

Uitwerking standpunt LHV

Huisartsenzorg in avond, nacht en weekend

Aanbod, organisatie en honorering

10 juni 2008

**Landelijke Huisartsen Vereniging
Werkgroep *Uitwerking Standpunt ANW-zorg***

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Uitwerking van het standpunt ANW-zorg	3
2.1 Aanbod van de huisartsenzorg tijdens avond-, nacht- en weekenduren	3
2.1.1 Definities	
2.1.2 Afbakening	
2.1.3 Omschrijving van het aanbod	
• Het basisaanbod	
• Het aanvullende aanbod	
1. Rol van de huisarts bij toegeleiding van patiënten	
2. Regiefunctie van de huisarts op een gewone huisartsenpost	
3. Regiefunctie van de huisarts in een geïntegreerd samenwerkingsverband voor spoedzorg	
4. Rol van de huisarts bij de zorg voor bijzondere groepen	
2.2 Organisatie van de ANW-zorg	9
2.2.1 Inleiding	
2.2.2 Verantwoordelijkheden	
2.2.3 Werkbelasting en -omstandigheden	
2.3 Honorering van de ANW-zorg	13
2.3.1 Inleiding	
2.3.2 Uitgangspunten	
2.3.3 Naar een nieuwe vergoeding voor de ANW-zorg	
3. Conclusie	15
4. Achtergrondinformatie	16
Bijlage 1 Standpunt LHV over de huisartsenzorg in avond, nacht en weekend	17
Bijlage 2 Verantwoordelijkheden van de huisarts	18
Bijlage 3 Huidige honorering van de ANW-zorg en advies BAC FEZ	24
Bijlage 4 Discussie over de honorering van de ANW-zorg	25
Bijlage 5 Organisatiemodellen ANW-zorg in het buitenland	26

1. Inleiding

De Ledenraad heeft op 14 december 2006 het standpunt over de ANW-zorg vastgesteld. Bij de uitwerking van dit standpunt is het uitgangspunt dat huisartsen 24-uurszorg zien als een essentieel onderdeel van de huisartsenzorg en dat huisartsen de regie willen blijven voeren over de 24-uurszorg. Wel moeten de randvoorwaarden waaronder huisartsen 24-uurszorg verrichten, verbeteren.

De beroepsgroep ziet het belang van 24-uurszorg voor de huisartsenzorg en voor de patiënt. Elementen die hierbij een rol spelen zijn de continuïteit van de zorg, de kwaliteit van zorg, de concurrentiepositie, de mate van klanttevredenheid, het bieden van generalistische zorg en het kunnen uitoefenen van de regierol in de acute zorg.

2. Uitwerking van het standpunt ANW-zorg

Het LHV-standpunt over de ANW-zorg is uitgewerkt door een werkgroep bestaande uit de volgende personen:

- Diana Lucassen Afdeling Wadi
- Roelof Moes Kleinschalige dienstenstructuren
- Jaap Schreuder Huisartsenkring Nijmegen e.o.
- Astrid van Slobbe Huisartsenkring Zwolle/ Flevoland
- Bram Stegeman Huisartsenkring Midden-Nederland
- Cynthia van Vliet Huisartsen in opleiding/ LOVAH

De werkgroep wordt voorgezeten door Willem Schopman, bestuurslid van de LHV en wordt vanuit de werkorganisatie ondersteund door Karel Rosmalen en Jelly Hogendorp.

De werkgroep heeft zich uitgesproken over het aanbod, de organisatie en de honorering van de ANW-zorg.

2.1 Aanbod van de huisartsenzorg tijdens avond-, nacht- en weekenduren

Allereerst is het aanbod van de huisartsenzorg tijdens ANW-zorg beschreven.

2.1.1 Definities

Voor een goede beschrijving van het aanbod van de huisartsenzorg tijdens ANW-uren is het noodzakelijk de definities van acute zorg en ANW-zorg vast te stellen. De werkgroep heeft gekozen voor de volgende definities:

Acute zorg is het antwoord op een zorgvraag die door de burger als acuut wordt ervaren. De toewijzing van de juiste zorgverlener en behandeling bij de juiste hulpvraag is een aangelegenheid van de professionals. Zij bepalen de zorgbehoefte en een adequaat zorgaanbod.

Bron: Standpunt NHG, De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg, 2005.

ANW-zorg is huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren die niet kan wachten tot reguliere huisartsgeneeskundige dagzorg beschikbaar is. Deze zorg wordt geleverd na een eerste (telefonische) opvang en beoordeling van alle vragen die door een patiënt of diens omgeving als spoedeisend worden ervaren (triage).

Bron: LHV en NHG, Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg, 2004.

2.1.2 Afbakening

- De werkgroep heeft aanbod, organisatie en honorering van de huisartsenzorg tijdens ANW-uren uitgewerkt, niet van de acute huisartsgeneeskundige zorg in zijn geheel.
- Uitgangspunt is dat het aanbod tijdens ANW-uren door alle geregistreerde huisartsen gedaan moet kunnen worden, met gebruikelijke opleiding en nascholing.

2.1.3 Omschrijving van het aanbod

Aansluitend bij het aanbod huisartsgeneeskundige zorg (LHV, 2004) wordt een onderscheid gemaakt tussen het basisaanbod en het aanvullende aanbod.

Het basisaanbod

- Het huisartsgeneeskundig basisaanbod tijdens ANW-uren is hetzelfde als het basisaanbod overdag met dien verstande dat tijdens ANW-uren huisartsgeneeskundige zorg wordt geleverd die niet kan wachten tot reguliere huisartsgeneeskundige dagzorg beschikbaar is.
- In het rapport 'Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2004' is een tekst opgenomen (box 3) over de omschrijving van het huisartsgeneeskundig aanbod tijdens ANW-uren. Deze tekst is aangepast door de werkgroep, zie tabel 1. Deze aanpassing wordt ook meegenomen bij de actualisering van het aanbod door LHV/NHG (Aanbod huisartsgeneeskundige zorg 2008).

Tabel 1 Kenmerken van het zorgaanbod tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten

Het zorgaanbod tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten

Het zorgaanbod tijdens ANW-diensten:

- behoort tot het basisaanbod van de huisartsenvoorziening en voldoet daarmee aan de essentiële kenmerken van de huisartsgeneeskundige zorg;
- richt zich op huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren die niet kan wachten tot reguliere huisartsgeneeskundige dagzorg beschikbaar is.

De essentiële kenmerken van de huisartsgeneeskundige zorg

De kenmerken van de huisartsgeneeskundige zorg zijn:

Generalistische zorg

1. Huisartsgeneeskundige zorg richt zich op alle klachten, problemen en vragen over gezondheid en ziekte die de patiënt presenteert.
2. De zorg is beschikbaar voor alle mensen.
3. Zij vormt de eerste opvang van patiënten binnen de gezondheidszorg.
4. De zorg betreft inventarisatie, diagnostiek, advies, behandeling, begeleiding, preventie en verwijzing.
5. Zij is voor patiënten in de woonomgeving op redelijke afstand beschikbaar. In de avond-, nacht- en weekenduren is de afstand tot de huisartsenzorg voor de patiënt vaak groter dan overdag. Indien noodzakelijk wordt de zorg thuis bij de patiënt geleverd.
6. Patiënten hebben laagdrempelig toegang tot de zorg, zonder verwijzing door derden en binnen de noodzakelijk geachte termijn.
7. Zij is vierentwintig uur per dag en zeven dagen per week beschikbaar, buiten kantooruren alleen voor spoedeisende gezondheidsproblemen.

Contextgerichte zorg

8. De zorg is gericht op het individu in zijn of haar context.
9. Zij is continu beschikbaar gedurende alle levensfasen en ziekte-episoden van de patiënt.
10. Zij is gericht op de hulpvragen van de patiënt en is de resultante van de gemeenschappelijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt.

Gidsfunctie

11. De zorg heeft voor de patiënt de functie van gids in de gezondheidszorg.

Kwaliteit en doelmatigheid

12. De kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg wordt door systematische ervaringskennis en wetenschappelijke onderbouwing gewaarborgd.
13. De zorg is gericht op veiligheid: diagnostische en therapeutische winst wordt afgewogen tegen iatrogene schade en individuele belasting.
14. Zij is gericht op doeltreffendheid en het voorkomen van medicalisering.
15. Zij is gericht op het egaliteitsbeginsel en doelmatigheid.

Het aanvullende aanbod

Als aanvullend aanbod tijdens ANW-uren beschrijft de werkgroep een aantal taken van de huisartsenzorg op basis waarvan prestatiebeschrijvingen voor M&I-verrichtingen kunnen worden gemaakt. Dit aanvullend aanbod kan door de huisartsenzorg worden aangeboden.

1. Rol van de huisartsenzorg bij toegeleiding van patiënten

- als de huisartsenpost dichtbij het ziekenhuis zit (voorpost/ post op locatie),
- als het ziekenhuis verder weg is (dunbevolkte gebieden),
- een tussenvorm.

De huisartsenzorg verzorgt de eerst toegankelijke medische zorg voor patiënten in de ANW-uren. De patiënt zoekt telefonisch contact met de huisartsenpost, kleinschalige dienstenstructuur of huisartsenvoorziening met klassieke waarneemregeling. Daar wordt vervolgens bepaald welke zorg op welke termijn nodig is. In het traditionele model werd deze 'triage' alleen voor de huisartsenpost verricht. Bij de steeds toenemende integratie met de spoedeisende hulpafdeling van het ziekenhuis (SEH) neemt de huisartsenzorg deze rol nu ook over voor de SEH zowel bij telefonische aanmelding als fysieke aanmelding. Dit betekent een verzwaring van de taak van de huisartsenzorg en wordt gezien als *aanvullend aanbod*.

Huisartsenposten, kleinschalige dienstenstructuren en klassieke waarneemgroepen zijn goed gespreid en voldoen daarmee aan de eis van noodzakelijke spreiding van medische (huisartsen)zorg over het land. Voor de toegeleiding naar de tweedelij kunnen niet alleen de huisartsenposten die fysiek voor de SEH zijn geplaatst toegeleiding naar de SEH verzorgen, maar ook posten en kleinschalige dienstenstructuren of klassieke waarneemgroepen op afstand kunnen deze functie voor de SEH vervullen. Deze posten kunnen daarbij een 'vooruitgeschoven' SEH-functie bieden in nauwe samenwerking met de aangesloten SEH. Ook dit is *aanvullend aanbod* indien er formele afspraken over taak, functie en aanbod tussen de post en de betreffende SEH zijn gemaakt.

2. Regiefunctie van de huisarts op een (gewone) huisartsenpost

We maken onderscheid tussen de visie op de inhoud van de regiefunctie enerzijds en de bestuurlijke visie daarop anderzijds.

Inhoudelijke visie

Als aanvullend aanbod oefent de huisarts een regiefunctie uit op de huisartsenpost. De huisarts heeft in dat geval de regie over de (telefonische) triage. Het voeren van de regie over de telefonische triage bij met name niet-levensbedreigende vragen verlangt een generalistisch medisch inzicht. Concreet betekent dit:

- toezicht op en advies over juiste telefonische afhandeling;
- beslissend toezicht op inzet juiste echelon;
- beslissend toezicht op inzet aanvullende capaciteit bij calamiteiten.

Bestuurlijke visie

De werkgroep acht het van groot belang dat huisartsen niet alleen dienst doen op de huisartsenpost, maar ook betrokken zijn bij de het beleid dat door de post wordt gevoerd. Het gaat dan om vragen als welke zorg wordt geleverd, hoe wordt die zorg geleverd, hoe is het met het kwaliteitsbeleid. Dit betekent dat huisartsen een beleidsverantwoordelijkheid op de post moeten nemen. Hieronder wordt de meer formele kant daarvan uitgewerkt.

Huisartsen hebben twee verantwoordelijkheden voor de huisartsenpost:

1. Huisartsen hebben krachtens het contract met de verzekeraar de verantwoordelijkheid op zich genomen om 7x24 uur huisartsgeneeskundige zorg te verlenen aan de bij hen ingeschreven patiënten. De verantwoordelijkheid voor de ANW-zorg hebben zij gedelegeerd naar de huisartsenpost. In die zin zijn zij te beschouwen als opdrachtgevers van de post. Naar hun patiënten toe hebben de deelnemende huisartsen als gevolg van deze constructie

een afgeleide verantwoordelijkheid voor de zorg die door de huisartsenpost namens hen wordt verleend.

2. Wanneer een huisarts zelf dienstdoet op de huisartsenpost is hij/zij individueel tucht-, civiel- en (bij uitzondering) zelfs strafrechtelijk aansprakelijk voor de onder zijn/haar directe verantwoordelijkheid verleende zorg*.

Voor een uitgebreide beschrijving van de verantwoordelijkheden van huisartsen op de huisartsenpost verwijzen wij u ook naar het rapport 'Leidraad verantwoordelijkheden binnen de huisartsenzorg' dat in 2006 tot stand is gekomen in samenwerking tussen de KNMG en de toenmalige afdeling Huisartsendienstenstructuren van de LHV (nu de zelfstandige Vereniging Huisartsenposten Nederland). Zie ook paragraaf 2.2.2 van deze notitie en bijlage 2.

Verantwoordelijkheid kan niet zonder bevoegdheid:

Uit het voorgaande vloeit voort dat huisartsen op twee manieren verantwoordelijkheid dragen voor de zorg die door de huisartsenpost wordt verleend: ten eerste als opdrachtgever en ten tweede als dienstdoend huisarts. Willen de huisartsen die verantwoordelijkheid ook daadwerkelijk kunnen uitoefenen, dan dienen zij daartoe ook bevoegd te zijn. Dat is dan ook de reden dat huisartsen (mede) regie dienen te voeren op de post. Dat wil niet zeggen, dat zij als enigen de regie moeten voeren, maar het wil wel zeggen, dat zij uiteindelijk het laatste woord moeten hebben.

Regie over de post door huisartsen vergt:

- I. Zeggenschap over de *organisatie van de huisartsenpost*. Daaruit vloeit voort dat de huisartsen bestuurlijke verantwoordelijkheid hebben over de post.
- II. Zeggenschap over de *organisatie van kwaliteit* op de post. Dat betekent onder meer dat zij toezicht houden op en eisen kunnen stellen aan kwaliteit en scholing van bijvoorbeeld de triage-assistenten.
- III. Zeggenschap over en toezicht op de *kwaliteit van de triage* tijdens de uitvoering van de ANW-diensten: de telefoon- of regiearts.
- IV. Zeggenschap over de *kwaliteit van de zorg*. Dat betekent ook eisen stellen aan de kwaliteit van collega's, zowel waarnemers als gevestigden, die op de post willen werken.
- V. Zeggenschap over de keuze voor *aanvullende zorgvormen* die de post gaat bieden. Aanvullend zorgaanbod kan alleen worden gecontracteerd met instemming van de deelnemende huisartsen.

Met bovenstaande punten drukt de werkgroep uit dat de betrokkenheid van de huisartsen bij de huisartsenpost van groot belang is op alle niveaus. De bestuurlijke betrokkenheid moet wel voldoen aan de normen van de WTZi. Deze normen zijn uitgebreid beschreven in een aantal documenten van de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN).

De bestuurlijke verantwoordelijkheid wordt bij voorkeur gedragen door alle huisartsen, dus praktijkhouders en waarnemers. Dit om optimaal gebruik te maken van alle ervaring van huisartsen, opgedaan op die post, bij de totstandkoming van het beleid van de huisartsenpost.

3. Regiefunctie van de huisarts in een geïntegreerd samenwerkingsverband

De derde vorm van aanvullend aanbod tijdens ANW-uren heeft betrekking op de rol van de huisarts in een geïntegreerd samenwerkingsverband voor spoedzorg. Ook hier wordt onderscheid gemaakt tussen de inhoudelijke en bestuurlijke visie op de regiefunctie van de huisarts.

Inhoudelijke visie

De huisarts heeft een regiefunctie in het geïntegreerde samenwerkingsverband voor spoedzorg en speelt een regierol bij de (telefonische) triage voor meerdere disciplines.

Het geïntegreerde samenwerkingsverband voor spoedzorg is samengesteld uit (zie ook figuur 1, hieronder op pagina 8):

* Zorg dat u hiervoor goed bent verzekerd en laat dat iedere 1 à 2 jaar controleren door een deskundige.

- Huisartsenpost (HAP)
- Afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis (SEH)
- Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
- Thuiszorg
- Apotheek
- Ambulancedienst

Telefonische triage:

Idealiter vindt er tevens integratie plaats op het niveau van telefonische triage tussen CPA en geïntegreerde post (112 en het telefoonnummer van de huisartsenpost*). Het voeren van de regie over de telefonische triage bij met name niet-levensbedreigende vragen (deel huisartsenpost) verlangt een generalistisch medisch inzicht. Concreet:

- toezicht op en adviserend over juiste telefonische afhandeling;
- beslissend toezicht op inzet juiste echelon;
- beslissend toezicht op inzet aanvullende capaciteit bij calamiteiten.

Geïntegreerd samenwerkingsverband voor spoedzorg:

Het uitoefenen van de regiefunctie in het geïntegreerde samenwerkingsverband verlangt eveneens een generalistisch medisch inzicht en bestaat concreet uit:

- toezicht op en adviserend over de juiste fysieke behandeling;
- beslissend toezicht op toegeleiding van zelfverwijzers;
- beslissend toezicht op doorgeleiding naar het juiste echelon van reeds behandelenden;
- beslissend toezicht op inzet aanvullende capaciteit bij calamiteiten.

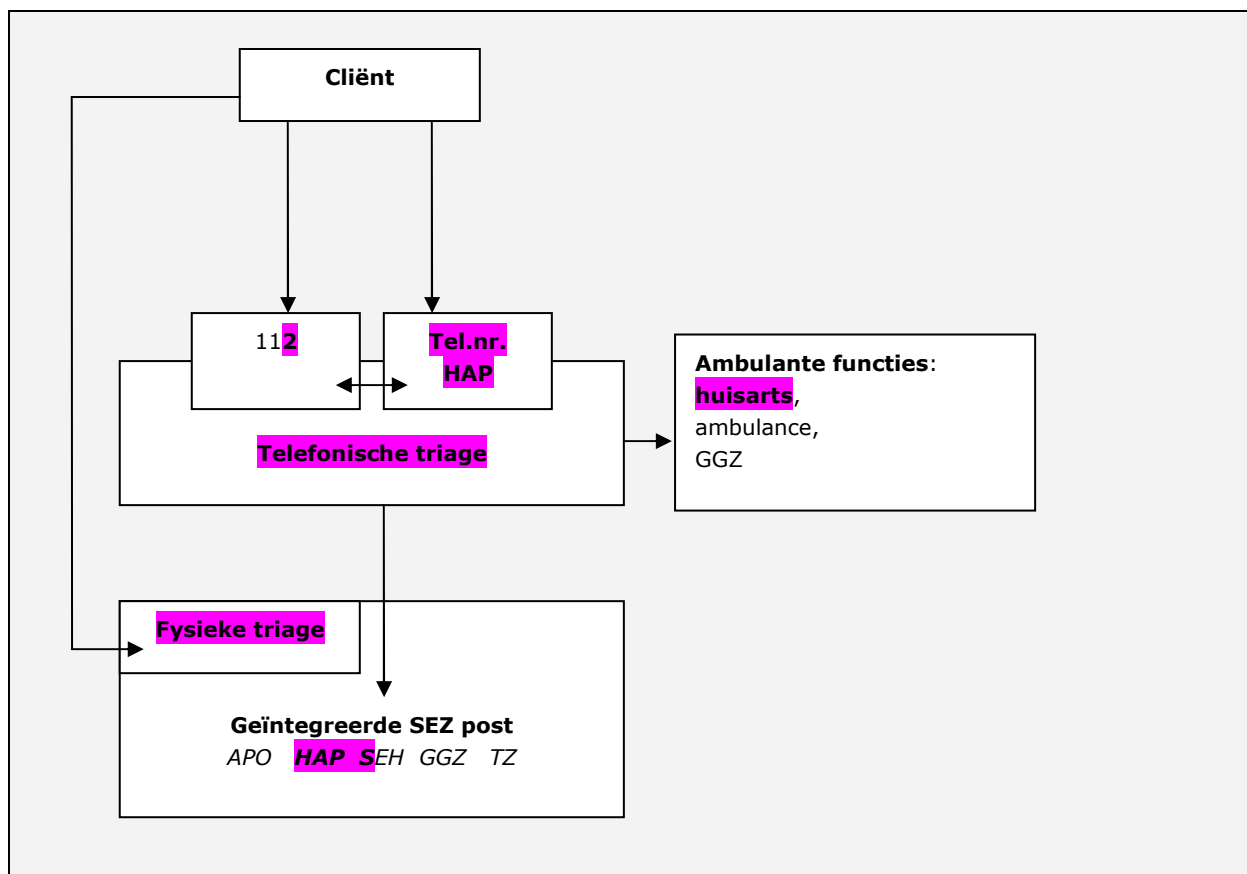
Het voeren van de regie over de telefonische triage en de uitoefening van de regiefunctie in het geïntegreerde samenwerkingsverband kan gecombineerd worden uitgevoerd. Het betreft een verantwoordelijke functie en vraagt ruime kennis, ervaring en stressbestendigheid van een huisarts.

Ook indien er géén sprake is van een geïntegreerd samenwerkingsverband bestaat de mogelijkheid - indien de lokale situatie dit toestaat en de huisartsen werkzaam in een huisartsenpost hiervoor opteren - om de huisarts als triage-arts in te zetten voor andere disciplines (zoals SEH, GGZ, thuiszorg en tandarts).

In de onderstaande figuur is een voorbeeld weergegeven van de wijze waarop een geïntegreerd samenwerkingsverband voor spoedzorg samengesteld kan zijn.

* Ter discussie staat nog of er één landelijk telefoonnummer moet komen voor de huisartsenzorg tijdens ANW-uren (onderzoek VHN en NPCF uitgevoerd door Rijksuniversiteit Groningen).

Figuur 1 Een voorbeeld van de organisatie van een geïntegreerd samenwerkingsverband voor spoedzorg
(gearceerde tekst: rol huisartsenzorg)



Bestuurlijk visie

De uitoefening van de regie in het geïntegreerde samenwerkingsverband door huisartsen vergt, net als bij de 'gewone' post:

- I. Zeggenschap over de *organisatie van het geïntegreerde samenwerkingsverband voor spoedzorg*. Daaruit vloeit voort dat de huisartsen bestuurlijke verantwoordelijkheid hebben over het samenwerkingsverband.
- II. Zeggenschap over de *organisatie van kwaliteit* in het geïntegreerde samenwerkingsverband. Dat betekent onder meer dat zij toezicht houden op en eisen kunnen stellen aan kwaliteit en scholing van bijvoorbeeld de triage-assistenten.
- III. Zeggenschap over en toezicht op de *kwaliteit van de triage* tijdens de uitvoering van de ANW-diensten: de telefoon- of regiearts.
- IV. Zeggenschap over de *kwaliteit van de zorg*. Dat betekent ook eisen stellen aan de kwaliteit van collega's, zowel waarnemers als gevestigden, die op in het geïntegreerde samenwerkingsverband voor spoedzorg willen werken.
- V. Zeggenschap over de keuze voor *aanvullende zorgvormen* die het geïntegreerde samenwerkingsverband gaat bieden. Aanvullend zorgaanbod kan alleen worden gecontracteerd met instemming van de deelnemende huisartsen.

Dit uiteraard met inachtneming van de WTZi.

4. Rol huisartsenzorg bij de zorg voor bijzondere groepen

Huisartsenzorg is drempelloos toegankelijk voor alle inwoners van ons land. Dat staat als een van de essentiële kenmerken van de huisartsenzorg beschreven in de concretisering van de toekomstvisie van de beroepsgroep. De operationalisering van dit kenmerk wordt gerealiseerd door een deel van de beroepsgroep dat ook overdag zorg biedt aan bijzondere patiëntencategorieën zoals inwoners van asielzoekerscentra, inwoners van penitentiaire inrichtingen, militairen en verstandelijk gehandicapten.

Huisartsenzorg is 24-uurszorg en daarmee dient deze zorg ook in de ANW-uren aan genoemde patiëntengroepen te worden geboden. De ANW-zorg betreft dan huisartsenzorg zoals die voor alle patiënten wordt geboden; indien bepaalde groepen specifieke zorg nodig hebben dient deze bereikbaar en beschikbaar te zijn. Deze extra zorg moet zijn beschreven en vastgelegd.

Voorbeelden zijn:

- Toegeleiding van asielzoekers door de Medische Opvang Asielzoekers (MOA);
- Beschikbaarheid arts voor verstandelijk gehandicapten bij gedragsproblemen (zie handreiking LHV-NVAVG '*Huisarts en AVG. Samenwerking in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap*').

De rol van de huisarts bij de zorg voor bijzondere groepen zal worden beschreven zoals in de bovengenoemde handreiking van LHV en NVAVG. Het gaat dan om de volgende groepen:

- inwoners van asielzoekerscentra,
- inwoners van penitentiaire inrichtingen,
- militairen,
- verstandelijk gehandicapten,
- toeristen.

In het hoofdstuk 'Organisatie van de ANW-zorg' worden de noodzakelijke randvoorwaarden beschreven.

2.2 Organisatie van de ANW-zorg

2.2.1 Inleiding

De organisatie van de ANW-zorg is de afgelopen tien jaar sterk veranderd*. Acute zorg wordt 24 uur per dag geleverd door zowel de eerstelijns (huisartsenzorg) als de tweedelijns. Zie ook figuur 2. Anno 2008 zijn er drie organisatievormen om te zorgen dat alle burgers voorzien worden van huisartsenzorg tijdens ANW-uren:

1. *Huisartsendienstenstructuren*
Grootschalige organisatie van de ANW-zorg door huisartsenpost al dan niet gekoppeld aan een tweedelijnsinstelling.
2. *Kleinschalige huisartsendienstenstructuren*
Organisatie van de ANW-zorg door een kleinere groep huisartsen. Veelal in de dunner bevolkte gebieden.
3. *Klassieke waarneming*
Organisatie van de ANW-zorg door een groep huisartsen onderling. Zij zijn verenigd in een waarnemingsgroep op de klassieke manier.

Typend voor de zorg geboden in een kleinschalige huisartsendienstenstructuur of klassieke waarnemingsgroep is:

- De dienstdoende huisarts in de kleinschalige dienstenstructuur of klassieke waarnemingsgroep is de spin in het web van de kleinschalige ANW-zorg.

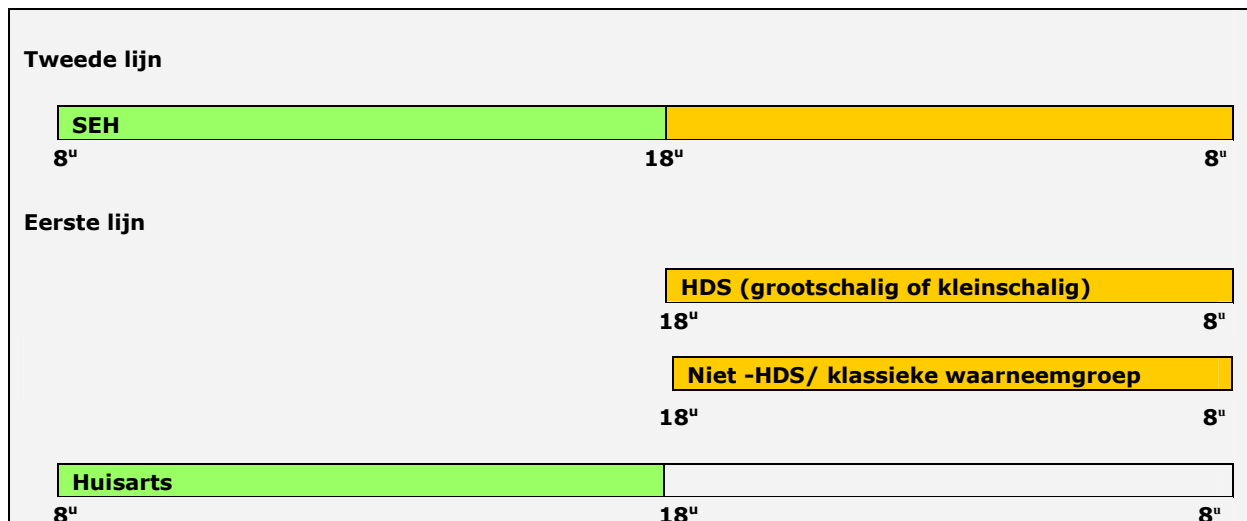
* Zie voor een internationale vergelijking van organisatievormen voor de ANW-zorg bijlage 5, pagina 26.

- De diensten worden bijna uitsluitend verricht door de lokaal gevestigde huisartsen en er wordt slechts bij uitzondering gebruik gemaakt van waarnemers.
- De diensten worden verricht vanuit de bestaande praktijklocaties.
- Er is tijdens een totale avond-/nacht- of weekenddienst één huisarts die de primaire verantwoordelijkheid heeft voor deze totale ANW-dienst.
- De huisarts verricht voor het grootste deel zelf de triage en voorzover dit niet het geval is heeft de huisarts een zeer direct toezicht op de (telefonische) triage van de assistent(e).
- De huisartsen hebben de beschikking over directe inzage in het EMD en EPD van alle patiënten woonachtig in het betreffende gebied.
- De huisarts maakt geen gebruik van een auto met chauffeur, maar bestuurt tijdens de diensten zelf de praktijkauto, die voorzien is van alle relevante eerste hulpmaterialen en middelen.
- Er is sprake van een zeer goede beschikbaarheid en bereikbaarheid van de huisarts.

De verschillende organisatievormen hebben verschillende consequenties voor de huisartsen die hierin werkzaam zijn. Het aantal uren dat dienst wordt gedaan in een grootschalige HDS door een huisarts is bijvoorbeeld veel minder dan in een kleinschalige HDS of klassieke waarneemgroep. Ook zijn er belangrijke verschillen in het aantal verrichtingen dat per uur wordt gedaan. In de grootschalige HDS wordt veel meer gebruik gemaakt van ondersteunend personeel dan in de andere organisatievormen. Dit heeft gevolgen voor bijvoorbeeld het delen van verantwoordelijkheden. De consequenties voor de huisartsen van de organisatie van de ANW-zorg worden in deze paragraaf beschreven.

In de onderstaande figuur is weergegeven hoe op dit moment de taakverdeling is tussen de afdeling spoedeisende hulp van het ziekenhuis (SEH), de (grootschalige of kleinschalige) HDS of klassieke waarneemgroep en de huisartsenvoorziening.

Figuur 2 Taakverdeling acute zorg



2.2.2 Verantwoordelijkheden

Collectieve en individuele verantwoordelijkheid

De beroepsgroep heeft eind 2006 vastgesteld dat huisartsenzorg 24 uur per dag 7 dagen per week beschikbaar moet zijn. Daarmee heeft de beroepsgroep de collectieve verantwoordelijkheid voor het bieden van 24-uurszorg op zich genomen. Zorgverzekeraars contracteren huisartsen met patiënten op naam (de praktijkhouders) voor het organiseren van de 24-uurszorg voor hun patiënten. Maar

de beroepsgroep kan de collectieve verantwoordelijkheid alleen waarmaken als *alle* huisartsen, dus ook de waarnemers en hidha's, zich hiervoor inzetten en ook ANW-diensten doen. Hoewel ook waarnemers en hidha's een minimaal aantal ANW-diensten moeten doen om hun herregistratie te behouden, hebben zij geen *contractuele* verplichting tot het bieden van 24-uurszorg. Zij hebben slechts een *morele* verplichting om bij te dragen aan de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep om patiënten nu en in de toekomst 7 dagen per week 24 uur per dag huisartsenzorg te kunnen bieden.

Collectieve verantwoordelijkheid voor de 24-uurszorg

De beroepsgroep heeft in haar standpunt over de ANW-zorg (LHV, november 2006) vastgesteld dat huisartsenzorg 24-uurszorg is. Daarmee is het een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van de beroepsgroep om 24 uur per dag en 7 dagen per week huisartsenzorg te bieden.

Organisatie van de 24-uurszorg

In het contract dat de huisarts afsluit met de zorgverzekeraar is vastgelegd dat de huisarts 24-uurszorg levert voor de patiënten die op naam zijn ingeschreven bij de huisarts. De organisatie van de 24-uurszorg is daardoor een verantwoordelijkheid van de huisarts met patiënten op naam. Regionaal is differentiatie mogelijk in de organisatievorm. Dat betekent dat de huisarts kan kiezen voor verschillende organisatievormen voor de ANW-zorg, zoals een huisartsendienstenstructuur, kleinschalige dienstenstructuur of een klassieke waarneemregeling.

Uitvoering van de 24-uurszorg

De uitvoering van de 24-uurszorg wordt door alle huisartsen gezamenlijk gedaan. Niet alleen praktijkhouders, maar ook huisartsen in dienstverband en waarnemend huisartsen zorgen dat patiënten ook tijdens ANW-uren een beroep op de huisartsenzorg kunnen doen. Los van deze uitvoering staat de kwaliteitseis voor de herregistratie. Om als huisarts geregistreerd te zijn, is het verplicht om ANW-diensten te doen. Deze eis wordt door de HVRC gesteld om te waarborgen dat een huisarts voldoende ervaring heeft in de totale breedte van het huisartsenvak.

Verantwoordelijkheden op de huisartsenpost

Iedere huisarts die ANW-diensten doet is individueel verantwoordelijk voor de zorg die hij/zij gedurende die ANW-uren levert.

In het rapport 'Leidraad verantwoordelijkheden binnen de huisartsenzorg' (tot stand gekomen in samenwerking met de KNMG en de VHN, 2006) zijn de verantwoordelijkheden van de huisarts op de huisartsenpost duidelijk omschreven. Samengevat:

De eigen huisarts is verantwoordelijk voor goede huisartsgeneeskundige zorg en de bereikbaarheid van die zorg. Ook tijdens de waarneming is de eigen huisarts verantwoordelijk voor de continuïteit van hulpverlening aan zijn patiënten op de post. De waargenomen huisarts is niet verantwoordelijk voor de uiteindelijke zorg die door de dienstdoende arts wordt geleverd. Wel is de eigen huisarts verantwoordelijk om een gekwalificeerde waarnemer te vinden of, als hij daar geen invloed op heeft, geconstateerde misstanden te melden bij de directie (Leidraad, pag. 29). De eigen huisarts is verantwoordelijk voor gegevensverstrekking over zijn patiënten aan de HDS, bijvoorbeeld in de vorm van het waarschuwingsbericht, waarin informatie is opgenomen over een specifieke patiënt van wie verwacht wordt dat deze met een hulpvraag bij de HDS komt of dat deze speciale aandacht van de dienstdoende huisarts zal vragen (Leidraad, pag. 30).

De dienstdoende huisarts is samengevat verantwoordelijk voor (Leidraad, pag. 32-22):

- Het bieden van verantwoorde zorg en veiligheid van de triage door zorg te dragen voor een goede praktijkorganisatie (o.a. op de hoogte zijn van bekwaamheid assistent, goede afspraken maken met assistent, altijd beschikbaar zijn voor raadpleging door assistent, toezicht en controle houden op functioneren van assistent, na dienst feedback geven aan assistent, samen met andere dienstdoende artsen afstemmen wie tijdens de dienst het eerste aanspreekpunt is).
- Het zorgvuldig raadplegen van reeds beschikbare patiënteninformatie en zorgvuldige registratie en doorzending van relevante patiëntengegevens.

- Het (eventueel via de manager) zorgdragen voor meldingen in geval van incidenten, fouten, organisatorische of samenwerkingsproblemen etc.
- Het naleven van richtlijnen en protocollen binnen de HDS onder meer met betrekking tot het vastleggen, omgaan en bewaren van patiëntengegevens.

Tussen de dienstdoende artsen moeten goede werkafspraken worden gemaakt. Een veel gebruikt onderscheid, met name in de grootschalige dienstenstructuren, is die tussen de consultarts, een telefoon-/regiearts en een visitearts. Tijdens een dienst hebben ze elk hun eigen rol. Elke dienstdoende arts is vervolgens verantwoordelijk voor zijn eigen handelen. De organisatie van de zorg moet zodanig zijn dat de verdeling van taken tussen deze artsen helder is (Leidraad, pag. 33).

Verantwoordelijkheden op een huisartsenpost gekoppeld aan een SEH

Huisartsenposten zijn in een groeiend aantal gevallen gekoppeld aan de SEH van het ziekenhuis. Dit heeft tot gevolg dat op deze posten een groot aantal zelfverwijzers getriageerd worden door de HAP en dat deze zelfverwijzers veelal niet meer op de SEH worden gezien. De taak van de HAP wordt daarmee uitgebreid (dit is aanvullend aanbod, zie paragraaf 2.1.3). De overgang tussen HAP en SEH is dan gemakkelijker. De verantwoordelijkheden van de huisartsen blijven echter dezelfde als op de niet aan de SEH gekoppelde HAP. De HAP verzorgt de huisartsgeneeskundige acute zorg, de SEH de tweedelijnszorg. Deze twee soorten zorg blijven wat verantwoordelijkheden betreft gescheiden. Huisartsen werkzaam op een HAP die is geschakeld aan een SEH beschikken over dezelfde huisartsgeneeskundige vaardigheden als huisartsen die werken op een HAP die niet met de SEH is verbonden.

Het NHG heeft over de samenwerking met de SEH een standpunt uitgebracht, waarin deze samenwerking uitgebreid is beschreven (Standpunt NHG *De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg*, 2005).

In de onderstaande tabel is samengevat hoe de verantwoordelijkheden voor de 24-uurszorg zijn verdeeld.

Tabel 2 Verantwoordelijkheid voor de huisarts

Verantwoordelijkheid	Verantwoordelijke
Collectieve verantwoordelijkheid voor 24-uurszorg	De gehele beroepsgroep. Dit is een norm van de beroepsgroep (standpunt 24-uurszorg).
Verantwoordelijkheid voor de organisatie van de 24-uurszorg	De huisarts met patiënten op naam. Dit is geregeld via het contract met de zorgverzekeraar.
Verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de ANW-diensten	De dienstdoende huisartsen. Uitvoering van de diensten door alle huisartsen, inclusief huisartsen in dienstverband en waarnemers.
Individuele verantwoordelijkheid voor de uiteindelijk geboden zorg	Iedere arts die dienst doet op een huisartsenpost is individueel verantwoordelijk voor de zorg die hij/zij biedt.

De LHV zal een handleiding voor haar leden maken: 'Check uw individuele verantwoordelijkheden'. Deze handleiding wordt beschikbaar gesteld aan alle leden en op iedere huisartsenpost. Daarnaast wordt er een protocol ontwikkeld in samenwerking met de KNMG voor het omgaan met disfunctioneren op de huisartsenpost en het beschermen van huisartsen tegen willekeur.

2.2.3 Werkbelasting en –omstandigheden in een grootschalige HDS

Huisartsen werken gemiddeld ongeveer 54 uur bij een fulltime werkweek (NIVEL). Een deel van hun werkzaamheden voeren zij uit in de HDS. Veelal werken huisartsen in deze HDS als zelfstandige professionals (praktijkhouders of waarnemers). Er is geen wet- of regelgeving die beperkingen stelt aan het aantal uren dat zelfstandigen mogen werken. Uit kwaliteitsoogpunt is het echter van groot belang grenzen te stellen aan de werkbelasting. Ook is het van belang de werkomstandigheden goed te bewaken. Hieronder worden richtlijnen gegeven voor acceptabele werkbelasting en noodzakelijke voorzieningen in de werkomstandigheden.

Werkbelasting

De belasting tijdens de ANW-zorg wordt bepaald door het aantal uren dat wordt gewerkt, de tijdstippen waarop wordt gewerkt, het aantal verrichtingen dat per uur wordt gedaan en de intensiteit van de geboden zorg. Hieronder worden richtlijnen geformuleerd voor het werken op grootschalige posten. Op de kleinschalige posten en in de klassieke waarneming gelden andere richtlijnen omdat het aantal patiënten dat per uur wordt gezien over het algemeen beduidend minder is en er daardoor ook meer "pauzes" zijn tijdens het werk.

- Aantal uren dienst

De duur van de ANW-diensten varieert in de grootschalige huisartsenposten van ongeveer 5 tot 10 uur. Tijdens deze diensten moet de mogelijkheid bestaan om na elke 3 uur minimaal een kwartier pauze te kunnen hebben.

Het maximaal aantal uren dat een dienst kan duren moet gemaximeerd worden op 10 uren. Langer dan 10 uur achter elkaar werken wordt sterk ontraden. Dit betekent ook dat voor een lange dienst of na een lange dienst voldoende gepauzeerd kan worden voor het begin van de dienst of na de dienst. Waarneming van de eigen praktijk zal derhalve voor en na een lange dienst geregeld moeten worden (zo mogelijk via de collegae in de waarneemgroep).

- Aantal patiënten per uur

Op de posten worden door huisartsen verschillende diensten gedaan: consulten, visites en telefoondiensten. Voor de uurbelasting wordt hierbij gerefereerd aan het aantal consulten dat verricht kan worden per uur. Het aantal visites en aantal telefonische contacten kan hierna omgerekend worden afhankelijk van de afstanden die tussen visites worden afgelegd of de soort telefonische consulten die worden gedaan (supervisie, zelf terugbellen, etc.).

In de reguliere zorg wordt voor een consult 10 minuten gerekend. Deze norm staat voor consulten bij de eigen bekende patiënten. In de ANW-zorg worden door de huisartsen veelal onbekende patiënten gezien. Hierdoor is de benodigde tijd voor het voeren van een kwalitatief goed consult iets langer. De werkgroep stelt voor het aantal consulteenheden per dienstuur te maximeren op gemiddeld 5. Onder een consulteenheid wordt een volledig (fysiek) consult door de huisarts verstaan (10 minuten). Afhankelijk van het type telefonisch consult of bijvoorbeeld in geval van supervisie van de praktijkondersteuner (POH) kunnen deze verrichtingen van de huisarts als een kwart of half consult worden gezien.

- Aantal te superviseren doktersassistentes

De werkgroep is van mening dat een regie- of telefoonarts niet teveel assistentes tegelijkertijd moet superviseren. De werkgroep adviseert huisartsen dan ook binnen de huisartsenpost de discussie op gang te brengen over het formuleren van een norm voor het maximale aantal assistentes dat een regie- of telefoonhuisarts tegelijkertijd kan superviseren. Afhankelijk van de belasting van de telefoon- of regiearts hoort de werkgroep uit het veld dat een norm van 6 doktersassistentes een redelijk aantal zou kunnen zijn.

Werkomstandigheden

De HDS valt onder de gezondheidsinstellingen en valt daarbij voor de werkomstandigheden onder bestaande wet- en regelgeving die goede en veilige arbeidsomstandigheden voor haar personeel

moeten garanderen. De in de post werkzame huisartsen vallen echter niet onder het personeel van de post, maar zijn zelfstandigen die voor de post werken. Faciliteiten als een kamer om te pauzeren en te eten en bijvoorbeeld gelegenheid eten klaar te maken zullen aanwezig zijn omdat deze ook voor het overige personeel aanwezig zullen zijn. De werkgroep gaat er dan ook vanuit dat de veiligheid van zowel het personeel als de huisartsen op de post gegarandeerd is. Dit betreft onder andere de toegankelijkheid van de post en alarmering bij conflictsituaties.

Specifiek voor de huisartsen is dat zij ook visites doen vanuit de post. Zij werken daarbij buiten de post in voor hen vaak onbekende omstandigheden bij onbekende patiënten. De werkgroep is van mening dat huisartsen hierbij ondersteund dienen te worden door een chauffeur. Deze heeft tot taak de dienstdoende huisarts naar de patiënt te brengen en kan mede waken over de veiligheid van de omstandigheden. Bijvoorbeeld door tijdig meer assistentie te kunnen vragen.

2.3 Honorering van de ANW-zorg

2.3.1 Inleiding

Huisartsen bieden hun patiënten 24 uur per dag 7 dagen per week huisartsenzorg. De acute zorg vormt een belangrijk onderdeel van deze zorg. De financiële randvoorwaarden waaronder huisartsen acute zorg bieden, zijn op dit moment niet marktconform. In dit document doet de werkgroep voorstellen voor de honorering van de huisarts in de ANW-zorg. Deze honorering zal deel uitmaken van de totale kosten van de ANW-zorg.

2.3.2 Uitgangspunten

Huisartsen vinden dat 24-uurszorg een essentieel onderdeel is van de zorg die zij bieden. Zij zijn echter ook van mening dat deze zorg niet meer geboden kan worden wanneer hier geen adequate honorering tegenover staat. De honorering moet voldoen aan de volgende uitgangspunten:

- Er moet een marktconform basistarief zijn voor alle huisartsen ongeacht de werkzaamheden;
- Veranderingen in de ANW-tarieven mogen niet ten koste gaan van de dagtarieven;
- Honorering van extra inspanning komt bovenop het basistarief (aanvullend aanbod);
- Differentiatie naar productie tussen huisartsen dient achterwege te blijven, huisartsenzorg moet beschikbaar zijn onafhankelijk van productie;
- Idealiter stimuleert de honorering de verantwoordelijkheid van alle praktiserende huisartsen om dienst te doen;
- Honorering mag niet leiden tot kwaliteitsverlies van de geleverde zorg (grenzen aan productie, zie de paragraaf over organisatie).

In bijlage 3 is de structuur van de huidige financiering van de ANW-zorg beschreven.

2.3.3 Naar een nieuwe vergoeding voor ANW-zorg

Inleiding

Bij het innemen van een standpunt over de honorering van ANW-zorg kan een onderscheid worden gemaakt tussen de structuur van de honorering en de hoogte van de honorering.

Opvatting werkgroep

De werkgroep heeft een aantal varianten bediscussieerd om te bezien welke structuur van financiering voor de huisartsen de voorkeur heeft om de ANW-zorg te bekostigen. Alleen handhaving van de bestaande structuur voldeed aan alle uitgangspunten (zie bijlage 4 voor een overzicht van de besproken opties). Een verhoging van de bestaande uurtarieven is daarbij noodzakelijk om huisartsen bereid te blijven vinden de 24-uurszorg te laten blijven verzorgen (zie bijlage 3 voor het advies van de beleidsadviescommissie financieel-economische zaken van de LHV – afgekort de BAC FEZ).

Hoogte van de vergoeding voor ANW-zorg

Adviesbureau Hay heeft in 2001 een onderzoek gedaan naar de inhoud, werkomstandigheden, functiezwaarte en honorering van de functie van huisarts (Hay Management Consultants, 2001). Uitgangspunt was dat de functie van huisarts werd gewogen op functiezwaarte. Vervolgens is op basis van deze functiezwaarte een berekeningsgrondslag gegenereerd die overeenkwam met inkomens die in de markt in Nederland van toepassing waren voor functies met vergelijkbare functiezwaarte.

Het slechts indexerend van het destijds uitgevoerde onderzoek gaat voorbij aan de ontwikkelingen van de afgelopen jaren en houdt geen rekening met onder andere:

- de toegenomen zwaarte van de functie;
- ontwikkelingen in de markt (o.a. kosten waarnemers);
- toegenomen kwaliteitseisen en het moeten kunnen laten waarnemen van de praktijk overdag;
- arbeidsmarktomsomstandigheden;
- de aangetoonde autonome groei van het volume (ieder jaar +/- 6% groei);
- inkomstenderving overdag na het doen van een ANW-dienst;
- voor de beroepsgroep als geheel een verbetering van aanbod en kwaliteit van de ANW-zorg (protocollen, certificering).

Gezien het feit dat het advies van Hay gedateerd is, stelt de werkgroep voor om een nieuw onderzoek te laten verrichten om tot een verantwoorde onderbouwing van een passend uurtarief te komen. Een hogere vergoeding dient ook te worden verwerkt in de onderbouwing van de consulttarieven voor ANW-zorg geleverd door huisartsen die niet werkzaam zijn in een (grootschalige) HDS. Zie ook bijlage 4 waarin de overwegingen van de werkgroep zijn samengevat.

3. Conclusie

In het voorgaande is het standpunt van de LHV over de ANW-zorg uitgewerkt.

De werkgroep heeft de definities van acute zorg en ANW-zorg gekozen. Vervolgens is het huisartsgeneeskundige aanbod tijdens ANW-uren omschreven.

Aanbod

De zorg tijdens ANW-uren behoort tot het basisaanbod van huisartsen en voldoet aan de essentiële kenmerken van huisartsgeneeskundige zorg. De ANW-zorg richt zich op huisartsgeneeskundige zorg die niet kan wachten tot reguliere huisartsgeneeskundige dagzorg beschikbaar is. Deze zorg wordt geleverd na een eerste (telefonische) opvang en beoordeling van alle vragen die door de patiënt of diens omgeving als spoedeisend worden ervaren.

Vastgesteld is dat de huisarts tijdens ANW-uren ook een aanvullend aanbod kan bieden. In dit kader zijn omschreven: de rol van de huisarts bij de toegeleiding van patiënten naar de tweedelijns, de regiefunctie van de huisarts op een gewone huisartsenpost en in een geïntegreerd samenwerkingsverband voor spoedzorg en de rol van de huisarts bij de zorg voor bijzondere groepen.

Organisatie en werkomstandigheden

De werkgroep heeft de verschillende organisatievormen van de ANW-zorg beschreven (grootschalige HDS, kleinschalige HDS, klassieke waarneemregeling). Vervolgens zijn de verantwoordelijkheden van de 'eigen' huisarts en de dienstdoende huisarts besproken.

De werkgroep stelt met betrekking tot de werkomstandigheden voor dat tijdens de diensten de mogelijkheid moet bestaan om na iedere 3 uur minimaal een kwartier pauze te kunnen hebben. Ook heeft de werkgroep besproken dat het maximaal aantal uren per dienst op 10 uur gesteld zou

moeten worden. De werkgroep stelt voor het aantal consulteenheden per uur te maximaleren op gemiddeld 5.

De werkgroep gaat ervan uit dat de veiligheid van zowel het personeel als de huisartsen op de huisartsenpost is gegarandeerd. De werkgroep is van mening dat de huisarts bij het doen van visites ondersteund dient te worden door een chauffeur. Deze heeft tot taak de dienstdoende huisarts naar de patiënt te brengen en kan mede waken over de veiligheid.

Honorering

De werkgroep heeft de uitgangspunten voor de honorering van de ANW-zorg vastgesteld. Voor de verbetering van de honorering van huisartsen tijdens ANW-uren doet de werkgroep het voorstel om een nieuw onderzoek te laten verrichten om tot een verantwoorde onderbouwing van een passend uurtarief te komen.

4. Achtergrondinformatie

Standpunt LHV over ANW-zorg

- Ledenraad LHV, Discussienotitie over de ANW-zorg (september 2006).
- Ledenraad LHV, Standpunt LHV over de ANW-zorg (december 2006).
- Ledenraad LHV, Voortgangsrapportage uitwerking van het standpunt (mei 2007).

Aanbod huisartsgeneeskundige zorg

- LHV en NHG, Concretisering Toekomstvisie 2012, pagina 23 *Het zorgaanbod tijdens ANW-diensten* en pagina 31 bovenaan (2004).
- LHV en NHG, Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg (2004).
- NHG Standpunt *De huisartsgeneeskundige inbreng in de acute ketenzorg* (december 2005)
- LHV en NVAVG, Handreiking 'Huisarts en AVG. Samenwerking in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap' (januari 2006).

Organisatie van de ANW-zorg

- Proefschrift dhr. Paul Giesen, *Quality of out-of-hours primary care in the Netherlands* (2007).
- KNMG en VHN, *Leidraad verantwoordelijkheden binnen de huisartsenzorg* (2006).
- Giesen P, Huibers L, Vermue N, Padros Goossens M. *Inventory of organizational models for after hours care: a questionnaire in 26 western countries*. Centre for Quality of Care Research (WOK), Radboud University Nijmegen Medical Centre.
- Specials over de WTZi van de Vereniging Huisartsenposten Nederland.

Honorering van de ANW-zorg

- Hay Management Consultants in opdracht van de LHV, *Functiekenmerken en inkomen van de huisarts* (2001).
- Memo naar aanleiding van overleg LHV en Primair HAP, april 2007. Hierin is o.a. een paragraaf over de financiering opgenomen.

Bijlage 1

Standpunt LHV over de huisartsenzorg in avond, nacht en weekend

De Ledenraad van de Landelijke Huisartsen Vereniging is, gehoord de uitslagen van de discussies binnen de Huisartsenkringen, de afdeling Wadi, de afdeling apotheekhoudende huisartsen en de LOVAH van mening dat:

- huisartsen 24-uurszorg zien als een essentieel kenmerk van de huisartsenzorg;
- huisartsen de regie willen blijven voeren over de 24-uurszorg;
- de randvoorwaarden waaronder huisartsen 24-uurszorg uitvoeren moeten verbeteren.

De volgende stappen zullen de komende bestuursperiode worden gezet (A t/m E):

- A.** De LHV formuleert concreet beleid en standpunten over onderstaande onderwerpen met als doel het verbeteren van de voorwaarden waaronder huisartsen 24-uurszorg verrichten.

Aanbod

1. Beschrijven van rol en aanbod van de huisarts(geneeskunde) binnen de acute zorg overdag en in ANW-uren. Daarbij zijn de volgende zaken van belang:
 - Definiëring van het begrip acute zorg en ANW-zorg.
 - Uitwerken van de regiefunctie van de huisarts.

Organisatie

2. Het definiëren van de collectieve verantwoordelijkheid van de huisartsenzorg en het aandeel van de individuele huisarts hierin.
3. Een raamwerk definiëren van voorwaarden waaronder samenwerking met de SEH en andere ketenpartners vorm kan worden gegeven.
4. Richtlijnen definiëren die een acceptabele werkbelasting moeten garanderen en adequate arbeidsvoorwaarden moeten beschrijven (waaronder een goede aansluiting op de reguliere werkdag).
5. Het bieden van mogelijkheden tot regionale differentiatie in de organisatievorm (waaronder bijvoorbeeld de kleine dienstenstructuren).
6. Het borgen van de zeggenschap van de huisarts op de huisartsenpost.

Honorering

7. Aanpassing van het uurtarief naar een marktconform niveau, met mogelijkheden tot differentiatie tussen avond- en nachtdiensten.

- B.** Het bestuur zal uitdragen dat huisartsen staan voor 24-uurszorg als deze onder de door de LHV gewenste omstandigheden kan worden uitgevoerd.
- C.** De Ledenraad besluit over de juiste formulering van de gewenste voorwaarden.
- D.** De Ledenraad besluit over de manier waarop de gewenste voorwaarden worden gerealiseerd naar aanleiding van voorstellen van het bestuur.
- E.** De Ledenraad evalueert de gerealiseerde verbeteringen van de voorwaarden na 12 maanden.

Bijlage 2

Verantwoordelijkheden van de huisarts

Passage uit rapport 'Leidraad verantwoordelijkheden binnen de huisartsenzorg'

KNMG en (toenmalige) Afdeling Huisartsendienstenstructuren van de LHV (nu VHN)

Pagina 29-35:

A 3.2.2 Verantwoordelijkheid van de eigen (= waargenomen) huisarts

De eigen huisarts is verantwoordelijk voor goede huisartsgeneeskundige zorg en bereikbaarheid van die zorg. Ook tijdens de waarneming is hij, mét zijn collega-huisartsen voor wie wordt waargenomen, verantwoordelijk voor de continuïteit van hulpverlening aan zijn patiënten op de post. Via een vertegenwoordiging van de aangesloten huisartsen bij de diverse HAP-en op locatie of door het huisarts-lid in het HDS-bestuur, zou het de praktijk moeten zijn dat met de verantwoordelijke bestuurder(s) bij indiensttreding van medewerkers erop toegezien wordt, dat deze voldoende bekwaam zijn voor het uitvoeren van de intake, triage, planning en advies aan patiënten. De waargenomen huisarts is niet verantwoordelijk voor de uiteindelijke zorg die door de dienstdoende arts wordt geleverd. In algemene zin geldt dat de waargenomen arts niet verantwoordelijk kan worden gesteld voor de behandeling door de waarnemer. Wel is de eigen huisarts verantwoordelijk om een goede waarnemer te vinden of, als hij daar geen invloed op heeft in bijvoorbeeld de HDS setting, geconstateerde misstanden te melden.

Alle bij de post aangesloten huisartsen moeten tijdens of buiten de dienst ervaren tekortkomingen in het functioneren van medewerkers en hulpverleners op de post bij de directie *melden*. Dat geldt ook voor klachten over of ervaringen met slechte bereikbaarheid van de post en andere organisatorische knelpunten, incidenten of calamiteiten. Ook HDS-medewerkers moeten deze melden. Daarvoor hebben veel directies een '*Meldpunt incidenten patiëntenzorg*' ingesteld, zie A.3.2.1. Op evidente niet-nakoming van deze verantwoordelijkheden, en dus op het onvoldoende nemen van actie bij aanwijzingen voor ernstige tekortkomingen, kan de patiënt zijn eigen huisarts aanspreken.

Informatie van huisarts aan HDS

De eigen huisarts is verantwoordelijk voor gegevensverstrekking aan de HDS, bijvoorbeeld in de vorm van het waarschuwingsbericht. Het waarschuwingsbericht bevat informatie over een specifieke patiënt waarvan verwacht wordt dat deze met een hulpvraag bij de HDS komt of dat deze speciale aandacht van de dienstdoende huisarts zal vragen. Gedacht kan worden aan patiënten met een afwijkende zorgbehoefte of patiënten waarmee individuele afspraken zijn gemaakt.

In het geval de HDS waarbij de huisarts is aangesloten tijdens de waarneming, in 2006 participeert in het koploperproject Elektronisch Waarneemdossier Huisartsen, dan zal de eigen huisarts zijn patiënten -bij voorkeur via een persoonlijke brief- moeten informeren over de gegevens (opgenomen in de 'waarneemsamenvatting') die aan de post worden verstrekt en de gegevens die na een consult op de post (het 'waarneemretourbericht') aan de eigen huisarts worden gestuurd. Patiënten hebben immers de mogelijkheid bij de eigen huisarts bezwaar te maken tegen deze gegevensuitwisseling. In de *modelrichtlijn dienstwaarneming huisartsen, de implementatie richtlijn specificatie gegevens waarneming (waarneemsamenvatting) en het model voorlichtingsmateriaal koplopers e-WDH* is aangegeven hoe de eigen huisarts daarbij dient te handelen.

De eigen huisarts is verantwoordelijk voor:

- Continuïteit van hulpverlening aan zijn patiënten ook tijdens waarneming vanuit de post. Via zijn collega's in het HDS-bestuur of door bijvoorbeeld deelname in een sollicitatiecommissie moet er toezicht zijn op voldoende deskundigheid en bekwaamheid van nieuwe medewerkers op de post voor het uitvoeren van de intake, triage, planning en advies aan patiënten.
- Het melden aan de directeur of manager van de HDS van tekortkomingen in het functioneren van medewerkers en hulpverleners op de post, incidenten, fouten, organisatorische of samenwerkingsproblemen etc. (zie *Hulpmiddel KKK 'interne melding' van LHV HDS*), zie ook A.3.2.1.
- Het informeren van eigen patiënten over en zorgdragen voor gegevensuitwisseling in het kader van de waarneming, in het bijzonder als gebruik wordt gemaakt van het e-waarneemdossier huisartsen.

In het geval de HDS (in 2006) participeert in het koploperproject Elektronisch Waarneemdossier Huisartsen zal hij zijn patiënten moeten informeren en behoudens bezwaar van de patiënt tegen uitwisseling, de gegevens moeten aanleveren conform de *Modelrichtlijn dienstwaarneming huisartsen, de implementatie richtlijn specificatie gegevens waarneming (waarneemsamenvatting)* en *het model voorlichtingsmateriaal koplopers e-WDH*, zie hierboven.

A 3.2.3 Verantwoordelijkheid van de dienstdoende huisarts

Op basis van de lijn in de beschikbare tuchtrechtelijke jurisprudentie, ligt de verantwoordelijkheid voor de inhoud van de geleverde zorg vanuit de huisartsenpost primair bij de dienstdoende huisarts. Het is afhankelijk van de rol die de dienstdoende arts op dat moment op de HDS heeft, wat die verantwoordelijkheden precies inhouden. De dienstdoende arts kan telefoonarts, consultarts of visite-arts zijn. De telefoonarts ondersteunt de triage door als vraagbaak te dienen voor assistentes-triagisten. Hij autoriseert/fiatteert de afhandeling van contacten. De consultarts ziet de patiënt op de post en registreert zijn handelen volgens het SOEP systeem. Zonodig verwijst hij patiënten door. De visite-arts bezoekt patiënten aan huis en registreert zijn handelen eveneens volgens het SOEP systeem. Bij piektoeloop kan hij worden ingezet als consultarts op de post. Op de post werkt de dienstdoende huisarts meestal met voor hem onbekende assistenten samen en is hij voor zijn handelen afhankelijk van hun intake en triage. Wel is de dienstdoende huisarts verantwoordelijk voor toezicht en controle op het functioneren van de assistent. De invulling van die verantwoordelijkheid is wederom afhankelijk van de rol die de huisarts op dat moment heeft. Op de kwaliteit van deze medewerkers moet bij indiensttreding getoetst worden door directie/management en vertegenwoordiging van de aangesloten huisartsen in het HDS bestuur of bijvoorbeeld een sollicitatiecommissie (zie A 3.2.2).

Tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van de dienstdoende huisarts

Voor zijn *eigen* handelen is de dienstdoende huisarts tijdens waarneming altijd persoonlijk tuchtrechtelijk aanspreekbaar. Voor handelingen of adviezen aan de patiënt van de assistent op de huisartsenpost houdt de tuchtrechter de huisarts niet verantwoordelijk als hij de assistent heeft voorzien van duidelijke instructies en heldere grenzen heeft gesteld, bijvoorbeeld middels protocollen, afspraken en instructies voor intake en triage. Dat zijn bijvoorbeeld de instructies, zoals opgenomen in de NHG Telefoonwijzer, waarin criteria zijn opgenomen voor levensbedreigende situaties, spoed, dringende en routineproblemen. Volgens de tuchtrechter moeten patiënten met reële problemen wel altijd onbelemmerd toegang hebben tot de huisarts. Dat laatste geldt niet alleen overdag maar ook tijdens de waarneming.

De eigen huisarts is in principe verantwoordelijk voor alle gebreken in de praktijkorganisatie. Zie voor de betekenis daarvan ook de blokken in A 2.3. Uit de tuchtrechtelijke jurisprudentie volgt, dat de arts in beginsel geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt als:

1. hij zorg draagt voor een goede praktijkorganisatie en
2. hij goede afspraken heeft gemaakt met zijn assistente en
3. hij er ook op mag vertrouwen dat de assistente de afspraken nakomt.

Met betrekking tot *dienstdoende* huisartsen zijn er tegenstrijdige tuchtrechtelijke uitspraken over de verantwoordelijkheid ten opzichte van assistenten. De registratie van de bij de huisartsenposten binnenkomende

hulpvragen moet zo worden georganiseerd dat miscommunicatie zoveel mogelijk wordt voorkomen. In principe zijn de dienstdoende artsen gezamenlijk verantwoordelijk voor het functioneren van de assistent/triagist en andere medewerkers. Het is van belang dat voorafgaand aan de dienst wordt afgesproken en aan de medewerkers duidelijk kenbaar wordt gemaakt wie van hen het eerste aanspreekpunt is. De assistente mag onder de bovengenoemde voorwaarden de zogenaamde lichte gevallen zelf afdoen. De arts moet op de hoogte zijn van de opleiding en bekwaamheid van de assistente. Dat is echter anders als de betreffende huisarts niet betrokken is geweest bij, dan wel invloed heeft kunnen uitoefenen op het beleid ten aanzien van de personen die aangenomen worden.

In dat geval oordeelde het Centraal Tuchtcollege dat de huisarts, die via de HAGRO was aangesloten op de HDS, *niet bedacht* hoefde te zijn op het maken van fouten door de assistent omdat zij deze niet persoonlijk kende.

Dit laatste is in tegenspraak met de tuchtrechtelijke lijn. In eerdere uitspraken was het uitgangspunt dat een assistente een *zeeffunctie* binnen de huisartsenpraktijk kan vervullen, indien aan een aantal voorwaarden is voldaan. Eén van die voorwaarden is dat de arts die met de assistente werkt, op de hoogte moet zijn van de bekwaamheid (opleiding en ervaring) en goede afspraken heeft gemaakt met de assistent. Daarbij moet hij erop kunnen vertrouwen dat de assistente de afspraken ook nakomt. Dit is alleen mogelijk als de arts de assistente (goed) kent. In het geval van de HAGRO waarbij de tuchtrechter besliste dat de arts geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt, kende de arts de assistent niet en zou hij haar eigenlijk ook geen opdrachten mogen laten uitvoeren.

De dienstdoende huisarts is verantwoordelijk voor:

- Het bieden van verantwoorde zorg en veiligheid van de triage door zorg te dragen voor een goede praktijkorganisatie. Dit betekent dat de dienstdoende huisarts:

- * (eventueel via de manager/bestuur HDS en vertegenwoordiging van de deelnemende huisartsen in het bestuur van de HDS) op de hoogte moet zijn van de bekwaamheid (opleiding en ervaring) van de assistent/triagist.
- * goede bij voorkeur schriftelijke afspraken moet maken met de assistent/triagist.
- * op basis van het voorgaande er daadwerkelijk op moet kunnen vertrouwen dat de assistent/triagist de afspraken nakomt.
- * altijd beschikbaar is voor raadpleging door de assistent/triagist bij twijfel en in alarmsituaties.
- * toezicht en controle houdt op het functioneren van de assistent/triagist.
- * tijdens en na afloop van de dienst feedback geeft aan de assistent/triagist.
- * samen met de andere dienstdoende artsen afstemt wie tijdens de dienst het eerste aanspreekpunt is.

- Het zorgvuldig raadplegen van reeds beschikbare patiënteninformatie (bijvoorbeeld waarschuwingsbericht of eerdere consultaties) en zorgvuldige registratie en doorzending van relevante patiëntengegevens (bijvoorbeeld waarneemretourbericht aan de eigen huisarts).

- Het (eventueel via de manager) zorgdragen voor meldingen

Intern melden in geval van incidenten, fouten, organisatorische of samenwerkingsproblemen etc. (zie *Hulpmiddel KKK interne melding* van VHN). Bij veel HDS-en is daartoe een '*Meldpunt incidenten patiëntenzorg*' ingesteld.

Melden aan de Inspectie in geval van calamiteiten en seksueel misbruik waarbij een patiënt of cliënt of een zorgverlener binnen de HDS betrokken is (ingevolge aanpassing *Kwaliteitswet Zorginstellingen*).

- Het naleven van richtlijnen en protocollen binnen de HDS ondermeer m.b.t. het vastleggen, omgaan en bewaren van patiëntengegevens

Zie de *Leidraad gegevensbeheer en -verkeer voor de HDS (2004)*

A 3.2.4 Verantwoordelijkheidsverdeling tussen de dienstdoende huisartsen onderling

Tijdens een dienst zijn er vaak meerdere artsen betrokken bij de hulpverlening. Dit vereist dat er werkafspraken tussen de betrokken artsen gemaakt worden. Een veel gebruikt onderscheid, met name in de grootschalige dienstenstructuren, is die tussen de consultarts, een telefoonarts en een visitearts. Tijdens een dienst hebben ze elk hun eigen rol. Elke dienstdoende arts is vervolgens verantwoordelijk voor zijn eigen handelen. De consultarts

zal verantwoordelijk zijn voor het afhandelen van de consulten met patiënten die naar de post komen. De visitearts voor de visites die hij aflegt en de telefoonarts voor de adviezen die telefonisch gegeven worden (door de assistenten). De dienstdoende huisartsen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het bieden van verantwoorde zorg vanuit de HDS, zie de 3 kaders hierboven in A.3.2.3. Dit impliceert bijvoorbeeld dat de telefoonarts, consultarts en visitearts de informatie die rond eenzelfde hulpvraag van de patiënt of diens vertegenwoordiger is verkregen en vervolgens als advies aan de hulpvrager is verstrekt, onderling moet worden afgestemd. De organisatie van de zorg moet zodanig zijn dat de verdeling van taken tussen deze artsen helder is.

De dienstdoende artsen moeten toegang hebben tot de medische gegevens van de patiënt. Daarbij is het relevant dat de arts kan zien of een patiënt al eerder gebeld heeft of gezien is door een andere arts. Aan de patiënt moet altijd worden gevraagd of eerder contact is geweest met een andere dienstdoende arts op de HAP. Daarnaast moet dit gecheckt worden in het registratie/consultatiesysteem. Zonodig tijdens of na het consult moet terugkoppeling plaatsvinden met de eerder betrokken dienstdoende arts(en). De communicatie tussen de verschillende artsen is van groot belang. Daarnaast is het voor de dienstdoende artsen van belang om met de centralist en de patiënt in contact te staan.

Zoals in A 3.2.3. ook kort aangegeven is het belangrijk bij de aanwezigheid van meerdere dienstdoende artsen die eenzelfde rol vervullen op de HDS voorafgaande aan de dienst één arts aan te wijzen als aanspreekpunt, tot wie de ondersteunende medewerkers zich bij vragen of afstemming als eerste wenden. Het verdient aanbeveling dit aan alle betrokkenen tijdig (schriftelijk) kenbaar te maken.

A 3.2.5 Verantwoordelijkheid van medewerkers zonder verpleegkundige achtergrond (doktersassistent, triagist)

Hier kan verwezen worden naar A 2.3
Samengevat geldt het volgende.

Uitgangspunten voor de verantwoordelijkheid van de doktersassistente/triagist:

- Zij zijn in belangrijke mate zelf verantwoordelijk voor het uitvoeren van de hen opgedragen taken. Zij bewaken samen met de arts de grenzen waarbinnen zij mogen en kunnen handelen.
- De arts houdt bij het overdragen van taken rekening met hun bekwaamheid/deskundigheid en zorgt voor duidelijke instructies, afspraken en zo nodig via manager/bestuur van de HDS voor (bij)scholing (zie A 3.2.1).
- Zij zijn gehouden afspraken, instructies, richtlijnen en protocollen binnen de HDS m.b.t. de telefonische bereikbaarheid, de intake, triage en zorgplanning, interne meldingen, alarmsituaties en het vastleggen, omgaan en bewaren van patiëntengegevens na te leven.

Zie o.a. de betreffende *Kritische Kwaliteitskenmerken (KKK's) van de HDS afdeling (november 2003)* en *Leidraad gegevensbeheer en -verkeer voor de HDS (2004)*

A 3.2.6 Verantwoordelijkheid van medewerkers met verpleegkundige achtergrond (praktijkondersteuner, nurse practitioner, verpleegkundig specialist)

Hier kan verwezen worden naar A 2.4
Samengevat geldt het volgende.

Vooralsnog geldt dat de medewerker met een verpleegkundige achtergrond (verpleegkundig specialist, NP, praktijkondersteuner) niet zelfstandig bevoegd is tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen. Tot die tijd geldt voor hen hetzelfde regime als voor medewerkers zonder verpleegkundige achtergrond, zie A 2.3.

De medewerkers met verpleegkundige achtergrond zijn verantwoordelijk voor:

- Naleven van afspraken, instructies, richtlijnen en protocollen binnen de HDS m.b.t. het bieden van adequate zorg, het uitsluitend in opdracht van de huisarts uitvoeren van voorbehouden handelingen, van interne meldingen en het vastleggen, gebruikmaken en bewaren van patiëntgegevens.

zie o.a. *Hulpmiddel KKK 'Interne Melding' van de HDS afdeling (november 2003)*, *Richtlijnen voor de samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen en ziekenverzorgenden van KNMG/NU '91 (2006)* en *Leidraad gegevensbeheer en -verkeer voor de HDS (2004)*

A 3.2.7 Verantwoordelijkheid van andere medewerkers binnen de HDS (o.a. kwaliteitsmedewerker, financieel medewerker, receptionist of centralist, chauffeur etc.)

Hier kan verwezen worden naar A 2.5
Samengevat geldt het volgende.

De (andere) medewerkers binnen de HDS zijn verantwoordelijke voor:

- Het naleven van afspraken, instructies, richtlijnen en protocollen binnen de HDS m.b.t. interne meldingen en het vastleggen, gebruikmaken en bewaren van patiëntgegevens.

Zie o.a. *Hulpmiddel KKK 'Interne Melding' van de HDS afdeling (november 2003)* en *Leidraad gegevensbeheer en -verkeer voor de HDS (2004)*

A 3.3 Waarneming door de huisarts zelf georganiseerd

Een (klein) deel van de huisartsen in Nederland is (nog) niet aangesloten bij een HDS. Zij regelen de waarneming zelf met een aantal collega's of 'huren' een waarnemer in. In die situatie geldt dezelfde verantwoordelijkheden als beschreven in onderdeel A.2.

Pagina 46-48:

B 1 verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid

B 1.1 Verantwoordelijk en aansprakelijk

De begrippen 'verantwoordelijk' en 'aansprakelijk' worden vaak door elkaar gebruikt. Toch zijn ze geen synoniemen voor elkaar. Iemand die ergens voor verantwoordelijk is, is niet per definitie aansprakelijk voor eventuele gevolgen van die verantwoordelijkheid. In het civiele recht bijvoorbeeld moet, alvorens aansprakelijkheid wordt aangenomen, eerst aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Er moet sprake zijn van een verwijtbare gedraging, waarbij schade bij de gedupeerde is ontstaan en er moet een verband zijn tussen de verwijtbare gedraging en de schade (causaal verband). Hieronder wordt in het kort nader ingegaan op de vereisten voor civielrechtelijke aansprakelijkheid en tuchtrechtelijke aansprakelijkheid. .

B 1.2 Civielrechtelijke aansprakelijkheid

Uitgangspunt is dat iedereen die schade lijdt die schade zelf moet dragen, tenzij een ander daartoe verplicht is. Een patiënt die schade heeft geleden als gevolg van een behandeling zal die schade in beginsel zelf dienen te dragen, tenzij hij aantoonbaar dat de arts daarvoor aansprakelijk is. Dat kan het geval zijn als de schade een gevolg is van een verwijtbare tekortkoming in het handelen van de arts. De tekortkoming kan bestaan uit een wanprestatie (je hebt iets afgesproken maar komt dat niet na) of uit een onrechtmatige daad (je had beter horen te handelen). Een voorbeeld van het laatste is als de verleende zorg beneden het niveau is dat van een redelijk handelend en redelijk bekwaam vakgenoot onder gelijke omstandigheden mocht worden verwacht. De arts heeft een inspanningsverplichting tegenover de patiënt. Hij behoort zich dus voldoende in te spannen om het gewenste resultaat te behalen. Is de behandeling anders verlopen dan gewenst, dan wil dat niet gelijk

zeggen dat de arts daarvoor aansprakelijk is. Immers, hoewel het gewenste resultaat is uitgebleven, kan de arts zich wel voldoende hebben ingespannen om dit resultaat te bereiken. Daarnaast moet er tussen de opgetreden schade en het verwijtbare handelen van de arts een causaal verband bestaan. Aangetoond moet worden dat de schade is ontstaan door het foutief handelen van de arts. Met andere woorden, als je verantwoordelijk bent voor het uitvoeren van een bepaalde behandeling, dan kun je aansprakelijk worden gesteld voor de schade die uit die behandeling voortvloeit. Daarvoor is het noodzakelijk dat de schade die de patiënt heeft geleden, het gevolg is van het verwijtbaar tekortkomen in het handelen van de arts.

In het civiele recht kun je verantwoordelijk worden gesteld voor je eigen handelen. De rechter kan vervolgens al dan niet bepalen dat je aansprakelijk bent voor de schade die door jouw handelen is ontstaan. Daarnaast kun je aansprakelijk worden gesteld voor het handelen van anderen. Bijvoorbeeld omdat je werkgever bent van iemand (en je als 'instelling' centraal aansprakelijk bent¹).

B 1.3 Overmacht

Het kan voorkomen dat iemand verantwoordelijk is voor het uitvoeren van bepaalde handelingen maar vervolgens niet aansprakelijk gehouden kan worden voor het niet correct uitvoeren van die handelingen. Bijvoorbeeld omdat het redelijkerwijs niet van hem verlangd kan worden dat hij de overeenkomst nakomt. Of omdat er bij die behandeling complicaties optreden die de arts niet toegerekend kunnen worden. In dat geval wordt er gesproken van 'overmacht'. De gedraging is daardoor niet verwijtbaar. De rechter zal in dat geval geen aansprakelijkheid toewijzen.

B 1.4 Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid

Een arts kan ook tuchtrechtelijk aansprakelijk worden gehouden voor zijn handelen.

Het wettelijk tuchtrecht is geregeld in de Wet BIG en is daardoor alleen van toepassing op (tand)artsen, apothekers, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen. Andere professionals in de zorg vallen niet onder het wettelijk tuchtrecht. In de wet zijn twee normen opgenomen die tot een klacht kunnen leiden. De eerste norm sterk ertoe de relatie tussen de hulpverlener en de patiënt te toetsen. De tweede norm is meer algemeen van aard en strekt ertoe de individuele gezondheidszorg in het algemeen door de tuchtrechter te laten toetsen.

In het tuchtrecht geldt het criterium van persoonlijke verwijtbaarheid. Elke hulpverlener is verantwoordelijk voor zijn eigen handelen. Het tuchtrecht kent in tegenstelling tot het civiele recht geen afgeleide verantwoordelijkheid voor bijvoorbeeld de opleider voor zijn aios. Wel kan deze tuchtrechtelijk aangesproken worden op zijn gebrek aan supervisie. Dat geldt ook voor wat betreft de aansprakelijkheid ten aanzien van bijvoorbeeld het handelen van de assistente. Deze heeft geen BIG-registratie (behalve als ze tevens verpleegkundige is) en kan dus niet tuchtrechtelijk worden aangeklaagd. De arts is dan niet voor het handelen van de assistent voor de tuchtrechter ter verantwoording te roepen. De arts kan wel ter verantwoording worden geroepen voor de wijze waarop hij zijn praktijkorganisatie heeft geregeld en kan daarop afgerekend worden. Bijvoorbeeld de omstandigheden waaronder de assistente moet werken, geen of te weinig toezicht of onbeveiligd gegevensbeheer.

B.1.5. Strafrechtelijke aansprakelijkheid

Het strafrecht, geregeld in het Wetboek van Strafrecht, geeft aan op welke gedragingen van individuen een straf staat. Een strafrechtelijke procedure wordt gestart door het openbaar ministerie. Dit in tegenstelling tot het civiel recht en het tuchtrecht waar de patiënt doorgaans de procedure start. Van belang voor een strafrechtelijke vervolging is dat de gedraging valt onder een delictomschrijving. Dat is een omschrijving van hetgeen strafbaar is. Handelingen die buiten deze omschrijving vallen zijn niet strafbaar. Voor een strafrechtelijke veroordeling is tevens noodzakelijk dat de veroorzaker 'schuld' heeft aan de gedraging. Binnen de gezondheidszorg speelt het strafrecht een minimale rol. Van verdere bespreking in dit verband wordt dan ook afgezien.²

¹ Artikel 7:462 BW.

² Zie voor meer informatie bijvoorbeeld Legemaate, J. (1997), Verantwoordingsplicht en aansprakelijkheid in de gezondheidszorg. Deventer: Tjeenk Willink.

Bijlage 3

Huidige honorering ANW-zorg en advies BAC FEZ

Huidige honorering van ANW-zorg

Historie

Het huidige systeem van honoreren van door huisartsen geleverde ANW-zorg stamt uit 2002. In dat jaar is in twee stappen een aantal wijzigingen doorgevoerd in de honorering van huisartsen. In eerste instantie (voorjaar 2002) is de tariefstructuur in de ziekenfondssector gewijzigd. Het abonnementstarief is toen vervangen door een combinatie van een abonnementstarief voor overdag en een nieuw consulttarief voor de ANW-uren. In de particuliere sector veranderde in eerste instantie niets; daar bleven de oude ANW-tarieven van kracht.

In tweede instantie (najaar 2002) zijn de ziekenfonds- en de particuliere tarieven voor huisartsenzorg opnieuw vastgesteld. Daarbij is een scheiding aangebracht tussen zowel de structuur als de onderbouwing van de dag- en de ANW-tarieven. Vanaf dat moment hadden de (lagere) dagtarieven alleen betrekking op de dagzorg en werden het inkomen en de praktijkkosten voor overdag volledig via de dagtarieven betaald. Het inkomen voor de ANW-zorg werd voortaan volledig via de ANW-tarieven vergoed.

Honorering van huisartsen werkzaam in een HDS

Voor huisartsen die deelnamen aan een HDS, verliep de honorering voortaan via de HDS. De HDS betaalde vanaf dat moment dienstdoende huisartsen een uurtarief van € 45,38. Dit betrof een volledige inkomensvergoeding. De praktijkkosten voor de dagzorg werden via de dagtarieven vergoed; de 'praktijkkosten' voor de ANW-zorg werden aan de HDS betaald.

De € 45,38 was een uitkomst van onderhandelingen tussen de LHV, ZN en VWS en betrof 75% van het door Hay berekende uurtarief. Uitgaande van 300 uur ANW-diensten, kwam de normatieve vergoeding voor ANW-zorg daarmee op € 13.614 per jaar.

Honorering van huisartsen niet werkzaam in een HDS

Voor huisartsen niet werkzaam in een HDS werd een uniform consultsysteem ingevoerd, waarmee het bestaande onderscheid tussen de ziekenfonds- en de particuliere sector kwam te vervallen. In de onderbouwing van deze tarieven werd uitgegaan van dezelfde € 13.614 per jaar. Daarnaast werd een vergoeding van € 615 toegevoegd voor praktijkkosten.

Onderbouwing huidige tarieven

Het Vogelaar-akkoord had alleen betrekking op de structuur en de onderbouwing van de dagtarieven. De structuur en de onderbouwing van de ANW-tarieven zijn toen niet gewijzigd. Door indexatie bedraagt het uurtarief momenteel € 50,20. Het consulttarief voor huisartsen die niet werkzaam zijn in een HDS bedraagt momenteel € 32,70.

Advies BAC FEZ

De beleidsadviescommissie financieel-economische zaken (BAC FEZ) is, net als de werkgroep *Uitwerking Standpunt ANW-zorg*, van mening dat de onvrede onder huisartsen over de ANW-honorering betrekking heeft op de hoogte van de tarieven. De BAC FEZ heeft het bestuur van de LHV dan ook geadviseerd te gaan onderhandelen over een verhoging van het uurtarief tot minimaal het door Hay geadviseerde niveau. De BAC FEZ was verder van mening dat de functiezwaarte sinds het uitbrengen van het Hay-advies niet is veranderd, maar dat de werkdruk wel is toegenomen. De meningen waren verdeeld over het differentiëren van de uurvergoeding naar avond, nacht of weekend.

Bijlage 4

Discussie over de honorering van de ANW-zorg

Als start voor de discussie over de honorering van de ANW-zorg heeft de werkgroep allereerst de uitgangspunten voor de honorering vastgesteld. Dit betreft de volgende uitgangspunten:

- Er moet een marktconform basistarief zijn voor alle huisartsen ongeacht de werkzaamheden;
- Veranderingen in de ANW-tarieven mogen niet ten koste gaan van de dagtarieven;
- Honorering van extra inspanning komt bovenop het basistarief (aanvullend aanbod);
- Differentiatie naar productie tussen huisartsen dient achterwege te blijven, huisartsenzorg moet beschikbaar zijn onafhankelijk van productie;
- Idealiter stimuleert de honorering de verantwoordelijkheid van alle praktiserende huisartsen om dienst te doen;
- Honorering mag niet leiden tot kwaliteitsverlies van de geleverde zorg (grenzen aan productie).

Deze uitgangspunten zijn ook opgenomen in het rapport (paragraaf 2.3.2). Vervolgens werden de twee opties besproken:

1. een apart uurtarief voor de ANW-zorg;
2. het ANW-tarief geheel verdisconteerd in het dagtarief.

De werkgroep heeft daarna de uitgangspunten naast deze twee opties gelegd om te kunnen vaststellen welke optie de voorkeur verdient. Dit is samengevat in de onderstaande tabel.

Tabel 3 Uitgangspunten honorering ANW-zorg afgezet tegen de twee opties

- + mogelijk
- niet mogelijk

Uitgangspunt	Uurtarief	Inschrijftarief
Marktconform tarief	+	+
ANW-tarief los van dagzorg	+	-
Bonus voor aanvullend aanbod	+	+
Onafhankelijk van productie	+	+ (maar zal niet snel tot stand komen)
Honorering stimuleert alle huisartsen	+	-

Uit deze analyse heeft de werkgroep de conclusie getrokken dat alleen handhaving van de bestaande structuur (een apart uurtarief voor de ANW-zorg) voldeed aan alle uitgangspunten. Deze bevinding is in lijn met de mening van de beleidsadviescommissie financieel-economische zaken (BAC FEZ), die vaststelde dat de onvrede onder huisartsen over de ANW-honorering vooral betrekking heeft op de hoogte van de tarieven en niet (of minder) op de structuur van de financiering (zie ook bijlage 3).

Bijlage 5

Organisatiemodellen ANW-zorg in het buitenland

Uit een onderzoek van het Centre for Quality of Care Research (WOK) naar de verschillende organisatiemodellen voor de ANW-zorg in 26 landen, blijkt dat niet alleen vaak het organisatiemodel verschilt *per land*, maar ook dat *binnen een land* vaak verschillende organisatiemodellen naast elkaar bestaan. De onderzoekers hebben onder andere gekeken naar de rol van de huisarts in de ANW-zorg.

Hieronder wordt aan de hand van de resultaten van het onderzoek een korte beschrijving gegeven van de organisatie van de ANW-zorg in een viertal landen.

Denemarken

Net als in Nederland fungeert de huisarts in Denemarken als poortwachter. De ANW-zorg wordt door huisartsen per regio georganiseerd. Patiënten bellen naar een telefoon triage centrum en krijgen een huisarts aan de lijn. Deze huisarts geeft advies of bepaalt of de patiënt langs kan komen voor een consult, een arts op bezoek krijgt of meteen wordt doorverwezen naar het ziekenhuis. Huisartsen kunnen kiezen of zij willen participeren in de ANW-zorg. Relatief zijn de diensten goed betaald, daarom is er veel animo bij jonge artsen om de diensten over te nemen. Veel patiënten gaan onnodig naar de spoedeisende hulpafdeling van het ziekenhuis. Dit leidt tot hoge kosten. Daarom willen vooral politici dat de ANW-zorg niet meer door de tweedelijns maar alleen door huisartsen wordt geboden.

Groot-Brittannië

Ook in Groot-Brittannië (GB) fungeert de huisarts als poortwachter. In GB zijn de huisartsen niet (meer) verplicht om ANW-zorg te bieden. Veel praktijken bieden deze zorg dan ook niet meer. Een aantal huisartsen doet het nog wel, uit financiële overwegingen. Op veel plaatsen wordt de ANW-zorg door de lokale 'primary care trust' georganiseerd. Probleem in GB is dat er weinig bekend is over de veiligheid van de triage. De continuïteit van zorg is veel minder groot. Daarnaast is zeer waarschijnlijk de kwaliteit van zorg voor patiënten slechter.

Frankrijk

Er is een grote variëteit aan organisatievormen. Een recente ontwikkeling is de uitbreiding van het aantal 'maisons médicales' waar patiënten van 19-24 uur en in het weekend een afspraak kunnen maken met een huisarts. Huisartsen bieden ANW-zorg zoals in een waarneemgroep, maar doen geen visites, alleen consulten. Men wil de huisartsen meer betrekken bij de acute zorg. Ook in Frankrijk gaan te veel patiënten met zorgvragen die in de eerste lijn kunnen worden opgevangen rechtsreeks naar de spoedeisende hulpafdeling van het ziekenhuis.

België

In België fungeert de huisarts niet als poortwachter. Er bestaat concurrentie tussen huisartsen en medisch specialisten. De organisatie van de ANW-zorg verschilt per regio: in sommige steden kunnen patiënten in het weekend terecht bij een huisartsenpost, in Brussel is er de (commerciële organisatie) 'SOS médecins'. De laatste twee jaar is er een trend dat groepen huisartsen zich in waarneemgroepen verenigen voor het bieden van zorg tijdens de doordeweekse avonden. Ook in België worden de ziekenhuizen overspoeld met patiënten met hulpvragen die ook door de huisarts kunnen worden opgevangen. De huisartsenpopulatie vergrijsst en steeds minder huisartsen willen ANW-diensten doen.

Bron: Giesen P, Huibers L, Vermue N, Padros Goossens M. *Inventory of organizational models for after hours care: a questionnaire in 26 western countries*. Centre for Quality of Care Research (WOK), Radboud University Nijmegen Medical Centre, pagina 2, 31-38.