



**CONCEPT**

*Uitwerking standpunt LHV*

**Huisartsenzorg in avond, nacht en weekend**  
**Aanbod, organisatie en honorering**

**Vastgesteld in de LHV Ledenraad**  
**D.d. 10 juni 2008**

**Geactualiseerd januari 2018**

## Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Uitwerking van het standpunt ANW-zorg	4
3.	Aanbod, organisatie en honorering van de ANW-zorg	
3.1	Aanbod van de huisartsenzorg tijdens avond-, nacht- en weekenduren	5
3.1.1	Definities	
3.1.2	Afbakening	
3.1.3	Omschrijving van het aanbod	
	• Het basisaanbod	
	• Het aanvullende aanbod	
	I. Rol van de huisarts bij toegeleiding van patiënten	
	II. Regiefunctie van de huisarts op een gewone huisartsenpost	
	III. Regiefunctie van de huisarts in een geïntegreerd samenwerkingsverband voor spoedzorg	
	IV. Rol van de huisarts bij de zorg voor bijzondere groepen	
3.2	Organisatie van de ANW-zorg	10
3.2.1	Inleiding	
3.2.2	Verantwoordelijkheden	
3.2.3	Werkbelasting en –omstandigheden	
3.3	Honorering van de ANW-zorg	15
3.3.1	Inleiding	
3.3.2	Uitgangspunten	
3.3.3	Naar een nieuwe vergoeding voor de ANW-zorg	
4.	Conclusie	17
5.	Achtergrondinformatie	18
	Bijlage 1 - Standpunt LHV over de huisartsenzorg in avond, nacht en weekend	19
	Bijlage 2 - Verantwoordelijkheden van de huisarts	20

## 1. Inleiding

De Ledenraad heeft op 14 december 2006 het standpunt over de ANW-zorg vastgesteld. Bij de uitwerking van dit standpunt in 2008 was het uitgangspunt dat huisartsen 24-uurszorg zien als een essentieel onderdeel van de huisartsenzorg en dat huisartsen de regie willen blijven voeren over de 24-uurszorg.

De beroepsgroep ziet in 2017 nog steeds het belang van 24-uurszorg voor de huisartsenzorg en voor de patiënt. Elementen die hierbij een rol spelen zijn de continuïteit van de zorg, de kwaliteit van zorg, de mate van klanttevredenheid, het bieden van generalistische zorg en de positie van de huisarts bij het kunnen uitoefenen van de regierol in de acute zorg. Daarmee blijft overeind dat wij menen dat de huisarts als allround zorgverlener het beste is toegerust om ook in de ANW-uren de eerste opvang te bieden aan patiënten met een spoedeisende zorgvraag en de toegangspoort tot de specialistische zorg te bewaken. De unieke situatie in Nederland, dat ook in de ANW-uren patiënten thuis door huisartsen kunnen worden beoordeeld en behandeld, wordt beschouwd als een groot goed dat het behouden waard is.

Er zijn echter knelpunten bij de invulling van deze gewenste situatie. Maatschappelijke ontwikkelingen en wijzigingen in het zorglandschap hebben er toe geleid dat de 24-uurszorg toenemend onder druk is komen te staan. Vergrijzing, multi-morbiditeit en meer en complexere behandel mogelijkheden, langer thuis wonen in combinatie met substitutie van taken van de 2<sup>e</sup> naar de 1<sup>e</sup> lijn dragen bij aan een grotere belasting van de 1<sup>e</sup>-lijns zorg, zowel overdag als in de ANW-uren. De zorgvraag is dus gegroeid, maar de randvoorwaarden voor organisatie en capaciteit zijn niet in hetzelfde tempo meegegroeid en daarmee wordt het voor huisartsen steeds lastiger om verantwoorde 24-uurszorg te kunnen leveren. Dit betekent dat de randvoorwaarden moeten verbeteren om de 24-uurszorg ook in de toekomst te kunnen behouden.

De verschuiving naar een 24-uurs economie en verwachtingen m.b.t. diagnostische en behandel mogelijkheden beïnvloeden de opvatting van patiënten qua zorg die geleverd dient te worden 'around the clock'. Dit leidt tot een toename van niet-urgente zorgvragen tijdens de diensten. Nog afgezien van het risico op onvoldoende capaciteit voor de spoedzorg, vinden wij deze ontwikkeling niet wenselijk omdat dit leidt tot toenemende medicalisering met alle negatieve gevolgen van dien. Wij pleiten voor een beperking van de zorg in de ANW-uren tot die zaken die niet tot reguliere dagzorg kunnen worden uitgesteld. Dit is een probleem dat huisartsen niet alleen kunnen oplossen. Het is noodzakelijk om de groeiende zorgvraag op maatschappelijk niveau te begrenzen. De toegankelijkheid van de zorg op de lange termijn zal afhangen van de mate waarin het lukt de instroom in te perken.

De digitale vooruitgang biedt mogelijkheden om zorgverlening te stroomlijnen, te individualiseren en te verzelfstandigen. De LHV volgt ontwikkelingen als synchronisatie van dossiers tussen HAPs, ambulances en SEHs, het LSP, teleconsultatie en e-Health middelen waarmee patiënten in staat worden gesteld hun eigen situatie en probleem beter te beoordelen en te behandelen.

Huisartsenposten worden in toenemende mate geïntegreerd met de SEH. Overeenstemming over wie welke patiënten of welke zorgvragen beoordeelt is van belang, het voorkomt verdubbeling van diagnostiek en zorgt voor de juiste zorg op de juiste plek zonder tijdsverlies. Daarbij kan de HAP zorg overnemen van de SEH (denk aan zelfverwijzers), maar de SEH kan ook de HAP ontlasten door bv. in de nacht de consulten te doen. Verdergaande samenwerking met de SEHs, maar ook de ambulances, is dan ook wenselijk. De verdeling van de financiën en schotten tussen budgetkaders mogen hierbij niet leidend zijn.

De bemensing van de HAPs en beloning van de medewerkers zijn een punt van zorg. Op dit moment garanderen de praktijkhoudende huisartsen middels hun contracten met de zorgverzekeraars de 24-uurs beschikbaarheid van eerstelijns zorg. Het is de vraag hoelang zij nog aan deze verplichting kunnen voldoen en daarmee of deze verantwoordelijkheidsverdeling op termijn houdbaar is.

De LHV is van mening dat kleinere normpraktijken en het creëren van meer betrokkenheid van waarnemers bij de huisartsenposten verder bij zullen dragen aan een betere verdeling van de dienstverplichtingen over alle huisartsen. Samen met InEen en VPH werken wij aan een breed programma om de verschillende problemen in de ANW-zorg aan te pakken.

## 2. Uitwerking van het standpunt ANW-zorg

Het LHV-standpunt over de ANW-zorg is in 2008 uitgewerkt door een werkgroep bestaande uit de volgende personen:

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

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

Bijna tien jaar later is, gezien de veelvuldige ontwikkelingen binnen de acute zorg maar ook in de maatschappij, ervoor gekozen om het LHV-standpunt over de ANW-zorg te actualiseren.

Hiervoor is in 2017 een klankbordgroep opgericht, die input heeft geleverd en bestaat uit de volgende personen:

- Willem Bettink, praktijkhoudend huisarts
- Jeroen van Breemen praktijkhoudend huisarts
- Anne van Gelswijk huisarts in opleiding en afgevaardigde namens de LOVAH
- Rinske van de Goor praktijkhoudend huisarts
- Fleur de Groot huisarts in opleiding en afgevaardigde namens de LOVAH
- Hilda Grooters waarnemend huisarts
- Guus Jaspar praktijkhoudend huisarts en bestuurslid Huisartsenkring Zeeland
- Els Kuijt praktijkhoudend huisarts en medisch manager HAP Amsterdam
- Jacqueline Langeslag Hid en kaderhuisarts spoedzorg
- Jet van Leeuwen waarnemend huisarts en bestuurslid Huisartsenkring Friesland
- Jeroen van der Lugt praktijkhoudend huisarts
- Gordon Oron praktijkhoudend huisarts
- Hielke Renkema waarnemend huisarts en bestuurslid Wagro Midden-Nederland
- Peter Rijsman praktijkhoudend huisarts en voorzitter Huisartsen Eemland
- Theobert Timmerman praktijkhoudend huisarts
- Dave Zwart praktijkhoudend huisarts

Garnt Postma en Carin Littooj waren betrokken als bestuursleden van de LHV. De klankbordgroep werd vanuit het LHV-bureau ondersteund door Johanna Gröne.

In het huidige standpunt wordt getracht om opnieuw vast te stellen wat uitgangspunten en randvoorwaarden zijn die zouden moeten gelden voor de huisartsgeneeskundige spoedzorg in ANW-uren. Het veld is echter voortdurend in beweging en er zijn veel ontwikkelingen gaande binnen de acute zorg. Het voorstel is daarom om over enkele jaren (bv. in 2022) het standpunt opnieuw te actualiseren.

### **3. Aanbod, organisatie en honorering van de ANW-zorg**

In dit standpunt worden het aanbod, de organisatie en de honorering van de ANW-zorg vastgesteld.

#### **3.1. Aanbod van de huisartsenzorg tijdens avond-, nacht- en weekenduren**

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

##### **3.1.1. Definities**

Voor een goede beschrijving van het aanbod van de huisartsenzorg tijdens ANW-uren is het noodzakelijk de definities van spoedzorg<sup>1</sup> en ANW-zorg vast te stellen. Er is gekozen voor de volgende definities:

*Spoedzorg* is het antwoord op een zorgvraag die in de beleving van de patiënt niet kan wachten tot de volgende werkdag van de eigen huisarts. Vanuit medisch perspectief is slechts een klein deel van deze acute zorgvragen (potentieel) levensbedreigend. Veel spoedzorgvragen komen voort uit angst of ongerustheid. Deze hulpvragen van patiënten zijn principieel legitiem en het is de taak van de triagist en de huisarts om passende zorg te bieden.

*Bron: NHG-Standpunt, Huisarts en spoedzorg, 2013.*

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

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

##### **3.1.2. Afbakening**

- In dit standpunt wordt aanbod, organisatie en honorering van de huisartsenzorg tijdens ANW-uren uitgewerkt, niet van de acute huisartsgeneeskundige zorg in zijn geheel.
- Uitgangspunt is dat het aanbod tijdens ANW-uren door alle geregistreerde huisartsen gedaan moet kunnen worden, met gebruikelijke opleiding en nascholing. Dat neemt niet weg dat huisartsgeneeskundige zorg tijdens ANW-uren ook door andere BIG-geregistreerde zorgverleners geleverd kan worden waarbij deze de huisarts ondersteunen en onder diens verantwoordelijkheid werken.

##### **3.1.3. Omschrijving van het aanbod**

Aansluitend bij het aanbod huisartsgeneeskundige zorg (LHV, 2015) hoort ANW-zorg tot het basisaanbod. Daarnaast is er sprake van taken die als aanvullend aanbod kunnen worden gezien.

---

<sup>1</sup> In het standpunt uit 2008 werd acute zorg gedefinieerd, gebaseerd op het NHG standpunt. Zij hebben in de herziening gekozen voor de term spoedzorg in plaats van acute zorg. Dit wordt hier overgenomen.

#### *Het basisaanbod*

Huisartsgeneeskundige zorg is dag en nacht beschikbaar: 7 dagen per week, 24 uur per dag. Buiten kantooruren richt het zorgaanbod zich op spoedeisende huisartsgeneeskundige zorg. Het zorgaanbod tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten:

- behoort tot het basisaanbod van de huisartsenvoorziening en voldoet daarmee aan de essentiële kenmerken van de huisartsgeneeskundige zorg<sup>2</sup>;
- richt zich op huisartsgeneeskundige zorg buiten kantooruren die niet kan wachten tot reguliere huisartsgeneeskundige dagzorg beschikbaar is.

Het zorgaanbod tijdens ANW-uren is dus beperkter dan overdag met dien verstande dat tijdens ANW-uren huisartsgeneeskundige zorg wordt geleverd die na triage wordt beoordeeld als urgent en niet kan wachten tot de reguliere dagzorg.

#### *Het aanvullende aanbod*

Als aanvullend aanbod tijdens ANW-uren zijn door de werkgroep hieronder een aantal taken van de huisartsenzorg beschreven. Dit aanvullend aanbod kan door de huisartsenzorg worden aangeboden en heeft vooral te maken met de organisatievorm. Het is daarbij belangrijk dat de noodzakelijke randvoorwaarden op het gebied van competentie, beschikbaarheid en financiering goed geregeld zijn.

##### I. Rol van de huisartsenzorg bij toegeleiding van patiënten

De huisartsenzorg verzorgt de eerst toegankelijke medische zorg voor patiënten in de ANW-uren. Tijdens een telefonisch contact wordt de urgentie van de zorgvraag bepaald en welke zorg op welke termijn nodig is. In het traditionele model werd deze 'triage' alleen voor de huisartsenpost verricht. Bij de steeds toenemende integratie met de spoedeisende hulpafdeling van het ziekenhuis (SEH) neemt de huisartsenzorg deze rol nu ook over voor de SEH zowel bij telefonische aanmelding als (een deel van de) fysieke aanmelding. Deze substitutie van zorg betekent een verzwaring van de taak van de huisartsenzorg en wordt gezien als *aanvullend aanbod*.

De huisartsenzorg is goed toegankelijk en voldoet aan de eis van noodzakelijke spreiding van medische (huisartsen)zorg over het land. Om de toegankelijkheid ondanks de toenemende druk te kunnen waarborgen zijn andere structuuroplossingen nodig waarbij ook van ketenpartners (zoals de SEH, GGZ etc.) verwacht wordt dat zij hun rol pakken in de hele keten van spoedzorg. Mogelijke structuurveranderingen worden beschreven in de notitie 'Naar een toekomstbestendige huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden' (2017).

##### II. Regiefunctie van de huisarts op een (gewone) huisartsenpost

We maken onderscheid tussen de inhoudelijke regiefunctie enerzijds en de bestuurlijke regiefunctie anderzijds.

#### ***Inhoudelijke regiefunctie***

De huisarts heeft de inhoudelijke regie over de (telefonische) triage. Het voeren van de regie over de telefonische triage bij met name niet-levensbedreigende vragen verlangt een generalistisch medisch inzicht. Concreet betekent dit:

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

In beginsel valt deze inhoudelijke regiefunctie onder het basisaanbod in die zin dat elke huisarts de telefonische triage moet kunnen superviseren. Wanneer er op een huisartsenpost specifieke eisen worden gesteld aan de inhoudelijke regiefunctie en deze functie als aparte positie gedefinieerd wordt ('regie-arts') valt dit onder het aanvullend aanbod.

---

<sup>2</sup> Standpunt Kernwaarden Huisartsgeneeskunde. NHG/LHV, 2011/2012

Om huisartsen in staat te stellen de benodigde vaardigheden hiervoor te kunnen verwerven dient opleiding en nascholing gefaciliteerd te worden.

### **Bestuurlijke regiefunctie**

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

Huisartsen hebben twee verantwoordelijkheden voor de huisartsenpost:

1. Huisartsen zijn krachtens het contract met de verzekeraar verplicht de verantwoordelijkheid op zich te nemen om 7x24 uur huisartsgeneeskundige zorg te verlenen aan de bij hen ingeschreven patiënten. De verantwoordelijkheid voor de ANW-zorg hebben zij gedelegeerd naar de huisartsenpost. In die zin zijn zij te beschouwen als opdrachtgevers van de post. Naar hun patiënten toe hebben de deelnemende huisartsen als gevolg van deze constructie een afgeleide verantwoordelijkheid voor de zorg die door de huisartsenpost namens hen wordt verleend.
2. Wanneer een huisarts zelf dienstdoet op de huisartsenpost is hij/zij individueel tucht-, civiel- en (bij uitzondering) zelfs strafrechtelijk aansprakelijk voor de onder zijn/haar directe verantwoordelijkheid verleende zorg\*.

Voor een uitgebreide beschrijving van de verantwoordelijkheden van huisartsen op de huisartsenpost verwijzen wij u ook naar het rapport 'Leidraad verantwoordelijkheden binnen de huisartsenzorg' dat in 2006 tot stand is gekomen in samenwerking tussen de KNMG en de toenmalige afdeling Huisartsendienstenstructuren van de LHV (inmiddels opgegaan in InEen)<sup>3</sup>. Zie ook paragraaf 2.2.2 van deze notitie en bijlage 2.

#### *Verantwoordelijkheid kan niet zonder bevoegdheid:*

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

Regie over de post door huisartsen vergt:

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

---

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

<sup>3</sup> Er is geen actueler document dan de Leidraad uit 2006, daarom wordt dit hier gehandhaafd.

Met bovenstaande punten wordt uitgedrukt dat de betrokkenheid van de huisartsen bij de huisartsenpost van groot belang is op alle niveaus. De bestuurlijke betrokkenheid moet wel voldoen aan de normen van de WTZi. Deze normen zijn uitgebreid beschreven in een aantal documenten van de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN). De VHN is inmiddels opgegaan in InEen die daarmee ook de informatievoorziening heeft overgenomen.

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

### III. Regiefunctie van de huisarts in een geïntegreerd samenwerkingsverband

De derde vorm van aanvullend aanbod tijdens ANW-uren heeft betrekking op de rol van de huisarts in een geïntegreerd samenwerkingsverband voor spoedzorg. Bij vergaande integratie zou op termijn zelfs een spoedeisende medische dienst (SEMD) ontwikkeld kunnen worden waar meerdere disciplines onderdeel van uitmaken. Onderzocht moet worden hoe de regiefunctie van de huisarts in een dergelijke organisatie behouden kan blijven en het beste vormgegeven kan worden.

Ook hier wordt onderscheid gemaakt tussen de inhoudelijke en bestuurlijke regiefunctie van de huisarts.

#### ***Inhoudelijke regiefunctie***

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

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

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

Bij vergaande integratie kan ook worden nagedacht over een collectieve regionale verantwoordelijkheid voor de spoedzorg die door bovengenoemde partners in de spoedketen wordt gedeeld en daarmee de 24-uursverplichting van individuele praktijkhoudende huisartsen vervangt.

#### ***Telefonische triage***

Idealiter vindt er tevens integratie plaats op het niveau van telefonische triage tussen CPA en geïntegreerde post (112 en het telefoonnummer van de huisartsenpost). In de toekomst zou er één landelijk telefoonnummer kunnen komen voor de niet-levensbedreigende spoedeisende zorg tijdens ANW-uren (een voorstel hiervoor is '118 – voor zorg in avond, weekend, nacht'). Het voeren van de regie over de telefonische triage bij met name niet-levensbedreigende vragen (deel huisartsenpost) verlangt een generalistisch medisch inzicht.

Concreet:

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

*Geïntegreerd samenwerkingsverband voor spoedzorg*



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

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

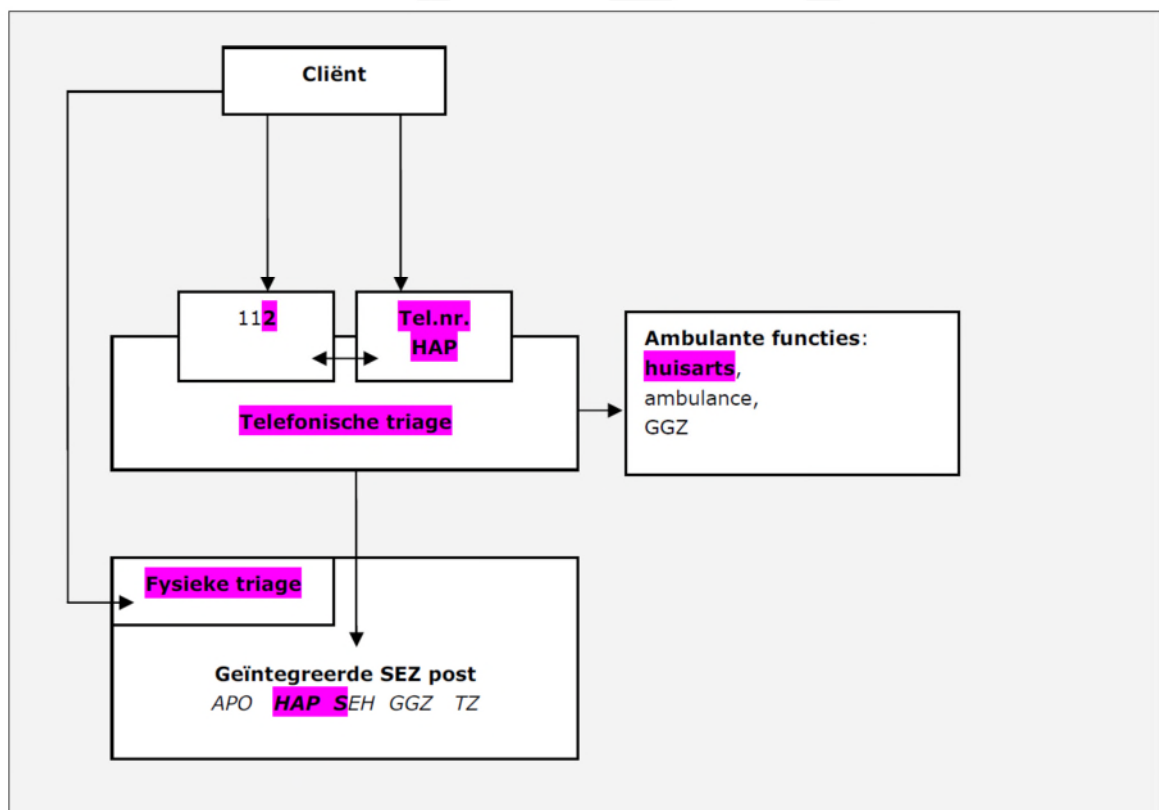
Het voeren van de regie over de telefonische triage en de uitoefening van de regiefunctie in het geïntegreerde samenwerkingsverband kan gecombineerd worden uitgevoerd. Het betreft een verantwoordelijke functie en vraagt ruime kennis, ervaring en stressbestendigheid van een huisarts.

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

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

*Figuur 1 - Een voorbeeld van de organisatie van een geïntegreerd samenwerkingsverband voor spoedzorg*

(gearceerde tekst: rol huisartsenzorg)



### **Bestuurlijk regiefunctie**

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

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

Dit uiteraard met inachtneming van de WTZi.

#### IV. Rol huisartsenzorg bij de zorg voor bijzondere groepen

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

Huisartsenzorg is 24-uurszorg en daarmee dient deze zorg ook in de ANW-uren aan genoemde patiëntengroepen te worden geboden. De ANW-zorg betreft dan huisartsenzorg zoals die voor alle patiënten wordt geboden; oftewel spoedeisende zorg die niet kan wachten tot reguliere zorg beschikbaar is. Indien bepaalde groepen specifieke zorg nodig hebben dient deze bereikbaar en beschikbaar te zijn. Dat wil zeggen dat huisartsen de mogelijkheid moeten hebben om een arts verstandelijk gehandicapten (AVG) of specialist ouderengeneeskunde (SO) te kunnen consulteren. Deze extra zorg moet zijn beschreven en vastgelegd om dit randvoorwaardelijk mogelijk te maken.

Het is belangrijk om de huisartsenzorg die binnen de ZVW geleverd wordt duidelijk af te bakenen van de intramurale zorg die geleverd wordt binnen instellingen die onder de WLZ vallen.

Huisartsen kunnen aparte contracten afsluiten om zorg te leveren aan patiënten met hoge zorgzwaartepakketten (ZZP). Dit betreft echter aanvullend of bijzonder aanbod en het contract geldt dan alleen voor overdag tenzij aanvullende afspraken gemaakt zijn. WLZ gefinancierde instellingen die inclusief behandeling contracteren zijn primair zelf verantwoordelijk voor de 24-uurszorg.

Zie hiervoor ook de handreikingen 'Samenwerking Huisarts & AVG' en 'Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde'.

In het hoofdstuk 'Organisatie van de ANW-zorg' worden de noodzakelijke randvoorwaarden beschreven om dit aanbod te kunnen leveren.

### **3.2. Organisatie van de ANW-zorg**

#### **3.2.1. Inleiding**

De organisatie van de ANW-zorg is met de oprichting van de eerste huisartsenposten zo'n vijftien jaar geleden sterk veranderd. Acute zorg wordt 24 uur per dag geleverd door zowel de eerstelijns (huisartsenzorg) als de tweedelijns. Zie ook figuur 2.

Anno 2017 zijn er twee organisatievormen om te zorgen dat alle burgers voorzien worden van huisartsenzorg tijdens ANW-uren.

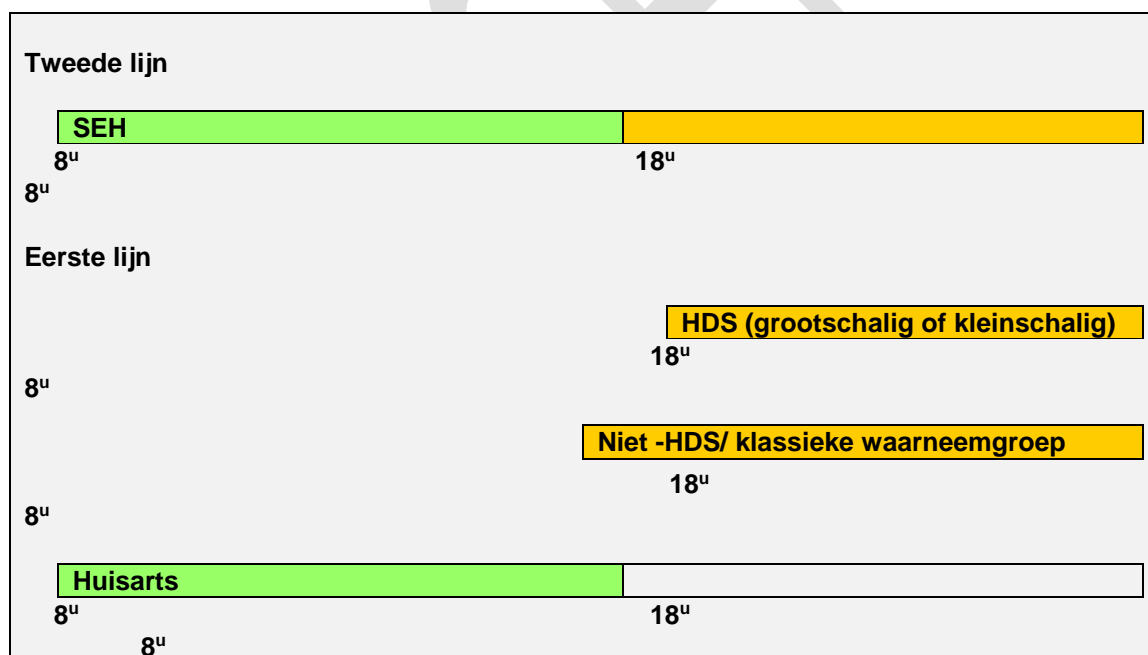
De eerste organisatievorm komt veruit het meest voor:

1. *Huisartsendienstenstructuren*  
Grootschalige organisatie van de ANW-zorg door huisartsenpost al dan niet gekoppeld aan een tweedelijnsinstelling.
2. *Kleinschalige huisartsendienstenstructuren / klassieke waarneming*  
Organisatie van de ANW-zorg door een kleinere groep huisartsen. Veelal in de dunner bevolkte gebieden.

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

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

Figuur 2 - Taakverdeling acute zorg tijdens wekdagen



### 3.2.2. Verantwoordelijkheden

#### Collectieve en individuele verantwoordelijkheid

De beroepsgroep heeft eind 2006 vastgesteld dat huisartsenzorg 24 uur per dag 7 dagen per week beschikbaar moet zijn en dit in de Toekomstvisie 2022 nog eens bevestigd. Daarmee heeft de beroepsgroep de collectieve verantwoordelijkheid voor het bieden van 24-uurszorg op zich genomen. Zorgverzekeraars contracteren huisartsen met patiënten op naam (de praktijkhouders) voor het organiseren van de 24-uurszorg voor hun patiënten.

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

#### *Collectieve verantwoordelijkheid voor de 24-uurszorg*

De beroepsgroep heeft in haar standpunt over de ANW-zorg (LHV, november 2006, zie bijlage 1) vastgesteld dat huisartsenzorg 24-uurszorg is. Daarmee is het een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van de beroepsgroep om 24 uur per dag en 7 dagen per week huisartsenzorg te bieden. In de afgelopen tien jaar is de drukte in de spoedzorg echter enorm toegenomen. Het is dan ook de vraag in hoeverre de beroepsgroep de verantwoordelijkheid voor de 24-uurszorg kan blijven dragen in de toekomst als de randvoorwaarden niet verbeteren. Er is daarmee ook een verantwoordelijkheid van de maatschappij om de groeiende zorgvraag zodanig te kanaliseren en zo mogelijk te beperken dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van acute huisartsenzorg gewaarborgd kan blijven.

#### *Organisatie van de 24-uurszorg*

In het contract dat de huisarts afsluit met de zorgverzekeraar is vastgelegd dat de huisarts 24-uurszorg levert voor de patiënten die op naam zijn ingeschreven bij de huisarts. De organisatie van de 24-uurszorg is daardoor een verantwoordelijkheid van de huisarts met patiënten op naam oftewel de praktijkhouders. Ook hier geldt echter dat door veranderende omstandigheden, zoals naar verhouding relatief minder praktijkhoudende huisartsen, het een punt van discussie is of het op lange termijn houdbaar is dat de contractuele verantwoordelijkheid voor de 24-uurszorg bij slechts een deel van de huisartsen ligt.

Regionaal is differentiatie mogelijk in de organisatievorm. Dat betekent dat de huisarts kan kiezen voor verschillende organisatievormen voor de ANW-zorg, zoals een huisartsendienstenstructuur, kleinschalige dienstenstructuur of een klassieke waarneemregeling.

#### *Uitvoering van de 24-uurszorg*

De uitvoering van de 24-uurszorg wordt door alle huisartsen gezamenlijk gedaan. Niet alleen praktijkhouders, maar ook huisartsen in dienstverband en waarnemend huisartsen zorgen dat patiënten ook tijdens ANW-uren een beroep op de huisartsenzorg kunnen doen.

Los van deze uitvoering staat de kwaliteitseis voor de herregistratie. Om als huisarts geregistreerd te zijn, is het verplicht om ANW-diensten te doen. Deze eis wordt door de RGS gesteld om te waarborgen dat een huisarts voldoende ervaring heeft in de totale breedte van het huisartsenvak.

#### *Verantwoordelijkheden op de huisartsenpost*

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

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

**De eigen huisarts** is verantwoordelijk voor goede huisartsgeneeskundige zorg en de bereikbaarheid van die zorg. Ook tijdens de waarneming is de eigen huisarts verantwoordelijk voor de continuïteit van hulpverlening aan zijn patiënten op de post. De waargenomen huisarts is niet verantwoordelijk voor de uiteindelijke zorg die door de dienstdoende arts wordt geleverd. Gezien de toenemende mate van taakherschikking wordt de dienstdoende arts daarbij steeds vaker door andere zorgverleners ondersteund die dus eveneens spoedeisende huisartsgeneeskundige zorg kunnen leveren.

De eigen huisarts is verantwoordelijk voor gegevensverstrekking over zijn patiënten aan de HDS, bijvoorbeeld in de vorm van het waarschuwingsbericht, waarin informatie is opgenomen over een specifieke patiënt van wie verwacht wordt dat deze met een hulpvraag bij de HDS komt of dat deze speciale aandacht van de dienstdoende huisarts zal vragen (Leidraad, pag. 30).

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

- Het bieden van verantwoorde zorg en veiligheid van de triage door zorg te dragen voor een goede praktijkorganisatie (o.a. op de hoogte zijn van bekwaamheid triagiste, goede afspraken maken met assistent, altijd beschikbaar zijn voor raadpleging door assistent, toezicht en controle houden op functioneren van assistent, na dienst feedback geven aan assistent, samen met andere dienstdoende artsen afstemmen wie tijdens de dienst het eerste aanspreekpunt is).
- Het zorgvuldig raadplegen van reeds beschikbare patiënten informatie en zorgvuldige registratie en doorzending van relevante patiëntengegevens.
- Het (eventueel via de manager) zorgdragen voor meldingen in geval van incidenten, fouten, organisatorische of samenwerkingsproblemen etc.
- Het naleven van richtlijnen en protocollen binnen de HDS onder meer met betrekking tot het vastleggen, omgaan en bewaren van patiëntengegevens.

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

Huisartsenposten zullen verantwoordelijkheid moeten blijven nemen voor technische ondersteuning en het garanderen van ondersteunend personeel met voldoende opleiding en ervaring. Een dienstdoende huisarts kan niet individueel aansprakelijk worden gesteld voor de consequenties van het niet of slecht functioneren van een HAP. Wel is de huisarts verantwoordelijk om geconstateerde misstanden te melden bij de directie (Leidraad, pag. 29).

#### *Verantwoordelijkheden op een huisartsenpost gekoppeld aan een SEH*

Huisartsenposten zijn in een groeiend aantal gevallen gekoppeld aan de SEH van het ziekenhuis. Dit heeft tot gevolg dat op deze posten een groot aantal zelfverwijzers getriageerd worden door de HAP en dat deze zelfverwijzers veelal niet meer op de SEH worden gezien. De taak van de HAP wordt daarmee uitgebreid (dit is aanvullend aanbod, zie paragraaf 2.1.3). De overgang tussen HAP en SEH is dan gemakkelijker. De verantwoordelijkheden van de huisartsen blijven echter dezelfde als op de niet aan de SEH gekoppelde HAP. De HAP verzorgt de huisartsgeneeskundige acute zorg, de SEH de tweedelijnszorg. Deze twee soorten zorg blijven wat verantwoordelijkheden betreft gescheiden. Huisartsen werkzaam op een HAP die is geschakeld aan een SEH beschikken over dezelfde huisartsgeneeskundige vaardigheden als huisartsen die werken op een HAP die niet met de SEH is verbonden. Dit wordt ook beschreven in het LHV standpunt 'Samenwerking HAP en SEH in avond, nacht en weekend' (2012).

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

Tabel 2 - Verantwoordelijkheid voor de huisarts

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

Er is een praktijkkaart en een modelprotocol ontwikkeld voor het omgaan met disfunctioneren van een huisarts. Deze bieden handvatten om vermoedens van disfunctioneren bespreekbaar te maken.

### 3.2.3. Werkbelasting en -omstandigheden in een grootschalige HDS

Huisartsen werken gemiddeld ongeveer 57 uur bij een fulltime werkweek (NIVEL, 2013). Een deel van hun werkzaamheden voeren zij uit in de HDS. Veelal werken huisartsen in deze HDS als zelfstandige professionals (praktijkhouders of waarnemers). Er is geen wet- of regelgeving die beperkingen stelt aan het aantal uren dat zelfstandigen mogen werken. Uit kwaliteitsoogpunt is het echter van groot belang grenzen te stellen aan de werkbelasting. Ook is het van belang de werkomstandigheden goed te bewaken. Hieronder worden richtlijnen gegeven voor acceptabele werkbelasting en noodzakelijke voorzieningen in de werkomstandigheden. Een belangrijke voorwaarde voor de haalbaarheid hiervan is dat er voldoende capaciteit aan huisartsen beschikbaar is en deze ook regionaal zodanig gespreid is dat er geen tekorten zijn in bepaalde regio's.

#### Werkbelasting

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

- Aantal uren dienst  
De duur van de ANW-diensten varieert in de grootschalige huisartsenposten van ongeveer 5 tot 10 uur. Tijdens deze diensten moet de mogelijkheid bestaan om na elke 3 uur minimaal een kwartier pauze te kunnen hebben.  
Het maximaal aantal uren dat een dienst kan duren moet gemaximeerd worden op 10 uren. Langer dan 10 uur achter elkaar werken wordt sterk ontraden. Dit betekent ook dat voor een lange dienst of na een lange dienst voldoende gepauzeerd kan worden voor het begin van de dienst of na de dienst. Waarneming van de eigen praktijk zal derhalve voor en na een lange dienst geregeld moeten worden (bv. via de collegae in de waarneemgroep).

- Aantal patiënten per uur  
Op de posten worden door huisartsen verschillende diensten gedaan: consulten, visites en telefoondiensten. Voor de urbelasting wordt hierbij gerefereerd aan het aantal consulten dat verricht kan worden per uur. Het aantal visites en aantal telefonische contacten kan hierna omgerekend worden afhankelijk van de afstanden die tussen visites worden afgelegd of de soort telefonische consulten die worden gedaan (supervisie, zelf terugbellen, etc.).  
In de reguliere zorg wordt voor een consult 10 minuten gerekend. Hierbij gaat het wel om consulten bij de eigen bekende patiënten en 10 minuten wordt momenteel ook in de dagzorg als onvoldoende beschouwd. Er is meer tijd voor de patiënt nodig. In de ANW-zorg worden door de huisartsen veelal onbekende patiënten gezien. Hierdoor is de benodigde tijd voor het voeren van een kwalitatief goed consult iets langer. Daarnaast is er sprake van toenemend complexere zorgvragen. Het voorstel is daarom om het aantal consulteenheden per dienstuur te maximaliseren op gemiddeld 4. Onder een consulteenheid wordt een volledig (fysiek) consult door de huisarts verstaan (inclusief verslaglegging). Afhankelijk van het type telefonisch consult of bijvoorbeeld in geval van supervisie van de praktijkondersteuner (POH) kunnen deze verrichtingen van de huisarts als een kwart of half consult worden gezien. Op dit moment worden echter vaak meer patiënten per uur gepland. Om een maximum aantal consulteenheden te kunnen hanteren, zal zowel de zorgvraag beperkt als de capaciteit uitgebreid moeten worden.

#### *Werkomstandigheden*

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

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

### **3.3. Honorering van de ANW-zorg**

#### **3.3.1. Inleiding**

Huisartsen bieden hun patiënten 24 uur per dag 7 dagen per week huisartsenzorg, waarbij de spoedzorg een belangrijk onderdeel van deze zorg vormt. Overdag wordt zowel reguliere huisartsenzorg als spoedeisende zorg geboden, in de ANW-uren beperkt de zorg zich tot de spoedeisende zorg. De financiële randvoorwaarden waaronder huisartsen spoedzorg bieden, zijn op dit moment ontoereikend. Er dient dan ook een nieuw voorstel te komen voor de honorering van de huisarts in de ANW-zorg. Deze honorering zal deel uit maken van de totale kosten van de ANW-zorg.

#### **3.3.2. Uitgangspunten**

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

De honorering moet voldoen aan de volgende uitgangspunten:

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

### **3.3.3. Naar een nieuwe vergoeding voor ANW-zorg**

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

#### *Structuur van de honorering*

Er zijn verschillende varianten mogelijk voor de bekostiging van de ANW-zorg. Naast de huidige variant van een apart uurtarief voor de ANW-zorg zou het ANW-tarief ook geheel verdisconteerd kunnen worden in het dagtarief. Dit heeft echter als nadeel dat aan twee van de hierboven gedefinieerde uitgangspunten niet wordt voldaan: een verdisconteerd tarief staat niet los van de dagtarieven en stimuleert niet alle praktiserende huisartsen in gelijke mate om dienst te doen. Het verdient dan ook de voorkeur om de huidige structuur van honorering te handhaven.

#### *Hoogte van de vergoeding voor ANW-zorg*

Er is geen actueel onderzoek naar de hoogte van de honorering van de functie van huisarts gewogen op functie-zwaarte. Het huidige uurtarief wordt als ontoereikend gezien en een verhoging van de bestaande uurtarieven is daarom wenselijk om huisartsen bereid te blijven vinden de 24-uurszorg te blijven verzorgen en tevens de groeiende groep waarnemers te blijven motiveren om diensten in te vullen.

Het slechts indexeren van het huidige uurtarief gaat voorbij aan de ontwikkelingen van de afgelopen jaren en houdt geen rekening met onder andere:

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

Er moet onderzocht worden op welke manier het beste tot een verantwoorde onderbouwing van een passend uurtarief kan worden gekomen. Daarnaast is van groot belang dat er financiële ruimte komt voor maatregelen om de werkdruk tijdens ANW-diensten te verlichten en de eerstelijns spoedzorg toekomstbestendig te maken. Dit gaat verder dan slechts een verhoging van het uurtarief welke de problemen op langere termijn niet op zal lossen. Niettemin is een adequate honorering belangrijk om de beschikbaarheid van spoedeisende huisartsgeneeskundige zorg te kunnen waarborgen.



## 4. Conclusie

In het voorgaande is het standpunt van de LHV over de ANW-zorg uitgewerkt. De definities van spoedzorg en ANW-zorg zijn gekozen. Vervolgens is het huisartsgeneeskundige aanbod tijdens ANW-uren omschreven.

### *Aanbod*

De zorg tijdens ANW-uren behoort tot het basisaanbod van huisartsen en voldoet aan de essentiële kenmerken van huisartsgeneeskundige zorg. De ANW-zorg richt zich op huisartsgeneeskundige zorg die niet kan wachten tot reguliere huisartsgeneeskundige dagzorg beschikbaar is. Deze zorg wordt geleverd na een eerste (telefonische) opvang en beoordeling van alle vragen die door de patiënt of diens omgeving als spoedeisend worden ervaren. De spoedbeleving van de patiënt en de vastgestelde medische urgentie kunnen verschillen. Benadrukt wordt dat ANW-zorg zich dient te beperken tot de zorgvragen die daadwerkelijk spoedeisend zijn. In de huidige organisatie van de ANW-zorg kan geen zorg geleverd worden die in de reguliere dagpraktijk thuishoort.

Het leveren van dit aanbod is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle huisartsen. Huisartsgeneeskundige spoedzorg vormt een schakel in de keten van spoedeisende medische zorg. Van ketenpartners zoals SEH, GGZ, thuiszorg etc. wordt dan ook verwacht dat zij hun verantwoordelijkheid nemen voor hun deel van de spoedzorg.

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

### *Organisatie en werkomstandigheden*

De twee verschillende organisatievormen van de ANW-zorg zijn beschreven (grootschalige HDS en kleinschalige HDS/klasseke waarneemregeling). Vervolgens zijn de verantwoordelijkheden van de 'eigen' huisarts en de dienstdoende huisarts besproken.

Er wordt voorgesteld met betrekking tot de werkomstandigheden dat tijdens de diensten de mogelijkheid moet bestaan om na iedere 3 uur minimaal een kwartier pauze te kunnen hebben. Ook is besproken dat het maximaal aantal uren per dienst op 10 uur gesteld zou moeten worden. Het voorstel is om het aantal consulteenheden per uur te maximeren op gemiddeld 4. Om deze randvoorwaarden te kunnen realiseren dient er voldoende capaciteit aan huisartsen te zijn. Dit heeft mogelijk ook consequenties voor het aantal op te leiden huisartsen.

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

### *Honorering*

De uitgangspunten voor de honorering van de ANW-zorg zijn vastgesteld. Voor de verbetering van de honorering van huisartsen tijdens ANW-uren moet onderzocht worden op welke manier het beste tot een verantwoorde onderbouwing van een passend uurtarief kan worden gekomen. Dit is belangrijk om zowel praktijkhouders als waarnemers gemotiveerd te houden voor het doen van voldoende diensten en de beschikbaarheid van spoedeisende huisartsgeneeskundige zorg zo te kunnen waarborgen.

## 5. Achtergrondinformatie

### Standpunt LHV over ANW-zorg

- Ledenraad LHV, Discussienotitie over de ANW-zorg (september 2006).
- Ledenraad LHV, Standpunt LHV over de ANW-zorg (december 2006).
- Ledenraad LHV, Voortgangsrapportage uitwerking van het standpunt (mei 2007).
- LHV, Standpunt 'Huisartsenzorg in avond, nacht en weekend. Aanbod, organisatie en honorering' (juni 2008).
- LHV, Standpunt 'Samenwerking HAP en SEH in avond, nacht en weekend' (december 2012).
- LHV & VPH & InEen, Notitie 'Naar een toekomstbestendige huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden' (november 2017).

### Aanbod huisartsgeneeskundige zorg

- LHV en NHG, Concretisering Toekomstvisie 2012, pagina 23 *Het zorgaanbod tijdens ANW-diensten* en pagina 31 bovenaan (2004).
- LHV en NHG, Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg (2004).
- LHV, Toekomstvisie 2022 (2012).
- NHG Standpunt *Huisarts en spoedzorg* (juni 2013).
- LHV, Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg (2015).
- LHV en Verenso, Handreiking 'Samenwerking huisarts en specialist ouderengeneeskunde' (oktober 2016).
- LHV en NVAVG, Handreiking 'Samenwerking Huisarts & AVG' (maart 2017).

### Organisatie van de ANW-zorg

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

### Honorering van de ANW-zorg

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

## Bijlage 1 - Standpunt LHV over de huisartsenzorg in avond, nacht en weekend

---

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

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

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

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

### Aanbod

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

### Organisatie

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

### Honorering

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

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

## Bijlage 2 - Verantwoordelijkheden van de huisarts

### Passage uit rapport 'Leidraad verantwoordelijkheden binnen de huisartsenzorg'

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

---

Pagina 29-35:

#### A 3.2.2 Verantwoordelijkheid van de eigen (= waargenomen) huisarts

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

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

#### *Informatie van huisarts aan HDS*

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

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

**De eigen huisarts is verantwoordelijk voor:**

- Continuïteit van hulpverlening aan zijn patiënten ook tijdens waarneming vanuit de post. Via zijn collega's in het HDS-bestuur of door bijvoorbeeld deelname in een sollicitatiecommissie moet er toezicht zijn op voldoende deskundigheid en bekwaamheid van nieuwe medewerkers op de post voor het uitvoeren van de intake, triage, planning en advies aan patiënten.

- Het melden aan de directeur of manager van de HDS van tekortkomingen in het functioneren van medewerkers en hulpverleners op de post, incidenten, fouten, organisatorische of samenwerkingsproblemen etc.

*(zie Hulpmiddel KKK 'interne melding' van LHV HDS), zie ook A.3.2.1.*

- Het informeren van eigen patiënten over en zorgdragen voor gegevensuitwisseling in het kader van de waarneming, in het bijzonder als gebruik wordt gemaakt van het e-waarneemdossier huisartsen.

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

**A 3.2.3 Verantwoordelijkheid van de dienstdoende huisarts**

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

**Tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van de dienstdoende huisarts**

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

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

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

Met betrekking tot *dienstdoende* huisartsen zijn er tegenstrijdige tuchtrechtelijke uitspraken over de verantwoordelijkheid ten opzichte van assistenten. De registratie van de bij de huisartsenposten binnenkomende hulpvragen moet zo worden georganiseerd dat miscommunicatie zoveel mogelijk wordt voorkomen. In principe zijn de dienstdoende artsen gezamenlijk verantwoordelijk voor het functioneren van de assistent/triagist en andere medewerkers. Het is van belang dat voorafgaand aan de dienst wordt afgesproken en aan de medewerkers duidelijk kenbaar wordt gemaakt wie van hen het eerste aanspreekpunt is. De assistente mag onder de bovengenoemde voorwaarden de zogenaamde lichte gevallen zelf afdoen. De arts moet op de hoogte zijn van de opleiding en bekwaamheid van de assistente. Dat is echter anders als de betreffende huisarts niet betrokken is geweest bij, dan wel invloed heeft kunnen uitoefenen op het beleid ten aanzien van de personen die aangenomen worden. In dat geval oordeelde het Centraal Tuchtcollege dat de huisarts, die via de HAGRO was aangesloten op de HDS, *niet bedacht* hoefde te zijn op het maken van fouten door de assistent omdat zij deze niet persoonlijk kende.

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

#### **De dienstdoende huisarts is verantwoordelijk voor:**

- Het bieden van verantwoorde zorg en veiligheid van de triage door zorg te dragen voor een goede praktijkorganisatie. Dit betekent dat de dienstdoende huisarts:
  - \* (eventueel via de manager/bestuur HDS en vertegenwoordiging van de deelnemende huisartsen in het bestuur van de HDS) op de hoogte moet zijn van de bekwaamheid (opleiding en ervaring) van de assistent/triagist.
  - \* goede bij voorkeur schriftelijke afspraken moet maken met de assistent/triagist.
  - \* op basis van het voorgaande er daadwerkelijk op moet kunnen vertrouwen dat de assistent/triagist de afspraken nakomt.
  - \* altijd beschikbaar is voor raadpleging door de assistent/triagist bij twijfel en in alarmsituaties.
  - \* toezicht en controle houdt op het functioneren van de assistent/triagist.
  - \* tijdens en na afloop van de dienst feedback geeft aan de assistent/triagist.
  - \* samen met de andere dienstdoende artsen afstemt wie tijdens de dienst het eerste aanspreekpunt is.
- Het zorgvuldig raadplegen van reeds beschikbare patiënteninformatie (bijvoorbeeld waarschuwingsbericht of eerdere consultaties) en zorgvuldige registratie en doorzending van relevante patiëntengegevens (bijvoorbeeld waarneemretourbericht aan de eigen huisarts).

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

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

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

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

#### **A 3.2.4 Verantwoordelijkheidsverdeling tussen de dienstdoende huisartsen onderling**

Tijdens een dienst zijn er vaak meerdere artsen betrokken bij de hulpverlening. Dit vereist dat er werkafspraken tussen de betrokken artsen gemaakt worden. Een veel gebruikt onderscheid, met name in de grootschalige dienstenstructuren, is die tussen de consultarts, een telefoonarts en een visitearts. Tijdens een dienst hebben ze elk hun eigen rol. Elke dienstdoende arts is vervolgens verantwoordelijk voor zijn eigen handelen. De consultarts zal verantwoordelijk zijn voor het afhandelen van de consulten met patiënten die naar de post komen. De visitearts voor de visites die hij aflegt en de telefoonarts voor de adviezen die telefonisch gegeven worden (door de assistenten). De dienstdoende huisartsen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het bieden van verantwoorde zorg vanuit de HDS, zie de 3 kaders hierboven in A.3.2.3. Dit impliceert bijvoorbeeld dat de telefoonarts, consultarts en visitearts de informatie die rond eenzelfde hulpvraag van de patiënt of diens vertegenwoordiger is verkregen en vervolgens als advies aan de hulpvrager is verstrekt, onderling moet worden afgestemd. De organisatie van de zorg moet zodanig zijn dat de verdeling van taken tussen deze artsen helder is.

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

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

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

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

**Uitgangspunten voor de verantwoordelijkheid van de doktersassistente/triagist:**

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

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

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

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

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

**De medewerkers met verpleegkundige achtergrond zijn verantwoordelijk voor:**

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

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

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

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

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

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

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



### **A 3.3 Waarneming door de huisarts zelf georganiseerd**

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

---

Pagina 46-48:

## **B 1 verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid**

### **B 1.1 Verantwoordelijk en aansprakelijk**

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

### **B 1.2 Civielrechtelijke aansprakelijkheid**

Uitgangspunt is dat iedereen die schade lijdt die schade zelf moet dragen, tenzij een ander daartoe verplicht is. Een patiënt die schade heeft geleden als gevolg van een behandeling zal die schade in beginsel zelf dienen te dragen, tenzij hij aantoont dat de arts daarvoor aansprakelijk is. Dat kan het geval zijn als de schade een gevolg is van een verwijtbare tekortkoming in het handelen van de arts. De tekortkoming kan bestaan uit een wanprestatie (je hebt iets afgesproken maar komt dat niet na) of uit een onrechtmatige daad ( je had beter horen te handelen). Een voorbeeld van het laatste is als de verleende zorg beneden het niveau is dat van een redelijk handelend en redelijk bekwaam vakgenoot onder gelijke omstandigheden mocht worden verwacht. De arts heeft een inspanningsverplichting tegenover de patiënt. Hij behoort zich dus voldoende in te spannen om het gewenste resultaat te behalen. Is de behandeling anders verlopen dan gewenst, dan wil dat niet gelijk zeggen dat de arts daarvoor aansprakelijk is. Immers, hoewel het gewenste resultaat is uitgebleven, kan de arts zich wel voldoende hebben ingespannen om dit resultaat te bereiken. Daarnaast moet er tussen de opgetreden schade en het verwijtbare handelen van de arts een causaal verband bestaan. Aangevoerd moet worden dat de schade is ontstaan door het foutief handelen van de arts. Met andere woorden, als je verantwoordelijk bent voor het uitvoeren van een bepaalde behandeling, dan kun je aansprakelijk worden gesteld voor de schade die uit die behandeling voortvloeit. Daarvoor is het noodzakelijk dat de schade die de patiënt heeft geleden, het gevolg is van het verwijtbaar tekortkomen in het handelen van de arts.

In het civiele recht kun je verantwoordelijk worden gesteld voor je eigen handelen. De rechter kan vervolgens al dan niet bepalen dat je aansprakelijk bent voor de schade die door jouw handelen is ontstaan. Daarnaast kun je aansprakelijk worden gesteld voor het handelen van anderen. Bijvoorbeeld omdat je werkgever bent van iemand (en je als 'instelling' centraal aansprakelijk bent<sup>4</sup>).

### **B 1.3 Overmacht**

Het kan voorkomen dat iemand verantwoordelijk is voor het uitvoeren van bepaalde handelingen maar vervolgens niet aansprakelijk gehouden kan worden voor het niet correct uitvoeren van die

---

<sup>4</sup> Artikel 7:462 BW.

handelingen. Bijvoorbeeld omdat het redelijkerwijs niet van hem verlangd kan worden dat hij de overeenkomst nakomt. Of omdat er bij die behandeling complicaties optreden die de arts niet toegerekend kunnen worden. In dat geval wordt er gesproken van 'overmacht'. De gedraging is daardoor niet verwijtbaar. De rechter zal in dat geval geen aansprakelijkheid toewijzen.

#### **B 1.4 Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid**

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

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

#### **B.1.5. Strafrechtelijke aansprakelijkheid**

Het strafrecht, geregeld in het Wetboek van Strafrecht, geeft aan op welke gedragingen van individuen een straf staat. Een strafrechtelijke procedure wordt gestart door het openbaar ministerie. Dit in tegenstelling tot het civiel recht en het tuchtrecht waar de patiënt doorgaans de procedure start. Van belang voor een strafrechtelijke vervolging is dat de gedraging valt onder een delictsomschrijving. Dat is een omschrijving van hetgeen strafbaar is. Handelingen die buiten deze omschrijving vallen zijn niet strafbaar. Voor een strafrechtelijke veroordeling is tevens noodzakelijk dat de veroorzaker 'schuld' heeft aan de gedraging. Binnen de gezondheidszorg speelt het strafrecht een minimale rol. Van verdere bespreking in dit verband wordt dan ook afgezien.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Zie voor meer informatie bijvoorbeeld Legemaate, J. (1997), Verantwoordingsplicht en aansprakelijkheid in de gezondheidszorg. Deventer: Tjeenk Willink.