



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
*Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport*

# De **impact** van de coronapandemie op de **huisartsenzorg** – ervaringen van en geleerde lessen door **huisartsen**



## Colofon

© RIVM 2023

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

Het RIVM hecht veel waarde aan toegankelijkheid van zijn producten. Op dit moment is het echter nog niet mogelijk om dit document volledig toegankelijk aan te bieden. Als een onderdeel niet toegankelijk is, wordt dit vermeld. Zie ook [www.rivm.nl/toegankelijkheid](http://www.rivm.nl/toegankelijkheid).

DOI 10.21945/RIVM-2023-0022

A.H. Rotteveel (auteur), RIVM  
E.D. van Vliet (auteur), RIVM  
J. Keuper (auteur), RIVM  
M. Oosterhoff (auteur), RIVM  
G.A. de Wit (auteur), RIVM

Contact:

Adriënne Rotteveel  
Centrum Voeding, Preventie en Zorg/Kwaliteit van Zorg  
en Gezondheidseconomie  
[adrienne.rotteveel@rivm.nl](mailto:adrienne.rotteveel@rivm.nl)

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kader van het COVID-19-onderzoeksprogramma, thema 16: Impact op het zorgsysteem en thema 17: Gezondheidseconomie

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven  
Nederland

[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)



## Publiekssamenvatting

### **De impact van de coronapandemie op de huisartsenzorg – ervaringen van en geleerde lessen door huisartsen**

Tijdens de coronapandemie moesten huisartsen hun zorg aanpassen. Zo konden door de coronamaatregelen minder mensen naar de huisartsenpraktijk komen. Daarom zijn huisartsen meer digitale zorg gaan geven, zoals videobellen en schriftelijke digitale zorg via chat en e-mails. Vanwege de drukte in ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg moesten huisartsen zorg van hen overnemen. Daarnaast zijn huisartsen hun zorg voor chronisch zieken anders gaan organiseren. Zo lieten ze deze patiënten minder vaak op controle komen. Ook werd bij een deel van deze patiënten het contact digitaal.

Huisartsen hebben deze veranderingen zowel positief als negatief ervaren. Volgens hen waren online schriftelijke consulten geschikt voor korte, simpele vragen of overleg. Bijvoorbeeld over een plekje op de huid of over een aanpassing van medicijnen. Ook hebben huisartsen gemerkt dat meer maatwerk voor chronisch zieke patiënten wenselijk is. Bijvoorbeeld door per patiënt te bekijken hoe vaak iemand moet komen en of de zorg ook digitaal kan worden geleverd. Minder positief waren huisartsen over videobellen als vervanging van een consult in de huisartsenpraktijk. Ze konden de klacht dan moeilijker beoordelen omdat ze de patiënt niet in het echt zagen.

Wanneer huisartsen zorg overnamen van andere zorgverleners vonden ze dat soms zinvol, maar meestal niet wenselijk. Het verzwart hun werk en ze zijn er niet altijd voor opgeleid. Voor de toekomst vinden ze het belangrijk dat als ze zorg overnemen, dat dit in goed overleg gebeurt. Ook moeten dan duidelijke afspraken worden gemaakt wie waarvoor verantwoordelijk is.

Verder blijkt dat huisartsen niet goed weten welke patiënten niet zijn gekomen tijdens de coronapandemie en waarom. Het kan zijn dat klachten vanzelf over gingen maar het kan ook zijn dat mensen de zorg hebben gemeden en nog steeds klachten hebben. Huisartsen maken zich daarom zorgen over verborgen leed bij hun patiënten, vooral bij kwetsbare ouderen.

Dit blijkt uit onderzoek van het RIVM naar de lessen die huisartsen geleerd hebben tijdens de coronapandemie. Hiervoor heeft het RIVM in het najaar van 2022 gesproken met 27 huisartsen uit heel Nederland.

**Kernwoorden:** coronapandemie, huisartsenzorg, verschuiving van zorg, zorgmijding, ketenzorg, zorg op afstand, digitale zorg



## Synopsis

### **Impact of the coronavirus pandemic on the provision of GP care: experiences and lessons learned in general practice**

During the coronavirus pandemic, general practitioners (GPs) had to change the way in which they provided care. For example, measures to prevent the spread of the virus limited the number of people GP practices could see. This prompted GPs to offer more care digitally, such as through video calls and in writing through chat and email. At the same time, they had to take over some of the tasks of busy hospitals and mental healthcare providers. GPs also restructured the provision of care to chronically ill patients, for example by having them come in less often or, in some cases, switching to digital communication.

GPs have reported both positive and negative sides to these changes. They said online consultations in writing work well for short, straightforward questions and interactions, such as about skin irregularities or medication changes. GPs have also learned that chronically ill patients benefit from more personalised care. Among other things, they believe that the frequency of appointments and potential use of digital healthcare for chronically ill patients should be determined on a per-patient basis. GPs are less positive about video calls as a replacement for face-to-face consultations. One reason for this is that the inability to see patients in person made it more difficult to assess their symptoms.

GPs who took over care tasks from other providers feel it was useful in some cases, but mostly undesirable. It increased their workloads and they sometimes lacked the necessary training. For the future, they underscore the need to make clear agreements about taking over care from other healthcare providers, as well as about the division of responsibilities.

GPs have also reported not having a clear picture of which patients stayed away during the pandemic, and why. While some symptoms may have resolved on their own, it is also possible that people avoided care and are still experiencing symptoms. GPs are concerned about this potential hidden suffering among their patients, particularly the frail and elderly.

These are the findings of a study conducted by RIVM into lessons learned by GPs during the coronavirus pandemic. The study consisted of focus groups with 27 GPs throughout the Netherlands in the autumn of 2022.

**Keywords:** coronavirus pandemic, GP care, shift in care, care avoidance, integrated care, remote care, e-health





## Inhoudsopgave

### **Samenvatting — 9**

#### **1      **Introductie — 11****

#### **2      **Methode — 13****

- 2.1      Werving — 13
- 2.2      Dataverzameling — 13
- 2.3      Analyse — 15

#### **3      **Resultaten — 17****

- 3.1      Kenmerken deelnemers focusgroepen — 17
- 3.2      Ervaringen van huisartsen met veranderingen in de huisartsenzorg tijdens de coronapandemie — 17
  - 3.2.1      Verplaatsing van zorg — 18
  - 3.2.2      Veranderingen in de ketenzorg — 22
  - 3.2.3      Terugloop van bepaalde zorgvragen — 24
  - 3.2.4      Zorg op afstand — 26
  - 3.2.5      Meer tijd en beter overleg — 29
  - 3.2.6      Samenvatting door huisartsen ervaren zorgveranderingen — 30
- 3.3      Randvoorwaarden om wenselijke zorgveranderingen te behouden — 31
  - 3.3.1      Structurele en toereikende bekostiging — 31
  - 3.3.2      Randvoorwaarden voor het overnemen van controles en controlemetingen — 32
  - 3.3.3      Randvoorwaarde voor meer zelfzorg bij laagcomplexe zorgvragen — 33
  - 3.3.4      Randvoorwaarden voor het inzetten van e — consulten en zelfmetingen thuis — 34
  - 3.3.5      Samenvatting randvoorwaarden — 34

#### **4      **Discussie en conclusie — 37****

- 4.1      Samenvatting van de bevindingen — 37
- 4.2      Beschouwing van de bevindingen — 37
- 4.3      Vergelijking met ander onderzoek — 38
- 4.4      Kanttekeningen bij dit onderzoek — 40
- 4.5      Aanbevelingen voor beleid en onderzoek — 41
- 4.6      Conclusie — 43

#### **5      **Referenties — 45****

#### **Bijlagen — 49**

- A. Interviewleidraad — 49



## Samenvatting

De coronapandemie heeft een grote impact gehad op de gezondheidszorg, zowel op de zorg voor coronapatiënten als op de zorg voor reguliere patiënten. Ook de huisartsenzorg had te kampen met de gevolgen van de pandemie. Om de toegankelijkheid en kwaliteit van de huisartsenzorg in de toekomst te garanderen, ook in periodes dat de zorg onder druk staat, is het belangrijk om lessen te trekken uit de aanpassingen die tijdens de coronapandemie in de huisartsenpraktijk hebben plaatsgevonden. Daarom is in dit onderzoek in kaart gebracht 1) welke veranderingen er volgens huisartsen tijdens de coronapandemie in de huisartsenzorg hebben plaatsgevonden, 2) wat huisartsen denken dat het effect van deze veranderingen is geweest op (de gezondheid van) patiënten, 3) in hoeverre deze veranderingen door huisartsen als wenselijk gezien worden en 4) aan welke randvoorwaarden volgens huisartsen voldaan moet worden om de volgens hen wenselijke veranderingen te behouden of in de praktijk te brengen. Hiervoor zijn 6 online focusgroepen met in totaal 27 huisartsen uit verschillende delen van Nederland gehouden in oktober en november 2022.

Uit de focusgroepen kwamen een aantal zorgveranderingen naar voren die veel huisartsen in hun praktijk gezien hadden. Ten eerste gaven huisartsen aan dat patiënten vaak langer bij de huisarts in behandeling bleven of eerder met zorgvragen bij de huisarts terug kwamen, onder meer omdat huisartsen patiënten slecht konden doorverwijzen naar andere zorgverleners en omdat ze vaak verzoeken ontvingen om controles en controlemetingen over te nemen van de tweede lijn. Ten tweede gaven huisartsen aan binnen de ketenzorg (zorg voor bepaalde chronisch zieke patiënten door meerdere zorgverleners, waaronder de huisarts) veel veranderingen te hebben doorgevoerd tijdens de coronapandemie, zowel in de frequentie van de geleverde zorg (bijv. minder controles) als de manier waarop de zorg aan ketenzorgpatiënten werd geleverd (bijv. meer zorg digitaal geleverd). Ten derde gaven huisartsen aan dat ze tijdens de pandemie een terugloop van zorgvragen binnen hun huisartsenpraktijk zagen. Huisartsen gaven aan vaak niet goed te weten wat deze terugloop veroorzaakt heeft. Ten vierde gaven huisartsen aan dat er tijdens de coronapandemie vaker zorg op afstand werd toegepast. Vooral het aantal telefonische contacten en het aantal e-consulten is volgens huisartsen (blijvend) toegenomen. De inzet van beeldbellen nam slechts tijdelijk toe, met name aan het begin van de pandemie. Verder zijn patiënten vaker zelf controlemetingen gaan uitvoeren. Ten slotte gaven huisartsen aan met consulten van 15 minuten in plaats van 10 minuten te zijn gaan werken en beter te zijn gaan samenwerken met doktersassistenten.

Een aantal van deze zorgveranderingen werden door huisartsen als negatief ervaren. Zo hadden huisartsen zorgen over de gezondheid van patiënten die slecht terecht konden in het ziekenhuis of de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en daarom (langer) behandeld werden in de huisartsenpraktijk. Ook ervaren huisartsen taakverzwaring doordat patiënten slecht terecht konden in het ziekenhuis of bij de ggz. Verder

maakten huisartsen zich zorgen over patiënten die de huisartspraktijk hebben gemeden uit angst voor een besmetting met het coronavirus.

Daarentegen waren er ook veranderingen die door huisartsen als wenselijk werden gezien. Zo was het overnemen van controles en controlemetingen van ziekenhuizen voor sommige patiënten wenselijk. Ook vonden huisartsen het goed dat ze tijdens de coronapandemie vaker het gesprek zijn gaan voeren met kwetsbare patiënten over of verwijzen nog wel zinvol is. Daarnaast gaven huisartsen aan dat ze de ingezette verandering naar meer maatwerk bij ketenzorg wenselijk vonden en dat ze deze verandering in de toekomst graag door wilden zetten. Verder gaven huisartsen aan het wenselijk te vinden dat mensen tijdens de coronapandemie meer zelfzorg hebben toegepast voor laagcomplexere klachten. Met betrekking tot zorg op afstand gaven huisartsen aan positieve ervaringen te hebben opgedaan met e-consulten voor korte, niet-spoedeisende vragen, overleg over medicatie en het per foto beoordelen van huidklachten en met het door patiënten zelf laten meten van gezondheidswaarden. Ook de consulten van 15 minuten en het toegenomen overleg met doktersassistenten werd als wenselijk gezien door huisartsen.

Om deze wenselijke zorgveranderingen te behouden en verder te brengen noemden huisartsen een aantal randvoorwaarden. Allereerst werd breed aangegeven dat structureel voldoende geld voor het bekostigen van de (extra) benodigde tijd, personeel en ruimte voor de zorgveranderingen nodig is. Voor het blijvend overnemen van controles en controlemetingen voor patiënten voor wie dat zinvol is, noemden huisartsen drie randvoorwaarden, namelijk 1) duidelijke afspraken tussen zorgverleners onderling, 2) voldoende, passende scholing en 3) duidelijke afspraken over de aansprakelijkheid voor de overgenomen patiëntenzorg. Met betrekking tot het stimuleren van zelfzorg voor laagcomplexere zorgvragen gaven huisartsen aan dat het wenselijk zou zijn als de zelfredzaamheid van patiënten en de samenredzaamheid van de maatschappij door de overheid gestimuleerd zou worden door middel van publiekscampagnes. Voor het blijvend inzetten van e-consulten en metingen thuis door de patiënt zelf noemden huisartsen twee randvoorwaarden: namelijk 1) goede infrastructuur en software en 2) voldoende ondersteuning en educatie.

Tijdens de coronapandemie hebben huisartsen noodgedwongen zorg anders moeten leveren dan gebruikelijk was vóór de coronapandemie. Het (tijdelijk) anders leveren van zorg heeft zowel positieve als negatieve ervaringen tot gevolg gehad, waaruit lessen getrokken kunnen worden voor de toekomstige organisatie van huisartsenzorg. De inzichten uit dit onderzoek bieden aanleiding voor beleidsmakers, huisartsen, andere zorgverleners en patiënten om samen in gesprek te gaan over de toekomst van de huisartsenzorg en het toekomstige takenpakket van de huisarts. Dit is ook relevant in het kader van de beweging naar passende zorg uit het Integraal ZorgAkkoord. Het is daarnaast belangrijk om bij plannen voor de pandemische paraatheid ook aandacht te besteden aan de rol van huisartsen tijdens een pandemie.

## 1 Introductie

Eind 2019 rapporteerde China als eerste land een cluster van patiënten dat geïnfecteerd was geraakt met het toen nog onbekende SARS-CoV-2 virus. Kort daarna groeide het aantal infecties met dit virus wereldwijd, wat resulteerde in de coronapandemie (1). In Nederland werd in februari 2020 de eerste infectie met dit virus geconstateerd, waarna het aantal infecties exponentieel toenam (2).

De coronapandemie had verstrekkende gevolgen voor de zorgsector (3). Zo steeg de druk op de ziekenhuizen door de grote toestroom van coronapatiënten waardoor de zorg voor patiënten met andere aandoeningen (ook wel: reguliere patiënten) tijdelijk of langdurig stil kwam te liggen (4, 5). Ook kon sommige ziekenhuiszorg voor reguliere patiënten niet doorgaan of alleen digitaal plaatsvinden vanwege overheidsmaatregelen tegen de verspreiding van het coronavirus (6, 7). Deze verstoringen in de ziekenhuiszorg resulteerden in negatieve (gezondheids-)effecten voor zowel patiënten als zorgverleners (6, 8-11).

De coronapandemie had echter niet alleen gevolgen voor de ziekenhuiszorg. Ook andere zorgsectoren voelden de gevolgen van de toestroom van coronapatiënten en van de coronamaatregelen. Zo had bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in de loop van de pandemie te maken met een toename van het aantal patiënten met mentale problemen, terwijl de toegankelijkheid van deze zorg onder druk stond (3) en moesten paramedisch zorgverleners in het begin van de pandemie grotendeels hun werk neerleggen (12).

Ook de huisartsenzorg had te kampen met de gevolgen van de pandemie. De huisarts speelt een cruciale rol in de zorgketen: huisartsen zijn het eerste aanspreekpunt voor de patiënt en kunnen als poortwachter verdere zorgpaden openen. Omdat coronapatiënten met (vragen over) hun klachten vaak als eerste contact opnamen met hun huisarts, hadden huisartsen ook te maken met een grote toestroom van coronapatiënten (13, 14). Daarnaast ervoeren ze ook de gevolgen van de druk op andere zorgsectoren, zoals het ziekenhuis. Ook had de huisartsenpraktijk te maken met de maatregelen tegen de verspreiding van het coronavirus waardoor zorg voor reguliere patiënten vaak op een andere manier geleverd moest worden (3, 14). Al met al hebben huisartsen tijdens de coronapandemie hun manier van werken dus aan moeten passen en, vanwege de toegenomen werklust, opnieuw prioriteiten moeten stellen.

Huisartsen gaven aan dat deze veranderingen de toegankelijkheid en kwaliteit van de huisartsenzorg onder druk hebben gezet (14). Anderzijds zijn er mogelijk ook ervaringen op gedaan met veranderingen die wel goed zijn bevallen. Om de toegankelijkheid en kwaliteit van de huisartsenzorg in de toekomst te garanderen, ook in periodes dat de zorg onder druk staat, is het belangrijk om lessen te trekken uit de ervaringen van huisartsen met de veranderingen die tijdens de coronapandemie in de huisartsenpraktijk hebben plaatsgevonden. Daarom is in dit onderzoek in kaart gebracht 1) welke veranderingen er

volgens huisartsen tijdens de coronapandemie in de huisartsenzorg hebben plaatsgevonden, 2) wat huisartsen denken dat het effect van deze veranderingen is geweest op (de gezondheid van) patiënten, 3) in hoeverre deze veranderingen door huisartsen als wenselijk worden ervaren en 4) welke randvoorwaarden volgens huisartsen nodig zijn om de volgens hen wenselijke veranderingen te behouden of in de praktijk te brengen. In dit onderzoek is er gefocust op drie soorten veranderingen in de huisartsenzorg voor reguliere patiënten: anders geleverde zorg, verplaatsing van zorg en verdampzorg. Zie de gehanteerde definities van deze begrippen in Tekstbox 1.

*Tekstbox 1: Gehanteerde definities van 'anders geleverde zorg', 'verplaatsing van zorg' en 'verdampzorg'.*

Onder '**anders geleverde zorg**' verstaan we een zorgactiviteit die een andere vorm en/of inhoud heeft dan gebruikelijk was vóór de coronapandemie (15).

Onder '**verplaatsing van zorg**' verstaan we een zorgactiviteit die door een andere zorgverlener wordt uitgevoerd dan gebruikelijk was voor de coronapandemie. Het kan daarbij bijvoorbeeld gaan om het verplaatsen van zorgactiviteiten van een medisch specialist naar de huisartsenpraktijk. Onder verplaatsing van zorg verstaan we ook dat een patiënt door een andere zorgverlener wordt behandeld dan gebruikelijk was voor de coronapandemie. Het hoeft hierbij niet te gaan om dezelfde zorgactiviteit, wel om zorg voor dezelfde klacht.

Onder '**verdampzorg**' verstaan we een uitgestelde zorgactiviteit die niet meer kan of hoeft te worden ingehaald vanwege 1) de voorbijgaande aard van de zorgvraag, 2) coping van de patiënt met het gezondheidsprobleem of 3) overlijden van de patiënt (15). Het is daarbij belangrijk om op te merken dat verdampzorg niet betekent dat zorg onwenselijk is. Een patiënt kan hebben geleden onder het uitstel van de verdampte zorgactiviteit of kan zelfs aan dit uitstel overleden zijn.

## 2 Methode

In dit kwalitatieve onderzoek is gebruik gemaakt van online focusgroepen. Focusgroepen maken het mogelijk om, door discussie, deelnemers aan het denken te zetten. Er is gekozen voor online bijeenkomsten om deelname van huisartsen uit heel Nederland te vergemakkelijken.

### 2.1 Werving

In dit onderzoek lag de focus op huisartsen die werkzaam zijn in Nederland. Er werd gestreefd naar een vertegenwoordiging van huisartsen uit elke provincie en huisartsen die werkzaam zijn in meer en minder geurbaniseerde gebieden in Nederland. Dit om een breed en divers beeld te krijgen van de geleerde lessen in de verschillende regio's van Nederland, met verschillende leefstijlen, gebruiken en gewoontes, met een verschillende urbanisatiegraad, en met verschillen in de mate waarin de pandemie impact heeft gehad op de zorg. De hypothese was namelijk dat deze aspecten van invloed zouden kunnen zijn op de ervaringen van huisartsen tijdens de coronapandemie.

Voor de werving van huisartsen is gebruik gemaakt van de contactgegevens uit het Algemeen Gegevens Beheer-register (AGB-register). Zorgaanbieders vragen via het register een AGB-code aan bij aanvang van hun werkzaamheden in de zorg. Middels deze code kunnen zij bijvoorbeeld contracten afsluiten met zorgverzekeraars en geleverde zorg declareren. Vrijwel elke huisarts in Nederland beschikt over een AGB-code en is dus opgenomen in het register (16). Er zijn steekproeven van huisartsen getrokken uit het AGB-register, die vervolgens via de mail een uitnodiging gestuurd is om deel te nemen aan de focusgroepen. Voor deelnemers was een incentive in de vorm van een cadeaubon beschikbaar.

### 2.2 Dataverzameling

Data is verzameld door middel van online focusgroepen van maximaal 1,5 uur met vier tot zes huisartsen per focusgroep. De focusgroepen werden geleid door één onderzoeker van het RIVM met ervaring met focusgroeponderzoek. Een andere RIVM-onderzoeker was tevens aanwezig ter ondersteuning. Er zijn, na toestemming van de deelnemers, geluidsopnames van de focusgroepen gemaakt. Deze geluidsopnames zijn gebruikt om de gesprekken in de focusgroepen letterlijk uit te schrijven (verbatim te transcriberen).

De focusgroepen vonden plaats aan het eind van de middag (als het spreekuur is afgelopen) of aan het begin van de avond. Er is gekozen voor deze tijdstippen omdat de verwachting was dat dit tijdstippen zijn waarop de meeste huisartsen beschikbaar zijn voor een online focusgroep. Huisartsen konden zelf een voor hen geschikte datum en tijdstip kiezen uit een lijst voorstellen. De werving en dataverzameling vond stapsgewijs plaats. Telkens werden er drie data en tijdstippen voorgesteld in de mail, welke werden aangevuld met een nieuwe datum en tijdstip als een eerder moment vol was / geweest was. Na elke

focusgroep werd geëvalueerd of het nodig was om nog een nieuwe focusgroep te plannen. Het totaal aantal focusgroepen is bepaald op basis van saturatie, gedefinieerd als de tweede focusgroep waarin geen nieuwe informatie naar voren kwam met betrekking tot de onderzoeksvragen. Na het bereiken van saturatie is de werving van nieuwe deelnemers gestaakt.

Voor de focusgroepen is een semigestructureerde interviewleidraad gebruikt (zie Bijlage A). Een overzicht van de thema's en sub-thema's die aan bod kwamen is te zien in Tabel 1. Allereerst werd er gestart met een voorstelronde waarbij deelnemers werd gevraagd om te delen in welke regio ze werkzaam waren, wat hun leeftijd was en hoeveel jaar werkervaring ze hadden als huisarts. Vervolgens bestond de focusgroep uit drie onderdelen.

In het eerste onderdeel werden casussen verzameld. Deze casussen bestonden uit voorbeelden die huisartsen noemden van veranderingen die hebben plaatsgevonden in de huisartsenzorg tijdens de coronapandemie. Thema's hierbinnen waren verplaatsing van zorg, zorg met andere inhoud, vorm of frequentie op dezelfde locatie en niet-geleverde zorg of verdampzorg. Eerst volgde er een korte omschrijving van deze thema's. Vervolgens werd aan de deelnemers gevraagd om hier voorbeelden van te noemen die zij tijdens de coronapandemie tegen waren gekomen. Er werd ook gevraagd of andere deelnemers de genoemde casus ook tegen waren gekomen. Alle genoemde casussen werden genoteerd door één van de onderzoekers. Een korte samenvatting van de genoemde casussen werd vervolgens teruggekoppeld aan de deelnemers middels een powerpoint presentatie.

Het tweede onderdeel bestond uit het beoordelen van de mogelijke gezondheidseffecten van de eerder verzamelde casussen en of deze casussen een goed alternatief waren voor de gebruikelijke zorg. Aan de huisartsen werd gevraagd te reflecteren op wat de impact van de casus op de gezondheid van patiënten was aan de hand van hun ervaringen en of zij dachten dat de casus een goed alternatief was voor de gebruikelijke zorg. Uit de reflecties van huisartsen naar aanleiding van werd gedestilleerd welke veranderingen volgens huisartsen wenselijk waren.

In het derde onderdeel van de focusgroep kwamen deze wenselijke veranderingen aan bod. Er werd gevraagd naar de randvoorwaarden die volgens huisartsen nodig zijn om wenselijke veranderingen door te zetten na de coronapandemie. In eerste instantie werd aan de deelnemers gevraagd om zelf op te noemen welke randvoorwaarden volgens hen nodig zijn. De onderzoekers hielden bij of alle categorieën (zijnde zorgverlener, patiënt, organisatorische context, economische en politieke context en sociale context) van het framework van Grol en Wensing (17) aan bod kwamen. Dit framework beschrijft de contextuele factoren die van invloed zijn op implementatie in de zorg. Indien een bepaalde categorie uit dit framework nog niet aan bod kwam, werd hier specifiek naar gevraagd.



Tabel 1 Interviewthema's

Thema	Subthema's	
Veranderingen in de huisartsenpraktijk tijdens de coronapandemie	Verplaatsing van zorg	Van tweede lijn naar huisartsenpraktijk
		Van huisartsenpraktijk naar paramedici
	Zelfde locatie van zorg	Zorg met andere inhoud of vorm
		Andere frequentie van zorg
	Niet-geleverde zorg en verdampzorg	Minder/niet-geleverde zorg
		Verdampzorg
Gezondheidseffecten	Per casus/groep casussen: positief/negatief/neutraal gezondheidseffect	
	Per casus/groep casussen: goed alternatief voor gebruikelijke zorg	
Randvoorwaarden <sup>a</sup>	Zorgverlener	
	Patiënt	
	Organisatorische context	
	Economische en politieke context	
	Sociale context	

<sup>a</sup> Deze categorieën van randvoorwaarden komen uit het framework van Grol en Wensing (17).

### 2.3 Analyse

De transcripten van de focusgroepen zijn thematisch geanalyseerd met behulp van het softwareprogramma MAXQDA 2022 (18). Eerst zijn de transcripten thematisch gecodeerd, door middel van inductieve en deductieve codering, aan de hand van de thema's in de interviewleidraad (zie Tabel 1). De hoofd- en subthema's uit Tabel 1 zijn gebruikt voor deductief coderen (coderen op basis van het theoretisch framework). Vaak waren deze thema's echter niet specifiek genoeg. Daarom zijn er op basis van de transcripten subthema's geformuleerd onderliggend aan de (sub-)thema's uit Tabel 1 (inductieve codering).

Het eerste transcript is gecodeerd door twee onderzoekers (JK en EvV) om een gezamenlijk begrip van de codes te ontwikkelen en om een basis-codeboom vast te stellen. Hierbij is er gekozen voor de focusgroep waarvan werd verwacht dat daar de meeste diversiteit in terug te vinden was. Vervolgens is de rest van de transcripten door één van beide onderzoekers gecodeerd. Nieuwe inductieve codes die achteraf werden signaleerd werden onderling besproken en waar nodig doorgevoerd op de relevante passages. Een derde onderzoeker (AR) keek mee met de codering in het geval van vragen of onduidelijkheden bij JK en EvV.

Om de gecodeerde tekst verder te kunnen analyseren, zijn de gecodeerde passages gegroepeerd en geclassificeerd door drie onderzoekers (JK, EvV en AR). Op basis hiervan zijn de hoofdthema's vastgesteld. Elk hoofdthema is uitgewerkt door één van de drie bij de analyse betrokken onderzoekers en deze uitwerking is gecontroleerd door één van de andere twee onderzoekers.



### 3 Resultaten

In totaal zijn er 2850 uitnodigingen verstuurd, op basis van zeven steekproeven van 100-500 e-mailadressen van huisartsen. In de zesde steekproef is geprobeerd om e-mailadressen van huisartsen te selecteren uit de regio's die op dat moment nog ondervertegenwoordigd waren in de groep deelnemers. De respons lag voor elke steekproef tussen de 1% en 2%. Na 6 focusgroepen met in totaal 27 huisartsen werd vastgesteld dat er saturatie was bereikt. In elke focusgroep deden drie tot zes huisartsen mee. Bij de twee focusgroepen met drie deelnemers waren er twee afmeldingen kort van tevoren, waardoor het aantal deelnemers lager lag dan het streefaantal. De focusgroepen duurden, na een introductie en voorstelronde van ongeveer 10 minuten, gemiddeld 61 minuten (range: 47-71 minuten).

#### 3.1 Kenmerken deelnemers focusgroepen

Tabel 2 laat enkele kenmerken van de deelnemers zien. Voor de huisartsen die tijdens de voorstelronde hun leeftijd en aantal jaar werkervaring als huisarts hebben gedeeld, is deze informatie weergegeven in Tabel 2. Tabel 2 laat ook zien in welke provincies de deelnemers werkzaam zijn. We hebben naar verhouding meer huisartsen gesproken uit de Randstad (met name Noord- en Zuid-Holland) dan uit de rest van het land. Er zijn geen huisartsen uit de provincies Friesland en Overijssel gesproken. Desondanks bleek uit de verhalen van de deelnemers dat er wel veel variatie zat in patiëntenpopulatie (hoge en lage sociaaleconomische status (SES); urbaan en ruraal; verschillende mate van religiositeit in de regio). Ook bleek uit de verhalen van de deelnemers dat de meeste deelnemers praktijkhouders waren (samen met andere huisartsen of alleen).

Tabel 2 Kenmerken deelnemers

Kenmerk	Categorie	Gemiddelde (SD)/ N (%)
<b>Leeftijd (jaren)</b> <b>N=20</b>		46.3 (10.2)
<b>Werkervaring als huisarts (jaren)</b> <b>N=25</b>		15.4 (10.3)
<b>Provincie</b> <b>N=27</b>	Groningen	2 (7.4)
	Friesland	0 (0)
	Drenthe	1 (3.7)
	Flevoland	1 (3.7)
	Overijssel	0 (0)
	Noord-Holland	5 (18.5)
	Zuid-Holland	6 (22.2)
	Utrecht	2 (7.4)
	Gelderland	3 (11.1)
	Zeeland	3 (11.1)
	Noord-Brabant	3 (11.1)
Limburg	1 (3.7)	

SD = standaard deviatie

### 3.2 **Ervaringen van huisartsen met veranderingen in de huisartsenzorg tijdens de coronapandemie**

Tijdens de focusgroepen hebben we met huisartsen gesproken over hun ervaringen met de veranderingen die er volgens hen tijdens de coronapandemie in de huisartsenzorg hebben plaatsgevonden, wat zij denken dat het effect van deze veranderingen is geweest op (de gezondheid van) patiënten en in hoeverre deze veranderingen volgens huisartsen wenselijk zijn. In deze paragraaf komen de ervaren veranderingen in de zorg aan bod die het vaakst terugkwamen in de focusgroepen: 1) verplaatsing van zorg van het ziekenhuis en de ggz naar de huisarts, 2) veranderingen in de ketenzorg, 3) een terugloop in bepaalde zorgvragen, 4) gebruik van zorg op afstand en 5) meer tijd voor de patiënt en beter overleg in de huisartsenpraktijk.

#### 3.2.1 *Verplaatsing van zorg*

Huisartsen gaven aan dat ze ervoeren dat de druk op de zorg tijdens de coronapandemie hoog was en dat patiënten daardoor bij sommige zorgverleners, zoals medisch specialisten en paramedisch zorgverleners, (tijdelijk) niet terecht konden. Daardoor verschoof de zorg voor sommige patiënten van andere zorgverleners naar huisartsen. Door deze verschuivingen van zorg ervoeren veel huisartsen een ongewenste verzwaring van hun takenpakket tijdens de pandemie.

*Huisartsen gaven aan dat ze veel verzoeken kregen van het ziekenhuis om controles en controlemetingen over te nemen*

Huisartsen gaven aan dat de zorg in het ziekenhuis tijdens de coronapandemie werd afgeschaald en dat veel controles in het ziekenhuis telefonisch gingen. Hierdoor ervoeren huisartsen dat ze veel verzoeken kregen - zowel direct van de specialist als via de patiënt - om controlemetingen in de huisartsenpraktijk te doen zodat patiënten telefonisch door de specialist konden worden opgevolgd. Ook ervoeren huisartsen dat ze veel verzoeken kregen om patiënten zelf op te volgen terwijl de specialist dit normaal gesproken zou doen. Dit speelde volgens huisartsen bij veel verschillende aandoeningen en patiëntengroepen.

**Huisarts 4:** *"Dus vanuit de internisten, nefrologen kregen we weleens vaak de vraag of we de nierfunctie wilden controleren of het kalium wilden controleren. Vanuit de dermatologen [kregen we de vraag of we] de wondbehandeling wilden vervolgen en vanuit de reumatologen [kregen we] patiënten eerder terug om verder de medicatie te [geven en controleren]. Vanuit de oncologen [waren er] mensen die toch vaker telefonisch werden gesproken, [en kregen we de vraag] of wij daar dan naartoe konden gaan."*

**Huisarts 5:** *"Nou, heel veel ging telefonisch hè. In het ziekenhuis [werden de] controleafspraken bij de specialist, [...] vaak telefonisch gedaan. Maar als er dan een bloeddruk gemeten moest worden, dan zeiden ze: ja, ga maar even naar de huisarts, dan meet die je bloeddruk wel even."*

Huisartsen gaven aan dat patiënten de controle(metingen) bij de huisarts over het algemeen als fijn ervoeren, omdat dit voor patiënten een ritje naar het ziekenhuis overbodig maakt. Huisartsen ervoeren het

overnemen van controlemetingen zelf echter als ongewenste taakverzwaring. Een deel van de huisartsen verklaarde dan ook niet met deze verzoeken akkoord te gaan. Genoemde redenen hiervoor waren dat het niet de taak is van de huisarts, dat dit de werkbelasting vergroot, en dat het ziekenhuis al betaald wordt voor de controle(metingen). Een ander deel van de huisartsen vond het wel wenselijk en was daarom bereid een deel van de controle(metingen) structureel over te nemen van het ziekenhuis, mits daar goede afspraken over werden gemaakt en het werd ingezet bij patiënten waarbij dit meerwaarde heeft.

**Huisarts 27:** *" over het terugverwijzen naar ons toe. Ik moet zeggen dat ik daar ja, alleen maar mee akkoord ga op het moment dat ik vind dat het zinvol verplaatste zorg is. Want als er een echte DBC is geopend voor dingen, dan hoort daar echt van alles en nog wat bij. En als dat dan weer naar ons wordt gedelegeerd, dan is dat in feite fraude."*

**Huisarts 23:** *"Ja we zijn niet, zeg maar het administratiekantoor die effe wat controles doet ten behoeve van de specialist op vraag."*

**Huisarts 22:** *"Nee precies, precies. Het moet inderdaad wat opleveren hè. Zeker voor de kwetsbare patiënt die moeilijk naar het ziekenhuis kan. We kunnen natuurlijk eigenlijk ook een heleboel zelf doen... maar dat moet heel goed afgesproken worden."*

*Veel huisartsen ervaren drempels om patiënten te verwijzen naar het ziekenhuis, maar selecteerden zelf ook strenger*

Door de drukte in de ziekenhuizen en de afschaling van zorg ervaren veel huisartsen drempels voor het verwijzen van patiënten. Echter waren er ook huisartsen die aangaven geen moeite te hebben gehad met verwijzen.

**Huisarts 27:** *"Ja en sommige mensen waren gewoon überhaupt niet te verwijzen, zelfs terwijl daar wel echt een urgentie voor was. En dat vond ik wel schraal dat je dan ook heel vaak eigenlijk alleen maar 'nee' terug hoorde van de tweede lijn van: nee, dit kan niet."*

**Huisarts 21:** *"Nou, als ik dat echt nodig vond dat ik iemand wilde doorsturen, heb ik daar nooit een probleem mee gehad. Nee. Dat kan ik me niet herinneren"*

**Huisarts 20:** *"Nee, als het nodig was, dan kon je de specialisten goed bereiken en mensen toch insturen, hoor"*

Ook noemden huisartsen dat ze zelf kritischer gekeken hebben welke patiënten echt verwezen moesten worden.

**Huisarts 1:** *"Ja, en ik denk ook omdat de ziekenhuizen natuurlijk ook overvol waren en eigenlijk niet heel veel aan konden, hebben we natuurlijk als huisartsen ook ons best gedaan om te zorgen dat die niet nog meer aanwas kregen aan inderdaad niet-covid-gerelateerde zorg. Dus ik denk dat we de drempel ook wel iets hoger hadden om een verwijzing te maken voor de specialist en dat je sneller probeerde te overleggen, of telefonisch of middels een teleconsult of een e-consult. Dat je toch probeerde dingen zelf op te lossen."*

Als gevolg hiervan gaven huisartsen aan dat patiënten vaak langer bij hen in behandeling bleven. Ook bleven sommige patiënten zelf liever onder behandeling bij de huisarts dan dat ze naar het ziekenhuis gingen. Huisartsen dachten echter dat het langer behandelen van patiënten in de huisartsenpraktijk waarschijnlijk lang niet voor elke patiënt goed is geweest.

**Interviewer:** *"En hoe was het langer vervolgen van patiënten, bijvoorbeeld bij oudere patiënten? En [bij] mensen die niet geopereerd konden worden? Heeft dat ook negatieve effecten gehad of is het bijvoorbeeld wel meegevallen?"*

**Huisarts 10:** *"Ja, dat denk ik wel. Ik denk bijvoorbeeld [bij patiënten] met orthopedische problemen, [bij patiënten bij wie de] knie-injecties in de huisartspraktijk gedaan werden in plaats van in het ziekenhuis, dat soort dingen. Ik denk dat er mensen toch wel meer morbiditeit, meer leed hebben gehad van hun aandoening dan dat ze gehad hadden hoeven hebben zal ik maar zeggen."*

Echter heeft de drempel om te verwijzen mogelijk ook positieve effecten gehad. Zo zeiden een paar huisartsen vanwege de moeilijkheden met verwijzen eerder het gesprek aan te gaan met kwetsbare ouderen over of verwijzen nog wel zinvol was.

**Huisarts 9:** *"Maar soms ook wel misschien in positieve zin, dat je misschien sneller ter sprake brengt bij oudere mensen van, wil je nog wel naar het ziekenhuis? En dat je daardoor juist ook weer een hoop leed bespaart bij sommigen."*

*Huisartsen gaven aan dat door uitgestelde zorg in het ziekenhuis patiënten weer terug kwamen bij hen*

Ook patiënten die al wel doorverwezen waren naar het ziekenhuis kwamen volgens huisartsen tijdens de coronapandemie weer terug bij hen. Een belangrijke oorzaak hiervan was volgens huisartsen uitgestelde zorg: in afwachting van de uitgestelde zorg in het ziekenhuis kwamen patiënten terug bij de huisarts met hun klachten en vragen.

**Huisarts 13:** *"Ja. Of bijvoorbeeld veel vragen [als gevolg] van uitgestelde polibezoeken, bijvoorbeeld bij de cardiologen, [die polibezoeken] werden bij ons in de regio veel uitgesteld en dan was er in de tussentijd toch veel onrust [bij patiënten] en die vragen [van patiënten] kwamen dan eigenlijk meer in de eerste lijn terecht."*

**Huisarts 9:** *"Maar ook, eh... wachtlijsten voor operaties, mensen met schouderklachten of iets dergelijks [...] of een heup of iets [wat] eigenlijk geopereerd [zou] moeten worden, maar waar dan zo'n wachtlijst [is] enzo. Ja, dat stilgelegd is, dat je [ze] dus meer terugziet voor een injectie of, [het] vervolgen met pijnstilling of [een] andere manier [om de klachten te verminderen]."*

*Huisartsen gaven aan ggz-patiënten langer behandeld te hebben vanwege toegenomen problemen met het verwijzen van deze patiënten naar de ggz*

Huisartsen ervoeren dat er naast druk op de ziekenhuizen ook veel druk was op de ggz. Ze merkten, met name in de loop van de pandemie, dat ze patiënten moeilijker konden verwijzen dan vóór de pandemie.

**Huisarts 12:** *"Naarmate de pandemie langer duurde, [merkte je] juist [dat] heel veel mensen wel decompenseerden en [dat] je ze dan echt niet kwijt kon. Niet in specialistische ggz, niet bij psychologen. Het was vóór de pandemie al een probleem en dat is tijdens de pandemie enorm gegroeid en dat is nu een nog groter probleem geworden is mijn ervaring."*

Huisartsen gaven aan dat daardoor de zorg voor deze patiënten tijdens de coronapandemie ook meer op hun bordje en op dat van de POH-ggz (praktijkondersteuner huisarts ggz) kwam te liggen.

**Huisarts 11:** *"Nee, ik zag ook, [...] eerst, zag je dat de POH echt wel wat drukker werd. Die gingen natuurlijk aanvankelijk ook wat meer telefonisch werken, maar uiteindelijk werd die ook drukker. En nu zie je dat bij ons de wachttijd voor de POH ook ruim drie, vier maanden is. Dus je zit [daardoor] al bijna zelf die [meer specialistische] zorg ook te doen, waardoor [je] andere zorg die eigenlijk als huisarts je taken zijn, veel minder goed kan doen, want een heel groot gedeelte wordt door de psychiatrische patiënt ingenomen.."*

Huisartsen gaven wel te kennen dit geen optimale zorg te vinden omdat ze onvoldoende scholing hebben om deze zwaardere patiënten afdoende te begeleiden.

**Huisarts 12:** *"Ja. Dus als mensen dan niet terecht kunnen, dan houden wij die mensen maar in zorg, zo goed en zo kwaad als dat gaat, want wij zijn ook geen psychiater natuurlijk."*

Een enkele huisarts noemde dan ook dat het langer behandelen van ggz-patiënten juridische consequenties kon hebben. Dit omdat huisartsen in afwachting van specialistische hulp wel de hoofdbehandelaar zijn en daardoor aansprakelijk zijn voor fouten, maar niet voldoende geschoold zijn om deze zware ggz-patiënten te behandelen.

**Huisarts 8:** *"Nou ja, wij hebben wel bijvoorbeeld een psychiater die we kunnen consulteren, hè, maar er was pas ook een tuchtuitspraak over, hè. Als je dan medicatie voorschrijft waar je niet zo, eh, bekend mee bent, hè, dan, nou ja, dan word je toch dan gelijk als hoofdbehandelaar gezien, hè, [ook] als ze ergens op de wachtlijst staan."*

*Huisartsen gaven aan tijdens de eerste golf van de coronapandemie ook zorg over te hebben genomen van paramedisch zorgverleners*

Als laatste gaven huisartsen aan soms ook zorg te hebben moeten overnemen van paramedisch zorgverleners. Dit gold vooral in de eerste golf van de coronapandemie. Toen waren volgens huisartsen praktijken

van veel paramedisch zorgverleners gesloten of konden ze patiënten slechts onder bepaalde voorwaarden behandelen.

**Interviewer:** *"Zijn er ook verschuivingen geweest van de huisartsenpraktijk naar de paramedische zorg of vice versa?"*

**Huisarts 8:** *"Nee, veel minder, omdat een gedeelte daarvan ook gesloten [was], dus dat was juist veel moeilijker, hè, dus dat [leveren van zorg] deden we dan veel meer telefonisch juist of via internet. Of dat we advies vroegen [aan andere zorgverleners] en [dat] dan via internet, of dat mensen oefeningen kregen via internet ofzo. Maar juist het fysieke contact niet voor die groep."*

### 3.2.2 Veranderingen in de ketenzorg

Veel van de deelnemende huisartsen gaven aan wijzigingen te hebben doorgevoerd in de frequentie, de vorm en de manier waarop ketenzorg werd geleverd tijdens de pandemie.

*Huisartsen gaven aan de frequentie van ketenzorg verlaagd te hebben*  
Huisartsen zeiden de frequentie van ketenzorg verlaagd te hebben tijdens de coronapandemie, in samenspraak met de POH-somatiek. Dit gebeurde volgens huisartsen bij alle soorten ketenzorgpatiënten.

**Huisarts 14:** *"Onze POH, [die zag] onze diabetespatiënten [...] best wel vier keer per jaar, dat is nu naar drie keer per jaar. En sommige mensen bij wie het heel goed gaat [ziet de POH] zelfs twee keer dus, wij waren er wel heel strikt in vier keer per jaar controles, dat is minder geworden."*

Bij navraag over het gezondheidseffect van deze verlaagde frequentie van ketenzorg kwamen wisselende ervaringen naar voren. Aan de ene kant gaven huisartsen aan dat voor minder complexe patiënten een vermindering van het aantal contactmomenten resulteert in een vergelijkbare kwaliteit van zorg. Huisartsen zeiden dan ook geleerd te hebben dat sommige patiëntengroepen minder contacten nodig hebben dan gebruikelijk was vóór de coronapandemie. Aan de andere kant gaven huisartsen aan zich zorgen te maken over de gezondheid van complexere patiënten vanwege een vermindering in de frequentie van de ketenzorg.

**Huisarts 6:** *"[...]vooral met de ketenzorg was het inderdaad wel een goeie openbaring van hé, het kan ook heel anders, 't hoeft niet per se elke drie maanden. Maar dan kan ik gewoon telefonisch even een bloeddrukuitslag doorgeven en dat zien wij nu weer gelukkig ook terug in de werk na de covidperiode, dat die contactmomenten, niet van patiënten die lastig ingesteld zijn of moeilijk te behandelen zijn qua bloeddruk of diabetes, maar die restgroep, dat die frequentie van contacten ligt vele malen lager dan vóór de covidperiode."*

**Huisarts 16:** *"Bij ons toen we eenmaal weer gingen controleren [hadden patiënten] echt torenhoge [suikerwaardes] en HbA1c 's. [Ze hadden] echt minder bewogen eh niet meer gesport eh [vaker gedaan aan] frustratie-eten dat soort dingen ja. Uhm ik zag daar wel verslechtering in die zin ja."*



*Huisartsen gaven aan ook de organisatie van ketenzorg te hebben aangepast*

Sommige huisartsen zeiden ook wijzigingen te hebben doorgevoerd in de manier waarop zij ketenzorg leveren, bijvoorbeeld door het aanpassen van het zorgpad voor ketenzorgpatiënten. De huisartsen die hier ervaring mee hadden, gaven aan hier tevreden mee te zijn en de wijzigingen in de toekomst te willen vasthouden.

**Huisarts 23:** *"Ja in mijn praktijk zijn we het echt compleet anders gaan doen. Tijdens de COVID pandemie zagen wij niemand in ketenzorg tenzij d'r dus echt een hele hoge urgentie aan zat. Daarna zijn we de zorg totaal anders gaan inrichten dat eigenlijk de metingen vrij snel allemaal achter elkaar gebeuren. Eerst door assistente één de bloedafname, dan door assistente twee en door mij de controles en direct eigenlijk de vragen die we altijd willen stellen en [de] risico schatting en daarna pas één, twee dagen later de papieren beoordeling en dan een telefonisch contact nadien om eigenlijk alle uitslagen heel rustig te bespreken. [...] Je kunt dan juist voor de mensen die meer aandacht nodig hebben, kun je veel meer aandacht ook pakken in plaats van altijd maar die ellenlange afspraken bij ons. Want dat was altijd drie kwartier voor een patiënt, nou dat is eigenlijk zonde van de tijd bleek later. [...] Ik denk ook niet dat we dat ooit weer gaan terug veranderen."*

*Volgens huisartsen werd er ook meer ketenzorg op afstand geleverd, met wisselende ervaringen*

Huisartsen gaven ook aan dat tijdens de coronapandemie veel POH's-somatiek ketenzorg tijdelijk (volledig) op afstand zijn gaan leveren. Volgens huisartsen werd dit door de POH's vaak als negatief ervaren. Bovendien zijn er volgens huisartsen patiëntengroepen, zoals mensen die therapie ontrouw zijn, voor wie zorg op afstand binnen de ketenzorg als een slecht alternatief werd gezien.

**Huisarts 7:** *"We zijn redelijk snel wel geschakeld dat de praktijkondersteuners die normaliter die zorg leveren dat telefonisch gingen doen, maar dat is toch suboptimaal, zeker bij bepaalde patiëntengroepen die al niet zo vreselijk therapietrouw zijn om het maar zo te zeggen."*

*Huisartsen gaven aan door deze wijziging geleerd te hebben dat ketenzorg maatwerk is*

Huisartsen gaven aan door de ervaringen met de veranderingen in de ketenzorg tijdens de coronapandemie geleerd te hebben dat het kiezen van de best passende frequentie, vorm en manier om ketenzorg te leveren een kwestie van maatwerk is. Het is gewenst om specifieke, en soms individuele, afwegingen te maken om de juiste frequentie, vorm en manier te bepalen.

**Huisarts 3:** *"(...) soms gaat het er ook meer om een gepaste frequentie te zoeken binnen de richtlijnen die er zijn."*

**Huisarts 15:** *"(...) maar in ieder geval dat je per patiënt kijkt van wat is nodig."*

### 3.2.3 *Terugloop van bepaalde zorgvragen*

Huisartsen rapporteerden dat zij de gehele pandemie bepaalde klachten minder gezien hebben dan gebruikelijk was vóór de pandemie.

*Er kwamen volgens huisartsen vooral minder mensen met laagcomplexere klachten naar de spreekuren*

Volgens huisartsen bleven met name de laagcomplexere zorgvragen vaker weg van de spreekuren. Huisartsen konden niet altijd achterhalen waarom bepaalde klachten minder frequent voorkwamen. Daarom was het ook niet altijd duidelijk wat het gezondheidseffect hiervan was en of dit wenselijk was.

**Huisarts 7:** *"(...) ik denk dat dat wel de bottomline is. Het zijn de laagdrempelige dingen waar mensen vroeger misschien toch nog even voor zouden langskomen, waar ze nu eigenlijk niet meer voor aan bod komen."*

*Een deel van de zorgvragen liep volgens huisartsen terug vanwege het minder ontstaan van klachten*

Voor bepaalde klachten, zoals sportblessures, kwam de terugloop in zorgvragen volgens huisartsen door de coronamaatregelen en de daarop aangepaste leefstijl van mensen waardoor klachten niet ontstonden.

**Huisarts 20:** *"Alle traumaatjes, sportblessures, dat viel allemaal weg. Wondjes, [klachten door] tuinwerken, dat soort dingen, corpus aliena in ogen. Ik heb het echt niet gezien, hoor..."*

**Huisarts 2:** *"Ja, ik merkte bijvoorbeeld, normaal zie ik altijd veel mensen met surmenage klachten, de overspannenheid. Die heb ik in de eerste negen maanden na de uitbraak [van corona] niet of niet veel gezien."*

Een groep klachten die opvallend vaak genoemd werd als een klacht die minder frequent voor kwam op het spreekuur, waren de KNO-klachten (Keel-Neus-Oorklachten) en (luchtweg)infecties. Huisartsen gaven aan zowel bij kinderen als bij volwassenen deze klacht veel minder te hebben gezien. Huisartsen dachten dat dit waarschijnlijk te maken had met de sluiting van scholen en kantoren en met andere coronamaatregelen.

**Huisarts 1:** *"In het eerste jaar vond ik het heel erg opvallend: normaal zeg maar is mijn spreekuur best wel vol met mensen die al drie weken hoesten of hè, de hoest gaat niet over. Dat is iets wat we in het eerste jaar, [daar] was ik zeer verbaasd over, dat er zo weinig mensen kwamen met hoestklachten. Het was geen corona, dus het was eigenlijk wel goed, waardoor ze daar makkelijker mee om konden gaan of dat ze dat in ieder geval konden accepteren, dat ze dachten: oké, het gaat vanzelf wel over. Maar ook in die lijn, hè, ik [heb] eigenlijk nauwelijks kinderen meer gezien. Waar [ik] bij mijn spreekuur normaal altijd alle oorpijntjes en snotneuzen en keelpijn bij kinderen moet beoordelen, waren die er niet. Maar dat kwam denk ik ook doordat mensen meer afstand hielden en minder, dat er minder besmettelijkheid was onderling."*

*Een ander deel van de terugloop in zorgvragen kwam volgens huisartsen door toegenomen zelfzorg*

Huisartsen gaven aan het vermoeden te hebben dat veel patiënten zelfzorg hebben toegepast voor laagcomplexere zorgvragen of dat patiënten een meer afwachtende houding hadden waarna veel klachten wegens natuurlijk beloop vanzelf weer verdwenen.

**Huisarts 9:** *"Ja, met oren uitspuiten vaak wel. Soms gaan mensen zelf gewoon de douchekop erop zetten en dan is het ook over. Dus die kwamen soms niet meer terug."*

Een aantal huisartsen merkten op dat ze het idee hadden dat patiënten tijdens de pandemie meer geleerd hebben over het natuurlijke beloop van klachten. Hierdoor leken patiënten minder snel de huisarts te contacteren of wisten ze zelf oplossingen te vinden. Dit werd door de huisarts in veel gevallen als positief ervaren.

*Er waren volgens huisartsen ook patiënten die zorg meden uit angst voor besmetting of om de zorg te ontlasten*

Huisartsen merkten op dat patiënten ook uit eigen initiatief de huisartsenpraktijk gemeden hebben. Deze zorgmijding zagen huisartsen vooral terug bij mensen die bang waren om het coronavirus op te lopen. Ze gaven aan dat dit vooral speelde bij oudere, kwetsbare patiënten. Huisartsen gaven te kennen bang te zijn hierdoor dingen gemist te hebben. Ze zagen deze ontwikkeling dan ook als negatief. Naast de groep patiënten die de huisartsenpraktijk uit angst meed, was er volgens huisartsen ook een kleinere groep patiënten die de huisarts meed om ze niet zwaarder te belasten in een crisisperiode. Huisartsen maakten zich minder zorgen om deze tweede groep patiënten die zorg meden.

**Huisarts 13:** *"Ik denk wel dat er onderscheid is tussen de reden waarom mensen niet zijn gekomen. Ik denk dat er een groep mensen zijn die niet kwamen om ons niet te belasten en een groep mensen die ook niet goed durfden te komen. Ik heb het gevoel dat in die tweede groep ook wel mensen daardoor zeg maar ja toch te laat aan de bel trokken en juist met ernstigere klachten thuis bleven zitten. En die eerste groep vaak meer huidklachten en dat soort dingen waren volgens, voor mijn gevoel."*

**Huisarts 27:** *"Maar bij mij was bijvoorbeeld een groep ouderen de groep mensen waarvan ik vond dat ze soms te schuchter waren en ook te angstig waren om corona op te lopen, om toch ook best wel met hele relevante dingen te komen. Dat vond ik toch wel zorgelijk."*

*Huisartsen gaven aan dat de terugloop in bepaalde klachten van tijdelijke aard was*

De terugloop in bepaalde klachten in de huisartsenpraktijk bleek vaak van tijdelijke aard. Daar waar huisartsen zich eerst afvroegen waar patiënten met dergelijke klachten bleven, merkten zij nu dat men de klachten op heeft gespaard. Huisartsen ervoerden een inhaalslag waarbij patiënten komen met lijstjes om allerlei klachten in één keer te bespreken.

**Huisarts 24:** *"Ja ik heb een praktijk waar patiënten met lijstjes dan komen. Opvallend na de COVID stilte dat ze met heel veel lijstjes kwamen. Met ik heb dit allemaal opgespaard dokter."*

**Huisarts 23:** *"Ja dat herken ik wel heel duidelijk. Want de lijstjes die gaan soms echt wel tot acht, negen items (...) en dat in een kwartier, dat is niet leuk."*

### 3.2.4

#### *Zorg op afstand*

Veel van de deelnemende huisartsen gaven aan dat zij tijdens de coronapandemie meer gebruik zijn gaan maken van zorg op afstand. Onder zorg op afstand verstaan wij in dit rapport telefonisch contact (bellen), beeldbellen<sup>1</sup>, e-consult<sup>2</sup> en telemonitoring<sup>3</sup> (19).

*Huisartsen gaven aan dat het aantal telefonische contacten (blijvend) is toegenomen met wisselende ervaringen*

Veel huisartsen gaven aan dat het aantal telefonische contacten tijdens de pandemie is toegenomen, en dat er nog steeds sprake is van een toename. De functie van een telefonisch consult is volgens enkele huisartsen ook veranderd. Zo worden ze vaker gebruikt als vervanging van een gewoon fysiek contact in plaats van voor een korte vraag. Daardoor duren telefonische contacten volgens huisartsen tegenwoordig gemiddeld ook langer dan voorheen.

**Huisarts 15:** *"En telefonische consulten, dat is bij ons wel nog steeds duidelijk toegenomen. (...) Vroeger had ik wel telefoontjes maar dat waren altijd dingen die dan, stonden er tien in een kwartier of zo. En nu heb ik heel veel telefonische consulten van een kwartier... waarbij [de telefonische consulten] dus echt in plaats van een gewoon consult komen. Ja [daarvan] heb ik [er] wel elke dag een stuk of vier, vijf denk ik."*

Wat betreft de telefonische contacten gaven meerdere huisartsen aan dat ze hiermee de patiënt niet altijd goed konden helpen, bijvoorbeeld omdat een klinische (fysieke) blik daarbij mist.

**Huisarts 1:** *"Nou ja, ik heb vooral eigenlijk [...], ik heb veel meer dingen telefonisch gedaan dan dat eigenlijk normaal in mijn comfortzone zou zitten. Bij de meeste dingen had ik gezegd: kom maar en dan kan ik ieder geval meekijken..."*

**Huisarts 24:** *"Ik heb veel, veel liever dat ik iemand live zie, dan kun je veel makkelijker en sneller tot je diagnose komen en niet iedereen aan de telefoon is goed verstaanbaar of kan jou goed begrijpen. Dus het was een hele intensieve periode met aan de telefoon ja."*

<sup>1</sup> Beeldbellen betreft een synchrone interactie, waarbij er contact is tussen de zorgverlener en zorggebruiker via een videoverbinding.

<sup>2</sup> E-consult betreft digitaal schriftelijk contact. Dit contact kan bijvoorbeeld plaatsvinden via (beveiligde) e-mail, via een (mobiele) app of via het elektronisch patiënten dossier. Het betreft een asynchrone interactie: de zorggebruiker stuurt een bericht, welke op een later (door de zorgverlener gekozen moment) kan worden beantwoord.

<sup>3</sup> Telemonitoring betreft het meten en monitoren van de gezondheid van de zorggebruiker op afstand. De zorggebruiker meet regelmatig de eigen gezondheidswaarden (zoals bloeddruk of bloedsuikerwaarde) met een meter, sensor, apparaat of vragenlijst en legt deze waarden vast in een webportaal of app. De zorgverlener monitort deze gegevens digitaal en grijpt in indien de gezondheidswaarden daar aanleiding toe geven.

Enkele huisartsen noemden dat ook de praktijkondersteuners meer zijn gaan bellen tijdens de pandemie, voor zowel patiënten met psychische klachten als voor de ketenzorgpatiënten. Over het algemeen ervoeren de POH's dit als negatief.

**Huisarts 15:** *"POH-ggz is bij ons ook telefonisch gaan werken. [Die is daar] Best wel lang [mee] doorgegaan en dat was voor patiënten niet altijd even prettig moet ik zeggen. Bij de andere hoorde ik weinig klachten, bij de POH-ggz was dat soms toch wel lastig. Begrijpelijk."*

*Huisartsen gaven aan (blijvend) meer gebruik te zijn gaan maken van e-consulten en hier over het algemeen positieve ervaringen mee te hebben*

Veel huisartsen gaven aan dat het gebruik van e-consulten een vlucht heeft genomen tijdens de coronapandemie. Ook nu het aantal coronabesmettingen lager ligt, worden e-consulten volgens huisartsen nog steeds veel gebruikt, bijvoorbeeld om te overleggen over het gebruik van medicatie.

**Huisarts 18:** *"Nou, het aantal e-consulten is zeker ook bij ons echt verdriedubbeld."*

**Huisarts 12:** *"Dat best een grote groep ook zelf regie pakte en een mailtje stuurde en voorstellen deed om medicatie aan te passen. Dat ik dacht van, nou, dat gaat ook best wel goed."*

Met betrekking tot de e-consulten gaven veel van de huisartsen aan dat ze hier positieve ervaringen mee hebben. Ze zeiden dat ze het fijn vonden werken voor bepaalde niet spoedeisende zorgvragen. Huisartsen ervoeren echter dat e-consulten voor sommige patiëntgroepen, zoals kwetsbare ouderen en minder digitaal vaardige patiënten, niet geschikt zijn.

**Huisarts 7:** *"Dat vind ik ook wel een verrijking, van het panel aan dingen die je kan gebruiken om te consulteren, hoor. Zeker voor de semispoed dingen of gewoon de vraagjes waar je normaal inderdaad een telefoon voor zou oppakken, wat dan niet meer hoeft."*

**Huisarts 19:** *"Ja, de oudere mensen vinden dat [e-consult] wel lastig, hoor. Die nog net aan wel kunnen whatsappen en een foto via WhatsApp kunnen sturen, maar meer eigenlijk niet. Die eigenlijk niet eens weten hoe je moet mailen."*

Veel huisartsen gaven aan het e-consult in te zetten om huidandoeningen en sommige andere klachten via een foto op afstand te kunnen beoordelen. Huisartsen zeiden huidandoeningen meestal goed te kunnen beoordelen via een foto.

**Huisarts 16:** *"[Het] zijn natuurlijk de foto's, [die] hebben een hoge opgang gemaakt. Dus allerlei huid dingen die met een foto gaan en die meestal ook wel goed te bekijken zijn. Kijk een moedervlek wordt tricky inderdaad, dus die vragen we vaak wel nog op het spreekuur maar vaak naar aanleiding van een foto. Maar [voor] een heleboel huid dingen kun je met een foto best goed uit de voeten en die weg zijn mensen*

*toenemend gaan vinden. Dus dat doen we nu heel vaak. En dat is ook wel een manier die ik, die ik prettig vind."*

*Huisartsen gaven aan dat de inzet van beeldbellen tijdelijk toenam aan het begin van de coronapandemie, maar dat er nu nog maar nauwelijks of helemaal niet (meer) gebruik van wordt gemaakt*

Een deel van de huisartsen gaf aan dat zij aan het begin van de coronapandemie gebruik zijn gaan maken van beeldbellen om patiënten op afstand te kunnen behandelen of diagnosticeren. Het gebruik van beeldbellen nam, volgens deze huisartsen, echter ook vrij snel daarna weer af. Een ander deel van de huisartsen gaf aan helemaal geen gebruik te hebben gemaakt van beeldbellen. Een mogelijke verklaring voor de snelle afname in gebruik is dat huisartsen zeiden beeldbellen onhandig en geen goed alternatief voor de fysieke consulten op de praktijk te vinden.

**Huisarts 4:** *"...we hebben binnen onze zorggroep binnen een week, we hebben allemaal hetzelfde ICT-systeem, konden wij videobellen. En eigenlijk iedereen is daarmee gestopt. [...] Want je hoort wel veel dat dat de oplossing is. Maar in mijn regio zijn de honderd huisartsen die dat na een week allemaal opgepakt hebben, eigenlijk alle honderd weer mee gestopt."*

**Huisarts 13:** *"Ja ik heb eigenlijk op geen enkel moment videoconsulten toegepast. Eigenlijk alleen de praktijkondersteuners [hebben videoconsulten toegepast] en ja ik ben meer gewend daarin onderscheid te maken tussen moet het gezien worden of niet en als het gezien moet worden dan komt het ook en anders kan het dus uitgesteld worden. Eigenlijk meer dat onderscheid dan de tussenstap video consulten. Die hebben wij niet gemaakt."*

Door sommige huisartsen werd er wel een meerwaarde gezien van beeldbellen ten opzichte van telefonische consulten.

**Huisarts 20:** *"Ja, bij ons was het dan videobellen. En dat, dat leverde ze toch echt wel wat op ook, dat mensen toch wel echt het gevoel hadden dat ze face-to-face contact hadden met iemand, die ze kenden ook vanuit de praktijk. Dus dat heeft bij ons echt wel veel opgeleverd nog."*

Huisartsen noemden verder dat beeldbellen ook veel is ingezet door de POH-ggz en door de huisarts voor zorg voor patiënten met mentale klachten. Huisartsen gaven aan dat dit over het algemeen niet zo goed is bevallen en dat zowel de praktijkondersteuners als de huisartsen graag zo snel mogelijk weer terug wilden naar de fysieke consulten voor deze patiëntengroep.

**Huisarts 10:** *"Ik moet wel zeggen, nog even aanvullend op het beeldbellen, wij hebben vanaf het begin van COVID snel gezorgd dat iedereen kon beeldbellen. In het begin hebben onze POH's-ggz daar vooral gebruik van gemaakt. We hoopten ook dat dat hun fysieke zorg in de spreekkamer wat kon vervangen, maar [de POH's-ggz] waren daar eigenlijk al heel snel, eigenlijk niet zo tevreden over, omdat er ook, ja, je bent natuurlijk zo gewend aan het face-to-face contact in een*

*sprekkamer, in gesprek. Dat vonden ze toch, echt wel inferieur vergeleken met, de spreekuurbezoeken. Dus dat heeft ook niet een enorme vlucht gehad helaas."*

**Huisarts 19:** *"De psychische gesprekken deed ik inderdaad dan met beeldbellen. Maar ik vind dat toch wel echt veel minder van kwaliteit dan wanneer je iemand eh tegenover je hebt zitten."*

*Huisartsen gaven aan dat patiënten zelf controlemetingen zijn gaan uitvoeren*

Enkele huisartsen gaven aan dat hun patiënten tijdens de pandemie meer zelfmetingen zijn gaan uitvoeren. Dit was bijvoorbeeld het geval bij ketenzorgpatiënten. De huisartsen die hiermee ervaring hebben opgedaan waren daar positief over.

**Huisarts 23:** *"Toen hebben we ook nog wat opgeschaald, dus we hadden een soort onderzoeksdozen waarin dan een bloeddrukmeter, saturatiemeter en een thermometer zat en die kwamen mensen dan halen. COVID, geen COVID dat maakte allemaal niet uit. En dan konden ze thuis gewoon allerlei metingen doen en dan daarna weer even beeldbellen en dan kon je op die manier kon je eigenlijk ook alles wel beoordelen."*

### 3.2.5

*Meer tijd en beter overleg*

Huisartsen gaven aan twee organisatorische veranderingen in de huisartsenpraktijk te hebben doorgevoerd tijdens de coronapandemie. Allereerst gaven veel huisartsen aan tijdens de coronapandemie overgeschakeld te zijn van een consult van 10 minuten naar een consult van 15 minuten per patiënt. Dit beviel de huisartsen erg goed. Huisartsen waren ervan overtuigd dat een consult van 15 minuten zorgt voor meer werkplezier, kwalitatief betere zorg en op langere termijn minder zorg (onder andere vanwege minder verwijzingen) en daarmee ook minder zorgkosten.

**Huisarts 3:** *"Ik heb dus ook ... sinds die tijd een kwartier per patiënt, in plaats van tien minuten, waar ik erg van geniet. Ik heb minder stress. Dan zit je ontspannener tegenover je patiënt. Je kunt wat dieper gaan als het nodig is. En als je het toch in tien minuten kunt, kun je nog een belletje doen."*

**Huisarts 12:** *"Ja, als ik minister was zou ik iedereen direct op een kwartier zetten. Ik ben ervan overtuigd als je een kwartier per patiënt hebt, dat je betere zorg levert, minder diagnostiek aanvraagt en ook minder verwijst, omdat je gewoon net iets meer tijd hebt."*

Ten tweede gaf een kleiner deel van de huisartsen aan dat ze tijdens de coronapandemie begonnen zijn met het beter instrueren van, en overleggen met doktersassistenten. Het ging dan om het samen bepalen welke patiënten bij de huisarts geholpen moesten worden, welke elders geholpen konden worden en welke patiënten de klachten thuis nog even konden aankijken. Huisartsen waren hier erg over te spreken. Ze gaven aan ook meer begrip te hebben gekregen voor de moeilijkheden waar doktersassistenten tegenaan lopen bij het telefonisch beoordelen van patiënten en het vervolgens bepalen van het juiste beleid. De huisartsen

die beter waren gaan overleggen met doktersassistenten gaven aan dit in de toekomst vast te willen houden.

**Huisarts 1:** *"Ik ben ook wel heel scherp [op], daar herken ik me ook wel in, dat ik met de assistentes [bespreek], wie moet deze vraag beantwoorden? Niet alles hoeft bij mij op het bordje te komen. Er zijn meerdere zorgverleners in het veld. Soms is het heel makkelijk, vraag het de huisarts. Maar ik ben daar heel scherp op naar de assistentes toe van dat ze ook zelf nadenken, wie gaat deze vraag beantwoorden?"*

### 3.2.6

#### *Samenvatting door huisartsen ervaren zorgveranderingen*

Tijdens de focusgroepen kwamen een aantal zorgveranderingen naar voren die veel huisartsen in hun praktijk gezien hadden. Ten eerste gaven huisartsen aan dat patiënten vaak langer bij de huisarts in behandeling bleven of eerder bij de huisarts terug kwamen. Dit kwam onder meer omdat huisartsen patiënten moeilijker konden doorverwijzen naar andere zorgverleners en omdat ze vaak verzoeken ontvingen om controles en controlemetingen over te nemen van de tweede lijn. Ten tweede gaven huisartsen te kennen binnen de ketenzorg veel veranderingen te hebben doorgevoerd tijdens de coronapandemie, zowel in de frequentie van de geleverde zorg (bijv. minder controles) als de manier waarop de zorg aan ketenzorgpatiënten werd geleverd (bijv. meer zorg digitaal geleverd). Ten derde gaven huisartsen aan dat ze een terugloop van zorgvragen binnen hun huisartsenpraktijk zagen, maar dat ze vaak niet goed wisten wat deze terugloop veroorzaakt heeft. Ze hadden alleen zicht op de klachten die ze minder vaak hebben gezien en op welke patiënten later kwamen, nadat ze eerst zorg hadden gemedend. Voor bepaalde zorgvragen werd de terugloop volgens huisartsen mogelijk veroorzaakt door zorgmijding (zoals bij kwetsbare patiënten, uit angst voor een coronabesmetting), zelfzorg (zoals bij verstopte oren) en/of doordat sommige klachten minder frequent voorkwamen dan vóór de pandemie (zoals bij KNO-klachten en (luchtweg)infecties). Ten vierde vermeldden huisartsen dat er tijdens de coronapandemie vaker zorg op afstand werd toegepast. Vooral het aantal telefonische contacten en het aantal e-consulten is volgens huisartsen (blijvend) toegenomen. De inzet van beeldbellen nam slechts tijdelijk toe. Verder zijn patiënten vaker zelf controlemetingen gaan uitvoeren. Ten slotte gaven huisartsen aan te zijn gaan werken met consulten van 15 minuten in plaats van 10 minuten en beter te zijn gaan samenwerken met doktersassistenten.

Een aantal van deze zorgveranderingen werden door huisartsen als negatief ervaren. Zo hadden huisartsen zorgen over de gezondheid van patiënten die slecht terecht konden in het ziekenhuis of de ggz en daarom (langer) behandeld werden in de huisartsenpraktijk. Ook ervaren huisartsen taakverzwaring doordat patiënten moeilijker terecht konden in het ziekenhuis of de ggz. Verder maakten huisartsen zich zorgen over patiënten die de huisartspraktijk gemedend hebben uit angst voor een besmetting met het coronavirus.

Daarentegen waren er ook veranderingen die door huisartsen als wenselijk werden gezien. Zo was het overnemen van controles en controlemetingen van ziekenhuizen voor sommige patiënten wenselijk volgens huisartsen, mits het zinvol is voor de patiënt en daar goede afspraken tegenover staan. Ook vonden huisartsen het goed dat ze



tijdens de coronapandemie vaker het gesprek zijn gaan voeren met kwetsbare patiënten over of verwijzen nog wel zinvol is. Daarnaast gaven huisartsen aan dat ze de ingezette verandering naar meer maatwerk bij ketenzorg als wenselijk ervoeren en dat ze deze verandering in de toekomst graag door wilden zetten. Verder vonden huisartsen het wenselijk dat mensen tijdens de coronapandemie meer zelfzorg hebben toegepast voor laagcomplexere klachten. Met betrekking tot zorg op afstand verklaarden huisartsen positieve ervaringen te hebben opgedaan met e-consulten voor korte, niet-spoedeisende vragen, overleg over medicatie en het per foto beoordelen van huidklachten en met het door patiënten zelf laten meten van gezondheidswaarden. Ook de consulten van 15 minuten en het toegenomen overleg met doktersassistentes werd als wenselijk gezien door huisartsen.

### 3.3 Randvoorwaarden om wenselijke zorgveranderingen te behouden

Om de in de vorige paragraaf beschreven wenselijke zorgveranderingen in de toekomst te behouden of verder te brengen, zijn er volgens huisartsen enkele randvoorwaarden nodig. In deze paragraaf komen de meest genoemde randvoorwaarden aan bod. Eerst gaan we in op een randvoorwaarde die huisartsen in het algemeen genoemd hebben voor het behouden of verder brengen van wenselijke zorgveranderingen. Daarna gaan we in op de randvoorwaarden die genoemd zijn voor het behouden of verder brengen van drie specifieke wenselijke zorgveranderingen, namelijk 1) het blijvend overnemen van controles en controlemetingen van ziekenhuizen voor patiënten waar dat zinvol voor is, 2) het bevorderen van zelfzorg voor laagcomplexere zorgvragen, en 3) het blijvend bieden van zorg op afstand door middel van e-consulten en zelfmetingen.

#### 3.3.1 Structurele en toereikende bekostiging

Huisartsen gaven aan dat er voldoende bekostiging moet zijn voor de tijd, personeel en ruimte die nodig is voor het behouden en verder brengen van de wenselijke veranderingen. Zo is er bijvoorbeeld een financiële vergoeding nodig voor het overnemen van taken uit het ziekenhuis. Ook is er bijvoorbeeld tijd nodig voor het behandelen van e-consulten.

**Huisarts 10:** *"Nou ja, het is vrij simpel, je hebt natuurlijk geld nodig voor je ruimte, je hebt geld nodig voor personeel. En, als je taken overneemt uit ziekenhuizen of meer zorg doet, dan mag daar ook een financiële vergoeding tegenover staan als je dat overneemt."*

**Huisarts 19:** *"Die foto's, die e-consulten, [daar] overleggen we [over] en die beantwoorden de assistentes dan. Dus in die zin heb je er ook personeel voor nodig."*

**Huisarts 8:** *"Ja, en dan personeel natuurlijk, hè. [...] De assistentes die hebben ook niet meer minuten in hun uur. Dus ook differentiatie in taken binnen de praktijk. En dan ruimte, want als je assistentes meer laat doen moeten ze ook een kamer hebben waar ze dat kunnen doen,*

*die niet altijd voor handen is. Dus dat zijn ook belangrijke randvoorwaarden."*

Met betrekking tot het zelf doen van metingen thuis gaven huisartsen aan dat financiële compensatie voor de aangeschafte apparatuur of software ook nodig is. Tijdens de pandemie was het vaak nog zo dat huisartsen hun eigen meters meegaven zodat patiënten thuis gezondheidswaarden konden meten. Huisartsen gaven aan dat ze het belangrijk vinden dat geld beschikbaar komt om extra meters te kopen die mee gegeven kunnen worden aan de patiënt.

**Huisarts 27:** *"Nou ja en soms is het ook wel fijn dat er bijvoorbeeld een budget is. [...] Het moet natuurlijk gewoon zo zijn dat je in de financiering de mogelijkheid hebt om apparaten aan te schaffen of digitale toepassingen te gebruiken op een professionele manier. Met een terechte vergoeding."*

Daarnaast gaven huisartsen aan dat de benodigde bekostiging voor het behouden en verder brengen van wenselijke veranderingen wel structureel moet zijn. Tijdelijke bekostiging in de vorm van pilot projecten werd niet als helpend ervaren voor het blijvend anders organiseren van de zorg.

**Huisarts 27:** *"hoe kunnen we die randvoorwaarden nou handhaven? Nou, daarvoor is financiering nodig en ook een structurele financiering. Dus niet iets voor één jaar en daarna weer zeggen: het hoort bij de basiszorg. Maar echt een structurele financiering."*

**Huisarts 26:** *"We hadden meer tijd voor de patiënt en dat is toch weer allemaal weer terug bij het oude vrees ik. Ik hoop dat dat nou wel in de onderhandelingen met de zorgverzekeraars, dat daar weer meer tijd voor komt."*

### 3.3.2 *Randvoorwaarden voor het overnemen van controles en controlemetingen*

Een aantal huisartsen gaf aan bereid te zijn zorg over te nemen van de tweede lijn, mits dit zinvol is voor de patiënt. Er zijn echter nog wel een aantal randvoorwaarden nodig om het overnemen van controles en controlemetingen te behouden en verder te brengen.

Ten eerste benoemden huisartsen dat de overname van taken uit de tweede lijn tijdens de coronapandemie vaak zonder goed onderling overleg gebeurde. Huisartsen gaven daarom aan dat goede, onderlinge afspraken tussen zorgverleners een cruciale randvoorwaarde is om zorg te kunnen verplaatsen waar dat zinvol is.

**Huisarts 1:** *"Maar dat we nu sinds corona, of door de corona, allerlei acties moeten oplossen die normaal in het ziekenhuis werden gecontroleerd, dus dat wij veel controles overnemen, [dat tegen] iemand die een operatie heeft gehad wordt gezegd "doe de wondcontrole maar bij de huisarts" of dat mensen sneller bij de geriater worden ontslagen [en dat wordt gezegd] "doe de verdere controles maar bij de huisarts". Terwijl [zij] vroeger de mensen lieten terugkomen na zes weken, om te kijken hoe gaat het. Of dat die jaarlijkse controles, die*

*normaal door de cardioloog of door de reumatoloog of door de neuroloog zouden plaatsvinden, nu bij ons plaatsvinden. Zonder dat daar duidelijke transmurale afspraken over gemaakt zijn."*

**Huisarts 27:** *"En weet je, soms kun je wel zeggen: dit hoort in het project 'zorg dichterbij'. Kan allemaal, maar dan moet het of al een afspraak zijn in je regio of het moet in overleg. En ik vind een brief waarin je een opdracht krijgt ook echt geen overlegsituatie."*

Ten tweede gaven sommige huisartsen aan dat ze extra kennis nodig hebben voor het overnemen van controles en controlemetingen voor bepaalde groepen patiënten. Daarom noemden huisartsen passende bijscholing ook als belangrijke randvoorwaarde.

**Huisarts 7:** *"Ja, dat herken ik ook wel. Ik denk dat het geldt voor psychische patiënten, maar het geldt voor andere dingen ook wel, dat je toch wel specifieke knowhow, ook voor bepaalde verplaatsing van zorg, nodig hebt die we soms ook missen."*

Ten derde vroegen veel huisartsen zich af in hoeverre zij aansprakelijk zijn voor overgenomen zorg uit de tweede lijn. Duidelijkheid over aansprakelijkheid werd daarom ook als een belangrijke randvoorwaarde gezien voor het verplaatsen van zorg.

**Huisarts 4:** *"En wij vroegen ook ons af wat de juridische consequenties zouden zijn als wij dat [de zorg] niet goed zouden oppakken, of bijvoorbeeld [als] wij de 24-uurs bloeddrukmetingen op een gegeven moment konden gaan doen of [als we] de holter kunnen gaan overpakken. Dus het had nogal wat consequenties."*

### 3.3.3

#### *Randvoorwaarde voor meer zelfzorg bij laagcomplexe zorgvragen*

Huisartsen ervoeren tijdens de pandemie dat patiënten terughoudender waren in het opzoeken van de huisarts en daardoor meer dingen zelf of met behulp van hun sociale netwerk oplosten. Naarmate de intensiteit van de pandemie afnam, kwamen patiënten echter weer met allerlei laagcomplexe zorgvragen naar de huisarts terwijl dat vaak niet nodig was. Om zelfzorg voor dit soort laagcomplexe zorgvragen te stimuleren gaven huisartsen aan dat ze dachten dat het goed zou zijn om patiënten te stimuleren om zelfredzaam te zijn en om hun sociale netwerk beter te gebruiken. Eén huisarts had het in die context over het vergroten van de samenredzaamheid.

**Huisarts 24:** *"Ik denk ook niet dat dat allemaal de taak is van de huisarts. Daar zit ook wel een soort maatschappelijke bewustwording in. In een pandemie, kennelijk kunnen we [dan] zo met elkaar werken maar buiten een pandemie om dan moet daar alles weer van alles geregeld worden en allemaal lijstjes. En dat stukje preventieve zorg en eigen zorg daar zou je eigenlijk wat meer in willen doen als maatschappij, van wat kun je nou zelf al oplossen en wanneer moet je dan eigenlijk naar de dokter zonder je laagdrempeligheid te verliezen."*

**Huisarts 15:** *"Samenredzaamheid [is] dan de term die je tegenwoordig heel veel hoort, dus niet zelf- maar samenredzaam. En dat is wel een ontwikkeling die denk ik door corona wel heel erg gestimuleerd is. Van*

*dat je inderdaad met je buren, met je familie op elkaar let en kijkt wanneer echt professionele zorg nodig is. Volgens mij is dat wel een ontwikkeling die daardoor in gang gezet is en de goeie kant op gaat."*

Toen huisartsen gevraagd werd welke partijen de zelfredzaamheid en samenredzaamheid zouden moeten stimuleren en hoe, gaven ze aan dat ze denken dat hierin vooral een rol is weggelegd voor de overheid, door middel van publiekscampagnes.

**Huisarts 2:** *"[In het verleden had je Postbus 51 spotjes van dokter Zwaan op TV. Elk jaar in september zei dokter Zwaan] "Het zijn weer virussen in de lucht. Dat hoort erbij. Verkouden zijn hoort erbij. Veertien dagen afwachten en als je dan nog last hebt, dan nog een keer afwachten." Ja, je wil die opvoeding. Wij krijgen [nu] natuurlijk die opvoeding van de patiëntenzorg voor onze kiezen. Maar als je dat weer terug naar die overheid doet met Postbus 51, van moet ik echt naar de dokter, dat mag wel weer een beetje aangescherpt worden."*

#### 3.3.4 *Randvoorwaarden voor het inzetten van e-consulteren en zelfmetingen thuis*

Huisartsen gaven aan e-consulteren en metingen door de patiënt zelf thuis blijvend te willen inzetten voor specifieke patiëntengroepen. Hiervoor werden echter wel een aantal randvoorwaarden genoemd. Allereerst werd aangegeven dat het belangrijk is dat de basis op orde is: dat er werkend internet is, dat systemen goed op elkaar aansluiten, zowel binnen de huisartsenpraktijk als regionaal, en dat er goede apparatuur is.

**Huisarts 20:** *"Nou ja, gewoon de randvoorwaarde is dat je goeie digitale apparatuur hebt staan, denk ik. Echt de apparatuur. Ja, ik bedoel, de eerste week ben ik op de fiets gesprongen en heb gelijk camera's gekocht en headsets en dat soort dingen allemaal voor iedereen om digitaal te kunnen werken. En hebben we ook wel ICT-ondersteuning gehad om thuis te kunnen werken, op het moment dat we wel zelf in isolatie moesten. Dat zelfs de assistentes van huis uit gewoon de telefoon mee konden aannemen. Alles werd doorverbonden."*

Ten tweede gaven huisartsen aan dat het belangrijk is dat de benodigde ondersteuning en educatie voor zorg op afstand beschikbaar is.

**Huisarts 14:** *"Ja ik denk ondersteuning inderdaad. Een stukje vanuit de overheid, een stukje financiering en een stukje ICT kennis. Als je het over die foto's hebt, waar sla je ze op en hoe doe je dat? Ik denk dat we daar gewoon behoefte aan hebben om ons werk, wat voller en drukker wordt, ook post-corona, om dat werkbaar te houden voor ons."*

#### 3.3.5 *Samenvatting randvoorwaarden*

Tijdens de focusgroepen noemden huisartsen een aantal randvoorwaarden voor het behouden en verder brengen van de volgens hen wenselijke veranderingen tijdens de coronapandemie. Allereerst werd breed aangegeven dat voldoende geld voor het bekostigen van de benodigde tijd, personeel en ruimte voor de zorgveranderingen nodig is. Huisartsen maakten daarbij de kanttekening dat het wel wenselijk is dat de bekostiging structureel is en niet tijdelijk. Voor het blijvend

overnemen van controles en controlemetingen voor patiënten voor wie dat zinvol is, noemden huisartsen drie randvoorwaarden, namelijk 1) duidelijke afspraken tussen zorgverleners onderling, 2) voldoende, passende scholing en 3) duidelijke afspraken over aansprakelijkheid voor de overgenomen patiëntenzorg. Met betrekking tot het stimuleren van zelfzorg voor laagcomplexe zorgvragen gaven huisartsen aan dat het wenselijk zou zijn als de zelfredzaamheid van patiënten en de samenredzaamheid van de maatschappij door de overheid gestimuleerd zou worden door middel van publiekscampagnes. Voor het blijvend inzetten van e-consulten en zelfmetingen door de patiënt thuis noemden huisartsen twee randvoorwaarden: namelijk 1) goede infrastructuur en software en 2) voldoende ondersteuning en educatie.



## 4 Discussie en conclusie

In dit rapport is op basis van 6 focusgroepen met in totaal 27 huisartsen in kaart gebracht 1) welke veranderingen er volgens huisartsen tijdens de coronapandemie in de huisartsenzorg hebben plaatsgevonden, 2) wat huisartsen denken dat het effect van deze veranderingen is geweest op (de gezondheid van) patiënten, 3) in hoeverre deze veranderingen door huisartsen als wenselijk worden ervaren en 4) welke randvoorwaarden volgens huisartsen nodig zijn om de volgens hen wenselijke veranderingen te behouden of in de praktijk te brengen. In de focusgroepen lag de nadruk op veranderingen op het gebied van anders geleverde zorg, verplaatsing van zorg en verdampzorg voor niet-coronapatiënten.

### 4.1 Samenvatting van de bevindingen

Tijdens de focusgroepen kwam een aantal voorbeelden van aanpassingen naar voren die volgens huisartsen tijdens de coronapandemie in de huisartsenpraktijk hebben plaatsgevonden: 1) verplaatsing van zorg van het ziekenhuis en de ggz naar de huisarts, 2) veranderingen in de organisatie van de ketenzorg, 3) een terugloop in laagcomplexere zorgvragen, 4) gebruik van zorg op afstand en 5) meer tijd voor de patiënt en beter overleg in de huisartsenpraktijk. Een aantal van deze zorgveranderingen werden door huisartsen als negatief ervaren. Zo hadden huisartsen zorgen over de gezondheid van patiënten die slecht terecht konden in het ziekenhuis en de ggz. Daarentegen waren er ook veranderingen die door huisartsen als wenselijk werden gezien. Zo noemden huisartsen dat ze de ingezette verandering naar meer maatwerk bij ketenzorg wenselijk vonden. Ook gaven huisartsen aan positieve ervaringen te hebben opgedaan met e-consulten voor korte, niet-spoedeisende vragen, overleg over medicatie en het per foto beoordelen van huidklachten.

Tijdens de focusgroepen benoemden huisartsen een aantal randvoorwaarden voor het behouden en verder brengen van deze volgens hen wenselijke veranderingen: 1) structurele en toereikende bekostiging voor de benodigde tijd, personeel en ruimte, 2) goede afspraken en bijscholing voor het blijvend overnemen van controles en controlemetingen voor patiënten voor wie dat zinvol is, 3) het stimuleren van de zelfredzaamheid van patiënten en de samenredzaamheid van de maatschappij, en 4) goede infrastructuur en software en voldoende ondersteuning en educatie voor zorg op afstand.

### 4.2 Beschouwing van de bevindingen

Uit de focusgroepen kwam naar voren dat het huisartsensprekuur complexer is geworden tijdens de coronapandemie door het overnemen van zorg vanuit de tweede lijn, door het behouden van patiënten die niet in het ziekenhuis of de ggz terecht konden, door de tijdelijke terugloop van patiënten met laagcomplexere zorgvragen en door de verlaagde frequentie van ketenzorg. Een breed gedeelte ervaring uit de focusgroepen was dat dit complexere spreekuur heeft geleid tot een verzwaring van het takenpakket van de huisarts. Bovendien leek ten

tijde van de focusgroepen de laagcomplexere zorg weer op het oude niveau terug te komen, terwijl de door- en terugstroom naar de tweede lijn nog niet terug was naar de oude situatie. Dit droeg mogelijk verder bij aan de door huisartsen ervaren taakverzwaring en hoge werkdruk. Dit kan zorgelijk genoemd worden omdat in veel regio's al sprake was van een hoge ervaren werkdruk in de huisartsenzorg voordat de pandemie begon (20).

Huisartsen ervoeren daarentegen dat twee andere veranderingen uit de coronapandemie, namelijk betere afstemming met doktersassistenten en een consult van 15 minuten, de werkdruk konden verminderen. Huisartsen pleitten daarom in onze focusgroepen voor het behouden van deze veranderingen. Voor het behouden van een 15-minuten consult was volgens huisartsen voldoende geld nodig voor de benodigde capaciteit. Een breed gedragen aanbeveling van huisartsen aan beleidsmakers was dan ook om te zorgen voor een toereikende en structurele bekostiging hiervoor. Inmiddels heeft de werkelijkheid deze aanbeveling van de huisartsen in onze focusgroepen ingehaald. Als voorwaarde voor de ondertekening van het Integraal Zorgakkoord heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) in december 2022 namelijk met zorgverzekeraars afgesproken dat er toereikende en structurele bekostiging komt voor consulten van 15 minuten (21, 22). Mogelijk dat deze afspraak in de toekomst kan bijdragen aan het blijvend beperken van de werkdruk van huisartsen.

In ons onderzoek gaven huisartsen aan dat ze gemerkt hebben dat ketenzorg maatwerk is. Niet iedere patiënt hoeft meer even vaak op controle te komen. Idealiter wordt per patiënt bepaald wat de juiste frequentie van benodigde ketenzorg is en in hoeverre ketenzorg (deels) digitaal geleverd kan worden. Dit inzicht is niet geheel nieuw. Onderzoek heeft al eerder laten zien dat niet voor iedere patiënt dezelfde controlefrequentie nodig is (23). Nieuw is echter wel dat huisartsen dit nu ook zelf hebben ervaren. Mogelijk kan deze ervaring van huisartsen zelf bijdragen aan het verder doorvoeren van meer maatwerk binnen de ketenzorg.

Naast anders geleverde zorg en verplaatsing van zorg, lag de nadruk van dit onderzoek specifiek op de geleerde lessen van huisartsen met verdampzorg. Uit de focusgroepen bleek echter dat huisartsen vaak niet weten welke patiënten niet zijn geweest en waarom niet. Ze hebben alleen zicht gehad op de klachten die ze minder vaak hebben gezien en op welke patiënten later terug komen, die eerst zorg hebben gemeden. Ze weten bijvoorbeeld niet welke patiënten in eerste instantie zorg hebben gemeden en later niet alsnog gekomen zijn omdat hun zorgvraag is verdampd. Daarom komt het thema verdampzorg niet terug in de resultatensectie, ondanks dat dit wel onderwerp van gesprek was tijdens de focusgroepen.

### **4.3 Vergelijking met ander onderzoek**

In ons onderzoek gaven huisartsen aan taakverzwaring te hebben ervaren tijdens de coronapandemie, wat leidde tot een hogere ervaren werkdruk. Dat er tijdens deze periode sprake was van een hoge werkdruk onder personeel in de huisartsenpraktijk blijkt ook uit een



systematische review van Matenge et al. (2022) waarin gerapporteerd wordt dat eerstelijnszorgverleners een toename in werkdruk en werkgerelateerde stress ervaarden tijdens de pandemie (24). Verder beschrijft onderzoek van Wanat et al. (2021) ook dat eerstelijnszorgverleners, waaronder zorgverleners werkzaam in de huisartsenpraktijk, te maken hadden met taakverzwaring doordat zij er extra taken bij kregen vanwege de coronapandemie. Deze extra taken hadden een negatieve impact op de werkdruk en mentale gezondheid van zorgverleners (25).

Ook gaven in ons onderzoek veel huisartsen aan dat er een terugloop was in consulten voor bepaalde zorgvragen, zoals voor laagcomplexere zorgvragen, sportblessures en luchtwegklachten (anders dan corona). Deze bevindingen komen overeen met de bevindingen van onderzoeken van Lambooij et al. (26), Heins et al. (27) en Schers et al. (28) die in Nederland zijn uitgevoerd. In deze onderzoeken werd huisartsenregistratiedata gebruikt om meer inzicht te krijgen in de aard en omvang van huisartsconsulten tijdens de pandemie en in veranderingen in de duur van huisartsconsulten. Al deze onderzoeken rapporteren een (forse) daling in het aantal huisartsbezoeken tijdens de eerste coronagolf in vergelijking met dezelfde periode in 2019. Wat betreft deze daling in consulten, beschrijft Heins et al. (2022) dat er vooral een daling was in niet-urgente aandoeningen zoals het uitspuiten van oren (27). Lambooij et al. (2022) rapporteren daarnaast ook dat er minder consulten gerelateerd aan sportblessures en andere infectieziekten dan corona voorkwamen tijdens deze periode (26). Internationaal onderzoek vond daarnaast ook een forse daling in het aantal zorgcontacten met patiënten met chronische ziekten (24, 25, 28-30).

Verder blijkt uit ons onderzoek dat er verschillende redenen waren waarom patiënten de huisarts meden. Het grootste deel van de patiënten deed dit volgens huisartsen omdat ze bang waren om besmet te raken of om anderen te besmetten. Een kleiner deel deed dit volgens huisartsen omdat ze de huisarts niet verder wilden belasten. Deze bevinding is in lijn met de resultaten van nog niet gepubliceerd vragenlijstonderzoek onder Nederlandse burgers over uitgestelde zorg en zorgmijding, waarin angst door bijna de helft van de burgers werd genoemd als belangrijkste reden om zorg te mijden (31). Angst voor besmetting en het niet willen belasten van de huisarts werden ook in onderzoek van Lambooij et al. genoemd als redenen om de huisarts te mijden (26). Lambooij et al. geven daarnaast aan dat patiënten deze twee redenen om zorg te mijden wel afwogen tegen hun inschatting van de ernst van de klacht (26).

Een andere bevinding van ons onderzoek is dat huisartsen (tijdelijk) meer gebruik zijn gaan maken van zorg op afstand, zoals e-health. Nationaal en internationaal onderzoek laat ook zien dat er meer gebruik is gemaakt van zorg op afstand tijdens de coronapandemie (13, 14, 19, 28, 32-37). Nationaal is er bijvoorbeeld door het Nivel onderzoek verricht naar het gebruik van zorg op afstand onder Nederlandse huisartsen (35). Ook hebben het RIVM, Nivel en NeLL (LUMC), in het kader van de e-healthmonitor, onderzoek uitgevoerd naar het gebruik van e-health onder Nederlandse zorgverleners, waaronder huisartsen

(19, 37, 38). Uit beide onderzoeken bleek, net als uit ons onderzoek, dat het gebruik van e-consulten bij veel huisartsenpraktijken (blijvend) was toegenomen. Ook vonden deze onderzoeken, in lijn met ons onderzoek, dat een groot deel van de praktijken tijdens de coronapandemie voor het eerst gebruik is gaan maken van beeldbellen, al was dit maar tijdelijk.

De randvoorwaarden die huisartsen in ons onderzoek noemden voor het blijvend inzetten van e-consulten komen ook overeen met eerder onderzoek naar het gebruik van e-health onder Nederlandse huisartsen (36), focusgroeponderzoek onder beleidsmedewerkers en managers in de zorg over randvoorwaarden voor het blijvend inzetten van e-health na de coronapandemie (19) en met bevindingen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en de Autoriteit Persoonsgegevens over randvoorwaarden voor de inzet van e-health (34). Daarbij wordt ook het belang van goed werkende (digitale) apparatuur, een adequate technische infrastructuur en voldoende financiële ondersteuning genoemd.

Onze bevindingen over de ervaringen met meer maatwerk bij het leveren van ketenzorg, meer tijd voor de patiënt en beter overleg in de huisartsenpraktijk komen voor zover wij weten niet terug in ander onderzoek over de impact van de coronapandemie op de (huisartsen)zorg. Ook (de ervaringen met) het verschuiven van zorg naar de huisartsenpraktijk in deze periode hebben wij niet in ander onderzoek terug gelezen.

#### **4.4 Kanttekeningen bij dit onderzoek**

Dit onderzoek heeft een aantal sterke punten. Allereerst is in dit onderzoek gesproken met een diverse groep Nederlandse huisartsen: uit verschillende regio's, met een verschillende leeftijd en met verschillende werkervaring. Daarnaast bood de semigestructureerde vorm van de focusgroepen de mogelijkheid om diepgaande informatie te verzamelen over de ervaringen en ideeën van huisartsen. Doordat huisartsen met elkaar in gesprek gingen, gaven de focusgroepen bovendien direct een idee van hoe breedgedeed een ervaring of idee was.

Er zijn echter ook een paar kanttekeningen bij dit onderzoek te maken. Voor de werving voor de focusgroepen in dit onderzoek is gebruik gemaakt van e-mailadressen uit het AGB-register. De respons op deze werving lag gemiddeld tussen de 1% en 2% per mailronde. Huisartsen kunnen bij de inschrijving in het AGB-register zelf een e-mailadres opgeven. Dit hoeft niet perse een persoonlijk e-mailadres te zijn en het AGB-register bevat dan ook veel algemene e-mailadressen van praktijken en administratieafdelingen. Het kan dus zijn dat niet elke e-mail direct bij een huisarts terecht kwam. Daarnaast werden de focusgroepen op relatief korte termijn gehouden. Tussen de e-mail en de daadwerkelijke focusgroep zat gemiddeld zo'n twee weken. Deze redenen kunnen mogelijk de 1%-2% respons verklaren. De geplande focusgroepen konden echter op tijd gevuld worden en hebben allemaal doorgang kunnen vinden.

Desondanks is het vanwege de manier van werving en de lage respons mogelijk dat we een selectieve groep huisartsen hebben gesproken. Er kan dus sprake zijn van selectiebias. Zo kan het zijn dat de huisartsen die op onze wervingsmail reageerden een bepaalde reden hadden om deel te willen nemen aan ons onderzoek. Bijvoorbeeld omdat ze hun onvrede wilden uiten, een bepaalde geleerde les wilden delen, interesse hadden in de onderwerpen van het onderzoek of graag met collega's in gesprek gaan over hun ervaringen. Ook kan het zijn dat vanwege de digitale vorm van de focusgroepen alleen digitaal vaardige huisartsen hebben deelgenomen aan ons onderzoek. We hebben geen indicaties gekregen dat de deelnemers aan dit onderzoek een specifieke groep huisartsen betrof. We kunnen echter niet uitsluiten dat we een selectief beeld hebben gekregen van de ervaringen en geleerde lessen van huisartsen. Daarnaast zou een oververtegenwoordiging van digitaal vaardige huisartsen mogelijk wel kunnen verklaren waarom zorg op afstand een belangrijk onderwerp was in elke focusgroep zonder dat er specifiek naar is gevraagd.

Naar verhouding hebben er in ons onderzoek meer huisartsen deelgenomen uit de Randstad dan daarbuiten. Reden hiervoor zou kunnen zijn dat er meer huisartsen praktiseren binnen de Randstad en dat zij daarom een groter aandeel vormen van de deelnemers (20). Een aantal deelnemers uit de Randstad liet echter tijdens de introductie van de focusgroep weten dat zij in rurale(re) delen van de Randstad werkzaam waren. Mede hierdoor denken we een divers beeld van de impact van de pandemie op de huisartsenzorg te hebben verkregen.

In dit onderzoek zijn alleen de ervaringen van huisartsen met de veranderingen in de huisartsenzorg tijdens de coronapandemie in kaart gebracht. Om een breder beeld te krijgen van de ervaren veranderingen in de huisartsenzorg zou het ook waardevol geweest zijn om andere zorgverleners uit de huisartsenpraktijk, zoals praktijkondersteuners of doktersassistenten, en patiënten gesproken te hebben. Binnen dit onderzoek was er niet voldoende tijd en financiering om een grotere groep zorgverleners te spreken en om het perspectief van patiënten ook mee te nemen. Desondanks kan onderzoek naar de ervaringen van andere zorgverleners in de huisartsenpraktijk en onderzoek naar de ervaringen van patiënten interessante aanvullende inzichten opleveren. Immers kunnen de ervaringen van huisartsen verschillen van de ervaringen van andere zorgverleners en patiënten.

#### **4.5 Aanbevelingen voor beleid en onderzoek**

Als de wens er is om sommige, volgens huisartsen wenselijke zorgveranderingen uit de coronapandemie te behouden voor de toekomst, bevelen we beleidsmakers aan om om tafel te gaan met huisartsen, andere zorgverleners (van binnen en buiten de huisartsenzorg) en patiënten om gezamenlijk een visie te ontwikkelen op het takenpakket van de huisartsen(praktijk) in de toekomst. Hiervoor kan geput worden uit documenten die door de huisartsenverenigingen zijn opgesteld over het takenpakket van huisartsen (39). Het is belangrijk om andere zorgverleners ook bij deze visie te betrekken, omdat de visie over het takenpakket van de huisartsenpraktijk ook gevolgen heeft voor het takenpakket van andere zorgverleners, zowel

binnen als buiten de huisartsenpraktijk. Ook is het belangrijk om ook het perspectief van patiënten mee te nemen omdat veranderingen in het takenpakket van de huisarts ook gevolgen heeft voor patiënten. Naar aanleiding van de gezamenlijk opgestelde visie kan vervolgens gewerkt worden aan het creëren van de juiste randvoorwaarden om deze visie uit te voeren. Denk bij de juiste randvoorwaarden aan structurele bekostiging voor voldoende tijd, capaciteit en ruimte om kwalitatief, goede huisartsenzorg te kunnen (blijven) leveren. Maar denk hierbij ook aan goede afspraken tussen zorgverleners over het verplaatsen van zorg en duidelijkheid over de aansprakelijkheid bij het verplaatsen van zorg. Een eerste stap in deze richting is onlangs al gezet voor de ANW (Avond-Nacht-Weekend)-zorg door middel van het opstellen van een actieplan door zorgverleners in de eerste lijn (40). Ook de met huisartsen gemaakte afspraken in het kader van het Integraal Zorgakkoord kunnen gezien worden als een belangrijke stap in deze richting (21).

Het werken aan een visie over het takenpakket van de huisartsenpraktijk in de toekomst en het creëren van de juiste randvoorwaarden daarvoor past ook binnen de ingezette beweging naar meer passende zorg. Deze beweging is ingezet in het kader van het in 2022 overeengekomen Integraal Zorgakkoord (IZA), waarin de term 'passende zorg' centraal staat (41). Voor de definitie van passende zorg volgt het IZA het *Kader Passende Zorg* van Zorginstituut Nederland, waarin passende zorg wordt omschreven als "een aanpak om ervoor te zorgen dat iedereen ook in de toekomst goede zorg kan krijgen" (42). Passende zorg heeft volgens dit kader verschillende principes: "1) Passende zorg is zorg die werkt tegen een redelijke prijs; 2) Passende zorg betekent dat patiënt en zorgverlener samen beslissen; 3) Passende zorg wordt waar dat kan zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd; 4) Passende zorg gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en zelfredzaamheid" (42). De in dit onderzoek gebundelde ervaringen van huisartsen bieden mogelijk aanknopingspunten voor het passender maken van zorg. Ook biedt dit onderzoek aanknopingspunten voor verder onderzoek naar de passendheid van zorg. Denk bijvoorbeeld aan onderzoek naar welke verschuivingen van zorg zinvol zijn en welke niet.

Het opstellen van een visie en actieplan rond de rol van de huisartsenzorg is ook relevant in het kader van pandemische paraatheid, het goed voorbereid zijn op een volgende pandemie. De grote aanpassingen binnen de ziekenhuizen tijdens de coronapandemie hadden direct effect op de huisartsenzorg. Zoals terug te horen was in onze focusgroepen, zorgden deze aanpassingen voor een toegenomen ervaren werkbelasting in de huisartsenzorg. Daarom heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging recent aangedrongen op voldoende aandacht voor de impact van plannen voor pandemische paraatheid op de huisartsenzorg (43). Dit benadrukt het belang om in de visie en in het bijbehorende actieplan met betrekking tot de huisartsenzorg aandacht te hebben voor de rol van de huisarts tijdens een pandemie, met daarin ook voldoende aandacht voor de reguliere patiënten, en om de randvoorwaarden daar goed op af te stemmen.

Om de werklast van huisartsen te verminderen, riepen huisartsen in onze focusgroepen ook op tot het stimuleren van de zelfredzaamheid

van patiënten en de samenredzaamheid van de maatschappij. Zij denken dat het belangrijk is dat de huisartsenpraktijk toegankelijk is voor iedereen, maar vinden het ook belangrijk dat meer problemen door de patiënt zelf, samen met hulp vanuit diens sociale vangnet, worden opgelost. Huisartsen zien voor het stimuleren van zelfredzaamheid en samenredzaamheid vooral een rol voor de overheid weggelegd. Om meer inzicht te krijgen in hoe de zelfredzaamheid en samenredzaamheid van de samenleving te bevorderen bevelen wij onderzoek aan naar mogelijke landelijke interventies op dit thema. Uitkomsten van dit onderzoek kunnen beleidsmakers handvatten geven voor beleid en zo bijdragen aan de houdbaarheid van de (huisartsen)zorg in de toekomst.

Huisartsen gaven in onze focusgroepen aan dat zij tijdens de coronapandemie weinig zicht hadden op de zorgvraag en ervaren klachten van de patiënten die de huisartsenpraktijk gemeden hebben. Hierdoor konden zij lastig inschatten wat het gezondheidseffect van zorgmijding in de huisartsenpraktijk is geweest of nog zal zijn. Wel maakten ze zich zorgen om de gezondheid van de oudere, kwetsbaardere patiënten die ze minder hebben gezien. Om meer inzicht te krijgen in het gezondheidseffect van zorgmijding tijdens de coronapandemie in de huisartsenzorg, is het belangrijk om de zorgvraag en het zorggebruik in de huisartsenzorg de komende tijd goed te blijven monitoren, zowel door middel van kwalitatief als kwantitatief onderzoek. Het is belangrijk dat dit onderzoek zich ook richt op patiënten omdat zij vaak beter inzicht hebben in de eigen zorgmijding. Deze informatie kan zorgverleners en beleidsmakers inzicht geven in welke patientengroepen mogelijk extra aandacht behoeven vanwege mogelijk nu nog verborgen gezondheidseffecten van de impact van de pandemie op de zorg.

#### **4.6 Conclusie**

Tijdens de coronapandemie hebben huisartsen zowel positieve als negatieve ervaringen opgedaan met de ervaren veranderingen in de huisartsenpraktijk. Hieruit kunnen lessen getrokken worden voor de toekomstige organisatie van huisartsenzorg. Naar aanleiding van de inzichten uit dit onderzoek adviseren we beleidsmakers, huisartsen, andere zorgverleners en patiënten om samen in gesprek te gaan over de toekomst van de huisartsenzorg en het toekomstige takenpakket van de huisartsenpraktijk. Dit is belangrijk vanwege de onverminderd hoge ervaren werkdruk van huisartsen. Tevens is dit relevant in het kader van de beweging naar passende zorg uit het Integraal ZorgAkkoord. Het is daarnaast belangrijk om bij plannen voor de pandemische paraatheid ook aandacht te besteden aan de rol van de huisartsenzorg tijdens een pandemie.



## 5 Referenties

1. WHO. Archived: WHO Timeline - COVID-19: World Health Organization; 2020 [Available from: <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>].
2. Rijksoverheid. Februari 2020: Eerste coronabesmetting in Nederland: Rijksoverheid; 2020 [Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-tijdlijn/februari-2020-eerste-coronabesmetting-in-nederland>].
3. OECD, European Union. Health at a Glance: Europe 2022. 2022.
4. Roy CM, Brennan Bollman E, Carson LM, Northrop AJ, Jackson EF, Moresky RT. Assessing the indirect effects of COVID-19 on healthcare delivery, utilization and health outcomes: A scoping review. *European Journal of Public Health*. 2021;31(3):634-40.
5. Rijksoverheid. Coronadashboard: Ziekenhuisopnames door de tijd heen: Rijksoverheid; 2022 [Available from: <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/landelijk/ziekenhuisopnames>].
6. Cowie MR, Mourilhe-Rocha R, Chang H-Y, Volterrani M, Ban HN, Campos de Albuquerque D, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on heart failure management: Global experience of the OPTIMIZE Heart Failure Care network. *International Journal of Cardiology*. 2022;363:240-6.
7. McAlister FA, Hsu Z, Dong Y, van Walraven C, Bakal JA. Changes in outpatient care patterns and subsequent outcomes during the COVID-19 pandemic: A retrospective cohort analysis from a single payer healthcare system. *medRxiv*. 2022:2022.03.07.22272032.
8. Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM, Muhidin S, Javanmard Z, Esmaeili M. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*. 2020;19(2):1967-78.
9. Ozkan H, Ambler G, Banerjee G, Chan E, Browning S, Mitchell J, et al. The impact of the UK COVID-19 pandemic on patient-reported health outcomes after stroke: a retrospective sequential comparison. *Journal of Neurology*. 2022;269(4):1741-50.
10. Kendzerska T, Zhu DT, Gershon AS, Edwards JD, Peixoto C, Robillard R, et al. The effects of the health system response to the covid-19 pandemic on chronic disease management: A narrative review. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2021;14:575-84.
11. de Wit GA, Oosterhoff M, Kouwenberg L, Rotteveel AH, van Vliet ED, Janssen K, et al. De gezondheidsgevolgen van uitgestelde operaties tijdens de corona-pandemie. Schattingen voor 2020 en 2021. The health consequences of surgical procedures postponed during the coronavirus pandemic Estimates for 2020 and 2021: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2022.
12. van Giessen A, de Wit A, van den Brink C, Degeling K, Deuning C, Eeuwijk J, et al. Impact van de eerste COVID-19 golf op de reguliere zorg en gezondheid - Inventarisatie van de omvang van het probleem en eerste schatting van gezondheidseffecten. Bilthoven: RIVM; 2020. Contract No.: 2020-0183.

13. Huston P, Campbell J, Russell G, Goodyear-Smith F, Phillips RL, van Weel C, et al. COVID-19 and primary care in six countries. *BJGP Open*. 2020;4(4):bjgpopen20X101128.
14. Groenewegen P, van den Muijsenbergh M, Batenburg R, van Poel E, van den Broek S, Vanden Bussche P, et al. Snelle aanpassing praktijkorganisatie tijdens de coronapandemie. *Huisarts en wetenschap*. 2022;65(5):16-20.
15. Rotteveel AH, Oosterhoff M, Kouwenberg LHJA, van Giessen A, de Wit GA. Uitgestelde zorg, verdampzorg en andere begrippen uit de coronapandemie: definities, duiding en operationalisatie. Bilthoven: RIVM; 2023.
16. Vektis. AGB-register: Vektis; 2022 [Available from: <https://www.vektis.nl/agb-register>].
17. Grol R, Wensing M. Implementation: effective improvement of patient care. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2006.
18. VERBI Software. MAXQDA 2022. Berlin, Germany: VERBI Software; 2021.
19. van der Vaart R, Kouwenberg LHJA, Oosterhoff M, Rotteveel AH, van Tuyl L, van Vliet ED. Ontwikkelingen rondom e-health tijdens de COVID-19-pandemie - Bevindingen vanuit de literatuur en empirisch onderzoek. Bilthoven: RIVM; 2021. Contract No.: 2021-0237.
20. Vis E, Keuper J, Bosmans M, Batenburg R. De arbeidsmarkt van de huisartsenzorg in 28 regio's van Nederland, 2019/2020 - Toelichting en samenvatting van het onderzoek - en de 28 regionale factsheets. Utrecht: Nivel; 2020.
21. Landelijke Huisartsen Vereniging. Integraal zorgakkoord (IZA) Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging; 2023 [Available from: <https://www.lhv.nl/opkomen-voor-belangen/integraal-zorgakkoord/>].
22. Ministerie van Volksgezondheid WeS. Landelijke Huisartsen Vereniging ondertekent het Integraal Zorgakkoord 2023 [Available from: <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/nieuws/2023/01/24/landelijke-huisartsen-vereniging-ondertekent-het-integraal-zorgakkoord>].
23. Wermeling PR, Gorter KJ, Stellato RK, de Wit GA, Beulens JWJ, Rutten GEHM. Effectiveness and cost-effectiveness of three-monthly versus six-monthly monitoring of well-controlled type 2 diabetes patients: a pragmatic randomised controlled patient-preference equivalence trial in primary care (EFFIMODI study). *Diabetes, Obesity & Metabolism*. 2014;16:841-9.
24. Matenge S, Sturgiss E, Desborough J, Hall Dykgraaf S, Dut G, Kidd M. Ensuring the continuation of routine primary care during the COVID-19 pandemic: a review of the international literature. *Family Practice*. 2021;39(4):747-61.
25. Wanat M, Hoste M, Gobat N, Anastasaki M, Böhmer F, Chlabicz S, et al. Transformation of primary care during the COVID-19 pandemic: experiences of healthcare professionals in eight European countries. *British Journal of General Practice*. 2021;71(709):e634-e42.
26. Lambooij M, Heins M, Jansen L, Meijer M, Vader S, de Jong J. Het mijden van huisartsenzorg tijdens de coronapandemie. Inzicht in verminderde huisartsenzorg tijdens de coronapandemie. Bilthoven: RIVM; 2022.
27. Heins M, Hek K, Hooiveld M, Hendriksen J, Korevaar J. Impact coronapandemie op aantal en type huisartscontacten 2020 tot mei 2022. Utrecht: Nivel; 2022.



28. Schers H, van Weel C, van Boven K, Akkermans R, Bischoff E, Olde Hartman T. The COVID-19 Pandemic in Nijmegen, the Netherlands: Changes in Presented Health Problems and Demand for Primary Care. *The Annals of Family Medicine*. 2021;19(1):44-7.
29. Stephenson E, Butt DA, Gronsbell J, Ji C, O'Neill B, Crampton N, et al. Changes in the top 25 reasons for primary care visits during the COVID-19 pandemic in a high-COVID region of Canada. *PLOS ONE*. 2021;16(8):e0255992.
30. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Van Royen P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open*. 2020;10(6):e039674.
31. Visscher K, Kouwenberg LHJA, Oosterhoff M, Rotteveel AH, de Wit GA. Postponed healthcare in the Netherlands during the COVID-19 pandemic and its impact on self-reported health [ingediend]. 2023.
32. Homburg M, Brandenburg D, Olde Hartman T, Ramerman L, Beugel G, Rijkema C, et al. Patient experiences during the COVID-19 pandemic: a qualitative study in Dutch primary care. *BJGP Open*. 2022.
33. Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Quezada Yamamoto H, van Weel C. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *European Journal of General Practice*. 2020;26(1):129-33.
34. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Autoriteit Persoonsgegevens. E-health in de eerstelijnszorg: ondersteuning praktijkhouders moet beter. 2022.
35. Keuper J, Batenburg R, Verheij R, van Tuyl L. Use of E-Health in Dutch General Practice during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(23):12479.
36. Meurs M, Keuper J, Sankatsing V, Batenburg R, van Tuyl L. "Get Used to the Fact That Some of the Care Is Really Going to Take Place in a Different": General Practitioners' Experiences with E-Health during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(9):5120.
37. van der Vaart R, van Deursen L, Standaar L, Wouters M, Suijkerbuijk A, van Tuyl L, et al. E-healthmonitor 2021 Stand van zaken digitale zorg. Bilthoven: RIVM; 2022.
38. van der Vaart R, van Tuyl LHD, Versluis A, Wouters MJM, van Deursen L, Aardoom JJ, et al. E-healthmonitor 2022: Stand van zaken digitale zorg. Bilthoven: RIVM; 2022. Contract No.: 2022-0153.
39. Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsen Vereniging, InEen, Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen. Toekomst Huisartsenzorg – Kerntaken in de praktijk. 2020.
40. Ineen. Huisartsen samen voor toekomstbestendige ANW 2022 [Available from: <https://ineen.nl/actueel/huisartsen-samen-voor-toekomstbestendige-anw/>].
41. ActiZ, De Nederlandse ggz, Federatie Medisch Specialisten, InEen, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, et al. Integraal Zorgakkoord - Samen werken aan gezonde zorg. 2022.
42. Zorginstituut Nederland. Kader Passende zorg. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2022.

43. LHV. Weinig aandacht voor huisartsenzorg in corona-voorbereidingen: Landelijke Huisartsen Vereniging; 2022 [Available from: <https://www.lhv.nl/nieuws/weinig-aandacht-voor-huisartsenzorg-in-corona-voorbereidingen/>].

## Bijlagen

### **A Interviewleidraad**

#### *Introductie*

Welkom bij deze focusgroep over de lessen die tijdens de COVID-19 pandemie geleerd zijn over anders geleverde zorg. Voordat we beginnen, wil ik jullie vragen of jullie het goed vinden als we elkaar tutoyeren. Heeft iemand dit liever niet?

Ik wil zo eerst beginnen met een korte voorstelronde. Vervolgens zal ik wat achtergrondinformatie over het onderzoek geven en zal ik jullie vragen om mondeling jullie toestemming tot deelname te bevestigen. Daarna zullen we met de focusgroep beginnen.

Maar dus nu eerst even een voorstelronde, zodat we allemaal weten wie er aanwezig zijn vandaag. Zouden jullie allemaal je naam willen noemen en als je dat wilt delen: je leeftijd, waar (plaats/regio) je werkt en aantal jaren ervaring als huisarts?

Dan zal ik nu wat vertellen over het onderzoek zelf:

Tijdens de COVID-19 pandemie is zorg voor veel niet-COVID-19-gerelateerde zorgvragen anders geleverd dan vóór de COVID-19 pandemie. Met anders-geleverde zorg bedoelen we: Zorg voor een zorgvraag die tijdens de COVID-19 pandemie anders is geleverd dan gebruikelijk. Dit kan zijn: in een andere vorm en/of met een andere inhoud, zoals een andere behandeling of een andere frequentie, en/of door een andere zorgverlener en/of op een andere locatie dan gebruikelijk. Anders geleverde zorg vanwege een progressie van de zorgvraag tijdens uitstel valt buiten beschouwing van dit onderzoek.

In dit onderzoek zijn wij geïnteresseerd in de inzichten die huisartsen tijdens de COVID-19 pandemie hebben opgedaan over 1) anders geleverde zorg, 2) het gezondheidseffect van anders geleverde zorg en 3) de impact van anders geleverde zorg op de huisartsenpraktijk. Dankzij de regierol van huisartsen denken wij dat u een goed, overkoepelend beeld heeft van de anders geleverde zorg tijdens de COVID-19 pandemie. Daarom hebben wij jullie gevraagd om deel te nemen aan deze focusgroep.

Voorafgaand aan de focusgroep hebben we jullie de deelnemersinformatie gestuurd, waarin meer informatie werd gegeven over het onderzoek. Hierin werd ondermeer aangegeven dat we de focusgroep graag op willen nemen om de focusgroep zo objectief mogelijk te kunnen analyseren. Hebben jullie nog vragen over de opname van de focusgroepen of over het onderzoek zelf?

Dan zou ik nu graag jullie toestemming voor deelname opnemen. Hiervoor vraag ik mijn collega om de opname te starten. Dan zal ik jullie nu één voor één vragen of jullie akkoord gaan met deelname aan het onderzoek onder de voorwaarden zoals in de deelnemersinformatie beschreven staan.

Bedankt allemaal. Dan kunnen we nu echt beginnen met de focusgroep.

#### *Anders geleverde zorg*

Zoals eerder aangegeven is veel zorg voor niet-coronapatiënten tijdens de coronapandemie anders geleverd dan dat daarvoor is gedaan. We zijn benieuwd welke anders geleverde zorg jullie in de praktijk tegen zijn gekomen. Daar gaat het eerste deel van dit interview over. Later zullen we het nog hebben over de gezondheidsimpact en de impact op de huisartsenpraktijk van anders geleverde zorg

Voor dit onderzoek onderscheiden we een aantal soorten anders geleverde zorg, zie slide. Uiteraard zijn er nog meer vormen van anders geleverde zorg, maar gezien de beperkte tijd zijn dit de vormen waar we ons op focussen. We zullen elke soort anders geleverde zorg in het schema stap voor stap langslopen.

<b>Sub-thema's</b>		<b>Mogelijke vragen</b>
Verplaatsing van zorg		Allereerst willen we in gaan op het verplaatsen van zorg, en dan specifiek op het verplaatsen van zorg van de tweede lijn naar de huisartsenpraktijk.
	Van tweede lijn naar huisartsenpraktijk	Zijn er zorgvragen waarvoor patiënten tijdens de coronapandemie in de huisartsenpraktijk zijn behandeld, terwijl dat anders in de tweede lijn was gebeurd?
		[Optionele doorvraag]: Om welke groepen patiënten ging het dan? / Bij welke groepen patiënten kwam dat het meest voor? / Kun je een concreet voorbeeld daarvan geven?
		[Optionele specificering]: Het kan gaan om dezelfde of een andere behandeling in de huisartsenpraktijk in plaats van in het ziekenhuis.
		[Optionele doorvraag]: Zijn er ook patiëntengroepen die in afwachting van een behandeling in of doorverwijzing naar het ziekenhuis in de huisartsenpraktijk zijn behandeld?
	Van de huisartsenpraktijk naar paramedici	Nu wil ik het nog met jullie hebben over een andere verplaatsing van zorg, namelijk van de huisartsenpraktijk naar paramedici of andersom.
Zijn er zorgvragen waarvoor patiënten tijdens de coronapandemie door paramedisch		

Sub-thema's		Mogelijke vragen
		zorgverleners zijn behandeld in plaats van in de huisartsenpraktijk?
		Zijn er zorgvragen waarvoor patiënten tijdens de coronapandemie in de huisartsenpraktijk zijn behandeld in plaats van door paramedisch zorgverleners?
		[Optionele doorvraag]: Om welke groepen patiënten ging het dan? / Bij welke groepen patiënten kwam dat het meest voor? / Kun je een concreet voorbeeld daarvan geven?
		[Optionele specificering]: Het kan (ook hier) gaan om dezelfde of een andere behandeling
		[Indien weinig respons] Denk bijvoorbeeld aan: fysiotherapeuten, diëtisten, logopedisten, oefentherapeuten en ergotherapeuten
Zelfde locatie van zorg		Nu willen we in gaan op anders geleverde zorg die wel op de gebruikelijke locatie geleverd is. Dus patiënten die zoals gebruikelijk in de huisartsenpraktijk zijn behandeld, maar wel op een andere manier.
		Andere zorg
	Voor welke zorgvragen is tijdens de coronapandemie de gebruikelijke zorg vervangen door andere zorg?	
	[Indien weinig respons] Denk bijvoorbeeld aan: medicatie in plaats van een (kleine) ingreep of leefstijladvies in plaats van medicatie.	
	[Optionele doorvraag]: Om welke groepen patiënten ging het dan? / Bij welke groepen patiënten kwam dat het meest voor? / Kun je een concreet voorbeeld daarvan geven?	
	Frequentie van zorg	Zijn er terugkerende of langdurige, chronische zorgvragen waarvoor minder frequent zorg is geleverd tijdens de coronapandemie dan voor de coronapandemie?
		[Optionele doorvraag]: Om welke groepen patiënten ging het dan? /

Sub-thema's		Mogelijke vragen
		Bij welke groepen patiënten kwam dat het meest voor? / Kun je een concreet voorbeeld daarvan geven?
		[Optionele doorvraag]: Is ketenzorg bijvoorbeeld in een coronapandemie dan voor de coronapandemie?
		[Optionele doorvraag]: In de huisartsenpraktijk? Of voor zover jullie weten: in het ziekenhuis?
		[Indien weinig respons] Denk bijvoorbeeld aan: minder controles

Naast deze soorten anders geleverde zorg kan er ook sprake zijn van zorg die tijdens de coronapandemie helemaal niet meer is geleverd.

Niet geleverde zorg & verdampzorg	Zijn er zorgvragen waar tijdens de coronapandemie minder ruimte voor was in de huisartsenpraktijk waardoor patiënten niet aan bod kwamen?
	[Optionele specificering]: Denk bijvoorbeeld aan wensgeneeskunde. Zijn jullie daar in de huisartsenpraktijk anders mee om gegaan tijdens de coronapandemie?
	[Indien weinig respons] Denk bijvoorbeeld aan patiëntengroepen die door de assistenten weggehouden werden uit de huisartsenpraktijk.
	Verdampzorg is een uitgestelde zorgvraag die niet meer kan of hoeft te worden ingehaald. Hierbij kan sprake zijn van een voorbijgaande zorgvraag, coping met het gezondheidsprobleem of overlijden aan een doodsoorzaak die niet gerelateerd is aan de uitgestelde zorgvraag.
	Zijn er zorgvragen die mogelijk tijdens de coronapandemie zijn verdampt?
	[Optionele specificering]: Het gaat hier niet om een veranderde zorgvraag doordat bepaalde klachten minder voorkwamen tijdens de coronapandemie.

### *Gezondheidsimpact*

Dank voor het delen van al jullie ervaringen. Dan gaan we nu door naar het volgende onderdeel. Mijn collega heeft zo goed mogelijk geprobeerd mee te schrijven met de casussen die jullie in het eerste onderdeel van dit interview genoemd hebben. Zij laat dit nu zien op het scherm.

Missen er nog belangrijke genoemde casussen van anders geleverde zorg in dit overzicht?

Het anders leveren van zorg tijdens de coronapandemie kan allerlei effecten hebben gehad op patiënten. In dit onderdeel willen we het met jullie hebben over effecten van anders geleverde zorg op de gezondheid van patiënten. Hierbij gaat het in dit onderzoek over de fysieke en mentale gezondheid van patiënten. We maken daarbij onderscheid tussen positieve effecten, negatieve effecten en neutrale of onzekere effecten van anders geleverde zorg op de gezondheid van patiënten. Wij zijn benieuwd naar jullie ideeën over dit gezondheidseffect. Het gaat hierbij om jullie inschatting. Het is in veel gevallen nog te vroeg om precies te weten wat het gezondheidseffect is geweest.

<b>Sub-thema's</b>	<b>Mogelijke vragen</b>
Gezondheidseffect	[Per casus of groepje casussen]: Wat is naar jullie idee het effect van [casus] geweest op de gezondheid van patiënten?
	[Per casus of groepje casussen, optionele doorvraag]: Hoe zag dat gezondheidseffect eruit? / Waarin kwam dat gezondheidseffect tot uiting?
	[Indien positief/neutraal]: Klopt dan dat [casus] een goed alternatief is voor de voor de coronapandemie gebruikelijke zorg?
	[Indien positief/neutraal, optionele specificering]: Ongeacht of de randvoorwaarden beschikbaar zijn want daar hebben we het straks over.
	[Indien positief/neutraal, maar geen goed alternatief]: waarom niet?
	[Indien onzeker]: In hoeverre denken jullie dat [casus] een goed alternatief is voor de gebruikelijke zorg?
	[Indien onzeker, optionele specificering]: Ongeacht of de randvoorwaarden beschikbaar zijn want daar hebben we het straks over.
	[Indien onzeker, optionele doorvraag]: waarom wel/niet?
	[Indien negatief]: Klopt het dat in deze gevallen de anders geleverde zorg geen goed alternatief is voor de gebruikelijke behandeling?
	[Indien negatief, optionele doorvraag]: waarom wel/niet?

#### *Randvoorwaarden huisartsenzorg*

Dank voor het delen van jullie ideeën over het gezondheidseffect van anders geleverde zorg. Dan gaan we nu door naar het laatste onderdeel over randvoorwaarden.

Vanuit jullie inschatting dat deze anders geleverde zorg mogelijk een goed alternatief is voor de gebruikelijke zorg, zou je kunnen afleiden dat we de zorg mogelijk ook in de toekomst anders zouden moeten leveren. In veel gevallen zal daar echter eerst nog verder onderzoek naar gedaan moeten worden. Ook zal er mogelijk in bepaalde randvoorwaarden voorzien moeten worden om het anders leveren van zorg uit te kunnen voeren. Hier willen we in dit laatste onderdeel van de focusgroep aandacht aan besteden.

<b>Sub-thema's</b>	<b>Mogelijke vragen</b>
Randvoorwaarden	Welke factoren spelen bij de genoemde casussen een rol bij het ook in de toekomst anders leveren van zorg, indien dat wenselijk is?
	[Doorvraag per genoemde randvoorwaarde] Is dit een algemene randvoorwaarde die voor de meeste casussen geldt of is dit een randvoorwaarde die geldt voor een specifieke casus?
	[Optionele specificering]: We zijn daarbij vooral benieuwd naar factoren die het lastiger maken om de zorg in de toekomst anders te leveren.
	[Optionele specificering]: Denk eraan wat er volgens jullie moet veranderen om deze zorg in de toekomst anders te kunnen (blijven) leveren.
Framework [optioneel]	Op de slide geven wij een overzicht van factoren die van invloed kunnen zijn op implementatie in de zorg. Deze factoren kunnen dus ook een rol spelen bij het in de toekomst anders leveren van zorg. We hebben het tot toe vooral nog gehad over [veel benoemde factoren], zijn er echter ook nog dingen die moeten veranderen op het gebied van [niet/minder aan bod gekomen factoren]?

[Indien van toepassing] Jullie hebben ook een aantal casussen genoemd waarbij het anders leveren van zorg een positief gezondheidseffect heeft, maar waar de anders geleverde zorg geen goed alternatief is voor de gebruikelijk zorg. Daar kom ik in dit laatste stuk graag nog even op terug. Mijn collega [naam] heeft meegeschreven en laat deze casussen zien op het scherm.

<b>Sub-thema's</b>	<b>Mogelijke vragen</b>
Randvoorwaarden	Welke factoren maken dat anders geleverde zorg in deze gevallen geen goed alternatief is voor de gebruikelijk zorg?
	[Optionele specificering]: Denk eraan wat er volgens jullie moet veranderen om deze zorg in de toekomst wel een goed alternatief voor de gebruikelijke zorg te maken.

### *Afsluiting*

Dan zou ik nu graag naar een afsluiting willen gaan.

Hebben jullie nog aanvullingen op dit gesprek die eerder nog niet aan bod zijn gekomen maar waarvoor jullie denken dat ze wel belangrijk zijn in het kader van ons onderzoek?
Hebben jullie naar aanleiding van dit gesprek nog vragen voor ons?

Hartelijk dank voor jullie deelname aan deze focusgroep.





Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

maart 2023

De zorg voor morgen  
begint vandaag