

Actieplan Werkdruk in de ANW, een zoektocht naar oplossingen

Datum : mei 2022
Betreft : Actieplan Werkdruk in de ANW, een zoektocht naar oplossingen

Inleiding

De druk die huisartsen en huisartsenposten voelen vanuit de ANW-zorg blijft onverminderd hoog. De afgelopen jaren hebben de projectgroep ANW en het Bestuurlijk Overleg (BO) ANW van LHV, InEen, VPH en NHG zich gebogen over mogelijke oplossingen en zich gericht op twee oplossingsrichtingen, namelijk:

- A. Spoed = Samen
- B. Spoed = Spoed

Spoed = Samen binnen de beroepsgroep en met stakeholders

De verantwoordelijkheid voor het invullen van de ANW ligt nu bij de praktijkhouders, het uitvoeren wordt door de gehele beroepsgroep (praktijkhoudende huisartsen, hidha en waarnemende huisartsen) gedaan. De roep om de verantwoordelijkheid met deze hele beroepsgroep te delen wordt steeds groter en de plannen voor uitwerking daarvan worden in deze notitie beschreven.

De wens om op langere termijn de ANW -zorg te delen met de overige aanbieders van spoedzorg (ziekenhuizen, ambulance, GGZ, wijkverpleegkundigen etc.) blijft onverminderd een speerpunt.

Spoed = Spoed

Aangezien het effect van het project spoed = spoed (alleen U1 en U2 in de nacht) voor de individuele praktijkhoudende huisarts te weinig merkbaar was, besloot het BO ANW in juni 2021 om dit project vanuit de koepels niet meer actief aan te jagen en alleen nog geïnteresseerden vanuit de regio's van alle beschikbare informatie over het project te voorzien. Op dit standpunt is het BO teruggekomen. Verderop in de notitie is dit uitgewerkt.

ANW-ledenpeiling onder huisartsen

Het blijkt moeilijk te zijn om zichtbare en grote veranderingen in de ANW-zorg aan te brengen, terwijl de roep om in te grijpen vanuit de beroepsgroep steeds luider wordt. LHV en VPH hebben daarom een ledenpeiling onder de leden uitgezet die richting moet geven voor nieuw beleid. De uitkomsten van deze ledenpeiling en een actieplan om meer vaart aan een toekomstbestendige ANW te realiseren zijn in deze notitie uitgewerkt.

In juli 2021 is een ledenpeiling onder de achterban van LHV en VPH gehouden. Ruim 3300 huisartsen hebben deze ingevuld. De verhouding waarnemer/hidha/praktijkhouder was conform de verhoudingen in onze achterbannen zodat we kunnen stellen dat de uitkomsten representatief te noemen zijn.

Uit de ledenpeiling kwamen drie actielijnen naar voren, namelijk:

- I. Organisatie van de ANW-zorg;
- II. Huisartsenzorg in de nacht
- III. De stip aan de horizon.

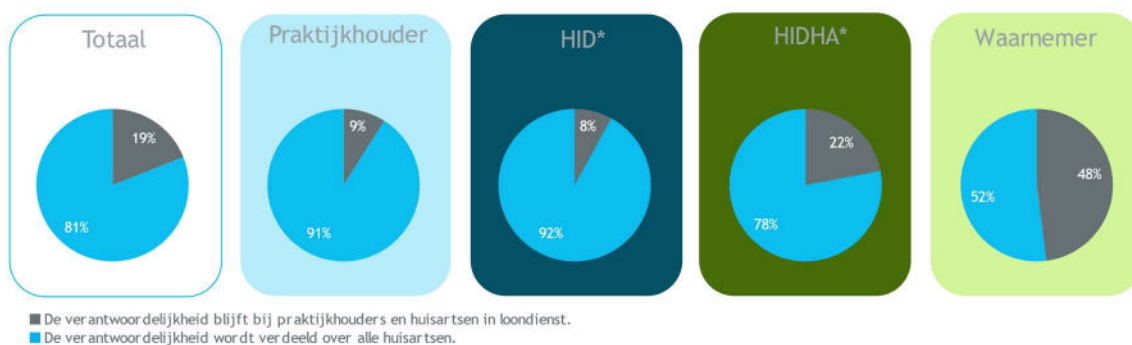
Als beroepsgroep hebben we zelf de grootste invloed op het regelen van veranderingen in de ANW-zorg en voor een andere verdeling van de diensten. De uitkomsten van de ledenpeiling geven steun voor verandering. Die worden hieronder gepresenteerd samen de in onze ogen benodigde acties.

I. ACTIELIJN: Organisatie van de ANW-zorg

Sterke voorkeur voor verdeling ANW -diensten over alle huisartsen.

Ook de helft van de waarnemers kiest nog voor dit scenario, wanneer de verantwoordelijkheid voor de invulling van ANW -diensten bij huisartsen blijft.

Verantwoordelijkheid ANWdiensten bij huisartsen: voorkeur voor situatie



■ De verantwoordelijkheid blijft bij praktijkhouders en huisartsen in loondienst.
■ De verantwoordelijkheid wordt verdeeld over alle huisartsen.

Dertigers (huisartsen van 30 tot en met 39 jaar) kiezen er meer dan gemiddeld voor om de verantwoordelijkheid bij praktijkhouders en HID's te laten (manne-der s en HID's te laten (30%)).
De meeste jongere mannelijke waarnemers kiezen ervoor om de verantwoordelijkheid bij praktijkhouders en HID's te laten (manne-lijke waarnemers onder 50 jaar: 57%).

Vraagstelling: Momenteel zijn praktijkhouders en huisartsen in loondienst primair contractueel verantwoordelijk voor de invul- Als de verantwoordelijkheid hiervoor bij huisartsen blijft, naar welk van onderstaande situaties gaat uw voorkeur uit?
Basis: al en die eerder NIET 'al le huisartsen' of 'praktijkhoudende huisartsen' hebben gekozen n=1.797 (praktijkhouders n=1.2

ling van de ANW -diensten.
44, HID n=59, HIDHA n=76, waarnemers n=418)

16

* Let op: kleine steekproef

A) De contractuele verantwoordelijkheid

Op basis van de resultaten uit de ledenpeiling zijn de afgelopen maanden enkele **denkrichtingen** verkend):

- De contractuele verantwoordelijkheid bij de praktijkhouders laten (zie kader). De last die een dergelijke verantwoordelijkheid met zich mee brengt kan verlicht worden door de invulling daarvan uit te besteden (bv. aan een huisartsenpost, maar op een andere manier dan nu gebeurt);
- De overeenkomst tussen zorgverzekeraar en huisartspraktijk beperken tot de dagzorg. De contractuele verantwoordelijkheid zou dan bijvoorbeeld kunnen verschuiven naar de huisartsenpost (of in de toekomst bv. een andere organisatievorm).

Achtergronden contractuele verantwoordelijkheid

De zorgverzekeraar koopt 7 x 24 uur huisartsenzorg in via de overeenkomst huisartsenzorg met de praktijkhoudende huisarts. De praktijkhoudende huisarts is hierdoor verantwoordelijk voor het borgen van zowel de dag- als de ANW-zorg voor de bij de betreffende huisartspraktijk ingeschreven patiënten. De meeste praktijkhouders hebben ervoor gekozen om vervolgens via een aansluitovereenkomst met een huisartsenpost (HAP) de organisatie van de ANW-zorg uit te besteden. In deze huidige vorm is de contractuele verantwoordelijkheid een zware last op de schouders van de praktijkhoudende huisarts. Met dit actiepunt wordt gezocht naar een manier om deze last te verlichten.

Het BO ANW heeft besloten om allereerst de verdeling van de diensten over alle huisartsen verder vorm te geven en te implementeren en nog niet aan te sturen op wijziging in de contractering, die nu via de praktijkhouders loopt. Er zal wel al gestart worden met onderzoeken op welke andere manieren de huisartsenspoedzorg

gecontracteerd kan worden en wat daar de organisatorische en financiële consequenties van zouden zijn voor de toekomst. Belangrijkste argument was het behouden van de regie op de ANW-zorg door de huisartsen zelf. Laat onverlet dat de last die deze keuze voor alle huisartsen met zich meebrengt verminderd moet worden.

Een van de belangrijkste onderdelen in het behoud van regie is de mogelijkheid voor huisartsen om invloed te hebben op het dienstenrooster ('vrij roosteren'). Een uitwerking van het vrij roosteren wordt nu uitgewerkt en binnenkort gepresenteerd. Het idee van "vrij roosteren" kan een enorme vlucht krijgen als:

- 1) alle huisartsen en huisartsenposten dit idee omarmen
- 2) er een gedifferentieerd anw-tarief aan gekoppeld wordt.

Het idee om te werken aan het niet alleen aan praktijkhouders (vanwege de contractuele verantwoordelijkheid) toebedelen van diensten, hangt nauw samen met de wens en de wil dat praktijkhouders iets of veel van de regie die zij hebben over de huisartsenposten te delen met alle huisartsen.

B) Een andere verdeling van de diensten op vrijwillige basis

Wetende dat het beleggen van de contractuele verantwoordelijkheid bij de praktijkhoudende huisarts blijft en voorts nog niet bij een organisatie, kiest het BO ANW ervoor om een voorstel te implementeren voor een andere verdeling van diensten (op vrijwillige basis).

Concreet houdt dit in dat een HDS naast de praktijkhoudende huisartsen ook waarnemende huisartsen laat aansluiten, via bijvoorbeeld een lidmaatschap bij de HDS/RHO¹ of via een overeenkomst van opdracht. Als de waarnemende huisartsen zijn aangesloten bij een HDS, kan de HDS via deze weg alle diensturen verdelen over alle aangesloten (praktijkhoudende én waarnemende) huisartsen.

NB: de waarnemende huisartsen zijn (juridisch) niet verplicht om diensturen toebedeeld te krijgen en deze zelf in te vullen, vandaar dat we spreken over 'vrijwillige basis'!

Als deze andere verdeling van diensten doorgevoerd wordt moeten alle huisartsen bereid zijn de consequenties hiervan te accepteren. Denk hierbij aan het uitvoeren van het aantal toebedeelde diensten (via 'vrij roosteren' wel zelf te kiezen) en een mogelijke differentiatie van het ANW-tarief voor de verschillende diensten.

C) ANW-tarief

Als de HDS de diensten over alle aangesloten huisartsen verdeelt en de huisartsen de mogelijkheid krijgen om vrij te roosteren, dan ligt het voor de hand voor populaire en moeilijk in te vullen diensten verschillende tarieven toe te passen.

Welke mogelijkheden zijn er voor een hoger uurtarief in de ANW en voor een eventuele differentiatie daarvan (bijvoorbeeld naar moeilijk in te vullen diensten)?

1. Hoogte ANW-uurtarief:

LHV, VPH en InEen willen in gesprek met NZa over de mogelijkheden voor verhoging van het huidige NZa-uurtarief (€ 83,26 in 2022). Wat is een adequate vergoeding voor huisartsen in de ANW-uren (zowel voor het doen van dienst als voor de achterwacht)?

¹ In de meeste gevallen moeten de praktijkhoudende huisartsen (zij vormen vaak de ALV van de posten) toestemming geven voor het lidmaatschap van de waarnemende huisartsen bij de HDS/RHO.

2. Differentiatie uurtarief:

Het is wenselijk om het uurtarief voor het doen van ANW-diensten te differentiëren, op basis van tijdstip en zwaarte van de dienst

CONCLUSIE ACTIELIJN ORGANISATIE VAN DE ANW-ZORG

Op basis van de resultaten uit de actielijn, stellen LHV, NHG, VPH en InEen het volgende **totaalpakket aan veranderingen** voor om recht te doen aan de resultaten van de ledenpeiling:

- 1) *alle bij een HDS aangesloten huisartsen (zowel praktijkhoudende huisartsen, als waarnemende huisartsen) krijgen diensturen toebedeeld*
- 2) *de contractering van de ANW zorg blijft via de praktijkhoudende huisartsen lopen, totdat alle huisartsen en HDS-en gezamenlijk verantwoordelijk worden voor de uitvoering. Een gedetailleerde uitwerking en tijdsplan volgt*
- 3) *waarnemende huisartsen worden van lid een HDS waar ze hun ANW-diensten onderbrengen en uitvoeren²*
- 4) *de aangesloten (praktijkhoudende en waarnemende) huisartsen vragen aan de HDS om een roostersysteem³ beschikbaar te stellen waarbij alle (praktijkhoudende én waarnemende) huisartsen de mogelijkheid hebben om zelf hun uren in te vullen⁴ (vrij roosteren).*
- 5) *de zekerheid van de HDS dat alle aangesloten huisartsen de diensten invullen wordt via een aansluitovereenkomst of overeenkomst van opdracht geregeld*
- 6) *de HDS neemt in het roostersysteem ook achtervangdiensten mee zodat in geval van calamiteit de HDS de zekerheid heeft dat de dienst altijd ingevuld wordt.*
- 7) *de angel uit het marktwerkingssysteem tussen waarnemend en praktijkhoudend huisarts wordt weggehaald door één tarief⁵ voor alle huisartsen te laten gelden. Huisartsen kunnen hun eigen ingeroosterde diensten, vrij verhandelen of ruilen.*

Wat levert dit pakket de praktijkhoudende huisarts op:

- 1) eigen regie over de toebedeelde diensten
- 2) een hoger te differentiëren uurtarief bij het doen van diensten

Wat levert het de waarnemend huisarts op:

- 1) eigen regie over toebedeelde diensten en daarmee minder onzekerheid over inkomen (en in geval van lidmaatschap ook zeggenschap binnen de RHO/HDS).
- 2) Een gedifferentieerd uurtarief passend bij de werkzaamheden en tijden

Wat levert het de HDS op:

- 1) meer tevredenheid bij huisartsen,
- 2) geen roosterproblematiek,

² Waarnemende huisartsen kunnen hiervoor lid worden van een RHO/HDS, maar dat hoeft niet. De basis waarop de waarnemend huisarts de dienst toebedeeld krijgt kan ook via een overeenkomst van opdracht tussen de waarnemer en HDS geregeld worden.

³ Zie type roostersysteem als in Den Haag, waarbij zwaartedifferentiatie per dienst is verwerkt wat betreft populaire c.q. moeilijk in te vullen diensten.

⁴ Dit kan de huisarts op jaarbasis invullen, maar mogelijk ook op bijvoorbeeld 3 maandelijkse basis

⁵ Koepels zetten in op een hoger vastgesteld tarief voor zowel praktijkhouders als waarnemers, waarbij differentiatie in de tarieven toegestaan wordt. Deze actie wordt ingezet richting ZN/zorgverzekeraars, NZa en VWS.

Dit totaalpakket aan veranderingen is alleen succesvol als de praktijkhoudende huisartsen en waarnemende huisartsen zich confirmeren aan bovenstaande punten.

Uitvoering van dit totaalpakket:

Na dit pakket besproken te hebben met de achterbannen en goedkeuring van de ledenraad en de ALV het BO ANW het voornemen om dit pakket de rest van 2022 met de huisartsen en HDS-en uit te werken en eind 2022 in heel Nederland operationeel te hebben.

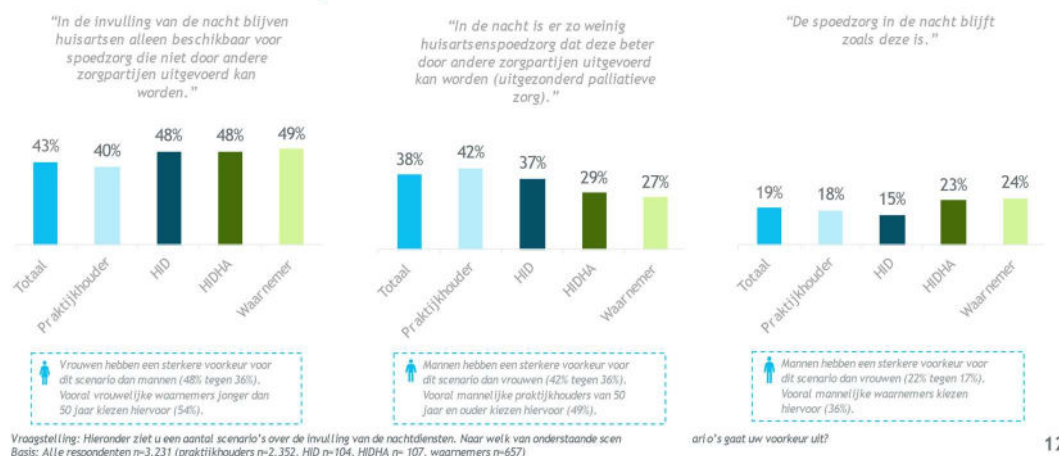
- Dit vraagt van de HDS-en om een vrij roostersysteem uit te rollen.
- Dit vraagt van de praktijkhoudende en waarnemende huisartsen om hun toebedeelde diensturen (en achtervanguren) in te roosteren zodat er een dekkende dienstrooster ontstaat.
- Dit vraagt van de koepels om met NZa en zorgverzekeraars een hoger (gedifferentieerd) ANW-tarief af te spreken.

II. ACTIELIJN: Huisartsenzorg in de nacht

Sterke voorkeur voor verandering van spoedzorg in de nacht.

8 op de 10 huisartsen zien daar graag verandering in komen. Waarnemers kiezen vooral voor beschikbaarheid voor spoedzorg die niet door andere zorgpartijen kan worden uitgevoerd.

Naar welk van onderstaande scenario's gaat uw voorkeur uit?



De uitkomsten van de ledenpeiling sporen met de bevindingen van LHV en VPH dat het doen van nachtdiensten in combinatie met een dagpraktijk door praktijkhouders als een zware last wordt ervaren en dat de uitvoering van de nachtdienst een zware wissel trekt op alle huisartsen.

In eerste instantie richtten de pijlen van LHV en VPH zich op de mogelijkheid om de huisartsen tijdens de nacht alleen palliatieve zorg te laten leveren. Omdat de meningen verdeeld waren over wat wel of niet onder huisartsenspoedzorg in de nacht valt, is in een brainstormsessie met huisartsen nader bestudeerd of het inderdaad zo is dat de huisartsenzorg in de nacht zich kan beperken tot voornamelijk palliatieve zorg. Nadere bestudering van de klachten leidde niet tot onderbouwing van deze stelling.

De conclusie was wel dat we de huisartsenspoedzorg in de nacht moeten beperken tot dat wat 'echte' huisartsenspoedzorg is, met name (U1 en U2) spoedvragen:

- 1) situaties met kleine kinderen,
- 2) (kwetsbare) ouderen,
- 3) patiënten met (licht) psychische klachten,
- 4) palliatieve zorg,
- 5) buikklachten,
- 6) patiënten met co-morbiditeit die vanuit de telefonische triage niet goed kunnen worden ingeschat
- 7) patiënten met taalproblemen die zelf de klacht niet goed kunnen verwoorden.

A) Spoed = Spoed

Op basis van deze conclusie heeft het BO ANW besloten dat de huisartsenspoedzorg in de nacht zich moet beperken tot U1 en U2 (conform project spoed=spoed).

B) Triage in de nacht

In vervolg op dit besluit heeft een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van NHG, kaderhuisartsen spoed, NTS, VPH, LHV en InEen zich gebogen over enkele vragen rondom de triage in de nacht:

- Welke klachten presenteren zich in de nacht onder U1 (is daarbij grotendeels sprake van ambulance/ziekenhuiszorg)?
Conclusie: Het overgrote deel van de U1 wordt rechtstreeks door de ambulance gezien. In veel delen van het land zijn afspraken over wanneer rechtstreeks de ambulance te bellen bij een U1, conform de inzetverdelingsafspraken tussen RAV en HAP en het kwaliteitskader spoedzorg.
- De triage op U2 en U3 in de nacht: waar kan deze scherper gedefinieerd worden en hoe kan de urgentiebepaler ondersteund worden in een scherpere bepaling?
Conclusie: Werken volgens spoed=spoed ondersteunt om scherper U2 en U3 te definiëren. Bij twijfel over het zien van een U3 overlegt de triagist met de (regie c.q. dienstdoende) arts.
- Het tijdsbestek waarbinnen U3-patiënten gezien moeten worden. Kan dat worden opgerekt naar 8 uur? En zo ja, onder welke voorwaarden?
Conclusie: een U3 zorgvraag moet binnen enkele uren gezien worden (hier zit geen minimum of maximum aan). De ernst van de klacht in combinatie met tijdstip maakt of de patiënt die nacht gezien moet worden. Bij twijfel is overleg met de (regie c.q. dienstdoende) arts gewenst.
- Is schouwen in de nacht onderdeel van huisartsenspoedzorg?
Conclusie: Schouwen in de nacht is essentieel en is nu onderdeel van de huisartsenzorg. Er is een partij die dit kan overnemen. Hoewel het niet om grote aantallen gaat is het interessant om het schouwen in de nachten uit te besteden aan deze partij. De koepels gaan onderzoeken of het uitbesteden in het hele land uitgerold kan worden.

C) Opschalen huisartsenposten in de nacht

Om het aantal huisartsen in de nacht terug te dringen stelt het BO voor om het aantal geopende huisartsenposten in de nachten terug te dringen en het aantal huisartsen per geopende HAP terug te brengen. Hiervoor dient er draagvlak onder de huisartsen en huisartsenposten te zijn.

CONCLUSIE ACTIELIJN: HUISARTSENZORG IN DE NACHT

1) SPOED = SPOED

Spoed=spoed (alleen U1 en U2 in de nacht) is belangrijk om de drukte en de belasting op de posten beheersbaar te houden. Eind 2022 moet deze werkwijze in heel Nederland geïmplementeerd zijn. De koepels zetten spoed = spoed nadrukkelijk op de agenda's van de huisartsen en de huisartsenposten.

Dit doen we door:

- Per HDS-gebied is 1 aanjager hiervoor benoemd. Deze aanjager gaat met de aangesloten praktijkhoudende huisartsen, waarnemende huisartsen en huisartsenposten het gesprek aan om spoed=spoed in hun regio te implementeren (collega's moeten collega's overtuigen en inzicht geven in hun eigen rol).

- Elk kwartaal is een aanjagersbijeenkomst gepland waarbij de aanjagers worden geïnformeerd, ervaringen worden gedeeld en urgentie wordt aangekaart.
- Via bijeenkomsten, HAweb pagina en de website Praktijkvoorbeelden ANW ondersteunen de koepels de aanjagers in hun regio's in actie te komen.
- Monitoren van data en de stand van zaken per regio.

2) Triage in de nacht

De resultaten rondom triage in de nacht moeten worden vertaald in thuisarts.nl en in zelftrigagetools zoals "moet ik naar de dokter"). Schouwen in de nacht kan mogelijk worden uitbesteed en de koepels gaan onderzoeken hoe dat voor heel Nederland georganiseerd kan worden.

3) Opschalen in de nacht

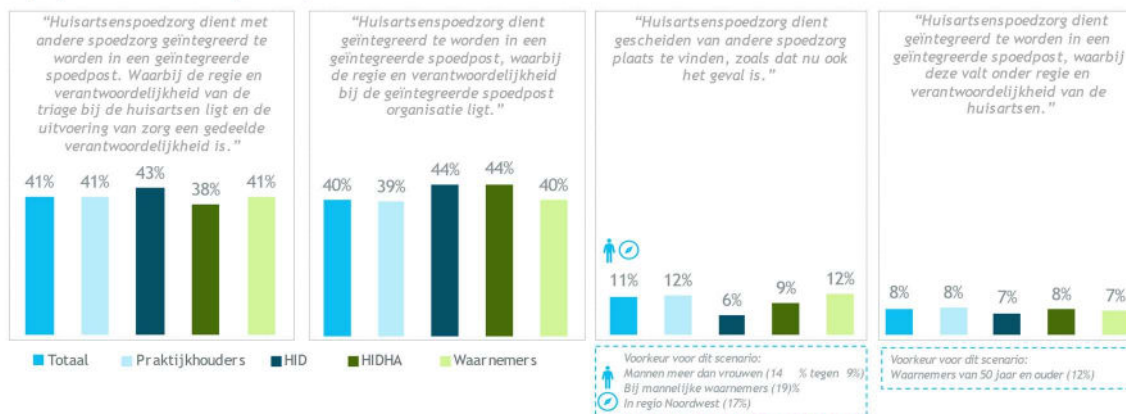
Om de werkdruk verder te verminderen en meer huisartsen beschikbaar te maken voor de dagzorg moet het aantal huisartsen per HAP en het aantal locaties waar de nachtzorg wordt verleend worden teruggebracht. De besturen van LHV, VPH en InEen gaan rond de zomer per HDS-regio in gesprek met huisartsen en huisartsenposten om te stimuleren waar concentratie een oplossing kan zijn en hoe dit is te realiseren met als doel aantal huisartsen en huisartsenposten in de nacht terug te dringen. De ambitie is eind 2022 deze aantallen fors terug te brengen.

III. ACTIELIJN: De stip op de horizon

De geïntegreerde spoedpost is de stip op de horizon.

9 op de 10 huisartsen kiezen daarmee voor verandering van de spoedzorg in de toekomst. De meesten daarvan willen beperkte verantwoordelijkheid voor huisartsen en niet de volledige regie over de spoedpost.

Stip op de horizon: welke optie heeft de voorkeur?



Vraagstelling: Deze vraag gaat over de huisartsenspoedzorg in de toekomst. Vanuit verschillende partijen in de zorg wordt er "Acute Zorgpost" met ambulancedienst, SEH, acute GGZ en andere acute zorgpartners). We horen graag uw mening hierover. Welke Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n= 107, waarnemers n=657)

nag edacht over een zogenaamde geïntegreerde spoedpost (een van de volgende opties verdient uw voorkeur?

20

Uit de ledenpeiling blijkt dat voor het overgrote deel van de achterban de stip op de horizon een geïntegreerde spoedpost moet zijn. Deze wens komt overeen met het eerder ingezette beleid van de koepels, vertaald in [de reactie van de koepels op de Houtskoolschets uit 2020](#). Het beleid wordt momenteel uitgewerkt door het ministerie van VWS. De minister van VWS presenteert voor de zomer 2022 zijn visie op de acute zorg. Het BO ANW zal haar reactie in het najaar van 2022 formuleren.

Het beleid lijkt vorm te krijgen in de ontwikkeling van zorgcoördinatiecentra en spoedpleinen, verspreid over het land. In Een en LHV zijn hierbij betrokken. De huisartsenkoepels zullen hier zo veel mogelijk vaart in proberen te houden.

CONCLUSIE ACTIELIJN: STIP OP DE HORIZON

Met voorgaande twee actielijnen en de uitvoering daarvan krijgt de acute huisartsenzorg een gezamenlijk vertrekpunt. Dat is een belangrijke voorwaarde om voor de huisartsen een goed resultaat te bereiken bij de gesprekken over een geïntegreerde spoedpost. Om deze stip op de horizon te bereiken moeten de huisartsen in gesprek met tal van andere organisaties in overleg moet over de acute zorg in een geïntegreerde spoedpost. Met een huisartsenspoedzorg georganiseerd via de geschetste actie zijn de huisartsen klaar voor die stap.