

# Burgerplatform Visie op de eerstelijnszorg in 2030

Een verslag van de bijeenkomst

Marloes Meijer  
Laurens Holst  
Anne Willems  
Laura Damen  
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.

Juli 2023

ISBN 978-94-6122-812-3

030 272 97 00

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

[www.nivel.nl](http://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 'Burgerplatform Visie op de eerstelijnszorg in 2030. Een verslag van de bijeenkomst'. Dit verslag biedt inzicht in de meningen en ideeën van een diverse groep burgers over de eerstelijnszorg. We gaan in op de knelpunten die de deelnemers aan het Burgerplatform ervaren binnen de eerstelijnszorg. Ook bespreken we 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 het Burgerplatform bedanken voor hun deelname aan het onderzoek.

De auteurs

# Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>3</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>6</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Aanleiding	9
1.2 Doel	9
1.3 Leeswijzer	10
<b>2 Methoden</b>	<b>11</b>
2.1 De methode Burgerplatform	11
2.2 Werven van de deelnemers	11
2.3 De deelnemers aan het Burgerplatform	12
2.4 Het programma	14
2.5 Analyse van het Burgerplatform	16
<b>3 Welke zorgverleners behoren tot de eerstelijnszorg?</b>	<b>17</b>
<b>4 Ervaringen met de eerstelijnszorg</b>	<b>20</b>
4.1 Deelnemers willen vaste huisarts, vrije keuze voor zorgprofessional en mogelijkheid tot digitale zorg graag behouden	20
4.2 Deelnemers ervaren knelpunten op het gebied van samenwerking, wachttijden en bereikbaarheid	22
<b>5 Het gebruik van eerstelijnszorg</b>	<b>24</b>
5.1 Deelnemers vinden het soms lastig waar ze terecht kunnen met hulpvraag	24
5.2 Volgens deelnemers niet haalbaar dat alle burgers in 2030 weten wanneer zij beroep mogen doen op eerstelijnszorg	27
<b>6 Hybride zorg</b>	<b>29</b>
6.1 Hybride zorg kan voordelen bieden, maar is niet voor iedereen en in iedere situatie geschikt	29
6.2 Nader bekijken van meningen van deelnemers over hybride zorg	32
<b>7 Een breed maatschappelijk centrum in de wijk</b>	<b>34</b>
7.1 Het breed maatschappelijk centrum in de wijk als ontmoetingsplek	34
7.2 Breed maatschappelijk centrum in de wijk kan voordelen hebben voor kwaliteit van zorg en bereikbaarheid, maar mag niet verplicht worden volgens de deelnemers	35
<b>8 Beschouwing en conclusie</b>	<b>38</b>
8.1 Deelnemers ervaren knelpunten op het gebied van samenwerking, wachttijden, bereikbaarheid en kosten	38
8.2 Het perspectief van de deelnemers op het discussiedocument	39
8.3 Beschouwing	40

8.4	Vervolgonderzoek	42
8.5	Aandachtspunten	42
	<b>Literatuur</b>	<b>44</b>
	<b>Bijlage A Het programma van het Burgerplatform</b>	<b>45</b>
	<b>Bijlage B Mindmaps ervaringen met de eerstelijnszorg</b>	<b>46</b>
	<b>Bijlage C Stellingen over hybride eerstelijnszorg</b>	<b>48</b>

## Samenvatting

De toegankelijkheid van de eerstelijnszorg staat onder druk. Door verschillende partijen in de gezondheidszorg is daarom een discussiedocument<sup>1</sup> opgesteld over de visie op de toekomstbestendigheid van de eerstelijnszorg in Nederland in 2030. Ook de mening van burgers over hoe de eerstelijnszorg er in 2030 uit moet zien is van belang. In het kader daarvan is door het Nivel een Burgerplatform georganiseerd. Het doel van het Burgerplatform was om inzicht te krijgen in de meningen en ideeën van een diverse groep burgers over de eerstelijnszorg. Daarbij stonden twee punten centraal: 1) het ophalen van knelpunten die burgers nu ervaren ten aanzien van de eerstelijnszorg en 2) het voorleggen en aanvullen van een aantal onderwerpen uit het discussiedocument. Daarbij zijn de volgende onderwerpen gekozen: verwachtingsmanagement, hybride zorg en een breed maatschappelijk centrum in de wijk. In totaal hebben zeventien mensen deelgenomen aan het Burgerplatform.

### **Deelnemers hadden over het algemeen positieve ervaringen met eerstelijnszorg, maar ervaarden ook knelpunten**

Over het algemeen hadden de deelnemers positieve ervaringen met de eerstelijnszorg. Positieve aspecten van de eerstelijnszorg die zij graag willen behouden zijn onder andere een vaste huisarts, vrije keuze voor een zorgprofessional en de vrijheid om zelf te kunnen bepalen of zij hun zorgvraag digitaal of fysiek willen bespreken met hun huisarts. De deelnemers ervaarden ook verschillende knelpunten binnen de eerstelijnszorg. Zo gaven zij aan dat de samenwerking tussen de huisarts en andere zorgverleners niet altijd goed verloopt en dat zij een overkoepelend aanspreekpunt missen. Ook hadden de deelnemers soms te maken met lange wachttijden en gaven zij aan dat de eerstelijnszorg niet altijd goed bereikbaar is. Ten slotte werden de hoge eigen kosten genoemd als knelpunt binnen de eerstelijnszorg.

### **Deelnemers wisten niet altijd waar zij terecht kunnen met hun hulpvraag**

De deelnemers gaven aan niet altijd te weten bij welke zorgprofessional zij terecht kunnen met hun hulpvraag. Een aantal deelnemers had een voorkeur voor de huisarts, omdat deze kennis heeft over het lichaam als geheel en hun voorgeschiedenis kent. In het discussiedocument wordt de verwachting geschetst dat alle burgers in 2030 weten welke hulpvragen tot hun eigen verantwoordelijkheid behoren en voor welke hulpvragen zij een beroep kunnen doen op de eerstelijnszorg. Ook wordt de verwachting geschetst dat als zij een beroep doen op de eerstelijnszorg, burgers weten bij welke zorgprofessional zij terecht kunnen. Volgens de deelnemers zijn deze verwachtingen niet voor alle burgers haalbaar, maar zou een groot deel er wel achter moeten kunnen komen bij welke zorgprofessional zij terecht kunnen. Informatie vanuit de overheid of andere organisaties kan burgers hierbij helpen volgens de deelnemers.

### **Deelnemers stonden open voor hybride zorg, maar vinden dit niet voor iedereen en in iedere situatie geschikt**

Over het algemeen stonden de deelnemers positief tegenover hybride zorg. Hybride zorg kan volgens hen verschillende voordelen bieden, zoals een beperking van de reistijd en wachttijd. Ook kan het de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg vergroten omdat de beschikbare capaciteit efficiënter ingezet kan worden. Aan de andere kant kan het ook negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg,

---

<sup>1</sup> Dit betreft een werkdokument dat niet openbaar beschikbaar is.

omdat non-verbale signalen mogelijk gemist worden. De mate waarin deelnemers open stonden voor hybride zorg is afhankelijk van hun symptomen en zorgvraag. Ook vonden ze het belangrijk dat er keuzevrijheid blijft voor de patiënt. Als een patiënt een fysieke afspraak met een zorgverlener wil, moet dat ook in de toekomst mogelijk blijven. Daarnaast moet er volgens de deelnemers rekening gehouden worden met mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden of digitale vaardigheden en mensen met beperkingen.

### Breed maatschappelijk centrum in de wijk kan voordelen hebben, maar mag niet verplicht worden volgens deelnemers

Een breed maatschappelijk centrum in de wijk is een centrum waarin verschillende eerstelijnszorgprofessionals en niet-eerstelijnszorgprofessionals onder één dak gehuisvest zijn. Tijdens het Burgerplatform is de situatie geschetst dat burgers zich verplicht moeten inschrijven bij het centrum bij hen in de wijk. De deelnemers zagen een rol weggelegd voor het maatschappelijk centrum als ontmoetingsplek in de wijk. Ook had het centrum volgens hen voordelen voor de kwaliteit, bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Het verplichte karakter van het breed maatschappelijk centrum in de wijk werd door de deelnemers als grootste nadeel ervaren. Zij gaven aan het belangrijk te vinden om zelf een zorgverlener te kunnen kiezen en niet gebonden te zijn aan de zorgprofessionals in het centrum, onder andere vanwege het belang van een vertrouwensband met een zorgverlener. Er waren bij de deelnemers ook zorgen over een gebrek aan anonimiteit in een breed maatschappelijk centrum en de bereikbaarheid van het centrum in dunbevolkte gebieden.

### Aandachtspunten

Op basis van de resultaten van dit Burgerplatform kunnen de volgende aandachtspunten worden geformuleerd:

- **Behoeften verschillen.** Er zijn verschillen in de behoeften van deelnemers met betrekking tot de eerstelijnszorg. Deelnemers met een chronische aandoening en/of deelnemers die veel zorg gebruiken, lijken andere wensen en behoeften te hebben dan deelnemers zonder gezondheidsproblemen. Deze verschillen zitten bijvoorbeeld in het gebruik van hybride zorg en naar welke zorgprofessional men in de eerstelijnszorg toe wil.
- **Niet altijd bekend waar men met hulpvraag terecht kan.** Deelnemers gaven aan dat het niet altijd duidelijk is waar zij met hun hulpvraag terecht kunnen. Ze verwachten ook niet dat dit voor iedereen haalbaar zal zijn in 2030. Informatie vanuit de overheid of andere organisaties kan hier volgens de deelnemers bij helpen. Voor een groot deel van de samenleving kan deze informatie online verstrekt worden, maar niet alle burgers zijn voldoende digitaal vaardig. Voor hen zouden fysieke aanspreekpunten in de wijk een uitkomst kunnen bieden volgens de deelnemers.
- **Deskundigheid is belangrijk.** Wanneer de deelnemers een hulpvraag hebben, hebben ze behoefte aan een zorgprofessional die deskundig is en hun voorgeschiedenis kent. Zij komen hierdoor vaak uit bij de huisarts.
- **Financiering van zorg is van invloed op keuzes.** De kosten spelen voor de deelnemers een rol in de keuze naar welke zorgprofessional zij toe gaan. Ze noemden dat er geen kosten zijn verbonden aan een consult bij de huisarts, in tegenstelling tot een consult bij veel andere eerstelijnszorgprofessionals. Aanpassingen in de financiering zouden kunnen helpen om de deelnemers naar andere zorgprofessionals toe te leiden.

- **Extra ondersteuning nodig voor bepaalde groepen.** Volgens de deelnemers aan het Burgerplatform beschikken niet alle burgers over voldoende vaardigheden om zelfstandig hun weg te kunnen vinden binnen de eerstelijnszorg.
- **Keuzevrijheid lijkt heel belangrijk te zijn.** Deelnemers gaven aan zelf te willen kiezen of een consult bij een zorgprofessional fysiek of digitaal plaatsvindt. Ook vinden ze het belangrijk om zelf een zorgverlener te kunnen kiezen en willen ze zelf kunnen bepalen naar welke eerstelijnszorgprofessional zij gaan met hun hulpvraag.
- **Samenwerking niet persé op een locatie.** Deelnemers zagen voordelen van meer samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein voor de kwaliteit van zorg, maar gaven aan dat deze partijen niet fysiek onder één dak gehuisvest hoeven te zijn.
- **Eén aanspreekpunt gewenst.** Wanneer verschillende zorgprofessionals samenwerken om samenhangende hulpvragen te kunnen beantwoorden, is het volgens de deelnemers belangrijk dat er richting de patiënt één aanspreekpunt is.

### Methode in het kort

Een Burgerplatform bestaat uit burgers die deelnemen aan een interactieve bijeenkomst over een actuele, complexe kwestie in de gezondheidszorg. Tijdens een Burgerplatform krijgen de deelnemers uitgebreide informatie over het vraagstuk via één of meer presentaties van experts. Ook worden ze meegenomen in de discussie via meerdere individuele opdrachten en groepsopdrachten. Deelnemers krijgen daarmee een completer beeld van de verschillende kanten van een vraagstuk en kunnen daardoor een geïnformeerde en gefundeerde positie innemen. Hierbij is het niet het streven om tot een consensus te komen, maar om de diversiteit in meningen en behoeften in kaart te brengen.

De deelnemers aan het Burgerplatform zijn online geworven via het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg. Aan het Burgerplatform voor dit onderzoek heeft een groep van zeventien mensen deelgenomen. Deze groep was divers met betrekking tot onder andere geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, de ervaren gezondheid, migratieachtergrond en de regio waarin men woonachtig is.



# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

De eerstelijnszorg vormt het eerste aanspreekpunt voor vragen over gezondheid en ziekte. Tot de eerstelijnszorg behoren onder andere huisartsen, apotheken en fysiotherapeuten. De eerstelijnszorg beantwoordt een groot deel van de zorgvragen zelf. Ook worden mensen vanuit de eerstelijnszorg doorverwezen naar bijvoorbeeld het ziekenhuis. Daarmee is deze zorg van groot belang voor het toegankelijk en betaalbaar houden van de gezondheidszorg in Nederland. De toegankelijkheid van de eerstelijnszorg staat echter 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).

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) is afgesproken dat door verschillende partijen in de gezondheidszorg een visie wordt ontwikkeld over de toekomstbestendigheid van 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 Rijksoverheid<sup>2</sup>. De mening van individuele burgers over hoe de eerstelijnszorg er in 2030 uit moet zien is nog niet meegenomen in het discussiedocument. Ook dit perspectief is 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 de visie van een diverse groep burgers op de eerstelijnszorg in 2030 heeft het Nivel een Burgerplatform georganiseerd.

## 1.2 Doel

Het doel van dit Burgerplatform is om inzicht te krijgen in de meningen en ideeën van een diverse groep burgers over de eerstelijnszorg. Daarbij wordt ernaar gestreefd om een diversiteit aan meningen en behoeften in kaart te brengen. Door het beperkte aantal deelnemers zijn de resultaten van een Burgerplatform niet te generaliseren naar de algemene bevolking. Het Burgerplatform focust zich op twee punten: 1) het ophalen van knelpunten die burgers ervaren ten aanzien van de eerstelijnszorg en 2) het voorleggen en aanvullen van een aantal onderwerpen uit het discussiedocument. In overleg met het Ministerie van VWS zijn de volgende onderwerpen uit het discussiedocument gekozen: 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), hybride zorg en een breed maatschappelijk centrum in de wijk. Deze onderwerpen zijn gekozen, omdat ze voldoende concreet en herkenbaar zijn voor burgers. Daarnaast hebben deze onderwerpen mogelijk effect op de manier waarop binnen de eerstelijnszorg zorg

---

<sup>2</sup> 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.

wordt verleend aan burgers. Het Burgerplatform is een eerste stap om het perspectief van burgers te betrekken bij het toekomstbestendig maken van de eerstelijnszorg.

### **1.3 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 wordt de methode van het Burgerplatform beschreven. Hoofdstuk 3 t/m 7 bevatten voor ieder programmaonderdeel van het Burgerplatform de belangrijkste bevindingen. De hoofdstukken gaan respectievelijk over de zorgverleners die tot de eerstelijnszorg behoren, ervaringen met de eerstelijnszorg, het gebruik van eerstelijnszorg nu en in de toekomst (verwachtingsmanagement), hybride zorg en een breed maatschappelijk centrum in de wijk. Het verslag sluit af met een beschouwing in hoofdstuk 8.

## 2 Methoden

### 2.1 De methode Burgerplatform

Bij moeilijke of abstracte vraagstukken hebben mensen soms moeite met het vormen van hun mening. Onderzoeksmethoden als een vragenlijst, een interview of groepsgesprek kunnen dan te weinig resultaat opleveren. Het Nivel heeft daarom de methode Burgerplatform ontwikkeld. Een Burgerplatform bestaat uit burgers die deelnemen aan een interactieve bijeenkomst over een actuele, complexe kwestie in de gezondheidszorg. Hierbij zijn ook onderzoekers, experts en/of beleidsmakers aanwezig. Tijdens het Burgerplatform krijgen de deelnemers uitgebreide informatie over het vraagstuk via één of meer presentaties van experts. Ook worden ze meegenomen in de discussie via meerdere individuele en groepsopdrachten. Deelnemers krijgen daarmee een completer beeld van de verschillende kanten van een vraagstuk en kunnen daardoor een geïnformeerde en gefundeerde positie innemen. Hierbij is het niet het streven om tot een consensus te komen, maar om de diversiteit in meningen en behoeften in kaart te brengen (Triemstra et al., 2020). Want voor het beschrijven en begrijpen van hoe burgers tegen een onderwerp of vraagstuk aankijken is juist variatie in meningen van belang. Het complexe karakter van het vraagstuk dat centraal staat in dit onderzoek maakt dit een geschikt onderwerp voor een Burgerplatform.

### 2.2 Werven van de deelnemers

Het Burgerplatform 'Visie op de eerstelijnszorg in 2030' vond plaats op 14 juni 2023 bij het Nivel in Utrecht. De deelnemers voor het Burgerplatform zijn geworven via het Consumentenpanel Gezondheidszorg (zie Box 2.1 voor meer informatie over het panel). Vanwege de relatief korte doorlooptijd van het onderzoek heeft de werving van de deelnemers online plaatsgevonden. Op 8 mei 2023 werd een online uitnodiging voor deelname aan het Burgerplatform verstuurd naar 2.000 panelleden die representatief waren voor de algemene bevolking op basis van leeftijd en geslacht. Aan hen is gevraagd of zij wilden en konden deelnemen aan het Burgerplatform op 14 juni 2023. De uitnodiging ging gepaard met een aantal aanvullende vragen over digitale vaardigheden, zorggebruik (contact met diverse zorgverleners in de afgelopen zes maanden) en gezinssamenstelling. Op 15 mei is een reminder verstuurd.

### Box 2.1 *Het Consumentenpanel Gezondheidszorg*

Het doel van het Consumentenpanel Gezondheidszorg is om op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen, kennis, verwachtingen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg. Deze informatie wordt verzameld via schriftelijke of online vragenlijsten, interviews en Burgerplatforms. Het panel bestaat momenteel uit ongeveer 11.500 leden van 18 jaar en ouder. Van deze mensen zijn een aantal achtergrondkenmerken bekend, zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Om met het panel een representatieve afspiegeling te kunnen vormen van de algemene bevolking in Nederland, worden regelmatig nieuwe leden geworven. Aanvulling is nodig om het natuurlijk verloop (zoals het overlijden van panelleden of het niet doorgeven van een adreswijziging na verhuizing) te compenseren. Mensen kunnen zichzelf niet aanmelden als panellid, maar kunnen alleen lid worden als zij hiervoor benaderd worden. Hiermee wordt voorkomen dat relatief veel mensen die bovengemiddeld geïnteresseerd zijn in of geïnformeerd zijn over de gezondheidszorg zich aanmelden voor het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Daarnaast worden panelleden die langer lid zijn van het panel uitgeschreven om leereffecten te voorkomen.

## 2.3 De deelnemers aan het Burgerplatform

Er waren 36 panelleden die aangaven mee te willen doen aan het Burgerplatform en beschikbaar te zijn op 14 juni. Hieruit zijn de deelnemers geselecteerd. Bij de selectie van de deelnemers is geprobeerd een zo divers mogelijke groep samen te stellen. Daarbij is gekeken naar de volgende achtergrondkenmerken: geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, ervaren gezondheid, zorggebruik, samenstelling van het huishouden, migratieachtergrond, regio waarin men woont en mate van stedelijkheid van de leefomgeving. Daarnaast is gekeken naar de digitale vaardigheden van de deelnemers. Doordat de werving van het Burgerplatform digitaal plaatsvond, konden er geen mensen worden geïncludeerd die niet zonder hulp met een computer kunnen omgaan. Wel verschilden de deelnemers van elkaar wat betreft de mate waarin zij digitaal vaardig zijn. De geselecteerde panelleden ontvingen een bevestiging van deelname. In totaal hadden 20 mensen bevestigd mee te doen aan het Burgerplatform. Door enkele afmeldingen vlak van tevoren, bijvoorbeeld vanwege ziekte, waren er uiteindelijk zeventien panelleden aanwezig tijdens het Burgerplatform. Tabel 2.1 geeft een overzicht van een aantal van hun kenmerken. Zoals te zien is in de tabel, heeft een diverse groep burgers deelgenomen aan het Burgerplatform.

Tabel 2.1 Kenmerken van de deelnemers aan het Burgerplatform

	Aanwezige deelnemers (N=17)
<b>Geslacht</b>	
Man	8
Vrouw	9
<b>Leeftijd</b>	
18 t/m 39 jaar	3
40 t/m 64 jaar	8
65 jaar en ouder	6
<b>Opleidingsniveau</b>	
Laag	5
Midden	2
Hoog	8
Onbekend	2
<b>Ervaren gezondheid</b>	
Slecht of matig	7
Goed	4
Zeer goed of uitstekend	5
Onbekend	1
<b>Aantal keer huisarts bezocht in afgelopen half jaar</b>	
0 keer	2
1 keer	4
2 tot 3 keer	4
4 keer of vaker	7
<b>Aantal keer medisch specialist bezocht in afgelopen half jaar</b>	
0 keer	4
1 keer	5
2 tot 3 keer	7
4 keer of vaker	1
<b>Aantal keer fysiotherapeut bezocht in afgelopen half jaar</b>	
0 keer	8
1 keer	3
2 tot 3 keer	0
4 keer of vaker	6
<b>Aantal keer apotheek bezocht in afgelopen half jaar</b>	
0 keer	2
1 keer	2
2 tot 3 keer	4
4 keer of vaker	9
<b>Gezinssamenstelling</b>	
Alleenstaand	8
Niet-alleenstaand	9

Vervolg tabel 2.1.	Aanwezige deelnemers (N=17)
<b>Migratieachtergrond</b>	
Geen migratieachtergrond	11
Westerse migratieachtergrond	3
Niet-westerse migratieachtergrond	3
<b>Woonregio</b>	
Noord	1
Oost	3
Zuid	4
West	9
<b>Mate van stedelijkheid leefomgeving</b>	
Weinig stedelijk	4
Matig stedelijk	3
Sterk stedelijk	4
Zeer sterk stedelijk	6

Aan het begin van het Burgerplatform is aan alle deelnemers gevraagd om een toestemmingsformulier te ondertekenen. Daarmee gaven ze het Nivel toestemming om de gegevens uit het Burgerplatform te gebruiken voor dit verslag. Tijdens het Burgerplatform was er ook een fotograaf aanwezig die foto's en filmopnames zonder geluid maakte van de dag. Deelnemers konden hier apart toestemming voor geven. Ook als mensen niet op de foto en filmopnames wilden, konden ze deelnemen aan het Burgerplatform. Een aantal foto's zijn opgenomen in dit verslag. Deelnemende panelleden kregen een cadeaukaart ter waarde van €50 als dank voor hun deelname. Ook werden hun reiskosten vergoed.

## 2.4 Het programma

Het programma van het Burgerplatform is samengesteld door onderzoekers van het Nivel. De discussies tijdens het Burgerplatform werden ook door onderzoekers van het Nivel geleid. Tijdens het Burgerplatform heeft het Ministerie van VWS een presentatie verzorgd over de aanleiding en het doel van het onderzoek. Daarnaast is een presentatie gegeven door prof. dr. Ronald Batenburg, programmaleider Arbeids- en Organisatievraagstukken in de Gezondheidszorg bij het Nivel en bijzonder hoogleraar 'Arbeids- en organisatievraagstukken in de zorg' aan de Radboud Universiteit, over de uitdagingen waarmee de eerstelijnszorg te maken heeft. Een beknopt overzicht van de inhoudelijke programmaonderdelen van het Burgerplatform is te vinden in Box 2.2. Een uitgebreide versie van het programma is te vinden in Bijlage A.

**Introductie – Welke zorgverleners behoren tot de eerstelijnszorg?**

Aan het begin van het Burgerplatform is aan alle deelnemers een pakketje met kaartjes uitgedeeld. Hierop staan verschillende zorgprofessionals. Aan de deelnemers is gevraagd om individueel te selecteren welke zorgprofessionals volgens hen tot de eerstelijnszorg behoren en welke niet. Vervolgens zijn de kaartjes plenair doorgelopen, waarbij is besproken of de betreffende zorgprofessional tot de eerstelijnszorg, tweedelijnszorg, langdurige zorg of sociaal domein behoort.

**Blok 1 – Ervaringen met de eerstelijnszorg**

In dit onderdeel is door middel van een open vraag aan de deelnemers gevraagd welke ervaringen zij hebben met de eerstelijnszorg. Hierna hebben de deelnemers individueel een mindmap gemaakt over de punten die zij graag willen behouden binnen de eerstelijnszorg. Vervolgens hebben ze een mindmap gemaakt over de knelpunten die zij ervaren binnen de eerstelijnszorg.

**Blok 2 – Het gebruik van eerstelijnszorg**

In dit gedeelte is aan de hand van scenario's gepeild in welke situatie deelnemers naar de huisarts zouden gaan. Vervolgens is ingegaan op de verwachting in het discussiedocument dat burgers in 2030 weten voor welke hulpvraag ze waar terecht kunnen en dat ze weten dat hierbij een beroep wordt gedaan op hun eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid. Aan de deelnemers is gevraagd hoe haalbaar dit is volgens hen en wat ervoor nodig is om dit te kunnen bereiken.

**Blok 3 – Hybride zorg**

In dit onderdeel zijn de deelnemers in drie groepjes uiteengegaan. In de groepjes is besproken in welke situaties de deelnemers open staan voor hybride zorg en voor welke groepen zij hybride zorg geschikt vinden. De resultaten van de groepjes zijn vervolgens gezamenlijk besproken. Hierna is aan de hand van stellingen gepeild hoe deelnemers denken over hybride zorg in relatie tot de kwaliteit, wachttijd, bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg.

**Blok 4 – Een breed maatschappelijk centrum in de wijk**

In dit deel is het idee van een breed maatschappelijk centrum in de wijk besproken. In dit centrum werken verschillende zorgprofessionals en organisaties in elkaars nabijheid, zowel eerstelijnszorgprofessionals als professionals buiten de eerstelijnszorg. De deelnemers zijn in drie groepjes verdeeld. Aan de deelnemers is gevraagd welke zorgprofessionals er volgens hen in een maatschappelijk centrum in de wijk zouden moeten zitten en wat de voor- en nadelen van een dergelijk centrum zijn in relatie tot de kwaliteit, bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg en de keuzevrijheid. Elk groepje presenteerde de bevindingen vervolgens kort aan de andere groepjes.

## 2.5 Analyse van het Burgerplatform

Tijdens het Burgerplatform is door alle vijf de aanwezige onderzoekers genotuleerd. Wanneer de deelnemers in groepen uiteengingen, zijn de gesprekken in de subgroepen opgenomen door middel van opnameapparaten. Bij de opdrachten is ernaar gestreefd om zoveel mogelijk resultaten vast te laten leggen door de deelnemers zelf, zonder tussenkomst van de onderzoekers. Bijvoorbeeld door middel van Mentimeter, mindmaps en een opdracht waarbij kaartjes met zorgverleners moesten worden gesorteerd. De aantekeningen van de onderzoekers, opnames en de door de deelnemers gemaakte opdrachten zijn gebruikt als input voor het verslag.

Ook is een zogeheten member check uitgevoerd. Een samenvatting met daarin de belangrijkste resultaten en conclusies van het Burgerplatform zijn per e-mail voorgelegd aan de deelnemers. Zij konden hier een reactie op geven. Eén deelnemer heeft gereageerd op de member check door aan te geven wat deze deelnemer de belangrijkste punten vond. Er was geen aanpassing van de resultaten en conclusies nodig.

Op 12 juli 2023 zijn de voorlopige resultaten van het Burgerplatform gepresenteerd door twee onderzoekers van het Nivel aan de partijen die zijn betrokken bij de ontwikkeling van de visie op de eerstelijnszorg in 2030. Na de presentatie was er ruimte voor vragen en discussie. Op basis van deze input is bij een aantal punten in de beschouwing meer uitleg gegeven.



### 3 Welke zorgverleners behoren tot de eerstelijnszorg?

In dit hoofdstuk beschrijven we welke zorgprofessionals volgens de deelnemers tot de eerstelijnszorg behoren en welke niet. Vervolgens is gezamenlijk vastgesteld welke zorgprofessionals deel uitmaken van de eerstelijnszorg. Op deze manier is aan de deelnemers duidelijk gemaakt over welke zorgprofessionals het gaat als we het hebben over de eerstelijnszorg. Deze zorgprofessionals stonden centraal gedurende de rest van het Burgerplatform.

#### Belangrijkste resultaten

- Bij het indelen van zorgprofessionals in de eerstelijnszorg keken de deelnemers onder andere of zij zonder verwijzing bij een zorgprofessional terecht konden.
- De deelnemer deelden meer professionals in bij de eerstelijnszorg dan er daadwerkelijk toe behoren.
- De deelnemers hadden goed in beeld dat de huisarts, apotheker, tandarts en fysiotherapeut tot de eerstelijnszorg behoren.
- Bijna alle deelnemers gaven correct aan dat de oncoloog, chirurg, gynaecoloog, specialistische GGZ-psycholoog en geriater niet tot de eerstelijnszorg behoren.

Om de deelnemers bekend te maken met het begrip eerstelijnszorg, is een introductieopdracht uitgevoerd. Het doel van de introductieopdracht was om vast te stellen welke zorgprofessionals tot de eerstelijnszorg behoren en welke niet. De deelnemers kregen ieder een pakketje met 24 kaartjes waarop verschillende zorgprofessionals stonden. Elf van hen behoorden tot de eerstelijnszorg en dertien niet. Er is aan de deelnemers gevraagd om individueel te bepalen welke zorgprofessionals volgens hen tot de eerstelijnszorg behoren en welke zorgprofessionals hier niet toe behoren. Tabel 3.1 toont een overzicht van de zorgprofessionals die zijn voorgelegd aan de deelnemers. Voor iedere deelnemer is te zien hoe deze de voorgelegde zorgprofessionals heeft ingedeeld.

Zoals te zien is in Tabel 3.1 waren de meningen onder de deelnemers over welke zorgprofessionals tot de eerstelijnszorg behoren verdeeld. Over het algemeen leken de deelnemers meer zorgprofessionals tot de eerstelijnszorg toe te bedelen, dan er in werkelijkheid toe behoren. Zo werd de maatschappelijk werker, arts op de spoedeisende hulp en jeugdwerker door meer dan de helft van de deelnemers als eerstelijnszorg gezien, terwijl deze daar niet toe behoren. Ook de WMO-consulent en de schuldhulpverlener werden door een flink aantal deelnemer ten onrechte als eerstelijnszorg beschouwd.

Aan de andere kant leken de deelnemers goed in beeld te hebben dat de huisarts, apotheker, tandarts en fysiotherapeut tot de eerstelijnszorg behoren, en in iets mindere mate ook de wijkverpleegkundige, ergotherapeut, diëtist, basis GGZ-psycholoog en de praktijkondersteuner GGZ. Binnen de eerstelijnszorg was er de meeste verwarring over de kraamverzorgende: zeven van de zestien deelnemers dachten ten onrechte dat deze niet tot de eerstelijnszorg behoort. Bijna alle deelnemers gaven correct aan dat de oncoloog, chirurg, gynaecoloog, specialistische GGZ-psycholoog en geriater niet tot de eerstelijnszorg behoren.

Tabel 3.1 Perceptie deelnemers van zorgprofessionals die tot eerstelijnszorg behoren, uitgezet tegen de zorgprofessionals die daadwerkelijk tot de eerstelijnszorg behoren\*

	Deelnemer**															
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
<b>Eerstelijnszorgprofessionals</b>																
Huisarts	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Apotheker	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Wijkverpleegkundige	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Tandarts	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Fysiotherapeut	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ergotherapeut	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Diëtist	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Basis GGZ-psycholoog	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Praktijkondersteuner GGZ	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Arts verstandelijk gehandicapten***	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Kraamverzorgende	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
<b>Niet-eerstelijnszorgprofessionals</b>																
Oncoloog	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Chirurg	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Gynaecoloog	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Maatschappelijk werker	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Specialistische GGZ-psycholoog	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Arts op de spoedeisende hulp	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Jeugdwerker	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Activiteitenbegeleider dagbesteding	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Geriatr	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Schuldhulpverlener	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Verpleegkundige in verpleeghuis	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
WMO-consulent	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Specialist ouderengeneeskunde	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

\* Een groen vakje betekent dat de deelnemer de betreffende zorgprofessional correct heeft ingedeeld. Een rood vakje betekent dat de deelnemer de betreffende zorgprofessional niet correct heeft ingedeeld. Bijvoorbeeld: als het vakje bij 'Huisarts' groen is, betekent dit dat de deelnemer (terecht) heeft aangegeven dat de huisarts tot de eerstelijnszorgprofessionals behoort. Een groen vakje voor één van de niet-eerstelijnszorgprofessionals betekent dat de deelnemer correct heeft aangegeven dat deze zorgprofessional niet tot de eerstelijnszorg behoort.

\*\* De introductieopdracht is door 16 van de 17 deelnemers ingevuld (1 deelnemer was verlaat).

\*\*\* Zowel eerste- als tweedelijnszorg.

Na afloop van de individuele opdracht is er plenair besproken welke zorgprofessionals al dan niet tot de eerstelijnszorg behoren. De deelnemers gaven aan dat zij bij het maken van een indeling onder andere keken of zij zonder verwijzing bij een zorgprofessional terecht konden. Zij dachten dat zorgprofessionals tot de eerstelijnszorg behoren als het mogelijk is om deze zonder verwijzing van de huisarts te bezoeken. Daarbij ontstond er discussie over de arts op de spoedeisende hulp. Deelnemers gaven aan dat het mogelijk is om rechtstreeks de spoedeisende hulp te bezoeken, maar dat patiënten ook door de huisarts naar de spoedeisende hulp kunnen worden verwezen. Voor sommige deelnemers was het daardoor onduidelijk of de arts op de spoedeisende hulp tot de eerstelijnszorg of tweedelijnszorg behoort.

De zorgprofessionals die niet tot de eerstelijnszorg behoren zijn verder ingedeeld naar tweedelijnszorg (arts verstandelijk gehandicapten, oncoloog, chirurg, gynaecoloog, specialistische GGZ-psycholoog, arts op de spoedeisende hulp, geriater), sociaal domein (maatschappelijk werker, jeugdwerker, activiteitenbegeleider dagbesteding, schuldhulpverlener, WMO-consulent) en langdurige zorg (specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundige in verpleeghuis). De indelingen zijn tevens op grote vellen opgeschreven en aan de muur gehangen zodat deze de hele dag zichtbaar waren voor de deelnemers. Er is tot slot benadrukt dat er wanneer er over de eerstelijnszorg wordt gesproken in het vervolg van de dag, de betrekking heeft op de betreffende zorgprofessionals zoals in deze opdracht ingedeeld. Het onderscheid tussen eerstelijnszorgprofessionals en andere zorgprofessionals is van belang vanuit het beleidsperspectief.

## 4 Ervaringen met de eerstelijnszorg

In dit hoofdstuk gaan we in op de ervaringen van de deelnemers met de eerstelijnszorg. Er wordt besproken wat de deelnemers willen behouden binnen de eerstelijnszorg en welke knelpunten zij ervaren. Op deze manier krijgen we inzicht in het eerste doel van het Burgerplatform.

### Belangrijkste resultaten

- Deelnemers willen een vaste huisarts, vrije keuze voor een zorgprofessional en de vrijheid om zelf te kunnen bepalen of zij hun zorgvraag digitaal of fysiek willen bespreken met hun huisarts graag behouden binnen de eerstelijnszorg.
- Knelpunten die burgers ervaring binnen de eerstelijnszorg zijn een gebrek aan een overkoepelend aanspreekpunt, lange wachttijden, een afname van de fysieke bereikbaarheid en hoge eigen kosten.

### 4.1 Deelnemers willen vaste huisarts, vrije keuze voor zorgprofessional en mogelijkheid tot digitale zorg graag behouden

Bij deze opdracht is aan de deelnemers gevraagd om individueel een mindmap te maken, waarin zij punten konden opschrijven die zij graag willen behouden aan de eerstelijnszorg. In bijlage B is een voorbeeld van een mindmap opgenomen. De punten die door de deelnemers werden genoemd, worden weergegeven in de woordwolk in Figuur 4.1. Woorden die groter zijn in de woordwolk, zijn vaker genoemd door de deelnemers. In de figuur is te zien dat de deelnemers vaak noemden dat ze de snelheid waarmee zij worden geholpen, de mogelijkheid om zelf een zorgverlener te kunnen kiezen, de bereikbaarheid en de digitale mogelijkheden graag willen behouden binnen de eerstelijnszorg. Deze thema's worden hieronder verder besproken.

Figuur 4.1      *Woordwolk met wat de deelnemers willen behouden aan de eerstelijnszorg\**



\* Woorden die groter zijn in de woordwolk, zijn vaker genoemd door de deelnemers

#### 4.1.1 Een vaste, goed bereikbare huisarts

Verscheidende deelnemers gaven aan tevreden te zijn over de werkwijze en het functioneren van hun eigen huisarts. Zo gaven een aantal deelnemers aan dat hun huisarts goed bereikbaar is en dat ze vaak op korte termijn terecht kunnen voor een (digitaal) consult. Het feit dat het eerste contact vaak met een assistent is, was voor veel deelnemers geen belemmering. Daarnaast werd benadrukt dat de meerwaarde van een vaste huisarts is dat zij de situatie van de patiënt goed kennen en zo op deze manier goed kunnen meedenken met de patiënt. Deze meerwaarde wordt vooral op prijs gesteld bij complexere hulpvragen. Bij minder heftige klachten was het volgens de deelnemers vooral belangrijk om snel geholpen te worden. De vaste huisarts is dan minder van belang.

#### 4.1.2 Vrije keuze voor zorgprofessional

De deelnemers gaven aan het belangrijk te vinden dat zij in de toekomst keuzevrijheid houden met betrekking tot zorgprofessionals. Zo wil men zelf kunnen blijven beslissen naar welke fysiotherapeut of tandarts men gaat.

#### 4.1.3 Mogelijkheid tot digitale zorg

Deelnemers waren veelal positief over het feit dat het steeds makkelijk wordt om digitaal contact te zoeken met hun huisarts. De mogelijkheid om digitaal met de huisarts te kunnen spreken, met behulp van een chatfunctie laagdrempelig een vraag te kunnen stellen, foto's te kunnen delen met de huisarts of via de e-mail een doorverwijzing te halen, was voor velen een goede en efficiënte ontwikkeling. Desalniettemin waren er ook deelnemers die aangaven hun zorgvraag beter te kunnen overbrengen wanneer zij fysiek contact hebben met hun huisarts, omdat zij dan ook gebruik kunnen maken van non-verbale communicatie. Deze deelnemers haalden ook aan dat burgers die bijvoorbeeld de taal niet goed machtig zijn of beperkte digitale vaardigheden hebben, waarschijnlijk minder goed geholpen kunnen worden in een digitaal consult, vergeleken met een fysiek consult. De deelnemers waren het erover eens dat digitale zorg niet in alle situaties geschikt is en ook niet voor

iedereen. Zo zou digitale zorg nooit de norm moeten worden; burgers moeten de vrijheid houden om zelf te kunnen bepalen of zij hun zorgvraag digitaal of fysiek willen bespreken met hun huisarts.

## 4.2 Deelnemers ervaren knelpunten op het gebied van samenwerking, wachttijden en bereikbaarheid

Vervolgens is aan de deelnemers gevraagd om individueel een mindmap te maken over de knelpunten die zij op dit moment ervaren in de eerstelijnszorg. In bijlage B is ook een voorbeeld van een mindmap over de knelpunten opgenomen. Figuur 4.2 bevat een woordwolk met de knelpunten die de deelnemers ervaren binnen de eerstelijnszorg. In de figuur is te zien dat een lange wachttijd, bereikbaarheid, de beperkte vergoeding vanuit de basisverzekering en de samenwerking tussen zorgprofessionals vaak genoemd werden. Deze thema's worden hieronder verder uitgewerkt.

Figuur 4.2 Wordwolk met de knelpunten die de deelnemers ervaren in de eerstelijnszorg\*



\* Woorden die groter zijn in de woordwolk, zijn vaker genoemd door de deelnemers

### 4.2.1 Gebrek aan overkoepelend aanspreekpunt

Eén van de deelnemers bracht in dat hij, als een patiënt die veel medicatie gebruikt, alert moet zijn op de medicatie die hij ontvangt. Hij gaf aan het gevoel te hebben dat de taakverdeling tussen de huisarts en de apotheker niet duidelijk is en de samenwerking niet goed functioneert, wat nadelige gevolgen kan hebben voor patiënten. Een aantal andere deelnemers konden zich vinden in deze opmerking en gaven ook aan dat de handelswijze van en samenwerking tussen zorgprofessionals niet altijd goed verloopt. Zo gaven sommige deelnemers aan zich niet gehoord te voelen door een zorgprofessional, gaven anderen aan dat bepaalde zorgprofessionals niet in het belang van de patiënt denken en dat zorgprofessionals in sommige gevallen te veel op hun eigen vakgebied gefocust zijn en vergeten naar het totaalplaatje te kijken. Deelnemers waren het erover eens dat er

bij een complexe (chronische) zorgvraag één aanspreekpunt zou moeten zijn voor patiënten die lijn overstijgend naar alle zorgopties kan kijken, zowel binnen de eerstelijnszorg als daarbuiten.

#### **4.2.2 Soms te lange wachttijden**

Een aantal deelnemers gaf aan te lang te moeten wachten voor een afspraak bij bepaalde zorgprofessionals. Deze problemen worden zowel ervaren binnen de eerstelijnszorg (ergotherapeut, fysiotherapeut) als na een verwijzing van de huisarts naar een medisch specialist.

#### **4.2.3 Fysieke bereikbaarheid neemt af**

Eén deelnemer vond dat het voor burgers, vooral diegene die in kleinere dorpen in Nederland wonen, steeds moeilijker wordt om fysiek naar consulten te gaan bij zorgprofessionals. Deze deelnemer woont zelf ook in een dorp. Vanuit deze ervaring gaf de deelnemer aan dat bepaalde, vaak meer specifieke vormen van eerstelijnszorg (bijvoorbeeld een diëtist) verdwijnen uit de kleinere dorpen, waardoor men verder en langer moet reizen. In combinatie met het feit dat het openbaar vervoer steeds meer wordt afgeschaald en ook steeds duurder wordt, leidt dit ertoe dat de bereikbaarheid van de eerstelijnszorg afneemt. Volgens deze deelnemer zijn burgers in kleinere dorpen sterk afhankelijk van mensen in hun omgeving om bij zorgprofessionals te komen.

#### **4.2.4 Onvrede over kosten**

Een aantal deelnemers gaven aan dat zij het niet eens waren met de manier waarop de kosten voor de zorg in Nederland op dit moment worden gedragen. Zo kwam ter sprake dat burgers met een chronische aandoening elk jaar standaard hun verplicht eigen risico moeten betalen en dus meer voor zorg moeten betalen dan 'gezonde' burgers. Daarnaast werden er vraagtekens gezet bij de manier waarop er wordt bepaald wanneer een behandeling al dan niet wordt vergoed en was volgens sommige deelnemers de omvang van het basispakket te summier. Zo werd er geopperd dat mondzorg voor iedereen vergoed zou moeten worden vanuit de basisverzekering. De deelnemers waren het erover eens dat er meer duidelijkheid zou moeten zijn over vergoedingen en kosten voor burgers met betrekking tot zorg.

## 5 Het gebruik van 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 denken over de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Daarmee wordt het onderwerp verwachtingsmanagement uit het discussiedocument behandeld.

### Belangrijkste resultaten

- Deelnemers gaven aan dat ze het soms lastig vinden om te bepalen bij welke zorgprofessional zij terecht kunnen met hun hulpvraag.
- Bij de keuze tussen zorgprofessionals kozen de deelnemers vaak voor de huisarts. Daarbij speelden onder andere de kosten een rol. Ook gaven de deelnemers aan dat de huisarts de meeste kennis heeft over het lichaam als geheel.
- Volgens de deelnemers is het mogelijk dat in 2030 een groot deel van de burgers erachter kan komen welke hulpvragen tot hun eigen verantwoordelijkheid behoren en voor welke hulpvragen zij een beroep kunnen doen op de eerstelijnszorg. Maar de deelnemers verwachten dat het niet voor iedereen haalbaar is om hierachter te komen.
- Informatie vanuit de overheid of andere organisaties kan burgers helpen om te bepalen waar zij terecht kunnen met hun hulpvraag. Het is volgens de deelnemers belangrijk dat deze informatie niet alleen via digitale kanalen wordt verspreid, omdat niet alle burgers digitaal vaardig zijn. Ook moet er aandacht zijn voor culturele diversiteit volgens de deelnemers.

### 5.1 Deelnemers vinden het soms lastig waar ze terecht kunnen met hulpvraag

Bij deze opdracht kregen de deelnemers verschillende casussen voorgelegd. Na het lezen hiervan werd hen gevraagd of zij naar de huisarts zouden gaan met deze hulpvraag of niet. Zo niet, werd gevraagd welke eventuele andere stappen de deelnemers zouden ondernemen. De casussen werden als middel ingezet om in gesprek te gaan over het verwachtingsmanagement wat betreft zorg in de toekomst.

#### Box 5.1 Casus 1 – Rugklachten

U heeft sinds een paar weken last van lage rugklachten. De pijn neemt toe en u kunt steeds minder goed bewegen vanwege de pijn. Aangezien de klachten niet vanzelf lijken te verdwijnen wilt u graag dat er een professional met u meekijkt. Zou u naar de huisarts gaan?

Twaalf van de zeventien deelnemers gaven bij de casus over rugklachten aan dat ze naar de huisarts zouden gaan en vijf deelnemers zouden dit niet doen. Een aantal deelnemers die naar de huisarts zouden gaan, gaven aan dat de huisarts een holistisch perspectief heeft. Doordat de deelnemers niet weten waar de lage rugklachten vandaan komen, vonden zij het goed om naar de huisarts te gaan. Voor deelnemers met een chronische ziekte speelde ook mee dat de huisarts beter op de hoogte is van hun medische situatie ten opzichte van andere zorgverleners. Een ander argument om naar de



huisarts te gaan is volgens een aantal deelnemers dat een consult bij de huisarts niks kost en bij de fysiotherapeut wel.

De deelnemers die er niet voor kozen om naar de huisarts te gaan, zouden naar de fysiotherapeut gaan. Zij gaven aan dat hier geen verwijzing voor nodig is en dat de fysiotherapeut de patiënt eventueel terug kan verwijzen naar de huisarts als dit nodig is. Wanneer men wel op de juiste plek is bij de fysiotherapeut, versnelt dit het zorgproces. Een deelnemer benoemde dat een fysiotherapeut meer kennis heeft van 'de rug' dan de huisarts en dat ze daarom naar de fysiotherapeut zou gaan.

### Box 5.2 Casus 2 – Eenzaamheid

U bent een vrouw van 40 jaar en voelt u eenzaam. De eenzaamheidsgevoelens worden steeds sterker en verdwijnen niet meer. U bent niet somber en heeft geen depressieve gevoelens. U zou graag hulp willen. Gaat u naar de huisarts?

Zeven deelnemers zouden in het geval van de casus over eenzaamheid naar de huisarts gaan en tien deelnemers niet. De meeste deelnemers gaven aan dat ze eerst zelf zouden proberen het probleem op te lossen door middel van het raadplegen van hun eigen netwerk. Lukt dit niet, dan zouden deelnemers wel naar de huisarts gaan.

Een aantal deelnemers gaven aan naar een welzijnsorganisatie te gaan in plaats van naar de huisarts. Ook werd aangegeven dat de oplossing voor sociale problematiek niet altijd door de eerstelijnszorg opgelost dient te worden. De oplossing zou gezocht kunnen worden in de buurt of wijk. Bijvoorbeeld een ontmoetingscomplex waar activiteiten georganiseerd kunnen worden. Dit dient ook ter preventie van sociale problematiek. Een deelnemer zei hierover:

*“Ik ben 13 jaar alleen, je moet alleen zelf op zoek gaan naar initiatieven, ik ben een cursus bridge gaan doen en sport twee keer per week” (deelnemer 10, vrouw, 65 jaar of ouder).*

Iemand anders gaf aan:

*“Ze moeten bij het bouwen van huizen er rekening mee houden, dat er een ontmoetingsplek is, zoals bij ons in het appartementencomplex” (deelnemer 3, man, 65 jaar of ouder).*

Een deelnemer gaf aan zichzelf op dit moment te herkennen in de casus, ze gaf aan wel eens eenzaam te zijn. Ze wil de huisarts echter niet met haar hulpvraag belasten, maar weet niet waar ze wel terecht kan. Andere deelnemers beaamden dat het vaak onduidelijk is met welke hulpvraag zij waar terecht kunnen.

### **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 of zij ervoor open staan in de toekomst niet meer langs de huisarts te mogen met bepaalde hulpvragen maar naar een andere hulpverlener moeten, zoals de fysiotherapeut of maatschappelijk werker. Een aantal deelnemers gaven aan hier niet voor open te staan, omdat de huisarts de meeste algemene kennis heeft en een holistisch perspectief. Een deelnemer vertelde een keer rugklachten te hebben gehad, waarvan de oorzaak een galblaasontsteking bleek te zijn. Volgens deze deelnemer kan de fysiotherapeut dit niet oplossen en is het daarom belangrijk dat een hulpvraag in eerste instantie door de huisarts wordt beoordeeld. De huisarts kan de patiënt dan naar de juiste plek verwijzen. Sommige andere deelnemers zouden er wel voor open staan dat zij in de toekomst niet meer naar de

huisarts kunnen voor bepaalde hulpvragen, maar alleen onder bepaalde voorwaarden. Zo moet de hulpverlener waar ze naar toe verwezen worden, vergoed worden vanuit de basisverzekering en moet de desbetreffende hulpverlener beschikken over voldoende kennis.

### Box 5.3 Casus 3 – Bloeddruk meten

Nadat u een aantal jaar geleden een hartinfarct heeft gehad moet u jaarlijks uw bloeddruk laten meten bij de huisarts (ter controle). De huisarts geeft aan dat u uw bloeddruk ook zelf, thuis, zou kunnen meten met behulp van een bloeddrukmeter. De uitslag voert u digitaal in, zodat de huisarts op de hoogte blijft. Wanneer u uw eigen bloeddruk meet hoeft u hiervoor niet meer langs de huisarts. Wat zou u doen? Gaat u naar de huisarts of niet (dat betekent in dit geval dat u zelf zal meten)?

Eén deelnemer gaf aan de bloeddruk bij de huisarts te willen laten meten in het geval van de casus over het meten van de bloeddruk. Deze deelnemer heeft een lichamelijke beperking en gaf aan dat het voor hem lastig is om de meting zelf uit te voeren. De overige deelnemers zouden ervoor kiezen om hun eigen bloeddruk te meten. Deelnemers gaven aan dat dit henzelf en de huisarts tijd bespaart. De deelnemers hadden er vertrouwen in dat ze de meting goed zouden kunnen uitvoeren:

*“Ik heb er wel vertrouwen in dat ik het zelf kan en ik heb vertrouwen dat de huisarts belt als er iets aan de hand is” (deelnemer 4, man, 65 jaar of ouder).*

Een aantal deelnemers voegden hieraan toe dat de meting thuis waarschijnlijk nauwkeuriger zal zijn, omdat mensen thuis vaker kunnen meten en ze hier minder zenuwachtig zijn.

De meeste deelnemers stonden positief tegenover het verplaatsen van zorg van de huisarts naar zelfmetingen. Hierbij moest er volgens hen wel rekening gehouden worden met mensen met beperkingen of beperkte gezondheidsvaardigheden. De deelnemers gaven aan dat deze patiënten waarschijnlijk wel naar de huisarts moeten blijven gaan voor de metingen. Andere voorwaarden zijn dat de juiste apparatuur moet worden versterkt aan burgers en dat zij moeten weten hoe de apparatuur werkt. Deelnemers gaven aan dat er vanuit de huisartsenpraktijk een uitleg gegeven moet worden voor het eerste gebruik.

### Box 5.4 Casus 4 – Klachten enkels

U bent een vrouw van 55 jaar en u bent gisteren teruggekomen van uw wintersportvakantie. U heeft na 15 jaar weer voor het eerst geskied. U heeft erg veel pijn aan uw enkels. Zou u naar de huisarts gaan?

De meeste deelnemers zouden niet naar de huisarts gaan in het geval van de casus over klachten aan de enkels en zouden nog even afwachten. Drie deelnemers gaven aan wel naar de huisarts te gaan. Zij wilden graag de bevestiging hebben van de huisarts dat er niets ernstigs aan de hand is. Een deelnemer gaf aan met al haar vragen naar de huisarts te gaan, ze wil haar eigen netwerk niet met haar vragen belasten en stelt haar vragen dus altijd even aan de huisarts:

*“Ik woon alleen en vraag andere mensen niet zo snel, ik ga nogal snel naar de huisarts en hij zegt dan wel dat het niets is” (deelnemer 16, vrouw, 40-64 jaar).*

Dit hoeft volgens deze deelnemer niet altijd tijdens een fysiek consult, het kan ook telefonisch. Hierop reageerden een aantal deelnemers dat je ook digitaal vragen kan stellen en bevestiging kan krijgen, dit werd als erg prettig ervaren. Een deelnemer zei hierover:

*“Ik doe veel digitaal, ik krijg dezelfde dag nog een berichtje terug, dat is fijn. Dat zorgt voor een stuk minder bezoeken. Dat vind ik een goede ontwikkeling” (deelnemer 2, man, 40-64 jaar).*

## 5.2 Volgens deelnemers niet haalbaar dat alle burgers in 2030 weten wanneer zij beroep mogen doen op eerstelijnszorg

In het discussiedocument wordt het toekomstbeeld geschetst 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. Om inzicht te krijgen in de mate waarin de deelnemers dit toekomstbeeld haalbaar achten, zijn bij deze opdracht twee stellingen voorgelegd aan burgers.

### 5.2.1 De eigen verantwoordelijkheid van burgers

De eerste stelling die aan de deelnemers is voorgelegd, is: ‘In 2030 weten burgers welke hulpvragen tot hun eigen verantwoordelijkheid behoren en welke hulpvragen een vraag zijn voor de eerstelijnszorg’. De meerderheid van de deelnemers verwachtte dat dit niet haalbaar is. Drie deelnemers dachten wel dat dit haalbaar is, maar alleen wanneer hier hard aan gewerkt wordt de aankomende jaren. Een deelnemer gaf aan dat het met name voor jongeren haalbaar zal zijn, omdat zij vaak de weg weten te vinden naar bijvoorbeeld thuisarts.nl. Het is volgens deze deelnemer aan jongeren om ouderen in hun netwerk hierbij te helpen:

*“Dan zeg ik tegen m’n moeder, ma even serieus, dat kan je gewoon online vinden” (deelnemer 13, vrouw, 18-39 jaar).*

Volgens een aantal deelnemers lag er een taak voor de overheid om duidelijk te maken welke websites betrouwbaar zijn en om deze websites te verspreiden onder burgers. Een oudere deelnemer vond niet dat deze informatie via websites verspreid moet worden. Zij gaf aan niet digitaal vaardig te zijn, ook niet met hulp van haar dochter:

*“Mijn dochter zegt ma doe dat even, maar ik weet niet hoe of wat. Ik ben niet zo handig met opzoeken met computers, ik krijg toch andere dingen dan mijn dochter. Ik kan het aan mijn buurvrouw vragen, maar die is ook oud” (deelnemer 10, vrouw, 65 jaar of ouder).*

Een belangrijk aandachtspunt bij het verspreiden van informatie was volgens de deelnemers dat er rekening moet worden gehouden met culturele diversiteit. Zowel wat betreft taal, als over de betekenis van eigen verantwoordelijkheid, die per cultuur verschilt. Een tweede aandachtspunt dat werd genoemd is dat een burger altijd zelf mag bepalen wanneer diegene een hulpvraag bij de eerstelijnszorg neerlegt. Dit kan niet bepaald worden door een hulpverlener of door de overheid.

Sommige deelnemers gaven aan dat telefonische of online triage door middel van een vragenlijst zou kunnen helpen om te achterhalen wat er onder de eigen verantwoordelijkheid van de burger valt en wat niet. Een deelnemer zei hierover:

*“Misschien een soort vragenlijst of beslisboom. Als je niet weet naar welke hulpverlener je moet, kan je bij ons in de wijk ook samen zo’n vragenlijst doorlopen. Maar ik denk dat je niet van burgers kan*

*verwachten dat ze bij elke hulpvraag weten waar ze terecht kunnen. Het overgrote deel zou hier wel achter kunnen komen” (deelnemer 9, vrouw, 40-64 jaar).*

De persoon waarmee ze contact hebben moet hiervoor wel geschoold zijn en over de juiste kennis beschikken, maar hoeft geen arts te zijn volgens de deelnemers. Het hebben van laagdrempelig contact werd als prettig ervaren, deelnemers gaven aan het fijn te vinden om de bevestiging te krijgen dat er niks ernstigs aan de hand is en zij niet naar een hulpverlener toe hoeven.

### **5.2.2 Het kiezen van de juiste zorgprofessional**

De tweede stelling die aan de deelnemers is voorgelegd, is: ‘Wanneer het nodig is dat burgers een beroep doen op de eerstelijnszorg, weten zij in 2030 bij welke zorgprofessional ze terecht kunnen’. Tien deelnemers dachten dat dit niet haalbaar is en zeven dachten dat dit wel haalbaar is. Er werd aangehaald dat dit haalbaar is voor de meeste burgers, maar niet voor iedereen. De deelnemers vroegen zich af hoe de juiste informatie bij de juiste personen terecht zou moeten komen, want sommige groepen in de samenleving zijn moeilijk bereikbaar. Informatie op internet of via een app is volgens de deelnemers voor een groot deel van de samenleving vindbaar. Een deelnemer gaf aan te verwachten dat deze groep steeds groter wordt, omdat steeds meer mensen over digitale vaardigheden beschikken:

*“Het is misschien voor 80% haalbaar, over 10 jaar 90%, 20 jaar 98%” (deelnemer 4, man, 65 jaar of ouder).*

Een aantal deelnemers vonden dat de overheid deze informatie zou moeten verspreiden, anderen geven aan dat er steeds minder vertrouwen is in de overheid vanuit de samenleving, dus dat de overheid dit misschien juist niet moet doen. Een aanspreekpunt in de wijk, bijvoorbeeld in de supermarkt of bibliotheek, werd geopperd. Een deelnemer gaf aan dat jongeren binnen het onderwijs, bijvoorbeeld bij maatschappijleer, het onderwerp ‘zorg’ kunnen behandelen. Hier kan het belang duidelijk gemaakt worden van bijvoorbeeld het helpen van ouderen met zorg en het gebruik van internet.

## 6 Hybride zorg

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe de deelnemers aankijken tegen hybride eerstelijnszorg. We bespreken in welke situaties deelnemers open staan voor hybride eerstelijnszorg en voor welke groepen burgers ze dit type zorg geschikt vinden. Ook gaan we in op wat hybride zorg volgens de deelnemers betekent voor de kwaliteit, bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg. Daarmee wordt het onderwerp hybride zorg uit het discussiedocument behandeld.

### Belangrijkste resultaten

- Over het algemeen stonden de deelnemers open voor hybride zorg. Dit is echter wel afhankelijk van hun zorgvraag.
- De deelnemers vonden het belangrijk dat burgers zelf de keuze voor een fysiek of digitaal consult kunnen maken.
- Hybride zorg is volgens deelnemers niet geschikt voor mensen die niet kunnen lezen of schrijven en mensen met beperkte digitale vaardigheden, zoals sommige ouderen.
- Volgens de deelnemers kan hybride zorg bijdragen aan kortere wachttijden en kan het de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg vergroten. Ook kan het een positieve invloed hebben op de kwaliteit van zorg, omdat er meer tijd overblijft voor complexe hulpvragen als eenvoudige vragen digitaal afgehandeld kunnen worden. Aan de andere kant kan het de kwaliteit ook negatief beïnvloeden, omdat non-verbale signalen mogelijk gemist worden.

### 6.1 Hybride zorg kan voordelen bieden, maar is niet voor iedereen en in iedere situatie geschikt

Dit onderdeel is gestart met een opdracht in groepjes. Aan de groepjes is gevraagd om na te denken over situaties waarin zij open staan voor hybride eerstelijnszorg, de groepen burgers waarvoor zij hybride eerstelijnszorg wel en niet geschikt vinden en wat hybride zorg volgens hen betekent voor de kwaliteit van zorg, wachttijd, bereikbaarheid en het breed toegankelijk houden van eerstelijnszorg.

#### 6.1.1 Deelnemers staan open voor hybride zorg

In alle drie de groepjes gaf men aan open te staan voor hybride zorg. In één van de groepsgesprekken zei één deelnemer:

*“Ik sta er ook voor open, het is juist fijn. Het is voor mij vaak heel belastend om naar artsen en alles te gaan, of het nou de huisarts is of de apotheek of wat dan ook. Dus corona kwam wat dat betreft als een geschenk uit hemel, omdat iedereen ineens toch online dingen moest doen” (deelnemer 9, vrouw, 40-64 jaar).*

Er was één deelnemer die helemaal geen contact op afstand of digitaal wilde. Deze deelnemer heeft problemen met de motoriek en spraak, waardoor digitale en telefonische communicatie belemmerd wordt. Veel anderen gaven voordelen aan zoals een beperking van de reistijd. Alle eerstelijnszorgverleners zouden volgens de deelnemers hybride zorg moeten aanbieden. Men vond verder dat er één duidelijke website moet komen voor gezondheidsvragen. Thuisarts.nl is bij veel

deelnemers bekend. Dit in tegenstelling tot moetknaardedokter.nl, waar slechts een enkeling van gehoord heeft.

Ten aanzien van de situaties waarin men open staat voor hybride zorg werden de volgende antwoorden gegeven:

- Bij een pandemie
- Als het praktisch is, bijvoorbeeld bij lange reistijd naar een zorgverlener
- Bij een vraag die niet spoedeisend is
- Bij verminderde mobiliteit

Daarbij gaven de deelnemers aan dat de mate waarin zij open staan voor hybride zorg altijd afhankelijk is van hun symptomen of zorgvraag. De deelnemers gaven aan dat het bij meer complexe zorgvragen prettig kan zijn om een zorgprofessional fysiek te bezoeken, omdat deze dan ook andere problemen kan signaleren dan de klacht waarvoor de patiënt de zorgprofessional bezoekt. Een deelnemer met een chronische aandoening noemde dat zij een keer naar de huisarts ging en dat de huisarts toen opmerkte dat ze er bleek uit zag. Dit is volgens de deelnemer lastiger te signaleren bij een digitaal consult. Daarnaast is bij sommige vragen lichamelijk onderzoek nodig.

*Foto 6.1 De groepjes koppelen hun bevindingen terug aan de groep*



### **6.1.2 Hybride zorg voor meeste burgers geschikt, maar niet voor burgers die moeite hebben met digitale communicatie**

De deelnemers vonden hybride zorg voor de meeste burgers geschikt. Daarbij is het voor hen belangrijk dat de keuze voor een fysiek of digitaal consult bij de burger ligt. De mogelijkheden van zorg op afstand en digitale zorg mogen volgens de deelnemers nooit een belemmering vormen om een fysieke afspraak te maken als een patiënt dat wenst. Een deelnemer zei hierover:

*“Als we dit gaan doen, hybride, en dat gebeurt natuurlijk al, dan mag dat nooit belemmeringen opleveren om gewoon langs te gaan. Dat is belangrijk” (deelnemer 2, man, 40-64 jaar).*

Dit werd beaamd door andere deelnemers. Een deelnemer reageerde met:

*“Ik vind wel dat het een recht moet blijven om altijd als het nodig is langs te gaan” (deelnemer 12, vrouw, 18-39 jaar).*

Burgers voor wie hybride zorg niet geschikt gevonden werd door de deelnemers, zijn mensen met een beperking waardoor het bedienen van een computer of telefoon moeizaam gaat, mensen die niet digitaal vaardig zijn (waaronder sommige ouderen), mensen die niet kunnen lezen en schrijven, mensen die geen Nederlands spreken, sommige mensen met psychische problematiek en mensen met een laag IQ. Ook werd genoemd dat een voorwaarde voor goed gebruik van digitale zorg is dat de zorgverleners hier zelf vaardig in zijn.

### **6.1.3 Toename zorg op afstand en digitale zorg kan helpen met het toegankelijk houden van de eerstelijnszorg**

Over het effect van een toename van zorg op afstand en digitale zorg op de kwaliteit van de eerstelijnszorg werd verschillend gedacht. Enerzijds gaven deelnemers aan dat hybride zorg, mits goed ingezet, de kwaliteit van zorg kan verbeteren. Als eenvoudige vragen meer digitaal afgehandeld kunnen worden, blijft er meer tijd over voor complexere hulpvragen. De zorg wordt dan efficiënter ingezet, waardoor kwaliteit over het geheel toeneemt. Ook werd als voordeel van een digitaal consult genoemd dat het terug te lezen is. Anderzijds werd de zorg geuit dat bij digitale consulten non-verbale signalen gemist kunnen worden, wat tot fouten kan leiden. Beeldbellen zou dit risico (deels) kunnen ondervangen. Bij schriftelijke digitale communicatie is het van belang dat het taalgebruik begrijpelijk is voor burgers.

De deelnemers waren van mening dat de inzet van meer hybride zorg de wachttijd kan verkorten. Een andere mogelijkheid die genoemd werd, is dat de wachttijd hetzelfde blijft maar op een prettigere manier kan worden ingericht. In plaats van lang aan de telefoon te wachten, kun je een vraag digitaal stellen waarna je wordt teruggebeld. Online triage kan hierbij behulpzaam zijn. In dergelijke situaties is het van belang dat er duidelijkheid is over de wachttijd voor de terugkoppeling. Verder vonden de deelnemers het belangrijk dat burgers telefonisch snel te woord worden gestaan voor dringende vragen.

Wat betreft de bereikbaarheid van de eerstelijnszorg gaven deelnemers aan dat deze verbetert bij een toename van zorg op afstand en digitale zorg. Een deelnemer gaf aan:

*“Als wij met z’n allen de niet-urgente vragen digitaal gaan stellen, waardoor de urgente vragen met de telefoon kunnen, maken we ook de blokkades minder op al die telefoonnummers” (deelnemer 2, man, 40-64 jaar).*

Daarnaast hoeven patiënten bij digitaal contact niet te reizen voor een afspraak met een zorgverlener. Dit is prettig voor mensen met een verminderde mobiliteit. Volgens de deelnemers bespaart het patiënten ook tijd en geld.

De deelnemers dachten dat hybride zorg kan bijdragen aan het toegankelijk houden van de eerstelijnszorg. Als zorgverleners eenvoudige zorgvragen digitaal kunnen beantwoorden kosten deze vragen minder tijd, waardoor de zorgcapaciteit efficiënter ingezet kan worden.

## 6.2 Nader bekijken van meningen van deelnemers over hybride zorg

Aan de deelnemers zijn elf stellingen voorgelegd om hun meningen over de inzet van hybride zorg nader te onderzoeken (zie bijlage C voor de volledige stellingen). Figuur 6.1 laat zien dat de deelnemers het over bepaalde stellingen grotendeels met elkaar eens waren. Zo vonden bijna alle deelnemers dat digitale zorg ervoor zorgt dat zij op een moment dat het hen uitkomt contact kunnen opnemen met een zorgverlener (stelling 6). Ook was een meerderheid positief over de mogelijkheid om thuis zelf de bloeddruk op te meten in plaats van dit bij de huisarts te doen. Dertien van de zeventien deelnemers gaven aan dat dit patiënten meer gemak geeft (stelling 9). De meeste deelnemers waren het ermee oneens dat digitaal vaardige burgers in de toekomst alleen nog maar online een afspraak mogen maken met de eerstelijnszorg (stelling 8). Zij gaven aan dat deze keuze altijd bij de patiënt zelf moet liggen.

Foto 6.2 *Het bespreken van de stellingen*



Discussie was erover of de eerstelijnszorg mag bepalen of een consult fysiek of digitaal plaatsvindt (stelling 4). Volgens de deelnemers was het bij deze stelling niet duidelijk of, en zo ja met wie, er een eerste contact over een gezondheidsvraag zou zijn. Dit bleek een belangrijke factor te zijn voor de deelnemers. Als er een eerste digitaal of telefonisch contact zou zijn met een zorgverlener die daarbij een inschatting zou maken of een fysieke afspraak al dan niet nodig was, waren meer deelnemers het eens met de stelling. Daarbij sprak één deelnemer een sterke voorkeur uit voor een arts ten opzichte van een assistent, omdat een arts volgens deze deelnemer over meer kennis beschikt. Een andere deelnemer stond er wel voor open om hierover contact te hebben met een assistent:

*“De assistent kan ook terugbellen en even overleggen met de huisarts” (deelnemer 17, vrouw, 40-64 jaar).*

De deelnemers zouden het geen goede zaak vinden als voor bepaalde klachten vooraf bepaald zou zijn dat deze alleen in een digitaal consult behandeld zouden kunnen worden. Zij gaven aan dat dit per geval bekeken moet worden, omdat klachten kunnen verschillen per patiënt.



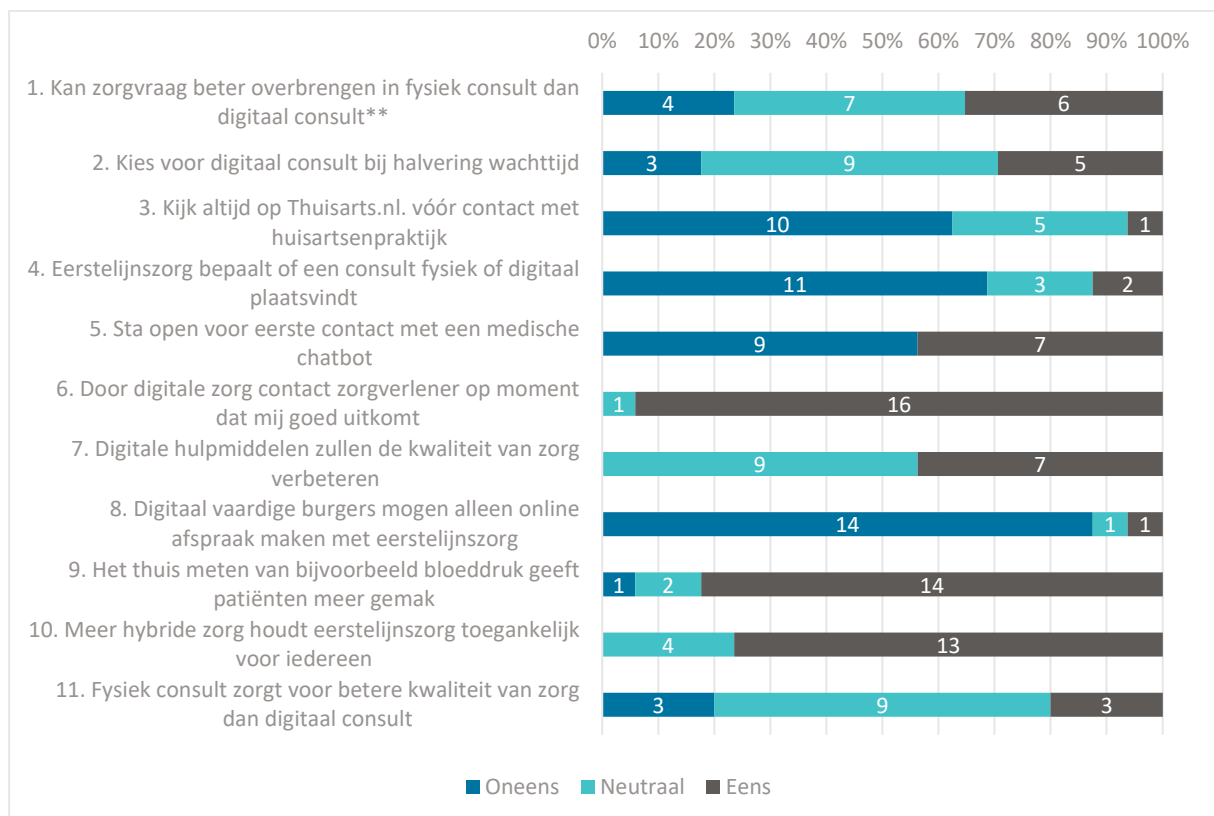
Ook was er discussie over het hebben van contact via een medische chatbot (stelling 5). Een deelnemer die het eens was met deze stelling was van mening dat je met een chatbot eenvoudiger tot een antwoord op je vraag komt omdat je, in tegenstelling tot thuisarts.nl, niet zelf hoeft te zoeken. Een andere deelnemer gaf aan dat het wel altijd duidelijk moet zijn voor de burger dat er contact is met een chatbot en niet met een mens. Er waren ook deelnemers die aangaven niet open te staan voor contact met een medische chatbot, bijvoorbeeld omdat zij vonden dat ze niet voldoende digitaal vaardig zijn hiervoor.

Daarnaast verschilden de deelnemers van mening over de invloed van een digitaal consult op de kwaliteit van zorg (stelling 11). Een deelnemer die het oneens was met deze stelling, gaf aan dat het fijn kan zijn om in je vertrouwde omgeving een consult te hebben:

*“Bijvoorbeeld met beeldbellen, dan kan het heel fijn zijn als je samen met iemand anders, zoals je partner, het consult bij kunt wonen. Dat kan heel rustgevend zijn en dat kan op die manier de kwaliteit van zorg verhogen” (deelnemer 6, vrouw, 40-64 jaar).*

Andere deelnemers gaven aan dat een zorgprofessional bij een digitaal consult non-verbale signalen kan missen. Dit kan negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg.

**Figuur 6.1** Stellingen over hybride eerstelijnszorg\*



\* Het aantal deelnemers dat de stellingen heeft beantwoord varieerde tussen de 15 en 17.

\*\* Er worden verkorte versies van de stellingen weergegeven. Zie voor de complete stellingen bijlage C.

## 7 Een breed maatschappelijk centrum in de wijk

In dit hoofdstuk bespreken we hoe de deelnemers denken over een breed maatschappelijk centrum in de wijk. We bespreken welke zorgprofessionals en organisaties er volgens de deelnemers in zo'n centrum zouden moeten zitten en waarom. Daarnaast gaan we in op de voordelen en nadelen van een breed maatschappelijk centrum in de wijk volgens de deelnemers. Daarmee wordt het onderwerp een breed maatschappelijk centrum in de wijk uit het discussiedocument behandeld.

### Belangrijkste resultaten

- Deelnemers zagen een rol weggelegd voor een breed maatschappelijk centrum in de wijk als ontmoetingsplek voor wijkbewoners.
- Volgens de deelnemers kan een breed maatschappelijk centrum voordelen hebben voor de kwaliteit, bereikbaarheid en toegankelijkheid van zorg.
- Het verplichte karakter van het breed maatschappelijk centrum in de wijk wordt als het grootste nadeel ervaren door de deelnemers. Daarnaast waren er zorgen over een gebrek aan anonimiteit en de bereikbaarheid van het centrum in dunbevolkte gebieden

In het discussiedocument wordt beschreven dat het belangrijk is om samenwerking binnen de eerstelijnszorg en tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein te versterken om de kwaliteit en toegankelijkheid van de eerstelijnszorg te kunnen waarborgen. Een mogelijke manier waarop dat kan worden gedaan, is door middel van een breed maatschappelijk centrum in de wijk. Aan de hand van een casus is geschetst hoe een breed maatschappelijk centrum in de wijk eruit kan zien (zie Box 7.1). Hierna is aan de deelnemers gevraagd om in groepjes na te denken over welke zorgprofessionals en organisaties er in een breed maatschappelijk centrum in de wijk zouden moeten zitten. Ook is aan de deelnemers gevraagd wat volgens hen de voordelen en nadelen zijn van een dergelijk centrum.

#### Box 7.1 *Casus: een breed maatschappelijk centrum in de wijk*

Een breed maatschappelijk centrum in de wijk is een centrum waarbij verschillende zorgprofessionals en organisaties onder één dak werkzaam zijn. Dit kunnen zowel eerstelijnszorgprofessionals zijn als professionals die buiten de eerstelijnszorg werkzaam zijn. Het idee van een dergelijk centrum is dat burgers verplicht zijn om zich in te schrijven bij het maatschappelijk centrum bij hen in de wijk. Wanneer zij hulp nodig hebben die door een professional of organisatie in het centrum wordt verleend, dienen zij hier naartoe te gaan.

### 7.1 Het breed maatschappelijk centrum in de wijk als ontmoetingsplek

Door de groepjes werden verschillende zorgprofessionals en organisaties genoemd die zij graag in het maatschappelijk centrum zouden willen. Figuur 7.1 bevat een woordwolk met daarin de professionals en organisaties die door de groepjes genoemd zijn. In de figuur is te zien dat de groepjes zowel eerstelijnszorgprofessionals als niet-eerstelijnszorgprofessionals noemden. Een aantal zorgprofessionals, zoals de huisarts, fysiotherapeut en apotheek, werden door alle groepjes genoemd. De groepjes hadden het idee om een bredere ontmoetingsplek van het maatschappelijk centrum in de wijk te maken, waar bijvoorbeeld ook activiteiten worden georganiseerd en een

bibliotheek of restaurant aanwezig is. Op deze manier kan het centrum ook een rol vervullen bij het tegengaan van eenzaamheid onder wijkbewoners. Ook een kinderopvang werd genoemd, waar ouders hun kind naartoe kunnen brengen als zij één van de zorgprofessionals in het centrum bezoeken.

*Figuur 7.1      Woordwolk met de genoemde zorgprofessionals en organisaties\**



\* Woorden die groter zijn in de woordwolk, zijn vaker genoemd door de deelnemers

## **7.2      Breed maatschappelijk centrum in de wijk kan voordelen hebben voor kwaliteit van zorg en bereikbaarheid, maar mag niet verplicht worden volgens de deelnemers**

De deelnemers zagen zowel voordelen als nadelen van een breed maatschappelijk centrum in de wijk. De belangrijkste punten worden hieronder besproken.

### **7.2.1      Maatschappelijk centrum kan positieve gevolgen hebben voor kwaliteit van zorg, maar investeren in samenwerking is noodzakelijk**

Het feit dat verschillende zorgprofessionals en organisaties in het maatschappelijk centrum onder één dak gevestigd zijn, brengt volgens sommige deelnemers voordelen mee voor de kwaliteit van zorg. Een deelnemer gaf aan dat zorgprofessionals door de korte lijnen makkelijker met elkaar kunnen afstemmen:

*“De kwaliteit van de zorg is heel goed, want je schakelt veel sneller van de één naar de ander”  
(deelnemer 12, vrouw, 18-39 jaar).*

Daarbij merkten andere deelnemers wel op dat huisvesting onder één dak niet automatisch leidt tot goede samenwerking. Om tot een goede samenwerking te komen, zijn aanvullende stappen nodig. Een deelnemer zei hierover:

*“Het feit dat je onder één dak zit, betekent nog niet dat je samenwerkt. Maar het feit als je samenwerkt en je gaat vervolgens onder één dak, maakt dat het samenwerken makkelijker gaat” (deelnemer 6, vrouw, 40-64 jaar).*

Er waren ook deelnemers die vonden dat het voor een goede samenwerking niet noodzakelijk is dat zorgprofessionals fysiek onder één dak gehuisvest zijn. Samenwerking kan volgens hen ook op andere manieren, bijvoorbeeld digitaal. Daarnaast hadden sommige deelnemers zorgen over hun privacy door de nauwe samenwerking tussen de verschillende zorgprofessionals in het centrum. Zij vonden het geen prettig idee dat alle zorgprofessionals en organisaties in het maatschappelijk centrum toegang zouden hebben tot hun gegevens:

*“Dan zou ik niet willen dat al mijn gegevens bij al die instanties liggen. Als ik bijvoorbeeld schulden heb, wil ik helemaal niet dat mijn huisarts dat weet of andersom” (deelnemer 16, vrouw, 40-64 jaar).*

**Foto 7.1** De deelnemers discussiëren in groepjes over het breed maatschappelijk centrum in de wijk



### **7.2.2 Zorgen bij deelnemers over een gebrek aan anonimiteit**

Over de toegankelijkheid van het breed maatschappelijk centrum in de wijk liepen de meningen van de deelnemers uiteen. Enerzijds vonden zij dat een maatschappelijk centrum in de wijk de toegankelijkheid kan vergroten, omdat verschillende zorgprofessionals op één plek zijn gevestigd. Een deelnemer zei hierover:

*“Het is makkelijk toegankelijk omdat het op één plek is. En als je bijvoorbeeld van de huisarts naar de apotheek moet, dat je niet weer naar een ander gebouw moet komen” (deelnemer 15, vrouw, 40-64 jaar).*

Anderzijds werd genoemd dat het feit dat het maatschappelijk centrum in de wijk is gevestigd ook een drempel kan vormen, omdat sommige vormen van hulpverlening gepaard kunnen gaan met gevoelens van schaamte. Hierbij werden schuldhulpverlening of hulp voor psychische problematiek

als voorbeeld genoemd. De deelnemers gaven aan dat het voor iemand niet prettig kan zijn dat andere wijkbewoners kunnen zien dat diegene deze zorgverleners bezoekt:

*“Waar ik ook bang voor ben op het moment dat alles bij elkaar zit, dat het voor sommige mensen juist ook een te hoge drempel kan worden om daar binnen te stappen. Ik denk dat er ook echt wel wijkbewoners zijn die niet willen dat de rest weet dat ze daar vaak afspraken hebben” (deelnemer 9, vrouw, 40-64 jaar).*

Dit probleem werd volgens de deelnemers groter naarmate het maatschappelijk centrum in de wijk groter is. Er zou volgens hen daarom kritisch gekeken moeten worden welke zorgprofessionals en organisaties deel uitmaken van het centrum.

### **7.2.3 Problemen met bereikbaarheid van maatschappelijk centrum in dunbevolkte gebieden**

Een breed maatschappelijk centrum in de wijk heeft volgens de deelnemers voordelen voor de bereikbaarheid, omdat dit betekent dat zorg dichtbij is. Dit is prettig voor mensen die niet ver kunnen reizen voor zorg. Aan de andere kant gaven deelnemers aan dat een breed maatschappelijk centrum in de wijk de bereikbaarheid van zorg in dunbevolkte gebieden juist negatief kan beïnvloeden, vanwege de schaalgrootte van het centrum. Als alle door de deelnemers genoemde zorgprofessionals en organisaties onderdeel moeten zijn van het centrum, zal het niet in alle wijken mogelijk zijn om een breed maatschappelijk centrum te vestigen. Mogelijk moeten mensen daardoor juist verder reizen naar een zorgverlener. Een deelnemer zei hierover:

*“De problemen liggen op plekken in Nederland, in Zeeland, in de Achterhoek. Als we dan praten over dat het effectiever moet zijn, daar wordt het juist een probleem omdat het heel dunbevolkt is. Dus die wijkcentra zijn daar helemaal niet mogelijk” (deelnemer 5, man, 65 jaar of ouder).*

Als mogelijke oplossing hiervoor werd genoemd dat in wijken of dorpen met weinig inwoners een afgeslankte versie van het maatschappelijk centrum kan worden gevestigd, waar bijvoorbeeld alleen een huisarts, fysiotherapeut en apotheek deel van uitmaken.

### **7.2.4 Keuzevrijheid is heel belangrijk voor deelnemers**

Het verplichte karakter van het maatschappelijk centrum, zoals geschetst in de situatie tijdens het Burgerplatform, werd door de deelnemers als grootste nadeel van het breed maatschappelijk centrum in de wijk ervaren. Ze gaven aan het belangrijk te vinden om zelf een zorgverlener te kunnen kiezen en niet gebonden te zijn aan de zorgprofessionals in het centrum, onder andere vanwege het belang van een vertrouwensband met een zorgverlener. Een deelnemer zei hierover:

*“Het is met mijn gezondheidsachtergrond helemaal niet handig om van huisarts te wisselen. Onder deze omstandigheden zou ik dus me verplicht moeten aanmelden bij een nieuw centrum, waar ik ook niet eens mijn huisarts kan kiezen” (deelnemer 16, vrouw, 40-64 jaar).*

Ook gaven de deelnemers aan graag de beste zorgprofessional te willen bezoeken voor hun klacht. Deze zal niet altijd aanwezig zijn in het maatschappelijk centrum in de wijk. Fysiotherapie werd daarbij als voorbeeld genoemd. Een deelnemer gaf aan dat een wijkbewoner bijvoorbeeld bekkenklachten kan hebben, terwijl de fysiotherapeut in het centrum gespecialiseerd is in sport. Het is dan wenselijk om een fysiotherapeut te kunnen bezoeken die niet in het centrum gevestigd is.

## 8 Beschouwing en conclusie

De toegankelijkheid van de eerstelijnszorg staat onder druk. Door verschillende partijen in de gezondheidszorg is daarom een discussiedocument<sup>3</sup> opgesteld over de visie op de toekomstbestendigheid van de eerstelijnszorg in Nederland in 2030. Ook de mening van burgers over hoe de eerstelijnszorg er in 2030 uit moet zien is van belang. In het kader daarvan is door het Nivel een Burgerplatform georganiseerd. Het doel van dit Burgerplatform was om inzicht te krijgen in de meningen en ideeën van een diverse groep burgers over de eerstelijnszorg. Daarbij stonden twee punten centraal: 1) het ophalen van knelpunten die burgers nu ervaren ten aanzien van de eerstelijnszorg en 2) het voorleggen en aanvullen van een aantal onderwerpen uit het discussiedocument. In dit hoofdstuk bespreken we de belangrijkste resultaten.

### 8.1 Deelnemers ervaren knelpunten op het gebied van samenwerking, wachttijden, bereikbaarheid en kosten

Over het algemeen hadden de deelnemers aan het Burgerplatform goede ervaringen met de eerstelijnszorg. Ze gaven aan tevreden te zijn over hun eigen huisarts. Een aantal deelnemers vonden dat hun huisarts goed bereikbaar is en dat zij hier vaak op korte termijn terecht kunnen. Ook werd het prettig gevonden dat de eigen huisarts goed op de hoogte is van de situatie van de deelnemers. Dit is ook iets dat zij graag zouden behouden binnen de eerstelijnszorg. Daarnaast waren de deelnemers overwegend positief over de toenemende mogelijkheden om digitaal contact te hebben met zorgverleners. Wel gaven ze aan dat digitale zorg niet voor alle burgers en in iedere situatie geschikt is. De keuze voor een digitaal of fysiek consult zou volgens de deelnemers altijd bij de burger zelf moeten liggen.

De deelnemers ervaarden ook verschillende knelpunten binnen de eerstelijnszorg. Zo gaven zij aan dat de samenwerking tussen de huisarts en andere zorgverleners niet altijd goed verloopt en dat zij een overkoepelend aanspreekpunt missen. Ook hebben de deelnemers soms te maken met lange wachttijden. Dit werd zowel binnen de eerstelijnszorg ervaren als bij een doorverwijzing van de huisarts naar een medisch specialist. Daarnaast noemden een aantal deelnemers de bereikbaarheid als knelpunt. Er zijn dus zowel deelnemers die goede ervaringen hebben met de bereikbaarheid van eerstelijnszorgprofessionals, als deelnemers die hierin belemmeringen ervaren. Deelnemers die problemen ervaarden met de bereikbaarheid gaven aan dat dit zowel om de telefonische als fysieke bereikbaarheid gaat. De afname van de fysieke bereikbaarheid speelt volgens de deelnemers vooral in kleine dorpen. Bepaalde zorgverleners verdwijnen uit deze dorpen, waardoor de inwoners verder moeten reizen om hen te bezoeken. Dit is volgens de deelnemers vooral een probleem voor burgers die afhankelijk zijn van anderen voor vervoer. Ten slotte werden de kosten genoemd als knelpunt binnen de eerstelijnszorg. Voor een groot deel van de zorgprofessionals in de eerstelijnszorg geldt dat patiënten zelf moeten betalen. Dit werd door de deelnemers met name als probleem ervaren voor mensen met een chronische aandoening, omdat zij veel gebruik maken van zorg. Volgens de deelnemers zou er meer duidelijkheid moeten zijn over vergoedingen en kosten voor burgers met betrekking tot zorg.

---

<sup>3</sup> Dit betreft een werkdocument dat niet openbaar beschikbaar is.

## 8.2 Het perspectief van de deelnemers op het discussiedocument

Uit het discussiedocument zijn drie onderwerpen gekozen die zijn besproken tijdens het Burgerplatform: *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), *hybride zorg* en een *breed maatschappelijk centrum in de wijk*.

### 8.2.1 Deelnemers weten niet altijd waar zij terecht kunnen met hun hulpvraag

Aan de hand van casussen is onderzocht in welke situaties de deelnemers een beroep zouden doen op de eerstelijnszorg en naar welke zorgprofessional zij zouden gaan wanneer zij een beroep doen op de eerstelijnszorg. Op basis van de casussen lijkt het erop dat deelnemers vooral een beroep zouden doen op de eerstelijnszorg als een klacht langere tijd aanhoudt en zij deze niet zelf kunnen oplossen. Ook gaven sommige deelnemers aan een beroep te doen op de eerstelijnszorg wanneer zij op zoek zijn naar bevestiging dat er niets ernstigs aan de hand is. Als deelnemers een beroep willen doen op de eerstelijnszorg, weten zij niet altijd bij welke zorgprofessional zij het best terecht kunnen. Bij de keuze voor een zorgprofessional gaf een aantal deelnemers aan dat zij een voorkeur hadden voor de huisarts boven andere zorgprofessionals. Volgens deze deelnemers heeft de huisarts de meeste kennis heeft over het lichaam als geheel. Ook speelde een rol dat de huisarts beter op de hoogte is van hun medische situatie en dat er aan een consult bij de huisarts geen kosten verbonden zijn. Aan de deelnemers is gevraagd wat zij ervan zouden vinden als zij in de toekomst niet meer een beroep mogen doen op de huisarts met bepaalde zorgvragen, maar direct naar een andere zorgprofessional moeten. Sommige deelnemers stonden hiervoor open, maar alleen onder bepaalde voorwaarden. Zo moet volgens hen de hulpverlener waar ze naar toe moeten gaan, vergoed worden vanuit de basisverzekering en moet de desbetreffende hulpverlener beschikken over voldoende kennis.

In het discussiedocument wordt het toekomstbeeld geschetst 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. De deelnemers denken dat deze verwachtingen niet voor alle burgers haalbaar zijn. Wel zou het volgens de deelnemers voor een meerderheid van de burgers mogelijk moeten zijn om hierachter te komen. Dit geldt met name voor mensen met voldoende gezondheidsvaardigheden. Informatie vanuit de overheid of andere organisaties kan burgers helpen om te bepalen waar zij terecht kunnen met hun hulpvraag volgens de deelnemers. De deelnemers zijn van mening dat voor een groot deel van de samenleving deze informatie online verstrekt kan worden, maar ze merken op dat niet alle burgers voldoende digitaal vaardig zijn. Voor hen zouden fysieke aanspreekpunten in de wijk een uitkomst kunnen bieden volgens de deelnemers.

### 8.2.2 Hybride zorg positieve ontwikkeling volgens deelnemers

Over het algemeen vonden de deelnemers hybride zorg een positieve ontwikkeling en stonden zij open voor het gebruik van zorg op afstand en de inzet van digitale hulpmiddelen. Ook stonden de meeste deelnemers positief tegenover zelfzorg, waarbij zorg door de huisarts wordt verplaatst naar thuismetingen door patiënten zelf. De deelnemers vonden dat alle eerstelijnszorgverleners hybride zorg zouden moeten aanbieden. Er werden verschillende voordelen genoemd, zoals een beperking van de reistijd en wachttijd en het efficiënter inzetten van de beschikbare capaciteit. Aan de andere kant kan het ook negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg, omdat non-verbale signalen mogelijk gemist worden. Een belangrijk punt voor de deelnemers was dat er keuzevrijheid blijft voor de patiënt. Als een patiënt een fysieke afspraak met een zorgverlener wil, moet dat ook in de toekomst mogelijk blijven. Daarnaast moet er volgens hen rekening gehouden worden met mensen

met beperkte gezondheidsvaardigheden of digitale vaardigheden en mensen met beperkingen. De deelnemers waren van mening dat een toename in zorg op afstand en de inzet van digitale hulpmiddelen kan helpen om de eerstelijnszorg toegankelijk te houden.

### **8.2.3 Deelnemers zien voordelen van breed maatschappelijk centrum in de wijk maar zijn tegen verplichte inschrijving**

Tijdens het Burgerplatform is het idee van een breed maatschappelijk centrum in de wijk geschetst, waarin verschillende zorgprofessionals onder één dak gehuisvest zijn. Volgens de deelnemers kan de samenwerking van de zorgprofessionals in het maatschappelijk centrum voordelen hebben voor de kwaliteit van zorg, omdat zij op deze manier sneller kunnen schakelen. De deelnemers vroegen zich daarbij wel af in hoeverre het noodzakelijk is dat de zorgprofessionals onder één dak gehuisvest zijn. Samenwerking kan volgens hen ook digitaal plaatsvinden. Ook zagen de deelnemers voordelen voor de bereikbaarheid van zorg. De deelnemers waren het niet eens met het, in de casus geschetste, verplichte karakter van het centrum. Zij vonden het belangrijk om de vrijheid te hebben om zelf de beste zorgverlener te kiezen. Daarnaast waren er zorgen over een gebrek aan anonimiteit. Het feit dat het maatschappelijk centrum in de wijk is gevestigd kan voor sommige mensen een drempel vormen bij het zoeken van hulp, omdat zij niet willen dat andere wijkbewoners hen zien.

## **8.3 Beschouwing**

Aan de hand van dit Burgerplatform is inzicht verkregen in de meningen en ideeën van een diverse groep burgers over de eerstelijnszorg. Ten aanzien van hybride zorg gaven de deelnemers aan het Burgerplatform aan hiervoor open te staan. Ook uit onderzoek van de Patiëntenfederatie blijkt dat mensen over het algemeen tevreden zijn over het hebben van digitaal contact met de huisarts (Patiëntenfederatie Nederland, 2023). Binnen de eerstelijnszorg wordt in de dagelijkse praktijk al veel gebruik gemaakt van digitale zorg. Zo heeft 94% van de huisartsen digitaal schriftelijk contact gehad met patiënten en maakt ongeveer de helft gebruik van beeldbellen (Van der Vaart et al., 2023). Dit sluit aan bij de wensen van de deelnemers aan het Burgerplatform. Het is voor de deelnemers wel belangrijk dat de mogelijkheid voor een fysiek consult blijft bestaan. De keuze hiervoor zou volgens de deelnemers altijd bij de burger zelf moeten liggen. Daarnaast denken de deelnemers dat niet alle burgers over voldoende digitale vaardigheden beschikken voor hybride zorg. Het is daarom van belang dat er maatwerk wordt verricht, afgestemd op de behoeften en vaardigheden van de patiënt.

De deelnemers stonden overwegend positief tegenover meer samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein. Dit zou volgens hen de kwaliteit van zorg kunnen verhogen. Goede samenwerking ontstaat volgens de deelnemers echter niet vanzelf. Het fysiek onder één dak gehuisvest zijn kan volgens de deelnemers bijdragen aan een betere samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein, maar is geen garantie. Daarnaast kan het feit dat eerstelijnszorgprofessionals en het sociaal domein op één locatie gevestigd zijn volgens de deelnemers voor sommige mensen een drempel vormen, omdat ze het niet prettig vinden dat anderen zien dat ze een bepaalde zorgprofessional bezoeken. De deelnemers vonden het daarom vooral belangrijk dat eerstelijnszorgprofessionals en professionals werkzaam in het sociaal domein elkaar kennen en elkaar weten te vinden, maar dit contact kan ook digitaal plaatsvinden. Daarbij willen de deelnemers dat er richting de patiënt één aanspreekpunt is. Hier is volgens hen nu nog onvoldoende sprake van. De Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) stelt ook dat het van belang is dat eerstelijnszorgverleners op de hoogte zijn van de verschillende klachten van een patiënt



en de hulpverleners die hierbij betrokken zijn. Op deze manier kunnen samenhangende problemen gezamenlijk worden opgepakt en kunnen patiënten makkelijk worden doorverwezen (RVS, 2023).

Tijdens het Burgerplatform gaven de deelnemers aan dat ze bij een hulpvraag behoefte hebben aan een zorgprofessional die kennis heeft over het lichaam als geheel. Ook gaven de deelnemers aan dat zij een voorkeur hebben voor een zorgprofessional met wie zij een goede band hebben en die hun voorgeschiedenis kent. Zij komen daardoor vaak bij de huisarts uit. Dit sluit aan bij eerdere onderzoeken naar de huisartsenzorg, waaruit bleek dat mensen het vooral belangrijk vinden dat huisartsen deskundig en betrokken zijn en dat er sprake is van een vertrouwensband met de huisarts (Brabers & De Jong, 2019; Patiëntenfederatie Nederland, 2021). De voorkeur voor de huisarts vanwege de vertrouwensband lijkt erop te wijzen dat een groot deel van de deelnemers aan het Burgerplatform een vaste huisarts heeft. Onder de algemene bevolking in Nederland gaf ongeveer zes op de tien mensen in 2022 aan een vaste huisarts te hebben. Zo'n 40% gaf aan een vaste huisartsenpraktijk te hebben (Holst et al., 2023). De gezondheidssituatie van de deelnemers kan een rol spelen in het belang dat zij hechten aan een vertrouwensband met een vaste huisarts. Relatief veel deelnemers gaven aan gezondheidsproblemen te hebben. Mogelijk vinden mensen zonder gezondheidsproblemen de band met hun huisarts minder belangrijk. Zij staan er mogelijk meer voor open om een andere zorgverlener dan de huisarts te bezoeken wanneer zij een hulpvraag hebben. Daarbij is het van belang dat er aandacht is voor de bekostiging. De voorkeur van deelnemers voor de huisarts kwam deels ook voort uit het feit dat er geen kosten zijn verbonden aan een bezoek aan de huisarts, terwijl dat voor andere eerstelijnszorgprofessionals vaak wel het geval is. Aanpassingen in de financiering kunnen helpen om patiënten naar andere zorgprofessionals toe te leiden.

Deelnemers vonden het soms lastig om te bepalen bij welke zorgverlener zij terecht kunnen met hun hulpvraag. Volgens hen kan informatie vanuit de overheid of andere organisaties burgers hierbij helpen, bijvoorbeeld via één duidelijke website voor gezondheidsvragen. De deelnemers vonden het belangrijk dat informatie niet alleen via digitale kanalen wordt verstrekt, omdat niet alle burgers over voldoende digitale vaardigheden beschikken. Voor deze groep zouden fysieke aanspreekpunten in de wijk een uitkomst kunnen bieden. Een website zoals Thuisarts.nl kan burgers die voldoende digitaal vaardig zijn helpen bij de vraag of ze naar de huisarts moeten. Eerder onderzoek liet zien dat het zorggebruik in de huisartspraktijk is afgenomen na de lancering van Thuisarts.nl (Spoelman et al., 2017). Het kan daarom helpend zijn vergelijkbare initiatieven te ontwikkelen voor andere eerstelijnszorgprofessionals. Maar ook wanneer de informatievoorziening verbeterd wordt, dachten de deelnemers dat het niet haalbaar is dat alle burgers in 2030 weten welke hulpvragen tot hun eigen verantwoordelijkheid behoren en voor welke hulpvragen zij een beroep kunnen doen op de eerstelijnszorg, en indien zij een beroep doen op de eerstelijnszorg, bij welke zorgprofessional zij terecht kunnen. Ook uit eerder onderzoek blijkt dat niet alle burgers onder alle omstandigheden in staat zijn tot de mate van redzaamheid die van hen verwacht wordt (WRR, 2017). Het is van belang om oog te hebben voor deze groep bij het ontwikkelen van de visie op de eerstelijnszorg.

Tijdens het Burgerplatform kwam naar voren dat de deelnemers behoefte hebben aan informatie. Het is voor de deelnemers niet altijd duidelijk waar ze terecht kunnen met hun hulpvragen. Wanneer de visie op de eerstelijnszorg definitief is, is het van belang dat deze vanuit de betrokken partijen helder en eenduidig wordt gecommuniceerd naar burgers. Op deze manier weten zij welke veranderingen in de organisatie van de eerstelijnszorg ze kunnen verwachten en waar ze in welke situatie met welke hulpvraag terecht kunnen.

## 8.4 Vervolgonderzoek

Dit onderzoek was een eerste stap om het perspectief van burgers te betrekken bij het toekomstbestendig maken van de eerstelijnszorg. Met behulp van een Burgerplatform is inzicht geboden in de knelpunten die de deelnemers ervaren binnen de eerstelijnszorg en de manier waarop zij aankijken tegen een aantal onderwerpen uit het discussiedocument. Een Burgerplatform is een goede methode om een diversiteit in meningen en behoeften onder een brede groep burgers ten aanzien van een actuele, complexe kwestie in de gezondheidszorg in kaart te brengen. De resultaten van een Burgerplatform 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. Daarnaast kan vervolgonderzoek zich richten op het perspectief van kwetsbare, moeilijk bereikbare groepen burgers. Door de gebruikte wervingsmethode waren mensen die niet digitaal vaardig waren, evenals laaggeletterden, ondervertegenwoordigd binnen de groep deelnemers. Voor deze groepen burgers is een Burgerplatform in mindere mate geschikt, gezien het feit dat informatie bijvoorbeeld via presentaties met tekst wordt aangeleverd en dat bij opdrachten wordt gevraagd om te schrijven en/of via Mentimeter te stemmen. Om inzicht te krijgen in hun perspectief zou een aangepaste variant van het Burgerplatform kunnen worden georganiseerd, waarbij werkvormen kunnen worden toegespitst op de vaardigheden van de beoogde deelnemers.

De eerstelijnszorg is breder dan de onderwerpen die tijdens het Burgerplatform zijn behandeld. Zo is de uitstroom vanuit de tweedelijnszorg naar de eerstelijnszorg niet aan bod gekomen. Ook is gevraagd naar de ervaringen van de deelnemers zelf. Doordat weinig deelnemers ervaring hadden met bijvoorbeeld wijkverpleging, is dit beperkt aan bod gekomen. We weten niet hoe de deelnemers denken over aspecten van de eerstelijnszorg die niet zijn besproken. Door middel van focusgroepen rondom een specifiek thema zou meer inzicht kunnen worden verkregen in de onderwerpen die niet of beperkt aan bod zijn gekomen tijdens het Burgerplatform. Ten slotte wordt aanbevolen om de ontwikkelingen binnen de eerstelijnszorg als gevolg van het visietraject te monitoren. Op deze manier kan worden achterhaald of de ontwikkelingen bijdragen aan de gestelde doelen of dat bijstelling gewenst is.

## 8.5 Aandachtspunten

Op basis van de resultaten van dit Burgerplatform kunnen de volgende aandachtspunten worden geformuleerd:

- **Behoeften verschillen.** Er zijn verschillen in de behoeften van deelnemers met betrekking tot de eerstelijnszorg. Deelnemers met een chronische aandoening en/of deelnemers die veel zorg gebruiken, lijken andere wensen en behoeften te hebben dan deelnemers zonder gezondheidsproblemen. Deze verschillen zitten bijvoorbeeld in het gebruik van hybride zorg en naar welke zorgprofessional men in de eerstelijnszorg toe wil.
- **Niet altijd bekend waar men met hulpvraag terecht kan.** Deelnemers gaven aan dat het niet altijd duidelijk is waar zij met hun hulpvraag terecht kunnen. Ze verwachten ook niet dat dit voor iedereen haalbaar zal zijn in 2030. Informatie vanuit de overheid of andere organisaties kan hier volgens de deelnemers bij helpen. Voor een groot deel van de samenleving kan deze informatie

online verstrekt worden, maar niet alle burgers zijn voldoende digitaal vaardig. Voor hen zouden fysieke aanspreekpunten in de wijk een uitkomst kunnen bieden volgens de deelnemers.

- **Deskundigheid is belangrijk.** Wanneer de deelnemers een hulpvraag hebben, hebben ze behoefte aan een zorgprofessional die deskundig is en hun voorgeschiedenis kent. Zij komen hierdoor vaak uit bij de huisarts.
- **Financiering van zorg is van invloed op keuzes.** De kosten spelen voor de deelnemers een rol in de keuze naar welke zorgprofessional zij toe gaan. Ze noemden dat er geen kosten zijn verbonden aan een consult bij de huisarts, in tegenstelling tot een consult bij veel andere eerstelijnszorgprofessionals. Aanpassingen in de financiering zouden kunnen helpen om de deelnemers naar andere zorgprofessionals toe te leiden.
- **Extra ondersteuning nodig voor bepaalde groepen.** Volgens de deelnemers aan het Burgerplatform beschikken niet alle burgers over voldoende vaardigheden om zelfstandig hun weg te kunnen vinden binnen de eerstelijnszorg.
- **Keuzevrijheid lijkt heel belangrijk te zijn.** Deelnemers gaven aan zelf te willen kiezen of een consult bij een zorgprofessional fysiek of digitaal plaatsvindt. Ook vinden ze het belangrijk om zelf een zorgverlener te kunnen kiezen en willen ze zelf kunnen bepalen naar welke eerstelijnszorgprofessional zij gaan met hun hulpvraag.
- **Samenwerking niet persé op een locatie.** Deelnemers zagen voordelen van meer samenwerking tussen de eerstelijnszorg en het sociaal domein voor de kwaliteit van zorg, maar gaven aan dat deze partijen niet fysiek onder één dak gehuisvest hoeven te zijn.
- **Eén aanspreekpunt gewenst.** Wanneer verschillende zorgprofessionals samenwerken om samenhangende hulpvragen te kunnen beantwoorden, is het volgens de deelnemers belangrijk dat er richting de patiënt één aanspreekpunt is.

## Literatuur

Brabers, A., & De Jong, J. (2019). Toekomst van de huisartsenzorg. Het perspectief van de burger. Resultaten van een enquête onder burgers. Nivel.

Holst, L., Brabers, A., & De Jong, J. (2023). Sinds 2020 geven steeds minder patiënten aan dat huisarts voldoende tijd voor hen neemt; wel zijn ze over het algemeen tevreden. Nivel.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022). Integraal Zorgakkoord. Samen werken aan gezonde zorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Patiëntenfederatie Nederland (2021). Rapport huisartsenzorg. Patiëntenfederatie Nederland.

Patiëntenfederatie Nederland (2023). Onderzoek ervaringen met huisartsenzorg. Patiëntenfederatie Nederland.

Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) (2023). De basis op orde. Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg. RVS.

Spoelman, W., Bonten, T., De Waal, M., Drenthen, T., Smeele, I., Nielen, M., & Chavannes, N.H. (2017). De invloed van Thuisarts.nl op het zorggebruik. *Huisarts en Wetenschap*, 60(6), 260-263.  
<https://doi.org/10.1007/s12445-017-0166-9>.

Triemstra, M., Boeije, H., Francke, A., & De Boer, D. (2020). Leidraad Burgerplatform Nivel. Nivel.

Van der Vaart, R., Van Tuyl, L.H.D., Versluis, A., Wouters, M.J.M., Van Deursen, L., Standaar, L., Aardroom, J.J., Alblas, E.E., & Suijkerbuijk, A.W.M. (2023). E-healthmonitor 2022. Stand van zaken digitale zorg. RIVM.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) (2017). Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid. WRR.

## Bijlage A Het programma van het Burgerplatform

Het Burgerplatform vond plaats op woensdag 14 juni 2023 van 09:00 tot 15:30 uur. Het programma van het Burgerplatform is samengesteld door onderzoekers van het Nivel. De inhoud van het volledige programma wordt weergegeven in tabel A.1.

Tabel A.1 *Programma van het Burgerplatform*

Opzet van programma Burgerplatform Visie op de eerstelijnszorg in 2030, 14 juni 2023			
Begintijd	Eindtijd	Onderwerp	Doel
09:00 uur	09:30 uur	Inloop	
09:30 uur	09:55 uur	Opening en kennismaking	Voorstellen, uitleg programma, thema en de opzet van de dag toelichten, ondertekenen toestemmingsformulieren
09:55 uur	10:15 uur	Introductie: vaststellen wat tot de eerstelijnszorg behoort	Vaststellen welke zorgprofessionals en organisaties tot de eerstelijnszorg behoren
10:15 uur	11:00 uur	Blok 1: Ervaringen van burgers met eerstelijnszorg	In kaart brengen wat burgers graag willen behouden binnen de eerstelijnszorg en welke knelpunten zij op dit moment ervaren
11:00 uur	11:15 uur	Pauze	
11:15 uur	11:30 uur	Presentatie door het Ministerie van VWS	Uitleggen wat het doel van het onderzoek is, waarom het belangrijk is om het perspectief van de burger mee te nemen en wat VWS gaat doen met de informatie uit het BP
11:30 uur	12:15 uur	Blok 2: Gebruik van de eerstelijnszorg	Achterhalen of burgers de weg weten naar de juiste hulpverlener/plek en hoe dat verbeterd zou kunnen worden; achterhalen hoe duidelijk gemaakt kan worden wat er onder de eigen verantwoordelijkheid valt van de burger, volgens burgers
12:15 uur	13:00 uur	Lunch	
13:00 uur	13:15 uur	Presentatie door prof. dr. Ronald Batenburg over uitdagingen binnen de eerstelijnszorg	Globaal uitleggen tegen welke uitdagingen de eerstelijnszorg aanloopt
13:15 uur	14:15 uur	Blok 3: Hybride zorg	Inventariseren hoe burgers aankijken tegen hybride eerstelijnszorg
14:15 uur	14:30 uur	Pauze	
14:30 uur	15:15 uur	Blok 4: Breed maatschappelijk centrum in de wijk	Inventariseren hoe burgers aankijken tegen een breed maatschappelijk centrum in de wijk met meerdere organisaties onder één dak
15:15 uur	15:30 uur	Afsluiting	

## Bijlage B Mindmaps ervaringen met de eerstelijnszorg

Figuur B.1 Voorbeeld mindmap 'Wat wilt u graag behouden binnen de eerstelijnszorg?'



Figuur B.2 Voorbeeld mindmap 'Welke knelpunten ervaart u nu binnen de eerstelijnszorg?'



## Bijlage C Stellingen over hybride eerstelijnszorg

Aan de deelnemers zijn elf stellingen voorgelegd over de hybride eerstelijnszorg. Dit waren de volgende stellingen:

1. Ik kan mijn zorgvraag beter overbrengen in een fysiek consult dan een digitaal consult.
2. Ik kies voor een digitaal consult in plaats van een fysiek consult als mijn wachttijd wordt gehalveerd.
3. Ik kijk altijd op Thuisarts.nl. voordat ik contact opneem met de huisartsenpraktijk.
4. Ik ben het ermee eens dat de eerstelijnszorg bepaalt of een consult fysiek of digitaal plaatsvindt.
5. Ik sta ervoor open om het eerste contact over een gezondheidsvraag met een medische chatbot te hebben.
6. Digitale zorg zorgt ervoor dat ik op een moment dat het mij uitkomt contact kan opnemen met een zorgverlener.
7. De inzet van digitale hulpmiddelen zal de kwaliteit van zorg verbeteren.
8. Digitaal vaardige burgers mogen in de toekomst alleen nog maar online een afspraak maken met de eerstelijnszorg.
9. Het thuis meten en via een app doorgeven van bijvoorbeeld bloeddruk geeft patiënten meer gemak.
10. Meer hybride zorg houdt de eerstelijnszorg toegankelijk voor iedereen.
11. Een fysiek consult bij een eerstelijnszorgverlener zorgt voor betere kwaliteit van zorg dan een digitaal consult.

Bij iedere stellingen konden de deelnemers aangeven of ze het eens waren met de stelling, er neutraal tegenover stonden of dat ze het ermee oneens waren.