

# De beweging naar een sterkere eerste lijn

Nulmeting ten behoeve van de monitoring van het Integraal Zorgakkoord

Ilgin Arslan  
Julia Bes  
Lisa Jansen  
Marloes Meijer  
Roland Friele  
Lilian van Tuyl



**NIVEL**  
Kennis voor betere zorg

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

Juni 2024

ISBN 978-94-6122-853-6

030 272 97 00

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

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

© 2024 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

## Voorwoord

Voor u ligt de nulmeting van de monitor van de beweging naar een sterkere eerste lijn in het kader van het Integraal Zorgakkoord (IZA). In het IZA zijn afspraken gemaakt tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en partijen in de zorg om samen te werken aan een toekomstbestendig zorg. Een beweging naar een sterkere eerste lijn zien deze partijen als essentieel voor het bereiken van deze doelen. Deze nulmeting is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS. In deze nulmeting geven we inzicht in de opzet van de monitor en presenteren we een beperkte set aan resultaten. Die beperking komt voort uit het feit dat de werkzaamheden voor deze monitor begin 2024 gestart zijn en pas in de loop van 2024 verder zal worden gevuld. Dat we deze nulmeting toch publiceren komt voort uit de behoefte om in ieder geval eerste inzichten te delen ten behoeve van de Mid Term Review (MTR) van het IZA.

We willen de volgende thematafel eerste lijn partijen die hebben geadviseerd in de selectie van indicatoren en gegevensbronnen om de indicatoren te meten, bedanken: KNMP, ZN, ActiZ, LHV, InEen, Patiëntenfederatie Nederland, VNG en KNGF. Daarnaast willen we in het bijzonder onze collega's Robert Verheij, Ronald Batenburg, Judith de Jong en Juliane Menting bedanken voor hun waardevolle commentaar op het rapport.

De auteurs

# Inhoud

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
Monitoring van de beweging IZA	6
Over deze monitor 'Beweging naar een sterkere eerste lijn'	7
Leeswijzer	9
<b>1    Uitdaging 1: Effectieve inzet van de beschikbare capaciteit in de eerste lijn</b>	<b>10</b>
1.1    Indicatoren	11
1.2    De eerste bevindingen	12
<b>2    Uitdaging 2: Naar een sterkere organisatie in de eerste lijn</b>	<b>19</b>
2.1    Indicatoren	19
2.2    De eerste bevindingen	20
<b>3    Uitdaging 3: Passende zorg in de eerste lijn</b>	<b>23</b>
3.1    Indicatoren	23
3.2    De eerste bevindingen	25
<b>4    Uitdaging 4: Veranderende patiëntenstromen</b>	<b>32</b>
4.1    Indicatoren	32
4.2    De eerste bevindingen	33
<b>5    Het perspectief van burgers</b>	<b>41</b>
5.1    Indicatoren	41
5.2    De eerste bevindingen	43
<b>Bijlage    Gegevensbronnen</b>	<b>46</b>
<b>Referenties</b>	<b>49</b>

## Samenvatting

In het Integraal Zorgakkoord (IZA) zijn afspraken gemaakt tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en partijen in de zorg. Gezamenlijk streven zij naar een toekomstbestendige zorg. De eerste lijn beantwoordt verreweg het grootste deel van de zorgvragen, maar deze eerste lijn staat onder druk. Daarom zijn afspraken in het IZA vastgelegd die gericht zijn op een beweging naar een sterkere eerste lijn. Het Nivel monitort deze beweging in opdracht van VWS. Deze nulmeting biedt inzicht in de opzet van de monitor en de stand van zaken ten aanzien van de beweging naar een sterkere eerste lijn gebaseerd op bestaande gegevens. Om deze beweging in kaart te brengen wordt specifiek gekeken naar inzet van de beschikbare capaciteit, de organisatie, passende zorg en veranderingen in patiëntenstromen.

Patiënten ervaren schaarste in de zorg. De afgelopen vijf jaar steeg het aantal medewerkers in de eerste lijn weliswaar, maar ook het aantal openstaande vacatures en het percentage ziekteverzuim in de eerste lijn. Ook nam het werkplezier onder zorgverleners af. Twee derde van de huisartsenpraktijken gaf in 2022 aan dat de werkdruk te hoog is. Het aantal huisartsenpraktijken met één of meer patiëntenstops nam in de afgelopen vijf jaar toe tot meer dan de helft. Regio's benoemen als voornaamste knelpunten de ontwikkelingen in de zorgvraag (toename in complexiteit, thuiswonende kwetsbare ouderen en psychische kwetsbaarheid) en het aanbod (afname zorg efficiëntie en toename personeelstekorten). Dit vraagt om enerzijds het versterken van de organisatie van zorg en anderzijds het beïnvloeden van de vraag naar zorg.

In deze monitor kijken we naar verschillende aspecten van passende zorg in de eerste lijn, waaronder Meer Tijd voor de Patiënt (MTVP) en digitalisering. Hoewel 95% van de zorggebruikers aangeeft meestal of altijd voldoende tijd te hebben in een consult met de huisarts, wordt sinds 2016 door zorgverzekeraars ingezet op contractering van MTVP. In 2022 maakte 1,8% van de huisartspraktijken gebruik van MTVP. Op het gebied van digitalisering vindt op dit moment het grootste deel van de contacten van patiënten met de huisartsenpraktijk niet digitaal plaats. Wel zien we een gestage toename van het aantal zorggebruikers met een chronische ziekte die informatie over gezondheid zoekt op internet.

De meeste zorggebruikers hebben positieve ervaringen met de eerstelijnszorg. Ook hebben de meeste zorggebruikers (heel) veel vertrouwen in huisartsen, fysiotherapeuten en apothekers. In 2021 kon 93% van de zorggebruikers meestal of altijd snel genoeg terecht bij hun huisarts voor een klacht die voor hen belangrijk is. Maar er zijn ook zorgen bij zorggebruikers over de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg in de toekomst. In de komende versies van deze monitor zullen we ook inzicht geven in verschuivingen in de zorg: in hoeverre vragen die nu vooral bij de huisarts terecht komen, naar andere eerstelijns zorgverleners of de tweede lijn verschuiven.

Niet voor iedere uitdaging is een geschikte gegevensbron beschikbaar of zijn gegevensbronnen publiekelijk toegankelijk. Bovendien bevat deze nulmeting vooral gegevens over de huisartsenzorg en in veel mindere mate over andere disciplines binnen de eerste lijn. Het Nivel is daarom continu in gesprek met de IZA-partijen om na te gaan welke geschikte gegevensbronnen er zijn of beschikbaar kunnen worden gemaakt. Deze nulmeting geeft een eerste inzicht in de ruimte tussen de dagelijkse praktijk en de ambities van de eerste lijn volgens het IZA. In 2025 rapporteren we een vollediger versie van deze monitor die inzicht zal geven in welke mate de eerste lijn naar deze ambities toe beweegt.

# Inleiding

Gezondheid is voor iedereen belangrijk. Iedereen moet kunnen rekenen op goede, toegankelijke en betaalbare zorg, maar die zorg staat toenemend onder druk. De zorgsector, de politiek en de samenleving als geheel moeten samen werken aan toekomstbestendig zorg. Daarom zijn in het Integraal Zorgakkoord (IZA) afspraken gemaakt tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en partijen in de zorg.<sup>(1)</sup> Om zicht te houden op resultaten die geboekt worden of juist uitblijven, en om te zien waar meer, minder of andere inzet nodig is, willen de IZA-partijen gezamenlijk een beeld hebben over de impact die wordt beoogd met het IZA. Daarom is in het IZA afgesproken om de voortgang vanuit drie perspectieven te monitoren: proces (input), beweging (output) en doelgroepen (outcome). Deze monitor richt zich op de beweging, waarmee we zicht willen krijgen op de cruciale veranderingen in de zorg in relatie tot de ambities van het IZA. Hieronder geven we een toelichting voor de 'beweging', waar deze rapportage zich op richt.

## Monitoring van de beweging IZA

Bij deze monitor ligt de focus op wat inspanningen vanuit het IZA opleveren (output) en in hoeverre deze inspanningen ons dichterbij de (lange termijn-) doelen van het IZA brengen. Met andere woorden: zien we het beleid ook plaatsvinden in de praktijk? En brengt het ons dichterbij de beoogde doelen? Voor de monitoring van de beweging zijn door de IZA-partijen vijf thema's geselecteerd die gemonitord worden:

- De deelmonitor '**Passende Zorg als norm**' hangt als een paraplu boven de andere deelmonitors en geeft inzicht in de voornaamste trends en veranderingen aan de hand van de principes van Passende Zorg. Deze monitor wordt samengesteld door het Zorginstituut.
- De trends en veranderingen vanuit passende zorg beslaan de volle breedte van de zorg. De effecten hiervan vertalen zich door op regionaal niveau. Het versterken en verbeteren van regionale samenwerking is hierbij cruciaal. Dit wordt inzichtelijk gemaakt in de deelmonitor '**Regionale samenwerking**', uitgevoerd door het RIVM.
- De deelmonitors '**Concentratie en spreiding**' (Nederlandse Zorgautoriteit) en '**Hybride zorg**' (RIVM) zoomen in op twee instrumenten om de beweging naar passende zorg als norm te versnellen. De concentratie en spreiding van zorg en de plaats waar dit geleverd wordt (fysiek, digitaal, hybride), vloeit voort uit het Passende Zorg principe om zorg dichtbij als het kan en ver weg als het moet te leveren. Beide ontwikkelingen zijn van belang om passende zorg goede invulling te kunnen geven, maar zijn ook sterk afhankelijk van goede regionale samenwerking.
- Het laatste stukje van de puzzel, om de veranderingen voortkomend uit het IZA te monitoren, ligt bij de deelmonitor '**Sterkere eerste lijn**'. Deze monitor wordt samengesteld door het Nivel. Het belang van de transitie naar passende zorg in de eerste lijn is zeer groot en daarom is ervoor gekozen om hier een aparte deelmonitor op in te zetten. Hierin zullen, toegespitst op de eerste lijn, ten minste alle onderwerpen uit de vier andere deelmonitors terugkomen.

### ***Voortgang en gebruik monitor van de bewegingsmonitor***

De afgelopen periode zijn per thema voorstellen uitgewerkt in afstemming met de IZA-partijen. De volledige monitor zal in 2024 een eerste resultaat (nulmeting) opleveren. De monitoring van de beweging zal niet in een keer staan, maar zal in de loop van de tijd doorgroeien. De verwachting is dat vanaf de tweede helft van de looptijd van het IZA (2024) deze rapportage jaarlijks zal terugkomen als verdieping van de meer operationele kwartaalrapportage. Daarbij zien we ook de meerwaarde voor het gebruik van deze monitor voor mogelijke vervolgstappen na de looptijd van het IZA. Bij de vormgeving van dit onderdeel houden we naast de diepere analyses van de beweging voor de thematafel ook rekening met een overstijgende weergave. Ook gezien de motie en behoefte van de Tweede Kamer om op basis van een vijftal kernindicatoren te komen tot een overzichtelijke weergave van de ontwikkeling van het IZA (Kst. 31 765, nr. 820). Hierbij wordt gedacht aan een samenvatting van de 5 onderdelen van de IZA beweging monitor.

## **Over deze monitor ‘Beweging naar een sterkere eerste lijn’**

De eerste lijn beantwoordt verreweg het grootste deel van de zorgvragen en draagt daarmee bij aan een krachtig en betaalbaar zorgsysteem in Nederland. Toch staan we voor een grote opgave om de eerste lijn toegankelijk te houden door vergrijzing van de Nederlandse bevolking, de groeiende zorgvraag en de tekorten aan personeel. Daarom hebben VWS en de IZA-partijen afspraken in het IZA vastgelegd die gericht zijn op een beweging naar een sterkere eerste lijn. Het Nivel monitort deze beweging in opdracht van VWS. Dit rapport betreft de nulmeting van de monitoring van de beweging naar een sterkere eerste lijn. In de monitoring van deze beweging staan de volgende vier uitdagingen centraal die aansluiten op de afspraken in het IZA:

1. Effectieve inzet van beschikbare capaciteit in de eerste lijn
2. Naar een sterkere organisatie in de eerste lijn
3. Passende zorg in de eerste lijn
4. Veranderende patiëntenstromen

Deze vier uitdagingen worden in het bijzonder gemonitord vanuit het perspectief van burgers op de ontwikkelingen in de eerste lijn. Figuur 1 geeft een overzicht weer van de vier uitdagingen met hun thema's waar deze monitor zich op richt.

Deze nulmeting geeft een eerste inzicht in waar de eerste lijn staat, in relatie tot de ambities in het IZA. In deze nulmeting geven we inzicht in de opzet van de monitor en presenteren we een beperkte set aan resultaten. Die beperking komt voort uit het feit dat de werkzaamheden voor deze monitor begin 2024 gestart zijn. Ontbrekende onderdelen zullen in volgende rapportages worden aangevuld; bijvoorbeeld over de ontwikkelingen in de organisatie van de eerste lijn en veranderingen in patiëntenstromen. Ook zullen we een completer beeld geven van de ervaringen van burgers met de eerste lijn. Daarnaast bevat deze versie van deze monitor vooral gegevens over de huisartsenzorg en in veel mindere mate over andere disciplines binnen de eerste lijn. Voor de volgende rapportages wordt dit waar mogelijk aangevuld.

Figuur 1 Vier uitdagingen en thema's in deze monitor 'Beweging naar een sterkere eerste lijn'



### Verantwoorden, leren en veranderen

De functie van de monitoring van de beweging (de output) is tweeledig. Allereerst dient de monitoring als **verantwoording**, door het rapporteren over voortgang van de beweging naar een sterkere eerste lijn, met als primaire adressant het ministerie van VWS en veldpartijen. Ten tweede is monitoring essentieel voor **leren en veranderen**, door het genereren van informatie om te kunnen leren en bijsturen, zowel door middel van beleid als in de praktijk. Een randvoorwaarde voor de monitoring van het IZA is dat er zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande gegevensbronnen voor het meten van de indicatoren om de administratieve lasten in de zorg niet te laten toenemen. Door de bestaande data te hergebruiken en informatie uit deze gegevens terug te koppelen naar de zorgpraktijk en het zorgsysteem, wordt idealiter een continu verbeterproces in gang gezet. Daarmee past deze monitor in het gedachtengoed van een lerend zorgsysteem.(2)

### Ontwikkeling van de indicatoren

Voor elke uitdaging heeft het Nivel vanuit de afspraken die in het IZA staan beschreven verschillende indicatoren opgesteld. Voor de vierde uitdaging ('Veranderende patiëntstromen') wordt onder andere gebruik gemaakt van declaratiegegevens van het Zorginstituut en heeft het Nivel samen met Zorginstituut Nederland de indicatoren opgesteld. Alle indicatoren zijn ter consultatie voorgelegd aan de door VWS gefaciliteerde thematafel (ofwel 'overlegtafel') eerste lijn, waaraan vertegenwoordigers van de volgende IZA-partijen hebben deelgenomen: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), ActiZ, Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), InEen, Patiëntenfederatie Nederland, Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF). Tijdens deze bijeenkomst hebben de leden hun reflectie gedeeld op indicatoren en input geleverd op gegevensbronnen die nodig zijn om de indicatoren te kunnen meten. De indicatoren zijn vervolgens naar aanleiding van de



input van de thematafel aangepast en schriftelijk ter consultatie gedeeld. Tijdens dit proces heeft het Nivel en de thematafel ernaar gestreefd om de indicatoren aan te laten sluiten op de visie van VWS en partijen uit de eerste lijn op de eerstelijnszorg zoals beschreven in het Visie Eerstelijnszorg 2030.(3) De thematafel heeft gedurende de looptijd van deze monitor een adviserende rol naar het Nivel toe over de inhoud van deze monitor. Ook heeft de thematafel de taak om te reflecteren op de uitkomsten van de monitor. Deze reflecties worden gedeeld met de IZA bestuurstafel, die de uiteindelijke adressant van de uitkomsten van de monitoring is.

### Beschikbaarheid van gegevensbronnen

Een randvoorwaarde voor de monitoring van het IZA is dat er zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van bestaande gegevensbronnen voor het meten van de indicatoren om de administratieve lasten in de zorg niet te laten toenemen. Echter, niet voor elk IZA-doel en de uitdagingen in de eerste lijn zoals beschreven in deze rapportage is een geschikte gegevensbron beschikbaar. Of er zijn wel gegevensbronnen, maar deze zijn niet publiekelijk toegankelijk. Naarmate de kwaliteit van de gegevens in deze databronnen verbetert nemen de mogelijkheden voor een lerend zorgsysteem toe, en van die mogelijkheden maakt deze monitor gebruik. Het Nivel is daarom continu in gesprek met de IZA-partijen van de thematafel eerste lijn om zoveel mogelijk bestaande gegevensbronnen in beeld te hebben ten behoeve van deze monitor. Deze monitor kenmerkt zich door het hanteren van een ingroeimodel: we maken gebruik van gegevens die nu al beschikbaar zijn en de methodologie die er is om die gegevens te gebruiken, maar gedurende de monitor blijven we zoeken naar aanvullende gegevens die gaandeweg beschikbaar komen middels gesprekken met IZA-partijen en de andere IZA-monitors. De gegevensbronnen die in deze rapportage zijn gebruikt staan weergegeven in de bijlage.

### Definities in dit rapport

Onder *eerstelijnszorg* verstaan wij zorg die wordt geleverd door huisartsenpraktijken, wijkverpleging, apothekers, fysiotherapeuten, diëtisten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, huidtherapeuten, logopedie, optometristen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten, zoals gedefinieerd in de Visie Eerstelijnszorg 2023.(3) Dit rapport heeft echter betrekking op een breder spectrum dan de eerstelijnszorg, namelijk de *eerste lijn*. De eerste lijn omvat naast de eerstelijnszorg ook het sociaal werk of andere professionals in het sociaal domein.(3) Als we spreken over *zorgverleners* of *zorgprofessionals* hebben we het over mensen die in de eerste lijn zorg verlenen. In dit rapport gebruiken we de term *burgers* en *zorggebruikers*. Als we spreken over *burgers* bedoelen we elke in Nederland wonende burger die toegang heeft tot de gezondheidszorg. Onder *zorggebruikers* verstaan de burgers die beroep doen op deze gezondheidszorg. In deze monitor is het perspectief van de zorggebruikers meegenomen via deelnemers van het Nivel Consumentenpanel(4) of het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten(5).

### Leeswijzer

In de volgende vijf hoofdstukken worden de voorlopige resultaten van de vier uitdagingen van deze monitor en de resultaten van de burgerplatforms over de ervaringen met en verwachtingen van burgers van de eerste lijn beschreven. Het gaat om de volgende vier uitdagingen:

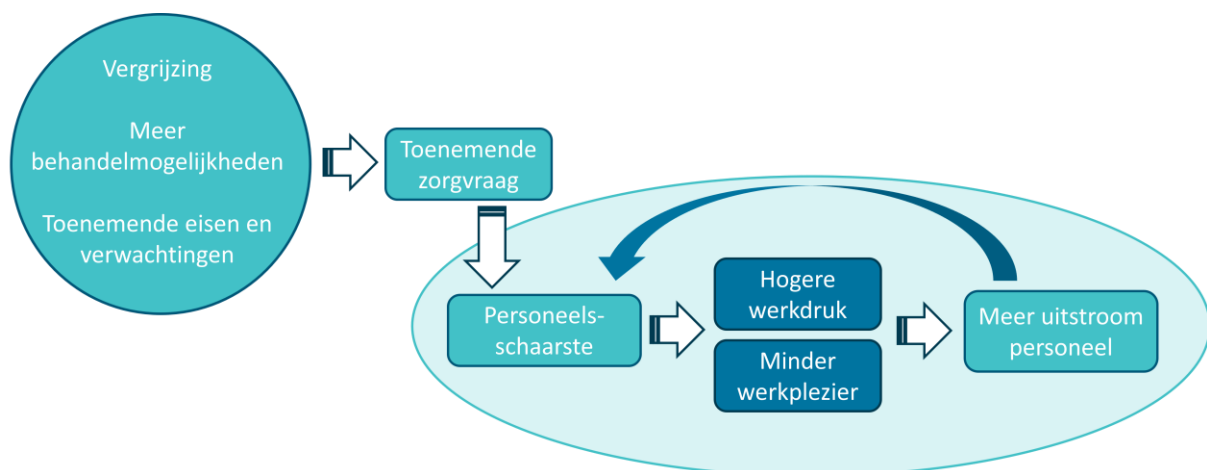
1. Effectieve inzet van de beschikbare capaciteit in de eerste lijn (Hoofdstuk 1)
2. Naar een sterkere organisatie in de eerste lijn (Hoofdstuk 2)
3. Passende zorg in de eerste lijn (Hoofdstuk 3)
4. Veranderende patiëntenstromen (Hoofdstuk 4)

Tot slot worden in Hoofdstuk 5 de resultaten vanuit het perspectief van de burgers beschreven.

# 1 Uitdaging 1: Effectieve inzet van de beschikbare capaciteit in de eerste lijn

Voor een sterkere eerste lijn is het essentieel dat de beschikbare capaciteit in de zorg efficiënt wordt benut. In de Visie Eerstelijnszorg 2030(3) wordt een vicieuze cirkel gepresenteerd, die de personeelsschaarste in stand houdt. Er worden drie hoofdfactoren genoemd die onderliggend zijn aan de toename van de zorgvraag: vergrijzing, meer behandelmogelijkheden en hoge verwachtingen.(3) Dit leidt tot een hogere werkdruk en minder werkplezier, waardoor er meer personeel uitstroomt wat de personele capaciteit verlaagt (Figuur 2). Hierdoor ontstaat een zichzelf beïnvloedende cirkel rondom de beschikbare personele capaciteit.

*Figuur 2 De uitdaging van effectieve inzet van personele capaciteit volgens de 'Visie Eerstelijnszorg 2030'*



In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan het lichtblauw omcirkelde deel van Figuur 2: de personele capaciteit en de factoren die dit beïnvloeden. We gaan in op de volgende specifieke thema's:

1. Beschikbare personele capaciteit in de eerste lijn
2. Werkdruk en werkplezier van professionals in de eerste lijn
3. Regionale knelpunten en oplossingen van de capaciteitsproblemen in de eerste lijn

## 1.1 Indicatoren

In Tabel 1 staan de indicatoren vermeld waarmee inzicht wordt verkregen in het thema effectieve inzet van de beschikbare capaciteit in de eerste lijn. Voor de grijs gemarkeerde indicatoren zijn momenteel geen gegevens of informatie beschikbaar. De rapportage over de 1-meting die in 2025 zal worden gepubliceerd zal hier wel inzicht in geven. Voor de overige indicatoren kunnen in deze nulmeting (deels) wel resultaten worden gepresenteerd.

Tabel 1 Indicatoren voor ‘Effectieve inzet van de beschikbare capaciteit in de eerste lijn’

Indicator *	Bron
<b>Beschikbare personele capaciteit</b>	
Aantal werknemers werkzaam in de eerste lijn (huisartsen en gezondheidscentra, GGZ, VVT)	AZW** statline(6)
Percentage ziekteverzuim in de eerste lijn (huisartsen en gezondheidscentra, GGZ, VVT)	
Vacaturegraad (aantal vacatures per 1000 banen) (huisartsen en gezondheidscentra, GGZ, VVT)	
Personeelssamenstelling (taakherschikking) binnen de huisartspraktijk	Nivel huisartsenpraktijk enquête(7)
Capaciteitsvraagstukken voor andere beroepsgroepen dan huisartsen	Wordt nog naar een gegevensbron gezocht
Knelpunten door capaciteitsproblemen per zorgkantoorregio	Regioplannen(8)
<b>Werkdruk en werkplezier</b>	
Door zorgverleners ervaren werkdruk, tevredenheid met het werk, werkplezier en trots in de eerste lijn (huisartsenzorg en gezondheidscentra, GGZ, VVT)	AZW** statline(6); Nivel huisartsenpraktijk enquête(7); Nivel Panel V&V(9)
Door zorgverleners ervaren werkdruk, tevredenheid met het werk, werkplezier en trots in de eerste lijn	Aanvullende bronnen voor beroepsgroepen die niet goed worden gedekt uit bovenstaande bronnen
<b>Regionale knelpunten en oplossingen</b>	
Door huisartsenpraktijken gerapporteerde knelpunten	Nivel huisartsenpraktijk enquête (7)
Aantal huisartspraktijken met één of meer patiëntenstops in het afgelopen jaar	
Door huisartsen aangedragen oplossingen voor gebrek aan personele capaciteit	Regioplannen(8)
Aantal samenwerkingsafspraken die gericht zijn op een effectievere inzet van beschikbare capaciteit in de regio	
Genoemde oplossingen voor capaciteitsproblemen	Transformatieplannen
Praktische uitvoering van de genoemde oplossingen voor capaciteitsproblemen	In vier regio's wordt in kaart gebracht welke oplossingen worden gekozen voor capaciteitsproblemen en wat hier de gevolgen van zijn
<b>Patiëntervaringen met personele capaciteit</b>	
Door zorggebruikers ervaren tekort aan personeel in de zorg	Nivel Consumentenpanel(4)

Opmerking: Voor grijze cellen is nog geen data beschikbaar

\* Niet iedere indicator in de bovenstaande tabel kan worden uitgedrukt in een percentage (teller / noemer), omdat sommige onderwerpen een kwalitatieve beschrijving omvatten

\*\* AZW = Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn

## 1.2 De eerste bevindingen

### Kernpunten

- Afgelopen jaren is het aantal mensen dat werkzaam is in de huisartsenzorg en gezondheidscentra, Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) toegenomen.
- Tegelijkertijd zijn het aantal openstaande vacatures en het ziekteverzuim in deze sectoren toegenomen.
- Zorgprofessionals in dezelfde sectoren beoordelen hun werk inhoudelijk positief, maar ze zijn de laatste jaren minder vaak tevreden over hun werk.
- Het aantal huisartsenpraktijken met één of meer patiëntenstops in de laatste 5 jaren is gegroeid van 52% naar 58%.
- Ook zorggebruikers melden ervaringen met schaarste in de zorg. Desondanks zeggen vier op de vijf zorggebruikers de zorg te ontvangen die zij nodig hebben.

In de volgende paragrafen gaan we in op twee hoofdthema's van personele capaciteit: werkdruk en werkplezier in de eerste lijn en personele capaciteit. Hierbij maken we gebruik van informatie uit het Arbeidsmarkt van Zorg en Welzijn (AZW) programma. De drie sectoren/disciplines waar we op ingaan voor deze monitor zijn: huisartsen en gezondheidscentra, Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT) en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze sectoren zijn ingedeeld op Standaard Bedrijfsindeling (SBI)-code, verdere toelichting over deze indeling staat in de bijlage. Waar mogelijk wordt deze data uitgebreid met verder verdiepende data uit de Nivel huisartsenpraktijkenquête en het Nivel Panel Verpleging & Verzorging (V&V).

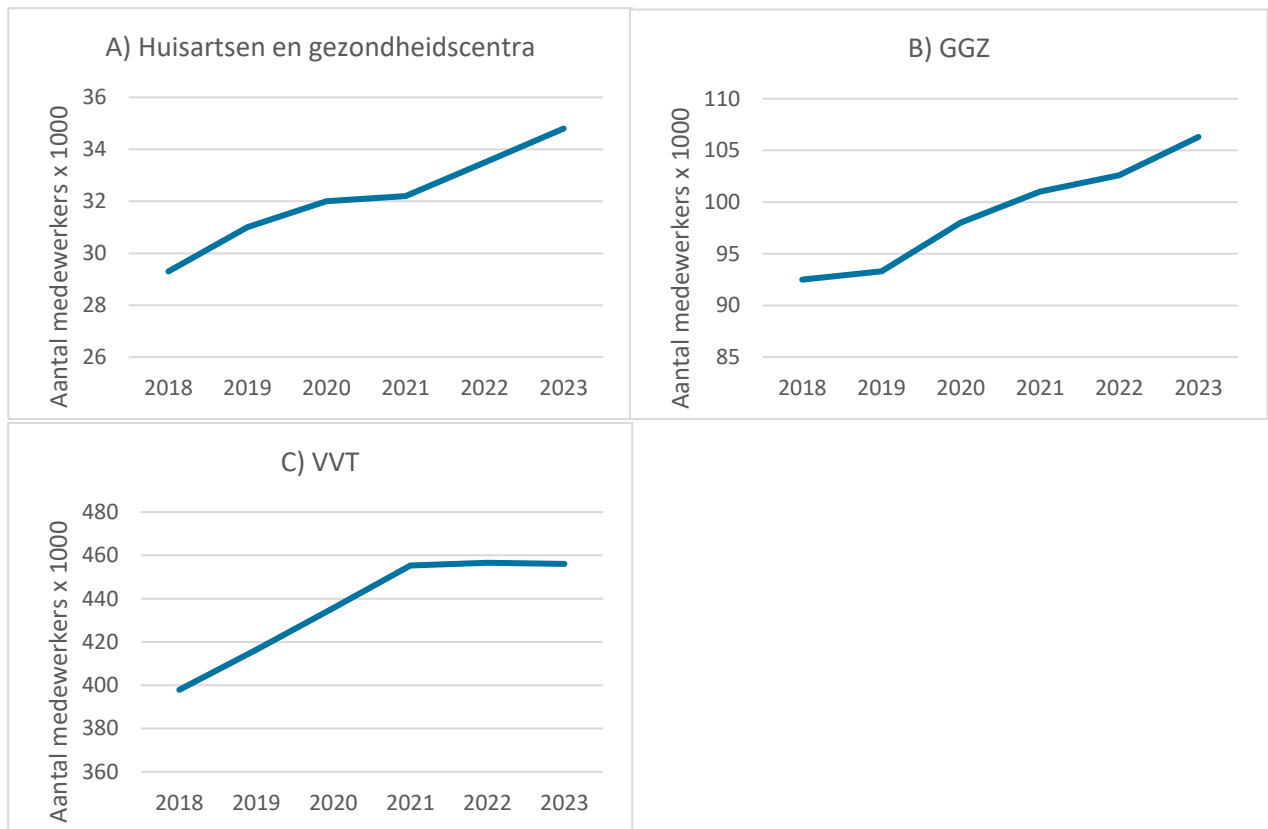
### Beschikbare personele capaciteit in de eerste lijn

#### Groei in het aantal zorgverleners in de eerste lijn

**Indicator:** aantal werknemers dat op de peildatum werkzaam was in de eerste lijn (huisartsen en gezondheidscentra, GGZ, VVT)

In Figuur 3 staat het aantal werknemers dat op de peildatum werkzaam was in de periode 2018 – 2023 in de sectoren/disciplines huisartsen en gezondheidscentra, VVT en GGZ. In deze periode zien we voor de drie sectoren een stijging in het aantal werknemers. Tussen 2018 en 2023 is bij de huisartsen en in gezondheidscentra het aantal werknemers gestegen met 14,9%, in de VVT van 14,6% en in de GGZ van 18,8% per jaar.<sup>(6)</sup>

**Figuur 3** De ontwikkeling van het aantal werknemers werkzaam in de periode 2018-2023 (peilkwartaal = kwartaal 1) in de verschillende sectoren/disciplines: A) Huisartsen en gezondheidscentra; B) Geestelijke gezondheidszorg (GGZ); C) Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT)



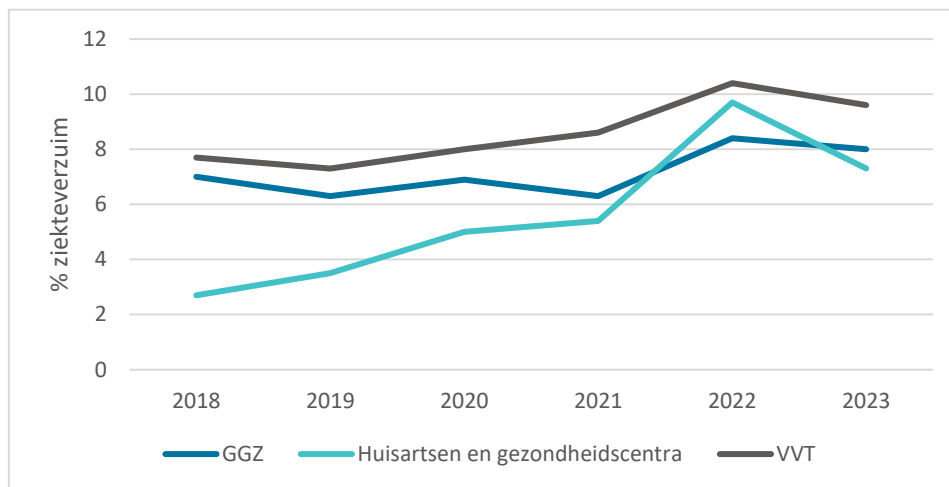
### Ook groei in ziekteverzuim en vacatures in de eerste lijn

#### Indicatoren:

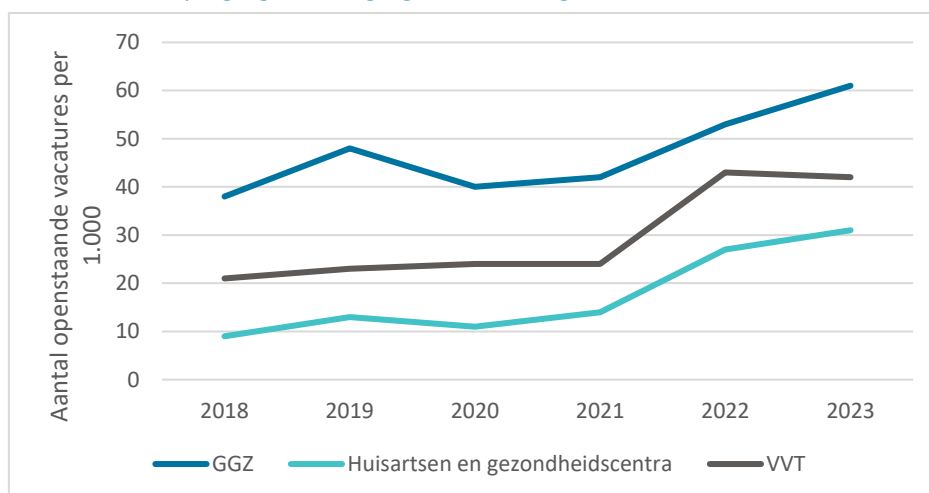
- Percentage ziekteverzuim in de eerste lijn (huisartsen en gezondheidscentra, GGZ, VVT)
- Vacaturegraad (aantal vacatures per 1000 banen) huisartsen en gezondheidscentra, GGZ, VVT

Het ziekteverzuim onder huisartsen en zorgverleners werkzaam in gezondheidscentra is de afgelopen jaren gestegen, van 2,7% in 2018 naar 7,3% in 2023 (Figuur 4). Het aantal vacatures per 1000 banen (vacaturegraad) is 3,4 keer hoger in 2023 ten opzichte van 2018 (Figuur 5). Het ziekteverzuim in de GGZ is de afgelopen jaren gestegen van 7,0% in 2018 naar 8,0% in 2023 (Figuur 4). Het aantal vacatures per 1000 banen binnen de GGZ is 1,6 keer hoger in 2023 ten opzichte van 2018 (Figuur 5). Het ziekteverzuim in de VVT is gestegen van 7,7% in 2018 tot 9,6% in 2023, met een piek in 2022 van 10,4% (Figuur 4). Het aantal vacatures per 1000 banen binnen de VVT is tussen 2018 en 2023 verdubbeld (Figuur 5).(6)

**Figuur 4** Percentage ziekteverzuim in de periode 2018-2023 (peilkwartaal = kwartaal 1) in de verschillende sectoren/disciplines: huisartsen en gezondheidscentra, geestelijke gezondheidszorg, en Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT)



**Figuur 5** Vacaturegraad in de periode 2018-2023 (peilkwartaal = kwartaal 1) in de verschillende sectoren/disciplines: huisartsen en gezondheidscentra, geestelijke gezondheidszorg, en Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VVT)



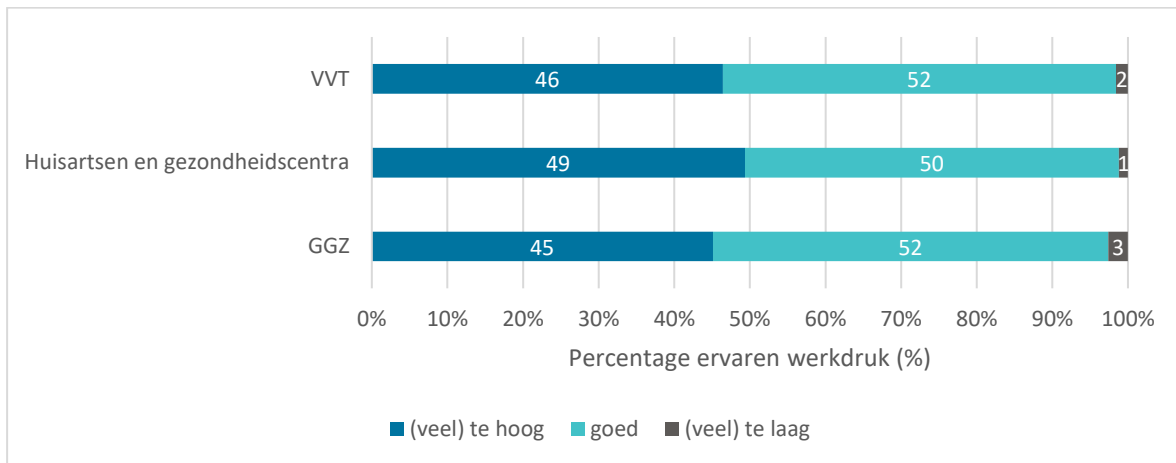
## Werkdruk en werkplezier van zorgprofessionals

### Afname werkplezier en toename hoge werkdruk

**Indicator:** door zorgverleners ervaren werkdruk, tevredenheid met het werk, werkplezier en trots in de eerste lijn

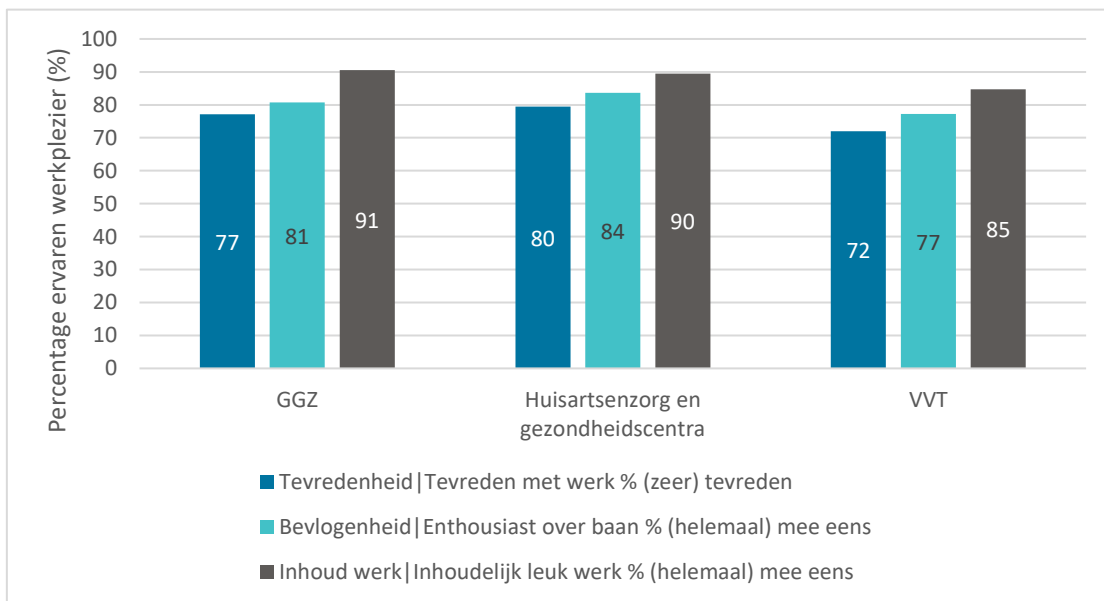
De uitkomsten van de AZW werknemersenquête 2023 door het CBS(10) laat zien dat bijna de helft van de werknemers in sectoren in de eerste lijn, of verwant, de werkdruk (veel) te hoog vindt (Figuur 6).

**Figuur 6 Door werknemers ervaren werkdruk per sector in 2023**

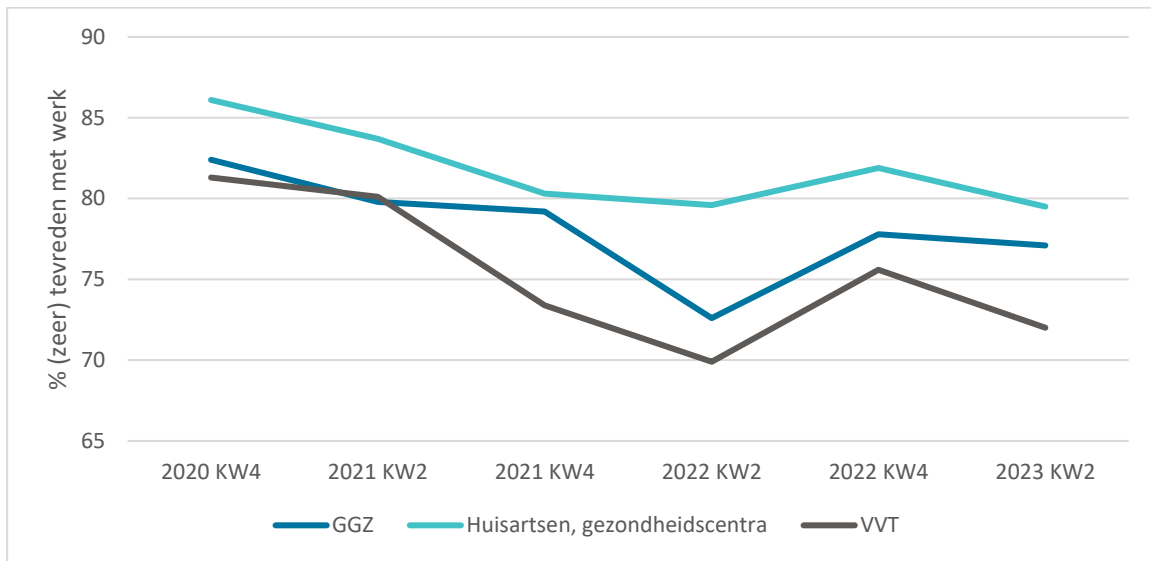


In de AZW werknemersenquête(10) is naar meerdere aspecten van werkplezier gevraagd, namelijk tevredenheid met het werk, of men enthousiast is over de baan (bevlogenheid) en of men het werk inhoudelijk leuk vindt. Wat opvalt is dat men vooral (90%) (zeer) tevreden is met de inhoud van het werk, en minder vaak (zeer) tevreden is met het werk als geheel (Figuur 7). Tussen 2020 en 2023 is het aantal mensen dat (zeer) tevreden was met hun werk in alle drie de sectoren gedaald (Figuur 8).

**Figuur 7 Werkplezier vanuit drie aspecten (tevredenheid, bevlogenheid en inhoud werk) per sector**

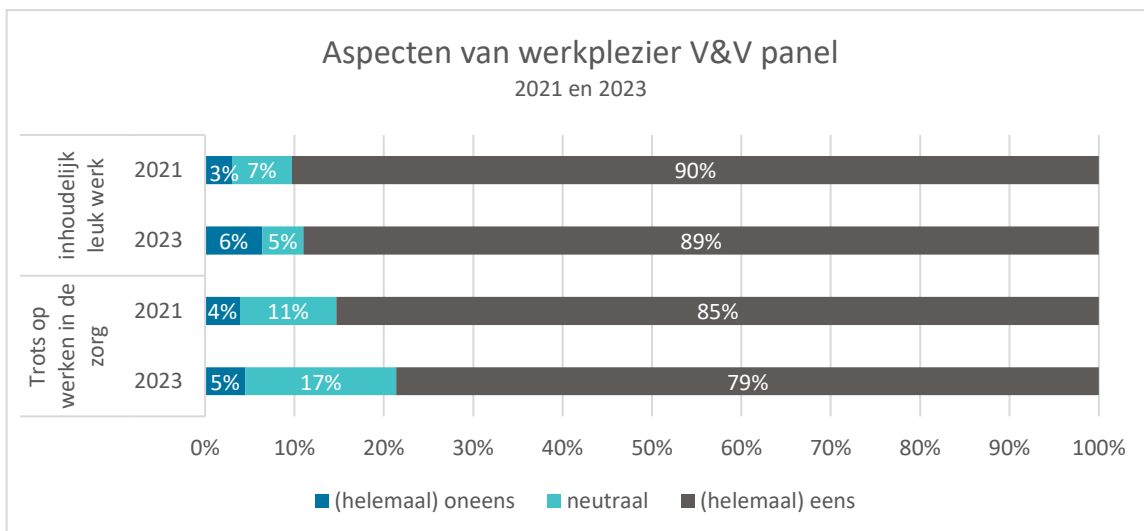


Figuur 8 Tevredenheid met werk per sector voor de periode 2020-2023



Cijfers uit het Nivel Panel V&V laten zien dat een ruime meerderheid van verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten, begeleiders en praktijkondersteuners in 2023 aangaf inhoudelijk leuk werk te hebben (89%) en trots te zijn om in de zorg te werken (79%) (Figuur 9).(11) In 2021 lag het aantal van hen dat trots was op het werk hoger, namelijk 85%.

Figuur 9 Werkplezier van verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten, begeleiders en praktijkondersteuners in 2021 en 2023



## Knelpunten in de huisartsenpraktijk

### Hoge werkdruk

**Indicator:** door huisartsenpraktijken gerapporteerde knelpunten

Uit de Nivel huisartsenpraktijkenquête blijkt dat 68% van de ondervraagde praktijken in 2023 de werkdruk te hoog vond.(12, 13) In praktijken waar de ervaren werkdruk te hoog werd ervaren, werd



tevens een lagere score voor werkplezier gegeven. In 2022 gaf 85% aan dat de werkdruk de laatste jaren is toegenomen. Huisartsen is gevraagd naar knelpunten op het terrein van de arbeidsmarkt (Tabel 2). Ook hier wordt door ruim 80% de hogere werkdruk van de huisarts als knelpunt genoemd. In 2022 wordt vooral een verwacht tekort aan huisartsen genoemd en zegt bijna driekwart dat personeel niet op vakantie kan vanwege problemen bij het vinden van waarnemers of invalkrachten. Ook rond de functie van de doktersassistent wordt krapte ervaren (Tabel 3). (12, 13)

*Tabel 2 Percentage huisartsenpraktijken dat aangeeft een bepaald knelpunt te hebben ervaren – knelpunten rond de functie van huisartsen*

Knelpunten rond de functie van huisartsen	2021	2022
(Zelfstandig gevestigde) huisartsen ervaren hoge werkdruk	82%	82%
Tekort aan huisartsen verwacht	74%	95%
Eens: door werkdruk moeite met de toegewezen ANW-diensten te vervullen	69%	72%
Heeft problemen associés en praktijkopvolgers te vinden	46%	44%
Personeel kan niet op vakantie omdat er problemen zijn bij het vinden van waarnemers / invalkrachten	44%	70%
Heeft vacature huisarts	41%	52%

*Tabel 3 Percentage huisartsenpraktijken dat aangeeft een bepaald knelpunt te hebben ervaren – knelpunten rond de functie van doktersassistent*

Knelpunten rond de functie van doktersassistent	2021	2022
Tekorten aan doktersassistenten verwacht	70%	71%
Doktersassistenten ervaren hoge werkdruk	69%	77%
Praktijk heeft vacature doktersassistent	55%	65%

Bij de praktijk gerelateerde knelpunten (Tabel 4) valt op dat ook op praktijkniveau de werkdruk vaak wordt genoemd en dat bij ziekte grote problemen ontstaan. (12, 13) Opvallend is dat het vrijmaken van financiële middelen om personeel te werven minder vaak wordt genoemd als knelpunt. Bijna driekwart van de huisartsenpraktijken geeft aan dat het door de werkdruk moeite kost om avond- nacht en weekend (ANW)-diensten te vervullen of te verkopen (niet in tabel).

*Tabel 4 Percentage huisartsenpraktijken dat aangeeft een bepaald knelpunt te hebben ervaren – praktijk gerelateerde knelpunten*

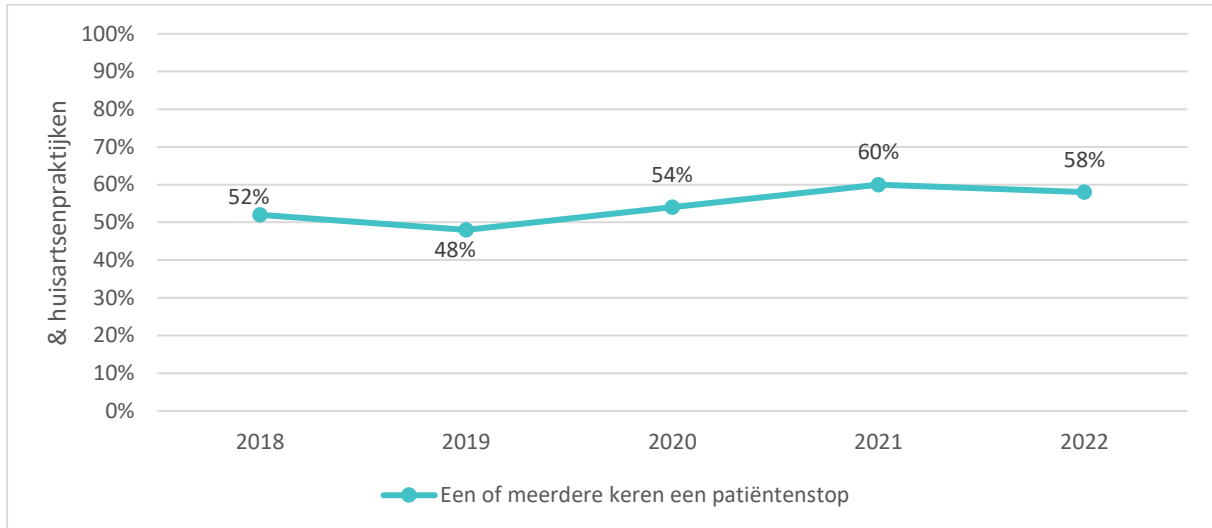
Praktijk gerelateerde knelpunten	2021	2022
Eens: de werkdruk binnen de praktijk is te hoog	74%	68%
Eens: bij ziekte meteen groot probleem	67%	66%
Heeft problemen ondersteunend personeel te vinden	55%	67%
Kan onvoldoende financiële middelen vrijmaken om personeel te werven	53%	27%
Eens: door werkdruk hoog ziekteverzuim	22%	28%

## Toename patiëntenstops

**Indicator:** aantal huisartspraktijken met een of meer patiëntenstops in het afgelopen jaar

Tenslotte zien we dat het aantal huisartsenpraktijken met één of meer (tijdelijke) patiëntenstops in de laatste 5 jaren is gegroeid van 52% naar 58% van alle praktijken (Figuur 10).(12, 13)

**Figuur 10** *Percentage huisartsenpraktijken dat één of meerdere patiëntenstops heeft gehad in de periode 2018-2022*



### Oplossingen voor gebrek aan personele capaciteit

**Indicator:** door huisartsen aangedragen oplossingen voor gebrek aan personele capaciteit

Uit de Nivel huisartsenpraktijkenquête werd ook aan praktijken de top-3 van maatregelen voor het aanpakken van capaciteitsvragen uitgevraagd. Hierover geeft 86% aan dat de praktijk capaciteitsvragen aanpakt door het toepassen van eHealth; 81% noemt verbeteren van de werksfeer en/of werkomstandigheden; en 68% noemt taakherschikking binnen de praktijk als oplossingsrichting. (12, 13)

### Door patiënten ervaren tekort aan personeel

#### Zorggebruikers ervaren schaarste in de zorg

**Indicator:** door zorggebruikers ervaren tekort aan personeel in de zorg

Met het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg(4) wordt het perspectief van zorggebruikers uitgevraagd. Vrijwel alle zorggebruikers (95%) zijn zich bewust van de schaarste in de personele capaciteit. Bijna 32% van de zorggebruikers ervaart ook schaarste in de zorg; ze ervaren wachtlijsten (45,5%), wachttijden (20,7%) en problemen met bereikbaarheid (18,2%). Ondanks de ervaren schaarste geeft vier op de vijf zorggebruikers (82%) aan wel de zorg te ontvangen die hij/zij nodig heeft.(14)

## 2 Uitdaging 2: Naar een sterkere organisatie in de eerste lijn

Om te komen tot een sterkere eerste lijn zijn veranderingen noodzakelijk in de organisatie van de eerste lijn en in de samenwerking in de regio. In de Visie Eerstelijnszorg 2030(3) wordt als stip op de horizon geschreven over het ontstaan van hechte wijkverbanden, met gemandateerde vertegenwoordiging vanuit verschillende eerstelijnsdisciplines. De vorming van deze wijkverbanden wordt gezien als een groeiproces, waar verschillende partijen bij betrokken kunnen zijn afhankelijk van lokale omstandigheden.(3) Voor deze monitor betekent dit een open agenda: er is niet één route waarlangs deze wijkverbanden tot stand kunnen komen, noch is er één ideale vorm voor zo een wijkverband.

Voor de ontwikkeling naar een sterkere organisatie zijn (financiële) middelen beschikbaar voor organisaties in de eerste lijn. We monitoren hoe en op welke thema's deze middelen worden ingezet. Daarnaast gaan we in op de manier waarop de eerste lijn aan de orde komt in regiobeelden en regioplannen. Hiermee geven we inzicht in de mate waarin belangrijke randvoorwaarden, middelen en de positie in de regiobeelden en plannen, op orde zijn om te komen tot een sterkere eerste lijn. Op termijn geven we in de monitor ook inzicht in de feitelijke ontwikkelingen, aan de hand van een aantal verdiepende casestudies. Daarbij geven we inzicht in de stappen die worden gezet om te komen tot de hechte wijkverbanden, regionale samenwerkingsverbanden en de diversiteit die daarin te zien is.

In deze monitor gaan we in op de volgende thema's van een sterkere organisatie in de eerste lijn:

1. Inzet van transformatiemiddelen in de eerste lijn
2. Regionale betrokkenheid en knelpunten
3. Nieuwe organisatievormen in de eerste lijn

### 2.1 Indicatoren

In Tabel 5 staan de indicatoren vermeld waarmee inzicht wordt verkregen in de ontwikkeling naar een sterkere organisatie in de eerste lijn. Voor de grijs gemarkeerde indicatoren zijn momenteel geen gegevens beschikbaar. De rapportage over de 1-meting die in 2025 zal worden gepubliceerd zal hier wel inzicht in geven. Voor de overige indicatoren kunnen in deze nulmeting (deels) wel resultaten worden gepresenteerd.

Tabel 5 Indicatoren voor 'De beweging naar een sterkere organisatie van de eerste lijn'

Indicator*	Bron
<b>Inzet van transformatiemiddelen</b>	
Overzicht van ZonMw subsidies en transformatiemiddelen in de eerste lijn	ZonMw Transformatiegelden (VWS)
De mate waarin gestelde doelen van ZonMw subsidies en transformatiemiddelen in de eerste lijn zijn bereikt	Rapportages die zijn gemaakt over de impact van ZonMw subsidies en transformatiemiddelen die betrekking hebben op de eerste lijn.
<b>Regionale betrokkenheid en knelpunten</b>	
Meest genoemde knelpunten in de ROAZ** - en zorgkantoorregiobeelden	Nederlandse Zorgautoriteit rapport: Van regiobeelden naar doelgerichte regioplannen - Reflecties en aandachtspunten(15)
Mate van betrokkenheid van de eerste lijn bij de vormgeving van de regioplannen	Regioplannen(8)
Mate waarin relevante elementen uit de visie op de eerstelijnszorg terugkomen in de regioplannen	Visie Eerstelijnszorg 2030(3) Regioplannen(8)
<b>Nieuwe organisatievormen</b>	
Overzicht en structuur nieuw opkomende organisatievormen binnen de eerste lijn	Gegevens uit webberichten, sociale media, nieuwsmedia en Nivel-netwerk Registratie van samenwerkingsafspraken in de Nivel Beroepenregistraties(7)
Kwalitatieve verdieping op de analyse van betrokken organisaties bij regionale samenwerking op: 1. Betrokken partijen in verschillende organisatievormen 2. Te verwachten effecten 3. Vorm van bekostiging 4. Succes en faalfactoren 5. Gevolgen voor de betrokken professionals, organisaties en de governance	In vier regio's brengen we door middel van kwalitatief onderzoek (interviews) de ontwikkelingen naar een sterkere eerste lijn in kaart

Opmerking: Voor grijze cellen is nog geen data beschikbaar

\* Niet iedere indicator in de bovenstaande tabel kan worden uitgedrukt in een percentage (teller / noemer), omdat sommige onderwerpen een kwalitatieve beschrijving omvatten

\*\* ROAZ = Regionaal Overleg Acute Zorgketen

## 2.2 De eerste bevindingen

### Kernpunten

- De beschikbare middelen voor het realiseren van verandering in de eerste lijn worden vooral ingezet op de aanbods- en organisatiekant.
- Knelpuntenanalyses van de regioplannen laten zien dat voor een sterkere eerste lijn veranderingen nodig zijn aan zowel de vraagkant als de aanbods- en organisatiekant van de zorg.

## Inzet van transformatiemiddelen in de eerste lijn

**Indicator:** overzicht van ZonMw subsidies en transformatiemiddelen in de eerste lijn

Het ZonMw-programma ‘Versterking organisatie eerstelijnszorg’ richt zich op het versterken van de organisatie en samenwerking van de eerstelijnszorg op zowel wijk- als regioniveau. Hiertoe behoren drie programmalijnen:

1. Programmalijn 1: ondersteunen van regio’s.
2. Programmalijn 2: landelijke kennis-en ondersteuningsstructuur.
3. Programmalijn 3: onderzoek.

In totaal hebben 22 van de 31 zorgkantoorregio’s een aanvraag ingediend in kader van programmalijn 1. Deze zijn allemaal gehonoreerd. Tabel 6 geeft enkele voorbeelden van ondersteuning waar die mogelijk impact hebben op de eerste lijn of waar eerstelijns partijen bij betrokken zijn. De projecten die in kader van programmalijn 2 en 3 zullen worden opgezet zullen voor de volgende 1-meting mogelijk verdere informatie bieden over de onder andere doelbereiking van deze subsidies uit programmalijn 1.

*Tabel 6 Voorbeelden van ondersteuning die mogelijk impact hebben op de eerste lijn of waar eerstelijns partijen bij betrokken zijn*

Ondersteuning:	Door:
Beleidsregel ‘Innovatie voor kleinschalige experimenten’	Nederlandse Zorgautoriteit
Specifieke uitkering domeinoverstijgend samenwerken (SPUK DOS)	Ministerie van VWS
Transformatiegelden IZA	
Programma: Infrastructuur beleidsparticipatie Subsidie voor Coalitievorming regionale participatiehubs	ZonMw
Programma: Ondersteuning regionale samenwerking 1. Stimuleringssubsidie versterking organisatie en governance van de regionale samenwerkingsstructuur (verwacht) 2. Leren transformeren van zorg naar gezondheid (gesloten) 3. Opstellen regioplannen (gesloten) 4. Opstellen en herijken regiobeelden (gesloten)	
Programma: Versterking organisatie eerstelijnszorg 1. Uitvoeringssubsidie: hechte wijkverbanden en regionaal eerstelijnsamenwerkingsverband 2. Voucher versterking regionale monodisciplinaire organisatiegraad 3. Voucher voorbereiding uitvoeringssubsidie voor regio’s die nog geen uitvoeringssubsidie hebben ontvangen 4. Lerend netwerk regionale samenwerking eerstelijnszorg 5. Onderzoekssubsidie voor het ontwikkelen van kennis over de effecten en kosten van het anders en/of beter organiseren en samenwerken van de eerstelijnszorg	

## Regionale betrokkenheid en knelpunten

**Indicator:** meest genoemde knelpunten in de ROAZ- en zorgkantoorregio-beelden

In het najaar van 2022 zijn de landelijke IZA-partijen begonnen aan het proces om de regiobeelden voor de zorgkantoor- en de ROAZ-regio's (N=31) te ontwikkelen. In de gepubliceerde regiobeelden wordt onder andere aandacht besteed aan de knelpunten binnen de zorg. De volgende vijf knelpunten, die met elkaar overlappen, zijn in de regiobeelden het meest benoemd.(15)

1. Mismatch tussen vraag en aanbod
2. Toename complexiteit van de zorgvraag
3. Toename thuiswonende kwetsbare ouderen
4. Aanzienlijke verschillen in gezondheid binnen regio's
5. Toename van mensen met een psychische kwetsbaarheid

De volgende drie, met elkaar samenhangende knelpunten zijn in de ROAZ-regiobeelden het meest voorkomend.

1. Knelpunten in patiëntstromen en zorg efficiëntie
2. Bereikbaarheid Huisartsenspoedposten (HAP) onder druk
3. Personeelstekorten in gehele zorgketen

Deze knelpuntenanalyses gaan met verschillende bewoordingen in op ontwikkelingen in de vraag (complexiteit wordt groter, toename thuiswonende kwetsbare ouderen, en toename psychische kwetsbaarheid) en op het aanbod (knelpunten in zorg efficiëntie en personeelstekorten) die leiden tot knelpunten in patiëntenstromen, een mismatch tussen vraag en aanbod, en druk op de bereikbaarheid van huisartsenspoedposten. Deze analyses nopen tot activiteiten gericht op het beïnvloeden van de vraag en op het versterken van de organisatie van zorg, met oog voor verschillen binnen en tussen regio's.

## 3 Uitdaging 3: Passende zorg in de eerste lijn

Een kernelement in het IZA is het streven naar meer passende zorg, met de volgende uitgangspunten(1):

- Passende zorg is waardegedreven
- Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand
- Passende zorg vindt plaats op de juiste plek
- Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van ziekte

Deze ambitie geldt ook voor de eerste lijn. Voor deze monitor gaan we in op de volgende thema's van passende zorg in de eerste lijn:

1. Meer tijd voor de patiënt
2. Samen beslissen
3. Meer aandacht voor kwaliteit van leven en preventie
4. Continuïteit van zorg
5. Digitalisering

### 3.1 Indicatoren

In Tabel 7 staan de indicatoren vermeld waarmee inzicht wordt verkregen in de beweging naar passende zorg in de eerste lijn. Voor de grijs gemarkeerde indicatoren zijn momenteel geen gegevens beschikbaar. De rapportage over de 1-meting die in 2025 zal worden gepubliceerd zal hier wel inzicht in geven. Voor de overige indicatoren kunnen in deze nulmeting (deels) wel resultaten worden gepresenteerd. Een belangrijk aandachtspunt hierbij is dat deze gegevens niet zijn verzameld met het specifieke doel van het monitoren van de beweging naar een sterkere eerste lijn. Daardoor sluiten sommige resultaten niet volledig aan op de bovengenoemde indicatoren, bijvoorbeeld omdat de gegevens betrekking hebben op alle zorgdomeinen en niet specifiek op de eerste lijn. Dit wordt vermeld bij de onderwerpen waarop dit van toepassing is.

Tabel 7 Indicatoren voor 'Passende zorg in de eerste lijn'

Indicator*	Bron
<b>Meer tijd voor de patiënt (MTVP)</b>	
Aandeel contractering MTVP door huisartspraktijken	Nivel Zorgregistraties Eerstelijns(16) en declaratiegegevens van Vektis(17)
De ontwikkeling in aandeel van type contact in de huisartspraktijk uitgesplitst naar huisartspraktijken die MTVP declareren t.o.v. praktijken zonder MTVP-declaratie	
Door zorggebruikers ervaren mate van tijd om te bespreken wat voor hen belangrijk is tijdens een consult met de huisarts	Consumentenpanel Gezondheidszorg(4)
<b>Samen beslissen</b>	
Door zorggebruikers ervaren mate van betrokkenheid bij beslissingen over hun gezondheid en zorg	Consumentenpanel Gezondheidszorg(4)
<b>Preventie en kwaliteit van leven</b>	
Mate van inzet van de volgende ketenpakketten: 1) kansrijke start, 2) valpreventie bij ouderen, 3) aanpak overgewicht en obesitas bij kinderen, 4) de gecombineerde leefstijlinterventie bij overgewicht van volwassenen en 5) welzijn op recept	Monitor gecombineerde leefstijlinterventie(18) Monitor Kansrijke Start (19) Valpreventie monitor(20)
Aandacht voor preventie tijdens consulten met eerstelijnszorgverleners	Consumentenpanel Gezondheidszorg(4)
Aandacht voor kwaliteit van leven tijdens consulten met eerstelijnszorgverleners	
<b>Continuïteit van de zorg</b>	
Aantal ingeschreven patiënten bij een huisartsenpraktijk van alle verzekerden	Declaratiegegevens van Vektis(17)
Door zorggebruikers ervaren bekendheid van zorgverleners met hun situatie	Consumentenpanel Gezondheidszorg(4)
Door zorggebruikers gerapporteerde vaste huisarts of huisartsenpraktijk	
Door zorggebruikers ervaren samenwerking van zorgverleners	
Aanwezigheid van individueel zorgplan	
Aanwezigheid van centraal aanspreekpunt voor zorggebruikers	
Door zorggebruikers ervaren afstemming van zorg(informatie) tussen zorgverleners	
Door zorggebruikers ervaren mate van aanbod en gebruik van en ervaringen met digitale zorg	
Mate waarin zorggebruikers gebruikmaken van digitale toepassingen voor zelfzorg	
Door zorggebruikers ervaren digitale toegang tot hun medische gegevens	
Door zorggebruikers ervaren mate waarin digitale uitwisseling van zorginformatie plaatsvindt tussen zorgverleners	

Opmerking tabel: Voor grijze cellen is nog geen data beschikbaar

\* Niet iedere indicator in de bovenstaande tabel kan worden uitgedrukt in een percentage (teller / noemer), omdat sommige onderwerpen een kwalitatieve beschrijving omvatten



## 3.2 De eerste bevindingen

### Kernpunten

- Door zorgverzekeraars wordt sinds 2016 ingezet op contractering van Meer Tijd voor de Patiënt (MTVP). In 2022 maakte 1,8% van de huisartspraktijken gebruik van MTVP. Voor zorggebruikers geldt dat 95% zegt meestal of altijd voldoende tijd te hebben in een consult.
- Een belangrijke ambitie voor passende zorg is de inzet van digitale en hybride zorg. Toch vindt het grootste deel van de contacten van patiënten met zorgverleners niet digitaal plaats. Wel zien we een gestage toename van het aantal zorggebruikers met een chronische ziekte die informatie over gezondheid zoeken op internet, waaronder thuisarts.nl. Ouderen en mensen met een praktische opleiding zoeken minder vaak naar deze informatie op internet.

### Meer tijd voor de patiënt

#### Nog weinig huisartspraktijken die gebruik maken van MTVP

**Indicator:** Aandeel contractering MTVP door huisartspraktijken

Vanaf 2016 wordt door zorgverzekeraars Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP) vergoed, waarmee huisartsen een consultduur van 15 minuten kunnen declareren bij de zorgverzekeraars in plaats van de standaard consulttijd van 10 minuten. MTVP betreft een tarief uit Segment 3 per ingeschreven verzekerde per kwartaal op het niveau van de huisartspraktijk. In het IZA is afgesproken dat per 1 april 2023 maximaal 25% van de totaal ingeschreven verzekerden gebruik kan maken van MTVP. In 2023 is door zorgverzekeraars gewerkt om alle huisartsenpraktijken te kunnen laten aansluiten bij MTVP. De kerngedachte achter MTVP is dat een langere consultduur huisartsen in staat stelt om beter door te vragen, betere diagnoses te stellen en beter te kunnen doorverwijzen. Hierdoor komt er meer ruimte voor persoonsgerichte zorg en het komen tot de 'kern' van de zorgvraag van patiënten. Dit heeft naar verwachting niet alleen minder terugkeer-consulten voor de praktijk tot gevolg, maar ook kan betere vervolgzorg in andere domeinen worden ingericht. Resultaten van de doelgroepen monitor laten zien dat 1,8% van de huisartspraktijken in 2022 MTVP hebben gedeclareerd.<sup>(22)</sup> De invloed van MTVP contractering van huisartspraktijken op de veranderingen in het aandeel van typen contacten zal een beter beeld geven van de impact van MTVP. Deze analyse zal in de volgende rapportage in 2025 worden gepresenteerd, omdat we op dit moment nog geen toegang tot gegevens over de declaraties van MTVP hebben.

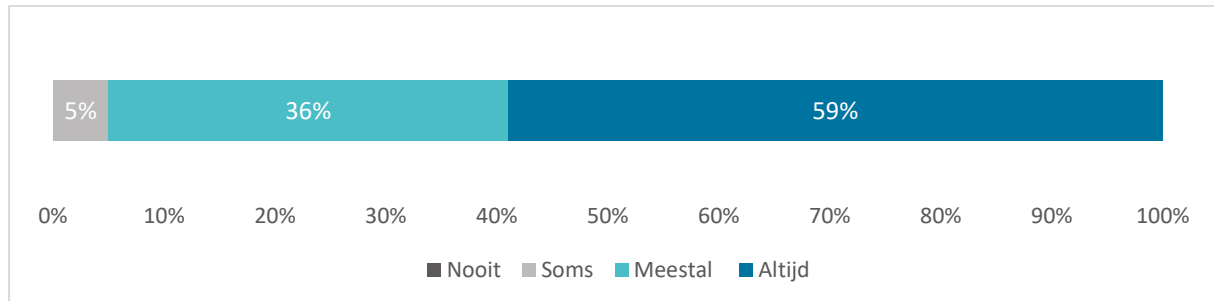
#### Zorggebruikers zijn tevreden met de duur van hun consult bij de huisarts

**Indicator:** door zorggebruikers ervaren mate van tijd om te bespreken wat voor hen belangrijk is tijdens een consult met de huisarts

Wanneer wordt gekeken naar MTVP vanuit het perspectief van zorggebruikers, zien we dat 95% van de Nederlandse bevolking in 2021 aangaf dat zij tijdens een afspraak met de huisarts meestal of altijd voldoende tijd hebben om alle dingen die voor hen belangrijk zijn te bespreken (Figuur 11).<sup>(23)</sup> Dit blijkt uit onderzoek onder het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg. Zorggebruikers lijken dus tevreden te zijn met de duur van hun consult bij de huisarts. In 2024 tot en met 2026 wordt deze vraag opnieuw voorgelegd aan leden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg, zodat

inzicht kan worden verkregen in de ontwikkeling van de door zorggebruikers ervaren mate van tijd om te bespreken wat voor hen belangrijk is tijdens een consult met de huisarts. Er zijn geen gegevens beschikbaar van 2022.

*Figuur 11 Heeft u tijdens een afspraak met uw huisarts voldoende tijd om alle dingen die voor u belangrijk zijn te bespreken? (N=743)*



### Samen beslissen

Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, ondersteund door informatie passend bij de vaardigheden van de patiënt. Samen beslissen is het proces waarbij zorgverlener en patiënt of cliënt samen een beslissing nemen over een behandeling of bepaalde zorg. Hierbij bespreken zij risico's, voor- en nadelen van verschillende behandelopties en persoonlijke waarden en voorkeuren van de patiënt met elkaar.

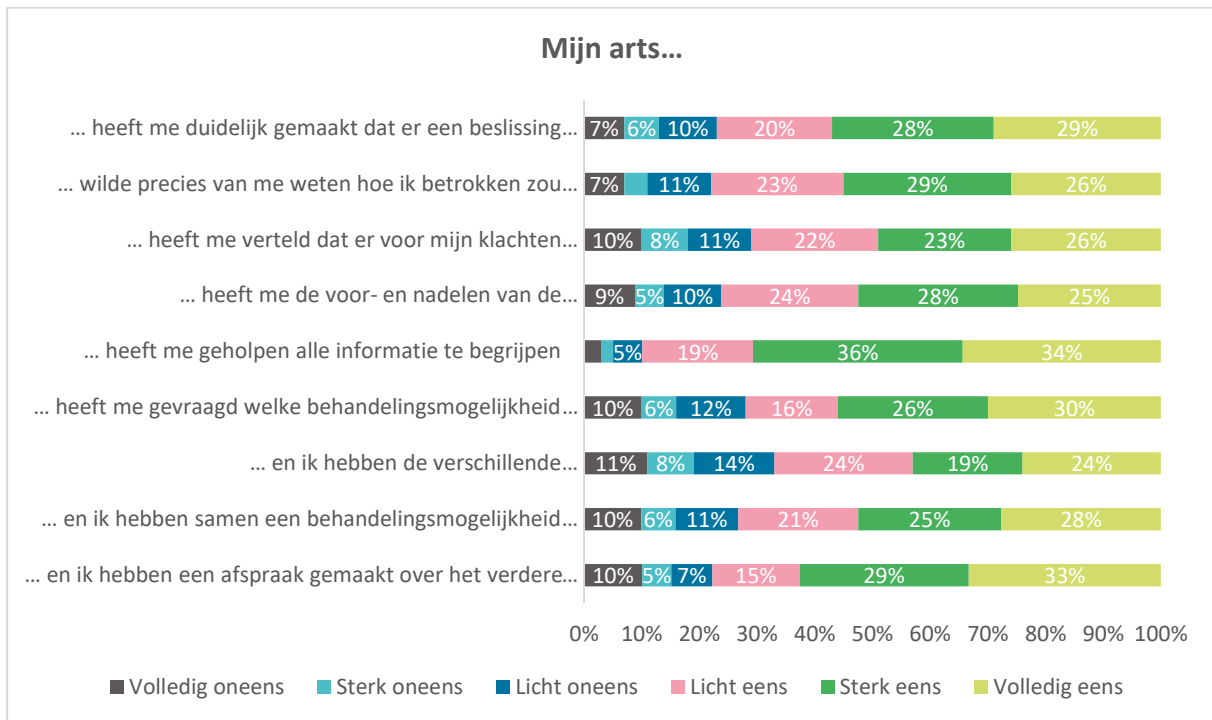
### Geen toename over de tijd in door de zorggebruikers ervaren gezamenlijke besluitvorming

**Indicator:** door zorggebruikers ervaren mate van betrokkenheid bij beslissingen over hun gezondheid en zorg

Binnen het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg wordt de door zorggebruikers ervaren mate van betrokkenheid bij beslissingen over hun gezondheid en zorg sinds 2016 onderzocht. Dit wordt uitgevraagd aan de hand van negen stellingen over gezamenlijke besluitvorming uit de '9-item Shared Decision Making Questionnaire' (SDM-Q-9).<sup>(24)</sup> De stellingen vragen naar de ervaringen van zorggebruikers met gezamenlijke besluitvorming met een arts in algemene zin. Voor de monitoring van de beweging naar een sterkere eerste lijn worden de stellingen toegepast op eerstelijnszorgverleners.

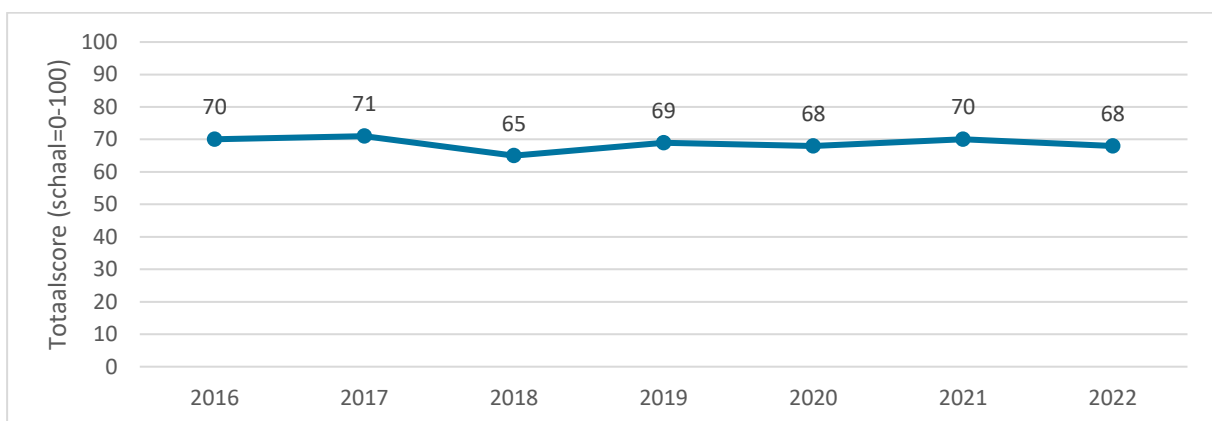
In Figuur 12 is te zien dat 70% van de ondervraagden het in 2022 sterk of volledig eens was met de stelling dat hun arts hen heeft geholpen om alle informatie te begrijpen.<sup>(25)</sup> Ook gaven zo'n zes op de tien mensen (62%) aan het sterk of volledig eens te zijn met de stelling dat zij en hun arts een afspraak hebben gemaakt over het verdere vervolg. De stelling 'Mijn arts en ik hebben de verschillende behandelingsmogelijkheden grondig afgewogen' kon op de minste instemming rekenen: minder dan de helft van de respondenten (43%) was het hier sterk of volledig mee eens.

Figuur 12 Gezamenlijke besluitvorming in 2022



Op basis van de antwoorden op de negen stellingen over gezamenlijke besluitvorming kan een totaalscore worden berekend, waarbij een hogere score een hogere ervaren mate van samen beslissen reflecteert. In 2022 was de gemiddelde totaalscore van de respondenten 68 op een schaal van 0 tot 100. Er was geen statistisch significante toename of afname van deze score tussen 2016 en 2022 (Figuur 13).(26)

Figuur 13 Ontwikkeling score gezamenlijke besluitvorming tussen 2016 en 2022



### Continuïteit van zorg

Eén van de uitgangspunten van de Visie Eerstelijnszorg(1) is het waarborgen van de continuïteit van eerstelijnszorg. Continuïteit van zorg betekent dat zorg en ondersteuning voor patiënten in samenhang worden georganiseerd. Dit draagt bij aan de kwaliteit van zorg. Bij continuïteit van zorg gaat het om de bekendheid van individuele zorgverleners met de situatie van de patiënt. Wanneer zorgverleners en patiënten elkaar kennen, kan een vertrouwensband ontstaan. Hierdoor kan beter en sneller worden bepaald of er hulp nodig is en zo ja, welke hulp.(27) Daarnaast is de samenwerking

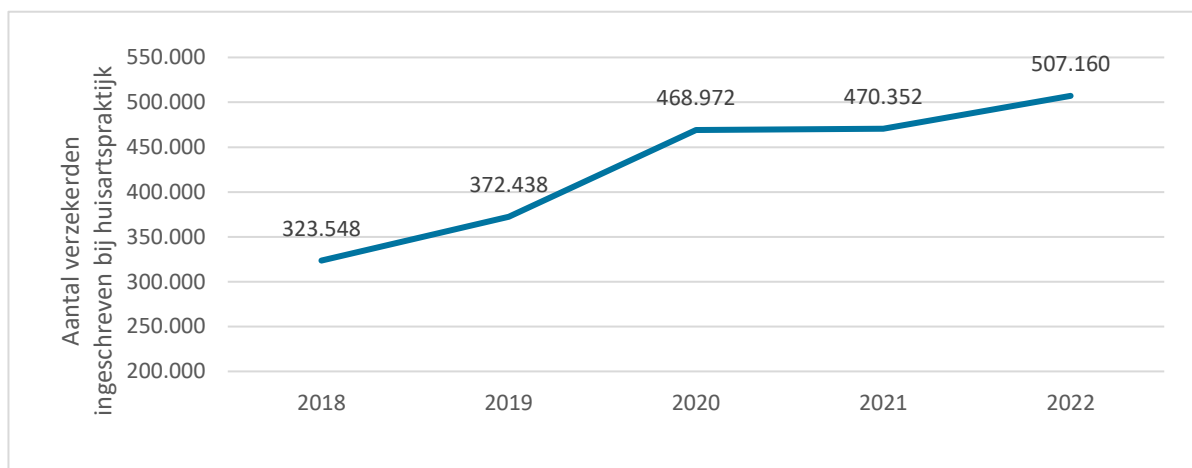
tussen de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij een patiënt van belang voor continuïteit. Nauwe samenwerking helpt om de zorg en ondersteuning beter te laten verlopen. Elkaar kennen draagt eraan bij dat trajecten beter op elkaar aansluiten, zorgverleners taken van elkaar kunnen overnemen en praktische knelpunten kunnen worden opgepakt.

### Het aantal verzekerden dat niet staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk neemt toe

**Indicator:** Aantal ingeschreven patiënten bij een huisartsenpraktijk van alle verzekerden

De huisarts vervult een centrale rol als eerste aanspreekpunt en handelt een groot deel van alle klachten in de zorg zelf af. Daarnaast hebben huisartsen vaak een coördinerende rol bij het traject dat mensen afleggen van de ene zorgverlener naar de andere zorgverleners. Toegang tot huisartsenzorg is daarom een belangrijk aspect voor de continuïteit van de zorg. Gegevens van Vektis laten zien dat steeds meer verzekerden in Nederland niet ingeschreven staan bij een huisartsenpraktijk (Figuur 14).<sup>(17)</sup> In 2018 waren 323.548 verzekerden niet ingeschreven bij een huisarts, wat is gestegen tot 507.160 verzekerden in 2022. Onze komende rapportage in 2025 zal meer inzicht bieden in de ontwikkelingen van het aantal niet-ingeschreven verzekerden bij huisartspraktijken. Dit zal worden gedaan aan de hand van declaratiegegevens van het Zorginstituut, waarmee we inzicht zullen geven in het aantal verzekerden dat niet staat ingeschreven bij een huisartspraktijk per leeftijdscategorie en regionale verschillen.

*Figuur 14 Ontwikkeling aantal verzekerden in Nederland dat niet staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk tussen 2018-2022 (1)*



### Meerderheid heeft een vaste huisarts of huisartsenpraktijk

**Indicator:** door zorggebruikers gerapporteerde vaste huisarts of huisartsenpraktijk

Een aspect van continuïteit van zorg is het hebben van een vaste huisarts of huisartsenpraktijk. Wanneer een patiënt een vaste huisarts heeft, kan een persoonlijke relatie worden opgebouwd waarbij de huisarts op de hoogte is van de situatie van de patiënt. Hierdoor kan beter en sneller worden bepaald of en welke hulp ingezet moet worden.<sup>(27)</sup> Binnen het Nivel Consumentenpanel

Gezondheidszorg is onderzoek gedaan naar het hebben van een vaste huisarts of huisartsenpraktijk. Hieruit blijkt dat 58% van de Nederlanders in 2022 een vaste huisarts had, wat betekent dat zij altijd naar dezelfde huisarts gaan binnen hun huisartspraktijk. Vier op de tien (39%) mensen hadden een vaste huisartspraktijk, maar bezoekt verschillende huisartsen binnen deze praktijk. Van 2% was dit onbekend.(26)

## Digitalisering

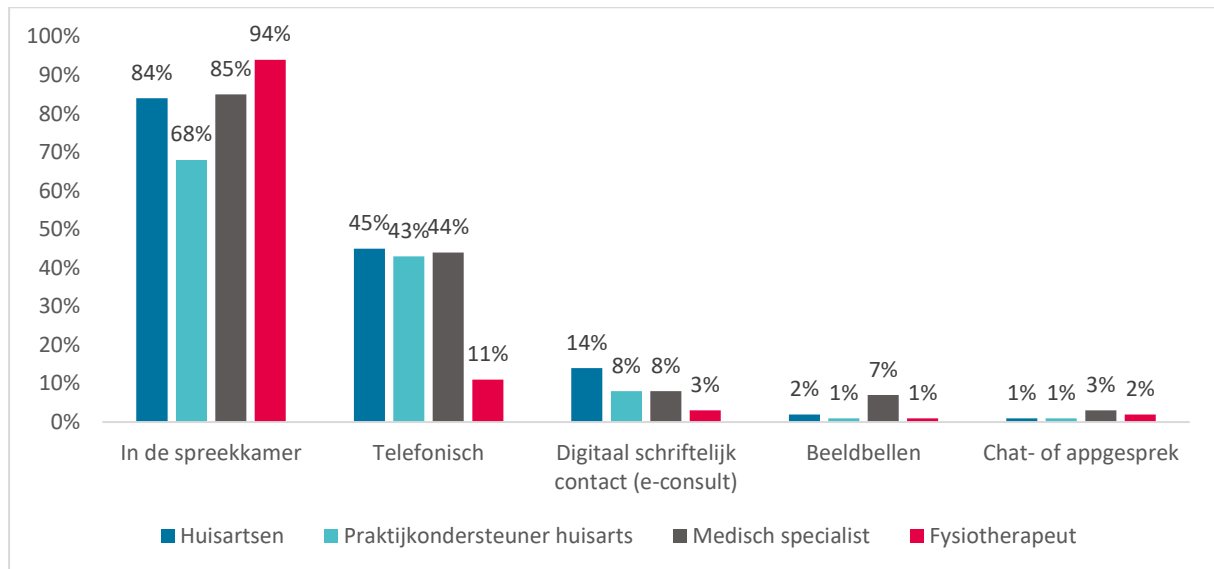
Digitalisering wordt binnen het IZA gezien als een essentieel middel om de zorg toegankelijk, kwalitatief en betaalbaar te houden. Binnen de eerstelijnszorg wordt digitale en hybride zorg daarom zoveel mogelijk nagestreefd, mits dit aansluit bij de zorgvraag en vaardigheden van de patiënt.(3) In het IZA wordt genoemd dat digitale en hybride zorg in veel gevallen voor zowel zorgverleners als patiënten een efficiëntere manier van zorg verlenen is, die de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg kan vergroten en bijdraagt aan het verduurzamen van de zorg.(1) Ook kan digitale en hybride zorg bijdragen aan het verlagen van de werkdruk onder zorgverleners. Om digitale en hybride zorg op een efficiënte manier te kunnen inzetten, is het van belang dat zorgverleners en patiënten beschikken over de benodigde informatie en vaardigheden. Digitale toegang tot de eigen zorggegevens van patiënten en de mogelijkheid tot digitale gegevensuitwisseling tussen zorgverleners zijn daarmee essentieel. Patiënten kunnen hierdoor meer eigen regie voeren over hun gezondheid en zorg.

### Groot deel van contacten met zorgverleners vindt plaats in de spreekkamer

**Indicator:** door zorggebruikers ervaren mate van aanbod en gebruik van en ervaringen met digitale zorg

Digitale en hybride zorg omvat verschillende digitale toepassingen die kunnen worden ingezet. Eén hiervan is de inzet van digitale communicatiemiddelen in het contact tussen zorgverleners en patiënten, zoals beeldbellen, digitaal schriftelijk contact of een chatgesprek. Uit de E-healthmonitor 2023(28) blijkt dat het grootste deel van de contacten die de algemene groep zorggebruikers heeft met hun zorgverleners niet digitaal plaatsvindt (Figuur 15). Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Ook voor de groep mensen met een chronische aandoening zien we dat het merendeel van de contacten plaatsvindt in de spreekkamer. Voor deze groep is wel een toename te zien in het aandeel dat sinds 2021 gebruik heeft gemaakt van een e-consult.

**Figuur 15** Percentage zorggebruikers (n=588 huisarts; n=284 POH; n=353 medisch specialist; n=293 fysiotherapeut) dat aangeeft een fysieke afspraak, telefonisch contact of digitaal contact te hebben gehad in het afgelopen jaar



### Meerderheid zorggebruikers zoekt via internetinformatie op over gezondheid

**Indicator:** mate waarin zorggebruikers gebruikmaken van digitale toepassingen voor zelfzorg

Naast de inzet van digitale en hybride zorg in contact met een zorgverlener kunnen patiënten gebruikmaken van digitale toepassingen voor zelfzorg. Dit zijn toepassingen die patiënten kunnen gebruiken om zelfstandig te zoeken naar informatie over gezondheid, behandelingen en zorgaanbieders. Uit de E-healthmonitor 2023(28) blijkt dat meer dan de helft van de Nederlanders in 2023 gebruik heeft gemaakt van websites voor gezondheidsdoeleinden. Dat geldt zowel voor de algemene groep zorggebruikers (53%) als voor mensen met een chronische aandoening (59%). Het gebruik van websites om informatie op te zoeken over gezondheid is onder de algemene groep zorggebruikers gedaald ten opzichte van 2021. Voor de groep mensen met een chronische aandoening is het gebruik ervan juist gestegen in deze periode. Ouderen en mensen met een praktische opleiding maken minder vaak gebruik van websites om informatie op te zoeken over de eigen gezondheid of behandeling.(28)

### Helft van zorggebruikers maakt gebruik van patiëntportaal

**Indicatoren:** door zorggebruikers ervaren digitale toegang tot hun medische gegevens

Een patiëntportaal is een persoonlijke, beveiligde pagina van een zorgorganisatie waarop patiënten via hun computer, tablet of smartphone kunnen inloggen. Op deze pagina kunnen patiënten hun medische gegevens inzien en praktische zaken rondom hun behandeling regelen. In de E-healthmonitor 2023(28) is onderzoek gedaan naar de mate waarin patiënten gebruikmaken van een patiëntportaal.(28) Hieruit blijkt dat iets minder dan de helft (45%) van de algemene groep zorggebruikers in 2023 minimaal één keer gebruik heeft gemaakt van een patiëntportaal. Onder de groep mensen met een chronische aandoening is dit 54%. Voor beide groepen geeft ongeveer een kwart aan geen gebruik te hebben gemaakt van een patiëntportaal en hier ook geen behoefte aan te hebben. Wanneer patiënten gebruik maken van een patiëntportaal, doen zij dit vooral om uitslagen

van onderzoeken te bekijken of een medicatieoverzicht aan te vragen. Mensen met een chronische aandoening gebruiken een patiëntportaal ook vaak om herhaalrecepten aan te vragen.

### **Door zorggebruikers ervaren mate waarin digitale uitwisseling van zorginformatie plaatsvindt tussen zorgverleners**

**Indicator:** door zorggebruikers ervaren mate waarin digitale uitwisseling van zorginformatie plaatsvindt tussen zorgverleners

Patiënten kunnen hun medische gegevens uit dossiers van verschillende zorgverleners verzamelen en delen met andere zorgverleners in een Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO). Op deze manier kan uitwisseling van zorginformatie plaatsvinden tussen zorgverleners. Uit de E-healthmonitor 2023(28) blijkt dat de bekendheid van zorggebruikers met PGO's laag is. Twee derde (66%) van de algemene groep zorggebruikers heeft nog nooit van een PGO gehoord. Onder de groep mensen met een chronische aandoening is dit 79%.(28)

Naast PGO's kunnen zorgverleners ook op andere manieren digitaal gegevens uitwisselen. Uit de E-healthmonitor 2023(28) blijkt dat huisartsen het vaakst aangeven gegevens te kunnen uitwisselen met andere zorgverleners. Huisartsen zijn ook het meest tevreden over de huidige mogelijkheden om digitaal gegevens uit te wisselen. Digitale gegevensuitwisseling is echter nog niet voor alle zorgverleners goed geregeld.(28) Mogelijk ervaren zorggebruikers hierdoor problemen. Op dit moment is hierover nog geen informatie beschikbaar. Dit onderwerp wordt meegenomen in de te ontwikkelen vragenlijst ten behoeve van deze monitor.

## 4 Uitdaging 4: Veranderende patiëntenstromen

Veranderingen in de tweede lijn, organisatie van de eerste lijn, de relatie met het sociale domein, en de inzet op zelfzorg/digitalisering door IZA kunnen leiden tot veranderende patiëntenstromen over deze verschillende domeinen. Het uitgangspunt is dat een sterke eerste lijn een basisvoorziening is waar alle burgers terecht kunnen als dat nodig is, ook als patiëntenstromen veranderen. Tegen 2030 streeft de eerste lijn ernaar om de oneigenlijke instroom van patiënten te verminderen en daarmee de ongewenste druk op eerstelijnszorg substantieel te hebben teruggedrongen. Bovendien wordt beoogd om de instroom, doorstroom en uitstroom tussen aanpalende sectoren te optimaliseren. Om inzicht te krijgen in of deze mogelijke veranderingen van patiëntstromen plaats vinden, gaan we in deze monitor in op de volgende onderdelen:

1. Veranderingen in patiëntenstromen in de eerstelijnszorg
2. Veranderingen in zorgvraag bij de acute zorg
3. Patiëntervaringen met veranderende patiëntstromen

### 4.1 Indicatoren

In Tabel 8 staan de indicatoren vermeld waarmee inzicht wordt verkregen in veranderende patiëntstromen. Voor de grijs gemarkeerde indicatoren zijn momenteel geen gegevens beschikbaar. De rapportage over de 1-meting die in 2025 zal worden gepubliceerd zal hier wel inzicht in geven. Om de thema's veranderingen in patiëntenstromen in de eerstelijnszorg en de acute zorg te kunnen meten op basis van bestaande gegevensbronnen, is er allereerst een zorgvuldige selectie van aandoeningen met veranderpotentieel gemaakt. Alhoewel hier nog geen gegevens over beschikbaar zijn lichten we wel de selectie van aandoeningen met veranderpotentieel hieronder verder toe. Voor de overige indicatoren kunnen in deze nulmeting (deels) wel resultaten worden gepresenteerd.



Tabel 8 Indicatoren voor ‘Veranderende patiëntstromen’

Indicator*	Bron
<b>Veranderingen in patiëntstromen</b>	
Veranderingen in de instroom, doorstroom en uitstroom van de eerste lijn voor 10 aandoeningen met veranderpotentieel	Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn(16); declaratiegegevens via Zorginstituut Nederland; gegevens over zelfzorg / zelfmanagement via Thuisarts.nl
Veranderingen in de 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen bij contacten met eerstelijnszorgverleners, per zorgdiscipline	
<b>Veranderingen in zorgvraag bij de acute zorg</b>	
Veranderingen in zorggebruik op de huisartsspoedposten en spoedeisende hulp van de 10 aandoeningen met veranderpotentieel (van de diagnoses onder indicator 1).	Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn(16); declaratiegegevens via Zorginstituut Nederland
Veranderingen in top 15 van meest voorkomende klachten op de huisartsspoedposten en spoedeisende hulp	
<b>Patiëntervaringen met veranderende patiëntstromen</b>	
Door zorggebruikers ervaren wachttijden in de eerste lijn	Consumentenpanel Gezondheidszorg(4); Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten(5)
Door zorggebruikers ervaren bereikbaarheid van zorgverleners in de eerste lijn	
Kennis over en ervaring met directe toegang tot eerstelijnszorg van zorggebruikers	Consumentenpanel Gezondheidszorg(4)
Vorbereiding op en toeleiding naar de eerstelijnszorg door zorggebruikers	
Ervaren veranderingen in de geboden zorg en de reflectie hierop van betrokken zorggebruikers	

Opmerking: Voor grijze cellen is nog geen data beschikbaar

\* Niet iedere indicator in de bovenstaande tabel kan worden uitgedrukt in een percentage (teller / noemer), omdat sommige onderwerpen een kwalitatieve beschrijving omvatten

## 4.2 De eerste bevindingen

### Kernpunten

- In 2021 gaf een meerderheid van de patiënten aan meestal of altijd snel genoeg terecht te kunnen bij hun huisartspraktijk voor een klacht die voor hen belangrijk is.
- Twee derde van de zorggebruikers zocht naar informatie over gezondheidsklachten of aandoeningen voor een consult in 2023. Iets minder dan de helft zocht naar informatie over een behandeling.
- De meeste patiënten kwamen in 2022 op consult bij in de huisartspraktijk voor urineweginfectie, bij de fysiotherapeut voor klachten aan de lumbale wervelkolom en bij de oefentherapeut voor psychomotore retardatie / ontwikkelingsstoornissen.
- Scheur- en snijwonden zijn veruit de meest voorkomende aandoeningen waarvoor mensen de huisartsspoedposten bezochten in 2022. Koorts en overlijden zijn het meest voorkomend bij telefonische (triage)contacten en visites.

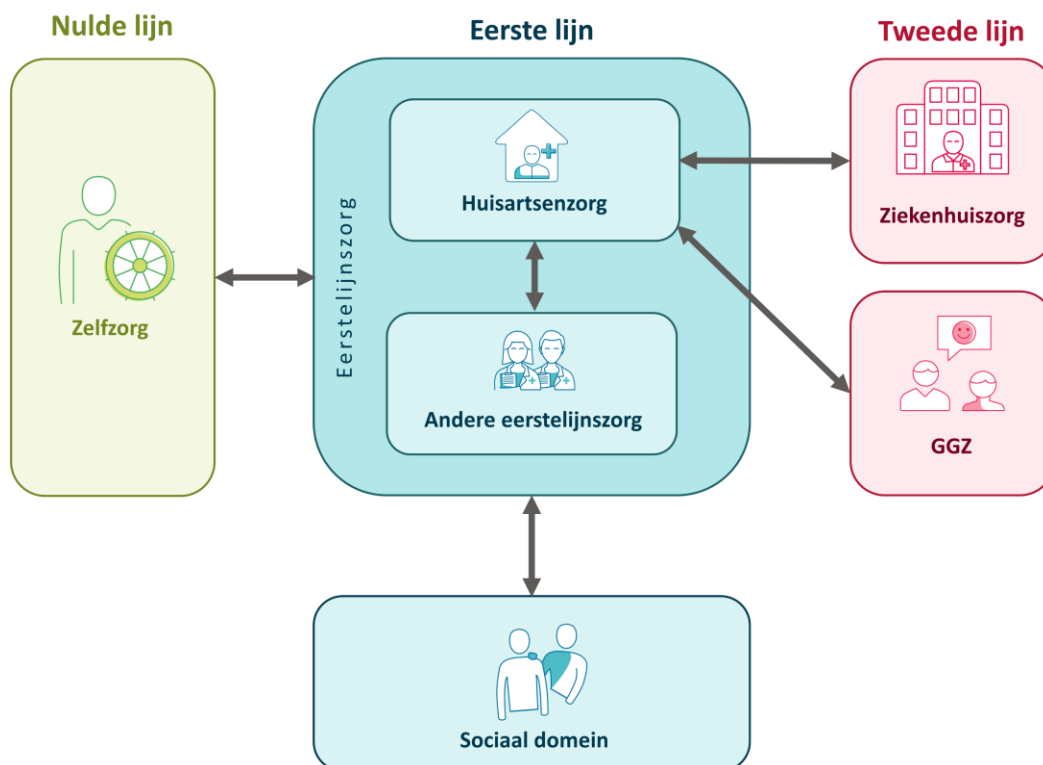
## Veranderingen in patiëntstromen in de eerstelijnszorg

**Indicator:** veranderingen in de instroom, doorstroom en uitstroom van de eerste lijn voor 10 aandoeningen met veranderpotentieel

Veranderingen in de tweede lijn, organisatie van de eerste lijn, de relatie met het sociale domein, en de inzet op zelfzorg / digitalisering door IZA kunnen leiden tot veranderende patiëntstromen over deze verschillende domeinen. Om ongewenste en gewenste veranderingen in patiëntstromen in de eerstelijnszorg inzichtelijk te maken is een selectie van 10 aandoeningen met veranderpotentieel gemaakt die we over de tijd zullen volgen. We hebben aandoeningen geselecteerd met een hoge prevalentie in Nederland(29) en die genoemd zijn in de Visie eerstelijnszorg en/of het IZA, waardoor een beweging in patiëntstromen kan worden verwacht. Aanvullend zijn zoveel mogelijk de doelgroepen die worden gemonitord in 'Monitor doelgroepen Integraal Zorgakkoord'(22) die wordt uitgevoerd door Zorginstituut Nederland meegenomen om consistentie tussen de verschillende monitors te bevorderen. Vervolgens is op basis van de betrokken zorgdomeinen de mogelijke veranderingen in patiëntstromen binnen vijf richtingen bepaald (Figuur 16):

- Huisartsenzorg naar ziekenhuiszorg en andersom
- Huisartsenzorg naar GGZ en andersom
- Huisartsenzorg naar andere eerstelijnszorgverleners (zoals paramedici) en andersom
- Eerstelijnszorg naar zelfzorg en andersom
- Eerstelijnszorg naar sociaal domein en andersom

*Figuur 16 Vijf veranderrichtingen van patiëntstromen binnen deze IZA-monitor*



Voor de 10 geselecteerde aandoeningen met veranderpotentieel zijn de bijbehorende mogelijke veranderrichtingen weergegeven (zie Tabel 9). Per aandoening worden de bijbehorende veranderrichtingen over de tijd gemonitord, door een koppeling te maken tussen eerstelijnszorg gegevens van de Nivel zorgregistraties Eerste Lijn en declaratie gegevens over onder andere de medisch specialistische zorg, GGZ, en wijkverpleging vanuit Zorginstituut. Het Nivel en Zorginstituut hebben hier ruime ervaring met deze gegevenskoppeling binnen de gezamenlijke onderzoekswerkplaats 'Routine Zorgdata voor Passende Zorg'.(30)

*Tabel 9 Selectie van aandoeningen / doelgroepen en bijbehorende mogelijke patiëntstromen die zullen worden gemonitord*

Patiëntenstroom					
Aandoening / doelgroep	Huisartsenzorg - ziekenhuiszorg	Huisartsenzorg- GGZ	Huisartsenzorg - andere eerstelijns zorgverleners	Eerstelijnszorg- zelfzorg	Eerstelijnszorg- sociaal domein
Psychische problematiek		x	x	x	x
Kanker	x		x	x	x
Hart- en vaatziekten	x		x	x	
Nek- en rugklachten	x		x	x	
Kwetsbare ouderen (waaronder dementie)	x	x	x	x	x
Artrose	x		x	x	
Diabetes Mellitus	x		x	x	
Astma	x		x	x	
Verstandelijk beperking	x		x	x	x
COPD	x		x	x	

**Indicator:** Veranderingen in top 15 van meest voorkomende klachten op de huisartsspoedposten en spoedeisende hulp

Om naast de veranderende patiëntstromen geen belangwekkende ontwikkelingen in de zorgvraag te missen, zal worden gekeken naar de top 15 meest voorkomende aandoeningen per zorgdiscipline in de eerste lijn. Hiermee signaleren wij belangrijke veranderingen in de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg. De top 10 gezondheidsproblemen bij de huisartsenpraktijk, fysiotherapeut en oefentherapeut wordt jaarlijks openbaar over gerapporteerd.(16) Voor deze nulmeting hebben we de jaren 2019 (pre-Covid-19) en 2022 (meest recente cijfers) naast elkaar weergegeven. In 2022 kwamen de meeste patiënten op consult bij in de huisartspraktijk voor urineweginfectie (Figuur 17), bij de fysiotherapeut voor klachten aan de lumbale wervelkolom (Figuur 18) en bij de oefentherapeut voor psychomotore retardatie / ontwikkelingsstoornissen (Figuur 19). Voor deze monitor zullen we de komende jaren rapporteren over een top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen bij contact met een eerstelijnszorgverlener van verschillende zorgdisciplines waarvoor gegevens beschikbaar zijn.

**Figuur 17** Top-10 gezondheidsproblemen van patiënten bij contacten met de huisarts en POH-GGZ: percentage van totaal aantal contacten met de huisarts en POH-GGZ in 2019 en 2022

Top 10 - 2019			Top 10 - 2022		
ICPC-code	Omschrijving	%	ICPC-code	Omschrijving	%
K86	Essentiele hypertensie zonder orgaanbeschadiging	2,8%	U71	Urineweginfectie	2,6%
U71	Urineweginfectie	2,6%	K86	Essentiele hypertensie zonder orgaanbeschadiging	2,4%
T90	Diabetes Mellitus	1,8%	T90	Diabetes Mellitus	1,9%
R05	Hoesten	1,7%	R05	Hoesten	1,6%
A04	Moeheid/zwakte	1,6%	R83	Andere infectie(s) luchtwegen	1,5%
R74	Acute infectie(s) bovenste luchtwegen	1,5%	A04	Moeheid/zwakte	1,5%
H81	Overmatig cerumen	1,3%	R74	Acute infectie(s) bovenste luchtwegen	1,4%
P76	Depressie	1,2%	H81	Overmatig cerumen	1,3%
S03	Wratten	1,1%	P76	Depressie	1,2%
L99	Andere ziekte(n) bewegingsapparaat	1,0%	S99	Andere huidziekten/subcutis	1,0%

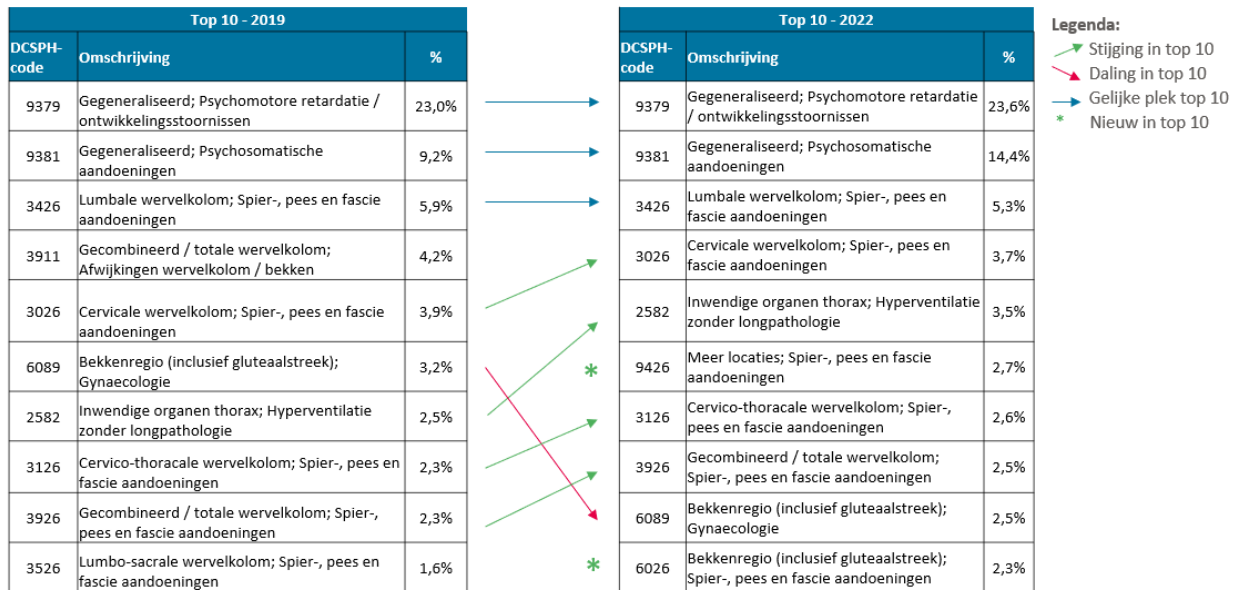
**Legenda:**  
 Stijging in top 10  
 Daling in top 10  
 Gelijke plek top 10  
 Nieuw in top 10

**Figuur 18** Top-10 gezondheidsproblemen van patiënten behandeld bij de fysiotherapeut: percentage van nieuwe behandelingsperiodes in 2019 en 2022

Top 10 - 2019			Top 10 - 2022		
DCSPH-code	Omschrijving	%	DCSPH-code	Omschrijving	%
3426	Lumbale wervelkolom; Spier-, pees en fascia aandoeningen	6,6	3426	Lumbale wervelkolom; Spier-, pees en fascia aandoeningen	8,5
3126	Cervico-thoracale wervelkolom; Spier-, pees en fascia aandoeningen	5,5	3026	Cervicale wervelkolom; Spier-, pees en fascia aandoeningen	5,6
3026	Cervicale wervelkolom; Spier-, pees en fascia aandoeningen	4,7	4026	Art. humeri (inclusief weke delen); Spier-, pees en fascia aandoeningen	4,9
4026	Art. humeri (inclusief weke delen); Spier-, pees en fascia aandoeningen	4,5	7026	Art. genus (inclusief patella en weke delen); Spier-, pees en fascia aandoeningen	4,5
7026	Art. genus (inclusief patella en weke delen); Spier-, pees en fascia aandoeningen	4,0	3126	Cervico-thoracale wervelkolom; Spier-, pees en fascia aandoeningen	4,4
3526	Lumbo-sacrale wervelkolom; Spier-, pees en fascia aandoeningen	3,7	3226	Thoracale wervelkolom; Spier-, pees en fascia aandoeningen	2,9
3226	Thoracale wervelkolom; Spier-, pees en fascia aandoeningen	2,8	3526	Lumbo-sacrale wervelkolom; Spier-, pees en fascia aandoeningen	2,8
6026	Bekkenregio (inclusief gluteaalstreek); Spier-, pees en fascia aandoeningen	2,1	6026	Bekkenregio (inclusief gluteaalstreek); Spier-, pees en fascia aandoeningen	2,7
3022	Cervicale wervelkolom; Chondropathie / arthropathie, meniscuslaesie	1,9	6226	Art. coxae (inclusief weke delen); Spier-, pees en fascia aandoeningen	2
4020	Art. humeri (inclusief weke delen); Epicondylitis, tendinitis, tendovaginitis	1,8	9363	Gegeneraliseerd; COVID-19	1,9

**Legenda:**  
 Stijging in top 10  
 Daling in top 10  
 Gelijke plek top 10  
 Nieuw in top 10

Figuur 19 Top-10 gezondheidsproblemen van patiënten behandeld bij de oefentherapeut: percentage van nieuwe behandelingsperiodes in 2019 en 2022



## Veranderingen in zorgvraag bij de acute zorg

**Indicator:** veranderingen in zorggebruik op de huisartsspoedposten en spoedeisende hulp van de 10 aandoeningen met veranderpotentieel

De mogelijke veranderingen in patiëntenstromen over de verschillende zorgdomeinen door het IZA, kan ertoe leiden dat sommige patiëntengroepen te grote belemmeringen ervaren in de toegang tot zorg. Dit kan op zijn beurt weer leiden tot de toename van specifieke zorgvragen bij de huisartsenpost en spoedeisende hulp. Huisartsenposten en spoedeisende hulp zijn de plek waar onvervulde zorgvragen kunnen leiden tot acute problemen. Om deze veranderingen inzichtelijk te maken zal de bovengenoemde selectie van 10 aandoeningen / doelgroepen met veranderpotentieel ook worden gemonitord op de huisartsspoedposten en spoedeisende hulp. Hier zal worden gekeken naar de veranderingen in zorggebruik per aandoening / doelgroep.

**Indicator:** veranderingen in top 15 van meest voorkomende klachten op de huisartsspoedposten en spoedeisende hulp

Om daarnaast geen belangwekkende ontwikkelingen in de zorgvraag te missen, zal worden gekeken naar de top 15 meest voorkomende aandoeningen. Hiermee signaleren wij belangrijke veranderingen in de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg. Figuur 20-22 geven de top 5 meest voorkomende aandoeningen per type contact op de huisartsspoedpost weer, zoals jaarlijks over wordt gerapporteerd door Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.(16) Scheur- en snijwonden zijn veruit de meest voorkomende aandoeningen waarvoor mensen de huisartsspoedposten bezochten in 2019 en 2022. Koorts en overlijden bleven meest voorkomend in beide jaren bij respectievelijk telefonische (triage)contacten en visites. Voor deze monitor zullen we de komende jaren rapporteren over een top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen op de huisartsspoedpost en spoedeisende hulp.

Figuur 20 Top-5 meest voorkomende aandoeningen op de huisartenspoedpost: percentage van het totaal aantal consulten in 2019 en 2022

Top 5 - 2019			Top 5 - 2022		
ICPC-code	Omschrijving	%	ICPC-code	Omschrijving	%
S18	Scheurwond/snijwond	7,6%	S18	Scheurwond/snijwond	8,0%
D06	Andere gelokaliseerde buikpijn	3,8%	R74	Acute infectie bovenste luchtweg	4,5%
R74	Acute infectie bovenste luchtweg	3,7%	D06	Andere gelokaliseerde buikpijn	4,2%
U71	Cystitis/urinewegsinfectie	3,1%	A03	Koorts	3,7%
A03	Koorts	2,8%	U71	Cystitis/urinewegsinfectie	3,4%

Legenda:  
 ↑ Stijging in top 5  
 ↓ Daling in top 5  
 → Gelijke plek top 5  
 \* Nieuw in top 5

Figuur 21 Top-5 meest voorkomende aandoeningen op de huisartenspoedpost: percentage van het totaal aantal telefonische / triage consulten in 2019 en 2022

Top 5 - 2019			Top 5 - 2022		
ICPC-code	Omschrijving	%	ICPC-code	Omschrijving	%
A03	Koorts	3,8%	A03	Koorts	5,8%
A13	Bezorgdheid over (bij)werking geneesmiddel	4,2%	A13	Bezorgdheid over (bij)werking geneesmiddel	3,6%
U71	Cystitis/urinewegsinfectie	2,7%	L04	Borstkas symptomen/klachten	2,6%
L04	Borstkas symptomen/klachten	2,1%	D06	Andere gelokaliseerde buikpijn	2,4%
T90	Diabetes	2,1%	A80	Trauma/letsel	2,2%

Legenda:  
 ↑ Stijging in top 5  
 ↓ Daling in top 5  
 → Gelijke plek top 5  
 \* Nieuw in top 5

Figuur 22 Top-5 meest voorkomende aandoeningen op de huisartenspoedpost: percentage van het totaal aantal visites in 2019 en 2022

Top 5 - 2019			Top 5 - 2022		
ICPC-code	Omschrijving	%	ICPC-code	Omschrijving	%
A96	Dood/overlijden	9,6%	A96	Dood/overlijden	13,2%
R81	Pneumonie	5,3%	R81	Pneumonie	4,4%
R02	Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan luchtwegen	3,6%	R02	Dyspnoe/benauwdheid toegeschreven aan luchtwegen	3,8%
U71	Cystitis/urinewegsinfectie	3,2%	A03	Koorts	3,6%
R95	Emfyseem/COPD	3,2%	R83	Andere infecties(s) luchtwegen	3,6%

Legenda:  
 ↑ Stijging in top 5  
 ↓ Daling in top 5  
 → Gelijke plek top 5  
 \* Nieuw in top 5

### Patiëntervaringen met veranderende patiëntstromen

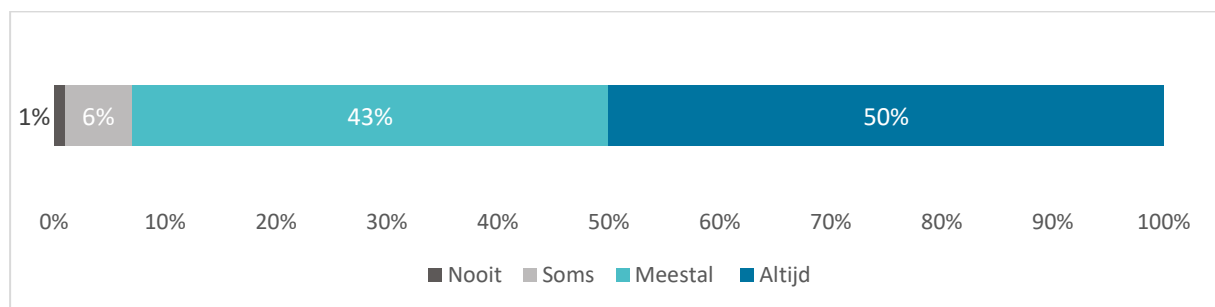
De inzet op zelfzorg, veranderingen in de tweede lijn, digitalisering en veranderingen in de organisatie van de eerste lijn zullen gevolgen hebben voor patiënten in de ervaren toegankelijkheid van zorg en de juiste zorg op de juiste plek. Het is daarom van belang om te monitoren of patiënten die eerstelijnszorg nodig hebben hier nog steeds toegang toe hebben, op welke plek zij die zorg krijgen en hoe ze dit ervaren.

**Meerderheid patiënten kan meestal of altijd snel genoeg terecht bij huisarts - ervaren toegankelijkheid van zorg in de eerste lijn**

**Indicator:** door zorggebruikers ervaren bereikbaarheid van zorgverleners in de eerste lijn

De veranderingen in de zorgsector hebben gevolgen voor de manier waarop patiënten in de eerste lijn zorg ontvangen. In de Visie Eerstelijnszorg(3) wordt als doel gesteld dat de eerstelijnszorg in 2030 toegankelijk is voor alle burgers die zorg nodig hebben.(3) Het is daarom van belang de toegankelijkheid vanuit patiëntperspectief te monitoren. Met behulp van het Consumentenpanel Gezondheidszorg is onderzoek gedaan naar de ervaren bereikbaarheid van de huisartspraktijk. In 2021 gaf 93% van de panelleden aan meestal of altijd snel genoeg terecht te kunnen bij hun huisartspraktijk voor een klacht die voor hen belangrijk is (Figuur 23).(23) Daarmee wordt de bereikbaarheid van de huisartspraktijk over het algemeen als goed ervaren.

**Figuur 23** Door zorggebruikers ervaren bereikbaarheid van de huisartspraktijk (gestelde vraag: ‘Kunt u bij een klacht die voor u belangrijk is snel genoeg terecht bij uw huisartspraktijk?’) (N=722)



Er is nog geen informatie beschikbaar over hoe zorggebruikers de bereikbaarheid van andere (eerstelijns)zorgverleners ervaren. Dit zal worden meegenomen bij het opzetten van de vragenlijst onder het Consumentenpanel Gezondheidszorg ten behoeve van de monitoring van de beweging naar een sterkere eerste lijn. Voor de vraagstelling wordt aangesloten bij de manier waarop binnen het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) onderzoek wordt gedaan naar de ervaren bereikbaarheid van zorgverleners, zodat de resultaten uit de twee panels met elkaar kunnen worden vergeleken. De vraagstelling zal daarmee afwijken van de hierboven gepresenteerde vraagstelling.

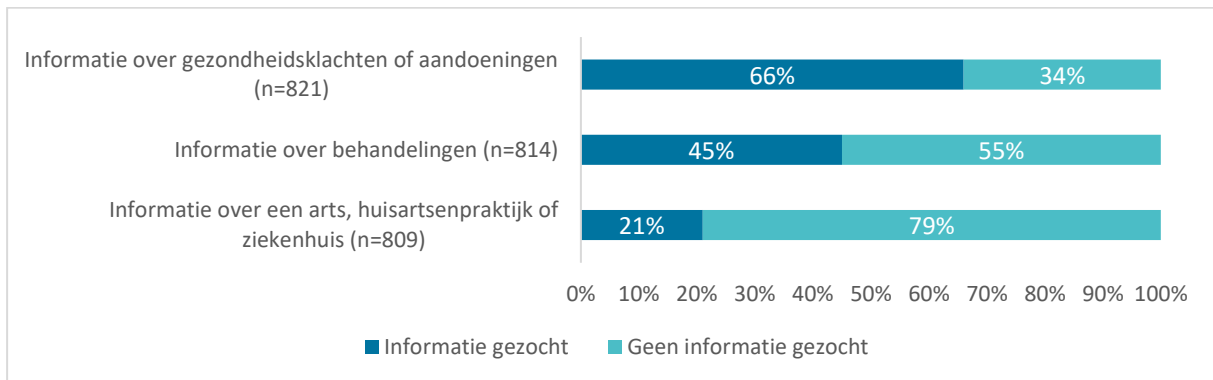
### **Twee derde van de zorggebruikers zoekt naar informatie over gezondheidsklachten of aandoeningen voor een consult en iets minder dan de helft zoekt naar informatie over een behandeling**

**Indicator:** voorbereiding op en toeleiding naar de eerstelijnszorg door zorggebruikers

Eén van de doelstellingen van de Visie Eerstelijnszorg(3) is ‘Passende voorbereiding op en toeleiding naar de eerste lijn’. Door zorggebruikers te ondersteunen bij het formuleren van een hulpvraag zijn zij beter voorbereid op een afspraak met een (eerstelijns)zorgverlener. Goede toeleiding helpt zorggebruikers om te bepalen of een gezondheidsvraag een zorgvraag is, welke maatregelen zij zelf kunnen nemen en bij welke zorgverlener ze terecht kunnen met hun hulpvraag. Een aspect van voorbereiding op en toeleiding naar eerstelijnszorg is het opzoeken van gezondheidsinformatie voorafgaand aan een consult. In de Transparantiemonitor van het Nivel is in 2023 met behulp van een vragenlijst onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg onderzoek gedaan naar het zoekgedrag van zorggebruikers naar informatie over gezondheid.(31) Hieruit blijkt dat twee derde van de zorggebruikers (66%) in 2023 zocht naar informatie over gezondheidsklachten of aandoeningen. Iets minder dan de helft (45%) zocht naar informatie over een behandeling en een vijfde (21%) zocht naar informatie over een arts, huisartsenpraktijk of ziekenhuis (Figuur 24).

Veelgebruikte bronnen zijn zoekmachines op internet zoals Google, de website thuisarts.nl, een arts of andere zorgverlener en het ziekenhuis.

*Figuur 24 Zoekgedrag van zorggebruikers naar informatie over gezondheid (% zorggebruikers)*



Over andere aspecten van voorbereiding op en toeleiding naar de eerstelijnszorg is nog geen informatie beschikbaar. Deze onderwerpen worden meegenomen in de vragenlijst die voor de monitor in ontwikkeling is.



## 5 Het perspectief van burgers

Het IZA zal ook voor burgers gevolgen hebben. Het is belangrijk om expliciet stil te staan bij die gevolgen. Enerzijds gaat het dan om de verwachtingen van burgers en mogelijke veranderingen in die verwachtingen (denk bijvoorbeeld aan veranderende verwachtingen ten aanzien van de rol van verschillende beroepsbeoefenaren, in het bijzonder wat betreft de rol van de eerste lijn). Daarnaast gaat het om de concrete ervaringen met veranderingen in de organisatie en de inhoud van zorg, maar ook over veranderingen in de eigen rol.

Het perspectief van burgers heeft enerzijds betrekking op de vier uitdagingen die centraal staan in deze monitor. Daarnaast zijn ter voorbereiding van de Visie op de Eerstelijnszorg 2023(3) twee burgerplatforms georganiseerd over de meningen en ideeën van burgers over de eerstelijnszorg.(32, 33) Een Burgerplatform bestaat uit burgers die deelnemen aan een interactieve bijeenkomst over een actuele, complexe kwestie in de gezondheidszorg. Voorafgaand aan of tijdens de bijeenkomst krijgen de deelnemers uitgebreide informatie over het vraagstuk. Ze krijgen hiermee een completer beeld van de verschillende kanten van een vraagstuk en kunnen daardoor een geïnformeerde en gefundeerde positie innemen. Hierbij is het niet het streven om tot een consensus te komen, maar om de diversiteit in meningen en behoeften in kaart te brengen. Het complexe karakter van het onderwerp eerstelijnszorg, maakte een Burgerplatform een geschikte methode om inzicht te krijgen in het perspectief van burgers hierop. Het eerste Burgerplatform vond plaats met een diverse groep van 17 burgers met betrekking tot onder andere geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, ervaren gezondheid, migratieachtergrond en de regio waarin men woonachtig is. Het tweede Burgerplatform bestond uit twee bijeenkomsten met kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers. Hieraan namen in totaal 17 mensen deel. In dit hoofdstuk beschrijven we een aantal belangrijke bevindingen van de Burgerplatforms. Thema's die uit de Burgerplatforms(32, 33) zijn gekomen zijn gebruikt om indicatoren op te stellen voor het monitoren van het perspectief van de burgers.

### 5.1 Indicatoren

Tabel 10 en 11 bevatten een overzicht van alle indicatoren per thema die worden gebruikt om inzicht te krijgen in het burgerperspectief. Deze indicatoren worden in het najaar van 2024, 2025 en 2026 gemeten middels een vragenlijst onder de leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg.(4) Sommige indicatoren zijn in de voorgaande hoofdstukken aan bod gekomen. Die indicatoren staan weergegeven in tabel 10. Voor de resultaten ervan wordt in Tabel 10 verwezen naar vorige hoofdstukken. Naast deze indicatoren zijn vier aanvullende indicatoren meegenomen om inzicht te krijgen in de tevredenheid van burgers over de eerstelijnszorg en de kennis van burgers over waar ze met hun hulpvraag terecht kunnen (Tabel 11). Een van de knelpunten die in de Burgerplatforms naar voren kwam, zijn hoge kosten en onduidelijkheid over vergoedingen. De doelstellingen in het IZA en de Visie eerstelijnszorg 2030 richten zich niet op veranderingen in de financiering van (eerstelijns)zorg voor individuele burgers en de inhoud van het basispakket. Er is daarom gekozen om deze onderwerpen niet mee te nemen in de monitoring.

Tabel 10 Indicatoren voor het perspectief van burgers op enkele kernthema's uitgewerkt in vorige hoofdstukken

Indicator*	Bron
<b>Door patiënten ervaren tekort aan personeel in de zorg (zie H.1)</b>	
Door zorggebruikers ervaren tekort aan personeel in de zorg	Consumentenpanel Gezondheidszorg(4)
<b>Meer tijd voor de patiënt (zie H.3)</b>	
Door zorggebruikers ervaren mate van tijd om te bespreken wat voor hen belangrijk is tijdens een consult met de huisarts	Consumentenpanel Gezondheidszorg(4)
<b>Samen beslissen (zie H.3)</b>	
Door zorggebruikers ervaren mate van betrokkenheid bij beslissingen over hun gezondheid en zorg	Consumentenpanel Gezondheidszorg(4)
<b>Preventie en kwaliteit van leven (zie H.3)</b>	
Aandacht voor preventie tijdens consulten met eerstelijnszorgverleners	Consumentenpanel Gezondheidszorg(4)
Aandacht voor kwaliteit van leven tijdens consulten met eerstelijnszorgverleners	
<b>Continuïteit van zorg (zie H.3)</b>	
Door zorggebruikers ervaren bekendheid van zorgverleners met hun situatie	Consumentenpanel Gezondheidszorg(4)
Door zorggebruikers ervaren vaste huisarts of huisartsenpraktijk	
Door zorggebruikers ervaren samenwerking van zorgverleners	
Aanwezigheid van individueel zorgplan	
Aanwezigheid van centraal aanspreekpunt voor patiënten	
Door zorggebruikers ervaren afstemming van zorg(informatie) tussen zorgverleners	
<b>Digitalisering (zie H.3)</b>	
Door zorggebruikers ervaren mate van aanbod en gebruik van en ervaringen met digitale zorg	Consumentenpanel Gezondheidszorg(4)
Mate waarin zorggebruikers gebruikmaken van digitale toepassingen voor zelfzorg	
Door zorggebruikers ervaren digitale toegang tot hun medische gegevens	Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten(5)
Door zorggebruikers ervaren mate waarin digitale uitwisseling van zorginformatie plaatsvindt tussen zorgverleners	
<b>Veranderingen in patiëntstromen vanuit het perspectief van patiënten (zie H.4)</b>	
Door zorggebruikers ervaren wachttijden in de eerste lijn	Consumentenpanel Gezondheidszorg(4)
Door zorggebruikers ervaren bereikbaarheid van zorgverleners in de eerste lijn	
Kennis over en ervaring met directe toegang tot eerstelijnszorg van zorggebruikers	Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (20)
Vorbereiding op en toeleiding naar de eerstelijnszorg door zorggebruikers	
Ervaren veranderingen in de geboden zorg en de reflectie hierop van betrokken zorggebruikers	

\* Niet iedere indicator in de bovenstaande tabel kan worden uitgedrukt in een percentage (teller / noemer), omdat sommige onderwerpen een kwalitatieve beschrijving omvatten

Tabel 11 Indicatoren voor ‘Het perspectief van burgers’ op enkele kernthema’s uitgewerkt in dit hoofdstuk

Indicator*	Bron
Mate van tevredenheid van zorggebruikers binnen de eerste lijn	Consumentenpanel Gezondheidszorg(4)
Mate van vertrouwen van zorggebruikers in de eerste lijn	
Door zorggebruikers ervaren knelpunten op het gebied van kosten, bereikbaarheid en samenwerking in de eerste lijn	
Mate waarin zorggebruikers weten bij welke zorg- of hulpverlener zij terecht kunnen met hun hulpvraag	

\* Niet iedere indicator in de bovenstaande tabel kan worden uitgedrukt in een percentage (teller / noemer), omdat sommige onderwerpen een kwalitatieve beschrijving omvatten

## 5.2 De eerste bevindingen

### Kernpunten

- De meeste zorggebruikers hebben positieve ervaringen met de eerstelijnszorg en (heel) veel vertrouwen in huisartsen, fysiotherapeuten en apothekers.
- De meeste zorggebruikers vinden dat ze meestal of altijd snel genoeg terecht kunnen bij hun huisarts voor een klacht die voor hen belangrijk is.
- Er zijn onder burgers zorgen over de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg in de toekomst, als er bijvoorbeeld meer wordt ingezet op digitale zorg.

### Zorggebruikers zijn positief over de eerstelijnszorg, maar dat geldt niet voor iedereen

**Indicator:** mate van tevredenheid van zorggebruikers met de zorg binnen de eerste lijn

Over het algemeen had de diverse groep minder kwetsbare burgers die heeft deelgenomen aan het eerste Burgerplatform positieve ervaringen met de eerstelijnszorg. Positieve aspecten die werden genoemd waren onder andere het hebben van een vaste huisarts, de toenemende mogelijkheden om digitaal contact te hebben met zorgverleners en de vrije keuze voor een zorgprofessional. De kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers die hebben deelgenomen aan het tweede Burgerplatform waren minder positief over de eerstelijnszorg. Dit verschil zat vooral in de ervaring met de huisarts. De deelnemers aan het eerste Burgerplatform hadden over het algemeen goede ervaringen met hun huisarts, terwijl de kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers die hebben deelgenomen aan het tweede Burgerplatform het gevoel hadden dat hun huisarts weinig tijd voor hen had of hen niet serieus nam. (32, 33)

### Zorggebruikers ervaren knelpunten op het gebied van kosten, bereikbaarheid en samenwerking

**Indicator:** door zorggebruikers ervaren knelpunten op het gebied van kosten, bereikbaarheid en samenwerking in de eerste lijn

De minder kwetsbare burgers die hebben deelgenomen aan het eerste Burgerplatform en de kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers die hebben deelgenomen aan het tweede Burgerplatform ervaarden knelpunten binnen de eerstelijnszorg op het gebied van hoge eigen kosten en

onduidelijkheid over vergoedingen. Een aantal deelnemers aan het tweede Burgerplatform gaven aan om deze reden soms zorg te mijden. Bij het Burgerplatform onder minder kwetsbare burgers is dit niet aan bod gekomen. Daarnaast werd in beide Burgerplatforms de bereikbaarheid van de huisartspraktijk als knelpunt genoemd. Daarbij werden zowel de telefonische als de fysieke bereikbaarheid genoemd. Een ander ervaren knelpunt betrof de samenwerking tussen zorgverleners. Tijdens het eerste Burgerplatform noemden verschillende deelnemers dat deze samenwerking niet altijd goed verloopt. Ook misten ze een overkoepelend aanspreekpunt waar ze terecht kunnen met vragen. Ten slotte vonden de deelnemers aan beide Burgerplatforms dat de zorg die in de basisverzekering of aanvullende verzekering zit te beperkt is.(32, 33)

### **Meeste zorggebruikers hebben veel vertrouwen in eerstelijnszorgverleners**

**Indicator:** mate van vertrouwen van zorggebruikers in zorgverleners in de eerste lijn

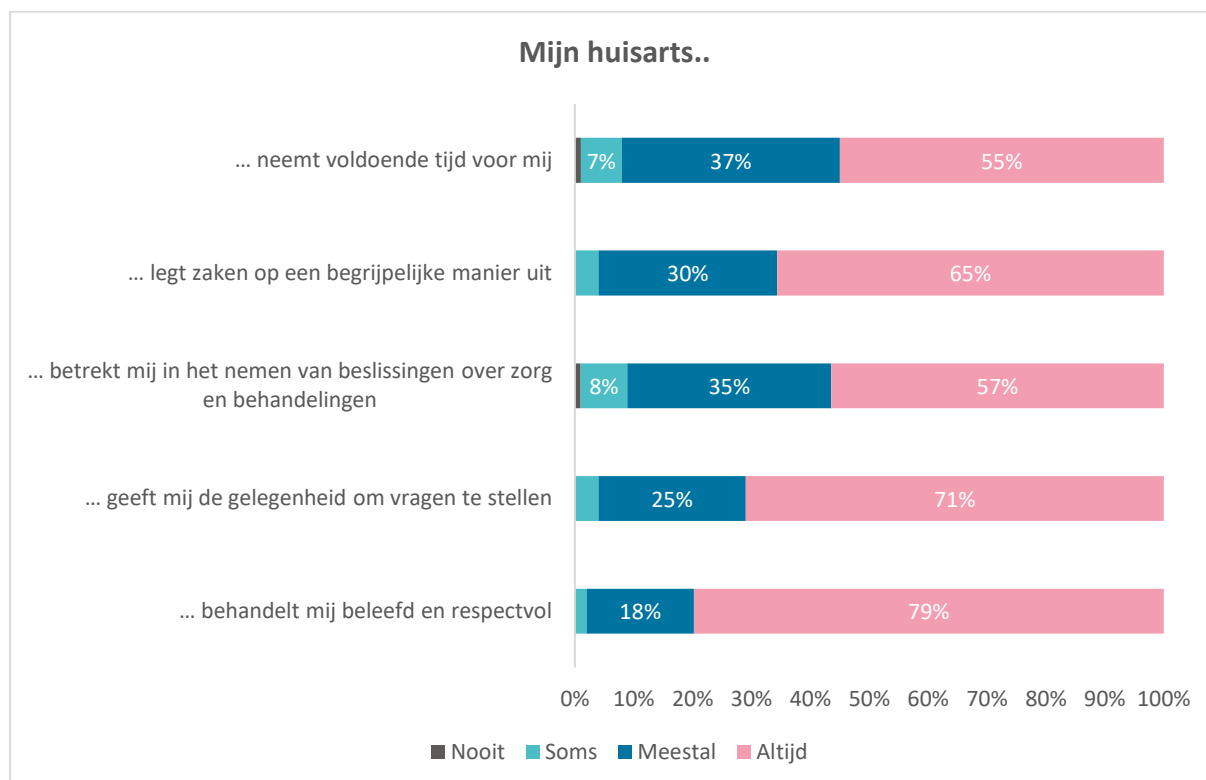
Het perspectief van burgers op de eerstelijnszorg komt onder andere tot stand via de contacten die zij hebben met eerstelijnszorgverleners. Het is daarom van belang om inzicht te krijgen in de ervaringen van burgers met en opvattingen over verschillende eerstelijnszorgverleners. In de Nivel Barometer Vertrouwen in de gezondheidszorg wordt onderzocht hoeveel vertrouwen burgers hebben in verschillende beroepsgroepen in de zorg, waaronder de eerste lijn. Hieruit blijkt dat burgers over het algemeen veel vertrouwen hebben in eerstelijnszorgverleners. Dit vertrouwen lijkt ook niet af te nemen over de jaren. Zo had in de periode 2008 t/m 2022 in alle jaren zo'n negen op de tien burgers veel of heel veel vertrouwen in huisartsen. Voor fysiotherapeuten en apothekers was dit ongeveer 80%. Er is minder vertrouwen in de thuiszorg: in de periode 2008 t/m 2022 gaf tussen de 39% en 60% van de burgers aan veel of heel veel vertrouwen te hebben in deze beroepsgroep.(34) Veranderingen in de organisatie en inhoud van de eerste lijn kunnen ertoe leiden dat verwachtingen van burgers van de rol van eerstelijnszorgverleners niet (meer) overeenkomen met hun daadwerkelijke rol. Dit kan leiden tot een daling van het vertrouwen. Het is daarom van belang om het vertrouwen van burgers in de eerste lijn te blijven monitoren.

### **Zorggebruikers zijn positief over bejegening door huisarts, maar daling in percentage dat vindt dat huisarts altijd voldoende tijd heeft**

**Indicator:** door zorggebruikers ervaren bejegening van zorgverleners in de eerste lijn

Uit onderzoek onder het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg blijkt dat de meeste burgers positief zijn over de bejegening door hun huisarts. Ruim negen op de tien mensen geven aan dat hun huisarts meestal of altijd voldoende tijd voor hen heeft (92%), zaken op een begrijpelijke manier uitlegt (95%), hen betreft bij het nemen van beslissingen over zorg en behandelingen (91%), ze de gelegenheid geeft om vragen te stellen (96%) en hen beleefd en respectvol behandelt (97%) (Figuur 25). Hoewel patiënten dus positief zijn over de bejegening door hun huisarts, is er tussen 2020 en 2022 een daling waar te nemen in het percentage patiënten dat aangeeft dat hun huisarts hen altijd betreft in het nemen van beslissingen (van 66% naar 57%) en altijd voldoende tijd voor hen heeft (van 64% naar 55%). De eerstelijnszorg is breder dan de huisartsenzorg. In het vervolg van de monitor zullen we daarom ook ingaan op de ervaringen van burgers met andere eerstelijnszorgverleners.

Figuur 25 Bejegening door de huisarts in 2022 (N=728-731, gewogen)\*



\* Percentages < 5% hebben geen label in de grafiek

### Zorggebruikers weten niet altijd waar ze terecht kunnen binnen de eerstelijnszorg

**Indicator:** mate waarin zorggebruikers weten bij welke zorg- of hulpverlener zij terecht kunnen met hun hulpvraag

Uit de Burgerplatforms kwam naar voren dat de deelnemers niet altijd wisten bij welke zorgverlener zij met hun hulpvraag terecht konden. Bij de kwetsbare, moeilijk bereikbare burgers die hebben deelgenomen aan het tweede Burgerplatform leek hier meer onduidelijk over te zijn dan bij de minder kwetsbare burgers die hebben deelgenomen aan het eerste Burgerplatform. Volgens de deelnemers kan informatie vanuit de overheid of andere organisaties burgers helpen om te bepalen waar zij terecht kunnen met hun hulpvraag.(32, 33) In de Visie Eerstelijnszorg(3) wordt genoemd dat er wordt onderzocht of er (digitale) hulpmiddelen kunnen worden ontwikkeld die burgers helpen het juiste loket te vinden voor hun hulpvraag, zodat zij beter zelf kunnen uitzoeken welk zorg- en welzijnsaanbod het beste past bij hun hulpvraag. Mogelijk kan dit burgers helpen om te weten waar zij terecht kunnen. In het vervolg van de monitoring wordt middels een vragenlijst onder het Consumentenpanel Gezondheidszorg inzicht geboden in de ervaringen van een bredere groep burgers met het weten bij welke zorgverlener zij terecht kunnen.

## Bijlage Gegevensbronnen

Deze bijlage beschrijft de gegevensbronnen waar informatie vandaan is gehaald om de indicatoren in dit rapport te kunnen meten. De gegevensbronnen die niet in dit rapport zijn gebruikt, maar wel zullen worden ingezet voor de volgende rapportage (1-meting) in 2025 staan niet beschreven in deze bijlage.

### Nivel huisartsenpraktijkenquête

Er wordt data gebruikt uit 2021 en 2022. In beide jaren is de vragenlijst uitgezet onder bijna 4.000 huisartsenpraktijken in Nederland. Van de aangeschreven praktijken heeft 15% (n=702, 2021 en n=725, 2022) de vragenlijst ingevuld. De vragenlijst is in 2021 uitgezet, het tweede jaar van de coronapandemie. Het is lastig om het precieze effect daarvan vast te stellen, maar zeker is dat dit invloed heeft gehad op de belasting van de huisartsenzorg in Nederland. De resultaten van deze vragenlijst zijn gewogen, zodat de cijfers in dit rapport representatief zijn voor Nederland (12, 35).

Voor meer informatie zie: [Nivel Beroepenregistraties in de Zorg - cijfers over zorgberoepen | Nivel](#)

### Nivel Panel Verpleging en Verzorging

Het Nivel Panel Verpleging & Verzorging (V&V) bestaat uit een landelijke groep van ongeveer 2500 verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners (9). Er worden vijf verschillende groepen zorgverleners onderscheiden binnen het Nivel panel V&V:

- Verpleegkundigen in ziekenhuizen
- Verpleegkundigen in de geestelijke gezondheidszorg
- Sociaal-agogisch opgeleide begeleiders en verpleegkundigen in de gehandicaptenzorg
- Verpleegkundigen en verzorgenden in de wijkverpleging en intramurale ouderenzorg
- Praktijkondersteuners in huisartsenpraktijken.

Voor meer informatie zie: [Nivel Panel Verpleging & Verzorging | Nivel](#)

### Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn

Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn is een databank met cijfers over ziekten en zorg die door zorgverleners routinematig zijn vastgelegd in het elektronisch patiëntendossier. Het gaat bijvoorbeeld om informatie over consulten, verrichtingen, diagnoses, voorgeschreven geneesmiddelen, verwijzingen en meetwaarden. In totaal nemen ongeveer 500 huisartspraktijken deel aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn.

Voor meer informatie zie: [Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn - databron ziekten en zorg in de eerste lijn | Nivel](#)

### Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg

Het doel van het Consumentenpanel Gezondheidszorg (CoPa) is om op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen, kennis, verwachtingen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg. Deze informatie wordt verzameld via schriftelijke of online vragenlijsten. Het panel bestaat momenteel uit ongeveer 11.500 leden van 18 jaar en ouder. Van deze mensen zijn een aantal achtergrondkenmerken bekend, zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau. Om met het panel een representatieve afspiegeling te kunnen vormen van de algemene bevolking in Nederland, worden

regelmatig nieuwe leden geworven. Aanvulling is nodig om het natuurlijk verloop (zoals het overlijden van panelleden of het niet doorgeven van een adreswijziging na verhuizing) te compenseren. Mensen kunnen zichzelf niet aanmelden als panellid, maar kunnen alleen lid worden als zij hiervoor benaderd worden. Hiermee wordt voorkomen dat relatief veel mensen die bovengemiddeld geïnteresseerd zijn in of geïnformeerd zijn over de gezondheidszorg zich aanmelden voor het CoPa. Daarnaast worden panelleden die langer lid zijn van het panel uitgeschreven om leereffecten te voorkomen. Panelleden sparen punten bij het invullen van vragenlijsten. Als ze voldoende punten hebben gespaard, ontvangen zij een cadeaukaart ter waarde van 10 euro.

Zie voor meer informatie: [Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg | Nivel](#)

### Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten

Het doel van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) is om van zelfstandig wonende mensen met een chronische ziekte of beperking informatie te verzamelen over hun zorggebruik, hun zorgbehoeften en hun participatiemogelijkheden. Het panel bestaat uit ruim 3500 mensen die een (medisch vastgestelde) chronische ziekte en/of een lichamelijke beperking hebben. Deelnemers zijn zelfstandig wonende mensen van 18 jaar en ouder. Het panel vormt een afspiegeling van mensen met een chronische ziekte of beperking in Nederland. Bij een deel van de panelleden houdt de beperking verband met de aanwezigheid van een chronische ziekte. Leden van het NPCG blijven maximaal vier jaar lid van het panel. Regelmatig worden nieuwe panelleden geworven ter compensatie van de uitstroom uit het panel. Nieuwe panelleden met een chronische ziekte worden geworven via landelijke steekproeven van huisartsenpraktijken. Deelnemers met een lichamelijke beperking worden geworven uit deelnemers aan nationale enquêtes van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Uitkomsten van onderzoek met het NPCG worden gedeeld met beleidsmakers, zorgverleners en belangen- en patiëntorganisaties. Met deze informatie kunnen zij hun beleid evalueren, aanpassen of vernieuwen.

Zie voor meer informatie: [Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten | Nivel](#)

### CBS Statline - onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW)

In deze databank van het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) staat arbeidsmarkt data voor de sector zorg en welzijn. Dit wordt ook uitgesplitst naar branches, die zijn ingedeeld op basis van Standaard Bedrijfsindeling (SBI)-codes. In deze rapportage kijken we naar de branches Zorg en Welzijn (smal), huisartsen en gezondheidscentra, de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Verpleging, Verzorging, Thuiszorg (VVT). In de onderstaande tabel staat welke SBI-codes bij de branches worden gerekend.

Voor meer informatie zie: [StatLine \(cbs.nl\)](#)

Branche	SBI-code	Activiteit
Geestelijke gezondheidszorg	86104	geestelijke gezondheids- en verslavingszorg met overnachting
	86222	praktijken van psychiaters en dagbehandelcentra voor geestelijke gezondheids- en verslavingszorg
	86913	praktijken van psychotherapeuten en psychologen
Gehandicaptenzorg	87200	huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten
	87301	huizen voor niet-verstandelijk gehandicapten

	88103	ondersteuning en begeleiding van gehandicapten
Huisartsen en gezondheidscentra	8621	Praktijken van huisartsen
	86921	Gezondheidscentra
<b>Branche</b>	<b>SBI-code</b>	<b>Activiteit</b>
Jeugdzorg	7901	Jeugdzorg met overnachting en dagverblijven voor jeugdzorg
	88991	Ambulante jeugdzorg
Overige zorg en welzijn	86231	Praktijken van tandartsen
	86232	Praktijken van tandheelkundig specialisten
	86911	Praktijken van verloskundigen
	86912	Praktijken van fysiotherapeuten
	86919	Overige paramedische praktijken (geen fysiotherapie of psychologie) en alternatieve genezers
	86922	Arbobegeleiding en re-integratie
	86923	Preventieve gezondheidszorg (geen arbobegeleiding)
	86924	Medische laboratoria, trombosediensten en overig behandelingsondersteunend onderzoek
	86925	Ambulancediensten en centrale posten Ambulancediensten en centrale posten
	86929	Samenwerkingsorganen op het gebied van gezondheidszorg en overige gezondheidszorgondersteunende diensten.
Sociaal werk	87902	Maatschappelijk opvang met overnachting
	88102	Welzijnszorg voor ouderen
	88992	Maatschappelijk werk
	88993	Lokaal welzijnswerk
	88999	Overig maatschappelijk advies, gemeenschapshuizen en samenwerkingsorganen op het gebied van welzijn. Hier geldt als voorwaarde dat deze onder cao-code 301 (Welzijn & maatschappelijke dienstverlening) valt.
Universitair medische centra	86101	medisch-specialistische centra voor behandeling en verpleging met overnachting, met nadruk op zeer gespecialiseerde zorg voor patiënten met zeldzame of complexe ziektebeelden, wetenschappelijk onderzoek en opleiding. Deze klasse omvat niet: – algemene ziekenhuizen (86.10.2) – categorale ziekenhuizen (geen revalidatiecentra) (86.10.3)
Verpleging, verzorging en thuiszorg	8710	Verpleeghuizen
	87302	Verzorgingshuizen
	88101	Thuiszorg
Ziekenhuizen en overige med. Spec. zorg	86101	Universitair medisch Centra (UMC's)
	86102	Algemene ziekenhuizen
	86103	Categorale ziekenhuizen
	86221	praktijken van medisch specialisten en medische dagbehandelingscentra (geen psychiaters en tandheelkundig specialisten)



## Referenties

1. Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'. 2022.
2. Friedman C, Rubin J, Brown J, Buntin M, Corn M, Etheredge L, et al. Toward a science of learning systems: a research agenda for the high-functioning Learning Health System. *J Am Med Inform Assoc.* 2015;22(1):43-50.
3. Visie eerstelijnszorg 2030. 2024.
4. Nivel. Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg: <https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nivel-consumentenpanel-gezondheidszorg>.
5. Nivel. Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten: <https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nationaal-panel-chronisch-zieken-en-gehandicapten>.
6. AZW Statline: Centraal Bureau voor Statistiek; 2024 [Available from: <https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/>].
7. Nivel Beroepenregistraties in de Zorg - cijfers over zorgberoepen: Nivel; 2024: <https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nivel-beroepenregistraties-zorg>.
8. Regiobeelden en regioplannen: Ministerie van VWS; 2024: <https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/regionale-samenwerking/regiobeelden-en-plannen/>.
9. Kim de Groot. Over het Nivel Panel Verpleging & verzorging, 2024: <https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nivel-panel-verpleging-verzorging/over-het-panel>.
10. AZW: uitkomsten werknemersenquête, 2e kwartaal 2023: Centraal Bureau voor Statistiek; 2023: <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2023/39/azw-uitkomsten-werknemersenquete-2e-kwartaal-2023>.
11. Noorland S, Spreeuwenberg P, de Groot K. Kwaliteit en veiligheid van zorg in 2023. 2023.
12. Geit Ed, Vis E, Flinterman L, Keuper J, van Schaijk A, Batenburg R. De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2021: toelichting en samenvatting van het onderzoek – en de regionale factsheets. Utrecht, Nivel: Nivel; 2022.
13. Flinterman L, Vis E, Keuper J, van Schaijk A, Batenburg R. De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2022: toelichting en samenvatting van het onderzoek – en de regionale factsheets. 2023.
14. Zagt A, Friele R, de Jong J, Bos N. Zorggebruikers weten dat er schaarste ontstaat in de gezondheidszorg. 2023.
15. Van regiobeelden naar doelgerichte regioplannen - Reflecties en aandachtspunten. Nederlandse Zorgautoriteit; 2023 21-09-2023.
16. Nivel. <https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn>.

17. Hoe verloopt de ontwikkeling van het aantal verzekerden dat niet staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk? : Vektis: <https://www.vektis.nl/huisartsenzorg/dashboard/niet-ingeschrevenen>.
18. RIVM. Monitor Gecombineerde Leefstijlinterventie 2023: <https://www.rivm.nl/documenten/monitor-gecombineerde-leefstijlinterventie-2023>.
19. RIVM. Landelijke Monitor Kansrijke Start: <https://www.rivm.nl/monitoren-zwangerschap-en-geboorte/kansrijke-start/landelijke-monitor>.
20. RIVM. Monitor Valpreventie 2020-2022. Terug- en vooruitblik: <https://www.rivm.nl/publicaties/monitor-valpreventie-2020-2022-terug-en-vooruitblik>.
21. E-healthmonitor: Nivel; 2024: <https://www.nivel.nl/nl/onderzoeksprogrammas/organisatie-en-kwaliteit-zorg/dossier-e-healthmonitor>.
22. Nederland Z. Plan van aanpak Monitor doelgroepen Integraal Zorgakkoord 2024: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2023/09/21/plan-van-aanpak-monitor-doelgroepen-iza#:~:text=5%20doelgroepen%20die%20wij%20gaan%20volgen&text=mensen%20met%20psychische%20problematiek%20%3B,ouderen%20met%20een%20kwetsbare%20gezondheid>.
23. Holst L, Meijer, M., Brabers, A., De Jong, J. Merendeel patiënten vindt dat ze bij klacht snel genoeg bij huisartspraktijk terecht kunnen; ook is er vaak voldoende tijd om belangrijke dingen te bespreken. Utrecht: Nivel.
24. Rodenburg-Vandenbussche S, Pieterse AH, Kroonenberg PM, Scholl I, van der Weijden T, Luyten GP, et al. Dutch Translation and Psychometric Testing of the 9-Item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9) and Shared Decision Making Questionnaire-Physician Version (SDM-Q-Doc) in Primary and Secondary Care. PLoS One. 2015;10(7):e0132158.
25. Infographic. Geen verandering in de mate waarin patiënten ervaren dat zij samen met hun arts beslissen over een behandeling in de periode 2016-2022. Utrecht: Nivel; 2023.
26. Holst L, Brabers, A., Jong, J. de. Infographic. Geen verandering in de mate waarin patiënten ervaren dat zij samen met hun arts beslissen over een behandeling in de periode 2016-2022. Utrecht: Nivel; 2023.
27. Samenleving RvVe. De basis op orde - Uitgangspunten voor toekomstgerichte eerstelijnszorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving; 2023.
28. Keij B, Versluis, A., Alblas, E.E., Keuper, J.J., Tuyl, L.H.D. van, Vaart, R. van der. E-healthmonitor 2023: stand van zaken digitale zorg. Bilthoven: RIVM; 2024.
29. Informatie over Volksgezondheid en Zorg: RIVM: <https://www.vzinfo.nl/>.
30. Inzet van routinematig vastgelegde zorgdata voor passende zorg: Nivel; 2024: <https://www.nivel.nl/nl/project/inzet-van-routinematig-vastgelegde-zorgdata-voor-passende-zorg>.
31. Zagt A, Friele, R., Jong, J. de, Bos, N. Laagopgeleide zorggebruikers zoeken in mindere mate naar informatie over gezondheid. Utrecht: Nivel; 2023.

32. Meijer M, Holst, L., Willems, A., Damen, L., Jong, J. de, Brabers, A. Burgerplatform Visie op de eerstelijnszorg in 2030: een verslag van de bijeenkomst. Utrecht: Nivel; 2023.
33. Meijer M, Jong, J. de, Brabers, A. Vervolg Burgerplatform Visie op de eerstelijnszorg in 2030: bijeenkomsten met kwetsbare, moeilijk bereikbare groepen. Utrecht: Nivel; 2023.
34. Barometer Vertrouwen in de Gezondheidszorg: Nivel; 2024: <https://www.nivel.nl/nl/zorg-en-ziekte-in-cijfers/cijfers-burgers-over-gezondheidszorg/barometer-vertrouwen>.
35. Flinterman LE, Vis EBA, Keuper JJ, Van Schaaijk A, Batenburg RS. De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2022: Toelichting en samenvatting van het onderzoek-en de regionale factsheets. Utrecht, Nivel: Nivel; 2023. Report No.: 9461227558.