

# Wat kunnen we leren van ANW-zorg in het buitenland?

Paul Giesen, Marleen Smits, Luca Steeman, Maike Uijen, Elise Veeneman

**ANW-zorg levert in Nederland stof tot discussie over bijvoorbeeld de grenzen van spoedzorg, werkdruk, nachtdiensten, waarnemtarieven en de positie van praktijkhouders en waarnemers. Ook over de ketensamenwerking tussen HAP, SEH en ambulancezorg is discussie: wat zijn ieders taken en hoe kan het schaarse personeel optimaal worden ingezet? Het kan geen kwaad om eens buiten de eigen grenzen te kijken en onszelf een ‘Europese spiegel’ voor te houden: hoe staat de ANW-zorg in andere Europese landen ervoor?**

Een sterk ontwikkelde 7 × 24-uurs huisartsenzorg biedt de beste garanties dat de zorg doelmatig, veilig en kosteneffectief is.<sup>1-4</sup> Goed bereikbare en beschikbare 7 × 24-uurs huisartsenzorg en goede continuïteit van zorg hangen samen met minder bezoeken aan de SEH, minder kosten en kortere wachttijden.<sup>5-9</sup> Dat is de ideale situatie, maar hoe ziet de werkelijkheid eruit?

In veel Europese landen staat de ANW-zorg onder druk en zijn er problemen met de organisatie. Patiënten zijn sneller dan vroeger geneigd hulp te zoeken buiten kantooruren, ook voor complexe hulpvragen,<sup>10</sup> en bij huisartsen zijn ANW-diensten weinig populair vanwege de hoge frequentie, de gebrekkige organisatie, het personeelstekort en de beperkte financiële middelen.<sup>11-14</sup> Deze problemen en belemmeringen spelen ook in Nederland.<sup>15-18</sup> Wij denken dat de Europese landen van elkaar kunnen leren door over de eigen grenzen te kijken, kennis uit te wisselen en in de ‘Europese spiegel’ te kijken.

## ORGANISATIE VAN DE ANW-ZORG

Er zijn binnen Europa grote verschillen in de organisatie van de eerstelijns ANW-zorg. In sommige landen doen huisartsen ANW-diensten voor hun eigen praktijkpopulatie of in kleinschalige waarnemgroepen, in andere landen worden die diensten verleend door grootschalige organisaties zoals huisartsenposten of SEH-afdelingen. In 2007 onderscheidde



Alle Europese landen hebben op het gebied van ANW-huisartsenzorg grotendeels dezelfde problemen en dezelfde behoefte aan verandering.

Foto: Shutterstock

## DE KERN

- Er bestaan in Europa grofweg 7 organisatiemodellen voor eerstelijns ANW-zorg.
- Soms bestaan er meerdere organisatiemodellen naast elkaar, soms ook mengvormen.
- Er is een Europese tendens naar het opschalen van ANW-zorg tot huisartsenposten.
- Een andere tendens is een sterkere rol voor de eerste lijn en een kleinere rol voor de SEH.
- In veel Europese landen zijn de toekomstwensen vergelijkbaar met die in Nederland ten tijde van de eerste huisartsenposten.

we bij een inventariserend onderzoek in 25 Europese landen grofweg 9 organisatiemodellen, waarvan de waarneemgroep het meest voorkwam maar met een tendens naar grootschaligere huisartsenposten.<sup>19</sup> Een herhaling van dit onderzoek in 2018 en 2020 bevestigde deze tendens: we vonden grofweg 7 organisatiemodellen, ditmaal met de HAP als meest voorkomende model. Daarbij zagen we een tendens in de richting van een sterke eerste lijn en minder focus op de SEH (zie [infographic]).<sup>20-21</sup>

In beide onderzoeken vonden we niet alleen verschillen tussen landen, maar soms ook opvallende regionale verschillen binnen een land. In Slovenië en Engeland bijvoorbeeld bestaan meerdere organisatiemodellen naast elkaar, zonder dat een ervan duidelijk dominant is. Al deze organisatieverschillen

zijn te verklaren door bijvoorbeeld bevolkingsdichtheid en geografische afstand tot gezondheidszorginstellingen. Maar ze lijken ook te maken hebben met andere factoren, zoals cultuur en traditie, (commerciële) belangen, de organisatiegraad van huisartsen en de (niet altijd duidelijke) rol van huisartsen in de spoedzorg.<sup>19-21</sup>

## TRENDS EN TOEKOMSTPLANNEN

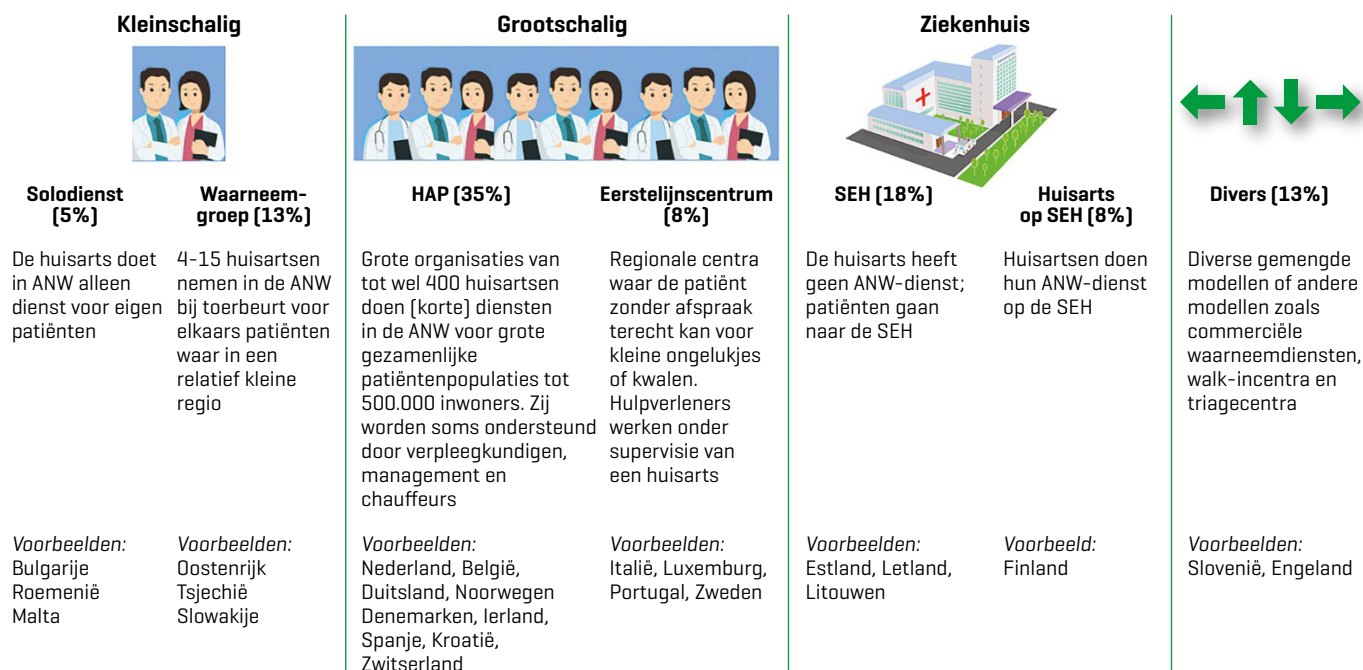
In de afgelopen jaren hebben veel landen hun ANW-zorg aangepast of daar in elk geval plannen voor gemaakt.<sup>21</sup> Gemeenschappelijke trends in die ontwikkeling zijn:

- centralisatie en schaalvergroting in de richting van het HAP-model;
- eenduidigere landelijke organisatie (minder organisatiemodellen per land);
- geïntegreerde HAP-SEH-spoedposten;
- meer financiële en personele ondersteuning en taakdelegatie;
- telefonische triagesystemen en training van triagisten;
- uniforme landelijke richtlijnen, scholing;
- sterkere positie van de huisarts in de spoedzorg;
- meer diagnostische mogelijkheden voor de huisarts (bloedonderzoek, röntgen, ecg);
- elektronische patiëntregistratiesystemen (EPD's).

Dezelfde trends zagen we ook in Nederland, tijdens de opbouw van de huisartsenposten.<sup>11</sup> Er was in andere Europese landen veel belangstelling voor de eerste Nederlandse posten. Dat leidde in 2009 tot de oprichting van EurOOHnet, een

## Infographic

## Modellen van ANW-huisartsenzorg in Europa



#### KADER: DEENSE HUISARTSENPOSTEN

Denemarken en Nederland zijn vergelijkbaar als het gaat om de poortwachtersrol voor de huisarts. De Deense huisartsenposten ontstonden rond 1990 en kenden in de aanloop ernaartoe dezelfde problemen als Nederland en andere Europese landen. We noemen enkele opvallende verschillen met Nederlandse HAPs. Deense huisartsenposten zijn grootschaliger, er zijn regio's met meer dan 1 miljoen inwoners die 2 call-centers en 11 huisartsenposten hebben. Deze HAPs worden door de huisartsen zelf georganiseerd en geleid. Meestal doet de dienstdoende huisarts de telefonische triage zonder triagesysteem. De diensten zijn druk: de contactfrequentie is 500-1000 per jaar [in Nederland 250-1000 per jaar]. In beide landen krijgen de posten relatief veel niet-urgente klachten: in Denemarken wordt ongeveer 60% van alle contacten telefonisch afgehandeld, in Nederland 40%. De Deense huisartsen krijgen per contact betaald, terwijl Nederlandse huisartsen voor ANW-diensten een landelijk vastgesteld uurtarief krijgen.

Onder de Deense huisartsen heerst onvrede over de hoge werkdruk, de impact van nachtdiensten op de praktijk overdag en het lastig kunnen verkopen van de diensten. In sommige Deense regio's zijn momenteel reorganisaties gaande door bijvoorbeeld vooral 's nachts meer paramedici in te zetten of de triage te laten uitvoeren door een verpleegkundige met medisch specialisten als telefoonarts.<sup>19,25,26,29</sup>

deels informeel en nog steeds groeiend netwerk van huisartsen en onderzoekers dat ijvert voor kwaliteitsverbetering van de eerstelijns ANW-zorg.<sup>22-23</sup> De EurOOHnet-deelnemers komen jaarlijks bijeen in telkens een ander gastland en presenteren daar de resultaten van onderzoek, ontwikkelingen in andere landen en vergelijkingen tussen landen.<sup>24-28</sup> Het gastland (er zijn er inmiddels meer dan 10 bezocht) organiseert praktijkbezoeken en laat de sterke en zwakke kanten van het eigen ANW-systeem zien.

De EurOOHnet-bijeenkomsten laten naast een grote diversiteit aan organisatiemodellen ook een groot verschil tussen droom en werkelijkheid zien. De droom is goede en eenduidig georganiseerde ANW-zorg, gebouwd op de volgende pijlers: goed opgeleide triagisten, landelijke richtlijnen, een landelijk EPD, beschikbaarheid van aanvullende diagnostiek en nauwe samenwerking met ambulancezorg en SEH. Wat ook opvalt, is dat er tussen landen met redelijk vergelijkbare culturen zoals Nederland, België en Denemarken, toch nog aanzienlijke verschillen bestaan [kaders].

#### EUROPESE SPIEGEL

Alle Europese landen hebben op het gebied van ANW-huisartsenzorg grotendeels dezelfde problemen en dezelfde

#### KADER: VLAAMSE WACHTPOSTEN

De eerstelijns ANW-zorg in Vlaanderen wordt verzorgd door Wachtposten die zijn geïnspireerd door de Nederlandse huisartsenposten. Op dit moment zijn er daarvan ongeveer 40 en hun aantal groeit. Anders dan in Nederland variëren de openingstijden. Sommige Wachtposten zijn alleen geopend in de avonden of op weekend- en feestdagen; op andere momenten kunnen patiënten buiten kantooruren terecht bij hun eigen huisarts, een waarnemend huisarts of de SEH.

Omdat Vlaamse huisartsen geen poortwachtersrol hebben, is er een grote toeloop van zelfverwijzers naar de SEH's [in Nederland worden de meeste zelfverwijzers opgevangen op de huisartsenposten]. De Wachtposten kennen geen telefonische triage met zelfzorgadvies door triagisten; alle patiënten moeten wettelijk door de huisarts face-to-face worden gezien. Terwijl voor de Nederlandse huisartsen een landelijk ANW-uurtarief geldt, worden de Vlaamse huisartsen per contact betaald. Opvallend is verder de lage organisatiegraad en het ontbreken van landelijk geaccepteerde eenduidige afspraken.<sup>27,28,30</sup>

behoefte aan verandering. Ze spiegelen zich aan elkaar en inspireren elkaar door vergelijkend onderzoek te doen en elkaar te bezoeken. Als we in deze 'Europese spiegel' kijken, zien we dat Nederland met zijn huisartsenposten en de rol van de huisarts in de spoedzorg een sterk ontwikkeld ANW-model heeft dat andere landen inspireert. Maar ook wij moeten onze ANW-zorg blijven innoveren, lering trekkend uit de praktijk in andere Europese landen. ■

#### LITERATUUR

1. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gac Sanit* 2012;26 Suppl 1:20-6.
2. Faber MJ, Burgers JS, Westert GP. A sustainable primary care system: lessons from the Netherlands. *J Ambul Care Manage* 2012;35:174-81.
3. Schäfer W, Boerma WG, Van den Berg MJ, De Maeseneer J, De Rosis S, Detollenaere J, et al. Are people's health care needs better met when primary care is strong? A synthesis of the results of the QUALICOPC study in 34 countries. *Prim Health Care Res Dev* 2019;20:e104.
4. Groenewegen P, Schäfer W, Schellevis F, Boerma W. Kernwaarden van Nederlandse huisartsen in internationaal perspectief. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.007/s12445-020-0760-0.
5. Van den Berg MJ, Van Loenen T, Westert GP. Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. *Fam Pract* 2016;33:42-50.
6. Posocco A, Scapinello MP, De Ronch I, Castrogiovanni F, Lollo G, Sergi G, et al. Role of out of hours primary care service in limiting inappropriate access to emergency department. *Intern Emerg Med* 2018;13:549-55.
7. Thijssen W, Kraaijvanger N, Barten DG, Boerma ML, Giesen P,

- Wensing M. Impact of a well-developed primary care system on the length of stay in emergency departments in the Netherlands: a multicenter study. *BMC Health Serv Res* 2016;16:149.
8. Rutten M, Vrieling F, Smits M, Giesen P. Patient and care characteristics of self-referrals treated by the general practitioner cooperative at emergency-care-access-points in the Netherlands. *BMC Fam Pract* 2017;18:62.
  9. Bosch-van Nuenen A, De Jong D, Bongers F, Mulder H, Meulman D, Verloop M, et al. Meer spoedzorg, minder kosten. *Huisarts Wet* 2016;59:292-6.
  10. Huibers L, Keizer E, Carlsen AH, Moth G, Smits M, Senn O, et al. Help-seeking behaviour outside office hours in Denmark, the Netherlands, and Switzerland: a questionnaire study exploring responses to hypothetical cases. *BMJ Open* 2018;8:e019295.
  11. Giesen PH, Haandrikman LG, Broens S, Schreuder JL, Mokink HG. Centrale huisartsenposten: wordt de huisarts er beter van? *Huisarts Wet* 2000;43:508-10.
  12. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Fam Pract* 2003;20:311-7.
  13. Cohidon C, Wild P, Senn N. Practice organization characteristics related to job satisfaction among general practitioners in 11 countries. *Ann Fam Med* 2019;17:510-7.
  14. Berchet C, Nader C. The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries. *OECD Health Working Papers No. 89*, Paris: OECD Publishing, 2016.
  15. Giesen P, Smits M, Huibers L, Grol R, Wensing M. Quality of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. *Ann Intern Med* 2011;155:108-13.
  16. Smits M, Rutten M, Keizer E, Wensing M, Westert G, Giesen P. The development and performance of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. *Ann Intern Med* 2017;166:737-42.
  17. Giesen PJ, Smits M, Verstappen W, Kant J, Sluiter A, Rutten M. De opbrengst van 20 jaar huisartsenposten. *Huisarts Wet* 2021;64:23-6.
  18. Giesen PJ, Kant J, Sluiter A, Verstappen W. Innovaties noodzakelijk voor toekomstbestendige huisartsenposten. *Huisarts Wet* 2021;64:27-8.
  19. Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Serv Res* 2009;9:105.
  20. Steeman L, Uijen M, Plat E, Huibers L, Smits M, Giesen P. Out-of-hours primary care in 26 European countries: an overview of organizational models. *Fam Pract* 2020;37:744-50.
  21. Veeneman E. The current and desired role of European general practitioners in 7 × 24 hours urgent care. Nijmegen: Radboud-umc, IQ healthcare, 2020.
  22. Huibers L, Philips H, Giesen P, Remmen R, Christensen MB, Bondevik GT. EurOOHnet-The European research network for out-of-hours primary health care. *Eur J Gen Pract* 2014;20:229-32.
  23. Leutgeb R, Walker N, Remmen R, Klemenc-Ketis Z, Szecsenyi J, Laux G. On a European collaboration to identify organizational models, potential shortcomings and improvement options in out-of-hours primary health care. *Eur J Gen Pract* 2014;20:233-7.
  24. Philips H, Huibers L, Holm Hansen E, Leutgeb R, Klemenc-Ketis Z, Chmiel C, et al. Guidelines adherence to lower urinary tract infection treatment in out-of-hours primary care in European countries. *Qual Prim Care* 2014;22:221-31.
  25. Huibers L, Smits M, Christensen MB, Moth G, Giesen P. Huisartsenposten in Nederland en Denemarken: een vergelijking. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2017;95:254-7.
  26. Huibers L, Moth G, Andersen M, Giesen P, Christensen MB, Olesen F. Consumption in out-of-hours health care: Danes double Dutch? *Scan J Prim Health Care* 2014;32:44-50.
  27. Colliers A, Smits M, Jansen T, Remmen R, Bartholomeeusen S, Verheij R. Eerstelijnszorg buiten kantooruren: verschillen tussen Vlaanderen en Nederland. *Huisarts Nu* 2020;3:138-41.
  28. Smits M, Colliers A, Jansen T, Remmen R, Bartholomeeusen S, Verheij R. Examining differences in out-of-hours primary care use in Belgium and the Netherlands: a cross-sectional study. *Eur J Pub Health* 2019;29:1018-24.
  29. Olesen F, Jolleys JV. Out-of-hours service: the Danish solution examined. *BMJ* 1994;309:1624-6.
  30. Philips H, Remmen R, Van Royen P, Teblich M, Geudens L, Bronckaers M, et al. What's the effect of the implementation of general practitioner cooperatives on caseload? Prospective intervention study on primary and secondary care. *BMC Health Serv Res* 2010;10:222.

Giesen P, Smits M, Steeman L, Uijen M, Veeneman E. Wat kunnen we leren van ANW-zorg in het buitenland? *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2221-z. Radboudumc, Radboud Institute for Health Sciences [IQ healthcare], Nijmegen: dr. P. Giesen, huisarts np en senior onderzoeker: paul.giesen@radboudumc.nl; dr. M. Smits, senior onderzoeker en projectleider spoedzorgonderzoek; L. Steeman, M. Uijen, E. Veeneman, wetenschappelijke stagiaires geneeskunde. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.