

Naar een toekomstbestendige huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden

1. HET PROBLEEM

De laatste tijd ervaren burgers, patiënten en zorgaanbieders een toenemende drukte in de acute zorg. Het hele systeem van acute zorg kraakt, spoedeisende hulpen halen regelmatig het nieuws vanwege een patiëntenstop, huisartsen luidden vorig jaar al massaal de noodklok. De toename van de werkdruk is grotendeels te verklaren door de toestroom van (kwetsbare) ouderen en transities in de zorg van de afgelopen jaren (WMO, WLZ en GGZ). Gelet op de demografische ontwikkeling is de verwachting dat deze druk de komende jaren fors toeneemt.

In Nederland kunnen patiënten 24 uur per dag rekenen op huisartsenzorg van topkwaliteit. Op de huisartsenpost (HAP) wordt deze zorg in de avond-, nacht- en weekenduren geleverd door de huisarts en het team van triagisten, chauffeurs en andere medewerkers. Realiteit is echter dat huisartsen het werken tijdens ANW-uren in toenemende mate als te zwaar ervaren. Ze zien steeds meer patiënten (ruim 6% groei in de laatste 2 jaar). Het aantal consulten per uur is te hoog, de urgentie neemt toe en de tijd voor reflectie ontbreekt. Het risico op fouten neemt hierdoor toe en de patiëntveiligheid komt onder druk te staan. Artsen en daarmee hun patiënten komen dus in de knel. Driekwart van alle huisartsen ervaart de werkdruk op de post als een probleem. Bovendien werken actuele ontwikkelingen uit de dagzorg door in de avonden en weekenden. Denk aan patiënten met complexere problematiek, ouderen die langer thuis wonen, ggz patiënten in de wijk. De problemen in de ANW-uren staan niet los van de totale werkbelasting van de huisarts.

Waar leidt dit toe?

Hoewel huisartsen en huisartsenposten zich in allerlei bochten wringen om de kwaliteit van zorg hoog te houden, is dit geen structurele toekomstbestendige oplossing voor de problemen in de ANW zorg. De toekomst van de 24/7 huisartsenzorg staat onder druk door een toenemende zorgvraag, een afnemende bereidheid onder huisartsen om, naast een overvolle dagpraktijk, diensten te doen en de rek die eruit is bij huisartsenposten zowel financieel als qua personeel en organisatie. Nemen we dit probleem nu niet serieus dan zullen: 1) steeds vaker diensten niet ingevuld worden, 2) patiënten steeds moeilijker op de HAP terecht kunnen, 3) meer patiënten terecht komen op de SEH en 4) het risico op fouten in de zorg toeneemt. En dat kost de maatschappij veel meer geld.

Wat willen huisartsen en huisartsenposten?

We willen goede en veilige acute huisartsenzorg kunnen garanderen, nu en in de toekomst. Dat kan door:

- erkenning van het probleem door overheid, toezichthouders en zorgverzekeraars;
- meer financiële bewegingsruimte voor (regionaal) passende maatregelen;
- meer tijd voor de patiënt dus minder consulten per uur voor de huisarts om de kwaliteit van zorg te kunnen borgen en om het werkplezier terug te brengen;

- de samenwerking met ketenpartners verder uit te bouwen, zoals met GGZ, SEH, RAV, thuiszorg, specialisten ouderenzorg etc.;
- de juiste zorg door de juiste professional te laten leveren (sterk ondersteunend praktijkteam, taakherschikking etc.).

Goede en betaalbare acute zorg nu en in de toekomst, is alleen mogelijk met een sterke rol voor de eerste lijn en vraagt een gezamenlijke inspanning en investering. Huisartsen en huisartsenorganisaties willen daarin voorop lopen en trekken samen op richting overheid, toezichthouders, zorgverzekeraars en ander zorgverleners om onze doelstellingen te bereiken en daarmee de 24/7 huisartsenzorg te waarborgen.

2. SAMENWERKING PARTNERS IN DE EERSTELIJNSHUISARTSENZORG

Vanwege het belang van het behoud van de 24-uurs huisartsenzorg, de kwaliteit van deze zorg en het werkplezier van huisartsen en het ondersteunende personeel op de HAP heeft de toekomst van de ANW-zorg als onderwerp prioriteit binnen de activiteiten van de belangenverenigingen van de huisartsen, praktijkhouders en huisartsenposten (LHV, InEen en VPH).

Om snel en adequaat in te spelen op deze problematiek zijn LHV, VPH en InEen een intensief traject gestart. In de eerste fase is de ANW-problematiek verkend op basis van de resultaten van een enquête onder huisartsen, maar ook door discussiebijeenkomsten en gesprekken met huisartsen in het land. Ook vonden rondetafelgesprekken met zorgverzekeraars en het ministerie plaats en zijn onderzoeken gedaan naar onder meer de ontwikkeling en aard van de zorgvraag op de post tussen 2013-2015 en naar de werkbeleving van de triagist. Dit inzicht in de oorzaken van de werkdruk in de ANW-zorg leidde vervolgens tot een overzicht van mogelijke oplossingen in de vorm van:

- gereedschapskist bestaande uit voorbeelden die in het land uitgewerkt zijn en mogelijk als inspiratiebron kunnen fungeren voor andere regio's (<https://praktijkvoorbeeldenanw.lhv.nl/>);
- identificeren van pilots die het komende jaar uitgewerkt en getoetst moeten worden als mogelijke oplossingen voor de werkdruk;
- als eerstelijns partners één gezicht in de acute zorgketen zijn door de werkdruk op de agenda te zetten en met de stakeholders in de acute zorg in gesprek te gaan.

Deze samenwerking heeft geleid tot de nu voorliggende notitie waarin oplossingen beschreven worden die op korte termijn de werkdruk moeten verlagen en op lange termijn moeten leiden tot een toekomstbestendige huisartsenzorg in de ANW. Doel van deze notitie is om een goed overzicht te maken met de analyse van de knelpunten en een gemeenschappelijk traject verder vorm te kunnen geven naar een toekomstbestendige acute huisartsengeneeskunde.

Uitgangspunten voor 24/7 huisartsenzorg

Er zijn diverse oplossingsrichtingen met verschillende uitwerkingen denkbaar zodat op veel manieren in de huidige organisatie van de ANW-zorg ingegrepen kan worden. Bij het wegen hiervan hebben partijen een aantal uitgangspunten geformuleerd, te weten:

1. De beschikbaarheid van 24x7 huisartsenzorg en een naadloze aansluiting van dag en ANW-zorg is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle huisartsen.
2. Voor de patiënt die buiten de reguliere praktijktijden van de huisarts met spoed huisartsgeneeskundige zorg nodig heeft, is de HAP bereikbaar en beschikbaar.
3. De beroepsgroep stelt de randvoorwaarden vast waaronder zij verantwoorde ANW-zorg kan leveren. Hier hoort ook bij dat de organisatie van de 24-uurs zorg aan de eisen van de tijd wordt aangepast.
4. In het 'Aanbod huisartsenzorg 2015' is duidelijk vastgelegd welke zorg huisartsen dienen te leveren tijdens de 24x7 beschikbaarheid en dat het zorgaanbod buiten kantooruren zich alleen richt op spoedeisende huisartsgeneeskundige zorg. Dit aanbod is leidend en geeft tegelijk de grenzen van de huisartsenzorg aan.¹
5. De HAP is een belangrijke schakel in de keten van acute zorg. Acute medische zorg is een zaak van meerdere ketenpartners en door de gezamenlijke inzet van hun expertise kan doelmatige acute zorg geleverd worden. Huisartsen zetten hun duidelijk omschreven aanbod hierbij in. Tegelijkertijd wordt ook van ketenpartners verwacht dat zij hun rol pakken.

3. OORZAKEN EN OPLOSSINGEN VAN DE TOEGENOMEN WERKDruk

De problemen die tijdens de ANW ervaren worden vragen om oplossingen, die op korte termijn de werkdruk verlagen en de belasting van huisartsen en ondersteunend personeel verminderen en die op lange termijn bijdragen aan een duurzame oplossing.

1. Instroom

De toeloop naar de huisartsenpost neemt toe doordat we in een 24/7-maatschappij leven met patiënten en naasten die verwachten dat er 24 uur per dag huisartsenzorg beschikbaar is voor alle zorgvragen. Daarnaast zorgen veranderingen in de maatschappij bij kwetsbare groepen, zoals meer ouderen die langer thuis wonen, voor een toegenomen zorgvraag. Mogelijke oplossingen hiervoor zijn patiënten informeren over wanneer men bij de huisartsenpost terecht kan (publiekscampagne en inzet van moderne communicatie middelen).

Een belangrijk onderdeel in de instroom van patiënten naar de huisartsenposten is het proces van triage. Dit proces is de afgelopen jaren geüniformeerd en onder andere verwerkt tot de Nederlandse Triage Standaard (NTS). Huisartsen ervaren dit systeem steeds meer als (te) defensief waardoor veel patiënten die geen acute zorgvraag hebben (onterecht) naar de HAP komen. NHG, stichting NTS en InEen proberen met het project 'Grip op Triage' het NTS-systeem te verbeteren.

Ook de bereikbaarheid en beschikbaarheid overdag is bepalend voor de instroom van patiënten tijdens de ANW en dus is het verbeteren hiervan één van de oplossingen voor het verlagen van de werkdruk. Door onder meer kleinere praktijken wordt de huisartsenzorg over meer praktijkhouders verdeeld en krijgt de huisarts meer tijd voor zijn patiënten.

¹ Aanbod huisartsgeneeskundige zorg (2015)
Standpunt LHV Huisartsenzorg in ANW. Aanbod, organisatie en honorering (juni 2008)
Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 (november 2012)
NHG standpunt over acute zorg (2013)

De winst zit hem enerzijds in het positieve effect op de dagzorg waardoor huisartsen de toegankelijkheid tot hun dagzorg kunnen verbeteren. Anderzijds vermindert dit de verplichte dienstenlast per praktijkhouder.

2. Doorstroom

De HAP is slechts een onderdeel van het acute zorgnetwerk. De 24x7 bereikbaarheid en beschikbaarheid van ketenpartners is daarom essentieel. Specialistische zorg voor bijvoorbeeld psychiatrische patiënten maakt geen deel uit van het huisartsgeneeskundig aanbod. Bij slechte bereikbaarheid van de crisisdienst zorgt dit voor belemmering van de doorstroming en krijgen patiënten niet de juiste zorg op de juiste plek. Een goede beschikbaarheid van ketenpartners (GGZ, SEH, RAV, thuiszorg, specialisten ouderenzorg etc) en de uitwisseling en beschikbaarheid van medische gegevens zijn oplossingen hiervoor.

3. Uitstroom

Na de behandeling op de HAP kan niet iedereen naar huis. Voor bijvoorbeeld ouderen die aanvullend zorg nodig hebben, maar geen behandeling in het ziekenhuis hoeven, is niet altijd een plek beschikbaar. Oplossingen zoals eerstelijns verblijf (ELV) en beschikbaarheid van wijkteams zijn hierin van belang.

4. Capaciteit

De beschikbare capaciteit van zorgprofessionals – zowel huisartsen als ondersteunend personeel – neemt onvoldoende toe. Oplossingen die hierbij kunnen helpen zijn taakherschikking op de post door inzet van bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten, of afspraken over werkverdeling tussen SEH-HAP, maar ook zaken als inzet van tools voor personeelsplanning en andere inroostering kunnen de werkdruk verlagen.

De genoemde oplossingen zijn in de bijlage in deze notitie verder toegelicht. De oplossingen die in enkele regio's al worden toegepast zijn daarnaast terug te vinden in de door partijen opgerichte gereedschapskist (<https://praktijkvoorbeeldenanw.lhv.nl/>). De bedoeling van deze gereedschapskist is om best practices met elkaar te delen.

Enkele oplossingen die grotere impact op de geconstateerde problematiek hebben maar nu nog niet gerealiseerd zijn vanwege juridische, financiële of organisatorische belemmeringen, vragen de komende periode aandacht. Denk hierbij aan:

- (huis-)artsen in dienst van een huisartsenpost;
- differentiatie in het tarief voor avond-, nacht- en weekenddiensten;
- veranderingen vormgeven in het triagesysteem.

De eerste stap om te achterhalen of deze oplossingen bijdragen aan de vermindering van de ervaren werkdruk, is de oplossingen toetsen in de vorm van pilots. Hiervoor zijn onder meer organisatorische en financiële investeringen nodig. De komende tijd worden deze pilots gedefinieerd en wordt getracht regio's te vinden die bereid zijn om een pilot te doen. In 2018 zullen resultaten van de pilots helderheid moeten geven of de maatregelen inderdaad eraan bijdragen om de werkdruk te verlagen.

Toekomst

De oplossingen in de gereedschapskist en de hiervoor genoemde pilots gaan ervan uit dat het klassieke model van een huisartsenpost zoals het momenteel in de ANW-zorg is geregeld, gehandhaafd blijft. Echter de vraag doet zich voor of dit model ook op langere termijn toekomstbestendig is. Wellicht scheppen interventies als verdergaande taakherschikking en -delegatie, ICT-toepassingen, publiekscampagnes etc. enige werkdrukverlaging maar het blijft nodig om als beroepsgroep na te denken of en hoe de huisartsenzorg 24/7 op de langere termijn houdbaar is. Zijn er grote of kleinere systeemveranderingen (in de keten) denkbaar die de huisartsenzorg toekomstbestendig maken? In de volgende paragraaf staan enkele toekomstscenario's beschreven.

4. TOEKOMSTBESTENDIGE SCENARIO'S

Begin deze eeuw zijn de huisartsendienstenstructuren (HDS'en) opgericht omdat de oude waarneemregeling als te belastend werd ervaren. Waar huisartsen eerst vrijwel continu bereikbaar waren, konden zij nu een beperkter aantal uren dienst doen op de post. Dit werd toentertijd als een enorme verlichting ervaren. Inmiddels zijn we ruim 15 jaar verder en is de situatie veranderd. De oorzaken en oplossingen zijn beschreven in de vorige paragraaf. Het vermoeden is dat de oplossingen de onderliggende oorzaken slechts gedeeltelijk beïnvloeden. In feite zien we nu een herhaling van de problematiek waarbij we als landelijke koepels moeten constateren dat er systeemwijziging(en) nodig zijn om ook in de toekomst huisartsenzorg in de ANW te kunnen leveren en het de vraag is hoe deze verandering het beste ingevuld kan worden.

Ontkoppeling

Voordat we ingaan op de mogelijke scenario's is het van belang te benoemen dat we in Nederland het zo geregeld hebben dat de praktijkhoudende huisarts via zorgverzekeringscontracten van de dagzorg de verplichting heeft voor het leveren van 24-uurs zorg voor de eigen patiënten. We zien dat naast de werkdruk in de ANW de praktijkhoudende huisartsen de *verantwoordelijkheid* voor invulling van de ANW-diensten als een steeds grotere belasting ervaren. Naast de toename van de zwaarte van de dagpraktijk, het tekort aan beschikbare huisartsen dat dienst wil doen, bestaat er ook een groot verschil in financiële tegemoetkoming van de verschillende huisartsen werkzaam op de HAP. In de verschillende beschreven scenario's kan ontkoppeling een randvoorwaarde zijn. Wat verstaan we onder ontkoppeling? Ontkoppeling is het loslaten van de contractuele verplichting om naar rato diensten te draaien voor praktijkhoudende huisartsen. Als we kiezen voor ontkoppeling betekent dit dat alle huisartsen op eenzelfde manier ingehuurd kunnen worden door de HAP, voor een gedifferentieerd tarief. En alle huisartsen ook dezelfde morele en juridische verplichting hebben voor de ANW-zorg.

Niet met de intentie om uitpuittend te zijn maar vooral om toekomstbeelden met elkaar te delen staan hieronder enkele scenario's beschreven:

Scenario a: uitbreiding van het dagvenster tot 20.00 uur

De ANW-zorg wordt door patiënten nu vaak gebruikt als uitbreiding van de dagzorg of als loket om buiten kantooruren een huisarts te raadplegen. Dat is een maatschappelijk fenomeen, waarbij ook winkels, gemeentekantoren, tandartspraktijken langere openingstijden kennen. Uitbreiding van de toegankelijkheid van de huisartsenzorg overdag kan de aanloop naar de ANW-spoedzorg beperken. Huisartspraktijken kunnen zelf verantwoordelijk zijn voor de huisartsenzorg tussen 8 en bijvoorbeeld 20 uur. Voor de HAP betekent dit dat deze beschikbaar is voor de acute huisartsenzorg tussen 20 en 8 uur. Voor de verlenging van het dagvenster van 17 tot 20 uur zijn verschillende invullingen denkbaar. Deze invullingen zullen per hagro en HAP-gebied gekozen kunnen worden afhankelijk van de wensen en mogelijkheden van de betrokken huisartsen. Denk daarbij aan een afwisselend avondspreekuur met een aantal praktijken. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is praktijkverkleining.

Dit scenario levert het volgende op:

- uitbreiding dagvenster vergroot de beschikbaarheid van huisartsenzorg overdag en biedt daarmee meer continuïteit;
- uitbreiding dagvenster verhoogt de drempel om naar de post te gaan;
- het aantal diensturen op de HAP neemt af.

Scenario b: één centrale triage voor de keten acute zorg

De triage van de spoedzorg is centraal geregeld in één callcenter tijdens de ANW-uren. De centrale triage verwijst de patiënt vervolgens in de keten naar de plek waar hij het best geholpen kan worden. De huisartsenpost triert voor de thuiszorg of de ambulance met een gezamenlijke verantwoordelijkheid van spoedketenpartners en een blijvende poortwachtersrol voor huisartsen. De samenwerking tussen de huisartsenpost en keten is maximaal en optimaal georganiseerd. In de regio Kopenhagen (Denemarken) functioneert een dergelijk call centrum. In Nijmegen experimenteert men momenteel met een gecombineerde triage met de thuiszorg. Onder de noemer springplankprojecten lopen er projecten in Friesland, Zwolle, Zeeland en Gelderland om de zorgcoördinatie tussen huisartsenposten en meldkamers te stroomlijnen.

Dit scenario levert het volgende op:

- de patiënt ervaart spoed en hoeft zelf niet de keuze te maken waar hij denkt dat de meest geschikte vorm van spoedzorg te vinden is;
- de patiënt kent één telefoonnummer voor spoed (één voordeur);
- één persoon (triagist) bepaalt het type spoedzorg voor de patiënt in de keten.

Scenario c: 24-uurs HAP voor alle acute zorgvragen

Het anders inrichten van de acute huisartsenzorg zou er toe kunnen leiden dat er nadrukkelijker onderscheid wordt gemaakt tussen de reguliere huisartsgeneeskundige zorg en spoedeisende zorg, in de ANW maar ook overdag. Op dit moment onderbreekt een spoedgeval de reguliere huisartsenzorg van een huisarts. Wanneer de HAP ook overdag voor spoedgevallen beschikbaar is, zal dit niet meer het geval zijn. Dit zou kunnen betekenen dat er op termijn steeds meer huisartsen komen die zich vooral in de huisartsspoedzorg specialiseren.

Hierbij speelt wel het risico dat de huisarts de expertise in de acute zorg verliest en het huisartsenvak als minder aantrekkelijk ziet wanneer in de dagpraktijk weinig tot geen spoedeisende zorg meer voorkomt. Ook is er minder continuïteit van zorg en zal er sprake zijn van meer defensief handelen omdat de patiënt op de HAP niet bekend is, met een toename van de kosten als gevolg. Bovendien is het de vraag of dit scenario eerder werkdruk door toename aantal diensturen in de hand werkt in plaats van verminderd.

Dit scenario levert het volgende op:

- 24/7 HAP vermindert werkdruk overdag voor de huisarts;
- duidelijkheid voor de patiënt, die met spoedvragen altijd (24/7) bij de HAP terecht kan.

Scenario d: Populatiezorg in een brede spoedeisende organisatie (SEMD)

In de toekomst zou de ANW-zorg anders ingericht kunnen worden waarbij er sprake is van een geïntegreerde, multidisciplinaire organisatie voor de spoedzorg. Binnen deze Spoedeisende Medische Dienst (SEMD) is de hele keten betrokken en zijn de huisartsgeneeskundige activiteiten ingebed. Door de samenwerking tussen ambulancedienst, SEH, specialistische zorg, GGZ en thuiszorg kan na de telefonische triage direct naar de juiste zorgverlener doorverwezen worden.

Dit scenario levert het volgende op:

- de patiënt ervaart spoed en hoeft zelf niet de keuze te maken waar hij denkt dat de meest geschikte vorm van spoedzorg te vinden is;
- minder verplaatste dagzorg naar andere spoedvoorzieningen;
- verantwoordelijkheid voor invulling diensten ligt bij SEMD, niet langer bij individuele praktijkhouder

5. CONCLUSIES / VERVOLGSTAPPEN

Om (een aantal van) deze scenario's verder uit te kunnen werken, moeten pilots worden opgezet. Hiermee kan getoetst worden voordat deze mogelijk breder toegepast worden. Op basis van de uitkomsten kan bepaald worden welke veranderingen in de organisatie van de ANW-zorg het gewenste effect hebben op zowel het verlagen van de werkdruk als de toekomstbestendigheid van het systeem.

Voor het uitvoeren van de pilots zijn randvoorwaarden nodig waar het de organisatorische invulling, juridische kaders en financiële ondersteuning betreft. Bijvoorbeeld de uitbreiding van het dagvenster: hiervoor moet voldoende capaciteit beschikbaar zijn om de uren in te kunnen vullen. Het is vanzelfsprekend niet de bedoeling dat huisartsen zelf van 8.00-20.00u werken, maar dat betekent wel dat er ook financieel ruimte moet zijn om de extra inzet van huisartsen te kunnen bekostigen. Iets vergelijkbaars geldt voor een spoedeisende medische dienst (SEMD). Deze geïntegreerde samenwerking vraagt een bekostiging die de huidige gescheiden budgetkaders overstijgt.

Om aan deze randvoorwaarden te kunnen voldoen is medewerking van VWS, ZN, de zorgverzekeraars, NZa, IGZ en PFN nodig. We doen dan ook nadrukkelijk een beroep op hen om ons te faciliteren door de nodige experimenteerruimte te scheppen om hier zo snel mogelijk mee aan de slag te kunnen gaan.

BIJLAGE - Uitwerking van de oplossingen

- **Verbeteren van de triage**

De huidige Nederlandse Triage Standaard (NTS) wordt door de huisartsen als (te) defensief ervaren. Dit betekent dat huisartsen vinden dat er te veel patiënten op de HAP komen die geen acute zorgvraag hebben en daarmee buiten het aanbod voor spoedeisende huisartsgeneeskundige zorg vallen. Daarnaast is het aantal contacten met een hogere urgentie (U1 en U2) toegenomen. Veel triagisten ervaren de digitale omgeving als star en zien het systeem als leidend in plaats van hulpmiddel. InEen, NHG en NTS onderzoeken in het project 'Grip op triage' welke ingangsklachten leiden tot een urgentie-toewijzing U1 en U2, welke vervolgcacties er worden gekozen per ingangsklacht met urgentie U1 en U2 en hoe vaak van de triage-uitkomst U1 en U2 per ingangsklacht afgeweken wordt door de triagist. Daarnaast wordt gekeken of de triagecriteria van die ingangsklachten aangepast moeten worden. Om eenduidigheid over het juiste gebruik van NTS te krijgen lopen er momenteel gesprekken tussen de NTS, gebruikers van de NTS, huisartsen en scholingsinstituten. De resultaten van deze onderzoeken worden in september verwacht. Op basis van de uitkomsten kan gekeken worden welke vervolgstappen mogelijk en wenselijk zijn om de NTS aan te passen.

- **Inzet van moderne communicatiemiddelen**

Patiënten kunnen geïnformeerd worden door bijvoorbeeld thuisarts.nl en moetiknaardedokter.nl op te nemen op bandjes, website en flyers van HAP's én huisartsenpraktijken. Ook kan met behulp van beeldtrage (patiënt wordt gezien via app) mogelijk een consult op de post worden voorkomen. Het is dan ook zaak om waar mogelijk e-health in te zetten om zo zelfmanagement te bevorderen en de patiënt van goede informatie te voorzien.

- **Publiekscampagne**

De zorg op de HAP wordt op dit moment teveel gezien als een verlenging van de zorg in de dagpraktijk. Het besef dat de HAP uitsluitend bedoeld is voor acute zorgvragen die niet kunnen wachten tot de volgende dag is onvoldoende aanwezig bij patiënten.

Om ervoor te zorgen dat patiënten zich meer bewust zijn van het feit dat de huisartsenpost is ingericht voor acute zorgvragen en niet voor grote volumes, is een publiekscampagne een mogelijkheid. Een landelijke publiekscampagne heeft niet de voorkeur vanwege het beperkte verwachte effect en de grote benodigde investering. In plaats daarvan wordt een lokale/regionale aanpak voorgesteld die meer op maat gemaakt kan worden. Vanuit de huisartsenorganisaties wordt dit gefaciliteerd. Voor de kosten zullen overheid en zorgverzekeraars een bijdrage moeten leveren want LHV, VPH en InEen kunnen en willen deze campagne niet zelf financieren. Wel zullen wij ons ervoor inzetten om hiervoor draagvlak bij het ministerie van VWS en/of zorgverzekeraars te creëren.

- **Ruimte in de dagzorg voor ANW-patiënten**

Bereikbaarheid overdag kan beter geregeld worden door HAP's de mogelijkheid te bieden consulten in de dagpraktijk in te plannen of agenda's op elkaar af te stemmen door met aangesloten huisartsen afspraken hierover te maken. In sommige regio's wordt hiermee geëxperimenteerd. Op basis van de ervaringen kan dit breder toegepast worden.

- **Bereikbaarheid en beschikbaarheid overdag**

De bereikbaarheid (bijvoorbeeld telefonisch) en beschikbaarheid (hoe snel kan ik terecht) overdag is steeds moeilijker te garanderen vanwege de toegenomen werkdruk overdag. Dit draagt bij aan een groter beroep op de huisartsenzorg buiten kantooruren. Door gebruik te maken van moderne digitale ondersteuning en een verbeterde telefonische bereikbaarheid overdag kan een deel van het bezoek aan de HAP door patiënten die tot de volgende dag hadden kunnen wachten worden voorkomen. Om de bewustwording ten aanzien van de bereikbaarheid overdag te vergroten kan de HAP de huisarts spiegelinformatie geven over de frequentie en aard van de klachten waarmee patiënten uit die praktijk de HAP bezoeken.

- **Beschikbaarheid van ketenpartners**

Onder huisartsenzorg valt geen specialistische (verpleeg)zorg voor oudere of psychiatrische patiënten. In acute zorgsituaties reikt de zorgvraag vaak verder dan wat de huisarts op de huisartsenpost kan bieden. Daarom is goede samenwerking met ketenpartners essentieel. De beschikbaarheid van ketenpartners zoals crisisdienst en verpleegzorg tijdens ANW-uren is echter vaak een probleem dat het werken op de HAP belemmert. Bovendien krijgt de patiënt niet tijdig de juiste zorg op de juiste plek. Voor optimale zorg moeten ketenpartners ook 24x7 bereikbaar en beschikbaar zijn.

Bij landelijke partners wordt nadrukkelijk aandacht gevraagd voor een betere bereikbaarheid en beschikbaarheid van de totale acute keten in de zorg. Voor zover mogelijk worden met ketenpartners bindende afspraken gemaakt, landelijk en regionaal, ook over de implementatie. Regionaal is het van belang om de verschillende partijen zoals thuiszorg, mogelijkheden voor verblijf voor oudere patiënten, GGZ, SEH, RAV en farmaceutische spoedzorg om tafel te krijgen om gezamenlijk te onderzoeken waar knelpunten in de keten zitten en hoe deze op te lossen zijn.

- **Uitwisseling en beschikbaarheid van medische gegevens**

Partijen in de keten moeten om goede zorg te kunnen leveren medische gegevens en medicatiegegevens van patiënt kunnen uitwisselen. De beschikbaarheid van deze gegevens is nog niet optimaal.

Een goed functionerende gegevensuitwisseling is essentieel, evenals de bereidheid bij alle professionals de gegevens ook te delen. Op regionaal niveau kunnen de ketenpartners afspraken hierover maken. Privacywetgeving moet hierbij wel in ogenschouw genomen worden.

- **Werkverdeling SEH-HAP**

Vanwege de grote belasting van nachtdiensten is het wenselijk dat er gedurende de nacht intensiever met de SEH samengewerkt wordt en deze voor zover mogelijk een deel van de zorg (bijvoorbeeld consulten) overneemt. Hierdoor kan de werkdruk en –belasting op de HAP verlaagd worden. Als alternatief voor het overnemen van diensten door de SEH is afstemming over een optimale verdeling van beschikbare capaciteit tussen SEH en HAP een oplossing.

Er wordt geïnventariseerd hoe taken tussen SEH en HAP anders verdeeld kunnen worden om de beschikbare capaciteit optimaal te benutten. Er dienen goede afspraken gemaakt te worden hoe de regierol van huisartsen gewaarborgd blijft.

- **Anios huisartsgeneeskunde**

Veel praktijkhouders willen graag minder diensten doen terwijl waarnemers (die naar verhouding al meer diensten doen) niet nog meer diensten op zich willen nemen. Een mogelijke oplossing is de invoering van de anios huisartsgeneeskunde.

Door het creëren van de functie anios huisartsgeneeskunde voor afgestudeerde basisartsen die affiniteit hebben met het huisartsenvak, met een duidelijk afgebakend takenpakket, komen er extra artsen beschikbaar op de HAP die, onder supervisie van de huisarts, zelfstandig patiënten kunnen zien. De dienstenlast voor praktijkhouders zou hierdoor verminderen. Dit zou door middel van een pilot in een aantal regio's getest kunnen worden en bij succes landelijk vervolg kunnen krijgen.

- **Taakherschikking**

Om de werkdruk tijdens de dienst te verkleinen is taakherschikking een mogelijkheid.

Voorbeelden hiervan zijn het inzetten van verpleegkundig specialisten en physician assistants, maar ook van spreekuurondersteuners op de huisartsenpost. Een ander voorbeeld is verpleegkundig specialisten in te zetten voor visites voor geprotocolleerde zorg. Ook is de inzet van de zogenaamde omloopassistent die de patiënt voorbereiden op het consult een oplossing. De effecten van taakherschikking, waar deze al wordt toegepast, dienen in kaart te worden gebracht. Om taakherschikking mogelijk te maken is het van belang om hiervoor budgetten ter beschikking te stellen. Momenteel is het budget voor de HAP (110%) in dat kader te krap.

Daarnaast is het noodzakelijk om draagvlak te creëren voor het opleiden van verpleegkundig specialisten en physician assistants bij huisartsen.

- **Differentiatie van het ANW-tarief**

Met name nachtdiensten worden als belastend ervaren en verstoren de dagpraktijk. Bovendien is het in veel beroepen gebruikelijk om een onregelmatigheidstoeslag te krijgen voor werken 's nachts of op feestdagen.

Vanuit het oogpunt van een marktconforme beloning streven we naar een ander tarief voor nachtdiensten en feestdagen, onder andere om de waarneming die in de dagzorg na een dienst nodig is te kunnen bekostigen.

- **Andere inroostering**

Per HAP kan worden bekeken in hoeverre er mogelijkheden zijn om door middel van een andere inroostering de diensten beter behapbaar te maken. Bijvoorbeeld het doen van nachtdiensten in blokken of het wisselen tussen consult en visite halverwege een dienst. Van belang is dat huisartsen hierover goede afspraken kunnen maken met de HAP.

- **Andere planning niet-urgente patiënten**

HAP's zouden ook kunnen experimenteren met een andere planning van patiënten met minder en niet acute zorgvragen (U3, U4, U5). In plaats van de huidige manier, waarbij patiënten een afspraak krijgen, zouden patiënten aan de telefoon te horen kunnen krijgen dat hun urgentie van hun klacht zodanig laag is dat zij rekening moeten houden met een bepaalde wachttijd.

Een aangepast systeem van de planning van patiënten kan op een aantal HAP's getest worden, waarbij er ook evaluatie plaats dient te vinden van de daadwerkelijke effecten.