

Toegankelijke Huisartsenzorg in Haarlemmermeer

Rapport van bevindingen
Rekenkamer Haarlemmermeer

Alfons Fermin, Hille Hoogland en Eva Klooster
Het Onderzoekerscollectief



8 april 2026

Colofon

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de rekenkamer van de gemeente Haarlemmermeer.

Auteurs:

Alfons Fermin

Hille Hoogland

Eva Klooster

Alfons Fermin, Hille Hoogland en Eva Klooster werken als zelfstandig(e) onderzoeker(s) in het sociale domein, ieder vanuit hun eigen bureau. Zij zijn aangesloten bij Het Onderzoekerscollectief.

Inhoud

Managementsamenvatting.....	5
1. Inleiding.....	8
1.1 Aanleiding, doelstelling en onderzoeksvragen	8
1.2 Focus en centrale begrippen	9
1.3 Onderzoeksaanpak.....	9
1.4 Leeswijzer	10
2. Context: organisatie en beleidskaders huisartsenzorg in Haarlemmermeer.....	11
2.1 Hoe is de huisartsenzorg in Haarlemmermeer georganiseerd?	11
2.2 Welke rol heeft de gemeente bij de huisartsenzorg?	12
2.3 Huisvesting van huisartsenzorg: verwerving en financiering.....	15
2.4 Welke beleidskaders sturen de gemeentelijke rol rond huisartsenzorg?	16
3. De gemeentelijke inzet bij toegankelijke huisartsenzorg.....	19
3.1 Inleiding.....	19
3.2 Beleidslijn 1: Huisvesting en gebiedsontwikkeling	19
3.3 Beleidslijn 2: Samenwerking tussen zorg en sociaal domein.....	21
3.4 Beleidslijn 3: Regionale afstemming en monitoring.....	21
3.5 Samenvattend beeld	22
4. Hoe toegankelijk is de huisartsenzorg in Haarlemmermeer?	23
4.1 Hoe toegankelijk is de huisartsenzorg volgens beschikbare gegevens?	23
4.2 Hoe ervaren inwoners de toegankelijkheid van de huisartsenzorg?	26
4.3 Hoe ervaren zorgverleners de toegankelijkheid van huisartsenzorg?	30
4.4 Hoe ervaren keten- en stelselpartners de toegankelijkheid?	33
4.5 Afsluiting: knelpunten in de toegankelijkheid van huisartsenzorg.....	36
5. Ervaringen met inzet van gemeente en mogelijkheden voor verbetering.....	39
5.1 Hoe wordt gemeentelijke inzet ervaren en welke verbeteringen zijn mogelijk?.....	39
5.2 Welke aanvullende maatregelen worden genoemd?	42
5.3 Ter afsluiting.....	45

6. Conclusies.....	47
6.1 Toegankelijkheid van de huisartsenzorg en de gemeentelijke rol.....	47
6.2 Organisatie van de huisartsenzorg en gemeentelijke handelingsruimte	47
6.3 Toegankelijkheid van huisartsenzorg en ervaren knelpunten	48
6.4 Gemeentelijke instrumenten en ervaringen met de werking.....	49
6.5 Doeltreffender inzet van instrumenten en aanvullende maatregelen.....	50
Literatuur.....	52
Bijlage 1: Betrokken partijen en hun rol bij toegankelijkheid huisartsenzorg	53
Bijlage 2: Inspirerende voorbeelden aanvullende inzet gemeente	55
1. Gemeentelijke ondersteuning bij vestiging en behoud huisartsen.....	55
2. Samenhang tussen zorg en welzijn in de wijk	57
3. Ondersteuning van gemeenschaps- en buurtnetwerken	59
4. Aanvullende bereikbaarheid en vervoersoplossingen	60
5. Informatievoorziening voor (nieuwe) inwoners	61

Managementsamenvatting

Aanleiding

De toegankelijkheid van de huisartsenzorg in Haarlemmermeer staat de afgelopen jaren nadrukkelijk op de agenda. Bevolkingsgroei, nieuwbouw, vergrijzing en vraagstukken rond huisvesting van huisartsenpraktijken hebben geleid tot politieke aandacht, onder meer via de motie Borg Eerstelijnszorg (1 februari 2024). De gemeente heeft daarop haar inzet uitgewerkt in beleid.

Tegen deze achtergrond heeft de Rekenkamer laten onderzoeken hoe toegankelijk de huisartsenzorg in Haarlemmermeer is, hoe de gemeentelijke inzet in de praktijk uitwerkt en waar mogelijkheden liggen om de toegankelijkheid verder te versterken.

Kernconclusie

De huisartsenzorg in Haarlemmermeer wordt door de meeste betrokkenen op dit moment als toegankelijk ervaren. Spoedzorg is beschikbaar en in grote delen van de gemeente kunnen inwoners terecht bij een huisarts of gezondheidscentrum.

Tegelijkertijd wijzen betrokkenen op verschillen tussen kernen en op ontwikkelingen die de toegankelijkheid in de komende jaren kunnen beïnvloeden, zoals de bevolkingsgroei, pensionering van huisartsen en vraagstukken rond huisvesting en vervoer. Ook andere factoren spelen een rol bij de toegankelijkheid, zoals de telefonische en fysieke bereikbaarheid van praktijken, tekorten aan doktersassistenten en de toenemende taaklast van huisartsen door overheveling vanuit de tweedelijnszorg. Daarnaast houden de landelijk vastgestelde tarieven onvoldoende rekening met regionale huisvestingskosten; in een gemeente met hoge grondprijzen als Haarlemmermeer vormt dit een knelpunt. Hierover lopen landelijke discussies en rechtszaken.

Uit het onderzoek blijkt dat de gemeente haar inzet rond huisvesting, gebiedsontwikkeling en samenwerking met het sociaal domein de afgelopen jaren beleidsmatig heeft versterkt. Deze inzet wordt vooral door keten- en stelselpartners herkend. De doorwerking in de praktijk wordt echter niet altijd ervaren, met name bij gebiedsontwikkeling en de realisatie van praktijkruimte.

Belangrijkste bevindingen

- **Capaciteit en groei.** Op basis van het aantal inwoners is de huisartsencapaciteit in Haarlemmermeer krap. Dat dit niet zichtbaar is in formele wachtlijsten hangt samen met het feit dat een deel van de inwoners staat ingeschreven bij een huisarts buiten de eigen kern of gemeente, soms uit noodzaak en soms omdat een praktijk in een aangrenzende gemeente dichter bij is. In het recente verleden waren meerdere jaren beperkte inschrijfmogelijkheden, met name in Hoofddorp. Deze situatie is inmiddels opgelost door de vestiging van nieuwe huisartsenpraktijken. Met het oog op verdere woningbouw en de pensionering van huisartsen is richting 2040 substantiële uitbreiding van de capaciteit noodzakelijk om de toegankelijkheid op peil te houden.
- **Huisvesting en gebiedsontwikkeling.** De beschikbaarheid van betaalbare en passende praktijkruimte wordt door betrokkenen genoemd als belangrijke randvoorwaarde voor toegankelijke huisartsenzorg. Hoge grond- en vastgoedprijzen en langdurige procedures maken vestiging en uitbreiding complex. In het gemeentelijk beleid is de afgelopen jaren meer aandacht gekomen voor het tijdig meenemen van huisartsenzorg bij nieuwbouw en herontwikkeling. Betrokkenen geven aan dat dit vraagt om het vroegtijdig reserveren en vastleggen van voldoende vierkante meters praktijkruimte en om duidelijke afspraken met projectontwikkelaars over realisatie en betaalbaarheid daarvan.
- **Verschillen tussen kernen en bereikbaarheid.** De toegankelijkheid verschilt per kern en wijk. In grotere kernen en wijken waar huisartsenzorg aanwezig is – bijvoorbeeld in de vorm van één of meerdere praktijken of een gezondheidscentrum – wordt de situatie overwegend positief ervaren. In kleinere kernen zijn inwoners vaker aangewezen op zorg in een andere kern of gemeente. Dit vergroot de afhankelijkheid van vervoer. Met name voor ouderen en minder mobiele inwoners kunnen beperkt openbaar vervoer en Wmo-vervoer een drempel vormen. Lokale initiatieven ondersteunen de bereikbaarheid, maar de ervaringen verschillen per kern.
- **Samenhang met sociaal domein.** Huisartsen signaleren een toename van psychosociale en niet-medische hulpvragen. Initiatieven zoals Welzijn op Recept en

wijksamenwerkingsverbanden bieden aanknopingspunten voor betere aansluiting tussen zorg en welzijn. Verdere versterking en borging van deze samenwerking en versterking van het welzijnsaanbod kunnen bijdragen aan passende ondersteuning van inwoners en ontlasting van huisartsen.

Rol van de gemeente

De gemeente is niet verantwoordelijk voor de uitvoering of financiering van huisartsenzorg, maar beïnvloedt belangrijke randvoorwaarden, met name via ruimtelijke ordening, gebiedsontwikkeling en de verbinding met het sociaal domein.

De gemeentelijke inzet is de afgelopen jaren explicieter vastgelegd, met onder meer structureel overleg met zorgpartijen en een vast aanspreekpunt voor huisvesting van eerstelijnszorg. Deze inzet wordt herkend en gewaardeerd.

Tegelijkertijd blijkt uit het onderzoek dat gebiedsontwikkeling en huisvesting complexe processen zijn, waarin het tijdig realiseren van passende praktijkruimte blijvende aandacht vraagt. De toegankelijkheid van huisartsenzorg hangt samen met keuzes rond woningbouw, bereikbaarheid en samenwerking in de wijk. De gemeente speelt daarin een belangrijke rol, samen met andere betrokken partijen.

Tot slot bespreken we diverse suggesties van betrokkenen voor versterking van de gemeentelijke inzet en aanvullende maatregelen bij het huidige beleid, zoals het explicieter vastleggen van ruimte voor huisartsenzorg bij gebiedsontwikkeling, betere vervoersoplossingen voor inwoners in kleine kernen en verdere versterking van de samenwerking tussen huisartsenzorg en het sociaal domein.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding, doelstelling en onderzoeksvragen

In Haarlemmermeer staat de toegankelijkheid van de huisartsenzorg onder druk door bevolkingsgroei als gevolg van nieuwbouw, pensionering van huisartsen en een tekort aan geschikte praktijkruimten. Eerstelijnsorganisaties hebben deze ontwikkelingen in 2023 onder de aandacht gebracht van de gemeenteraad. Dit leidde in februari 2024 tot de motie *Borg Eerstelijnszorg* (Gemeenteraad Haarlemmermeer, 2024), waarin aandacht werd gevraagd voor de huisvesting van huisartsenpraktijken. Hoewel gemeenten geen verantwoordelijkheid dragen voor de uitvoering of financiering van huisartsenzorg, hebben zij wel invloed op de randvoorwaarden waaronder deze zorg tot stand komt.

Tegen deze achtergrond heeft de Rekenkamer Haarlemmermeer onderzoek laten uitvoeren naar de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in Haarlemmermeer en de rol van de gemeente daarbij.

Hoofdvraag: In hoeverre is de huisartsenzorg in Haarlemmermeer toegankelijk voor inwoners, hoe geeft de gemeente invulling aan haar rol om deze toegankelijkheid te bevorderen, en welke aanvullende mogelijkheden heeft zij daarbij?

Deelvragen:

- 1. Organisatie en gemeentelijke rol.** Hoe is de huisartsenzorg in Haarlemmermeer georganiseerd, en welke rol en handelingsruimte heeft de gemeente hierbij?
- 2. Toegankelijkheid (feitelijk en ervaren).** In welke mate is de huisartsenzorg in Haarlemmermeer toegankelijk voor inwoners en welke knelpunten en drempels doen zich daarbij voor?
- 3. Huidige inzet van gemeentelijke instrumenten.** Welke instrumenten en interventies zet de gemeente op dit moment in om toegankelijkheid van huisartsenzorg te bevorderen, en welke ervaringen zijn er met de werking daarvan?
- 4. Verbeteringen en aanvullende maatregelen.** In hoeverre kan de gemeente bestaande instrumenten doeltreffender inzetten, en welke aanvullende maatregelen kan zij benutten om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te versterken?

1.2 Focus en centrale begrippen

In dit onderzoek wordt de toegankelijkheid van de huisartsenzorg breed en praktisch opgevat. Het gaat daarbij niet alleen om voldoende capaciteit, maar ook om bereikbaarheid, organisatie, wachttijden, continuïteit en de mate waarin de zorg aansluit bij de vaardigheden en leefwereld van inwoners. Deze benadering sluit aan bij landelijke kaders zoals de *Visie Eerstelijnszorg 2030* (VWS, 2024) en de *Monitor Toegankelijkheid van Zorg* (NZa, 2024).

Uitgangspunt is de in Nederland binnen de eerstelijnszorg breed gedeelde norm van zorg naar behoefte: alle burgers die zorg nodig hebben moeten tijdig passende zorg kunnen krijgen en de eerstelijnszorg dient bij te dragen aan gelijke kansen op goede gezondheid voor iedereen (VWS, 2024). Deze norm is ingebed in het poortwachtersmodel van de huisarts en uitgewerkt in het *Kader kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg* van de LHV (nd). Toegankelijkheid fungeert daarin als randvoorwaarde voor het leveren van passende zorg. Belemmeringen in bereikbaarheid, organisatie of begrijpelijkheid kunnen ertoe leiden dat deze norm in de praktijk niet wordt gerealiseerd.

Uit de interviews die tijdens dit onderzoek zijn gehouden, blijkt dat betrokkenen in grote lijnen een vergelijkbaar beeld hebben van wat onder toegankelijke huisartsenzorg wordt verstaan, dat overeenkomt met de hierboven beschreven omschrijving. Daarbij leggen verschillende groepen in de praktijk soms andere accenten die in de volgende hoofdstukken van dit rapport terugkomen.

1.3 Onderzoeksaanpak

Het onderzoek richtte zich aanvankelijk in brede zin op knelpunten in de eerstelijnszorg in Haarlemmermeer. Om zicht te krijgen op de organisatie van de eerstelijnszorg, de beleidscontext en belangrijke knelpunten, is gestart met een verkennend onderzoek, bestaande uit deskresearch en oriënterende gesprekken met enkele sleutelfiguren uit beleid en eerstelijnszorg.

Uit de verkenning bleek dat de meest uitgesproken en structurele knelpunten zich voordoen binnen de huisartsenzorg. Dit sluit aan bij de politieke en beleidsmatige aandacht in Haarlemmermeer, zoals verwoord in de in 2024 aangenomen motie *Borg Eerstelijnszorg* en de daaropvolgende gemeentelijke beleidsnota. In de gesprekken werd benadrukt dat bij de huisartsenzorg meerdere vraagstukken

samenkomen waarbij de gemeente een rol speelt of kan spelen. Andere onderdelen van de eerstelijnszorg kwamen vooral in relatie tot de huisartsenzorg aan bod.

Op basis hiervan is, in overleg met de Rekenkamer en de klankbordgroep, gekozen voor een verdiepend onderzoek met een focus op de huisartsenzorg. Deze afbakening maakte het mogelijk om gericht in te gaan op de ervaringen van de meest direct betrokkenen en op de rol van de gemeente bij de toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

De onderzoeksvragen zijn beantwoord op basis van deskresearch en interviews. In totaal zijn voor het onderzoek circa dertig respondenten gesproken, verdeeld over vier groepen: inwoners, zorgverleners werkzaam in verschillende huisartsenpraktijken en gezondheidscentra, gemeentelijke medewerkers en keten- en stelsel partners. Het inwonersperspectief is opgehaald via een focusgroep met vertegenwoordigers van dorps- en wijkraden, aangevuld met interviews met organisaties die inwoners vertegenwoordigen. In hoofdstuk 4 wordt per perspectief nader toegelicht wie we daarvoor geïnterviewd hebben.

Het deskresearch bestond uit het bestuderen van relevante beleidsstukken, rapporten en beschikbare cijfers over de huisartsenzorg in Haarlemmermeer. Daarnaast is gericht deskresearch uitgevoerd om enkele inspirerende voorbeelden te identificeren die aansluiten bij de in dit onderzoek gesignaleerde knelpunten.

1.4 Leeswijzer

Dit rapport bestaat uit zes hoofdstukken. Hoofdstuk 2 beschrijft de organisatie en beleidscontext van de huisartsenzorg. Hoofdstuk 3 gaat in op de gemeentelijke inzet bij de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in Haarlemmermeer. In hoofdstuk 4 staat beschreven hoe de toegankelijkheid ervaren wordt door inwoners, zorgverleners en keten- en stelselpartners. Hoofdstuk 5 gaat in op ervaringen met de inzet van de gemeente en wat mogelijkheden voor verbetering zijn. In hoofdstuk 6, Conclusies, worden de onderzoeksvragen beantwoord. In Bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de betrokken partijen en hun rol bij de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Bijlage 2 bevat inspirerende voorbeelden van mogelijke aanvullende maatregelen rond de toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

2. Context: organisatie en beleidskaders huisartsenzorg in Haarlemmermeer

Dit hoofdstuk beschrijft de context waarbinnen de huisartsenzorg in Haarlemmermeer functioneert. Het gaat daarbij om de wijze waarop de huisartsenzorg is georganiseerd, de rollen en verantwoordelijkheden van betrokken partijen en de beleidsmatige kaders waarbinnen de gemeente opereert. Dit hoofdstuk biedt daarmee het referentiekader voor de analyse van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de volgende hoofdstukken.

2.1 Hoe is de huisartsenzorg in Haarlemmermeer georganiseerd?

Dit onderzoek richt zich op de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Andere vormen van eerstelijnszorg, zoals apotheken, paramedici, verloskundigen, wijkverpleging en eerstelijns-GGZ, blijven buiten beschouwing.

Het grootste deel van de huisartsenzorg in Haarlemmermeer wordt geleverd door zelfstandig gevestigde huisartsen. Deze huisartsen werken in verschillende organisatievormen, waaronder solopraktijken, duopraktijken en groepspraktijken. Huisartsen kunnen zowel praktijkhouder zijn als in loondienst werken, bijvoorbeeld binnen groepspraktijken of gezondheidscentra.

De meeste huisartsen in Haarlemmermeer zijn georganiseerd in de Huisartsenvereniging Haarlemmermeer, die fungeert als belangenbehartiger en gesprekspartner voor andere partijen. Daarnaast nemen huisartsenpraktijken en gezondheidscentra deel aan regionale samenwerking via de Zorggroep Haarlemmermeer. Deze zorggroep ondersteunt huisartsen onder meer bij ketenzorg, ICT en huisvestingsvraagstukken en speelt een centrale rol in de regionale afstemming over capaciteit en spreiding van huisartsenzorg binnen de zorgregio.

De Zorggroep Haarlemmermeer wordt gefinancierd door zorgverzekeraar Zorg & Zekerheid en richt zich primair op het versterken van samenwerking binnen de eerstelijnszorg. Vanuit deze rol fungeert de zorggroep ook als scharnier in de samenwerking tussen huisartsen en partijen in het sociaal domein, waaronder welzijnsorganisatie Meerwaarde.

Deze zorgregio van de Zorggroep valt grotendeels samen met de gemeente Haarlemmermeer; alleen Badhoevedorp en Spaarndam vallen binnen andere zorgregio's. Concreet betekent dit dat deze kernen onder een ander regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband vallen, met een andere zorgverzekeraar als belangrijkste inkoper van huisartsenzorg. De gemeente heeft daardoor te maken met meerdere regionale overlegstructuren rond de organisatie van huisartsenzorg. Volgens de Zorggroep leidt dit in de praktijk nog niet tot wezenlijke knelpunten voor de toegankelijkheid van huisartsenzorg, omdat de betrokken regio's elkaar weten te vinden en er overleg plaatsvindt over regio-overstijgende vraagstukken. De gemeente ziet dit wel als een aandachtspunt, mede omdat ze momenteel samen met de Zorggroep en zorgverzekeraar werkt aan een hechter regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband gericht op wijkgerichte samenwerking tussen eerstelijns en welzijn, en Badhoevedorp en Spaarndam daarbuiten vallen.

Een specifieke organisatievorm binnen de gemeente wordt gevormd door de drie gezondheidscentra in Hoofddorp die worden beheerd door de Stichting Gezondheidscentra Haarlemmermeer. Deze stichting maakt, net als andere huisartsenpraktijken, deel uit van de regionale samenwerking via de Zorggroep. Daarnaast zijn er locaties waar huisartsenpraktijken zijn gehuisvest samen met andere zorgverleners, zonder dat sprake is van een formele gezondheidscentrumorganisatie, zoals bij Gezondheidscentrum De Parken.

Ten slotte is er in Haarlemmermeer structureel overleg tussen de gemeente, de Zorggroep Haarlemmermeer en zorgverzekeraar Zorg & Zekerheid over de ontwikkeling van huisartsencapaciteit en de beschikbaarheid van praktijkruimte. Dit overleg heeft een signalerende en afstemmende functie en biedt de gemeente input voor ruimtelijke en beleidsmatige keuzes.

2.2 Welke rol heeft de gemeente bij de huisartsenzorg?

In deze paragraaf wordt de rol van de gemeente beschreven in algemene zin, zoals deze voortvloeit uit het Nederlandse zorgstelsel en de wettelijke bevoegdheden van gemeenten. Het gaat hier om de handelingsruimte die een gemeente kán benutten. De wijze waarop de gemeente Haarlemmermeer deze rol in de praktijk invult, komt in hoofdstuk 3 aan de orde.

Huisartsen zijn zelfstandige zorgverleners en zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende huisartsenzorg voor hun verzekerden. De gemeente

heeft geen formele verantwoordelijkheid voor de uitvoering of financiering van huisartsenzorg (VWW, 2024).

De verantwoordelijkheid voor het beschikbaar zijn van voldoende huisartsenzorg ligt primair bij zorgverzekeraars, in deze regio met name bij Zorg & Zekerheid. Regionale afstemming en ondersteuning van huisartsen vindt plaats via de Zorggroep Haarlemmermeer, waarin huisartsenpraktijken en gezondheidscentra samenwerken.

Hoewel de gemeente geen zorgverantwoordelijkheid heeft, kan zij wel invloed uitoefenen op de randvoorwaarden waaronder de huisartsenzorg toegankelijk blijft. Die invloed ligt vooral in het fysieke en sociale domein. De rol van de gemeente kan worden onderscheiden in een kaderstellende, ondersteunende en verbindende rol.

Kaderstellende rol

De kaderstellende rol van een gemeente betreft onder meer haar bevoegdheden op het gebied van ruimtelijke ordening en gebiedsontwikkeling. Dit betreft onder meer:

- het opnemen van maatschappelijke bestemmingen in het omgevingsplan;
- het afwegen van ruimte voor zorgvoorzieningen bij nieuwbouw en herstructurering;
- het vaststellen van parkeernormen en bereikbaarheidseisen.

Met deze kaders kan de gemeente ruimte mogelijk maken voor huisartsenpraktijken en gezondheidscentra, maar zij kan niet afdwingen dat zorgvoorzieningen daadwerkelijk worden gerealiseerd of geëxploiteerd. De uiteindelijke vestiging en financiering van praktijken blijft afhankelijk van zorgaanbieders en marktpartijen. Via haar grond- en vastgoedbeleid kan de gemeente aanvullend invloed uitoefenen op de beschikbaarheid van locaties voor huisartsenzorg; gemeenten kunnen daarbij kiezen voor een meer actief of passief beleid, met verschillende sturingsmogelijkheden. Hoe de gemeente Haarlemmermeer dit invult, komt aan de orde in paragraaf 3.2.

Ondersteunende rol

Binnen de gestelde kaders kan de gemeente huisartsen en andere partijen ondersteunen door:

- mee te denken bij huisvestingsvraagstukken;
- procedures toe te lichten en waar mogelijk te stroomlijnen;

- partijen met elkaar in contact te brengen, bijvoorbeeld huisartsen, gebiedsontwikkelaars en de Zorggroep.

Verbindende rol

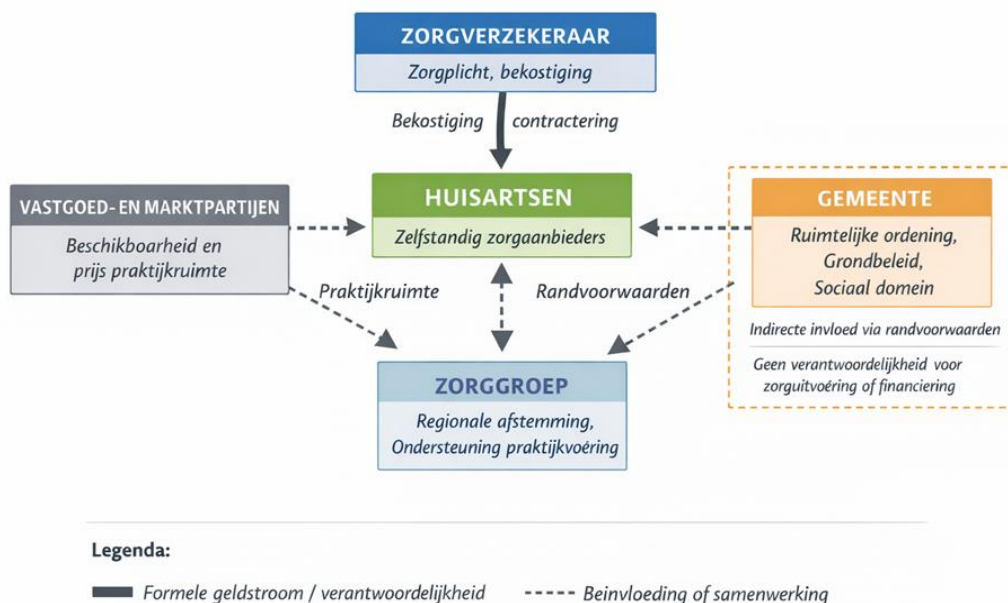
Daarnaast vervult de gemeente een verbindende rol tussen zorg en het sociaal domein. Zij faciliteert de aansluiting tussen huisartsenzorg, welzijnsorganisaties en andere voorzieningen, onder meer via beleidsprogramma's en het ondersteunen van overlegstructuren. De inhoudelijke organisatie van wijkgerichte samenwerking binnen de huisartsenzorg primair ligt bij de Zorggroep. De gemeentelijke rol is erop gericht de ondersteuning rond inwoners beter op elkaar te laten aansluiten en te bevorderen dat niet-medische hulpvragen waar mogelijk via het sociaal domein worden opgepakt, zodat zij niet onnodig bij de huisarts terechtkomen.

Grenzen aan gemeentelijke invloed

De rol van de gemeente wordt begrensd door het zorgstelsel en de marktwerking. De gemeente heeft geen invloed op landelijke tarieven voor huisartsenzorg en geen bevoegdheden om huisartsen of zorgverzekeraars te verplichten tot specifieke keuzes. Huisartsen zijn zelfstandig gevestigd en bepalen zelf hun vestiging, organisatie en bedrijfsvoering. De gemeentelijke invloed beperkt zich tot het creëren van randvoorwaarden en het stimuleren van samenwerking, waarbij zij afhankelijk is van de bereidheid van andere partijen om deze ruimte te benutten. In Bijlage 1 is een overzicht opgenomen van de betrokken partijen en hun rol bij de toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

Het onderstaande figuur geeft schematisch de verantwoordelijkheidsverdeling rond huisartsenzorg weer. De zorgverzekeraar heeft zorgplicht en financiert de zorg; huisartsen zijn zelfstandig gevestigd en bepalen hun praktijkvoering. De gemeente is niet verantwoordelijk voor uitvoering of financiering, maar beïnvloedt via ruimtelijke ordening en het sociaal domein de randvoorwaarden. De Zorggroep faciliteert regionale afstemming; vastgoed- en marktpartijen zijn bepalend voor de beschikbaarheid en prijs van praktijkruimte.

Krachtenveld rond toegankelijkheid huisartsenzorg



2.3 Huisvesting van huisartsenzorg: verwerving en financiering

De verwerving en financiering van praktijkruimte voor huisartsenzorg ligt in de praktijk bij huisartsen als praktijkhouders en bij organisaties die gezondheidscentra exploiteren, zoals stichtingen. Zij zijn verantwoordelijk voor het huren, kopen of realiseren van praktijkruimte en dragen de financiële risico's die daarmee samenhangen.

Praktijkruimte komt tot stand via herontwikkeling van bestaande gebouwen of als onderdeel van nieuwbouwprojecten. Of en waar praktijkruimte wordt gerealiseerd, is afhankelijk van het initiatief van huisartsen of gezondheidscentra en van de bereidheid van marktpartijen om hierin te investeren. De gemeente kan hierbij via haar ruimtelijke bevoegdheden voorwaarden scheppen voor de vestiging van zorgvoorzieningen, maar is niet verantwoordelijk voor de realisatie of financiering daarvan.

Praktijkruimten worden bekostigd uit de landelijk vastgestelde tarieven voor huisartsenzorg. Deze tarieven zijn uniform en bevatten geen afzonderlijke vergoeding voor huisvesting. Hierdoor komen huur-, aankoop- en bouwkosten

rechtstreeks voor rekening van de praktijkhouder of de organisatie die het gezondheidscentrum beheert. Omdat deze tarieven geen rekening houden met regionale verschillen in grond- en vastgoedprijzen, kan in gemeenten met relatief hoge vastgoedkosten – zoals Haarlemmermeer – een spanning ontstaan tussen de beschikbare bekostiging en de feitelijke kosten van praktijkruimte.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende huisartsenzorg, maar beschikken in beginsel niet over structurele instrumenten om huisvestingskosten te financieren of te compenseren. In recente jaren zijn wel initiatieven ontstaan waarbij zorgverzekeraars in specifieke situaties ondersteuning bieden bij de start van een huisartsenpraktijk; deze ontwikkeling wordt later in dit rapport kort beschreven.

Landelijke beleidsdocumenten erkennen huisvesting als randvoorwaarde voor toegankelijke eerstelijnszorg, terwijl de verantwoordelijkheid voor verwerving en financiering van praktijkruimte primair bij zorgaanbieders en marktpartijen ligt (VWS, 2024; VWS, 2025).

2.4 Welke beleidskaders sturen de gemeentelijke rol rond huisartsenzorg?

De huisartsenzorg in Haarlemmermeer functioneert binnen landelijke en regionale beleidskaders die samenwerking tussen betrokken partijen stimuleren. Deze kaders bieden de gemeente vooral ruimte voor afstemming en facilitering, niet voor directe sturing op de organisatie of uitvoering van huisartsenzorg.

Integraal Zorgakkoord (IZA)

Het Integraal Zorgakkoord (2022) is gesloten door het Rijk, gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders en is gericht op het toekomstbestendig houden van de zorg. Voor gemeenten fungeert het IZA als samenwerkingskader dat regionale afstemming en wijkgerichte samenwerking stimuleert. Het benadrukt het belang van gezondheidscentra als organisatievorm voor samenwerking tussen eerstelijnszorgverleners, maar bevat geen directe gemeentelijke instrumenten voor huisvesting of organisatie van huisartsenzorg.

Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)

Het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (2025) bouwt voort op het IZA en legt extra nadruk op de samenhang tussen zorg en welzijn. Voor gemeenten

onderstreept het akkoord het belang van een goed functionerend sociaal domein als randvoorwaarde voor toegankelijke zorg. Net als het IZA bevestigt het vooral de verbindende en ondersteunende rol van gemeenten.

Regioplan Haarlemmermeer – Samen Sterk

In uitwerking van het IZA is in 2023 het Regioplan Haarlemmermeer – Samen Sterk opgesteld door de gemeente Haarlemmermeer, Zorg en Zekerheid, GGD Kennemerland en SigrA. Het regioplan bevat gezamenlijke uitgangspunten voor samenwerking tussen zorg en welzijn binnen de zorgregio. De huisartsenzorg wordt hierin gepositioneerd als partner in wijkgerichte samenwerking, in samenhang met ondersteuning vanuit het sociaal domein. Het plan is een afsprakenkader en geen uitvoeringsprogramma.

Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)

Het Gezond en Actief Leven Akkoord (2023) richt zich op preventie, gezondheid en het versterken van de sociale basis en wordt door gemeenten uitgevoerd met tijdelijke SPUK-middelen.¹ Het akkoord heeft geen directe betrekking op medische zorg, maar kan indirect van betekenis zijn voor de huisartsenzorg: een sterker preventief en sociaal aanbod kan bijdragen aan het verminderen van niet-medische hulpvragen in de huisartsenpraktijk. In samenhang met het IZA vormt het GALA het beleidskader voor de verschuiving van zorg naar gezondheid en ondersteuning in de leefomgeving.

Wijksamenwerkingsverbanden

De inzet op wijksamenwerkingsverbanden sluit aan bij landelijke beleidskaders die samenwerking tussen zorg en sociaal domein stimuleren. In Haarlemmermeer wordt deze samenwerking in de praktijk vooral bevorderd via de Zorggroep Haarlemmermeer, waarbij de gemeente een ondersteunende rol vervult. Wijksamenwerkingsverbanden kunnen indirect bijdragen aan de toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

Deze landelijke en regionale akkoorden stimuleren samenwerking tussen zorg en welzijn en versterking van de sociale basis. Zij leggen geen directe verantwoordelijkheid voor de uitvoering van huisartsenzorg bij de gemeente. De concrete invulling van de gemeentelijke rol – waaronder het scheppen van

¹ SPUK (Specifieke Uitkering) is een rijksbijdrage die gemeenten ontvangen voor een specifiek beleidsdoel. In dit rapport gaat het om SPUK-middelen voor de uitvoering van het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), waarvoor landelijke voorwaarden en verantwoordingsregels gelden.

ruimtelijke en organisatorische randvoorwaarden – blijft daarmee een lokale beleidskeuze.

3. De gemeentelijke inzet bij toegankelijke huisartsenzorg

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de gemeente Haarlemmermeer haar rol invult bij het ondersteunen van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Daarbij gaat het om de wijze waarop de gemeente invloed uitoefent op de randvoorwaarden waaronder deze zorg toegankelijk kan blijven.

De beschrijving in dit hoofdstuk is gebaseerd op gemeentelijke beleidsstukken, in het bijzonder de nota *Huisvesting eerstelijnszorg: inzicht, uitvoeringskader en oplossingen* (College B&W, 2025b) en de bijbehorende bijlage (Gemeente Haarlemmermeer, 2025a), en daarnaast op interviews met strategisch adviseurs sociaal domein en een programmamanager IZA/GALA binnen de gemeente.

Dit hoofdstuk beschrijft de gemeentelijke inzet zoals deze beleidsmatig is vormgegeven. Daarbij is de gemeentelijke inzet geordend langs drie beleidslijnen: (1) huisvesting en gebiedsontwikkeling, (2) samenwerking tussen zorg en sociaal domein en (3) regionale afstemming en monitoring.

3.2 Beleidslijn 1: Huisvesting en gebiedsontwikkeling

De meest expliciete en uitgewerkte beleidskeuze van de gemeente betreft de inzet op huisvesting van huisartsenzorg in samenhang met ruimtelijke ordening en gebiedsontwikkeling. Aanleiding hiervoor was de in 2024 door de gemeenteraad aangenomen motie *Borg Eerstelijnszorg*, waarin aandacht werd gevraagd voor het tijdig borgen van ruimte voor eerstelijnszorg, met name huisartsenpraktijken.

De gemeente heeft ervoor gekozen om huisartsenzorg nadrukkelijker en eerder te betrekken bij gebiedsontwikkeling en voorzieningenplanning. Deze keuze is vastgelegd in gemeentelijke beleidsdocumenten, waaronder de bijlage bij de nota *Huisvesting eerstelijnszorg* (2025a). Daarbij wordt huisartsenzorg niet langer uitsluitend beschouwd als een individuele vestigingsvraag van huisartsen, maar als een maatschappelijke voorziening die in samenhang met bevolkingsontwikkeling, wijkopbouw en bereikbaarheid moet worden gezien.

Binnen deze beleidslijn zet de gemeente verschillende instrumenten in. In het omgevingsplan wordt vastgelegd dat gezondheidscentra en andere vormen van eerstelijnszorg een maatschappelijke bestemming krijgen. Bij nieuwbouw en herstructurering maakt de gemeente per wijk of kern een beleidsmatige afweging of, en in welke vorm, huisartsenzorg wenselijk is. Waar mogelijk wordt ingezet op integrale gezondheidscentra waarin meerdere eerstelijnszorgaanbieders zijn gehuisvest.

In de nota *Huisvesting eerstelijnszorg: inzicht, uitvoeringskader en oplossingen* (mei 2025) spreekt de gemeente expliciet de ambitie uit om te streven naar een gezondheidscentrum in elke wijk of kern. Dit uitgangspunt fungeert als kader bij gebiedsontwikkeling en bij de beoordeling van initiatieven voor eerstelijnszorg.

De gemeente hanteert daarnaast expliciete uitgangspunten voor bereikbaarheid. Locaties voor eerstelijnszorg moeten goed toegankelijk zijn voor minder mobiele inwoners en voor zorgprofessionals die huisbezoeken afleggen. De gemeente past haar parkeerbeleid toe zoals vastgelegd in het *Handboek parkeernormen* (herziening 2025). Afwijkingen van deze normen zijn slechts incidenteel mogelijk en worden per locatie onderbouwd met parkeeronderzoek.

Daarnaast heeft de gemeente een vast aanspreekpunt aangewezen voor huisvesting van eerstelijnszorg. Deze functionaris vervult een ondersteunende rol richting huisartsen, projectontwikkelaars en andere betrokken partijen en zorgt voor interne afstemming binnen de gemeentelijke organisatie. Bij nieuwe ontwikkelingen wordt actief de verbinding gelegd met de Zorggroep, zodat zorginhoudelijke en functionele eisen van huisartsenzorg vroegtijdig kunnen worden meegenomen in de planvorming.

De gemeente voert een passief grond- en vastgoedbeleid en ontwikkelt zelf geen zorgvastgoed. Komt gemeentelijke grond of vastgoed beschikbaar, dan wordt met de Zorggroep Haarlemmermeer afgestemd of een locatie geschikt is voor eerstelijnszorg. Geschikte locaties worden vervolgens openbaar aangeboden, omdat het Didam-arrest (Hoge Raad 2021) overheden verplicht bij verkoop of verhuur van gemeentelijk vastgoed alle geïnteresseerde partijen een gelijke kans te bieden.

Ten slotte ondersteunt de gemeente initiatiefnemers van eerstelijnszorg bij vergunningprocedures. Hoewel niet kan worden afgeweken van de wettelijke procedures en termijnen van de Omgevingswet, denkt de gemeente actief mee over de invulling van aanvragen en over het voldoen aan parkeer-, milieu- en andere normen, met als doel de procedure zo soepel mogelijk te laten verlopen.

3.3 Beleidslijn 2: Samenwerking tussen zorg en sociaal domein

Een tweede beleidslijn betreft de inzet op samenwerking tussen huisartsenzorg en het sociaal domein. De gemeente Haarlemmermeer benadert de toegankelijkheid van huisartsenzorg niet alleen vanuit capaciteit en huisvesting, maar ook vanuit de vragen waarmee inwoners bij huisartsen aankloppen.

Binnen de landelijke kaders van het Integraal Zorgakkoord en het Gezond en Actief Leven Akkoord zet de gemeente in op preventie en het versterken van de sociale basis. Deze inzet is mede gericht op het verbeteren van de sociale verwijzing, omdat niet-medische hulpvragen wel bij huisartsen binnenkomen, maar door beperkt zicht op het sociaal domein niet altijd goed kunnen worden doorverwezen. De gemeente beoogt door betere organisatie en toegankelijkheid van het sociaal domein niet-medische hulpvragen vaker buiten de huisartsenzorg op te vangen en zo indirect bij te dragen aan de toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

In Haarlemmermeer krijgt deze inzet onder meer vorm via wijksamenwerkingsverbanden, die vooral door de Zorggroep Haarlemmermeer worden bevorderd. Binnen deze verbanden werken huisartsen samen met partijen in het sociaal domein en andere lokale partners. De gemeente sluit hierbij aan in een ondersteunende rol, onder meer door het verbinden met gemeentelijk beleid en voorzieningen.

Een belangrijk instrument binnen deze inzet is Welzijn op Recept. Dit programma maakt het mogelijk dat huisartsen en praktijkondersteuners inwoners met psychosociale klachten, zoals stress, eenzaamheid of somberheid, laagdrempelig verwijzen naar welzijnsactiviteiten en sociaal werk in de wijk, in plaats van naar medische of specialistische zorg. De gemeente faciliteert dit programma en werkt aan verdere doorontwikkeling en borging via het Transformatieplan Welzijn op Recept (Gemeente Haarlemmermeer, 2025b). In hoeverre dit bijdraagt aan ontlasting van huisartsen is afhankelijk van de betrokkenheid van huisartsen en van de beschikbare capaciteit in het sociaal domein.

3.4 Beleidslijn 3: Regionale afstemming en monitoring

De rol van de gemeente Haarlemmermeer bij regionale afstemming en monitoring is beperkt tot signalering en het tijdig verkrijgen van inzicht in ontwikkelingen, die worden benut bij ruimtelijke en beleidsmatige afwegingen. Samen met de Zorggroep Haarlemmermeer en zorgverzekeraar Zorg & Zekerheid voert de

gemeente structureel overleg over ontwikkelingen in capaciteit, spreiding en huisvesting van huisartsenzorg. In dit overleg worden onder meer gegevens besproken over het aantal huisartsen, bevolkingsontwikkeling per wijk of kern en de verwachte zorgvraag. Deze informatie wordt door de gemeente betrokken bij ruimtelijke keuzes en opgenomen in de tweejaarlijkse voorzieningenmonitor, die deel uitmaakt van de investeringsstrategie Schaalsprong Wonen en de gemeenteraad informeert over de voortgang, spreiding en knelpunten rond gezondheidscentra en andere eerstelijnsvoorzieningen.

Naast deze overleg- en monitoringsinstrumenten laat de Zorggroep een regionaal digitaal platform voor inschrijving bij huisartsen ontwikkelen. Via dit platform kunnen inwoners die op zoek zijn naar een huisarts zich centraal registreren, wat de inschrijving vergemakkelijkt en beter inzicht geeft in de omvang en spreiding van de vraag naar huisartsenzorg. Het platform is regio-gebonden en heeft betrekking op Haarlemmermeer en Badhoevedorp. Het wordt gefaseerd uitgerold en bevat een dashboard met wijkgerichte informatie over onder meer inwoners zonder vaste huisarts en druk op praktijken. Een vergelijkbaar, eenvoudiger systeem is al in gebruik bij HADOKS in de regio Den Haag.² Vanuit de Zorggroep wordt aangegeven dat gemeentelijke communicatie over het platform in de toekomst wenselijk zou zijn (interview Zorggroep).

3.5 Samenvattend beeld

De rol van de gemeente Haarlemmermeer bij het ondersteunen van de randvoorwaarden voor toegankelijke huisartsenzorg is beperkt, maar relevant. De inzet van de gemeente richt zich daarbij vooral op huisvesting en gebiedsontwikkeling, ondersteuning van samenwerking tussen zorg en sociaal domein en een signalerende rol in regionale afstemming en monitoring.

De gemeentelijke inzet is de afgelopen jaren beleidsmatig duidelijker vastgelegd, mede door politieke aandacht voor de huisvesting van eerstelijnszorg. Zoals in de voorgaande paragrafen is beschreven, is de feitelijke uitvoering afhankelijk van investeringen en vestigingsbeslissingen van huisartsen en andere zorgaanbieders, van de inkoop en zorgplicht van zorgverzekeraars, en van de mate waarin woningbouw en gebiedsontwikkeling tijdig worden afgestemd op de ontwikkeling van huisartsencapaciteit.

² <https://zorggroep.mijnpraktijk.nl/z/hadoks>

4. Hoe toegankelijk is de huisartsenzorg in Haarlemmermeer?

Dit hoofdstuk beschrijft de toegankelijkheid van de huisartsenzorg op basis van beschikbare gegevens en interviews met inwoners, zorgverleners, de gemeente en keten- en stelselpartners. Eerst wordt ingegaan op de beschikbare gegevens, daarna op de ervaren toegankelijkheid vanuit de verschillende perspectieven.

4.1 Hoe toegankelijk is de huisartsenzorg volgens beschikbare gegevens?

In deze paragraaf wordt de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in Haarlemmermeer beschreven op basis van beschikbare gegevens uit verschillende bronnen. Deze gegevens laten zien dat de toegankelijkheid kan variëren in de tijd en per wijk of kern, onder meer door bevolkingsontwikkeling en veranderingen in huisartsencapaciteit. De cijfers geven inzicht in het aantal huisartsen, de spreiding van praktijken en de fysieke toegankelijkheid van praktijklocaties; over andere aspecten, zoals wachttijden, zijn nauwelijks gegevens beschikbaar.

Capaciteit, spreiding en wachtlijsten van huisartsen

Huidige capaciteit en recente ontwikkeling

Uit de gemeentelijke analyse van de huisvesting en capaciteit van eerstelijnszorg blijkt dat per december 2024 in Haarlemmermeer 158.459 inwoners stonden ingeschreven. Bij de huisartsen waren op dat moment 152.823 patiënten ingeschreven. Op basis van de door de Nederlandse Zorgautoriteit gehanteerde norm van 2.095 patiënten per fte huisarts bedraagt de theoretische behoefte 75,6 fte. Gegeven het door de gemeente berekende tekort van 2,7 fte impliceert dit dat eind 2024 circa 73 fte huisartsen werkzaam waren (Gemeente Haarlemmermeer, 2025a). De gemeente merkt daarbij op dat deze berekening een theoretisch karakter heeft, onder meer omdat inwoners zich ook inschrijven bij een huisarts buiten de eigen kern of gemeente.

In de voorafgaande jaren was sprake van een aanzienlijk tekort. Eind 2023 werd het tekort door de betrokken partijen geraamd op circa zes fte huisartsen, met name in Hoofddorp. In die periode hanteerden veel praktijken gedurende langere tijd een

(gedeeltelijke) patiëntenstop. Inwoners konden zich in Hoofddorp gedurende meerdere jaren niet of slechts zeer beperkt inschrijven bij een huisarts (interview Zorggroep). Haarlemmermeer stond bij zorgverzekeraars bekend als een van de gemeenten waar inwoners het moeilijkst een huisarts konden vinden.

Na de vestiging van meerdere nieuwe praktijken in de loop van 2024 is de situatie verbeterd en zijn de wachtlijsten afgenomen. De huidige balans moet daarmee worden gezien tegen de achtergrond van eerdere tekorten en langdurige patiëntenstops.

Spreiding van huisartsenzorg

Uit cijfers uit de gemeentelijke nota blijkt dat in grotere kernen, met name Hoofddorp en Nieuw-Vennep, meer patiënten staan ingeschreven dan er inwoners wonen, terwijl in kleinere kernen juist minder patiënten zijn ingeschreven dan het aantal inwoners doet vermoeden (Gemeente Haarlemmermeer, 2025a). Dit wijst erop dat inwoners uit kleinere kernen gebruikmaken van huisartsenzorg in nabijgelegen grotere kernen of in omliggende gemeenten (met name aan de overzijde van de Ringvaart).

De huisartsenzorg is daarmee ruimtelijk geconcentreerd in de grotere woonkernen. In verschillende kleinere kernen is het aanbod beperkt of ontbreken zelfstandig gevestigde praktijken. Tegelijkertijd vindt in enkele van deze gebieden woningbouw en bevolkingsgroei plaats. De toekomstige opgave betreft daarom niet alleen de totale capaciteit in fte, maar ook de spreiding en bereikbaarheid van huisartsenzorg over de verschillende kernen.

Toekomstige capaciteitsopgave

In de gemeentelijke nota *Huisvesting eerstelijnszorg: inzicht, uitvoeringskader en oplossingen* (mei 2025) wordt voor de komende jaren onderscheid gemaakt tussen vervanging en uitbreiding van huisartsencapaciteit.

Voor de periode 2024–2028 wordt rekening gehouden met pensionering van meerdere huisartsen. Hiervoor is circa 5 fte vervangende capaciteit nodig om de bestaande capaciteit op peil te houden.

Daarnaast wordt, vanwege bevolkingsgroei en geplande woningbouw, uitgegaan van een uitbreidingsbehoefte van circa 18 fte extra huisartsencapaciteit tot 2040. Deze raming is gebaseerd op een minimale behoeftebepaling, waarbij rekening wordt gehouden met onzekerheden in de woningbouwprognoses (Gemeente Haarlemmermeer, 2025a).

Voor de jaren na 2028 bevat de nota geen afzonderlijke prognose voor vervanging, maar ook in die periode zal naar verwachting sprake zijn van opvolgingsvraagstukken. Gezamenlijk wijzen deze ontwikkelingen op een aanzienlijke capaciteitsopgave richting 2035–2040, bestaande uit zowel uitbreiding als vervanging. Zonder tijdige realisatie van deze capaciteit kan de druk op de toegankelijkheid van huisartsenzorg opnieuw toenemen.

Wachttijden voor een afspraak bij de huisarts

Over wachttijden voor een afspraak bij de huisarts zijn geen cijfers beschikbaar op gemeentelijk niveau. Als richtlijn voor de bereikbaarheid van huisartsenzorg gelden de Treeknormen.³ Deze geven aan dat patiënten bij spoed dezelfde dag geholpen moeten worden en dat voor niet-spoedeisende klachten een afspraak binnen drie werkdagen mogelijk zou moeten zijn. Het gaat om richtlijnen die door zorgpartijen zijn afgesproken en geen wettelijke normen zijn.

Uit interviews met zorgverleners en enkele inwoners blijkt dat wachttijden in de praktijk kunnen variëren en soms langer zijn dan deze richtlijn, bijvoorbeeld in perioden van verhoogde druk.

Fysieke toegankelijkheid van huisartsenpraktijken

Uit onderzoek in opdracht van de Belangengroep Gehandicapten Haarlemmermeer (BGH) blijkt dat in 2020–2021 veel eerstelijnszorglocaties, waaronder huisartsenpraktijken, onvoldoende fysiek toegankelijk waren voor mensen met een lichamelijke beperking. Veelvoorkomende knelpunten betroffen drempels bij entrees, te smalle deuren en het ontbreken van toegankelijke sanitaire voorzieningen (BGH, 2021).

In een interview met BGH werd aangegeven dat er signalen zijn van verbetering sinds het eerdere onderzoek. Bij nieuwbouw en verbouw van huisartsenpraktijken zou er vaker aandacht zijn voor fysieke toegankelijkheid; het bewustzijn hierover onder praktijkhouders is toegenomen. Om zicht te krijgen op de huidige situatie is BGH voornemens in 2026 nieuwe metingen uit te laten voeren.

³ Patiëntenfederatie Nederland, mei 2025, Wachttijd bezoek huisarts, op: kennisbank.patiëntenfederatie.nl

4.2 Hoe ervaren inwoners de toegankelijkheid van de huisartsenzorg?

Verschillende bewonersraden zijn gevraagd naar de ervaringen met de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in Haarlemmermeer. Deze paragraaf vat samen wat vertegenwoordigers van diverse dorps- en wijkraden (uit Pax Hoofddorp, Hoofddorp Centrum, Spaarndam, Abbenes, ORA en Rijsenhout), de Belangengroep Gehandicapten Haarlemmermeer, de Cliëntenraad Stichting Gezondheidscentra Haarlemmermeer en de Participatieraad hierover hebben gedeeld met de onderzoekers. Hoewel deze raden (deels) verschillende groepen inwoners vertegenwoordigen, schetsen zij in grote lijnen een vergelijkbaar beeld.

Ervaringen met toegang tot zorg

Bewonersraden zijn overwegend positief over de huisvesting van huisartsenzorg samen met andere eerstelijnsvoorzieningen in één gebouw, zoals bij gezondheidscentra. Ook over de samenwerking binnen gezondheidscentra zijn inwoners tevreden. Vanuit een bewonersraad is gepleit voor een grotere gemeentelijke rol bij het mogelijk maken van gezondheidscentra in alle kernen. De clustering van eerstelijnszorgaanbieders in het centrum van Rijsenhout en in Spaarndam wordt daarbij genoemd als positief voorbeeld.

Minder positief zijn de bewonersraden over de situatie in het centrum van Hoofddorp en over de kleinere kernen en buitengebieden. Bewonersraden constateren dat inwoners van onder meer Oude Meer, Rozenburg en Aalsmeerderbrug (ORA-gebied) en van andere kleine kernen zijn aangewezen op huisartsenzorg in omliggende gemeenten. Doordat in de betreffende kernen weinig huisartsen zijn gevestigd, gaan de inwoners 'naar de overzijde van de Ringvaart' voor zorg.

Voor oudere inwoners en inwoners met fysieke beperkingen vormt afstand een extra drempel. De dorpsraad Abbenes wijst erop dat het dorp te maken heeft met vergrijzing en dat het voor een deel van de oudere inwoners moeilijk is om zelfstandig naar zorgvoorzieningen buiten het dorp te reizen. Het ambulante spreekuur in het dorpshuis Abbenes, een initiatief van een huisartsenpraktijk in Nieuw-Vennep, wordt door inwoners gewaardeerd. Tegelijkertijd geven inwoners aan dat dit spreekuur, vanwege het beperkte aantal uren, geen volledige oplossing is. Ook het stoppen van de huisarts in Vijfhuizen wordt door inwoners als teleurstellend ervaren. Zij geven aan te hebben vernomen dat de huisarts wilde

uitbreiden, maar dat de daarmee gepaard gaande huisvestingskosten niet op te brengen waren.

Ook in Hoofddorp Centrum was de toegang tot de huisarts volgens bewonersraden niet vanzelfsprekend; mede vanwege het gebrek aan betaalbare en passende ruimte zijn huisartsen uit het centrum vertrokken. Bewonersraden hebben de indruk dat binnen de gemeente bij keuzes rond gebiedsontwikkeling de afdelingen die zich richten op ruimtelijke ontwikkeling zwaarder wegen dan afdelingen die verantwoordelijk zijn voor maatschappelijke en zorgvoorzieningen. Een vertegenwoordiger van een wijkraad signaleert:

'Bij de verdichting van het centrum is te weinig over voorzieningen nagedacht en wordt het vooral aan de markt overgelaten.'

De gemeente geeft aan dat de situatie in Hoofddorp Centrum inmiddels is verbeterd door de vestiging van meerdere nieuwe huisartsenpraktijken in en rondom het centrum, en dat in lopende gebiedsontwikkelingen diverse gezondheidscentra zijn gepland. Tegelijkertijd blijft het een aandachtspunt in hoeverre deze plannen ook daadwerkelijk en tijdig worden gerealiseerd, mede gezien de afhankelijkheid van projectontwikkelaars.

In het centrum speelt volgens deze vertegenwoordiger bovendien een ongelukkige combinatie met hoge huisvestingskosten, verdichting en bevolkingsgroei. Onder de nieuwe inwoners zijn relatief veel kennismigranten die vaak nog weinig bekend zijn met het Nederlandse zorgsysteem. Hij signaleert dat expats en arbeidsmigranten moeite hebben om hun weg te vinden naar een huisarts.

'Arbeidsmigranten hebben vaak geen idee waar ze heen kunnen voor zorg. Er is in Haarlemmermeer geen centraal punt waar ze informatie kunnen krijgen.'

Bereikbaarheid

Wanneer bewonersraden gevraagd worden naar hun ervaringen met de bereikbaarheid van huisartsenzorg, wijzen zij unaniem op het belang van voldoende toegang tot parkeervoorzieningen, openbaar vervoer en de Wmo-taxi.

Over het beleid ten aanzien van parkeren bij zorgvoorzieningen zijn bewonersraden overwegend tevreden. Voor mensen met een gehandicaptenparkeerkaart en voor zorgverleners zijn doorgaans plaatsen gereserveerd. De Belangengroep Gehandicapten Haarlemmermeer (BGH) is in dit kader positief over het structurele

overleg met de gemeente en de Zorggroep over aanpassingen in de openbare ruimte rond zorglocaties. Een vertegenwoordiger van de BGH geeft aan:

‘We zitten met alle partijen aan tafel en proberen de bewustwording over toegankelijkheid tussen de oren te krijgen. Je ziet dat het meer aandacht krijgt in openbare gebouwen, wijkgebouwen en sportgebouwen. Daar zit een stijgende lijn in.’

Bewonersraden signaleren naast positieve ontwikkelingen ook knelpunten in de bereikbaarheid. Wat parkeren betreft signaleren zij dat gereserveerde parkeerplaatsen steeds vaker door andere inwoners worden gebruikt en dat toezicht en handhaving als beperkt worden ervaren.

Over het openbaar vervoer en de Wmo-taxi zijn de zorgen groter. Bewonersraden vragen daarbij aandacht voor de kleine kernen en voor inwoners die niet zelfstandig naar de huisarts kunnen reizen, een groep die door vergrijzing toeneemt.

Genoemde knelpunten betreffen onder meer de beperkte beschikbaarheid van busvervoer, met name richting het Spaarne Gasthuis, en de beperkte inzetbaarheid van de Wmo-taxi in kleine kernen. Daarnaast geven inwoners van Oude Meer aan dat vervoer naar de dichtstbijzijnde huisartsenpost in Aalsmeer door minder mobiele inwoners als een knelpunt wordt ervaren. De gemeente wijst erop dat inwoners met een Wmo-indicatie via de RegioRijder tot 25 kilometer kunnen reizen, waarbinnen Aalsmeer valt. De RegioRijder is echter niet ingericht op spoedritten in avond- en weekenduren en de bekendheid met deze voorziening lijkt niet bij alle inwoners aanwezig te zijn.

Vrijwilligersinitiatieven, zoals de DijkExpress in Spaarndam, worden zeer gewaardeerd. Tegelijkertijd worden zij niet gezien als structurele oplossing: vrijwilligers zijn niet altijd beschikbaar en rijden bijvoorbeeld niet in de avonduren. De dorpsraad van Abbenes geeft aan dat inwoners voor het bereiken van huisartsenzorg in Nieuw-Vennep per openbaar vervoer vaak zijn aangewezen op indirecte verbindingen, wat vooral voor minder mobiele inwoners een extra drempel vormt. Inwoners zonder eigen vervoer zijn daardoor bij spoed of voor medische handelingen aangewezen op burens of familie.

Volgens bewonersraden leidt beperkte bereikbaarheid van huisartsen niet alleen tot praktische problemen, maar heeft het ook grotere maatschappelijke gevolgen. Een vertegenwoordiger van de BGH ziet dat er sprake is van zorgmijding bij inwoners die door vervoersproblemen moeite hebben de huisarts te bereiken.

‘Mensen gaan afspraken overslaan, blijven thuis, raken geïsoleerd. Dat leidt tot vereenzaming, zorgmijding en uiteindelijk juist tot hogere zorgkosten.’

De vertegenwoordiger van een wijkraad in Spaarndam stelt voor dat de gemeente zelf aanvullende vervoersfaciliteiten organiseert.

Samenwerking met sociaal domein en inwoners

De bewonersraden wijzen op verschillende lokale initiatieven waarin zorg, welzijn en vrijwilligers samenwerken. In Spaarndam organiseert welzijnswerk bijvoorbeeld een praatgroep, wat volgens inwoners de druk op de huisartsenzorg verlicht. Actieve inwoners startten zelf een inzamelingsactie voor twee extra AED's in Spaarndam. De gemeente ondersteunde het initiatief via subsidie en een school 'adopteerde' vervolgens een AED om de onderhoudskosten te dekken. Door deze samenwerking heeft Spaarndam voldoende bereikbare AED's.

Een ander community-initiatief 'Dijk van een dorp' werd ontwikkeld in covid-tijd, toen inwoners via een groen of rood duimpje voor het raam aan de burens konden laten zien dat zij om hulp of boodschappen verleggen zaten. De bewonersraden vinden het belangrijk dat de gemeente kiest voor het ondersteunen van dit soort lokale initiatieven en het bevorderen van samenwerking tussen zorg, sociaal domein en bewonersinitiatieven.

Samenvattend beeld

Bewonersraden benoemen zowel positieve ontwikkelingen als aandachtspunten in de toegang tot huisartsenzorg. Positief worden met name de ontwikkelingen rond bundeling van zorg genoemd, zoals in gezondheidscentra. Bewoners spreken de wens uit dat de gemeente hier blijvend op stuurt. Ook het overleg met de BGH en de daaruit voortvloeiende aandacht voor de toegankelijkheid van de openbare ruimte rond zorgvoorzieningen worden als positief ervaren.

Tegelijkertijd blijft de huisvesting van huisartsen een belangrijk aandachtspunt, met name in nieuwbouwgebieden. Daarnaast signaleren bewonersraden knelpunten in de bereikbaarheid van huisartsenzorg door de beperkte beschikbaarheid van openbaar vervoer en Wmo-vervoer zoals de RegioRijder, vooral voor inwoners van kleinere kernen. Met name voor spoedbezoek in avond- en weekenduren blijft dit een aandachtspunt. Een bewonersraad wijst er ten slotte op dat voor nieuwe inwoners, zoals expats en arbeidsmigranten, onvoldoende passende informatie beschikbaar is over het Nederlandse zorgsysteem en de toegang tot de huisarts in Haarlemmermeer.

4.3 Hoe ervaren zorgverleners de toegankelijkheid van huisartsenzorg?

Interviews met negen zorgverleners uit verschillende huisartsenpraktijken en gezondheidscentra schetsen een genuanceerd beeld van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in Haarlemmermeer. Over het algemeen ervaren zij dat de zorg voor ingeschreven patiënten op dit moment toegankelijk is. Tegelijkertijd signaleren zij structurele knelpunten die de toegankelijkheid onder druk zetten, met name op het gebied van huisvesting, capaciteit en de toenemende zorgzwaarte.

Toegang tot de huisarts: overwegend op orde, maar kwetsbaar

Zorgverleners geven aan dat er ten tijde van de interviews nauwelijks sprake is van wachtlijsten. Een uitzondering vormt Gezondheidscentrum Drie Meren in Hoofddorp, waar ten tijde van het interview (november 2025) een wachtlijst van circa 105 patiënten bestond als gevolg van een openstaande vacature voor een huisarts.

Zorgverleners geven aan dat in de jaren voorafgaand aan 2024 regelmatig sprake was van patiëntenstops of beperkte mogelijkheden voor nieuwe inschrijvingen. Op het moment van de interviews konden inwoners zich in het algemeen weer inschrijven bij een huisarts, al kwamen tijdelijke beperkingen bij individuele praktijken nog voor, bijvoorbeeld bij een openstaande vacature.

Wat betreft wachttijden voor afspraken geven zorgverleners aan dat deze doorgaans beperkt zijn. Voor niet-urgente zorg is een afspraak meestal binnen enkele dagen mogelijk. In perioden van verhoogde drukte kan de wachttijd verder oplopen. Spoedzorg is volgens zorgverleners steeds dezelfde dag beschikbaar.

Capaciteit onder druk door ruimtegebrek en personeelstekorten

Een terugkerend punt in gesprekken is dat uitbreiding van huisartsenpraktijken vaak niet mogelijk is door een gebrek aan ruimte in de huidige huisvesting. Praktijken willen meegroeien met de bevolkingsontwikkeling, maar beschikken niet over voldoende spreekkamers. In enkele gevallen huren huisartsen noodgedwongen externe ruimte om de zorgvraag op te vangen.

De hoge kosten voor huisvesting maken het uitbreiden of starten van een nieuwe huisartsenpraktijk moeilijk. Een huisarts geeft aan dat de landelijke vergoedingen onvoldoende zijn om de hoge kosten van praktijkruimte te dekken:

"De grote uitdagingen zijn: letterlijk ruimte. En er is een financieel probleem door een falende Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Er is zeer recent een rechtszaak via LHV tegen de Nederlandse Zorgautoriteit over de standaardtarieven. Er wordt te weinig betaald om dure nieuwe huisvesting te kunnen betalen. Als voorbeeld: er is een kavel naast de basisschool in Vijfhuizen om op te bouwen, maar dat zou 1,6 miljoen kosten voor 250 m2. Jonge huisartsen kunnen dit niet betalen en voor mijn praktijk is dit bovendien nu qua ruimte reeds te klein om toekomstbestendig te zijn."

Zorgverleners zien daarnaast een tekort aan doktersassistenten als knelpunt voor de dagelijkse toegankelijkheid. In een praktijk is de balie gesloten omdat assistenten het werk – baliefunctie, telefonie, eerste opvang en triage – niet meer konden combineren. Dit leidt tot minder laagdrempelig contact en verhoogde telefonische druk. Waarnemers worden regelmatig ingezet om tekorten op te vangen, maar dit gaat volgens zorgverleners ten koste van continuïteit.

De toegankelijkheid van huisartsenzorg verschilt per kern en wijk. In Rijsenhout leidt geplande woningbouw volgens een huisarts tot circa 1.000 extra patiënten in zijn praktijk, waarvoor naar verwachting twee tot drie extra spreekkamers nodig zijn. Waar deze kunnen worden gerealiseerd is nog onzeker; zowel uitbreiding van de huidige praktijk als een tweede locatie in het dorp vereist nieuwe vergunningstrajecten en extra regelwerk voor huisartsen.

Binnen Hoofddorp zijn deze verschillen groot. In Overbos zien zorgverleners relatief veel patiënten met complexe sociale en gezondheidsproblemen. Volgens zorgverleners hangt dit samen met de samenstelling van de wijk en de aanwezigheid van meer inwoners met sociale problematiek. In andere wijken is de zorgvraag gemiddeld lichter. Zorgverleners geven aan dat mensen met een laag inkomen zorg vaker mijden uit angst voor kosten en soms pas in beeld komen wanneer problemen zijn verergerd. Een huisarts geeft aan daarom bewust kleinschalig te willen blijven:

"Grootschaligere – en daarmee meer versnipperde – zorg levert risico's op, vooral voor kwetsbare groepen."

Toename van psychosociale zorgvragen en druk op de huisarts

Zorgverleners signaleren een toename van psychosociale zorgvragen, vooral bij jongeren, gezinnen en mensen met complexe sociale problematiek. Veel van deze vragen horen volgens huisartsen eerder thuis in het sociaal domein, zoals bij huisvestings-, schulden- en gezinsproblemen. Een huisarts beschrijft dit als volgt:

“Een derde van mijn afspraken vandaag ging over sociaal maatschappelijke zaken, als huisvesting, spanning binnenshuis, financiën, drugsverslaving tieners, problematiek tieners(gezinsdynamiek)... Er zijn veel jongeren die psychologische hulp willen.”

Een huisarts wijst op een maatschappelijke tendens waarbij mensen met uiteenlopende vragen steeds vaker bij de huisarts aankloppen:

“Er is een ontwikkeling in de samenleving. We weten het allemaal niet meer, en als we het niet meer weten gaan we naar de dokter. Veel problematiek die nu wordt neergelegd bij huisartsen en POH GGZ zou opgepakt kunnen worden door Meerwaarde, door maatschappelijk werkers. Dat zou verschil maken voor de druk op de huisartsen, dat is een deel van de oplossing.”

Bereikbaarheid en vervoer: vooral knelpunten in kleine kernen

Voor patiënten die in de buurt van de praktijk wonen, ervaren zorgverleners de bereikbaarheid doorgaans als voldoende. In kleine kernen wordt vervoer echter als een belangrijk knelpunt genoemd, met name voor ouderen en minder mobiele inwoners. In Rijsenhout is de busverbinding beperkt tot enkele ritten per dag. Overdag kan soms gebruik worden gemaakt van vrijwilligersvervoer, maar in de avonden en in het weekend zijn patiënten vaak aangewezen op familie, burens of een taxi, bijvoorbeeld voor een bezoek aan de huisartsenpost.

Ook bij uitbreiding van bestaande huisartsenpraktijken speelt bereikbaarheid een rol, onder meer door parkeerdruk en parkeernormen. In Vijfhuizen is een geplande uitbreiding van een huisartsenpraktijk uiteindelijk niet doorgegaan omdat niet kon worden voldaan aan de geldende parkeereisen. Na jarenlange inspanning heeft de huisarts daarop besloten te stoppen.

Samenwerking met zorg en welzijn

Zorgverleners geven aan behoefte te hebben aan een beter georganiseerde samenwerking tussen zorg en welzijn. Volgens hen kan dit worden ondersteund door een overzichtelijke sociale kaart, minder versnippering in het welzijnsaanbod en het organiseren van spreekuren dicht bij inwoners.

Een huisartsenpraktijk nam deel als pilotpraktijk voor Welzijn op Recept. Volgens de huisarts was de opbrengst beperkt door gebrek aan continuïteit en personele wisselingen bij de welzijnsorganisatie. De respondent benadrukt het belang van persoonlijk contact:

“Het gaat om ‘zorg dichtbij’, we weten (uit onderzoek) wat werkt, en dat je daarvoor een persoon met een naam en voornaam; een vast gezicht wil. Vertrouwen in een mens zorgt ervoor dat iemand zich beter/makkelijker laat helpen of bijsturen. Vertrouwen in (grotere) organisaties is zeer moeilijk te bewerkstelligen.”

Tot slot signaleren zorgverleners knelpunten in de keten en bij doorverwijzing. Lange wachttijden in de GGZ zorgen ervoor dat complexe problematiek langer in de eerstelijnszorg blijft liggen. Daarnaast wordt het Wmo-loket als moeilijk bereikbaar ervaren, zowel voor kwetsbare inwoners als voor professionals, onder meer door de DigiD-drempel. Een directe contactlijn voor huisartsen ontbreekt.

Samenvattend beeld

Zorgverleners ervaren dat de huisartsenzorg in Haarlemmermeer op dit moment in de basis toegankelijk is, met goed functionerende spoedzorg en beperkte wachttijden. Tegelijkertijd achten zij deze toegankelijkheid kwetsbaar. Structurele knelpunten, met name ruimtegebrek, personeelstekorten en toenemende psychosociale zorgvragen, zetten de toegankelijkheid onder druk. Zonder tijdige oplossingen dreigt de balans tussen zorgvraag en beschikbare capaciteit te verschuiven.

4.4 Hoe ervaren keten- en stelselpartners de toegankelijkheid?

Deze paragraaf beschrijft de ervaringen van keten- en stelselpartners: partijen die zelf geen huisartsenzorg verlenen, maar wel invloed hebben op de organisatie en randvoorwaarden ervan. In dit onderzoek gaat het om de Zorggroep Haarlemmermeer, zorgverzekeraar Zorg & Zekerheid⁴, welzijnsorganisatie Meerwaarde, woningcorporatie Ymere en de gemeentelijke gebiedsmanagers. Laatstgenoemden zijn meegenomen vanwege hun signalerende en verbindende rol op wijk- en kernniveau.

Keten- en stelselpartners geven aan dat de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in Haarlemmermeer op dit moment over het algemeen als redelijk wordt ervaren en dat de situatie is verbeterd ten opzichte van eerdere jaren. Eerdere tekorten (in met

⁴ Zorg & Zekerheid is benaderd omdat deze zorgverzekeraar regionaal verantwoordelijk is voor de inkoop en organisatie van huisartsenzorg in Haarlemmermeer.

name Hoofddorp) zijn deels ingelopen met de komst van nieuwe huisartsenpraktijken.

Tegelijkertijd geven gesprekspartners aan dat deze situatie snel kan veranderen. Met name nieuwbouw en bevolkingsgroei kunnen de druk op de huisartsenzorg vergroten, terwijl volgens hen niet altijd tijdig of in voldoende mate rekening wordt gehouden met de benodigde ruimte voor huisartsenzorg. Daarnaast kunnen tijdelijke capaciteitsproblemen, bijvoorbeeld door het vertrek van een huisarts, ertoe leiden dat praktijken tijdelijk geen nieuwe patiënten aannemen. Inwoners melden zich in zulke gevallen niet altijd bij de zorgverzekeraar voor bemiddeling. Hierdoor zijn tijdelijke knelpunten niet altijd zichtbaar in de beschikbare registraties, terwijl inwoners deze wel kunnen ervaren.

Huisvesting: structureel aandachtspunt

Vrijwel alle keten- en stelselpartners noemen de beschikbaarheid van betaalbare en geschikte praktijkruimte als een belangrijk aandachtspunt voor de toekomstige toegankelijkheid van huisartsenzorg. In verschillende gesprekken wordt gewezen op situaties waarin huisartsvoorzieningen zijn verdwenen door herontwikkeling of verkoop van vastgoed, zonder dat tijdig vervangende ruimte beschikbaar was.

Meerdere keten- en stelselpartners geven aan dat bij gebiedsontwikkeling in het verleden het realiseren van huisartsenzorg vaak geen prioriteit had. In plannen en afspraken met projectontwikkelaars werd doorgaans wel benoemd dat ruimte voor zorg nodig was, maar dit bleef veelal beperkt tot een inspanningsverplichting. Hierdoor ontbrak in de praktijk regelmatig de zekerheid dat huisartsenzorg daadwerkelijk werd gerealiseerd en kregen woningbouw en commerciële functies bij belangenafwegingen vaak voorrang. Tegelijkertijd geven betrokkenen aan dat zij nog moeten ervaren in hoeverre recente beleidsmatige aanscherpingen in de praktijk daadwerkelijk tot andere uitkomsten leiden.

Een van de respondenten verwoordt dit als volgt:

“De focus lag vooral op het doorgaan van nieuwbouwprojecten; maatschappelijke functies legden het daarbij vaak af tegen financiële belangen.”

Andere ketenpartners wijzen erop dat hoge grondprijzen en een sterke nadruk op marktwerking het moeilijk maken om zorgvoorzieningen in te passen. Maatschappelijke functies leveren financieel minder op dan woningen, waardoor zij zonder duidelijke keuzes en sturing lastig te realiseren zijn. Dit speelt vooral in

nieuwbouwwijken en bij grootschalige herstructurering. Daarnaast geven gesprekspartners aan dat huisartsen hun huisvesting moeten bekostigen uit landelijke tarieven, die geen rekening houden met regionale kostenverschillen. In gebieden met hoge vastgoedprijzen, waaronder Haarlemmermeer, vormt dit een extra drempel voor het starten of uitbreiden van een praktijk.

Bereikbaarheid en kleine kernen

Keten- en stelselpartners benoemen de bereikbaarheid van huisartsenzorg in kleine kernen en buitengebieden als een kwetsbaar punt. In deze gebieden ontbreekt vaak een volwaardige lokale huisartsvoorziening en zijn inwoners aangewezen op zorg in andere kernen of aangrenzende gemeenten (aan de overkant van de ringvaart).

Gebiedsmanagers signaleren dat de bereikbaarheid voor een deel van de inwoners, mede door verdere vergrijzing in kleine kernen, steeds problematischer wordt. Beperkt openbaar vervoer en grotere afstanden vormen daarbij met name voor ouderen en minder mobiele inwoners een drempel. Informele oplossingen, zoals vervoer via burens, familie of vrijwilligers, kunnen dit deels opvangen, maar bieden geen structurele zekerheid.

Samenwerking met het sociaal domein

Tot slot wijzen keten- en stelselpartners op de toenemende druk op huisartsen door niet-medische en psychosociale hulpvragen, zoals eenzaamheid, schulden en opvoedproblemen. Deze vragen komen vaak bij de huisarts terecht, terwijl ondersteuning via het sociaal domein passender is.

Gesprekspartners geven aan dat de samenwerking tussen huisartsen en welzijnsvoorzieningen verbeterd is, maar nog kwetsbaar is. Huisartsen en welzijnsprofessionals kennen elkaar niet altijd goed en de beschikbare capaciteit aan sociaal werkers (van Meerwaarde) wordt als onvoldoende ervaren om de groeiende vraag op te vangen. Daarnaast zijn samenwerkingsafspraken niet altijd helder of structureel geborgd.

Een respondent verwoordt dit als volgt:

“De samenwerking zorg en welzijn is voorheen een beetje vooruitgeschoven. Anderhalf jaar geleden was er nog maar één huisarts enthousiast. Nu pas begint het te verspreiden. Het is ook niet gestart vanuit intrinsieke motivatie maar meer vanuit, we hebben te veel zorgvragers [waarvan een deel niet-medisch van aard is].”

Volgens keten- en stelselpartners is verdere versterking en borging van de samenwerking tussen zorg en sociaal domein nodig om de huisartsenzorg ook op langere termijn toegankelijk te houden. Daarbij is het van belang minder afhankelijk te zijn van individuele contacten en te werken aan meer structurele afstemming.

Samenvattend beeld

Keten- en stelselpartners ervaren de huisartsenzorg in Haarlemmermeer als redelijk toegankelijk, maar kwetsbaar richting de toekomst. Huisvesting van praktijken, bereikbaarheid in kleine kernen en de samenwerking met het sociaal domein gelden daarbij als cruciale randvoorwaarden. Zonder blijvende aandacht voor deze punten bestaat het risico dat de toegankelijkheid in de komende jaren opnieuw onder druk komt te staan.

4.5 Afsluiting: knelpunten in de toegankelijkheid van huisartsenzorg

De huisartsenzorg in Haarlemmermeer wordt door de meeste betrokkenen op dit moment niet als problematisch ervaren. Op gemeentelijk niveau zijn er geen structurele wachtlijsten voor inschrijving, spoedzorg is beschikbaar en in grote delen van de gemeente kunnen inwoners terecht bij een huisarts of gezondheidscentrum. Tegelijkertijd laten cijfers en ervaringen zien dat de toegankelijkheid niet overal gelijk is en op onderdelen onder druk kan staan. De bewonersraden, zorgprofessionals en ketenpartners benoemen in grote lijnen dezelfde knelpunten. Deze knelpunten sluiten deels aan bij landelijke knelpunten, maar krijgen in Haarlemmermeer een eigen, lokale uitwerking. Hieronder zijn de belangrijkste punten gebundeld weergegeven.

Landelijk knelpunt: toename van niet-medische hulpvragen bij de huisarts

Een landelijk knelpunt dat ook in Haarlemmermeer zichtbaar is, betreft de toename van psychosociale en niet-medische hulpvragen die bij huisartsen terechtkomen, terwijl passende ondersteuning vaak binnen het sociaal domein ligt. Wanneer samenwerking en doorverwijzing onvoldoende soepel verlopen, komt de beschikbare tijd en aandacht voor medische zorg onder druk te staan.

Respondenten werkzaam in de zorg geven aan dat het welzijnsaanbod in Haarlemmermeer de afgelopen jaren is afgenomen. Zij wijzen erop dat de gemeente, vanuit haar verantwoordelijkheid voor het sociaal domein, invloed heeft op zowel de beschikbaarheid van welzijnsvoorzieningen als op de samenwerking

tussen zorg en welzijn. Volgens meerdere respondenten kan de gemeente hieraan bijdragen door het welzijnsaanbod structureel te financieren, fysieke nabijheid van zorg en welzijn te organiseren en te zorgen voor vaste en bestendige samenwerkingsafspraken.

Specifieke knelpunten in Haarlemmermeer

Naast deze algemene punten komen in Haarlemmermeer enkele meer plaatsgebonden aandachtspunten naar voren:

- **Verschillen tussen kernen en wijken.** De toegankelijkheid van huisartsenzorg verschilt binnen de gemeente per kern en wijk. In wijken en kernen met een eigen huisartsenpraktijk wordt de situatie overwegend als goed ervaren. In kleinere kernen en buitengebieden zijn inwoners vaak aangewezen op huisartsenzorg buiten de eigen kern of buiten de gemeente. Dit vormt met name voor ouderen en minder mobiele inwoners een drempel.
- **Bereikbaarheid en vervoer.** Met name in kernen zonder eigen huisarts kan vervoer een knelpunt vormen, vooral voor spoedbezoek in de avond en in het weekend. Beperkt openbaar vervoer en beperkingen in de inzetbaarheid van vrijwilligersinitiatieven spelen daarbij een rol. Het Wmo- vervoer (RegioRijder) biedt mogelijkheden, maar is niet ingericht op spoedritten en blijkt niet altijd bekend bij inwoners die er gebruik van kunnen maken. Bewonersraden waarschuwen dat deze beperkte vervoersmogelijkheden kunnen leiden tot zorgmijding, oplopende zorgvragen en hogere zorgkosten op termijn.
- **Huisvesting van huisartsenpraktijken.** De beschikbaarheid van passende en betaalbare praktijkruimte is een structureel aandachtspunt voor de toegankelijkheid van huisartsenzorg. Bij nieuwbouw en verdichting zijn al knelpunten ontstaan rond de inpassing van huisartsenzorg. Hoewel binnen de gemeente meer aandacht is gekomen voor dit thema, blijft het onzeker of dit voldoende is. Ruimtelijke keuzes, hoge kosten en langdurige procedures bemoeilijken het vestigen en uitbreiden van praktijken.
- **Kwetsbaarheid bij personele wisselingen.** De toegankelijkheid van huisartsenzorg kan lokaal tijdelijk onder druk komen te staan wanneer een huisarts of doktersassistent vertrekt of stopt. Dit kan leiden tot patiëntenstops of langere wachttijden, ook wanneer er op gemeentelijk niveau geen sprake is van een structureel tekort.

- **Specifieke groepen inwoners.** In gesprekken zijn enkele groepen genoemd voor wie de toegang tot de huisarts minder vanzelfsprekend is, zoals mensen met beperkte mobiliteit en inwoners die minder bekend zijn met het Nederlandse zorgsysteem. Tegelijkertijd geven respondenten aan dat hun zicht op de aard en omvang van eventuele toegankelijkheidsproblemen bij bijvoorbeeld expats en arbeidsmigranten beperkt is.

Samenvattend beeld

De huisartsenzorg in Haarlemmermeer is op dit moment in algemene zin toegankelijk, maar deze toegankelijkheid vraagt actieve aandacht en is niet overal gelijk verdeeld. Met name verschillen tussen kernen, de bereikbaarheid voor specifieke groepen en de beschikbaarheid van praktijkruimte in nieuwbouw- en verdichtingsgebieden vragen aandacht. Deze bevindingen maken duidelijk dat het behoud van toegankelijke huisartsenzorg tijdige en expliciete keuzes van de gemeente vraagt, vooral in het licht van toekomstige groei, ruimtelijke ontwikkelingen en vergrijzing.

5. Ervaringen met inzet van gemeente en mogelijkheden voor verbetering

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe betrokkenen de gemeentelijke inzet rond de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in de dagelijkse praktijk ervaren. Paragraaf 5.1 gaat in op de ervaringen met de huidige gemeentelijke inzet en op de verbeteringen die volgens respondenten daarin mogelijk zijn. In paragraaf 5.2 worden aanvullende maatregelen beschreven die door respondenten zijn genoemd.

5.1 Hoe wordt gemeentelijke inzet ervaren en welke verbeteringen zijn mogelijk?

Geïnterviewden geven aan dat de gemeente de afgelopen jaren actiever is geworden op het terrein van de toegang tot huisartsenzorg. Veel betrokkenen ervaren tegelijkertijd dat deze inzet in de praktijk nog niet voldoende is om knelpunten structureel weg te nemen. In deze paragraaf worden de ervaringen van respondenten met de inzet van de gemeente beschreven, inclusief de mogelijke verbeteringen die zij daarbij zelf benoemen. Deze ervaringen clusteren zich rond een aantal terugkerende thema's.

Huisvesting en ruimtelijke keuzes

Inwoners ervaren dat de gemeente de afgelopen jaren meer aandacht heeft voor de huisvesting van huisartsen. Tegelijkertijd vragen zij de gemeente nadrukkelijker te sturen op de beschikbaarheid van betaalbare praktijkruimte. Met het oog op geplande nieuwbouw maken inwoners zich zorgen of de groei van het aantal woningen voldoende wordt gevolgd door de realisatie van zorgvoorzieningen. Zij pleiten daarom voor een actievere rol van de gemeente bij het tijdig reserveren van ruimte voor gezondheidscentra in nieuwe wijken. Ook huisartsen geven aan dat de beschikbaarheid en betaalbaarheid van huisvesting een blijvende drempel vormen. Zij uiten zorgen over de mate waarin in ruimtelijke plannen daadwerkelijk voldoende ruimte wordt gereserveerd voor huisartsenzorg, in verhouding tot de verwachte bevolkingsgroei.

Keten- en stelselpartners herkennen dat de gemeente de afgelopen jaren meer aandacht heeft gekregen voor huisartsenzorg in ruimtelijke plannen. Tegelijkertijd signaleren zij dat huisartsenpraktijken in het verleden zijn verdwenen zonder dat

tijdig duidelijk was waar vervangende huisvesting gerealiseerd zou worden. Volgens hen vraagt dit om scherpere sturing door de gemeente en om het explicieter vastleggen dat maatschappelijke functies – waaronder huisartsenpraktijken – niet mogen wegvallen bij afwegingen tussen verschillende ruimtelijke en financiële belangen.

Vergunningen en procedures

Inwoners benoemen dit thema minder expliciet, maar ervaren wel de gevolgen ervan, zoals het uitblijven van uitbreiding van praktijken of vertraging bij voorzieningen. Voor zorgverleners vormt dit thema juist een belangrijk knelpunt. Meerdere huisartsen beschrijven vergunningprocedures als complex en moeilijk te doorgronden. Een huisarts noemt het voorbeeld van Vijfhuizen, waar een uitbreiding niet doorging omdat niet kon worden voldaan aan parkeereisen. Dit voorbeeld staat voor veel zorgverleners symbool voor de wijze waarop regels en procedures in de praktijk een blokkade kunnen vormen.

Ook keten- en stelselpartners signaleren dat procedures veel tijd kosten en dat er in de toepassing daarvan door de gemeente weinig ruimte is voor flexibiliteit. Volgens hen komt huisartsenzorg daardoor vaak te laat in beeld om nog adequaat mee te bewegen met veranderende omstandigheden. Met name bij grootschalige gebiedsontwikkelingen, die vaak al jarenlang lopen, worden knelpunten bij het realiseren van huisartsen- en andere eerstelijnszorg pas zichtbaar op het moment dat bijsturen nauwelijks nog mogelijk is.

Bereikbaarheid en vervoer

Bewoners uit Abbenes, Rijsenhout en andere kleine kernen langs de Ringvaart benoemen beperkte busverbindingen en het ontbreken van structurele vervoersalternatieven als knelpunten. De gemeente wijst erop dat inwoners met een Wmo-indicatie gebruik kunnen maken van de RegioRijder, maar dat dit vervoer niet is ingericht voor spoedbezoek in avond- en weekenduren. Betrokkenen noemen het vergroten van de bekendheid van beschikbare vervoersvoorzieningen als verbetermaatregel, en hopen dat de gemeente een actievere rol neemt bij het faciliteren van aanvullend vervoer, mede met het oog op de vergrijzing in deze kernen.

Ook zorgverleners signaleren dat ouderen, met name in kleinere kernen, regelmatig afhankelijk zijn van burens of familie om zorg te kunnen bereiken. Dit maakt de toegang tot zorg minder vanzelfsprekend, vooral in de avonduren en in het weekend,

wanneer de huisartsenpost vaak alleen per auto of tegen hoge taxikosten bereikbaar is.

Volgens keten- en stelselpartners vormt bereikbaarheid een randvoorwaarde voor toegang tot huisartsenzorg. Zij pleiten ervoor dat de gemeente meer investeert in toegankelijkheid en nadrukkelijker kijkt naar de samenhang tussen openbaar vervoer, Wmo-vervoer en lokale initiatieven, zodat inwoners van kleine kernen niet structureel worden benadeeld.

Samenwerking tussen zorg en sociaal domein

Inwoners geven aan dat met name ouderen en anderstaligen de weg naar het welzijns- en sportaanbod niet altijd goed weten te vinden. Zij missen duidelijke en toegankelijke informatie over het beschikbare welzijnsaanbod en over initiatieven zoals Welzijn op Recept.

Zorgverleners signaleren dat inwoners met maatschappelijke en psychosociale hulpvragen, bijvoorbeeld rond schulden, relatieproblemen of eenzaamheid, nog vaak bij de huisarts terechtkomen, terwijl ondersteuning vanuit het sociaal domein vaak passender is. Volgens hen kan versterking van de continuïteit en beschikbaarheid van het welzijnsaanbod en van welzijnspersoneel bijdragen aan het verminderen van de druk op huisartsen.

Keten- en stelselpartners geven aan dat de basis voor samenwerking tussen huisartsenzorg en welzijn aanwezig is, maar dat deze samenwerking nog kwetsbaar is. Zij wijzen daarbij op de vaak incidentele en tijdelijke financiering van voorzieningen in het sociaal domein, waardoor structurele samenwerking moeilijk te borgen is.

Informatie voor inwoners

In veel gesprekken wordt het belang van goede informatievoorziening voor inwoners benadrukt. Bewonersraden signaleren dat nieuwkomers, met name expats en arbeidsmigranten, vaak andere verwachtingen hebben van de zorg en onvoldoende bekend zijn met het Nederlandse zorgsysteem. Het informeren en wegwijs maken van deze groepen vraagt volgens zorgverleners relatief veel tijd. Zowel inwoners als zorgverleners zien hierin een rol voor de gemeente, met name in het bieden van duidelijke, goed vindbare en waar nodig meertalige informatie over de rol van de huisarts en de wijze waarop inwoners toegang krijgen tot huisartsenzorg.

5.2 Welke aanvullende maatregelen worden genoemd?

In deze paragraaf worden aanvullende maatregelen en samenwerkingsvormen beschreven die door respondenten zijn genoemd en die, naast het bestaande gemeentelijke beleid en mogelijke aanscherping daarvan, volgens hen kunnen bijdragen aan de toegankelijkheid van de huisartsenzorg.

1. Actievere ondersteuning bij vestiging en behoud van huisartsenpraktijken

Respondenten verwijzen naar voorbeelden waarbij gemeenten en zorgverzekeraars gezamenlijk optrekken om huisartsen te behouden of aan te trekken. Daarbij gaat het onder meer om het delen van financiële risico's in de opstartfase en het bieden van tijdelijke ondersteuning bij vestiging. De zorgverzekeraar Zorg & Zekerheid geeft aan dat zij in Haarlemmermeer al incidenteel werkt met een lumpsum-bijdrage voor startende huisartsenpraktijken, om de periode te overbruggen waarin een praktijk nog niet volledig operationeel is. Dit illustreert welke aanvullende ondersteuningsvormen buiten de gemeentelijke instrumenten kunnen worden ingezet. Zulke vormen van ondersteuning kunnen helpen om vestiging of uitbreiding van praktijken mogelijk te maken in situaties waarin de capaciteit van huisartsenzorg in een wijk onder druk dreigt te komen.

Volgens zorgverleners sluit de landelijk vastgestelde bekostiging van huisartsenzorg onvoldoende aan bij de lokale kosten voor huisvesting. De tarieven die huisartsen ontvangen voor hun zorg worden landelijk vastgesteld door de NZa en houden geen rekening met regionale verschillen in vastgoedprijzen. In Haarlemmermeer zijn de grond- en huurprijzen hoog, wat een belemmering vormt voor het starten of uitbreiden van een huisartsenpraktijk. Gemeenten gaan niet over deze landelijke bekostiging. Wel kunnen zij dit knelpunt in landelijk verband, bijvoorbeeld via de VNG, onder de aandacht brengen van het Rijk en de NZa, in overleg met zorgverzekeraars.⁵ De gemeente Haarlemmermeer geeft aan dit al te doen.

Verschillende respondenten, waaronder de Zorggroep, geven daarnaast aan dat bij grootschalige gebiedsontwikkeling het opnemen van huisartsenzorg als

⁵ De praktijknorm van 2.095 patiënten per fte huisarts wordt landelijk gehanteerd als rekeneenheid voor tariefvaststelling en capaciteitsramingen. Het College van Beroep voor het bedrijfsleven heeft in 2025 geoordeeld dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) haar tariefbesluiten voor huisartsenzorg beter moet onderbouwen en expliciet moet motiveren dat deze kostendekkend zijn (ECLI:NL:CBB:2025:606). De normpraktijk fungeert voornamelijk als rekeneenheid, maar staat in beleidsmatig en juridisch opzicht ter discussie.

inspanningsverplichting onvoldoende houvast biedt. Zij wijzen erop dat bij andere maatschappelijke functies, zoals scholen of sportvoorzieningen, vaak wel concretere afspraken worden vastgelegd in planvorming en grondverkoop. Volgens hen kan het expliciet en vroegtijdig vastleggen van ruimte voor een gezondheidscentrum (of huisartsenpraktijk) bijdragen aan een betere aansluiting tussen woningbouw en zorgvoorzieningen in gebieden met sterke bevolkingsgroei. Respondenten verwijzen daarbij naar landelijke beleidslijnen, zoals het IZA, waarin wordt ingezet op het bevorderen van gezondheidscentra, waarin meerdere eerstelijnszorgverleners samenwerken. Dat vraagt om tijdige reservering van voldoende ruimte in gebiedsontwikkeling om zo een centrum mogelijk te maken.

Ook zijn voorbeelden gegeven van gemeenten die ervoor hebben gekozen om verder te gaan dan het faciliteren van zorgvastgoed en tijdelijk zelf te investeren in de ontwikkeling ervan, met het oog op het oplossen van bestaande achterstanden in de beschikbaarheid van huisartsenzorg. Amstelveen werd hierbij als voorbeeld genoemd. Dit laat zien dat gemeenten, wanneer zij daar expliciet voor kiezen, een actievere en financieel risicodragende rol kunnen vervullen bij het mogelijk maken van huisartsenzorg. Tegelijkertijd wijkt deze aanpak af van het huidige beleid van Haarlemmermeer, dat uitgaat van het niet zelf ontwikkelen van zorgvastgoed.

2. Versterking van de samenhang tussen zorg en welzijn in de wijk

Respondenten zien in een verdere versterking van de samenwerking tussen zorg en welzijn een mogelijkheid om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te ondersteunen. Programma's zoals Welzijn op Recept en het regionale programma NORAH⁶ lopen al of zijn in ontwikkeling in Haarlemmermeer en worden door betrokkenen genoemd als initiatieven die kunnen bijdragen aan een betere aansluiting tussen zorg en sociaal domein. Volgens respondenten bieden deze initiatieven kansen om huisartsen te ontlasten bij psychosociale hulpvragen, mits zij voldoende structureel worden ingebed.

Tegelijkertijd geven respondenten aan dat tijdelijke financiering, personele wisselingen en beperkte capaciteit binnen het welzijnswerk de samenwerking kwetsbaar maken. Enkele zorgverleners geven aan dat zij bij welzijnsorganisaties regelmatig te maken hebben met wisselende contactpersonen, wat het opbouwen van vaste werkafspraken en duurzame samenwerkingsrelaties bemoeilijkt. In dit

⁶ NORAH is een regionaal samenwerkingsprogramma gericht op (verdere) versterking van de samenwerking tussen zorg en het sociaal domein, onder meer via wijkgerichte aanpak en betere doorgeleiding van niet-medische hulpvragen. Zie hiervoor: zorggroep haarlemmermeer.nl

verband benadrukken zorgverleners het belang van continuïteit en een vaste, persoonlijke aanspreekpersoon binnen het sociaal domein.

Als mogelijke aanvulling wordt genoemd om via de Zorggroep een POH maatschappelijk werk in te zetten en een platform te ontwikkelen waarin zorgvragen kunnen worden verdeeld en besproken.

3. Ondersteuning van gemeenschaps- en buurtnetwerken

Meerdere respondenten wijzen op het belang van sterke sociale netwerken in wijken en kernen. Initiatieven gericht op ontmoeting, onderlinge ondersteuning en gemeenschapsvorming kunnen bijdragen aan het langer zelfstandig wonen van inwoners en aan het vroegtijdig signaleren van ondersteuningsvragen. Voorbeelden die worden genoemd zijn buurtinitiatieven, bewonerscommissies en projecten zoals Lief & Leed-straten.⁷ Deze initiatieven liggen buiten de huisartsenzorg zelf, maar kunnen volgens respondenten indirect bijdragen aan het verminderen van de druk op huisartsenzorg.

Zorgverleners en keten- en stelselpartners zien tevens de meerwaarde van het investeren in buurtinitiatieven, zoals de Lang Leve Thuis-flats, die ook in Haarlemmermeer zijn gerealiseerd. Dergelijke initiatieven kunnen bijdragen aan zelfredzaamheid, sociale cohesie en het verminderen van de druk op de huisartsenzorg.

Daarnaast kan een betere afstemming tussen zorg en sociaal domein de toegankelijkheid van huisartsenzorg ondersteunen, bijvoorbeeld via de wijksgesamenwerkingsverbanden die momenteel in ontwikkeling zijn. Zorgverleners verwachten dat de gemeente hierin een belangrijke rol krijgt, omdat onderdelen als jeugdzorg, sociaal werk en andere vormen van ondersteuning binnen het sociaal domein onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid vallen en daarmee een structurele inbedding vragen.

4. Aanvullende bereikbaarheid en vervoersoplossingen in kleine kernen

Voor kleine kernen en buitengebieden noemen respondenten aanvullende maatregelen op het gebied van bereikbaarheid en nabijheid van zorg. Zo is er in Haarlemmermeer al een ambulant spreekuur in het dorpshuis van Abbenes. Dit type voorzieningen kan een waardevolle aanvulling zijn voor minder mobiele inwoners.

⁷ Lief & Leed-straten zijn buurtinitiatieven waarbij bewoners met een klein budget informele steun bieden aan burens bij ziekte, verlies of andere ingrijpende gebeurtenissen. Zie: <https://www.liefenleedstraat.nl/>

Daarnaast worden het flexibeler inzetten van vervoersdiensten, met name in de avond en weekenden, en het uitbreiden en ondersteunen van vrijwilligersinitiatieven genoemd. Deze maatregelen worden gezien als aanvullend, niet als vervanging van een volwaardige huisartsvoorziening. De gemeente kan hierbij vooral een ondersteunende en verbindende rol vervullen.

5. Informatievoorziening voor nieuwe inwoners en over de gemeentepolis

Tot slot wijzen respondenten op het belang van duidelijke informatie voor nieuwe inwoners, met name voor expats en arbeidsmigranten. Respondenten noemen gemeentelijke informatiepunten of gerichte voorlichting over inschrijving en toegang tot huisartsenzorg als mogelijke ondersteunende maatregelen. Daarnaast werd aangegeven dat de informatieverstrekking over de gemeentepolis verbeterd kan worden. Het betreft een collectieve verzekering voor inwoners met lage inkomens, maar er bestaat soms onduidelijkheid over de aanvraag ervan. De gemeente kan dit vereenvoudigen en gericht communiceren richting de beoogde doelgroepen.

Ter illustratie van de in deze paragraaf genoemde aanvullende maatregelen is in Bijlage 2 een overzicht opgenomen met inspirerende voorbeelden.

5.3 Ter afsluiting

De gemeente Haarlemmermeer is de afgelopen jaren zichtbaarder en actiever geworden in haar ondersteunende en verbindende rol rond de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Met name op het terrein van huisvesting, gebiedsontwikkeling en de samenwerking tussen zorg en sociaal domein zijn beleidsmatige stappen gezet en zijn overlegstructuren versterkt. Deze inzet wordt door betrokkenen herkend en over het algemeen als positief ervaren.

Tegelijkertijd laten de ervaringen van inwoners, zorgverleners en keten- en stelselpartners zien dat deze inzet in de dagelijkse praktijk (nog) niet altijd voldoende doorwerkt om knelpunten tijdig te voorkomen of structureel op te lossen. De gesignaleerde aandachtspunten en mogelijke aanvullende maatregelen hebben daarbij niet alleen betrekking op nieuw beleid of nieuwe instrumenten, maar ook op het effectiever en consequenter benutten van bestaande instrumenten en werkwijzen. Respondenten wijzen onder meer op het belang van vroegtijdige sturing bij gebiedsontwikkeling, meer continuïteit in de samenwerking tussen zorg en welzijn en scherpere keuzes binnen het huidige ruimtelijke en vastgoedbeleid.

Respondenten zien al met al meerdere kansen voor de gemeente om de toegang tot de huisarts te ondersteunen en te verbeteren. Tegelijkertijd is duidelijk dat niet alle maatregelen op korte termijn realiseerbaar zijn. Sommige voorstellen raken aan bredere ruimtelijke en financiële keuzes, bijvoorbeeld over grondbeleid of de mate waarin de gemeente een actievere rol wil spelen bij het mogelijk maken van zorgvastgoed. Dergelijke keuzes vragen politieke besluitvorming en afstemming met andere partijen. Betrokkenen verwachten echter dat de gemeente binnen haar eigen invloedssfeer wél op korte termijn verschil kan maken. Daarbij noemen zij onder andere de versterking van het sociaal domein en de samenwerking tussen sociaal domein en huisartsenzorg, heldere informatievoorziening voor nieuwe bewoners en verbeterd vervoer naar de huisarts voor inwoners van kleine kernen. De algemene verwachting is dat de gemeente binnen deze invloedssfeer voortvarend stappen kan zetten.

6. Conclusies

In dit hoofdstuk worden de hoofdvraag en deelvragen van het onderzoek beantwoord. De conclusies laten zien in hoeverre de gemeentelijke inzet aansluit bij de ervaren praktijk rond de toegankelijkheid van de huisartsenzorg in Haarlemmermeer, en waar daarbij spanningen of lacunes zichtbaar zijn.

6.1 Toegankelijkheid van de huisartsenzorg en de gemeentelijke rol

Hieronder beantwoorden we de hoofdvraag: *in hoeverre is de huisartsenzorg in Haarlemmermeer toegankelijk voor inwoners, hoe geeft de gemeente invulling aan haar rol om deze toegankelijkheid te bevorderen, en welke aanvullende mogelijkheden heeft zij daarbij?*

De huisartsenzorg in Haarlemmermeer is in algemene zin toegankelijk, maar niet overal gelijk verdeeld en op termijn kwetsbaar door bevolkingsgroei, nieuwbouw en knelpunten in capaciteit en huisvesting. Hoewel er op gemeentelijk niveau geen structurele wachtlijsten zijn en spoedzorg beschikbaar is, staat de toegankelijkheid lokaal onder druk, met name in kleinere kernen, bij nieuwbouwwontwikkelingen en voor specifieke groepen inwoners.

De gemeente speelt een belangrijke rol bij de randvoorwaarden voor toegankelijke huisartsenzorg. Deze rol is de afgelopen jaren explicieter ingevuld, vooral rond huisvesting, gebiedsontwikkeling en samenwerking met zorg en welzijn. Deze inzet wordt herkend en gewaardeerd, maar blijkt in de praktijk niet altijd voldoende om knelpunten tijdig of structureel op te lossen. Versterking van de huidige inzet, aangevuld met gerichte maatregelen, blijft volgens betrokkenen daarom nodig.

6.2 Organisatie van de huisartsenzorg en gemeentelijke handelingsruimte

De eerste deelvraag is beantwoord in hoofdstuk 2: *hoe is de huisartsenzorg in Haarlemmermeer georganiseerd, en welke rol en handelingsruimte heeft de gemeente hierbij?*

De huisartsenzorg in Haarlemmermeer functioneert binnen het landelijke zorgstelsel, waarin huisartsen zelfstandig zijn georganiseerd en zorgverzekeraars

verantwoordelijk zijn voor voldoende zorgaanbod. Regionaal spelen de Zorggroep Haarlemmermeer en zorgverzekeraar Zorg & Zekerheid een centrale rol in de afstemming over capaciteit en huisvesting. De gemeente maakt hier formeel geen deel van uit, maar is wel een belangrijke samenwerkingspartner.

De handelingsruimte van de gemeente is beperkt, maar zij kan invloed uitoefenen op de randvoorwaarden voor toegankelijke huisartsenzorg, met name via ruimtelijke ordening, gebiedsontwikkeling, grond- en vastgoedbeleid en de verbinding tussen zorg en sociaal domein. De gemeentelijke rol is daarbij te typeren als kaderstellend, faciliterend en verbindend.

De afgelopen jaren is deze rol explicieter ingevuld, onder meer naar aanleiding van de motie Borg Eerstelijnszorg, door het aanstellen van een vast aanspreekpunt voor huisvesting en het structurele overleg met de Zorggroep en zorgverzekeraar. Daarmee beschikt de gemeente over meer inzicht en een duidelijkere rol in de afstemming dan voorheen, terwijl zij afhankelijk blijft van keuzes en investeringen van andere partijen.

6.3 Toegankelijkheid van huisartsenzorg en ervaren knelpunten

De beantwoording van deelvraag 2 – *in welke mate is de huisartsenzorg in Haarlemmermeer toegankelijk voor inwoners en welke knelpunten en drempels doen zich daarbij voor?* – is uitgewerkt in hoofdstuk 4.

De huisartsenzorg in Haarlemmermeer wordt door betrokkenen overwegend als toegankelijk ervaren, maar dit beeld is niet uniform en kent duidelijke lokale verschillen. Op gemeentelijk niveau zijn er geen structurele wachtlijsten voor inschrijving, maar de beschikbare capaciteit is krap en de toegankelijkheid verschilt in de praktijk per kern en wijk.

De belangrijkste knelpunten die in het onderzoek naar voren komen, betreffen verschillen tussen kernen en wijken, de druk van bevolkingsgroei en nieuwbouw, en de bereikbaarheid van zorg.

In kleinere kernen en buitengebieden zijn inwoners vaker aangewezen op huisartsenzorg buiten de eigen kern, wat de afhankelijkheid van vervoer vergroot en met name voor ouderen en minder mobiele inwoners een drempel vormt. Beperkt openbaar vervoer, de inzetbaarheid van Wmo-vervoer en het ontbreken van structurele alternatieven versterken dit probleem.

Daarnaast vormt de beschikbaarheid van betaalbare en geschikte praktijkruimte een structureel knelpunt. Hoge vastgoedprijzen, ruimtelijke beperkingen en langdurige procedures bemoeilijken uitbreiding en vestiging van praktijken, terwijl de zorgvraag door bevolkingsgroei en vergrijzing toeneemt. Ook de samenwerking tussen huisartsenzorg en het sociaal en welzijnsdomein is nog onvoldoende structureel en overzichtelijk, waardoor niet-medische hulpvragen langer bij huisartsen blijven liggen.

Tot slot worden specifieke groepen genoemd voor wie de toegang tot de huisarts minder vanzelfsprekend is, zoals inwoners met beperkte mobiliteit, nieuwkomers die minder bekend zijn met het Nederlandse zorgsysteem en inwoners met beperkte financiële middelen of een klein sociaal netwerk.

Deze knelpunten maken duidelijk dat de toegankelijkheid van huisartsenzorg in Haarlemmermeer niet alleen samenhangt met het aantal beschikbare huisartsen en de beschikbare praktijkruimte, maar in sterke mate wordt beïnvloed door ruimtelijke ontwikkeling, bereikbaarheid en de samenhang tussen zorg en sociaal domein.

6.4 Gemeentelijke instrumenten en ervaringen met de werking

De beantwoording van deelvraag 3 – *welke instrumenten en interventies zet de gemeente in om de toegankelijkheid van huisartsenzorg te bevorderen, en welke ervaringen zijn er met de werking daarvan?* – is uitgewerkt in hoofdstuk 3 en paragraaf 5.1.

De gemeente Haarlemmermeer zet sinds enkele jaren, mede naar aanleiding van de motie *Borg Eerstelijnszorg*, gericht en samenhangender instrumenten in om de randvoorwaarden voor toegankelijke huisartsenzorg te ondersteunen. De meest concrete inzet betreft huisvesting en gebiedsontwikkeling, waarbij via beleidskaders, het omgevingsplan en afstemming met projectontwikkelaars wordt beoogd huisartsenzorg eerder te betrekken bij planvorming en ruimte voor praktijken mogelijk te maken. Daarnaast maakt de gemeente gebruik van structureel overleg met de Zorggroep Haarlemmermeer en zorgverzekeraar Zorg & Zekerheid, monitoring van ontwikkelingen in capaciteit en spreiding, en het faciliteren van de aansluiting tussen zorg en sociaal domein.

Betrokkenen geven aan dat deze inzet recentelijk zichtbaarder is geworden, met name door het vaste aanspreekpunt en het structurele overleg. Tegelijkertijd wijzen inwoners, zorgverleners en keten- en stelselpartners erop dat bij gebiedsontwikkelingen in het verleden bij afwegingen tussen functies woningbouw

en commerciële functies vaak voorrang kregen boven maatschappelijke functies zoals huisartsenzorg. Deze zorgen bestaan nog steeds. De respondenten signaleren dat de gemeentelijke inzet niet altijd doorwerkt in concrete besluiten en de uitvoeringspraktijk, onder meer door langdurige procedures, beperkte flexibiliteit in de toepassing van regels en het ontbreken van tijdige sturing, waardoor plannen voor uitbreiding of vestiging van huisartsenzorg kunnen vastlopen.

6.5 Doeltreffender inzet van instrumenten en aanvullende maatregelen

De beantwoording van deelvraag 4 – *in hoeverre kan de gemeente bestaande instrumenten doeltreffender inzetten, en welke aanvullende maatregelen kan zij benutten om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te versterken?* – is uitgewerkt in hoofdstuk 5.

Uit het onderzoek blijkt dat verbetering van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg niet primair wordt gezocht in nieuwe instrumenten, maar vooral in een versterkte en consequente inzet van bestaande instrumenten, aangevuld met gerichte aanvullende maatregelen. Respondenten benadrukken daarbij het belang van vroegtijdigere en stevigere sturing op voorzieningen bij gebiedsontwikkeling, duidelijkere keuzes binnen het bestaande ruimtelijke ordenings- en vastgoedbeleid ten gunste van maatschappelijke functies, meer continuïteit in de samenwerking tussen zorg en sociaal domein, en een betere aansluiting op de situatie in kleine kernen en voor specifieke groepen inwoners.

Aanvullende maatregelen, zoals ondersteuning bij de vestiging van huisartsen, ambulante spreekuren of gerichte informatievoorziening voor nieuwe inwoners, worden gezien als waardevolle aanvullingen, maar niet als vervanging van structurele randvoorwaarden. Volgens respondenten liggen de mogelijkheden van de gemeente vooral in het tijdig maken van duidelijke keuzes, het structureel voeren van overleg met betrokken partijen en het verbeteren van de bereikbaarheid van huisartsenzorg, met name in kleine kernen.

Afsluitende duiding van gemeentelijke handelingsruimte

Respondenten zien meerdere mogelijkheden voor de gemeente om de toegankelijkheid van de huisartsenzorg te ondersteunen en te versterken. Daarbij maken zij onderscheid tussen maatregelen die binnen de bestaande invloedssfeer

van de gemeente op relatief korte termijn uitvoerbaar zijn en maatregelen die bredere ruimtelijke of financiële keuzes vergen.

Maatregelen als versterking van het sociaal domein, verbetering van de samenwerking tussen huisartsenzorg en welzijn, gerichte informatievoorziening voor nieuwe inwoners en aandacht voor vervoer in kleine kernen worden door betrokkenen genoemd als stappen waarop de gemeente binnen haar huidige rol en instrumentarium voortgang kan boeken.

Andere voorstellen, zoals het differentiëren in grondprijzen of het explicieter borgen van ruimte voor zorg in gebiedsontwikkeling, raken aan bredere beleidskeuzes en vragen politieke besluitvorming en afstemming met marktpartijen.

Deze bevindingen maken duidelijk dat er binnen de gemeentelijke rol zowel korte- als langetermijnopties bestaan om de toegankelijkheid van huisartsenzorg te ondersteunen.

Literatuur

Belangengroep Gehandicapten Haarlemmermeer (BGH) (2021). Toegankelijkheid is méér dan kennis alleen. Eindrapportage m.b.t. de (rolstoel)toegankelijkheid bij de eerstelijnsgezondheidszorg. Belangengroep Gehandicapten Haarlemmermeer.

College van B&W Haarlemmermeer (2024). *Brief aan de gemeenteraad betreffende beantwoording motie huisvestingskwestie*. Gemeente Haarlemmermeer, 22 juli 2024.

College van B&W Haarlemmermeer (2025). *Brief aan de gemeenteraad over verdiepende inzichten in de huisvesting eerstelijnszorg*. Gemeente Haarlemmermeer, 3 juni 2025.

Gemeente Haarlemmermeer (2025a). *Huisvesting eerstelijnszorg: inzicht, uitvoeringskader en oplossingen*. Gemeente Haarlemmermeer, mei 2025.

Gemeente Haarlemmermeer (2025b). *Transformatieplan Welzijn op Recept: doorontwikkeling van de samenwerking tussen medisch en sociaal domein*. Gemeente Haarlemmermeer, 27 juni 2025.

Gemeente Haarlemmermeer, Zorg en Zekerheid, GGD Kennemerland & Sigra (2023). *Regioplan Haarlemmermeer – Samen Sterk*.

Gemeenteraad Haarlemmermeer (2024). *Motie borging huisvesting eerstelijnszorg*. Gemeente Haarlemmermeer, 1 februari 2024.

LHV (z.d.). *Kader kwaliteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg*.

LHV, InEen & NHG (2025). *Visie huisartsenzorg 2035: gezamenlijk vernieuwen met de kracht van de kernwaarden*.

Ministerie van VWS (2022). *Integraal Zorgakkoord*.

Ministerie van VWS (2023). *Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)*.

Ministerie van VWS (2024). *Visie eerstelijnszorg 2030*.

Ministerie van VWS (2025). *Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA)*.

NZa (2024). *Monitor Toegankelijkheid van Zorg*.

Bijlage 1: Betrokken partijen en hun rol bij toegankelijkheid huisartsenzorg

De toegankelijkheid van huisartsenzorg en de beschikbaarheid van praktijkruimte komen tot stand door het samenspel van verschillende partijen die ieder vanuit hun eigen rol en verantwoordelijkheid handelen.

Huisartsen (praktijkhouders)

Huisartsen zijn zelfstandige zorgverleners. Praktijkhouders maken eigen keuzes over vestiging, omvang en organisatie van hun praktijk. Deze keuzes worden in belangrijke mate beïnvloed door de beschikbaarheid en betaalbaarheid van praktijkruimte en door de landelijke bekostiging van huisartsenzorg (LHV, z.d.; LHV, InEen & NHG, 2025).

Huisartsenvereniging Haarlemmermeer

De meeste huisartsen in Haarlemmermeer zijn aangesloten bij de Huisartsenvereniging Haarlemmermeer (HvH). De vereniging behartigt hun belangen en treedt op als gesprekspartner voor gemeente, zorgverzekeraar en andere betrokken partijen. De HvH heeft geen formele verantwoordelijkheid voor de organisatie of financiering van huisartsenzorg, maar agendeert knelpunten rond toegankelijkheid, capaciteit en huisvesting.

Zorgverzekeraar

Zorgverzekeraars hebben op grond van de Zorgverzekeringswet een zorgplicht en zijn verantwoordelijk voor het inkopen van voldoende huisartsenzorg voor hun verzekerden. Zij hebben invloed op de totale capaciteit, maar geen directe zeggenschap over de vestigingsplaats van huisartsen. De bekostiging van huisartsenzorg is landelijk uniform vastgesteld en houdt geen rekening met lokale verschillen in vastgoedprijzen (NZa, 2024).

Zorggroep

De Zorggroep Haarlemmermeer ondersteunt huisartsen bij praktijkvoering en samenwerking en faciliteert de afstemming over capaciteit en spreiding van huisartsenzorg binnen de zorgregio Haarlemmermeer. De Zorggroep heeft geen formele beslissingsbevoegdheid over vestiging of financiering van huisartsenpraktijken.

Gemeente

De gemeente heeft geen verantwoordelijkheid voor de uitvoering of financiering van huisartsenzorg, maar beïnvloedt wel de randvoorwaarden voor toegankelijkheid. De gemeentelijke rol kan worden onderscheiden in drie samenhangende onderdelen:

- **kaderstellend** via ruimtelijke ordening, omgevingsplan, voorzieningenprogrammering en bereikbaarheid;
- **ondersteunend**: door mee te denken bij huisvestingsvraagstukken, processen toe te lichten en partijen te verbinden;
- **verbindend**: door samenwerking tussen zorg en sociaal domein te stimuleren en regionale afstemming te faciliteren.

Marktpartijen

Projectontwikkelaars en vastgoedeigenaren bepalen in belangrijke mate of, waar en tegen welke prijs en voorwaarden praktijkruimte voor huisartsenzorg beschikbaar komt. Maatschappelijke functies, zoals huisartsenzorg, concurreren daarbij met woningbouw en commerciële functies, met name in gebieden met hoge grond- en vastgoedprijzen.

Bijlage 2: Inspirerende voorbeelden aanvullende inzet gemeente

Deze bijlage bevat in aanvulling op paragraaf 5.2 enkele inspirerende voorbeelden die aansluiten bij de in dit onderzoek gesignaleerde knelpunten rond de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Het gaat om aanvullende, ondersteunende maatregelen die kunnen bijdragen aan de toegankelijkheid van huisartsenzorg en waarbij een rol voor de gemeente en samenwerking met andere partijen aan de orde kan zijn.

De voorbeelden zijn bedoeld ter inspiratie, vormen geen volledig overzicht en zijn niet gebaseerd op systematisch onderzoek of effectiviteitsmeting.

1. Gemeentelijke ondersteuning bij vestiging en behoud huisartsen

Maatregelen gericht op ruimtelijke inpassing, beschikbaarheid en betaalbaarheid van zorgvastgoed en vroegtijdige betrokkenheid van zorgpartijen bij gebiedsontwikkeling.

Maatschappelijke grondprijzen voor zorgvoorzieningen (Utrecht)

Knelpunt

Bij gebiedsontwikkeling concurreren maatschappelijke functies zoals huisartsenzorg met commerciële functies op grondwaarde. Dit maakt vestiging of behoud van zorgvoorzieningen financieel onaantrekkelijk, vooral op dure locaties.

Aanpak/voorbeeld

Gemeente Utrecht (maar bijv. ook Rotterdam) hanteert voor maatschappelijke voorzieningen vaste of normatieve grondprijzen, in plaats van opbrengstmaximalisatie. Dit maakt het mogelijk om zorgvoorzieningen structureel in te passen in (her)ontwikkelingsgebieden, zonder dat zij worden verdrongen door functies met hogere financiële opbrengsten.

Relevantie voor Haarlemmermeer

Dit voorbeeld laat zien dat de gemeente via het grondbeleid actief kan sturen op het behoud van huisartsenzorg. Haarlemmermeer kan overwegen om huisartsenzorg

expliciet op te nemen als maatschappelijke functie waarvoor de grondprijs niet wordt bepaald op basis van opbrengstmaximalisatie, zodat vestiging in nieuwe of herontwikkelde gebieden haalbaar blijft.

Bronnen/nadere informatie

Gemeente Utrecht – *Beleidsnota Grondbeleid 2024 en Grondprijzenbrief 2025*

Regionale samenwerking rond huisartsentekorten (Zeeland)

Knelpunt

In Zeeland is deze regionale samenwerking mede ontstaan als reactie op bevolkingskrimp en vergrijzing, die het behoud van voldoende huisartsencapaciteit onder druk zetten. Maar ook in een groeigemeente kan het voor huisartsen lastig zijn om zich te vestigen vanwege hoge huurprijzen en in kleinere kernen. Voor inwoners in kernen langs de Ringvaart komt daarbij dat zij in de praktijk vaak afhankelijk zijn van huisartsen en spoedeisende zorg in aangrenzende gemeenten.

Aanpak/voorbeeld

In Zeeland werken gemeenten, zorgverzekeraars en zorgorganisaties regionaal samen in de Zeeuwse Zorg Coalitie om drempels voor vestiging en continuïteit van huisartsenzorg weg te nemen. Huisartsenzorg wordt daarbij benaderd als een gezamenlijke maatschappelijke opgave, met afspraken over huisvesting, spreiding en – waar nodig – financiële of organisatorische ondersteuning.

Relevantie voor Haarlemmermeer

Dit voorbeeld laat zien dat regionale samenwerking kan bijdragen aan het aantrekkelijker maken van vestiging en aan betere afstemming van huisartsenzorg over gemeentegrenzen heen. Voor Haarlemmermeer is dit vooral relevant voor kernen langs de Ringvaart, waar inwoners vaak zijn aangewezen op zorgvoorzieningen in aangrenzende gemeenten. Regionale samenwerking en afspraken met omliggende gemeenten en zorgverzekeraars kan helpen om deze bovenlokale afhankelijkheid beter te organiseren.

Bronnen/nadere informatie

Zeeuwse Zorg Coalitie – regionale samenwerking en zorgagenda
<https://www.zorgcoalitiezeeland.nl> Zeeuwse Zorg Coalitie (2025). Impactverslag 2020-2025, 5 jaar Zeeuwse Zorg Coalitie.

Gemeentelijke bemiddeling bij gebiedsontwikkeling (Utrecht)

Knelpunt

Bij herontwikkeling van een winkelcentrum in de Utrechtse wijk Kanaleneiland dreigde een groot gezondheidscentrum te verdwijnen, terwijl de wijk een relatief hoge zorgvraag kent.

Aanpak/voorbeeld

De gemeente Utrecht heeft intensief bemiddeld tussen ontwikkelaar en gezondheidscentrum en het centrum opgenomen in het integrale herontwikkelingsplan. Hiervoor is afgeweken van het gemeentelijk woonbeleid, waarbij zowel gemeente als ontwikkelaar lagere opbrengsten accepteerden om het gezondheidscentrum te behouden.

Relevantie voor Haarlemmermeer

Dit voorbeeld laat zien dat gemeenten bij gebiedsontwikkeling expliciet kunnen kiezen voor het behoud van eerstelijnszorg, ook wanneer dit financiële consequenties heeft. De gemeente Utrecht beschouwt deze aanpak als uitzonderlijk en niet zonder meer toepasbaar.

Bron/nadere informatie

VNG (2025). *Handreiking huisvesting huisartsen en gezondheidscentra*.

2. Samenhang tussen zorg en welzijn in de wijk

Versterking van samenwerking tussen huisartsen, welzijnsorganisaties en andere eerstelijnsvoorzieningen om zorgvragen eerder en passender op te vangen.

POH-Sociaal als brugfunctie tussen huisartsenzorg en sociaal domein

Knelpunt

Huisartsen krijgen veel patiënten met sociale en psychosociale problematiek (zoals schulden, huisvesting, stress of eenzaamheid), terwijl zij beperkte tijd en expertise hebben om deze vragen goed te begeleiden. Verwijzingen naar het sociaal domein zijn vaak versnipperd en leiden regelmatig tot uitval of terugverwijzing.

Aanpak/voorbeeld

Volgens Pharos fungeert de POH-Sociaal (ook wel POH-Welzijn genoemd) als een structurele brugfunctie tussen huisartsenzorg en sociaal domein. De POH-Sociaal is gekoppeld aan de huisartsenpraktijk, verzorgt vraagverheldering, biedt zo nodig kortdurende ondersteuning en zorgt voor warme toeleiding naar welzijn, Wmo-

ondersteuning en andere sociale voorzieningen, waarbij Welzijn op Recept één van de mogelijke routes is. Een POH-Sociaal ontlast huisartsen door sociale problematiek vroegtijdig en passend op te pakken, voorkomt medicalisering van niet-medische problemen en versterkt de samenwerking tussen zorg en sociaal domein, mits deze functie structureel is ingebed.

In diverse gemeenten wordt deze functie duurzaam ingezet; een praktijkvoorbeeld is Gezondheidscentrum Venserpolder in Amsterdam, waar de POH-Sociaal meerdere dagdelen per week onderdeel is van het praktijkteam.

Relevantie voor Haarlemmermeer

In een gemeente waar al wordt gewerkt met Welzijn op Recept kan de POH-Sociaal worden gezien als een verbreding en verdieping van de bestaande samenwerking, met name voor complexere sociale problematiek. Daarbij is een actieve rol van de gemeente nodig bij financiering, samenhang en borging.

Bron/nadere informatie

Pharos (2025). *Brugfuncties tussen huisartsenzorg en sociaal domein*. Pharos, expertisecentrum Gezondheidsverschillen.

Waar is Wally – vaste sociale verbinder bij de huisartsenpraktijk

Knelpunt

Huisartsen ervaren het sociaal domein als complex en versnipperd, waardoor verwijzen naar passende ondersteuning tijdrovend en onzeker is.

Aanpak/voorbeeld

Het initiatief *Waar is Wally* is opgezet door Huisartsen Coöperatie Deventer en Omstreken, Stichting De Kern maatschappelijke dienstverlening en de gemeente Deventer. Een *Wally* is een sociaal werker die vast is gekoppeld aan één of meerdere huisartsenpraktijken en fungeert als wegwijzer en verbinder binnen het sociaal domein. Huisartsen hebben een vaste contactpersoon, kunnen laagdrempelig verwijzen en ontvangen structurele terugkoppeling.

Dit initiatief maakt het sociaal domein overzichtelijk voor huisartsen, versterkt de samenwerking tussen zorg en gemeentelijke ondersteuning en verlaagt de drempel voor inwoners met complexe sociale problematiek.

Verschil met POH-Welzijn / POH-Sociaal

In tegenstelling tot een POH-Welzijn is *Waar is Wally* niet ingebed in het huisartsteam, maar een externe, praktijkoverstijgende verbindingsfunctie. De

focus ligt minder op begeleiding en meer op oriëntatie, doorverwijzing en overzicht. Daarmee is dit een lichter, flexibeler model dan een POH-Sociaal.

Relevantie voor Haarlemmermeer

Dit voorbeeld laat zien dat de gemeente via regie en financiering een directe rol kan spelen in het verbinden van huisartsen en het sociaal domein. Voor Haarlemmermeer kan dit een laagdrempelige aanvulling zijn op bestaande initiatieven zoals Welzijn op Recept, zonder dat functies structureel in huisartsenpraktijken hoeven te worden ingebed.

Bron/nadere informatie

HCDO – *Waar is Wally*: <https://www.hcdo.nl/initiatieven/waar-is-wally/>

NHG, [Good Practices](#) (bij Samenwerken in de wijk).

3. Ondersteuning van gemeenschaps- en buurtnetwerken

Stimuleren van informele netwerken en bewonersinitiatieven die bijdragen aan signalering, ondersteuning en het beperken van formele zorgvraag.

Lief & Leedstraten – informele zorg en omzien naar elkaar

Knelpunt

Huisartsen krijgen regelmatig zorgvragen die samenhangen met eenzaamheid, verlies of lichte psychosociale problemen, waarvoor medische zorg niet altijd het meest passende antwoord is. Bewonersraden in Haarlemmermeer hebben daar enkele voorbeelden van genoemd. Hieronder staan ter inspiratie voorbeelden uit andere gemeenten.

Aanpak/voorbeeld

In verschillende gemeenten wordt gewerkt met Lief & Leedstraten: een laagdrempelig initiatief waarbij buurtbewoners een klein budget krijgen om aandacht en steun te bieden aan burens bij ziekte, verlies of een moeilijke periode. Door vroegtijdige, informele ondersteuning kan worden voorkomen dat sociale problemen uitmonden in zwaardere zorgvragen.

Relevantie voor Haarlemmermeer

Door informele steun en vroegsignalering te versterken, kan dit initiatief bijdragen aan het ontlasten van de huisartsenzorg, met name bij niet-medische hulpvragen. Op de website is te zien dat Haarlemmermeer niet deelneemt, terwijl omliggende gemeenten zoals Aalsmeer wel zijn aangesloten. Dit biedt aanknopingspunten om

dit type laagdrempelige ondersteuning ook in Haarlemmermeer te verkennen, aanvullend op formele zorg en welzijn.

Bron/nadere informatie

Overzicht deelnemende gemeenten: <https://www.liefenleedstraat.nl/gemeenten/>

Movisie (2023). [Zorgzame straten. Wat leren praktijkvoorbeelden over burenhulp.](#)

4. Aanvullende bereikbaarheid en vervoersoplossingen

Faciliteren van (maatwerk)vervoer voor inwoners van kleine kernen en minder mobiele groepen, aanvullend op regulier openbaar vervoer.

ANWB AutoMaatje – flexibel vrijwilligersvervoer naar zorgvoorzieningen

Knelpunt

In kleine kernen is het openbaar vervoer beperkt, vooral in de avond en weekenden. Voor inwoners zonder eigen vervoer of met beperkte mobiliteit vormt dit een drempel om de huisarts of huisartsenpost te bereiken, wat kan leiden tot uitstel van zorg of extra druk op huisartsen. Ook Haarlemmermeer heeft voorbeelden van vrijwilligersvervoer, zoals *Meer voor Elkaar*. Om het vrijwilligersvervoer in te bedden in het sociaal domein kiezen gemeenten ook wel voor de koppeling met welzijnswerk. Hieronder staat een toelichting op een veel gebruikte aanpak.

Aanpak/voorbeeld

In veel gemeenten wordt ANWB AutoMaatje ingezet: een vrijwilligersvervoersdienst waarbij inwoners tegen een geringe vergoeding worden vervoerd door lokale vrijwilligers in hun eigen auto. Het vervoer is vraaggestuurd, flexibel inzetbaar en beschikbaar buiten reguliere OV-tijden. De uitvoering vindt lokaal plaats, vaak in samenwerking met welzijnsorganisaties. ANWB AutoMaatje is al actief in aangrenzende gemeenten, maar nog niet in Haarlemmermeer.

AutoMaatje vergroot de feitelijke bereikbaarheid van eerstelijnszorg in kleine kernen, sluit goed aan bij lokale omstandigheden en combineert flexibiliteit met lage kosten en sociale betrokkenheid.

Relevantie voor Haarlemmermeer

Dit voorbeeld laat zien dat de gemeente via regie en (co)financiering de bereikbaarheid van huisartsenzorg kan verbeteren, met name waar regulier OV tekortschiet. Voor Haarlemmermeer is dit een praktisch en schaalbaar aanvullend instrument, dat nadrukkelijk geen vervanging vormt van een volwaardige

huisartsvoorziening, maar wel bijdraagt aan toegankelijkheid voor kwetsbare inwoners.

Bron/nadere informatie

ANWB – [AutoMaatje](#);

Kenniscentrum Vrijwilligersvervoer (2022), [Ontwikkelen van een vervoersdienst met vrijwilligers](#).

5. Informatievoorziening voor (nieuwe) inwoners

Verbeteren van toegankelijke, begrijpelijke (en meertalige) informatie over huisartsenzorg, het zorgstelsel en de gemeentepolis, met speciale aandacht voor nieuwe en kwetsbare inwoners.

Toegankelijke uitleg van het Nederlandse zorgsysteem

Knelpunt

Nieuwe inwoners, zoals expats en arbeidsmigranten, zijn vaak onvoldoende bekend met het Nederlandse zorgsysteem en de rol van de huisarts. Dit kan leiden tot misverstanden en extra druk op huisartsenpraktijken.

Aanpak/voorbeeld

Rezisto ontwikkelde de visuele publieksinformatie *Who is the huisarts?*, waarin in eenvoudige taal en beeld wordt uitgelegd wat de huisarts doet en hoe de zorg is georganiseerd. Het materiaal is bedoeld voor mensen die het zorgstelsel nog niet kennen en is geschikt voor brede verspreiding, bijvoorbeeld via gemeentelijke kanalen, welzijn- en migrantenorganisaties en/of werkgevers.

Een ander voorbeeld komt uit de regio Eindhoven, waar men veel ervaring heeft met kennismigranten. Network Healthcare for Internationals ([h4i.nl](https://www.h4i.nl)) biedt online informatie over de Nederlandse zorg en uitleg over de rol van de huisarts.

Relevantie voor Haarlemmermeer

Deze voorbeelden tonen hoe toegankelijke informatievoorziening kan bijdragen aan betere aansluiting van nieuwe inwoners op de huisartsenzorg en aan het beperken van onnodige druk op huisartsen, zonder nieuwe zorgstructuren te introduceren.

Bron/nadere informatie

Rezisto (2024). *Who is the huisarts?* <https://www.rezisto.nl/wp-content/uploads/2024/11/241030-Who-is-the-Huisarts-DEF-3.pdf>

Network Healthcare for internationals (h4i.nl) *Helping you to navigate Dutch Healthcare*
<https://h4i.nl/>