

Vervolg Burgerplatform Visie op de eerstelijnszorg in 2030

Bijeenkomsten met kwetsbare, moeilijk bereikbare groepen

Marloes Meijer
Judith de Jong
Anne Brabers



NIVEL
Kennis voor betere zorg

Het Nivel levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

November 2023

ISBN 978-94-6122-832-1

030 272 97 00

nivel@nivel.nl

www.nivel.nl

© 2023 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt het verslag ‘Vervolg Burgerplatform Visie op de eerstelijnszorg in 2030. Bijeenkomsten met kwetsbare, moeilijk bereikbare groepen’. Dit verslag biedt inzicht in de meningen en ideeën van een diverse groep kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers over de eerstelijnszorg. We bespreken de knelpunten die de deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews ervaren binnen de eerstelijnszorg. Ook gaan we in op hoe zij denken over een aantal onderwerpen uit het discussiedocument over de visie op de toekomstbestendigheid van de eerstelijnszorg in Nederland. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

We willen alle deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews bedanken voor hun deelname aan het onderzoek.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord	3
Samenvatting	5
1 Inleiding	8
1.1 Aanleiding	8
1.2 Doel	9
1.3 Leeswijzer	9
2 Methoden	10
2.1 De focusgroepen	10
2.2 De deelnemers aan het onderzoek	10
2.3 Het programma	12
2.4 Analyse van de focusgroepen en aanvullende interviews	13
3 Ervaringen met de eerstelijnszorg	14
3.1 Deelnemers ervaren knelpunten op het gebied van bereikbaarheid en toegankelijkheid van de huisarts en vergoedingen	14
3.2 Deelnemers zijn positief over de fysiotherapeut en Arabisch sprekende medewerkers in de apotheek	17
4 Het gebruik van de eerstelijnszorg	18
4.1 Deelnemers weten niet altijd bij welke zorgverlener ze terecht kunnen voor hun hulpvraag	18
4.2 Deelnemers zoeken naar informatie over gezondheid via internet, het eigen netwerk en de huisarts	21
5 Hybride zorg	23
6 Beschouwing en conclusie	26
6.1 Deelnemers ervaren deels dezelfde knelpunten als deelnemers aan Burgerplatform, maar hebben andere ervaring met de huisarts	26
6.2 Het perspectief van de deelnemers op het discussiedocument	27
6.3 Vervolgonderzoek	29
6.4 Sterke punten en beperkingen van het onderzoek	30
6.5 Aandachtspunten	30
Literatuur	32
Bijlage A Topic list vervolg Burgerplatform Visie op de eerstelijnszorg 2030	33

Samenvatting

De eerstelijnszorg staat onder druk. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is daarom afgesproken dat er door verschillende partijen in de gezondheidszorg een visie wordt ontwikkeld op de eerstelijnszorg in Nederland in 2030. Ook de meningen en ideeën van burgers over hoe de eerstelijnszorg er in 2030 uit moet zien zijn van belang. In juni 2023 is daarom een Burgerplatform georganiseerd door het Nivel¹. Aan het Burgerplatform nam een diverse groep burgers deel. Wel waren kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers ondervertegenwoordigd. In dit onderzoek verstaan we onder kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers mensen die niet digitaal vaardig zijn en/of mensen die niet Nederlands kunnen lezen of schrijven, bijvoorbeeld omdat ze een migratieachtergrond hebben. Het perspectief van deze groep is ook van belang bij het opstellen van een visie op de toekomstbestendigheid van de eerstelijnszorg. Mogelijk hebben kwetsbare burgers andere behoeften dan burgers die minder kwetsbaar zijn. Om inzicht te krijgen in de meningen en ideeën over de eerstelijnszorg van een diverse groep kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers zijn twee bijeenkomsten in de vorm van focusgroepen georganiseerd. Daarnaast zijn twee aanvullende interviews gehouden. Daarbij stonden twee punten centraal: 1) het ophalen van knelpunten die kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers ervaren ten aanzien van de eerstelijnszorg en 2) het voorleggen en aanvullen van twee onderwerpen uit het discussiedocument² 'Visie versterking organisatie eerstelijnszorg 2030', namelijk verwachtingsmanagement en hybride zorg.

Deelnemers ervaren knelpunten op het gebied van de huisarts en vergoedingen

De deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews ervaren verschillende knelpunten in het contact met hun huisarts. Ze gaven onder andere aan dat ze problemen ervaren met de telefonische bereikbaarheid van de huisartspraktijk. Ook ervaren ze knelpunten bij het maken van een afspraak met de huisarts en leverde een afspraak niet altijd het gewenste resultaat op, zoals een doorverwijzing of het voorschrijven van medicatie. Daarnaast ervaren de deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews knelpunten op het gebied van hoge eigen kosten en onduidelijkheid over vergoedingen. Een aantal deelnemers gaven aan hierdoor zorg te mijden. De deelnemers aan het eerdere Burgerplatform van juni 2023 ervaren ook knelpunten door hoge eigen kosten en onduidelijkheid over vergoedingen. Dit knelpunt kwam tijdens de focusgroepen en aanvullende interviews wel explicieter naar voren. De deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews verschilden van de deelnemers aan het Burgerplatform wat betreft de ervaring met de huisarts. De deelnemers aan het Burgerplatform hadden over het algemeen goede ervaringen met hun huisarts, terwijl de kwetsbare burgers die hebben deelgenomen aan de focusgroepen en aanvullende interviews minder positief waren over de huisartsenzorg.

Verwachtingen van de deelnemers met betrekking tot zorg sluiten niet altijd aan bij in het discussiedocument geschetste verwachting van burgers

De deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews wisten niet altijd bij welke zorgverlener zij terecht kunnen met hun hulpvraag. Onder de groep kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers leek hierover meer onduidelijkheid te bestaan dan onder de deelnemers aan het Burgerplatform. Wanneer de deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews niet weten waar zij met hun hulpvraag terecht kunnen, zoeken ze hierover informatie via internet, hun eigen

¹ Zie Meijer et al. (2023) voor de resultaten van het Burgerplatform.

² Dit betreft een werkdocument dat niet openbaar beschikbaar is.

netwerk of de huisarts. Een beperkte Nederlandse taalvaardigheid kan een barrière vormen bij het zoeken naar informatie. Bij het bespreken van het onderwerp verwachtingsmanagement kwam naar voren dat sommige deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews meer zorg verwachten dan zij nu ontvangen. Zij willen bijvoorbeeld vaker en sneller terecht kunnen bij de huisarts en hadden behoefte aan meer persoonlijke ondersteuning van hun huisarts. De verwachtingen die een deel van de deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews had van de zorg sluiten niet aan bij het in het discussiedocument geschetste toekomstbeeld dat burgers in 2030 meer eigen verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid.

Meeste deelnemers stonden terughoudend tegenover hybride zorg

De meeste deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews stonden terughoudend tegenover hybride zorg. Deze deelnemers vonden hybride zorg afstandelijk en wilden liever persoonlijk contact met een zorgverlener. Zij waren bang dat hybride zorg zou leiden tot een minder goede kwaliteit van zorg. Een aantal deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews kon door een gebrek aan digitale vaardigheden geen gebruik maken van hybride zorg. Zij gaven aan hiervoor afhankelijk te zijn van de mensen in hun netwerk. Dit werd als vervelend ervaren. De houding ten opzichte van hybride zorg onder de kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers die hebben deelgenomen aan de focusgroepen en aanvullende interviews verschilt van die onder de deelnemers aan het Burgerplatform, die, onder voorwaarden, overwegend positief tegenover hybride zorg stonden.

Aandachtspunten

Op basis van de focusgroepen en aanvullende interviews zijn vier aandachtspunten geformuleerd. Het eerste en tweede aandachtspunt komen overeen met de aandachtspunten die zijn opgesteld op basis van de resultaten van het Burgerplatform. Daarnaast zijn er drie specifieke aandachtspunten geformuleerd voor kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers.

- **Behoeften verschillen.** Net als de groep minder kwetsbare burgers, is ook de groep kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers een diverse groep. De kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers die hebben deelgenomen aan de focusgroepen en aanvullende interviews hebben verschillende behoeften op het gebied van eerstelijnszorg. Deze verschillen zitten bijvoorbeeld in de houding ten opzichte van hybride zorg en de verwachtingen van de huisarts.
- **Niet altijd bekend waar men met hulpvraag terecht kan.** De deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews gaven aan dat het niet altijd duidelijk is waar zij met hun hulpvraag terecht kunnen. Als deelnemers niet weten bij welke zorgverlener zij terecht kunnen met hun hulpvraag, zoeken zij naar informatie via internet, het eigen netwerk of de huisarts. Taal kan daarbij een barrière zijn. Het is daarom belangrijk dat er betrouwbare informatie over gezondheid wordt aangeboden in verschillende talen. Het is van belang dat deze informatie ook niet-digitaal beschikbaar is, omdat kwetsbare burgers moeilijk te bereiken zijn via internet.
- **Managen van verwachtingen.** Sommige deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews hadden verwachtingen van de huisarts die niet overeenkomen met de zorg die zij op dit moment ontvangen. Naar verwachting zullen burgers in de toekomst voor minder hulpvragen terecht kunnen bij de huisarts, omdat deze hulpvragen behoren tot het sociaal domein of er een beroep wordt gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Het is daarom van belang om richting burgers in het algemeen, en kwetsbare, moeilijk bereikbare groepen in het bijzonder, te communiceren over de veranderingen binnen de eerstelijnszorg, zodat zij weten wat ze van de eerstelijnszorg kunnen verwachten en wat hun eigen rol is. Desondanks zal het voor een deel van de kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers lastig blijven om zelfstandig hun weg te vinden binnen de eerstelijnszorg. Voor deze groep is extra ondersteuning nodig.

- **Bekendheid met hybride zorg vergroten.** Een deel van de deelnemers stond terughoudend tegenover hybride zorg, omdat zij dit als afstandelijk ervoeren. Zij wilden liever persoonlijk contact met een zorgverlener. Uit eerder onderzoek blijkt dat het vergroten van de bekendheid met hybride zorg door het opdoen van positieve ervaringen mogelijk kan bijdragen aan het enthousiasmeren van deze groep voor hybride zorg. Deelnemers vonden het daarbij belangrijk dat de keuze voor hybride zorg bij burgers zelf blijft liggen.
- **Niet alle burgers zijn voldoende digitaal vaardig voor hybride zorg.** Niet alle burgers beschikken over voldoende digitale vaardigheden om gebruik te kunnen maken van hybride zorg. Voor deze groep is het van belang dat het mogelijk blijft om niet-digitaal contact te hebben met zorgverleners.

Methode in het kort

Er hebben twee focusgroepen plaatsgevonden met kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers. De eerste focusgroep vond plaats op zaterdag 23 september 2023 en bestond uit vijf deelnemers. Deze focusgroep werd georganiseerd in Ede. De tweede focusgroep werd gehouden op dinsdagavond 26 september in Utrecht en bestond uit tien deelnemers. De deelnemers zijn geworven door Labyrinth Onderzoek & Advies, een onderzoeksbureau dat ervaring heeft met onderzoek onder moeilijk bereikbare doelgroepen. Er zijn mensen geselecteerd die op één of meerdere gebieden kwetsbaar zijn, waarbij is gekeken naar beperkte digitale vaardigheden, beperkte Nederlandse taalvaardigheden en/of het hebben van een migratieachtergrond. Doordat niet alle deelnemers aan de focusgroep in Ede behoorden tot de groep kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers zoals gedefinieerd in dit onderzoek, zijn er naast de focusgroepen twee aanvullende interviews afgenomen. In totaal hebben er dus 17 mensen deelgenomen aan het onderzoek.

Het programma van het Burgerplatform diende als uitgangspunt voor het programma van de focusgroepen en aanvullende interviews (zie Meijer et al., 2023 voor het programma). Op deze manier kunnen de resultaten met elkaar worden vergeleken. Het programma van het Burgerplatform is aangepast om het toegankelijk te maken voor de doelgroep kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

De eerstelijnszorg staat onder druk. Dit komt onder andere doordat steeds meer mensen zorg nodig hebben en er een tekort is aan zorgpersoneel. Hierdoor kunnen er in de toekomst wachtlijsten ontstaan en kan het voor burgers lastiger worden om een afspraak te maken bij een eerstelijnszorgverlener (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [VWS], 2022). De eerstelijnszorg speelt door haar doorverwijsfunctie naar de tweede lijn een belangrijke rol bij het toegankelijk en betaalbaar houden van de zorg in Nederland. De toekomstbestendigheid van de eerstelijnszorg is daarom van groot belang. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken dat er door verschillende partijen in de gezondheidszorg een visie wordt ontwikkeld op de eerstelijnszorg in Nederland in 2030. Een concept van deze visie is uitgewerkt in het discussiedocument 'Visie versterking organisatie eerstelijnszorg 2030'. Dit betreft een werkdocument dat niet openbaar beschikbaar is. Het discussiedocument bevat het perspectief van patiëntenorganisaties, zorgprofessionals, zorgorganisaties, zorgverzekeraars, gemeenten en de Rijksoverheid³. Ook de meningen en ideeën van individuele burgers over hoe de eerstelijnszorg er in 2030 uit moet zien zijn van belang. Het Ministerie van VWS werkt toe naar een visie op de eerstelijnszorg die breed wordt gedragen en waarin verschillende perspectieven, waaronder dat van burgers, naar voren komen. Om inzicht te krijgen in het perspectief van burgers over de toekomstbestendigheid van de eerstelijnszorg in 2030 heeft het Nivel op 14 juni 2023 een Burgerplatform georganiseerd met een diverse groep van 17 deelnemers. Uit het Burgerplatform kwam onder andere naar voren dat de behoeften van de deelnemers op het gebied van eerstelijnszorg afhingen van hun persoonlijke situatie, deelnemers niet altijd wisten bij welke eerstelijnszorgverlener ze terecht kunnen met hun hulpvraag, deelnemers over het algemeen open stonden voor hybride zorg, keuzevrijheid heel belangrijk was voor de deelnemers en de financiering van zorg van invloed is op de keuzes die de deelnemers maakten (voor meer resultaten zie Meijer et al., 2023).

Niet alle groepen burgers waren in even grote mate vertegenwoordigd bij het Burgerplatform. Doordat de werving voor het Burgerplatform online plaatsvond waren bepaalde kwetsbare, moeilijk bereikbare groepen ondervertegenwoordigd binnen de groep deelnemers. Onder kwetsbare, moeilijk bereikbare groepen verstaan we in dit onderzoek mensen die niet digitaal vaardig zijn en/of mensen die niet Nederlands kunnen lezen of schrijven, bijvoorbeeld omdat ze een migratieachtergrond hebben. Daarnaast is een Burgerplatform in mindere mate geschikt voor deze groepen burgers, omdat informatie bijvoorbeeld via presentaties met tekst wordt aangeleverd en er bij opdrachten wordt gevraagd om te schrijven of te stemmen via een online platform. Het perspectief van deze groepen is echter ook van belang bij het opstellen van een visie op de toekomstbestendigheid van de eerstelijnszorg. Mogelijk hebben kwetsbare burgers andere behoeften dan burgers die minder kwetsbaar zijn. Om inzicht te krijgen in de visie van een diverse groep kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers op de eerstelijnszorg zijn twee aanvullende bijeenkomsten in de vorm van focusgroepen georganiseerd.

³ Actiz, InEen, KNGF, KNMP, LHV, NHG, NVAVG, Paramedisch Platform Nederland, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verenso, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, ZorgthuisNL, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben meegewerkt aan het discussiedocument.

1.2 Doel

Het doel van de aanvullende focusgroepen was om inzicht te krijgen in de meningen en ideeën van een diverse groep kwetsbare burgers over de eerstelijnszorg in 2030. Op deze manier willen we een aanvulling bieden op de eerder opgehaalde visie op de eerstelijnszorg onder een diverse groep minder kwetsbare burgers. We focussen op twee punten:

1. Het ophalen van knelpunten die kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers ervaren ten aanzien van de eerstelijnszorg.
2. Het voorleggen en aanvullen van een aantal onderwerpen uit het discussiedocument.

De onderwerpen uit het discussiedocument die voorgelegd zijn aan de kwetsbare, moeilijk burgers die hebben deelgenomen aan het onderzoek zijn ook voorgelegd tijdens het Burgerplatform, om de resultaten met elkaar te kunnen vergelijken. Doordat de aanvullende focusgroepen korter duurden dan het Burgerplatform, is een selectie van twee van de drie onderwerpen gemaakt. In overleg met het Ministerie van VWS is gekozen voor de onderwerpen verwachtingsmanagement (welke verwachtingen hebben burgers van de eerstelijnszorg in 2030) en hybride zorg. Deze onderwerpen zijn gekozen, omdat we verwachten dat hier mogelijk verschillen zitten tussen de deelnemers aan de focusgroepen en de deelnemers aan het Burgerplatform.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt de methode van de aanvullende focusgroepen beschreven. Hoofdstuk 3 t/m 5 bevatten voor ieder onderdeel van de focusgroepen de belangrijkste bevindingen. De hoofdstukken gaan respectievelijk over de ervaringen met de eerstelijnszorg, het gebruik van eerstelijnszorg (verwachtingsmanagement) en hybride zorg. Het verslag sluit af met een beschouwing in hoofdstuk 6.

2 Methoden

2.1 De focusgroepen

Om in gesprek te gaan met kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers over hun meningen en ideeën over de eerstelijnszorg, zijn twee focusgroepen georganiseerd. Onder kwetsbare, moeilijk bereikbare groepen verstaan we in dit onderzoek mensen die niet digitaal vaardig zijn en/of mensen die niet Nederlands kunnen lezen of schrijven, bijvoorbeeld omdat ze een migratieachtergrond hebben. De eerste focusgroep vond plaats op zaterdag 23 september 2023 en bestond uit vijf deelnemers. Deze focusgroep werd georganiseerd in Ede. De tweede focusgroep werd gehouden op dinsdagavond 26 september in Utrecht en bestond uit tien deelnemers. Er is gekozen om de focusgroepen op verschillende plekken te organiseren om zowel mensen uit een meer landelijke als uit een stedelijke omgeving te kunnen includeren. De focusgroepen duurden ongeveer twee uur en werden geleid door een medewerker van Labyrinth Onderzoek & Advies, een onderzoeksbureau dat ervaring heeft met onderzoek onder moeilijk bereikbare doelgroepen (voor meer informatie, zie <https://www.labyrinthonderzoek.nl/>). Tijdens de focusgroepen werd kort ingegaan op de aanleiding van het onderzoek. Daarna gingen we met de deelnemers in gesprek over hun ervaringen met en ideeën over de eerstelijnszorg. Daarbij was het niet het streven om tot een consensus te komen, maar om de diversiteit in meningen en behoeften in kaart te brengen. Door het beperkte aantal deelnemers zijn de resultaten van het onderzoek niet te generaliseren naar de groep kwetsbare burgers als geheel.

2.2 De deelnemers aan het onderzoek

De deelnemers aan het onderzoek zijn geworven door Labyrinth. De werving vond onder andere plaats via buurthuizen, waar potentiële deelnemers persoonlijk zijn benaderd. Ook zijn op verschillende plekken flyers achtergelaten en zijn deelnemers geworven via het netwerk van Labyrinth. Er zijn mensen geselecteerd die op één of meerdere gebieden kwetsbaar zijn, waarbij is gekeken naar beperkte digitale vaardigheden, beperkte Nederlandse taalvaardigheden en/of het hebben van een migratieachtergrond. De digitale vaardigheden van de deelnemers zijn gemeten door te vragen hoe vaak ze hun mobiele telefoon gebruiken om informatie op te zoeken of dingen te regelen. Uit cijfers van het CBS blijkt dat 97% van de Nederlanders in 2021 toegang had tot internet. Bijna negen op de tien mensen gebruiken een smartphone voor internettoegang. Ouderen maken het minst vaak gebruik van internet (CBS, 2022). Bij digitale vaardigheden is het niet alleen van belang dat mensen een smartphone hebben maar ook dat zij deze kunnen gebruiken, bijvoorbeeld om te kunnen inloggen op een patiëntenportaal of te kunnen beeldbellen met een zorgverlener (Pharos, 2022). Er is daarom gekozen om te vragen naar het gebruik van een smartphone om informatie te zoeken en dingen te regelen. De Nederlandse lees- en schrijfvaardigheid is bepaald op basis van de eigen inschatting van de deelnemers. Daarnaast zijn een aantal aanvullende persoonskenmerken uitgevraagd zoals leeftijd en opleidingsniveau.

Niet alle deelnemers aan de focusgroep in Ede behoorden tot de groep van kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers zoals gedefinieerd in dit onderzoek. Wel waren sommige deelnemers op andere vlakken kwetsbaar, bijvoorbeeld omdat ze slechthorend waren of een angststoornis hadden. Om het perspectief van kwetsbare, moeilijk bereikbare groepen zoals gedefinieerd in dit onderzoek verder te kunnen belichten, zijn twee aanvullende interviews gedaan. De deelnemers aan de aanvullende

interviews zijn ook geworven door Labyrinth. Er is gekozen voor mannelijke respondenten, omdat er aan de focusgroepen alleen vrouwen hebben deelgenomen. Tabel 2.1 geeft een overzicht van de kenmerken van de deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews. Bij de beschrijving van de resultaten worden zowel de bevindingen uit de focusgroepen als de bevindingen uit de aanvullende interviews meegenomen.

Tabel 2.1 Kenmerken van de deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews

	Focusgroep in Ede (N=5)	Focusgroep in Utrecht (N=10)	Aanvullende interviews (N=2)	Totaal (N=17)
Geslacht				
Man	0	0	2	2
Vrouw	5	10	0	15
Leeftijd				
18 t/m 39 jaar	2	4	2	8
40 t/m 59 jaar	1	3	0	4
60 t/m 79 jaar	2	2	0	4
80 jaar en ouder	0	1	0	1
Gebruik mobiele telefoon om informatie op te zoeken of dingen te regelen				
Nooit	1	0	0	1
Soms	2	3	0	5
Vaak	2	6	0	8
Heel vaak	0	1	0	1
Anders*	0	0	2	2
Nederlands lezen en schrijven				
Niet	0	1	0	1
Niet goed	0	2	2	4
Redelijk	1	2	0	3
Goed	2	4	0	6
Heel goed	2	1	0	3
Migratieachtergrond				
Geen migratieachtergrond	4	2	0	6
Migratieachtergrond	1	8	2	11
Opleidingsniveau**				
Laag	1	5	2	8
Midden	0	5	0	5
Hoog	1	0	0	1
Onbekend	3	0	0	3

* Bij de aanvullende interviews zijn digitale vaardigheden op een andere manier uitgevraagd dan bij de focusgroepen, waardoor we geen informatie hebben over het gebruik van een mobiele telefoon voor deze deelnemers. Beide deelnemers aan de aanvullende interviews hadden lage digitale vaardigheden.

** Sommige deelnemers gaven aan alleen een inburgeringscursus te hebben gevolgd. Deze deelnemers zijn ingedeeld in de groep met een laag opleidingsniveau.

Aan het begin van de focusgroepen en aanvullende interviews is aan alle deelnemers gevraagd om een toestemmingsformulier te ondertekenen. Daarmee gaven ze toestemming om de gegevens uit

de focusgroepen en aanvullende interviews te gebruiken voor dit verslag. Tijdens de focusgroepen is ook om toestemming gevraagd voor het maken van foto's. De deelnemers konden hier apart toestemming voor geven. Ook als mensen niet op de foto wilden, konden ze deelnemen aan de focusgroep. Tijdens de focusgroep in Utrecht gaf een groot deel van de deelnemers aan niet op de foto te willen. Er zijn tijdens deze focusgroep daarom geen foto's gemaakt. Tijdens de focusgroep in Ede zijn wel foto's gemaakt. Een aantal foto's zijn opgenomen in dit verslag. De deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews kregen een cadeaukaart ter waarde van €40 als dank voor hun deelname. Ook werden eventuele reiskosten vergoed.

2.3 Het programma

Het programma van de focusgroepen is samengesteld door onderzoekers van het Nivel. Daarbij diende het programma van het Burgerplatform van 14 juni 2023 als uitgangspunt (zie Meijer et al., 2023). Labyrinth heeft meegedacht om de programmaonderdelen zo toegankelijk mogelijk te maken, bijvoorbeeld door vragen eenvoudig te formuleren en tekst te ondersteunen met afbeeldingen. Een overzicht van de inhoudelijke programmaonderdelen van de focusgroepen is te vinden in Box 2.1. De topic list is te vinden in Bijlage A. Deze topic list is ook, in iets aangepaste vorm, gebruikt voor de aanvullende interviews.

Box 2.1 *Programmaonderdelen focusgroepen 'Visie op de eerstelijnszorg in 2030'*

Introductie – Wat is eerstelijnszorg

De focusgroepen zijn gestart met een uitleg van wat de eerstelijnszorg is. Daarbij lieten we de deelnemers ondersteunende posters zien, waarop een aantal afbeeldingen van eerstelijnszorgverleners te zien waren (zoals de huisarts, apotheker en fysiotherapeut). Deze posters waren gedurende de gehele focusgroep zichtbaar voor de deelnemers, zodat zij hier op een later moment nog op konden kijken als zij dit wilden.

Onderdeel 1 – Ervaringen met eerstelijnszorg

In dit onderdeel is aan de deelnemers gevraagd welke knelpunten zij op dit moment ervaren binnen de eerstelijnszorg. Vervolgens is gevraagd welke punten zij graag willen behouden binnen de eerstelijnszorg.

Onderdeel 2 – Het gebruik van eerstelijnszorg (verwachtingsmanagement)

In dit onderdeel is aan de hand van scenario's onderzocht in welke situatie de deelnemers naar de huisarts zouden gaan en welke overwegingen zij daarbij hebben. Daarna is besproken op welke manier deelnemers zoeken naar informatie over gezondheid.

Onderdeel 3 – Hybride zorg

In dit onderdeel zijn de ervaringen van deelnemers met hybride zorg besproken. Ook is besproken in welke situaties deelnemers open staan voor hybride zorg en in welke situaties niet en van wat voor soort hybride zorg zij gebruik zouden willen maken.

2.4 Analyse van de focusgroepen en aanvullende interviews

De focusgroepen en de aanvullende interviews zijn opgenomen met behulp van een audioapparaat. De opnames zijn woordelijk getranscribeerd door een extern transcriptiebureau. De transcripten zijn door de onderzoekers van Nivel geanalyseerd en gebruikt als input voor het verslag. Ook zijn quotes voor het verslag uit deze transcripten gehaald.

Op 18 oktober 2023 zijn de voorlopige resultaten van de focusgroepen en de aanvullende interviews door twee onderzoekers van het Nivel gepresenteerd aan de partijen die zijn betrokken bij de ontwikkeling van de visie op de eerstelijnszorg in 2030⁴. Na de presentatie was er ruimte voor vragen en discussie. Op basis van deze input zijn een aantal punten in de beschouwing verder verduidelijkt.

⁴ Actiz, InEen, KNGF, KNMP, LHV, NHG, NVAVG, Paramedisch Platform Nederland, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verenso, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, ZorgthuisNL, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben meegewerkt aan het discussiedocument.

3 Ervaringen met de eerstelijnszorg

In dit hoofdstuk gaan we in op de ervaringen van de deelnemers met de eerstelijnszorg. Er wordt besproken welke knelpunten de deelnemers ervaren en wat er volgens hen goed gaat binnen de eerstelijnszorg. Op deze manier krijgen we inzicht in het eerste doel van het onderzoek.

Belangrijkste resultaten

- Deelnemers ervaren knelpunten op het gebied van de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de huisarts, hoge eigen kosten en onduidelijkheid over vergoedingen.
- Deelnemers zijn positief over de bereikbaarheid van en bejegening door de fysiotherapeut en de aanwezigheid van Arabisch sprekende medewerkers in de apotheek.

3.1 Deelnemers ervaren knelpunten op het gebied van bereikbaarheid en toegankelijkheid van de huisarts en vergoedingen

Als eerste is aan de deelnemers gevraagd wat er volgens hen nu niet goed gaat wanneer zij naar een eerstelijnszorgverlener toe gaan. Dingen die vaak genoemd werden door de deelnemers, zijn de telefonische bereikbaarheid en toegankelijkheid van de huisarts, onduidelijkheid omtrent vergoedingen en hoge eigen kosten. Deze thema's worden hieronder verder besproken.

3.1.1 Problemen met telefonische bereikbaarheid en toegankelijkheid huisarts

De deelnemers ervoeren verschillende knelpunten in het contact met hun huisarts. Een aantal deelnemers had problemen met de telefonische bereikbaarheid van hun huisartspraktijk. Zij gaven bijvoorbeeld aan dat de huisartspraktijk maar een deel van de dag telefonisch te bereiken was. Dit werd als vervelend ervaren, omdat deelnemers niet altijd in de gelegenheid zijn om te bellen op het tijdstip dat de huisartspraktijk bereikbaar is, of omdat een klacht pas optreedt op een moment dat de huisarts niet meer bereikbaar is. Een deelnemer zei hierover:

“Je kan maar bellen tot 12.00 uur, maar goed, ik werk ook en tot 12.00 uur kan ik niet bellen, want van 8.00 tot 12.00 is het gewoon heel druk op mijn werk, dan probeer ik juist in de middag te bellen, een gaatje te vinden, maar na 12.00 uur gaat het bandje aan bij de huisarts. Stel je hebt een kind en die wordt in de middag ziek, dan druk je op de spoedknop en dan krijg je op je kop van, dit is geen spoed, dus je mag deze lijn niet bezet houden. Dan denk ik, wat moet ik dan nu? Dan moet je wachten tot de volgende dag.”(deelnemer 3, vrouw, 18-39 jaar)

Een andere deelnemer ervoerde ook problemen met de bereikbaarheid van de huisartspraktijk. Zij gaf aan de huisartsenpost te bellen wanneer haar huisartspraktijk niet bereikbaar is. Deze deelnemer had het gevoel wel gehoord te worden door de huisartsenpost:

“Maar als je echt wil weten, als je klachten hebt, wat het beste medicijn ook is, waar je wel gehoord wordt, als je na 22.00 uur of zo de huisartsenpost belt en dat ze zeggen, kom. Dan word je wel onderzocht, je wordt lichamenlijk wel onderzocht.” (deelnemer 14, vrouw, 18-39 jaar)

Deelnemers gaven ook aan dat ze het soms lastig vonden om een afspraak te maken met de huisarts. Zij hadden het gevoel dat ze veel moeite moesten doen om langs te mogen komen. Een aantal deelnemers noemden dat zij de ernst van hun klacht soms aandikten, omdat ze dachten dat ze anders geen afspraak zouden kunnen maken. De assistent van de huisarts werd daarbij ook genoemd als ervaren barrière. Als het de deelnemers was gelukt om een afspraak te maken bij de huisarts, leverde dit volgens hen niet altijd het gewenste resultaat op. Zij wilden bijvoorbeeld doorverwezen worden naar een andere zorgverlener of medicatie voorgeschreven krijgen, maar dit gebeurde niet altijd. Een deelnemer zie hierover:

“Maar doorverwijzen naar ziekenhuis of naar ergens anders willen ze niet, doen ze moeilijk, moet je een paar keer proberen, moet je iets verzinnen, dan pas krijg je een verwijsbrief.”
(deelnemer 12, vrouw, 18-39 jaar)

Een andere deelnemer gaf aan het gevoel te hebben de ernst van zijn klachten te moeten overdrijven om een doorverwijzing te krijgen:

“Ik ben laatst een keer naar de huisarts gegaan, en ik moest mijn arm omhoog doen, en dan vroeg de dokter ‘Doet dit pijn? Doet dit pijn?’ en dan ging ik op alles ja zeggen, ook al deed een bepaalde beweging soms niet pijn, want ik wilde dat ik echt een onderzoek kreeg. Want ik had pijn.”
(deelnemer 17, man, 18-39 jaar)

Daarnaast ervoeren een aantal deelnemers knelpunten in het persoonlijk contact met hun huisarts. Zij hadden het gevoel dat hun huisarts weinig tijd voor hen had of hen niet serieus nam. Een deelnemer zie hierover:

“Als ik mijn verhaal heb gedaan, een beetje meer begripvoller, dat ze met je meevoelen, niet waar ben je bang voor? Misschien zegt ie dat om jou gerust te stellen, maar heel vaak ga je dan met een rotgevoel naar huis. Je voelt je niet gewaarborgd. Het is een beetje afstandelijk, je wilt een klik hebben met je huisarts, het is toch een soort van vertrouwenspersoon.”
(deelnemer 9, vrouw, 40-59 jaar)

Sommige deelnemers ervoeren problemen bij het contact met zorgverleners als gevolg van beperkte Nederlandse taalvaardigheden. Zij gaven aan afhankelijk te zijn van anderen om een afspraak te kunnen maken met een zorgverlener of een zorgverlener te kunnen bezoeken. Een deelnemer zei hierover:

“En misschien komt het omdat mijn taal niet goed is, nu is het beter, maar zeker in het begin, toen ik net nieuw was in Nederland, vond ik het echt moeilijk om aan de telefoon uit te leggen wat voor probleem ik had. Ik wist niet hoe alles heette, wat de naam was van ziekten. Ik wist niet wat ik moest zeggen. En dat was ontzettend moeilijk voor mij.” (deelnemer 17, man, 18-39 jaar)

Eén van de deelnemers die problemen ervoerde in het persoonlijk contact met haar huisarts gaf aan geen vaste huisarts te hebben. Deze deelnemer vond het niet prettig om haar verhaal steeds aan iemand anders te moeten vertellen.

3.1.2 Hoge eigen kosten en onduidelijkheid over vergoedingen

Een aantal deelnemers vonden de kosten die zij zelf moeten betalen voor zorg hoog. Daarbij werden onder andere de kosten voor medicatie en de tandarts genoemd. Een aantal deelnemers gaven aan

door deze hoge eigen kosten soms zorg te mijden:

“Wij zijn zo goed verzekerd, maar ga je naar de apotheek dan moet je betalen. Ga ik naar het ziekenhuis... Soms denk je wel drie keer na voordat je een echo laat maken of iets. Dat vind ik absurd. Heel veel mensen die stellen het uit voor het eigen risico, of medicatie.”
(deelnemer 9, vrouw, 40-59 jaar)

Een andere deelnemer beaamde dit. Deze deelnemer gaf aan al jaren niet meer bij de tandarts te zijn geweest vanwege de hoge eigen kosten:

“Ik ben ook al jaren niet geweest omdat je... Ik zeg, ik ben verzekerd, maar als ik een keer geweest ben, dan heb ik een nota thuis, dus ik zeg, ik vertrouw het niet meer.”
(deelnemer 14, vrouw, 18-39 jaar)

Bij deze deelnemer lijkt er naast problemen met de hoge eigen kosten ook sprake te zijn van onduidelijkheid over welke zorg wel en niet vergoed wordt. Ook andere deelnemers ervoeren knelpunten op dit vlak. Een deelnemer noemde bijvoorbeeld dat ze de medicatie voor haar man altijd zelf had gekocht en betaald, maar dat ze later hoorde dat deze vergoed wordt vanwege de chronische aandoening van haar man. Ook was er onduidelijkheid over de vergoedingen voor de kaakchirurg.

Daarnaast gaven deelnemers aan dat ze de zorg die in de basisverzekering of aanvullende verzekering zit te beperkt vinden. Een voorbeeld dat daarbij werd genoemd, is fysiotherapie. De deelnemers vonden dat er te weinig fysiotherapiebehandelingen worden vergoed. Eén deelnemer gaf aan het lastig te vinden om bij te houden hoeveel behandelingen ze al gebruikt had in een jaar. Ze noemde dat ze soms ongemerkt over het aantal vergoede behandelingen heen ging en de kosten voor de behandelingen die buiten de verzekering vallen dan zelf moest betalen:

“Ik doe het niet zelf, want ik ga elke week en opeens krijg ik nota van €104. Ik ga vragen waarom? Ze zegt, je bent meerdere keren geweest. Ja, dan moet je gewoon doorgeven.”
(deelnemer 11, vrouw, 40-59 jaar)

Ook een andere deelnemer had zorgen over de kosten voor de fysiotherapeut. Deze deelnemer noemde dat het aantal fysiotherapiebehandelingen in de aanvullende verzekering door de jaren heen was afgenomen, waardoor ze bang was hier niet genoeg aan te hebben en de kosten voor de resterende behandelingen zelf te moeten betalen:

“Maar dan heb je weer met de zorgverlening, fysiotherapie valt in het aanvullende pakket, eerst was dat onbeperkt, okay, misbruik maak je er niet van. Toen werd het ineens 32 behandelingen per jaar, nu opeens 20, ik hou mijn hart vast wat dat straks is, want ik zit in het duurste aanvullende pakket en nu met 20 behandelingen op 52 weken, tel uit je winst, kom je tekort, maar je mag wel €45 neertellen voor een consult als je het nodig hebt.” (deelnemer 2, vrouw, 60-79 jaar)

3.1.3 Overige knelpunten

Naast bovenstaande knelpunten, die door meerdere deelnemers werden ervaren, is een aantal knelpunten door één deelnemer genoemd. Dit waren onder andere problemen op het gebied van vervoer naar een zorgverlener en een niet-actueel medicatieoverzicht van de apotheek. Ook vertelde een deelnemer dat het voor haar klacht niet duidelijk was welke zorgverlener haar het best kon helpen. Ze werd door haar huisarts doorverwezen naar een andere zorgverlener, maar die kon haar

niet helpen en verwees haar terug naar de huisarts. Eén deelnemer gaf aan soms lang te moeten wachten op een afspraak:

“Als je belt voor een afspraak, word je over twee weken pas..., terwijl dat jij echt ter plekke gezien moet worden. Dan zeggen ze soms van, ja, we hebben pas over twee weken een plekje voor je, omdat het al vol zat.” (deelnemer 11, vrouw, 40-59 jaar)

3.2 Deelnemers zijn positief over de fysiotherapeut en Arabisch sprekende medewerkers in de apotheek

Aan de deelnemers is ook gevraagd wat er volgens hen goed gaat binnen de eerstelijnszorg. Door de beperkte tijd is dit onderwerp kort aan bod gekomen. De deelnemers gaven onder andere aan snel terecht te kunnen bij de fysiotherapeut. Daarnaast werden de goede telefonische bereikbaarheid en bejegening van de fysiotherapeut als prettig ervaren. Ook gaf een deelnemer aan positieve ervaringen te hebben met de verpleegkundige bij de huisarts. Iets anders dat als positief werd ervaren door de deelnemers, is dat er in apotheken bij hen in de buurt vaak Arabisch sprekende medewerkers zijn. Hierdoor kunnen mensen die beperkt Nederlands spreken maar wel Arabisch goed worden geholpen. Daarnaast waren een aantal deelnemers positief over het contact met hun huisarts. Een deelnemer gaf bijvoorbeeld aan wel altijd te worden doorverwezen als ze daarom vraagt. Dit werd door de deelnemer als positief ervaren. Deze deelnemer zei hierover:

“Altijd als ik vraag of ik doorverwezen mag worden naar het ziekenhuis, dan doen ze dat altijd meteen.” (deelnemer 8, vrouw, 60-79 jaar)

Er zijn dus zowel deelnemers die goede ervaringen hebben met hun huisarts als deelnemers die hierin belemmeringen ervaren.

Foto 3.1 Aan de hand van afbeeldingen wordt duidelijk gemaakt over welke zorgverleners de knelpunten en dingen die goed gaan mogen gaan als het gaat om eerstelijnszorg



4 Het gebruik van de eerstelijnszorg

In dit hoofdstuk bespreken we in welke situaties de deelnemers een beroep zouden doen op de eerstelijnszorg en welke overwegingen zij daarbij hebben. Ook gaan we in op hoe de deelnemers zoeken naar informatie over gezondheid. Op deze manier is inzicht verkregen in de mate waarin het voor de deelnemers haalbaar is om in 2030 te weten te komen voor welke klacht ze bij welke zorgverlener terecht kunnen. Met dit hoofdstuk bieden we inzicht in het tweede doel van het onderzoek.

Belangrijkste resultaten

- Er was onduidelijkheid bij de deelnemers of het mogelijk is om rechtstreeks naar de fysiotherapeut te gaan of dat hiervoor een verwijzing van de huisarts nodig is.
- Deelnemers gaven aan in sommige situaties geen contact op te nemen met de huisarts, omdat zij verwachtten dat zij hier in de betreffende situatie niet terecht kunnen.
- Een deel van de deelnemers zocht informatie over gezondheid via internet. Niet alle deelnemers vonden dit echter prettig of waren voldoende digitaal vaardig om dit te doen. Zij gaven aan naar informatie te zoeken via het eigen netwerk of de huisarts.
- Een deel van de deelnemers heeft hogere verwachtingen van de rol van de huisarts en de kwaliteit van zorg dan dat zij nu aan zorg ontvangen.

4.1 Deelnemers weten niet altijd bij welke zorgverlener ze terecht kunnen voor hun hulpvraag

Bij dit onderdeel kregen de deelnemers twee casussen voorgelegd. Bij iedere casus werd aan de deelnemers gevraagd of zij in deze situatie een zorgverlener zouden bezoeken en zo ja, welke, of dat zij iets anders zouden doen. Op deze manier is inzicht verkregen in de situaties waarin de deelnemers een beroep zouden doen op de eerstelijnszorg en de overwegingen die zij daarbij hebben. Dit sluit aan bij het onderwerp verwachtingsmanagement dat in het discussiedocument wordt beschreven, waarbij wordt aangegeven dat het doel is dat het in 2030 voor iedere burger duidelijk is of, en zo ja welke, zorgprofessional hun zorgvraag beantwoordt.

Box 4.1 Casus 1 – Rugklachten

Je hebt sinds een paar weken pijn aan je rug. De pijn wordt erger en je kunt steeds minder goed bewegen door de pijn. De klachten gaan niet vanzelf over. Je wil daarom graag dat een zorgverlener naar je rug kijkt. Naar welke zorgverlener zou je toe gaan, naar de huisarts of naar de fysiotherapeut? Of doe je iets anders?

Verdeeld over beide focusgroepen gaven in totaal negen deelnemers aan dat ze in de beschreven situatie naar de huisarts zouden gaan. Ook de twee deelnemers aan de aanvullende interviews gaven aan naar de huisarts te gaan. Drie deelnemers zouden naar de fysiotherapeut gaan, twee deelnemers zouden iets anders doen en één deelnemer gaf aan zowel naar de fysiotherapeut te gaan als iets anders te doen.

Bij de keuze voor de huisarts of fysiotherapeut speelde een rol of de deelnemers dachten dat het mogelijk is om direct naar de fysiotherapeut te gaan of dat hier een verwijzing van de huisarts voor nodig is. Hier was onduidelijkheid over bij de deelnemers. Een deel van de deelnemers die aangaven bij de beschreven klachten naar de huisarts te gaan, deden dit omdat ze dachten dat ze een verwijzing van de huisarts nodig hadden voor de fysiotherapeut. Ze waren bang dat ze hier anders niet voor verzekerd zouden zijn. Een deelnemer zei hierover:

“Naar de huisarts, want hij kan je doorsturen naar andere plekken, zodat je verzekerd bent. Altijd eerst naar de huisarts. Ik kan niet zelf bepalen waar ik heen ga, want dan ben ik niet verzekerd voor die zorg. En ik wil daar geen problemen mee.” (deelnemer 17, man, 18-39 jaar)

Een andere deelnemer gaf aan in deze situatie naar de huisarts te gaan omdat deze op de hoogte is van de specifieke gezondheidssituatie van de deelnemer:

“Ik had de huisarts. Bij rugklachten trek ik bij de huisarts aan de bel, omdat die op de hoogte is van de vergroeiing die ik in mijn rug heb, dus dan is het al helemaal zo van, heb ik met een vergroeiing te maken of is er wat anders?” (deelnemer 2, vrouw, 60-79 jaar)

Andere deelnemers zouden rechtstreeks naar de fysiotherapeut gaan. Zij wisten uit eerdere ervaring dat dit mogelijk is zonder een verwijzing van de huisarts. Een deelnemer zei hierover:

“Ik had namelijk een keer eerder last van mijn rug en toen ging ik naar de huisarts en die stuurde mij meteen naar de fysiotherapeut, dus ik dacht, dat kan ik voortaan zelf ook wel doen mocht ik nog een keer last krijgen.” (deelnemer 6, vrouw, 80 jaar en ouder)

Deelnemers die voor de optie ‘Anders’ hadden gekozen, gaven aan in de beschreven situatie bijvoorbeeld naar de sauna te gaan, een warm bad te nemen of gebruik te maken van alternatieve geneeswijzen.

Box 4.2 Casus 2 – Hoesten

Je bent sinds een week aan het hoesten. Daardoor heb je pijn aan je keel. 's Nachts kun je niet goed slapen door het hoesten. Je wil graag dat het hoesten over gaat. Zou je in deze situatie naar de huisarts gaan of zou je iets anders doen?

In totaal gaven vier deelnemers aan naar de huisarts te gaan in de beschreven situatie. Acht deelnemers zouden iets anders doen en drie deelnemers gaven aan zowel naar de huisarts te gaan als iets anders te doen.

Deelnemers die naar de huisarts zouden gaan, gaven aan dat ze dit zouden doen als ze eerst zelf zouden hebben geprobeerd om de klacht te verhelpen, maar dit niet heeft geholpen. Ze dachten dat er dan mogelijk iets ernstigers aan de hand is, zoals een ontsteking, en zouden het prettig vinden als de huisarts hier naar zou kijken. Een deelnemer zei hierover:

“Even je longen luisteren, dat soort dingen en dan verder uitvragen. Misschien is het gecombineerd met een voorhoofdsholteontsteking of iets dergelijks, maar ik verwacht wel dat ik daar terecht kan komen.” (deelnemer 4, vrouw, 60-79 jaar)

Deelnemers die in de beschreven situatie niet naar de huisarts zouden gaan, gaven aan dat ze dit niet zouden doen omdat ze uit eerdere ervaringen wisten dat ze voor deze klachten niet terecht kunnen bij de huisarts. Een deelnemer zei hierover:

“Ja, zelf kijken wat je kan doen. Ik weet dat als ik hiermee de huisarts ga bellen dat ik niet terecht kan.” (deelnemer 5, vrouw, 18-39 jaar)

Ook andere deelnemers hadden deze ervaring. Zij gaven aan in de beschreven situatie eerst zelf de klachten proberen te verhelpen, bijvoorbeeld met hoestdrank, omdat ze wisten dat de huisarts hier naar zou vragen:

“Ik zou gewoon eerst zelf allerlei dingen proberen want ik weet zeker dat de huisarts gaat zeggen van, heb je dit al geprobeerd? Ja, dat heb ik al geprobeerd. Na een week pas later, zeg maar, dat je dan pas bij de huisarts kan... Ik heb een week dit en dit geprobeerd, want dan vragen ze, heb je zelf iets geprobeerd?” (deelnemer 15, vrouw, 40-59 jaar)

Foto 4.1 De deelnemers houden kaartjes omhoog om te laten zien wat zij zouden doen



Wat als mensen in de toekomst niet meer naar de huisarts kunnen voor deze hulpvragen?

Aan de deelnemers is na het bespreken van de twee bovenstaande casussen gevraagd wat zij er van zouden vinden als zij in de toekomst niet meer naar de huisarts mogen in deze situaties. Bij de casus over de rugklachten gaven de deelnemers aan dit niet prettig te vinden, omdat zij het belangrijk vonden om het gevoel te hebben gehoord te worden door de huisarts. Een deelnemer zei hierover:

“Je gaat pas naar een huisarts als je meent dat dat echt nodig is. Je gaat er niet heen voor een pleister of een verbandje, dus voor je eigen gevoel is het nodig en als je dan nergens gehoor krijgt, waar moet je dan heen?” (deelnemer 4, vrouw, 60-79 jaar)

Bij de casus over het hoesten stonden de deelnemers er meer voor open als zij niet meer naar de huisarts zouden mogen. Ze gaven aan dat ze nu vaak ook al niet naar de huisarts kunnen gaan bij hoestklachten. Bij ernstig hoesten zouden de deelnemers wel graag bij de huisarts terecht kunnen.

4.2 Deelnemers zoeken naar informatie over gezondheid via internet, het eigen netwerk en de huisarts

Aan de deelnemers is ook gevraagd waar zij zoeken naar informatie over gezondheid. In het discussiedocument wordt de verwachting geschetst dat burgers in 2030 begrijpen voor welke vragen en onder welke omstandigheden zij een beroep kunnen doen op de eerstelijnszorg en voor welke niet. De deelnemers aan het Burgerplatform verwachtten dat niet alle burgers dit zouden weten in 2030, maar dat een groot deel hier wel achter zou kunnen komen door informatie op te zoeken. In dit onderdeel is daarom gevraagd hoe de deelnemers aan de focusgroepen zoeken naar informatie als zij een zorgvraag hebben en niet weten bij welke zorgverlener ze hiervoor terecht kunnen. Daarbij is de volgende situatie geschetst:

Box 4.3 Zoeken naar informatie over gezondheid

Stel je voor dat je ergens last van hebt. Je hebt hier nog niet eerder last van gehad. Je weet niet zo goed wie jou hier het best bij kan helpen. Wat doe je dan?

Een aantal deelnemers gaven aan in deze situatie informatie op te zoeken op internet. Daarbij werd onder andere Google in algemene zin genoemd. Een aantal deelnemers maakten gebruik van Thuisarts.nl, maar deze website was niet bij iedereen bekend. De deelnemers zochten informatie op in verschillende talen. Niet alle deelnemers vonden het echter prettig om informatie op te zoeken op internet. Zij vroegen zich af in hoeverre de informatie op internet betrouwbaar is:

“Ik heb geen internet, maar mijn vriendin die zit er altijd op te fröbelen en zeker bij thuisarts, maar die kunnen ook wel een beetje gevaarlijk mis zitten.” (deelnemer 2, vrouw, 60-79 jaar)

Daarnaast waren sommige deelnemers niet voldoende digitaal vaardig om een smartphone of computer te gebruiken om informatie op te zoeken. Deze deelnemers gaven de voorkeur aan niet-digitale manieren om te zoeken naar informatie over gezondheid, bijvoorbeeld via het eigen netwerk. Dit netwerk speelde onder andere een belangrijke rol voor deelnemers die niet zo goed Nederlands spraken. Zij ervoeren een taalbarrière bij het zoeken naar informatie. Een deelnemer gaf bijvoorbeeld aan afhankelijk te zijn van haar kinderen bij het contact met zorgverleners, maar zij wist daardoor niet wat er precies besproken werd. Een andere deelnemer die niet zo goed Nederlands sprak gaf aan informatie te krijgen via haar zus, die verpleegkundige is in het buitenland:

*“Altijd als iets bij mij of met kinderen, foto maken en naar haar sturen. Als zij weten niet zij gaat aan collega vragen, dokter bij een ziekenhuis. Zij werkt in een ziekenhuis.”
(deelnemer 7, vrouw, 18-39 jaar)*

Naast het eigen netwerk verkregen deelnemers die het niet prettig vonden om online informatie op te zoeken of niet voldoende digitaal vaardig waren om dit te doen, informatie over gezondheid via de huisarts. Deelnemers gaven bijvoorbeeld aan de assistent van de huisarts te bellen en te overleggen over een klacht. Een andere deelnemer noemde dat zij gebruik maakte van de mogelijkheid van een terugbelafspraak bij haar huisarts:

“Dan bel ik in de ochtend als ik met een vraag zit of zoals jij met die nagel, dan zeg ik, bel me, er is dit dit en dat, en vaak stelt het mij ook gerust, aan de telefoon. Geeft ook gewoon advies aan de telefoon, dan hoef ik daar niet helemaal naartoe.” (deelnemer 14, vrouw, 18-39 jaar)

Ook werden folders van de huisarts genoemd als informatiebron. Een deel van de deelnemers had een sterke voorkeur voor de huisarts bij het zoeken naar informatie, omdat voor hen persoonlijk contact erg belangrijk is:

“Ja, waarbij het uitgangspunt is dat je het niet digitaal doet, maar met persoonlijk contact. Ik denk echt dat dat heel veel ondervangt en nu is het meer, in mijn beleving, een verlenging van het probleem omdat het eerst digitaal geprobeerd wordt. Uiteindelijk moet je daar toch terecht maar vaak ook met een achterstand.” (deelnemer 4, vrouw, 60-79 jaar)

Bij het bespreken van de manieren waarop deelnemers zoeken naar informatie over gezondheid, kwam naar voren dat een aantal deelnemers vond dat zij altijd een beroep moeten kunnen doen op de huisarts. Als de huisarts niet beschikbaar is, namen zij contact op met de huisartsenpost. Ook hadden sommige deelnemers behoefte aan meer persoonlijke ondersteuning van hun huisarts. Eén deelnemer gaf bijvoorbeeld aan dat haar vorige huisarts haar erg steunde toen ze overlast ervaarde van de burens. Ze gaf aan dat dit te missen bij haar huidige huisarts. Deze deelnemer zei hierover:

“Mijn huisarts, voordat zij met pensioen ging, ik had overlast van burens. Zij heeft mij tot de eind geholpen. Ik kwam elke dag bijna bij haar. Zij had goeie luisterende oor, maar zij is niet meer. Je ziet dat de nieuwe huisarts op een hele andere manier klanten behandelt.” (deelnemer 14, vrouw, 18-39 jaar)

Een deel van de deelnemers leek dus andere verwachtingen te hebben van de beschikbaarheid en ondersteuning van de huisarts dan de beschikbaarheid en ondersteuning die zij nu ervaren. Ook hadden sommige deelnemers verwachtingen over de zorg die niet altijd overeenkwamen met de zorg die zij kregen. Een deelnemer gaf bijvoorbeeld aan van de fysiotherapeut te verwachten dat deze haar masseert in plaats van oefeningen mee te geven:

“Wat ik ervaarde, ik heb [aandoening] en ik liep naar fysiotherapeut, doet oefeningen en zo. Ik zeg, dat heb ik allemaal eerder gedaan bij een andere fysiotherapeut, maar dat helpt niet. Ik heb ook [aandoening] dus ik zeg, masseren, maar ze wou echt niet masseren. Ik was niet de enigste, andere vrouw ook. Zij zegt, wanneer wij willen gemasseerd worden, ze zegt nee, eerst die oefeningen doen, dat en dat, maar dat helpt niet.” (deelnemer 11, vrouw, 40-59 jaar)

5 Hybride zorg

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe de deelnemers aankijken tegen hybride eerstelijnszorg. We bespreken welke ervaringen de deelnemers hebben met eerstelijnszorg. Ook gaan we in op de situaties waarin deelnemers open staan voor hybride zorg en de soorten hybride zorg waarvan zij gebruik zouden willen maken. Op deze manier krijgen we inzicht in het tweede doel van het onderzoek.

Belangrijkste resultaten

- De meeste deelnemers stonden terughoudend tegenover hybride zorg. Zij vonden hybride zorg afstandelijk en wilden liever persoonlijk contact met een zorgverlener.
- Deelnemers met beperkte digitale vaardigheden gaven aan voor hybride zorg afhankelijk te zijn van hun netwerk. Dit ervoeren zij als vervelend. Ook werd hen soms gevraagd om gebruik te maken van digitale zorg, terwijl dit lastig is voor hen.
- Een deel van de deelnemers stond wel positief tegenover hybride zorg. Zij gaven aan het prettig te vinden om op een moment dat het voor hen uitkomt contact op te kunnen nemen. Deze deelnemers vonden hybride zorg vooral geschikt voor de meer zakelijke aspecten van zorg, zoals het maken van een afspraak. Ze vonden het belangrijk dat de keuze voor hybride zorg altijd bij de patiënt ligt.

Een deel van de deelnemers had ervaring met hybride zorg. Zij maken online wel eens een afspraak met een zorgverlener, bestellen medicatie, bekijken uitslagen of mailen met een zorgverlener. Deze deelnemers gaven aan dat zij dit online overzichtelijker vinden. Ook werd het als prettig ervaren dat dit kan op een tijdstip dat het voor de deelnemers uitkomt. Een deelnemer zei hierover:

*“Ik vind dat gewoon echt heel makkelijk en soms denk ik in de nacht om 12 uur, oh ik moet nog medicijnen bestellen en dan ga ik gelijk inloggen, dan hoef ik niet te wachten.”
(deelnemer 3, vrouw, 18-39 jaar)*

De deelnemers maakten daarbij wel de kanttekening dat de keuze voor hybride zorg volgens hen altijd bij de patiënt zelf moet liggen. Ook vonden zij hybride zorg niet in iedere situatie geschikt is. Voor ernstige klachten wilden zij liever een bezoek brengen aan een zorgverlener. De deelnemers zagen vooral voordelen van hybride zorg voor de meer zakelijke aspecten van zorg, zoals het maken van een afspraak of bestellen van medicatie. Bij het bespreken van een hulpvraag gaven de deelnemers aan het liefst persoonlijk contact te willen met een zorgverlener. Een deelnemer zei hierover:

“Zodra iemand ergens mee zit, dan is dat digitale, in mijn beleving, niet echt een positieve toevoeging.” (deelnemer 4, vrouw, 60-79 jaar)

Andere deelnemers hadden weinig of geen ervaring met hybride zorg. Deze deelnemers gaven aan hybride zorg afstandelijk te vinden en wilden liever persoonlijk contact met een zorgverlener:

“Ja, maar persoonlijk contact vind ik wel bovenaan staan, want kijk, ik kan goed mijn verhaal doen en de één prikt erdoor of... en de ander niet, want die zal van, oh, deelnemer 2 heeft het zo scherp op een rijtje, daar maken we geen zorgen over, maar bij de huisarts, die prikt erdoor. Ze zegt, wat zit daar

voor verhaal achter? Ik zie dat jij niet lekker zit. Dat doet een computer niet. Het persoonlijke zien van elkaar is bijna de diagnose ook al gesteld.” (deelnemer 2, vrouw, 60-79 jaar)

De deelnemers die terughoudend tegenover hybride zorg stonden, waren bang dat hybride zorg de kwaliteit van zorg verslechtert. Zij vroegen zich bijvoorbeeld af in hoeverre een zorgverlener kan beoordelen wat er aan de hand is op basis van een foto. Ook werd het online bekijken van uitslagen door sommige deelnemers als lastig ervaren vanwege de moeilijke termen die gebruikt worden. Een deelnemer zei hierover:

“Als het online is dan moet je in normale mensentaal... u heeft kanker, u heeft suiker of u heeft... gewoon dat de normale mens het kan begrijpen. Die Latijnse benaming of dat hele gedoe, dat moeten ze weghalen.” (deelnemer 9, vrouw, 40-59 jaar)

Daarnaast werd genoemd dat online uitslagen kunnen zorgen voor stress wanneer deze slecht nieuws bevatten. Er was ook wantrouwen onder de deelnemers of bijvoorbeeld een e-mail naar de huisarts wel aankomt. Een deelnemer gaf aan bang te zijn dat haar e-mail steeds onderop de stapel zou belanden, omdat de zorgvragen van andere mensen voorrang krijgen. Een deelnemer zei hierover:

“Maar dan kom ik weer onderaan de stapel. Dan kom jij, maar dan komt Pietje of dan komt Jantje, met dit en omdat ik niet die ziekte heb word ik als laatste geholpen.” (deelnemer 9, vrouw, 40-59 jaar)

Een deelnemer met beperkte Nederlandse taalvaardigheden gaf aan dat videobellen met een zorgverlener voor hem lastig was, omdat hij de taal niet goed sprak. Hij zou liever per e-mail contact willen hebben, zodat hij de tekst kan vertalen:

“Dat liever niet, want ik wil dan liever een tekst krijgen, bijv. een email, die ik door Google Translate kan halen, zodat ik het goed kan begrijpen.” (deelnemer 17, man, 18-39 jaar)

De terughoudendheid ten aanzien van hybride zorg kwam bij een deel van de deelnemers voort uit beperkte digitale vaardigheden. Eén deelnemer gaf aan stress te ervaren van hybride zorg omdat zij hierin onvoldoende vaardig is:

“Ik zit met mijn man bij een gedeelte met ziekenhuis, ze willen alles online tegenwoordig hebben. Ik zeg, ik ben niet handig, hij ook helemaal niet dus ik zeg, ik heb liever op zelfs afspraken, je krijgt een berichtje, dan moet je klikken op die link, dan moet je inloggen, account maken, weet ik veel. Ik zeg, ik zit al met stress, wat ie al heeft, en dat er nog bij, ik kan het niet bijhouden.” (deelnemer 12, vrouw, 18-39 jaar)

Ook andere deelnemers ervoeren barrières in de zorg als gevolg van beperkte digitale vaardigheden. Zij gaven aan voor hybride zorg afhankelijk te zijn van hun netwerk, zoals de kinderen. Dit werd door de deelnemers als vervelend ervaren. Eén deelnemer met beperkte digitale vaardigheden vertelde dat zij een keer werd gevraagd om een foto op te sturen, terwijl ze geen computer of smartphone heeft:

“Alles moet via de computer. Een heel simpel voorbeeld, ik heb een klein plekkie op mijn neus. Ik weet dat het foute boel is, want dat is korstje erop, korstje eraf, dus denk je, ik trek aan de bel bij de huisarts. Ik weet dat ik naar de chirurg moet voor snijwerk, maar de verwijzing heb je bij de huisarts nodig. Wat zegt de assistent, want de huisarts krijg je niet aan de telefoon, ik zeg ik heb een verdacht

plekkie en daar moet naar gekeken worden, want ik ben daar helaas mee bekend. Maak via je mobiel en de computer maar een foto en sein het maar door, dan beoordeelt de arts dat. Ik zeg, ik heb geen mobiel en ik heb geen computer.” (deelnemer 2, vrouw, 60-79 jaar)

De deelnemers die terughoudend tegenover hybride zorg stonden of beperkte digitale vaardigheden hadden, gaven aan het liefst telefonisch contact op te willen nemen met een zorgverlener of langs te willen lopen om een afspraak te maken. Een deelnemer zei hierover:

“Ik ben vaak in het winkelcentrum voor de boodschappen, dan denk ik, oh, ik moet een afspraak maken, dan loop ik naar de balie toe.” (deelnemer 9, vrouw, 40-59 jaar)

Voor deze deelnemers was het belangrijk dat deze mogelijkheden blijven bestaan. Digitale zorg maakt het volgens hen lastiger om contact op te nemen.

6 Beschouwing en conclusie

Om de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg te kunnen waarborgen, wordt door verschillende partijen in de gezondheidszorg een visie ontwikkeld op de toekomstbestendigheid van de eerstelijnszorg in 2030. Ook het perspectief van burgers is daarbij belangrijk. Door middel van een eerder Burgerplatform is een eerste inzicht geboden in de meningen en ideeën van een diverse groep burgers over de eerstelijnszorg. Kwetsbare, moeilijk bereikbare groepen, waarmee we in dit onderzoek mensen bedoelen die niet digitaal vaardig zijn en/of mensen die niet Nederlands kunnen lezen of schrijven, bijvoorbeeld omdat ze een migratieachtergrond hebben, waren ondervertegenwoordigd in het Burgerplatform. Hun perspectief is echter ook van belang, omdat zij mogelijk andere ervaringen hebben dan groepen die minder kwetsbaar zijn. Met dit onderzoek is inzicht geboden in een verscheidenheid aan meningen en ideeën over de eerstelijnszorg onder een diverse groep kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers. Daarbij stonden twee punten centraal: 1) het ophalen van knelpunten die kwetsbare, moeilijk bereikbare, burgers ervaren ten aanzien van de eerstelijnszorg en 2) het voorleggen en aanvullen van een aantal onderwerpen uit het discussiedocument⁵. In dit hoofdstuk bespreken we de belangrijkste resultaten.

6.1 Deelnemers ervaren deels dezelfde knelpunten als deelnemers aan Burgerplatform, maar hebben andere ervaring met de huisarts

De kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers die hebben deelgenomen aan de focusgroepen en aanvullende interviews ervoeren knelpunten binnen de eerstelijnszorg op het gebied van de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de huisarts, hoge eigen kosten en onduidelijkheid over vergoedingen. De ervaren knelpunten komen deels overeen met de knelpunten die de deelnemers aan het Burgerplatform van 14 juni 2023 ervoeren (zie Meijer et al., 2023). Zij gaven ook aan problemen te ervaren met de hoge eigen kosten en onduidelijke vergoedingen. De hoge eigen kosten kwamen tijdens de focusgroepen en aanvullende interviews wel explicieter naar voren als knelpunt. Een aantal deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews gaf aan zorg te mijden vanwege de hoge kosten. Bij het Burgerplatform is dit niet aan bod gekomen. Daarnaast noemden zowel de deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews als de deelnemers aan het Burgerplatform de bereikbaarheid van de huisartspraktijk als knelpunt. De deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews ervoeren echter vooral problemen met de telefonische bereikbaarheid van de huisartspraktijk, terwijl tijdens het Burgerplatform ook de fysieke bereikbaarheid werd genoemd als knelpunt. Mogelijk komt dit doordat de deelnemers uit de focusgroepen en aanvullende interviews allemaal uit wat grotere plaatsen komen, waar meerdere huisartspraktijken gevestigd zijn. Ten slotte vonden de deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews net als de deelnemers aan het Burgerplatform dat de zorg die in de basisverzekering of aanvullende verzekering zit te beperkt is.

Een verschil tussen de deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews en de deelnemers aan het Burgerplatform zit in de ervaring met de huisarts. De deelnemers aan het Burgerplatform hadden over het algemeen goede ervaringen met hun huisarts. Zij gaven aan tevreden te zijn over de werkwijze en het functioneren van hun huisarts. Ook vonden ze dat hun huisarts goed op de hoogte

⁵ Dit betreft een werkdocument dat niet openbaar beschikbaar is.

was van hun persoonlijke situatie. De meeste deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews waren minder positief over hun huisarts. Zij hadden het gevoel dat hun huisarts weinig tijd voor hen had of hen niet serieus nam. Ook gaven ze aan dat een bezoek aan de huisarts niet altijd het gewenste resultaat had. Deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews gingen naar de huisarts met het verzoek om doorverwezen te worden of medicatie voorgeschreven te krijgen, maar dit gebeurde niet altijd. De kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers die hebben deelgenomen aan de focusgroepen en aanvullende interviews lijken dus minder positief over de huisartsenzorg dan de deelnemers aan het Burgerplatform.

Tijdens het Burgerplatform zijn ook knelpunten genoemd die tijdens de focusgroepen en aanvullende interviews niet aan bod zijn gekomen, zoals problemen in de samenwerking tussen verschillende zorgverleners en een gebrek aan een overkoepelend aanspreekpunt. Een knelpunt dat tijdens de focusgroepen en aanvullende interviews naar voren kwam dat niet werd genoemd tijdens het Burgerplatform, is problemen in het contact met zorgverleners als gevolg van beperkte Nederlandse taalvaardigheden.

6.2 Het perspectief van de deelnemers op het discussiedocument

Uit het discussiedocument zijn twee onderwerpen gekozen die zijn besproken tijdens de focusgroepen en aanvullende interviews: verwachtingsmanagement (welke verwachtingen hebben burgers van de eerstelijnszorg en wat vinden zij ervan als er in de toekomst niet meer aan deze verwachtingen kan worden voldaan) en hybride zorg.

6.2.1 Verwachtingen die deel van deelnemers heeft van zorg sluiten niet altijd aan bij in het discussiedocument geschetste verwachting van burgers

Onder deelnemers focusgroepen en aanvullende interviews meer onduidelijkheid over waar zij terecht kunnen dan onder deelnemers Burgerplatform

In het discussiedocument wordt de verwachting geschetst dat dat alle burgers in 2030 weten welke hulpvragen tot de eigen verantwoordelijkheid van burgers behoren en voor welke hulpvragen zij een beroep kunnen doen op de eerstelijnszorg. Ook zouden burgers in 2030 moeten weten bij welke zorgprofessional zij terecht kunnen als het nodig is dat ze een beroep doen op de eerstelijnszorg. Om inzicht te krijgen in de mate waarin kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers hier nu van op de hoogte zijn, zijn casussen voorgelegd aan de deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews. Hieruit blijkt dat zij nu niet altijd weten bij welke zorgprofessional ze terecht kunnen met hun hulpvraag. Bij de casus over rugpijn gaf een deel van de deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews aan naar de huisarts te gaan in deze situatie, omdat zij dachten dat de huisarts hen moet doorverwijzen naar de fysiotherapeut. Burgers mogen echter zonder verwijzing naar een fysiotherapeut. Sommige deelnemers aan het Burgerplatform gaven bij de casus over rugpijn ook aan naar de huisarts te willen in deze situatie. Zij waren echter wel op de hoogte van de mogelijkheid om zonder verwijzing naar de fysiotherapeut te gaan, maar wilden naar de huisarts omdat deze de meeste kennis heeft over het lichaam als geheel, het best op de hoogte is van hun medische situatie en er aan een consult bij de huisarts geen kosten verbonden zijn. Er lijkt onder de kwetsbare, moeilijk bereikbare groepen die hebben deelgenomen aan de focusgroepen en aanvullende interviews dus meer onduidelijkheid te zijn over de zorgverleners waar men terecht kan met een hulpvraag. Uit eerder onderzoek komt naar voren dat kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers er niet alleen tegenaan lopen dat zij niet goed weten waar ze met hun hulpvraag terecht kunnen, maar dat het voor hen ook lastig kan zijn om hun hulpvraag duidelijk te formuleren

(Murugesu, 2018). In dit onderzoek richtten we ons specifiek op de navigatie van de hulpvraag, aansluitend op de in het discussiedocument geschetste verwachtingen van burgers op dit vlak. Het is bij de doelgroep kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers echter ook van belang om alert te zijn op eventuele knelpunten bij het formuleren van een hulpvraag.

Belangrijk dat informatie over gezondheid beschikbaar is in verschillende talen

Wanneer burgers niet weten bij welke zorgverlener zij terecht kunnen met hun hulpvraag, kunnen ze hierover informatie opzoeken. Er is daarom aan de deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews gevraagd hoe zij zoeken naar informatie als ze een zorgvraag hebben en niet weten bij welke zorgverlener ze hiervoor terecht kunnen. De deelnemers gaven aan onder andere informatie op te zoeken via het eigen netwerk of de huisarts. Daarnaast zocht een deel van de deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende focusgroepen informatie via internet. Ook deelnemers die niet zo digitaal vaardig waren en die bijvoorbeeld niet konden videobellen met een zorgverlener gaven aan informatie te zoeken via Google (eventueel in hun eigen taal). Het feit dat deelnemers informatie kunnen opzoeken op internet hoeft dus niet te betekenen dat zij voldoende digitale vaardig zijn om digitaal contact te hebben met een zorgverlener. Voor sommige deelnemers vormde taal een barrière bij het zoeken naar informatie. Zij gaven aan afhankelijk te zijn van hun netwerk, bijvoorbeeld hun kinderen. Dit werd als vervelend ervaren. Het is daarom van belang dat er betrouwbare informatie over gezondheid beschikbaar is in verschillende talen. Tijdens het Burgerplatform werd ook een fysiek aanspreekpunt in de wijk genoemd als informatiebron voor burgers. Dit is tijdens de focusgroepen en aanvullende interviews niet aan bod gekomen. Via een fysiek aanspreekpunt in de wijk kunnen burgers worden bereikt voor wie internet geen bruikbare bron van informatie is, zoals kwetsbare burgers (Zagt et al., 2023).

Deelnemers hebben andere verwachtingen van zorg dan minder kwetsbare burgers

Bij het bespreken van situaties waarin de deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews een beroep doen op de eerstelijnszorg en de manier waarop zij zoeken naar informatie over gezondheid kwam naar voren dat een aantal deelnemers andere verwachtingen hadden van de zorg van de huisarts dan de zorg die zij nu ontvangen. Zij willen vaker en sneller terecht kunnen bij de huisarts en verwachten meer persoonlijke ondersteuning van hun huisarts. Wanneer zij niet bij de huisarts terecht kunnen, nam een deel van de deelnemers contact op met de huisartsenpost. De verwachtingen die een deel van de deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews had van met name de huisartsenzorg sluiten niet aan bij het in het discussiedocument geschetste toekomstbeeld dat burgers in 2030 meer eigen verantwoordelijkheid nemen voor hun gezondheid. Ook geven huisartsen in een onderzoek naar de toekomst van de huisartsenzorg zelf aan dat er grenzen zitten aan de ondersteuning die zij kunnen bieden aan patiënten (Toekomst Huisartsenzorg, 2020). Eerder onderzoek onder het Consumentenpanel Gezondheidszorg laat zien dat een meerderheid van de bevolking in Nederland niet verwacht dat huisartsen buiten kantooruren beschikbaar zijn voor niet-spoedeisende vragen (Brabers & De Jong, 2019). De verwachtingen van zorg van de kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers die hebben deelgenomen aan de focusgroepen en aanvullende interviews lijken dus te verschillen van die van minder kwetsbare burgers. Mogelijk speelt de culturele achtergrond van de deelnemers daarbij een rol. Uit eerder onderzoek blijkt dat Nederlanders met een migratieachtergrond vaker naar de huisarts gaan dan Nederlanders zonder migratieachtergrond (Uiters et al., 2006). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat Nederlanders met een migratieachtergrond een ander zorgstelsel gewend zijn in hun land van herkomst. Ook spelen een slechtere gezondheid, lagere gezondheidsvaardigheden of een andere perceptie van urgentie onder deze groep mogelijk een rol (Keizer et al., 2017). Voor deze groep kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers lijkt een eerste uitdaging daarom om duidelijk te maken wanneer zij wel en geen contact kunnen opnemen met de eerstelijnszorg, voordat zij naar de juiste zorgverlener toegeleid kunnen worden.

6.2.2 Deelnemers stonden terughoudend tegenover hybride zorg

De meeste deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews stonden terughoudend tegenover hybride zorg. Sommige deelnemers maakten gebruik van hybride zorg maar gaven aan dit vooral te gebruiken voor zakelijke dingen, zoals het maken van een afspraak of het bestellen van medicatie. Het bespreken van een hulpvraag met een zorgverlener deden zij liever fysiek. Andere deelnemers stonden niet open voor hybride zorg. Deze deelnemers vonden hybride zorg afstandelijk en vroegen zich af of ze hun hulpvraag digitaal wel goed konden overbrengen. Zij waren bang dat hybride zorg zou leiden tot een minder goede kwaliteit van zorg. Bij sommige deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews die terughoudend tegenover hybride zorg stonden kwam deze terughoudendheid voort uit onvoldoende digitale vaardigheden. Dit gold ook voor een aantal deelnemers die wel een smartphone hadden. Deze deelnemers gaven aan stress te ervaren als zij een online afspraak hadden met een zorgverlener. Een aantal deelnemers kon door een gebrek aan digitale vaardigheden helemaal geen gebruik maken van hybride zorg. Zij gaven aan hiervoor afhankelijk te zijn van de mensen in hun netwerk. Dit werd als vervelend ervaren. De houding ten opzichte van hybride zorg onder de kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers die hebben deelgenomen aan de focusgroepen en aanvullende interviews verschilt van die onder de deelnemers aan het Burgerplatform, die, onder voorwaarden, overwegend positief tegenover hybride zorg stonden.

Inzetten op meer hybride zorg is één van de uitgangspunten in het discussiedocument om de zorg efficiënter te organiseren en de werkdruk onder zorgverleners te verlagen. Momenteel maken zorgverleners binnen de eerstelijnszorg al veel gebruik van hybride zorg. In 2022 had 94% van de huisartsen digitaal schriftelijk contact met patiënten en maakte ongeveer de helft gebruik van beeldbellen (Van der Vaart et al., 2023), hoewel dit maar voor een klein deel van de patiënten ingezet lijkt te worden (Van der Vaart et al., 2022). Naar verwachting zal het gebruik van hybride zorg in de toekomst door een gebrek aan personeel verder toenemen (Omroep Brabant, 2023). Het is daarom van belang om kwetsbare groepen, die nu nog weinig ervaring hebben met hybride zorg en hier terughoudend tegenover staan, meer bekend te maken met hybride zorg. Dit is naar verwachting niet voor alle burgers haalbaar, zoals voor burgers die helemaal niet met een computer of smartphone overweg kunnen. Voor deze groep is het belangrijk dat de mogelijkheid tot niet-digitaal contact met zorgverleners blijft bestaan. Bij een deel van de kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers die hebben deelgenomen aan de focusgroepen en aanvullende interviews leek de terughoudendheid ten opzichte van hybride zorg echter voort te komen uit een gebrek aan bekendheid met hybride zorg. Uit de e-health monitor (Van der Vaart et al., 2023) blijkt dat het opdoen van positieve ervaringen mogelijk kan bijdragen aan het enthousiasmeren van patiënten voor hybride zorg. Daarbij is het van belang dat hybride zorg herhaaldelijk wordt aangeboden en op een laagdrempelige manier wordt uitgelegd aan patiënten, waarbij zij de mogelijkheid krijgen om te oefenen (Van der Vaart et al., 2023).

6.3 Vervolgonderzoek

Met het Burgerplatform en de in dit verslag beschreven focusgroepen en aanvullende interviews is op kwalitatieve wijze inzicht geboden in een verscheidenheid aan meningen en ideeën over de eerstelijnszorg onder een diverse groep burgers. De resultaten kunnen door het beperkte aantal deelnemers echter niet worden gegeneraliseerd naar de algemene bevolking. Kwantitatief vervolgonderzoek, bijvoorbeeld op basis van vragenlijsten, kan inzicht bieden in de mate waarin de opgehaalde ideeën breder worden gedragen binnen de samenleving.

De eerstelijnszorg is breder dan de onderwerpen die tijdens de focusgroepen en aanvullende interviews zijn besproken. Bij de bijeenkomsten is uitgegaan van de ervaringen van de deelnemers zelf. Veel deelnemers hadden ervaring met de huisarts. De huisartsenzorg is daarom relatief veel aan bod gekomen. Andere aspecten van de eerstelijnszorg, zoals de wijkverpleging of diëtist, zijn beperkt besproken, omdat de deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews hier weinig of geen ervaring mee hadden. We weten niet hoe de deelnemers denken over aspecten van de eerstelijnszorg die niet zijn besproken. Door middel van bijeenkomsten rondom een specifiek thema kan meer inzicht worden verkregen in de onderwerpen die niet of beperkt aan bod zijn gekomen tijdens de focusgroepen en aanvullende interviews.

6.4 Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

Een sterk punt van het onderzoek is dat het een aanvulling biedt op de eerder opgehaalde resultaten van het Burgerplatform van juni 2023, waarin inzicht is geboden in het perspectief van een diverse groep minder kwetsbare burgers op de toekomstbestendigheid van de eerstelijnszorg. De meningen over en ervaringen met de eerstelijnszorg van de moeilijk bereikbare, kwetsbare burgers die hebben deelgenomen aan de focusgroepen en aanvullende interviews verschilden op een aantal punten van die van de minder kwetsbare burgers die hebben deelgenomen aan het Burgerplatform. Door de inzichten die zijn opgehaald in dit vervolgonderzoek kan het perspectief van beide groepen worden meegenomen bij het opstellen van de visie op de eerstelijnszorg in 2030. Een beperking van het onderzoek is dat niet alle deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews behoorden tot de groep van kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers zoals gedefinieerd in dit onderzoek, ondanks dat de werving gericht was op deze doelgroep. Hieruit blijkt dat het lastig is om de groep kwetsbare burgers te bereiken in onderzoek. Dit sluit aan bij andere ervaringen met onderzoek onder deze doelgroep (o.a. Zagt et al., 2023). Mogelijk zijn bepaalde aspecten van het perspectief van kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers op de eerstelijnszorg daardoor onderbelicht gebleven.

6.5 Aandachtspunten

In het verslag van het Burgerplatform is aan de hand van de resultaten een aantal aandachtspunten opgesteld (zie Meijer et al., 2023). De kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers die hebben deelgenomen aan de focusgroepen en aanvullende interviews hebben deels dezelfde meningen over en ervaringen met de eerstelijnszorg als de deelnemers aan het Burgerplatform. Een deel van de aandachtspunten is daarom ook van toepassing op deze doelgroep. Dit geldt voor de aandachtspunten 'Behoeften verschillen' en 'Niet altijd bekend waar men met hulpvraag terecht kan'. Daarnaast kunnen specifieke aandachtspunten voor kwetsbare, moeilijk bereikbare groepen worden onderscheiden. In totaal zijn er vijf aandachtspunten geformuleerd:

- **Behoeften verschillen.** Net als de groep minder kwetsbare burgers, is ook de groep kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers een diverse groep. De kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers die hebben deelgenomen aan de focusgroepen en aanvullende interviews hebben verschillende behoeften op het gebied van eerstelijnszorg. Deze verschillen zitten bijvoorbeeld in de houding ten opzichte van hybride zorg en de verwachtingen van de huisarts.
- **Niet altijd bekend waar men met hulpvraag terecht kan.** De deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews gaven aan dat het niet altijd duidelijk is waar zij met hun hulpvraag terecht kunnen. Als deelnemers niet weten bij welke zorgverlener zij terecht kunnen met hun hulpvraag, zoeken zij naar informatie via internet, het eigen netwerk of de huisarts. Taal kan

daarbij een barrière zijn. Het is daarom belangrijk dat er betrouwbare informatie over gezondheid wordt aangeboden in verschillende talen. Het is van belang dat deze informatie ook niet-digitaal beschikbaar is, omdat kwetsbare burgers moeilijk te bereiken zijn via internet.

- **Managen van verwachtingen.** Sommige deelnemers aan de focusgroepen en aanvullende interviews hadden verwachtingen van de huisarts die niet overeenkomen met de zorg die zij op dit moment ontvangen. Naar verwachting zullen burgers in de toekomst voor minder hulpvragen terecht kunnen bij de huisarts, omdat deze hulpvragen behoren tot het sociaal domein of er een beroep wordt gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Het is daarom van belang om richting burgers in het algemeen, en kwetsbare, moeilijk bereikbare groepen in het bijzonder, te communiceren over de veranderingen binnen de eerstelijnszorg, zodat zij weten wat ze van de eerstelijnszorg kunnen verwachten en wat hun eigen rol is. Desondanks zal het voor een deel van de kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers lastig blijven om zelfstandig hun weg te vinden binnen de eerstelijnszorg. Voor deze groep is extra ondersteuning nodig.
- **Bekendheid met hybride zorg vergroten.** Een deel van de deelnemers stond terughoudend tegenover hybride zorg, omdat zij dit als afstandelijk ervaarden. Zij wilden liever persoonlijk contact met een zorgverlener. Uit eerder onderzoek blijkt dat het vergroten van de bekendheid met hybride zorg door het opdoen van positieve ervaringen mogelijk kan bijdragen aan het enthousiasmeren van deze groep voor hybride zorg. Deelnemers vonden het daarbij belangrijk dat de keuze voor hybride zorg bij burgers zelf blijft liggen.
- **Niet alle burgers zijn voldoende digitaal vaardig voor hybride zorg.** Niet alle burgers beschikken over voldoende digitale vaardigheden om gebruik te kunnen maken van hybride zorg. Voor deze groep is het van belang dat het mogelijk blijft om niet-digitaal contact te hebben met zorgverleners.

Literatuur

- Brabers, A., & De Jong, J. (2019). *Toekomst van de huisartsenzorg. Het perspectief van de burger. Resultaten van een enquête onder burgers*. Nivel.
- CBS (2022). *ICT-gebruik bij personen*. Geraadpleegd op 29 september 2023, van <https://longreads.cbs.nl/ict-kennis-en-economie-2022/ict-gebruik-bij-personen/>.
- Keizer, E., Bakker, P., Giesen, P., Wensing, M., Atsma, F., Smits, M., & van den Muijsenbergh, M. (2017). Migrants' motives and expectations for contacting out-of-hours primary care: a survey study. *BMC family practice*, 18(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0664-7>.
- Meijer, M., Holst, L., Willems, A., Damen, L., De Jong, J., & Brabers, A. (2023). *Burgerplatform Visie op de eerstelijnszorg in 2030. Een verslag van de bijeenkomst*. Nivel.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022). *Integraal Zorgakkoord. Samen werken aan gezonde zorg*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Murugesu, L., Heijmans, M., Fransen, M., & Rademakers, J. (2018). *Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg: kennis, methoden en tools*. Nivel.
- Omroep Brabant (2023). *Chatten of beeldbellen omdat er te weinig huisartsen zijn: 'Onvermijdelijk'*. Geraadpleegd op 11 oktober 2023, van <https://www.omroepbrabant.nl/nieuws/4349029/chatten-of-beeldbellen-omdat-er-te-weinig-huisartsen-zijn-onvermijdelijk>.
- Pharos (2022). *Digitale vaardigheden*. Geraadpleegd op 29 september 2023, van [https://www.pharos.nl/factsheets/digitale-vaardigheden/#:~:text=Digitale%20vaardigheden%20zijn%20vaardigheden%20van,Zorg\)websites%20zoeken%20en%20begrijpen](https://www.pharos.nl/factsheets/digitale-vaardigheden/#:~:text=Digitale%20vaardigheden%20zijn%20vaardigheden%20van,Zorg)websites%20zoeken%20en%20begrijpen).
- Toekomst Huisartsenzorg (2020). *Toekomst huisartsenzorg – kerntaken in de praktijk*. Geraadpleegd op 11 oktober 2023, van <https://toekomsthuisartsenzorg.nl/kerntaken-in-de-praktijk/>.
- Uiters, E., Devillé, W.L., Foets, M., & Groenewegen, P.P. (2006). Use of health care services by ethnic minorities in The Netherlands: do patterns differ? *European journal of public health*, 16(4), 388–393. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl040>.
- Van der Vaart, R., Van Deursen, L., Standaar, L., Wouters, M., Suijkerbuijk, A., Van Tuyl, L., Aardoom, J., Versluis, A., Rompelberg, C. *E-healthmonitor 2021: stand van zaken digitale zorg*. RIVM.
- Van der Vaart, R., Van Tuyl, L.H.D., Versluis, A., Wouters, M.J.M., Van Deursen, L., Standaar, L., Aardoom, J.J., Alblas, E.E., & Suijkerbuijk, A.W.M. (2023). *E-healthmonitor 2022. Stand van zaken digitale zorg*. RIVM.
- Zagt, A., Friele, R., de Jong, J., & Bos, N. (2023). *Zorggebruikers met een relatief lage sociaal economische status aan het woord over zelfzorg. De Transparantiemonitor 2023*. Nivel.

Bijlage A Topic list vervolg Burgerplatform Visie op de eerstelijnszorg 2030

Onderdeel 1: Introductie en kennismaking (20 minuten)

1.1 Introductie

- **Voorstellen**

Bedankt voor jullie komst naar dit groepsgesprek over de zorg. Mijn naam is [naam] en ik werk voor Labyrinth Onderzoek. Er zijn vandaag ook twee onderzoekers van het Nivel aanwezig, [naam] en [naam] (aanwijzen). Samen met hen doen we dit onderzoek.

- **Het onderzoek**

We doen dit onderzoek voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het onderzoek gaat over de zorg. Steeds meer mensen in Nederland hebben zorg nodig. Maar er zijn steeds minder mensen die in de zorg werken. Iedereen wil graag gebruik kunnen maken van goede zorg. Nu en ook over een aantal jaar. Daarom wordt er nagedacht over hoe de zorg er later uit moet zien, zodat iedereen gebruik kan blijven maken van de zorg. Hierbij is het ook belangrijk te weten wat patiënten belangrijk vinden bij het krijgen van zorg. Het ministerie wil daarom graag weten wat jullie vinden van de zorg in Nederland. En wat jullie belangrijk vinden als je zorg nodig hebt. Daar willen we het vandaag graag met jullie over hebben.

- **Praktische zaken**

Het groepsgesprek zal ongeveer twee uur duren.

Tussendoor is er een korte pauze.

Er zijn geen goede en foute antwoorden. Het gaat om jouw mening en ervaring.

Domme vragen bestaan niet.

Je mag altijd nee zeggen, of geen antwoord geven op een vraag.

Respect voor elkaar.

Elkaar uit laten praten.

Alles wat besproken, blijft binnen deze groep/ wordt niet aan andere mensen verteld.

Na afloop ontvang je de VVV cadeaubon.

- **Opnemen van gesprek**

We willen het gesprek graag opnemen met een audio recorder. Dit zodat we van het gesprek een verslag kunnen maken. Dit verslag zal anoniem zijn. Dit betekent dat er geen namen in het verslag voorkomen, niemand zal dus weten wie wat gezegd heeft. De uitkomsten van het gesprek komen in een rapport.

Zijn er nog vragen? Zo nee, dan kunnen we beginnen.

[OPNAME STARTEN]

1.2 Kennismaking

Kun je kort iets over jezelf vertellen?

- Hoe oud ben je?
- Waar woon je?
- Wat vind je leuk om te doen?

1.3 Uitleg over eerstelijnszorg

We gaan het vandaag niet over alle soorten zorg hebben. We gaan het alleen hebben over zorg waar je zelf naartoe kunt gaan. Dit zijn bijvoorbeeld de huisarts, apotheker, fysiotherapeut, tandarts of wijkverpleegkundige. Dit heet eerstelijnszorg. We gaan het NIET hebben over de zorg in het ziekenhuis. We hebben een poster opgehangen waarop jullie kunnen zien over welke mensen die in de zorg werken, dit noemen we zorgverleners, we het vandaag gaan hebben. Daar kun je altijd op kijken.

Hebben jullie nog vragen hierover? Is het duidelijk over welke zorg we het gaan hebben vandaag?

Onderdeel 2: Ervaringen van burgers met de eerstelijnszorg (40 minuten)

Onderzoeksvragen uit het programma:

- *Welke knelpunten ervaart u nu binnen de eerstelijnszorg?*
- *Wat wil u graag behouden binnen de eerstelijnszorg?*

2.1 Ervaren knelpunten binnen de eerstelijnszorg

1) Wat gaat er nu niet goed wanneer je naar een van de zorgverleners van de poster gaat?

Eventuele voorbeelden, mochten de deelnemers niet zelf met knelpunten komen:

- Lang moeten wachten voor je terecht kan
- Zorgverlener is moeilijk telefonisch te bereiken
- Kosten (bijv. van medicijnen)
- Slechte samenwerking tussen zorgverleners
- Behoefte aan tolk/taalbarrière
- Lastig om aan de telefoon aan assistent duidelijk te maken wat er aan de hand is

2) Wanneer gaat dit niet goed?

3) Hoe erg vind je het dat dit niet goed gaat? Hoe voel je je als dit niet goed gaat?

2.2 Wat willen deelnemers behouden binnen de eerstelijnszorg

1) Wat gaat er nu wel goed wanneer je naar een van zorgverleners van de poster gaat?

Eventuele voorbeelden, mochten de deelnemers niet zelf met punten komen:

- Zelf mogen kiezen naar welke zorgverlener je gaat
- Snel worden geholpen
- Zorgverlener is goed bereikbaar
- Zorgverlener is dichtbij/in de wijk
- Vaste zorgverlener die (situatie van) patiënt kent

2) Waarom vind je dat dit goed gaat?

3) Wat vind je ervan als de dingen die goed gaan niet meer kunnen?

Pauze (10 minuten)

Onderdeel 3: Gebruik van de eerstelijnszorg (25 minuten)

Onderzoeksvragen uit het programma:

- *In welke situaties zouden deelnemers een beroep doen op de eerstelijnszorg, of juist niet (voorleggen van casussen met daarin een hulpvraag)?*
- *Welke overwegingen hebben deelnemers om al dan niet een beroep te doen op de eerstelijnszorg? En waarom kiezen zij voor de ene of de andere zorgverlener?*
- *Ook gaan we in op het verwachtingsmanagement: Wat vinden de deelnemers ervan als ze in 2030 niet meer terecht kunnen bij een eerstelijnszorgverlener voor de hulpvragen uit de casussen en verwachten de deelnemers dat burgers in 2030 weten voor welk probleem ze waar terecht kunnen?*

3.1 Casussen

Bij dit onderdeel laten we twee verschillende situaties zien. In de situaties is er iets aan de hand met je gezondheid. We willen jullie vragen om je voor te stellen dat je in deze situatie zit. Wat zou je dan doen?

Casus 1 – Rugklachten

Je hebt sinds een paar weken pijn aan je rug. De pijn wordt erger en je kunt steeds minder goed bewegen door de pijn. De klachten gaan niet vanzelf over. Je wil daarom graag dat een zorgverlener naar je rug kijkt. Naar welke zorgverlener zou je toe gaan, naar de huisarts of naar de fysiotherapeut? Of doe je iets anders? Als je naar de huisarts zou gaan, houd dan het kaartje met daarop de huisarts omhoog. Als je naar de fysiotherapeut zou gaan, houd dan het kaartje met de fysiotherapeut omhoog. Als je iets anders zou doen, houd dan het kaartje met het lampje omhoog.

1) **Waarom kies je voor de huisarts of de fysiotherapeut? Of om iets anders te doen?**

Dingen die mogelijk een rol kunnen spelen:

- Kosten, huisarts is gratis en fysiotherapeut niet
- Huisarts kent medische geschiedenis van deelnemer
- Huisarts heeft meer kennis van het menselijk lichaam als geheel
- Huisarts is een vertrouwd gezicht
- Deelnemer is al eerder bij de fysiotherapeut geweest
- De fysiotherapeut weet het meest over de rug

2) **Stel je voor dat je in deze situatie de huisarts belt. De huisarts zegt dat je niet langs mag komen. Hoe voel je je dan?**

Casus 2 – Hoesten

Je bent sinds een week aan het hoesten. Daardoor heb je pijn aan je keel. 's Nachts kun je niet goed slapen door het hoesten. Je wil graag dat het hoesten over gaat. Wat zou je doen? Als je naar de huisarts zou gaan, houd dan het kaartje met de huisarts omhoog. Als je iets anders zou doen, houd dan het kaartje met het lampje omhoog.

1) **Waarom kies je ervoor om naar de huisarts te gaan? Of om iets anders te doen?**

Dingen die mogelijk een rol kunnen spelen:

- Ik wil dat de huisarts medicijnen voorschrijft
- Ik wil dat de huisarts mij geruststelt
- Ik denk dat er misschien iets ernstigs aan de hand is
- Ik vind de klacht niet erg genoeg om naar de huisarts te gaan

- Ik denk dat de huisarts niks kan doen voor mijn klacht
- Ik heb in het verleden een negatieve ervaring gehad toen ik de huisarts belde voor een dergelijke klacht en wil nu daarom niet meer bellen

- 2) Stel je voor dat je in deze situatie de huisarts belt. De huisarts zegt dat je niet langs mag komen, maar dat je nog even moet afwachten. Hoe voel je je dan?

3.2 Het zoeken naar informatie over gezondheid

Stel je voor dat je ergens last van hebt. Je hebt hier nog niet eerder last van gehad. Je weet niet zo goed wie jou hier het best bij kan helpen. Wat doe je dan?

- 1) Waar ga je zoeken naar informatie over wie jou het best kan helpen als je ergens last van hebt?

Voorbeelden van dingen die de deelnemers kunnen noemen:

- Huisarts
- Internet (zoals Thuisarts.nl)
- Vrienden/familie
- Buurthuis

- 2) Waarom ga je op deze plek zoeken naar informatie?

- 3) Kun je meestal vinden wat je zoekt?

- Zo nee, welke informatie mis je?

- 4) Weet je altijd waar je moet zoeken naar informatie?

- 5) Op welke manier zou je het liefst informatie krijgen over wie jou het best kan helpen als je ergens last van hebt?

Voorbeelden van dingen die de deelnemers kunnen noemen:

- Een brief
- Een website
- Een tv-spotje
- Een centrum/aanspreekpunt in de wijk/buurthuis

Onderdeel 4: Hybride zorg (25 minuten)

Onderzoeksvragen uit het programma:

We willen vooral achterhalen hoe de deelnemers aankijken tegen hybride zorg en wat het voor hen betekent dat in de toekomst zorg waarschijnlijk steeds meer hybride zal worden verleend. Hebben ze al ervaring met hybride zorg? Zo ja, liepen ze hierbij tegen dingen aan? Wat hebben ze nodig om hybride zorg te kunnen ontvangen? En wat betekent hybride zorg volgens hen voor de kwaliteit, toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorg? Vragen die we aan bod willen laten komen zijn:

Welke ervaringen hebben deelnemers met hybride zorg?

In welke situaties staan deelnemers open voor hybride zorg?

Wat hebben deelnemers nodig om hybride zorg te kunnen ontvangen?

Welke voordelen en nadelen heeft hybride zorg volgens de deelnemers

In de zorg wordt steeds meer gebruik gemaakt van digitale middelen (plaatjes hiervan komen in PowerPoint presentatie). Bijvoorbeeld videobellen, mailen of chatten. Ook kun je soms online een afspraak maken of online uitslagen van onderzoeken bekijken. Je kunt daardoor op afstand contact hebben met elkaar. Je hoeft daardoor niet altijd meer naar de zorgverlener toe voor een afspraak.

- 1) Heb je al ervaring met online zorg/zorg op afstand?
 - Zo ja, wat vond je hiervan? Waren er dingen die je moeilijk vond/die niet zo goed gingen?
 - Zo nee, waarom niet?

- 2) Wanneer zou je gebruik willen maken van online zorg? En wanneer niet?

Bijvoorbeeld wel bij een klacht die de deelnemer al vaker heeft gehad, niet bij een nieuwe klacht. Wel bij de ene zorgverlener, niet bij de andere.

- 3) Van welke soorten online zorg zou je gebruik willen maken? En van welke niet?
 - Zou je bijvoorbeeld via Whatsapp videobellen contact willen hebben met een zorgverlener?
 - Zou je bijvoorbeeld online contact willen hebben als je daarvoor moet inloggen op een website?
 - Waarom zou je het wel of niet willen?

- 4) Welke voordelen en nadelen heeft online zorg?
 - Denk je dat online zorg de zorg beter of slechter maakt? (kwaliteit van zorg)
 - Denk je dat sneller of minder snel wordt geholpen door online zorg? (wachtijd)
 - Denk je dat je goed kan vertellen wat er met je aan de hand is bij online zorg? (kwaliteit van zorg)
 - Denk je dat je door online zorg moeilijker of makkelijker contact kan opnemen met een zorgverlener? (toegankelijkheid)
 - Denk je dat online zorg ervoor zorgt dat je moeilijker of makkelijker contact kunt opnemen wanneer je dat zelf wil? (bereikbaarheid)
 - Zou je het fijn vinden als je door online zorg minder vaak naar een zorgverlener toe hoeft te gaan? (bereikbaarheid)

- 5) Hoe neem je het liefst contact op met de huisarts? En waarom op die manier?

Voorbeelden van dingen die de deelnemers kunnen noemen:

 - Bellen
 - Mailen
 - Online een afspraak maken
 - Langsgaan bij de praktijk

Afsluiting

Deelnemers bedanken voor hun komst
Uitdelen cadeaubonnen en reiskostenformulieren