



# Zorg voor verandering

Visieontwikkeling door  
en voor huisartsen

## BRONDOCUMENT

Op weg naar een nieuwe visie

Mei 2021



Te midden van de  
moeilijkheid ligt de  
mogelijkheid.

A. Einstein

## Het vraagt moed om te vertrouwen...

Veranderen en doorgroeien met zoveel betrokken en verschillende mensen is niet eenvoudig. Veranderen en keuzes maken...dat vraagt om vertrouwen. Vertrouwen in jezelf en vertrouwen in anderen. Vertrouwen dat je uiteindelijk uitkomt waar je wilt komen. Ik weet uit eigen ervaring dat daar moed voor nodig is.

Omdat we met zovelen zijn, kun je niet in je eentje bepalen waar we naar toe moeten. Dat moeten we samen doen met het besef dat niet iedereen gelijk denkt, niet iedereen gelijk is en niet iedereen in dezelfde situatie verkeert. Daarom moeten we samen ontdekken wat optimaal aansluit bij wat 'we samen' vinden en willen. Belangrijke vragen zijn dan: wat vinden we in ieder geval belangrijk, wat hebben

we in de komende jaren nodig om ons werk te kunnen blijven doen en wat kunnen we beter of prettiger maken binnen de mogelijkheden die er zijn.

Ik geloof in dit traject dat we met elkaar hebben ingezet. De respons tot nu toe bewijst dat heel veel huisartsen de moed hebben om op deze aanpak te vertrouwen. Om in zichzelf en in elkaar te vertrouwen. Deze moed blijft ook vandaag nodig.

De eerste fase is nu achter de rug, maar we zijn er nog lang niet. De verkregen reacties van ruim 300 huisartsen zijn verzameld en geordend in dit Brondocument. U zult zien dat de overweldigende hoeveelheid reacties zijn geordend in thema's en dilemma's.

Nu breekt de fase aan dat we deze thema's en dilemma's met huisartsen, de RvA en ook met de medewerkers van Doktersdienst Groningen, verder richting en vorm gaan geven. Er is nog veel te doen voor we een helder beeld hebben waar we naar toe willen met de huisartsenspoedzorg.

Ik heb het vertrouwen dat dat gaat lukken. Samen gaan we zorgen voor de verandering die nodig is voor een toekomstbestendige huisartsen anw-spoedzorg.

Erik Noordhof,  
*directeur-bestuurder*  
*Doktersdienst Groningen*



## Inhoud

Wat is een brondocument.....	4
Waarom een visie.....	5
Wat is een missie.....	6
Digitaal platform.....	6
De projectorganisatie.....	7
De aftrap.....	8
De online uitvraag 1.....	9
Online vragenlijst 1.....	10
De clustergroep.....	11
Online vragenlijst 2.....	12
Verwerking online vragenlijst 2.....	13
Wat vinden huisartsen belangrijk.....	17
Welke dilemma's zagen we terugkomen.....	43
Na-woord.....	76

## Wat is een brondocument

Dit brondocument is het naslagwerk dat inzichtelijk maakt hoe er is samengewerkt met huisartsen en op basis van welke uitkomsten de visie tot stand gaat komen.

### Maar wat verstaan we onder een brondocument?

Simpel gezegd is het een rapportage van de samengevatte uitkomsten van twee online vragenlijsten die door ruim 300 huisartsen zijn ingevuld.

Het brondocument omvat een feitelijke en objectieve analyse van de thema's die huisartsen belangrijk vinden voor de toekomst. Deze thema's zijn door de deelnemende huisartsen in volgorde geplaatst van relevantie en urgentie voor de toekomst van de huisartsenspoedzorg.

De analyse heeft ook geresulteerd in een aantal dilemma's, want naast overeen-

komstige zienswijzen van huisartsen, treffen we ook een aantal duidelijk contrasterende meningen aan.

In de aanloop naar de analyses toe, wordt een beschrijving van het proces van het traject van visieontwikkeling gegeven.

Met dit geheel hopen wij alle huisartsen en medewerkers van Doktersdienst Groningen een heldere samenvatting aan te kunnen bieden van het werk tot nu toe. Een stevige basis om gezamenlijk een visie te ontwikkelen!

## Waarom een visie

Doktersdienst Groningen wil zich sterker positioneren als zorgverlener met de ambitie huisartsen te ondersteunen en te faciliteren bij het verlenen van huisartsenspoedzorg. We staan daarmee met elkaar voor belangrijke vraagstukken die vragen om een toekomstbestendige visie. De 'huidige' visie is verouderd en speelt onvoldoende in op strategische vraagstukken die een invulling moeten geven aan de behoefte van huisartsen.

Daarom is uitdrukkelijk gekozen om een traject in te zetten voor en door huisartsen. Dat betekent dat de input van huisartsen de basis vormt voor de visie die leidend is voor DDG.

Onze ambitie is dat de uiteindelijke visie richting geeft en inspirerend is voor iedereen die binnen de huisartsenspoedzorg werkt.



### WAT IS EEN VISIE?

**De visie van de organisatie geeft een kort en helder antwoord op de vraag: hoe zien wij onszelf in de wereld van morgen? Een visie van een organisatie gaat over de ontwikkelingen in haar omgeving en welke koers zij wil gaan varen.**

### VOORBEELD MICROSOFT

'Over enkele jaren heeft elke werknemer een computer op zijn bureau'

Dat klinkt vandaag de dag niet meer als een heel spannende visie. In de jaren '90 van de vorige eeuw was dat het wel. De persoonlijke visie van Bill Gates leidde ertoe dat er tegenwoordig op de meeste bureaus een PC staat met een besturingssysteem van Microsoft.

## WAT IS EEN MISSIE?

Een missie is waarvoor we staan, een visie is waarvoor we gaan. De missie heeft te maken met waarden en identiteit. Wie zijn we, wat zijn onze waarden, hoe willen we met onze stakeholders, klanten en medewerkers omgaan? In die zin is een missie tijdloos, een visie niet.

### VOORBEELD COOLBLUE

## 'Alles voor een glimlach'

De online winkelketen Coolblue wil een voorbeeld zijn voor anderen door te laten zien dat het anders kan. De kernwaarden van Coolblue – eigenzinnig, vrienden, flexibel en gewoon doen – zijn met elkaar verweven in alle gelegingen van de organisatie. Daar staan zij voor.



Objectiviteit en transparantie zijn bij de start van het project harde criteria geweest voor de inrichting van het proces en de methode om huisartsen het woord te gunnen. Alle opbrengsten vanuit de twee online onderzoeken zijn in kaart gebracht op basis van feitelijke analyses. Voor DDG is dit de juiste- en daarmee de enige- manier om een gedegen fundament te leggen onder de toekomstige visie.

## Digitaal platform

Het traject van visieontwikkeling is opgezet aan de hand van een innovatieve en transparante methode: een digitaal ontwikkeld platform dat op een methodische, transparante en creatieve manier zienswijzen in kaart brengt. De uiteindelijke besluitvorming vindt plaats op basis van de collectieve output van huisartsen.

Spilter is de externe partij die deze methode faciliteert en samen met DDG het traject begeleidt.

DDG heeft gekozen voor deze externe partij omdat zij:

- in staat is om een grote hoeveelheid meningen, ideeën en suggesties te verzamelen met behulp van een innovatief en gebruiksvriendelijk online platform
- in staat is om deze data te structureren, te analyseren en overzichtelijk te rapporteren
- een instrument biedt om de inrichting en de besluitvorming voor visieontwikkeling objectief en transparant vorm te geven.

## De projectorganisatie

### De stuurgroep

De stuurgroep, voorgezeten door de directeur-bestuurder van DDG, Erik Noordhof en versterkt met Raju Peters (Huisartsenkring Groningen), Ingrid Gerritsen (voorzitter RvA) en Ria Schuurman (manager spoedzorg DDG) houdt maandelijks zicht op de voortgang van het proces van visieontwikkeling. Zij controleert de begroting van het project en stuurt bij waar zij dit nodig acht. Daarnaast maakt zij, waar nodig, keuzes rondom de voorgestelde planning en acties, zoals deze door de projectgroep worden voorgelegd.

### De werkgroep

Het project is doelbewust aangevuld met een werkgroep bestaande uit zes huisartsen. Hun bijdrage is van essentieel belang geweest voor de inhoudelijke vraagstellingen zoals deze zijn uitgezet onder huisartsen.

De werkgroep bestond uit een gemêleerd gezelschap van huisartsen waarbij rekening is gehouden met karakteristieken zoals:

- werkzaam in perifeer en stedelijk gebied
- werkzaam als praktijkhouder en niet-praktijkhouder
- man en vrouw.

Vanuit verschillende invalshoeken hebben zij zich gebogen over hoe en met welke inhoud de online vragenlijsten konden worden uitgezet. Ondersteund door Spilter, zijn de vragen verder geobjectiverend en -waar nodig- ontdaan van persoonlijk overtuigingen of meningen.

### De projectgroep

Binnen DDG is een projectgroep samengesteld onder leiding van de bestuursadviseur van DDG, Sander Gerritsen. De projectgroep ontwikkelt het proces van visieontwikkeling en draagt zorg voor de planning en uitvoering van het gehele project in al haar facetten. Daarnaast coördineert zij de afstemming en communicatie naar alle huisartsen, de medewerkers van DDG en haar stakeholders.





## De aftrap

Om alle huisartsen te informeren en te enthousiasmeren over het traject van visieontwikkeling is besloten om als kick-off een webinar te organiseren voor alle huisartsen uit de provincie Groningen en de kop van Drenthe. Het webinar werd bezocht door zo'n 150 huisartsen.

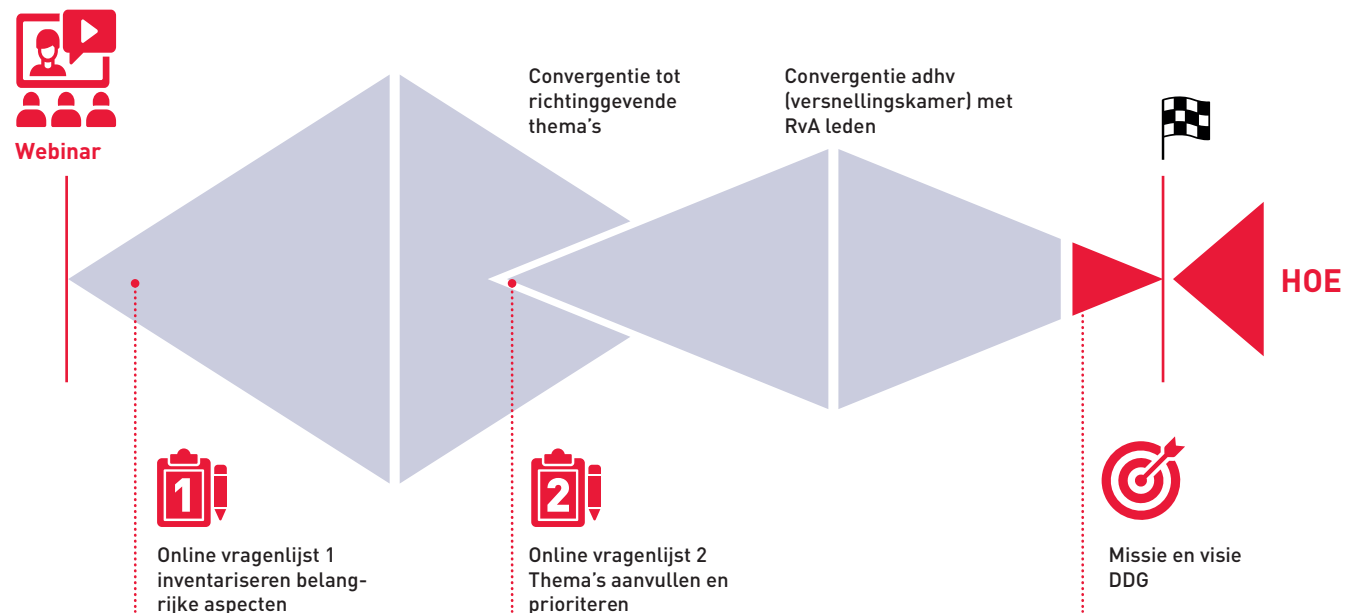
Gedurende het webinar hebben Erik Noordhof, Raju Peters en Ingrid Gerritsen het belang uitgesproken voor huisartsen om actief deel te nemen aan het traject van visieontwikkeling. Steven Wagemaker (Spilter) gaf een toelichting op de stappen die volgen en op het proces van besluitvorming.



## De online uitvraag 1

Direct na het webinar is de eerste online vragenlijst opengesteld voor alle huisartsen uit de provincie Groningen en de kop van Drenthe. Via het platform van Spilter is door 300 huisartsen een eigen account aangemaakt om de eerste vragenlijst in te vullen. Er is gewerkt met voornamelijk open vragen met ruimte voor persoonlijke opvattingen, die na sluiting van de vragenlijst geanalyseerd en geclusterd konden worden.

De uitvraag werd voorzien van zes artikelen die kenmerkend zijn voor mogelijke toekomstige trends en ontwikkelingen binnen de spoedeisende huisartsenzorg. Deze artikelen, waaronder de Houtskoolschets, konden geraadpleegd worden als naslagwerk om ieders zienswijze en meningsvorming te ondersteunen.



| Het proces van besluitvorming



## Online vragenlijst 1 | De feitelijke uitvraag

De werkgroep, bestaande uit een zes huisartsen, heeft de volgende vragen geformuleerd:

- 1. Met welke aspecten van de anw-zorg kan of moet rekening gehouden worden op het gebied van:**
  - de ambities van de huisarts
  - de balans werk en privé
  - de verbinding tussen de dagpraktijk en de huisartsenspoedzorg in de anw- uren
  - specifieke cultuur/omgeving/kenmerken van het verzorgingsgebied DDG.
- 2. Wat zijn voor u de meest gevreesde ontwikkelingen voor de toekomst**
- 3. Wat zijn voor u de meeste gewenste ontwikkelingen voor de toekomst**
- 4. Stelling: “In de toekomst zal er een grote verschuiving plaatsvinden in de zorg voor de patiënt buiten kantoor tijden”**
  - a. ja, want
  - b. ja, maar
  - c. nee, tenzij
  - d. nee, omdat.

### RESPONS VRAGENLIJST 1

**4200** antwoorden van:  
**144** praktijkhouders  
**146** niet-praktijkhouders  
**15** HIDHA's  
**9** HID's

## De Clustergroep

Vanuit de eerste online vragenlijst is het enorme bestand aan antwoorden geanalyseerd door deze te bespreken, te definiëren en ze te clusteren.

DDG heeft doelbewust gekozen deze opdracht buiten de invloed van de eigen organisatie te leggen. Om de klus kundig en onbevooroordeeld uit te laten voeren is besloten een groep personen samen te stellen met een wetenschappelijke achtergrond en affiniteit met huisartsenzorg.

Deze analyse is, onder begeleiding van Spilter, uitgevoerd door zes studenten geneeskunde (3e - 6e jaars), geworven via studentenvereniging 'Panacea' van de Rijksuniversiteit Groningen.

Deze studenten zijn getraind door Spilter om daarna de output van de vragenlijsten 1 en 2 te clusteren volgens het 'vier ogen principe'.

### VIJF OGEN PRINCIPE

Procedureel uitgangspunt dat stelt dat voor bepaalde handelingen altijd twee mensen nodig zijn om elkaar te kunnen controleren. Dit ter voorkoming van fraude, tunnelvisie of andere misstanden.



### FILMPJE 'IN GESPREK MET TWEE HUISARTSEN'

Vlak voor de feestdagen, in december 2020, is de tweede online vragenlijst opgezet.

Om huisartsen te stimuleren opnieuw hun bijdrage te leveren, is een opname gemaakt van een tafelgesprek met twee huisartsen. Zij reageerden

op een aantal uitspraken vanuit het eerste onderzoek. Daarnaast toonde Spilter de resultaten van het onderzoek tot nu toe.

Nog eens deze opname bekijken? Bezoek dan: <https://bit.ly/3ugZdwM>.



## Online vragenlijst 2 | De feitelijke uitvraag

Het hoofddoel van deze tweede vragenlijst was het valideren en prioriteren van alle geclusterde thema's. Kort gezegd is in deze fase sterker geconvergeerd in plaats van gedivergeerd, zoals dat het geval was bij de eerste vragenlijst. Aan deze vragenlijst hebben ruim 250 huisartsen meegedaan.

1. Geef per thema (zie pagina 17) aan op de schaal van 1-10 aan dat dit op de agenda van DDG komt (1= laagste score, 10= hoogste score).
2. Selecteer de 5 belangrijkste thema's uit bovenstaande lijst.
3. Selecteer de 5 minst belangrijke thema's uit bovenstaande lijst.
4. Zijn alle thema's duidelijk?
5. Zijn alle thema's volledig of mist u nog een thema?
6. Op basis van de thema's zijn er 10 dilemma's geformuleerd (zie bijlage 2 pagina 47).  
Geef aan de hand van het schuifmetertje aan voor welke richting u kiest.
7. Zijn er nog ontwikkelingen waar we rekening moeten houden, die niet eerder benoemd zijn?

### RESPONS VRAGENLIJST 2

**4229** antwoorden van:  
**123** praktijkhouders  
**113** niet-praktijkhouders  
**16** HIDHA's  
**5** HID's

## Verwerking online vragenlijst 2

Vragenlijst 2 is opnieuw verwerkt en geanalyseerd door 4 studenten, van de Clustergroep. Deze resultaten zijn besproken met zowel de projectgroep, de Stuurgroep alsook de RvA.

De RvA heeft in januari 2021 vooral kennisgenomen van de analyse, maar daar nog niet inhoudelijk op gereflecteerd. In een online bijeenkomst met ruim 25 leden van de RvA, heeft Spilter de analyse gepresenteerd en is globaal gesproken over wat de leden opviel.

Rode draad vanuit de RvA: "De thema's zijn niet nieuw, de validering wel. En de scherp gestelde dilemma's maakt duidelijk waar we de komende jaren iets mee moeten".







WAT VINDEN HUISARTSEN  
BELANGRIJK VOOR DE  
TOEKOMST?

En... hoe waarderen zij  
deze thema's in volgorde  
van urgentie en relevantie?

## Leeswijzer

Alle resultaten zijn onderverdeeld in 16 thema's die huisartsen belangrijk vinden. Daarvan zijn 16 themakaarten gemaakt. Deze kaarten kunt u als volgt lezen:

- het thema
- waar gaat dit thema over?
- wat viel op per kenmerken van huisartsen?
  - perifeer-stad
  - leeftijd
  - jaren werkzaam als huisarts
  - praktijkhoudend of niet-praktijkhoudend
- hoeveel opmerkingen zijn in totaal over dit thema gemaakt
- de score: Hoe waarderen huisartsen het thema in volgorde van urgentie en relevantie
- top 5 thema of niet.

**LET OP:** er is tweemaal gevraagd een waarde toe te kennen aan de thema's. De eerste keer kon men desgewenst dezelfde score toekennen aan verschillende thema's. De tweede keer moest een prioriteit worden gegeven in een top 5 van belangrijk-niet belangrijke thema's. De scores (1-10) en de top 5 lopen daarom qua waarde in grote mate gelijk op, maar zijn niet in alle gevallen gelijk. Een lagere score van een thema bijvoorbeeld kan toch in de top 5 zijn opgenomen.



p. 18



Werkdruk en werkplezier tijdens de anw-uren

p. 19



Afkadering van de spoedzorg tijdens de anw-uren

p. 20



Werk sfeer, onderlinge collegialiteit en teamgevoel tijdens uitvoering van de anw-zorg

p. 21



Invloed en stemrecht huisartsen

p. 24



Verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de anw-diensten

p. 25



Samenwerking en afstemming met andere zorgaanbieders

p. 26



Wijze van inroosteren van diensten

p. 27



Betaling van de anw-uren

p. 30



Overdracht van dagpraktijkzorg naar anw-zorg

p. 31



Schaalgroote: Centraal of juist de-centraal

p. 32



Inzet andere zorgspecialisten

p. 33



Kwaliteit van zorg, constant leren en verbeteren, zowel door huisartsen als door ondersteunende medewerkers

p. 36



Werkomgeving tijdens anw-uren

p. 37



Betrekken omgevingskenmerken bij aanbieden van op maat gesneden anw-zorg

p. 38



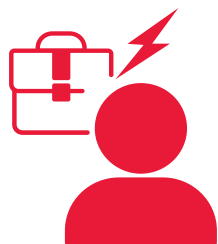
Innovatie, inzet van digitale middelen

p. 39



Organisatie DDG

## THEMA 1



### Werkdruk en werkplezier tijdens de anw-uren

Hier onderzoeken we de mogelijkheden die moeten gaan leiden tot het ervaren van een gelijke en acceptabele werkdruk, voldoende werkplezier voor huisartsen en medewerkers, los van de locatie en/of regio. De beschikbare tijd

per consult, de vergrijzing in relatie tot de noodzaak anw-diensten 's nachts te draaien, ruimte voor pauzes, bezetting in de nacht, etc. zijn zaken die hierbij aan bod komen.

#### GEMIDDELDE SCORE

8,5



#### TOP 5 - BELANGRIJK

1



#### AANTAL OPMERKINGEN

406



### Wat valt op?

Geringe spreiding in de antwoorden. Alle groepen hebben dit thema gescoord met een cijfer tussen de 8.1 en 8.9. Voor veel groepen is dit thema ook hun hoogst scorende thema. De 8.1 is gegeven door de praktijkhoudende huisartsen en de huisartsen ouder dan 55. De hoogste score, een 8.9, is door niet-praktijk-

houdende huisartsen en huisartsen die jonger zijn dan 40 toegekend. Vanuit de invalshoek werklocatie is er een verwaarloosbare spreiding in de scoring te zien op dit thema.

Bijna alle groepen hebben dit thema op de 1e plaats gezet, behalve onder de

praktijkhoudende huisartsen. Zij hebben dit thema op de 2e plaats gezet en het thema 'verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de anw-diensten' op de 1e plaats.

Perifeer-stad  
Leeftijd

Jaren werkzaam als huisarts  
Praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend

## THEMA 2

**Afkadering van de spoedzorg tijdens de anw-uren**

DDG levert de huisartsenspoedzorg tijdens anw-uren. Hoe ontwikkelt die huisartsenspoedzorg zich in de nabije toekomst? Onder dit thema vallen vraagstukken zoals:

- Wat valt wel en wat niet onder de spoedzorg en hoe kan de triage hier optimaal mee omgaan?
- Hoe kunnen de anw-spoedzorg en 24-uurszorg beter op elkaar aansluiten?
- Hoe sluit dit optimaal aan op de openingstijden van huisartsenpraktijken?
- Wat is hierbij nodig als het gaat om de bereikbaarheid (via welke communicatie kanalen) van de spoedzorg?
- Hoe ga je om met specifieke patiëntcategorieën zoals WLZ, GGZ patiënten, asielzoekers?



## GEMIDDELDE SCORE

8,4



## TOP 5 - BELANGRIJK

2



## AANTAL OPMERKINGEN

565

**Wat valt op?**

Er is een kleine spreiding in de antwoorden te zien. Alle groepen hebben dit thema gescoord met een cijfer tussen de 8.0 en 8.8. Voor de groep van 22 huisartsen die geen vast werkgebied hebben is dit, naast het thema 'werkdruk tijdens anw-uren', het hoogst scorende thema met een 8.8.

Alle groepen hebben dit thema wel in hun top 5 van de belangrijkste thema's benoemd, maar met een spreiding tussen 1e en 4e positie. De groepen die dit thema op de 1e plaats hebben gezet zijn de HID(HA)'s en de huisartsen uit Groningen-stad. De groepen die dit thema op de 4e plaats hebben gezet, zijn de

huisartsen die binnen 5 jaar stoppen met werken en huisartsen werkzaam in Noordoost-Groningen.

Perifeer-stad

Leeftijd

Jaren werkzaam als huisarts

Praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend

## THEMA 3

### Werksfeer, teamgevoel en onderlinge collegialiteit tijdens de uitvoering van de anw-uren



Hier zoomen we in op het ervaren van een prettige werksfeer tijdens het draaien van de anw-diensten. Daarbij gaat het bijvoorbeeld over het ervaren van een teamgevoel, onderlinge overdracht, werkverdeling en het helder zijn in het uitspreken van verwachtingen naar elkaar.

GEMIDDELDE SCORE

8,1



TOP 5 - BELANGRIJK

3



AANTAL OPMERKINGEN

207



### Wat valt op?

Zeer geringe spreiding in de antwoorden. Alle groepen hebben dit thema gescoord met een cijfer tussen de 7,8 en 8,3. De 7,8 is gegeven door de groep praktijkhoudende huisartsen. De 8,3 door de groepen 'niet-praktijkhoudende huisartsen', de HID(HA)'s, de huisartsen binnen de groep 'zuidoost' en groep 'Groningen-stad'.

De huisartsen uit de groep 'noordwest' hebben dit thema op de 2e positie gezet. De huisartsen uit de groep 'Groningen niet-stad' (dorpen direct rond de stad Groningen) hebben dit thema niet in hun lijst van 5 meest belangrijke thema's opgenomen. Voor de rest van de groepen is de positie wisselend tussen de 3, 4 en 5.

Perifeer-stad  
Leeftijd

Jaren werkzaam als huisarts  
Praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend

## THEMA 4



## Invloed en stemrecht huisartsen

Momenteel hebben praktijkhoudende huisartsen stemrecht en daarmee inspraak op het beleid van DDG. Niet-praktijkhoudende huisartsen voeren een groot deel van de anw-diensten uit. Het percentage verkochte diensten ligt al jaren lang rond de 50%. Vragen die hierbij aan de orde komen zijn:

- Is het terecht dat alleen praktijkhouders stemrecht hebben? En zo nee, hoe kunnen we dat beter inrichten zodat het voor iedereen eerlijk is?
- Wordt er een 'tegenprestatie' verwacht? Bijvoorbeeld in de vorm van verplichte anw-diensten?



### GEMIDDELDE SCORE

# 7,9



### TOP 5 - BELANGRIJK

# -



### AANTAL OPMERKINGEN

# 97



## Wat valt op?

Redelijk kleine spreiding in de antwoorden tussen de groepen. De twee groepen met de grootste onderlinge spreiding zijn de niet-praktijkhoudende huisartsen die dit thema een 8.3 geven en de praktijkhoudende huisartsen die dit thema waarderen met een 7.5. Alle andere groepen zitten hier tussenin.

Er zijn vier groepen die dit thema wel in hun top 5 belangrijk hebben gezet. Dat zijn:

- de niet-praktijkhoudende huisartsen
- de huisartsen die korter dan 5 jaar huisarts zijn
- de groep jonger dan 40 jaar
- huisartsen werkzaam in regio noordwest.

Perifeer-stad

Leeftijd

Jaren werkzaam als huisarts

Praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend





Levensloopgeneeskunde bieden door het slim inzetten van moderne, digitale middelen te combineren met ouderwets dokters.

### **Lianne Verbeek-van Buuren**

Huisarts in Meerstad  
Locatie: Meerstad

## THEMA 5

# Verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de anw-diensten



Momenteel zijn de praktijkhoudende huisartsen verantwoordelijk voor de invulling van de anw-diensten. Onderstaande vraagstukken zijn voorbeelden van kwesties die binnen dit thema/onderwerp aan bod komen:

- Moet de verantwoordelijkheid voor anw-diensten primair gekoppeld blijven aan de gevestigde praktijkhouders?
- Is de 24-uurs verantwoordelijkheid voor de patiëntenzorg

voor gevestigde praktijkhouders nog werkbaar/verdedigbaar?

- Kunnen en willen we aangesloten, niet-gevestigde huisartsen en HID(HA)'s ook structureel inplannen?
- Wordt met de overdracht van een dienst ook de verantwoordelijkheid ervoor overgedragen (bijv. voor het regelen van vervanging bij ziekte)?

### GEMIDDELDE SCORE

7,8



### TOP 5 - BELANGRIJK

4



### AANTAL OPMERKINGEN

449



## Wat valt op?

Er is een grote spreiding te zien tussen de verschillende groepen huisartsen. Voor de praktijkhoudende huisartsen en de huisartsen ouder dan 55 geldt dat dit hun hoogst scorende thema is. Zij geven dit thema een 8.5. De huisartsen zonder een vast werkgebied scoorden dit het laagste. Zij gaven dit thema een score 7.1. Voor de praktijkhoudende huisartsen staat dit thema op de 1e positie. Voor de onderstaande groepen komt het thema niet voor in de top 5 belangrijk:

- niet-praktijkhoudende huisartsen
- de HID(HA)'s
- de minder dan 5 jaar huisarts
- huisartsen jonger dan 40
- huisartsen werkzaam in de regio noordwest.

De rest van de groepen heeft dit unaniem op de 3e positie gezet.

Perifeer-stad  
Leeftijd

Jaren werkzaam als huisarts  
Praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend



## THEMA 6

**Samenwerking en afstemming met andere zorgaanbieders**

Hierbij gaan we aan de slag om een optimale samenwerking en afstemming met andere zorginstellingen, zoals de SEH, GGZ-crisisdienst en verpleeghuizen te creëren. Denk hierbij aan het opzetten, optimaliseren of efficiënter maken van

de samenwerking. Daarnaast kunnen de huidige samenwerkingen soms efficiënter wanneer er betere afspraken worden gemaakt onderling.



Perifeer-stad  
Leeftijd  
Jaren werkzaam als huisarts  
Praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend

## GEMIDDELDE SCORE

7,5



## TOP 5 - BELANGRIJK

-



## AANTAL OPMERKINGEN

253

**Wat valt op?**

Kleine spreiding in de antwoorden. De groep die deze het laagst scoort, is de groep van praktijkhoudende huisartsen (7.2). De groep HID(HA)'s scoort deze het hoogst met een cijfer 8.0. Dit thema komt alleen in de top 5 voor binnen de

groep HID(HA)'s: zij hebben dit thema op de 3e positie gezet van meest belangrijke thema's.

## THEMA 7

### Wijze van inroosteren



DDG gaat de aan slag met de manier waarop de inroostering wordt vormgegeven. Bijvoorbeeld het vraagstuk of er meer aspecten aan bod kunnen komen bij het inroosteren. Denk aan het type

diensten, de duur van de diensten, de tijdstippen, de combinatie met eigen praktijk en dagplanning, de levensfase van de huisarts, de mate van afwisseling, afstand tot werkplek, etc.



Perifeer-stad  
Leeftijd

Jaren werkzaam als huisarts  
Praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend

#### GEMIDDELDE SCORE

7,3



#### TOP 5 - BELANGRIJK

5



#### AANTAL OPMERKINGEN

531



### Wat valt op?

Kleine spreiding in de antwoorden. De groep die deze het laagst scoort is de huisartsen die binnenkort stoppen, met een 6,7. De huisartsen die starten geven het een 7.5. De groep HID(HA)'s scoort deze het hoogst met een cijfer 7.8. De overige groepen zitten dicht in buurt van het gemiddelde cijfer.

Bijna alle groepen hebben dit thema op de 4e of 5e positie gezet van de top 5 belangrijk. Behalve de huisartsen die binnen 5 jaar stoppen. Daar staat het thema op positie 2 van belangrijkste thema's.

## THEMA 8

**Betaling van de anw-uren**

De betaling van de anw-uren is aan regels gebonden. Hierdoor ontstaat de situatie dat tarieven verschillen voor praktijkhoudende huisartsen en niet-praktijkhoudende huisartsen, afhankelijk van de specifieke dienst die het

betreft. Kan dit anders en/of evenwichtiger en sluit de tarifiering voldoende aan op de mate van verantwoordelijkheid die eraan gekoppeld is?



## GEMIDDELDE SCORE

7,3



## TOP 5 - BELANGRIJK

-



## AANTAL OPMERKINGEN

86

**Wat valt op?**

Zeer kleine spreiding in de antwoorden. De groepen die dit thema het laagste scoren zijn de HID(HA)'s en de huisartsen zonder vaste werklocatie (7.0). De groep die dit het hoogste scoort is de groep van huisartsen die binnen 5 jaar stoppen. Zij geven dit thema een 7.7. Op één groep na heeft geen enkele

groep dit thema in de top 5 van belangrijkste thema's opgenomen. Bij de groep van huisartsen zonder vaste werklocatie staat dit thema op de 5e plaats.

Bij drie groepen komt dit thema voor in de top 5 van minst belangrijke thema's. Dit betreft de groepen van huisartsen

tussen de 40 en 55 jaar, de huisartsen die werken in Groningen niet-stad (de dorpen rond de stad Groningen) en de huisartsen die werken in regio noord-oost.

Perifeer-stad  
Leeftijd

Jaren werkzaam als huisarts  
Praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend





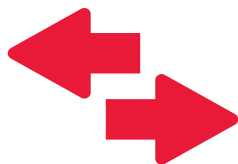
Ons prachtige vak én onze patiënten gezond houden. Dat zie ik als een mooie gezamenlijke uitdaging!

**Margriet Laseur**

Niet-praktijkhoudend huisarts  
Locatie: De Havezate Mensinge, Roden

## THEMA 9

# Overdracht van dagpraktijkzorg naar anw-zorg



We onderzoeken hoe de overdracht verbeterd kan worden. De intercollegiale communicatie tussen de eigen huisarts van patiënten en de huisartsen die een anw-dienst doen is van belang. Dit gaat om een goede terugkoppeling van belangrijke informatie over de patiënt. Palliatieve zorg is een van de as-

pecten waar dit speelt. Hierbij hoort ook dat bekeken wordt hoe de patiëntendossiers beter beschikbaar gesteld en aangevuld kunnen worden tijdens de anw-dienst.



Perifeer-stad  
Leeftijd  
Jaren werkzaam als huisarts  
Praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend

### GEMIDDELDE SCORE

7,3



### TOP 5 - BELANGRIJK

-



### AANTAL OPMERKINGEN

70

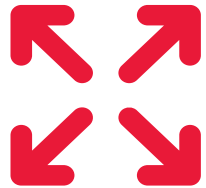


## Wat valt op?

Kleine spreiding in de antwoorden. De groepen die dit thema het laagste scoren zijn de HID(HA)'s en de huisartsen tussen de 40 en 55 jaar (7.0). De groep die dit het hoogste scoort is de groep 'Groningen-stad'. Zij geven dit thema een 7.9.

Dit is het enige thema -van alle 16 thema's- waarbij het thema door geen enkele groep in de top 5 belangrijkste of in de top 5 van onbelangrijkste thema's is opgenomen.

## THEMA 10



## Schaalgrootte: centraal of juist decentraal

Keuzes over schaalgrootte van DDG of de regio's zijn belangrijk. Hierbij speelt zeker de (de-)centralisatie een rol. Vragen over het aantal centrale posten, verschillen tussen de stadse en platte-

landse culturen, effect op reistijden voor zowel huisarts als patiënt, het persoonlijke karakter van de zorg, e.d. komen hierin aan de orde.



### GEMIDDELDE SCORE

7,3



### TOP 5 - BELANGRIJK

-



### AANTAL OPMERKINGEN

142



## Wat valt op?

Kleine spreiding in de antwoorden. De groep die dit thema het laagst scoort is de praktijkhoudende huisartsen met een 6.9. De groep die dit het hoogste scoort is de niet-praktijkhoudende huisartsen. Zij geven dit thema een 7.7.

Op één groep na heeft geen enkele groep dit thema in zijn top 5 van belangrijkste

thema's opgenomen. Behalve de groep van huisartsen die werken in de regio noordwest. Bij deze groep staat dit thema op de 5e positie.

Bij bijna alle groepen wordt dit thema vermeld in de lijst van de vijf minst belangrijke thema's. Voor 2 groepen is dit thema het op één na minst belangrij-

ke onderwerp. Dit betreft de groepen HID(HA)'s en de groep huisartsen die binnen 5 jaar stoppen.

Perifeer-stad

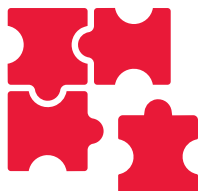
Leeftijd

Jaren werkzaam als huisarts

Praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend

## THEMA 11

### Inzet andere zorgspecialisten



DDG onderzoekt of er andere 'bronnen' van zorgspecialisten ingezet kunnen worden voor de invulling van de anw-diensten. Denk hierbij aan partijen zoals bijvoorbeeld ANIOS, VS/PA, basisartsen, kaderarts spoedzorg en ook aan het werken met zgn. huisartsenpools

met een meer spoedzorg-specialisatie als oplossingsrichting. Een dergelijke herverdeling van de inzet van huisartsen/specialisten zou dan leiden tot minder werkdruk en/of een gestroomlijnder proces.



Perifeer-stad  
Leeftijd

Jaren werkzaam als huisarts  
Praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend

#### GEMIDDELDE SCORE

7,0



#### TOP 5 - BELANGRIJK

-



#### AANTAL OPMERKINGEN

49



### Wat valt op?

Een thema met een redelijk grote spreiding tussen de groepen. De groep die dit thema het minst interessant vindt, met een score van 6,5, zijn de huisartsen die werkzaam zijn in Groningen-stad. De groep die dit het meest interessant vindt is de groep huisartsen die werkzaam is

in dorpen rond de stad Groningen. Zij scoren als enige dit thema binnen de top 5 belangrijk, met een cijfer 7.8 (4e plaats).

Net als bij de belangrijkste thema's, zit bij de minst belangrijke thema's ook

maar één groep die dit heeft opgenomen in hun lijst. Bij de niet-praktijkhoudende huisartsen staat dit thema op positie 5 van minst belangrijk.



## THEMA 12

## Kwaliteit van zorg, constant leren en verbeteren, zowel door huisartsen als door ondersteunende medewerkers



DDG faciliteert het constant leren om beter te doen wat beter kan. Denk daarbij aan triage, de rol als dispatcher/omloopassistent, meer nascholingsmogelijkheden voor huisartsen en het leren

van andere regio's. Daarmee wordt de organisatie beter toegerust op de uitdagingen die er zijn in de anw-zorg.



## GEMIDDELDE SCORE

7,0



## TOP 5 - BELANGRIJK

-



## AANTAL OPMERKINGEN

113



### Wat valt op?

Een thema met een geringe spreiding. De groep die dit thema het minst interessant vindt, met een score van 6,7, zijn de praktijkhoudende huisartsen. De groep die dit het meest interessant vindt is de groep huisartsen die werkzaam is in Groningen-stad en de HID(HA)'s Die scoren dit thema met een cijfer 7.4.

Dit thema wordt door 4 groepen opgenomen als één van de vijf minst belangrijke thema's. Bij de groep huisartsen die werken in regio noordoost staat deze op de 3e plaats van minst belangrijke thema's. De andere groepen zijn de huisartsen die minder dan 5 jaar huisarts zijn, de regio noordwest en de huisartsen zonder vaste werklocatie.

Perifeer-stad  
Leeftijd  
Jaren werkzaam als huisarts  
Praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend



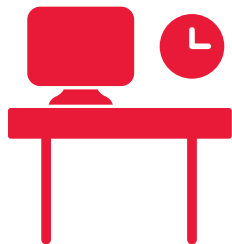


Met de mens gaat het beter, met de aarde steeds slechter. Vraagt dat niet ook om een nieuwe invulling van geneeskunde?

## **Siert Woltjer**

Huisarts in Uquert  
Locatie: Noordpolderzijl

## THEMA 13



### Werkomgeving tijdens anw-uren

Hier gaat het om het creëren van een veilige en voldoende geëquipeerde werkomgeving, waarbij ruimte is voor de diversiteit aan belangen die actueel zijn tijdens diensten. Denk aan beschikbare/

benodigde apparatuur, maar ook een slaapmogelijkheid, stoelverwarming, mogelijkheid om te kolven, koffieautomaten, etc.

#### GEMIDDELDE SCORE

7,0



#### TOP 5 - BELANGRIJK

-



#### AANTAL OPMERKINGEN

61



### Wat valt op?

De HID(HA)'s scoren dit thema, net als bij het thema 'kwaliteit van zorg' van alle groepen het hoogst. Zij geven een score 7.8. De groepen die dit het laagste scoren met een cijfer 6.6 zijn de praktijkhoudende huisartsen en de huisartsen in regio noordoost.

Grote spreiding in opnamen van dit thema in de top 5 van minst belangrijke thema's. Voor de HID(HA) is dit het minst belangrijke thema -terwijl zij het wel de hoogste score hebben gegeven-. Voor de groep huisartsen die korter dan 5 jaar huisarts zijn, de huisartsen die werken

in de regio's noordoost, Groningen-stad of de niet-gevestigde huisartsen komt dit thema niet voor in de lijst.

Perifeer-stad  
Leeftijd

Jaren werkzaam als huisarts  
Praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend

## THEMA 14



## Betrekken omgevingskenmerken bij aanbieden van op maat gesneden anw-zorg

Omgevingskenmerken zijn belangrijk bij de keuzes voor hoe de anw-zorg wordt aangeboden. Denk aan infrastructuur (hoe snel kun je op locatie zijn) en bevolkingskarakteristieken als opleidingsniveau, vergrijzing en bevolkingsdichtheid.

Bijvoorbeeld bij vraagstukken over (de-) centralisatie, triage, en de inrichting van verzorgingsgebieden, hanteert DDG deze omgevingskenmerken als één van de leidende principes.



### GEMIDDELDE SCORE

6,6

### TOP 5 - BELANGRIJK



### AANTAL OPMERKINGEN

276

### Wat valt op?

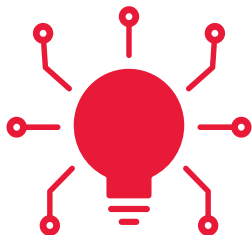
Een thema met een geringe spreiding. De groep die dit thema het minst interessant vindt, met een score van 6,7, zijn de gevestigde huisartsen. De groep die dit het meest interessant vindt is de groep huisartsen die werkzaam zijn in Groningen-stad en de HID(HA)'s. Zij scoren dit thema met een cijfer 7.4.

Alle groepen hebben dit thema opgenomen in de top 5 lijst van minst belangrijke thema's. Voor de huisartsen die stoppen binnen 5 jaar en de huisartsen ouder dan 55 jaar is dit het minst belangrijke thema. Voor de groep ertussen (van 40 tot 55) staat dit thema op de 3e plaats van minst belangrijk.

Perifeer-stad  
Leeftijd

Jaren werkzaam als huisarts  
Praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend

## THEMA 15



### Innovatie, inzet van digitale middelen

DDG onderzoekt en implementeert mogelijkheden om zo slim mogelijk te innoveren. Denk aan bijvoorbeeld digitale hulpmiddelen zoals digitale zelfhulp adviezen, digitale triage, beeldbellen tijdens consulten, etc.



GEMIDDELDE SCORE

6,6



TOP 5 - BELANGRIJK



AANTAL OPMERKINGEN

131



### Wat valt op?

Een thema met een redelijk grote spreiding tussen de groepen. De groep die dit thema het minst interessant vindt, met een score van 6.0, is de groep huisartsen die werkzaam zijn in noordoost. De groep die dit het meest interessant vindt is de groep huisartsen die werkzaam zijn in Groningen-stad. Die scoren dit thema met een cijfer 7.0.

Op één groep na heeft iedere groep dit in zijn top 3 van minst belangrijke onderwerpen gezet. Behalve de groep huisartsen die stoppen binnen 5 jaar. Bij deze groep staat dit thema op de 4e positie.

Perifeer-stad  
Leeftijd

Jaren werkzaam als huisarts  
Praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend

## THEMA 14

**Organisatie DDG**

DDG is een organisatie voor en door huisartsen. Een organisatie die respectvol omgaat met zowel medewerkers als huisartsen en goed naar medewerkers en huisartsen luistert. Naast de huidige aanpak om te komen tot de nieuwe

doelstellingen voor de komende 5 jaar, gaan we veel verder kijken. Wat zijn de zachte kanten van DDG? Hoe bieden we maximale kwaliteit? Wat moet de klanttevredenheid zijn?

## GEMIDDELDE SCORE

**6,5** 

## TOP 5 - BELANGRIJK



## AANTAL OPMERKINGEN

**50** 

**Wat valt op?**

Een thema met een redelijk grote spreiding tussen de groepen. De groep die dit thema het minste interessant vindt met een score van 6.0 zijn de huisartsen die werkzaam zijn in noordoost. De groep die dit het meest interessant vindt is de

groep huisartsen die werkzaam zijn in Groningen-stad en de groep huisartsen die ouder zijn dan 55. Die scoren dit thema met een cijfer 7.1.

Perifeer-stad  
Leeftijd

Jaren werkzaam als huisarts  
Praktijkhoudend en niet-praktijkhoudend







We zijn allemaal huisartsen. Met of zonder een praktijk, binnen of buiten de stad. Laten we koersen op onze overeenkomsten.

**Eric Schirm en Ludolf Pijlman**

Huisartsen te Zuidhorn  
Locatie: Bert Swartbrug Noordhorn





## WELKE DILEMMA'S ZAGEN WE TERUGKOMEN?

En...hoe scoren huisartsen  
deze dilemma's qua  
zienswijze en richting voor  
de toekomst?

## Leeswijzer

De 16 thema's en de tegengestelde meningen rondom deze thema's hebben geleid tot 10 dilemma's. Deze 10 dilemma's zijn door alle deelnemende huisartsen gescoord op een schuifbalk met een range van 1-100.

De dilemmakaarten zijn als volgt te lezen:

- het dilemma, beschreven in twee uitersten qua zienswijze en richting
- een staafdiagram dat in een oogopslag duidelijk maakt hoe is gescoord
- de staafdiagram laat zien, welk percentage van alle deelnemende huisartsen helemaal links scoort (1-33) in het midden scoort (34-66) of helemaal naar het andere uiterste, naar rechts scoort (67-100) ten opzichte van het dilemma
- de 3 scores zijn elk voorzien van een toelichting van meest genoemde meningen.

**DILEMMA 1** p. 46

Blijft DDG blijft zich richten op spoedzorg tijdens anw-uren of levert DDG altijd 24/7 spoedzorg (dus ook overdag).

**DILEMMA 2** p. 48

Is DDG er alleen voor de spoedzorg tijdens de anw-uren of zijn ze er voor alle zorgvragen tijdens de anw-uren

**DILEMMA 3** p. 52

Wel of geen rekening houden bij het inroosteren met de persoonlijke wensen van de huisartsen

**DILEMMA 4** p. 54

Is er wel of geen koppeling tussen het hebben van een praktijk en anw-uren

**DILEMMA 5** p. 58

Is marktwerking of juist vaste tarieven een goede aanpak bij het invullen en de verkoop van anw-uren

**DILEMMA 6** p. 60

Moet de HAP centraal op 2 plaatsen in de regio of juist verdeeld in de periferie?

**DILEMMA 7** p. 64

Verbeteren van de triage

**DILEMMA 8** p. 66

Triage en samenwerking met andere (spoed)zorgpartners

**DILEMMA 9** p. 72

Behoeften patiënt of behoeften huisarts als leidend principe

**DILEMMA 10** p. 74

DDG zoekt verregaande samenwerking en integratie met andere spoedzorgpartners binnen de zorgketen van de huisartsen.

# DILEMMA 01

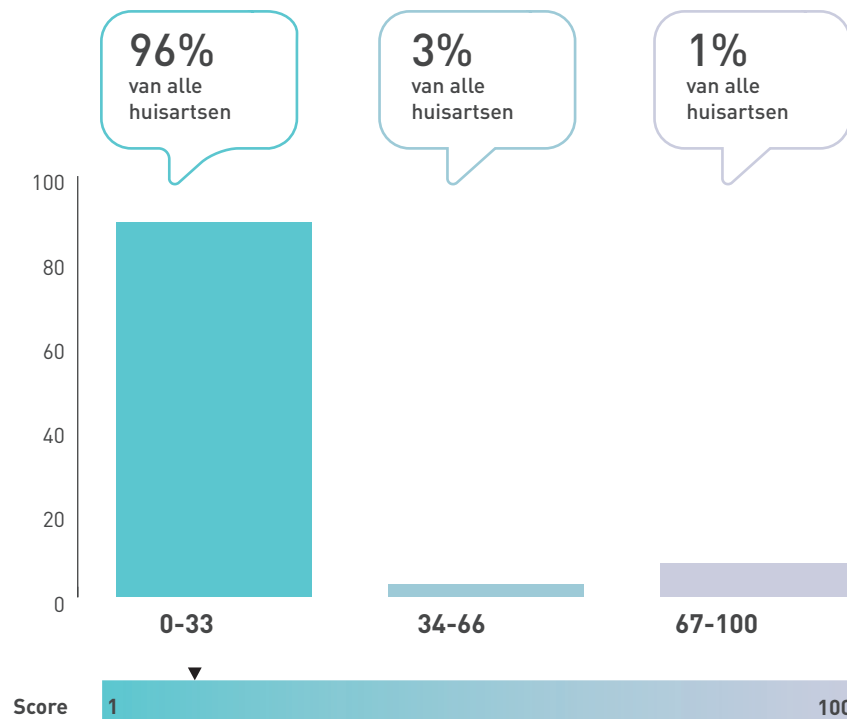
## Blijft DDG blijft zich richten op spoedzorg tijdens anw-uren of levert DDG altijd 24/7 spoedzorg (dus ook overdag).

### 1 = DDG blijft zich richten op spoedzorg tijdens anw-uren

DDG blijft zich richten op spoedzorg tijdens anw-uren.

### 100 = DDG levert altijd 24/7 spoedzorg. (dus ook overdag!)

Spoedzorg rijdt de dagelijkse praktijk vaak in de wielen. Door spoedzorg ook overdag vanuit DDG te organiseren, kan de praktijkhoudende huisarts de dagpraktijk beter uitvoeren.



## 0-33

- Eigen huisarts kan anw-zorg overdag het beste leveren omdat hij/zij de patiënt goed kent. Eigen huisarts kan goed inschatten wat spoed is en wat niet, wat de zorg onder andere efficiënter maakt. Ook komt dit de kwaliteit van de zorg ten goede door meer continuïteit. Eigen huisarts kent eigen patiënten toch het beste en kan 'echte spoed' hierdoor beter inschatten.
- Spoedzorg houdt de dagpraktijk leuk en houdt de huisarts vaardig. Huisartsen vinden spoedzorg in de dagpraktijk een leuk onderdeel van het vak. Het zorgt voor afwisseling in het werk. Daarnaast vinden zij dat zij vaardig moeten blijven in het leveren van spoedzorg. Deze vaardigheid zal afnemen als spoedzorg geen onderdeel meer wordt van de dagpraktijk.
- Spoedzorg overdag hoort bij het huisartsvak. Als DDG 24-uurs spoedzorg levert, wordt deze zorg weggehaald bij de dagpraktijk. Deze huisartsen vinden dat spoedzorg ook bij het huisartsvak hoort. Zij vinden dat de situatie moet blijven zoals hij nu is.



## 34-66

- Spoedzorg is in de dagpraktijk goed te behappen. Spoedzorg overdag interfereert niet met de dagzorg in de praktijk.
- 24-uurs spoedzorg bij DDG is logistiek niet mogelijk. Voor de organisatie van een 24-uurs spoedzorg levering door DDG zijn er te weinig huisartsen. Daarnaast zou dit voor te lange aanrijtijden en te hoge werkdruk zorgen.
- Dit is inderdaad een dilemma. Beide kanten hebben voor- en nadelen. Moeilijk hierin te kiezen.
- DDG is voor de spoedzorg tijdens anw-uren, maar in noodsituaties (bijvoorbeeld bij een pandemie) kan DDG bijspringen.
- 24/7 spoedzorg kan en is nuttig in het ontlasten van de SEH en de dagpraktijk, Maar wel onder de voorwaarde dat er het e.e.a. echt verandert in bijvoorbeeld de triage en de verantwoordelijkheid voor spoedzorg (praktijkhouders/DDG).

## 67-100

- Voor levering van 24 uren spoedzorg moet een goede triage en overdracht aanwezig zijn. Bij de levering van deze zorg moet spoed namelijk goed van niet-spoed onderscheiden worden. Ook moet de overdracht van de dagpraktijk naar DDG en andersom goed lopen in deze situatie.
- In de toekomst moeten we naar 24-uurszorg toe. We kunnen niet anders. Grootschalig georganiseerde spoedzorg is de toekomst.
- Spoedzorg in de dagpraktijk gaat ten koste van de niet-spoedzorg.
- DDG moet 24-uurs spoedzorg leveren met behulp van speciale spoedteams.

### Wat valt op?

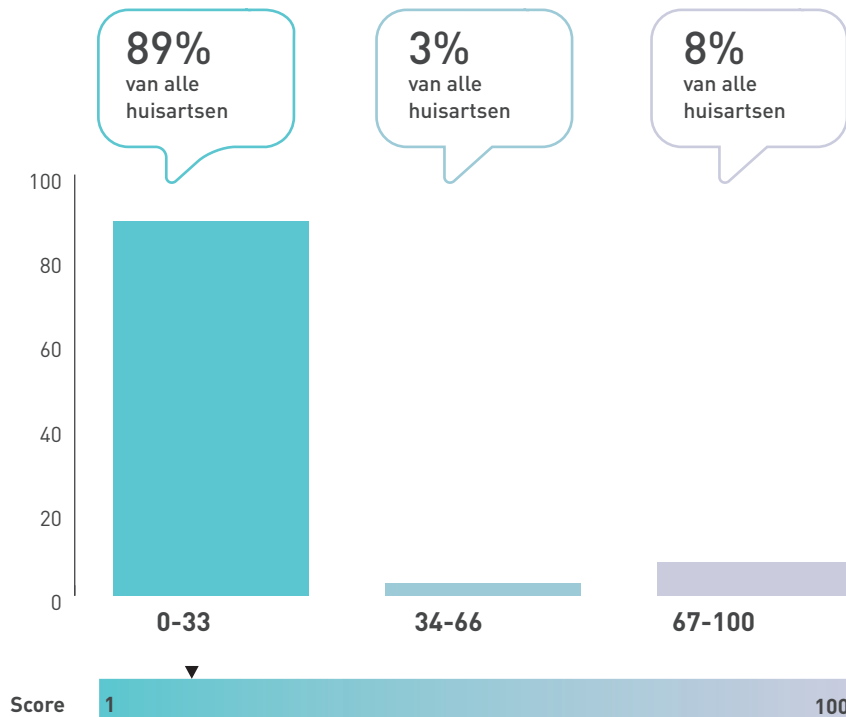
Geen opmerkelijke of grote verschillen van specifieke groepen ten opzichte van de gemiddelde scores.

# DILEMMA 02

## Is DDG er alleen voor de spoedzorg tijdens de anw-uren of zijn ze er voor alle zorgvragen tijdens de anw-uren

### 1 = DDG is voor spoedzorg tijdens de anw-uren.

DDG blijft zich richten op spoedzorg tijdens anw-uren. De drempel voor wie gezien wordt bij de anw-diensten moet hoger liggen. Deze diensten zijn écht alleen voor spoedzorg. Patiënten en triagisten moeten nog beter uitgelegd krijgen wat wel en wat niet spoed is.



### 100 = DDG is voor alle zorgvragen tijdens anw-uren.

Doordat de winkels 's avonds open zijn, meer mensen ook onregelmatig werken en de Jumbo of Albert Heijn in de weekenden ook gewoon open zijn, zijn dagdiensten van 8.00-17.00 niet meer van deze tijd. Het werk van de huisarts stopt niet om 17.00 uur. Als iemand om 22.00 uur 's avonds naar de dokter wil, moet dat kunnen.

## 0-33

- Medische zorg is geen ondernemerschap. We moeten af van 'u vraagt, wij draaien'. 24/7 consumptiemaatschappij is niet haalbaar in de zorg.
- Eventuele extra reguliere zorg buiten kantoor tijden kan door de huisarts zelf aangeboden worden, als hij/zij dit nodig vindt. Bijvoorbeeld avondsprekuren, digitaal/e-consulten. Dat verlicht ook de druk op anw-uren en past beter in de huidige maatschappij.
- Eigen huisarts staat bij 24/7 huisartsenzorg niet meer centraal in het zorgproces, wat nadelig is voor de zorg. De eigen huisarts kent zijn patiënt het beste, waardoor hij/zij ook de beste zorg kan leveren. Levering van 24-uurs huisartsenzorg is een bedreiging voor de continuïteit, met shopgedrag als gevolg.





## 34-66

- Bij levering van 24-uurs huisartsenzorg zou de HAP te druk worden. Hiervoor zijn er te weinig artsen waardoor de diensten te druk worden. Dit zou resulteren in diensten die niet prettig zijn om te doen. Daarnaast zou dit leiden tot onregelmatige- en lange werktijden. Er moet ook rekening gehouden worden met de werk-privé balans van de arts.
- Aandachtspunt: belangrijk blijft het onderscheid tussen spoed en niet-spoed scherp te houden en te bewaken (triage).
- Momenteel is het niet haalbaar om 24/7 zorg aan te bieden. Veranderingen zijn nodig om dat mogelijk te maken.
- DDG zou telefonisch reguliere zorg kunnen bieden.
- Grens tussen spoed en niet-spoed is niet duidelijk. Op zich niet erg, want bij twijfel moeten patiënten gewoon gezien worden op de HAP.

## 67-100

- Niet meegaan in deze maatschappelijke ontwikkeling is geen optie. Die strijd is al lang geleden verloren.
- Patiënt bepaalt zelf en i.o.m. triage of het spoed is en daarmee klaar. Geen gedoe meer over definitie spoed en niet-spoed.

### Wat valt op?

Geen opvallende verschillen tussen de groepen.





Een doktersdienst  
waar medewerkers  
staan te trappelen om  
voor te werken.

**Christiaan Spijker**

Huisarts in Oosterbroek  
Locatie: Noordbroek

# DILEMMA 03

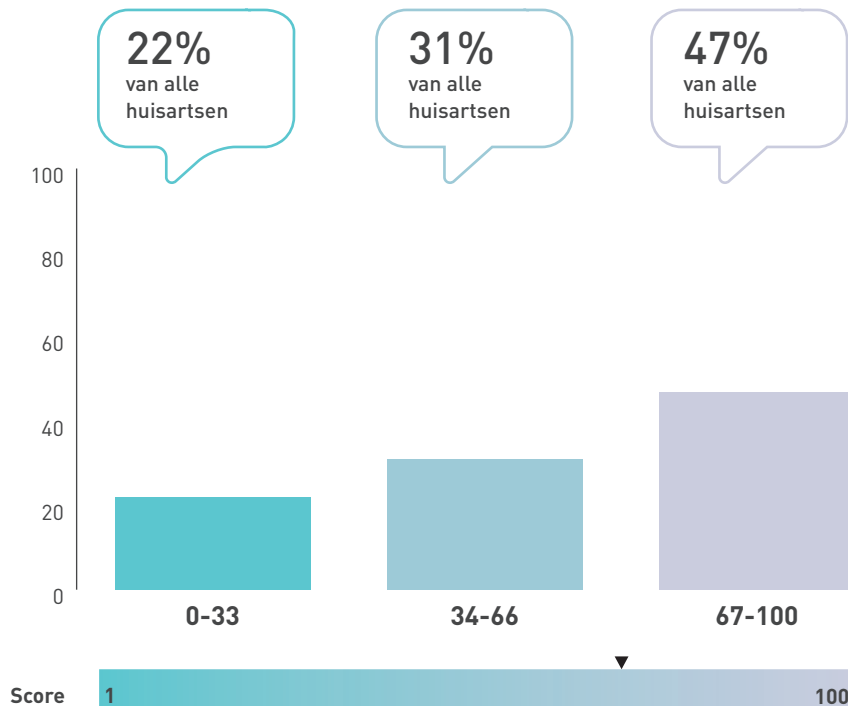
## Wel of geen rekening houden bij het inroosteren met de persoonlijke wensen van de huisartsen

**1 = Er is bij de inroosting van huisartsen geen ruimte voor persoonlijke wensen**

Omwille van uitvoerbaar roosteren van de diensten is er geen of heel beperkte ruimte voor het indienen van persoonlijke wensen.

**100 = Omarmen individuele wensen huisartsen**

Omwille van het verbeteren werk/privé balans moet DDG op zoek gaan naar de mogelijkheid om de wensen van huisartsen beter mee te nemen. Bijvoorbeeld vakantie en/of weekendplanning en clustering van diensten. Hierdoor kunnen er makkelijker vaste avonden of momenten in de maand vrij worden gehouden voor privé zaken. De consequenties voor de roosteraars zijn ondergeschikt.



### 0-33

- Het inroosteren wordt dan te ingewikkeld voor de roostermakers.
- Niet nodig. Onderling ruilen of verkopen van diensten werkt prima.
- Nuance: je kunt niet overal rekening mee houden, maar er moet wel rekening gehouden worden met factoren als leeftijd, zwangerschap en voorkeur van locatie. Daarnaast wordt genoemd dat een vaste avond vrij zijn ook preferentieel is.
- Er hoeft geen rekening gehouden te worden met alle wensen, maar wel met vakantiewensen
- Huisartsen kunnen onderling (eventueel binnen de hagro/wagro) persoonlijke voorkeuren v.w.b. de diensten regelen.

## 34-66



- Het zou fijn zijn als rekening gehouden wordt met individuele wensen, maar het is begrijpelijk als dit niet mogelijk is.
- Er hoeft geen rekening gehouden te worden met alle wensen, maar een aantal dingen moeten wel meegenomen worden. Bijvoorbeeld dat een vaste avond in een week vrij gewenst is of het vrij plannen van een aantal dagen in het jaar.
- Er hoeft geen rekening gehouden worden met alle wensen maar wel met vakantiewensen.
- Hoe: loskoppeling van dienstplicht en praktijkhouderschap zou ertoe leiden dat de dienst-gereleerde wensen van huisartsen vervuld kunnen worden. Voorwaarde: de manier waarop geroosterd wordt moet worden aangepast.

## 67-100



- Door rekening te houden met persoonlijke wensen wordt het werkplezier vergroot en de balans werk-privé verbeterd.
- Huisartsen voeren de diensten uit, dus is het belangrijk hun wensen mee te nemen.
- Er hoeft geen rekening gehouden te worden met alle wensen, maar een aantal dingen moeten wel meegenomen worden. Bijvoorbeeld dat een vaste avond in een week vrij gewenst is, of het vrij plannen van een aantal dagen in het jaar.
- Hierdoor ontstaat ook differentiatie in tarieven, waardoor vervelende diensten beter betaald en zo aantrekkelijker kunnen worden.
- Er hoeft geen rekening gehouden te worden met alle wensen, maar wel met vakantiewensen.
- Deze artsen zouden graag zien dat er meer rekening wordt gehouden met de individuele wensen, maar gaan er niet vanuit dat dit haalbaar is, of begrijpen het als het niet haalbaar blijkt te zijn.

### Wat valt op?

Geen opvallende verschillen tussen de groepen.

DILEMMA  
**04**

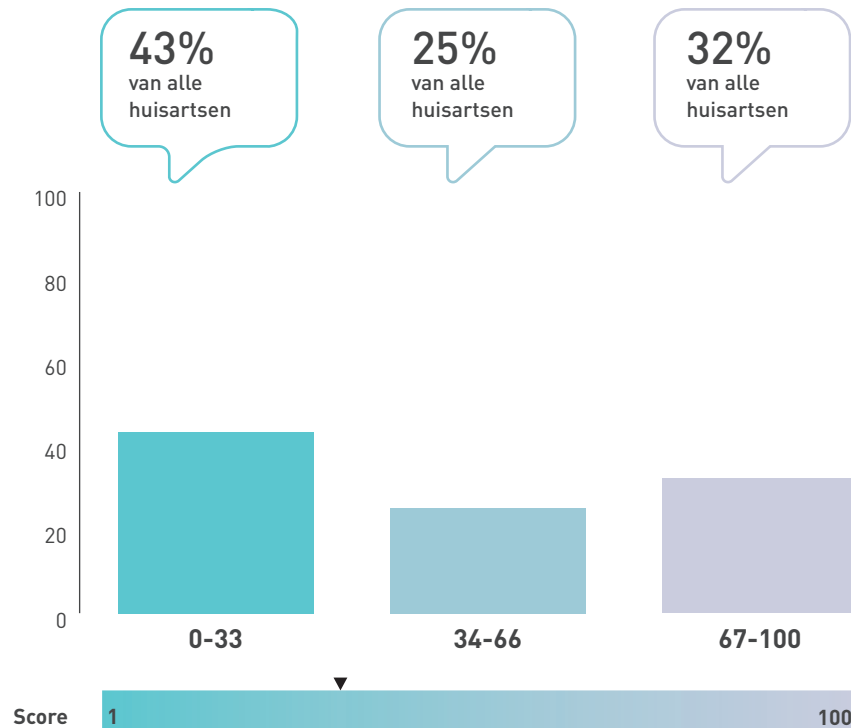
## Is er wel of geen koppeling tussen het hebben van een praktijk en anw-uren

**1 = De koppeling tussen het hebben van een praktijk en de verplichting om dan anw-uren te verzorgen, blijft. Daar willen we niet omheen.**

De koppeling tussen het hebben van een praktijk en de verplichting om dan anw-uren te verzorgen, blijft. Daar willen we niet omheen.

**100 = is geen koppeling tussen praktijkhouders en anw-zorg.**

Naast de praktijkhoudende huisartsen, dienen ook de niet-praktijkhoudende huisartsen en HIDHA's standaard ingedeeld te worden voor de anw-diensten. Samen verantwoordelijk voor de anw-zorg.



### 0-33

- Als er loskoppeling plaatsvindt, zullen waarnemers weggaan bij DDG.
- Waarnemers moeten geen verantwoordelijkheid dragen, maar zouden wel gedeeltelijk ingeroosterd moeten worden. Bijvoorbeeld na de indeling van diensten onder praktijkhouders een ronde te doen onder waarnemers of zij bepaalde diensten invulling kunnen geven.
- 24/7 zorg hoort bij praktijkhouderschap. Het is altijd zo geweest en hoeft niet veranderd te worden. Je kiest voor deze verantwoordelijkheid als je praktijkhouder wordt.
- Waar praktijkhouders kiezen voor geld en stabiliteit, kiezen waarnemers voor flexibiliteit en geen verantwoordelijkheid. Bij loskoppeling wordt dit voor de waarnemers weggenomen.
- Praktijkhouders krijgen een bijpassend tarief voor hun verantwoordelijkheid, iets waar ze zelf ook voor kiezen en rekening mee houden.

## 34-66



- Als er een loskoppeling komt, maak dan goede afspraken over zaken als uurtarief, inspraak voor waarnemers, verdeling wat betreft soort diensten en afspraken met andere regio's/provincies.
- Door waarnemers meer verantwoordelijkheid te geven neemt de druk van praktijkhouders af en wordt het aantrekkelijker om praktijkhouder te worden. Meer verantwoordelijkheid door bijvoorbeeld een standaard aantal diensten per jaar voor waarnemers te verplichten.
- Praktijkhouders blijven verantwoordelijk, maar er moet een nieuw systeem komen voor de indeling van diensten, waardoor minder werkdruk bij praktijkhouders ligt.
- Beide opties zijn goed, afhankelijk van uitvoering en consequenties voor loskoppeling. Nu is dat (o.a. financieel) niet duidelijk.
- Juridisch en logistiek is dit niet haalbaar om verantwoordelijkheid los te koppelen van praktijkhouderschap, al zou dat in de basis wel de mooiste uitkomst zijn.

## 67-100



- Gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de zorg hoort bij het vak van huisartsen. Of je nou HID(HA), waarnemer of praktijkhouder bent. De verantwoordelijkheid van de diensten moet verdeeld worden.
- Het hebben van een dagpraktijk is moeilijk te combineren met het uitvoeren van anw-diensten. Deze belasting hebben waarnemers niet. De lasten moeten beter verdeeld worden.
- Maak DDG eindverantwoordelijk voor de anw-zorg. Huisartsen in dienst bij DDG nemen of de diensten aan te bieden tegen een vergoeding (marktwerking) aan alle huisartsen.
- Door loskoppeling wordt het praktijkhouderschap aantrekkelijker gemaakt, waardoor makkelijker opvolging te vinden zal zijn voor praktijken.
- De diensten moeten eerlijk verdeeld worden onder alle huisartsen. Een goede ontwikkeling voor de toekomst die veel deuren kan openen.

### Wat valt op?

- Praktijkhoudende en niet-praktijkhoudende huisartsen verschillen van mening. 67% van de praktijkhouders pleit voor ontkoppeling, terwijl 47% van de niet-praktijkhoudende huisartsen scoort in 0-33 range.
- Opvallend zijn ook de regionale verschillen: noordwest, Groningen niet-stad (dorpen rond Groningen-stad) en huisartsen zonder vaste locatie scoren redelijk gelijk verdeeld over de drie ranges met licht accent op 0-33 range, waar de overige regio's een zwaartepunt hebben op de range 67 – 100.
- Qua leeftijd scoort de groep tot 40 jaar voor 39% in 34-66 range, waar 40-55 en >55 respectievelijk met 49% en 60% het meest scoort in 67 – 100 range.







Gezondheidszorg voor  
patiënten dichtbij huis  
leveren waar het kan  
en ver weg waar moet.

**Ingrid Gerrits**

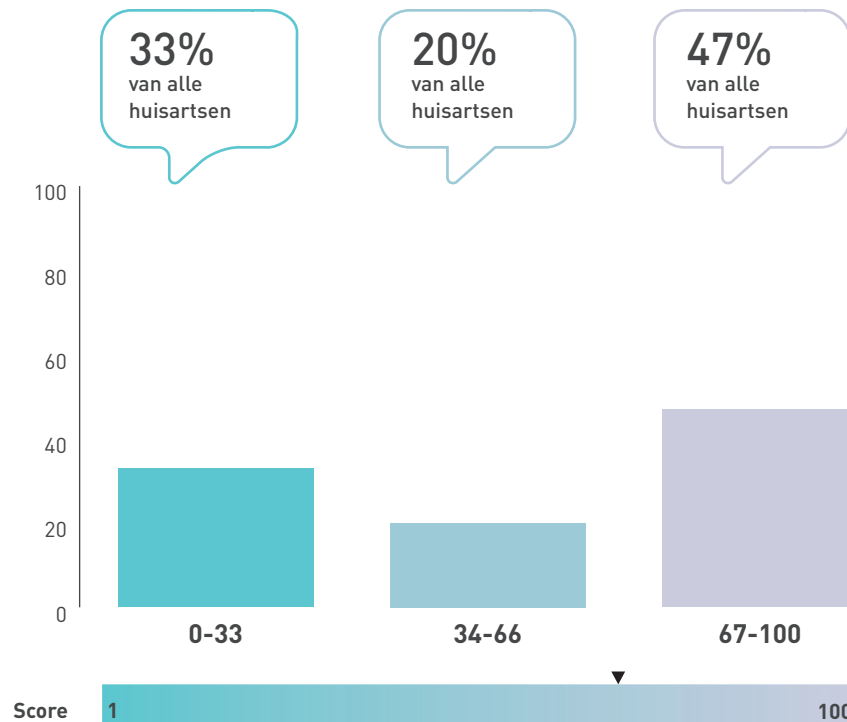
Huisarts in Woldendorp  
Locatie: Termunten

# DILEMMA 05

## Is marktwerking of juist vaste tarieven een goede aanpak bij het invullen en de verkoop van anw-uren

### 1 = Marktwerking op invulling anw-diensten.

De tarieven van het overnemen van anw-diensten laten we zoals nu over aan de markt. In onderling overleg tussen aanbieder en afnemer wordt dit vastgesteld. Hier is verder geen sturingsmechanisme. Eventueel kan DDG een rol spelen als bemiddelingsplatform (daar waar centraal vraag en aanbod bij elkaar komen).



### 100 = Standaard tarieven voor invulling anw-diensten.

Er zouden standaardtarieven gehanteerd moeten worden voor de anw-diensten die verkocht worden waar zowel praktijkhoudende als niet-praktijkhoudende huisartsen zich onderling aan committeren. Hierbij kan er wel een differentiatie zijn voor bijzondere (feest)dagen of type diensten. Hiermee weet iedereen vooraf waar hij/zij aan toe is.

## 0-33

- Zonder marktwerking wordt het moeilijker om vervanging te regelen voor diensten.
- Als een praktijkhouder een dienst kwijt wil, is het voordelig dat hij zélf kan bepalen wat die dienst voor hem waard is en hebben waarnemers meer keuzevrijheid in welke diensten ze doen.
- Vaste tarieven voor anw-diensten zijn (juridisch) niet haalbaar. Waarnemers zijn ZZP'ers die wettelijk het recht hebben om eigen tarieven te vragen.
- Praktijkhouders kunnen de extra kosten van de verkoop van hun diensten prima overzien. De tarieven van waarnemers zijn goed behapbaar voor de praktijkhouders.
- Voorwaarde: marktwerking mag blijven, zolang de tarieven voor anw-diensten omhoog gaan.

## 34-66



- Zonder marktwerking is het moeilijk om vervanging te regelen voor diensten. Er moet wel een financiële prikkel blijven voor het doen van diensten. Als er vaste tarieven worden ingevoerd, moet hier zeker rekening mee worden gehouden. Waarnemers zullen voor een lagere prijs minder bereid zijn om diensten over te nemen.
- Geen voorkeur. Zowel voor marktwerking als voor standaardtarieven valt iets te zeggen.
- Vergelijken met andere beroepen krijgen huisartsen weinig extra betaald in anw-diensten. Marktwerking is goed zolang het honorarium omhoog gaat.
- Standaardtarieven zijn een goed idee omdat iedereen (praktijkhouder, HID-HA, waarnemer) hetzelfde werk doet tijdens een dienst.

## 67-100



- Huisartsen leveren hetzelfde werk en dienen dus ook hetzelfde te verdienen. Naast het feit dat praktijkhouders nu minder verdienen voor diensten dan waarnemers, komt het ook voor dat waarnemers op de post voor dezelfde dienst andere lonen krijgen.
- Marktwerking leidt tot het vragen van te hoge tarieven door waarnemers. Het komt in het huidige systeem vaak voor dat waarnemers hoge bedragen vragen voor het waarnemen van diensten, waardoor praktijkhouders veel geld moeten neerleggen. Ook komt het voor dat praktijkhouders moeten opbieden tegen elkaar om diensten kwijt te raken, waardoor ze veel geld kwijt zijn.
- Vaste tarieven geven duidelijkheid en meer rust.
- Voorwaarde: standaardtarieven zijn een goed idee, zolang het standaardtarief hoger wordt dan nu het geval is.
- Marktwerking is nadelig voor de verhouding tussen waarnemers en praktijkhouders.

### Wat valt op?

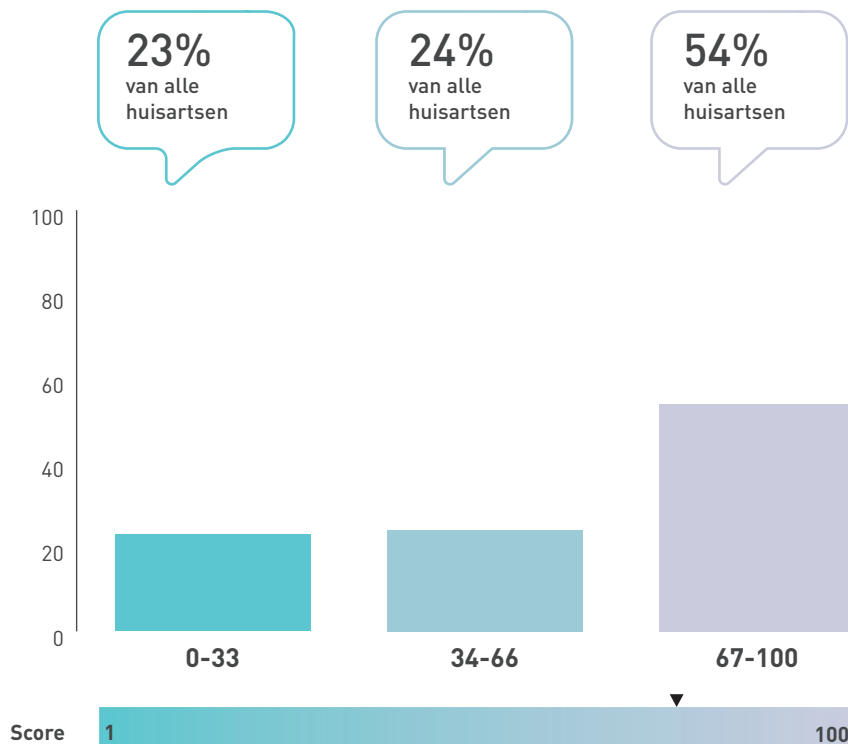
- 64% van de praktijkhoudende huisartsen scoort in de 67-100 range t.o.v. 47% gemiddeld.
- 49% van de waarnemend huisartsen scoort in 0-33 range t.o.v. 33% gemiddeld.
- Van de huisartsen in regio's zuidoost en noordwest scoort respectievelijk 56% en 54% in de range 67-100.
- 59% van de huisartsen zonder vaste werkregio scoort in de range 0-33.

# DILEMMA 06

## Moet de HAP centraal op twee plaatsen in de regio of juist verdeeld in de periferie?

### 1 = De HAP centraal op twee plekken in Groningen

Dit zorgt ervoor dat de voordelen van centraliseren goed benut kunnen worden en er goede aansluiting is op de SEH's op deze locaties. Daarnaast wordt de drempel voor spoed hoger.



### 100 = De HAP decentraal in de periferie.

De perifere posten moeten behouden blijven, zodat de anw-zorg meer lokaal geworteld is. Hierdoor kunnen de diensten ook meer in de eigen regio van de huisarts gedraaid worden. Dit scheelt erg in reistijd van huisarts en/of patiënt en het zorgt ervoor dat je meer van de eigen patiënten tegen kan komen.

## 0-33

- Centraliseren zorgt voor een beter koppeling met het ziekenhuis (SEH) en dat is essentieel voor het leveren van goede patiëntenzorg. Het feit dat een patiënt een spoedzorgvraag heeft maakt de kans per definitie groter dat je moet insturen. Daarnaast is een goede samenwerking fijn, zodat er altijd even overlegd kan worden.
- Centraliseren van de HAP zorgt voor meer zorgkwaliteit en efficiëntie. Efficiëntere indeling van de zorg zal leiden tot minder diensten om de belasting zo behapbaar te houden. Daarnaast zal de kwaliteit van de zorg toenemen.
- Bij het centraliseren van de HAP lijkt de reistijd van de patiënt behapbaar, maar dient wel in de gaten gehouden te worden.
- Centralisatie draagt bij aan het beperken van de niet-spoedzorg. Langere reistijden zullen er voor zorgen dat alleen patiënten met échte spoed zich zullen melden. De drempel voor het krijgen van spoedzorg zal worden verhoogd.
- Het zien van eigen patiënten tijdens spoedzorg gebeurt nu ook al nauwelijks, dus is geen reden om decentralisatie te behouden.

## 34-66



- Centralisatie van de spoedzorg zorgt voor een langere reistijd van patiënten. Zorg die dichtbij georganiseerd is, is waardevol en bevordert laagdrempeligheid.
- Voor beide opties valt wel wat te zeggen. Decentraal is dichterbij en voelt beter, maar duurder. Centraal is goedkoper en efficiënter, maar verder weg.
- Er moet opnieuw gekeken worden naar de locaties en het aantal plekken in het geval van centralisering. Sommige artsen vragen zich af wat de motivatie is voor twee plekken, die zich beiden in de stad Groningen bevinden. Bij het bedenken van de postplekken zou rekening moeten worden gehouden met de geografie van de provincie.
- Centralisatie van de spoedzorg zal zorgen voor een betere koppeling met ziekenhuizen. Aansluiting met een SEH is essentieel voor goede patiëntenzorg en is meer toekomstbestendig.
- Centralisering gaat samen met een onpersoonlijke sfeer en daardoor minder werkplezier. Men is bang dat centralisatie zal zorgen voor een grote en onpersoonlijke organisatie, met weinig werkplezier en een minder prettige samenwerking onderling.

## 67-100



- Patiëntgerichte- en bereikbare zorg moet prioriteit zijn. Bij centralisatie zijn vooral de lange aanrijtijden voor patiënten uit de periferie een groot nadeel. Niet alle patiënten beschikken over eigen vervoer of de financiële middelen hiervoor. In het geval van centralisatie zou er vervoer geregeld moeten worden voor patiënten met een lage SES. Langere aanrijtijden zorgen daarnaast ook voor een verhoogde vraag naar visites en/of ambulancezorg.
- In je eigen omgeving heb je meer kennis en gevoel/binding met de patiënten en de manier van communicatie. Daarnaast verschilt de mentaliteit van mensen in stad en platteland. Ook geeft dit de kans om eigen patiënten te voorzien van spoedzorg.
- Decentralisatie komt zowel patiënten als zorgverleners ten goede. Daarnaast is het goedkoper. De periferie moet open blijven en niet worden vergeten. De huidige verdeling van posten moet worden behouden.
- Decentralisatie staat gelijk aan een fijne werksfeer vanwege het grotere samenwerkingsgevoel. Velen vrezen dat door centralisatie de posten groter, logger en daardoor onpersoonlijker worden in de samenwerking. Werkplezier is belangrijk en beter te realiseren op kleinere, decentrale posten.
- Centralisatie zal er voor zorgen dat mensen uit de stad nóg makkelijker spoedzorg vragen en mensen uit de periferie nóg minder. De drempel tot spoed is in de periferie al het hoogst, en centralisatie maakt spoedzorg nog minder toegankelijk. Dit kan leiden tot verergering van zorgproblemen aldaar.

### Wat valt op?

- 63% van de niet-praktijkhoudende huisartsen en 70% van de HIDHA's scoort in de range 67-100 fors boven het gemiddelde van 54%, waar 46% van de praktijkhoudende huisartsen in die range scoort.
- Regionaal vallen noordoost (36%) en Groningenstad (31%) op met een bovengemiddelde scoring in de range 0-33 t.o.v. 23% gemiddeld. Daar staat tegenover dat er bovengemiddeld hoog is gescoord in de range 67-100 door huisartsen uit zuidoost (61%), noordwest (64%) en zonder vaste werkomgeving (68%). De huisartsen in regio Groningen niet-stad (dorpen om de stad Groningen) scoren met 44% veel in de range 34-66.





Maak een 'beroepsleger' voor het draaien van de anw-diensten tegen een goed uurtarief.

Huisartsen die daar bewust voor kiezen, zijn blij huisartsen. Dat levert iedereen voordeel op!

**Paul Metternich**

Niet-praktijkhoudend huisarts  
Locatie: Eemshaven

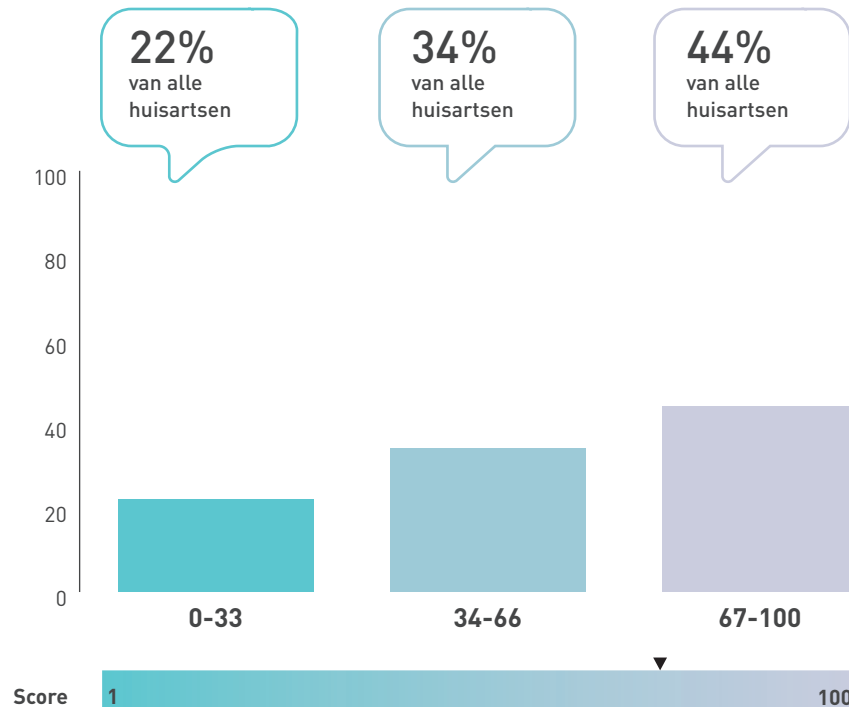


# DILEMMA 07

## Verbeteren van de triage

**1 = In het verbeteren van de triage verdient de inzet van zelftriage en digitale hulpmiddelen en prominente plaats.**

Bij digitale zelftriage krijgen patiënten via een app. of website (zie bijvoorbeeld moetiknaardedokter.nl) vragen te beantwoorden over onder meer de aard, de omstandigheden, de duur en de vermoedelijke oorzaak van de klacht. Blijkt uit de beantwoording van de eerste vragen dat de medische klacht ernstig is (U1, U2 en de urgentere U3) dan vindt alsnog gewone triage plaats. Indien dat niet het geval is, maakt de patiënt de vragenlijst af en de dienstdoende huisarts beantwoordt de vragen dan via de chat of videobellen binnen bijvoorbeeld 30 minuten.



**100 = In het verbeteren van de triage dient de nadruk te liggen op het persoonlijke contact met de patiënt.**

Het is essentieel dat vanaf het eerste contact een directe dialoog tussen patiënt en triagist ontstaat, waarin met actuele kennis en kunde de juiste analyse en vervolgstap wordt bepaald.

### 0-33

- Meer inzet van zelftriage en digitale hulpmiddelen is een goed idee en toekomstgericht. Meer digitale zelftriage lijkt doelmatig en efficiënt. Patiënten mogen hierin best een grotere rol gaan spelen en meer verantwoordelijkheid nemen.
- Digitale hulpmiddelen hebben als gevolg dat onnodige zorgvragen worden gefilterd zodat er meer tijd en ruimte is voor écht spoedzorg. Dit werkt ontlastend voor het zorgpersoneel. Echter is het belangrijk om te controleren of men de vragen snapt en alles correct invult, om zo de veiligheid van zo'n nieuw systeem te waarborgen.
- Hoewel digitalisering de toekomst heeft, moeten er alternatieven worden bedacht voor ouderen en laaggeletterden. Het moet een keuze blijven voor de patiënt om gebruik te maken van een digitaal systeem.



## 34-66



- Het gebruiksgemak van digitale zelftriage verschilt enorm per persoon en is niet voor iedereen makkelijk. Denk aan ouderen, laaggeletterden en mensen uit het buitenland. Patiënten moeten zelf de keuze kunnen maken of ze zelf willen triageren of direct iemand kunnen spreken.
- Digitale zelftriage kan een goede ontwikkeling zijn, echter horen U4 en U5 niet in de spoedzorg thuis. Dat kan prima de volgende dag in de dagpraktijk.
- Er zou een goede mix moeten komen met triage door middel van digitale middelen en triage door middel van persoonlijk contact. Dus niet het één of het ander, maar een verstandige combinatie van beiden. Digitale hulpmiddelen bij de triage zijn een hele goede aanvulling.
- Opmerking: Er moet, naast de keuze tussen de manier van triageren, überhaupt scherper worden getriageerd. Er wordt tegenwoordig heel defensief getriageerd omdat men bang is voor fouten. Patiënten vinden het moeilijk objectief te antwoorden, wat de inschatting van de triagist nog belangrijker maakt.

## 67-100



- Persoonlijke contact door triagisten is noodzakelijk voor een goede triage. De context (stem/paniek) is van belang om de nuance van een klacht in te schatten. Daarnaast kan tijdens persoonlijk contact direct een vervolgvraag worden gesteld om de klacht te verhelderen. Soms is een luisterend oor en geruststelling voor mensen al voldoende. Triage blijft mensenwerk.
- Niet iedereen is geschikt om digitale zelftriage in te vullen. Denk aan ouderen, laaggeletterden en niet-Nederlands sprekende patiënten. Dit maakt deze manier van triageren onveilig en onverantwoord. Daarnaast kunnen patiënten niet altijd zelf de urgentie inschatten. Mocht digitalisering zijn weg vinden, dan moeten er alternatieven komen voor bovengenoemde groepen.
- Digitale middelen/ICT kan het echte 'dokteren' nooit vervangen. Persoonlijk contact blijft het belangrijkste facet van het werk van huisartsen en zal hier altijd een prominente rol moeten blijven spelen. Digitale middelen kunnen eventueel dienen als aanvulling.
- Het is lastig een digitale vragenlijst in te vullen als er sprake is van paniek in spoedsituaties. Het risico van een digitale zelftriage is dat mensen in een moment van paniek niet de goede opties kunnen aanwijzen en daardoor misschien vertraagd geholpen worden. Patiënten verwachten dat zij in deze situaties direct geholpen kunnen worden.

### Wat valt op?

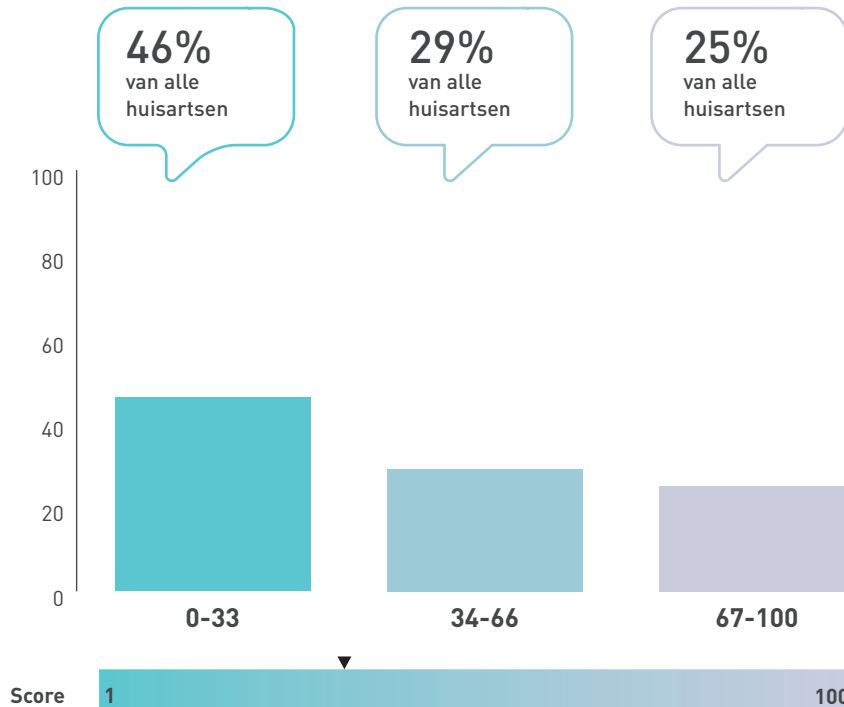
Dwarsdoorsneden met meeste scores in 34-66: niet-praktijkhoudende huisartsen, huisartsen jonger dan 40 (duidelijke piek op score 50 en juist geen significante piek op 100) en korter dan 5 jaar actief als huisarts. Huisartsen ouder dan 55 hebben juist een duidelijke piek op 100 en geen significante piek op 50.

# DILEMMA 08

## Triage en samenwerking met andere (spoed)zorgpartners

### 1 = Centrale triage

Bij centrale triage is er één loket per regio waar de patiënt zich telefonisch of digitaal kan melden. Alle spoedzorgpartners - huisartsen, specialisten, tandartsen, GGZ, wijkverpleging, ouderenzorg - zijn hierbij betrokken zodat de juiste zorg direct kan worden ingezet. Ook als de patiënt dit niet precies weet. Bovenal geeft dit duidelijkheid voor patiënten over de plek voor spoedzorg, waar het geen 112-melding nodig heeft.



### 100 = Alle spoedzorgpartners gescheiden

De triage van DDG regelt zijn eigen triage. Aansluiting en (intensieve) samenwerking met andere triageloketten leveren onvoldoende voordelen op voor de huisartsen. De patiënt kan zelf inschatten welke zorg hij nodig heeft en neemt contact op met het desbetreffende loket. Hiermee hoeft de patiënt minder keuzemenu's door te lopen en kan in theorie sneller geholpen worden.

## 0-33

- Centrale triage zorgt voor een efficiëntere en snellere zorg. Het proces van triage mag dan misschien iets langer duren, daarna is de zorg echt sneller geregeld. Daarnaast is het voor iedereen duidelijk wat de gang van zaken is. Het enige wat in gedachten moet worden gehouden, is dat er niet voortdurend naar elkaar wordt doorverwezen en de patiënt hierdoor van het kastje naar de muur wordt gestuurd.
- Centrale triage zorgt ervoor dat er minder zorgvragen onnodig op het bordje van de huisarts belanden. Veel zorgvragen belanden nu bij DDG, terwijl dit niet altijd de taak van de huisarts is. Mensen zijn het snelst geneigd om de spoedpost te bellen, terwijl het probleem soms bij hele andere instanties thuis hoort. Dit kost onnodig veel tijd voor de huisarts.
- Niet alleen zal centrale triage zorgen voor een beter samenwerking onderling, dit is ook zeker nodig. Het moet voorkomen worden dat zorgvragen onderling worden doorgeschoven. Daarnaast is het belangrijk dat er tussen de ketenpartners korte lijnen zijn zodat overleg laagdrempelig kan plaatsvinden.





## 34-66

- >>> • Centrale triage zorgt voor duidelijkheid en helderheid bij patiënten. Patiënten kunnen zo sneller geholpen worden en hoeven niet te twifelen wie te contacten.
- Voorwaarde: centrale triage zal alleen goed werken met goed opgeleid personeel. Anders wordt het te ingewikkeld. Er moet voldoende kennis zijn om goed in te schatten waar een zorgvraag thuis hoort.
- Een goed functionerende centrale triage zou voordelig en effectief kunnen zijn. Wel zijn er vraagtekens bij de praktische uitvoerbaarheid. Wellicht zou er eerst een pilot opgezet kunnen worden.
- Men weet niet zo goed of centrale triage voordeliger is of niet. Beide opties hebben voor- en nadelen.
- Centrale triage kan effectief zijn, echter zouden alle zorgaanbieders dan ook écht betrokken moeten zijn. Alleen op deze manier kan je snel en veilig naar elkaar doorverwijzen. Centrale triage zorgt voor kortere lijnen en daardoor betere samenwerking tussen ketenpartners.
- Centrale triage lijkt bevorderlijk, echter bestaat de kans dat de afstand tussen de triagisten en de huisartsen te groot wordt. Overleggen met een arts is soms essentieel, al helemaal als je bij centrale triage van alle specialismen iets moet weten.
- Nuance op dilemma: het zou bevorderlijk zijn als de patiënt direct kan bellen wanneer hij zeker weet welke zorgpartner hij/zij nodig heeft en centraal kan bellen wanneer dit niet zeker is. Een andere optie is dat verschillende regio's met elkaar gekoppeld worden wat betreft centrale triage.





## 67-100



- De huisartsenzorg is een 'vak apart' en zou niet samen moeten gaan met andere zorgspecialisaties. De huisartsenzorg moet goed ingekaderd worden zodat het alleen échte huisartsenspoedzorg levert. Ook is het zonde om de eigen deskundige triagisten in te zetten; dit is immers erg zonde van alle opleidingen en ervaring die zij juist in het huisartsengebied hebben verworven.
- Triage in zijn huidige vorm werkt prima. Er zijn korte lijnen en er kan goed worden samengewerkt. Centrale triage zal zorgen voor verwarring en minder overzicht. Dit zal geen winst opleveren.
- Dit is moeilijk te realiseren omdat je als centrale triagist veel kennis van alle zorginstellingen moet bezitten. Dit lijkt een onmogelijke taak.
- In plaats van de centrale triage kan er beter worden ingezet op verbetering van de samenwerking tussen ketenpartners. Hierdoor ontstaan korte lijnen en komt er minder op het bordje van de huisarts terecht.
- Patiënten zijn vaak zelf goed in staat om de goede zorg in te schakelen. Een centraal loket dat doorverwijst heeft dus geen meerwaarde en zal alleen maar zorgen voor vertraging.

### Wat valt op?

Opvallende scores die afwijken van de overallpercentages:

- Huisartsen ouder dan 55 jaar: 57% kiest een score van 0 tot 33. Waar dit bij de andere leeftijden op het gemiddelde van 44% zit.
- Groningen niet-stad (omliggende dorpen stad Groningen) scoort 63% in 0-33 range.
- Van de 22 mensen zonder vast werkgebied kiest 50% voor de 34 – 66 range.



Geweldige zaken worden nooit door één persoon gedaan. Ze worden gedaan door een team van mensen.

S. Jobs





Mijn ambitie voor de toekomst: met durf en lef, gesteund door vertrouwen in elkaar, de waarde van huisartsen laten zien in woorden en daden.

## **Trudy Oldenhuis**

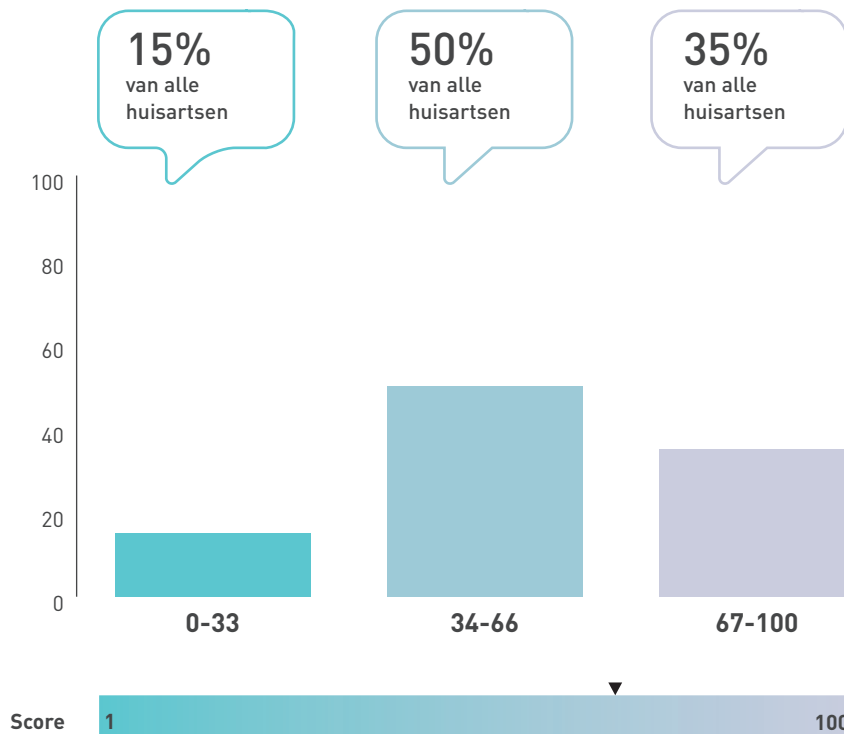
Huisarts in Groningen  
Locatie: A-brug

# DILEMMA 09

## Behoeften patiënt of behoeften huisarts als leidend principe

### 1 = Optimale (snel) zorg verlenen vanuit behoeften patiënt

Iedere patiënt verdient continue, kwalitatief goede en bereikbare zorg die is aangepast aan specifieke karakteristieken van de patiënt. Mocht dit impact hebben op de wijze waarop de huisartsen hun diensten moeten invullen, dan is dat van ondergeschikt belang.



### 100 = Optimaal organiseren vanuit behoefte huisarts

De spoedzorg wordt georganiseerd op een manier die optimaal is voor de huisarts en niet meteen de rode loper uitlegt voor de patiënt. Mocht een patiënt daardoor langer moeten wachten, verder moeten reizen etcetera, dan is dat van ondergeschikt belang.

## 0-33

- De behoeften van de patiënt moet altijd het speerpunt blijven. Dit betekent ook dat de zorg altijd bereikbaar moet blijven en laagdrempelig moet kunnen worden ontvangen. Echter moeten zaken wel haalbaar blijven voor de huisarts.
- De patiënt staat tot op zekere hoogte centraal. Er moet altijd goed gekeken worden of de zorg op dat moment noodzakelijk is. Zo niet, dan kan dat de volgende dag prima opgepakt worden.
- We kunnen wel anders willen, maar de maatschappelijke ontwikkelingen houden daar geen enkele rekening mee.



## 34-66



- Het is een kwestie van balans. Patiënten verdienen kwalitatief goede zorg en aandacht. Echter zonder een uitgeruste huisarts die zijn eigen grenzen aangeeft wordt de zorg onveilig en inefficiënt. Daarom is het belangrijk dat er ook aan de behoeften van de huisarts wordt gedacht.
- De behoeften van de patiënt staan altijd centraal, echter moet het wel werkbaar blijven. Het principe 'klant is koning' gaat te ver. Het moet wel werkbaar blijven, anders brengen we de patiënt in gevaar.
- Spoedzorg moet optimaal worden georganiseerd voor beide partijen, echter moet spoedzorg wel écht spoedzorg blijven. Dingen die kunnen wachten tot de volgende dag, moeten niet tijdens spoeddiensten worden afgehandeld. Dit zal zorgen voor enige wachttijd, dat is niet anders.

## 67-100



- Echte spoedzorg moet direct geholpen worden, echter dient dit beter ingekaderd te worden. De zorg is een schaars product. Onze taak is om dit schaarse product optimaal te verdeelen zodat de zieksten de meeste aandacht krijgen. We zijn vaak tijdens de dienst nog veel bezig met niet-spoed. De drempel moet worden verhoogd (betere triage). Wij willen alleen de belangen van de patiënt voorop stellen als het échte spoed betreft.
- Wanneer de zorg om de behoeften van de patiënten draait, is dit niet lang vol te houden. Gezien de tekorten aan personeel en de verplichte diensten is de werkdruk voor de huisartsen enorm. Daarom is het belangrijk om vanuit de behoeften van de huisarts te handelen, anders is het draaien van de spoedzorg niet lang meer vol te houden.
- Als patiënten écht spoedzorg nodig hebben, is het vast geen probleem daar een stukje verder voor te reizen. Dit maakt de drempel voor het inschakelen van spoedzorg hoger. Dus, de behoeften van de patiënten zijn minder belangrijk.
- Om kwalitatief goede en veilige zorg te leveren aan patiënten, is het belangrijk dat het accent ligt op de behoeften van de huisarts. Opgebrachte huisartsen leveren geen goede zorg. Dit allemaal met de patiënt in het achterhoofd.
- De spoedzorg is geen service en geen winkel, maar een zorginstelling. Het is niet 'u vraagt, wij draaien'. De huisarts moet zijn vak kunnen blijven doen.

### Wat valt op?

Afwijkende verdelingen ten opzichte van de gemiddelden:

- 25% van de HID(HA)'s scoort in 0-33 t.o.v. 15% gemiddeld.
- 59% van de huisartsen die minder dan 5 jaar actief zijn scoort 34-66 range t.o.v. 50% gemiddeld. In dezelfde range is van de huisartsen die binnen 5 jaar stoppen 37% vertegenwoordigd. Van die huisartsen heeft 44% in de 67-100 range gescoord.
- Ook regionaal gezien enkele opmerkelijke verdelingen t.o.v. het gemiddelde. 25% vanuit noordwest heeft 0-33 range gescoord en 39% in 34-67. Zuidoost en huisartsen zonder vaste werklocatie hebben beide keren 59% gescoord in 34-67 range t.o.v. 50% gemiddeld. Groningen niet-stad (dorpen om de stad Groningen) laat over alle categorieën een andere verdeling zien, namelijk 6% in 0-33, 25% in 34-67 en 69% in de 67-100 range.

# DILEMMA 10

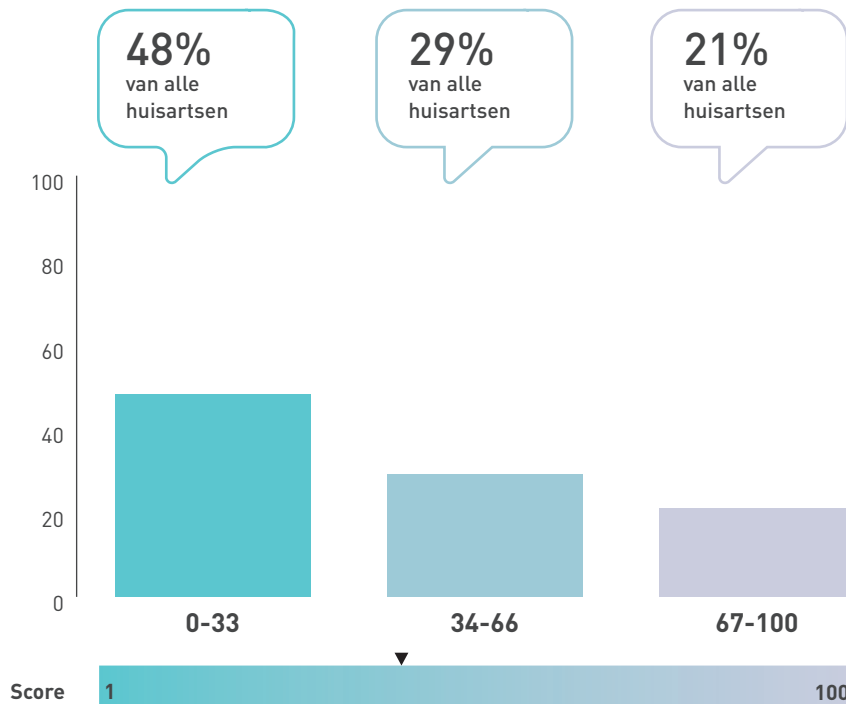
## DDG zoekt verregaande samenwerking en integratie met andere spoedzorgpartners binnen de zorgketen van de huisartsen.

**1 = DDG zoekt verregaande samenwerking en integratie met andere spoedzorgpartners binnen de zorgketen van de huisartsen.**

Intensief samenwerken met 1e en 2e lijns-spoedzorg, met bijvoorbeeld een acute zorgpost en spoedeisende diensten. Kortom: integratie binnen de keten.

**100 = DDG richt zich op de eigen dienstverlening.**

Samenwerking in de keten is (ruim) voldoende ingericht. Het is voor de huisartsenspoedzorg niet noodzakelijk om nadere samenwerking en integratie op te zoeken.



### 0-33

- Samenwerking met andere zorgketenpartners is belangrijk voor de toekomst. Door betere samenwerking is er meer begrip voor elkaar en kan er makkelijker naar elkaar verwezen worden.
- Zorgt voor betere kwaliteit en efficiëntere zorg. Als er korte lijntjes bestaan is de patiënt direct op de juiste plek. Dubbele consulten worden hierdoor vermeden. De kwaliteit van de zorg zal ook verbeteren door meer overleg en betere overdrachten. Daarnaast is het mogelijk sneller aanvullende diagnostische middelen in te zetten.
- Samenwerking tussen zorgketenpartners is belangrijk, echter moet iedere keten wel zijn eigen identiteit en autonomie behouden. Standaarden zijn gebaseerd op kenmerken van patiënten uit die keten en moet daarmee integratie met gepaste voorzichtigheid gepaard gaan. Iedereen moet zijn eigen basale taken blijven uitvoeren.





## 34-66

- >>>
  - Meer samenwerking leidt tot minder werkdruk en meer werkplezier. Doordat er een gedeelde verantwoordelijkheid ontstaat en de patiënten sneller op de juiste plek terechtkomen, zal de werkdruk van de huisarts dalen.
  - Doordat er beter wordt samengewerkt wordt er meer bij elkaar meegekeken. Hierdoor kunnen we elkaar beter leren begrijpen en meer van elkaar leren.
- Meer samenwerking kan leiden tot goede afstemming van zorg en elkaar makkelijk kunnen vinden. Voornamelijk de wens tot verbetering in samenwerking met de psychiatrische zorginstellingen wordt vaak genoemd.
  - Samenwerking tussen zorgketenpartners is goed, echter moet iedere keten wel zijn eigen identiteit en autonomie behouden. Huisartsen moeten blijven doen waar zij goed in zijn. Verbeteren van de huisartsenzorg moet echter prioriteit blijven. Integratie moet in het belang zijn van de huisartsenzorg.
  - De manier waarop de samenwerking op dit moment (voornamelijk met de SEH) is geregeld, ben ik tevreden over. Verbetering is altijd mogelijk en een goede uitdaging.
- Of samenwerking met andere zorgketenpartners gunstig is, moet eerst worden onderzocht. Wegen de voordelen op tegen de nadelen?
  - Voor samenwerking met andere spoedzorgketens of focus op eigen dienstverlening is beiden wat te zeggen. De eventuele samenwerking hangt ook samen met de locatie van de spoedzorg. Over bij welke locaties integratie met andere zorgketenpartners gunstig is, zijn de meningen verdeeld.





## 67-100



- De huisartsenzorg moet door de huisartsen zelf worden verzorgd. Meer samenwerking en integratie met andere zorgketenpartners is ongunstig. DDG is al groot genoeg.
- De samenwerking tussen zorgketenpartners zou kunnen verbeteren, echter gaat volledige integratie te ver. Iedere zorgketen zou haar eigen zorg moeten blijven uitvoeren. Goede afstemming en communicatie is uiteraard bevorderlijk. De huisartsenzorg moet zich op zichzelf blijven focussen. De samenwerking zoals deze nu is verloopt prima. Het huidige systeem werkt goed.
- De huisartsenzorg moet zich eerst op haar eigen ontwikkeling richten. Uiteraard kan goede afstemming en samenwerking geen kwaad. Maar het is belangrijk om ons eerst op onze eigen dienstverlening te richten. Pas daarna kan eventuele integratie effectief plaatsvinden.

### Wat valt op?

Huisartsen zonder vaste werkomgeving en uit Groningen niet-stad (dorpen om de stad Groningen) scoren respectievelijk 59% en 63% in de range 0-33 t.o.v. 48% gemiddeld.



Het is de stand van de zeilen, niet de richting van de wind die bepaalt welke weg we zullen gaan.

J. Rohn



## Door de verschillen heen... het kan!

In 2015 begon ik als bestuursadviseur bij Doktersdienst Groningen met als eerste opdracht: voer de nieuwe, net vastgestelde visie in bij de doktersdienst. Nu mag ik projectleider zijn van het project nieuwe Visie Doktersdienst Groningen: de cirkel is bijna rond.

Wat helpt is dat ik ruim vijf jaar ervaring met huisartsen rijker ben en gedurende die jaren heb ervaren wat het voor een huisarts betekent om een dagpraktijk te combineren met de uitvoering van avond-, nacht- en weekenddiensten. Ook heb ik ontdekt wat het betekent als je huisartsen betreft voor je een beslissing neemt. Het betrekken van huisartsen, met vaak zeer uiteenlopende meningen, maakt het er niet gemakkelijker op, maar het resultaat wordt er zó veel beter van.

Ik voer dit project uit met drie fantastische creatieve collega's en de eerste keer dat we bij elkaar zaten hebben we direct de wens uitgesproken om álle huisartsen in Groningen te betrekken. De doktersdienst is opgezet door de praktijkhoudende huisartsen, maar we merken dat de niet- praktijkhoudende

huisartsen ook in Groningen een steeds belangrijker rol gaan spelen. Dus breed uitvragen wat alle huisartsen beweegt, was voor ons een belangrijke drijfveer. In het brondocument staat veel, maar we zijn er nog niet. We moeten ook de ontwikkelingen in Nederland ten aanzien van de spoedzorg betrekken. Mijn grote wens is dat de manier waarop we met elkaar aan de nieuwe visie werken uiteindelijk gaat leiden tot een toekomstperspectief dat onderschreven kan worden door alle huisartsen.

“Maar Sander, je weet zo langzamerhand toch wel dat dat een illusie is...”. Ik hoor het zeggen, maar ik ben nou eenmaal iemand die gaat voor het beste. In het eerste deel van het project hebben wij al ervaren hoezeer de huisartsen waarderen dat we nu samen optrekken en in gesprek gaan. Door met elkaar in gesprek te blijven denk ik dat we, door de verschillen en elkaars grenzen heen, elkaar recht in de ogen kunnen zien en samen kunnen komen tot wat ons bindt. Het kan!

Sander Gerritsen  
Bestuursadviseur DDG





## COLOFON

Opdrachtgever  
**DDG**  
Van Swietenlaan 2b  
9728 NZ Groningen

Redactie  
**Marian Blauw**  
**Sander Gerritsen**  
**Melanie Laemers**

Vormgeving  
**Sandra Jonge Poerink | Create ID**

Fotografie  
**Marion Stoffels**  
**DDG**

Methodiek en analyse  
**Spiliter, o.l.v.:**  
**Steven Wagemaker**  
**Martin de Jong**

Drukwerk  
**Chris Russell**

Uitgave  
**Juni 2021**

