flinterman, Vis, van Schaaik, & Batenburg, 2024). Hierbij moet rekening worden gehouden met een wijziging in de meetmethode: van 2018 tot en met 2021 werd gevraagd naar de situatie in 'de afgelopen 5 jaar', terwijl vanaf 2022 wordt gevraagd naar 'het afgelopen jaar'. In het najaar van 2024 gaf 59% van de praktijken aan in het afgelopen jaar een patiëntenstop te hebben gehad.



Figuur 1 *Trend in patiëntenstops van 2018 – 2021: wel een patiëntenstop in de afgelopen 5 jaar; 2022 - 2024: wel een patiëntenstop in het afgelopen jaar*

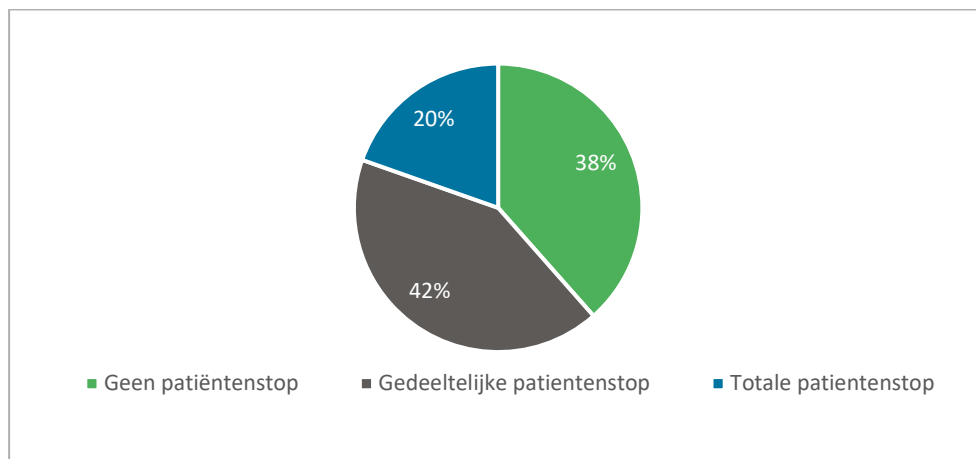


Door dieper in te gaan op de patiëntenstops is gekeken naar het soort patiëntenstops dat praktijken invoerden, namelijk een algehele patiëntenstop, of een gedeeltelijke patiëntenstop.

In de praktijkenquête van 2024 is voor dit onderzoek ook de vraag naar patiëntenstops op een andere manier gesteld, namelijk of de praktijk (1) op het moment van de enquêtering (2) *nieuwe* patiënten aannam en (3) zo ja, welke type patiënten (Bijlage A, vraag 21). Maken we nu op basis van deze vraag het basale onderscheid of een praktijk wel of geen nieuwe patiënten aannam – en dus geen volledige of gedeeltelijke patiëntenstop hanteerde – dan had 20% een 'volledige' patiëntenstop (neemt geen enkele groep nieuwe patiënten aan) en 42% een 'gedeeltelijke' patiëntenstop (nam allen bepaalde groepen nieuwe patiënten aan) (Figuur 2). Omdat praktijken in deze vraag een patiëntenstop soms anders interpreteren, leidt dit tot iets andere cijfers, die meer duidelijkheid verschaffen over de verdeling van het type patiëntenstop.



Figuur 2 Percentage praktijken dat op het moment van invullen (oktober - december 2024) een volledige, gedeeltelijke of geen patiëntenstop had (n=556)



Onderscheiden we binnen de groep praktijken die aangaf op het moment van enquêtering een ‘gedeeltelijke’ patiëntenstop ingesteld te hebben (42% van de respons) dan komt de volgende sub-verdeling naar voren:

- 81% van de groep gaf aan open te zijn voor nieuwe gezinsleden (pasgeboren kinderen of een partner) van al ingeschreven patiënten.
- 64% gaf aan open te zijn voor patiënten die recent in het verzorgingsgebied waren komen wonen en nog geen huisarts hadden.
- 9% gaf aan open te zijn voor alle patiënten die geen huisarts hebben.

Hierbij konden praktijken meerdere opties aanvinken omdat er meerdere groepen zijn waarvoor de patiëntenstop niet geldt. Als praktijken aangaven een patiëntenstop te hebben ingesteld in de afgelopen 12 maanden, was dit gemiddeld volgens de respondenten gedurende 31,2 weken in het jaar oftewel 7,2 maanden. De variatie rond dit gemiddeld was 17,9 weken. Daarbij gaf 27,8% van de praktijken aan dat ze gedurende het hele jaar gesloten waren voor nieuwe inschrijvingen.



3.2 Het voorkomen van patiëntenstops op basis van monitoring huisartsenpraktijk-websites

In deze paragraaf worden het aantal, de duur en wisselingen in het vermelden van een patiëntenstop op de website van huisartsenpraktijken besproken.



3.2.1 Het percentage praktijken dat volgens de website geen (bepaalde groepen) nieuwe patiënten aanneemt

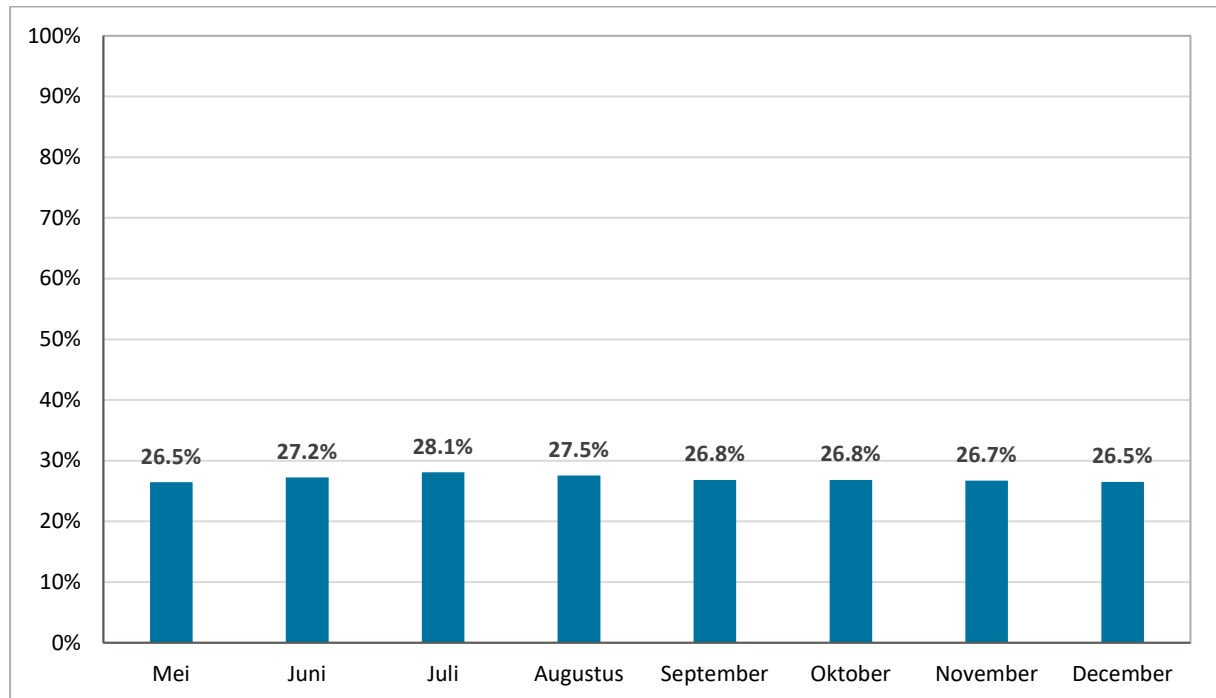
Door middel van de web-monitoringmethode is vanaf mei 2024 maandelijks informatie gecodeerd die op websites van huisartsenpraktijken stond met betrekking tot het aannemen van nieuwe patiënten als indicator voor al dan niet ingevoerde (gedeeltelijke) patiëntenstop. Het overgrote deel van de in totaal 4.848 Nederlandse huisartsenpraktijkenwebsites kon op deze manier op maandbasis worden gemonitord (zie ook paragraaf 2.3).

In de laatste monitoring- en codeer-ronde, december 2024, stond bij 1.276 praktijken informatie vermeld op de website waaruit afgeleid kan worden dat zij een (gedeeltelijke) patiëntenstop hanteren. Dat is 26,5% van het totaal gemonitorde praktijken en dit percentage blijkt over de tweede

helft van 2024 opvallend stabiel (Figuur 3). Alleen in juli en augustus was het percentage iets hoger (28,1 en 27,5%) wat mogelijk te maken kan hebben met de vakantieperiode.



Figuur 3 *Percentage van de beoordeelde Nederlandse huisartsenpraktijken waarbij op de website een (gedeeltelijke) patiëntenstop wordt vermeld, weergegeven per maand in 2024*



Vergelijking van het percentage ‘praktijken met patiëntenstop’ op basis van beide bronnen en methodieken

Het percentage praktijken dat in een bepaalde maand een (gedeeltelijke) patiëntenstop op de website heeft vermeld (gemiddeld 27,0% over de gehele meetperiode) ligt aanzienlijk lager dan het percentage praktijken dat in de praktijkenenquête aangaf een volledige of gedeeltelijke patiëntenstop te hebben op het moment van invullen (62%). Hiervoor zijn verschillende verklaringen. Allereerst is het goed mogelijk dat niet alle praktijken de patiëntenstop ook op hun website vermelden. Daardoor kan het dat zijn er praktijken zijn die bij navragen via de enquête wel aangeven een patiëntenstop te hebben, maar die dit (nog) niet op de website hebben staan. Ten tweede kan er sprake zijn van een ‘definitieverschil’. Waar we in de praktijkenenquête alle vormen van gedeeltelijke patiëntenstops meenemen (in termen van groepen nieuwe patiënten die wél ingeschreven kunnen worden), kan het zo zijn dat praktijken alleen een bericht op de website zetten als er sprake is van een volledige patiëntenstop. Dit kan ook verklaren waarom het percentage praktijken dat een patiëntenstop heeft volgens de web-monitoringmethode iets hoger ligt dan het percentage praktijken dat in de enquête aangeeft een algehele patiëntenstop te hebben. Tot slot is het mogelijk dat door de methodiek van de web-monitoring methode alsnog enkele praktijken gemist zijn die wel een patiëntenstop op hun website hadden staan. Meer informatie hierover staat in de discussie.



3.2.2 Duur dat informatie over patiëntenstops op de websites staan

Het voordeel van de maandelijkse web-monitoringmethode is dat de duur van de patiëntenstop(informatie) op de websites feitelijk ook geanalyseerd kan worden – al betreft het de facto een beperkte periode van 8 maanden. In Tabel 2 zien we dat de praktijken die informatie over patiëntenstops op de website vermelden, dit ook vaak meerdere maanden op hun website hebben staan. Een kleine minderheid haalt informatie over patiëntenstops na één of enkele maanden van de website. Van alle praktijken die minimaal in 1 maand een patiëntenstop had vermeld op de website gedurende de monitoringsperiode van 8 maanden, had iets meer dan de helft van de praktijken (53,4%) deze gedurende de gehele periode. In totaal had 33,5% van de praktijken op enig moment een patiëntenstop vermeld op de website gedurende de meetperiode.



Tabel 2 *Duur dat patiëntenstop-informatie op de praktijkwebsite stond vermeld, in maanden, sinds de eerste meting in mei 2024*

Aantal maanden dat patiëntenstop-informatie op website was vermeld sinds mei 2024	Aantal praktijken	Percentage van het totaal aantal praktijken
0	3.222	66,5%
1	80	1,7%
2	111	2,3%
3	84	1,7%
4	104	2,1%
5	97	2,0%
6	126	2,6%
7	156	3,2%
8	868	17,9%
Totaal	4.848	100%

Indien praktijken in de periode mei-december 2024 informatie over patiëntenstops op hun website hadden vermeld, duurde dat gemiddeld 6,3 maanden (van de 8 gemeten maanden). Wanneer er dus een patiëntenstop op de website staat, lijkt deze definitiever te zijn in vergelijking met wat praktijken aangeven in de Nivel praktijkenquête. Wanneer wordt gekeken naar wisselingen in het vermelden van een (gedeeltelijke) patiëntenstop op de websites zijn hierin weinig bewegingen te zien. Het overgrote deel (86,4%) is in de acht gemeten maanden niet veranderd (Tabel 3).



Tabel 3 *Aantal wisselingen in het vermelden van een (gedeeltelijke) patiëntenstop over patiëntenstops op de praktijkwebsite sinds de eerste meting in mei 2024*

Aantal wisselingen tussen mei en november 2024	Aantal praktijken	Percentage van het totaal aantal praktijken
0	4.188	86,4%
1	483	10,0%
2	129	2,7%
3	39	0,8%
4	7	0,1%
5	2	0,0%
Totaal	4.848	100%

4 Onderzoeksvraag 2: Zijn er regionale verschillen in het voorkomen van patiëntenstops?

4.1 Inleiding

Er zijn verschillende aanwijzingen dat de toegankelijkheid van huisartsenzorg, en daarmee ook het voorkomen van patiëntenstops, verschilt naar regio binnen Nederland. Zo verschilt, door allerlei redenen, de beschikbare personeelscapaciteit en mate waarin arbeidsmarktknelpunten spelen per regio (zie bijvoorbeeld Flinterman, Vis, van Schaaijk & Batenburg, 2024). Ook zijn er belangrijke regionale verschillen in zorggebruik en contacten die de bevolking heeft met de huisartsenpraktijk, wat weer samenhangt met verschillen in de demografische en sociaal-culturele opbouw van de bevolking (zie bijvoorbeeld de cijfers op: www.regiobeeld.nl).

In dit hoofdstuk kijken we eerst naar regionale verschillen in het voorkomen van patiëntenstops op basis van RegioPlus arbeidsmarktregio-indeling, en daarna op gemeenteniveau. Deze worden in paragraaf 4.2 vergeleken met de regionale verdeling van burgers die zich niet kunnen inschrijven bij de huisartsenpraktijk van voorkeur (burgers met een ‘wisselwens’). Vervolgens (paragraaf 4.3) gaan we na of het voorkomen van patiëntenstops samenhangt met een aantal kenmerken van de regio waar de huisartsenpraktijk is gevestigd. Dit is ten eerste de stedelijkheid van het gebied, en vervolgens een aantal gebiedskenmerken die (a) de patiëntenpopulatie en inwoners van het gebied betreffen (paragraaf 4.4) en (b) de huisartsencapaciteit in het gebied (paragraaf 4.5). Dit hoofdstuk sluit af met een samenvatting van de onderzochte verbanden, op de verschillende regioniveaus en op basis van de verschillende gebruikte bronnen.



4.2 Zijn er in regio's waar burgers niet kunnen wisselen van huisarts ook meer patiëntenstops?

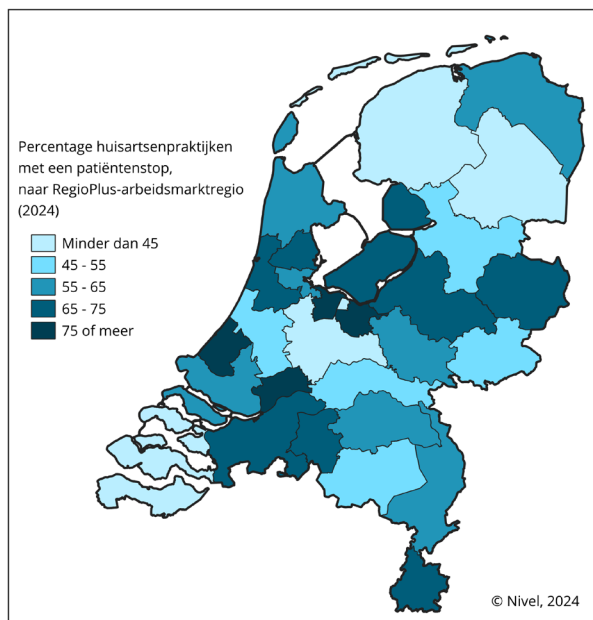
Met de nu volgende analyse toetsen we de verwachting, dat de regionale verdeling van burgers die zich niet kunnen inschrijven zal samenhangen met de regionale verdeling van huisartsenpraktijken die een patiëntenstop hanteren. We combineren daarvoor twee bronnen. Ten eerste, vanuit burgerperspectief, de landelijke enquête die we uitvoerden onder de Nederlands bevolking naar de inschrijfproblematiek (zie hiervoor paragraaf 1.1 en Aapkes et al., 2024). En ten tweede, de bronnen vanuit het perspectief van de huisartsenpraktijk die in dit rapport centraal staan, namelijk (1) de Nivel huisartsenpraktijk-enquête 2024 en (2) de monitoring van informatie op de websites van huisartsenpraktijken die in 2024 is uitgevoerd.

In Figuur 4a wordt links de spreiding van patiëntenstops over de 28 RegioPlus arbeidsmarktregio's weergegeven, gebaseerd op de vragen zoals in praktijkenenquête 2024. Figuur 4b ernaast, laat hoe de regionale verdeling is van burgers die zich niet bij een nieuwe of andere praktijk konden inschrijven, veelal na een verhuizing.

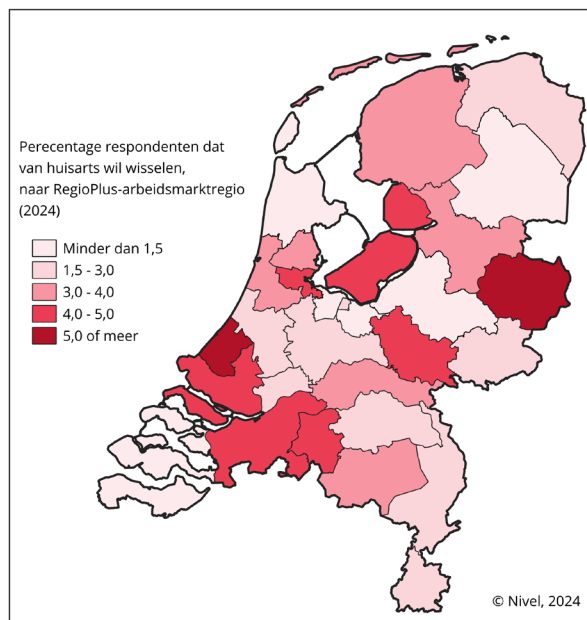
Figuur 4a Percentage huisartsenpraktijken dat in oktober-december aangaf een (gedeeltelijke) patiëntenstop te hanteren, naar RegioPlus arbeidsmarktregio



(Bron: Nivel praktijkenquête 2024)



Figuur 4b Percentage ingeschreven burgers dat zich niet kan inschrijven bij de huisartsenpraktijk van voorkeur, naar de RegioPlus arbeidsmarktregio waar zij in augustus 2024 woonachtig waren (Bron: Aapkes et al., 2024)



Tussen Figuur 4a en 4b zijn overeenkomsten maar ook verschillen zichtbaar. In Flevoland, Twente, Haaglanden, Midden-Gelderland, West-Brabant en Midden-Brabant zien we een relatief hoog percentage praktijken dat aangeeft een patiëntenstop te hanteren; en eveneens een hoog percentage respondenten dat aangaf zich niet bij de gewenste huisartspraktijk te kunnen inschrijven. Geografische clusteren deze regio's zich rond de Randstad, maar niet in grensregio's zoals Groningen, Friesland, Zeeland en Limburg.

Tegenover deze 6 regio's – met een relatief hoog percentage praktijken dat aangeeft een patiëntenstop te hanteren – staan echter een nog groter aantal RegioPlus arbeidsmarktregio's die de verwachting juist *niet* ondersteunen. Er zijn vooral veel regio's met een relatief hoog percentage patiëntenstops, maar een relatief laag percentage burgers die wil wisselen van huisartspraktijk. Deze regio's, vormen niet een bepaald patroon en zijn verspreid over Nederland (het gaat om: Groningen, Zuid-Holland Zuid, Amersfoort en omstreken, Gooi en Vechtstreek, Noord-Holland Noord, Noordoost Brabant, Noordwest-Veluwe en Stedendriehoek en Zuid-Limburg).



4.3 Zijn er geografische verschillen in patiëntenstops op gemeenteniveau?

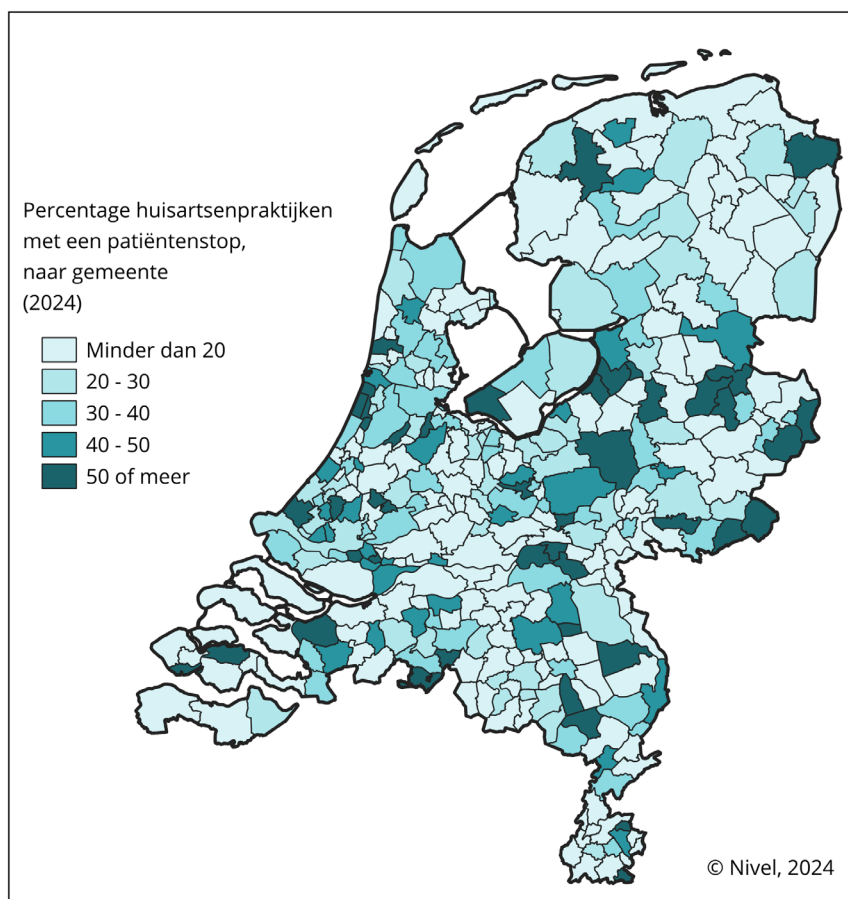
Huisartsenzorg wordt verleend vanuit het principe van 'laagdrempelig en dichtbij huis', wat doorgaans op lokaal niveau plaatsvindt. Hoewel 'lokaal' vaak wordt benaderd via postcodegebieden, zoals bij het bepalen van het bedieningsgebied of de inspanningsverplichting van huisartsen, is dit een te gedetailleerde en niet-passende geografische indeling voor het doel van dit onderzoek. Gemeenteniveau biedt een meer geschikte regio-indeling voor onderzoeksvraag 2, omdat huisartsenpraktijken vaak patiënten bedienen uit meerdere overlappende postcodegebieden. Gemeenten zijn relevant vanwege hun rol in het welzijns-, zorg-, huisvestings- en

voorzieningenbeleid en vormen een belangrijk niveau voor samenwerking en afstemming tussen praktijken, bijvoorbeeld bij de verdeling van patiënten en faciliteiten (zie ook hoofdstuk 4 hierna). Tegelijkertijd blijven grotere regioverbanden, zoals zorggroepen en regionale huisartsenorganisaties (RHO's), belangrijk voor contractering en bredere (intersectorale) samenwerkingsverbanden.

Nederland kent 342 gemeenten waarbinnen de ruim 4.800 huisartsenpraktijken in Nederland zijn gevestigd. Op basis van de eerder besproken praktijkwebsite-data, is per gemeente het percentage praktijken bepaald dat informatie over een (gedeeltelijke) patiëntenstop op hun website heeft vermeld. De laatste monitoringronde in december 2024 laat dan zien dat er 94 gemeenten (26%) zijn waarin geen van de praktijken informatie over een (gedeeltelijke) patiëntenstop op hun website had vermeld. De andere 74% van de gemeenten kent een percentage praktijken met patiëntenstop-informatie op de website dat sterk verschilt onderling. Figuur 5 laat in detail (op gemeenteniveau) zien dat er een grote verspreiding en 'versnippering' binnen Nederland is. Er zijn geen specifieke gebieden, stroken of zones van gemeenten die in het oog springen en een (geografisch) patroon vormen. De figuur laat wel zien dat er regelmatig grote verschillen zijn tussen buurgemeenten, die scherp contrasteren in het percentage praktijken dat patiëntenstop-informatie op de website in de maand december 2024 had gepubliceerd.



Figuur 5 *Percentage huisartsenpraktijken met informatie over een (gedeeltelijke) patiëntenstop vermeld op de website, per gemeente, in december 2024*



Het verschil per gemeente hoeveel praktijken in deze gemeenten gevestigd zijn. Bij kleine aantallen praktijken binnen de gemeente is het percentage gevoeliger voor schommelingen op basis van wijzigingen bij een enkele praktijk.

4.4 Hangt stedelijkheid samen met het voorkomen van patiëntenstops?

De voorgaande paragraaf laat zien dat het voorkomen van patiëntenstops op gemeenteniveau geen duidelijk geografisch patroon vertoont. In deze paragraaf toetsen we de verwachting dat de stedelijkheid³ van het gebied dat een praktijk bedient (het gebied waar ingeschreven patiënten (kunnen) wonen), mogelijk wel samenhangt met de kans dat een huisartsenpraktijk een patiëntenstop hanteert. Deze verwachting is gebaseerd op de veronderstelling dat in stedelijke gebieden de mobiliteit van inwoners groter is, achterstandsproblematiek vaker voorkomt en relatief meer patiënten voorkomen die een complexe zorgvraag hebben. Ook zijn in stedelijke gebieden de huisvestings- en uitbreidingsproblemen van praktijken groter en kost het meer moeite met name het ondersteunend personeel te werven en behouden. Daar staat overigens tegenover dat praktijken in stedelijke gebieden meer aanbod kennen van pas afgestudeerde huisartsen, en ook een jongere patiëntenpopulatie van studenten en starters op de arbeidsmarkt die een minder complexe zorgvraag kennen.

In feite staat stedelijkheid van het bedieningsgebied van praktijken dus voor verschillende gebiedskenmerken die de consult- en werkdruk op de huisartsenpraktijk kunnen vergroten; maar voor een deel ook kunnen verkleinen. De veronderstelde samenhang van deze kenmerken met het voorkomen van patiëntenstops zullen we hierna nog specifiek toetsen. Maar eerst gaan we na wat de samenhang is tussen de mate van stedelijkheid van het vestigings- of bedieningsgebied aan de ene kant, en het vóórkomen van patiëntenstops in dat gebied aan de andere kant. We doen dit door weer gebruik te maken twee bronnen, namelijk van data uit de Nivel huisartsenpraktijkenquête, evenals data van de websites van huisartsenpraktijken.



4.4.1. Uitkomsten op basis van de Nivel-huisartsenpraktijkenquête

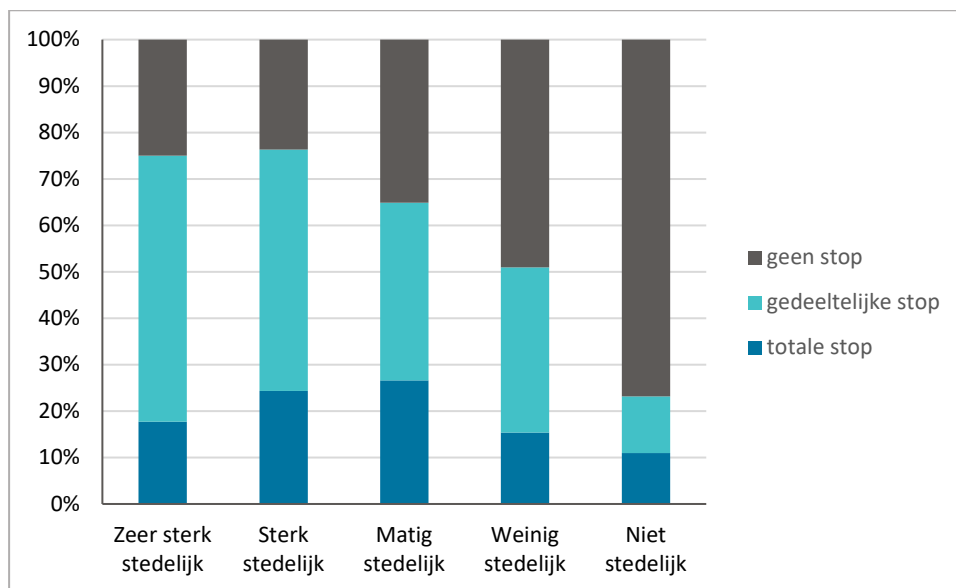
Voor deze analyse zijn eerst alle 556 praktijken die deelnamen aan de praktijkenquête onderverdeeld naar de mate van stedelijkheid van hun vestigingsgebied. Vervolgens is voor de vijf stedelijkheidscategorieën het percentage praktijken berekend dat aangaf een gehele of gedeeltelijke patiënten te hanteren. Eerder zagen we (zie paragraaf 3.1) dat landelijk deze percentages 20% respectievelijk 42% bedroegen.

Figuur 6 laat een duidelijk verband zien: hoe minder stedelijk de omgeving, hoe vaker praktijken aangaven (in oktober-december 2024) geen patiëntenstop te hanteren. In meer stedelijke gebieden komen meer gedeeltelijke patiëntenstop voor, maar het percentage dat een volledige patiëntenstop heeft ingesteld is het hoogst in de middelste categorie 'matig-stedelijk gebied'.

³ Stedelijkheid is gebaseerd op de CBS-definitie waarin de gemiddelde omgevingsadressendichtheid (oad) leidend is. De omgevingsadressendichtheid geeft de mate van concentratie van menselijke activiteiten weer: zeer sterk stedelijk: gemiddelde oad van 2500 of meer adressen per km²; sterk stedelijk: gemiddelde oad van 1500 tot 2500 adressen per km²; matig stedelijk: gemiddelde oad van 1000 tot 1500 adressen per km²; weinig stedelijk: gemiddelde oad van 500 tot 1000 adressen per km²; niet stedelijk: gemiddelde oad van minder dan 500 adressen per km².



Figuur 6 Verdeling van het percentage praktijken dat geen, een gedeeltelijke of een volledige patiëntenstop hanteerden op het moment van de praktijkenquête, naar vijf categorieën van stedelijkheid van het vestigingsgebied van de huisartsenpraktijk (n=556)



Stedelijkheid

Zoals hiervoor aangegeven staat stedelijkheid voor een groot aantal andere gebieds- en praktijkkenmerken die elk ook hun relatie hebben met het voorkomen van patiëntenstops. Zo is bekend dat in stedelijk gebieden andere en grotere praktijkvormen voorkomen dan in niet-stedelijk gebieden, zoals gezondheidscentra. En als we het percentage praktijken met een patiëntenstop vergeleken voor de groep die tot een gezondheidscentra behoort en praktijken die dit niet waren, dan blijkt dat patiëntenstops iets vaker voorkomen bij gezondheidscentra. Echter na correctie voor stedelijkheid van vestigingsgebied van de praktijk valt dit verschil weg. Daaruit kunnen we afleiden dat het verschil in het voorkomen van patiëntenstops waarschijnlijk meer samenhangt met stedelijkheid dan praktijkvormen, zoals onderdeel uitmaken van een gezondheidscentrum.

Zoals eerder aangegeven hangen er meer factoren samen met stedelijkheid, zoals ook verschillen in patiëntkenmerken en daarbij passende zorgzwaarte, de beschikbaarheid van huisartsen en van praktijkruimte. Om aan te geven wat nu de oorzaak is van de sterke samenhang met patiëntenstops en stedelijkheid, zou een, uitgebreidere multivariate analyse noodzakelijk zijn. Daarbij dienen idealiter “alle” andere factoren te worden die invloed kunnen hebben op de samenhang tussen patiëntenstops en stedelijkheid. Deze analyse is op dit moment niet mogelijk vanwege het gebrek aan beschikbare, gedetailleerde gegevens die nodig zijn om een multivariate analyse op betrouwbare wijze uit te voeren. De huidige data bevat bijvoorbeeld geen specifieke praktijkkenmerken, zoals patiëntensamenstelling of zorgvraag, en maakt slechts gebruik van algemene indicatoren zoals stedelijkheid. Daarnaast zijn patiëntkenmerken alleen beschikbaar als proxy op basis van postcodes, die vaak grote gebieden omvatten en onvoldoende specifiek zijn om verschillen binnen praktijken nauwkeurig te analyseren. Verdere dataverzameling en verfijning zijn daarom essentieel om een meer robuuste analyse uit te voeren en een volledig beeld te krijgen van de factoren die bijdragen aan patiëntenstops. Daarom worden in dit rapport alleen associaties tussen patiëntenstops en andere kenmerken onderzocht.



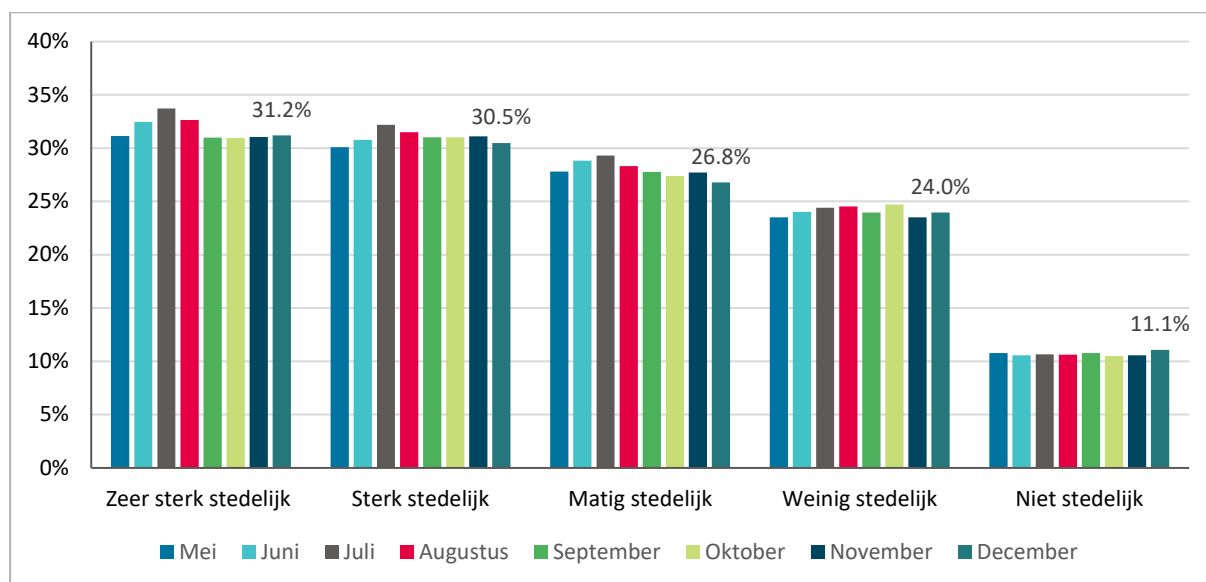
4.4.2 Uitkomsten op basis van de monitoring van praktijkwebsites

Dezelfde stedelijkheidscodering en indeling van praktijken naar de vijf categorieën is toegepast op de ruim 4.800 praktijken waarvan in de tweede helft van 2024 maandelijks is nagegaan of zij informatie over patiëntenstops op hun website hadden vermeld (zie paragraaf 3.2.1). Figuur 7 laat de uitkomsten zien voor praktijken die in zeer sterk tot niet stedelijk gevestigd waren, waarbij ook de 6 maanden onderscheiden zijn waarin de website geraadpleegd en gecodeerd zijn.

Ook nu blijkt dat het percentage praktijken dat een (gedeeltelijke) patiëntenstop vermeld op de website vooral gevestigd zijn in (sterk) stedelijk gebieden. Vooral het contrast met de groep praktijken gevestigd in niet-stedelijk gebied valt op. Het vermelden van een (gedeeltelijke) patiëntenstop hangt dus ook hier significant samen met de stedelijkheid van het gebied waarin de praktijk gevestigd is. De maanden waarin de websites zijn geraadpleegd, maken voor deze conclusie geen verschil; al eerder in hoofdstuk 3 zagen we op landelijk niveau dat de percentages ‘vermeld een (gedeeltelijke) patiëntenstop op de website’ stabiel over de 8 maands-periode waren.



Figuur 7 *Percentage huisartsenpraktijken met een (gedeeltelijke) patiëntenstop vermeld op de website, naar vijf categorieën van stedelijkheid van het vestigingsgebied van de huisartsenpraktijk en naar maand in de periode mei tot en met december 2024*



Praktijkwebsites als bron maken ook nog een andere meting rond patiëntenstops mogelijk, namelijk het aantal maanden dat een praktijk een (gedeeltelijke) patiëntenstop op de website heeft vermeld (zie paragraaf 3.2.2). Om de samenhang van deze variabele met stedelijkheid te bepalen hebben we ons beperkt tot de (meerderheid van) praktijken die minimaal één keer patiëntenstop-informatie vermeld hadden op hun website in de periode van mei tot en met december 2024.

Tabel 4 laat zien dat stedelijkheid van het vestigingsgebied geen verschil maakt in de duur van vermelding van patiëntenstopinformatie op de website. Voor alle vijf stedelijkheids categorieën is het aantal maanden dat men de praktijkstop-informatie heeft vermeld tussen de 6,2, en 6,5 maanden (van de 8) met niet op- of oplopend patroon naar stedelijkheid. De samenhang met stedelijkheid is primair het feit of wel of geen informatie op de website staat vermeld voor nieuwe patiënten die zich niet (meer) kunnen inschrijven in de praktijk.



Tabel 4 Gemiddeld aantal maanden dat een praktijk patiëntenstop-informatie vermeld heeft op de website voor de groep die in de maanden mei tot en met december 2024 minimaal één keer deze informatie heeft vermeld, naar vijf categorieën van stedelijkheid van het vestigingsgebied van de huisartsenpraktijk

Stedelijkheid	Aantal maanden indien minimaal 1 stop	Aantal praktijken
Zeer sterk stedelijk	6,2	484
Sterk stedelijk	6,3	541
Matig stedelijk	6,5	282
Weinig stedelijk	6,2	230
Niet stedelijk	6,5	79

Concluderend

Op basis van beide bronnen zien we een duidelijk verband tussen het voorkomen van patiëntenstops en de mate van stedelijkheid van het gebied waar de huisartsenpraktijk gevestigd is. Dit is een relevant resultaat, maar hierbij is nog niet gezegd dat stedelijkheid alleen het belangrijkste gebiedskenmerk is dat samenhangt met het (regionaal of lokaal) voorkomen van patiëntenstops. Zoals we hierboven al aangaven hangt stedelijkheid op zijn beurt samen met allerlei andere factoren en gebiedskenmerken. We gaven al aan dat de beschikbaarheid van huisartsen en ondersteunend personeel anders is in sterk stedelijk gebied dan in niet stedelijk gebied. Bijvoorbeeld door beschikbaarheid van woningen of parkeerplekken voor huisartsen en andere leden van het huisartsenpraktijk-team, en de beperkte mogelijkheid tot uitbreiding van de huisvesting van de praktijk. Ook noemden we dat de patiëntenpopulatie in stedelijk gebied anders is en gemiddeld genomen een hogere en/of complexere zorgvraag heeft.

We herhalen daarom op deze plek nog eens, dat er zeer veel factoren samenhangen met stedelijkheid en daarmee mogelijk ook met het voorkomen van patiëntenstops. Het is met dit rapport niet mogelijk om een eenduidige ‘verklaring’ te geven van het verschil in patiëntenstops tussen stedelijk en niet stedelijk gebied. In de volgende paragrafen gaan we wel verder in op samenhang tussen patiëntenstops en kenmerken van de patiëntpopulatie (zie paragraaf 4.5) en de samenhang tussen de beschikbaarheid van huisartsen en patiëntenstops (zie paragraaf 4.6).

4.5 Hangen kenmerken van de patiëntpopulatie samen met het voorkomen van patiëntenstops?

Zoals hierboven aangegeven, kan de regionale variatie/spreiding waarin patiëntenstops voorkomen samenhangen met, ten eerste, de vraag naar deze zorg vanuit de bevolking en patiëntenpopulatie. Factoren zoals leeftijd, sociaaleconomische positie, zorgbehoefte, en chronische aandoeningen binnen een populatie hebben invloed op het gebruik van huisartsenzorg. Populaties met een vergrijzende bevolking of een hoge zorgvraag zorgen voor een grotere belasting van huisartsenpraktijken.

In deze paragraaf wordt verkend in hoeverre dergelijke kenmerken van patiëntenpopulaties woonachtig in het vestigingsgebied van de huisartsenpraktijk verband houden met het voorkomen van patiëntenstops. Zoals eerder aangegeven, hangen veel factoren met elkaar samen. Er kan dus niet gesteld worden dat een samenhang tussen patiëntenstops en kenmerken van de patiëntenpopulatie, de eerder gevonden samenhang tussen patiëntenstops en stedelijkheid kan

‘weg-verklaren’. Anderzijds is het zo dat als kenmerken van patiëntenpopulaties woonachtig in het vestigingsgebied van de huisartsenpraktijk van belang blijken te zijn, deze aanknopingspunten bieden voor het vinden met specifieke oplossingen voor patiënten en praktijken in dit type gebieden.

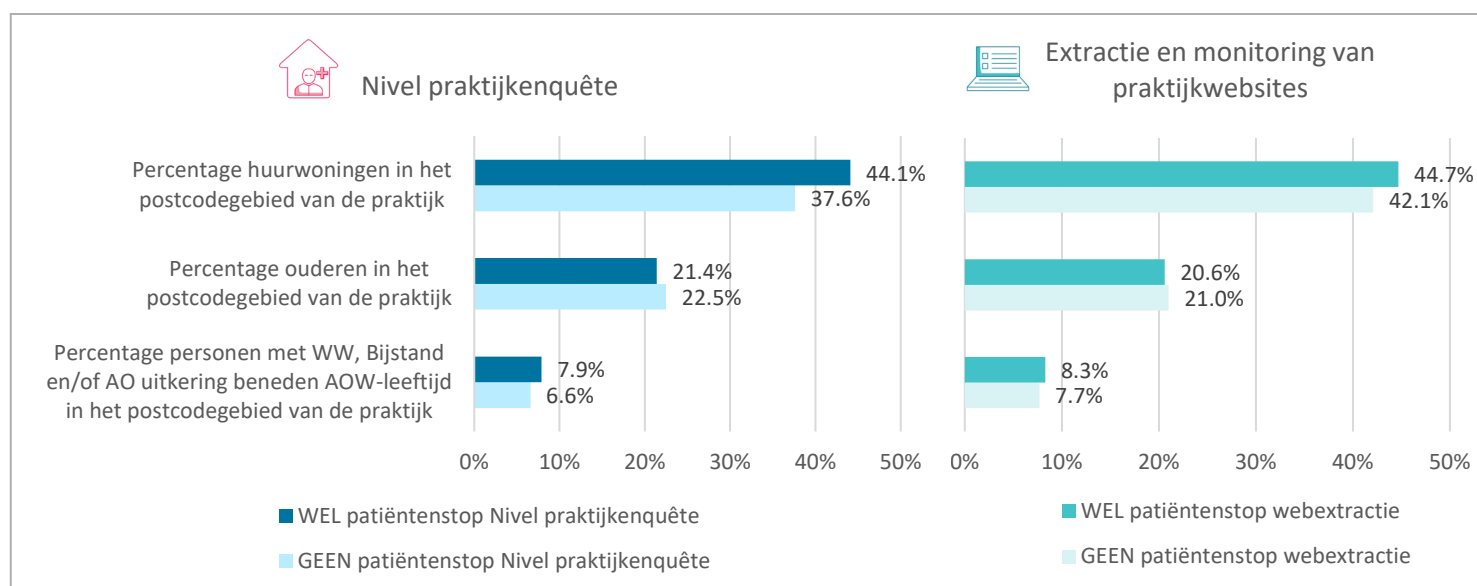
Hieronder kijken we naar samenhang tussen drie kenmerken van patiëntenpopulaties woonachtig in het vestigingsgebied (PC4) van de huisartsenpraktijk aan de ene kant, en het instellen van een patiëntenstop door de praktijk aan de andere kant. Deze gegevens zijn verkregen via de Kerncijfers per postcode van het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2024).

Het gaat om:

1. Percentage personen met WW, bijstand en/of AO-uitkering beneden AOW-leeftijd in het postcodegebied van de praktijk.
2. Percentage huurwoningen in het postcodegebied van de praktijk.
3. Percentage personen van 65 jaar en ouder in het postcodegebied van de praktijk.

Net als de voorgaande analyses worden zowel de data verzameld met de Nivel-praktijkenquête 2024, alsook de data op basis van de praktijkwebsite-monitoring gebruikt. De onderstaande Figuur 8 vat de resultaten van beide samen in één overzicht.

Figuur 8 *Vergelijking van kenmerken van patiënten woonachtig in het vestigingsgebied van de huisartsenpraktijk (PC4) voor praktijken met en zonder (gedeeltelijke) patiëntenstop, op basis van (links) de Nivel praktijkenquête en (rechts) monitoring van praktijkwebsites. (alle verschillen zijn significant; $p < 0.05$)*



Figuur 8 laat zien dat in postcodegebieden waar praktijken met een (gedeeltelijke) patiëntenstop gevestigd zijn, het percentage personen met WW-, bijstand- en/of AO-uitkering beneden de AOW-leeftijd significant hoger ligt evenals het percentage huurwoningen. Het percentage ouderen ligt in deze postcodegebieden juist significant lager. We zien in beide bronnen en methoden dezelfde verschillen, die aansluiten bij eerder onderzoek van Independer (2023), waaruit bleek dat patiëntenstops vaker voorkomen in stedelijke gebieden en gebieden waar de bevolking een lagere sociaaleconomische positie kent. Een beperking van deze analyse is wel dat huisartsenpraktijken doorgaans een populatie bedienen die groter is dan het ‘eigen’ postcodegebied (zie ook paragraaf 2.4). Dit betekent ook dat de sociaaleconomische en demografische kenmerken van de postcodegebieden niet precies overeenkomen met die van de daadwerkelijke patiëntenpopulatie

van de praktijk. Gegeven over de omvang en sociaal-demografische samenstelling van de patiëntenpopulatie van de praktijk was echter in beide bronnen niet beschikbaar.

4.6 Hangt de beschikbaarheid van huisartsen samen met patiëntenstops?

In deze paragraaf onderzoeken we of de personeelsomvang van de praktijk samenhangt met het voorkomen van patiëntenstop. We verwachten dat praktijken met relatief meer personeel door hun schaalgrootte meer flexibiliteit hebben om toch nieuwe patiënten aan te nemen. Relatief kleinere praktijken hebben mogelijk sneller de grenzen van hun capaciteit bereikt en zullen daardoor eerder een patiëntenstop moeten instellen. Ondanks dat huisartsenzorg door meer functies wordt geleverd binnen de praktijk wordt in deze sectie onderzocht in hoeverre deze verwachting klopt, door het aantal huisartsen als proxy te nemen voor de omvang van de praktijk (huisartsen en ondersteunend personeel). Een beperking van deze analyse is dat hierbij geen rekening wordt gehouden met de kenmerken van de patiëntpopulatie, en ook niet met de exacte capaciteit aan ondersteunend personeel die ook invloed zou kunnen hebben op de ruimte en rek die praktijken hebben om nieuwe patiënten aan te (blijven) nemen. We gaan later op deze beperking in, en hoe dit verder te onderzoeken.



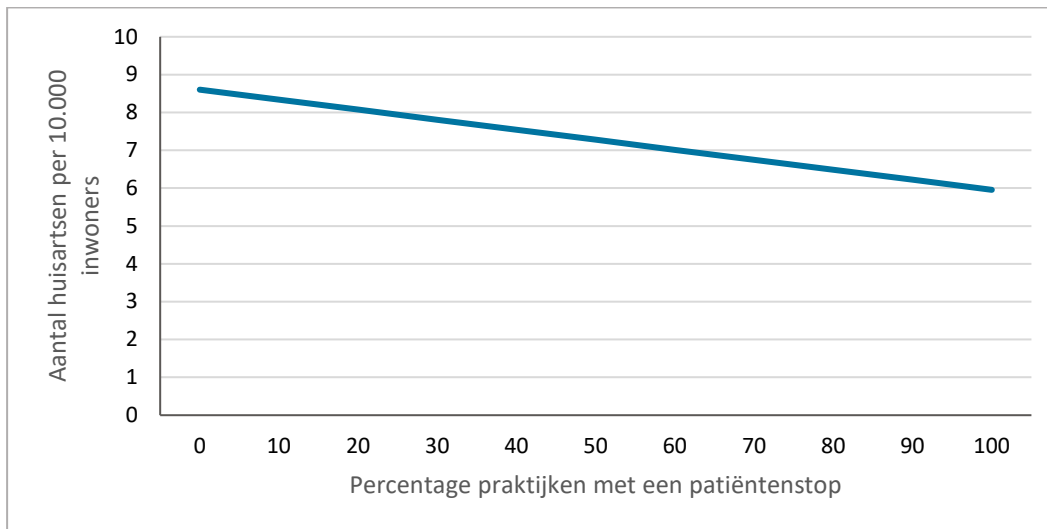
4.6.1 Aantal huisartsen per 10.000 inwoners

Als eerste toets gaan we op gemeenteniveau na of het aantal werkzame ‘regulier gevestigde huisartsen’⁴ per 10.000 inwoners (de ‘huisartsendichtheid’) samenhangt met het vóórkomen van patiëntenstops. We gebruiken hiervoor de data die we verzamelden via de monitoring van praktijkwebsites (Nivel beroepenregistraties in de zorg). Er blijkt dan inderdaad een verband te zijn in de verwachte richting: in gemeenten waar het aantal huisartsen per 10.000 patiënten lager ligt, is het percentage praktijken met een patiëntenstop-informatie op hun website hoger ($r(340) = -0,14$; $p = 0.0089$). Wanneer we de (vaak kleine) gemeenten met weinig praktijken excluseren omdat deze vaak 0% of 100% patiëntenstops scoren, wordt deze relatie sterker ($r(242) = -0,23$; $p = 0.0002$). Voor iedere huisarts extra per 10.000 inwoners daalt het percentage praktijken met een patiëntenstop in de gemeente met 38 procentpunt. Dit duidt erop dat een grotere beschikbaarheid van huisartsen samenhangt met minder patiëntenstops (figuur 9).

⁴ Onder regulier gevestigde huisartsen verstaan we huisartsen die werkzaam zijn als zelfstandig gevestigde (praktijkhouder), als huisarts in dienst van een huisartsenpraktijk (HIDHA) of een andere zorginstelling (HID) en huisartsen die vaste waarnemer zijn. Wisselende waarnemers, die geen vaste werkplek hebben, vallen niet onder de groep regulier gevestigde huisartsen.



Figuur 9 Het verband tussen het percentage praktijken met een patiëntenstop en het aantal werkzame huisartsen per 10.000 inwoners op gemeenteniveau



We vinden hier op gemeenteniveau een duidelijk verband maar dit kan (zoals hiervoor ook aangegeven) mede bepaald worden door andere factoren ('*confounders*'). Zo is het aantal huisartsen per 10.000 inwoners ook lager in stedelijke gebieden ($r(340)=-0,16$; $p=0.0117$), en zagen we eerder dat er in stedelijk gebied er relatief meer praktijken met een patiëntenstop zijn. Stedelijkheid en huisartsendichtheid zouden elkaar kunnen versterken als oorzaken voor het voorkomen van meer of minder praktijken met patiëntenstops op gemeenteniveau. Of dit zo is, is een interessante vraag voor vervolganalyse; net als het verklaren van de lagere huisartsendichtheid in stedelijke gebieden. Hier speelt mogelijk het vestigingsgedrag van huisartsen een rol, in relatie kenmerken van de patiëntenpopulatie, huisvestingsmogelijkheden et cetera. Het spreekt vanzelf dat verder onderzoek nodig is om dit op gemeente- of ander gebiedsniveau te analyseren.



4.6.2 Aantal uren inzet van huisartsen per 1.000 ingeschreven patiënten

De tweede toets is gebaseerd op de praktijkenquête zoals die eind 2024 is uitgezet. Deze data biedt de mogelijkheid om de (relatieve) huisartsencapaciteit per praktijk specifiek te meten. Naast het aantal huisartsen dat werkzaam is in de praktijk, kan op basis van de praktijkenquête ook berekend worden wat de inzet is in uren van alle regulier gevestigde huisartsen in de praktijk (alle type huisartsen behalve wisselende waarnemers), ten opzichte van het aantal ingeschreven patiënten.

Ook met deze analyse op praktijkniveau wordt de verwachting bevestigd. Praktijken met een hoger aantal uren huisartsen vaste per 1.000 patiënten hebben minder vaak een patiëntenstop ($r(534)=-0,11$; $p=0.0149$). Andersom laat hetzelfde resultaat zien: praktijken met een patiëntenstop hebben gemiddeld 24,6 uur aan vaste huisartsen per 1.000 ingeschreven patiënten, ten opzichte van 26,4 uur bij praktijken die geen patiëntenstop hanteren.

Als we ook hier weer proberen na te gaan welke andere factoren als *confounder* een rol spelen bij de gevonden relatie, dan zien we interessant genoeg dat er geen significante relatie is tussen de uren inzet van de werkzame huisartsen per 1.000 patiënten en de stedelijkheid van het gebied van de praktijk. Dat stedelijkheid en (relatieve) huisartsencapaciteit samen de kans op het voorkomen van een patiëntenstop verklaren lijken uit deze analyse dus niet naar voren komen. Huisartsen in het hele land laten eenzelfde inzet per 1.000 ingeschreven patiënten zien voordat overgegaan wordt op een patiëntenstop (waardoor deze inzet niet meer verandert).

5 Onderzoeksvraag 3 en 4: Redenen en mogelijke oplossingen voor patiëntenstops

In dit hoofdstuk verdiepen we de analyse door te kijken naar de motieven die huisartsenpraktijken hebben om een (gedeeltelijke) patiëntenstop te hebben ingesteld. Ook biedt kwalitatieve analyse de mogelijkheid om te kijken naar de oplossingsrichtingen die huisartsenpraktijken inzetten en/of zouden willen inzetten om patiëntenstops te voorkomen en zoveel mogelijk patiënten toegang tot huisartsenzorg te kunnen verlenen. We laten daarbij niet alleen de antwoorden van de respondenten op een aantal gesloten vragen zien, maar ook citeren we wat men op open vragen heeft geantwoord. Dit laatste mag minder representatief zijn, het verrijkt wel de analyses en daarmee het inzicht in hoe patiëntenstops op een gegeven moment worden ingesteld; en mogelijk weer opgelost kunnen worden.

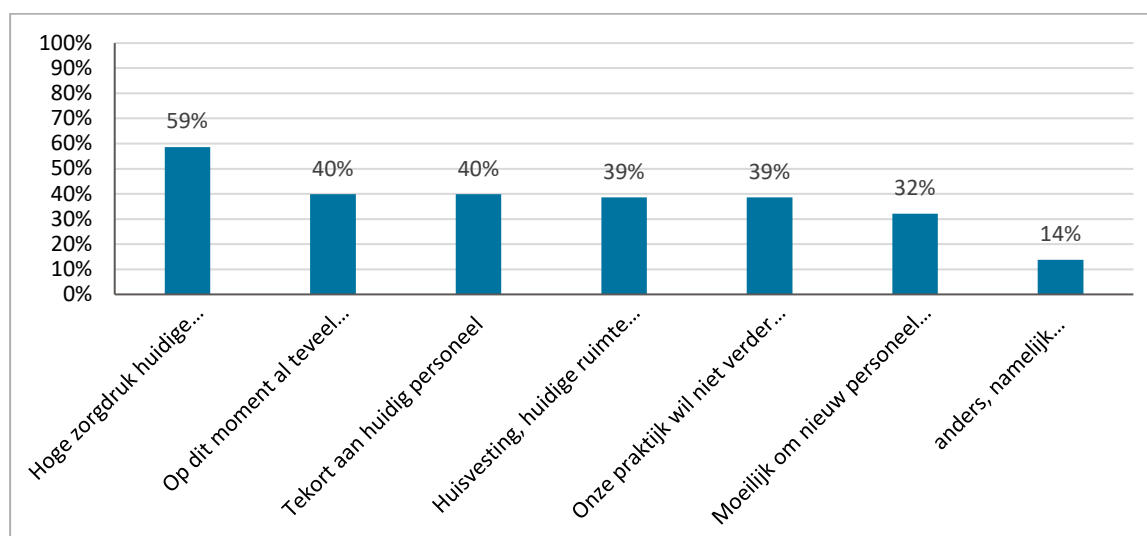


5.1 Wat zijn redenen voor patiëntenstops?

De respondenten van de praktijkenquête die aangaven in de afgelopen 12 maanden een patiëntenstop te hebben gehad, kregen de vervolgvraag om één of meerdere redenen aan te kruisen voor deze patiëntenstop (zie ook Bijlage A, vraag 26a). In Figuur 10 staat de verdeling van de antwoorden weergegeven. De meest aangekruiste reden was dat de patiëntenpopulatie een hoge zorgdruk heeft (59%). Onder 'zorgdruk' wordt hier verstaan het aantal contacten / consulten met de huisartsenpraktijk. Daarnaast werd vaak aangegeven dat er op dit moment al teveel patiënten per huisarts ingeschreven staan (40%) en een tekort aan huidig personeel (40%). Ook de ruimte speelt een rol, 39% van de respondenten geeft aan dat er een patiëntenstop is omdat de huidige praktijkruimte te klein is en 39% geeft aan dat de praktijk niet verder wil groeien. Deze redenen hangen duidelijk met elkaar samen. Er is overgegaan tot het instellen van een patiëntenstop, omdat de verhouding tussen wat nodig en beschikbaar is aan capaciteit uit balans is. En het noch voor de patiënt noch het personeel verstandig is om deze disbalans te vergroten door meer patiënten aan te nemen dan de praktijk aangeeft en inschat aan te kunnen.



Figuur 10 Redenen voor een patiëntenstop. Er konden meerdere redenen worden aangekruist (n=399)



Figuur 10 laat zien dat van de respondenten 14% (n=55, na herindeling van vrije tekst antwoorden indien mogelijk) de optie ‘anders, namelijk...’ heeft aangekruist. Meerdere respondenten van deze groepen gaat hier in op een reden die te maken heeft met personeelstekorten. In dat geval staan ze in figuur 10 ook reeds weergegeven onder personeelstekorten, maar hier specificeren ze het probleem, bijvoorbeeld door aan te geven dat dit weer veroorzaakt wordt door ziekte, pensionering en het niet kunnen vinden van een nieuwe praktijkhouder of lagere bezetting tijdens vakanties. Het volgende werd bijvoorbeeld in de categorie anders vermeld:

- *“In het verleden omdat we personeelstekort hadden. Nu recent is de formatie op orde en zijn we van plan om binnenkort open te gaan.”*

Ook het verbeteren van de toegankelijkheid voor een specifieke groep patiënten wordt als specifieke redenen genoemd om een patiëntenstop in te stellen op een specifiek moment. Getuige de volgende antwoorden op de categorie overige gaat het soms om studenten:

- *“We zaten op een goed aantal. We gaan altijd open in september om nieuwe studenten aan te trekken, we zijn nu weer open.”*

En andere groepen zoals expats, complexe patiënten, en patiënten met een wisselwens:

- *“Overstappers in de wijk of expats geven veel werkdruk. [We moeten] soms doseren om deuren open te zetten.”*
- *“Nieuwe patiënten kunnen nog wel eens een moeilijk zwaar dossier hebben en dan is het niet aantrekkelijk om altijd maar weer deze categorie patiënten aan te nemen, terwijl andere praktijken dicht zijn maar mogelijk wel selectief patiënten aannemen zonder zwaar dossier.”*
- *“Wij nemen wel nieuwe patiënten aan, maar er is ook een grens, we kunnen niet alle patiënten van de wijk overnemen die al een huisarts hebben dan is de inschatting dat de druk te hoog wordt.”*

Daarbij moet worden vermeld dat selectie van patiënten of afspraken over verdelen van patiënten alleen zijn geoorloofd wanneer het bieden van zorg in het gedrang komt en als dit niet gebeurt op basis van de zorgvraag van de patiënt, de zogenoemde risicoselectie.

Ook huisvesting speelt een rol. Door een tekort aan betaalbare praktijkruimten wordt de groei van de praktijk beperkt zodat een grotere praktijkruimte niet nodig is:

- *“Voor een veel grotere patiëntengroep wordt de praktijk langzaamaan te klein. Dan moeten we naar uitbreiding gaan kijken en de kosten van nieuwe panden zijn gigantisch.”*

Waarbij ook de ontwikkelingen in de omgeving van de praktijk een grote rol kan spelen:

- *“zorginstellingen die zich vestigen zonder overleg met complexe patiënten die overmatig veel zorg vragen die wij er niet bij kunnen hebben.”*

Tot slot is vermeldenswaardig dat ook onder ‘anders’ wordt genoemd dat meer ingeschreven patiënten betekent ook dat de praktijk verantwoordelijk is voor meer avond-, nacht- en weekend (ANW) diensten. Dit zou de druk op de praktijk verder verhogen.



5.2 Welke oplossingen zoeken praktijken voor patiëntenstops?

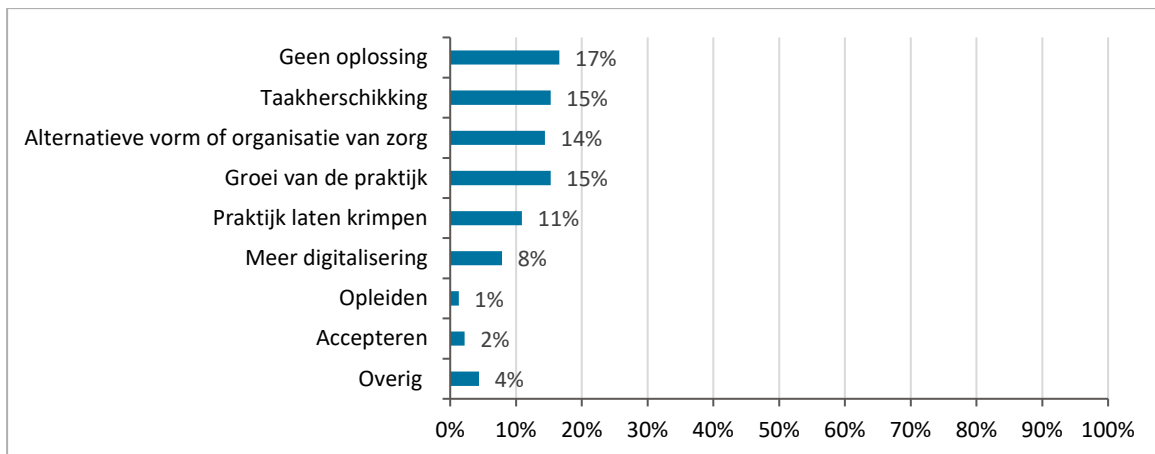
In de Nivel-praktijkenquête was een andere vervolgvraag om mogelijke oplossingen te noemen, gekoppeld aan de oorzaken die voor de praktijk aanleiding waren om een patiëntenstop in te stellen (zie Bijlage A, vraag 24b). Met andere woorden was de vraag of een patiëntenstop voorkomen had kunnen worden als de oorzaak ervoor was opgelost/weggenomen. Ter illustratie: wanneer een respondent aan had gekruist dat huisvesting en een hoge zorgdruk redenen waren voor de patiëntenstop in het afgelopen jaar, werd middels een open vraag (tekstveld) gevraagd naar

oplossingen voor deze twee redenen. Vervolgens kon de respondent ook nog aangeven of deze naar zijn of haar idee effectief was.

De ingevoerde antwoorden op de open vraag naar oplossingen zijn zo volledig mogelijk gecategoriseerd. Voor elk van de zes redenen die we in de voorgaande paragraaf presenteerden (Figuur 10) beschrijven we, gecategoriseerd, de aangedragen oplossingen. Dit gebeurt in de onderstaande grafieken 11a t/m 11f. In verschillende grafieken is er een categorie 'overig'. Hierin zijn antwoorden gecategoriseerd die maar één of twee keer gegeven zijn en niet goed in een andere categorie passen. Onderaan iedere grafiek staan hiervan telkens enkele voorbeelden genoemd.



Figuur 11a Oplossingsrichtingen vanuit de huisarts voor patiëntenstop door hoge zorgdruk (n=229)

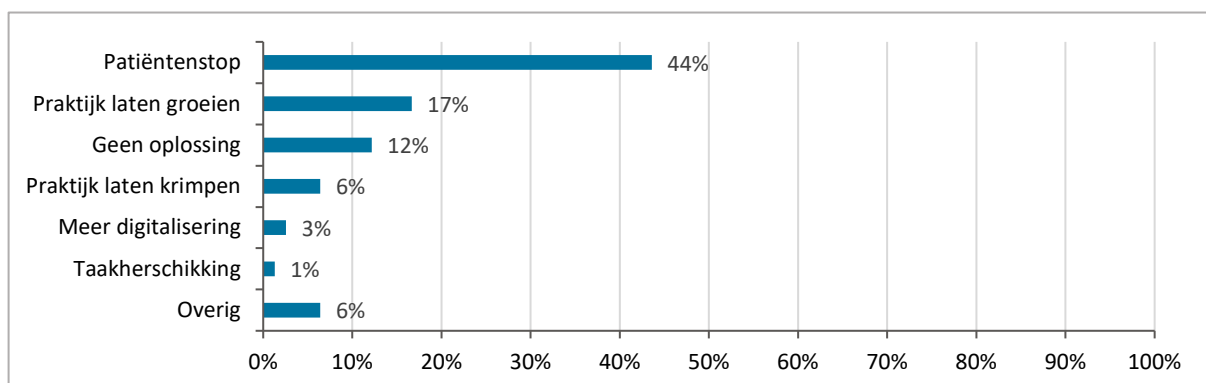


Met 'praktijk laten krimpen' wordt bedoeld op het aantal ingeschreven patiënten naar te laten dalen, bijvoorbeeld door het natuurlijk verloop. Met 'de praktijk laten groeien' wordt bedoeld op groei van het personeel binnen de praktijk, waardoor ruimte ontstaat voor nieuwe patiënten.

Onder de categorie 'overig' valt bijvoorbeeld de oproep tot het starten van een overheidscampagne en dat er een landelijke oplossing nodig is.



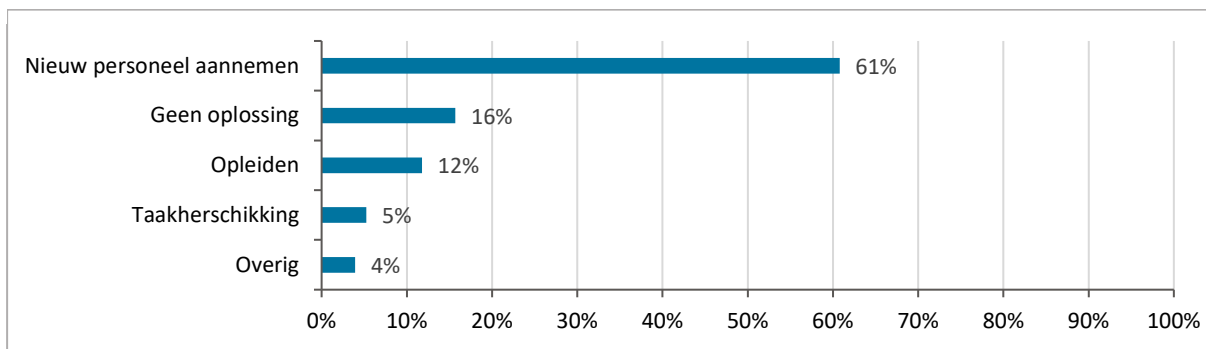
Figuur 11b Oplossingsrichtingen vanuit de huisarts voor patiëntenstop door te volle praktijk (n=156)



Onder de categorie 'overig' valt bijvoorbeeld het natuurlijk beloop binnen de praktijk, afwachten en het actief aanschrijven van patiënten die buiten het verzorgingsgebied wonen om een nieuwe huisarts te zoeken, zodat er ruimte komt voor nieuwe patiënten die dichterbij wonen.



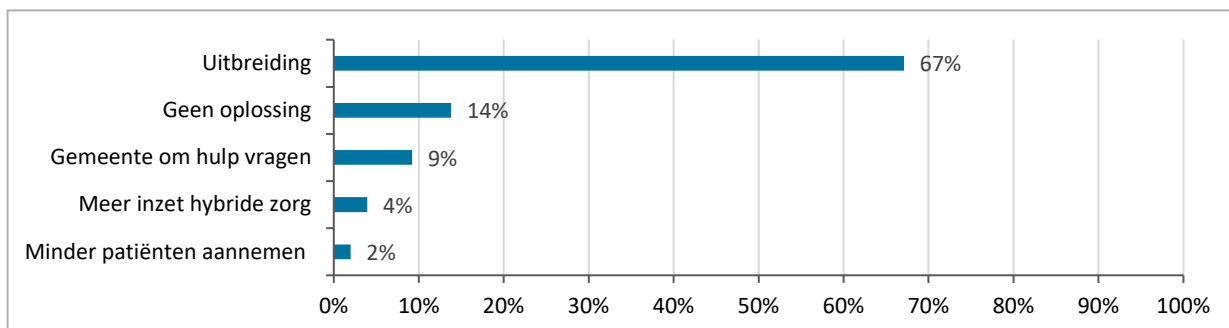
Figuur 11c Oplossingsrichtingen vanuit de huisarts voor patiëntenstop door personeelstekort (n=153)



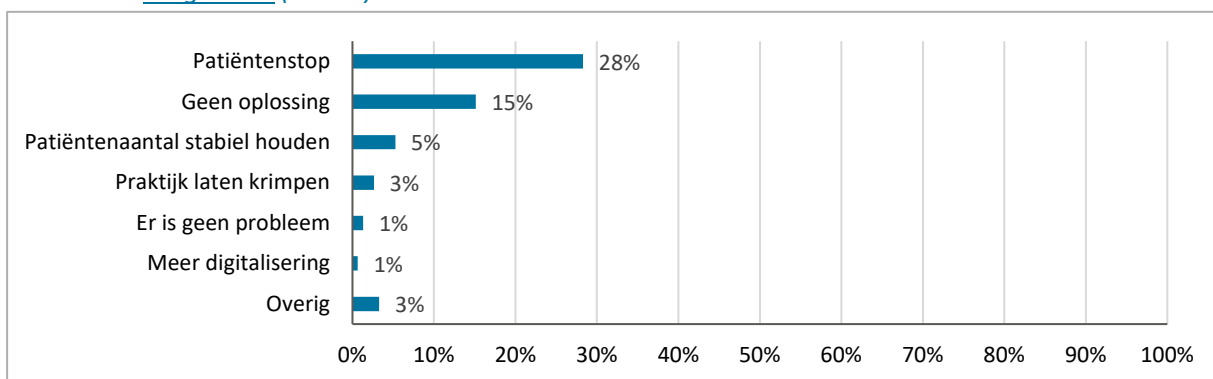
Onder de categorie 'overig' valt bijvoorbeeld het opzetten van een nieuwe website, investeren in teamsfeer, goed werkgeverschap en het inzetten van een patiëntenstop.



Figuur 11d Oplossingsrichtingen vanuit de huisarts voor patiëntenstop door huisvestingsproblemen (n=152)



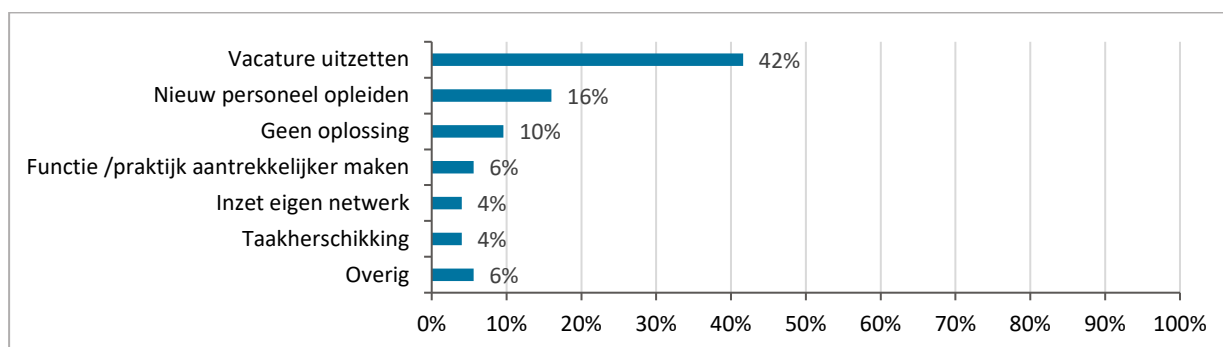
Figuur 11e Oplossingsrichtingen vanuit de huisarts voor patiëntenstop omdat de praktijk niet verder wil groeien (n=152)



Onder de categorie 'overig' valt bijvoorbeeld het vinden van een opvolger en de verantwoordelijkheid voor personeel: "ik ben solist, verantwoordelijkheid voor inmiddels 6 medewerkers, belangrijk om werkdruk behapbaar te houden om werkplezier te houden en dus geen verzuim. Bij verzuim ontstaat er snel een probleem".



Figuur 11f Oplossingsrichtingen vanuit de huisarts voor patiëntenstop door moeilijkheden om nieuw personeel aan te trekken (n=125)



Onder de categorie 'overig' valt bijvoorbeeld "gewoon blijven proberen, niet altijd de geëigende paden bewandelen". "blijven werken" en "We vinden het veiliger dit team te behouden, we zoeken niet."

Als we de aangedragen oplossingen overzien, dan worden vooral oplossingsrichtingen genoemd waar praktijken zelf invloed op hebben: meer personeel aannemen (wat echter vaak niet lukt vanwege schaarste), taakherschikking, meer digitalisering of het anders organiseren van zorg binnen de praktijk. Interessant is, dat wanneer huisvesting een reden is voor de patiëntenstop, slechts 9% van de respondenten 'de gemeente om hulp te vragen' als oplossingsrichting noemt. Niet alle respondenten ervaren hiervan het door hun gewenste resultaat: "is niet betaalbaar te vinden, geen ondersteuning gemeente hierin". Mogelijk leidt dit tot minder hulpvragen bij de gemeentewaardoor dit percentage laag blijft. Ook geven respondenten aan klem te zitten voor uitbreiding. Het vinden van andere, grotere huisvesting wordt beperkt door de eis dat het een locatie binnen het verzorgingsgebied van de huisartsenpraktijk moet zijn, om dezelfde groep burgers ingeschreven te kunnen houden.

Wat opvalt is dat bij alle redenen 'geen oplossing' in de top 3 van meest genoemde antwoorden staat. Men concludeert hierbij dat de oplossingen die de huisarts zelf kan inzetten de problemen onvoldoende zijn. Bijvoorbeeld: wanneer er al teveel patiënten zijn ingeschreven per huisarts en de huisartsenpraktijk niet kan groeien omdat er geen grotere, betaalbare huisvesting beschikbaar is, kan er ook geen nieuw personeel worden aangenomen. Zo versterken de knelpunten elkaar door een combinatie van factoren, waarvoor een (gedeeltelijke) patiëntenstop een noodgedwongen en ook onwenselijke oplossing is. Respondenten geven ook aan dat een patiëntenstop de (hoge)druk op de huisartsenzorg niet direct zal oplossen. En ook verwacht men dat een patiëntenstop-situatie niet snel zal veranderen omdat het aantal ingeschreven patiënten door natuurlijke uitstroom doorgaans ook niet snel afnemen.

Aan het eind van vraag 24b hadden respondenten ook de mogelijkheid om een open tekst vak in te vullen als zij een andere reden voor een patiëntenstop opgaven (n=49). Een aantal van deze antwoorden zijn hieronder geselecteerd.

Verschillende antwoorden geven geen specifieke oplossing, maar gaan meer uit van een gegeven situatie die zij willen behouden, getuige:

- "Gesloten houden van de praktijk. Nu 7 jaar dicht. Populatie met 200 personen afgenomen tot huidige niveau van 2793 patiënten."
- "Ik ga dit niet oplossen, ik hou dit precies zo."

En ook hier wordt de relatie met collega-praktijken benoemd, bijvoorbeeld:

- *“er zijn 2 praktijken in het centrum: 1 dicht, 1 open. Die open is wil beschikbaar zijn voor patiënten in de wijk. Die gesloten is wil zorg bieden aan de ingeschreven patiënten in ruil voor rust en continuïteit in de praktijk.”*
- *“Als je maar met weinig praktijken open bent krijg je relatief veel overstappers. Die maken de zorg complexer en verhogen de druk op de praktijk.”*

6 Verdieping van onderzoeksvraag 4: is afstemming en doorverwijzing de oplossing voor patiëntenstops?

In het vorige hoofdstuk is uitgebreid gekeken naar de redenen van huisartsen om een patiëntenstop in te stellen en de oplossingen die ze hiervoor zien. Eén daarvan is het afstemmen tussen huisartsenpraktijken onderling. Hier gaan we in paragraaf 6.1 verder op in en plaatsen dit in de juridische context door te kijken welke afstemming is toegestaan. Vervolgens kijken we in paragraaf 6.2 naar waar huisartsenpraktijken burgers naartoe verwijzen als zij hen niet zelf aan kunnen nemen als patiënt.



6.1 Welke afstemming is er tussen huisartsenpraktijken over het aannemen van nieuwe patiënten?

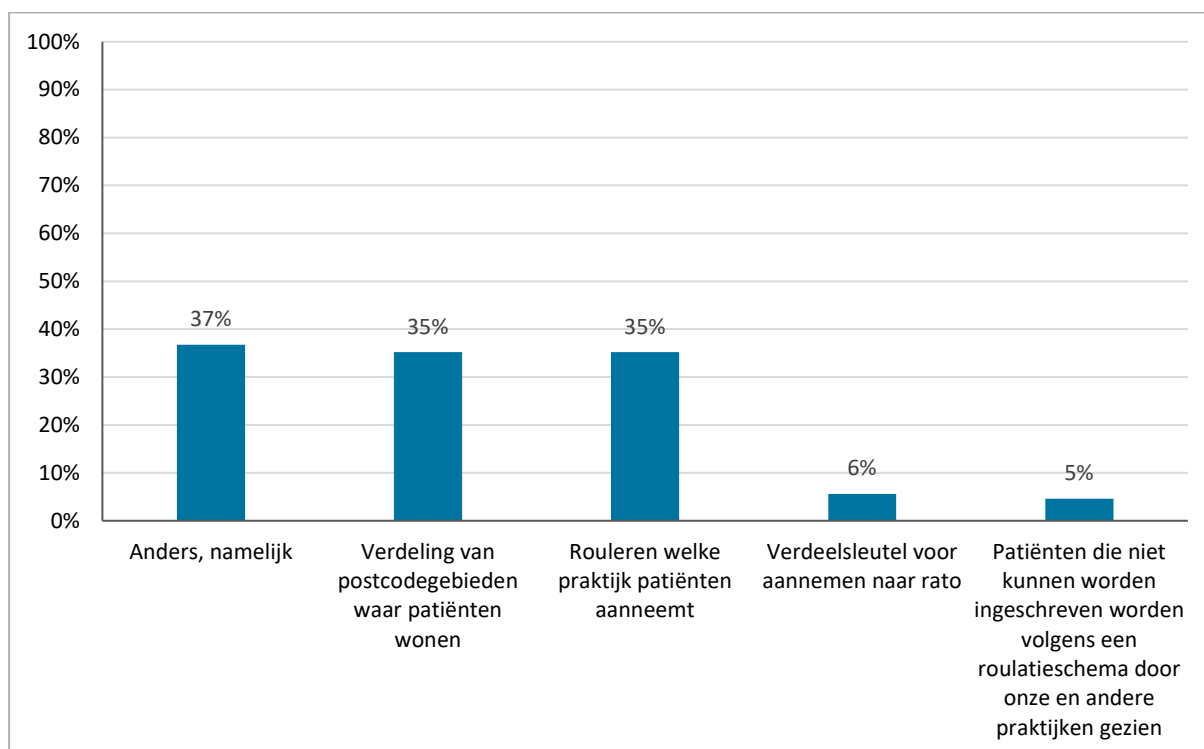
In de Nivel-praktijkenquête is aan praktijken die in het afgelopen jaar een patiëntenstop hadden ingevoerd (n=399) gevraagd of zij zich genoodzaakt hebben gevoeld dit te doen omdat andere praktijken in hun omgeving een patiëntenstop hanteerden. Dit werd door 24% van de respondenten bevestigd. Dit bevestigt het beeld dat uit het vorige hoofdstuk ook naar voren kwam, het negatieve cumulatieve-effect dat kan ontstaan als praktijken niet de patiënten kunnen opvangen die ontstaan door patiëntenstops van andere praktijken in hetzelfde bedieningsgebied.

In meer positieve zin kunnen de relaties tussen praktijken ook een basis zijn voor samenwerking en afstemming tussen praktijken. Daarnaast werd ook gevraagd in de praktijkenquête (zie Bijlage A, vraag 24b): maakt men afspraken met collega-huisartsenpraktijken over het aannemen van nieuwe patiënten? Afgerond 50% van de respondenten gaf aan inderdaad afspraken te maken met collega's van andere huisartsenpraktijken. Vervolgens zijn enkele typen afspraken voorgelegd die men kon aankruisen, aangevuld met de categorie 'anders, namelijk'.

In Figuur 12 staat hoe vaak de gegeven antwoordopties met afspraken tussen de eigen en andere praktijken en de categorie 'anders, namelijk' zijn aangekruist.



Figuur 12 Frequentie waarmee verschillende afspraken over patiëntenstops met andere praktijken zijn aangekruist door praktijken die een patiëntenstop hadden ingevoerd (n=196)

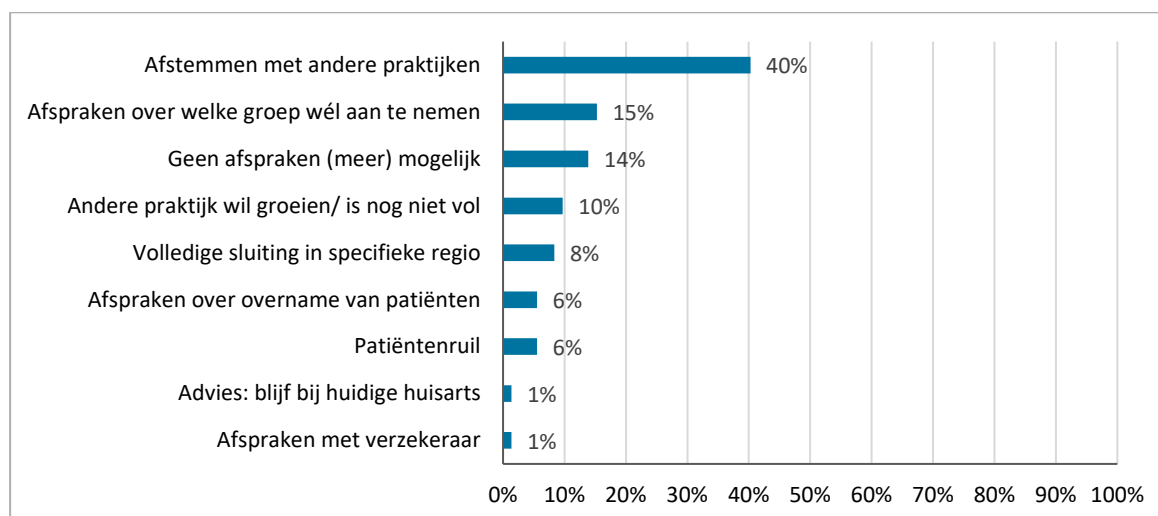


Naast de categorie ‘anders, namelijk’ waar we hierna op ingaan, gaf 35% aan dat zij en andere praktijken afspraken over de postcodegebieden van patiënten. Dit bevestigt het uitgangspunt dat praktijken hun eigen bedieningsgebied hebben en geen patiënten hoeven aan te nemen uit postcodegebieden daar buiten. Op zich borgt deze afspraak tot ‘verkaveling’ van patiënten en hun woongebieden een zekere stabiliteit en legt de verantwoordelijkheid voor elke praktijk vast. Maar dit komt duidelijk onder druk te staan als collega-praktijken in de ‘grensgebieden’ geen nieuwe patiënten meer aannemen zoals het vorige hoofdstuk duidelijk liet zien. Wat dit betreft is de afspraak die ook een vergelijkbare 35% is aangekruist – rouleren welke praktijk in welke periode nieuwe patiënten aanneemt (waarschijnlijk dus ook als deze buiten de eigen postcodegebieden wonen) – een heel andere benadering. Hier is het uitgangspunt de druk onderling te verdelen en ‘de tijd’ een rol te laten spelen in opvangen van nieuwe patiënten. De andere rouleeroptie die door 5% is aangekruist is een variant hierop en gaat uit van de verdeling van alleen de nieuwe patiënten die bij andere praktijken met een patiëntenstop te maken hebben.

Een groot deel (37%, na herindeling indien mogelijk) van de respondenten antwoordde ‘anders, namelijk’, omdat ze hun afspraken niet goed kwijt konden in de voorgelegde categorieën. De antwoorden ingetypt in het vrije tekstveld zijn door ons gecategoriseerd. Het overzicht van deze gecategoriseerde antwoorden is hieronder weergegeven in Figuur 13.



Figuur 13 *Gecategoriseerde antwoorden, ingevoerd door respondenten die de categorie anders, namelijk... selecteerden bij de vraag welke afspraken over patiëntenstops gemaakt worden met andere huisartsenpraktijken (n=72)*



Van de 37% die de optie anders had aangekruist, gaf 40% aan af te stemmen met andere praktijken. Het gaat dan bijvoorbeeld om afspraken over welke praktijk open is in een bepaalde regio en om elkaar te informeren over patiëntenstops. Ook worden afspraken gemaakt over het verzorgingsgebied:

- *“We hebben onze gebieden verkleind (waardoor minder keuze voor de patiënt) en onderling contact in de wijk met praktijken zodat er altijd een praktijk open is.”*

Een ander manier waarop er met elkaar wordt afgestemd is door patiënten te ruilen:

- *“We proberen met uitruil patiënten te ruilen naar praktijk in eigen postcodegebied, daar de praktijk niet verder groeien kan.”*

Door 15% van de respondenten die anders namelijk hebben aangevinkt worden afspraken gemaakt om bepaalde groepen wel (zoveel mogelijk) in te schrijven bij de betreffende praktijken. Groepen die specifiek genoemd worden in de antwoorden zijn kwetsbare burgers, burgers die binnen het verzorgingsgebied van de praktijk wonen maar (nog) helemaal niet ingeschreven zijn bij een huisartsenpraktijk, asielzoekers, statushouders en burgers die specifiek een voorkeur hebben voor een huisarts in die praktijk.

Er is ook een groep van 14% onder de anders namelijk groep, die aangeeft dat afspraken maken niet (meer) mogelijk is. Hier wordt dus aangegeven dat er geen oplossing in deze richting meer mogelijk is, wat overeenkomt met de groep die in het vorige hoofdstuk aangaf geen enkele oplossing te zien voor het patiëntenstop-probleem. Dit citaat illustreert dit:

- *“De spoeling is dun, dus niet alle nieuwe patiënten worden ingeschreven in het postcodegebied. Een paar huisartsen kunnen niet alles oplossen!”*

Zoals hierboven genoemd wordt, maken praktijken onderling afspraken over het aannemen van patiënten om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te vergroten. Er worden beperkingen gesteld aan het type afspraken dat mag worden gemaakt. Afspraken mogen de vrije zorgkeuze van de patiënt niet belemmeren, en afspraken over verdelen van patiënten zijn alleen geoorloofd wanneer het bieden van zorg in het gedrang komt en als dit niet gebeurt op basis van de zorgvraag van de patiënt.

Wat zeggen de Mededingingswet en Autoriteit Consument en Markt?

Er zijn beperkingen aan het type afspraken dat is toegestaan op basis van de Mededingingswet. Het eerste lid van deze wet luidt: “Verboden zijn overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemersverenigingen en onderling afgestemde feitelijke gedragingen van ondernemingen, die ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst.” (Ministerie van Economische Zaken en Klimaat, 2023). Echter, het derde lid geeft hierop wat nuancering: “Het eerste lid geldt niet voor overeenkomsten, besluiten en onderling afgestemde feitelijke gedragingen die bijdragen tot verbetering van de productie of van de distributie of tot bevordering van de technische of economische vooruitgang, mits een billijk aandeel in de daaruit voortvloeiende voordelen de gebruikers ten goede komt, en zonder nochtans aan de betrokken ondernemingen.” (Ministerie van Economische Zaken en Klimaat, 2023).

De Autoriteit Consument en Markt (ACM) die toezicht houdt op het naleven van deze wet heeft ook bevestigd dat afspraken niet in strijd zijn met de Mededingingswet, als het doel is om meer patiënten die willen overstappen een plek te bieden in een huisartsenpraktijk (Autoriteit Consument & Markt, 2023). Een belangrijk aandachtspunt voor ACM is de keuzevrijheid van patiënten bij het kiezen van een huisarts. In principe zijn er geen afspraken toegestaan die de keuzevrijheid van burgers onnodig beperken. De ACM erkent dat dit wel nodig kan zijn om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te verbeteren en geeft hier ook ruimte voor. Dit betekent dat er een grijs gebied is wat wel of niet is toegestaan op het gebied van collectieve afspraken tussen huisartsenpraktijken. De ACM stelt dat alleen opvolging gegeven zal worden aan nieuwe meldingen “als er concrete aanwijzingen zijn dat er onderlinge afspraken zijn gemaakt met een ander doel dan het vinden van een plek voor individuele patiënten in een regio waar een tekort is.” (Autoriteit Consument & Markt, 2023).



6.2 Waar naartoe verwijzen praktijken patiënten die zij niet kunnen aannemen?

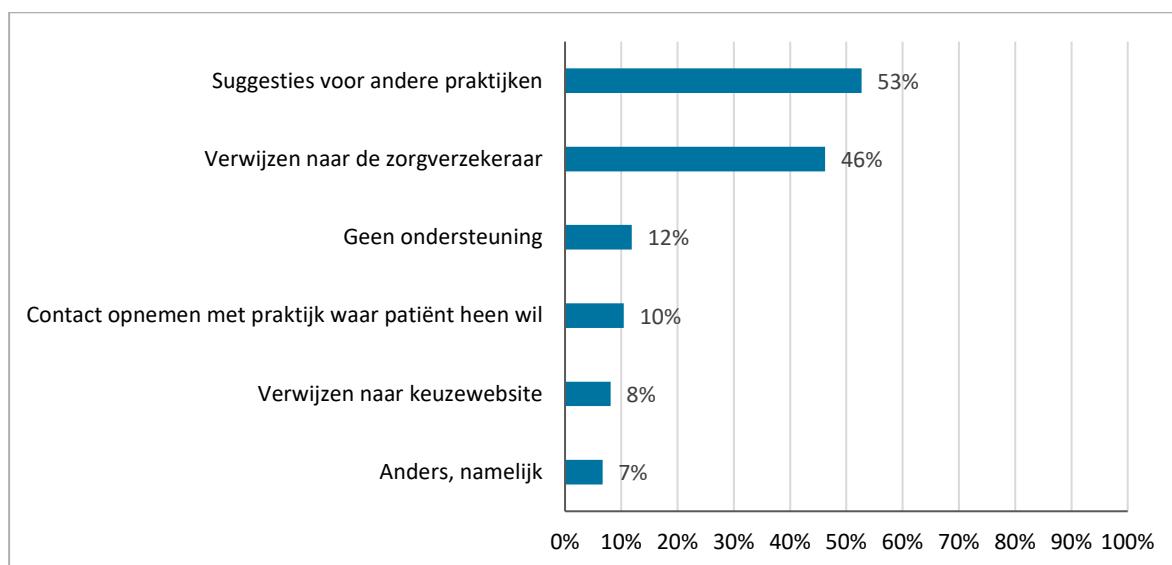
In deze paragraaf wordt beschreven hoe huisartsenpraktijken burgers die zich willen inschrijven verwijzen naar mogelijke hulpbronnen.

6.2.1 Manieren waarop praktijken zoekende patiënten ondersteunen

Uit de vorige paragraaf blijkt dat een aanzienlijk deel van de huisartsenpraktijken nieuwe patiënten wel aan een andere praktijk probeert te helpen als zij deze zelf niet kunnen aannemen. In de praktijkenquête is hier verder op doorgevraagd door voor te leggen op welke manieren men patiënten ondersteunt bij het vinden van een andere huisarts (zie Bijlage A, vraag 27). Meer dan de helft (53%) kruiste de optie aan dat zij suggesties doen voor andere praktijken waar de patiënt zich wellicht zou kunnen inschrijven. Iets minder dan de helft van de praktijken (46%) vinkte aan dat zij verwijzen naar de zorgverzekeraar. Ongeveer 10% neemt contact op met de praktijk waar de patiënt naartoe wil. Ongeveer 12% van de huisartsen biedt geen ondersteuning bij het vinden van een andere huisarts (Figuur 14). Ondanks dat in de eerder genoemde beleidsregeling van de NZa is opgenomen dat de praktijk dient te verwijzen naar de zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling, gebeurt dit slechts in 46% van de gevallen op de website. Mogelijk informeert de praktijk de burgers op andere wijze, heeft het ermee te maken dat de praktijk niet voldoende van op de hoogte is van deze verplichting, of is de praktijk van mening dat dit toch geen effect heeft.



Figuur 14 Percentage huisartsenpraktijken dat op elk van onderstaande manieren zegt patiënten te ondersteunen bij het vinden van een nieuwe / andere huisartsenpraktijk; huisartsenpraktijken die zelf geen patiënten aannemen (n=556)



Ook bij deze vraag heeft een deel van de respondenten een antwoord ingevuld bij het open tekst vak 'anders, namelijk...'. Indien mogelijk werden deze antwoorden geherrouteerd naar de vaste keuzeopties. Bij een aantal huisartsenpraktijken die verwijzen naar een (keuze)website, stond er bij 'anders, namelijk' nog een toelichting. In totaal had 7% de categorie 'anders, namelijk' gekozen. Als we deze antwoorden categoriseren komen de volgende specifieke plekken naar voren waar praktijken nieuwe patiënten naartoe doorverwijzen:

- De gemeente
- De regionale huisartsenorganisatie (RHO)s
- Centrale wachtlijst en/of bureau wachtlijstbemiddeling
- Google
- Huisartsenpraktijken waarvan bekend is dat ze open zijn.

Ter illustratie staan hieronder nog een aantal van de gegeven antwoorden. Dit geeft ook de indruk dat de werkdruk binnen de praktijk een factor is die meespeelt in de mogelijkheden om praktijkzoekende patiënten uitgebreid door te verwijzen. Zo werd er geschreven *"Absoluut geen tijd voor."* Ook de beperkte mogelijkheden om door te verwijzen naar een andere praktijk die wel ruimte heeft voor nieuwe patiënten maakt dit ingewikkeld. Hierin kan een proactieve rol van gemeenten en zorgverzekeraars mogelijk een positief verschil maken.

Vanuit sommige praktijken wordt alleen hulp geboden als de nood hoog is of als hier specifiek om gevraagd wordt. *"Als de nood hoog is voor een patiënt, veel zorgbehoefte, dan neem ik contact op. Anders niet."*

"Alleen als patiënten om hulp vragen bieden we suggesties aan voor andere praktijken. Vaak zinloos omdat vrijwel alle praktijken een patiëntenstop hebben."

Anderen bieden met name hulp aan de groep die vanwege een verhuizing op zoek is naar een andere huisartsenpraktijk: *"We ondersteunen voornamelijk zorgpatiënten bij het zoeken van een nieuwe huisarts indien ze verhuizen."*

Er worden patiënten geruild, wanneer dit mogelijk is: *“Soms “ruil” ik patiënten uit die verhuisd zijn naar een locatie te ver van mijn praktijk met een praktijk die iemand in mijn buurt “kwijt wil””.*

“We hebben deze afspraak met preferente zorgverzekeraar “het bureau wachtlijstbemiddeling””.

In regio's met weinig huisartsenpraktijken is een ruilsysteem echter geen oplossing: *“Wij zijn de enige huisartsenpraktijk in de regio dus alle patiënten uit het dorp en omstreken zijn bij een van onze artsen ingeschreven.”*

Ook wanneer de omliggende praktijken een patiëntenstop hebben zijn de mogelijkheden beperkt: *“In onze wijk staan maar twee praktijken nog open voor inwijkelingen: van mij en van mijn collega in zelfde gebouw. Andere praktijken zijn al jaren dicht en nemen alleen gezinsherenigingen of in patiëntenruil.”*

7 Samenvatting en discussie

7.1 Inleiding

De resultaten van dit onderzoek naar patiëntenstops bij huisartsenpraktijken bieden nieuwe inzichten, op basis van (1) informatie op de websites van bijna alle 4.848 praktijken in Nederland, (2) een specifieke set van enquêtevragen die beantwoord is door 556 praktijken. Daarmee is in kaart gebracht hoe vaak patiëntenstops voorkomen en hoe lang deze duren, wat regionale verschillen zijn en of patiëntenstops samenhangen met kenmerken van het gebied waar de praktijk gevestigd is. En ook is nader zicht verkregen op de algemene en specifieke redenen voor praktijken om een patiëntenstop in te stellen. Zodat tenslotte ook geïnventariseerd kon worden welke oplossingsrichtingen praktijken wel en niet zien voor nieuwe patiënten die zich niet kunnen inschrijven, in hun eigen of bij collega-huisartsenpraktijken.

In dit hoofdstuk worden de bevindingen samengevat in een bredere context geplaatst, de mogelijke implicaties besproken en aanbevelingen voor vervolgonderzoek en beleid gedaan.

7.2 Samenvatting: de 4 onderzoeksvragen beantwoord

In dit onderzoek is het voorkomen en de duur van patiëntenstops op verschillende manieren gemeten, om zo onderzoeksvraag 1 te beantwoorden. In de Nivel praktijkenenquête gaf slechts 38% van de praktijken aan op het moment van enquêtering (oktober-december 2024) alle nieuwe patiënten zonder uitzondering in te kunnen schrijven. Het merendeel hanteert dus een patiëntenstop: 42% gaf aan alleen bepaalde groepen in te kunnen schrijven (een gedeeltelijke patiëntenstop) en 20% geen enkele nieuwe patiënt (volledige patiëntenstop). Ook uit een andere vraag die gesteld is in eerdere peilingen onder huisartsenpraktijken, komt naar voren dat een meerderheid van de praktijken (rond de 60%) in het afgelopen jaar voor korte of lange tijd geen nieuwe patiënten kon aannemen vanwege capaciteitsproblemen. Raadpleging van de websites van nagenoeg alle 4.848 praktijken in december 2024 liet zien dat 27% informatie bevat die wijst op een bepaalde vorm van een patiëntenstop. Kennelijk worden websites minder gebruikt om informatie over het (niet) aannemen van nieuwe patiënten te publiceren. Wel zien we dat het percentage van 27% en de groep betreffende praktijken stabiel is over de acht maanden dat de praktijkwebsites semi-geautomatiseerd zijn bezocht en patiëntenstop-informatie is geëxtraheerd.

Vervolgens is gekeken naar regionale verschillen in het voorkomen van patiëntenstops (onderzoeksvraag 2). Er is geen specifiek geografische patroon in het voorkomen van patiëntenstops als we dat op gemeenteniveau bekijken binnen Nederland, wel zien we dat er grote verschillen kunnen zijn tussen aan elkaar grenzende gemeentes. Ten tweede zien we dat praktijken gevestigd in stedelijke gebieden vaker een patiëntenstop hanteren. Huisartsenpraktijken met patiëntenstops zijn ook vaker gevestigd in gebieden met meer huurwoningen, minder ouderen en meer mensen met een bijstandsuitkering, WW- of AO-uitkering onder de AOW-gerechtigde leeftijd. Patiëntenstops kwamen ook vaker voor in gemeenten waar de huisartsendichtheid lager is (het aantal werkzame huisartsen per 10.000 burgers). Op praktijkniveau zien we dat praktijken met een hoger aantal beschikbare vaste huisartsen-uren ook minder vaak een patiëntenstop hadden ingesteld.

De derde onderzoeksvraag focuste op de redenen voor huisartsenpraktijken om een patiëntenstop in te voeren; maar ook de oplossingen voor patiënten die zich niet bij hun praktijk kunnen inschrijven. Deze vraag is beantwoord op basis van de specifieke vragen die gesteld zijn in de Nivel-praktijkenquête.

De meeste huisartsenpraktijken met een patiëntenstop gaven als reden dat de patiëntenpopulatie een hoge zorgdruk heeft (59%) en dat er op dit moment al teveel patiënten per huisarts ingeschreven staan (40%), gevolgd door een tekort aan huidig personeel (40%). Ongeveer 39% van de respondenten gaf aan dat te kleine huisvesting (en geen mogelijkheden tot uitbreiding) een reden is voor de patiëntenstop. Enkele huisartsen gaven aan dat het aannemen van meer patiënten ook tot meer diensten leidt. Ongeveer 24% van de huisartsenpraktijken voelde zich genoodzaakt een patiëntenstop in te voeren omdat andere praktijken in de buurt dit ook deden. Het beeld dat hierbij naar voren komt is dat er sprake is van een samenspel van factoren die elkaar versterken. Met als hoofdredenen om een patiëntenstop in te voeren dat de limiet is bereikt wat betreft het aantal patiënten dat goede zorg kan worden geboden, gegeven de inzet en inspanningen die de beschikbare huisartsen en het personeel kunnen leveren.

Ook vroegen we welke oplossingen huisartsenpraktijken zelf zagen voor de problemen waardoor zij zich genoodzaakt zien een patiëntenstop in te lassen. Voor veel praktijken bleek dit lastig aan te geven, vooral ook welke oplossingen nu mogelijk en effectief zouden zijn. In sommigen gevallen werd een patiëntenstop gezien als iets tijdelijks dat 'zichzelf moet oplossen'. Een groot deel dat aan eigenlijk geen echte oplossing te zien aangezien het achterliggende probleem van personeels- en ruimtetekort te groot en te structureel lijkt te zijn. Taakherschikking en digitale zorgen worden wel genoemd, maar door slecht een kleine groep respondenten die namens de praktijken de enquête invulden.

Tot slot onderzochten we (ook weer op basis van de praktijkenquête 2024) in hoeverre huisartsenpraktijken (1) onderling afspraken maken over de toegang tot zorg, en (2) zij patiënten helpen die zij zelf door een patiëntenstop niet kunnen aannemen (onderzoeksvraag 4). Ongeveer 50% van de huisartsen maakt onderling afspraken over de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Dit gaat dan bijvoorbeeld over de verdeling van postcodegebieden, rouleren wie patiënten aanneemt, afstemming met andere praktijken over wie open is, en afstemming wie patiënten met een grote zorgzwaarte aanneemt. In enkele gevallen worden ook patiënten uitgeruild. Een aanzienlijk deel van de huisartsenpraktijken probeert patiënten aan een andere huisarts te helpen als zij deze zelf niet kunnen aannemen. Meer dan de helft van de huisartsenpraktijken (53%) doet suggesties voor andere praktijken waar de patiënt zich wellicht zou kunnen inschrijven. Iets minder dan de helft van de praktijken (46%) verwijst naar de zorgverzekeraar.

7.3 Discussie

In dit discussiehoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen uit het rapport besproken in de bredere context van de huisartsenzorg geplaatst. We gaan in op de implicaties van de regionale verdeling van patiëntenstops voor de toegankelijkheid van zorg en de samenhang met patiëntkarakteristieken en praktijkkenmerken. Dit hoofdstuk biedt daarnaast een reflectie op de resultaten, waarbij de beperkingen van de gebruikte methoden en gegevensbronnen besproken. Tot slot wordt ingegaan op mogelijke richtingen voor vervolgonderzoek en beleidsaanbevelingen om de toegankelijkheid van huisartsenzorg te verbeteren.

7.3.1 Reflectie

De aanleiding, het doel, en de resultaten van dit onderzoek, laten zien dat patiëntenstops een kernindicator zijn voor de toegankelijkheid van huisartsenzorg in Nederland. Het gaat over de basis van het zorgstelsel, namelijk de garantie dat iedere burger altijd ingeschreven kan staan bij een huisartsenpraktijk; en daarmee de directe toegang heeft tot basiszorg, geleverd in de huisartsenpraktijk maar ook thuis – zonder financiële of andere barrières. Het feit dat een aanzienlijk deel van de Nederlandse huisartsenpraktijken genoodzaakt is een patiëntenstop in te voeren, doet aan deze basis afbreuk.

Als beleid gericht wil zijn op waar het patiëntenstop-probleem het grootst is, dan zouden stedelijke gebieden voorrang moeten krijgen. In relatie tot het voorkomen van patiëntenstops blijkt stedelijkheid samen te hangen met een lage huisartsendichtheid en een lagere sociaaleconomische positie van de bevolking. Praktijken in stedelijke gebieden zouden extra ondersteund moeten worden in het aanpakken van de oorzaken van patiëntenstops, waaronder personeels- en huisvestigingsknelpunten. Daarbij moet wel bedacht worden dat deze achterliggende problemen majeur en complex zijn, en overal in Nederland spelen. Ook zouden in stedelijke gebieden de samenwerking en afstemming tussen praktijken specifiek bevorderd kunnen worden om de toegankelijkheid van zorg te verbeteren. Omdat nu een kwart van de huisartsenpraktijken aangeeft een patiëntenstop in te voeren omdat praktijken in de buurt dat ook invoeren, is het belangrijk dit ‘domino-effect’ van patiëntenstops onder praktijken in dezelfde regio te doorbreken. Hetzelfde geldt voor de impasse die we zien onder praktijken die eigenlijk geen oplossing meer zien voor hun patiëntenstop. De uitdaging is een systeem van afspraken op buurt-, wijk- of regioniveau op te zetten waarin (nieuwe) patiëntenstromen goed onderling worden verdeeld, zoals dat door een deel van de praktijken al wordt gedaan en waarbij bestaande samenwerkingsverbanden een belangrijke rol kunnen spelen.

7.3.2 Vergelijking met ander onderzoek

Ten tijde van dit onderzoek had, op basis van de Nivel-praktijkenquête 59% van de huisartsenpraktijken een patiëntenstop. Dit sluit aan bij eerder Nivel-onderzoek waarbij de laatste jaren een toename van patiëntenstops werd waargenomen, die vanaf 2021 rond de 60% stabiliseert (Flinterman et al., 2024). Onderzoek van Independer uit 2023 dat we eerder citeerden, laat vergelijkbare percentages zien. Op basis van een onderzoek onder 1.145 Nederlandse huisartsenpraktijken concluderen zij dat ongeveer 2 van de 3 praktijken (66%) een (gedeeltelijke) patiëntenstop had in oktober 2023. Ook vonden zij dat patiëntenstops minder voorkomen in ‘welvarende’ en ‘kleinschalige gemeenten’. Deze gebiedskenmerken en -indeling zijn niet in dit onderzoek gehanteerd, maar lijken in lijn te liggen die we vinden in de verschillen naar sociaal-economische positie en urbanisatiegraad van de patiëntenpopulatie in het gebied waarin de huisartsenpraktijk is gevestigd.

7.3.3 Definitieverschillen

Het begrip patiëntenstop kan op verschillende manieren worden geïnterpreteerd en gemeten. Ook in dit onderzoek liepen we aan tegen verschillende interpretaties van vooral ‘gedeeltelijke patiëntenstop’. Voorkomen dient te worden dat variatie in interpretatie ook gevolgen heeft voor de manier waarop patiënten, beleidsmakers en onderzoekers de toegankelijkheid van huisartsenzorg beoordelen. Zo kan een praktijk met een ‘gedeeltelijke patiëntenstop’ specifieke groepen nieuwe patiënten toch inschrijven, zoals gezinsleden van patiënten, patiënten zonder huisarts of patiënten uit een bepaald postcodegebied. De afbakening van een postcodegebied is daarbij belangrijk omdat dit de afstand tot de praktijk bepaalt. Een praktijk die geen nieuwe patiënten aanneemt die verder dan 15 minuten autorijden van de praktijk wonen hanteert de facto geen gedeeltelijke patiëntenstop, maar wel als het nieuwe patiënten betreft die op of onder die grens van 15 minuten

van de praktijk wonen. Uit onze gesloten en open enquêtevragen bleek dat huisartsen de interpretatie van het begrip ‘gedeeltelijke patiëntenstop’ ook lastig te vinden, wat aangeeft dat een eenduidige definitie belangrijk is voor het meten, monitoren en ook ‘regionaal managen’ van met name gedeeltelijke patiëntenstops in de huisartsenzorg. Eenduidige terminologie en duidelijke afspraken over patiëntenstops dragen daarnaast bij aan goede begrijpelijkheid voor patiënten, vooral voor laaggeletterden en personen met beperkte gezondheidsvaardigheden.

7.3.4 Reflectie op praktijkwebsites als bron en web-monitoring als methode

In dit onderzoek zien we verschillen in het percentage patiëntenstops tussen de praktijkenquête (62%) en de praktijk-website informatie (27%). Ten aanzien van het verschil tussen beide percentages benoemden we eerder het vermoeden dat niet alle praktijken hun website gebruiken om eenduidig patiëntenstop-informatie te vermelden. Zo is het met de web-monitoring methode voorsnog niet goed mogelijk om onderscheid maken tussen een gehele of gedeeltelijke patiëntenstop, en te coderen welke type gedeeltelijke patiëntenstop de praktijk nu hanteert. Het lagere percentage geeft ook aan dat huisartsenpraktijken mogelijke gedeeltelijke patiëntenstop niet altijd en/of volledig op hun website vermelden. Soms nemen zij nog wel bepaalde nieuwe patiënten aan maar mogelijk vindt men het bezwaarlijk of lastig al te specifiek te vermelden wat het inschrijfbeleid is in termen van uitzonderingen en groepen. Ook geldt dat, ondanks dat de onze web-monitoringmethode de laatste informatie van de website ontsluit, websites toch niet helemaal up-to-date kunnen zijn wat leidt tot onvolledige of verouderde informatie. Tenslotte wordt de web-monitoringmethode beperkt door het dat meerdere praktijken één website kunnen delen. Nu is ervoor gekozen om de patiëntenstop da toe te kennen aan één van de praktijken maar dit is uiteraard onwenselijk en voor verbetering vatbaar.

Hoewel de web-monitoringmethode dus beperkingen kent, heeft deze ook voordelen. Het maakt het mogelijk trends in patiëntenstops op populatieniveau te monitoren, zonder daarbij praktijken zelf te belasten. Omdat data van nagenoeg alle praktijken in Nederland zo kan worden verkregen, is het specifiek mogelijk wordt regionale verschillen ook op bijvoorbeeld gemeenteniveau te analyseren. Waarbij op gemeenteniveau weer grote aantallen andere gemeentekennmerken gekoppeld kunnen worden voor meer uitgebreidere analyses.

In vergelijking met de web-monitoringmethode kent de praktijkenquête die we voor dit onderzoek hebben benut meer mogelijkheden om context en nuance te onderzoeken. Maar hierbij is een belangrijke beperking het veel lagere bereik in termen van aantallen waarnemingen (namelijk gegevens van 563 in plaats van 4.848 praktijken). Daarnaast moet ook bedacht worden dat er sprake kan zijn van bias, omdat respondenten werkzaam in/voor praktijken met knelpunten in de praktijk mogelijk eerder geneigd zijn de enquête in te vullen. Praktijken die aangeven een patiëntenstop te hebben zouden iets meer geneigd kunnen zijn de enquête in te vullen. Tegelijkertijd zijn de resultaten van de praktijkenquête wel in lijn met het eerder genoemde onderzoek van Independer (Independer, 2023). Ook hier spelen verschillen in definities een rol: wat in de enquête als een patiëntenstop wordt beschouwd, kan op een website anders worden benoemd of geïnterpreteerd. Beide methoden hebben dus unieke beperkingen en aanvullingen, wat de noodzaak onderstreept om resultaten uit meerdere bronnen te combineren voor een completer beeld.

7.3.5 Samenhang met stedelijkheid

Dit rapport laat zien dat de stedelijkheid van het gebied waarin een huisartsenpraktijk is gevestigd, gerelateerd is aan het al dan niet instellen of op de website vermelden van een (gedeeltelijke) patiëntenstop. Hiervoor zijn verschillende verklaringen mogelijk die verder bestudeerd kunnen worden. Zo is bekend dat de kosten van huisvesting in stedelijke gebieden hoger ligt, zowel voor de

praktijk als voor de zorgprofessionals. Uit Nivel onderzoek naar huisvestingsproblemen in de huisartsenzorg blijkt dat de helft van de praktijken in stedelijke gebieden kampt met ruimtegebrek, wat direct samenhangt met de noodzaak om patiëntenstops in te stellen (van Schaaijk et al. (2024)). Daarnaast is het mogelijk dat praktijken in stedelijke gebieden vaker onder druk staan door hogere zorgvragen, capaciteitsbeperkingen en specifieke demografische kenmerken. Overigens hebben praktijken in minder stedelijke gebieden weer te maken met andere uitdagingen die van invloed zijn op de toegankelijkheid van huisartsenzorg. Hoe dan ook is meer onderzoek wenselijk om de regionale verschillen die we hier zien in het voorkomen van patiëntenstops, maar ook in het aanbod van huisartsen en ondersteunend personeel te kunnen verklaren. Dit inzicht helpt ook om bij beleidsvorming rekening te houden met de specifieke kenmerken en uitdagingen van stedelijke en landelijke gebieden.

7.3.7 Samenhang van factoren

In dit rapport zijn enkele samenhangen aangetoond tussen patiëntenstops, stedelijkheid, patiëntkenmerken en de beschikbaarheid van huisartsen en huisartsen-uren. Zo blijkt dat meer huurwoningen en meer WW- bijstand en AO-uitkeringen onder de AOW gerechtigde leeftijd in de postcodegebieden waar huisartsenpraktijken gevestigd zijn, samengaan met patiëntenstops. Doordat deze patiëntkenmerken echter weer geassocieerd zijn met stedelijkheid en andere factoren, is het moeilijk conclusies te trekken over oorzaak en gevolg. De bevindingen bieden wel een eerste indicatie van mogelijke verschillen in de toegankelijkheid van huisartsenzorg voor bepaalde patiëntpopulaties, zoals burgers met een lagere sociaaleconomische positie en burgers met een hoge zorgdruk. Maar daarmee is dus nog geen verband gelegd in termen van oorzaak en gevolg. Ook is een beperking dat er waarschijnlijk nog veel andere factoren een rol spelen, zoals de wijze van praktijkondersteuning, praktijkorganisatie, regionale samenwerking en beleid. In dit onderzoek is ook geen rekening gehouden met de specifieke positie die migranten, mensen met chronische aandoeningen of kwetsbare patiënten hebben in relatie tot patiëntenstops. Daarnaast spelen mogelijk ook nog vestigingsvoorkeuren, huisvesting, mentaliteit, en het netwerken aan huisartsenpraktijken in de nabije omgeving een rol.

7.3.8 Vervolgonderzoek

In aansluiting op het voorgaande zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op het voorkomen van patiëntenstops in relatie tot specifieke *combinaties van factoren*; zoals gebiedskenmerken, patiënt(populatie)kenmerken, de capaciteit aan huisartsen en andere professionals, organisatie van huisartsenpraktijken en regionale verschillen in zorgvoorzieningen. Ook longitudinale analyse van praktijken over een langere periode kunnen bijdragen aan een beter begrip van hoe patiëntenstops en toegang tot zorg zich in de tijd ontwikkelen – en of de factoren die hierop van invloed zijn over de tijd veranderen. Een aanzet tot longitudinale dataverzameling is gegeven met de monitoring van informatie op de websites van alle huisartsenpraktijken in Nederland. Herhaling van de Nivel-praktijkenquête is tevens een mogelijkheid om longitudinale data te verzamelen, mogelijk in de vorm van *dedicated* panels van huisartsenpraktijken.

Als het gaat om redenen en oplossingen voor patiëntenstops, zou ook kwalitatief onderzoek verder inzichten kunnen bieden. Dit kan zich ten eerste richten op de vraag waarom huisartsenpraktijken vaak geen andere oplossingen voor hun werkdruk- of capaciteitsprobleem zien dan het invoeren van een patiëntenstop. Ook zou kwalitatief onderzoek zich kunnen richten op nieuwe of andere oplossingen, bijvoorbeeld door focusgroepen te organiseren met regionale partijen en belanghebbenden.

Het onderzoek

Er zijn twee methoden gebruikt voor het verzamelen van data over patiëntenstops, die elkaar aanvullen en versterken. Ten eerste heeft het Nivel feitelijke en verdiepende vragen over patiëntenstops opgenomen in de jaarlijkse Nivel-huisartsenpraktijkenquête. De vragen zijn in oktober 2024 onder alle Nederlandse huisartsenpraktijken uitgezet en door ruim 550 praktijken beantwoord (14%). Ten tweede heeft het Nivel een webmonitoring-methode ontwikkeld, waarmee semi-geautomatiseerd van mei tot en met december 2024 maandelijks op de websites van zo'n 4800 huisartsenpraktijken is nagegaan welke patiëntenstop-informatie daarop vermeld stond.

Meer weten

Het Nivel levert de kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar. U vindt deze publicatie en alle andere Nivel-publicaties op www.nivel.nl/publicaties.

Meer informatie over Nivel Beroepenregistraties in de Zorg en de data uit de Nivel praktijkenquête: ga naar <https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nivel-beroepenregistraties-zorg> of <https://www.nivel.nl/nl/zorg-en-ziekte-in-cijfers/cijfers-arbeidsmarkt-huisartsenzorg>.

Titelgegevens van deze publicatie

De gegevens uit deze publicatie mogen met de volgende bronvermelding worden gebruikt: van Schaaik, A., Aapkes, S., Jansen, L., Flinterman, L., Brabers, A., Batenburg, R., Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken: spreiding, oorzaken en oplossingen, Utrecht: Nivel, 2025.

Literatuur

Aapkes, S., Jansen, L., Brabers, A., Flinterman, L., van Schaaik, A., & Batenburg, R. (2024). Rapport bij de factsheet 'Burgers over inschrijving bij een (nieuwe) huisartsenpraktijk'

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2024). Kerncijfers per postcode. Retrieved from <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/nederland-regionaal/geografische-data/gegevens-per-postcode>

Doppegieter, R., & Van Meersbergen, D. (2005). *Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst*

Flinterman, L., Vis, E., van Schaaik, A., & Batenburg, R. (2024). *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in van de Nederlandse huisartsenzorg in 2023: toelichting en samenvatting van het onderzoek – en de regionale factsheets*. Retrieved from <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004425.pdf>

Patiëntenfederatie & Landelijke Huisartsen Vereniging. (2021). Een andere huisarts kiezen. In P. L. H. Vereniging (Ed.), <https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/brochures/172-folder-een-andere-huisarts-kiezen/file>

Schaaik, A. van, Vis, E., Flinterman, L., Batenburg, R. Huisvestigingsproblemen in de huisartsenpraktijk. Nivel huisartsenregistratie en praktijkenquête. Utrecht: Nivel, 2024. 11 p. [1004577.pdf](#)



Bijlage A Enquêtevragen over patiëntenstops

Patiëntenstops

De volgende vragen gaan over het wel of niet kunnen aannemen van nieuwe patiënten en de redenen daarvoor.

21. Neemt uw praktijk op dit moment nieuwe patiënten aan?

Meerdere antwoorden mogelijk

- Ja, de praktijk is open voor alle (nieuwe) patiënten binnen ons verzorgingsgebied
- Ja, de praktijk is open voor nieuwe patiënten die recent in ons verzorgingsgebied zijn komen wonen en nog geen huisarts hebben
- Ja, de praktijk is open voor nieuwe gezinsleden (pasgeboren kinderen of de partner) van reeds ingeschreven patiënten
- Ja, de praktijk is open voor alle patiënten aan als zij op dit moment geen huisarts hebben
- Nee, de praktijk is gesloten voor alle nieuwe patiënten

22. Heeft u de afgelopen 12 maanden een (gedeeltelijke) patiëntenstop gehad?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

23. Hoeveel weken had u naar schatting in de afgelopen 12 maanden in totaal een patiëntenstop?

_____ weken

24a. Maakt of maakte u afspraken met collega-praktijken in de regio over het aannemen van nieuwe patiënten?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

24b. Zo ja, welke afspraken maakt of maakte u?

- ☐ Patiënten worden afwisselend door onze praktijk en collega-praktijken aangenomen/ingeschreven (d.m.v. rouleren).
- ☐ Alleen tijdens de zomerperiode worden patiënten afwisselend door onze praktijk en collega-praktijken aangenomen/ingeschreven (d.m.v. rouleren)
- ☐ Verdeling van patiënten per postcodegebied waar patiënten wonen
- ☐ Verdeelsleutel naar rato
- ☐ Patiënten die niet kunnen worden ingeschreven worden volgens een roulatieschema door onze praktijk en collega-praktijken gezien
- ☐ Anders, namelijk: _____

25. Voelde u zich genooddaakt een patiëntenstop in te voeren omdat collega-praktijken in de buurt ook een patiëntenstop hebben?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

26a. Kunt u de redenen aangeven, van het niet kunnen aannemen van nieuwe patiënten?

- Huisvesting, praktijkruimte is te klein
- Tekort aan huidig personeel
- Moeilijkheden om nieuw personeel aan te trekken
- De praktijk heeft al teveel patiënten per huisarts
- Hoge zorgdruk van de huidige patiëntenpopulatie
- Onze praktijk wil niet verder groeien (bijvoorbeeld om de huidige praktijkvorm als solopraktijk of duopraktijk te behouden)
- Anders, namelijk _____

26b. En welke oplossingen probeert u hiervoor te vinden?

Probleem	Oplossing	Al ingezet?	Werkt dit?
Huisvesting	_____	☐ Nee/Ja	☐ Nee/Een beetje/Ja
Personeelstekort	_____	☐ Nee/Ja	☐ Nee/Een beetje/Ja
Aantrekken personeel lukt niet	_____	☐ Nee/Ja	☐ Nee/Een beetje/Ja
De praktijk zit te vol	_____	☐ Nee/Ja	☐ Nee/Een beetje/Ja
Hoge zorgdruk patiëntenpopulatie	_____	☐ Nee/Ja	☐ Nee/Een beetje/Ja
Wil niet groeien	_____	☐ Nee/Ja	☐ Nee/Een beetje/Ja
Anders, namelijk	_____	☐ Nee/Ja	☐ Nee/Een beetje/Ja

27. Op welke manier ondersteunt u patiënten bij het vinden van een andere huisarts?

- ☐ We verwijzen ze naar een keuzewebsite
- ☐ We verwijzen ze naar de zorgverzekeraar
- ☐ Onze praktijk neemt contact op met praktijken waar de patiënt heen wil
- ☐ We geven suggesties voor andere praktijken
- ☐ Anders, namelijk...
- ☐ Wij bieden geen ondersteuning
- ☐ Niet van toepassing

28. Hoeveel patiënten heeft de praktijk de afgelopen maand gezien als passant omdat deze persoon zelf geen huisarts heeft? (dus geen passanten vanwege bijvoorbeeld vakantie)

- ☐ 0
- ☐ 1-2
- ☐ 3-5
- ☐ 5-10
- ☐ >10