Rapport

Huisartsenzorg

Datum : Januari 2021
Auteur : Patiëntenfederatie Nederland
Afdeling : Eerstelijns & langdurige zorg

Inhoudsopgave

1. Inleiding 4

1.1 Introductie 4

1.2 Interpreteren van de resultaten 4

1.3 Opzet vragenlijst 5

2. Profiel deelnemers 6

3. Resultaten 9

3.1 Algemene vragen over de huisartsenpraktijk 9

3.1.1 Contact met de huisartsenpraktijk 10

3.1.2 Stellingen huisartsenzorg 13

3.1.3 Waardering huisarts(enpraktijk) 14

3.2 Fysieke afspraak 15

3.3. Digitaal of telefonisch contact met de huisarts 21

3.3.1 Een digitale of telefonische afspraak 22

3.3.2 Online mogelijkheden huisartspraktijk 24

3.4 Het vinden van een andere huisarts 27

3.4.1 Redenen voor overstappen en keuze voor een huisartspraktijk 28

3.4.2 Belemmeringen bij het overstappen 30

3.4.3 Toelichtingen bij overstappen 31

3.5 Verwijzingen 32

3.5.1 Verwijzing naar een andere zorgverlener 32

3.5.2 Terugkoppeling informatie 35

3.5.3 Poortwachtersfunctie huisarts 37

3.6 Preventie 38

4.6.1 Praten over preventie 38

3.6.2 (Meer) aandacht voor preventie 41

4. Conclusies 43

4.1 Huisartsenpraktijk algemeen 43

4.2 Toegankelijkheid 44

4.3 Digitaal of telefonisch contact 45

4.4 Het vinden van een andere huisarts 46

4.5 Verwijzingen 46

4.6 Preventie 47

5. Aanbevelingen 48

Aanbeveling 1: Werk aan meer toegangsmogelijkheden 48

Aanbeveling 2: Doe meer digitaal 49

Aanbeveling 3: Regel een regionaal opvangnetwerk voor mensen die niet terechtkunnen bij een huisarts 49

Aanbeveling 4: Preventie: Ga in gesprek en bouw een lokaal netwerk 50

Tot slot 50

1. Inleiding

1.1 Introductie

In oktober en november 2020 konden mensen hun ervaring met huisartsenzorg melden. Bijvoorbeeld over het contact met hun huisarts of praktijkondersteuner, digitaal contact, verwijzingen en hoe de praktijk is georganiseerd. Eerder konden mensen ook al hun ervaring met huisartsenzorg melden. Onder andere een gebrekkig inzicht in de kwaliteit en overstappen naar een andere huisarts bleken toen een probleem. Bij het Nationaal Zorgnummer [1] ging in 2020 ongeveer 10% van de vragen en meldingen over huisartsenzorg. De top vijf van onderwerpen was: overstappen en kiezen van een andere huisarts, medisch dossier, klacht over de huisarts, geen verwijzing naar een andere zorgverlener, geen medische verklaring.

In de vier jaren sinds de vorige meldactie is voor de huisartsenzorg een aantal ontwikkelingen te zien, dat ertoe heeft geleid dat de meldactie van 2020 op andere onderwerpen ingaat. Zo zijn de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde aangepast, zien we een toenemend tekort aan huisartsen en is in het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg werk gemaakt van een aantal belangrijke onderwerpen. Denk daarbij onder meer aan digitalisering, meer tijd voor de patiënt, samen beslissen en samenwerking in de regio. Het verschil met de vorige meldacties (2014 en 2016) is dan ook dat er nu bijvoorbeeld gevraagd is naar de relatie met de huisarts, de ervaring van patiënten met de hoeveelheid tijd die de huisarts heeft en over de verschillende vormen van contact met praktijk en de zorgverleners. Ook wordt ingegaan op verwijzen en preventie.

Voor Patiëntenfederatie Nederland is het belangrijk om te weten welke recente ervaringen mensen hebben met de huisartsenzorg. Daarom wordt in deze meldactie gevraagd naar de ervaringen van het afgelopen jaar (4e kwartaal 2019 t/m november 2020). Wat gaat goed en wat moet beter? Met die insteek wil Patiëntenfederatie Nederland op basis van de ervaringen van patiënten met zorgaanbieders en verzekeraars werken aan behoud van goede zorg en verbetering waar dat nodig is.

1.2 Interpreteren van de resultaten

Het Zorgpanel van Patiëntenfederatie Nederland is een vaste groep van ruim 24.000 mensen met veel ervaring met de zorg. Het Zorgpanel is niet volledig representatief voor de Nederlandse bevolking. Jonge mensen zijn ondervertegenwoordigd en deelnemers zijn vaker hoog opgeleid. Daarnaast hebben relatief veel mensen een chronische aandoening. Door het grote aantal deelnemers geven de uitkomsten van de meldactie een goed beeld van de ervaringen en mening van de deelnemers.

In deze vragenlijst word gesproken over corona. Daarmee bedoelen we de ziekte COVID-19 die veroorzaakt wordt door het coronavirus SARS-CoV-2. Met coronamaatregelen bedoelen we de maatregelen die de Nederlandse overheid heeft genomen om de verspreiding van COVID-19 te beperken. Deze vragenlijst gaat voor een groot deel over de periode waarin corona in Nederland was en waarin ook coronamaatregelen van kracht waren. De antwoorden in deze vragenlijst moeten worden beschouwd in deze context en kunnen daar niet los van worden gezien.

De resultaten en conclusies van deze meldactie hebben voor Patiëntenfederatie Nederland een signaalfunctie. We vinden het belangrijk dat deze signalen worden opgepakt door zorgverleners, zorginstellingen, zorgverzekeraars en de overheid.

[1] Het Nationale Zorgnummer is een landelijk aanspreekpunt voor vragen over de zorg.

1.3 Opzet vragenlijst

Om een actuele stand van zaken te geven is de deelnemers eerst gevraagd of zij in de afgelopen 12 maanden contact hebben gehad met de huisarts en/of huisartsenpraktijk.

De vragenlijst bevatte de volgende hoofdonderwerpen:

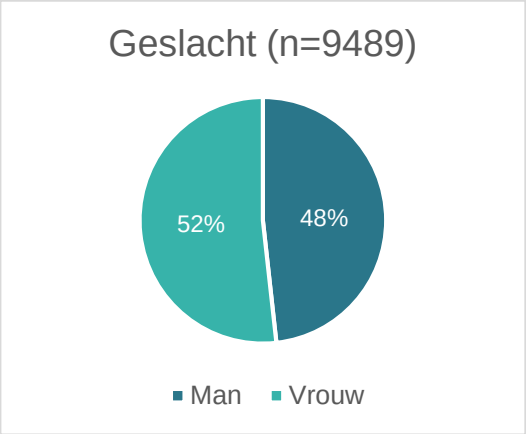
- Algemene vragen over de huisartsenpraktijk
- Fysieke afspraak maken
- Digitaal of telefonisch contact
- Het vinden van een andere huisarts
- Verwijzingen
- Preventie

De aantallen antwoorden kunnen per vraag verschillen, aangezien deelnemers niet alle vragen verplicht hoefden te beantwoorden. Soms komen totale percentages boven 100% uit. Dit kan komen door afronding van cijfers, maar ook doordat bij sommige vragen meer antwoorden mogelijk zijn.

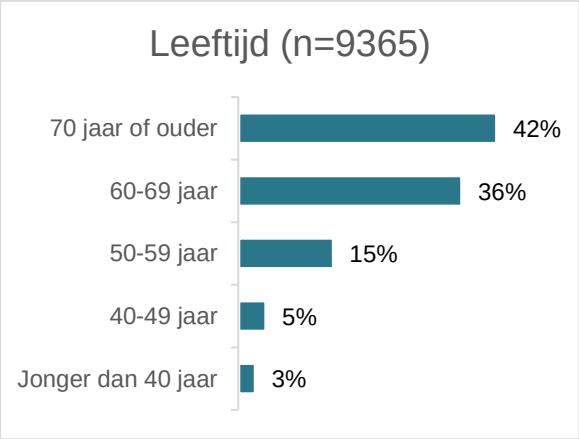
2. Profiel deelnemers

In totaal hebben 9528 mensen aan deze meldactie deelgenomen. Zij hebben in de afgelopen 12 maanden allemaal contact gehad met hun huisarts en/of huisartsenpraktijk.

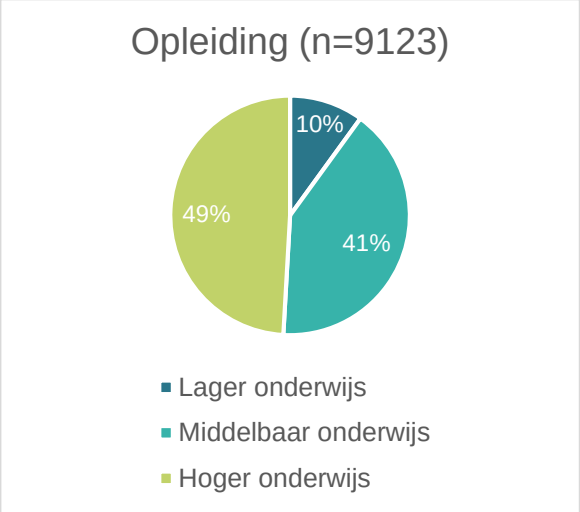
- 52% van de deelnemers is vrouw, 48% is man.
- De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 66 jaar.
- Van de deelnemers is 10% lager opgeleid, 41% middelbaar opgeleid en 49% hoger opgeleid.
  - Lager onderwijs: deelnemers met geen onderwijs afgerond, lagere school, lager beroepsonderwijs en voorbereidend of kort middelbaar beroepsonderwijs.
  - Middelbaar onderwijs: deelnemers met middelbaar algemeen onderwijs, middelbaar beroepsonderwijs of voortgezet algemeen onderwijs.
  - Hoger onderwijs: deelnemers met hoger beroepsonderwijs, wetenschappelijk onderwijs of post academisch onderwijs.
- De deelnemers komen vooral uit Zuid-Holland (19%), Noord-Holland (17%), Noord-Brabant (14%) en Gelderland (13%).



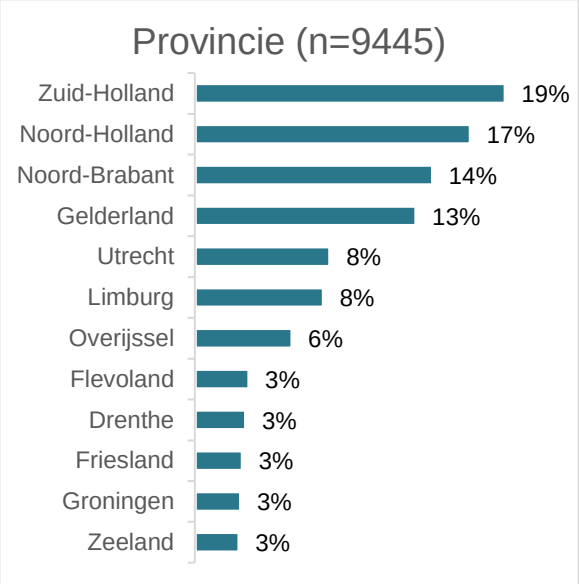
Figuur 1



Figuur 2

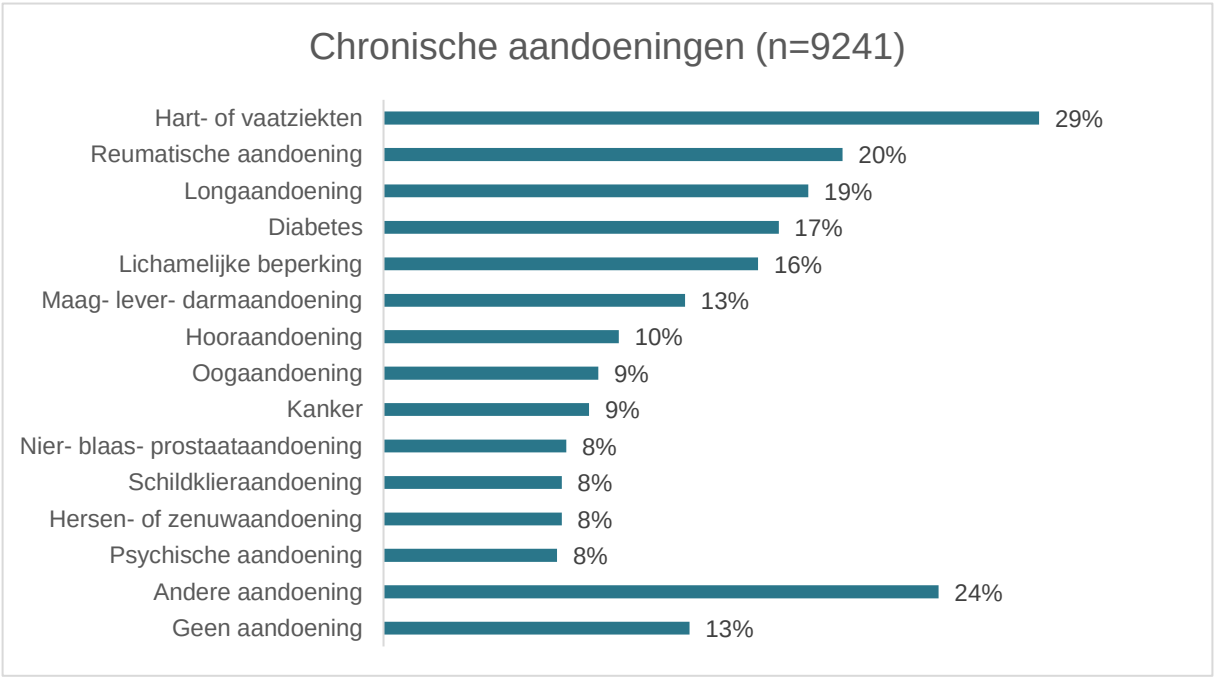


Figuur 3

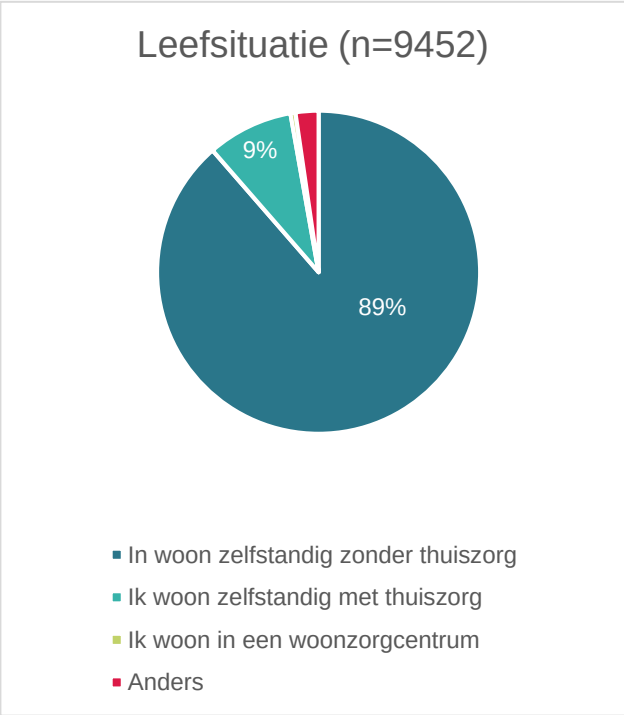


Figuur 4

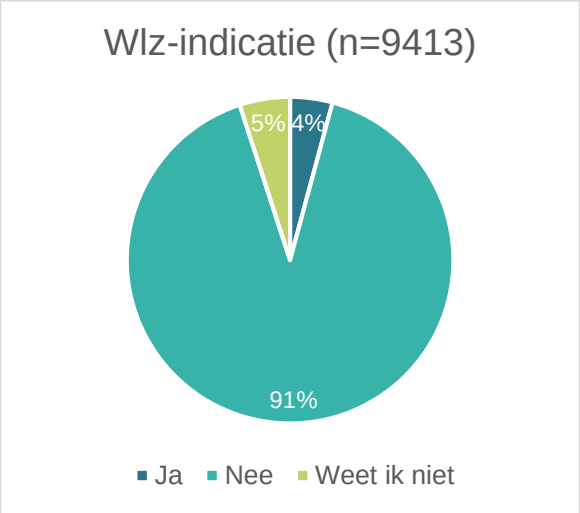
- Van de deelnemers heeft 87% één of meer chronische aandoeningen. Deze deelnemers hebben vaak te maken met hart- of vaatziekten (29%).
- De meeste deelnemers wonen zelfstandig zonder thuiszorg (89%). Daarnaast woont 8% zelfstandig met thuiszorg.
- De meeste deelnemers hebben geen Wlz-indicatie (91%).



Figuur 5. Meerdere antwoorden mogelijk.



Figuur 6



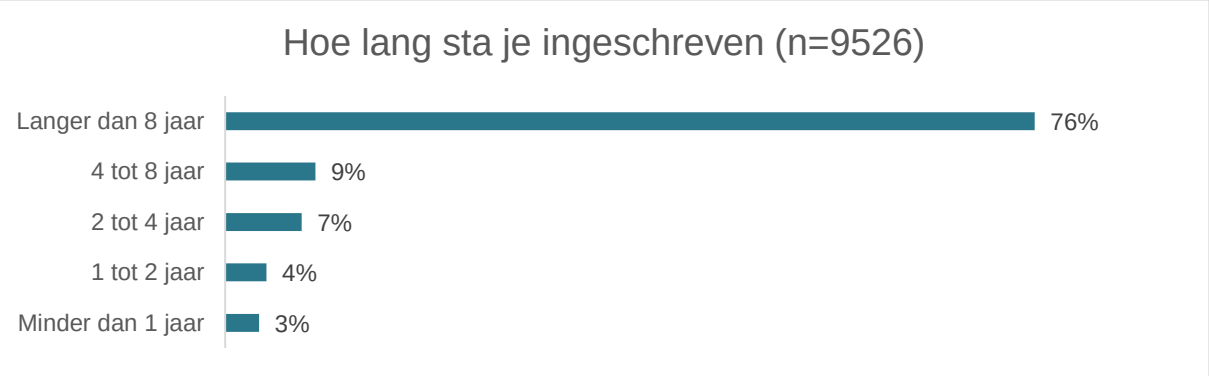
Figuur 7

3. Resultaten

Als eerste is gevraagd of mensen in de afgelopen 12 maanden contact hebben gehad met iemand binnen de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld de huisarts, praktijkondersteuner (POH) of assistent. Als mensen hier nee antwoordden, stopte voor hen de vragenlijst. De resultaten in dit hoofdstuk gaan over de 9528 mensen die in de afgelopen 12 maanden wel contact hebben gehad met de huisartsenpraktijk.

3.1 Algemene vragen over de huisartsenpraktijk

Driekwart van de deelnemers staat al langer dan acht jaar ingeschreven bij hun huidige huisartsenpraktijk. De rest staat korter bij hun huidige huisartsenpraktijk ingeschreven.



Figuur 8

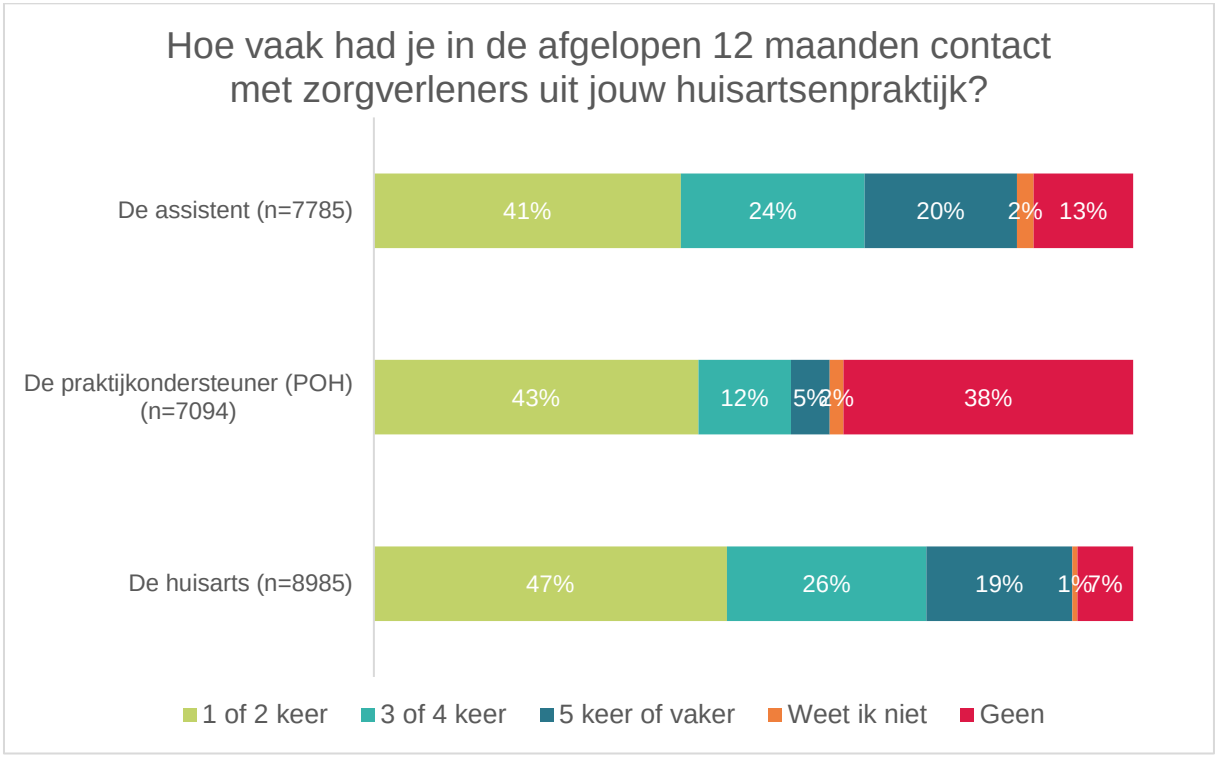
De huisartsen van mensen werken vaak in een groepspraktijk (44%) of gezondheidscentrum (27%), en zijn minder vaak een praktijk van één of meerdere zelfstandig werkende huisartsen.



Figuur 9

3.1.1 Contact met de huisartsenpraktijk

Mensen hadden de afgelopen 12 maanden regelmatig contact met de huisarts en de assistent, en in mindere mate met de praktijkondersteuner. 1 op de 5 heeft 5 keer of vaker per jaar contact met de huisarts en/of assistent.



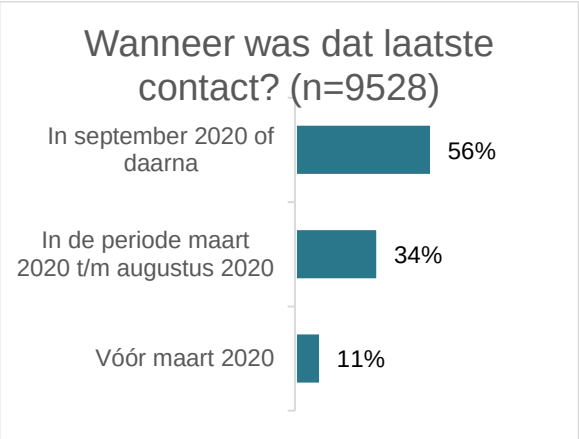
Figuur 10

De deelnemers is gevraagd naar hun laatste contact met de huisartsenpraktijk. Met wie was dat, op welke manier, hoe vaak, wanneer en voor wie?

De deelnemers hadden meestal contact met de huisarts en/of doktersassistent. Het laatste contact was meestal binnen de coronaperiode (maart 2020 of daarna), en het contact hadden deelnemers bijna altijd voor zichzelf (95%).



Figuur 11. Meerdere antwoorden mogelijk.

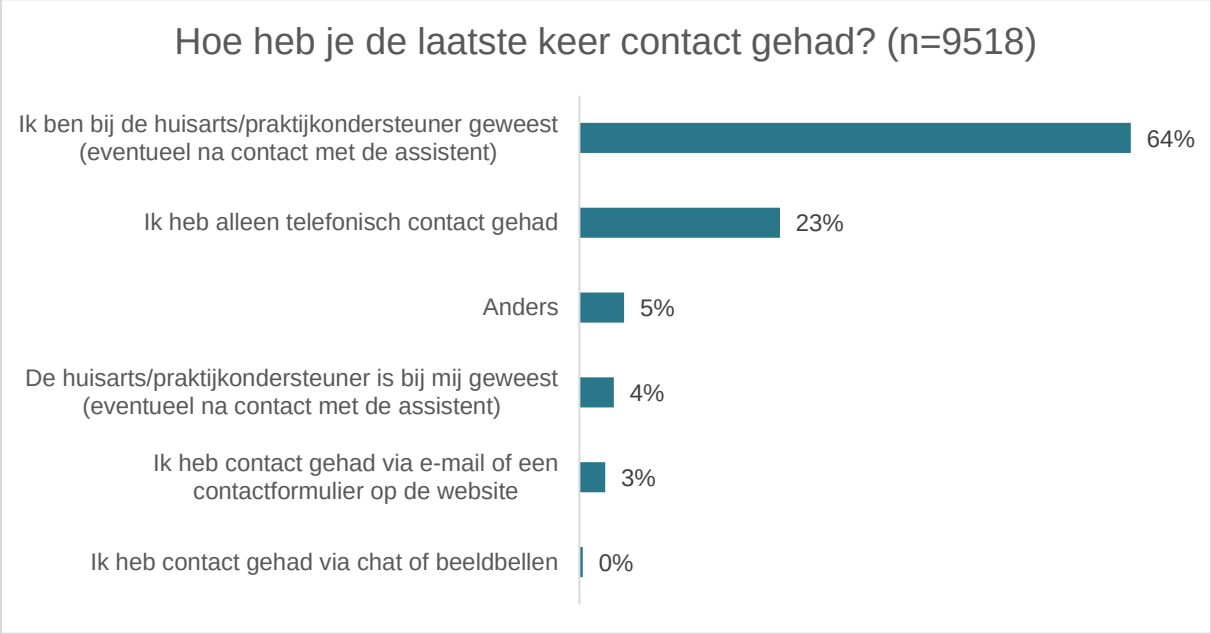


Figuur 12



Figuur 13. Meerdere antwoorden mogelijk.

Mensen zijn het meest voor een consult bij de huisarts of praktijkondersteuner geweest (of diegene kwam naar hen toe) (68%) of zij hebben alleen telefonisch contact gehad (23%). Bij een kleinere groep mensen verliep het laatste contact via e-mail of contactformulier (n=289) of via chat of beeldbellen (n=37). In de categorie 'anders' geven deelnemers regelmatig aan bij de assistent te zijn geweest, bijvoorbeeld voor een prik of bloeddrukmeting.

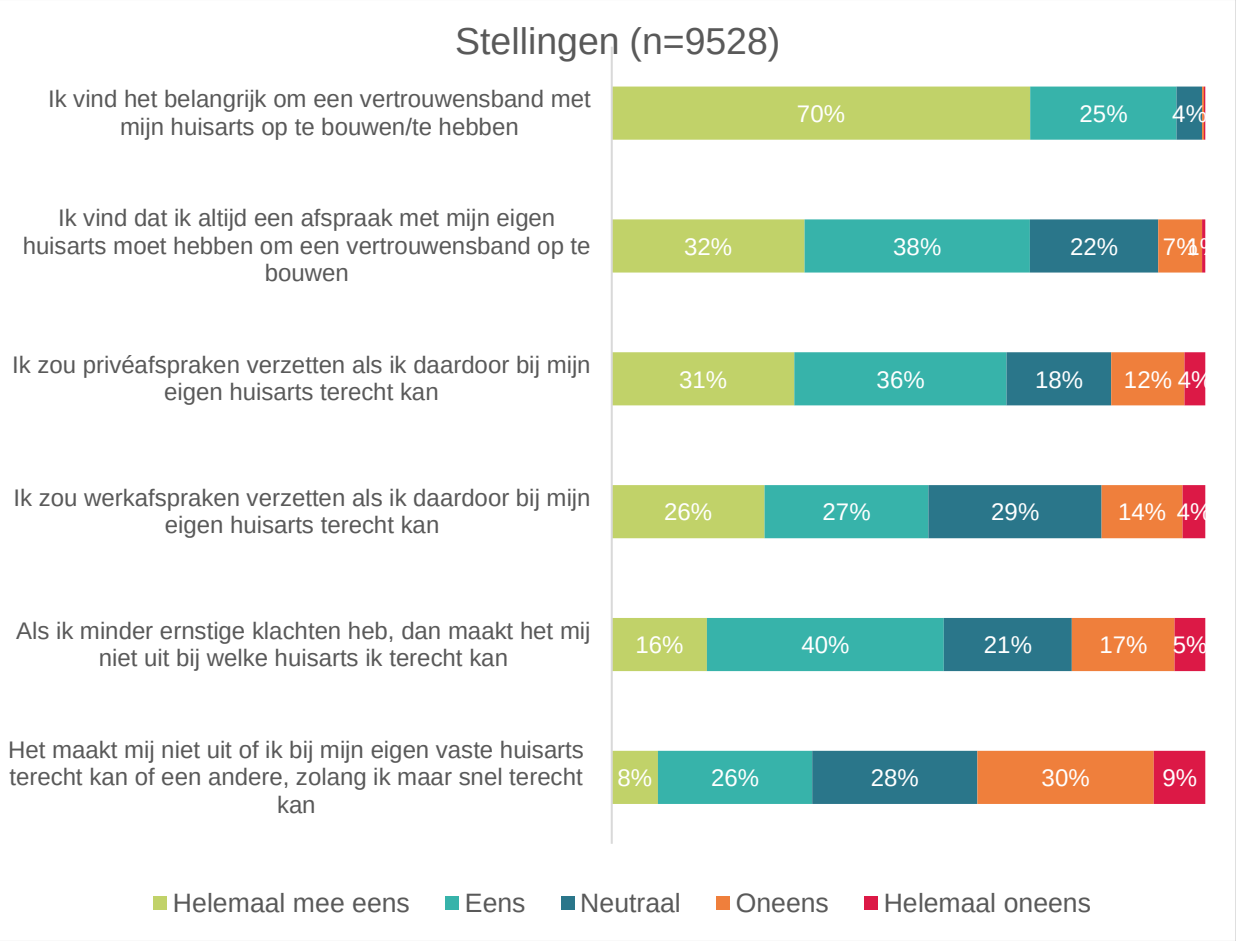

Hoe heb je de laatste keer contact gehad? (n=9518)
Ik ben bij de huisarts/praktijkondersteuner geweest (eventueel na contact met de assistent)
64%
Ik heb alleen telefonisch contact gehad
23%
Anders
5%
De huisarts/praktijkondersteuner is bij mij geweest (eventueel na contact met de assistent)
4%
Ik heb contact gehad via e-mail of een contactformulier op de website
3%
Ik heb contact gehad via chat of beeldbellen
0%

Figuur 14

3.1.2 Stellingen huisartsenzorg

Mensen kregen een aantal stellingen voorgelegd over de vertrouwensband met de huisarts. Zij konden daarbij aangeven in hoeverre ze het eens waren met de stelling. Daaruit blijkt dat mensen de vertrouwensband met de huisarts erg belangrijk vinden, 95% is het eens met de stelling. 7 van de 10 mensen vinden ook dat het nodig is om altijd een afspraak bij de eigen huisarts te hebben, om deze band op te kunnen bouwen (70%).

Bij minder ernstige klachten zijn mensen vaker bereid om naar een andere huisarts te gaan (56%). Voor een snellere afspraak zijn ze minder vaak bereid om naar een andere huisarts te gaan (34%).



Figuur 15

Bij de stelling over de vertrouwensband met de huisarts, in relatie tot de frequentie van contact met de huisarts, zijn 2 groepen met elkaar vergeleken:

- Groep A: de groep die in de afgelopen 12 maanden 5 keer of vaker contact heeft gehad met de huisarts (n=1726).
- Groep B: de groep die in de afgelopen 12 maanden geen contact heeft gehad met de huisarts (n=659).

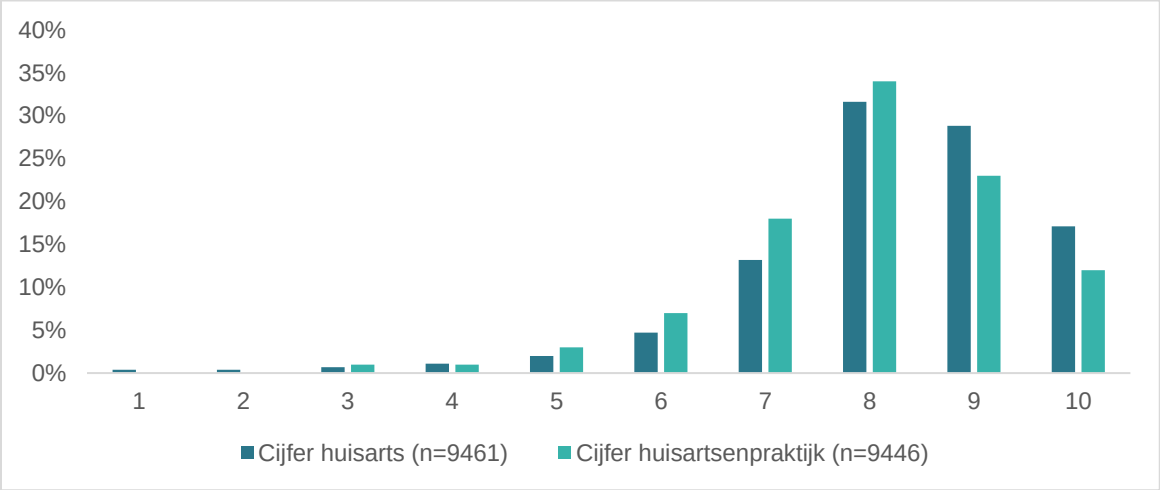
Daaruit blijkt dat groep A het in 97% van de gevallen eens of helemaal eens is met de stelling dat het opbouwen van een vertrouwensband met de huisarts belangrijk is, versus 89% in groep B. Ook vindt groep A vaker dat ze een afspraak met de eigen huisarts moeten hebben, om die vertrouwensband op te kunnen bouwen (74% vs. 66% eens of helemaal eens met de stelling).

3.1.3 Waardering huisarts(enpraktijk)

Mensen gaven hun huisarts gemiddeld een 8,2 en hun huisartsenpraktijk gemiddeld een 7,9.

Dit cijfer verschilt tussen de deelnemers die van huisarts wilden of moesten veranderen, en de deelnemers die dit niet wilden of moesten (de resultaten daarvan komen in paragraaf 3.4 aan bod). Deelnemers die wilden of moesten veranderen gaven gemiddeld een 6,8 voor de huisarts en een 6,7 voor de huisartsenpraktijk. Deelnemers die niet moesten of wilden veranderen gaven de huisarts gemiddeld een 8,4 en de huisartsenpraktijk gemiddeld een 8,0.

Deelnemers die 5 keer per jaar of vaker bij de huisarts kwamen in het afgelopen jaar geven de huisarts gemiddeld een 8,5. Deelnemers die afgelopen jaar niet bij de huisarts kwamen geven de huisarts gemiddeld een 7,8.



Figuur 16

3.2 Fysieke afspraak

Op de vraag hoe snel mensen terechtkonden voor een fysieke afspraak, gaven de meeste mensen aan dat ze binnen 3 werkdagen terechtkonden (80%). 29% van de deelnemers kon al dezelfde dag terecht. 5% van de deelnemers (n=443) kon pas na een week terecht. Er was ook een groep (n=270) die helemaal geen afspraak kon maken, omdat zij niet konden langskomen of de huisarts/praktijkondersteuner niet langs wilde komen.

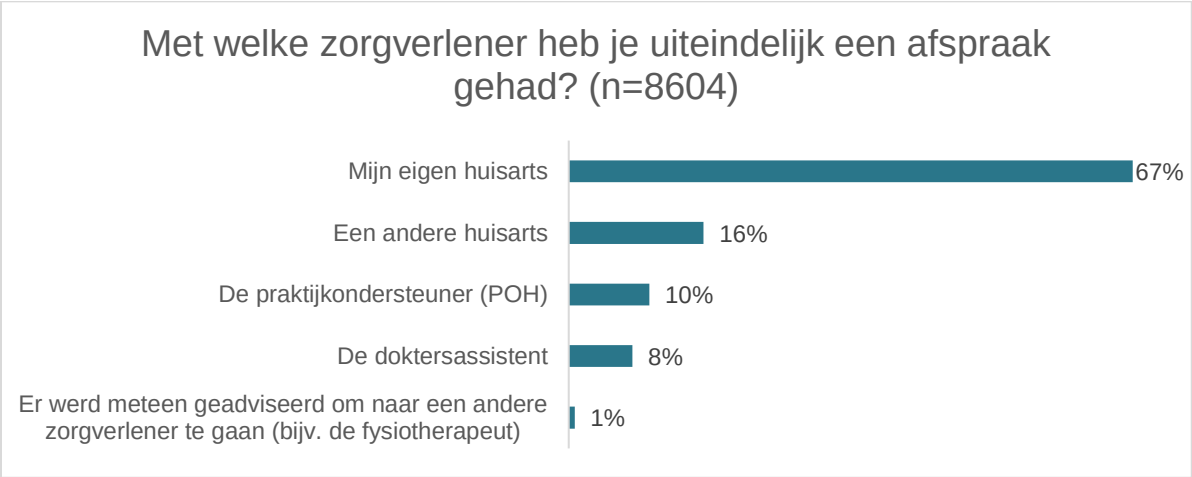
Als de mensen die geen fysieke afspraak wilden maken niet mee worden geteld in het totaal, komt het aantal deelnemers dat binnen drie werkdagen geholpen is op 85% uit.



Figuur 17

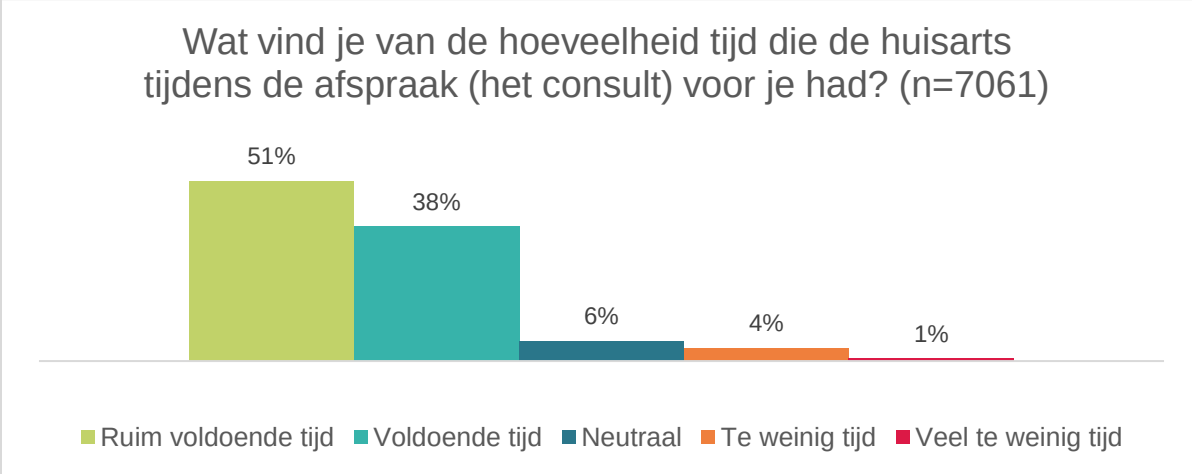
Een aantal vragen dat nu volgt, is afhankelijk van het antwoord op de vraag hoe snel je terechtkon.

Mensen die een afspraak hebben gehad
Aan alle mensen die een afspraak hebben gehad, is gevraagd met welke zorgverlener zij uiteindelijk een afspraak hebben gehad. Tweederde had een afspraak met de eigen huisarts, 16% had een afspraak met een andere huisarts.



Figuur 18

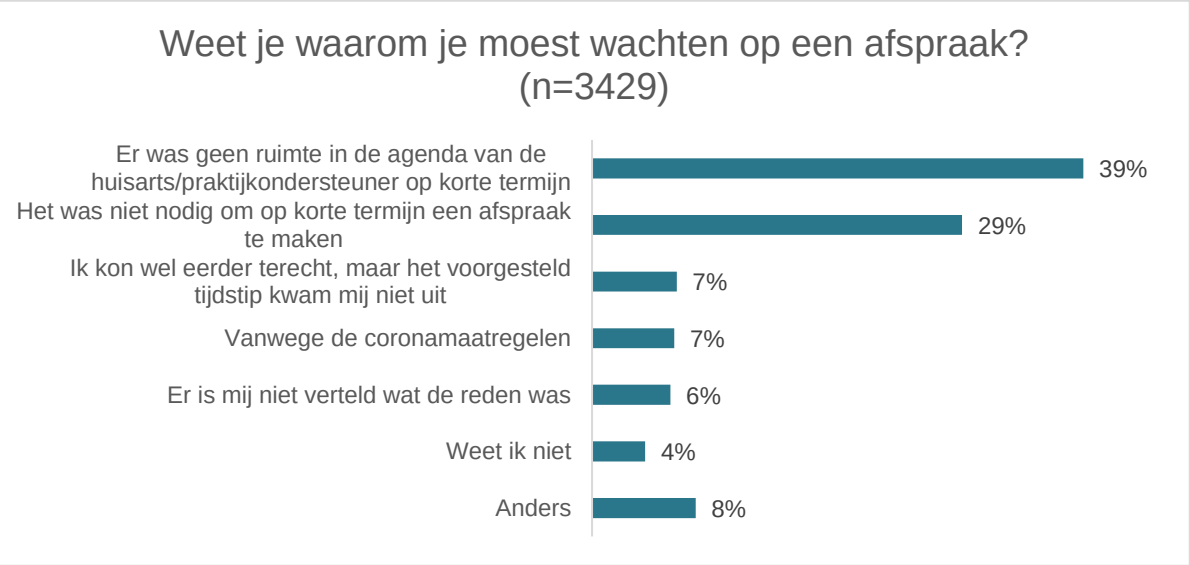
Aan mensen die bij de vorige vraag 'mijn eigen huisarts' of 'een andere huisarts' invulden, werd de vraag gesteld wat ze vonden van de hoeveelheid tijd die de huisarts voor hen had. 89% geeft aan dat ze de hoeveelheid tijd die de huisarts had voldoende of ruim voldoende vonden.



Figuur 19

Mensen die langer dan een dag moesten wachten op een afspraak

Mensen die langer dan een dag moesten wachten op een afspraak gaven aan dat dit meestal te maken had met de beschikbaarheid van de huisarts of praktijkondersteuner (39%) of dat het niet nodig was om op korte termijn een afspraak te maken (29%). 6% van de deelnemers is niet verteld wat de reden is dat zij moesten wachten op een afspraak. In de categorie 'anders' gaven deelnemers bijvoorbeeld aan dat de huisarts niet op alle dagen werkt of op vakantie was.



Figuur 20



Figuur 21

De wachttijd voor een afspraak vonden de meeste mensen geen probleem (81%). Veelgenoemde redenen (of redenen met vergelijkbare strekking) zijn:

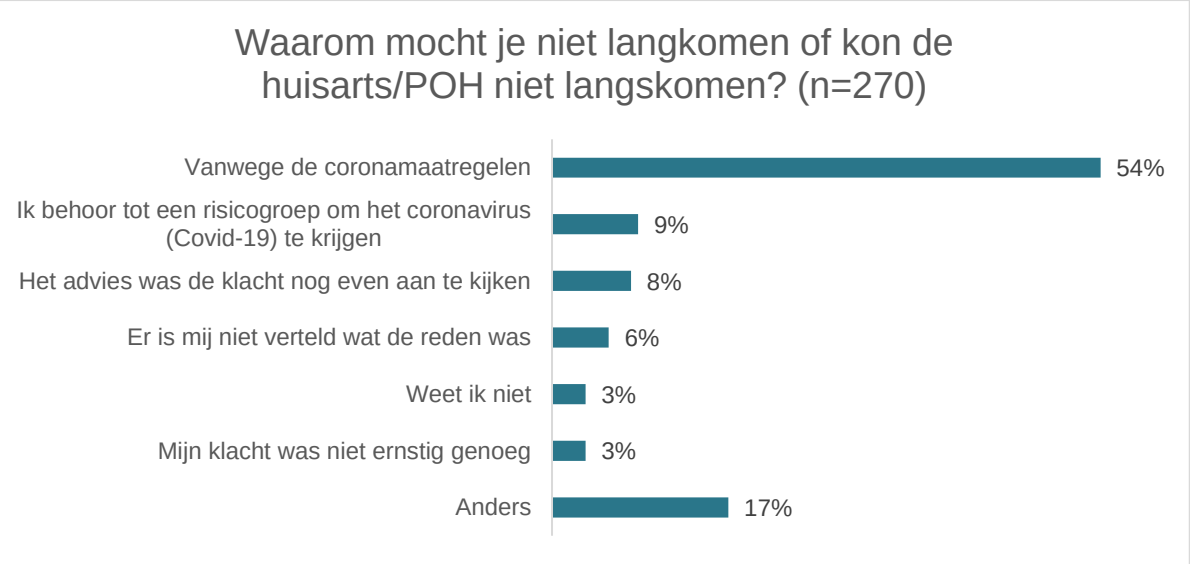
- Geen urgentie / geen acuut probleem / het had geen haast.
- Het ging om een controle.
- Ik heb zelf voor deze datum gekozen (i.v.m. eigen planning).
- Ik begrijp het wel / ik weet dat ik niet de enige ben.
- Ik kon wel wachten.

19% van de mensen vond de wachttijd wel een probleem. Veelgenoemde redenen (of redenen met vergelijkbare strekking) zijn:

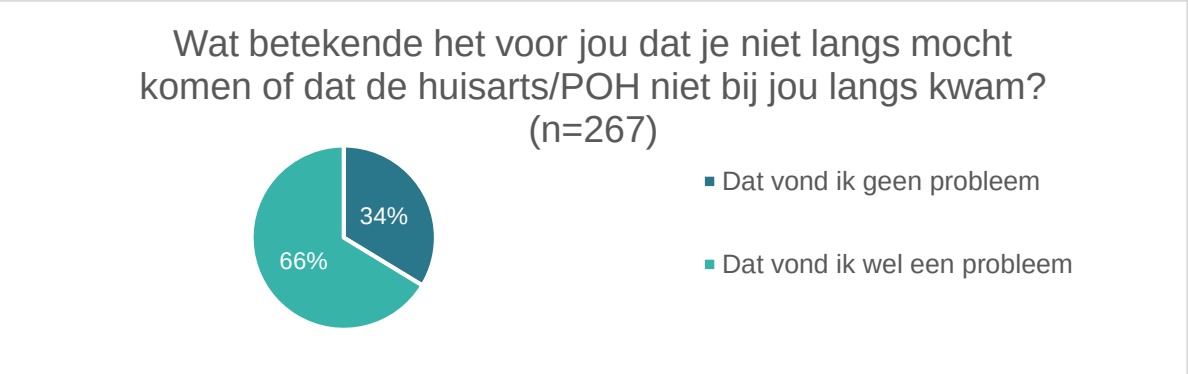
- Ik wilde geholpen worden want ik had (erg veel) klachten.
- De assistent kon het niet goed beoordelen, ik wilde de huisarts spreken.
- Ik maakte me (veel) zorgen.
- Ik vond de wachttijd vervelend.
- Ik had acute klachten / het was spoed.
- Ik vraag het alleen als het echt nodig is / ik bel niet voor niks.

Mensen die geen fysieke afspraak konden maken

Mensen die geen fysieke afspraak konden krijgen, gaven aan dat dit meestal te maken had met de coronamaatregelen (54%). In de categorie 'anders' werd een aantal keer aangegeven dat de klachten telefonisch besproken konden worden.



Figuur 22



Figuur 23

Aan deze groep deelnemers is ook gevraagd wat het voor hen betekende dat zij niet langs mochten komen of dat de huisarts/POH niet bij hen langskwam.
66% van de mensen vond het een probleem dat zij geen afspraak konden maken. Veelgenoemde redenen (of redenen met vergelijkbare strekking) zijn:

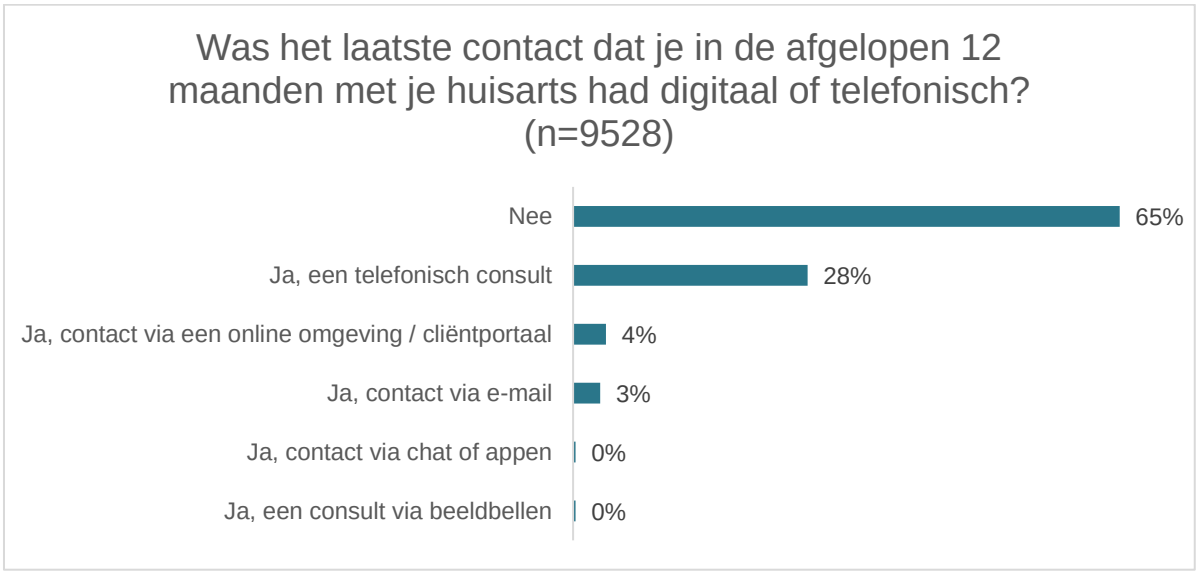
- Ik wilde geholpen worden want ik had (erg veel) klachten.
- Ik maakte me (veel) zorgen.
- De assistent kon het niet goed beoordelen, ik wilde de huisarts spreken.
- Het telefonische contact vond ik niet prettig / ik had liever fysiek contact.
- De diagnose moet fysiek gesteld worden / mijn klacht kan telefonisch niet goed beoordeeld worden.
- Ik voelde me niet serieus genomen.
- Ik vraag het alleen als het echt nodig is / ik bel niet voor niks.

34% van de mensen vond het geen probleem dat zij geen afspraak konden maken. Veelgenoemde redenen (of redenen met vergelijkbare strekking) zijn:

- Het kon telefonisch afgehandeld worden.
- Het was vanwege corona, daar heb ik begrip voor.
- Geen ernstige klacht.

3.3. Digitaal of telefonisch contact met de huisarts

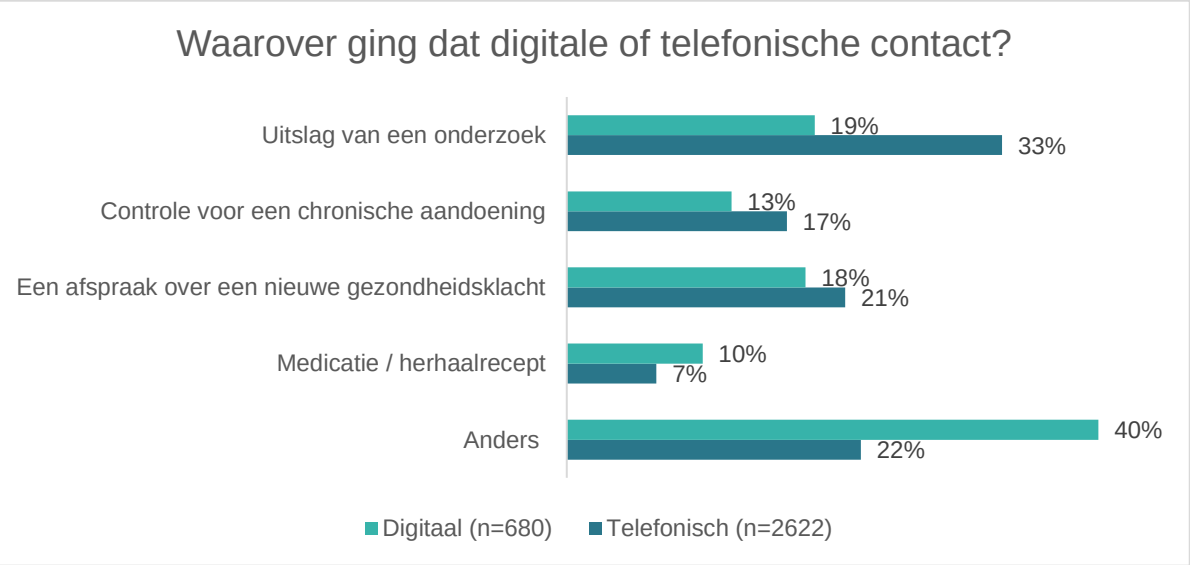
Naast fysiek contact met de huisarts(enpraktijk) is er ook gevraagd of mensen digitaal en/of telefonisch contact hadden. 35% van de deelnemers geeft aan dat het laatste contact met de huisarts telefonisch of digitaal was. Er was nagenoeg geen contact via chat/appen (n=25) of via beeldbellen (n=27).



Figuur 24

3.3.1 Een digitale of telefonische afspraak

De mensen die wel een digitale of telefonische afspraak hadden, is gevraagd waarover dat contact ging. Het digitale of telefonische contact ging meestal over de uitslag van een onderzoek of over een nieuwe gezondheidsklacht. In de categorie 'anders' werden nog diverse zaken benoemd waar het contact over ging, bijvoorbeeld advies voor een specifieke vraag die iemand had of een verwijzing.



Figuur 25

Zowel een digitale als een telefonische afspraak werd gemiddeld met een 8 beoordeeld. De mensen konden daarbij toelichting geven. Hieronder staat een aantal voorbeelden van de antwoorden op die vraag. Veel mensen gingen in op het inhoudelijk wel of niet goed verlopen van de afspraak. In deze voorbeelden laten we antwoorden van mensen zien die (ook) ingingen op het digitale of telefonische karakter van de afspraak.

Deelnemers die een ruime voldoende (8,9 of 10) gaven (71%)

- "Prima, zeer effectief. Foto gemaakt van mijn voet, via beveiligde lijn gestuurd."
- "Systeem functioneert uitstekend"
- "Het was een zeer prettig en opbouwend telefoongesprek."
- "Ook telefonisch nam de huisarts de tijd voor mij. Omdat het telefonisch was, hoefde ik minder uren verlof te vragen op mijn werk."
- "Ondanks het telefonisch consult en geen live gesprek voel ik zijn betrokkenheid."
- "Werkt ook telefonisch zeer nauwkeurig."
- "Prettig en snel antwoord, scheelt veel tijd en vervangt op een goede manier fysiek consult bij minder ernstige klachten."
- "Gemakkelijk om zelf afspraak in te kunnen plannen."
- "We bespraken dezelfde zaken tijdens een telefonisch consult die ook tijdens een 1-op-1 gesprek plaats hebben gevonden. Prima zo. Gesprekken over uitslagen van onderzoeken, mogen wat mij betreft altijd per telefoon gaan."
- "Net zo persoonlijk als onder vier ogen."

Deelnemers die een voldoende (6 of 7) gaven (22%)

- "Het was een beetje gedoe, ik moest foto's opsturen en zo, maar verder ging het wel ok."
- "Digitaal is lastiger, interpretatie van hoe je e.e.a. opschrijft, telefonisch beter uit te leggen door vragen huisarts."
- "Ik vind het wel een oplossing, want via beeldbellen kan hij meer patiënten fysiek onderzoeken. Hoeft hij helemaal niks meer te doen."
- "Vaak roepen antwoorden wéér vragen op, die dan alleen omslachtig gesteld kunnen worden door nieuwe e-mail."
- "Moest een foto sturen van een rood plekje. Bij het consult zag het er toch anders uit volgens de huisarts. Had beter direct kunnen laten zien."
- "In deze tijd wordt er meer via telefoon gedaan. Vaak is dat een goede optie. Ik mis wel het fysieke contact."
- "Bij een fysiek consult vind ik het makkelijker om door te vragen / extra vragen te stellen."

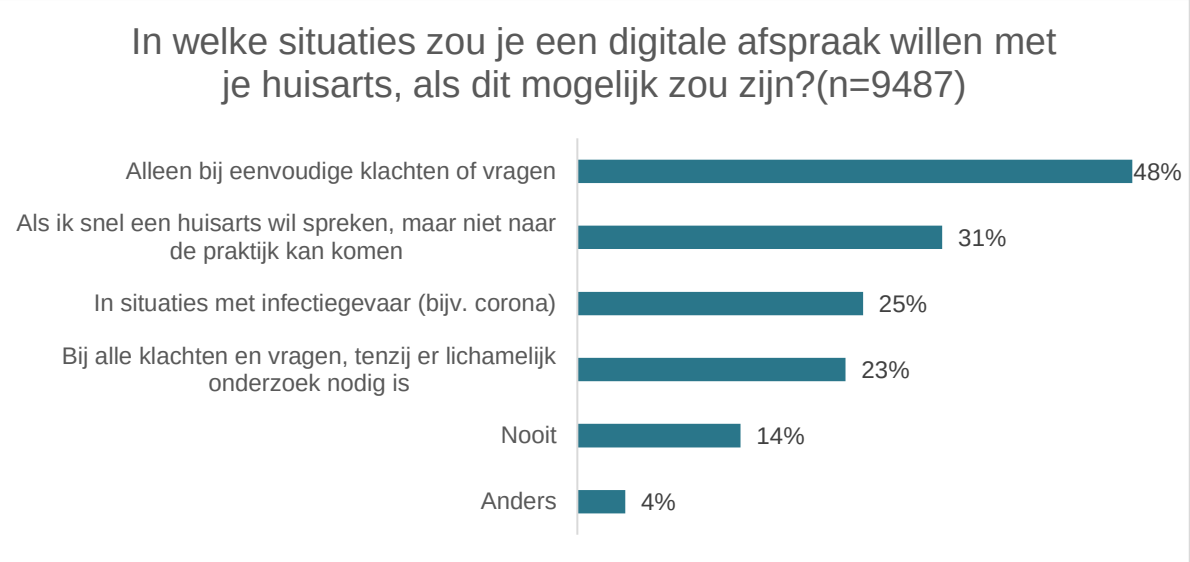
Deelnemers die een onvoldoende (1 t/m 5) gaven (8%)

- "Ze maakte me bang over de ernstige complicaties. Ze kwam zeker niet en ik moest zelf 112 maar bellen als ik erg benauwd werd."
- "Telefonisch is t onpersoonlijk, je ziet elkaar niet en gehele beeld in praktijk is zeer noodzakelijk."
- "Je mist iedere vorm van werkelijk contact. Je ziet niets. Zelfs niet op een schermcontact is het lastig."
- "Mijn huisarts heeft geen beveiligde mail mogelijkheid heen en weer. Dat vind ik problematisch qua veiligheid."
- "De digitale omgeving lijkt niet goed te werken waardoor de huisarts refereert naar een ander bericht, dat niet in de omgeving staat en nergens terug te vinden is."
- "Belde op tijdstip dat ik aan t werk was en niet kon beantwoorden."
- "Ik vind dat gewoon niet kunnen dat dat telefonisch besproken word."
- "Ben zelf doof en kan niet goed overweg telefonisch."
- "De huisarts heeft mij fysiek niet kunnen zien/beoordelen en had te weinig tijd."
- "Ik had het gevoel dat het snel moest. Daardoor had ik niet genoeg tijd om te bedenken of het antwoord van de dokter voldoende was voor mij. En de dokter kon mij niet zien, dus die wist dit ook niet."
- "Ik wil graag de arts in de ogen kijken. Tegenwoordig zijn het al zoveel telefonische gesprekken. Wij hebben veel te maken met zorg."

3.3.2 Online mogelijkheden huisartspraktijk

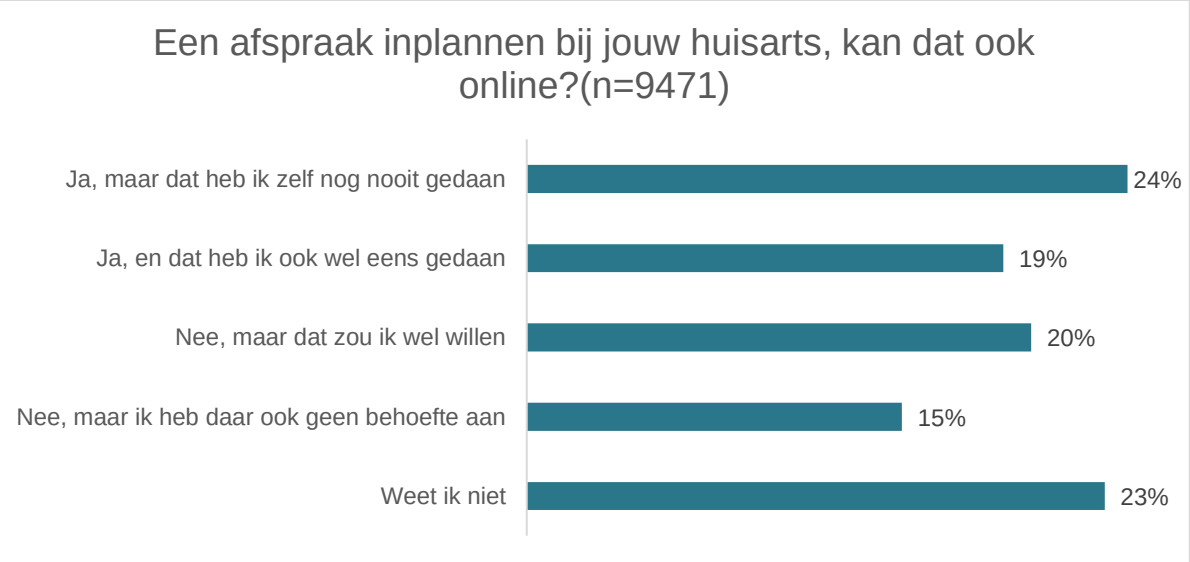
In dit onderdeel werd gevraagd naar wat mensen prettig zouden vinden wat betreft digitale mogelijkheden bij een huisartsenpraktijk en wat er al digitaal mogelijk is bij hun huisartsenpraktijk. En in welke situatie zij een digitale afspraak zouden willen.

14% van de mensen geeft aan nooit een digitale afspraak te willen. Bijna de helft zou dat wel willen bij eenvoudige klachten of vragen.



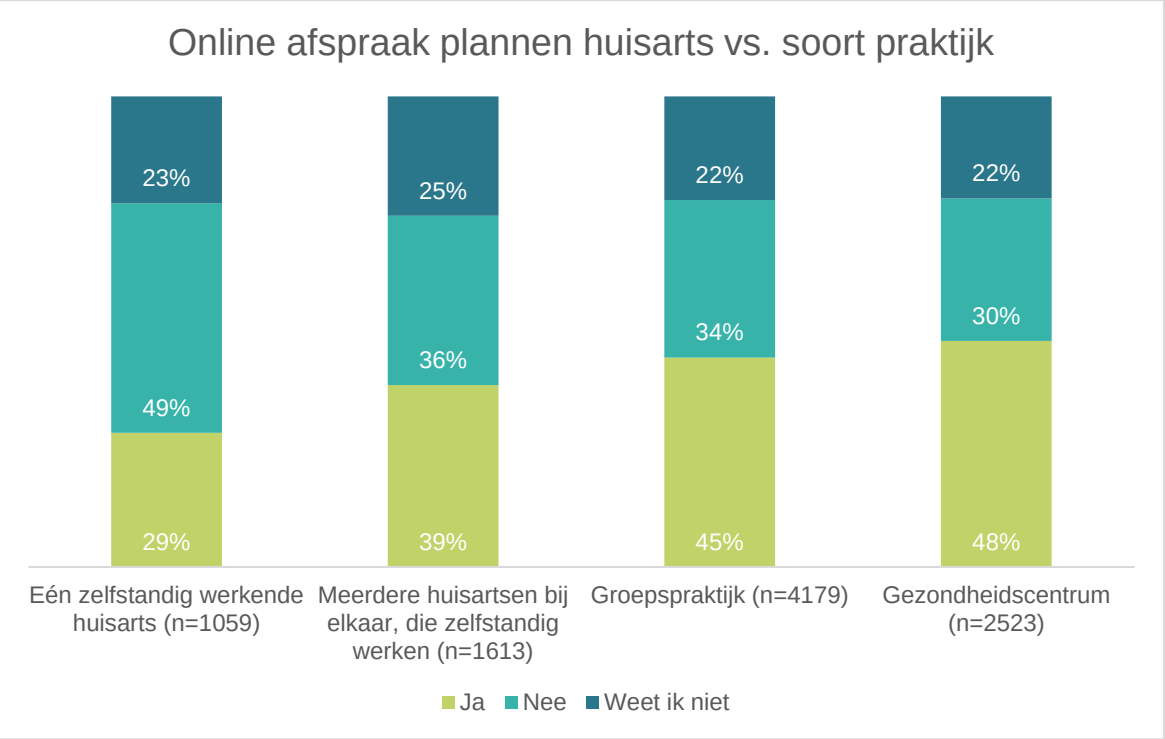
Figuur 26. Meerdere antwoorden mogelijk.

Vervolgens is gevraagd naar de digitale mogelijkheden bij hun praktijk. Bijvoorbeeld het online inplannen van een afspraak bij de huisarts. 23% van de mensen weet niet of dat bij hun eigen huisartsenpraktijk kan. 43% geeft aan dat dit wel kan bij hun huisartsenpraktijk. Van hen heeft 19% dit ook al wel eens gedaan. 20% van de deelnemers geeft aan dat dit niet kan bij hun huisartsenpraktijk, terwijl ze deze mogelijkheid wel graag zouden willen hebben.



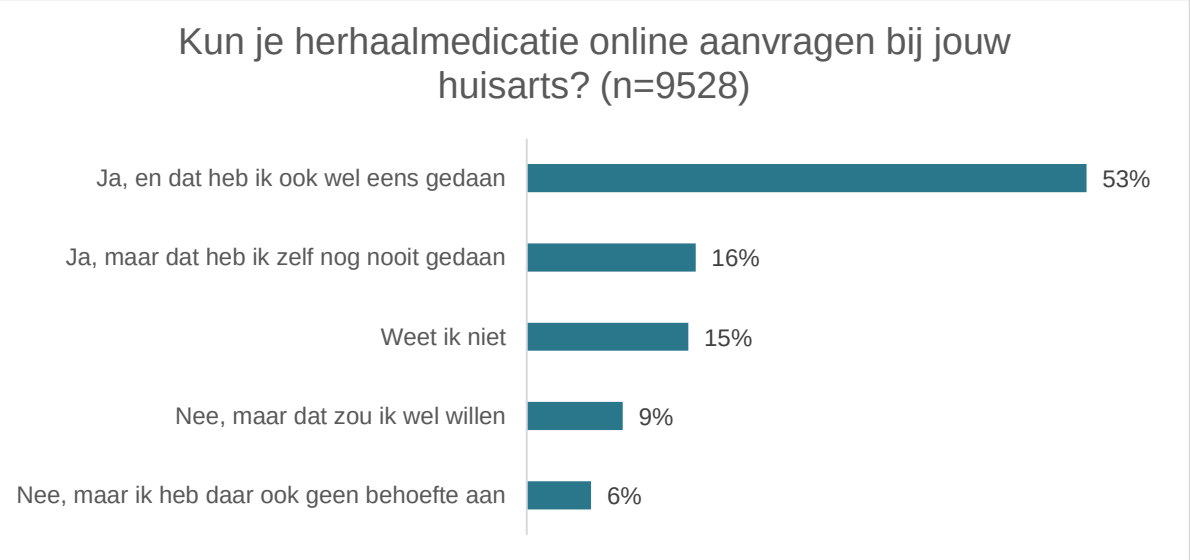
Figuur 27

Er zijn verschillen te zien als wordt gekeken naar digitale mogelijkheden per soort huisartsenpraktijk. 48% van de deelnemers die bij een gezondheidscentrum patiënt zijn, kunnen digitaal een afspraak plannen met de huisarts, tegen 29% van de deelnemers die bij een zelfstandige huisarts patiënt zijn.

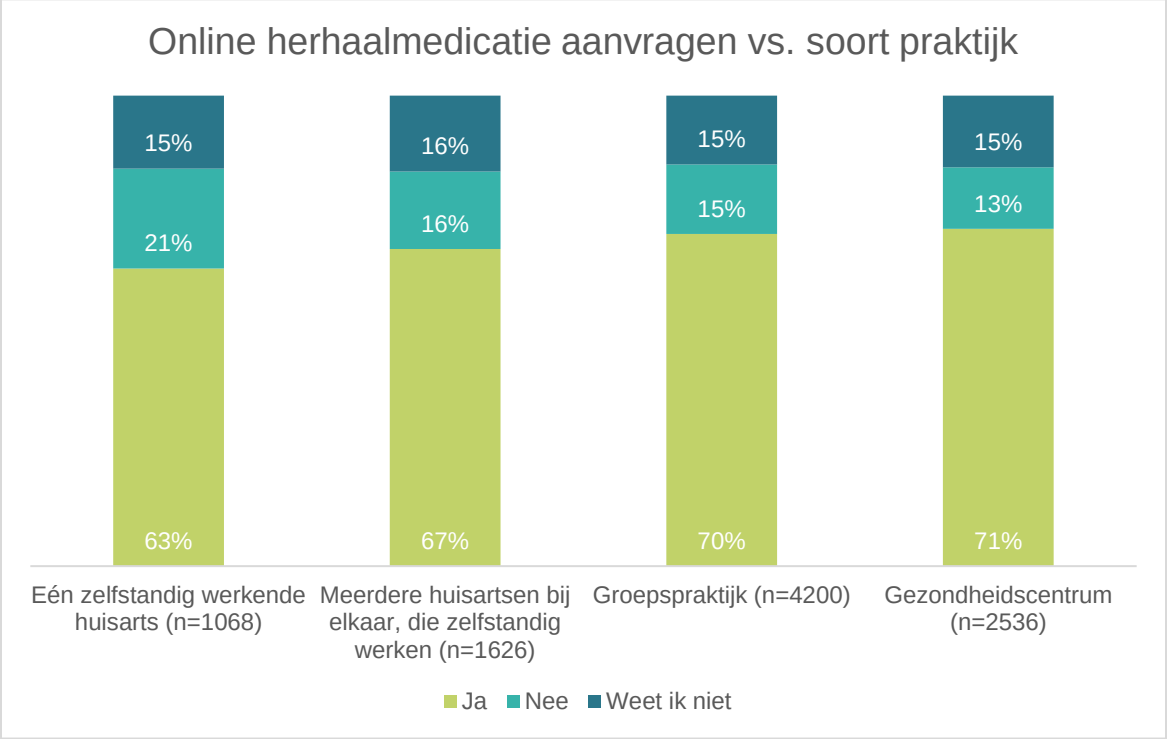


Figuur 28

Deze vraag is ook gesteld over herhaalmedicatie. Hierbij weet 15% van de deelnemers niet of zij online herhaalmedicatie kunnen aanvragen. 69% van de deelnemers geeft aan dat de mogelijkheid bij hun huisartsenpraktijk er wel is om online herhaalmedicatie aan te vragen, van wie 53% dit ook wel eens gedaan heeft. Een vergelijkbare maar minder sterke verdeling als bij figuur 28 is te zien bij het soort huisartsenpraktijk versus de mogelijkheid voor het online vragen van herhaalmedicatie.



Figuur 29


Online herhaalmedicatie aanvragen vs. soort praktijk
15%
21%
63%
16%
16%
67%
15%
15%
70%
15%
13%
71%
Eén zelfstandig werkende huisarts (n=1068)
Meerdere huisartsen bij elkaar, die zelfstandig werken (n=1626)
Groepspraktijk (n=4200)
Gezondheidscentrum (n=2536)
Ja
Nee
Weet ik niet

Figuur 30

3.4 Het vinden van een andere huisarts

In dit onderdeel werd mensen gevraagd naar hun ervaringen met het overstappen naar een andere huisarts. Voor 90% van de deelnemers waren deze vragen niet relevant, omdat zij niet wilden of moesten overstappen. 5% van de deelnemers geeft aan al overgestapt te zijn en 5% van de deelnemers was daar op het moment van invullen nog mee bezig. 1% van de deelnemers (n=102) geeft aan dat zij door de huisarts gevraagd zijn om over te stappen. Daar kunnen verschillende redenen aan ten grondslag liggen.

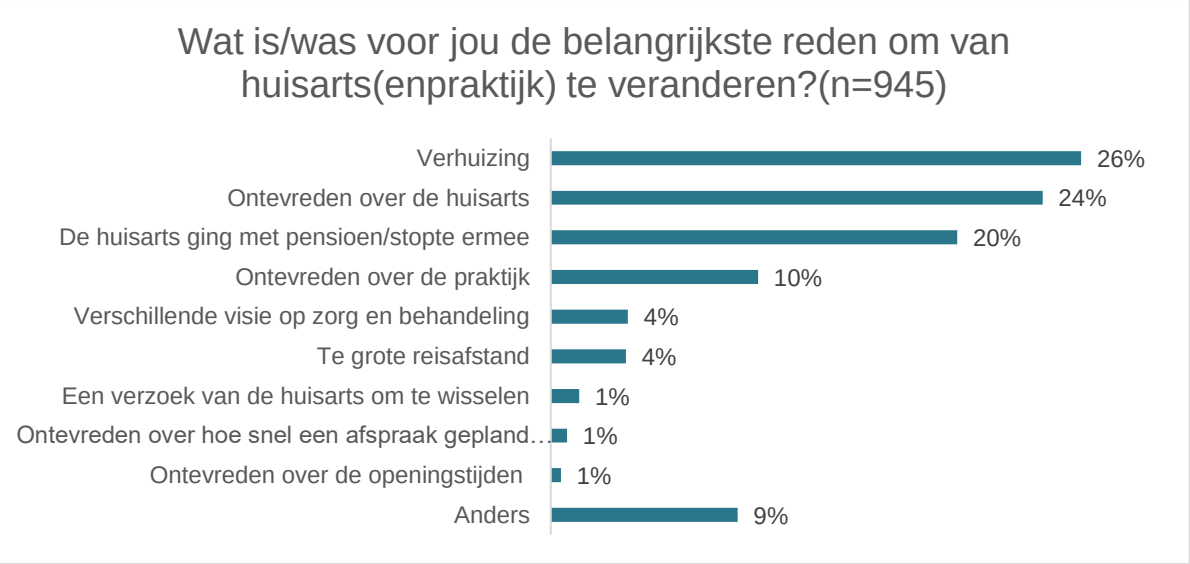


Figuur 31

945 deelnemers hebben de vragen over overstappen beantwoord. In 70% van die gevallen ging het om een overstap naar een andere praktijk (n=657), en in 24% van de gevallen (n=222) over een overstap binnen de praktijk. 6% weet het niet.

3.4.1 Redenen voor overstappen en keuze voor een huisartspraktijk

Aan de mensen die moesten of wilden overstappen, is gevraagd naar de belangrijkste reden om van huisarts(enpraktijk) te veranderen. Dat kan zijn omdat de deelnemer of huisarts verhuisde (26%) of omdat de huisarts stopte (20%). Ook ontevredenheid over de huisarts was een belangrijke reden (24%). In de categorie anders werd voornamelijk een slechte vertrouwensband / het ontbreken van een klik met de huisarts genoemd.



Figuur 32

De belangrijkste reden om te veranderen van huisarts(enpraktijk) is met de resultaten uitgesplitst naar een verhuizing binnen of buiten de praktijk. Als er alleen wordt gekeken naar overstappen binnen de praktijk, geven mensen als belangrijkste reden aan dat de huisarts met pensioen gaat of ermee stopt of dat men ontevreden is over de huisarts (64% en 19%).

Aan mensen die wilden of moesten overstappen van huisartspraktijk werd ook gevraagd welke aspecten zij belangrijk vinden bij het maken van een keuze voor een andere huisarts(enpraktijk). Het wel of niet krijgen van een vaste huisarts wordt daarbij het meeste genoemd (46%). Andere belangrijke aspecten zijn de ervaringen van anderen met de huisarts (45%), de telefonische (40%) en fysieke bereikbaarheid (41%) van de huisartsenpraktijk en de mogelijkheid voor een kennismakingsgesprek (36%).

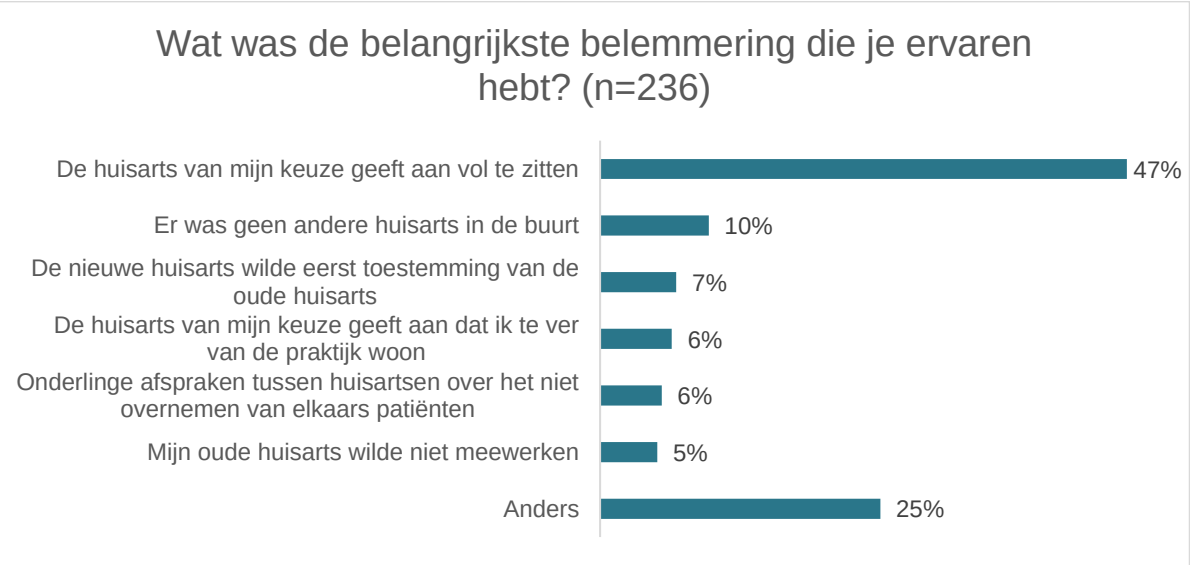
In de categorie ‘anders’ werden hele diverse antwoorden gegeven zoals het hebben van vertrouwen in de huisarts, de klik met de huisarts, of de toegankelijkheid en kwaliteit van de huisarts. Daarnaast werd er een aantal keer gezegd dat deelnemers het belangrijk vonden dat de huisarts een vrouw is (n=8).



Figuur 33. Meerdere antwoorden mogelijk.

3.4.2 Belemmeringen bij het overstappen

25% (n=236) van de mensen geeft aan belemmeringen te ervaren bij de overstap naar een andere huisartsenpraktijk. 50% ervaart geen belemmeringen. De overige 25% moet nog overstappen. De belangrijkste belemmering voor deelnemers was dat een andere huisarts geen plaats meer had (47%). Soms was er geen andere huisarts in de buurt (10%). In 6% van de gevallen zorgden onderlinge afspraken tussen huisartsen er voor dat deelnemers niet naar de huisartsenpraktijk van hun keuze konden.



Figuur 34

Bij de optie 'anders' werden nog diverse redenen genoemd. Bijvoorbeeld dat een andere huisarts niet aansloot bij iemands wensen (wat betreft bereikbaarheid, visie, mogelijkheden) of een administratief probleem.

Ook is gevraagd of deelnemers door iemand zijn gewezen op waar zij wel terechtkunnen. Dat is gevraagd als er als belemmering is opgegeven:

- De huisarts van mijn keuze geeft aan vol te zitten, of;
- De huisarts van mijn keuze geeft aan dat ik te ver van de praktijk woon.

Het ging om 95 deelnemers. De meeste van hen zeggen dat ze niet door iemand verder verwezen zijn (80%).

3.4.3 Toelichtingen bij overstappen

Mensen die belemmeringen hadden ervaren bij het overstappen konden hierop een toelichting geven. Hieronder een aantal voorbeelden van de 126 reacties van de deelnemers. Wat in de reacties vaak terugkomt is dat het overstappen als erg moeilijk wordt ervaren omdat andere huisartsen(praktijken) vol zitten of om een andere reden geen patiënten aannemen.

Wil je nog iets anders kwijt over het overstappen naar een andere huisarts?

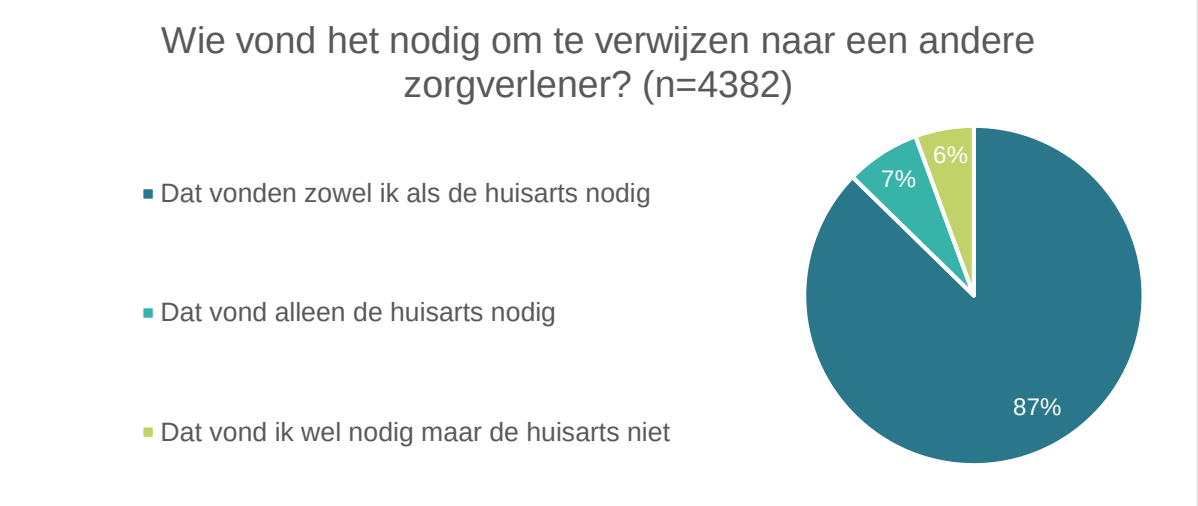
- "Zou graag willen overstappen. In Amsterdam mag je alleen naar een huisarts in het gebied van de postcode.."
- "Woon 50 meter van een huisartsenpraktijk, maar die willen alleen jongere mensen en kinderen!"
- "Wij zijn in 2019 verhuisd en wilden een huisarts in de wijk. De huisarts die wij graag wilden had geen plaats meer. We staan nu op een wachtlijst, maar dit kan nog wel 3 jaar duren. Intussen hebben wij een andere huisarts waar wij niet zo tevreden over zijn."
- "Het is een uitputtingsslag en als ik doorga heb ik helemaal geen huisarts, dus ik hou mijn mond en onderga het. Wel heb ik een Behandelverbod (NVVE) en Euthanasieverzoek: dat is een geruststelling."
- "Ik vind de starre afspraken tussen huisartsen onderling erg vervelend. Een wachtlijst kan ik me voorstellen, maar simpelweg weigeren vind ik niet juist."
- "Het is lastig om over te stappen bij problemen met oude huisarts. Zeker als de nieuwe huisarts weer contact met de oude huisarts maakt, want dan beginnen de problemen weer opnieuw en worden zelfs op fronten erger. Huisartsen geloven elkaar eerder.."
- "Het is erg moeilijk om zicht te krijgen op het functioneren van een huisarts (praktijk) en of deze bij je past. Het is voor mij belangrijk dat er een klik is. Omdat ik al wat ouder ben zoek ik ook een praktijk waarvan alle artsen een brede en gezamenlijke aanpak hebben t.a.v. euthanasie, palliatieve zorg c.q. terminale zorg. Dus alles in het werk stellen om je goed te begeleiden."
- "Heel jammer dat overstappen zo'n probleem is. Ik blijf nu noodgedwongen terwijl ik me hier totaal niet prettig en gehoord voel."
- "De vrije artsenkeuze is in Rotterdam enorm beperkt, ze bepalen een aantal postcodegebieden waarbinnen je moet wonen en verder zitten ze allemaal totaal vol. Je mag blij zijn dat je een huisarts hebt."

3.5 Verwijzingen

In dit onderdeel werden deelnemers bevraagd over een verwijzing van de huisarts naar een andere zorgverlener. 46% van de deelnemers heeft met de huisarts gesproken over zo'n verwijzing, en aan deze deelnemers zijn de vragen in deze paragraaf gesteld.

3.5.1 Verwijzing naar een andere zorgverlener

Bij een verwijzing was de patiënt het meestal eens met de huisarts over de verwijzing (87%). In 7% van de gevallen vond de patiënt de verwijzing niet nodig, en in 6% van de gevallen vond de huisarts de verwijzing niet nodig.



Figuur 35

De deelnemers die aangaven dat ze de verwijzing niet nodig vonden (n=309), konden daar toelichting op geven.

Wat was de reden dat je dit niet nodig vond?

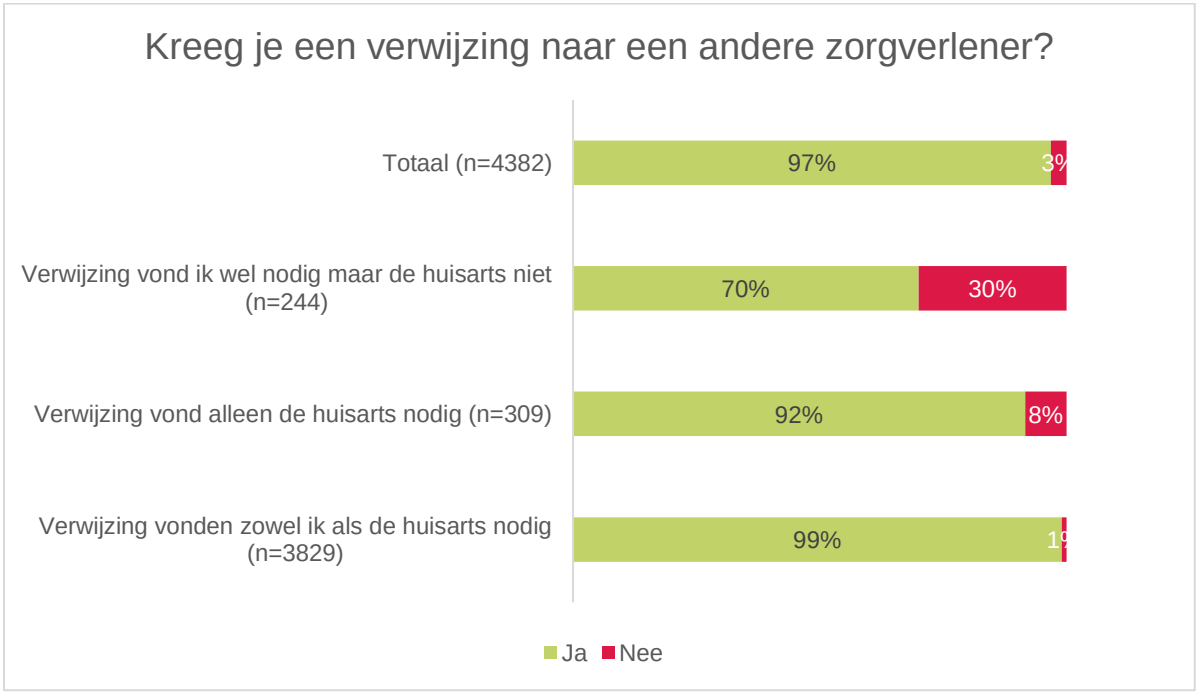
- "Al erg veel verpleeg en deskundige zorg gehad, om moedeloos van te worden."
- "Omdat het nog nooit nodig was geweest en nooit nodig zal worden....
  Een geval van een nieuwe huisarts, die bij voorbaat al meningen heeft...jammer."
- "Zag de ernst van de klachten er niet van in. En is ook niet ernstig."
- "Ik had niet de link gelegd van mijn klachten en de verwijzing."
- "Omdat ik geen vertrouwen heb in de specialist en het ziekenhuis."
- "Ik dacht dat veel van mijn klachten door stress waren veroorzaakt en wilde even afwachten tot de stress afgenomen was."
- "Wilde alleen weten of iets gevolgen zou hebben als ik er niets aan liet doen."
- "Je moet je niet te snel gek laten maken...."
- "Ik hoopte dat de arts zelf mijn schouder in de kom kon zetten."
- "Omdat ik de ernst van de zaak onderschat heb"
- "Ik weet niet of ik dat nodig of niet nodig vond ; ik ben geen arts en kan dat niet beoordelen."
- "Ik voelde mij niet ziek."
- "Alles al een keer gehad. Wil niet meer."

Aan de deelnemers werd gevraagd of ze uiteindelijk wel een verwijzing hebben gekregen naar een andere zorgverlener. En zo ja, naar welke zorgverlener. 71% van de deelnemers heeft een verwijzing gekregen naar een medisch specialist. De overige deelnemers kregen een verwijzing naar een paramedische of andere zorgverlener. 3% (n=139) heeft geen verwijzing gekregen.



Figuur 36. NB: Onder 'andere paramedische zorgverlener' wordt verstaan: diëtist, oefentherapeut, logopedist, ergotherapeut of huidtherapeut.

Onderstaande grafiek laat zien hoe de daadwerkelijke verwijzingen zich verhouden tot wie de verwijzing nodig vond. Daaruit blijkt dat als de patiënt de verwijzing wel nodig vond maar de huisarts niet, dat dit toch in 70% van de gevallen leidt tot een verwijzing.



Figuur 37

Deelnemers die geen verwijzing kregen konden daar een toelichting op geven. Zij gaven aan dat ze geen verwijzing kregen, bijvoorbeeld omdat ze niet serieus genomen werden door de huisarts of omdat er eerst iets anders nodig was in de ogen van de huisarts (afwachten, andere acties).

Je kunt jouw antwoord hier toelichten. Bijvoorbeeld waarom je geen verwijzing kreeg, wat de gevolgen voor je waren, of wat je vervolgens gedaan hebt.

- "Huisarts vond klachten niet serieus genoeg / geloofde niet dat ik klachten had."
- "De huisartsenpraktijk neemt de poortwachtersfunctie zodanig serieus dat je als patiënt eerst drie keer bij hen moet komen voordat ze überhaupt willen gaan denken over doorverwijzen. Ze denken niet proactief mee. Daardoor zie ik me genoodzaakt maar bij alternatieve geneeswijzen mijn heil te zoeken terwijl ik wel gewoon medische klachten heb."
- "De huisarts zou de situatie eerst met de specialist bespreken of verwijzing nodig was of dat de huidige medicatie gehandhaafd kon blijven. Ik was het met het handhaven eens."
- "Aanvraag bloedprikken + echo vond de huisarts niet nodig zou vanzelf herstellen."
- "De huisarts vind het al jaren niet nodig dat ik een verwijzing krijg naar de hoofdpijnpoli/neuroloog wegens ernstige migraine-klachten die ik al 35 jaar heb en de laatste tijd verergert zijn. De verwijzing heb ik nu via mijn reumatoloog toch gekregen. En de neuroloog vind het ook zeer bedenkelijk dat ik niet eerder ben doorgestuurd!"
- "Er heeft digitaal een overleg plaats gevonden met al onze zorgverleners, echter de tunnelvisie is niet verdwenen en onze onmenselijke situatie is nog niet gewijzigd."
- "Huisarts kon vraag niet goed volgen. Mogelijk vragen aan behandelend specialist om verwijzing voor collega."
- "Ik kreeg geen verwijzing omdat de huisarts vond dat ik eerst andere acties moest ondernemen."

3.5.2 Terugkoppeling informatie

88% van de mensen die een doorverwijzing kreeg, had op het moment van invullen de afspraak met de zorgverlener naar wie ze werden doorverwezen ook al gehad. Aan hen zijn vragen gesteld over de terugkoppeling van informatie door de huisarts.

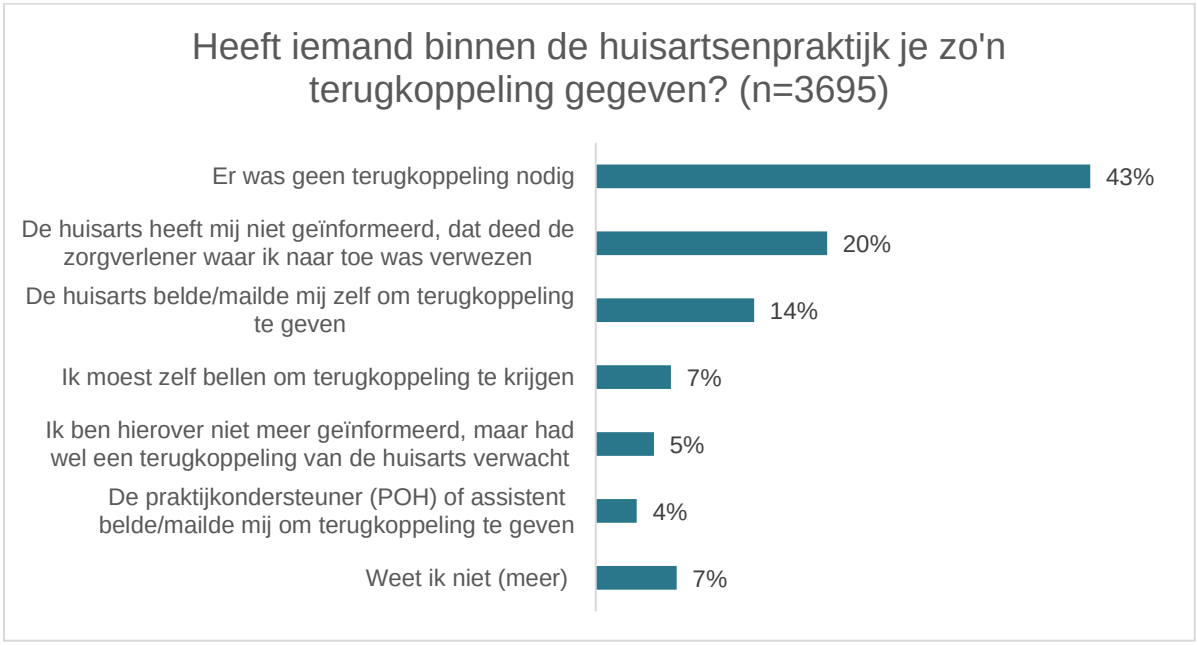
Als eerste werd gevraagd: 'Toen je de afspraak had bij de zorgverlener waarnaar je bent verwezen, had je toen het idee dat de huisarts de juiste informatie aan de zorgverlener had meegegeven zodat deze je juist kon behandelen?'
89% zegt daarop ja. Veelgenoemde redenen (of redenen van vergelijkbare strekking) zijn:

- De zorgverlener was goed geïnformeerd.
- Ze wisten waarvoor ik kwam.
- Ze hadden al mijn gegevens.

11% zegt daarop nee. Veelgenoemde redenen (of redenen van vergelijkbare strekking) zijn:

- Dat was niet nodig.
- Ik moest zelf vertellen wat er aan de hand was.
- Er was nog niets doorgegeven.

Soms neemt de huisarts tijdens of na behandeling bij een specialist of andere zorgverlener contact op om bijvoorbeeld testuitslagen terug te koppelen. Aan de deelnemers is gevraagd of iemand binnen de huisartsenpraktijk zo'n terugkoppeling heeft gegeven, of dat dit niet nodig was. In 43% van de gevallen was een terugkoppeling niet nodig. In 20% van de gevallen werd de terugkoppeling al gedaan door de zorgverlener waar naar toe was verwezen. In 18% van de gevallen werd een terugkoppeling gegeven door de huisarts, praktijkondersteuner of assistent. 5% van de deelnemers had ten slotte wel een terugkoppeling van de huisarts verwacht, maar kreeg die niet.



Figuur 38

Mensen konden toelichting geven op hoe zij de terugkoppeling van informatie door de assistent, praktijkondersteuner, of huisarts hebben ervaren. Bij de vraag wat er goed ging, gaven mensen vaak aan dat de informatie duidelijk en/of volledig was. Bij de vraag wat er beter kon gaven de meeste mensen alsnog aan dat alles goed was en dat het niet beter hoeft. Als mensen toch iets noemden ging dat bijvoorbeeld over de manier van informatie krijgen (liever ook digitaal of op papier), over het (te weinig) initiatief nemen van de huisarts, of over de benadering van de huisarts.

Hoe ervaarde je de terugkoppeling van informatie door de assistent, praktijkondersteuner of huisarts? Wat ging er goed?

- "Alles wat besproken was in het ziekenhuis en extra medicatie is door gesproken dus alles perfect."
- "Als zeer attent en nuttig. De snelheid en duidelijkheid van de mededelingen."
- "De huisarts belde zelf, dat was erg prettig. We hebben gebabbeld over de uitslagen en de opties."
- "Er werd duidelijk verteld wat de uitslag was en er werd een afspraak gemaakt voor een telefonisch contact met de huisarts."
- "Ging allemaal prima. Werd duidelijk geïnformeerd over de situatie. Kan altijd terecht met vragen."
- "Goed, de info van de specialist werd met mij gedeeld."
- "Ik kreeg een duidelijke uitleg van de oorzaak van mijn klacht."

Hoe ervaarde je de terugkoppeling van informatie door de assistent, praktijkondersteuner of huisarts? Wat kan er beter?

- "Volledig rapport en niet bepalen wat je zelf weglaat. Weten waar het over gaat en de tijd nemen."
- "Stuur na gesprek ook info digitaal."
- "Je moet zelf bellen voor een uitslag, beter is dat de assistent enz. zelf gaat bellen of mailen."
- "Niet fijn had liever direct met de huisarts gesproken."
- "Niet al te vriendelijk. Ik had gerichte vragen en dat werd zo kwam het op mij over als lastig ervaren."
- "Liever dat de arts zelf het initiatief neemt om de uitslag mee te delen. Nu bel je zelf eerst en wordt je later teruggebeld."
- "Kortere wachttijden aan de telefoon of digitale info."
- "Indien het over een opsomming van onderzoekuitslagen gaat, ben ik die (te) snel vergeten. Ik mis dan schriftelijke (kan ook digitaal) ondersteuning!"
- "Ik begrijp dat een praktijk druk is, maar zou wel wat meer aandacht willen, het gaat om mijn gezondheid."
- "Huisarts kan iets beter letten op zijn tone of voice. Hij klonk heel zorgelijk terwijl de klacht bij de specialist best meeviel."
- "Bespreking liep goed, maar ik had mijn eigen huisarts verwacht."
- "De huisarts bracht het nieuws van vervolgonderzoek erg abrupt, waardoor ik het gevoel kreeg dat het geen goed nieuws was."

3.5.3 Poortwachtersfunctie huisarts

In Nederland hebben huisartsen een poortwachtersfunctie. In de praktijk houdt dat in dat huisartsen beslissen of je een verwijzing krijgt voor een medisch specialist in het ziekenhuis. Zonder die verwijzing wordt de zorg bij de specialist niet vergoed.

Aan de deelnemers is gevraagd of zij het goed vinden dat je alleen naar een medisch specialist kan met een verwijzing van de huisarts.
79% vindt dat goed. Veelgenoemde redenen (of redenen met vergelijkbare strekking) zijn:

- Ik kan niet zelf bepalen of het noodzakelijk is.
- Anders loop het de spuigaten uit / wordt er misbruik van gemaakt.
- De huisarts kan zelf ook al veel voor je doen.
- Het houdt de zorg toegankelijk en betaalbaar.
- Er moet professionele filtering plaatsvinden.
- De huisarts heeft de deskundigheid om te zorgen dat ik bij de juiste zorgverlener terecht kom.

21% vindt dat niet goed. Veelgenoemde redenen (of redenen met vergelijkbare strekking) zijn:

- Ik kan zelf bepalen of dat nodig is / ik ken mijn eigen lichaam het beste.
- Het zorgt voor (te veel) wachttijd /vertraging.
- Het zou ook zonder tussenkomst van de huisarts moeten kunnen.
- Zo kun je zelf niet altijd kiezen waar je terechtkan.
- Het is omslachtig / kost veel moeite.
- Als je het oneens bent met de huisarts krijg je geen verwijzing.

3.6 Preventie

Deze paragraaf gaat over preventie, en in hoeverre de huisarts daar wel of niet aandacht aan geeft of zou moeten geven. Als uitleg over preventie kregen de deelnemers de volgende tekst te zien: "Preventie betekent het verbeteren of behouden van je gezondheid, bijvoorbeeld door meer te bewegen, gezond eten, stoppen met roken."

4.6.1 Praten over preventie

Als eerste werd gevraagd of deelnemers het belangrijk vinden om met de huisarts over preventie te praten. 61% vind dat dat belangrijk. 6% praat daar liever met een andere zorgverlener over zoals de praktijkondersteuner, diëtist of fysiotherapeut. 26% hoeft niet te praten met de huisarts over preventie. In de categorie 'anders' zeggen de meeste deelnemers dat ze zelf wel weten hoe ze gezond moeten leven of wat goed voor hen is.

Wanneer deze vraag tegen de achtergrond van de deelnemers wordt uitgezet, vallen de volgende zaken op:

- Mannen zeggen vaker 'ja' op deze vraag dan vrouwen (67% vs. 55%).
- Oudere mensen (70+) zeggen vaker 'ja' op deze vraag dan jongere mensen (jonger dan 50) (63% vs. 55%).
- Mensen met lager onderwijs zeggen vaker 'ja' op deze vraag dan mensen met hoger onderwijs (64% vs. 60%).
- Mensen met een chronische aandoening zeggen vaker 'ja' op deze vraag dan mensen zonder chronische aandoening (61% vs. 55%).



Figuur 39

Vervolgens is gevraagd of mensen met de huisarts of praktijkondersteuner gesproken hebben over preventie. Daaruit blijkt dat 58% daarover wel eens met de huisarts of praktijkondersteuner gesproken heeft. Dat werd dan soms door de persoon zelf ter sprake gebracht (26%), en soms door de huisarts (14%) of door de praktijkondersteuner (19%).



Figuur 40

Aan de deelnemers die het over preventie gehad hebben met de huisarts of praktijkondersteuner is gevraagd hoe zij dat hebben ervaren.
85% vond dat nuttig. Veelgenoemde redenen (of redenen met vergelijkbare strekking) zijn:

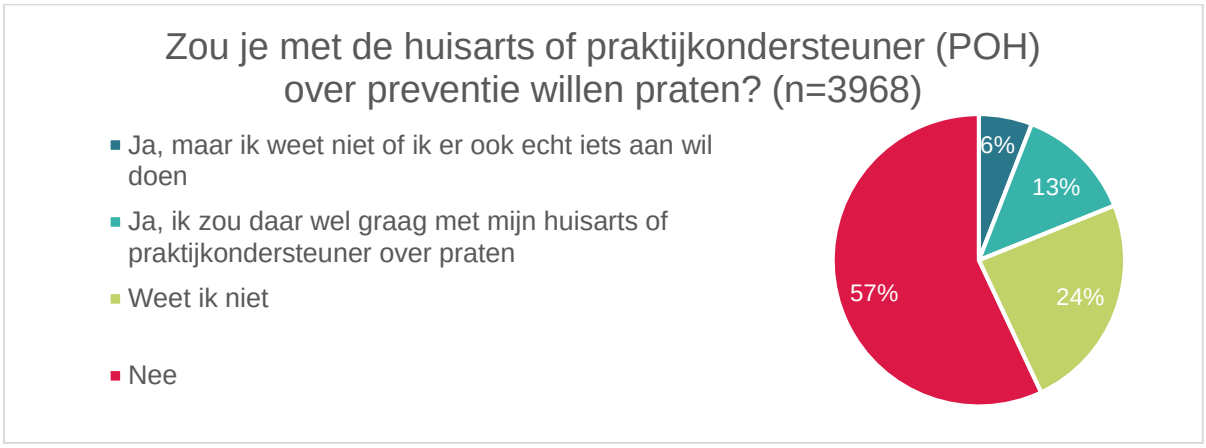
- Tips zijn altijd welkom / leerzaam en nuttig.
- Ze hebben gelijk wat betreft mijn situatie / het was nodig.
- Wist ik al, maar goed om te bespreken / goede reminder.
- Goede stok achter de deur.
- Preventie is belangrijk / voorkomen is beter dan genezen.
- Luisterend oor / samen werken aan een oplossing.

15% vind dat niet nuttig. Veelgenoemde redenen (of redenen met vergelijkbare strekking) zijn:

- Wat verteld werd wist ik al / geen nieuwe informatie.
- Ik ga het toch niet doen / ik heb er geen zin in.
- Ik weet zelf wat gezond en niet gezond is.
- Ik weet zelf hoe ik gezond moet blijven.

Op basis van de vorige twee vragen is nader onderzoek gedaan naar de groep die praten over preventie met de huisarts niet belangrijk vindt, maar wel zo'n gesprek heeft gehad (n=698). Die deelnemers vonden dat gesprek in 59% van de gevallen tóch nuttig. Zij geven daarbij bijvoorbeeld aan 'je kan er wat van opsteken' of 'als reminder'.

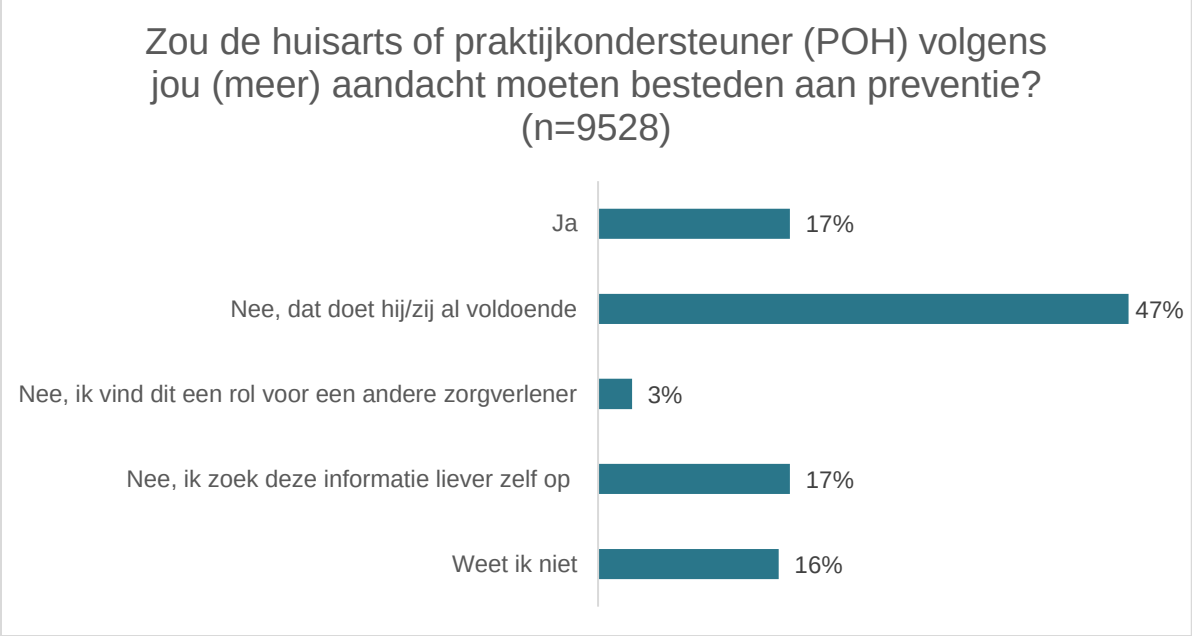
Aan de deelnemers die niet met de huisarts of praktijk ondersteuner hebben gepraat over preventie is gevraagd of zij dat wel zouden willen. Een minderheid (19%) zegt van wel, van wie 6% aangeeft dat ze niet zeker weten of ze er echt iets aan willen doen. 57% heeft geen behoefte aan zo'n gesprek en 24% weet het niet.


Zou je met de huisarts of praktijkondersteuner (POH) over preventie willen praten? (n=3968)
Ja, maar ik weet niet of ik er ook echt iets aan wil doen
Ja, ik zou daar wel graag met mijn huisarts of praktijkondersteuner over praten
Weet ik niet
Nee
6%
13%
24%
57%

Figuur 41

3.6.2 (Meer) aandacht voor preventie

Aan alle deelnemers is gevraagd of de praktijkondersteuner of huisarts volgens hen (meer) aandacht zou moeten besteden aan preventie. De meeste deelnemers vinden dat hij/zij dat al voldoende doet (47%) of zoeken de informatie liever zelf op (17%). 17% vindt wel dat er meer aandacht aan besteed mag worden door de huisarts of praktijkondersteuner.

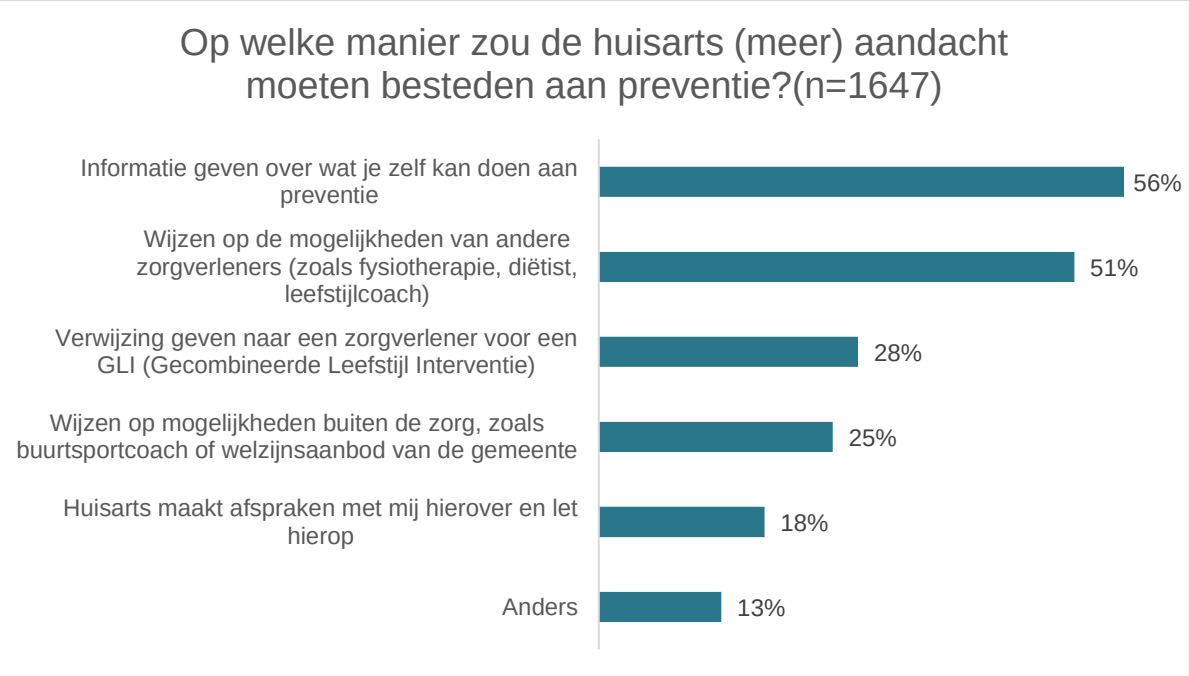


Figuur 42

Voor de deelnemers die op voorgaande vraag 'ja' antwoordden, volgde er een toelichtingstekst en de vraag op welke manier de huisarts (meer) aandacht aan preventie zou moeten besteden.

De huisarts of praktijkondersteuner kan op verschillende manier aandacht aan preventie besteden, zoals wijzen op mogelijkheden van andere zorgverleners of het wijzen op mogelijkheden buiten de zorg. De huisarts of praktijkondersteuner kan ook zelf informatie geven over preventie. Daarnaast kan de huisarts of praktijkondersteuner een verwijzing geven voor een GLI. GLI staat voor Gecombineerde Leefstijl Interventie. Dit is advies en begeleiding voor gezonde voeding, beweging en gedrag. Het doel is om een gezonde leefstijl te bereiken en behouden. Bijvoorbeeld advies over voeding en eetgewoontes.

Deelnemers gaven aan dat de huisarts dit het beste kan doen door te wijzen op de mogelijkheden van andere zorgverleners (51%) of door informatie te geven over wat je zelf kan doen aan preventie (56%).



Figuur 43. Meerdere antwoorden mogelijk.

In de categorie 'anders' werden zeer diverse antwoorden gegeven. Een aantal voorbeelden daarvan staan hieronder.

Op welke manier zou de huisarts (meer) aandacht moeten besteden aan preventie – Anders, namelijk:

- "Jaarlijkse algemene medische controle en of de medicatie nog goed is."
- "Informatiefolders in de wachtkamer en/of sturen (post/digitaal) naar patiënten."
- "Openstaan voor alternatieve manieren om gezond te blijven, zoals andere voeding, bewegen en afvallen (diabetes)."
- "Gebruik maken van de gezondheidsdata die ik (..) zelf verzamel!"
- "Op maat gemaakt advies. Geen algemene verhalen."
- "Verwijzing naar niet-reguliere zorg, als daar meer mogelijkheden zijn tot een goed herstel."
- "Bij klachten niet-direct medicatie voorschrijven, maar bespreken op welke andere wijze de klachten kunnen worden verholpen of voorkomen hadden kunnen worden."
- "Algehele controle lichaamsfuncties (bv. hart, longen, bloeddruk, aderdoorbloeding etc.)."
- "Meer tijd nemen om naar (niet-medische) oorzaak van problemen te luisteren."
- "In de opleiding tot huisarts moet daar meer aandacht voor komen. De kennis nu is zeer algemeen en beperkt."
- "Zou een reguliere vraag kunnen zijn tijdens contact. Bijv. eens in de 3 tot 5 jaar."
- "Als klacht / vragen nooit weggenomen zijn, eens goed gaan luisteren en vragen stellen hoe aandacht en hulp het beste gericht kan worden geboden."

4. Conclusies

Dit onderzoek laat zien dat mensen overwegend een hoge waardering voor hun huisarts hebben. Gemiddeld geven mensen hun huisarts een 8,2 en de praktijk een 7,9. Hoewel de waardering hoog is, laat het onderzoek ook een aantal knelpunten zien. Zo valt op te tekenen, dat de toegankelijkheid van de huisartsenzorg onder druk staat. Dat blijkt onder meer uit de wachttijd voordat iemand terechtkan en hoe vaak een praktijk aangeeft vol te zitten, als mensen willen overstappen. Het onderzoek laat ook zien dat de diversiteit in contact met de huisarts toeneemt. In het onderzoek zien we bijvoorbeeld dat mensen de mogelijkheden (zouden willen) gebruiken voor beeldbellen, contact met een andere dan de vaste huisarts, telefonisch contact of een digitale afspraak. Vooral voor eenvoudige vragen of klachten vinden mensen deze mogelijkheden interessant. Dat kan dit eraan bijdragen mensen snel te kunnen helpen. Tegelijkertijd zien we ook belangrijke aandachtspunten daarbij. Zoals bijvoorbeeld dat dit nog lang niet overal mogelijk is, dat het onvoldoende bekend is of onvoldoende aansluit bij de wensen van patiënten. Ten aanzien van preventie maakt het onderzoek duidelijk, dat er behoefte is aan een gesprek hierover en dat de aandacht ervoor vergroot zou moeten worden.

De waardering, knelpunten en kansen werken we in dit hoofdstuk per thema verder uit. In hoofdstuk 5 leidt dat tot vier aanbevelingen op hoofdlijnen voor verbeteringen.

4.1 Huisartsenpraktijk algemeen

In het onderzoek is gekeken naar de relatie die mensen met hun huisarts en praktijk hebben. Mensen staan over het algemeen lang ingeschreven bij hun huisartspraktijk: 76% meer dan 8 jaren. Dat laat zien dat er vaak sprake is van een langdurige en stabiele relatie met de huisarts of praktijk. Hoewel nog altijd 11% van de deelnemers aangeeft te zijn ingeschreven bij een zelfstandig werkende huisarts, is de overgrote meerderheid ingeschreven bij een groepspraktijk of gezondheidscentrum. In de solopraktijk van een zelfstandige werkende huisarts zal vrijwel alles terechtkomen op de betreffende huisarts en zijn assistent. Regionale samenwerking biedt kansen voor goede organisatie en ondersteuning van de praktijk en de geleverde zorg, bijvoorbeeld op het gebied van ICT en kwaliteitsbeleid. Om overal aan de toenemende complexer wordende zorgvraag te kunnen blijven voldoen, is samenwerking onontbeerlijk.

Mensen vinden de vertrouwensband met de huisarts heel belangrijk. Dit neemt nog verder toe naarmate mensen vaker contact hebben met de huisarts. Tegelijkertijd laat het onderzoek ook zien, dat voor minder ernstige klachten of voor een afspraak op korte termijn mensen ook wel terecht willen bij een andere huisarts dan hun eigen vaste huisarts. Gelet op de relatief hoge leeftijd van de onderzoekspopulatie, geldt dit dus ook voor oudere mensen. Het belang dat wordt gehecht aan een vaste huisarts staat naast de wens tot flexibiliteit, al naar gelang de vraag of klacht. Dat vraagt van de praktijkorganisatie om daarop in te spelen, want het kan eraan bijdragen dat mensen sneller geholpen worden. Ook dat versterkt, net als het gebruik van digitale mogelijkheden, de goede en laagdrempelige toegankelijkheid van huisartsenzorg.

4.2 Toegankelijkheid

In de vorige paragraaf gingen we al in op hoe bepaalde onderdelen van de praktijkorganisatie kunnen bijdragen aan goede en laagdrempelige toegankelijkheid van de huisartsenzorg. In deze paragraaf gaan we in op de ervaringen van mensen met de toegankelijkheid.

85% van de mensen die een fysieke afspraak wilden kon binnen drie werkdagen terecht. Toch moest ruim een kwart van de mensen die een fysieke afspraak wilden maken twee tot drie werkdagen wachten. De reden was in veel gevallen (39%) dat er geen ruimte was in de agenda van de praktijk of huisarts. Er is ook gekeken naar in hoeverre mensen het wachten dan als een probleem ervaren. Van de groep mensen die langer dan een dag moest wachten op een afspraak, vond ongeveer 1 op de 5 dat een probleem. Mensen vonden dit bijvoorbeeld een probleem omdat ze klachten hadden waarmee ze graag wilden worden geholpen, of omdat ze vonden dat de assistent het niet goed kon beoordelen. Of ze maakten zich (veel) zorgen of vonden dat hun klachten urgent waren. Meestal (81%) vonden mensen het geen probleem. Dat komt onder andere doordat een afspraak op korte termijn ook niet nodig was. Veelgenoemde andere redenen om de wachttijd geen probleem te vinden, die mensen ter toelichting aangaven zijn: geen urgentie ervaren, zelf kiezen voor een ander tijdstip dat beter uitkomt of begrip voor de drukte.

Er is ook een groep mensen die geen fysieke afspraak heeft kunnen maken. Van hen vond ongeveer twee op de drie dat een probleem (66%). De redenen om dat een probleem te vinden zijn vergelijkbaar met de redenen van de hiervoor genoemde groep. De reden waarom die afspraak niet kon plaatshebben is bij ruim de helft van de deelnemers vanwege de coronamaatregelen, of omdat ze zelf tot de risicogroep voor Covid-19 hoorden (1 op de 10).

Als mensen eenmaal een afspraak hadden, waren zij positief over de tijd die de huisarts voor hen had. 51% acht dit ruim voldoende en 38% voldoende. Dat duidt erop dat het huisartsen goed lukt om in het gesprek voldoende tijd te nemen voor de vraag van de patiënt. Een mogelijke verklaring voor dit positieve beeld is gelegen in de periode van de meting. Doordat er als gevolg van coronamaatregelen minder patiënten naar de huisarts kwamen[2], kan het zijn dat de overgebleven patiënten meer tijd konden krijgen. Daar geeft dit onderzocht geen zicht op. Dit onderzoek richt zich uitsluitend op wat mensen van de hoeveelheid tijd vinden op de manier zoals de afspraken in de afgelopen 12 maanden werden gedaan.

[2] Patiëntenfederatie Nederland, Uitstel geplande zorg door de coronacrisis, Utrecht, april 2020. Te raadplegen via: https://www.patientenfederatie.nl/downloads/peiling/326-onderzoek-uitstel-geplande-zorg-door-de-coronacrisis/file

4.3 Digitaal of telefonisch contact

Veel mensen hebben een ervaring in de afgelopen 12 maanden gehad met digitaal of telefonisch contact met de huisartsenpraktijk. Dat gaat vaak over uitslagen van onderzoek en afspraken voor nieuwe klachten. Het onderzoek laat zien dat digitale contacten achterblijven bij telefonische, behalve wat betreft medicatie/herhaalrecepten. Gemiddeld werd zowel het digitale als het telefonische contact met een 8 beoordeeld, wat nagenoeg gelijk is aan de beoordeling van de huisarts in het algemeen. Daarmee zien we dat deze vormen van contact zoals die nu worden ingezet dezelfde waardering van patiënten krijgen als fysieke afspraken. Ruim 90% van de mensen gaf dit contact een voldoende of ruime voldoende. 8% van de mensen gaf het digitale of telefonische contact een onvoldoende.

Vervolgens is gekeken wanneer mensen een digitale afspraak zouden willen. 14% wil nooit een digitale afspraak. Er is gevraagd naar in welke situatie dit wel wenselijk zou kunnen zijn. Bijna de helft van de mensen zou voor een eenvoudige klacht of vraag een digitale afspraak willen. Ook als mensen snel een huisarts willen zien maar niet in de gelegenheid zijn om naar de praktijk te komen, zou 31% dat willen. En in situaties met infectiegevaar (zoals nu met corona) geeft 25% aan dat te willen. Dat laat zien dat de situatie en voorkeur van de patiënt en de aard van de klacht of vraag bepalend is voor een passende contactvorm. Goed inzicht in wanneer welke vorm voor welke groep patiënten past, is dan ook cruciaal voor goede persoonsgerichte toepassing van digitale contactmogelijkheden.

Mensen weten te weinig over bestaande digitale mogelijkheden voor afspraken maken en herhaalmedicatie bestellen. Zo weet 23% niet of digitaal een afspraak inplannen mogelijk is bij zijn praktijk. En één op de vijf mensen geeft aan dat dit niet kan, maar dat zij dit wel graag zouden willen. Herhaalmedicatie bestellen wordt wat meer gedaan en is bekender dan digitaal een afspraak inplannen. We zien dat in groepspraktijken en gezondheidscentra vaker online mogelijkheden voor afspraken plannen en herhaalmedicatie bestellen bestaan dan bij kleine praktijken (zelfstandig werkende huisartsen en verschillende zelfstandig werkende huisartsen bij elkaar). Samenwerking en schaalgrootte gaan in dit geval dus hand in hand met meer mogelijkheden voor de patiënt.

4.4 Het vinden van een andere huisarts

Als mensen willen of moeten overstappen, is dat meestal vanwege een verhuizing, ontevredenheid over de huisarts of een stoppende huisarts. Het vraagstuk speelde voor 10% van de deelnemers. Als mensen willen of moeten overstappen, vinden zij het belangrijk om te weten of ze een vaste huisarts kunnen krijgen (46%), wat de ervaringen van anderen zijn met deze huisarts (45%) en hoe de bereikbaarheid is - zowel reisafstand als telefonisch (41%). De vraag is of mensen hierover genoeg informatie kunnen vinden. In eerder onderzoek van de Patiëntenfederatie [3] bleek al dat niet alle gewenste informatie over bijvoorbeeld organisatie, omgang en kwaliteit voldoende beschikbaar is. De afgelopen jaren is hierin weinig vooruitgang geboekt. De Patiëntenfederatie vindt het onveranderd van belang om die informatie voor patiënten te verbeteren.

Een kwart van de deelnemers heeft belemmeringen ervaren bij het overstappen. De belemmering was in veruit de meeste gevallen dat de praktijk aangaf vol te zitten. Dat ligt in de lijn der verwachting, gelet op de tekorten aan huisartsen die er zijn en komen, zoals blijkt uit onderzoek door het NIVEL en Prismant [4]. Ook viel op dat in 6% van de gevallen (dat betreft 14 mensen) de reden die men te horen kreeg was, dat huisartsen onderling hebben afgesproken dat ze geen patiënten van elkaar overnemen. Helaas gaf 5% aan dat de oude huisarts medewerking weigerde. Dit betreft de redenen zoals patiënten die hebben begrepen. Deze redenen zijn echter geen geldige redenen voor het weigeren van een patiënt. Het is dan ook belangrijk dat de uitleg aan patiënten correct en helder is, en dat er alleen geldige redenen worden gebruikt om mensen te weigeren.

Als deelnemers niet verder konden komen met het overstappen, geven de meesten aan dat zij niet verder zijn verwezen (80%) naar een plaats waar ze dan wel terecht zouden kunnen. Dat betreft in deze meldactie ongeveer 75 mensen. Dat betekent dat deze mensen geen idee hebben waar ze terecht zouden kunnen en blijven zoeken naar een huisarts. Dit is een onaanvaardbare situatie waarop we terugkomen in hoofdstuk 5 bij de aanbevelingen.

4.5 Verwijzingen

Meestal zijn huisarts en patiënt het eens over een verwijzing. 7% van de patiënten in het onderzoek geeft aan het zelf niet nodig te vinden, maar de huisarts wel. En in 6% van de gevallen vond de huisarts het niet nodig, maar de patiënt wel. Uit de verklaringen die mensen aandroegen voor dat zij geen verwijzing hoefden, maar de huisarts dat wel nodig vond, komt het beeld naar voren dat het vaak gaat om mensen die genoeg zorgverleners hebben gezien en niet meer wilden of zich niet zodanig ziek voelden dat ze het nodig vonden. De groep die wel een verwijzing wilde maar waarbij de huisarts dat niet wilde, kreeg in 70% van de gevallen toch een verwijzing. Deze mensen gaven aan dat ze geen verwijzing kregen, bijvoorbeeld omdat ze niet serieus genomen werden door de huisarts of omdat er eerst iets anders nodig was in de ogen van de huisarts (afwachten, andere acties).

Eén op de vijf vindt het verwijssysteem met de huisarts als poortwachter niet goed, bijv. omdat ze hun eigen lichaam en situatie het beste kennen, dat het tot vertraging leidt of dat je bij een verschil van inzicht met de je huisarts meteen geheel geen verwijzing meer krijgt.

[3] Patiëntenfederatie Nederland, Rapport Meldactie huisartsenzorg, Utrecht, maart 2016. Te raadplegen via: https://www.patientenfederatie.nl/dit-doen-wij/onderzoeken/wat-zijn-je-ervaringen-met-je-huisarts

[4] NIVEL / Prismant, Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg, Utrecht, november 2018

4.6 Preventie

Preventie en de huisarts
De meerderheid van de deelnemers vindt het belangrijk om met de huisarts te praten over preventie. *Preventie is in dit onderzoek omschreven als 'het verbeteren of behouden van je gezondheid, bijvoorbeeld door meer te bewegen, gezonder te eten, stoppen met roken'.*
Maar liefst 61% wil met de huisarts hierover praten, 6% wil hier met een andere zorgverlener over praten, 8 % geeft 'anders' aan. 26% laat weten het niet belangrijk te vinden hier met de huisarts over te praten.

Bij de vervolgvraag of men met de huisarts of praktijkondersteuner over preventie gesproken heeft, blijkt 58% van de deelnemers dat ook daadwerkelijk gedaan te hebben. Het initiatief tot het gesprek lag het meest bij de patiënt zelf (26%), gevolgd door de praktijkondersteuner (19%) en vervolgens de huisarts (14%).

Uit vervolgvragen blijkt maar liefst 85% van de deelnemers die een gesprek over preventie gehad hebben, dat nuttig vond. Dit wijst op het belang van het voeren van het gesprek over preventie.
Van de groep die geen gesprek heeft gehad (42% van alle deelnemers) geeft 19% aan dat wel te willen. Dat is dus een gemiste kans. Nog eens 24% zegt het niet te weten. Deze groep spreekt zich niet nadrukkelijk uit, maar dat wil niet zeggen er geen belangstelling is. Mogelijk vraagt dit een meer proactieve houding van huisarts en praktijkondersteuner.

(Meer) aandacht voor preventie
Over de vraag of de praktijkondersteuner of huisarts (meer) aandacht zou moeten besteden aan preventie zijn de meningen verdeeld. Een grote groep 47% vindt dat niet nodig en stelt dat dit al voldoende gedaan wordt. 17% vindt juist dat er meer gedaan moet worden. En opnieuw 17% zoekt liever zelf informatie en een klein deel 3% vindt het een taak van andere zorgverleners.

Deelnemers die vinden dat de huisarts (meer) aandacht moet besteden aan preventie vinden in meerderheid dat:
- De huisarts informatie moet geven over wat je zelf kunt doen aan preventie.
- De huisarts moet verwijzen naar fysiotherapeuten diëtisten, leefstijlcoaches

Daarnaast zegt nog een kwart dat:
- De huisarts moet verwijzen naar een concreet programma zoals een GLI (Gecombineerde Leefstijl Interventie)
- De huisarts moet verwijzen naar mogelijkheden buiten de zorg, zoals welzijnsaanbod of de buursportcoach.

Een kleiner maar nog steeds substantieel deel (18%) wil dat de huisarts afspraken over preventie maakt en daar ook op let.

Patiëntenfederatie Nederland
samen de zorg beter maken

5. Aanbevelingen

De urgentie om de zorg toegankelijk te houden is groot en zal nog meer toenemen. Denk alleen al aan het grote aantal ouderen dat zelfstandig blijft wonen en zorg nodig heeft. Het onderzoek laat zien dat voor veel mensen persoonlijk contact belangrijk is. Mensen hechten veel waarde aan een vertrouwensband met de huisarts. Bovendien vinden veel mensen het belangrijk voor het opbouwen van de vertrouwensband om een afspraak met hun eigen huisarts te hebben. En bij het kiezen van een huisarts vinden zij het dan ook belangrijk om te weten of het mogelijk is in de praktijk een vaste huisarts te krijgen. Tegelijkertijd is niet in alle situaties face-to-face contact met de eigen vaste huisarts nodig. De kansen voor digitale vormen van contact en zorg blijven onvoldoende benut. De ervaringen uit dit onderzoek bieden goede aanknopingspunten om in samenwerking tussen patiënten en bij de huisartsenzorg betrokken organisaties te blijven werken aan oplossingen om de huisartsenzorg persoonlijk én laagdrempelig toegankelijk te houden. Hieronder noemen we de belangrijkste aanbevelingen die we daarvoor doen. Bovendien reiken we ook aanbevelingen aan over preventie.

Aanbeveling 1: Werk aan meer toegangsmogelijkheden

We roepen alle bij de huisartsenzorg betrokken organisaties op de huisartsenzorg in de praktijk zo te organiseren, dat patiënten altijd goede toegang tot de huisartsenzorg hebben, rekening houdend met hun wensen en mogelijkheden. Om dat te bereiken is het nodig dat alle mogelijke en gewenste contactvormen tussen patiënt en de praktijk gerealiseerd en gebruikt worden, gelet op de wens en mogelijkheid van de patiënt.

Dat betekent als iemand een vraag of gezondheidsklacht heeft, dat al meteen bij het eerste contact met de praktijk, samen met de patiënt gekeken wordt welke vorm van contact het beste is. Dat is soms een fysieke afspraak met de eigen huisarts, soms met een andere dan de eigen huisarts, een telefonisch contact of een verwijzing naar goede informatie op bijvoorbeeld Thuisarts.nl. Bij het bepalen van de meest geschikte vorm is het belangrijk dat wordt gekeken naar de voorkeur en mogelijkheden van de patiënt, gelet op zijn gezondheidssituatie, wensen en gezondheidsvaardigheden. Nu wordt vaak naar de fysieke afspraak met de eigen vaste huisarts gegrepen, terwijl dat niet altijd noodzakelijk en gewenst is. Bovendien kunnen er digitale alternatieven mogelijk zijn, waarop wij in aanbeveling 2 nader ingaan.

Om bovenstaande te laten slagen moet volgens Patiëntenfederatie Nederland voor patiënten aan een paar voorwaarden worden voldaan:

- Huisartsen(praktijken) moeten goed inzicht hebben in welke contactvorm in welke situatie het best past. Het is nodig dat dit verder wordt onderzocht en dat die kennis eenvoudig toegankelijk is voor huisartsen.
- De menselijke maat en het persoonlijke contact mogen nooit verloren gaan.
- Zorg voor goed inzicht in wanneer welke contactvorm voor welke patiënt passend is.

Aanbeveling 2: Doe meer digitaal

We roepen op digitale vormen van zorg meer in te zetten. Het onderzoek laat bijvoorbeeld zien, dat mensen in bepaalde situaties best een digitale afspraak willen. Bij eenvoudige vragen of klachten is dat vooral het geval. Ook als zij niet zo snel terechtkunnen of niet in gelegenheid zijn om op het voorgestelde tijdstip naar de praktijk te komen, kan het uitkomst bieden. Daarom pleiten wij ervoor, dat er voor zoveel mogelijk zorgvragen in de huisartsenpraktijk in de toekomst digitale alternatieven beschikbaar komen. Dit bestaat in onze ogen naast de bekende fysieke alternatieven. Hybride zorg dus: digitaal voor wie het wil en kan en voor situaties waarin het past, fysiek wanneer dat nodig is of de voorkeur heeft.

We denken hierbij enerzijds aan zaken met betrekking tot de praktijkorganisatie, dus bijvoorbeeld digitale afspraken, digitaal (fysieke) afspraken plannen en herhaalmedicatie online kunnen bestellen. Anderzijds gaat dit ook om zorgprocessen, zoals bijvoorbeeld telebegeleiding en -monitoring. Ook valt te denken aan een goede en gemakkelijke verbinding tussen huisarts en specialist zodat patiënten de zekerheid hebben dat specialistische kennis meteen makkelijk kan worden ingeroepen als dat nodig is. Ten slotte gaat dit ook om digitaal en veilig foto's sturen en gegevensuitwisseling met de patiënt.

Om dit te laten slagen moet volgens Patiëntenfederatie Nederland aan een aantal voorwaarden worden voldaan:

- Informeer mensen actiever over de mogelijkheden die er zijn in hun praktijk.
- Leg aan patiënten voor, als ze een afspraak willen maken, hoe ze het consult willen: face-to-face of fysiek in de praktijk, en vraag ook met wie.
- Zorg voor goed inzicht in wanneer welke vorm van digitale zorg voor welke patiënt werkt.

Aanbeveling 3: Regel een regionaal opvangnetwerk voor mensen die niet terechtkunnen bij een huisarts

Er staat druk op de huisartsenzorg. De komende jaren zal het tekort naar verwachting toenemen. We zien dat onder meer terug in de tijd die het duurt voordat iemand terechtkan. Maar we zien ook dat het soms moeilijk is voor mensen om na een verhuizing of nadat hun huisarts is gestopt, terecht te kunnen bij een nieuwe huisarts. Lang niet altijd worden mensen dan geholpen aan een nieuwe huisarts. Het komt voor, zo blijkt uit dit onderzoek en uit signalen die bij het Nationaal Zorgnummer binnenkomen, dat mensen echt niet verder komen en dus geen huisarts meer hebben of noodgedwongen bij een huisarts blijven die niet hun voorkeur heeft.

Met toenemende tekorten zal dit probleem ook verder toenemen. We vinden het belangrijk dat op regionaal niveau afspraken worden gemaakt, die waarborgen dat mensen bij een vorm van huisartsenzorg terechtkunnen, als praktijken in de buurt allemaal vol zitten. We zien daarbij naast de rol van de verzekeraar (zorgplicht) ook een rol voor de regionale samenwerkingsverbanden van huisartsen. Zo zou er bijvoorbeeld in samenwerking tussen huisartsenorganisaties en verzekeraars kunnen worden ingezet op een regionaal opvangnetwerk. Ook zorg op afstand en een inzet van de huisartsenposten zouden een rol kunnen hebben in de oplossing van dit probleem. Hierover gaan we graag in gesprek om oplossingsrichtingen te verkennen. Iedereen, maar zeker kwetsbare mensen, moet terechtkunnen bij een huisarts. Dit moet, bovenop het aanpakken van de tekorten aan huisartsen, de komende tijd óók worden opgelost.

Aanbeveling 4: Preventie: Ga in gesprek en bouw een lokaal netwerk

Het onderzoek laat zien dat er een grote groep van patiënten is die aandacht voor preventie belangrijk vindt en daarbij een rol van de huisarts en praktijkondersteuner verwacht en waardeert. Er zijn ook patiënten die het liever zelf uitzoeken en geen rol zien voor de huisarts in deze, maar dat is een kleiner deel. Ook is er een groep die (nog) niet zo'n duidelijk beeld heeft van de rol van de huisarts (of van preventie) en mogelijk eenvoudig te enthousiasmeren is. Daarom is het belangrijk dat er strategieën toegepast en zo nodig verder ontwikkeld worden, om met een nog grotere groep van patiënten aandacht te geven aan preventie. Het gesprek tussen huisarts en patiënt over preventie is logischerwijs een belangrijke eerste stap. Dit moet georganiseerd worden en niet aan het toeval overgelaten worden.

Patiënten stellen voor dat de huisarts hen met name wijst op informatie en hen doorverwijst naar collega zorgverleners, een gecombineerde leefstijl interventie (GLI) of gemeentelijke welzijnsaanbod en buurtsportcoördinatoren als het gaat om de opvolging van adviezen. Ook hiervoor geldt dat een en ander georganiseerd moet worden, zoals de aansluiting met een lokaal netwerk en het welzijnsaanbod van de gemeente.

Deze voorbereidingen vragen een zekere investering, maar die is beperkt. Zeker als er gebruik gemaakt wordt van bestaand aanbod, bestaande modellen en middelen. We denken daarbij aan:

- Thuisarts.nl, maar ook websites van patiëntenorganisaties, bieden mogelijkheden tot informeren en laagdrempelig het gesprek te starten.
- Een lokaal netwerk van zorgverleners bestaat mogelijk al. Zo niet, dan kan in zorggroep verband of met hulp van andere eerstelijns zorgaanbieders dit opgestart of verder uitgebouwd worden.
- GLI-netwerk bestaat reeds en wordt verder uitgebouwd. Zoek contact met de lokale/regionale aanbieder of organiseer dit via de zorggroep.

Tot slot

Patiënten zijn over het algemeen positief over hun ervaringen met de huisarts. Het is belangrijk om de bouwstenen die daaraan bijdragen te behouden. Druk op de toegankelijkheid vraagt dan ook om actie, teneinde in de toekomst iedereen van goede en tijdige huisartsenzorg te kunnen blijven voorzien. Tegelijk is het nodig om te moderniseren voor het bereiken van cliëntgerichtheid en persoonsgerichte zorg. Veel van de onderdelen uit de aanbevelingen vragen samenwerking tussen huisartsen, verandering van werkwijzen in de praktijk en soms ook in de spreekkamer. Ook verlangen ze veel op het gebied van ICT en is het nodig dat de randvoorwaarden op orde zijn. We denken dat daarbij goede regionale samenwerking tussen huisartsen(organisaties), verzekeraars en vertegenwoordiging van patiënten en cliënten nodig is. En ook op landelijk niveau vereist dat een gezamenlijke inzet om te zorgen voor de juiste randvoorwaarden. Volgens Patiëntenfederatie Nederland is zo'n gezamenlijke inzet dringend nodig om de huisartsenzorg laagdrempelig toegankelijk en zo optimaal mogelijk persoonsgericht te laten zijn.