



MWM²
experts in luisteren



LHV
Landelijke Huisartsen Vereniging



Huisartsen
vereniging praktijkhoudende huisartsen



ORGANISEERT DE EERSTE LIJN

Flitspeiling Avond-, Nacht-, en Weekenddiensten

Kwantitatieve meting naar ANW-diensten
onder huisartsen in Nederland

Inhoudsopgave



Management Summary
Pagina 3



Resultaten
Pagina 8



Bijlagen
Pagina 28

Management Summary



De aanleiding

- ANW-zorg is een veelbesproken onderwerp onder huisartsen in Nederland. Uit eerdere kwalitatieve interviews die MWM2 voor LHV in 2020 heeft uitgevoerd, kwam naar voren dat er ruimte voor verbetering is in de manier waarop de Avond-, Nacht- en Weekenddiensten georganiseerd zijn.
- Om de kwaliteit van de eerstelijnszorg in de ANW-diensten te kunnen waarborgen, moet de opzet veranderen. Hiervoor zijn uit de kwalitatieve interviews verschillende denkrichtingen naar voren gekomen om de belasting voor huisartsen tijdens de ANW-diensten te verminderen.
- Bij de huisartsenkoepels LHV, VPH en InEén bestaat de wens om een aantal zaken te kwantificeren onder een grotere groep huisartsen. Zoals de houding ten aanzien van de huidige organisatie van de ANW-zorg én mogelijke andere manieren om dit te organiseren. Zo is de Flitspeiling ANW ontstaan.
- Met de inzichten uit deze flitspeiling kan goed onderbouwd het gesprek aan worden gegaan met verschillende organisaties, om zo verandering aan te brengen in de organisatie van de ANW-zorg.



Het onderzoek

Hoe kan de invulling van ANW-diensten zonder kwaliteitsverlies aangepast worden?

Er zijn inzichten nodig in de manier waarop de ANW-diensten beter verdeeld kunnen worden. Het doel is om zo de dienstendruk op de individuele huisartsen beter te verdelen en tot evenwichtige inzetten te komen.

Onderzoeksvragen

- Vinden huisartsen dat er iets moet veranderen in de opzet van de ANW-diensten?
- Wat zijn de wensen en behoeften van huisartsen met betrekking tot de ANW-diensten?
- In hoeverre kunnen huisartsen zich vinden in de voorgestelde scenario's?
- Wat zijn de verschillen tussen verschillende typen huisartsen?

Kwantitatief onderzoek onder een grote groep huisartsen

Het onderzoek is uitgevoerd via een online enquête onder ruim 10.000 huisartsen die lid zijn van de LHV. Men kreeg een korte, to-the-point vragenlijst voorgelegd die bestond uit 15 gesloten vragen en zes open vragen. In totaal hebben n=3.231 huisartsen de vragenlijst volledig ingevuld.

Een volledige onderzoeksverantwoording is terug te vinden in de bijlage van deze rapportage.

Leeswijzer

In de management summary geven we de belangrijkste onderzoeksresultaten weer. Dit zijn de inzichten in de manieren waarop de invulling van de ANW-diensten aangepast zouden kunnen worden. Zoals afgesproken beschrijven we in deze rapportage alleen de uitkomsten van het onderzoek en doen we geen aanbevelingen.

Na de management summary volgen de resultaten van iedere vraag uit het onderzoek. Voor een optimale leesbaarheid hebben we deze rapportage zo visueel mogelijk gemaakt. Naast de resultaten op totaalniveau, visualiseren we de uitkomsten ook naar de verschillende typen huisartsen*:

- **Praktijkhouder**
- **HID**
- **HIDHA**
- **Waarnemer**

Tekstueel geven we ook aan wat de belangrijkste significante verschillen op totaalniveau zijn binnen regio, geslacht en leeftijd. Tevens kijken we naar de combinatie van huisartstype, geslacht en leeftijd. Daarvan rapporteren we de grootste significante verschillen bij subgroepen met 100+ respondenten.

De resultaten van de zes open vragen geven we door middel van 'bloemlezingen' weer. Dat houdt in dat we de open antwoorden hebben doorgelopen en vervolgens zoveel mogelijk gegroepeerd, echter zonder de resultaten te kwantificeren. Per cluster geven we een aantal illustratieve letterlijke open antwoorden. In de bloemlezingen geven we ook aan of de betreffende uitspraak is gedaan door een Praktijkhouder, HID(HA) of Waarnemer.

* Er heeft slechts 1 AIOS aan dit onderzoek deelgenomen, waardoor we niet naar deze groep uitsplitsen.

Resultaten

Flitspeiling ANW-diensten

Helft van de huisartsen is (zeer) ontevreden over huidige ANW-diensten.

Waarnemers zijn het minst ontevreden, wat het sterkste geldt voor mannelijke waarnemers. De mate van tevredenheid over de huidige ANW-diensten hangt onder meer samen met verantwoordelijkheid, werkdruk, (onverantwoord) lange werkdagen en extra drukte door oneigenlijke zorgvraag tijdens de ANW-diensten.

Overdag geen verandering gewenst in spoedzorg, voor nachtdiensten wel.

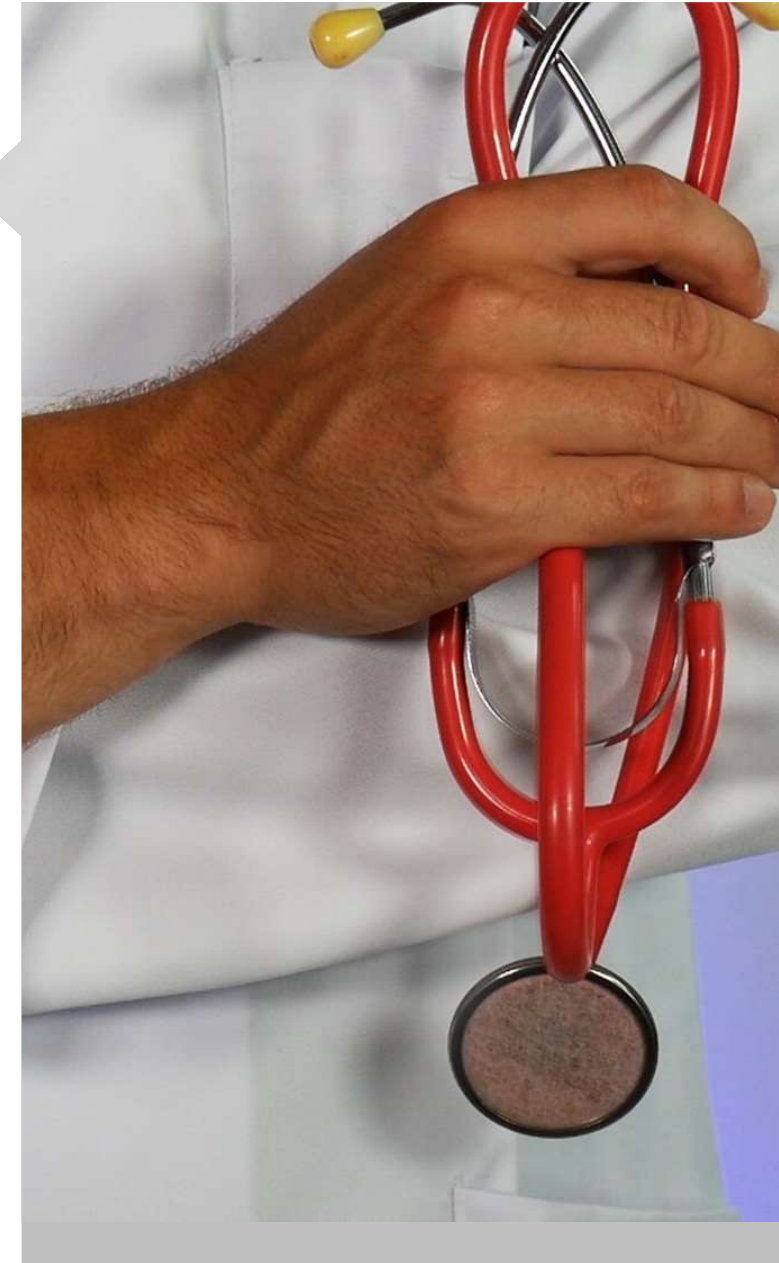
Over de exacte invulling van de spoedzorg in de nacht verschillen de meningen. De voorkeur voor een scenario waarbij andere zorgpartijen de huisartsenspoedzorg overnemen (palliatieve zorg uitgezonderd) is daarbij net iets lager dan bij het scenario waarbij huisartsen alleen beschikbaar zijn voor spoedzorg die niet door andere partijen kan worden uitgevoerd. Een derde van de mannelijke waarnemers wil dat de spoedzorg in de nacht blijft zoals deze is.

Spoedzorg in ANW invullen door alle huisartsen of een integrale spoedpost.

Ruim 9 op de 10 huisartsen vindt dat de verantwoordelijkheid voor de invulling van de huisartsenspoedzorg in de ANW moet veranderen. Praktijkhouders hebben een voorkeur voor verantwoordelijkheid bij alle huisartsen (vooral onder vrouwelijke praktijkhouders onder 50 jaar). Bij waarnemers ligt de voorkeur meer bij invulling door een integrale spoedpost (onder vrouwelijke waarnemers is dat hoger dan onder mannelijke waarnemers).

Gedeelde verantwoordelijkheid voor invulling van spoedzorg in ANW.

Wanneer de verantwoordelijkheid voor de invulling van de ANW-diensten bij huisartsen blijft, dan is een grote meerderheid voor een verdeling van deze diensten over alle huisartsen. Ook de helft van de waarnemers kiest voor dit scenario, behalve jongere mannelijke waarnemers die een voorkeur voor de huidige situatie hebben.



Resultaten

Flitspeiling ANW-diensten

Kleinere praktijken zijn niet de oplossing voor de druk van ANW-diensten.

Vrijwel net zoveel huisartsen zijn positief als negatief over een scenario met kleinere praktijken. Praktijkhouders kijken negatiever tegen dit scenario aan dan andere typen huisartsen. Ook degenen die in de basis positief zijn over praktijkverkleining, twijfelen soms over de praktische en financiële haalbaarheid ervan. Men geeft ook aan dat het verkleinen van praktijken geen oplossing is voor de druk van de ANW-diensten.

Geïntegreerde spoedpost is stip op de horizon.

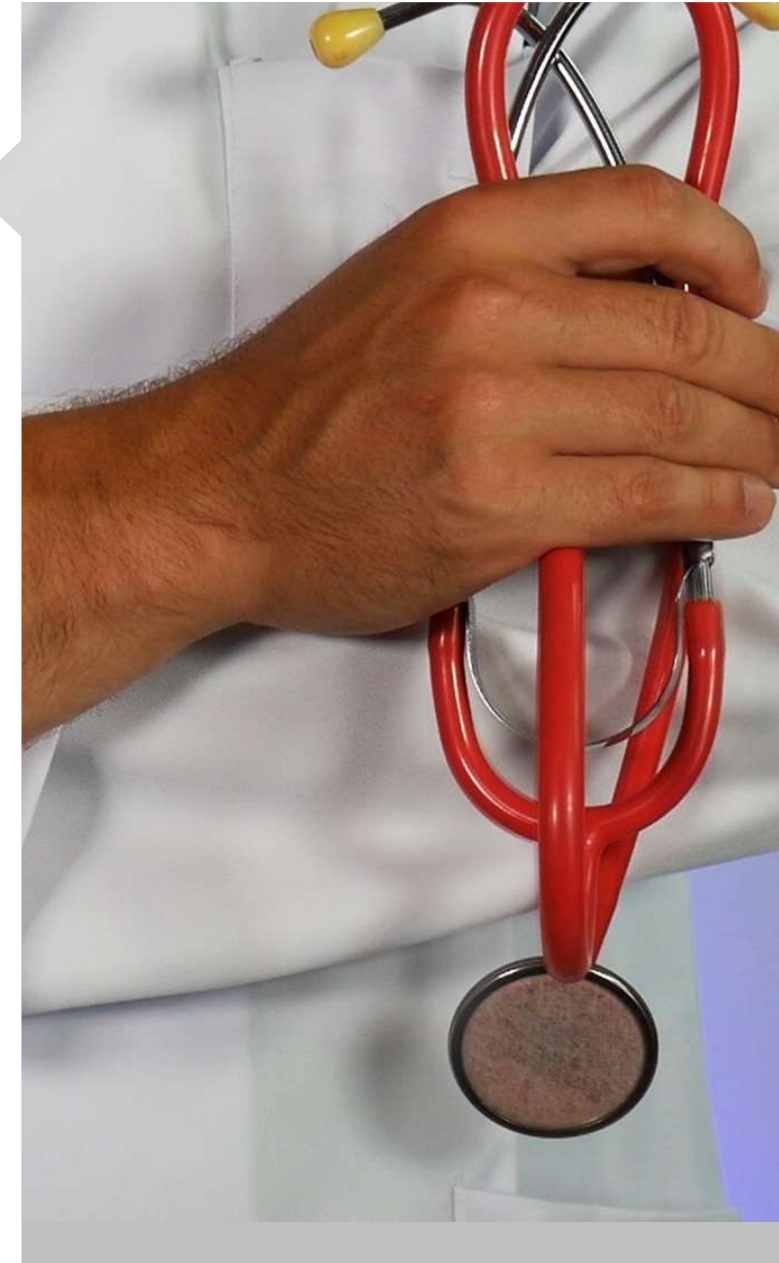
Voor de huisartsenspoedzorg in de toekomst kiezen veruit de meeste huisartsen voor een andere invulling, namelijk voor een geïntegreerde spoedpost (met ambulancedienst, SEH, acute GGZ en andere acute zorgpartners). Er is grote voorkeur voor een integrale spoedpost waar huisartsen niet de volledige regie en verantwoordelijkheid hebben, maar mogelijk wel de belangrijkste partij voor de triage zijn. Een op de vijf mannelijke waarnemers geeft aan dat men de huisartsenspoedzorg net als nu gescheiden wilt houden van andere spoedzorg.

Scheiden dagdiensten en ANW-/nachtdiensten vaak genoemd.

Een vaak genoemde suggestie voor een andere invulling van de ANW-zorg is het scheiden van de dagdiensten en de ANW-/nachtdiensten. Een ander idee om de druk van de ANW-diensten te verminderen is het veranderen van de herregistratie-eisen. Ook minder diensten voor oudere huisartsen worden als een oplossing gezien voor de toekomstige organisatie van de ANW-zorg.

Invulling van het aantal ANW-diensten verschilt per type huisarts.

Praktijkhouders draaien vaker meer dan 10 avond- en/of weekenddiensten per jaar. Bijna 1 op de 10 waarnemers draait meer dan 20 nachtdiensten per jaar; bij jonge mannelijke waarnemers is dat 1 op de 5. Mannelijke praktijkhouders en waarnemers draaien vaker 20+ avonddiensten per jaar dan hun vrouwelijke collega's. 10% van de oudere waarnemers draait meer dan 20 weekenddiensten per jaar (gemiddeld is dat 3%).



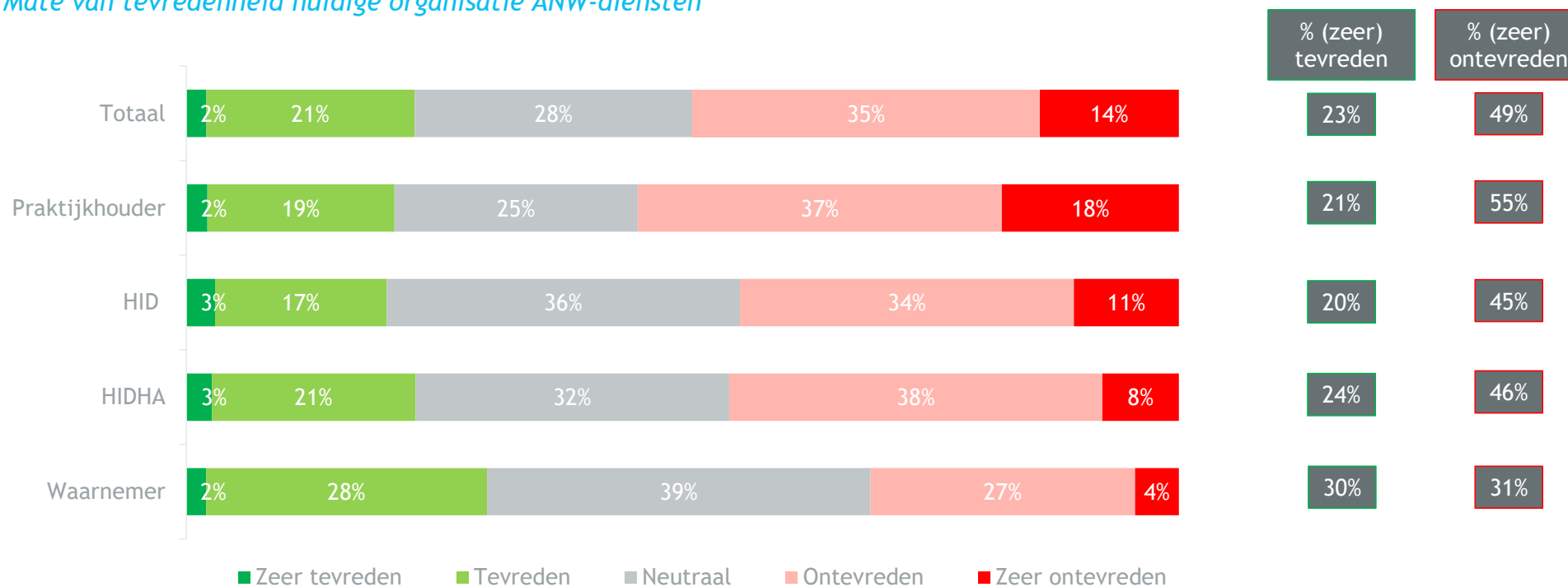
Resultaten



Huisartsen zijn niet tevreden over organisatie van ANW-diensten.

De helft is niet tevreden met de huidige organisatie van de diensten. Praktijkhouders zijn er het minst tevreden over. Waarnemers zijn net zo vaak tevreden als ontevreden over de huidige ANW-diensten.

Mate van tevredenheid huidige organisatie ANW-diensten



Meer mannen dan vrouwen zijn (zeer) tevreden over de manier waarop de ANW-diensten nu zijn georganiseerd (26% tegen 21%). Mannelijke waarnemers zijn het meest tevreden over de huidige organisatie van ANW-diensten (39%).

Vraagstelling: Hoe tevreden of ontevreden bent u - alles bij elkaar genomen - over de manier waarop de ANW-diensten nu zijn georganiseerd?
 Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n= 107, waarnemers n=657)

Meerdere factoren bepalen de tevredenheid over ANW-diensten.

Verantwoordelijkheid en flexibiliteit zijn daarbij belangrijk. Ook werkdruk, (onverantwoord) lange werkdagen en extra drukte tijdens de ANW-diensten beïnvloeden de mate van tevredenheid.

Mate van tevredenheid huidige organisatie ANW-diensten: toelichting

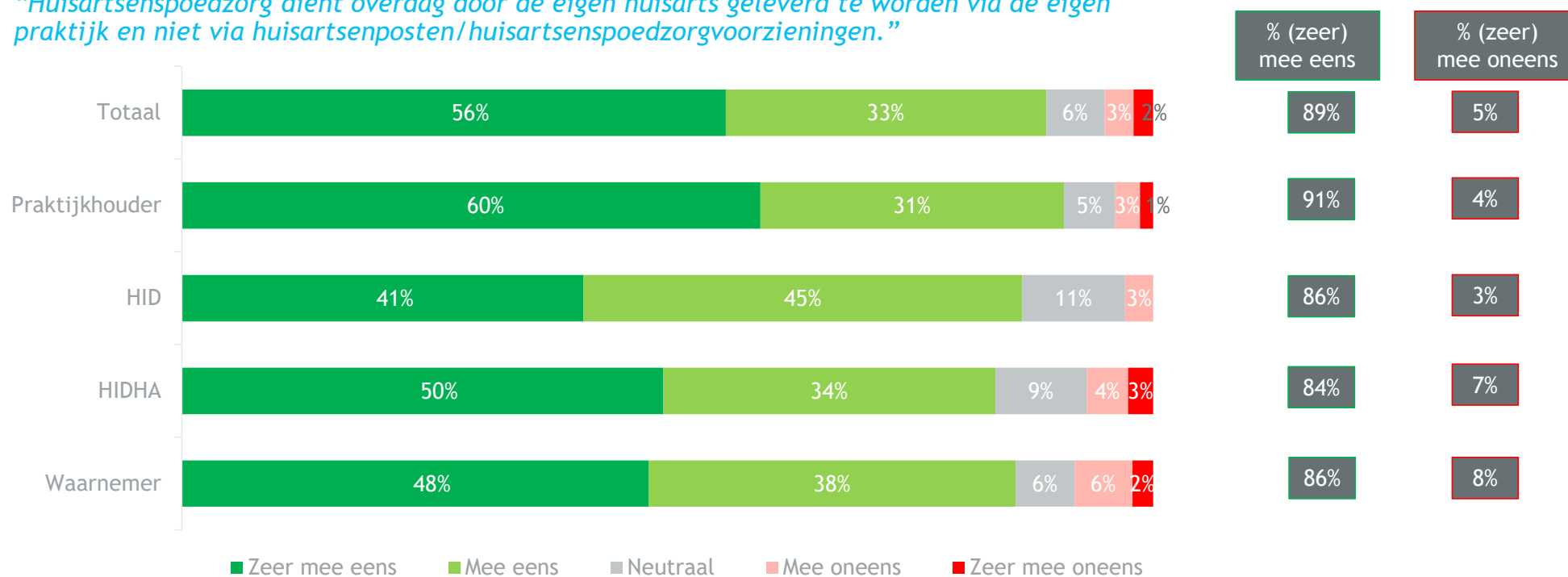
	Verantwoordelijkheid & flexibiliteit	Werkdruk	Werkomgeving	Lengte werkdagen	Extra drukte
(zeer) Tevreden (23%)	” Als waarnemer is de werkdruk rondom diensten beter te verdelen. Verantwoordelijkheid hoort erbij. (W)	” Ik kan zelf aantal diensten kiezen, werkdruk is redelijk. (W)	” Autonome post, (...), korte lijntjes, iedereen kent iedereen. Loop je snel wat harder indien nodig. (P)	” Nadeel blijf ik vinden dat een avonddienst duurt tot na 23 of 24 uur. Het is niet gezond om dat te combineren met werken de dag ervoor of erna. (P)	” De organisatie is prima, maar de toegang moet worden beperkt tot alleen spoedzorg. (W)
Neutraal (28%)	” Als waarnemer kies ik zelf de diensten die ik wil doen. Ik snap dat het voor praktijkhouders lastiger is. (W)	” (...) Over de nachten echter minder tevreden i.v.m. hogere werkdruk en mindere bezetting. (P)	” De HAP waar ik werk, is goed georganiseerd qua materiaal, telefonie, ICT. (P)	” (...) Onverantwoord dat een professional met zoveel verantwoording zo lang achtereen onder zo hoge druk werkt. (H)	” HAP als putje van zorg is slechte ontwikkeling: andere zorgwerkers poetsen de plaat op ernstige manier. (P)
(zeer) Ontevreden (49%)	” Eindverantwoordelijkheid voor invullen van de diensten ligt eenzijdig bij praktijkhoudende huisartsen. (P)	” Onmogelijk als praktijkhouder om zelf al die diensten te doen. (P)	” Werken op de post is onpersoonlijk, maar functioneel. Wisselend team maakt dat je mensen maar matig leert kennen. (W)	” Avonddienst na een drukke dagdienst levert geen fitte en alerte dokter op. Werkdagen zijn te lang. (P)	” Regelmatig hoge werkdruk op de post door grote aantallen patiënten met niet-spoedeisende klachten. (P)

Vraagstelling: Hoe tevreden of ontevreden bent u - alles bij elkaar genomen - over de manier waarop de ANW-diensten nu zijn georganiseerd? Kunt u uw antwoord toelichten?
Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n= 107, waarnemers n=657)

Huisartsenspoedzorg dient overdag via de eigen praktijk te gaan.

Bijna 9 op de 10 huisartsen vindt dat huisartsenspoedzorg overdag via de eigen praktijk dient te gaan. Er zijn daarbij geen grote verschillen te zien tussen de verschillende huisartstypen.

“Huisartsenspoedzorg dient overdag door de eigen huisarts geleverd te worden via de eigen praktijk en niet via huisartsenposten/huisartsenspoedzorgvoorzieningen.”



Vraagstelling: In welke mate bent u het eens of oneens met deze stelling? Huisartsenspoedzorg dient overdag door de eigen huisarts geleverd te worden via de eigen praktijk en niet via huisartsenposten/huisartsenspoedzorgvoorzieningen.

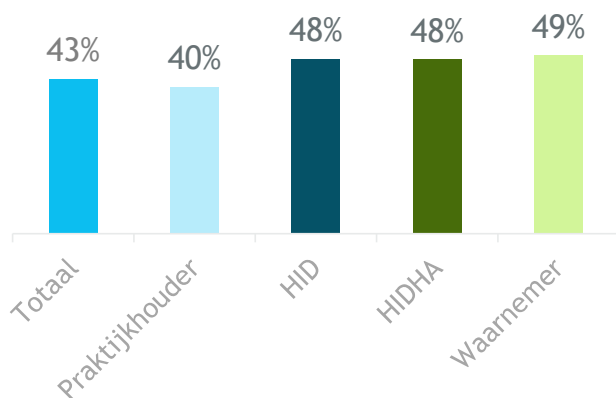
Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n= 107, waarnemers n=657)

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.

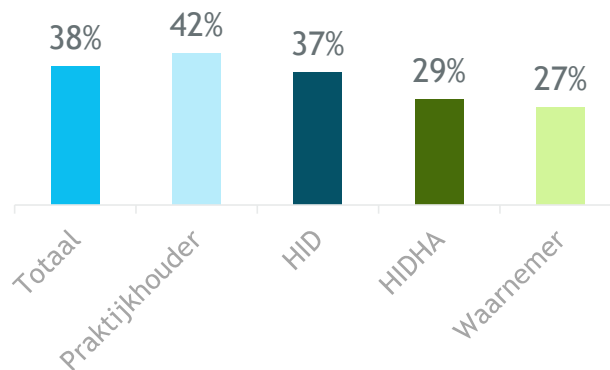
Naar welk van onderstaande scenario's gaat uw voorkeur uit?

“In de invulling van de nacht blijven huisartsen alleen beschikbaar voor spoedzorg die niet door andere zorgpartijen uitgevoerd kan worden.”



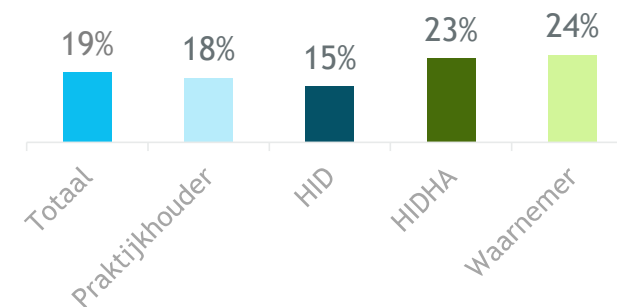
♀ Vrouwen hebben een sterkere voorkeur voor dit scenario dan mannen (48% tegen 36%). Vooral vrouwelijke waarnemers jonger dan 50 jaar kiezen hiervoor (54%).

“In de nacht is er zo weinig huisartsenspoedzorg dat deze beter door andere zorgpartijen uitgevoerd kan worden (uitgezonderd palliatieve zorg).”



♂ Mannen hebben een sterkere voorkeur voor dit scenario dan vrouwen (42% tegen 36%). Vooral mannelijke praktijkhouders van 50 jaar en ouder kiezen hiervoor (49%).

“De spoedzorg in de nacht blijft zoals deze is.”



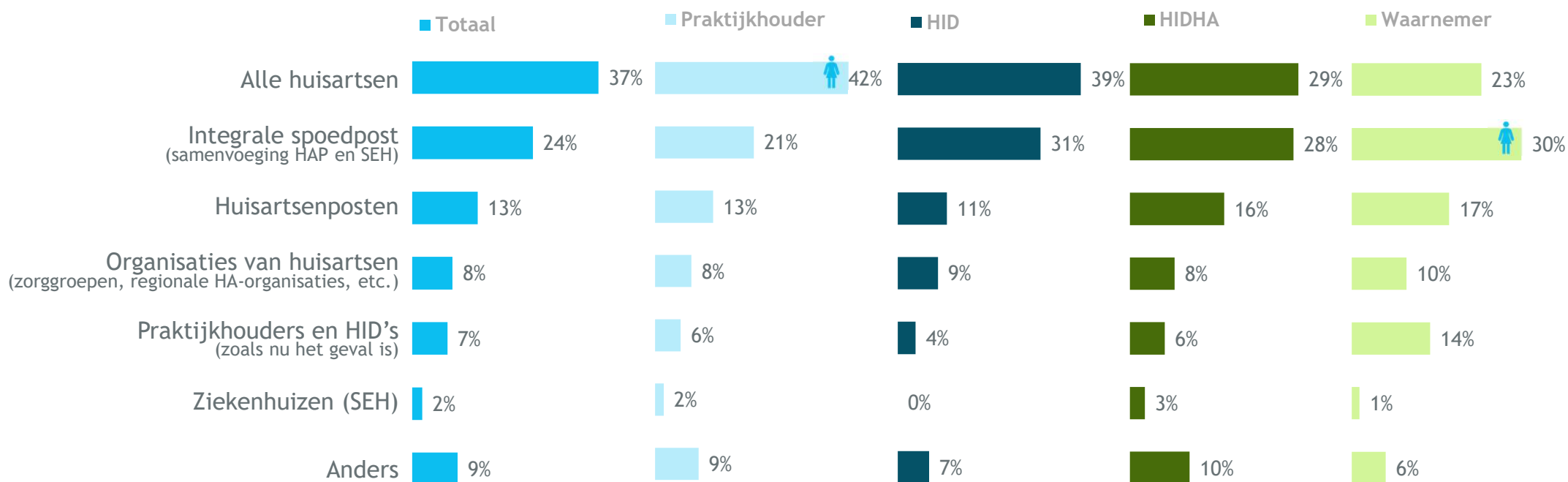
♂ Mannen hebben een sterkere voorkeur voor dit scenario dan vrouwen (22% tegen 17%). Vooral mannelijke waarnemers kiezen hiervoor (36%).

Vraagstelling: Hieronder ziet u een aantal scenario's over de invulling van de nachtdiensten. Naar welk van onderstaande scenario's gaat uw voorkeur uit?
Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n= 107, waarnemers n=657)

Invulling spoedzorg ANW door alle huisartsen of integrale spoedpost.

Praktijkhouders en HID's hebben sterkste voorkeur voor invulling door alle huisartsen. Waarnemers en HID's kiezen het meeste voor integrale spoedpost. Slechts 7% van de huisartsen kiest voor de huidige situatie.

Bij wie moet de verantwoordelijkheid voor de invulling van de huisartsenspoedzorg in de ANW liggen?



Vooraf vrouwelijke praktijkhouders jonger dan 50 jaar kiezen voor verantwoordelijkheid bij alle huisartsen (48%) en niet meer bij praktijkhouders/HID's (2%). Meer vrouwelijke dan mannelijke waarnemers hebben een voorkeur voor een integrale spoedpost (33% tegen 22%).

Vraagstelling: Wie zou volgens u idealiter middels een contract met de zorgverzekeraar verantwoordelijk moeten zijn voor de invulling van de huisartsenspoedzorg in de ANW (en daarmee verantwoordelijk om ervoor te zorgen dat elke dienst is opgevuld)?

Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n= 107, waarnemers n=657)

Gedeelde verantwoordelijkheid ANW-diensten is meest gewenst.

Bijvoorbeeld door ze voor waarnemers te verplichten, volgen van buitenlands model, huisartsenpost te verzelfstandigen, vrijstellen van oudere huisartsen van nachtdiensten of scheiden van dag- en ANW-diensten.

Verantwoordelijk voor invulling van huisartsenspoedzorg in ANW: toelichting

Alle huisartsen (37%)	Integrale spoedpost (24%)	Huisartsenposten (13%)	Praktijkhouder & HID's (zoals nu) (7%)	Anders, namelijk... (9%)
<p>” Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Ook waarnemers dienen hun verantwoording te nemen en niet alleen de krenten uit de pap (hoge uur tarieven) te kiezen. (H)</p>	<p>” Engels systeem waarbij (..) de "spoedzorg" georganiseerd wordt door een partij die daarbij gebruik kan maken van huisartsen die zich daar beschikbaar voor stellen. (P)</p>	<p>” Verzelfstandig de huisartsenpost. Geen verplichtingen meer voor praktijkhouders. Zo wordt zzp'er en praktijkhoudend huisarts meer gelijk. (P)</p>	<p>” Ik wil als waarnemer geen verplichting van diensten, passende bij de voorwaardes van mijn status waar ik bewust voor heb gekozen. (W)</p>	<p>” Andere zorgverleners zijn vrijgesteld van nachtdiensten na bepaalde leeftijd. De nachten worden naarmate je ouder wordt als zwaar ervaren (...). (P)</p>
<p>” Moeilijk te verdragen dat een waarnemer niet bijdraagt in de verantwoordelijkheid en wel exorbitante bedragen kan vragen. (P)</p>	<p>” Het is teveel voor alleen de praktijkhoudende huisartsen. Daarnaast komt er teveel onzin. Het is te druk. Geen leuk werk. (W)</p>	<p>” Dan moeten ze wel een markconform tarief kunnen betalen om huisartsen aan te trekken. (W)</p>	<p>” Omdat wij dit het beste kunnen. Moet wel beter betaald worden. (P)</p>	<p>” Een combinatie van alle huisartsen en de SEH en wijkverpleegkundigen. (P)</p>
<p>” Last alleen dragen door praktijkhouders zoals nu gebeurt niet eerlijk en niet houdbaar en maakt ook praktijkhouderschap minder aantrekkelijk. (W)</p>	<p>” Het is efficiënter om het zo te regelen: SEH met ambulance. Ik denk dat de nachtzorg van verpleeghuis er ook bij kan. (H)</p>	<p>” Combinatie van alle huisartsen in de regio via de huisartsenpost. (H)</p>	<p>” Laten we onze verantwoordelijkheid blijven nemen voor onze patiënten en ons soort zorg in de ANW uren. (P)</p>	<p>” Wat mij betreft mag er een tweedeling komen en dan keuze tussen contract voor alleen overdag of 24 uur. (P)</p>

Vraagstelling: Wie zou volgens u idealiter middels een contract met de zorgverzekeraar verantwoordelijk moeten zijn voor de invulling van de huisartsenspoedzorg in de ANW (en daarmee verantwoordelijk om ervoor te zorgen dat elke dienst is opgevuld)? Kunt u uw antwoord toelichten?

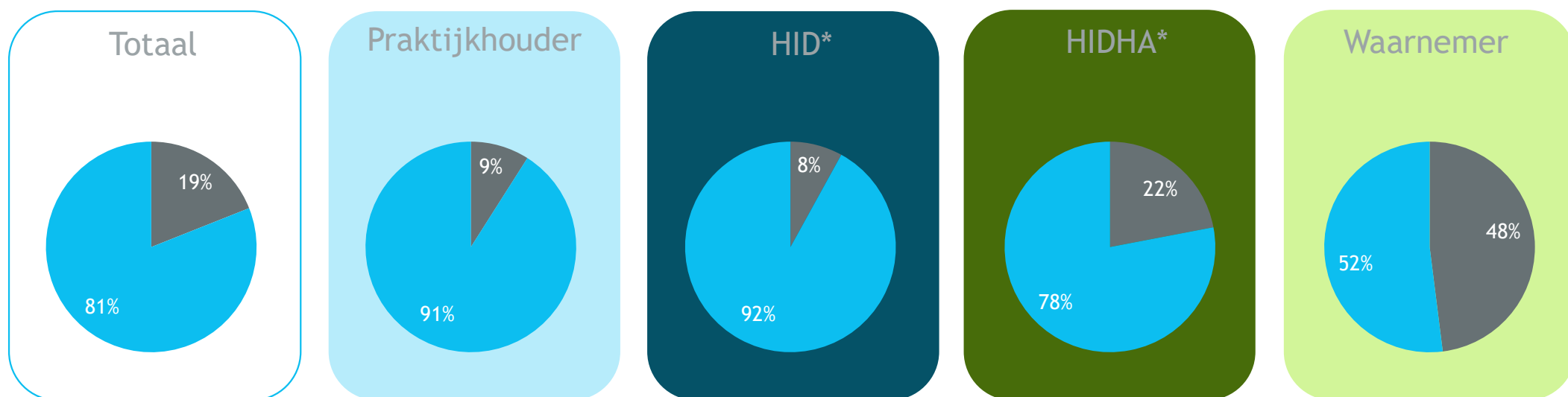
Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n= 107, waarnemers n=657)

(P) = Praktijkhouder (W) = Waarnemer (H) = HID(HA)

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 ANW-diensten 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 (30%).
De meeste jongere mannelijke waarnemers kiezen ervoor om de verantwoordelijkheid bij praktijkhouders en HID's te laten (mannelijke waarnemers onder 50 jaar: 57%).*

Vraagstelling: Momenteel zijn praktijkhouders en huisartsen in loondienst primair contractueel verantwoordelijk voor de invulling van de ANW-diensten. Als de verantwoordelijkheid hiervoor bij huisartsen blijft, naar welk van onderstaande situaties gaat uw voorkeur uit?

Basis: allen die eerder NIET 'alle huisartsen' of 'praktijkhoudende huisartsen' hebben gekozen n=1.797 (praktijkhouders n=1.244, HID n=59*, HIDHA n=76*, waarnemers n=418)

* Let op: kleine steekproef

Waarnemers moeten meer verantwoordelijkheid nemen of krijgen.

Voor waarnemers is hun flexibiliteit een recht en bewuste keuze; praktijkhouders geven aan dat ze dat niet eerlijk vinden of zijn van mening dat waarnemers de krenten uit de pap halen tegen hoge tarieven.

Verantwoordelijkheid ANW-diensten bij huisartsen: toelichting

Verantwoordelijkheid wordt verdeeld over alle huisartsen (81%)

” Ontlasten praktijkhouders. Geen krenten meer uit de pap voor waarnemers. (P)

” De waarnemers moeten meer verantwoordelijkheid krijgen. (W)

” Praktijkhouders zullen er straks niet meer zijn als er niks verandert. (P)

” Alle huisartsen willen hun zorg geven, dan moet dat ook eerlijk verdeeld worden zonder steeds oplopende waarneemtarieven. (P)

” Is toch echt eerlijker, maakt praktijkhouderschap mogelijk weer aantrekkelijker. (W)

” Als je huisarts wordt weet je dat diensten doen erbij hoort. Wat er nu gebeurt door de marktwerking, is dat de niet-gevestigde huisartsen veel meer verdienen dan de praktijkhouder/HIDHA voor dezelfde werkzaamheden. (H)

” Waarnemers zullen dan makkelijker zich aan een dagpraktijk willen verbinden. (P)

” Het praktijkhouderschap is nu niet goed te combineren met de diensten. Dit speelt mijn inziens mee in de keuze van veel waarnemers om geen praktijkhouder te worden. Als we grote problemen m.b.t. continuïteit overdag en overname praktijken willen voorkomen denk ik dat het nodig is om waarnemers mede verantwoordelijk te maken voor het invullen van een minimum aantal diensten per jaar. (P)

” Ik vind dat huisartsen alleen verantwoordelijk moeten zijn voor huisartsenzorg overdag tijdens kantooruren. (P)

Verantwoordelijkheid blijft bij praktijkhouders en HID(HA) (19%)

” Ik denk dat het absurd is zzp'ers verplicht werk aan te laten nemen. (W)

” Maar als waarnemer uitvalt is er geen alternatief, of moet ik als waarnemer een veel duurdere last minute waarnemer inhuren? (W)

” Onhoudbaar om waarnemers ergens toe te verplichten; hoeven ook niet aan regio gebonden te zijn. (P)

” Praktijkhouders wisselen niet van werkgebied. (P)

” Veel huisartsen die niet vast in dienst zijn werken in verschillende regio's. Volgens mij moet praktijkhouder of huisarts in loondienst veel aantrekkelijker worden gemaakt en gefaciliteerd. (W)

” Waarnemers nemen juist waar om deze verplichtingen niet te hebben. (P)

” Ik denk niet dat de waarnemers verantwoordelijk hoeven te zijn, maar wel evenredig mee ingedeeld worden bij de diensten in hun eigen regio. (P)

Vraagstelling: Momenteel zijn praktijkhouders en huisartsen in loondienst primair contractueel verantwoordelijk voor de invulling van de ANW-diensten. Als de verantwoordelijkheid hiervoor bij huisartsen blijft, naar welk van onderstaande situaties gaat uw voorkeur uit? Kunt u uw antwoord toelichten?

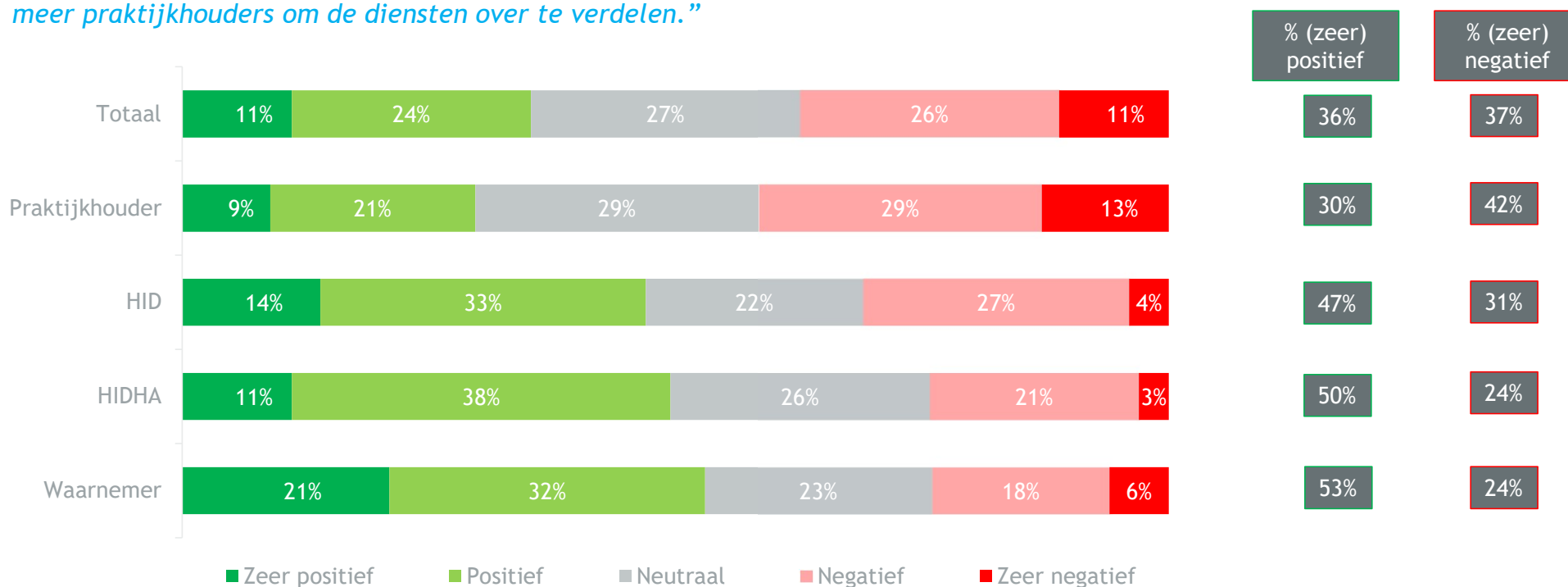
Basis: allen die eerder NIET 'Alle huisartsen' hebben gekozen n=1.797 (praktijkhouders n=1.244, HID n=59*, HIDHA n=76*, waarnemers n=418)

(P) = Praktijkhouder (W) = Waarnemer (H) = HID(HA)

Per type huisarts verschilt reactie op verkleining praktijken.

Praktijkhouders staan meer negatief dan positief tegenover dit scenario. Van de overige huisartsen is ongeveer de helft positief over kleinere praktijken, terwijl ongeveer een kwart negatief is.

“Kleinere praktijken betekent minder patiënten per praktijkhouder. Zo heeft de praktijkhouder het overdag minder druk en blijft er tijd & energie over voor de ANW-diensten. Ook komen er zo meer praktijkhouders om de diensten over te verdelen.”



Vraagstelling: Wat is uw reactie op onderstaand scenario? Kleinere praktijken betekent minder patiënten per praktijkhouder. Zo heeft de praktijkhouder het overdag minder druk en blijft er tijd & energie over voor de ANW-diensten. Ook komen er zo meer praktijkhouders om de (verantwoordelijkheid voor de) diensten over te verdelen.
 Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n= 107, waarnemers n=657)

In de basis zijn veel huisartsen positief over kleinere praktijken.

Men ziet echter op voorhand al praktische en financiële obstakels, of twijfelt of kleinere praktijken wel een oplossing zijn voor de druk van de ANW-diensten.

Scenario met kleinere praktijken: toelichting

	Positief over kleinere praktijken		Niet realistisch (niet genoeg praktijkhouders)	Andere oorzaken belangrijk(er)	Financiële aspecten
(zeer) Positief (35%)	<p>” Ik heb de laatste 2,5 jaar geëxperimenteerd met meer tijd voor de patiënt en dat is erg goed bevallen. Kleinere praktijken leveren volgens mij ook betere zorg. (P)</p>	<p>” Minder patiënten betekent niet automatisch veel minder verdienen. Zeer eens met de stelling. (P)</p>	<p>” Alleen willen weinig huisartsen zich vastbinden aan een praktijk; vrije marktwerking en hoog uurtarief maakt veel waarnemers en problemen op praktijken. (H)</p>	<p>” Druk blijft sowieso toenemen door vergrijzing dus is het een noodzaak. (P)</p>	<p>” Zo is er lagere werkdruk, echter inkomen gaat daardoor omlaag wat niet zou moeten. (W)</p>
Neutraal (27%)	<p>” Ik ben voor kleinere praktijken, maar de praktijkhouder blijft van 8-17u verantwoordelijk voor zijn praktijk. (W)</p>	<p>” Kleinere praktijken ben ik voor, maar niet om diensten te kunnen doen. Ik wil kleinere praktijken en GEEN diensten. (P)</p>	<p>” Mooi doel om naar toe te werken, maar nu nog geen realiteit. Steeds kleinere groep huisartsen die verantwoordelijkheid voor praktijkhouderschap aandurft. (P)</p>	<p>” Het zal niet minder druk worden, maar drukker, ook bij kleinere praktijken: de bevolking wordt immers ouder, mondiger en angstiger. (H)</p>	<p>” Dan moet daar wel financiële compensatie tegenover staan. (P)</p>
(zeer) Negatief (37%)	<p>” Minder druk overdag helpt ten aanzien van energie, maar lost in de dienstsituatie feitelijk niks op. (P)</p>	<p>” Kleinere praktijk in principe goed, maar (...) moet voor (...) betere zorg voor de patiënten zorgen, bij gelijkblijvend inkomen (!!) en niet om energie te sparen voor de ANW diensten. (P)</p>	<p>” Klinkt ideaal maar lijkt praktisch niet uitvoerbaar. In sommige regio's zijn nu al te weinig huisartsen(praktijken) voor het aantal patiënten. (W)</p>	<p>” Omvang praktijk is niet evenredig met drukte, wel soort populatie. (P)</p>	<p>” Inkomen gaat omlaag en of je nu 2400 of 2800 patiënten hebt werkdruk op de post is te hoog. (P)</p>

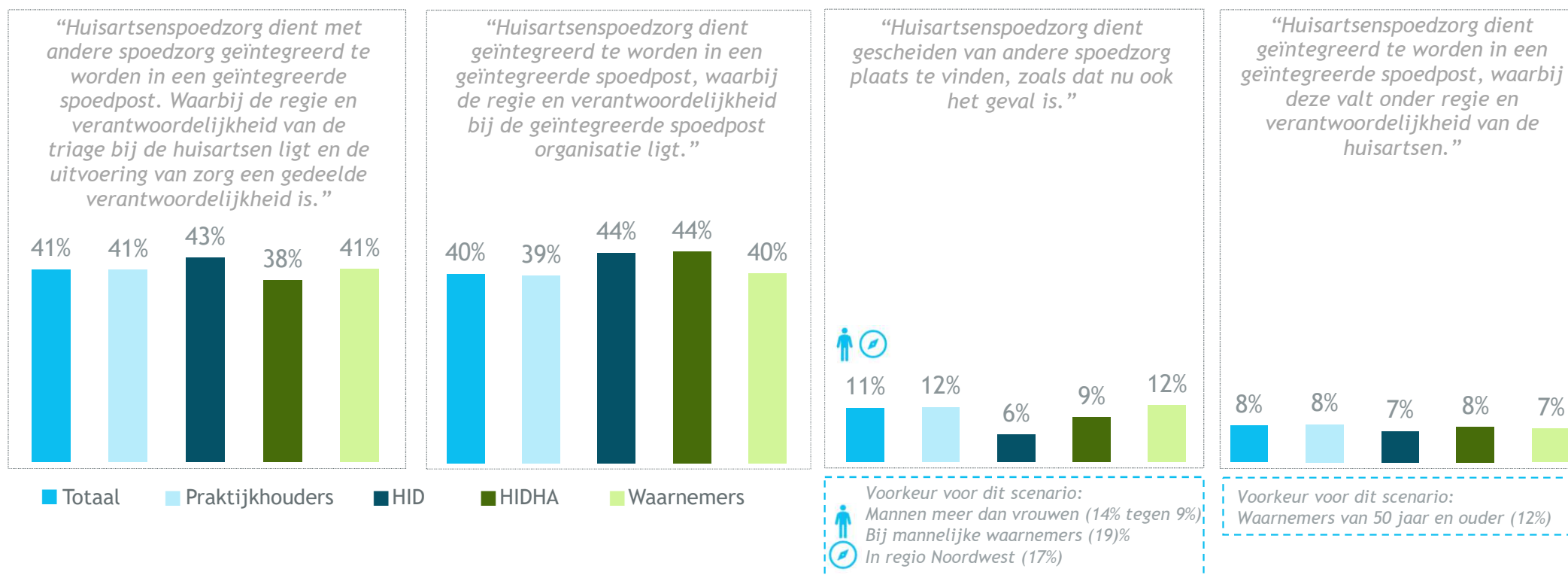
Vraagstelling: Kleinere praktijken betekent minder patiënten per praktijkhouder. Zo heeft de praktijkhouder het overdag minder druk en blijft er tijd & energie over voor de ANW-diensten. Ook komen er zo meer praktijkhouders om de (verantwoordelijkheid voor de) diensten over te verdelen. Kunt u uw antwoord toelichten? **18**
 Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n= 107, waarnemers n=657)

(P) = Praktijkhouder (W) = Waarnemer (H) = HID(HA)

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 nagedacht over een zogenaamde geïntegreerde spoedpost (een "Acute Zorgpost" met ambulancedienst, SEH, acute GGZ en andere acute zorgpartners). We horen graag uw mening hierover. Welke van de volgende opties verdient uw voorkeur?

Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n= 107, waarnemers n=657)

Meningen over invulling van geïntegreerde spoedpost verschillen.

Over het algemeen ziet men een grote rol voor de huisarts, vooral op het gebied van triage. Een kleine groep behoudt door onduidelijkheid over de invulling of gevaar voor bureaucratie liever de status quo.

Stip op de horizon: toelichting keuze

Geïntegreerde spoedpost, verantwoordelijkheid en regie van de triage bij de HA. (41%)

” Huisartsen zijn bij uitstek poortwachters en sterk in de Triage. Als dan direct de juiste zorg op de juiste plek geregeld kan worden door huisartsen of de meest passende spoedzorgpartner, heeft dan de voorkeur. (W)

” Korte lijntjes naar de SEH zijn een voordeel. Ik hoop in de toekomst ook op een meer vlekkeloze samenwerking met ggz (met name acute ggz). (H)

” Triage is bij uitstek iets waar de huisarts en triageassistenten goed in zijn. Kortere lijnen met de SEH/Ambulancezorg is daarbij zeer wenselijk. (P)

Geïntegreerde spoedpost, regie en verantwoordelijkheid bij de spoedpost. (40%)

” Alleen voor ANW, dag zal onder verantwoordelijkheid van eigen HA moeten vallen. (W)

” Als je ook denkt aan GGZ, verslavingszorg, mondzorg en Thuiszorg, is de verantwoordelijkheid gedeeld. Nu zijn we vaak het afvoerputje; alles komt in ANW bij ons terecht, ook zorg die we niet kunnen leveren (...). (P)

” Wordt een volledig nieuw businessmodel. Wat daar gebeurt is veel meer dan huisartsenzorg. Huisarts kan en moet daar bedrijfskundig en juridisch niet verantwoordelijk voor (willen) zijn. Tijd voor een onafhankelijke zelfstandige nieuwe vorm van zorgorganisatie. (P)

HA spoedzorg gescheiden van andere spoedzorg (zoals nu ook het geval is). (11%)

” Ervaring met gecombineerde spoedposten is niet veel beter dan met gewone huisartsenposten. Het blijven toch aparte eilanden. (W)

” (...) Ik voorzie een hoop bureaucratie, veel verdiensten voor allerlei adviesbureautjes en uiteindelijk een flinke domeindiscussie. Wij hebben het nu goed georganiseerd (...). (P)

” Geen idee wat de andere punten betekent voor ons qua werkdruk. Wij moeten het niet drukker maken voor ons zelf. (P)

Geïntegreerde spoedpost, verantwoordelijkheid en regie bij de HA. (8%)

” 1 gebouw, korte lijntjes maar wel triage en werkwijze zoals we nu gewend zijn. (P)

” Huisartsen moeten wel de regie houden over de te leveren zorg, samenwerken met andere spoedzorg prima (H)

” Probleem van de geïntegreerde spoedpost en gedeelde verantwoordelijkheid is het verschil in benadering tussen huisarts of SEH-arts. Stel diagnostiek ter beschikking aan de huisarts zodat de triage in de ANW veel beter mogelijk is. (P)

Vraagstelling: Vanuit verschillende partijen in de zorg wordt er nagedacht over een zogenaamde geïntegreerde spoedpost (een “Acute Zorgpost” met ambulancedienst, SEH, acute GGZ en andere acute zorgpartners). We horen graag uw mening hierover. Welke van de volgende opties verdient uw voorkeur? Kunt u uw antwoord toelichten?

Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n= 107, waarnemers n=657)

(P) = Praktijkhouder (W) = Waarnemer (H) = HID(HA)

Scheiden van dag- en ANW-zorg/nachtdiensten vaak genoemd.

Herregistratie ziet men als middel voor andere invulling van de ANW-zorg. Ook minder diensten voor oudere huisartsen (55+ of 60+) worden als een oplossing gezien voor de toekomstige organisatie van de ANW-zorg.

Suggesties voor toekomstige organisatie van de ANW-zorg

Andere invulling herregistratie

” Geen verplichting tot het doen van ANW voor behoud herregistratie (omdat je anders geen volwaardige HA zou zijn). (H)

” Ik zou graag zien dat ik alleen ANW diensten zou kunnen doen en niet wordt verplicht tot dag werk op dagpraktijk voor de herregistratie. (W)

” Niet-praktijkhouders bijvoorbeeld meer diensturen voor hun herregistratie laten doen, bijvoorbeeld 150 uur per jaar t.o.v. 50 uur voor praktijkhouders. (P)

” Wetgeving aanpassen/ loslaten t.a.v. herregistratie en verdeling werkuren over dag-/ANW-uren. (W)

Scheiden van dagdiensten en ANW-zorg/nachtdiensten

” (...) Maak volledige scheiding tussen ANW (=onpersoonlijke protocollaire zorg) en dagzorg (=persoonlijke zorg, wordt gekenmerkt door de interactie tussen patiënt en eigen huisarts). Creëer een specialisatie ANW-zorg en maak vaste teams. Dit geeft per definitie verhoging van kwaliteit. (P)

” Als het lukt om waarnemers de nachten te laten vullen zijn we al een heel eind. Dan vind ik wel dat de kosten van de nachten niet op conto van de praktijkhouders horen te komen zoals nu deels het geval is. (...) (P)

” Dagpraktijk en spoedzorg scheiden. (W)

” Waarnemend huisartsen die contract aangaan met HAP om structureel (nacht) diensten te doen. Het zou bij wet vastgelegd moeten worden dat het mogelijk is om alleen maar diensten te doen, zonder waarneming in dagpraktijk. (W)

” Niet anders dan wat al aan bod kwam: loskoppelen verantwoordelijkheid dagpraktijk en ANW voor praktijkhouders en HID, en horizontale integratie HAP en SEH. Doel: verbeteren van de kwaliteit van de acute zorg, en aantrekkelijk houden van praktijkhouderschap. (W)

” Ik zou heel graag van nachtdiensten af willen. Gaat me steeds meer tegenstaan. Dit hoor ik ook van collega's. (P)

” Absoluut de nachtdiensten loskoppelen van dagpraktijk. Wordt nu al voor 70% verkocht aan waarnemers. (H)

Minder diensten oudere huisarts

” Ouderenbeleid bij nachtdiensten. Geen nachtdiensten bij leeftijd boven 55 jaar / 60 jaar. (H)

” Geen nachtdiensten boven 60 jaar; geheel geen diensten meer boven 62 jaar (zoals in CAO HIDHA's; waarom geldt dit niet voor praktijkhouders?) Niet er financieel fors bij inschieten wanneer nachtdiensten "verkocht" worden. (P)

” Mocht de verantwoordelijkheid bij de huisarts/praktijkhouders blijven voor de nachten, overweeg net als in andere beroepen 55+ vrij te stellen van nachtdiensten. Zeker nu de pensioenleeftijd steeds hoger wordt. (P)

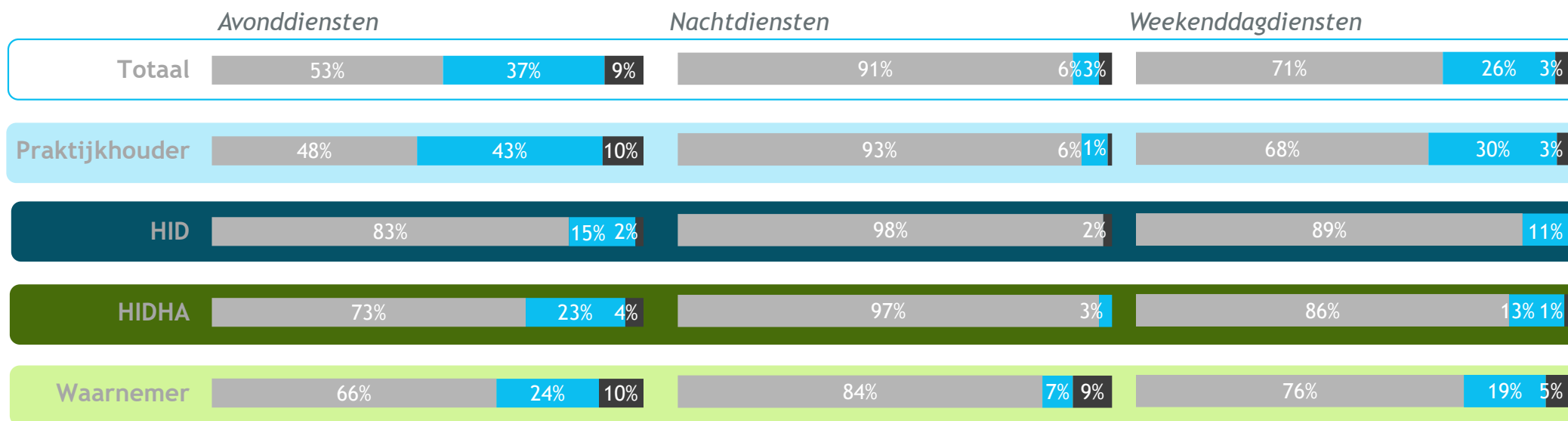
Vraagstelling: Heeft u nog suggesties of ideeën over de toekomstige organisatie van de ANW-zorg?
Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n= 107, waarnemers n=657)

(P) = Praktijkhouder (W) = Waarnemer (H) = HID(HA)

Invulling van het aantal ANW-diensten verschilt per type huisarts.


Praktijkhouders draaien vaker meer dan 10 avond- en/of weekenddiensten per jaar. Bijna 1 op de 10 waarnemers draait meer dan 20 nachtdiensten per jaar; bij jonge mannelijke waarnemers is dat 1 op de 5.

Aantal ANW-diensten per jaar



■ Maximaal 10 per jaar ■ 11 tot en met 20 per jaar ■ Meer dan 20 per jaar

 Meer mannelijke dan vrouwelijke waarnemers draaien meer dan 20 avonddiensten per jaar (15% tegen 8%).
Meer mannelijke dan vrouwelijke praktijkhouders draaien meer dan 20 avonddiensten per jaar (12% tegen 7%).

 Meer mannelijke dan vrouwelijke waarnemers draaien 20+ nachtdiensten (18% tegen 5%).
Mannelijke waarnemers tot 50 jaar draaien bovengemiddeld vaak meer dan 20 nachtdiensten per jaar (20%).

Oudere waarnemers (50+) draaien bovengemiddeld vaak meer dan 20 weekenddagdiensten per jaar (10%).

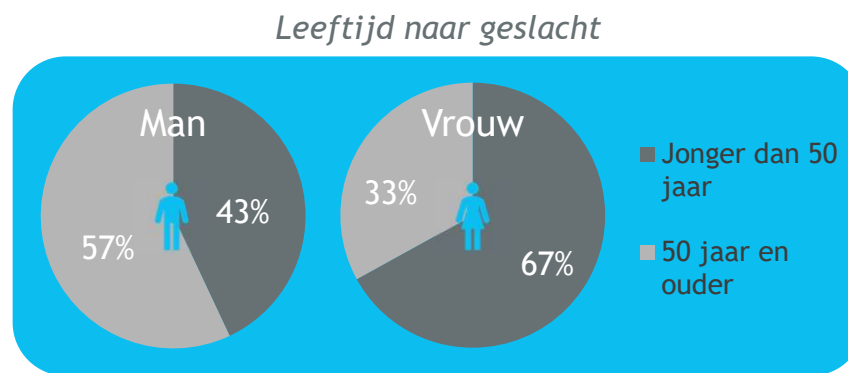
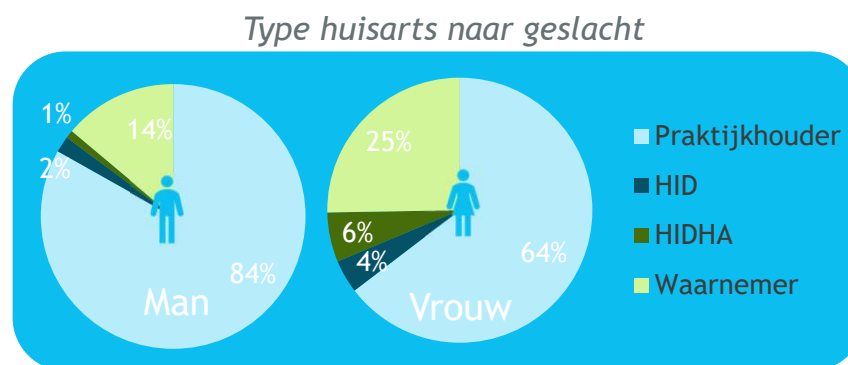
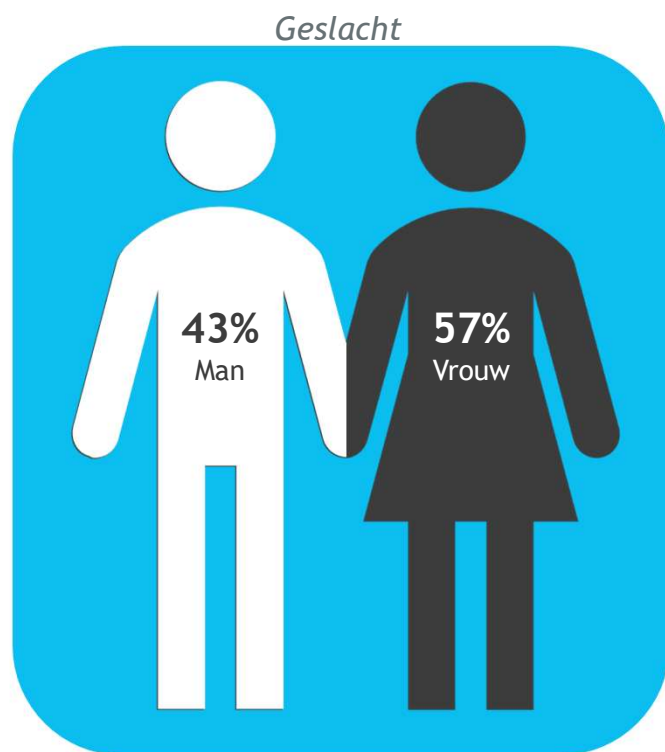
Vraagstelling: Hoeveel ANW-diensten doet u zelf gemiddeld per jaar?

Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n= 107, waarnemers n=657)

De meeste huisartsen in dit onderzoek zijn vrouwen.

Mannelijke huisartsen zijn aanzienlijk vaker praktijkhouder, vrouwen vaker waarnemer en HIDHA. Twee op de drie vrouwelijke huisartsen is jonger dan 50 jaar. Bijna 6 op de 10 mannelijke huisartsen is 50 jaar of ouder.

Verdeling naar geslacht



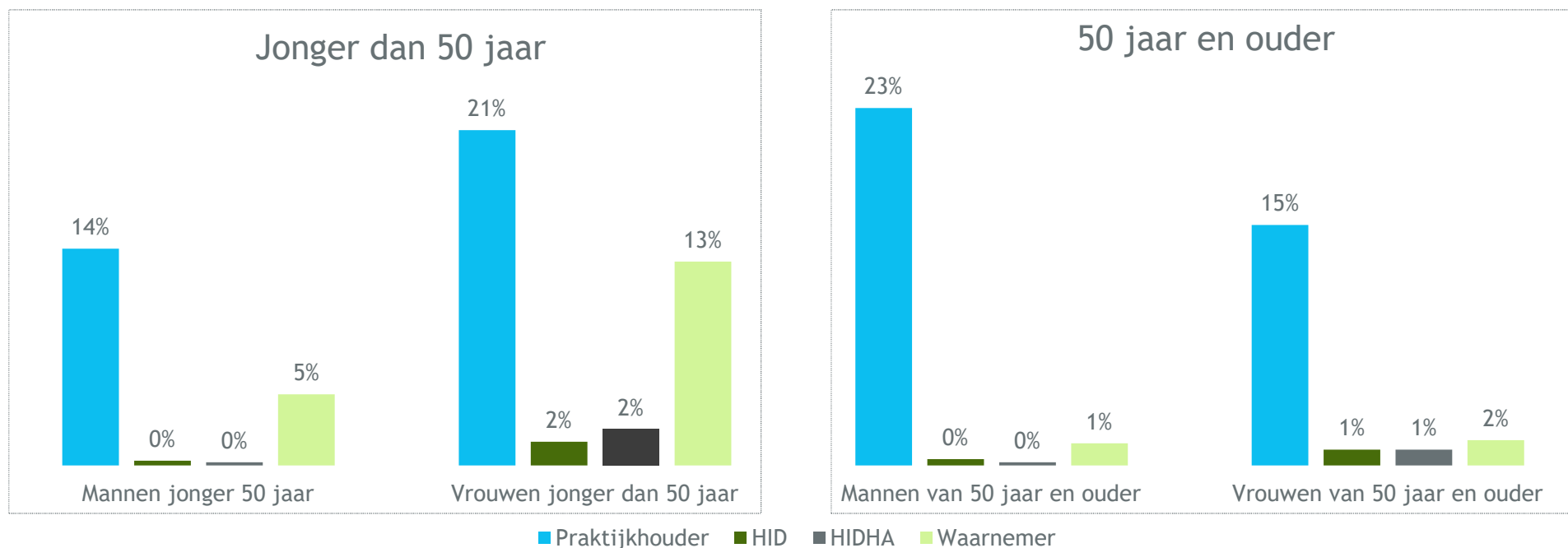
Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n=107, waarnemers n=657)

Waarnemers zijn gemiddeld jonger dan praktijkhouders.

Bijna 9 op de 10 waarnemers is jonger dan 50 jaar. Bijna een kwart van de deelnemers is een mannelijke praktijkhouder van 50 jaar of ouder. Bij vrouwelijke praktijkhouders is de grootste groep jonger dan 50.

Verdeling type huisarts naar geslacht en leeftijd

Type huisarts naar geslacht en leeftijd



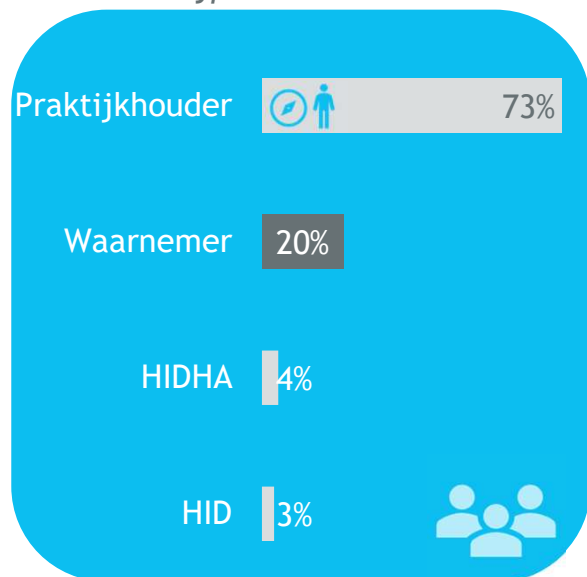
Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n=107, waarnemers n=657)

Bijna driekwart van respondenten is praktijkhouder.

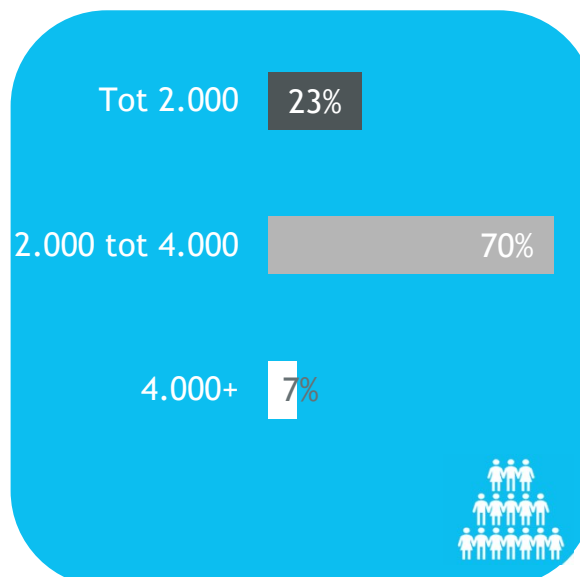
De verdeling naar type huisarts komt genoeg overeen met de verdeling van huisartsen in Nederland om de resultaten van dit onderzoek als representatief voor 'de Nederlandse huisarts' te beschouwen.

Type huisarts & praktijkgegevens

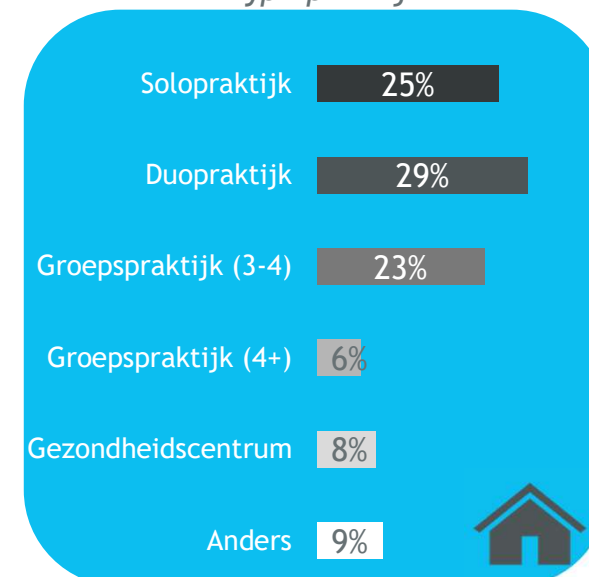
Type huisarts



Aantal patiënten (praktijkhouders)



Type praktijk



Mannen zijn vaker praktijkhouder dan vrouwen (84% tegen 64%). Vrouwen zijn dus vaker een ander type huisarts, vooral waarnemer (25%).



In Midden-Nederland ligt het percentage praktijkhouders onder het gemiddelde (66%). Het aandeel waarnemers is hier bovengemiddeld (24%).

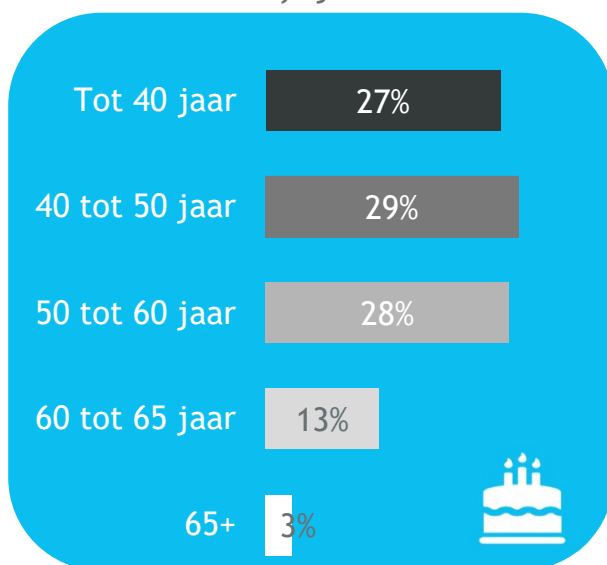
Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n=107, waarnemers n=657)

Ruim de helft van de huisartsen is jonger dan 50 jaar.

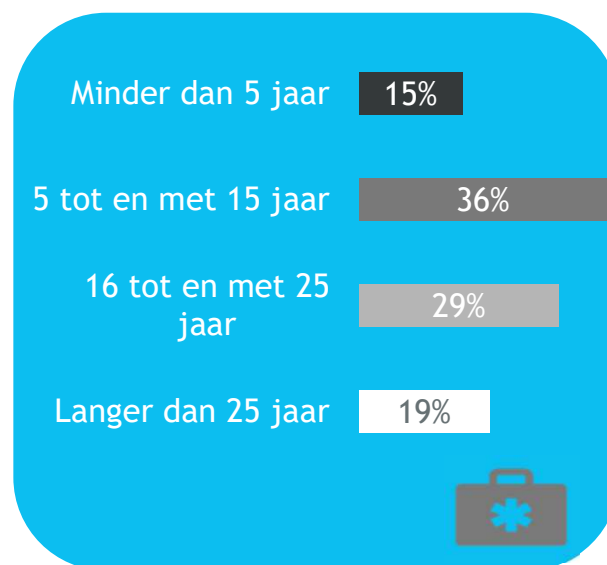
Bijna 1 op de 5 is langer dan 25 jaar werkzaam als huisarts. De helft van de deelnemende huisartsen werkt 28 tot 46 uur per week.

Overige achtergrondgegevens

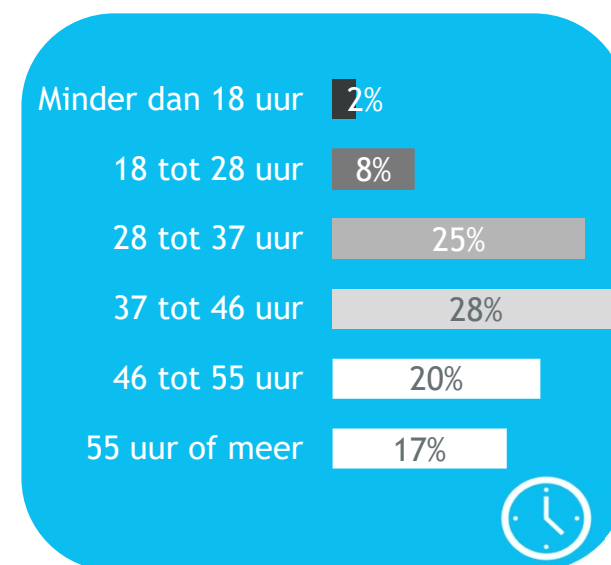
Leeftijd



Aantal jaar werkzaam als huisarts



Aantal uur per week werkzaam als huisarts

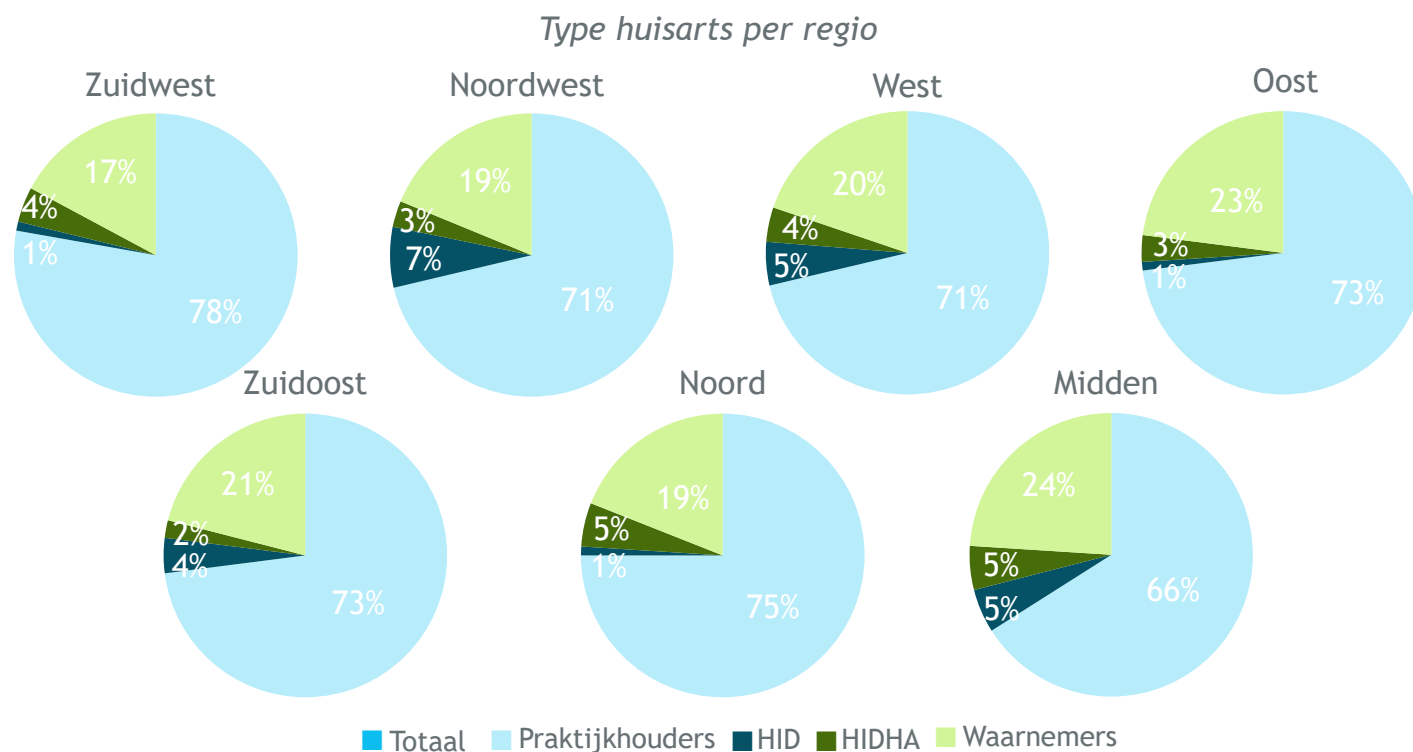
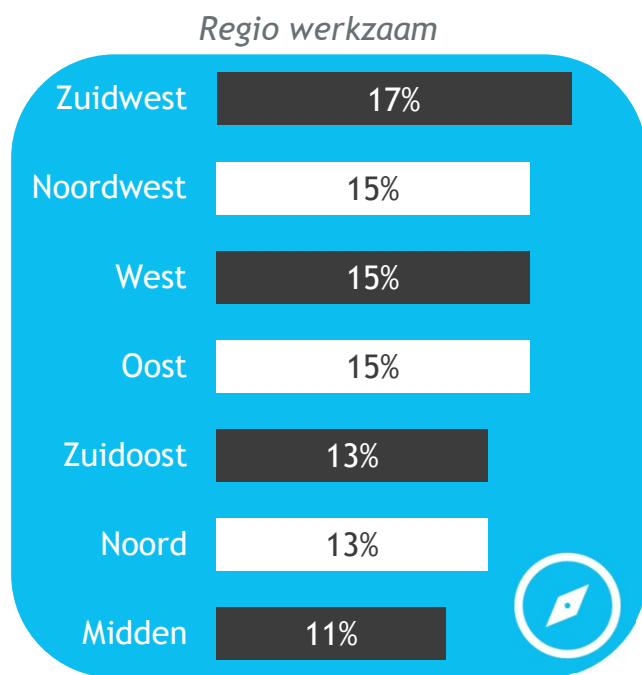


Vraagstelling: Wat is uw leeftijd? Hoe lang bent u in totaal werkzaam als huisarts? Hoeveel uur werkt u gemiddeld per week als huisarts?
Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n=107, waarnemers n=657)

Uit de regio Zuidwest komen de meeste deelnemende huisartsen.

De verdeling naar type huisarts wijkt het meeste af in de regio's Zuidwest (hoogste aandeel van praktijkhouders) en Midden (hoogste percentage waarnemers en laagste aandeel praktijkhouders).

Verdeling naarr regio



Vraagstelling: In welke regio bent u werkzaam? Als u in meerdere regio's werkzaam bent, gaat u dan uit van de regio waar u het meeste werkt.
 Basis: Alle respondenten n=3.231 (praktijkhouders n=2.352, HID n=104, HIDHA n=107, waarnemers n=657)

Bijlagen



Onderzoeksverantwoording



Methode



Onderzoeksmethode: online survey



Vragenlijstlengte: 21 vragen



Invulduur: 10-15 minuten



Doelgroep & steekproef



Doelgroep: huisartsen in Nederland



bruto n= 10.481
netto n= 3.233



Steekproefbron: deelnemersbestand LHV



Weging: geen



Veldwerk



Veldwerkperiode:
Van 15 juli tot en met 30 juli 2021



Respons: 31%

MWM²
experts in luisteren



Tot ziens bij MWM²

Auteurs: Meike Hendriks en Rutger de Haan
Datum: 16 september 2021

