

Hoe kan de spoedzorg/ANW-zorg in Nederland op een andere manier worden georganiseerd?



SPOEDPOST

ANW-Zorg

Carlijn Timmermans & Florence de Graven  
VWO 6  
Natuur en Gezondheid  
Bedrijf: Huisartsenpraktijk Stiphout.  
Begeleider: Meneer Onrust

## **Inhoudsopgave**

<b>INLEIDING</b>	<b>3</b>
<b>VERANDERING VAN DE ANW-ZORG</b>	<b>5</b>
<b>ANW-ZORG IN ANDERE LANDEN</b>	<b>15</b>
<b>DE FINANCIËLE KANT VAN DE ANW-ZORG</b>	<b>22</b>
<b>ENQUÊTE</b>	<b>24</b>
<b>CONCLUSIE</b>	<b>32</b>
<b>DANKWOORD</b>	<b>34</b>
<b>LOGBOEK</b>	<b>35</b>
<b>BRONNEN</b>	<b>37</b>
<b>BIJLAGE 1, BEGRIPPENLIJST:</b>	<b>39</b>
<b>BIJLAGE 2, STROOMSCHEMA:</b>	<b>40</b>

## **Inleiding**

In dit profielwerkstuk zal het onderwerp ANW-zorg aan bod komen. ANW-zorg staat voor Avond, Nacht en Weekend zorg, deze wordt geleverd door de huisartsen. De ANW-zorg staat al enige tijd in het licht, omdat er veel ophef is over hoe de regeling van de ANW-zorg gaat.

Huisartsen krijgen het namelijk steeds drukker. Dit komt door de diensten die de huisartsen in de ANW-uren draaien, maar ook doordat huisartsen steeds meer een aanspreekpunt voor kwetsbare mensen worden. Een voorbeeld hiervan zijn oudere mensen die veel zorg nodig hebben maar niet in opvangcentra terecht kunnen. Een ander voorbeeld zijn mensen met psychische aandoeningen die via de huisarts doorverwezen moeten worden.

Door interesse van ons allebei hadden we besloten om een huisartsenpraktijk als begeleidend bedrijf te kiezen. Wij hadden de vraag hoe de ANW-zorg precies geregeld werd en de praktijk vroeg zich af hoe de ANW-zorg verbeterd kan worden. Deze twee vragen hebben we samen gecombineerd in dit profielwerkstuk.

We zullen daarom ook de volgende hoofdvraag trachten te beantwoorden:

### **Hoe kan de spoedzorg/ANW-zorg in Nederland op een andere manier worden georganiseerd?**

Om deze vraag te beantwoorden hebben we de hoofdvraag opgesplitst in vier deelvragen:

#### **1. Op welke manier is de ANW-zorg in de laatste jaren in Nederland veranderd?**

In deze deelvraag zal de ontwikkeling van de ANW-zorg vanaf 2001 weergegeven worden, en welke problemen deze ontwikkelingen wellicht hebben meegebracht.

#### **2. Hoe is de spoedzorg op dit moment in Nederland geregeld?**

De spoedzorg in Nederland is voor sommigen lastig te begrijpen. In deze deelvraag zal dan ook de taak van iedereen die betrokken is bij de spoedzorg, worden uitgelegd.

#### **3. Hoe is de spoedzorg geregeld in andere landen?**

Nederland is niet het enige land dat een systeem heeft voor spoedzorg. We zullen kijken hoe andere landen het geregeld hebben en of wij hier wellicht iets van kunnen leren.

#### **4. Met welke financiële facetten heeft de huisarts te maken bij het leveren van ANW-zorg in Nederland?**

Bij deelvraag vier zal gekeken worden naar de financiële kant van ANW-zorg. Waaraan moeten de huisartsen denken bij het leveren van ANW-zorg, en in hoeverre is het ANW-uurloon hetzelfde als het dag uurloon?

Elk van de deelvragen zal om de beurt behandeld en uitgewerkt worden in de verschillende hoofdstukken. In bijlage één is een lijst van alle begrippen te vinden en in bijlage twee een uitwerking van het stroomschema.

Verder hebben wij een enquête afgenomen. Hierdoor kan de ANW-zorg gezien worden door de ogen van de patiënt en zal duidelijk worden wat de patiënt van de ANW-zorg denkt en welke verandering zij graag zouden willen zien.

## Verandering van de ANW-zorg

*De spoedzorg is de laatste jaren erg veranderd. In 2001 werd de regeling van de ANW-zorg veranderd, wat een behoorlijke invloed heeft gehad op het werk van de huisartsen. In deze eerste deelvraag zal behandeld worden hoe de spoedzorg precies is veranderd in de afgelopen 16 jaar.*

Voordat de huisartsenposten bestonden, werd de ANW-zorg aanzienlijk anders geregeld. Het hoofd van de praktijk, de praktijkhouders, gaven elk lid van de HAGRO (een huisartsengroep binnen de praktijk) verschillende diensten, wat gemiddeld neerkwam op één avond en nacht in de week en een maal per 6 weken in het weekend. De HAGRO was toegestaan om de diensten vrij in te delen zoals zij wilde. Aan deze manier van werken zaten zowel voordelen als nadelen.

Wat voor veel huisartsen een voordeel was dat voor de ingang van huisartsen posten waarnemers<sup>1</sup> en Hidha's<sup>2</sup> veel minder met de ANW-zorg te maken hadden dan tegenwoordig. Hierdoor beoordeelde de huisarts zelf de ernst van de klacht van mensen die bij de ANW-zorg kwamen, waardoor de huisarts een zorg kon leveren gebaseerd op echt ernstige en urgente verwondingen. Lichtere klachten en verwondingen werden nauwelijks op de spoedposten aangetroffen.

Het nadeel was echter dat de huisartsen voor lange periodes goed en regelmatig bereikbaar moesten zijn. Men kon namelijk in de avond, nacht en weekend uren naar de huisarts bellen, waarna zowel de patiënt als de huisarts naar de praktijk kwam. Hierdoor was de huisarts genooddaakt om dichtbij de praktijk te wonen.

Om dit nadeel op te lossen werd in 2001 geïnvesteerd in huisartsenposten. In plaats van de patiënten in de avond-, nacht- of weekenduren te ontvangen bij de huisartsenpraktijk, gaan de patiënten naar de huisartsenpost. Nederland kent op dit moment 110 huisartsposten, waar patiënten na de sluitingstijden van de huisartspraktijken terecht kunnen. De grote verandering is dat huisartsen nu niet meer lange periodes beschikbaar hoeven te zijn voor hun patiënten, omdat de patiënten nu bij de huisartsposten terecht kunnen.

Verder zijn de huisartsen sinds de stelling van de huisartsenposten hun inconveniëntentoeslag kwijt. Deze toeslag werd gegeven aan de huisartsen als compensatie voor het onregelmatige werk dat geleverd werd. Doordat na de investeringen in huisartsenposten de bedoeling was om het werk wat regelmatig te maken, viel deze toeslag weg.

Door de stelling van de huisartsenposten is dien ten gevolge de wijze waarop mensen met de ANW-zorg omgaan veranderd. De huisartsen op de huisartsposten kregen te maken met ontzettend veel patiënten en deze drukte word steeds erger. Volgens het LHV ledenpaneel ondervind drie op de vier huisartsen deze druk. Deze drukte bestond nog niet voor de ingang van de huisartsenposten en kan verklaard worden door verschillende factoren:

---

<sup>1</sup> Een waarnemend huisarts neemt een spreekuur voor een andere huisarts af.

<sup>2</sup> Hidha's zijn huisartsen in dienst bij een andere huisarts.

1. Mensen kwamen niet alleen meer voor spoed aan bij de ANW-zorg. Voor de stelling van de huisartsenposten belde men nauwelijks voor spoedzorg. Dit omdat men bang was om een dwingend gevoel te geven aan de huisartsen. Dit is de laatste jaren sterk veranderd. Niet de huisarts maar de patiënt geeft tegenwoordig aan of er sprake is van spoed. Huisartsen kunnen patiënten niet uitsluiten van hun zorg en zijn dus genoodzaakt om iedere patiënt te helpen. Uit onderzoek gedaan door NOS nieuws blijkt dat er steeds meer ouderen naar de spoeddiensten komen. In de periode 2012-2015 is er een toename van 15% van de ouderen op de spoedposten. Dit omdat zij hulp nodig hebben maar niet in tehuizen terecht kunnen. Het totaal aantal patiënten dat zich in de ANW-uren laat zien is dan ook gestegen, in een onderzoek gedaan door de Landelijke Huisartsen Vereniging blijkt dat in de periode 2002-2008 er een totale stijging was van 35%
2. Er wordt gebruik gemaakt van de Nederlandse Triage Standaard, ook wel NTS. Het basisprincipe van NTS richt zich op de urgentie van de klacht. Patiënten zien echter vaak hun probleem als urgent, waardoor ze te snel bij de huisartsenpost komen. Ze leggen hun probleem uit als urgent, zelfs als het niet zo is. Dit zorgt voor erg veel, en soms dus onnodige, drukte op de huisartsenposten.
3. Er wordt gestreefd naar een zorg die buiten de ziekenhuizen net zo goed is als in de ziekenhuizen. Ook is er sprake van een verkorting van de opnameduur in het ziekenhuis. Dit alles zorgt ervoor dat mensen thuis met veel lastige problemen komen te zitten waardoor zij naar de huisartsenposten komen met hun vragen. De huisartsenposten zijn voor hen een soort ingang naar het zorgsysteem, maar deze ervaren een hoge drukte als men hier met al hun zorgvragen aankomen.
4. Er worden afspraken op tijd gemaakt. De patiënt wordt op afgesproken tijd behandeld, wat raar is op een spoedeisende hulp. Hierdoor zal de werkdruk nog meer oplopen, omdat er niet precies juist van te voren kan worden ingeschat hoe lang de afspraak zal duren

Verder zijn er bij de ANW-zorg te weinig huisartsen beschikbaar. Het aantal huisartsen is te weinig om de vragen en problemen van de patiënten in een goed tempo te verwerken. Ook dit leidt tot drukte op de huisartsenposten, doordat:

1. Huisartsen hebben een grotere last gekregen. Dit komt doordat de huisarts in de afgelopen tien jaar aanzienlijk meer taken heeft gekregen, denk aan de samenwerking met andere zorg groepen zoals fysiotherapeuten en zorgverzekeraars. Door het administratieve werk wat hierbij komt kijken, zal de werkdruk overdag dus toenemen, waardoor de huisartsen minder tijd en vermogen heeft om ANW-diensten te verrichten. Hierdoor gaan veel huisartsen deeltijd werken om meer balans te krijgen in hun leven.
2. Huisartsen hebben door de drukte in de huisartspraktijken meer behoefte aan waarnemende huisartsen. Er zijn minder waarnemende huisartsen

beschikbaar voor de ANW-diensten, waardoor de huisarts het erg druk kan krijgen. Er zijn dus niet genoeg waarnemende huisartsen beschikbaar om werk te verrichten voor alle huisarts op de huisartsposten

3. De praktijk houdende huisarts is verantwoordelijk voor de ANW-zorg, en dus het 24 uur per dag beschikbaar zijn. Waarnemende huisartsen en hidha's zijn hier niet toe verplicht en zullen dit werk dus ook liever niet verrichten. Doordat er ook nog eens niet heel veel waarnemende huisartsen in de ANW-zorg zijn, zal het moeilijk zijn voor de praktijk houdende huisartsen om hun ANW-diensten te verdelen en zal deze zelf de diensten moeten verrichten. Dit is vrij oneerlijk. De praktijk houdende huisarts zal soms proberen zijn dienst te verkopen, waardoor hij dus geld kwijt zal zijn. Ook hier hebben de waarnemende huisartsen en hidha's geen last van.

De huisartsen hebben de problemen van drukte al een aantal keren aangekaart, maar er wordt niet veel aangedaan. Hoe vroeger de praktijkhouders iedereen in de HAGRO een dienst gaven, is dat nu niet meer het geval. De praktijk houdende huisartsen vinden dat zij niet het grootste deel van de ANW-zorg hoeven uit te maken. Momenteel voeren praktijkhouders namelijk 68% van de diensten uit.

Er worden ook telkens nieuwe regels ingesteld voor de registratie als huisarts. De regels die nu gelden zijn opgesteld in 2014. De registratie verloopt in periode van maximaal 5 jaar. Na deze periode moet onder andere kunnen aangetoond worden dat:

- De huisarts per week gemiddeld 16 uur in een huisartsenpraktijk heeft gewerkt.
- De huisarts in totaal 250 uur op een huisartsenpost diensten heeft uitgevoerd.

Door deze eisen zal de huisarts 'up to date' blijven en telkens bewijzen dat hij genoeg ervaring heeft. Verschillende huisartsen hebben kritiek op deze manier van herregistratie, omdat vooral oudere huisartsen, die hun rust willen pakken, toch hun ANW-diensten moeten uitvoeren om aan de eisen te voldoen. Dit kan erg zwaar vallen voor de huisartsen

In 2016 zijn weer nieuwe regels ingesteld voor de herregistratie van huisartsen, maar deze zullen pas ingaan vanaf 2020.

De ANW-zorg is dus de laatste jaren sterk veranderd. De druk die op de huisartsen komt te liggen is sterk toegenomen door verschillende factoren, maar vooral door de patiënten en hoe zij geholpen willen worden. De patiënten willen namelijk snel geholpen worden, maar regelmatig gaat het niet om een spoedgeval en zou de patiënt op een later moment behandeld kunnen worden. Verder is er een tekort aan huisartsen wat de druk erg opvoert. Er zijn niet genoeg waarnemende huisartsen



beschikbaar die kunnen helpen bij de ANW-diensten. De ANW-zorg is veranderd van een zorg waarin huisartsen te hulp kwamen bij een spoedgeval, naar een zorg waar

men met klachten bij de huisartsenpost terecht kunnen. Dit verloopt niet altijd even soepel.

### **Spoedzorg in Nederland op dit moment**

*Wanneer iemand direct medische hulp nodig heeft (bijvoorbeeld na een ongeluk of een hartinfarct), noemen we dat spoedzorg. Spoedzorg wordt verleend door een:*

- *Huisarts of een huisartsenpost (HAP);*
- *Spoedeisende hulpafdeling (SEH) van een ziekenhuis;*
- *Spoedpost: een combinatie van een huisartsenpost met een SEH*
- *Ambulancedienst;*
- *(gespecialiseerde) Afdelingen van ziekenhuizen (zoals een hartcentrum, brandwondencentrum of traumacentrum).*

*In Nederland zijn er meerdere organisaties die spoedzorg verlenen. Tijdens kantooruren kunnen patiënten terecht bij de meldkamer ambulance dienst (112), bij de SEH in het ziekenhuis of bij de huisartsenpost. De zorg van de huisartsenpraktijk wordt tijdens de ANW-uren door de huisartsenpost overgenomen. ANW-dienst staat voor avond, nacht en weekend- dienst. Huisartsenposten leveren zorg in de ANW-uren: in de avond (17 tot 24 uur), nacht (0 tot 8 uur) in het weekend en op nationale feestdagen. Maar hoe is de spoedzorg (ANW-zorg) op dit moment in Nederland geregeld?*



De huisarts heeft in Nederland een poortwachtersfunctie. Deze bewaakt dus de toegang naar de tweede lijn (specialistenzorg waarbij de zorg duurder is). Huisartsen kunnen goed beoordelen welke klachten zij zelf kunnen afhandelen en welke patiënten er doorverwezen moeten worden. Hierdoor komen er bij de specialist niet onnodig veel patiënten.

De acute zorg in Nederland is zich aan het ontwikkelen. Aan de zorgvraag van de patiënt moet worden voldaan op de juiste tijd, op de juiste plaats en door de hulpverlener met de juiste deskundigheid, met doelmatige en veilige zorg als resultaat. De SEH en de HAP zijn organisaties die onder andere deel uitmaken van de acute zorg. Huisartsgeneeskundige spoedzorg richt zich op de zorgvraag die vanuit de beleving van de patiënt acuut is. Er kan een verschil bestaan tussen de spoedbeleving van de patiënt en de medische noodzaak van de hulpvraag. Regelmatig wordt er door patiënten contact gezocht met de huisartsenpost voor problemen die vanuit medisch opzicht hadden kunnen wachten tot het spreekuur van de eigen huisarts. Tevens hebben de SEH en 112 ook te maken met geringere dringende zorgvragen. De ervaring van de patiënten is bepalend voor de samenstelling van de spoedzorg dit staat vernoemd in het handboek van de ANW-zorg. Er zijn dus raakvlakken tussen de dienstverlening van acute zorg door de beide partijen. De samenwerking heeft geleid tot een gezamenlijke entree en de SEH en HAP onder een dak, waarna een triage onder de verantwoordelijkheid van de huisarts wordt bepaald door welke zorgverlener de patiënt geholpen wordt.

De taakverdeling en verantwoordelijkheden:



**Triagist op de triagepost (telefonische triage):**

De triagist is in dienst van de HAP en voert de telefonische triage uit met behulp van het Nederlands Triage Systeem (NTS), op basis van omschreven richtlijnen, voorschriften en NHG –standaarden (Nederlands Huisartsenpost Genootschap-standaarden). Vervolgens registreert de triagist de noodzakelijke ANW-gegevens.

Mocht het nodig zijn dan wordt er een afspraak in de agenda van de HAP ingepland. Ook kan er een visite ingepland worden, of zelfzorgadvies worden gegeven.

Zelfzorgadvies is dat de patiënt via de telefoon te horen krijg wat de patiënt zelf aan de klachten kan doen. Hierbij hoeft de patiënt niet door een arts gezien te worden. Een voorbeeld van zelfzorgadvies kan zijn dat er een recept voor medicijnen wordt verstuurd naar de apotheek. Door deze medicijnen kunnen de klachten verholpen worden zonder dat de patiënt een arts heeft moeten zien.

Mocht verwijzing naar de SEH nodig zijn, dan neemt de huisarts die aanwezig is op de triage post contact op met het specialisme van het ziekenhuis waar de patiënt vervolgens naar doorverwezen wordt.

**Triage assistent HAP (doktersassistente):**

Voert volgens Nederlands Triage Systeem (NTS) de face-to-face triage uit. Dit wordt uitgevoerd tien minuten na de inschrijving van zelfverwijzers of bij patiënten waarbij de situatie na de telefonische triage is veranderd.

De uitkomst van de triage bepaalt de vervolgactie en urgentie:

- Toewijzing HAP met afspraak in agenda op grond van de urgentie.
- Zorgadvies waarbij de RUN-arts (Regie, Urgentie en Navigatie-arts) het zelfzorgadvies binnen een bepaalde tijd controleert.
- Toewijzing SEH na beraad met de RUN-arts. De patiënt wordt overgeleverd aan de triageverpleegkundige van de SEH die direct beoordeeld op de patiënt moet wachten of dat deze meteen terecht kan op de SEH. Ook beoordeeld de triage verpleegkundige of bloedafname of röntgendiagnostiek nodig mocht zijn.

Als de triage niet afgehandeld kan worden binnen de gestelde tijdsnorm, zal de triage assistent samen met de RUN-arts (Regie, Urgentie en Navigatie-arts) direct door triageverpleegkundige van de SEH kunnen worden overgenomen op basis van de ingangsklachten. De triage valt dan niet onder de verantwoordelijkheid van de HAP, maar van de SEH.

De triage is een belangrijke activiteit van de assistente. Dit is het beoordelen van de hulpvraag van de patiënt waarbij ook de urgentie van belang is. het is dus belangrijk dat de assistente via de telefoon een goed inzicht krijgt in het probleem van de patiënt. Veel van de hulpvragen kan door de assistent door middel van een advies eigenmachtig worden afgerond. Daarentegen kent de assistente geen zelfstandige bevoegdheid op grond van de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). De dienstdoende huisarts op de post begeleidt alle adviezen van de assistente. Nadien kan de zorgvraag telefonisch worden beantwoord, of er vindt

persoonlijk contact met de patiënt plaats: de patiënt komt naar de HAP of er wordt een visite bij de patiënt afgelegd. Tevens kan de triage leiden tot een oproep van de ambulance door de triagist, dit is alleen mogelijk na overleg met de huisarts.

Zoals al eerder genoemd is er dus een loket voor de acute zorg buiten de kantooruren. De patiënten worden gestimuleerd om vooraf te bellen naar de huisartsenpost. Op het moment dat de patiënt zich meldt aan de balie, moet het voor de patiënt direct duidelijk zijn dat het gaat om twee verschillende zorgverleners: de HAP of de SEH. Nadat de triage uitgevoerd is door de doktersassistente onder verantwoordelijkheid van de huisarts, is het van belang dat het voor de patiënt duidelijk is door welke zorgverlener de patiënt wordt geholpen: De huisarts van de huisartsenpost of de medisch specialist van de spoedeisende hulp. Bij de triage wordt er een afweging gemaakt tussen efficiëntie en veiligheid. Deze moeten met elkaar in balans zijn. De patiënt staat hierbij centraal. Hij/zij wordt geholpen op de juiste plek, door de correcte hulpverlener en op een goede manier. De patiënt wordt verzocht plaats te nemen in de wachtruimte waar zowel de patiënten van SEH en de HAP zitten. Een mogelijkheid is dat hier onderscheid is gemaakt in kleur. Zodat het voor de patiënt duidelijk is door welke zorgverlener de patiënt geholpen wordt.

#### **Secretaresse van de HAP/SEH:**

Verantwoordelijk voor de juiste registratie en identificatie van patiënten voor de beide organisaties en is tevens gastvrouw.

Vraagt aan patiënten die op afspraak komen na telefonische triage of de gesteldheid is veranderd. Ingangsklachten worden genoteerd in de SOEP-regel (Subjectief, Objectief (onderzoek) Evaluatie, Plan).

Bewaart het overzicht op de wachtkamer. Secretaresse is in dienst van het ziekenhuis, maar werkt voor de HAP en SEH.

#### **Omloopassistent HAP (doktersassistente):**

Assisteert de huisartsen en korte lijn verpleegkundige (KLV) en is tevens verantwoordelijk voor een juiste patiënten logistiek.

#### **Huisarts voor consulten:**

Werkt de agenda met de geplande patiënten af. Verwijst na overleg met de specialist naar de tweede lijn indien dit nodig mocht zijn.

#### **Huisarts in functie van RUN-arts (Regie, Urgentie en Navigatie-arts):**

Begeleidt en controleert de korte lijn verpleegkundige (KLV) en de triage assistente. De verwijzingen naar de tweede lijn en de zelfzorg adviezen van de triage assistente worden gecontroleerd.

Aanspreekpunt voor medewerkers van de SEH. Voor het begin van de dienst zal de RUN-arts kennismaken met de SEH-arts en coördinator op de SEH.

Als bovengenoemde taken het toelaten zal de RUN-arts ook niet complexe consulten doen, hierdoor is hij snel weer bereikbaar voor RUN-taken.

#### **Huisarts voor visites:**

Voert een huisartsenbehandeling uit bij patiënten waarbij de gesteldheid zodanig is dat het voor hen niet mogelijk is om naar de huisartsenpost te komen.

Als er geen visites zijn, draait de huisarts mee op de post (zie consultarts).

Vormt samen met de chauffeur, die hier speciaal voor opgeleid is, een team.

**Korte lijn verpleegkundige (KLV):**

Is in dienst van de HAP en is een HBO-verpleegkundige met een studie tot korte lijn verpleegkundige (KLV).

Behandelt en diagnosticeert patiënten met veelvoorkomende problemen op de huisartsenpost.

Handelingen die door de KLV worden uitgevoerd, worden door de dienstdoende huisarts niet gecontroleerd, omdat de handelingen onder centrale verantwoordelijkheid is overgedragen.

Er zijn bepaalde klachten, zogenoemde ingangsklachten, waarbij afgezien van de urgentie de behandeling door de KLV niet in aanmerking komt. Wel is het mogelijk dat de dienstdoende huisarts delen van de handelingen overdraagt aan de KLV. De verantwoordelijkheid van het consult blijft bij de dienstdoende huisarts. Enkele voorbeelden van de ingangsklachten zijn: ontregelde diabetes, ziek kind, geslachtsorgaan klachten, duizeligheid, nekkklachten, neurologische uitval, hartkloppingen, kortademigheid, etc.

**Triage-verpleegkundige SEH:**

Is in dienst van de SEH. Voer de triage uit van patiënten die direct aan de SEH toegewezen zijn. Voert waar nodig ook een her-triage uit van patiënten afkomstig van de HAP. Dit is mogelijk als de toestand van de patiënt verslechterd of als de wachttijden te lang zijn. Of neem patiënten van de triage-assistente van de HAP over en waar het mogelijk de ze triage-verpleegkundige van de SEH aanvullende diagnostiek in.

De spoedeisend hulp afdelingen van ziekenhuizen hanteren het Landelijk Protocol Spoed Eisende Hulp. Op dit moment bestaat er geen eenduidig triage protocol tussen de verschillende spoedzorg ketens in Nederland. Door de zorgaanbieders worden verschillende protocollen en criteria gebruikt die niet geheel op elkaar zijn afgestemd en op sommige gebieden zelfs overlapping vertonen. Het triagesysteem is een belangrijk middel om te communiceren. Dit is dus essentieel voor een goede samenwerking tussen de HAP en SEH.

**SEH-arts:**

Heeft voor alle patiënten op die SEH een regiefunctie. En is hierdoor voor de verpleging het eerste aanspreekpunt. Tevens is hij mede verantwoordelijk voor alle instabiele patiënten. Afgezien van wie de hoofdverantwoordelijk is.

Verantwoordelijk voor alle logistieke zaken gezamenlijk met de coördinator van de SEH. Ook is de SEH-arts toezichthouder van arts-assistenten. En tevens voor de RUN-arts een contactpersoon over logistieke beletsels, medische vragenstukken of instabiele patiënten.

**Coördinator SEH:**

Logistieke regie en toewijzen van patiënten aan verpleegkundig personeel gezamenlijk met de SEH-arts.

Met behulp van een triage kan bepaald worden welke patiënten de meeste urgente hulp nodig hebben, door wie deze hulp geleverd wordt en op welke locatie. Door de doktersassistente wordt volgens de NTS (Nederlands Triage Systeem) de face-to-face triage uitgevoerd. De RUN-arts is verantwoordelijk voor deze triage. Patiënten waarvan is vastgesteld dat zij meteen naar de SEH mogen komen zijn hierop een uitzondering.

Hoe de triage in praktijk werkt:

De secretaresse schrijft een zelfverwijzer in als deze zich heeft gemeld bij de balie. De ingangsklachten worden genoteerd. De patiënt neemt plaats in de wachtkamer als deze stabiel is. Een fysieke triage volgt binnen tien minuten. De patiënt wordt door de assistent mee genomen naar de triage kamer. Hier wordt de triage uitgevoerd volgens de Nederlands Triage Systeem (NTS). Met behulp van de uitkomst van de triage wordt de urgentie en vervolgactie bepaald:

- Toewijzing HAP: op basis van urgentie krijgt de patiënt een tijdsindicatie en wordt deze in de agenda geplaatst.
- Toewijzing SEH: de toewijzing wordt gegeven na beraad met de RUN-arts. In het systeem van de HAP worden de gegevens afgehandeld en de patiënt wordt in de triage kamer overgedragen aan de SEH.
- Is er twijfel of de patiënt moet worden door verwezen naar de SEH. Dan overleggen de RUN-arts en de SEH-arts.
- Zelfzorgadvies: patiënt verlaat de HAP en het zelfzorgadvies wordt door de RUN-arts binnen een uur gecontroleerd.

De urgentiecodering geeft aan hoe dringend de patiënt geholpen moet worden, door welke hulpverlener en op welke plaats.

<b>1</b>	<b>Resuscitation</b>
<b>2</b>	<b>Emergent</b>
<b>3</b>	<b>Urgent</b>
<b>4</b>	<b>Less Urgent</b>
<b>5</b>	<b>Non Urgent</b>

Urgentiecodering:

Urgentiecode 1: U1 verwijst in bijna alle gevallen naar de SEH. Als de patiënt aan de balie komt in zeer instabiele toestand, dan zorgt de secretaresse van de HAP/SEH ervoor dat de patiënt zo snel mogelijk aan de SEH wordt overgedragen. Later wordt deze patiënt alsnog ingeschreven.

Als uit de triage komt dat de patiënt bij ABCD-check (Airway, Breathing, Circulation and Disability-check) instabiel is en komt uit het Nederlands Triage Systeem (NTS) urgentiecode 1. DE RUN-arts overlegt dan gezamenlijk met de coördinator van de SEH waar de patiënt heen moet.

Urgentiecode 2: in enkele gevallen leidt U2 tot verwijzing naar de SEH. De toewijzing wordt gegeven in overleg met de RUN-arts. Als U2 leidt tot een consult op de HAP, wordt er in de agenda een spoedafspraak gemaakt. De patiënt mag de HAP niet verlaten.

Urgentiecode 3 en 4: U3 en U4 leiden in bijna alle gevallen tot een consult op de HAP. Op basis van beschikbaarheid en urgentie krijgt de patiënt een tijdindicatie en kan de patiënt in de wachtkamer plaats nemen. De patiënt kan in een later tijdstip in de agenda worden geplaatst als het gaat om lage urgentie. De post mag verlaten worden door de patiënt die en mort op het afgesproken tijdstip terug komt. Mocht er

uit het Nederlands Triage Systeem (NTS) komen dat doorverwijzing naar de SEH nodig is, dan overleggen de triagist en de RUN-arts hierover.

Urgentiecode 5: Als uit de triage U5 komt leidt dit tot zelfzorgadvies. De patiënt verlaat de HAP en de RUN-arts controleert binnen een uur het zelfzorgadvies.

Patiënten die al in behandeling zijn in het ziekenhuis zullen bij het melden van de klachten aan de balie bij de inschrijving direct doorverwezen worden naar de SEH, als deze klachten met de lopende behandeling in verband staan met elkaar. In het ideaalbeeld is dit al bekend bij de inschrijving aan de balie, ook is het mogelijk dat de triage assistente deze conclusie trekt. De triage assistente informeert de triageverpleegkundige van de SEH, welke de patiënt direct overneemt. De RUN-arts komt hier niet aan te pas.

Het bovenstaande geldt voor behandelingen die korter van 30 dagen in het ziekenhuis zijn verricht, behalve als er door de behandelaar in het medisch dossier andere afspraken zijn vastgelegd.

De directe toegang tot de SEH geldt voor de patiëntcategorieën waarbij de klacht betrekking moet hebben op een van de onderstaande behandelingen:

- Dialyse patiënten, na een niertransplantatie.
- Patiënten met chemokuren.
- Patiënten met insuline pompen.
- Patiënten met geïnfecteerde protheses.
- Patiënten met VAC-pompen, chronische wonden. (Vacuüm pomp)
- Patiënten die bij ontslag uit het ziekenhuis te horen hebben gekregen direct terug te komen bij bepaalde omstandigheden.
- Patiënten die van de behandelend specialist direct terug mogen komen.
- Kinderen die op de spoedlijst staan.

Tevens patiënten die (mogelijk) in contact met chemische stoffen zijn geweest.

Tijdens de ANW-uren komen er ook patiënten met minder urgente zorgvraag. Vaak had deze tot de volgende dag kunnen wachten. Het is mogelijk dat ze toch in de agenda van de HAP worden geplaatst of dat ze met een zelfzorgadvies weer naar huis worden gestuurd. Als ze toch in de agenda van de HAP geplaatst worden, worden ze dus door een huisarts gezien. Worden ze naar huis gestuurd met een zelfzorgadvies moet dit moet binnen een uur gecontroleerd worden door een huisarts in functie van een RUN-arts. Dit verhoogd dus de druk op de huisartsen.

Bij de spoedzorg in Nederland zijn dus de SEH en de HAP direct met elkaar zijn verbonden. Dit is nodig om de patiënt de juiste zorg te verlenen. Door middel van een triage en urgentiecodering wordt bepaald of de patiënt naar de SEH of naar de HAP wordt doorverwezen. De triage wordt gecontroleerd door de RUN-arts. Op de HAP wordt de patiënt geholpen door een huisarts. Op de SEH wordt de patiënt geholpen door de SEH-arts. De druk op de huisartsen wordt in de ANW-uren dus verhoogd door mensen die toch in de agenda van de HAP worden geplaatst met zorgvraag die eigenlijk tot de volgende dag had kunnen wachten. En dat de zelfzorgadviezen binnen een uur door een huisarts in functie van een RUN-arts moet worden nagekeken. Ook hier zitten adviezen tussen van patiënten die tot de volgende dag hadden kunnen wachten. Huisartsen hebben het overdag ook al

steeds drukker doordat er steeds maar taken bij de huisartsen komen te liggen zoals kwetsbare ouderen die langer thuis blijven en mensen met psychische problemen die alleen door een huisarts doorverwezen mogen worden. Huisartsen hebben het dus overdag al heel druk en dan moeten ze 's avonds of in het weekend ook nog een dienst draaien waarbij dus ook patiënten komen met minder urgente zorg vraag.

Een duidelijk stroomschema kan gevonden worden in bijlage twee op pagina 40.

## **ANW-zorg in andere landen**

*Is de ANW-zorg in ieder land hetzelfde geregeld? Of is het in ieder land anders? Wat zijn de overeenkomsten en verschillen in dat geval? Zijn er landen waar Nederland iets van kan leren of is het hier juist heel goed geregeld? In dit hoofdstuk komt de deelvraag hoe is de ANW-zorg in andere landen geregeld? Er wordt voornamelijk gekeken naar verschillende landen binnen Europa en naar Australië.*

### **België**

In België is er vrije toegang tot de primaire, secundaire en tertiaire zorgfaciliteiten. Er is geen verwijzing nodig naar de SEH of de specialistische zorg.

Patiënten kunnen buiten kantooruren kiezen tussen de SEH en de HAP. Bij de SEH is geen directe betaling nodig, in vergelijking bij de huisartsenpost. Bij de HAP wordt gebruik gemaakt van een directe betaling tijdens het consult. De medische zorg wordt vergoed door een verplichte medische verzekering van de patiënt. Het leveren van 24 uur zorg is in België is een wettelijke verplichting voor de huisartsen.

### **Denemarken**

In vier van de vijf Deense regio's wordt eerstelijnsgezondheidszorg buiten kantooruren georganiseerd door organisaties met een grote regionale eerstelijnszorg. Een raad van huisartsen runt deze organisatie, die alle huisartsen uit de regio vertegenwoordigt.

Het patiëntenadministratiesysteem is geautomatiseerd en de huisartsen hebben via internet contact met elkaar. De dienstdoende huisartsen hebben toegang tot een database met medicatie voorschriften voor patiënten, maar niet tot de patiëntendossiers.

Een telefoonnummer per regio vormt toegang tot de eerstelijnszorg buiten de kantooruren, bellen is verplicht. Alle oproepen worden door huisartsen beantwoord en voeren tevens een triage uit. Ongeveer 58% van de telefoontjes wordt afgerond met een zelf zorgadvies, het voorschrijven van medicijnen. 5% wordt direct doorverwezen naar het ziekenhuis<sup>3</sup>

In één regio van Denemarken ligt de organisatie in de hand van de huisartsen. Verpleegkundigen voeren telefonisch de triage uit. De verpleegkundigen zelfzorg advies geven, patiënten naar het ziekenhuis door te verwijzen voor acute zorg of een huisbezoek te plannen.

### **Duitsland**

In Duitsland is de spoedzorg op verschillende manieren geregeld:

- Individuele algemene familiepraktijken
- Huisarts-rotatie groepen hierbij werken op een avond of in een weekend meerder huisartsen waarbij iedere huisartsen een eigendienst draait van maar een paar uur. Er worden dus kortere diensten gedraaid door meer verschillende huisartsen.
- Primaire zorgcentra
- Huisartsencoöperaties

---

<sup>3</sup> Volgens de site Eurooh, gemaakt door het Radboud UMC.

- Ongevallen- en spoedafdelingen
- Primaire zorg centra voor buiten kantooruren, deels in ziekenhuizen geïntegreerd.

Een resultaat van de landelijke inspanning om de druk, de kosten en de inspanning te verminderen is er een model in opkomst: primaire zorgcentra. Zowel de concentratie van de artsen en de grootte van het gebied is vergroot. Tevens nam de afstand van de patiënt van het platteland tot het zorgcentra toe.

De primaire zorgcentra zijn in bezit van noodapparatuur. In het ideaalbeeld bevinden de zorgcentra zich in de buurt van ziekenhuizen. De dienstdoende artsen in deze primaire zorgcentra zijn huisartsen. Er zijn ook arts-assistenten in opleiding, met name voor de afstudeerrichting in de chirurgie, interne geneeskunde of huisarts.

### **Italië**

In Italië is de eerstelijns spoedzorg een openbare dienst. Er zijn alleen maar artsen in dienst. Er is ongeveer 1 arts per 5000 inwoners. De artsen werken in een systeem gebaseerd op ploegendiensten.

Artsen die in dienst zijn, kunnen huisartsen zijn met een laag aantal patiënten (<500), artsen die wachten op toestemming om hun eigen praktijk als huisarts te openen of artsen die alleen buiten de kantooruren werken.

De praktijken bieden telefonische consulten, huisbezoeken en face-to-face bezoeken in het inloopcentrum.

In het noorden van Italië werken er meerdere artsen in een praktijk, die werken in ploegdienst. In het zuiden van Italië komt het vaak voor dat de artsen alleen in de praktijk staan.

In veel praktijken zijn geen computers aanwezig. Hierdoor is er geen communicatie tussen de huisartsen en de artsen van de spoedzorg.

### **Noorwegen**

De organisatie van de primaire gezondheidszorg buiten kantooruren in Noorwegen is aan het veranderen naar grotere intergemeentelijke (was eerst gemeentelijk) samenwerkingen met vaste werknemers.

Huisartsen nemen in verschillende maten deel aan de spoed diensten. In de helft van de gemeenten doen alle reguliere huisartsen mee aan de spoeddiensten. De deelname aan de spoeddiensten neemt af, met een toenemend aantal inwoners en reguliere huisartsen in de gemeenten.

48% van de kliniekmanagers zijn artsen, terwijl 40% verpleegkundigen zijn. 80% van de klinieken hebben 's middags, 's nachts en in het weekend slechts één arts in dienst. 40% van de klinieken is alleen bemand met artsen, zonder verpleegkundigen.<sup>3</sup>

Ook is er een verschil in het aantal telefoontjes naar de spoeddienst klinieken per inwoner. Door geografische factoren zoals bijvoorbeeld bergen of rivieren, zijn er



grote verschillen in reistijd van patiënten en de inzetbaarheid van ambulances voor deze klinieken.

### **Slovenië**

Er is een vast aantal instellingen dat spoeddienst verleent. De spoedzorg wordt georganiseerd door primaire gezondheidszorgcentra. Dit zijn vooral non-profit instellingen in gemeenschapscentrums in het gehele land. Huisartsen zijn verplicht deel te nemen aan de spoedzorg in deze gebieden, als ze in deze gebieden werken. In Slovenië is er een gratis toegang tot de spoedzorg.

### **Spanje**

In Spanje zijn er verschillende manieren hoe de ANW-zorg kan zijn geregeld:

- In de primaire gezondheidszorgcentra werken dezelfde professionals die de reguliere zorg verlenen.
- In de primaire zorgcentra wordt **alleen** ANW-zorg verleent. De professionals zijn niet de gene die ook de reguliere zorg verlenen.
- Ambulance-aanwezigheid: zowel thuis als op straat kan de ambulance gebeld worden. Dit zijn andere professionals dan de ANW-zorg verleners.
- Noodsituatieruimten in een ziekenhuis: dit valt onder het ziekenhuis en niet onder de eerstelijnszorg. Ondanks dat hier vaak door een huisarts wordt gehandeld.

### **Zwitserland**

Patiënten in Zwitserland hebben onbeperkte toegang tot het gezondheidszorgsysteem. Patiënten die spoedeisende hulp nodig hebben kunnen contact opnemen met de inloopcentra/noodcentra, het ziekenhuis of de eigen huisarts. Er is onbeperkte toegang tot deze behandelingsopties.

De triage-patiënt wordt na contact met de medische noodtelefoon naar de dienstdoende huisarts geleid. Vaak levert de huisarts een telefonische en praktijkconsult of een huisbezoek.

De inloop-alarm centrales en de en de grote praktijken in de eerstelijnsgezondheidszorg nemen toe voornamelijk in de stedelijke gebieden. Na een reorganisatie van de spoedeisende hulp zijn er huisartsen opgenomen in de ANW-zorg in de ziekenhuizen. Dit zorgt voor een verminderde drukte op de spoedeisende hulp.

### **Verenigd koninkrijk**

In het verenigd koninkrijk is een nieuwe telefoondienst in gebruik genomen. Er zijn twee verschillende nummers. Eentje voor patiënten met een dringend medisch probleem. En voor patiënten met een minder dringend medisch probleem is er een ander nummer beschikbaar. Deze beide nummers zijn zowel binnen als buiten kantooruren te gebruiken. Bij het bellen van het nummer met een dringend medisch probleem, kan de patiënt op verschillende manieren geholpen worden:

- Zelfzorgadvies
- Contact opnemen met de huisarts
- Ga naar de dichtbij zijnde spoedeisende hulp
- Er wordt een ambulance gestuurd

Er mag **alleen** een zelfzorgadvies gegeven worden door de telefonistes bij milde hoest- en verkoudheidsverschijnselen bij volwassenen. Ze kunnen de patiënt ook doorverbinden met een verpleegkundig adviseur, die kan verder advies geven over een breder spectrum van symptomen.

Buiten de kantooruren wordt in **alle** gevallen dat mensen contact op nemen met de huisarts overgedragen aan de lokale ANW-zorg. Een oproep behandelaar van de ANW-zorg roept patiënten op om een afspraak of huisbezoek aan te vragen. Hier wordt geen triage verdere uitgevoerd.

Andere diensten die ANW-zorg verlenen en waar patiënten niet zelfstandig binnen mogen lopen zijn: de spoedeisende hulp, afdelingen voor ongevallen en spoedeisende zorgcentra (ook wel inloopcentra genoemd).

### **Australië**

De ANW-zorg is in Australië van maandag t/m vrijdag van 18:00 uur tot 8:00 uur. In het weekend en op feestdagen zijn ze 24 uur open. De ANW-zorg wordt geleverd door een huisarts in een huisartsenpost. Er is 24 uur per dag de mogelijkheid op telefonische contact met de verpleegkundige . Deze voert de triage uit. Dit is mogelijk in **alle** staten met uitzondering van Queensland en Victoria, die staat specifieke diensten leveren.

In Australië hebben ze verschillende systemen ontwikkeld waardoor mensen minder snel een beroep doen op de ANW-zorg:

- De nationale zwangerschap, geboorte en baby website waarmee men toegang heeft tot informatie, ondersteuning en begeleiding voor vrouwen, partners en hun gezinnen. Deze site is natuurlijk 24 uur per dag bereikbaar.
- Een telefonische contact voor mensen die behoefte hebben aan advies maar geen toegang dat de SEH of HAP nodig hebben.
- Online symptomen checker die men voorziet van informatie en begeleiden van mensen naar het juiste type van zorg op het juiste moment.

Van de verschillende landen zijn de belangrijkste punten weergegeven in de tabel hieronder. Hierdoor zijn de landen makkelijker te vergelijken en de verschillen beter zichtbaar.

<b>Land</b>	<b>ANW-zorg wordt verleend door...</b>	<b>Is er onderscheid gemaakt tussen HAP en SEH?</b>	<b>Wordt er gebruik gemaakt van een triage?</b>
<b>België</b>	Huisartsen op de HAP en artsen op de SEH.	Ja er is een onderscheid tussen de HAP en de SEH in de ANW-uren.	Er wordt geen gebruik gemaakt van een triage.
<b>Denemarken</b>	Huisartsen verlenen de ANW-zorg.	Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen de HAP en SEH.	Ja er wordt gebruik gemaakt van een telefonische

<b>Duitsland</b>	Zowel door huisartsen als door artsen en arts assistentes.	Er zijn verschillende faciliteiten die iets weg hebben van de HAP in Nederland zoals de individuele algemene familiepraktijken en de primaire zorgcentra die deels in het ziekenhuis zijn opgenomen. Ook hebben ze in Duitsland een ongevallen- en spoedafdeling.	triage. Er wordt geen gebruik gemaakt van een triage.
<b>Italië</b>	De ANW-zorg wordt zowel door artsen als door huisartsen verleend. Dit zijn niet alleen huisartsen die overdag werken in hun eigen praktijk, maar ook huisartsen die wachten tot ze hun eigen praktijk kunnen open en huisartsen die alleen maar buiten kantooruren werken.	Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen de HAP en de SEH in Italië.	Er wordt geen gebruik gemaakt van een triage.
<b>Noorwegen</b>	De ANW-zorg wordt verleend door huisartsen, artsen en verpleegkundigen.	Er wordt in Noorwegen geen onderscheid gemaakt tussen de HAP en de SEH.	Er wordt geen gebruik gemaakt van een triage.
<b>Slovenië</b>	Huisartsen verlenen de ANW-zorg in Slovenië.	Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen de HAP en de SEH.	Er wordt geen gebruik gemaakt van een triage.
<b>Spanje</b>	In Spanje wordt de ANW-zorg verleend door artsen, huisartsen en verpleegkundigen.	Officieel wordt er geen onderscheid gemaakt tussen de HAP en de SEH omdat de noodsituatie ruimtes	Er wordt geen gebruik gemaakt van een triage.

		in het ziekenhuis niet vallen onder de eerstelijnszorg.	
<b>Zwitserland</b>	Artsen, huisartsen en triagisten leveren de ANW-zorg.	Er wordt in Zwitserland onderscheid gemaakt tussen de HAP dan wordt de patiënt door zijn of haar eigen huisarts geholpen of door een dienstdoende huisarts in het ziekenhuis dit valt onder de SEH. Op de SEH worden patiënten geholpen door een arts of een huisarts.	Er wordt gebruik gemaakt van een telefonische triage.
<b>Verenigd Koninkrijk</b>	De ANW-zorg wordt door artsen, huisartsen en triagisten verleend.	In het Verenigd Koninkrijk wordt onderscheid gemaakt tussen de HAP en tussen de SEH. Onder de SEH vallen zowel de spoedeisende hulp als de afdelingen voor ongevallen en spoedeisende zorgcentra.	Er wordt gebruik gemaakt van een telefonische triage.
<b>Australië</b>	De ANW-zorg wordt verleend door huisartsen en verpleegkundigen die de telefonische triage uitvoert.	Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen de HAP en de SEH.	Er wordt gebruik gemaakt van een telefonische triage.

Er valt te zien dat in ieder land de ANW-zorg op een andere manier geregeld is. Er zijn genoeg overeenkomsten, maar ook een hoop verschillen tussen de verschillende landen. Als je deze landen vergelijkt met Nederland, is het verstandig dan de ANW-zorg in Nederland is verdeeld in verschillende taken door verschillende mensen, in veel landen zoals Denemarken, Italië, Noorwegen, Slovenië en Australië hebben ze geen onderscheid tussen de HAP en de SEH. Deze zorg wordt dan vaak verleend door huisartsen. De druk op de huisartsen zou daar dus hoger zijn. Ook is het verstandig dat er in Nederland een triage via de telefoon wordt uitgevoerd zodat er

geen onnodige mensen naar de huisartsenpost komen wat in veel landen wel mogelijk is omdat daar geen triage uitgevoerd wordt. Sterker nog Nederland is een van de weinige landen die wel een triage uit voert net in de landen Denemarken, Zwitserland, Verenigd Koninkrijk en Australië. Dat er geen onnodige mensen naar de HAP komen verlaagt ook de druk op de huisartsen die de ANW-zorg verlenen. Wat mogelijk een goede toevoeging zou zijn aan het Nederlands triagesysteem is een online symptomen checker zoals deze in Australië bestaat. Patiënten kunnen aan de hand van deze site zien wat het juiste type zorg is op dat moment. De reden dat dit in Nederland waarschijnlijk niet voor komt is omdat er in Nederland geen lange weg naar een HAP of SEH afgelegd moet worden, in tegenstelling tot in Australië door allerlei geografische factoren en grotere afstanden naar steden vanaf het platteland. Een ander punt is dat er in Italië huisartsen zijn die vrijwillig avond en nacht diensten draaien of huisartsen met een lager aantal patiënten. In Nederland zijn er huisartsen na een lange werkdag in de praktijk ook nog een avond of nacht dienst moeten draaien. Wat dus in Nederland wel een goede toevoeging zou zijn aan het ANW-zorg systeem is dat bijvoorbeeld huisartsen met een kleinere huisartsenpraktijk ANW-zorg gaan verlenen, huisartsen die dit vrijwillig doen omdat ze het wel heel leuk vinden en ze vinden dat het hoort bij hun beroep. En huisartsen die de ANW-diensten doen als vast baan. Dit verlaagt de druk op de huisartsen op dit moment in Nederland, en de banen kunnen opgevuld worden door huisartsen die deze diensten als vaste baan willen verlenen.

### **De financiële kant van de ANW-zorg**

*Bij het leveren van ANW-zorg zal de huisarts ook met de financiële kanten rekening moeten houden. Zo kost het verkopen van de dienst je geld en een dienst uitvoeren levert natuurlijk geld op. Ook hieraan zal de huisarts dus moeten denken. In deze deelvraag zal worden behandeld met welke financiële 'problemen' de huisarts precies te maken heeft.*

Zoals in deelvraag 1 is besproken is er de laatste jaren sprake geweest van een toename van de werkdruk op de huisartsen. In 2002 is een vast uurtarief ingesteld voor het leveren van ANW-zorg, maar in dit uurtarief is de werkdruk niet meegenomen. Een Amerikaans bedrijf genaamd Hay heeft verschillende tarieven vastgesteld over de ANW-zorg, zo is vastgelegd dat het uurtarief in 2001 voor de ANW zorg €60,74 had moeten zijn. Dit tarief werd pas 9 jaar later bereikt, toen eigenlijk het tarief na indexeren al op €73,81 had moeten zijn. Er blijkt dus dat de tarieven niet kloppen als het tegenover het uitgevoerde werk wordt gezet.

Het ANW-uurtarief is over de jaren aanzienlijk veranderd. Hiermee veranderen dus ook de ANW-inkomsten.

Het ANW-uurtarief:

2002: €45,38

2006: €50,20

2015: €69,72

2017: €70,89

Het gemiddeld aantal uren per normpraktijk stond vastgesteld op 196 uur in 2015.

De ANW-inkomsten in 2015 waren dus  $196 \times 69,72 = €13665,12$  euro per normpraktijk

Een huisarts kan kiezen voor een extra patiëntenstroom wat een ANW-uurloon verhoging van max. €15,- bedraagt.

Echter kost het de praktijkhouder veel om een waarnemer voor de nachtdiensten in te zetten. De waarnemers worden in 91% van de gevallen meer betaald dan €75,- en in 19,5% van deze 91% krijgt de waarnemer zelfs meer dan €90,-. Dit is meer dan dat de praktijk houdende huisarts verdient en dus zal er een verlies worden gedraaid.

Het verkopen van ANW-diensten gaat vaak ook vrij lastig, omdat niet veel huisartsen deze diensten willen hebben. Daarom zal vaak veel betaald moeten worden om de dienst te kunnen verkopen.

Wat opvalt is dat een waarnemende zelfstandige huisarts goedkoper is dan een verpleegkundige. Het is zelfs voorgekomen dat op de huisartsenpost de verpleegkundige specialist door de toeslag van het verrichten van onregelmatig werk duurder is dan de huisarts zelf.

De kosten van de ANW-zorg zijn de laatste jaren toegenomen door het vele gebruik ervan. In de volgende tabel staat een overzicht van de kosten van de ANW-zorg.

Jaar	Kosten ANW in €	%
2006	208,8 miljoen	100,0
2008	207,3 miljoen	<100
2010	241,8 miljoen	115,8
2012	279,2 miljoen	133,7
2014	313,3 miljoen	150,0
2016	319,5 miljoen	153,0
Gemiddeld in 10 jr.		+5,3% per jaar

Bron: zorgenstelsel.nl

Er wordt, met de kosten van de ANW-zorg in het achterhoofd, jaarlijks een budget vastgesteld voor de huisartsen. Hierbij wordt uiteraard ook rekening gehouden met het aantal burgers in Nederland. De huisartsdienstenstructuur (HDS) mag echter geen winst maken. Als er meer omzet zal worden gemaakt omdat er meer gewerkt wordt zal de consultprijs naar beneden gaan om zo geen winst te maken. De prijs van een telefonisch consult staat momenteel op €25

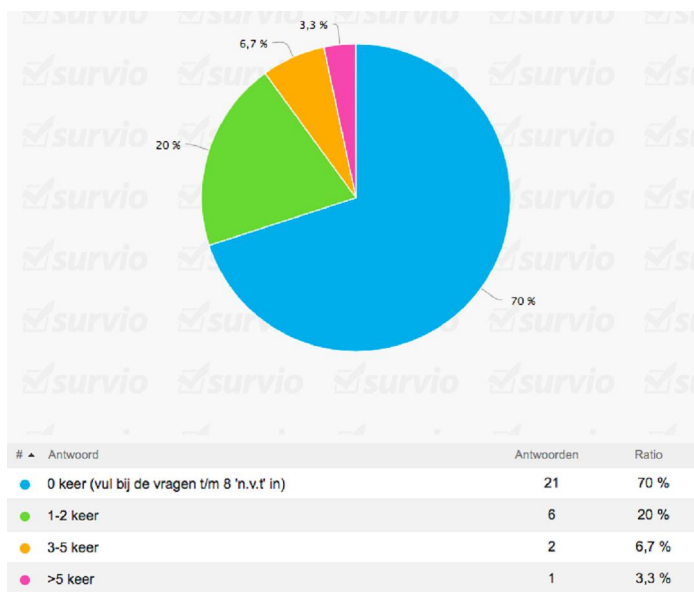
Volgens VPhuisartsen is een groot punt waar de huisartsen mee zitten is de regeling die komt kijken bij het leveren van ANW-zorg aan Wet langdurige zorg instellingen. Als een huisarts ANW-zorg geeft aan Wet langdurige zorg instellingen (denk hierbij aan zorg voor ouderen of mensen met een handicap) zal hij maar 1/3 van deze bonus zelf ontvangen. De rest zal gaan naar de huisartsdienstenstructuur om de kosten hiervan te kunnen betalen.

Bij het leveren van ANW-zorg zal dus niet alleen winst worden behaald, maar er zullen dus ook veel kosten komen kijken. Deze kosten zijn in nadeel van de huisarts. Zo zal het verkopen van de diensten vaak veel kosten en is in het uurtarief de druk van het werk dat wordt geleverd in de ANW-zorg niet meegenomen. Ook wordt bij de ANW-zorg tarieven geen rekening gehouden met het uitgevoerde werk; er wordt veel werk uitgevoerd maar het uurtarief is niet hoog genoeg tegenover dit werk. Verder gaat de ANW-zorg ieder jaar meer kosten en is er binnen de afgelopen 10 jaar een stijging van kosten van 5,3% te zien. Huisartsen zouden graag willen zien dat deze financiële punten worden aangepakt, zodat bij het leveren van de ANW-zorg geen zorgen meer gemaakt hoeft te worden rondom de factor geld.

## Enquête

Om een betere organisatie van de ANW-zorg te kunnen opstellen, moet aan zowel de kant van de huisarts als de kant van de patiënt iets veranderen. Om te zien wat patiënten vinden van de ANW-zorg hebben we een online enquête afgenomen waarin antwoord werd gegeven op 13 vragen die inzicht geven in hoe patiënten vinden dat de spoedzorg geregeld is. De ondervraagden konden online de enquête invullen.

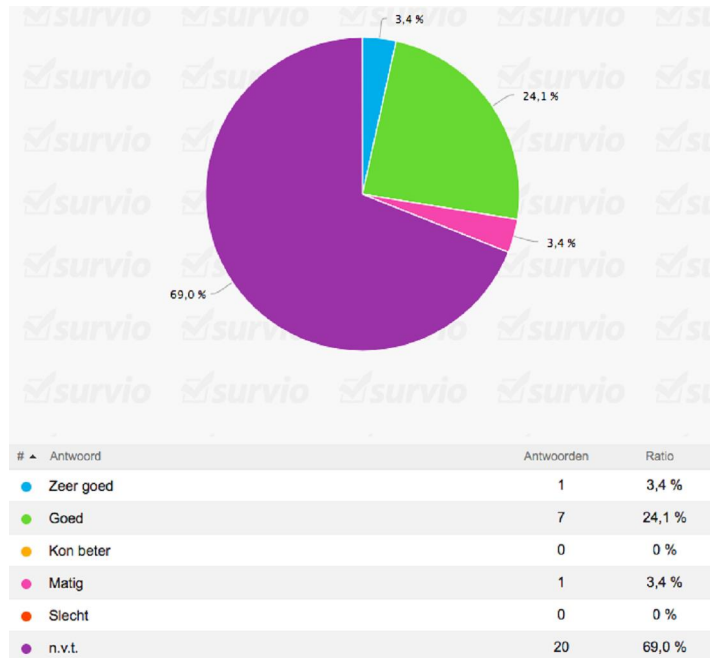
1. Hoe vaak bent u het afgelopen jaar in aanraking gekomen met de ANW-zorg?



Een meerderheid van de ondervraagden is nog nooit in aanraking gekomen met de ANW-zorg. De genen die de ANW-zorg wel hebben ervaren, zijn meestal maar een enkele keer geweest.

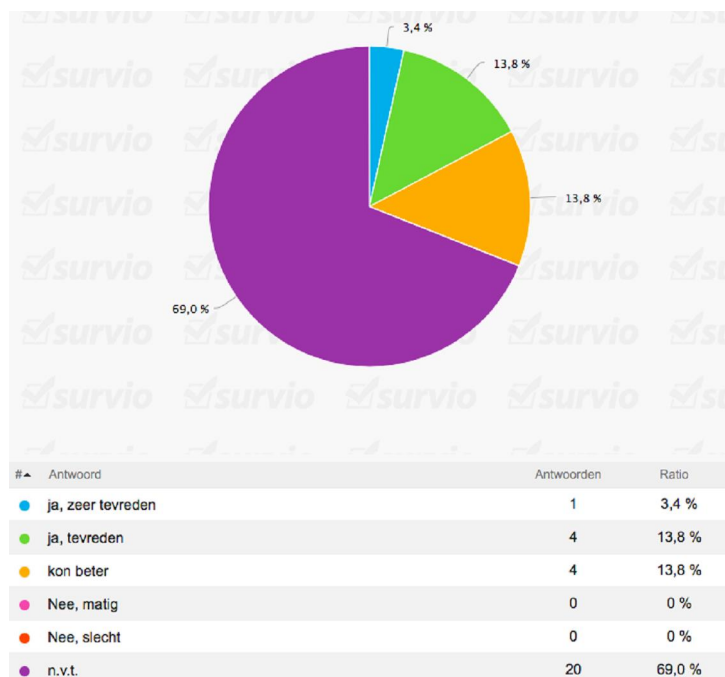


## 2. Hoe vond u de kwaliteit van de ANW-zorg?



Vrijwel alle ondervraagden vinden de kwaliteit van de ANW-zorg goed. Maar een enkeling vindt dat het beter kon.

## 3. Bent u tevreden over de manier de manier waarop u bij de ANW zorg geholpen bent?

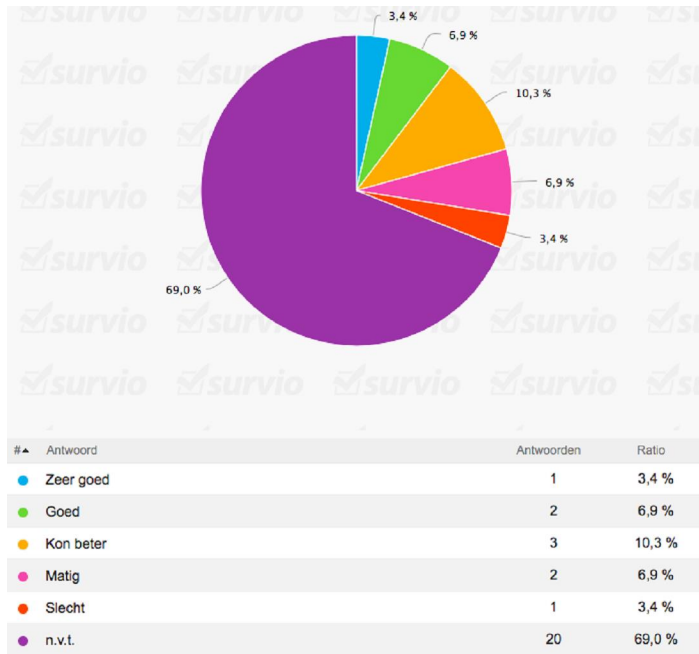


De antwoorden op deze vraag zijn verdeeld. De helft van de patiënten is tevreden met de manier waarop ze behandeld zijn. De andere helft vond echter dat de kwaliteit verbetering kan gebruiken.

4.

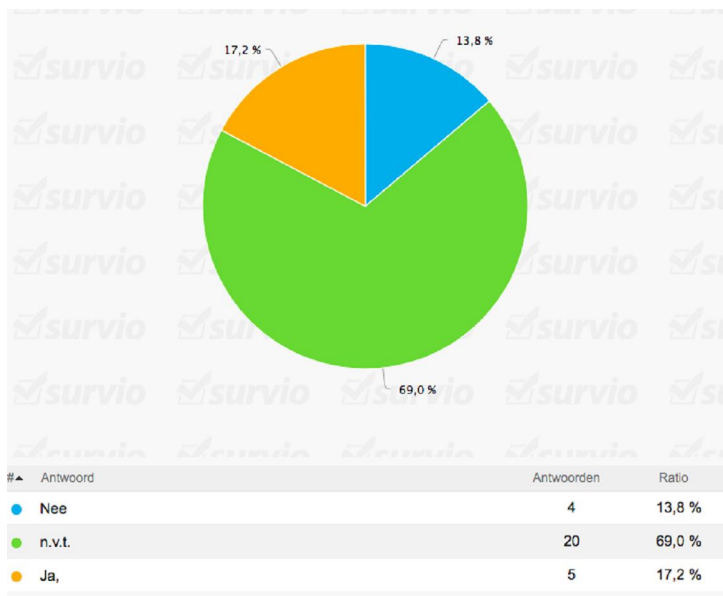
Hoe

heeft u de wachttijd van de ANW-zorg ervaren?



Volgens de meeste patiënten kunnen de wachttijden verbetering gebruiken.

5. Heeft u telefonisch contact gehad om bij de ANW-zorg te komen?



Uit de enquête blijkt dat de antwoorden op deze vraag vrijwel verdeeld zijn, de ene helft heeft wel contact opgenomen. De andere helft niet.

## 6. Wat

vindt u het grootste minpunt aan de ANW-zorg?

50%: lange wachttijden

12,5%: Hoge toeslag op medicijnen

12,5%: Vriendelijkheid mist vaak

12,5%: De omweg, terwijl duidelijk is dat je naar de EHBO moet

12,5%: De huisartsen moeten veel werken, wat tot spanning leidt en geen fijne sfeer

Vooraf de lange wachttijden vinden de patiënten een minpunt aan de ANW-zorg, maar ook de sfeer en vriendelijkheid wordt aangekaart.

## 7. Wat vindt u het grootste pluspunt van de ANW-zorg?

25%: Goede zorg

75%: Er staat altijd iemand voor je klaar, ook in de nacht of in het weekend.

De patiënten vinden het fijn om het gevoel te hebben dat er altijd iemand voor hen klaarstaat.

## 8. Vindt u dat patiënten voldoende worden geïnformeerd over de eventuele gevolgen van de ANW-zorg? (Denk hierbij bijvoorbeeld aan financiële maar ook persoonlijke gevolgen voor de huisartsen)

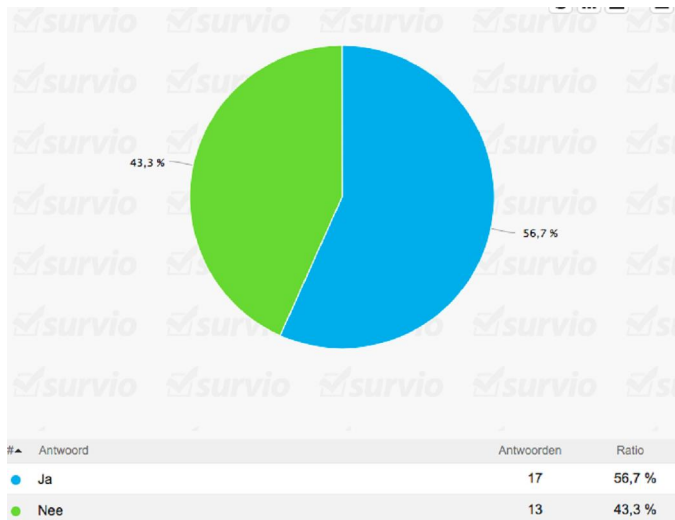
75%: Nee

12,5%: Matig. Bijv. je hoort nauwelijks dat het antwoordapparaat zegt dat er extra kosten aan verbonden zitten

12,5%: Er moet meer over ANW-zorg in het algemeen worden uitgelegd.

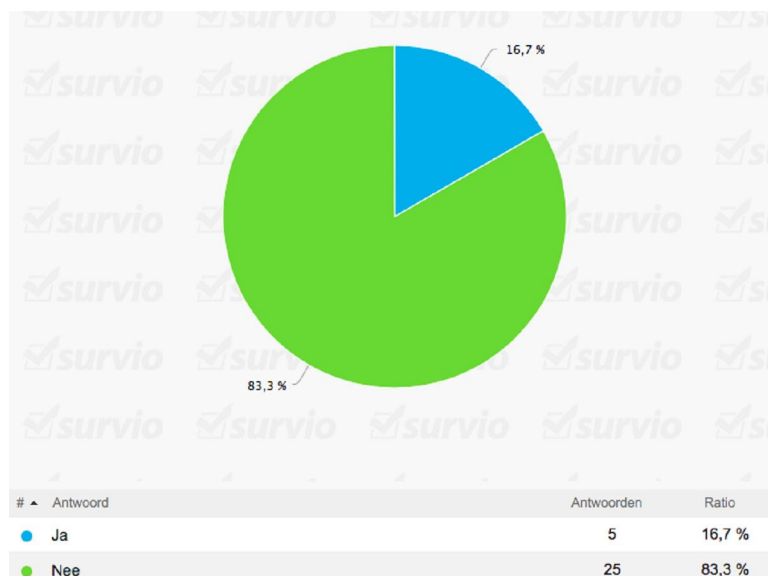
Men vindt niet dat patiënten voldoende geïnformeerd worden over ANW-zorg en zouden graag meer uitleg willen.

### 9. Beïnvloed het eigen risico uw keuze van de zorg?



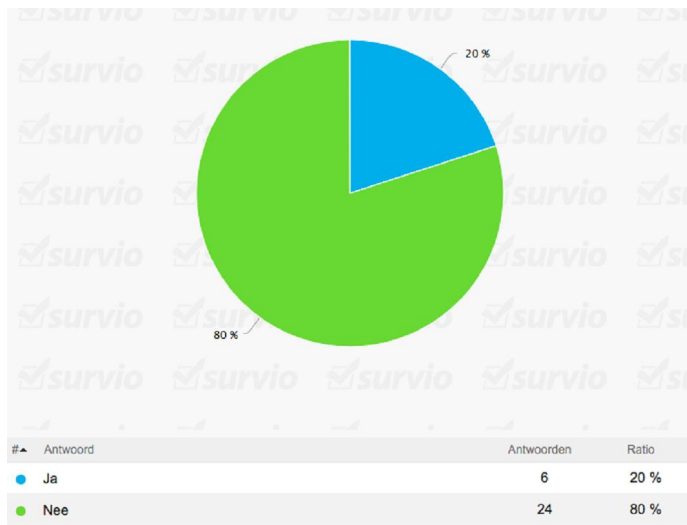
Bij de meerderheid van de ondervraagden speelt het eigen risico een rol in de keuze van zorg. Er wordt dus ook erg gedacht aan de financiële kanten.

### 10. Was u voor deze enquête al bekend met de term 'ANW zorg' ?



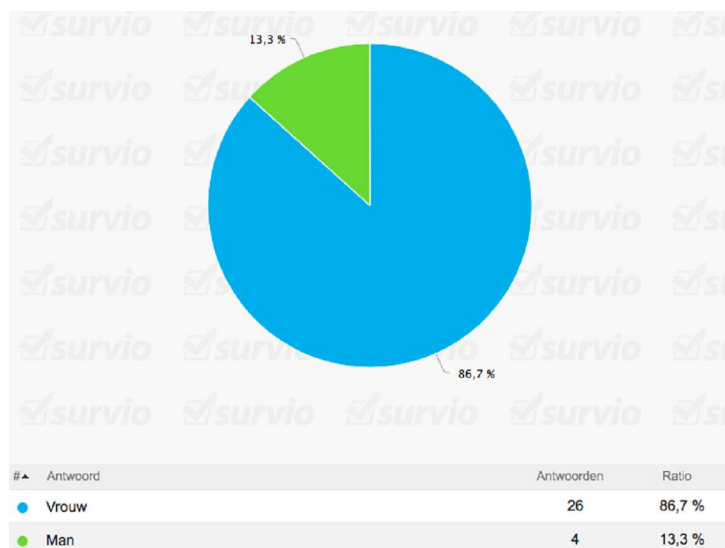
83% van de ondervraagden was voor de enquête niet bekend met de term ANW-zorg. Het blijkt dus dat mensen niet genoeg geïnformeerd worden als het gaat om ANW-zorg.

11. Heeft u een medische aandoening waardoor u vaker naar de huisarts moet?



Meerderheid van de ondervraagde heeft geen medische aandoening.

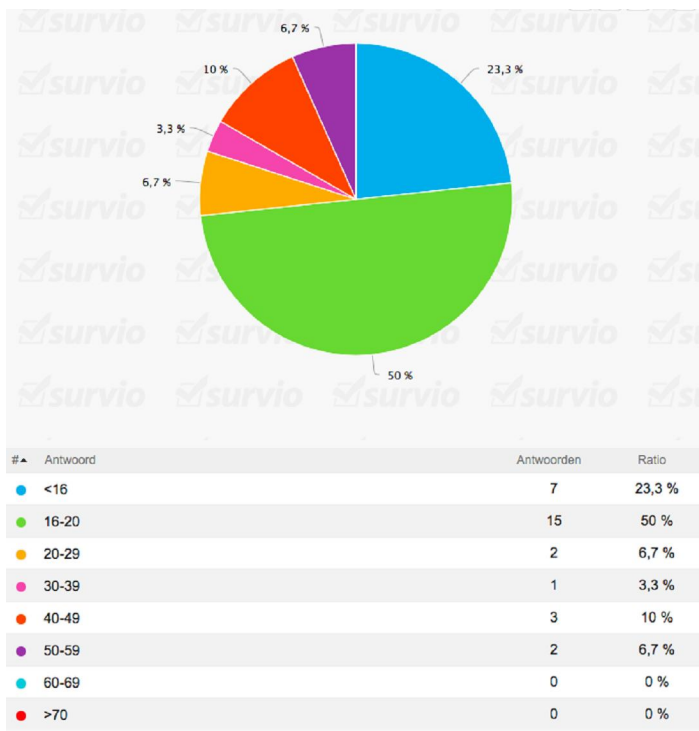
12. Bent u een man of vrouw



Meerderheid van de ondervraagde was van het vrouwelijke geslacht.

13.

Tot welke leeftijdscategorie behoort u?



1.

De ondervraagden kwamen uit verschillende leeftijdscategorieën. De meesten waren echter uit de leeftijdscategorie 16 -20 jaar.

Uit de enquête kan afgeleid worden dat de patiënt van de ANW-zorg vooral iets aan te merken heeft op de wachttijden. De patiënt vindt de wachttijden te lang en deze lange wachten hebben ook invloed op de manier waarop de patiënt om zal gaan met de ANW-zorg; hoe korter de wachtrij hoe contentier de patiënt. De manier waarop de zorg werd gegeven werd wel door de patiënten gewaardeerd en goed ontvangen. Wat wel opvalt is dat veel mensen de term ANW-zorg niet kennen, ook als ze er al wel mee in aanmerking zijn gekomen. Ook denkt de helft van de mensen aan het eigen risico bij het kiezen van de zorg, dit wijst erop dat mensen goed financieel opletten voor het kiezen van de zorg.

Om de ANW-zorg te verbeteren vanuit het oogpunt van de patiënt zou er dus iets moeten worden gedaan aan de wachttijden en aan het feit dat ANW-zorg niet heel bekend is onder de mensen.

## **Conclusie**

## Hoe kan de spoedzorg/ANW-zorg in Nederland op een andere manier worden georganiseerd?

Over de regeling van de ANW-zorg in Nederland kunnen veel discussies gehouden worden. Aan de ene kant bestaat er goed contact tussen de SEH en de HAP. Op beide posten werken verschillende mensen met weer verschillende taken. In vergelijking met andere landen is dit een hele uitgebreide variant van hoe de spoedzorg is geregeld. Als je verschillende landen vergelijkt met Nederland, is het verstandig dan de ANW-zorg in Nederland is verdeeld in verschillende taken door verschillende mensen, in verschillende landen zoals Denemarken, Italië, Noorwegen, Slovenië en Australië hebben ze geen onderscheid tussen de HAP en de SEH. Deze zorg wordt dan vaak verleent door huisartsen. De druk op de huisartsen zou daar dus hoger zijn

Aan de andere kant zien we dat de ANW-zorg in Nederland een paar punten laat liggen. Uit onderzoek van LHV is gebleken dat door verschillende huisartsen aangekaart dat er een enorme druk op hen ligt. Zij willen alle patiënten zo goed mogelijk behandelen, maar dit gaat lastig met zo'n grote patiëntenstroom. Verder is te zien dat huisartsen ook financiële druk krijgen; de vergoeding is niet voldoende vergeleken met het geleverde werk.

Om de ANW-zorg in Nederland te verbeteren moeten patiënten en huisartsen op de beste manier samenwerken.

Ten eerste moet dus de druk van de huisartsen verminderd worden; hierdoor worden de wachtrijen korter wat de grootste ergernis van de patiënten is. In Nederland zou net zoals in Italië, huisartsen met een lager aantal patiënten of huisartsen die overdag niet in een praktijk werken de ANW-diensten kunnen uitvoeren.

Dit zou de druk op de Nederlandse huisartsen kunnen verlagen. Dit omdat er in dat geval minder ANW-diensten gedraaid zullen worden door huisartsen die overdag ook al werken. Deze worden dan overgenomen door mensen die dit als vast beroep doen; zij zullen er dus ook meer voldoening uit halen. Tevens worden de diensten gedraaid door huisartsen die een minder patiënten aantal hebben in hun eigen huisartsenpraktijk. Dit moet echter niet ten kosten komen van huisartsen die het wel aantrekkelijk vinden om zowel overdag, als in de ANW-uren te werken. Om dit plan te kunnen waarmaken zou eerst moeten worden vastgesteld wat het minimale aantal patiënten moet zijn die een huisarts heeft, om uitstel te krijgen van de ANW-uren. De huisartsen die alleen maar ANW-uren willen draaien zouden dan de meeste uren krijgen, de overige uren zouden verdeeld moeten worden op basis van patiënten aantallen van de overige huisartsen.

Ten tweede zal, zoals uit de enquête blijkt, men meer geïnformeerd moeten worden over de ANW-zorg. Denk hierbij wellicht aan reclames op tv over het werk tijdens ANW-uren. Hierdoor zal men zich meer beseffen over het werk tijdens die uren. Doordat men de term 'ANW' vrijwel niet kent en ook niet weet wat er precies achter de ANW-zorg zit. Door men beter te informeren over ANW-zorg, zal men er o.a. achter komen hoe de procedure verloopt en welke dingen er ernstig genoeg zijn om



in de ANW-uren een spoedpost te bezoeken. Dit zal zorgen voor meer begrip onder de patiënten, omdat zij het dan zelf ook snappen.

Ten derde moet er gekeken worden naar de financiële status van de ANW-zorg. Verschillende huisartsen, zoals beschreven staat in VPhuisartsen, zijn niet helemaal tevreden met de vergoeding die zij krijgen voor het leveren van ANW-zorg. Ook eventuele bonussen en toeslagen zijn niet geheel eerlijk vergeleken met het werk. Een oplossing hiervoor zou zijn om de 'winst' die wellicht behaald wordt bij de HDS te investeren in de huisartsen. Zij werken hier tenslotte voor.

Uit ons onderzoek blijkt dus dat d.m.v. drie aanpassingen de ANW-zorg op een andere, betere, manier geregeld kan worden. Zo zal de verdeling van de ANW-uren over huisartsen veranderd moeten worden; huisartsen met meer patiënten krijgen minder uren, huisartsen met minder patiënten meer. En huisartsen die ANW-diensten willen doen als vast baan zullen dus de meerderheid van de uren op zich nemen. Verder is het verstandig om patiënten meer te informeren over ANW-zorg waardoor er meer begrip vanuit de kant van de patiënt zal komen. Als laatst zal de vergoeding die gekregen wordt bij het leveren van ANW-zorg onder de loep worden genomen, om zo tot een goede werk/vergoeding verhouding te komen.

## **Dankwoord**

Natuurlijk hebben wij voor ons profielwerkstuk van verschillende mensen hulp gehad. Diegenen zouden we graag willen bedanken voor al de hulp, uitleg en tips die zij aan ons hebben gegeven.

Als eerste willen wij graag meneer Onrust bedanken. Voor Het overnemen van de rol als begeleider, maar ook de tips die zijn gegeven aan ons voor het totale profielwerkstuk en het spoedig nakijken van de proefversie.

Verder willen wij graag huisartsenpost oost-Brabant bedanken voor het toesturen van een protocol hoe de ANW-zorg is geregeld in het Jeroen Bosch ziekenhuis. Het contact verliep erg snel en fijn. Dit protocol heeft ons dan ook erg geholpen bij het beantwoorden van de deelvragen.

Natuurlijk willen wij ook de heer Brueren bedanken. Mede door de heer Brueren is de hoofdvraag tot stand gekomen wat cruciaal was voor het neerzetten van het profielwerkstuk. Wij willen hem dan ook graag bedanken voor het zijn van onze profielwerkstuk begeleider bij het bedrijf.

Als laatste een bedankje voor iedereen die de enquête heeft ingevuld.

datum	Florence	Carlijn	wat hebben we gedaan?
15.03.2017	300	300	Profielwerkstukavond op school, gekeken naar hoe anderen presenteerden
18.04.2017	50	50	Informatie uur op school over profielwerkstukken
02.05.2017	30	30	Nadenken over wat voor bedrijf met welke richting voor ons profielwerkstuk we willen.
03.05.2017	30	30	Huisartspraktijken gemaïld voor profielwerkstuk, vragen of ze mee wilde maken
06.05.2017	60	60	Nadenken over welke onderwerpen we graag zouden willen verwerken in ons profielwerkstuk
09.05.2017	30	30	Inlezen over de gekozen onderwerpen die we willen gebruiken in ons profielwerkstuk
12.05.2017	110	110	Naar de huisartsenpraktijk geweest, plannen met huisarts doorgenomen.
22.05.2017	90	90	Magazine gelezen over huisartsen, meer informatie opgedaan over onderwerp
30.05.2017	30	30	Hoofdvraag verder geformuleerd en met huisarts gemaïld
08.06.2017	25	25	Met mr. Onrust ons profielwerkstuk plannen besproken.
13.06.2017	15	15	Nagedacht over wat we aan hoofdvraag kunnen veranderen & huisarts gemaïld
23.06.2017	5	5	De laatste papieren bij meneer onrust ingeleverd.
15.07.2017	60	60	Samen gezeten, hoofdvraag doorgenomen. Bedenken hoe we het profielwerkstuk aanpakken.
31.08.2017	10	10	Bij meneer onrust gevraagd wat er precies met de begeleider gedaan word.
10.09.2017	240	0	Deelvragen opgesteld en een begin gemaakt aan ons werkstuk.
15.09.2017	0	120	Aan deelvraag 2 gewerkt
16.09.2017	0	180	Aan deelvraag 2 gewerkt
17.09.2017	0	300	Aan deelvraag 2 gewerkt
17.09.2017	240	0	Inlezen deelvraag 1: verschillende bronnen bekijken, lezen, belangrijkste punten noteren.
18.09.2017	15	15	mail gestuurd naar huisartsenpost zuidoost
22.09.2017	120	0	Handboek doorgestuurd van huisarts gelezen
23.09.2017	60	0	Uitwerking van deelvraag 1 plannen, hoe ga ik het beantwoorden.
24.09.2017	0	120	Handboek doorgestuurd van huisarts gelezen
24.09.2017	100	0	Begonnen aan het uitwerken van deelvraag 1
28.09.2017	30	30	Bij meneer onrust langs geweest voor de afronding van fase 2
01.10.2017	0	90	Logboek compleet in Excel zetten
05.10.2017	50	0	Deelvraag 1 uitwerken
06.10.2017	180	180	Samen komen en bespreken wat we tot nu toe hebben
15.10.2017	120	0	Deelvraag 1 uitwerken
20.10.2017	0	240	Deelvraag 2 uitwerken
20.10.2017	260	0	Deelvraag 1 zo goed als afronden
21.10.2017	240	240	Samen komen en bespreken wat we tot nu toe hebben
22.10.2017	0	180	Deelvraag 2 uitwerken
23.10.2017	0	120	Deelvraag 2 uitwerken
24.10.2017	100	0	Deelvraag 1 doorlezen, onnuttige informatie verwijderen en spelfouten verbeteren
24.10.2017	0	120	Afronding deelvraag 2
29.10.2017	160	0	Bronnen zoeken voor deelvraag 4
05.11.2017	0	180	Begin deelvraag 3 en het vinden van bronnen
06.11.2017	0	300	Verdere uitwerking deelvraag 3
06.11.2017	240	0	Uitwerking deelvraag 4
07.11.2017	200	0	Opnieuw begonnen met deelvraag 4, vorige informatie was niet nuttig
07.11.2017	0	180	Uitwerking deelvraag 3
08.11.2017	120	120	Vragen bedacht voor een enquête en een goede site gevonden
09.11.2017	0	60	Aanpassingen aan de enquête gedaan
10.11.2017	60	60	Enquête afgerond en online gedeeld
11.11.2017	0	180	Afronding deelvraag 3
11.11.2017	300	0	Enquête resultaten verzamelen, conclusies trekken over enquête
12.11.2017	240	240	Samen komen en bespreken wat we tot nu toe hebben

12.11.2017	300	300	Kloppend maken van beide deelvragen en zorgen voor en inleiding en conclusie
12.11.2017	120	0	Het verslag gemaakt; alles bij elkaar zetten in goed overlopende teksten
13.11.2017	30	0	Aanpassingen verslag
19.11.2017	0	120	Aanpassingen deelvraag 2
19.11.2017	240	0	Zoeken door geschiedenissen, bronvermelding aangepast
21.11.2017	120	0	deelvraag 1 aanpassen
26.11.2017	0	120	Aan passingen deelvraag 2
02.12.2017	120	0	Deelvraag 4 aangepast; zoeken wie de beweringen heeft gedaan en conclusie
03.12.2017	0	240	Laatste aanpassingen deelvraag 2 en begonnen aan de aanpassingen van deelvraag 3
06.12.2017	0	120	Afronding aanpassingen deelvraag 3
08.12.2017	240	0	Conclusie en enquête aanpassen
08.12.2017	0	120	Tabel gemaakt voor deelvraag 3 en begin gemaakt aan stroomschema van deelvraag 2
09.12.2017	0	180	Stroomschema deelvraag 2 afgemaakt, dankwoord toegevoegd en puntjes op de i gezet.
09.12.2017	60	0	Dankwoord toegevoegd, verslag bij elkaar gezet en een goed lopend verhaal gemaakt
	5150	5300	10450

## Bronnen

Geraadpleegd op 9-05-2017: <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/anw-zorg?page=1>

Geraadpleegd op 15-09-2017: <https://www.knmg.nl/home.htm>

Geraadpleegd op 17-09-2017:

<http://huisartsvandaag.nl/nieuws/27/Nieuws/11647/Huisartsen-vinden-herregistratie-eisen-te-streng/2>

Geraadpleegd op 17-09-2017: <https://www.lhv.nl/uw-beroep/kwaliteit/registratie-huisartsen>

Geraadpleegd op 16-09-2017: [https://issuu.com/appr-naarden/docs/boek\\_medz3\\_901efadf36bc77](https://issuu.com/appr-naarden/docs/boek_medz3_901efadf36bc77)

Wind, M. (2006, 19-09). Voeger kon je nog controlearts worden. Geraadpleegd op 16-09-2017: <https://www.trouw.nl/home/-vroeger-kon-je-nog-controlearts-worden-~a16f7606/>

Geraadpleegd op 05-10-2017: <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/aan-de-slag-met-verandering-anw-zorg>

Geraadpleegd op 16-10-2017: <https://huisartsenpostenoostbrabant.nl/de-huisartsenposten/eindhoven/>

Geraadpleegd op 20-10-2017: <https://www.zorgkaartnederland.nl/huisartsenpost>

Geraadpleegd op 20-10-2017: <http://www.zorgdna.nl/Oplossingen/CQ-index/Huisartsposten.html.html>

Geraadpleegd op 20-10-

2017: <https://www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/eerstelijnszorg/cijfers-context/aanbod-eerstelijnszorg>

Geraadpleegd op 6-11-2017: <https://www.lhv.nl/uw-beroep/over-de-huisarts/kerncijfers-huisartsenzorg>

Geraadpleegd op 22-10-2017:

[https://ineen.nl/assets/files/uploads/38\\_hans\\_nobel\\_anw-diensten.pdf](https://ineen.nl/assets/files/uploads/38_hans_nobel_anw-diensten.pdf)

Maes, A (2017, 2-08 ). Geef bekostiging ANW-spoedzorg een eigen financieel kader.

Geraadpleegd op 23-10-2017: <http://zorgenstelsel.nl/geef-bekostiging-anw-spoedzorg-een-eigen-kader/>

Geraadpleegd op 29-10-2017: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/huisartsen-verdieneen-ton-te-weinig.htm>

Geraadpleegd op 5-11-2017: <https://www.zorgprismaopenbaar.nl/veelgestelde-vragen/huisartsenzorg/wat-zijn-de-definitie-van-de-verschillende-prestatiegroepen-van-huisartsenzorg/>

Geraadpleegd op 5-11-2017:

<https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/zorgonderwerpen/huisartsenzorg/539372/tarieven-en-en-prestaties-HDS/>

Geraadpleegd op 6-11-2017:

<https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/wet-langdurige-zorg-wlz>

Geraadpleegd op 29-10-2017.

<https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/spoedzorg>

Geraadpleegd op 7-11-2017: <http://www.rug.nl/research/portal/files/14550686/h2.pdf>

Geraadpleegd op 11-11-2017:

[https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg\\_org/uploads/nhg-standpunt\\_huisarts\\_en\\_spoedzorg.pdf](https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/nhg-standpunt_huisarts_en_spoedzorg.pdf)

Geraadpleegd op 5-11-2017:

[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/79278C78897D1793CA257E0A0016A804/\\$File/Review-of-after-hours-primary-health-care.docx](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/79278C78897D1793CA257E0A0016A804/$File/Review-of-after-hours-primary-health-care.docx)

<https://translate.google.nl/translate?hl=nl&sl=en&u=http://www.euroohnet.eu/&prev=search>

Geraadpleegd op 7-11-2017: <http://euroohnet.eu/>

Van den Brink, R (2015, 27-09). Meer ouderen naar de spoedposten. Geraadpleegd op 11-11-2017 <https://nos.nl/artikel/2059896-meer-ouderen-naar-spoedposten.html>

Uit: Jenny Kossen, Zo werkt de zorg in Nederland  
Uitgeverij NBC de Argumentenfabriek, eerste druk

**Bijlage 1, begrippenlijst:**

HAGRO	Huisartsengroep
	Waarnemers huisartsen die een spreekuur voor een andere huisarts afnemen.
	Hidha's huisartsen in dienst bij een andere huisarts.
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
ABCD-check	Airway, Breathing, Circulation and Disability
ANW	Avond-, Nacht- en Weekenduren
HAP	Huisartsenpost
KLV	Kortelijns verpleegkundige
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NTS	Nederlands Triage Systeem
RUN-arts	Regie, urgentie en navigatie-arts
SEH	Spoedeisende Hulp
SOEP-regel	Subjectief, objectie (onderzoek) evaluatie, plan
HDS	huisartsen dienstenstructuren

## Bijlage 2, Stroomschema:

