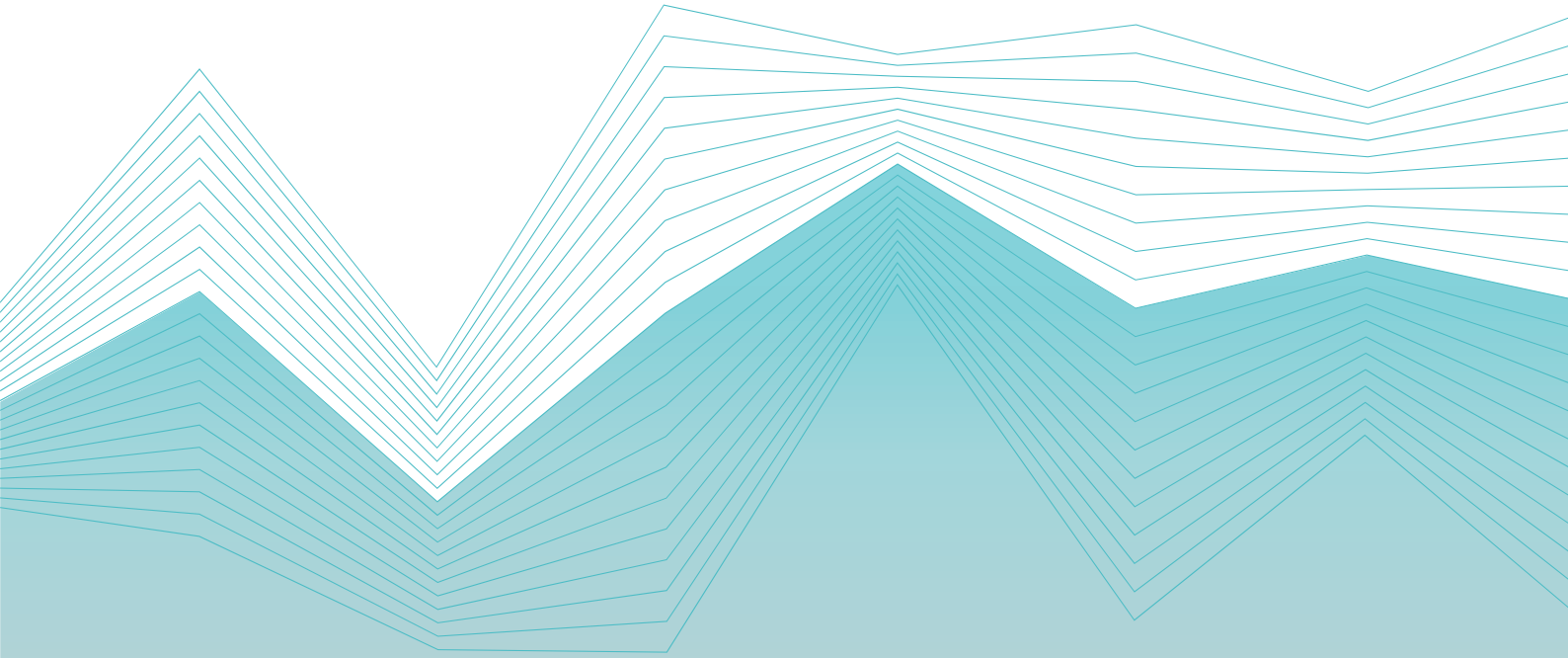
De beweging naar een sterkere eerste lijn

1-meting ten behoeve van de monitoring van het Integraal Zorgakkoord



Ilgin Arslan
Lisa Jansen
Marloes Meijer
Julia Simanowski
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 2025

030 272 97 00
nivel@nivel.nl
www.nivel.nl

© 2026 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 1-meting 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 toekomstbestendige zorg. Een beweging naar een sterkere eerste lijn zien deze partijen als essentieel voor het bereiken van deze doelen. Deze 1-meting is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS. Deze 1-meting bouwt voort op de in 2024 uitgebrachte nulmeting.

We danken de volgende thematafel eerste lijn partijen die hebben geadviseerd in de selectie van indicatoren en gegevensbronnen om de indicatoren te meten: KNMP, ZN, ActiZ, LHV, InEen, Patiëntenfederatie Nederland, VNG, Paramedisch Platform en KNGF. Ook danken wij onze collega's van het Nivel prof. dr. Robert Verheij, prof. dr. Ronald Batenburg, prof. dr. Judith de Jong, dr. Anne Brabers en dr. Juliane Menting voor hun waardevolle commentaar op het rapport, dr. Christel van Dijk (Zorginstituut Nederland) voor haar betrokkenheid en ondersteuning bij het gebruik van declaratiegegevens en dr. Joost Vanhommerig (Nivel) bij zijn betrokkenheid en ondersteuning bij het gebruik van gegevens uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Tot slot danken we ZonMw en Thuisarts.nl (NHG) voor aanleveren van en de ondersteuning bij de rapportage van de data, en de participanten van de interviews voor hun deelname.

De eerste publicatie van dit rapport bevatte een berekening van de omvang van het aandeel patiënten dat contact heeft gehad met de spoedeisende hulp (SEH) en de huisartsenspoedpost (HAP) (Hoofdstuk 4.3.1) die afweek van de beoogde methode zoals beschreven in Hoofdstuk 4.2. Deze herziening (d.d. 19 mei 2026) betreft de cijfers over het aandeel patiënten dat minimaal één contact heeft gehad bij de SEH of de HAP, in Hoofdstuk 4.3.1. Deze bleken voor de SEH hoger te liggen dan gerapporteerd. De cijfers voor de HAP bleken voor het jaar 2019 hoger te liggen dan gerapporteerd. Op basis van deze herziening is ook de conclusie over deze cijfers in dit rapport aangepast.

De auteurs

Inhoud

Voorwoord **3**

Samenvatting **5**

Inleiding **6**

1 Uitdaging 1: Effectieve inzet van de beschikbare capaciteit in de eerste lijn **9**
1.1 Indicatoren 10
1.2 Methoden 10
1.3 Bevindingen 13

2 Uitdaging 2: Naar een sterkere organisatie van de eerste lijn **36**
2.1 Indicatoren 37
2.2 Methoden 38
2.3 Bevindingen 39

3 Uitdaging 3: Passende zorg in de eerste lijn **55**
3.1 Indicatoren 56
3.2 Methoden 57
3.3 Bevindingen 57

4 Uitdaging 4: Veranderende patiëntenstromen **74**
4.1 Indicatoren 75
4.2 Methode 76
4.3 Bevindingen 78

Beschouwing **108**

Conclusies en aanbevelingen **113**

Referenties **115**

Bijlage A Toelichting methoden kwalitatieve studie **119**

Bijlage B Toelichting methoden passende zorg **132**

Bijlage C Toelichting methoden veranderende patiëntenstromen **135**

Samenvatting

De eerste lijn beantwoordt verreweg het grootste deel van de zorgvragen en draagt daarmee bij aan een krachtig en betaalbaar zorgsysteem in Nederland. Om de eerste lijn toegankelijk te houden, ondanks de vergrijzing van de bevolking, de groeiende zorgvraag en de tekorten aan personeel, hebben het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en de IZA-partijen afspraken vastgelegd in het Integraal Zorg Akkoord (IZA) die gericht zijn op een beweging naar een sterkere eerste lijn. Het Nivel monitort deze beweging in opdracht van VWS. Dit rapport betreft de 1-meting van deze monitor, die voortbouwt op de eerder verschenen nulmeting in 2024 en richt zich op beweging in de eerste lijn rondom personele capaciteit, organisatie, passende zorg en veranderingen in patiëntenstromen.

Deze monitor laat zien dat er veel beweging is in de eerste lijn, zowel in gewenste als ongewenste richting. Zo is de *personele capaciteit* binnen de eerste lijn toegenomen, met uitzondering van de sector fysiotherapie, en neemt het aantal medewerkers dat aangeeft een (veel) te hoge werkdruk te ervaren licht af in de sectoren waar we inzicht in hebben. We zien ook *veranderingen in patiëntenstromen*: terwijl het aantal patiënten met verschillende aandoeningen en doelgroepen die potentieel zorg nodig hebben tussen 2019 en 2023 sterk is gestegen, is percentuele aandeel patiënten met zorggebruik bij de huisarts en op de huisartsenspoedpost voor deze aandoeningen en doelgroepen gedaald. Daarnaast is voor veel aandoeningen en doelgroepen het gebruik van zelfzorginformatie via Thuisarts.nl toegenomen.

In de beweging naar *passende zorg* laat deze monitor zien dat zorggebruikers doorgaans positief zijn over de zorg die zij ontvangen. Het merendeel geeft aan voldoende tijd te ervaren tijdens consulten met de huisarts, hoewel een deel van de zorggebruikers lange wachttijden ervaart bij sociaal werk en diëtetiek. Ook is er een sterke toename van huisartsenpraktijken die gebruikmaken van Meer Tijd voor de Patiënt. Burgers geven aan dat er beperkt wordt gesproken over leefstijl en kwaliteit van leven tijdens consulten in de eerste lijn. Veel zorggebruikers zijn bereid om gebruik te maken van digitale afspraken. In veel gemeenten worden ondertussen stappen gezet voor preventie met programma's als Kansrijke Start en Sociaal Verwijzen. Negen op de tien zorggebruikers die eerstelijnszorg nodig had in het afgelopen jaar, kon tijdig, voldoende van deze zorg op de gewenste locatie en van de gewenste zorgverlener krijgen. Tegelijkertijd zien we dat het percentage verzekerden dat niet staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk toeneemt tussen 2020 en 2023, wat de toegankelijkheid en continuïteit van de zorg onder druk zet.

De samenwerking tussen zorg- en hulpverleners wordt door zorggebruikers als overwegend positief ervaren. Uit interviews met eerstelijnspartijen in drie regio's blijkt veel aandacht voor *organisatie* van de eerste lijn, met een duidelijke urgentie voor domein-overstijgende samenwerking. ZonMw-subsidies worden door eerstelijns partijen goed gevonden en ervaren deze als een stimulans voor de samenwerking. Gelijkwaardigheid binnen het samenwerkingsverband, een duidelijke, gedeelde visie en continuïteit van aanspreekpunten worden onder andere gezien als succesfactoren voor versterkt samenwerken. Ervaren knelpunten op de weg naar meer samenwerken zijn onder andere het ontbreken van structurele financiering, het ongelijke speelveld en tegenstrijdige belangen tussen eerstelijns partijen en de afstemming over regio-indelingen.

In 2026 verschijnt een 2-meting van deze monitor. Het Nivel blijft in nauw contact met de IZA-partijen, beleidsmakers en onderzoekers om mee te (blijven) denken over aanvullende gegevensbronnen die nodig zijn om een vollediger beeld te schetsen van de beweging naar een sterkere eerste lijn.

Inleiding

De gezondheidszorg is continue in beweging. Door de vergrijzing neemt het aandeel ouderen in de bevolking toe. We leven langer en er zijn daardoor steeds meer ouderen ten opzichte van het aantal werkenden. Ook het aantal chronisch zieken en mensen met meerdere aandoeningen neemt toe. Juist ook in de zorg komen we handen tekort. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) heeft tot doel de zorg toekomstbestendig, toegankelijk en betaalbaar te houden [1].

Monitoring van de beweging door het IZA

De impact van het IZA wordt in kaart gebracht vanuit drie perspectieven: proces, beweging en doelgroepen. In het kader van de mid-term review van het IZA zijn in juni 2024 nulmetingen gepubliceerd om de beweging van het IZA te monitoren voor passende zorg, regionale samenwerking, hybride zorg en een sterkere eerste lijn [2-5]. De deelmonitor 'Passende Zorg als norm' biedt een overkoepelend inzicht in de veranderingen betreffende de inhoud en organisatie van zorg, gebaseerd op de principes van Passende Zorg. Regionale samenwerking speelt hierin een sleutelrol, zoals belicht wordt in de deelmonitor 'Regionale samenwerking'. De deelmonitor 'Hybride zorg' richt zich op het in kaart brengen van de overgang naar Passende Zorg via digitale en hybride oplossingen. Tot slot focust de deelmonitor 'Sterkere eerste lijn' op de cruciale rol van de eerste lijn in deze transitie, waarbij onder andere thema's uit de andere monitors specifiek voor deze sector worden uitgediept (zie Figuur 1).

Figuur 1 Monitoring van de beweging door het IZA



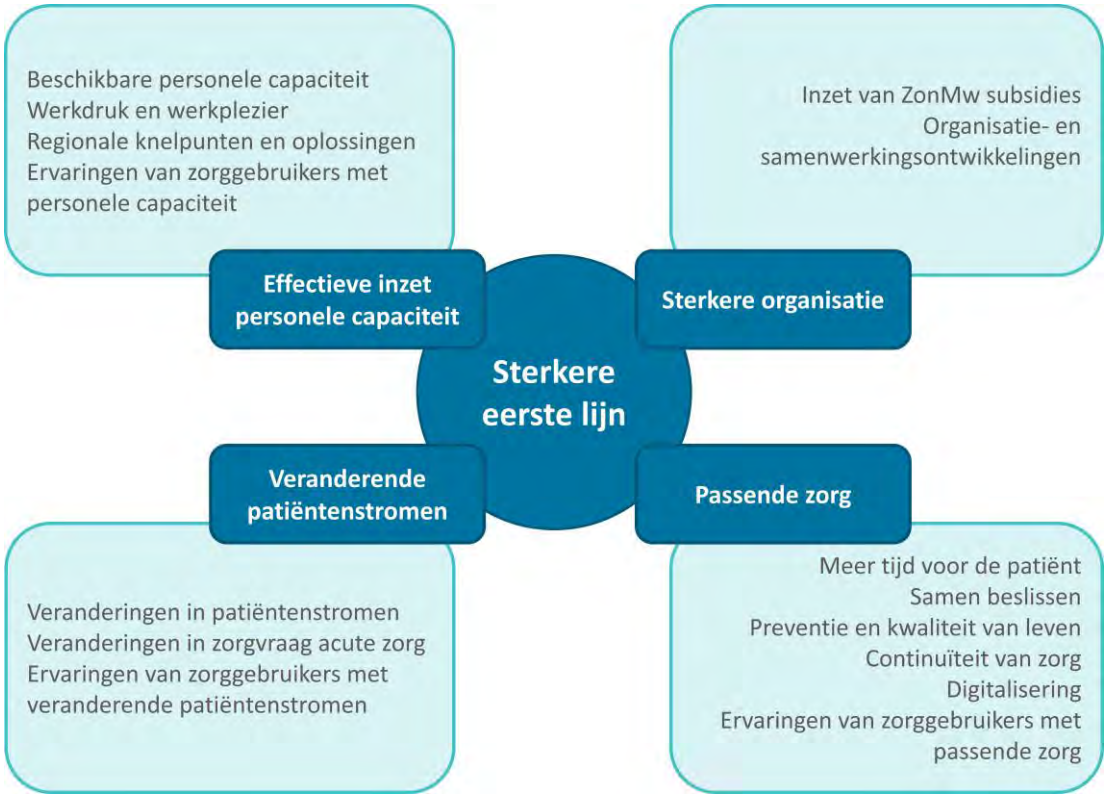
Over deze monitor 'Beweging naar een sterkere eerste lijn'

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 bevolking in Nederlands, de groeiende zorgvraag en de tekorten aan personeel. Daarom hebben het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (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 het ministerie van VWS. 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 2 geeft een overzicht weer van de vier uitdagingen met hun thema's waar deze monitor zich op richt.

Figuur 2 Vier uitdagingen en thema's in deze monitor 'Beweging naar een sterkere eerste lijn'



Dit rapport betreft de 1-meting van de monitoring van de beweging naar een sterkere eerste lijn en bouwt voort op de eerder uitgevoerde nulmeting gepubliceerd in 2024 [2] rondom de beweging naar een sterkere eerste lijn.

Verantwoorden, leren en veranderen

De functie van deze monitor is tweeledig. Allereerst dient de monitoring als **verantwoording** de afspraken vastgelegd in het IZA, 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.

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 patiëntenstromen') 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 IZA-partijen in de eerste lijn hebben deelgenomen. Tijdens dit proces hebben het Nivel en de thematafel ernaar gestreefd om de indicatoren aan te laten sluiten op de visie op de eerstelijnszorg van het ministerie van VWS en partijen uit de eerste lijn zoals beschreven in het Visie Eerstelijnszorg 2030 [6]. 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 uitgangspunt 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 [7]. 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.

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 [6]. 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 [6]. In afstemming met de opdrachtgever (ministerie van VWS) is ervoor gekozen om de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) niet integraal op te nemen in deze monitor. Een belangrijke reden hiervoor is dat de eerstelijns GGZ in de data vaak niet te onderscheiden is van de specialistische GGZ, waardoor uitspraken over de eerste lijn niet mogelijk zijn. Uitzondering hierop is hoofdstuk 4 (Veranderende patiëntenstromen), waarin de GGZ wel kan worden uitgesplitst naar POH-GGZ, basis-GGZ en specialistische GGZ. Dit met het doel om de in-, door- en uitstroom vanuit de eerste lijn inzichtelijk te maken, in relatie tot aangrenzende zorgdomeinen zoals de specialistische GGZ. 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 we burgers die beroep doen op deze gezondheidszorg. In deze monitor is het perspectief van de zorggebruikers meegenomen via deelnemers van het Nivel Consumentenpanel [8] of het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten [9].

Leeswijzer

In de volgende vijf hoofdstukken worden de methoden en resultaten van de vier uitdagingen van deze monitor 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 bevat Hoofdstuk 5 een beschouwing op de resultaten, gevolgd door aanbevelingen en conclusies in Hoofdstuk 6.

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

De huidige personeelskrapte in de zorg wordt veroorzaakt door een aantal elkaar versterkende ontwikkelingen, waaronder de toename van de zorgvraag onder invloed van de vergrijzing, meer behandelmogelijkheden en hoge verwachtingen van burgers. Dit leidt, met name bij onvoldoende capaciteit tot een hogere werkdruk en minder werkplezier, waardoor er meer personeel uitstroomt en het werken in de zorg minder aantrekkelijk wordt voor nieuwe potentiële instroom. Dit verlaagt de beschikbare personele capaciteit weer verder [1]. De stijgende zorgvraag zorgt ook voor een toename in benodigde personele capaciteit in de eerste lijn en ook daar zien we een cumulatie van personeelskrapte. Voor een sterkere eerste lijn is het daarom essentieel dat de beschikbare capaciteit in de zorg zo efficiënt mogelijk wordt benut.

In dit hoofdstuk wordt de personele capaciteit van de eerste lijn en de factoren die dit beïnvloeden in kaart gebracht. We gaan in op de volgende 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;
4. Ervaringen van zorggebruikers met personele capaciteit.

Kernpunten

Huisartsenzorg	De beschikbare capaciteit groeit, maar veel minder snel dan het aantal vacatures dat de zorgvraag volgt; er wordt ingezet op een andere verdeling van taken en capaciteit binnen de huisartsenpraktijk.
Sociaal werk	Groei in beschikbare capaciteit, stabiel werkplezier, maar ook toename in het ziekteverzuim.
Thuiszorg	Lichte daling in beschikbare capaciteit, daling van 10 procentpunt in ervaren (veel) te hoge werkdruk.
Apothekers	Stijging in beschikbare personele capaciteit.
Fysiotherapie	De beschikbare capaciteit neemt voor het eerst in jaren af, door voortijdige uitstroom.
Zorggebruiker perspectief	Negen op de tien zorggebruikers die eerstelijnszorg nodig had in het afgelopen jaar, kon tijdig, voldoende van deze zorg op de gewenste locatie en van de gewenste zorgverlener krijgen.

1.1 Indicatoren

In Tabel 1 staan de indicatoren vermeld waarmee inzicht wordt verkregen in de effectieve inzet van de beschikbare capaciteit in de eerste lijn. De indicatoren zijn uitgebreid ten opzichte van de nulmeting van deze IZA monitor [2].

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

Indicator *	Bron
Beschikbare personele capaciteit in de eerste lijn	
Aantal werknemers beschikbaar/werkzaam in de eerste lijn	CBS*; AZW** StatLine; BIG register; KNMG: RGS*** Nivel data
Aantal ingeschreven studenten per opleiding	KNMG: RGS***; DUO inschrijvingen
Percentage ziekteverzuim in de eerste lijn	AZW** StatLine
Online vacatures personeel in eerstelijns artsenberoepen per kwartaal	Capaciteitsorgaan
Vacaturegraad AZW-branches VVT/thuiszorg en sociaal werk	AZW** StatLine
Personeelssamenstelling binnen de huisartspraktijk, knelpunten en oplossingen voor arbeidsmarkt uitdagingen.	Nivel huisartsenpraktijkenquête
Werkdruk en werkplezier van professionals in de eerste lijn	
Door zorgverleners in de eerste lijn ervaren werkdruk, tevredenheid met het werk, werkplezier en trots	AZW** StatLine; Nivel huisartsenpraktijkenquête; Nivel Panel V&V****
Regionale knelpunten en oplossingen van de capaciteitsproblemen in de eerste lijn	
Ervaren knelpunten en oplossingen voor personele capaciteitsproblemen in de eerste lijn	Interviewstudie; Nivel huisartsenpraktijkenquête
Patiëntenstops huisartsenpraktijken	Nivel huisartsenpraktijkenquête
Ervaringen van zorggebruikers met personele capaciteit	
Door zorggebruikers ervaren tekort aan personeel in de zorg	Nivel Consumentenpanel

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

* Centraal Bureau voor de Statistiek; ** Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn; *** Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten, **** Nivel Panel Verpleging & Verzorging

1.2 Methoden

Voor deze monitor, en dus ook voor dit hoofdstuk, zijn data verzameld en gepresenteerd vanuit verschillende bronnen. In deze paragraaf staan de kernpunten waarmee rekening moet worden gehouden bij het interpreteren van deze databronnen. Tabel 2 geeft om te beginnen een overzicht, of er data(bronnen) beschikbaar zijn voor de 13 eerstelijns beroepsgroepen die in de monitor geïncludeerd zijn, naar elk van de 7 indicatoren voor beschikbare capaciteit. In de Tabel is ook aangegeven wanneer de meest recente capaciteitsraming is uitgevoerd, wat veel gegevens oplevert over de beschikbare en benodigde capaciteit van een beroepsgroep. Deze zijn via hyperlinks bereikbaar.

Tabel 2 Databeschikbaarheid binnen de uitdaging 'effectieve inzet van beschikbare capaciteit', naar beroepsgroep, relevante indicator en in welke jaar een capaciteitsraming is uitgevoerd

Beroepsgroep	Beschikbare capaciteit	Instroom via opleiding	Vacature graad	Ziekte-verzuim	Werk plezier	Werk-Druk	Praktijk samen-stelling	Laatste capaciteits-raming (Nivel + Capaciteitsorgaan)
Huisartsenzorg								
Huisarts	x	x	x	x	x	x	x	2022
Sociaal domein								
Sociaal domein	x		x	x	x	x		-
VVT								
Thuiszorg/ wijkverpleging	x		x	x	x	x		2022
Specialist OG	x	x	x					2022
Arts VG	x	x	x					2022
Apotheek								
Apothekers (-assistenten)	x	x		x				2017
Paramedici								
Fysiotherapeuten	x	x		x				2018
Oefentherapeuten		x						2016
Ergotherapeuten		x						2021
Huidtherapeuten		x						2022
Diëtisten		x						-
Logopedisten		x						2023
Optometristen		x						2022

De kern- of aandachtspunten bij de gebruikte bronnen in dit hoofdstuk zijn:

- Arbeidsmarktcijfers uit het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) zijn geïncludeerd vanuit AZW StatLine [10]. In deze rapportage maken we gebruik van data over de branche sociaal werk, VVT/Thuiszorg en huisartsen en gezondheidscentra. In deze laatste branche wordt de werknemersenquête vooral ingevuld door doktersassistenten en praktijkondersteuners, de huisartsen zijn hier ondervertegenwoordigd. Onder Sociaal werk vallen de volgende Standaard Bedrijfsindelingscodes (SBI-codes): 87902: Maatschappelijke opvang met overnachting, 88102: Welzijnszorg voor ouderen, 88992: Maatschappelijke werk, 88993: Lokaal welzijnswerk, 88999 Overig maatschappelijk advies[1]: gemeenschapshuizen en samenwerkingsorganen op het gebied van welzijn. Thuiszorg is een subbranche van de AZW-branche VVT, welke bestaat uit de SBI-codes: 8710 verpleeghuizen, SBI-code: 87302 verzorgingshuizen en SBI-code 88101 thuiszorg. Onder huisartsen en gezondheidscentra vallen SBI-codes: 8621 Praktijken van huisartsen en 86921 Gezondheidscentra.

[1] Voor SBI 88999 geldt als voorwaarde dat de betreffende werknemers niet onder cao-codes 0004 tot en met 0300 en niet onder cao-codes 0302 tot en met 8102 vallen.

- Om inzicht te krijgen in het aantal beschikbare zorgprofessionals in de eerste lijn kan een beroep worden gedaan op twee registraties:
  1. Register voor Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG-register) [11]
  2. Registratiecommissie geneeskundig specialisten (RGS) [12]

  Beide zijn verplichte registraties, voor zorgverleners dan wel geneeskundig specialisten. Niet iedereen die geregistreerd is, is ook daadwerkelijk werkzaam binnen dat beroep. Voor herregistratie, iedere vijf jaar, moet voldaan worden aan een scholingseis en urennorm [13].
- Om inzicht te krijgen in het aantal geregistreerden die daadwerkelijk werkzaam zijn in de zorg koppelt het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) de registratiedata aan onder andere data uit de polisadministratie van de Belastingdienst om een inschatting te kunnen maken van het aantal zorgverleners dat daadwerkelijk werkzaam is in dat beroep. Het gaat hier om het aantal zorgverleners van wie bekend is dat ze werkzaam zijn in het betreffende zorgberoep. Voor apothekers wordt daarnaast ook gekeken naar het aantal van wie bekend is dat ze werkzaam zijn in zorgverwante taken. Het peilmoment voor deze CBS-data is jaarlijks de laatste vrijdag voor kerst. Voor meer gedetailleerde data verwijzen we naar StatLine van CBS. Een deel van de CBS-cijfers is voorlopig, dit gaat vooral om de cijfers van het laatst gerapporteerde jaar. Het peilmoment voor deze data is 10-3-2025. Voor de huisartsen is dit gedaan aan de hand van de Nivel data en berekeningen, een methodiek die ook door het Capaciteitsorgaan wordt toegepast. Meer informatie hierover is te vinden in Nivel rapport (2025) [14] en Nivel rapport 2022 [15].
- Voor de huisarts, arts verstandelijk gehandicapten (AVG), specialist ouderengeneeskunde (SO) rapporteren we de nieuwe online vacatures op basis van data die het Capaciteitsorgaan laat verzamelen. Deze data zijn verkregen op basis van “vacatures die met behulp van digitale zoek- en vergelijkingsmethoden op een omvangrijke selectie van websites gevonden worden. Vervolgens worden de vacatures door Jobfeed geautomatiseerd ‘toegewezen’ aan de betreffende medische en geneeskundige beroepsgroepen.” [16]. Maandelijkse aantallen per vacaturetype worden gemiddeld over elk kwartaal door medewerkers van Capaciteitsorgaan. Daarnaast verwijderd Capaciteitsorgaan vacatures van intermediairs, vacatures van zorginstellingen in het buitenland en worden vacatures ingedeeld in de looptijd [16]. Meer informatie: Dasboard van het Capaciteitsorgaan.
- We includeren data uit verschillende rapportages die geschreven zijn op basis van de Nivel huisartsenpraktijkenquête. Dit is een jaarlijkse enquête die naar (bijna) alle Nederlandse huisartspraktijken wordt verstuurd. Deze wordt over het algemeen ingevuld door de praktijkhoudende huisarts of praktijkmanager. De enquête is onderdeel van de Nivel beroepenregistratie. De verschillende rapportages zijn te vinden door op het betreffende jaar te klikken. 2019 [17], 2020 [18], 2021 [19], 2022 [20], 2023 [21]. De data van de Nivel huisartsenpraktijk enquête 2024 is nog niet gerapporteerd, maar wel verzameld en wordt momenteel geanalyseerd.
- Vragenlijsten onder leden van het Nivel Panel Verpleging & Verzorging (V&V). Het Nivel Panel Verpleging & Verzorging (V&V) bestaat uit ongeveer 2.000 praktiserende verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners. Zij zijn werkzaam in ziekenhuizen, geestelijke gezondheidszorg, zorg voor mensen met een beperking, thuiszorg/wijkverpleging, intramurale ouderenzorg en huisartsenpraktijken. De rapportages waaruit data is geïncludeerd in deze rapportage zijn hier te vinden: 2019 [22], 2021 , 2023 [23]. Zie voor meer informatie: Nivel Panel V&V.
- Vragenlijst onder alle 10.343 leden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg (CoPa), verstuurd in september 2024. 4.607 panelleden vulden de vragenlijst in (45% respons). Zie voor meer informatie Bijlage B of Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg.
- Registratie van de Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO) over het aantal ingeschreven studenten. Wanneer er bij de betreffende opleiding 4 of minder studenten zijn ingeschreven, zijn deze niet

meegeteld. In de brondata zijn deze genoteerd als <5. De peildatum is 1 oktober 2024. Eén student kan meerdere inschrijvingen hebben. Particuliere opleidingen zijn hierin niet meegenomen. De data en meer informatie hierover is hier te vinden: HBO [24], WO [25].

- Er is een interviewstudie gedaan om inzicht te krijgen in de beweging naar meer samenwerking binnen de eerste lijn. Er zijn 28 interviews gevoerd, waar onder andere is gevraagd naar knelpunten en oplossingen rondom de beperkte personele capaciteit. De gebruikte methode en interviewguides zijn te vinden in Bijlage A.

1.3 Bevindingen

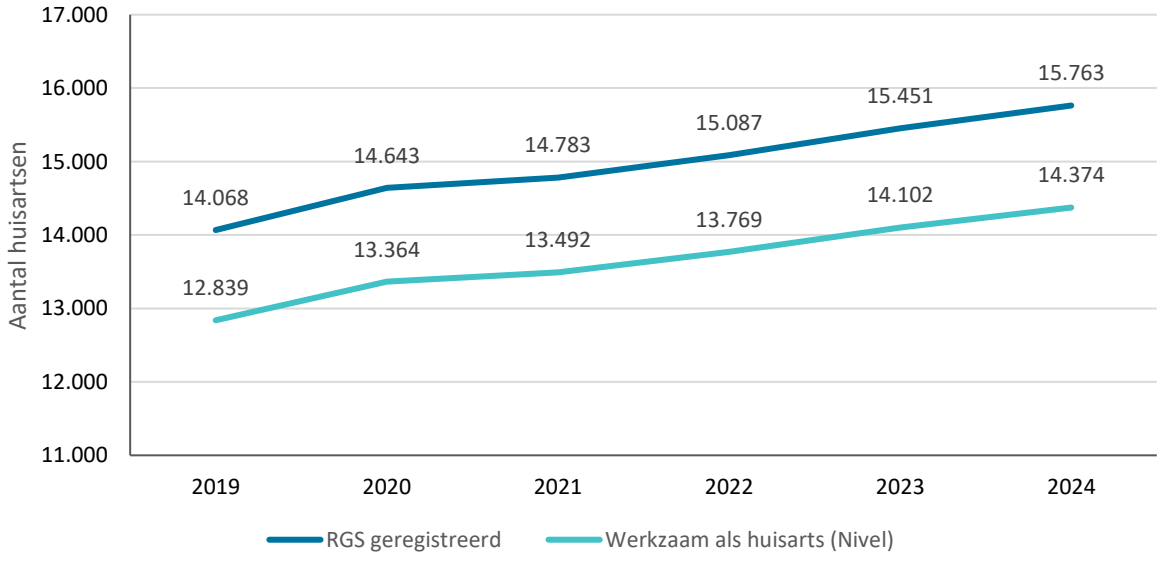
In paragraaf 1.3.1 t/m paragraaf 1.3.5 presenteren we per eerstelijnssector de data rondom de beschikbare personele capaciteit op basis van de indicatoren uit Tabel 2. In paragraaf 1.3.6 worden de resultaten gepresenteerd uit de interviewstudie over de regionale knelpunten en oplossingen voor de beperkte personele capaciteit. In paragraaf 1.3.7 staan de ervaringen van zorggebruikers met de beperkte personele capaciteit op basis van de peiling in het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg.

1.3.1 Personele capaciteit binnen de huisartsenzorg

Beschikbare capaciteit en praktijksamenstelling

Figuur 3 toont het aantal huisartsen dat werkzaam was in de periode 2019 – 2024, volgens cijfers van het Nivel en het RGS (Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten). Vanuit beide bronnen is een stijging van 10 procentpunt te zien. De data van Stichting Pensioenfonds Huisartsen (SPH), waar de meeste huisartsen geregistreerd staan, en de CBS cijfers over aantal werkzame huisartsen volgt dezelfde trendlijn [26].

Figuur 3 Aantal geregistreerde (RGS) en aantal huisartsen werkzaam in de zorg (Nivel), 2019 - 2024

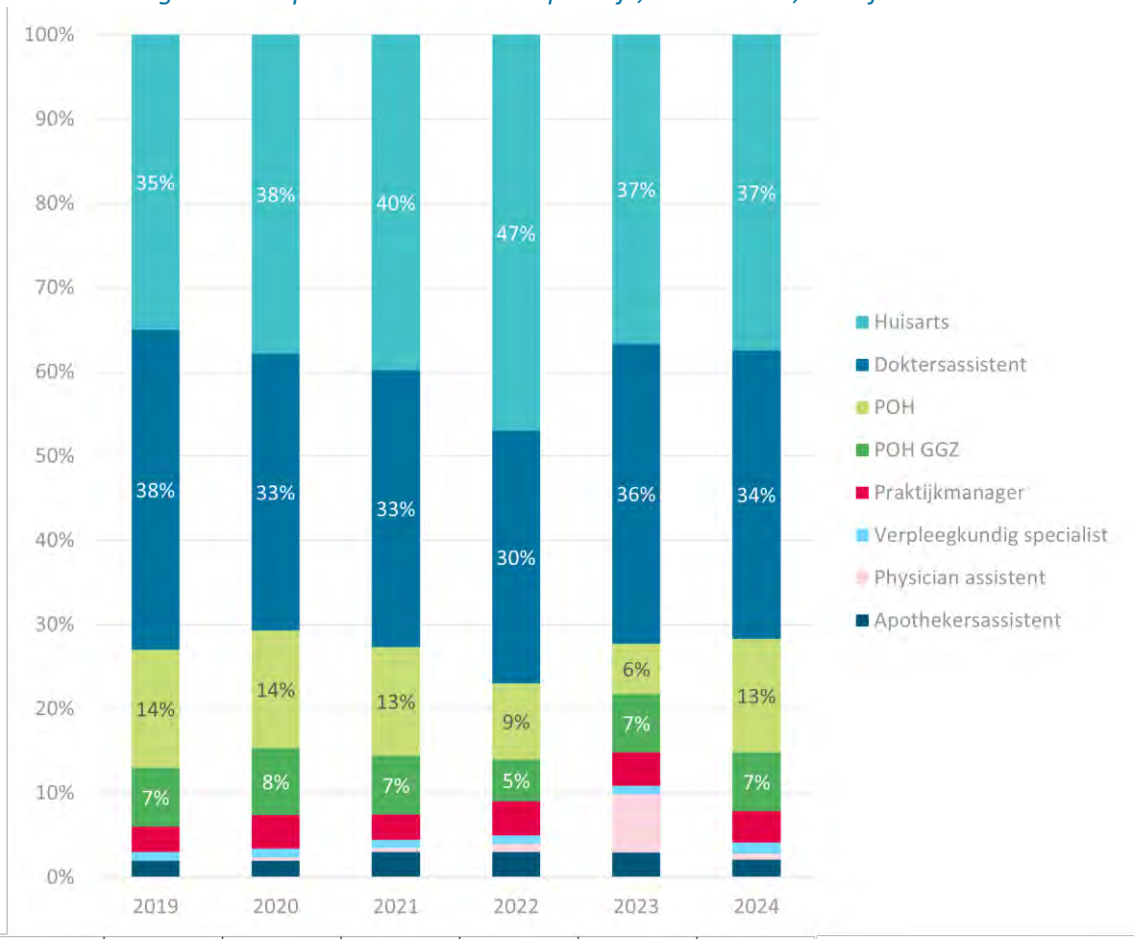


Meer informatie over de data over het aantal werkzame huisartsen, op basis van de Nivel berekening, is te vinden in Nivel rapport (2025) en Nivel rapport 2022.

Praktijksamenstelling

Een manier om de beschikbare personele capaciteit effectiever in te zetten is door middel van het anders verdelen van taken of anders te organiseren tussen functies en/of professionals. Met de Nivel huisartsenpraktijkenquête wordt jaarlijks gemonitord wat de gemiddelde functie- en capaciteitsverdeling is binnen Nederlandse huisartsenpraktijken. In Figuur 4 staat de capaciteitsverdeling voor de jaren 2019 t/m 2024. De huisarts en de doktersassistent hebben in alle jaren het grootste aandeel. De praktijkondersteuner had een aandeel van 14% in 2019, en 13% in 2024. De *physician assistant* had een aandeel van 7% in 2023 (Figuur 4). Dit is hoger dan in andere jaren. Dit kan verklaard worden door de lagere respons op de huisartsenpraktijkenquête in dat jaar, waardoor de weging tot andere resultaten leidt. De praktijkmanager is in deze periode 1 procentpunt in het aandeel gestegen, naar 4%. Het aantal praktijken dat heeft deelgenomen aan de Nivel huisartsenpraktijkenquête in ieder betreffende jaar en het responspercentage staat in Figuur 4.

Figuur 4 Verdeling van de capaciteit in de huisartspraktijk, 2019 - 2024, naar functie



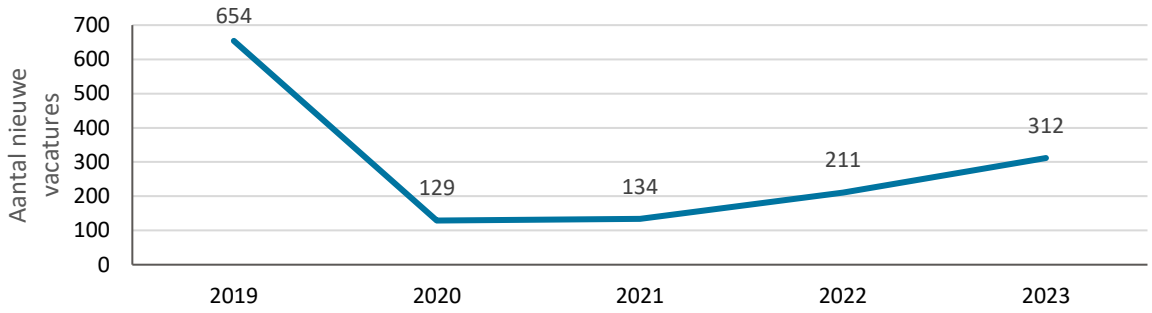
Deelgenomen praktijken	N = 1.430 (29%)	N = 635 (15%)	N = 702 (15%)	N = 725 (15%)	N = 474 (10%)	N = 1.061 (22%)

Onder Praktijkondersteuner (POH) valt de praktijkondersteuner somatiek, ouderenzorg, of praktijkverpleegkundige.
Onder Praktijkondersteuner (POH)-GGZ valt POH Jeugd, Praktijkverpleegkundige GGZ of GGZ-medewerker.

Vacaturegraad

Voor de huisartsen zijn geen jaarlijkse cijfers over de vacaturegraad bekend, hieronder presenteren we daarom het aantal nieuwe online vacatures die het Capaciteitsorgaan rapporteert, weergegeven in Figuur 5. Na een daling van 80 procentpunt tussen 2019 en 2020, mogelijk vanwege de coronapandemie, is er een stijgende lijn te zien tot 312 nieuwe online vacatures in 2023.

Figuur 5 Nieuwe, online vacatures voor huisarts van 2019 t/m 2023

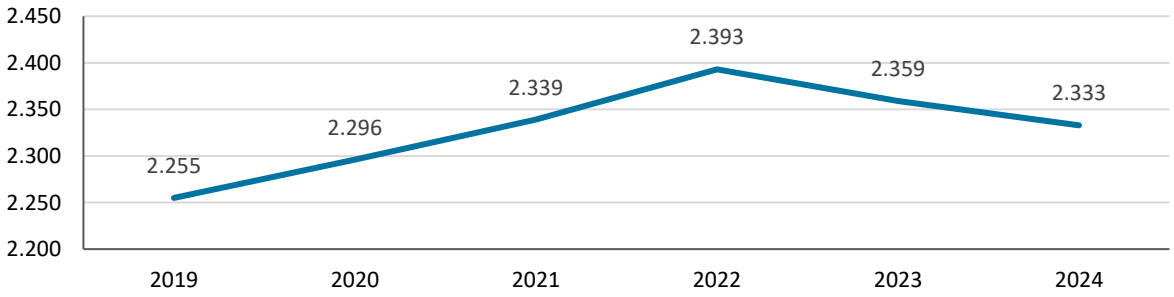


Peilmoment: kwartaal 1, data per kwartaal in te zien via: Dashboard capaciteitsorgaan

Aantal ingeschrevenen bij de opleiding

In Figuur 6 is het aantal artsen in opleiding tot specialist (aiossen) huisartsengeneeskunde weergegeven. Hier is een stijging te zien van 3 procentpunt, van 2.255 aiossen in 2019 naar 2.333 aiossen in 2024. De daling vanaf 2021 heeft te maken met achterblijvende instroom. Er worden sinds 2021 ook minder artsen opgeleid tot huisarts dan geadviseerd door het Capaciteitsorgaan [27].

Figuur 6 Aantal aiossen huisartsengeneeskunde geregistreerd bij RGS, 2019 – 2024

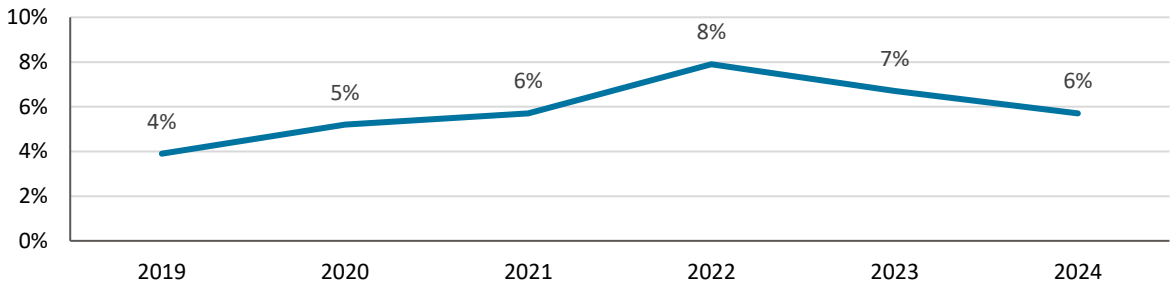


Bron: KNMG, RGS registratie

Ziekteverzuim

Binnen de AZW-branche 'huisartsen en gezondheidscentra' is het ziekteverzuimpercentage vrij stabiel, met schommelingen van enkele procentpunten (zie Figuur 7).

Figuur 7 Ziekteverzuimpercentage voor de AZW-branche 'huisartsen en gezondheidscentra'(CBS)

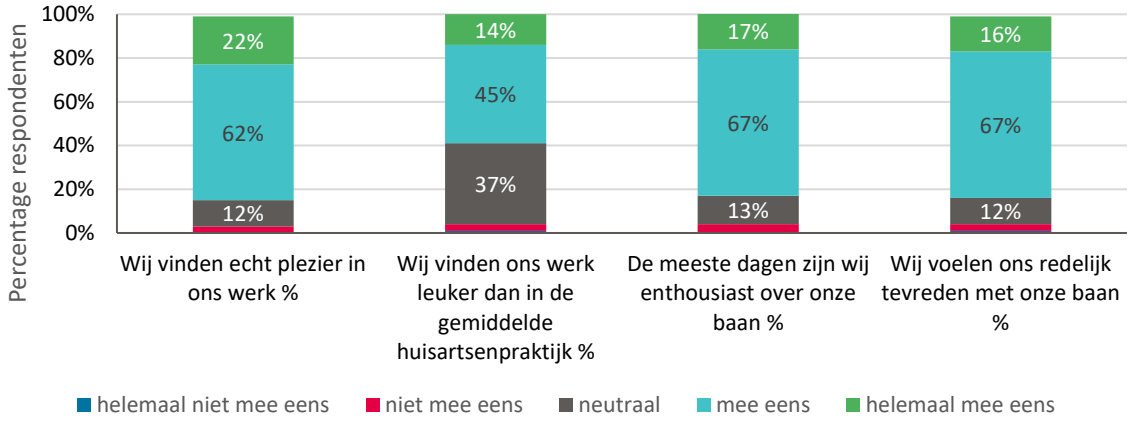


Meer data per kwartaal is te vinden via: StatLine

Werkplezier

In Figuur 8 staat de respons van huisartsen op stellingen over werkplezier uit de Nivel huisartsenpraktijkenquête. Bij alle stellingen geeft een meerderheid van respondenten van de Nivel huisartsenpraktijkenquête aan het eens te zijn met de stellingen in 2023. In de CBS data is een stijging te zien in het aantal respondenten tussen 2023 en 2024 dat aangeeft (zeer) tevreden te zijn met het werk in de branche huisartsenpraktijken en gezondheidscentra [10][2].

Figuur 8 Antwoorden op stellingen over werkplezier en werktevredenheid van huisartsen, volgens respondenten van de Nivel huisartsenpraktijkenquête (N=708, 2023)

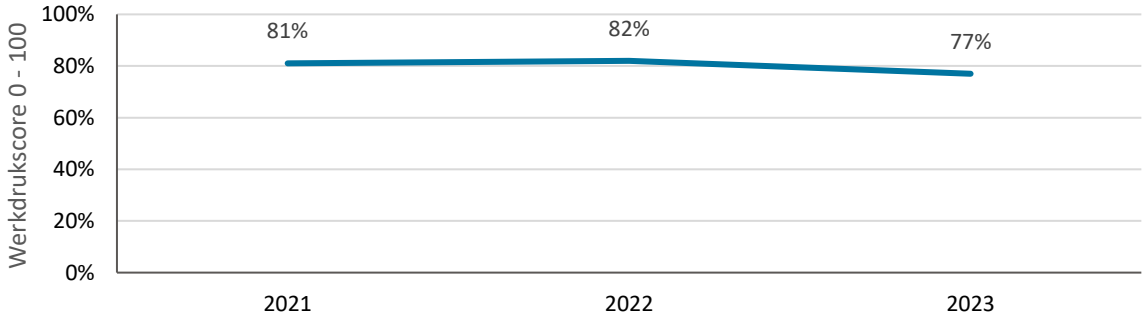


Werkplezier wordt sinds 2021 op deze manier geïncludeerd in de Nivel huisartsenpraktijkenquête en sinds 2023 wordt erover gerapporteerd. In de 2-meting laten we een tijdreeks zien van deze indicator.

Werkdruk

In Figuur 9 staat het percentage huisartsen die een hoge werkdruk ervaren in de periode 2021 – 2023, op basis van de Nivel huisartsenpraktijkenquête [28]. Sinds 2021 wordt respondenten gevraagd een werkdrukscore te geven tussen 0 en 100, de resultaten hiervan staan in Figuur 9. Hierin is een kleine afname te zien. [28]. In de CBS statistieken is voor de branche huisartsenpraktijken en gezondheidscentra te zien dat de werkdruk tussen 2019 en 2024 schommelt rond de 50% van de zorgverleners die aangeeft dat de werkdruk (veel) te hoog is [10]. In beide statistieken is dit dus vrij stabiel, het verschil kan waarschijnlijk verklaard worden door een iets andere doelgroep en andere manier van respondenten bevragen.

Figuur 9 Werkdruk score van huisartsen op basis van de Nivel huisartsenpraktijkenquête, 2019 - 2023



[2] Zoals aangegeven in de methode zijn huisartsen ondervertegenwoordigd in de AZW-werknemersenquête waar deze cijfers op gebaseerd zijn.

Arbeidsmarktknelpunten en oplossingen

In de Nivel huisartsenpraktijkenquête is huisartsen gevraagd naar knelpunten op het terrein van de arbeidsmarkt en praktijkorganisatie (Tabel 3). Een van de resultaten is dat er een sterke afname (32 procentpunt) is in het percentage respondenten dat zegt moeite te hebben ANW-diensten te vervullen door de werkdruk. Van 69% in 2021, naar 37% in 2024 (Tabel 3). Deze afname kan mogelijk (deels) verklaard worden door het "Actieplan werkdruk in de ANW" dat per 1 januari 2023 in werking is getreden [29]. Er kan in dit nieuwe systeem een betere verdeling van diensten gewaarborgd worden, omdat alle huisartsen aangesloten zijn bij een huisartsenspoedpost en de verantwoordelijkheid niet meer alleen bij praktijkhouders ligt. Hierdoor hoeven praktijkhouders niet of minder vaak op zoek naar een vervanger voor hun diensten [21]. Opvallend is dat ook het vrijmaken van financiële middelen om personeel te werven in 2024 minder vaak wordt genoemd als knelpunt, een daling van 28 procentpunt ten opzichte van 2021.

Ook de problemen rondom het vinden van associés en praktijkopvolgers lijken te zijn verminderd; in 2024 zegt 33% hier problemen mee te ervaren tegenover 46% in 2021. Daarnaast werd in 2021 vooral een verwacht tekort aan huisartsen genoemd door 74% van de praktijken, in 2022 was dit opgelopen tot 95%. Dit is in 2024 weer afgenomen met 44 procentpunt, tot 51% (Tabel 3). Desalniettemin zien we dat de uitdagingen rondom personele capaciteit in de huisartsenpraktijk hoog blijven. Zo verwacht ruim 70% een tekort aan doktersassistenten en is 65% het eens met de stelling dat ze bij ziekte van personeel meteen een groot probleem hebben. Ook geeft 49% in 2024 aan dat de arbeidsmarktkrapte de reden is dat de praktijk niet de gewenste personeelssamenstelling heeft [19, 21, 30].

Tabel 3 Percentage huisartsenpraktijken dat aangeeft het eens te zijn met de stelling en een bepaald knelpunt te hebben ervaren

Knelpunten in de huisartsenpraktijk	2021	2022	2023	2024
Tekort aan huisartsen verwacht	74%	95%	56%	51%
Tekorten aan doktersassistenten verwacht	70%	71%	47%	63%
We hebben grote problemen om associés en praktijkopvolgers te vinden	46%	44%	26%	33%
We hebben grote problemen om waarnemers te vinden**	-	70%	53%	51%
We hebben grote problemen om ondersteunend personeel te vinden	55%	67%	59%	51%
Door de werkdruk is het ziekteverzuim in de praktijk hoog	22%	28%	17%	24%
Bij ziekte van collega's is er meteen een groot probleem	67%	66%	56%	65%
De werkdruk binnen de praktijk is te hoog	74%	68%	54%	48%
Door de werkdruk kost het ons moeite om de toegewezen ANW-diensten te vervullen en/of te verkopen	69%	72%	32%	37%
Mijn praktijk kan onvoldoende financiële middelen vrijmaken om personeel te werven wanneer dit nodig is	53%	27%	29%	25%
Door financiële beperkingen niet gewenste samenstelling personeel*	-	-	-	18%
Door arbeidsmarktkrapte niet gewenste samenstelling personeel*	-	-	-	49%

In 2019 en 2020 werden er (deels) andere stellingen uitgevraagd. Daarom laten we de reeks zien vanaf 2021.

* Deze stellingen worden sinds 2024 geïncludeerd.

** Deze stelling is niet in deze formulering geïncludeerd in de Nivel huisartsenpraktijkenquête in 2021.

Binnen de Nivel huisartsenpraktijkenquête zijn ook de drie meest genoemde maatregelen voor het aanpakken van capaciteitsknelpunten uitgevraagd [19, 21, 30].

1. Toepassen van E-health: in 2023 88% (2022: 86%);
2. Verbeteren van de werksfeer en/of werkomstandigheden: 82% (2022: 81%);
3. Taakherschikking binnen de praktijk: 70% (2022: 68%).

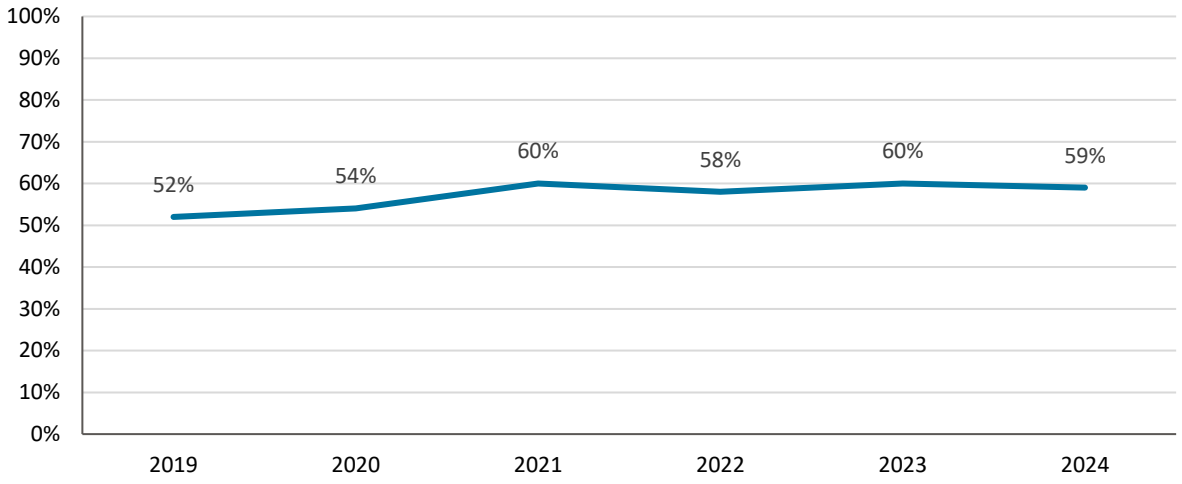
Deze maatregelen hebben mogelijk invloed op de dalingen van ervaren knelpunten die in Tabel 3 gepresenteerd staan. Deze resultaten maken echter ook duidelijk dat het niet voldoende is om alle knelpunten op te lossen.

Patiëntenstops

De uitdagingen rondom de druk op de beschikbare personele capaciteit hebben ook invloed op de doorstroom van patiënten binnen de eerstelijnszorg en daarbuiten. We zien dat het aantal huisartsenpraktijken met één of meer (tijdelijke) vormen van een patiëntenstop de laatste 4 jaren stabiel is rond de 60% (Figuur 10) [19, 21, 30]. Meer gedetailleerde data over ontwikkelingen rondom patiëntenstops en het burgerperspectief hierop zijn te vinden via:

- Burgerperspectief [31];
- Huisartsenperspectief [32].

Figuur 10 Trend in huisartsenpraktijken die een patiëntenstop hadden in het afgelopen jaar, 2019 - 2024



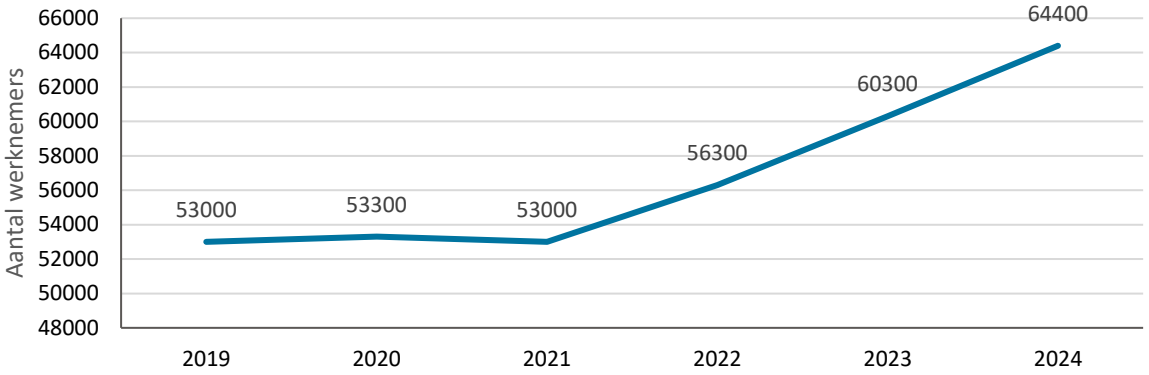
1.3.2 Personele capaciteit binnen het sociaal domein

In deze paragraaf houden we de AZW-branche 'sociaal werk' aan voor de indicatoren 'beschikbare capaciteit, vacaturegraad, ziekteverzuim, werkdruk en werktevredenheid. Uitleg over de geïncludeerde beroepen is te vinden in paragraaf 1.2.

Beschikbare capaciteit

Vanaf 2021 is er een stijging van 25 procentpunt te zien in de beschikbare personele capaciteit binnen de branche sociaal werk, van 53.000 werknemers in 2019 en 2021 naar 66.400 in 2024 (zie Figuur 11).

Figuur 11 Het aantal werknemers binnen de AZW-branche sociaal werk, 2019 – 2024

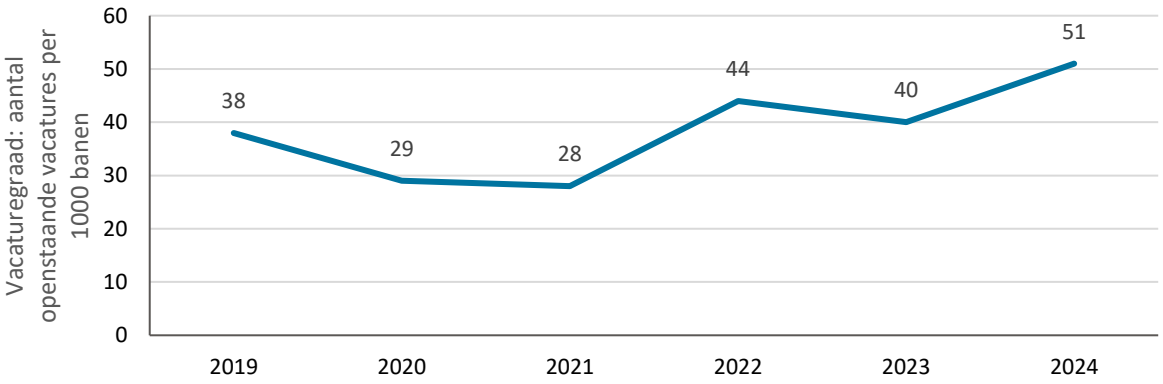


Peilmoment: kwartaal 1, seizoensgecorrigeerd. Data per kwartaal is te vinden via: AZW StatLine

Vacaturegraad

De vacaturegraad voor de AZW-branche sociaal werk lag wat lager in de coronajaren 2020 en 2021. In 2024 is de vacaturegraad gestegen ten opzichte van 2019 (zie Figuur 12).

Figuur 12 Vacaturegraad voor de AZW-branche sociaal werk, 2019 – 2024

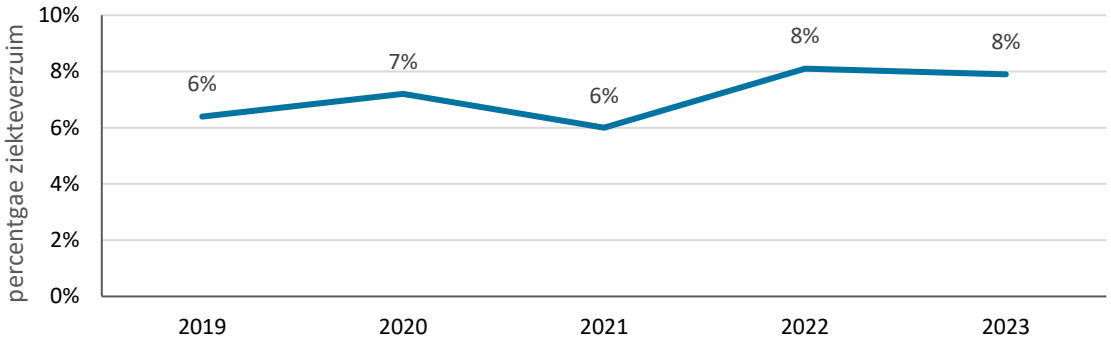


Peilmoment: kwartaal 1. Meer data over de vacaturegraad van sociaal werk is te vinden via: AZW StatLine

Ziekteverzuim

In Figuur 13 staat het ziekteverzuim weergegeven voor de AZW-branche sociaal werk. Hier is de afgelopen jaren een lichte stijging te zien tussen 2019 en 2023.

Figuur 13 Het percentage ziekteverzuim van professionals in loondienst binnen de AZW-branche sociaal werk, in de periode 2019 – 2023

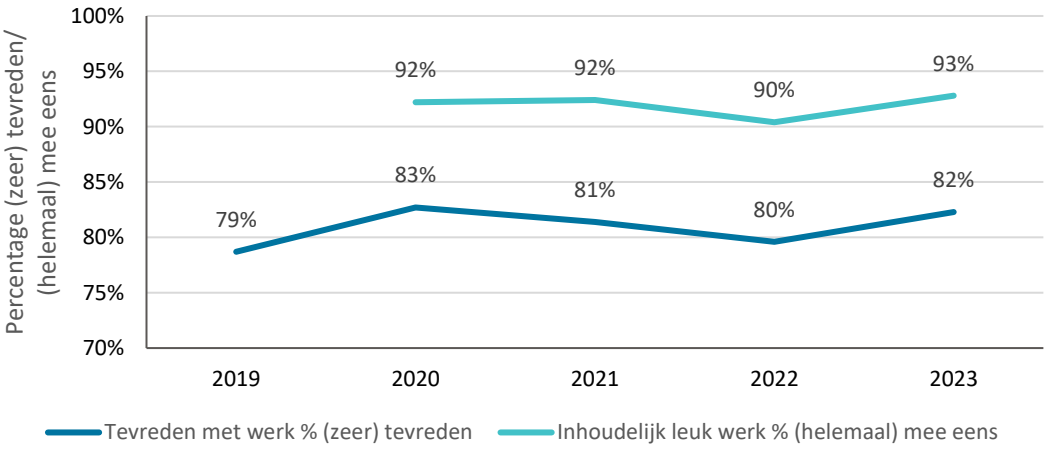


Peilmoment: kwartaal 1. Data per kwartaal is te vinden via: AZW StatLine

Werkplezier

De werktevredenheid is stabiel bij werknemers binnen de branche sociaal werk (Figuur 14). Gemiddeld 80% van de werknemers is tevreden met het werk, met een stijging van 3 procentpunt tussen 2019 en 2023. Gemiddeld is 92% het (helemaal) eens met de stelling inhoudelijk leuk werk te hebben.

Figuur 14 Werktevredenheid van werknemers in AZW-branche sociaal werk, 2019 – 2023

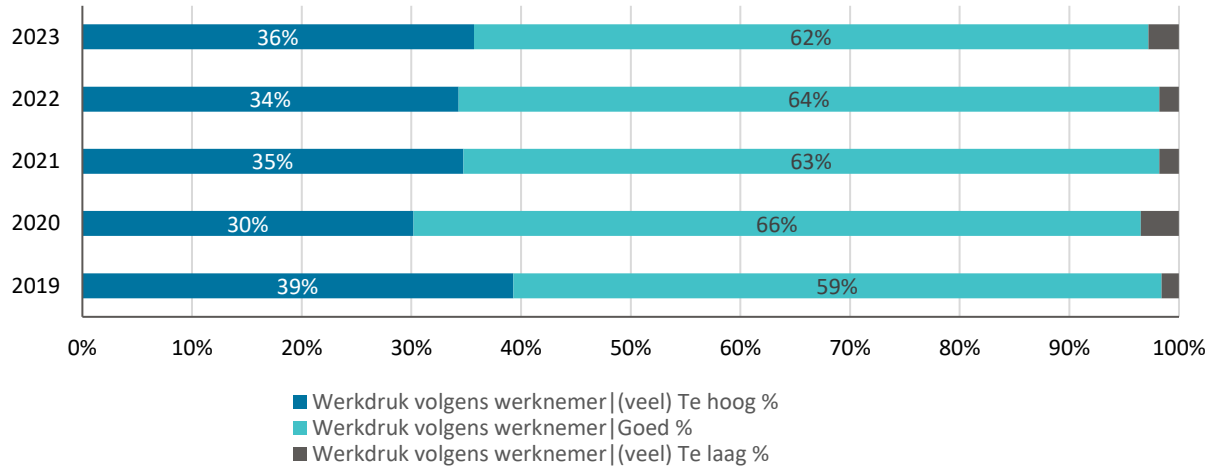


Peilmoment: kwartaal 4. Meer aspecten van werktevredenheid binnen deze branche zijn te vinden via: AZW StatLine

Werkdruk

Het merendeel van de werknemers in de branche sociaal werk vindt de werkdruk goed, ongeveer een derde van de werknemers vindt deze (veel) te hoog. Dit is grotendeels stabiel van 2019 t/m 2023 (Figuur 15).

Figuur 15 Werkdruk volgens werknemers in AZW-branche sociaal werk, 2019 – 2023



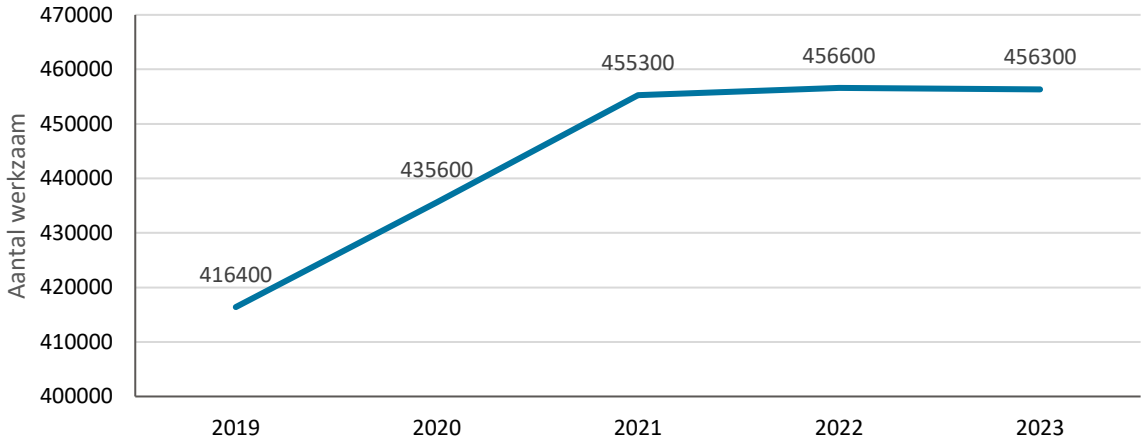
Peilmoment: kwartaal 4. Meer aspecten zijn te vinden via: AZW StatLine

1.3.3 Personele capaciteit binnen Verzorging, Verpleging en Thuiszorg

Beschikbare capaciteit

Voor de gehele sector Verzorging, Verpleging en Thuiszorg is de beschikbare capaciteit weergegeven in Figuur 16. Hier is van 2019 tot 2023 een stijging te zien van 10 procentpunt, van 416.400 werknemers in 2019 naar 456.300 werknemers in 2023. De laatste drie jaar is dit aantal relatief stabiel.

Figuur 16 Beschikbare capaciteit AZW-branche Verzorging, Verpleging en Thuiszorg (VVT)

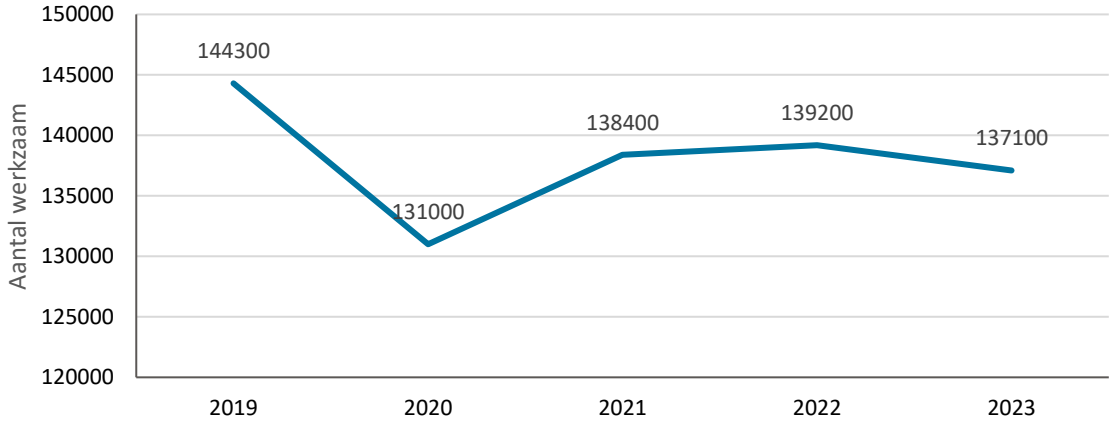


Peilmoment kwartaal 1, niet seizoensgecorrigeerd. Meer data per kwartaal via AZW StatLine

Binnen de AZW-branche VVT vallen SBI-codes: 8710 verpleeghuizen, SBI-code: 87302 verzorgingshuizen en SBI-code 88101 thuiszorg.

Wanneer we vervolgens kijken naar de subbranche ‘thuiszorg’ binnen de VVT welke binnen de eerstelijnszorg valt, zien we een ander patroon (Figuur 17). De beschikbare capaciteit van AZW-branche thuiszorg, waar ook de wijkverpleging onder valt, is met 5 procentpunt afgenomen, van 144.300 werknemers in 2019 naar 137.100 werknemers in 2023. In 2023 maakt de thuiszorg 30% uit van de personele capaciteit van de gehele VVT-sector. In 2019 was dit nog 35%.

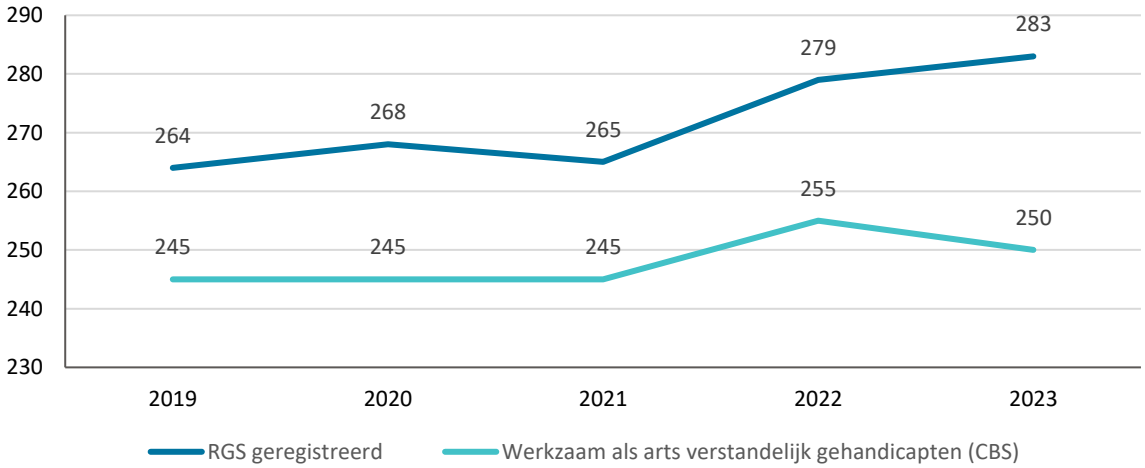
Figuur 17 Beschikbare personele capaciteit in de AZW-branche Thuiszorg, inclusief wijkverpleging



Peilmoment: kwartaal 1. Meer data per kwartaal via: AZW StatLine

Het aantal geregistreerde artsen verstandelijk gehandicapten is met 7 procentpunt gestegen, van 264 in 2019 naar 283 in 2023. Het aantal werkzame artsen verstandelijk gehandicapten is met 2 procentpunt gestegen, van 245 in 2019 naar 250 in 2023 (zie Figuur 18).

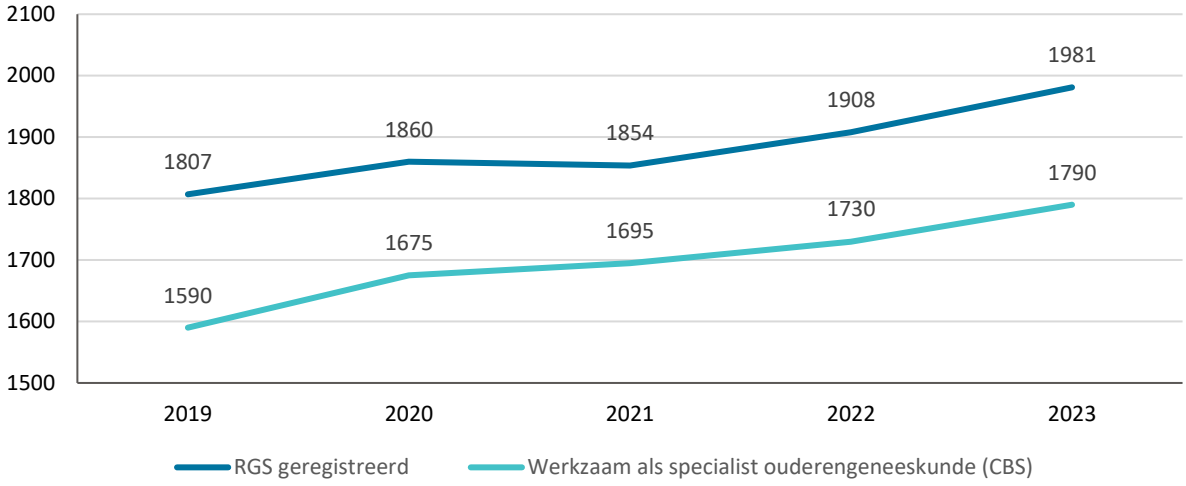
Figuur 18 Aantal artsen verstandelijk gehandicapten RGS geregistreerd en werkzaam in de zorg (CBS) 2019 – 2023



2023 voorlopige CBS-cijfers.

Het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde is met 10 procentpunt gestegen, van 1.807 in 2019 naar 1.981 in 2023. Het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde (SO) is ook met 13 procentpunt gestegen, van 1.590 in 2019 naar 1.790 in 2023 (zie Figuur 19). Deze groepen zijn niet uitsluitend werkzaam in de VVT of de eerste lijn. Meer data over de capaciteit van de SO per sector is te vinden in dit Nivel rapport [33].

Figuur 19 Het aantal en specialisten ouderengeneeskunde RGS geregistreerd en werkzaam in de zorg (CBS) 2019 – 2023

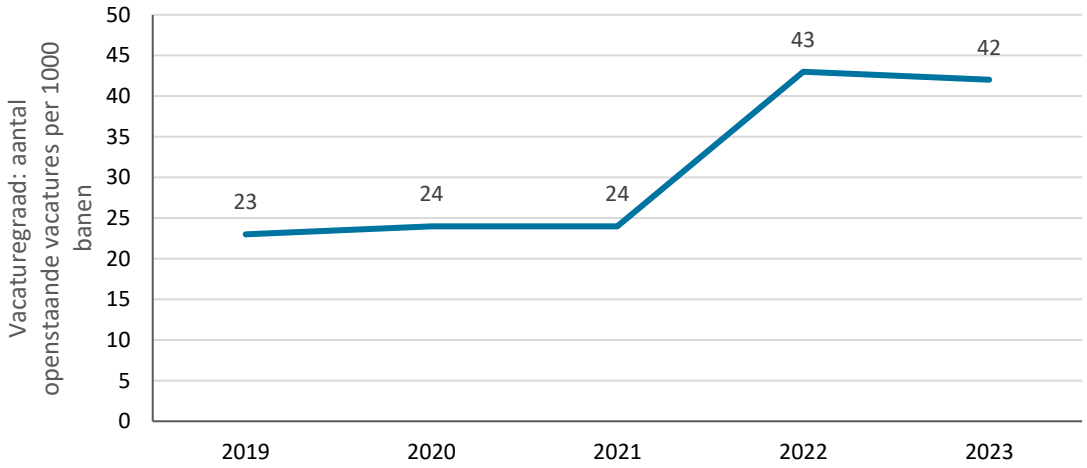


2023 voorlopige CBS-cijfers.

Vacaturegraad

De vacaturegraad voor de gehele AZW VVT branche is met 45 procentpunt gestegen van 23 openstaande vacatures per 1000 banen in 2019 naar 42 in 2023 (Figuur 20).

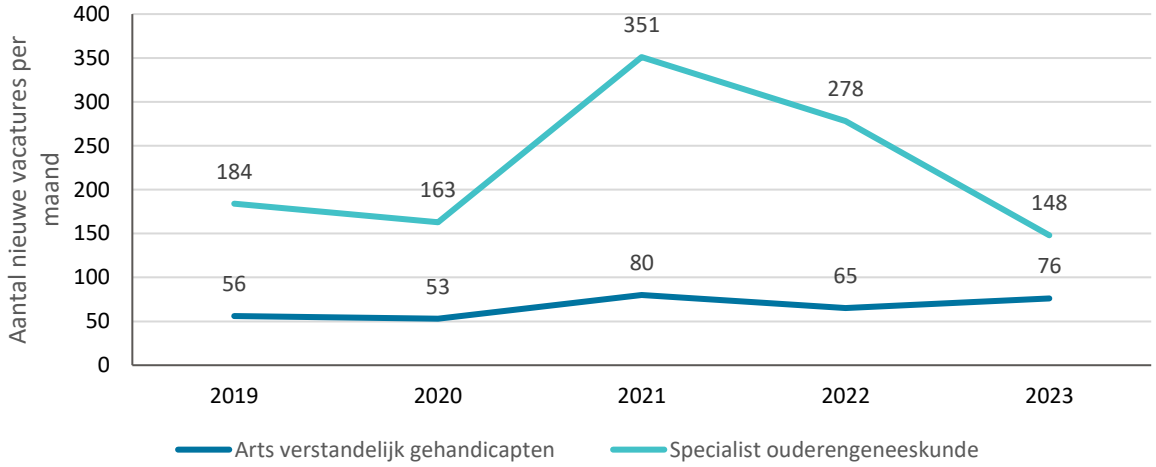
Figuur 20 Vacaturegraad voor de VVT AZW branche



Peilmoment: kwartaal 1. Meer data per kwartaal via AZW StatLine.

Voor de artsen verstandelijk gehandicapten en specialisten ouderen geneeskunde zijn geen jaarlijkse cijfers over de vacaturegraad bekend, hieronder presenteren we daarom het aantal nieuwe online vacatures die het Capaciteitsorgaan rapporteert. Het aantal nieuwe vacatures voor de artsen verstandelijk gehandicapten is met 26 procentpunt gestegen, van 56 nieuwe online vacatures per maand in 2019 naar 76 in 2023. Bij de specialisten ouderengeneeskunde is er een daling van 14 procentpunt van 184 in 2019 naar 148 nieuwe online vacatures per maand in 2023 (Figuur 21). Het gaat hier om nieuwe online vacatures, niet om een vacaturegraad zoals bij de tabel hierboven.

Figuur 21 Nieuwe online vacatures voor arts VG, specialist OG van 2019 t/m 2023

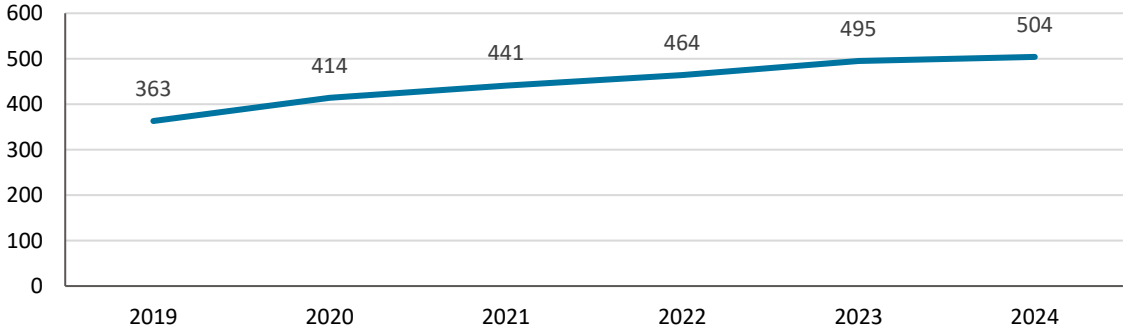


Peilmoment: kwartaal 1. Data per kwartaal via: Dashboard capaciteitsorgaan

Aantal ingeschrevenen bij de opleiding

In Figuur 22 is het aantal artsen in opleiding tot specialist (aiossen) ouderengeneeskunde weergegeven. Hier is een stijging te zien van 39 procentpunt, van 363 aiossen in 2019 naar 504 aiossen in 2024.

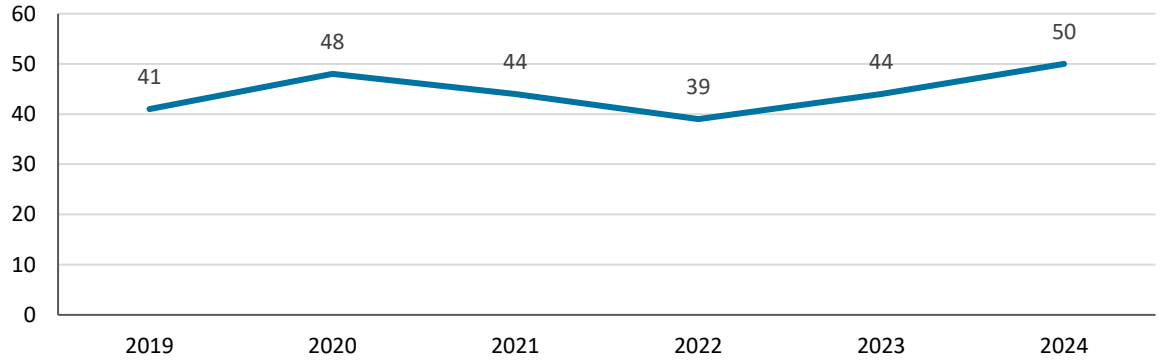
Figuur 22 Aantal aiossen ouderengeneeskunde geregistreerd bij RGS, 2019 – 2024



Bron: KNMG, RGS.

In Figuur 23 is het aantal artsen in opleiding tot specialist (aiossen) verstandelijk gehandicapten weergegeven. Hier is een stijging van 22 procentpunt (9 studenten) te zien, van 41 aiossen in 2019 naar 50 aiossen in 2024.

Figuur 23 Aantal aiossen verstandelijk gehandicapten geregistreerd bij RGS, 2019 – 2024

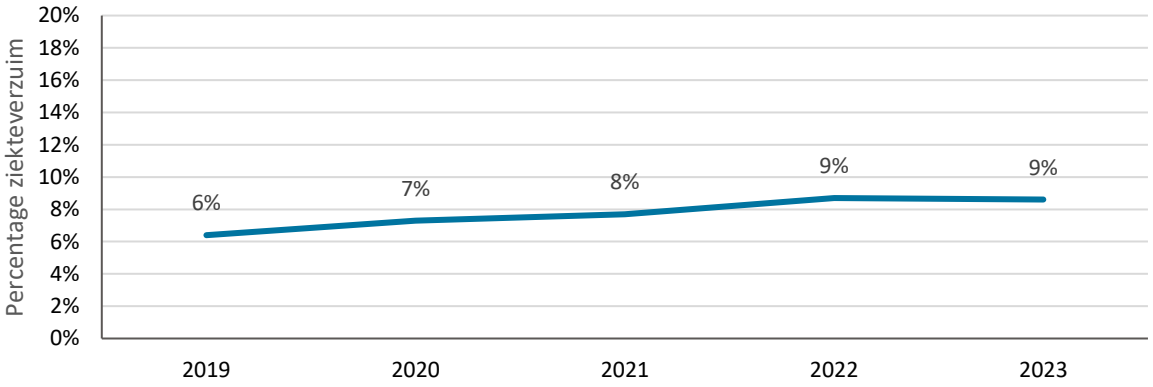


Bron: KNMG, RGS.

Ziekteverzuim

In Figuur 24 staat het ziekteverzuim weergegeven voor de AZW-branche thuiszorg. Hierin is vanaf 2019 een geleidelijke stijging te zien die vanaf 2022 weer afvlakt.

Figuur 24 Het percentage ziekteverzuim van professionals in loondienst binnen de AZW subbranche thuiszorg, in de periode 2019 – 2023

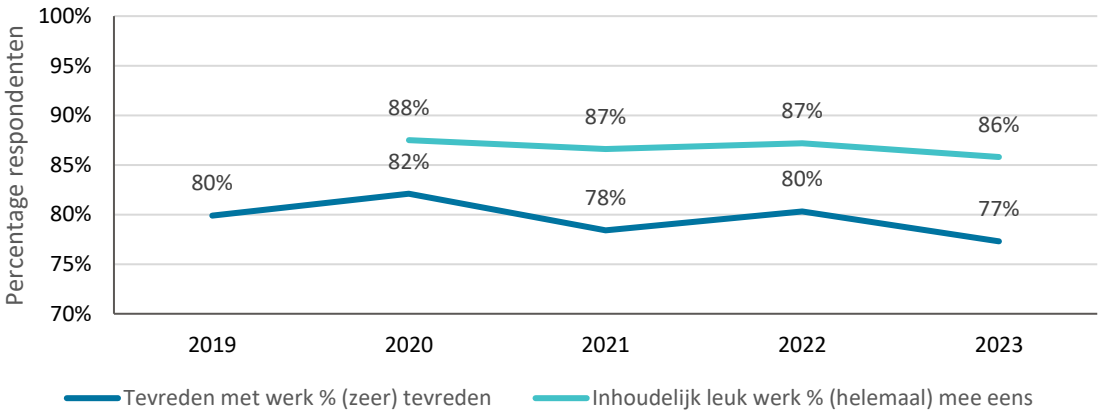


Peilmoment: kwartaal 1. Meer data per kwartaal via: AZW StatLine.

Werkplezier

Binnen de AZW-branche thuiszorg geeft in de periode van 2020 t/m 2023 een meerderheid van de respondenten aan het werk inhoudelijk leuk te vinden, gemiddeld over de jaren 87%. Het percentage respondenten dat (zeer) tevreden is met het werk schommelt tussen de 80% (2019) en 77% (2023) (Figuur 25).

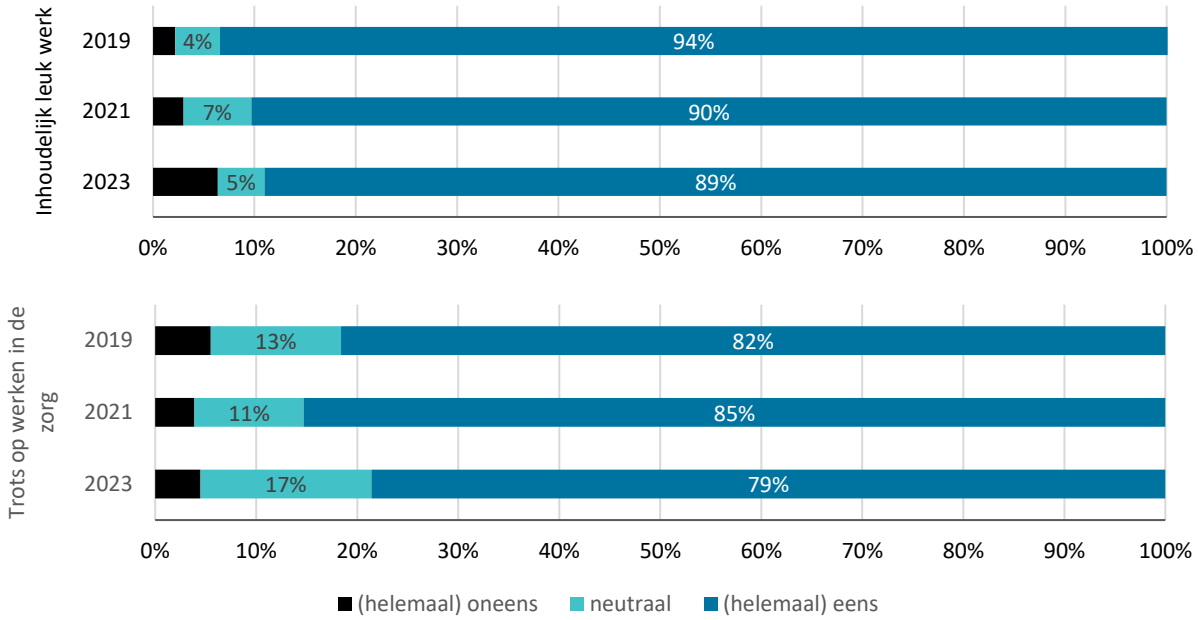
Figuur 25 Werkplezier in de AZW-branche thuiszorg (CBS), 2019 – 2023



Peilmoment: kwartaal 4, Meer aspecten van werkplezier via: AZW StatLine

Cijfers uit het Nivel Panel V&V laten zien dat een ruime meerderheid van de respondenten (voornamelijk verpleegkundigen, wat minder zijn verzorgenden, verpleegkundig specialisten, begeleiders en praktijkondersteuners vertegenwoordigd) in 2023 zegt inhoudelijk leuk werk te hebben (89%) (Figuur 26). Dit is 5% procentpunt lager dan in 2019. In 2023 zegt 79% van de respondenten trots te zijn om in de zorg te werken. Dit is 3 procentpunt lager dan in 2019 [23].

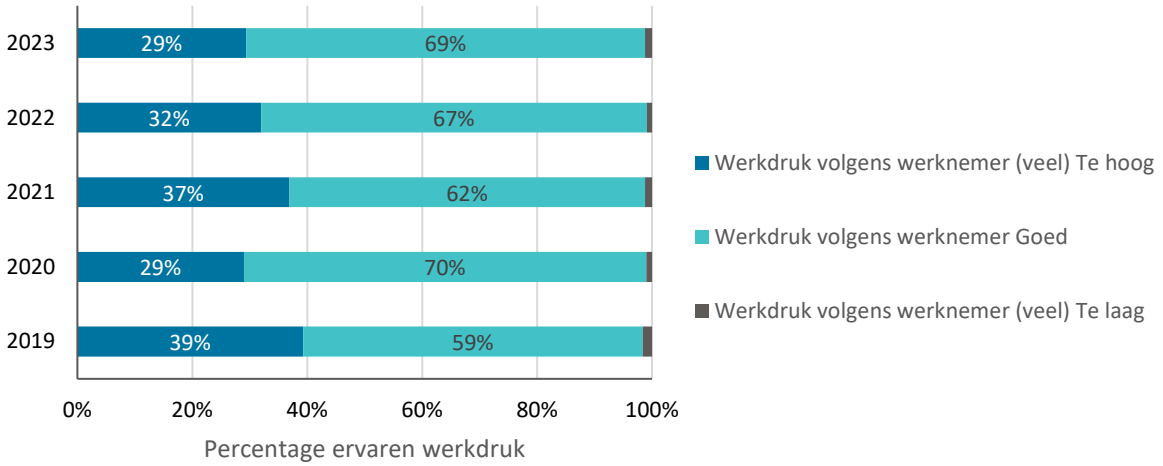
Figuur 26 Werkplezier van verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten, begeleiders en praktijkondersteuners in 2019, 2021 en 2023



Werkdruk

De meerderheid van de zorgverleners binnen de AZW-branche thuiszorg vindt de werkdruk goed, in 2023 geeft 29% aan de werkdruk (veel) te hoog te vinden, een daling van 10 procentpunt in vergelijking met 2019 (Figuur 27).

Figuur 27 Werkdruk werknemers in de AZW subbranche Thuiszorg, 2019 – 2023

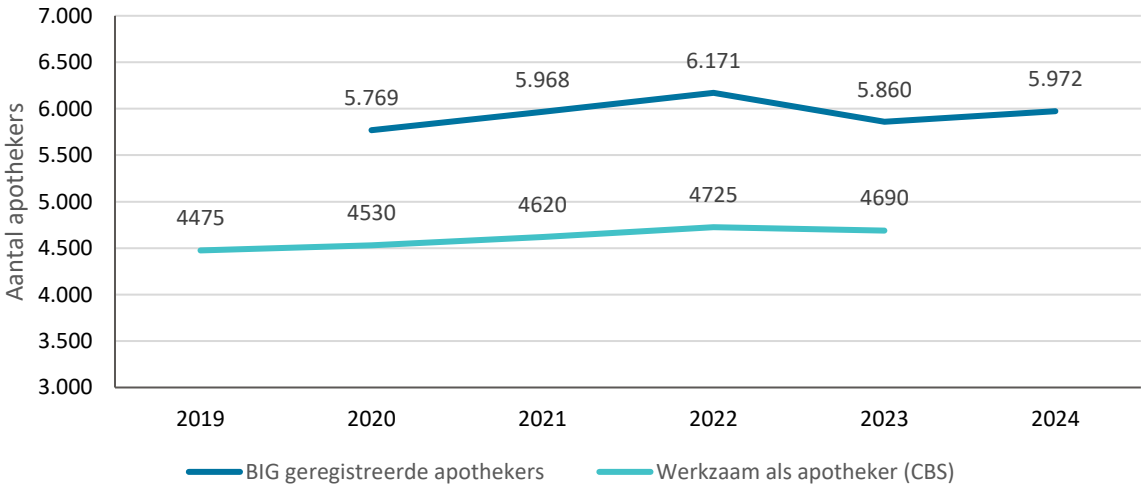


Peilmoment: kwartaal 4. Meer data via: AZW StatLine

1.3.4 Personele capaciteit bij de apothekers

In Figuur 28 staat het aantal BIG-geregistreerde apothekers en het totaal aantal werkzame apothekers volgens het CBS. Het aantal BIG-geregistreerde apothekers is de absolute beschikbaarheid, deze groep is gekwalificeerd om als apotheker te werken. Hierin is een stijging te zien van 8 procentpunt, van 5.230 apothekers in 2019 naar 5.650 in 2022.

Figuur 28 Aantal BIG-geregistreerden en totaal aantal werkzaam als apotheker van wie de arbeidspositie bekend is (CBS), 2019 – 2024

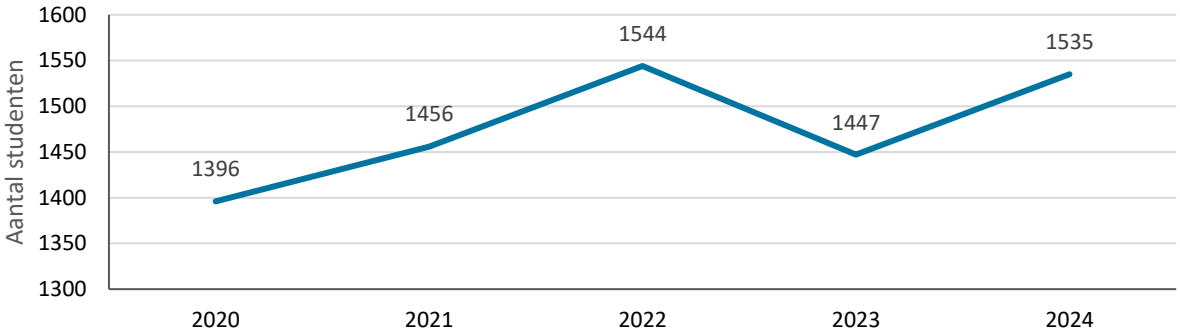


2023 voorlopige CBS-cijfers, meer data beschikbaar via StatLine

Aantal ingeschrevenen bij de opleiding

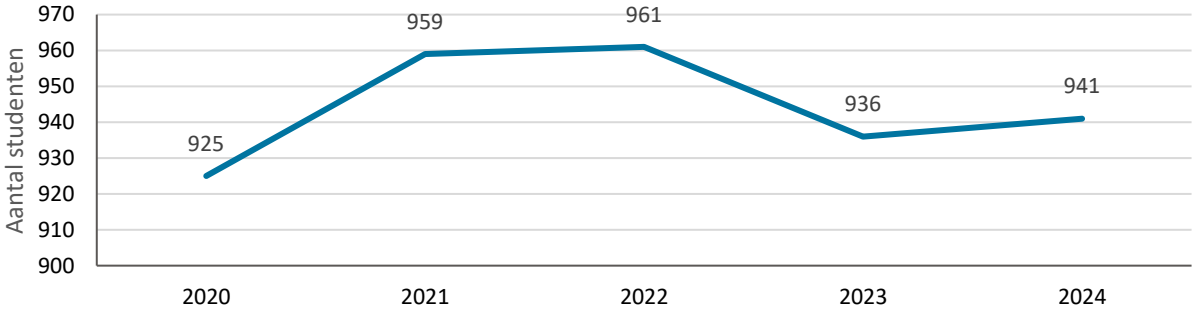
In Figuur 29 is het aantal studenten weergegeven die zijn ingeschreven [34] bij de bachelor farmacie. Hier is een stijging te zien van 10 procentpunt, van 1.396 studenten in 2020 naar 1.535 studenten in 2024.

Figuur 29 Aantal ingeschreven studenten bij de bachelor farmacie, 2020 – 2024



In Figuur 30 is het aantal studenten weergegeven die zijn ingeschreven bij de master farmacie. Hier is een stijging te zien van 2 procentpunt, van 925 studenten in 2020 naar 941 studenten in 2024.

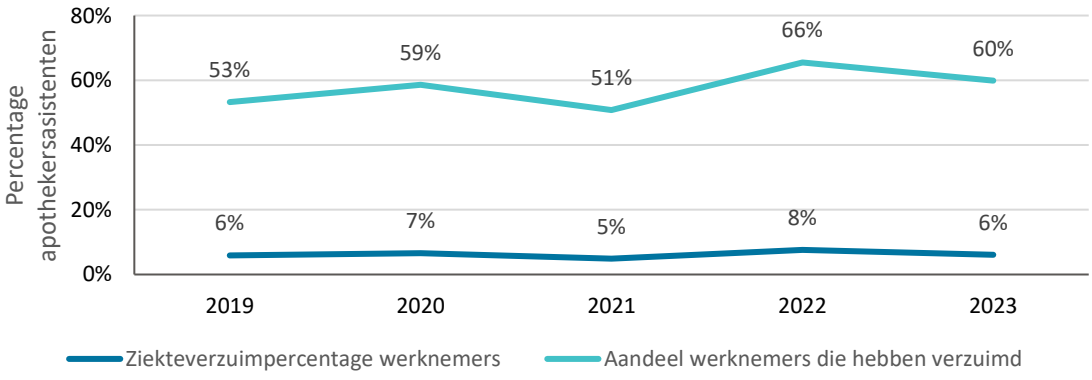
Figuur 30 Aantal ingeschreven studenten bij de master farmacie, 2020 – 2024



Ziekteverzuim apothekersassistenten, op basis van CBS-data

In Figuur 31 staat het ziekteverzuim weergegeven voor de apothekersassistenten. Het ziekteverzuimpercentage is stabiel van 2019 t/m 2023. In het aandeel werknemers die hebben verzuimd is vooral een piek te zien in 2022 (66%) vanuit het laagste aandeel werknemers die hebben verzuimd in 2021 (51%). Het ziekteverzuimpercentage is stabiel rond de 6%.

Figuur 31 Ziektepercentage apothekersassistenten en aandeel apothekersassistenten die hebben verzuimd, in de periode 2019 – 2023

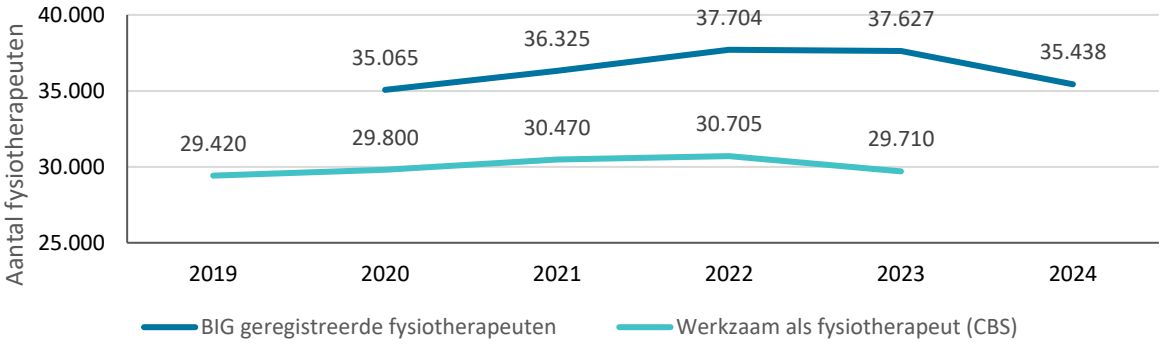


1.3.5 Personele capaciteit bij de paramedie

Beschikbare capaciteit fysiotherapeuten

In Figuur 32 staat het aantal BIG-geregistreerden en het aantal werkzamen fysiotherapeuten (CBS) in de periode 2019-2024. Het aantal BIG-geregistreerden therapeuten weerspiegelt de totale, potentiële beschikbaarheid, deze groep is gekwalificeerd om als fysiotherapeut te werken. In 2023 is voor het eerst een daling te zien in zowel het aantal geregistreerden als werkzamen fysiotherapeuten.

Figuur 32 Aantal BIG-geregistreerde en werkzame fysiotherapeuten (CBS) in de periode 2019 - 2024

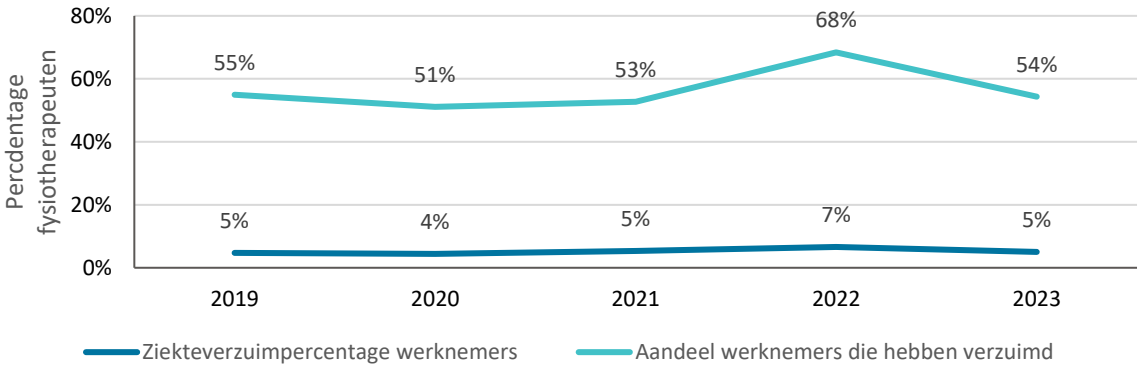


2023 voorlopige CBS-cijfers

Ziekteverzuim fysiotherapeuten

In Figuur 33 staat het ziekteverzuim weergegeven voor de fysiotherapeuten. Het ziekteverzuimpercentage is stabiel van 2019 t/m 2023. In het aandeel werknemers die hebben verzuimd is vooral een piek te zien in 2022 (68%).

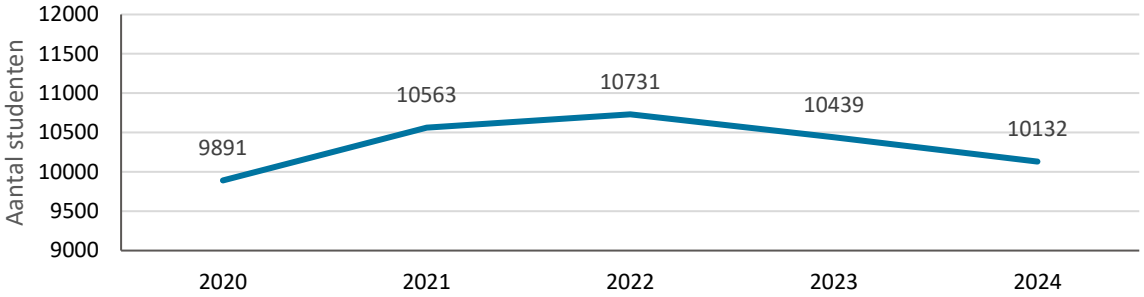
Figuur 33 Ziekteverzuimpercentage fysiotherapeuten en aandeel fysiotherapeuten die hebben verzuimd, in de periode 2018 – 2023, op basis van (CBS)



Aantal ingeschrevenen bij de opleiding

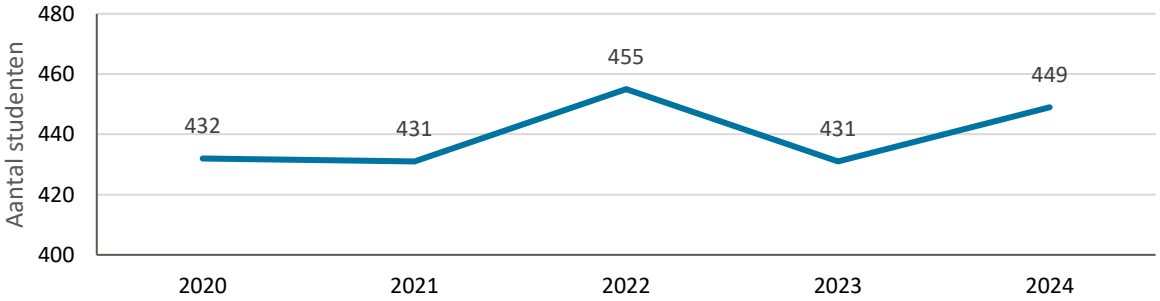
In Figuur 34 is het aantal studenten te zien die zijn ingeschreven bij de verschillende bacheloropleidingen fysiotherapie in Nederland in de periode van 2020 t/m 2024. Vanaf 2022 is hierin een daling te zien van 6 procentpunt, van 10.731 studenten in 2022 naar 10.132 studenten in 2024. In 2024 zijn er 2% meer studenten ingeschreven dan in 2020. De piek hierin lag in 2022, met 10.731 ingeschreven studenten.

Figuur 34 Aantal ingeschreven studenten bij de bachelor fysiotherapie, 2020 – 2024



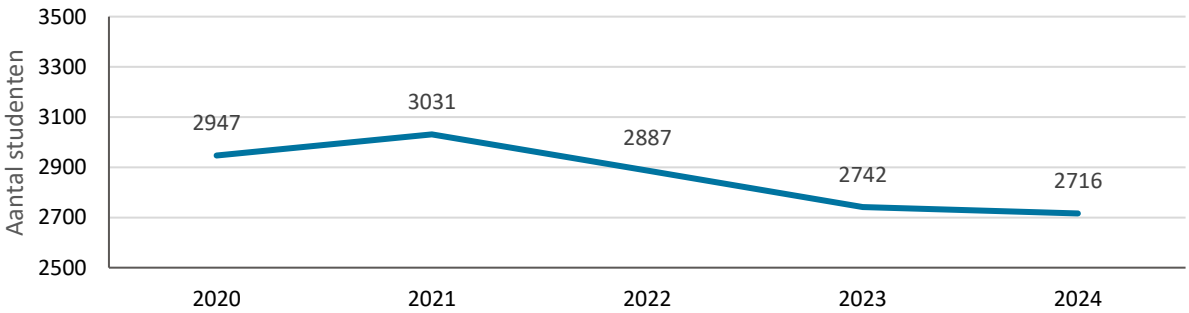
In Figuur 35 is het aantal studenten te zien die zijn ingeschreven bij de verschillende bacheloropleidingen optometrie in Nederland in de periode van 2020 t/m 2024. Vanaf 2023 is hierin een stijging te zien van 4 procentpunt, van 432 studenten in 2020 naar 449 studenten in 2024.

Figuur 35 Aantal ingeschreven studenten bij de bachelor optometrie, 2020 – 2024



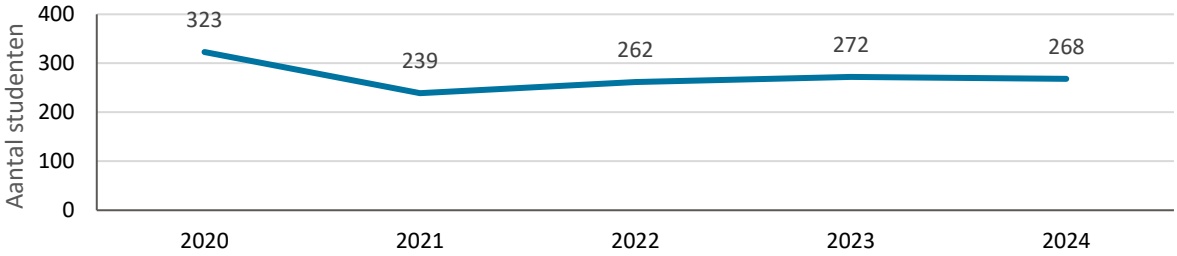
In Figuur 36 is het aantal studenten te zien die zijn ingeschreven bij de verschillende bacheloropleidingen voeding en diëtetiek in Nederland in de periode van 2020 t/m 2024. Vanaf 2021 is hierin een daling te zien van 10 procentpunt, van 3.031 studenten in 2020 naar 2.716 studenten in 2024.

Figuur 36 Aantal ingeschreven studenten bij de bachelor Voeding en Diëtetiek, 2020 – 2024



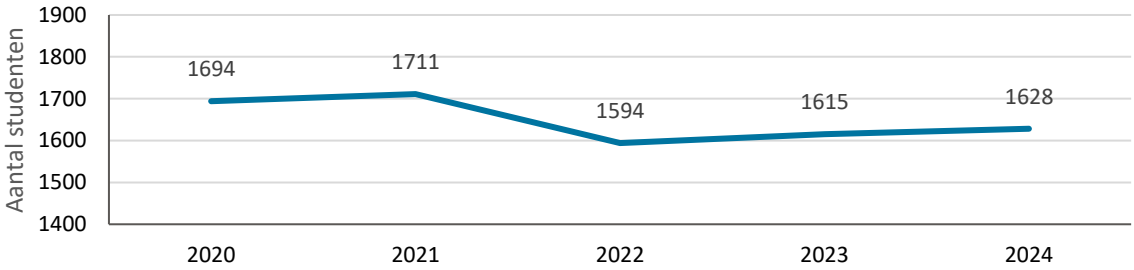
In Figuur 37 is het aantal studenten te zien die zijn ingeschreven bij de verschillende bacheloropleidingen oefentherapie in Nederland in de periode van 2020 t/m 2024. Vanaf 2020 is hierin een daling te zien van 17 procentpunt, van 323 studenten in 2020 naar 268 studenten in 2024.

Figuur 37 Aantal ingeschreven studenten bij de bachelor oefentherapie, 2020 – 2024



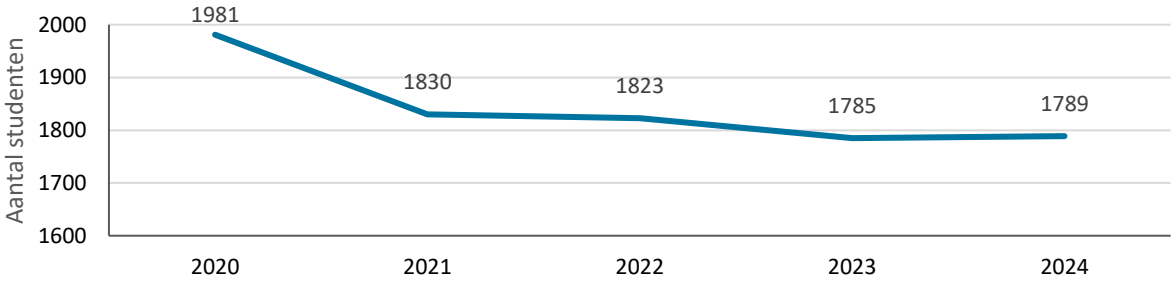
In Figuur 38 is het aantal studenten te zien die zijn ingeschreven bij de verschillende bacheloropleidingen ergotherapie in Nederland in de periode van 2020 t/m 2024. Vanaf 2020 is hierin een daling te zien van 4 procentpunt, van 1.694 studenten in 2020 naar 1.628 studenten in 2024.

Figuur 38 Aantal ingeschreven studenten bij de bachelor ergotherapie, 2020 – 2024



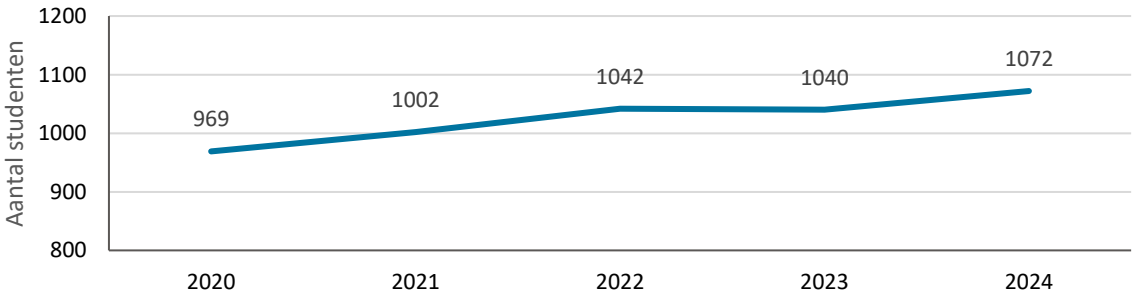
In Figuur 39 is het aantal studenten te zien die zijn ingeschreven bij de verschillende bacheloropleidingen logopedie in Nederland in de periode van 2020 t/m 2024. Vanaf 2020 is hierin een daling te zien van 10 procentpunt, van 1.981 studenten in 2020 naar 1.789 studenten in 2024.

Figuur 39 Aantal ingeschreven studenten bij de bachelor logopedie, 2020 – 2024



In Figuur 40 is het aantal studenten te zien die zijn ingeschreven bij de verschillende bacheloropleidingen huidtherapie in Nederland in de periode van 2020 t/m 2024. Vanaf 2020 is hierin een stijging te zien van 11 procentpunt, van 968 studenten in 2020 naar 1.072 studenten in 2024.

Figuur 40 Aantal ingeschreven studenten bij de bachelor huidtherapie, 2020 – 2024



1.3.6 Regionale knelpunten en oplossingen voor beperkte personele capaciteit in de eerste lijn

Voor deze monitor is ook een interviewstudie uitgevoerd, de toegepaste methode staat beschreven in Bijlage A. Tijdens deze interviews (N=28) zijn respondenten uit drie casusregio's, onder andere geïnterviewd over knelpunten en oplossingen voor de beperkte personele capaciteit. De respondenten zijn per regio tenminste twee eerstelijnszorgpartijen, de coördinerende zorgverzekeraar, een organisatie die het burger en/of patiëntenbelang vertegenwoordigd en de trekker/een overkoepelende partij. In de gehele eerste lijn wordt er druk ervaren door een tekort aan personele capaciteit. Hoe sterk de krapte op dit moment ervaren wordt wisselt per regio en sector. Meer samenwerking wordt hierin door de geïnterviewden als een deel van de oplossing gezien. Zowel op het vlak van personeel delen als in het verbeteren van de doorstroming van patiënten, om zo de druk op andere sectoren te verlagen. Ook de inzet van zij-instromers en huisvesting faciliteren worden als puzzelstukjes van een oplossing gezien. We gaan in deze paragraaf kort in op knelpunten en oplossingen rondom patiëntenstromen en de effectieve inzet van personeel.

Doorstroom

Uit de interviews kwam naar voren dat onder andere door de beperkte personele capaciteit in de verschillende eerstelijnssectoren zorggebruikers niet altijd kunnen doorstromen naar de juiste zorg, wat tot nieuwe uitdagingen leidt binnen andere sectoren. Zo werd het voorbeeld van beperkte doorstroom vanuit de daklozenopvang genoemd. Hier belanden mensen met een WLZ-indicatie, mensen die intramuraal in de zorg horen met bijvoorbeeld verslavingsproblematiek, regelmatig gecombineerd met psychiatrische klachten. Omdat er weinig zorgplekken zijn, blijven ze binnen de daklozenopvang waar vaak geen passend antwoord is op de wachttijd en de problemen kunnen verergeren. Een tussenoplossing die hier soms voor ingezet wordt is dat de gemeente een indicatie WMO-begeleiding geeft: *"Je zou daar, als je meer ontmoetingsplekken hebt, meer inloopfuncties, meer collectieve groepen hebt, dan zouden wij een heel deel van deze mensen […] ook al kunnen afvangen. Maar dat is op dit moment niet geregeld. Dus er zijn ook echt mensen die iedere keer opnieuw dan toch bij het inloopspreekuur van maatschappelijk werk komen waar ze wel een luisterend oor vinden, maar niet het passende, geen oplossing voor wat er eigenlijk is." (Interview 24)*

Meer inzet op ontmoetingsplekken en inloopspreekuren zou volgens de geïnterviewden ook een effect kunnen hebben op de druk op de huisartsenzorg. Zij gaven aan dat wanneer mensen nergens anders terecht kunnen, de huisarts snel een eerste aanspreekpunt is. Als er geen passende zorgplek beschikbaar is kan dit leiden tot een draaideureffect bij de huisarts. Een regionale patiëntenorganisatie gaf ook aan de eigen bewustwordingstaak te zien, om burgers bewust te maken van de uitdagingen binnen de zorg en de rol die zij als burgers hier zelf ook in hebben.

Door de beperkte personele capaciteit binnen de eerst lijn komt er volgens de geïnterviewden ook meer druk op mantelzorgers te liggen. Vanuit een regionale patiëntenorganisatie werd aangegeven dat aansluiting met de leefwereld van patiënten en mantelzorgers soms mist wanneer er vanuit beleid naar de zorg gekeken wordt: *"Preventie is natuurlijk heel belangrijk. Beter bewegen, beter ook een beetje sporten. […] Als jij niet rond kan komen, als je stress hebt qua woning, als je een kind hebt met een langdurige beperking, en die staat op een wachtlijst voor zes maanden, een jaar, en jij kan niet naar je werk. Dan kan ik wel komen: we moeten gezond gaan sporten, en... Er zit gewoon discrepantie tussen de systeemwereld en de leefwereld."* (Interview 5)

Effectieve inzet van personeel

Afspraken maken met collega's van andere organisaties over specifieke patiëntengroepen kan volgens de geïnterviewden ook een positief antwoord zijn op de personele capaciteitsuitdaging. In de interviews werd genoemd dat wanneer er erkend wordt dat er binnen een andere organisatie specifieke expertise is, hier binnen de eigen organisatie niet extra in geïnvesteerd hoeft te worden. Door elkaars expertise te erkennen en hiernaar te handelen ontstaat ook een vorm van samenwerking die bijdraagt aan de effectieve inzet van de beschikbare capaciteit.

De fysiotherapie werd in de interviews specifiek genoemd als sector met veel uitstroom uit het vak. Binnen de wijkverpleging werd genoemd dat er specifiek een uitstroom is van loondienst naar zelfstandigen. Ook noemden een aantal geïnterviewden dat de apothekersassistenten de openbare farmacie verlaten en naar het ziekenhuis gaan. Ook werd genoemd dat mensen met een welzijnsachtergrond die niet meer bij een buurtteam willen werken, instromen bij een huisartsenpraktijk. Ook vanuit het ziekenhuis stroomt er personeel naar de huisartsenpraktijk, zorgverleners die het werk in het ziekenhuis te zwaar vinden, gaan bijvoorbeeld als praktijkondersteuner (POH) ouderen binnen een huisartsenpraktijk aan de slag. Het organiseren van deze doorstroom naar andere sectoren gebeurde, volgens de geïnterviewden, nu nog op individueel niveau, maar verdere samenwerking zou de mogelijkheden hiervoor kunnen vergroten. Dit zijn manieren om personele capaciteit voor de zorg te behouden, hier hoort wel de uitdaging bij om ook voldoende capaciteit te behouden voor complexere zorg: *"Door personeelstekort zie je dat in de hoog complexe en acute zorg steeds minder personeel beschikbaar is, omdat dat personeel uitwijkt naar wat makkelijkere banen, wat lichtere populaties. De laagcomplexe zorg, daar kan je binnen een dag terecht. Maar voor de hoog complexe zorg en acuut, daar zit een wachtlijst op." (Interview 1)*

Om de tekorten in personele capaciteit op te vangen worden volgens de geïnterviewden verschillende mogelijkheden ingezet. Bijvoorbeeld door meer zelfzorg mogelijk te maken door de inzet van hulpmiddelen, zoals het aantrekken van steunkousen en ogen druppelen. Ook gaven de geïnterviewden aan dat er bewust wordt ingezet op het werven van zij-instromers. Met name in de steden biedt deze groep het voordeel dat ze gesetteld zijn en niet vanwege huisvestingsproblemen binnen korte tijd verhuizen. Voor paramedici biedt de groep zij-instromers volgens de geïnterviewden minder mogelijkheden, omdat voor deze beroepen lange opleidingen nodig zijn. Een oplossing die voor de paramedici genoemd werd is het organiseren van een waarneempool, maar omdat veel praktijken te maken hebben met personele krapte en daarom niemand kunnen missen, kan het lastig zijn om dit te organiseren.

Een andere bron voor personele capaciteit die in de interviews naar voren kwam is gepensioneerde zorgverleners vragen parttime terug te komen. Ook de opleidingscapaciteit verhogen, samenwerken met opleidingsinstituten in de regio, aanwezig zijn bij open dagen en goede stageplekken organiseren werden in de interviews genoemd als mogelijkheden om de instroom te vergroten. Meer inzet van Mbo'ers in regio's waar deze groep wel beschikbaar is kan helpen om de personele capaciteit te verhogen.

Voor de gemeente kan er volgens de geïnterviewden een taak liggen in het faciliteren van huisvesting en parkeervergunningen om, met name in steden, de toegankelijkheid tot de stedelijke arbeidsmarkt te vergroten. Echter, werd hierbij ook de beperking genoemd dat er niet enkel in de zorg personeelstekorten zijn en dat er onvoldoende parkeerplekken bestaan om alle werknemers binnen publieke sectoren een vergunning te kunnen bieden.

Voorbeelden

Naar een rol voor AI en het inzetten van digitale tools, zagen geïnterviewden mogelijke oplossingen in het uitwisselen van personeel, samenwerking rondom het opleiden van nieuw personeel en inzetten op nieuwe taakverdelingen. Wanneer verschillende organisaties gezamenlijk mensen opleiden maakt dit het ook aantrekkelijker om samen te werken en bij elkaar te werken. Dit zou kunnen bijdragen aan een flexibelere personele capaciteit. Een geïnterviewde zorgorganisatie noemde het volgende voorbeeld: *"Er was een verpleegkundige bij ons, een kwaliteitsverpleegkundige die drie dagen in de week bij ons werkt en één dag in de flexpool bij de GGZ, vanuit de gedachte: ik merk natuurlijk ook dat, de psychogeriatrische problematiek in de ouderenzorg neemt toe. Je hebt steeds meer GGZ-problematiek. Ik vind het superinteressant om die kennis op die manier op te doen. Ik vind dat een prachtig voorbeeld, want dan denk ik: dat maakt natuurlijk ook wel dat je daarin natuurlijk de beste mensen ook krijgt en dat je een aantrekkelijke werkgever bent als je dat mogelijk kan maken." (Interview 14)*

Grotere organisaties bieden volgens de geïnterviewden specifieke mogelijkheden voor de effectieve inzet van de beschikbare personele capaciteit. Voorbeelden die genoemd werden zijn het organiseren van een flexpool van doktersassistenten. Een verpleegkundig specialist (VS) of *physician assistant* (PA) kan vaak niet voor meer dan twee dagen per week bij een huisartsenpraktijk worden aangenomen, binnen een grotere organisatie ontstaat de mogelijkheid om een positie aan te bieden op twee locaties, voor totaal vier dagen in de week. Ook het faciliteren van een opleidingsplaats kan hierdoor eenvoudiger en meer divers worden omdat een student indien gewenst bij meerdere praktijen kan meedraaien.

Een regionale apothekersorganisatie noemde de mogelijkheden die apothekers kunnen bieden in het ontlasten van andere eerstelijnssectoren. Een aantal voorbeelden:

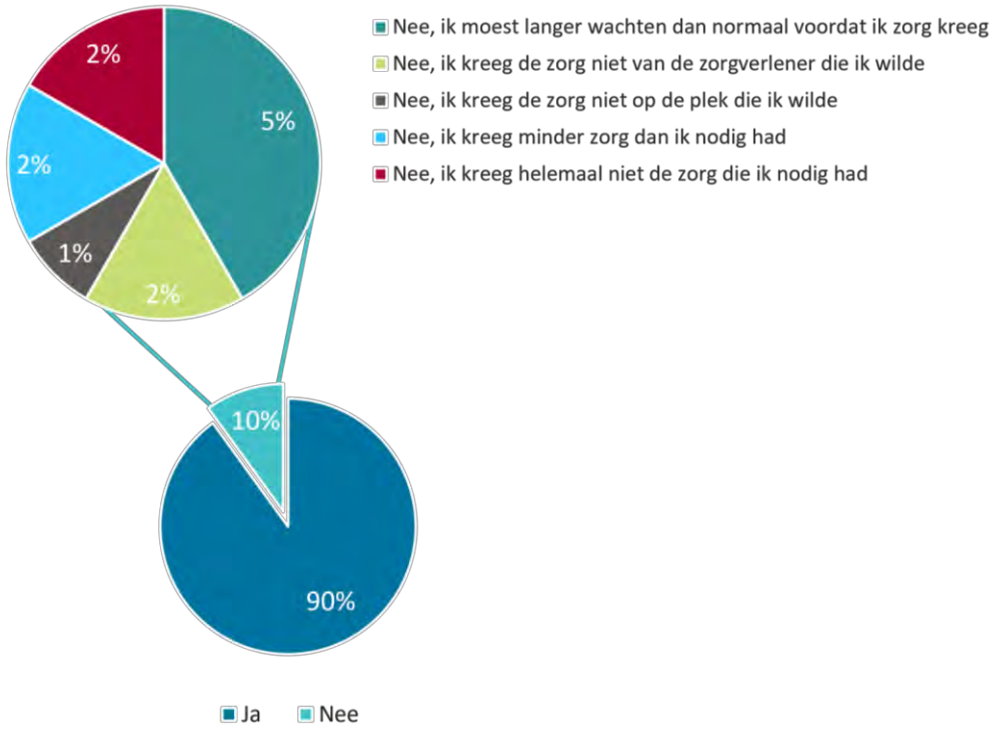
- Het inzetten van bepaalde hulpmiddelen bij de zorg voor ouderen;
- Jaargesprekken om ziekenhuisopnames te voorkomen;
- Bewustwording creëren binnen de maatschappij dat mensen bij vragen over geneesmiddelen, bij de apotheek terechtkunnen en dus niet naar de huisarts hoeven te bellen;
- Medicatie reviews: wat kan erbij? Wat kan eraf? Kan er eerder gestopt worden met medicijnen die er binnen de palliatieve zorg niet meer toe doen? Wordt er voldoende aan pijnstilling gedaan?

"Dus we hebben veel meer kennis en kunde dan alleen het doosje schuiven. En daar proberen we iedere keer op te hameren van: vergeet niet dat wij ook kunnen ontzorgen. En dan is het niet zozeer dat wij zelf, denk ik, fte's kunnen oplossen, maar misschien in de keten wel dat wij aan de voorkant misschien wat dingen kunnen doen, dat de thuiszorg misschien minder vaak naar een patiënt hoeft, of dat er minder ziekenhuisopnames zijn, dus dat de druk bij de ziekenhuizen weggaat. Of dat bij de huisartsen minder telefoontjes komen, omdat men toch eerder naar de apotheek denkt. Dus wij denken dat wij andere ketenpartners kunnen helpen om de zorgvraag en het zorgpersoneel probleem op te kunnen lossen." (Interview 7)

1.3.7 Ervaringen van zorggebruikers met beperkte personele capaciteit

Ook aan zorggebruikers is gevraagd naar hun ervaringen met knelpunten op het gebied van personele capaciteit binnen de eerstelijnszorg. Hierin is inzicht verkregen met behulp van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Aan de panelleden is gevraagd in hoeverre zij in de afgelopen twaalf maanden in de eerstelijnszorg de zorg en ondersteuning konden krijgen die zij nodig hebben. Hieruit bleek dat iets minder dan de helft (47%) in de afgelopen twaalf maanden geen zorg of ondersteuning nodig had binnen de eerstelijnszorg. Van de groep die in de afgelopen twaalf maanden wel eerstelijnszorg of -ondersteuning nodig had (N=2.363), konden negen op de tien burgers (90%) de zorg of ondersteuning krijgen die zij nodig hadden. In Figuur 41 staat de verdeling van de antwoorden van de 10% die niet de zorg kon ontvangen die ze nodig hadden. De grootste groep hiervan geeft aan dat ze langer moesten wachten dan normaal om zorg te ontvangen. Dit is 5% van de totale groep die zorg nodig had in de afgelopen 12 maanden.

Figuur 41 Respons op de vraag: Kon u in de afgelopen 12 maanden in de eerstelijnszorg de zorg en ondersteuning krijgen die u nodig had?
(Meerdere antwoorden mogelijk bij de 'nee' opties)



Aan panelleden die aangaven dat zij in de afgelopen twaalf maanden niet de zorg of ondersteuning konden krijgen die zij nodig hadden (N=239), is gevraagd binnen welke sector in de eerstelijnszorg zij problemen hebben ervaren. Van deze groep heeft 64% (N=144) problemen ervaren met huisartsenzorg. Hierop volgt de fysiotherapie/oefentherapie (15%, N=34) of apotheekzorg (15%, N=33). Dit gaat voor alle sectoren om 3% of minder van de totale groep (N=2.363) die de afgelopen 12 maanden behoefte had aan zorg of ondersteuning. Waarschijnlijk speelt hierbij een rol dat er vaker gebruik wordt gemaakt van huisartsenzorg, fysiotherapie/oefentherapie en apotheekzorg dan van andere eerstelijnszorg.

2 Uitdaging 2: Naar een sterkere organisatie van de eerste lijn

Vergrijzing, de beweging naar passende zorg en mensen die langer thuis blijven wonen zijn factoren die ervoor zorgen dat meer complexe zorgvragen bij de eerste lijn terecht komen, zo staat beschreven in het IZA [35]. De eerste lijn bestaat voornamelijk uit kleine organisaties. Patiënten hebben daardoor vaak te maken met verschillende organisaties van zorgaanbieders. Dit zorgt voor extra uitdagingen voor de patiënt om de regie te voeren over integrale zorg. Vanuit zorgprofessionals gezien is de eerste lijn niet altijd goed aanspreekbaar, omdat het vele kleine organisaties zijn die (nog) niet per discipline (monodisciplinair) verenigd zijn in de wijk en/of regio. Dit wordt gezien als een belemmering voor het realiseren van samenwerkingsafspraken met meerdere disciplines (multidisciplinair) op wijk-, regio-, en landelijk niveau. In deze ontwikkeling wordt het voortbouwen op bestaande samenwerkingsverbanden aanbevolen in het IZA [35].

In het IZA is afgesproken dat de eerste lijn een visiedocument zal opstellen waarin onder andere aandacht gegeven wordt aan de organisatie van de eerste lijn. In dit visie document, dat op 26 januari 2024 gepubliceerd is, worden twee sectoroverstijgende samenwerkingsstructuren voorgesteld [6].

- Op lokaal niveau: hechte wijkverbanden;
- Op regionaal niveau: regionale eerstelijnssamenwerkingsverbanden (RESV's).

In de RESV's staat gemandateerde vertegenwoordiging vanuit verschillende eerstelijnsdisciplines centraal. Om deze multidisciplinaire organisatie te realiseren moeten eerstelijnsdisciplines zich eerst monodisciplinair, dus per discipline, organiseren. In de realisatie van de RESV's wordt als eerste stap het gemandateerd samenkomen van de huisartsen, apothekers, wijkverpleging gezien in de Visie eerstelijnszorg 2030 [6]. In de hechte wijkverbanden wordt ingestoken op een eerste vereniging van deze drie sectoren samen met het sociaal domein, als centraal vierkant.

In dit hoofdstuk brengen we de beweging in kaart naar een sterkere organisatie. De operationalisering hiervan kan dicht bij de visie eerstelijnszorg 2030 liggen of er kan gekozen zijn voor een andere invullen die beter past bij de regio.
We gaan hierbij in deze monitor in op de volgende twee thema's van een sterkere organisatie in de eerste lijn:

1. Inzet van ZonMw subsidies uit het programma Versterking organisatie eerstelijnszorg: Voor de ontwikkeling naar een sterkere organisatie in de eerste lijn zijn financiële middelen beschikbaar gesteld voor organisaties in de regio. We monitoren hoe en op welke thema's de middelen uit het ZonMw programma Versterking organisatie eerstelijnszorg worden ingezet.

2. Organisatie- en samenwerkingsontwikkelingen en knelpunten. Om hier inzicht in te krijgen is er een interviewstudie gedaan. Hierin lag de focus op ontwikkelingen naar meer regionale en lokale samenwerking, aansluitend bij de Visie eerstelijnszorg 2030. Deze ontwikkeling naar meer samenwerking wordt als belangrijke randvoorwaarde gezien voor de versterking van de organisatie van de eerste lijn.

Kernpunten

Inzet ZonMw subsidies

- ZonMw subsidies binnen het programma 'Versterking organisatie eerstelijnszorg' zijn door bijna alle (sub)zorgkantoorregio's aangevraagd en gehonoreerd.

Organisatie- en samenwerkingsontwikkelingen

- Regio's ervaren urgentie tot verandering en bouwen voort op bestaande samenwerkingen. IZA geeft hier een boost aan.
- Regio's ervaren het belang van werken aan een gemeenschappelijke taal. Kartrekkers met visie en afstemming met de achterban zijn hierin belangrijk.
- Monodisciplinair organiseren wordt vooral door kleinere beroepsgroepen als een uitdaging ervaren. Zorginhoudelijke samenwerking bestaat al wel meer, vooral op wijkniveau, en komt makkelijker van de grond.
- Knelpunten op de weg naar meer samenwerken worden ervaren op het gebied van het ontbreken van structurele financiering, het ongelijke speelveld, tegenstrijdige belangen, een benodigde transformatie van het systeem, de afstemming over regio-indelingen.

2.1 Indicatoren

In Tabel 4 staan de indicatoren vermeld waarmee inzicht wordt verkregen in de ontwikkeling naar een sterkere organisatie in de eerste lijn.

Tabel 4 Indicatoren voor 'De beweging naar een sterkere organisatie van de eerste lijn'

Indicator*	Bron
Inzet van ZonMw subsidies uit het programma Versterking organisatie eerstelijnszorg	
Overzicht van ZonMw subsidies binnen het programma Versterking Organisatie eerstelijnszorg	Data van ZonMw over gehonoreerde subsidieaanvragen
De mate waarin gestelde doelen van ZonMw subsidies binnen het programma Versterking Organisatie eerstelijnszorg in de eerste lijn zijn bereikt	
Organisatie- en samenwerkingsontwikkelingen	
Kwalitatieve verdieping op de analyse van betrokken organisaties bij regionale samenwerking op: 1. Ervaren effecten van regionale (eerstelijns) samenwerking 2. Succes en faalfactoren 3. Gevolgen voor de betrokken professionals, organisaties en de governance	Semigestructureerde interviews in drie regio's uitgevoerd door het Nivel

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

2.2 Methoden

- Het Nivel heeft bij ZonMw data opgevraagd over de toekenning van subsidies binnen het programma Versterking organisatie eerstelijnszorg. Naast data over het programma als geheel is aan alle 43 (sub)zorgkantoorregio's die de voorbereidingssubsidie hebben ontvangen door ZonMw de vraag gesteld of (een deel van) het voortgangsverslag met Nivel gedeeld mocht worden ten behoeve van deze monitor. Hiervoor is door het Nivel een toestemmingsformulier opgesteld. Er is één herinneringsbericht uitgestuurd. Het responspercentage is 70%. Van de 43 regio's hebben 29 regio's (67%) toestemming gegeven voor het delen van informatie in de voortgangsverslagen over de onderwerpen hechte wijkverbanden, regionale samenwerking en burgerparticipatie. Eén regio heeft aangegeven het verslag niet te willen delen. De voortgangsverslagen dateren uit kwartaal 2 en 3 van 2024.
- Hieronder staat de opzet van de kwalitatieve studie. De volledige methode is de vinden in Bijlage A. Interviews zijn gevoerd van november 2024 t/m februari 2025.

Selectie van (sub)zorgkantoorregio's

Omdat een kwalitatieve studie in alle (sub)zorgkantoorregio's niet haalbaar is binnen deze monitor zijn er drie casusregio's geselecteerd op basis van vier inhoudelijke categorieën: stedelijkheid, de mate van rondkomen van inwoners, geografische oriëntatie in Nederland en de samenwerkingsmaturatie. Met dit laatste wordt de mate van diverse, multidisciplinaire samenwerking bedoeld, op basis van de genoemde partijen de regioplannen (zie Bijlage A.2).

Respondenten

In Bijlage A.3 en A.4 staat het overzicht van de geïnterviewde partijen. Er zijn drie groepen respondenten:

1. In de drie casusregio's zijn tenminste twee eerstelijnszorgpartijen geïnterviewd, de coördinerende zorgverzekeraar, een organisatie die het burger en/of patiënten belang vertegenwoordigd en de trekker/een overkoepelende partij. Op deze manier is inzicht verkregen in de ervaringen op regioniveau.
2. Mensen van twee verschillende organisaties die in meerdere, niet-casusregio's betrokken zijn bij de beweging naar meer samenwerking in de eerste lijn. Op deze manier konden we een meer overkoepelend beeld geven van de ervaringen met de beweging naar meer regionale samenwerking, ook buiten de casusregio's.
3. Belangenorganisaties en veldpartijen die onderdeel zijn van de thematafel eerste lijn. Op deze manier is inzicht verkregen in landelijke ontwikkelingen en de rol die deze partijen spelen in het versterken van de organisatie in de eerste lijn.

Analyse

Alle interviews zijn via Teams gevoerd en opgenomen. De interviews zijn door een externe partij getranscribeerd. De transcripten zijn deductief geanalyseerd door twee onderzoekers door te coderen binnen de kaders van het framework voor sectoroverstijgende samenwerking van Bryson, Crosby en Stone (zie Bijlage A.6).

2.3 Bevindingen

In deel 1 van deze paragraaf beschrijven we thema 1, de inzet van de ZonMw subsidies uit het programma Versterking van de eerstelijnszorg (§2.3.1). In het tweede deel beschrijven we de resultaten van de kwalitatieve studie naar de beweging naar meer regionale en wijksamenwerking in de eerste lijn behorende bij thema 2: Organisatie- en samenwerkingsontwikkelingen en knelpunten (§2.3.2).

2.3.1 Inzet van ZonMw subsidies programma: versterking organisatie eerstelijnszorg

Een belangrijk subsidieprogramma voor de eerste lijn is het programma 'Versterking organisatie eerstelijnszorg' van ZonMw [36]. Het doel van dit programma is om (sub)zorgkantoorregio's te ondersteunen bij de implementatie van de Visie eerstelijnszorg 2030 om de organisatie van de eerstelijnszorg te versterken [37]. In Figuur 42 staat schematisch weergegeven hoe dit subsidieprogramma georganiseerd is, inclusief hoeveel aanvragen er tot de peildatum, 1 maart 2025, gehonoreerd zijn. De data in Figuur 42 zijn de deadlines voor het indienen van de subsidieaanvraag. ZonMw keurt over het algemeen alle aanvragen uiteindelijk goed, in sommige gevallen zijn hier wel een aantal aanpassingsronden voor nodig. Het totaal aantal aanvragen wordt vertekend door de aanpassingsronden, waardoor dit buiten beschouwing is gelaten in Figuur 42.

De voorbereidingssubsidie binnen dit programma is afgesloten. Deze kon ingezet worden om regionale samenwerkingsverbanden op te zetten en/of te versterken, plannen voor te bereiden om de eerstelijnszorg te versterken en aan te sluiten bij overlegtafels met voldoende mandaat vanuit de eerstelijnszorg [38]. Vervolgens kan de uitvoeringssubsidie ingezet worden om, aansluitend bij de Visie eerstelijnszorg 2030, een regionaal eerstelijnssamenwerkingsverband en voor iedere wijk een hecht wijkverband, op te zetten, uit te breiden en/of te versterken [39]. Ook (sub)zorgkantoorregio's die geen voorbereidingssubsidie hebben ontvangen kunnen de uitvoeringssubsidie aanvragen.

Naast deze subsidies biedt ZonMw ook twee vouchers aan binnen dit programma. De (sub)zorgkantoorregio's die geen voorbereidingssubidie hebben ontvangen konden de voucher 'voorbereiding op regionale samenwerking' aanvragen. Alle eerstelijnszorgsectoren kunnen per zorgdiscipline en per (sub)zorgkantoorregio een voucher 'Versterking monodisciplinaire organisatiegraad eerstelijnszorg' aanvragen, dit loopt door t/m 31 december 2025.

Voorbereidingssubsidie

Een eerste voorwaarde om de voorbereidingssubsidie aan te kunnen vragen was dat tenminste de volgende partijen waren aangesloten [38]:

- Eén of meerdere regionale huisartsenorganisaties;
- Minimaal 2 regionale samenwerkingsorganisaties op het gebied van wijkverpleging en/of Verzorging, Verpleging en Thuiszorg (VVT);
- De marktleider zorgverzekeraar.

Een tweede vereiste was dat er ook andere eerstelijnszorgpartijen betrokken waren, zoals paramedici, apothekers, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten en gemeenten [38].

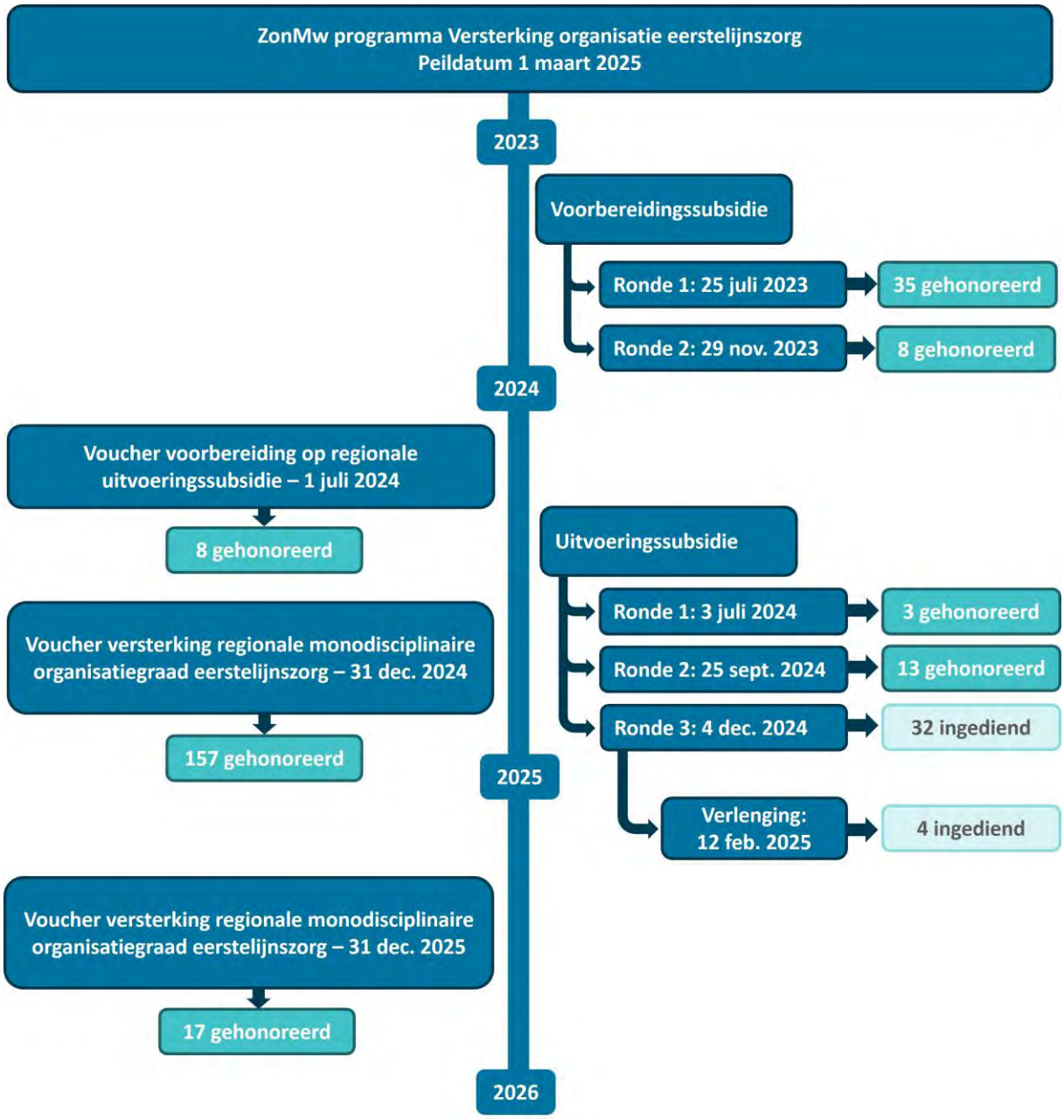
In het eerste jaar (2023) van dit programma kon de voorbereidingssubsidie worden aangevraagd, in twee subsidieronden. Bij de voorbereidingssubsidie waren er 55 (sub)zorgkantoorregio's. Van deze (sub)zorgkantoorregio's hebben in totaal:

- 43 regio's de voorbereidingssubsidie ontvangen;
- 8 regio's de voorbereidingsvoucher ontvangen;

- 4 regio's hebben geen voorbereidingsmiddelen gehad
  - Hiervan hebben 2 regio's wel al de uitvoeringssubsidie aangevraagd
  - De andere 2 regio's hebben nog geen subsidieaanvraag gedaan binnen dit programma.

Bij de uitvoeringssubsidie zijn er twee (sub)zorgkantoorregio's samengevoegd waardoor er nog 54 (sub)zorgkantoorregio's aanspraak kunnen maken op de uitvoeringssubsidie binnen dit programma.

Figuur 42 Subsidies en vouchers binnen het ZonMw programma 'Versterking organisatie eerstelijnszorg'



Voorbeelden van versterkte organisatie en meer samenwerking

Uit de voortgangsverslagen (Q2 en Q3 2024) behorende bij de voorbereidingssubsidie blijkt dat er veel in beweging is rondom het organiseren van nieuwe samenwerkingen en het versterken van bestaande samenwerkingen. De projecten en verbanden die hiervoor worden opgezet zijn in verschillende fasen van uitvoering. Hierdoor is het lastig om binnen afzonderlijke (sub)zorgkantoorregio's algemene uitspraken te doen. Een aantal in de verslagen genoemde voorbeelden van projecten die mogelijk kunnen bijdragen aan een sterkere eerste lijn zijn:

- Inzet van paramedici om de huisarts te ontlasten, bijvoorbeeld door de inzet van praktijkondersteuner (POH)-bewegen;
- Het regionaal samenwerkingsverband, dat in ontwikkeling is, wordt ingezet om inzicht te krijgen in de personele capaciteit van de verschillende sectoren om uitdagingen hierin gezamenlijk op te vangen;
- Meer afstemming tussen huisartsen, POH en sociaal domein waardoor een beter beeld wordt verkregen van elkaars expertise. Dit kan leiden tot meer samenwerking.

Uit de voortgangsverslagen van de voorbereidingssubsidie blijkt dat er wordt gewerkt aan mandatering en het opzetten van een goede organisatiestructuur en governance voor de samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. De (sub)zorgkantoorregio's geven aan nu in de fase te zitten waarin de focus wordt verlegd van (voornamelijk) inhoud naar de ontwikkeling van de structuur en governance van de eerstelijnssamenwerkingsverbanden. Hier is aandacht voor het goed aansluiten bij bestaande (domein-overstijgende) initiatieven om te voorkomen dat er vergelijkbare organisaties naast elkaar ontstaan of langs elkaar gaan werken. In verschillende (sub)zorgkantoorregio's is gezamenlijk vastgesteld dat er behoefte is aan een gezamenlijk plan van aanpak voor het uitwisselen van informatie d.m.v. een netwerkinformatiesysteem.

Verschillende (sub)zorgkantoorregio's zijn concreet bezig met het afbakenen van de wijken voor hechte wijkverbanden en in sommige gevallen ook al het toebedelen van wijken aan managers en het kiezen van vertegenwoordigers per zorgdiscipline. Een voorbeeld om dit stapsgewijs aan te pakken die meermaals wordt genoemd is door in 3 wijken per keer aan de slag te gaan. Zodra dit organisatorisch goed loopt wordt dit gestart in de volgende 3 wijken.

Ervaren knelpunten

Een aantal knelpunten voor de uitvoering van projecten worden vaker genoemd in de voortgangsverslagen. Deze knelpunten komen overeen met de knelpunten die in de interviewstudie naar voren kwamen.

- Verdere uitvoering van programma's, bijvoorbeeld valpreventie, komt op pauze, omdat er nog geen samenwerkingsafspraken zijn met zorgverzekeraars (Dit komt ook naar voren in uitdaging 3, passende zorg).
- Zorgverleners ervaren regionale plannen als 'te top-down' Er is behoefte aan minder "beleidstaal" en meer praktische communicatie en steun voor 'bottom-up' ideeën die al lopen.
- Het ontbreken van structurele financiering voor samenwerking voor paramedici.
- Het belang van monodisciplinaire en/of multidisciplinaire organisatie wordt nog niet overal door alle sectoren en/of zorgverleners ingezien wat verdere organisatie belemmert (ook van hechte wijkverbanden en een regionaal samenwerkingsverband).

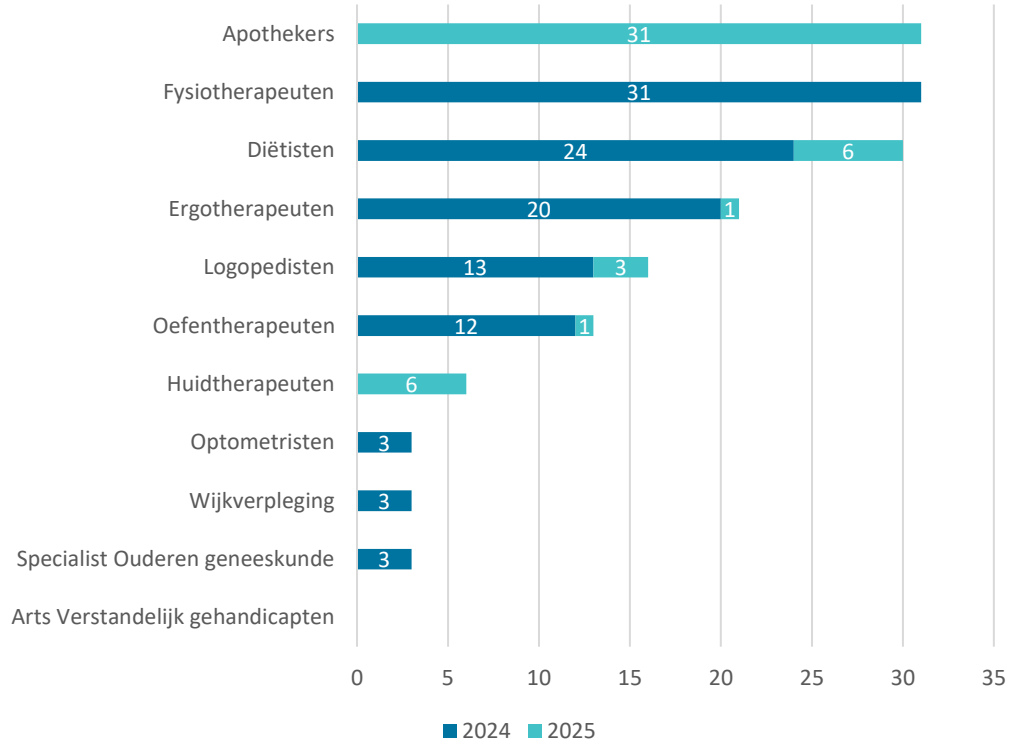
Voucher versterking regionale monodisciplinaire organisatiegraad eerstelijnszorg

Om sectoroverstijgend samen te werken is het van belang dat de verschillende partijen gemandateerd aan tafel kunnen zitten. Om hier stappen in te zetten binnen de eerste lijn biedt ZonMw in 2024 en 2025 een voucher aan om de monodisciplinaire organisatiegraad te versterken (Figuur 43).

Op peildatum 1 maart 2025 zijn 157 aanvragen gehonoreerd, de fysiotherapeuten en apothekers hebben de meeste gehonoreerde aanvragen (zie Figuur 43). Alleen de artsen verstandelijk gehandicapten hebben nog geen aanvraag gedaan op het peilmoment.

Uit de voortgangsverslagen van de voorbereidingssubsidie blijkt dat deze voucher in veel (sub)zorgkantoorregio's bekend is. In de verslagen staan plannen beschreven voor verschillende sectoren om deze voucher aan te vragen in 2025. In verschillende voortgangsverslagen wordt genoemd dat met name de optometristen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten worden regelmatig genoemd in de voortgangsverslagen als disciplines die nog onvoldoende monodisciplinair georganiseerd zijn om een aanvraag te doen. Dit sluit aan bij de data in Figuur 43, met weinig goedgekeurde vouchers voor deze sectoren. In de voortgangsverslagen komt ook naar voren dat niet alle organisaties die aanspraak kunnen maken op een voucher hier interesse in of behoefte aan hebben. Mogelijke redenen zijn dat ze geen onderdeel zijn van de ontwikkeling van een regionaal eerstelijnssamenwerkingsverband, of nog onvoldoende georganiseerd om gemandateerd een subsidieaanvraag in te dienen.

Figuur 43 Goedgekeurde ZonMw vouchers regionale monodisciplinaire organisatiegraad eerstelijnszorg, 2024 en 2025. Peilmoment: 1-3-2025



Regio-partijen over de ZonMw subsidies

De bekendheid met de verschillende ZonMw subsidies gericht op de versterking van de eerstelijnszorg is groot onder de regiopartijen. In alle (sub)zorgkantoorregio's werd aangegeven dat men bezig is met het aanvragen van deze subsidies. Een deel van de geïnterviewden ervaarde de subsidieaanvraag als complex. Hierbij speelden zowel een gebrek aan expertise als een gebrek aan tijd en capaciteit een rol. *"Sommigen vinden het moeilijk. [..] Het klinkt allemaal heel makkelijk en je kunt ook een kapstok maken om te zeggen: maar dit moet je allemaal invullen. Maar je moet het wel doen en je moet er wel ervaring in hebben. En we weten ook dat er best wel verschil zit in de ervaringsdeskundigheid op dat soort vlakken […]. En ook daar is natuurlijk ook een beperkte capaciteit." (Interview 8)*

Wat als positief en bevorderend voor de samenwerking wordt ervaren, zijn de eisen vanuit ZonMw welke partijen betrokken moeten zijn bij een aanvraag. Een knelpunt dat door de geïnterviewden wordt ervaren is de relatief korte tijd waarin subsidieaanvragen moeten worden geschreven en de gebruikte taal in subsidieoproepen, dit werd door sommige geïnterviewden als wollig ervaren. Ook ervaarden de geïnterviewden dat de subsidieaanvragen niet altijd aansluiten bij de fase van het proces waarin regio's zich bevinden. (Sub)zorgkantoorregio's zijn soms al verder, of kunnen de informatie waar om wordt gevraagd juist nog niet aanleveren omdat ze nog niet zover zijn. *"Ik heb eerder ook een aanvraag ingediend, maar daar werd uitgegaan dat er een aantal dingen al gereed waren, en die waren nog helemaal niet gereed. Dus daar kregen we steeds terug van: het is niet concreet genoeg. Ik zeg: maar ik kan het niet concreet maken, want dat onderzoek loopt nog, bijvoorbeeld. Dus het sluit naar mijn idee altijd gewoon lastig aan op de situatie waar je in zit." (Interview 10)*

Ook gaven een aantal geïnterviewden aan dat zij het verantwoordingsproces, dat verbonden is aan de subsidieaanvragen, als belemmerend ervaarden. Zij noemden dat er te veel regels worden gesteld aan het aanvragen van subsidies, terwijl transformeren juist vraagt om ruimte. Andere geïnterviewden begrijpen de wens om duidelijke uitkomsten te kunnen geven, maar zien nog geen mogelijkheid om dit te doen: *"Ik ben net bezig met een referentenfeedback van de uitvoeringssubsidie van Versterking Eerstelijn en dat ging precies hier over; een referent zegt: wat gaat de inwoner hier straks van merken en hoe beïnvloedt dat de zorg in de wijk en… Dus heel erg op outcome. Dat ik denk: ik snap het, ik snap die wens. Ik zou het ook graag willen weten, maar we kunnen dat niet aan de voorkant in getalletjes nu uitdrukken. Tenminste, nog niet. Dat komt hopelijk." (Interview 27)*

Uit de interviews kwam als bevorderende factor naar voren dat de ROS (Regionale Ondersteuningsstructuur) in verschillende (sub)zorgkantoorregio's ondersteunt bij het schrijven van subsidieaanvragen. Ook worden soms externe bureaus ingeschakeld. Een belangrijk nadeel hiervan betrof de hoge kosten die worden betaald vanuit een deel van het subsidiegeld in plaats van direct aan de zorg(transformatie).

Ondanks de ervaren belemmeringen zijn (sub)zorgkantoorregio's actief bezig met het schrijven van subsidieaanvragen en worden subsidies gezien als belangrijke drijvende kracht achter de beweging naar meer regionale samenwerking. Wel leeft bij de betrokkenen de vraag hoe het verder gaat met de opgezette samenwerkingsstructuren als de subsidies stoppen.

2.3.2 Organisatie- en samenwerkingsontwikkelingen

We rapporteren de resultaten van interviews met regionale partijen die actief zijn in één van de 3 casusregio's op basis van de vijf kaders uit het framework (zie methode): 1. uitgangssituatie, 2. proces, 3. structuur en governance, 4. onvoorziene omstandigheden en knelpunten en 5. uitkomsten. Vervolgens wordt dit aangevuld met het landelijke perspectief van de veldpartijen. Hierna volgt een kortere paragraaf vanuit het perspectief van de landelijke veldpartijen.

Regionale partijen over sectoroverstijgende samenwerking

Uitgangssituatie verschilt per regio

De ontwikkeling en ondertekening van het IZA door veel verschillende partijen is op zichzelf al een duidelijk teken van de urgentie tot verandering en realisatie dat samenwerking essentieel is om verandering mogelijk te maken. Volgens de geïnterviewden realiseren alle partijen zich dat ze anderen nodig hebben om de uitdagingen in de zorg aan te kunnen en de eerste lijn sterker te maken: *"Dat is eigenlijk nog steeds de soort glue. Het geloof is dat we het niet alleen kunnen. Dan moet je het met elkaar doen. En dat is nog steeds eigenlijk, hoe taai af en toe de vraagstukken, nog steeds hetgeen wat ons bindt, is de wil om die gezondheidskloof te dichten. En dus ook de noodzaak om samen te werken." (Interview 2)*

In alle interviews kwam naar voren dat er zoveel mogelijk voortgebouwd wordt op bestaande samenwerkingen. Het verschilt per (sub)zorgkantoorregio welke samenwerkingen dit zijn en of deze een aparte juridische entiteit zijn. Hoe meer samenwerkingsstructuren er al bestonden binnen de eerste lijn, des te sneller er plannen opgezet kunnen worden die passen bij de IZA ambities. De eerder opgebouwde vertrouwensrelaties spelen hier een belangrijke rol in volgens de geïnterviewden.

Het IZA heeft volgens de geïnterviewden als katalysator gewerkt voor het versterken en verder ontwikkelen van de samenwerking binnen de eerste lijn, zo blijkt uit de interviews. De geïnterviewden gaven aan dat dit merkbaar is doordat mensen van verschillende organisaties elkaar steeds beter weten te vinden.

Het includeren van het inwonerperspectief en het patiëntperspectief is nog niet vanzelfsprekend. Volgens de geïnterviewden wordt in de (sub)zorgkantoorregio's nog gezocht naar een goede structuur om deze perspectieven mee te nemen. Ook hier wordt voortgebouwd op bestaande structuren. Dit kan betekenen dat perspectieven van de ene patiëntengroep tot nu toe nog beter vertegenwoordigd werden dan die van anderen.

Volgens de geïnterviewden wordt op beleidsniveau de urgentie voor samenwerking gevoeld. Dit is nog niet het geval bij alle zorgverleners. Een volgende stap is, zo wordt genoemd door verschillende geïnterviewden, om de zorgverleners (weer) meer mee te nemen in het proces.

Proces naar vertrouwen vanuit gedeelde visie belangrijke succesfactor

Er zijn verschillende succesfactoren in het proces naar sterkere samenwerking die meermaals werden genoemd in de interviews in alle casusregio's. Ze zijn niet regio specifiek en op basis daarvan is er de verwachting dat tenminste een deel van deze knelpunten ook in andere (sub)zorgkantoorregio's invloed heeft op de ontwikkeling van samenwerking in de eerste lijn. Hieronder staan kort de door de geïnterviewden veel genoemde succesfactoren.

- Gelijkwaardigheid binnen het samenwerkingsverband;
- Persoonlijke continuïteit: niet te veel wisselingen in aanspreekpunten van organisaties;
- Duidelijke en gedeelde visie;
- Openheid en vertrouwen;
- Korte lijntjes (op bestuursniveau);
- Elkaars taal en manier van werken (leren) kennen.

Hierna worden een aantal terugkerende aspecten in het proces naar meer en sterkere samenwerking in de eerste lijn verder uitgewerkt. Hierin komen veel van de hierboven genoemde succesfactoren terug.

Investeren in korte lijntjes en begrip voor elkaar

De eerste lijn bestaat uit veel verschillende sectoren, met verschillende financieringsstructuren. Een thema dat regelmatig terugkwam in de interviews is het belang van elkaars taal leren kennen en ervaren hoe partijen elkaar kunnen helpen. Dit is een proces waar op dit moment in de (sub)zorgkantoorregio's veel geïnvesteerd wordt volgens de geïnterviewden. *"En we krijgen natuurlijk best wel vaak: o, maar dit is allemaal praten, maar ik heb liever dat we aan de voorkant in onze eerste governance stap, met z'n allen die inhoud snappen, elkaars taal spreken, goed naar elkaar luisteren." (interview 2)*

Een kernpunt in het proces naar meer samenwerking is persoonlijke continuïteit, dit komt in alle interviews naar voren. Als er veel wisselingen zijn in aanspreekpunten binnen een organisatie, belemmert dit de samenwerking. Uiteindelijk wordt er door de partijen naartoe gewerkt dat de samenwerking minder afhankelijk is van specifieke personen, maar dat de verschillende organisaties stabiel met elkaar verbonden zijn. Deze tweede stap maakt de samenwerking minder kwetsbaar, omdat het niet onderbroken wordt wanneer iemand niet meer beschikbaar is. *"Ik denk, het begint op persoonsniveau bij een paar mensen die dat doen, maar nu is het zo in elkaar vervlochten en geef je ook een soort voorbeeld dat het op zoveel plekken gebeurt dat het niet meer afhankelijk is van één persoon." (Interview 16)*

Hoever deze ontwikkeling is wisselt per (sub)zorgkantoorregio's en per samenwerking en is vooral afhankelijk van het startpunt. Het opbouwen van deze persoonlijke relaties en het benodigde vertrouwen kost veel tijd, aandacht en energie.

Gebruikmaken van bestaande samenwerking

Het erkende belang van gebruik maken van bestaande kennis en samenwerkingsstructuren wordt ook zichtbaar in het succes van verschillende programma's zoals valpreventie, zo werd meermaals genoemd. Omdat individuele praktijken geen aanspraak konden maken op deze subsidies zijn er monodisciplinaire organisaties ontstaan waar meerdere praktijken bij zijn aangesloten. Dit is in verschillende (sub)zorgkantoorregio's een basis voor monodisciplinair samenwerking. In de ontwikkeling van sectoroverstijgende samenwerking hebben programma's als Welzijn op Recept, het Verkennend Gesprek en de Digitale Voordeur een positief effect op het organiseren van verdere samenwerking.

"En dan kan het zijn dat er in de andere actielijnen zaken worden gedaan die heel erg raken aan wat er ook in onze actielijn stond. Dan moet je niet gaan zeggen: wij hadden het al. Wij maken ons eigen plan. Nee, dan ga je aanhaken. En dat is wat wij continu proberen te doen. Proberen te voorkomen dat er dingen dubbel gedaan worden en proberen juist effectief samen te werken, en van elkaar te leren en die uitwisseling te doen. Dat proberen wij als netwerkteam ook te faciliteren." (Interview 15)

Kartrekkers met visie

In meerdere interviews werd het belang van kartrekkers met visie benoemd bij het opzetten van nieuwe samenwerkingen, met name in de context van monodisciplinaire organisatie. *"Ik denk dat onze vorige voorzitter echt wel heeft gezien: we moeten als farmaceuten één, uit één mond praten, willen wij het overleven. En die kon het ook heel mooi verwoorden en daardoor heeft hij iedereen aangehaakt gekregen. Dus dat is iemand, een man met een visie die het goed over kan brengen, waardoor wij als apothekers zeiden van: ja." (Interview 7)*

Ook in het uitvoeringsproces zijn kartrekkers volgens de geïnterviewden belangrijk om de stap van de bestuurlijke laag naar de uitvoering van plannen te zetten. De geïnterviewden gaven aan dat zorgverleners zijn opgeleid om zorg te verlenen, niet om de logistiek van een transformatie te organiseren en dat niet iedere zorgverlener de interesse heeft om zich te verdiepen in het bestuurlijke perspectief. Wanneer een gedreven kartrekker met bestuurlijke ambities ontbreekt of later aansluit kan dit veel invloed hebben op het proces om te komen tot een sterke samenwerking.

Een geïnterviewde die via een regio-organisatie in meerdere (sub)zorgkantoorregio's actief is in het opzetten van samenwerkingsorganisaties reflecteert hier als volgt op: *"De professionals voelen dit als de top-down. Het wordt zo opgelegd, dus we gaan iets oprichten. Maar waarom dan en laten we daar maar in meedoen, want anders missen we de boot. Terwijl inderdaad, als je hun eigen urgentie aanboort, ik ben van mening dat het superveel meerwaarde heeft en uiteindelijk, als je met hen in gesprek gaat, zegt eigenlijk ook iedereen: wat een toegevoegde waarde. Maar dan moet je daar wel echt aandacht aan besteden en moeten ze daar met elkaar over in gesprek. En dan moeten ze zien: wacht, maar het beleid wil dit ook, dus dit is nu wel voor ons de kans, want het wordt nu gefaciliteerd. Op de een of andere manier moet je die link zien te leggen." (Interview 27)*

Aansluiting met de achterban

Aansluiting met de achterban van een regionale monodisciplinaire organisatie, zoals de aansluiting van een regionale fysiotherapie organisatie met individuele fysiotherapiepraktijken en zelfstandige fysiotherapeuten in de regio, werd door de geïnterviewden genoemd als een belangrijk element om tot goede, gemandateerde samenwerking te komen in een regionaal eerstelijnssamenwerkingsverband (RESV): *"Je ziet op het moment dat je mensen onvoldoende hebt aangehaakt en je komt bij de eindstreep, dan zeggen ze: nee. En dan heb je heel veel werk te doen om te repareren wat je eerder had moeten regelen. Want achteraf repareren is veel ingewikkelder dan aan de voorkant goed meenemen. Dus dat is denk ik het belangrijkste. Het, dat opbouwen van vertrouwen en draagvlak, dat kost heel veel tijd en energie. […] Zodat je aan de eindstreep ook daadwerkelijk relatief, dan met elkaar kunt zeggen: hier zeggen we ja tegen, handtekening erop en de deur uit." (Interview 16).* Het met regelmaat uitsturen van een nieuwsbrief en het organiseren van sociale informatieavonden werden als voorbeelden genoemd om de achterban succesvol te betrekken. Ook eerst de projecten oppakken die de meeste impact hebben kan bijdragen aan het vinden van de aansluiting met de achterban, volgens de geïnterviewden.

Hier kan volgens een geïnterviewde ook een rol liggen voor brancheverenigingen. Het voorbeeld werd genoemd van communicatiemateriaal dat door de branchevereniging was gemaakt om het makkelijker te maken om in de (sub)zorgkantoorregio uit te leggen welke impact geleverd kon worden door verder te verenigen en deel uit te maken van nieuwe samenwerkingsverbanden.

Een geïnterviewde van een regiopartij die in meerdere (sub)zorgkantoorregio's actief is in het opzetten van de samenwerking beschrijft het als volgt: *"We kennen de landelijke stukken, de landelijke visie en die delen we ook graag. Dus dat is de boodschap [naar de eerstelijnspartijen]. Alleen vind ik wel dat partijen dit zelf moeten willen. En dat is gewoon om eigenaarschap te creëren. Dat zie ik ook in mijn regio's, want ik ben met twee regio's bij dat paramedische stuk met name betrokken geweest, het monodisciplinair en multidisciplinair. En je ziet dat een aantal mensen dit heel goed snapt, maar ze krijgen de achterban heel moeilijk mee omdat zij zeggen: wat gaat dit precies opleveren? En ze willen dat heel concreet en tastbaar hebben." (Interview 27).*

Structuur en governance opzetten vormt een uitdaging voor regio's

In het opzetten van samenwerkingsstructuren zijn er twee thema's die, op basis van de interviews met regiopartijen, veel spelen in deze fase.

1. De monodisciplinaire organisatie van de eerstelijnssectoren.
2. Van theorie naar praktijk: uitwerking van lopende en nieuwe projecten.

De monodisciplinaire organisatie van de eerstelijnssectoren

Als er nog geen (volledige) mandatering is binnen een eerstelijnssector kan dit de samenwerking compliceren. Zonder gemandateerde, monodisciplinaire organisatie zijn er volgens de geïnterviewden te veel losse partijen om efficiënt af te stemmen. Mandatering is daarom een belangrijke stap in de regionale samenwerking, dit wordt ook zo ervaren door geïnterviewden uit verschillende sectoren. In de ontwikkeling van regionale eerstelijnsverbanden worden in de casusregio's geen partijen gemist, blijkt uit de interviews. Volgens de geïnterviewden dragen de ZonMw vouchers uit het programma Versterking organisatie eerste lijn er ook aan bij om de monodisciplinaire organisatiegraad te vergroten. Een voorbeeld om dit op te lossen kwam in één van de casusregio's ter sprake. In deze (sub)zorgkantoorregio zijn drie verenigde groepen binnen één sector. Door onderling af te stemmen of ze op inhoud (ongeveer) hetzelfde vertegenwoordigen voor de sector konden de groepen verdeeld worden over de verschillende werkgroepen waardoor ze als sector overal vertegenwoordigd zijn. In deze (sub)zorgkantoorregio werkt dat op het niveau van de uitvoering goed, ondanks dat er niet één regionaal gemandateerde partij is op dit moment.

Sectoren die al jaren monodisciplinair georganiseerd zijn, zoals de huisartsenzorg, hebben ook menskracht en kennis die ze kunnen besteden aan het verder ontwikkelen van een multidisciplinaire samenwerkingsorganisatie, geven geïnterviewden aan. Terwijl sectoren die nu volop bezig zijn om de monodisciplinaire organisatie voor elkaar te krijgen, zoals fysiotherapeuten en apothekers, dit nog zelfstandig en in eigen tijd moeten doen. In theorie zouden partijen die al in grotere mate monodisciplinair georganiseerd zijn, kunnen helpen in de verdere organisatie van de andere eerstelijnssectoren. Een van de regionale huisartsenorganisaties die is geïnterviewd gaf aan niet de taak op zich te kunnen nemen om de paramedici te verenigen. Als regionale huisartsenorganisatie hebben zij veel ervaring in het opzetten van een samenwerkingsstructuur, maar ze hebben de handen vol aan andere dossiers: *"We hebben het al waanzinnig druk met alles wat, met die ouderenzorg, krachtige basiszorg, samenwerking met de ziekenhuizen, GGZ zijn we druk mee, met die enorme wachtlijsten die er zijn. Hoe kunnen we tot een betere toedeling van de schaarste komen? Dat*

zijn al enorme dossiers. […] We hebben echt onze handen vol aan de dingen die echt over ons gaan." (Interview 3)

Van theorie naar praktijk: uitwerking van lopende en nieuwe projecten

Waar het eerste thema, de monodisciplinaire organisatie, meer organisatorisch is, is dit tweede thema, de stap van theorie naar praktijk, meer zorginhoudelijk georiënteerd. Hierin vinden de partijen elkaar makkelijker. Om de plannen verder te ontwikkelen en tot uitvoer te brengen worden er in de casusregio's actiegroepen, coalities (ook andere namen worden gebruikt, in dit rapport gebruiken we 'projectgroepen') opgezet rondom de verschillende zorginhoudelijke thema's. Deze 'projectgroepen' zijn onderdeel van een groter samenwerkingsverband. Hier wordt er soms bewust voor gekozen geen partij 'de baas' te maken om vanuit gelijkwaardigheid gezamenlijk de sectoroverstijgende vraagstukken aan te pakken. Er wordt in de casusregio's gewerkt aan de governance rondom deze zorginhoudelijke projectgroepen.

In de wijksamenwerking weten partijen elkaar op inhoud goed te vinden. Hierin kan ook voortgebouwd worden op bestaande teams (hometeams, buurtteams, e.a.). Uit de interviews blijkt dat dit regelmatig als enkel inhoudelijke samenwerking wordt gezien en dat de urgentie om te formaliseren in de vorm van een hecht wijkverband niet altijd wordt gevoeld. De visie en structuur van een hecht wijkverband in samenwerking met een RESV, zoals uitgelegd in het visiedocument eerstelijnszorg 2030, leeft nog niet overal op dezelfde manier.

In de casusregio's ligt de focus nu met name op de monodisciplinaire organisatie, maar er wordt ook hard gewerkt aan het bij elkaar brengen van de georganiseerde sectoren. De stap tot het ontwikkelen van een RESV, zoals gedefinieerd in de Visie eerstelijnszorg 2030[6], is nog niet gezet in de casusregio's. Dit is een processtap voor het komende jaar, zo werd genoemd in de interviews. *"Er is al van alles in de wijk en op verschillende plekken in de regio wordt er overstijgend nagedacht over wijkgericht werken. En hoe zorgen we nou dat die ideeën bij elkaar komen en ondersteunend zijn aan wat er al in de wijk gebeurt, in plaats van dat dat een blauwdruk wordt wat opgelegd gaat worden en juist gaat tegenwerken? Dus daar zijn wij ook heel erg naar op zoek." (Interview 27)*

Open gesprek centraal bij onvoorziene omstandigheden en knelpunten

Er zijn verschillende knelpunten die meermaals werden genoemd in de interviews in alle casusregio's. Ze zijn niet regio specifiek en op basis daarvan is de verwachting dat tenminste een deel van deze knelpunten ook in andere (sub)zorgkantoorregio's invloed heeft op de ontwikkeling van samenwerking in de eerste lijn.

Kern van de oplossing

In gesprek gaan en blijven en mensen (fysiek) bij elkaar brengen is de kernoplossing voor allerlei uitdagingen en knelpunten, aldus de geïnterviewden. Deze oplossing kwam in ieder interview meermaals terug.

Vanuit de inhoud en gedeelde doelstelling de knelpunten bespreekbaar maken en gezamenlijk naar oplossingen zoeken lijkt op basis van deze interviews een kernpunt te zijn in succesvolle samenwerking. Dit is de basis om uitdagingen, zoals tegengestelde belangen, op te lossen en samen verder te komen. De tijd nemen om op deze manier een sterke basis op te bouwen wordt als heel waardevol ervaren. Dit sluit ook aan bij de succesfactoren die genoemd zijn bij het kopje *proces*.

De waarde van continu afstemmen en mandatering

Een vertragende factor in het proces naar regionale sectoroverstijgende samenwerking is dat nog niet alle partijen in de (sub)zorgkantoorregio's gemandateerd aan tafel zitten. Daarbij speelt een rol dat in sommige sectoren, zoals de wijkverpleging, veel kleinere organisaties bestaan. Deze versnippering maakt het lastiger voor partijen om zich monodisciplinair te organiseren, maar zorgt er ook voor dat het voor andere eerstelijnspartijen lastig is om samenwerkingsafspraken te maken met de versnipperde sectoren: *"Wij hebben als huisartsenzorg al heel lang geleden gekozen voor drie preferente organisaties en dat zijn meestal drie van de wat grotere. […] Het zijn er zes of zeven echt wat grotere. En die zitten bijna altijd bij die drie preferente per huisartsenpraktijk. En we hebben gezegd: dat zijn de drie met wie wij zakendoen en verder, als patiënten per se iemand anders willen hebben, prima, maar daar hebben wij verder, wij praten daar niet mee, want we kunnen niet met 40 partijen praten." (Interview 3).*

Een kenmerk van de beweging naar meer regionale samenwerking in het kader van de IZA transformatie, die veel genoemd werd in de interviews, is het vele praten. Veel op bestuursniveau afstemmen, de terugkoppeling met de achterban en de moeilijkheden wanneer hier nog onvoldoende structuur in zit. Hierdoor ontstaat bij de achterban, de zorgverleners, het gevoel dat IZA alleen op bestuursniveau plaatsvindt en dat er enkel gepraat wordt en geen actie ondernomen, zo hoorden we vanuit verschillende regionale zorgorganisaties.

Onduidelijkheid over structurele financiering en borging

Een beperkende factor die regelmatig ter sprake kwam in de interviews is het ontbreken van perspectief op (toekomstige) structurele financiering. Zo is er bij verschillende geïnterviewden twijfel over het opzetten van nieuwe, formele governance structuren, omdat het niet duidelijk is of en hoe deze na het aflopen van IZA (2026) gefinancierd en daarmee geborgd zullen worden. Door het ontbreken van dit perspectief zijn partijen hier terughoudend in, ook vanuit een verantwoordelijkheidsgevoel naar inwoners en partners toe.

Ook het zogenoemde ravijnjaar van de gemeenten, 2026, werd door verschillende geïnterviewden genoemd als beperkende factor in het opzetten van nieuwe samenwerkingen met het sociaal domein. In dit jaar Het jaar houden een aantal bestaande financiële zekerheden van gemeenten op te bestaan. Het gaat dan onder andere om geld voor jeugdzorg en lokale voorzieningen als bibliotheken, scholen, woningbouw en dorpshuizen.

Een belangrijk algemeen aspect voor een succesvolle transitie met meer regionale samenwerkingen het borgen hiervan is consistentie, zo kwam in de interviews naar voren. Er zijn veel partijen betrokken, er worden veel stappen gezet en om iedereen aangehaakt te houden wordt consistentie, juist ook vanuit de politiek, als belangrijk gezien. Dit citaat vat deze ervaring van de geïnterviewden samen: *"Ook de politiek. Zeker politiek ook. Nu ook met de IZA weer. Dan denk ik: dan heb je net een overeenkomst, paar jaar, en dan stapt de ene weer eruit. Met alle legitieme redenen van dien, hoor. Maar er zit geen consistentie in. Of dan, op een gegeven moment, geen zzp'ers meer. Of we gaan toch bezuinigen op dit, of toch geen preventie, of... En consistentie is gewoon van belang, ook naar je communicatie naar de burger toe." (Interview 5)*

Tegenstrijdige belangen

Een centraal aspect van samenwerking dat veel genoemd werd in de interviews is dat mensen elkaar op inhoud goed weten te vinden, maar dat in de stap naar de uitvoering de verschillende belangen een drempel kunnen vormen. Het gaat hier vooral over de belangen van de individuele organisatie, die bijvoorbeeld bestaansrecht wil behouden, tegenover het gedeelde, regionale en algemene

belang. De prioritering van actiepunten kan ook complexer worden, omdat iedereen vanuit het perspectief van de eigen organisatie kijkt en meer urgentie ziet in projecten die het eigen domein aangaan.

"Kijk, dit stelsel is er niet gericht om partijen overeind te houden. Dit stelsel is gericht om ons van goede zorg te kunnen voorzien. Dat moeten we elke keer voor ogen hebben. En die burger en die patiënt, die staat voorop. Daar moet het goed voor zijn." (interview 4)

Transformatie van het systeem

De bestaande systemen, bijvoorbeeld voor het declareren van een multidisciplinaire aanpak in een behandeling, zijn in sommige gevallen nog niet mee getransformeerd. Dit kan samenwerking beperken, omdat zorgverleners zorg die op deze manier geleverd is niet kunnen declareren: *"Elke zorgverzekeraar werkt op een andere manier. Ze hebben andere regeltjes. Ze stimuleren ons om op paramedisch niveau te gaan samenwerken, maar op het moment dat er iets paramedisch gedeclareerd moet worden, daar zijn de systemen niet op ingericht." (Interview 8)*

Ook zijn niet alle zorgaanbieders even zichtbaar, wat de patiëntenstromen kan beïnvloeden, zo noemde een geïnterviewde: *"In ZorgDomein moet je zoveel contributie betalen dat kleine aanbieders hier vaak geen gebruik van maken. Dus is het onzichtbaar voor de huisartsen wat daar is aan inclusie en exclusiecriteria en wachttijden." (Interview 28)*

De IZA transformatie richt zich op de zorgverzekeringswet (Zvw). Dit wordt door verschillende geïnterviewden als beperkend ervaren. Het afstemmen van systemen en de verbinding leggen tussen verschillende systemen, ook buiten de Zvw, is volgens de geïnterviewden ook noodzakelijk om de zorg in het algemeen, en de eerste lijn specifiek, te versterken.

Ongelijk speelveld

Sectoren hebben een verschillend startpunt wat betreft de monodisciplinaire organisatie en daarmee de mogelijkheid om gemandateerd mee te praten over de beweging naar een sterkere eerste lijn. Het ontbreken van overleggelden, waar veel eerstelijnssectoren mee te maken hebben, leidt er ook toe dat sectoren strikt keuzes moeten maken waar ze wel en niet aan tafel zitten. Het systeem van pay-for-performance, waarbij zorgverleners alleen de tijd die aan directe patiëntenzorg wordt besteed kunnen declareren, werkt hier als een beperkende factor voor samenwerking. De combinatie van concurrentie, met name binnen de paramedie, en de lage tarieven in deze sectoren beperken de mogelijkheden tot samenwerkingen, dit werd door geïnterviewden uit verschillen sectoren genoemd, zowel binnen als buiten de paramedie. Het huidige stelsel is gebouwd op ondernemerschap, dit betekent dat met name in de paramedici gevraagd wordt om eigen tijd te investeren om te kunnen samenwerken. Soms kunnen vacatiegelden uitkomst bieden in het bieden van overleggeld aan bijvoorbeeld paramedici. Dit is volgens de geïnterviewden niet houdbaar op de lange termijn. *"Het gaat mij om die mensen die nu vakantiedagen of uren vrij, moeten opgeven om deel te nemen aan al die platforms en werkgroepen." (Interview 11)*

Groei van een monodisciplinaire organisatie wordt soms ook bewust niet opgezocht, omdat het bestuur van deze organisatie het bijkomende werk anders niet aan kan. Acquisitie wordt in dit geval dan bijvoorbeeld vermeden. Wanneer partijen, door het ontbreken van overleggeld, minder aan tafel zitten betekent dit ook dat deze organisaties er zelf goed voor moeten waken dat ze bij de relevante thema's niet vergeten worden. *"Huisartsen kunnen heel erg veel geld krijgen van de O&I-gelden. Dat geldt niet voor apothekers. Wij betalen alles nog zelf en dat doen we al zes jaar lang." (interview 7)*

Het heeft volgens geïnterviewden voordelen dat zorgverleners zelf de regie hebben binnen een regionaal samenwerkingsverband, omdat zij het veld goed kennen. Bij hen ontbreekt soms wel de bestuurlijke kennis en kunde die nodig is voor het opzetten van nieuwe samenwerkingsorganisaties en vertegenwoordiging aan de IZA tafels, zo gaven ze zelf aan in de interviews. Hierin bijleren vraagt veel tijd en aandacht, wat als een uitdaging ervaren wordt met de IZA tijdslijn. Omdat het inbrengen van iemand van buiten het eigen veld de dynamiek in een nieuwe samenwerking kan beïnvloeden wordt er soms voor gekozen om, in ieder geval op kortere termijn, het bestuur door mensen uit het werkveld te laten doen. Er wordt aangegeven dat een passende opleiding voor het opzetten en besturen van mono- en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden ontbreekt, terwijl hier wel behoefte aan is. Ook het ontbreken van de financiële ruimte om ervaren bestuurders, voorzitters, e.d. in te huren speelt mee in de keuze het bestuur nu als zorgverleners zelf te blijven doen.

Keuze in regio-indelingen

Een extra uitdaging die in sommige (sub)zorgkantoorregio's speelt is dat er eerst keuzes gemaakt moeten worden over de exacte regio-indeling waarvoor een samenwerkingsverband wordt opgezet. Dit is een factor die ervoor kan zorgen dat het opzetten van nieuwe samenwerkingsorganisaties in de ene (sub)zorgkantoorregio's sneller gaat dan in andere. Vanuit IZA is het uitgangspunt om de zorgkantoorregio's aan te houden, maar om goed aan te sluiten bij de regionale uitdagingen kan er ook gekozen worden deze te splitsen in verschillende (sub)zorgkantoorregio's.

"Landelijk wordt gestuurd op de RHO, maar in onze regio werd gezegd: nee, laten we aansluiten bij de regioplan organisatie. En dat is een andere regio-indeling en dat heeft wel consequenties. […] Iedereen heeft sinds twee jaar gezegd: oké, dan is dit de nieuwe regio. Hebben we eindelijk een echte regio, want het was altijd een beetje onduidelijk wat de regio was. Het zijn acht gemeenten, heel specifiek gekaderd. En die RHO-regio is gewoon een beetje een oude bestaande structuur van de huisartsen, wat nu niet meer de samenwerking is eigenlijk. Dat is gewoon de RHO-regio."
(Interview 27)

Bij het afstemmen van de regio-indelingen spelen ten minste twee factoren mee volgens de geïnterviewden. Ten eerste moesten er in bepaalde regio's keuzes gemaakt worden over de scheidslijnen tussen subzorgkantoorregio's. Dit speelde niet bij regio's waar veel samenwerking al plaatsvindt op het niveau van de hele zorgkantoorregio. Het verzorgingsgebied van ziekenhuizen is een belangrijke factor die de afbakening van subzorgkantoorregio's bepaalt.

Daarnaast hebben de verschillende eerstelijnspartijen ook hun eigen werkgebied en regio-indeling. Hierin kunnen grote verschillen zitten wat vroeg om aanpassingen en afstemming. In sommige (sub)zorgkantoorregio's kwam hier een extra uitdaging bij wanneer ze te maken hadden met twee hoofdverzekeraars.

Uitkomsten van nieuwe samenwerking: basis is gelegd

In deze zorgtransitie en de beweging naar meer regionale en lokale samenwerking hebben veel factoren invloed op het succes. Niet op alle deze factoren hebben de betreffende partijen invloed, zoals politieke keuzes. In alle regio-interviews horen we energie, positiviteit en veerkracht terug ondanks uitdagingen, beperkende factoren en frustraties. In veel (sub)zorgkantoorregio's zijn nog geen concrete doelen van het samenwerkingsverband opgesteld, omdat men veelal nog bezig is met het vormgeven en formaliseren van de samenwerking. Het is daarom nog te vroeg voor een evaluatie van de uitkomsten van de samenwerking.

Er zijn veelal korte lijntjes opgezet tussen bijvoorbeeld eerstelijnsorganisaties die al monodisciplinair georganiseerd zijn, de zorgverzekeraar en gemeenten, wat de regionale samenwerking op bestuursniveau versterkt. Dit wordt gezien als de basis voor de RESV's die opgezet zullen worden. Op wijkniveau zijn er al veel samenwerkingsafspraken, zo blijkt uit de interviews, er wordt nog gezocht naar passende manieren om dit te formaliseren. Hierbij is er veel aandacht voor het behoud van alles dat al goed werkt in de wijk.

Een voorbeeld van de uitkomst van samenwerking die werd genoemd is: *"Kijk, aan de ene kant zijn we natuurlijk gefrustreerd, omdat we niet exact kunnen meten of blauw kunnen meten wat de successen zijn. Maar doordat er een samenwerking is ontstaan - ik noem maar wat - op wijkniveau tussen de eerstelijnsverloskundige en het ziekenhuis, dan lijkt het alsof er niks gebeurd is. Maar in de praktijk blijkt dan ineens toch dat er door die betere samenwerking er minder medische bevallingen plaatsvinden. Dus het is er een afgeleide van." (Interview 1)*

Cliëntenorganisaties, zowel regionaal als landelijk, werken hard om ervoor te zorgen dat het burgerperspectief goed meegenomen wordt in alle plannen en meer is dan enkel een vinkje: *"Onze eigen doelstelling is dat wij ons overbodig maken, dat het zo gewoon is met inwoners te betrekken bij het ontwikkelen en uitvoeren van beleid, dat we dat helemaal niet meer nodig hebben. Maar ik schat in dat we nog wel een jaar of tien nodig hebben voordat we zover zijn." (Interview 11)*

Samenwerkingen tussen vakgroepen leiden tot initiatieven die zowel voor zorgverleners als patiënten voordelen bieden. In één van de interviews werd als voorbeeld een samenwerkingsafspraak tussen psychiaters en specialisten ouderengeneeskunde genoemd. De psychiaters wilden stoppen met de inbewaringstellingsbeoordeling (IBS-beoordeling) vanwege de hoge werkdruk. Dit zou veel extra werk opleveren voor de specialisten ouderengeneeskunde (SO) om een nieuwe procedure op te tuigen die buiten hun expertise ligt. De vakgroepen zijn met elkaar in gesprek gegaan met als conclusie dat de psychiaters de IBS-beoordelingen blijven doen en dat de SO's in de off-hours direct beschikbaar zijn voor somatische vraagstukken of de specifieke vraagstukken voor kwetsbare ouderen in de psychiatrie. Dit scheelt wachttijd bij en druk op de spoedeisende hulp of huisartsenspoedpost waar deze vragen anders terecht komen.

Landelijke veldpartijen over sectoroverstijgende samenwerking

Overeenkomstig het beeld dat naar voren kwam uit de interviews met de regiopartijen gaven de veldpartijen aan dat hun achterban over het algemeen het belang van samenwerken inziet. Zorgmedewerkers voelen de urgentie en ervaren dat ze de toenemende zorgvraag niet alleen kunnen oppakken: *"Dus die [zorgmedewerkers] die hebben gewoon een zorghart en die vinden het verschrikkelijk om nee te moeten zeggen. Maar die moeten ook voor zichzelf en voor hun team zorgen dat die niet omvallen, dus ik verwacht dat die het alleen maar toejuichen om elkaar op te zoeken." (Interview 21).*

Samenwerking met het sociaal domein

Er werd in de interviews genoemd dat er al veel wordt samengewerkt binnen de eerste lijn, met name in de wijk en op patiëntniveau. Volgens de veldpartijen zou er verder ingezet moeten worden op de samenwerking met het sociaal domein. Daarbij speelt volgens de geïnterviewden een rol dat zorgverleners niet altijd weten wat het sociaal domein doet: *"Onbekend maakt onbemind. Je weet ook niet eens wat voor kansen er liggen, wat de gemeentes doen en betekenen." (Interview 13)*

Concrete initiatieven waarbij samenwerking plaatsvindt tussen het sociaal domein en andere eerstelijnspartijen, zoals Welzijn Op Recept en de Digitale Voordeur, kunnen volgens de geïnterviewden bijdragen aan het versterken van de samenwerking. Veldpartijen gaven daarbij aan dat het voor zorgverleners van belang is om in samenwerkingsverbanden de inhoud te volgen en van daaruit de samenwerking verder uit te breiden: *"Ik denk dat je, dat we dit moeten opbouwen vanuit een onderwerp wat speelt in een bepaalde regio, dus als je ziet dat er in een bepaalde regio heel veel ouderen zitten, laat dan de partijen met elkaar op dat onderwerp - want daar hebben ze gelijk profijt van - met elkaar samenwerken. Dan ontstaat er in mijn ogen al een samenwerkingsverband en daar kun je uiteindelijk natuurlijk het breder opbouwen dat je ook andere onderwerpen erbij gaat betrekken. Maar dan bouw je denk ik wel iets op, op de manier waarop het aansluit bij die regio." (Interview 26)*

Ontwikkeling regionaal eerstelijnssamenwerkingsverband (RESV)

Hoewel er volgens de veldpartijen door alle betrokkenen hard wordt gewerkt aan het versterken van de samenwerking in de eerste lijn, bestaat het RESV zoals beschreven in het visiedocument eerstelijnszorg 2030 op dit moment nog niet of nauwelijks. Verschillende veldpartijen gaven aan dat het van belang is in de komende jaren te werken aan het opzetten hiervan, omdat RESV's in de toekomst gecontracteerd zullen worden door zorgverzekeraars: *"Ik heb ze niet helemaal paraat hoor, maar ik meen dat in 2028 in ieder geval de RESV's gecontracteerd moeten worden. Zo hebben we het nu voor ogen met elkaar. Maar het bestaat nu nog niet. Het is iets wat nog moet... Wat zich nog moet zetten. En het belangrijkste is natuurlijk van partijen die daar in zo'n RESV gaan zitten, zijn die op een goede manier ook georganiseerd? Dus zijn alle zorgsoorten, zorgaanbieders, hebben die zich onderling goed georganiseerd zodat ze ook regionaal afspraken kunnen maken die ergens over gaan. Die eerste stap, die zie je dat die nu ook gezet wordt." (Interview 17)*

Samenwerking binnen de paramedie

Een specifiek punt dat naar voren kwam tijdens de interviews met de veldpartijen ten aanzien van multidisciplinaire samenwerking is het paramedisch platform, waarin verschillende paramedische sectoren verenigd zijn zowel regionaal als landelijk. Paramedische beroepsgroepen gaven aan dat het lastig is om namens de gehele paramedische sector te spreken bij regionale overlegstructuren, door de grote verschillen tussen de sectoren onderling: *"De paramedische sector bestaat niet. Verschillende aanspraken, verschillende partners, verschillende zorgsoorten. Soms horizontaal in de*

lijn, soms verticaal in de lijn. We proberen in ieder geval aan de achterkant zo goed mogelijk samen te werken. Maar als het gaat, echt om het doen van standpunten naar buiten toe, dan is dat gewoon wat lastiger." (Interview 20)

Het paramedisch platform stelde dat op basis van de inhoud van een specifieke projectgroep bekeken moet worden welke paramedische sector het best kan aansluiten of dat ze dit als verenigd platform kunnen doen. Andere eerstelijnspartijen gaven daarentegen aan het prettig te vinden wanneer de paramedische sector altijd als geheel aansluit bij overleggen, omdat dit het aantal betrokken partijen verkleint en daarmee de besluitvorming bevordert: *"Het zou ontzettend helpen als die paramedie zich gezamenlijk aan die bestuurlijke tafel zet. Als je een bestuur wil vormen met slagkracht, moet je niet met veertien personen aan tafel gaan zitten, waar de helft geen oplossing is van jouw probleem, wat je bespreekt." (Interview 22).* Partijen lijken dus van mening te verschillen over de mate van benodigde vereniging van de paramedie.

De rol van de eerstelijns veldpartijen

Veldpartijen zagen hun eigen rol in het versterken van de samenwerking binnen de eerste lijn vooral in het bij elkaar brengen van partijen, zowel binnen regio's als tussen regio's. Een geïnterviewde gaf aan dat de beroepsvereniging beschikt over de gegevens van alle leden in een bepaalde (sub)zorgkantoorregio, waardoor deze zorgverleners die zich binnen de betreffende (sub)zorgkantoorregio monodisciplinair willen organiseren bij elkaar kan brengen: *"En ik heb altijd gezegd: als je wilt dat [zorgverleners] zich organiseren in de regio, kom dan even bij ons langs, want wij hebben die kaartenbak. Wij hebben die leden." (Interview 20)*

Ook bieden sommige veldpartijen ondersteuning aan bij het vergroten van de monodisciplinaire organisatiegraad door bijvoorbeeld trainingen aan te bieden. Vanuit de veldpartijen vinden daarnaast voorlichtingen plaats over het IZA en de bijbehorende ontwikkelingen en worden bijeenkomsten georganiseerd waarin zorgverleners uit verschillende (sub)zorgkantoorregio's goede voorbeelden en ervaringen uitwisselen: *"Dus we hebben iemand uit de regio gevraagd van: kan je iets komen vertellen? En dan gaan we met elkaar het gesprek aan van: wat ging er goed, wat ging er minder goed? Dan voor en daarna, laten we wel even wat vallen over: wat zien we nou landelijk? Dan pakken we even terug op de visie en dan gaan we ook goed informeren van: wat hebben jullie nou nodig om dit op een goede manier handen en voeten te geven?" (Interview 19).*

Inwoners én patiënten

Een laatste punt dat in de interviews met de veldpartijen naar voren kwam, is het onderscheid tussen het inwoner- en patiëntperspectief. Door één van de veldpartijen werd aangegeven dat in sommige (sub)zorgkantoorregio's wordt gekozen om het brede inwonerperspectief mee te nemen in plaats van het patiëntperspectief, maar dat deze perspectieven niet hetzelfde zijn: *"Met concentratie en spreiding van zorg, vind ik altijd wel een heel mooi voorbeeld wat ik vanuit de oncologische zorg ken, is dat daar wordt gezegd, ook cliëntenraden zeggen dat: patiënten willen eigenlijk niet reizen, willen de zorg dichtbij houden. Terwijl als je het aan patiënten vraagt, die willen best wel langer dan een half uur reizen voor goede oncologische zorg. Als ze maar wel weten ook dat vervoer geregeld is, bijvoorbeeld. Dus zij kijken daar heel anders tegenaan dan dat de gemiddelde inwoner daar tegenaan kijkt." (Interview 23).* Daarbij werd aangegeven dat het van belang is dat patiëntvertegenwoordigers opgeleid worden om het brede patiëntperspectief te vertegenwoordigen en een vergoeding ontvangen voor hun werkzaamheden.

3 Uitdaging 3: Passende zorg in de eerste lijn

Een kernelement in het IZA is het streven naar meer passende zorg, met de volgende principes [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.

Kernpunten

Meer tijd voor de patiënt

- Door zorgverzekeraars wordt sinds 2016 ingezet op contractering van Meer Tijd voor de Patiënt (MTVP). Het percentage huisartspraktijken dat gebruik maakte van MTVP is gestegen van 1,8% in 2022 naar 82,1% in 2023. Voor zorggebruikers geldt dat 89% zegt meestal of altijd voldoende tijd te hebben tijdens een consult. Dit is iets gedaald ten opzichte van een jaar eerder.

Samen beslissen

- Zorggebruikers zijn over het algemeen tevreden over samen beslissen in de eerste lijn.

Meer aandacht voor kwaliteit van leven en preventie

- In de meeste gemeenten is gestart met de implementatie van ketenpakketten Kansrijke Start en Sociaal Verwijzen.
- Burgers spreken weinig met hun eerstelijnszorgverleners over onderwerpen op het gebied van leefstijl en kwaliteit van leven. Een klein deel zou dit wel willen.

Continuïteit van zorg

- Zorggebruikers zijn over het algemeen positief over de samenwerking tussen hun zorg- en hulpverleners. 65% ervaart deze samenwerking als goed en 25% als redelijk.
- Het aantal verzekerden dat niet staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk neemt toe.

Digitalisering

- De meerderheid van de zorggebruikers uit de algemene bevolking en de zorggebruikers met een chronische ziekte geeft aan dat hun afspraken met de huisartsenpraktijk en thuiszorg niet digitaal hebben plaatsgevonden. Wel staat een groot deel hiervoor open.

3.1 Indicatoren

In Tabel 5 staan de indicatoren vermeld waarmee inzicht wordt verkregen in de beweging naar passende zorg in de eerste lijn.

Tabel 5 Indicatoren voor 'Passende zorg in de eerste lijn'

Indicator*	Bron
Meer tijd voor de patiënt (MTVP)	
Aandeel contractering MTVP door huisartspraktijken	Declaratiegegevens van Vektis
Door zorggebruikers ervaren mate van tijd om te bespreken wat voor hen belangrijk is tijdens een consult met de huisarts	Consumentenpanel Gezondheidszorg
Samen beslissen	
Door zorggebruikers ervaren mate van betrokkenheid bij beslissingen over hun gezondheid en zorg	Consumentenpanel Gezondheidszorg
Preventie en kwaliteit van leven	
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) sociaal verwijzen	GALA Monitor RIVM
Aandacht voor preventie tijdens consulten met eerstelijnszorgverleners	Consumentenpanel Gezondheidszorg
Aandacht voor kwaliteit van leven tijdens consulten met eerstelijnszorgverleners	
Continuïteit van de zorg	
Percentage niet-ingeschreven patiënten bij een huisartsenpraktijk van alle verzekerden in Nederland	Declaratiegegevens van Vektis
Door zorggebruikers ervaren samenwerking van zorgverleners	Consumentenpanel Gezondheidszorg
Aanwezigheid van centraal aanspreekpunt voor zorggebruikers	
Door zorggebruikers ervaren afstemming van zorg(informatie) tussen zorgverleners	
Aanwezigheid van individueel zorgplan	Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten
Digitalisering	
Door zorggebruikers ervaren mate van aanbod en gebruik van en ervaringen met digitale zorg	Consumentenpanel Gezondheidszorg (Dashboard Monitor Digitale Zorg) Nationaal Panel Chronisch Zieken en Gehandicapten (Dashboard Monitor Digitale Zorg) Nivel Panel Verpleging & Verzorging (Dashboard Monitor Digitale Zorg) Panel KNMG (Dashboard Monitor 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	

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

3.2 Methoden

Om inzicht te geven in de beweging in passende zorg in de eerste lijn, wordt in dit hoofdstuk gebruikgemaakt van de volgende databronnen en methoden:

- Vragenlijst onder alle 10.343 leden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg, verstuurd in september 2024. 4.607 panelleden vulden de vragenlijst in (45% respons). We duiden deze groep aan als 'burgers', 'zorggebruikers' of, wanneer we deze groep vergelijken met het NPCG, 'zorggebruikers uit de algemene bevolking' (zie de inleiding voor de definities van burgers en zorggebruikers). Zie voor meer informatie: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg | Nivel.

- Vragenlijst onder zelfstandig wonende leden van het Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG) van 18 jaar en ouder met een (medisch vastgestelde) chronische ziekte en/of een lichamelijke beperking, verstuurd naar 2.316 leden met een chronische ziekte in april 2023. 1.695 panelleden vulden de vragenlijst in (73% respons). We duiden deze groep aan als 'zorggebruikers met een chronische ziekte'. Zie voor meer informatie: Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten | Nivel.

- Vragenlijsten die in de periode april – juli 2024 zijn uitgezet onder het Consumentenpanel Gezondheidszorg, het NPCG, het Nivel Panel Verpleging & Verzorging (V&V) en het panel van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (KNMG) in het kader van de Monitor Digitale Zorg, waarin de inzet van en de ervaringen met digitale zorg worden gemonitord door het Nivel, RIVM en National eHealth Living Lab (NeLL). Zie voor meer informatie: Monitor Digitale zorg 2024-2027 | Nivel.

- Vektis-cijfers over het totaal aantal verzekerden dat niet staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. Zie voor meer informatie: Vektis-Dashboard Huisartsenzorg'.

- Jaarlijkse declaratiecijfers van Vektis van percentage huisartspraktijken de MTVP hebben gedeclareerd die Zorginstituut Nederland tot haar beschikking heeft.

- Cijfers over percentage gemeenten die tekenpakketten zijn opgestart, opgehaald uit vragenlijsten onder gemeentes in kader van de Gezond Actief Leven Akkoord (GALA)-monitor uitgevoerd door het RIVM. Zie Rapportage GALA-monitor 2024. Een eerste stand van zaken voor meer informatie.

In Bijlage B staat een uitgebreide toelichting op de methoden.

3.3 Bevindingen

In deze paragraaf worden de bevindingen van de 5 thema's van passende zorg gepresenteerd. Meer tijd voor de patiënt (§3.3.1), Samen beslissen (§3.3.2), Preventie en kwaliteit van leven (§3.3.3), Continuïteit van zorg (§3.3.4) en digitalisering (§3.3.5). Het zesde thema, het perspectief van de zorggebruiker, is onderdeel van al deze paragrafen.

3.3.1 Meer tijd voor de patiënt

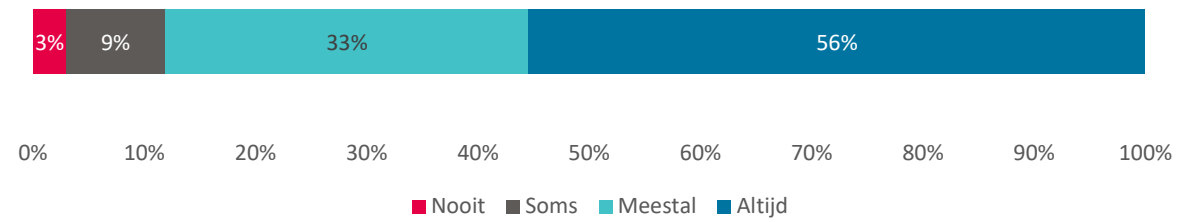
Meerderheid van huisartspraktijken maakt gebruik van MTVP
Vanaf 2016 wordt door zorgverzekeraars Meer Tijd Voor de Patiënt (MTVP) vergoed, waarmee

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 het percentage huisartspraktijken dat MTVP heeft gedeclareerd is toegenomen van 1,8% in 2022 naar 82,1% in 2023 [40]. Zie hier in de resultaten van de doelgroepen monitor informatie over het percentage huisartspraktijken dat MTVP heeft gedeclareerd uitgesplitst naar wijken met verschillende mate van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Meerderheid zorggebruikers tevreden over duur consult bij de huisarts

MTVP is ook vanuit het perspectief van zorggebruikers onderzocht middels een vragenlijst onder het Consumentenpanel. In 2024 gaf 89% van de zorggebruikers aan *altijd of meestal* voldoende tijd te hebben om tijdens een afspraak met hun huisarts alle dingen te bespreken die voor hen belangrijk zijn (zie Figuur 44). Dit lijkt een daling van 6% ten opzichte van 2021, toen dit percentage 95% bedroeg, maar dit kon niet worden getoetst. Zorggebruikers die aangaven ten minste één ziekte, aandoening of klacht te hebben of te hebben gehad in de afgelopen twaalf maanden ervoeren minder vaak *altijd* voldoende tijd te hebben om alles wat voor hen belangrijk is te bespreken (54%) dan zorggebruikers zonder ziekten, aandoening of klachten (63%). Daarnaast ervoeren zorggebruikers van 18-39 jaar minder vaak voldoende tijd hiervoor te hebben (46%) dan zorggebruikers van 65 jaar en ouder (58%). Zorggebruikers van 18-39 jaar (5%) en zorggebruikers met een matige of slechte ervaren gezondheid (4%) gaven het vaakst aan nooit voldoende tijd te hebben. We weten niet of verschillen tussen zorggebruikers voortkomen uit ingeschreven staan bij een huisartsenpraktijk die wel of geen MTVP heeft gedeclareerd, omdat we niet weten bij welke huisartsenpraktijk zorggebruikers staan ingeschreven.

Figuur 44 Heeft u tijdens een afspraak met uw huisarts voldoende tijd om alle dingen die voor u belangrijk zijn te bespreken? (N=3.364),***



* Burgers die aangaven niet naar de huisarts te zijn geweest in de afgelopen twaalf maanden zijn niet meegenomen bij het berekenen van de percentages.

** Door afronding tellen percentages niet op tot 100%.

3.3.2 Samen beslissen

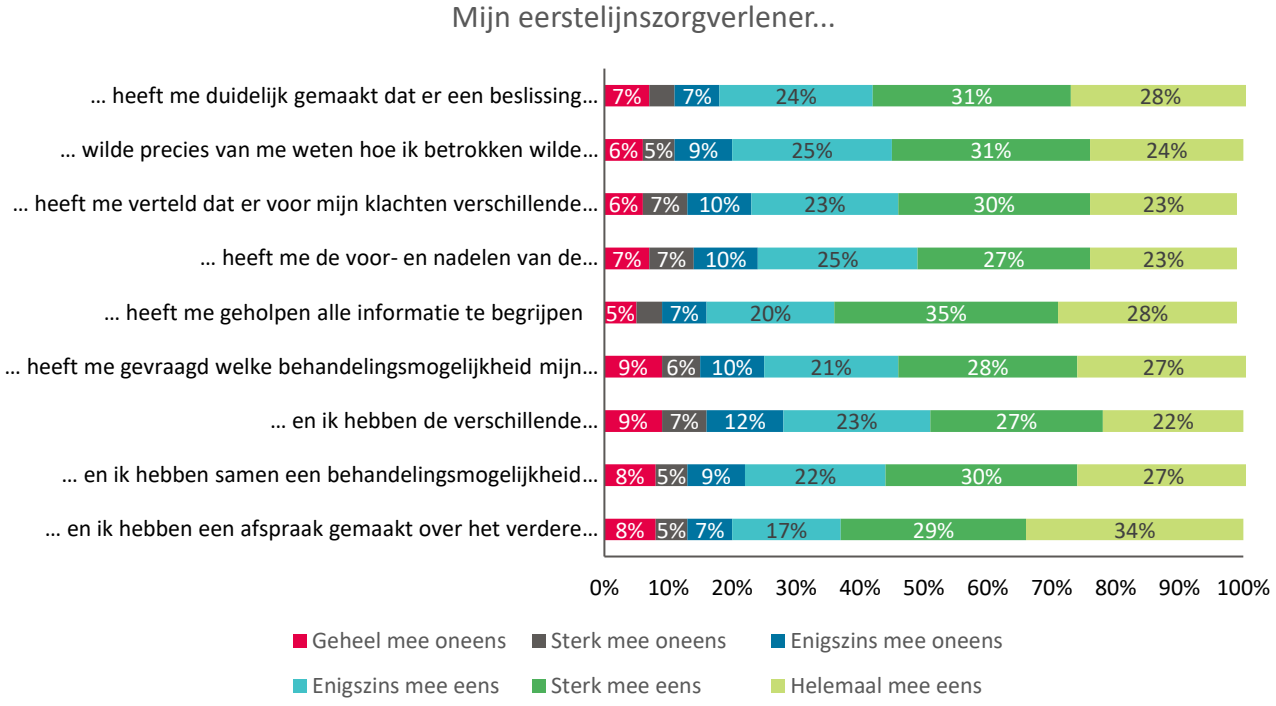
Samen beslissen is het proces waarbij zorgverlener en patiënt of cliënt samen een beslissing nemen over een behandeling of bepaalde zorg. Hierbij bespreken zij risico's, voor- en nadelen van verschillende behandelopties en persoonlijke wensen en voorkeuren van de patiënt met elkaar.

Zorggebruikers zijn over het algemeen tevreden over samen beslissen in de eerste lijn

De ervaren mate van betrokkenheid van zorggebruikers bij beslissingen over hun gezondheid en zorg binnen de eerstelijnszorg is onderzocht aan de hand van een vragenlijst onder het Consumentenpanel. Van de burgers gaf 31% aan in de afgelopen twaalf maanden samen met hun eerstelijnszorgverlener(s) een keuze te hebben gemaakt over hun behandeling, zorg of ondersteuning. Hiervan was het merendeel gezamenlijk met de huisarts (61%), gevolgd door de praktijkondersteuner van de huisarts (15%) en de fysiotherapeut of oefentherapeut (15%).

Aan de hand van negen stellingen over gezamenlijke besluitvorming uit de '9-item Shared Decision Making Questionnaire' (SDM-Q-9V) is de ervaring van zorggebruikers met samen beslissen met hun eerstelijnszorgverlener uitgevraagd (Figuur 45). Dit is uitgevraagd onder zorggebruikers die aangaven samen met hun eerstelijnszorgverlener(s) een keuze te moeten maken (31%). Van hen was 63% het sterk of helemaal eens met de stelling dat hun eerstelijnszorgverlener hen heeft geholpen om alle informatie te begrijpen. Ook was 63% het sterk of helemaal eens met de stelling dat zij en hun eerstelijnszorgverlener een afspraak hebben gemaakt over het verdere vervolg. Ongeveer de helft van de zorggebruikers (49%) was het sterk of helemaal eens met de stelling dat zij en hun eerstelijnszorgverlener de verschillende behandelingsmogelijkheden grondig hebben afgewogen.

Figuur 45 Hieronder staan 9 stellingen die gaan over de laatste keer dat u en uw eerstelijnszorgverlener een keuze moesten maken over uw behandeling, zorg of ondersteuning. Kunt u per stelling aangeven in hoeverre u het met deze uitspraak eens bent? (N=1.275-1.308),***



* Deze vraag is alleen gesteld aan zorggebruikers die aangaven dat zij en hun eerstelijnszorgverlener(s) in de afgelopen twaalf maanden een keuze moesten maken over hun behandeling, zorg of ondersteuning.

** Percentages <5% hebben geen label in de figuur.

Op basis van de antwoorden op de negen stellingen over gezamenlijke besluitvorming kan een totaalscore worden berekend, waarbij een hogere score staat voor een hogere ervaren mate van samen beslissen. In 2024 was de gemiddelde totaalscore van zorggebruikers 68 op een schaal van 0 tot 100. Dit is vergelijkbaar met eerder scores voor gezamenlijke besluitvorming gemeten binnen het Consumentenpanel, toen de scores varieerden tussen 65 en 71 [41]. In eerdere onderzoeken naar samen beslissen is echter gevraagd naar de ervaren gezamenlijke besluitvorming met een arts in algemene zin, terwijl de score voor dit jaar alleen betrekking heeft op eerstelijnszorgverleners. Mogelijk zijn de scores daardoor niet helemaal vergelijkbaar.

3.3.3 Preventie en kwaliteit van leven

In de meeste gemeenten is de implementatie van ketenpakketten Kansrijke Start en Sociaal Verwijzen gestart

Inrichting ketenaanpakken is een landelijk dekkend aanbod van de vijf ketenaanpakken: Kansrijke Start, Kind naar Gezonder Gewicht, de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), Sociaal verwijzen en Valpreventie. Voor al deze ketenaanpakken werken professionals uit het medisch en sociaal domein samen. Om tot dit landelijk dekkend aanbod te komen, zou elke zorgkantoorregio uiterlijk 1 januari 2024 starten met inrichting van de vijf ketenaanpakken in zoveel mogelijk gemeenten. Hiertoe zijn afspraken tussen gemeenten, zorgverzekeraars en VWS gemaakt in de werkagenda van GALA [42]. Uit vragenlijsten onder gemeentes door het RIVM, die in het kader van de GALA monitor zijn uitgezet, blijkt dat in 2023 de ketenaanpakken Kansrijke Start en Sociaal Verwijzen in meer gemeenten waren opgestart (81% en 64% respectievelijk) dan GLI, Valpreventie en Kind naar Gezonder Gewicht (47%, 41% en 30% respectievelijk) (zie Tabel 6). Deze percentages zijn opgelopen in 2024 (zie Tabel 6). Gebrek aan personele capaciteit bij de gemeente en samenwerkingsafspraken met zorgverzekeraars waren belangrijke redenen om niet te starten met ketenaanpakken. Zie Rapportage GALA-monitor 2024. Een eerste stand van zaken voor meer informatie. Er zijn geen gegevens beschikbaar over de daadwerkelijke inzet van ketenaanpakken op individueel niveau.

Tabel 6 Overzicht inzet van ketenaanpakken in 2023

Ketenaanpak	Doel	Financiële regeling	Percentage gemeenten waar in 2023 of daarvoor is gestart met de implementatie	Voornaamste reden waarom gemeenten nog niet zijn gestart met implementatie	Percentage gemeenten waar in 2024 of daarvoor is gestart met de implementatie*
Kansrijke Start	Ieder kind de best mogelijke start te geven tijdens de eerste duizend dagen.	SPUK-gelden*	81%	Gebrek aan personele capaciteit bij de gemeente en het hebben van andere prioriteiten.	87%
Kind naar Gezonder Gewicht	Bieden van passende ondersteuning en zorg aan kinderen met overgewicht of obesitas en hun gezin.	Deels SPUK-gelden en deels vergoed vanuit basis-verzekering	30%	Gebrek aan personele capaciteit bij de gemeente.	53%

Ketenaanpak	Doel	Financiële regeling	Percentage gemeenten waar in 2023 of daarvoor is gestart met de implementatie	Voornaamste reden waarom gemeenten nog niet zijn gestart met implementatie	Percentage gemeenten waar in 2024 of daarvoor is gestart met de implementatie*
Gecombineerde Leefstijl-interventie	Passende begeleiding en zorg bieden aan volwassenen met overgewicht en obesitas.	Vergoed vanuit basis-verzekering	47%	Gebrek aan personele capaciteit bij de gemeente.	64%
Sociaal verwijzen	Versterken van de sociale basis voor mensen met psychosociale klachten of problemen mensen door toeleiding naar ondersteuning door welzijn of het sociaal domein. Bijvoorbeeld met de erkende interventie Welzijn op Recept.	SPUK-gelden	64%	Nog geen samenwerkings-afspraken met zorgverzekeraar en/of gebrek aan personele capaciteit bij de gemeente.	75%
Valpreventie	Verminderen van het risico op vallen van thuiswonende ouderen van 65 jaar of ouder met een verhoogd valrisico.	Deels SPUK-gelden en deels vergoed vanuit basis-verzekering	41%	Nog geen samenwerkings-afspraken met zorgverzekeraars en/of gebrek aan personele capaciteit bij de gemeente.	74%

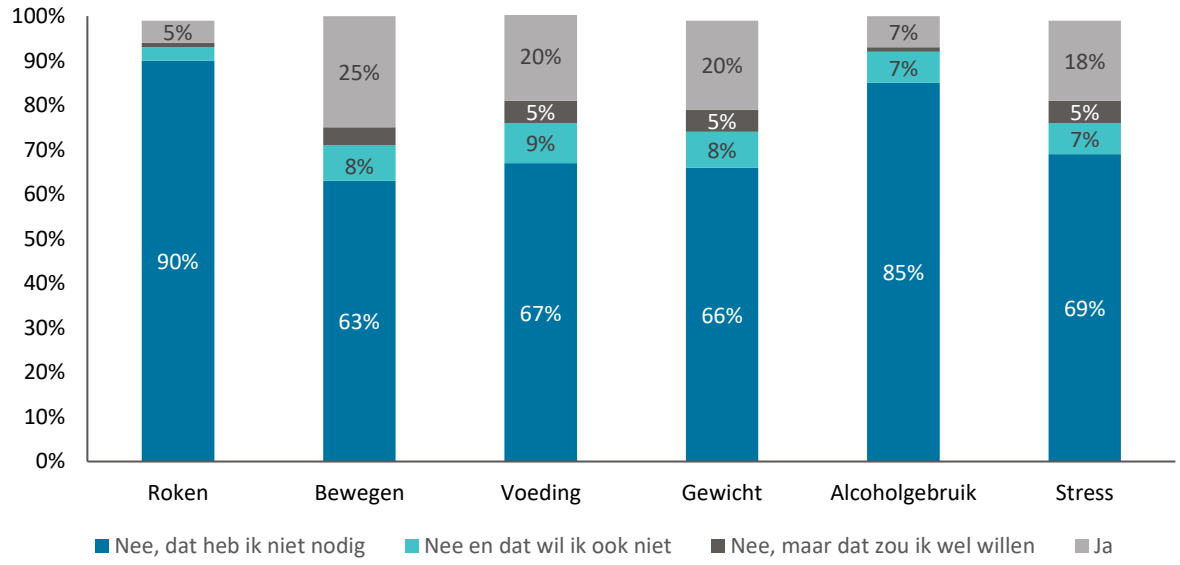
* Deze 1-meting richt zich op 2023, maar omdat er ook gegevens over 2024 beschikbaar zijn, staan deze percentages ook in de tabel opgenomen. Hieruit is te zien dat het percentage gemeenten waar in 2024 of daarvoor is gestart met de inrichting van de ketenaanpakken aanzienlijk is gestegen, namelijk: 87% voor Kansrijke Start, 53% voor Kind naar Gezonder Gewicht, 64% voor GLI, 75% voor Sociaal verwijzen en 74% voor Valpreventie.

** SPUK-gelden staat voor Specifieke Uitkering-gelden en betreft geld dat de gemeente van het Rijk krijgt om een taak uit te voeren.

Burgers spreken weinig met eerstelijnszorgverleners over leefstijl

Een belangrijk aandachtspunt in het IZA is de verschuiving naar meer aandacht voor preventie en kwaliteit van leven. Aan burgers is daarom gevraagd of zij wel eens gesproken hebben met hun eerstelijnszorgverlener(s) over onderwerpen op het gebied van leefstijl, wat onderdeel is van preventie. We weten niet met welke zorgverlener burgers hierover hebben gesproken. Wanneer we kijken naar onderwerpen rondom leefstijl, zien we dat een meerderheid van de burgers nooit met een eerstelijnszorgverlener heeft gesproken over roken, bewegen, voeding, gewicht, alcoholgebruik of stress (75%-95%) (zie Figuur 46). Het grootste deel van hen zegt dit ook *niet nodig* te hebben (63%-90%). Een klein deel zou dit wel willen (1%-5%). Het onderwerp waar het vaakst over wordt gesproken, is bewegen. Een kwart van de burgers (25%) gaf aan hier wel eens over gesproken te hebben met een eerstelijnszorgverlener. Over voeding en gewicht heeft één op de vijf burgers wel eens gesproken met een eerstelijnszorgverlener (beide 20%). Burgers die aangaven een ziekte, aandoening of klacht te hebben of te hebben gehad gaven vaker aan met een zorgverlener te hebben gesproken over roken (6% vs. 3%), beweging (30% vs. 9%), voeding (23% vs. 7%), gewicht (23% vs. 8%) en alcoholgebruik (8% vs. 3%) dan burgers zonder ziekte, aandoening of klacht. Mogelijk komt dit doordat leefstijl onderdeel is van de behandeling van de ziekte, aandoening of klacht. Ook burgers van 65 jaar en ouder spraken vaker over bewegen (27% vs. 15%), voeding (20% vs. 13%), gewicht (21% vs. 11%) en alcoholgebruik (8% vs. 2%) dan burgers van 18 tot 39 jaar. Over stress werd juist vaker gesproken door 18 tot 39-jarigen (28%) dan door 65-plussers (14%).

*Figuur 46 Heeft u wel eens met uw eerstelijnszorgverlener(s) gesproken over één van de volgende onderwerpen op het gebied van preventie? (N=4.299-4.345)**



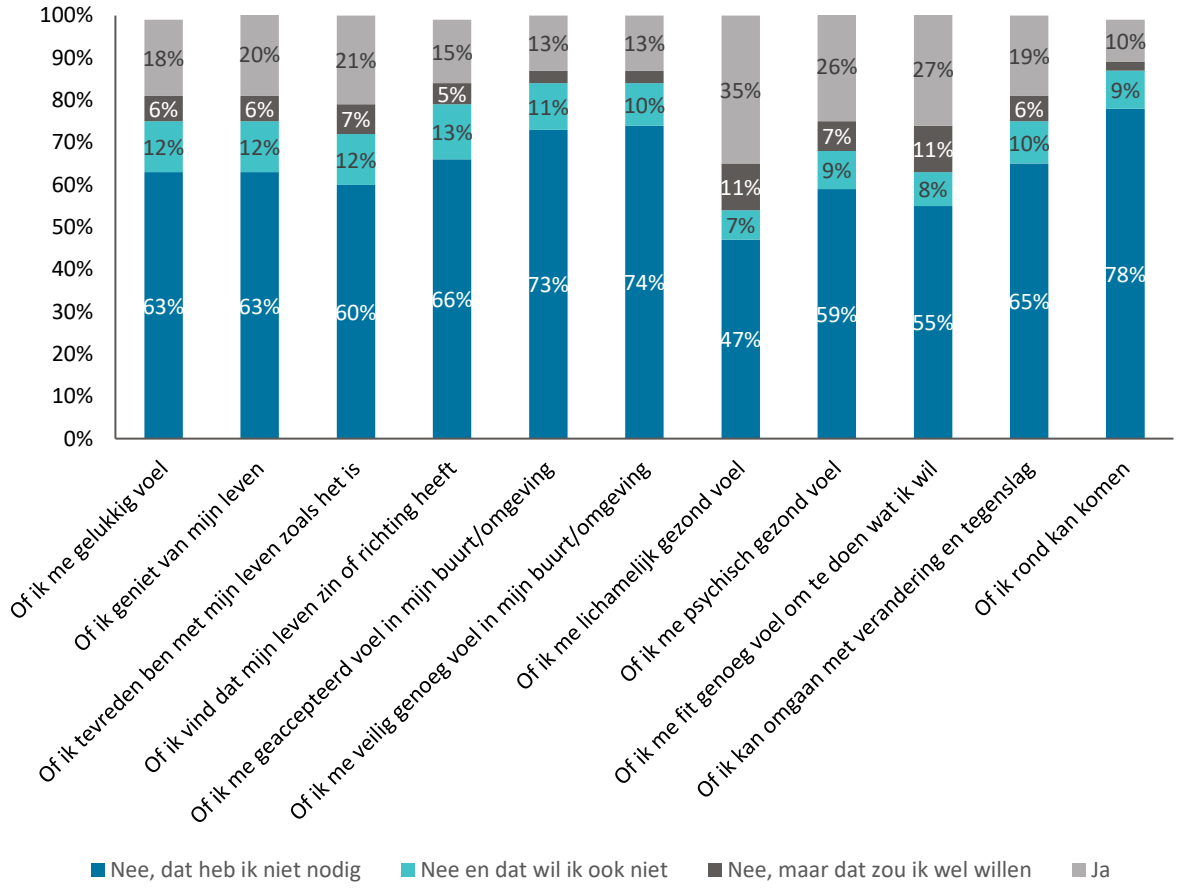
* Percentages <5% hebben geen label in de figuur.

Burgers praten het vaakst met eerstelijnszorgverleners over lichamelijke gezondheid en gevoel van fitheid

Net als voor preventie geldt dat er over het algemeen weinig wordt gesproken met eerstelijnszorgverleners over onderwerpen op het gebied van kwaliteit van leven. Het vaakst praten burgers met eerstelijnszorgverleners over hun lichamelijke gezondheid: 35% zegt hier wel eens over te hebben gesproken (zie Figuur 47). De onderwerpen op het gebied van kwaliteit van leven waar daarna het meest over wordt gesproken, zijn of burgers zich fit genoeg voelen om te doen wat zij willen (27%) en of zij zich psychisch gezond voelen (26%). Desondanks wordt voor bijna alle onderwerpen aangegeven dat burgers het niet nodig hebben om hierover te praten met een eerstelijnszorgverleners. Dit geldt het sterkst voor kunnen rondkomen (78%) en gevoelens van

veiligheid (74%) en acceptatie (73%) in de buurt of omgeving. Over de meeste onderwerpen werd vaker gesproken door burgers die aangaven een ziekte, aandoening of klacht te hebben of te hebben gehad en door burgers van 65 jaar en ouder. Een uitzondering hierop zijn de onderwerpen 'Of ik me gelukkig voel' en 'Of ik me psychisch gezond voel', waarover vaker werd gesproken door 18 tot 39-jarigen dan door 65-plussers (24% vs. 17% voor 'Of ik me gelukkig voel' en 32% vs. 24% voor 'Of ik me psychisch gezond voel).

*Figuur 47 Heeft u wel eens gesproken met uw eerstelijnszorgverlener(s) over één van de volgende aspecten van uw gezondheid op het gebied van kwaliteit van leven? (N=4.280-4.339)**



* Percentages <5% hebben geen label in de figuur.

3.3.4 Continuïteit van zorg

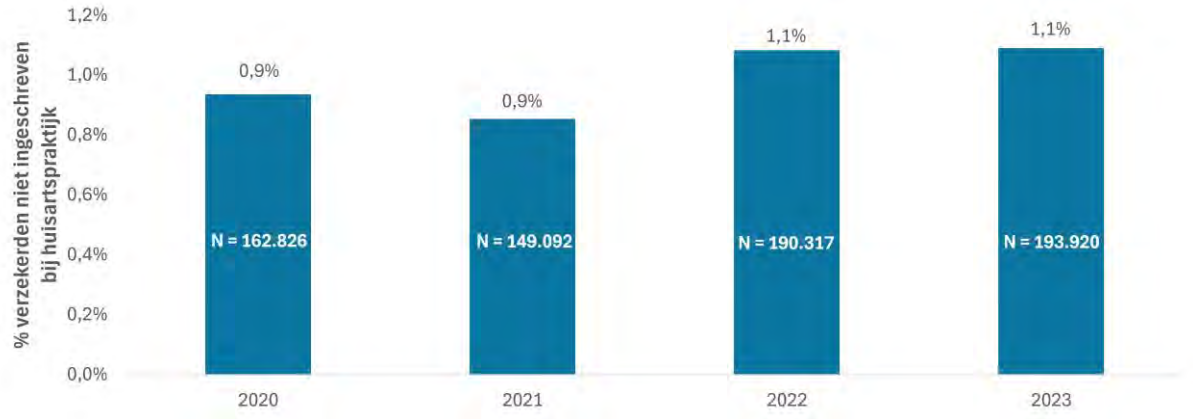
Eén van de uitgangspunten van de Visie Eerstelijnszorg is het waarborgen van de continuïteit van eerstelijnszorg. Continuïteit van zorg betekent dat zorg en ondersteuning voor patiënten in samenhang worden georganiseerd. Dit draagt bij aan de kwaliteit van zorg. Bij continuïteit van zorg gaat het om 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. 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.

Percentage verzekerden dat niet staat ingeschreven bij huisartsenpraktijk neemt toe

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. Uit gegevens van Vektis blijkt dat steeds meer verzekerden in Nederland niet bij een huisartsenpraktijk staan ingeschreven: van 0,94% van alle verzekerden in Nederland (162.826 personen) in 2020 naar 1,09% van alle verzekerden in Nederland (193.920 personen) in 2023 (Figuur 48). Regionale cijfers zijn te vinden via het Vektis-Dashboard Huisartsenzorg. Bij deze cijfers moet bedacht worden dat niet gecorrigeerd kon worden voor alle mensen die wel verzekerd zijn maar mogelijk geen huisartsenzorg hoeven te ontvangen, zoals verzekerden met een zorgzwaartepakket "instellingszorg met behandeling" binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) en geen inschrijftarief betalen en verzekerden die in een andere instelling verblijven zoals een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (zie methode 'Declaratiegegevens van Vektis' in Bijlage B).

De Vektis-cijfers laten zich door hun specifieke bron en registratie methode niet goed vergelijken met andere, recent gepubliceerde cijfers over burgers zonder huisarts. Een eenmalig enquêteonderzoek van Nivel en Ipsos I&O (augustus 2024) onder bijna 11.000 volwassenen wees uit dat 0,3% op het moment van enquêtering niet was ingeschreven bij een huisartspraktijk maar dit wel zou moeten zijn en wilde. Na weging gaat het om zo'n 36.800 mensen van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder, maar dit cijfer moet door de kleine responsaantallen met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Uit de Nivel/Ipsos I&O-enquête kwamen als belangrijkste oorzaken voor het niet-ingeschreven-staan de sluiting van de eigen huisartspraktijk en geen inschrijfmogelijkheid na verhuizing. Een derde bron is de Monitor Toegankelijkheid van Zorg van de NZa. Hieruit blijkt dat steeds meer Nederlanders zich melden bij een zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling voor inschrijving bij een huisartspraktijk. Hoewel dit niet direct het aantal mensen 'zonder huisarts' weergeeft (beter gezegd: niet ingeschreven bij de huisartsenpraktijk of bij de gewenste huisartsenpraktijk), wijst ook deze bron op een groeiende groep mensen die op zoek zijn naar een (nieuwe) huisartspraktijk.

Figuur 48 Ontwikkeling percentage dat niet staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk van alle verzekerden in Nederland tussen 2020-2023



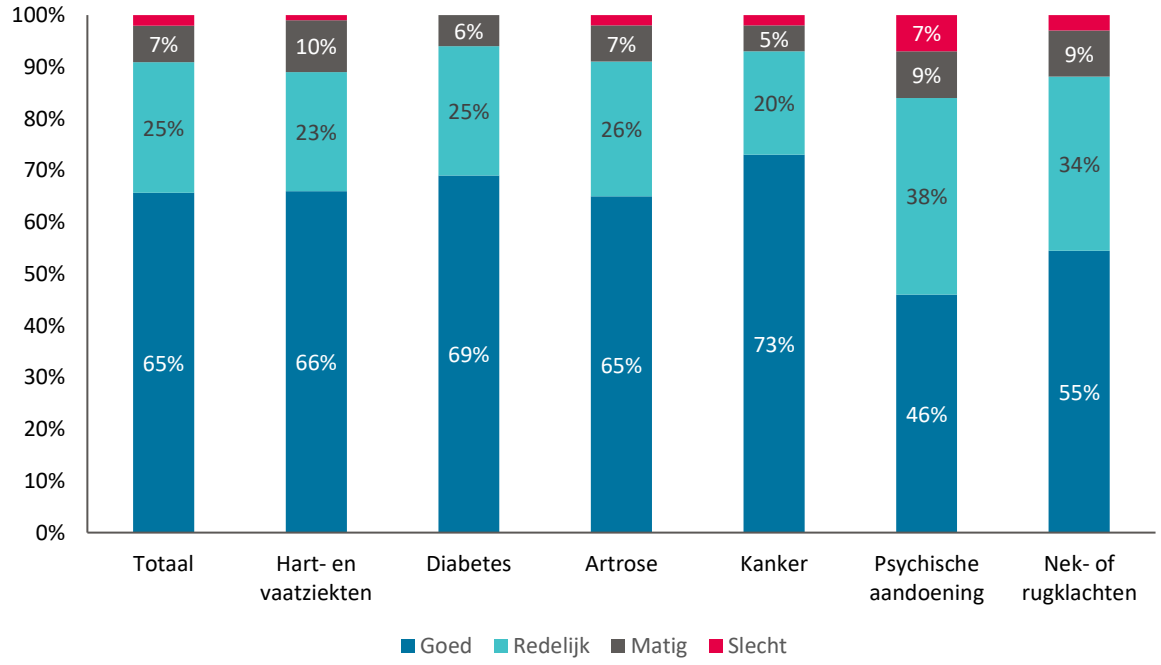
Toelichting: Bij deze percentages en aantallen dient bedacht te worden dat, zoals omschreven op het 'Vektis-Dashboard Huisartsenzorg', verzekerden met een zorgzwaartepakket "instellingszorg met behandeling" binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) geen inschrijftarief betalen en daardoor ten onrechte als niet-ingeschreven worden geteld. In de cijfers in deze grafiek hebben wij voor het aantal personen in 2020-2023, zoals gerapporteerd door Vektis gecorrigeerd, waarmee we cijfers van personen presenteren die niet waren ingeschreven bij een huisarts, maar wel verzekerd waren. Bij de interpretatie van deze cijfers dient rekening te worden gehouden met dat de Vektis-cijfers geen rekening met andere groepen die wel

verzekerd zijn maar mogelijk geen huisartsenzorg hoeven te ontvangen, zoals verzekerden met een zorgzwaartepakket "instellingszorg met behandeling" binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) en geen inschrijftarief betalen en verzekerden die in een andere instelling verblijven zoals een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast worden in deze cijfers per definitie onverzekerde mensen niet meegenomen. Deze groepen kunnen (deels) wel toegang hebben tot de huisartsenzorg.

Twee derde van de zorggebruikers vindt samenwerking tussen hun zorg- en hulpverleners goed

Naar continuïteit van zorg is ook gekeken vanuit het perspectief van zorggebruikers. Aan zorggebruikers die aangaven in de afgelopen 12 maanden zorg te hebben ontvangen van meerdere zorg- of hulpverleners voor hetzelfde gezondheidsprobleem is gevraagd hoe zij de samenwerking hebben ervaren (41%, N=1.789). Van deze groep gaf 65% aan de samenwerking tussen hun zorg- en hulpverleners als *goed* te ervaren (zie Figuur 49). Een kwart (25%) ervaart het als *redelijk* en ongeveer één op de tien (9%) ervaart het als *matig of slecht*. Wanneer we kijken naar verschillen in de ervaren samenwerking tussen de verschillende aandoeningen met veranderpotentieel die binnen de monitor worden onderscheiden, zien we dat zorggebruikers met kanker het vaakst aangeven de samenwerking tussen hun zorg- en hulpverleners als *goed* te ervaren (73%). Zorggebruikers met een psychische aandoening ervaren deze samenwerking het minst vaak als *goed* (46%). Daarbij is onbekend of de zorggebruikers met de verschillende aandoeningen met veranderpotentieel zorg ontvangen van meerdere zorg- of hulpverleners voor de betreffende aandoening of voor een ander gezondheidsprobleem.

Figuur 49 Hoe vindt u de samenwerking in het algemeen tussen uw zorg- en hulpverleners? (N=1.772),**,****



* Deze vraag is alleen gesteld aan zorggebruikers die aangaven in de afgelopen 12 maanden zorg te hebben ontvangen van meerdere zorg- of hulpverleners voor hetzelfde gezondheidsprobleem.

** Percentages <5% hebben geen label in de figuur.

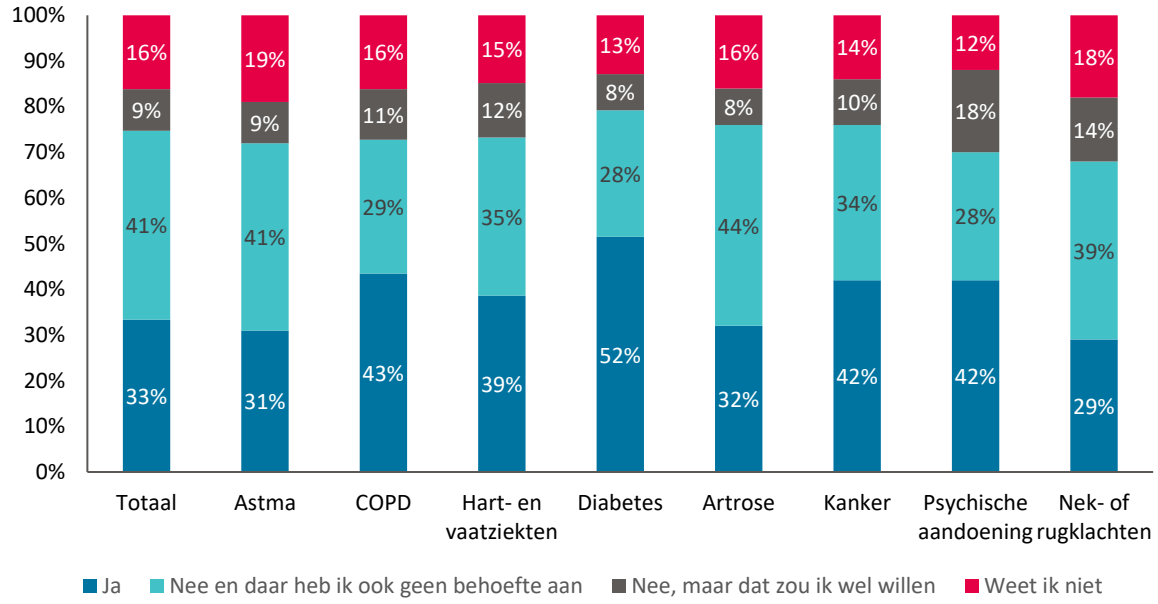
*** Voor de aandoeningen astma, COPD en dementie waren de aantallen te laag om uitspraken te kunnen doen.

Eerste lijn speelt een belangrijke rol als centraal aanspreekpunt

Wanneer er meerdere zorg- of hulpverleners betrokken zijn bij een zorggebruiker, kan het voor zorggebruikers prettig zijn om één centraal aanspreekpunt te hebben waar zij terecht kunnen voor vragen over hun zorg of ondersteuning. Dit aanspreekpunt kan zowel binnen als buiten de eerste lijn

zijn. Een derde van alle burgers (33%) gaf aan wel een dergelijk aanspreekpunt te hebben (zie Figuur 50). Ongeveer vier op de tien burgers (41%) gaven aan geen vast aanspreekpunt te hebben en hier ook geen behoefte aan te hebben. Wanneer we kijken naar verschillen in het hebben van een vast aanspreekpunt uitgesplitst naar de geselecteerde aandoeningen met veranderpotentieel, zien we dat zorggebruikers met diabetes het vaakst aangaven een vast aanspreekpunt te hebben dat verantwoordelijk is voor het regelen van hun zorg en ondersteuning (52%) (zie Figuur 50). Zorggebruikers met nek- of rugklachten gaven het minst vaak aan een vast aanspreekpunt te hebben (29%). Het percentage dat geen vast aanspreekpunt heeft maar dat wel zou willen is het grootst onder zorggebruikers met een psychische aandoening (18%). Het is onbekend of de zorggebruikers met de verschillende aandoeningen met veranderpotentieel een vast aanspreekpunt hebben voor de betreffende aandoening of voor een andere aandoening.

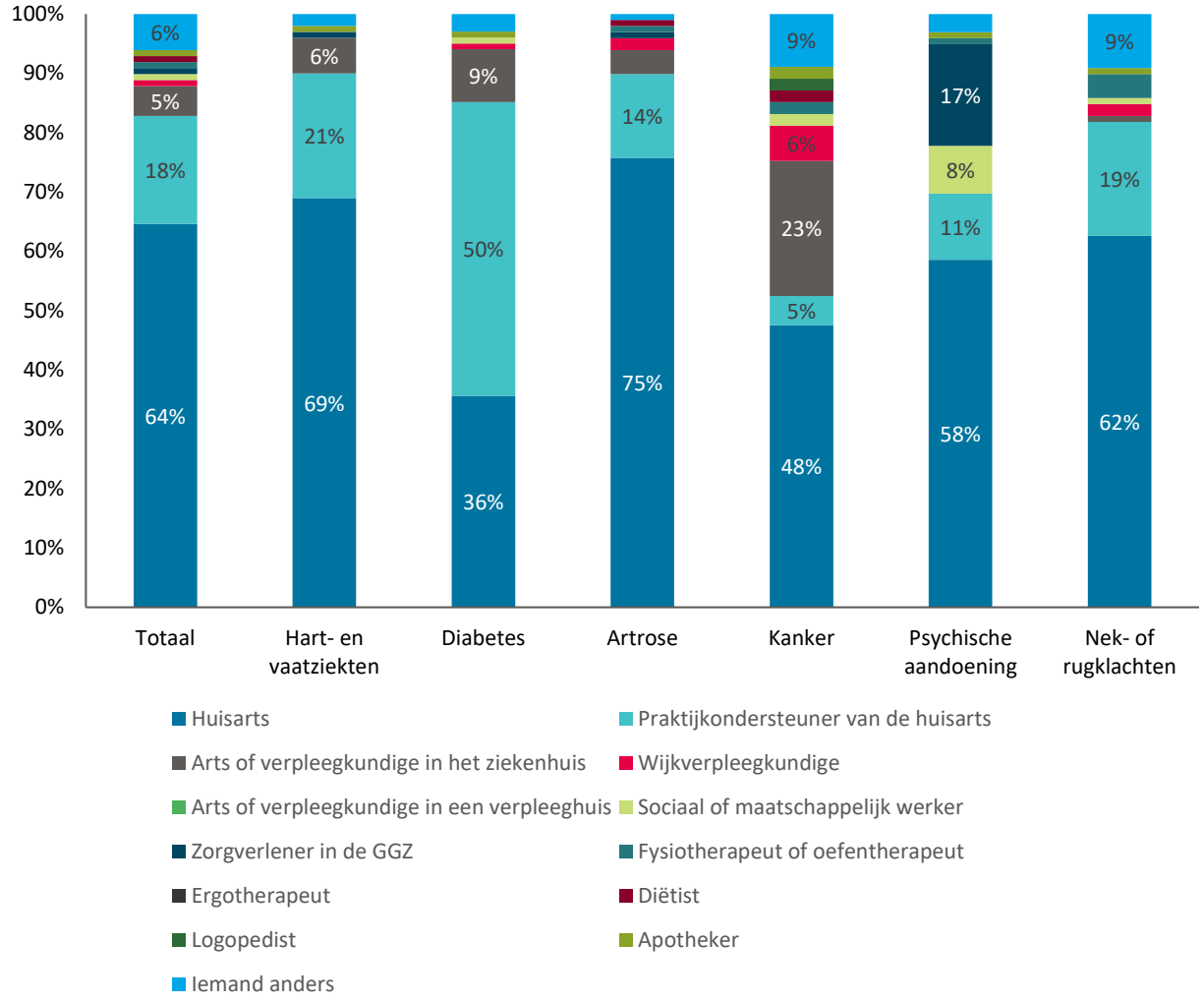
*Figuur 50 Heeft u één vast aanspreekpunt in de zorg dat verantwoordelijk is voor het regelen van uw zorg en ondersteuning? (N=4.416)**



* Voor de aandoening dementie waren de aantallen te laag om uitspraken te kunnen doen.

Van de zorggebruikers met een vast aanspreekpunt in de zorg gaf het grootste deel aan dat dit aanspreekpunt de huisarts is (64%), gevolgd door de praktijkondersteuner van de huisarts (18%) en een arts of verpleegkundige in het ziekenhuis (5%) (zie Figuur 51). De eerste lijn lijkt hier dus een belangrijke rol in te spelen. Ook hierin zien we verschillen naar aandoening. Voor zorggebruikers met diabetes speelt de praktijkondersteuner een grote rol in de continuïteit van de zorg: 50% van de zorggebruikers met diabetes die een vast aanspreekpunt heeft, gaf aan dat de praktijkondersteuner van de huisarts hun aanspreekpunt is. Voor de overige aandoeningen is de huisarts het vaakst het aanspreekpunt (48%-75%). Het is onbekend of het vaste aanspreekpunt het aanspreekpunt is voor de betreffende aandoening met veranderpotentieel of voor een andere aandoening.

Figuur 51 Welke zorg- of hulpverlener is uw vaste aanspreekpunt? (N=1.244),**,****



* Deze vraag is alleen gesteld aan zorggebruikers die aangaven een vast aanspreekpunt te hebben dat verantwoordelijk is voor het regelen van hun zorg en ondersteuning.

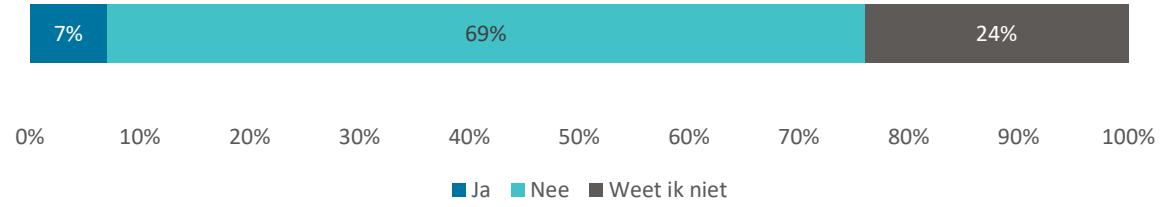
** Percentages <5% hebben geen label in de figuur.

*** Voor de aandoeningen astma, COPD en dementie waren de aantallen te laag om uitspraken te kunnen doen.

7% van zorggebruikers met chronische ziekte heeft zorgplan

Een andere manier om de continuïteit van zorg te waarborgen, is het opstellen van een zorgplan. Een zorgplan is een document waarin afspraken staan beschreven tussen patiënten en hun zorgverleners over de zorg en begeleiding die patiënten ontvangen, bijvoorbeeld het doel van de behandeling of de manier waarop de behandeling plaatsvindt. Een zorgplan is voornamelijk van belang voor zorggebruikers die veel zorg nodig hebben. De vraag of zorggebruikers een zorgplan hebben is daarom in 2023 uitgevraagd binnen het NPCG. Hieruit blijkt dat 7% van de zorggebruikers met een chronische ziekte wel een zorgplan heeft. 69% heeft *geen* zorgplan en 24% weet dit niet (zie Figuur 52). Wanneer wordt uitgesplitst naar de mate van ervaren beperkingen door de chronische ziekte blijkt dat zorggebruikers die geen of lichte beperkingen ervaren minder vaak aangaven een zorgplan te hebben (6%) dan zorggebruikers die matige of ernstige beperkingen ervaren (11%). Ook hebben zorggebruikers met één ziekte minder vaak een zorgplan (5%) dan zorggebruikers met twee ziekten en zorggebruikers met drie of meer ziekten (beide 9%).

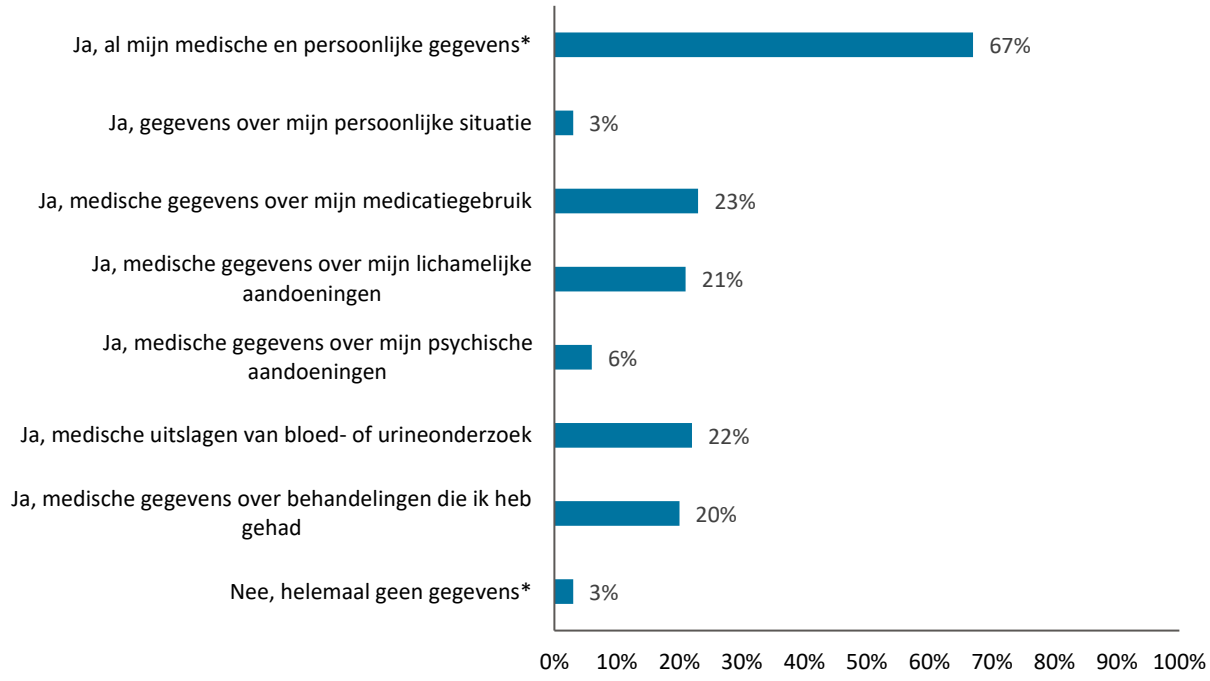
Figuur 52 Heeft u een zorgplan waarin uw wensen op het gebied van uw gezondheid en welzijn zijn opgenomen? (N=1.530, gewogen)



Meerderheid burgers staat open voor het delen van hun gegevens door de huisarts

Ten slotte is de elektronische uitwisseling van patiëntgegevens tussen zorg- en hulpverleners van belang bij de continuïteit van zorg. Door de uitwisseling van deze gegevens beschikken betrokken behandelaren over actuele en complete informatie over hun patiënten. Burgers moeten toestemming geven voor het delen van hun gegevens. Aan leden van het Consumentenpanel is gevraagd wat zij vinden van het delen van hun gegevens met andere eerstelijnszorgverleners door de huisarts. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen verschillende typen gegevens, namelijk medische en persoonlijke gegevens. Twee derde (67%) vindt dat de huisarts al hun medische en persoonlijke gegevens mag delen met andere eerstelijnszorgverleners (zie Figuur 53). Burgers die niet willen dat al hun gegevens gedeeld worden, staan meer open voor het delen van gegevens over fysieke aspecten van hun gezondheid, zoals medicatiegebruik (23%) en uitslagen van bloed- of urineonderzoek (22%), dan over persoonlijke gegevens (3%) en gegevens over psychische aandoeningen (6%). Dit komt overeen met eerder onderzoek naar het vertrouwen van burgers in de uitwisseling en hergebruik van gezondheidsgegevens [43]. Een kleine groep (3%) vindt dat de huisarts helemaal geen gegevens van hen mag delen met andere eerstelijnszorgverleners.

Figuur 53 Vindt u dat uw huisarts uw gegevens mag delen met andere eerstelijnszorgverleners? (Meerdere antwoorden mogelijk) (N=4.446)



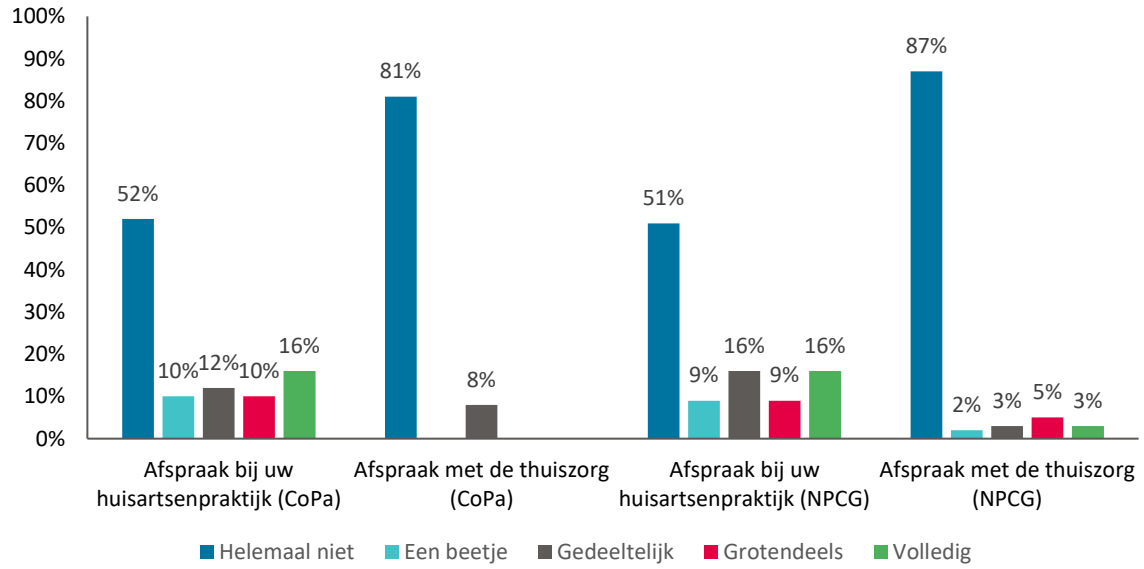
* Deze antwoorden konden niet in combinatie met een ander antwoord.

3.3.5 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 en aansluit bij de wet- en regelgeving waar de zorgverlener aan moet voldoen bij het leveren van goede zorg [44]. Met digitale zorg wordt het gebruik van informatie- en communicatietechnologie in de zorg bedoeld, zoals afspraken met zorgverleners via videobellen, telemonitoring of gezondheidsapps voor patiënten [45]. Hybride zorg is een mix van digitale zorg en zorg op de locatie van de zorgverlener.

Inzicht in de ervaringen van zorggebruikers met digitale zorg is verkregen aan de hand van de Monitor Digitale Zorg [46]. Aan zorggebruikers is gevraagd in hoeverre *de zorg die zij hebben ontvangen* in de afgelopen twaalf maanden digitaal was en in hoeverre zij deze zorg digitaal zouden willen ontvangen. Voor de eerste lijn zijn gegevens beschikbaar over een afspraak met de huisartsenpraktijk en een afspraak met de thuiszorg. De vraag is zowel uitgevraagd onder het Consumentenpanel als het NPCG. In Figuur 54 is te zien dat voor 52% van de zorggebruikers uit de algemene bevolking en 51% van de zorggebruikers met een chronische ziekte een afspraak met de huisartsenpraktijk *helemaal niet* digitaal was. Onder beide groepen ontving één op de zes (16%) de afspraak *volledig* digitaal. Chronisch zieken met diabetes gaven het vaakst aan dat een afspraak bij hun huisartsenpraktijk *volledig* digitaal was (19%) en chronisch zieken met astma of COPD het minst vaak (11%). Zorggebruikers lijken nog weinig gebruik te maken van een digitale afspraak met de thuiszorg: van de groep die een afspraak had met de thuiszorg, gaf 81% van de zorggebruikers uit de algemene bevolking en 88% van de zorggebruikers met een chronische ziekte aan dat deze *helemaal niet* digitaal was. Het is niet bekend of een afspraak met de huisartsenpraktijk of thuiszorg niet digitaal was omdat zorggebruikers dit niet wilden, of omdat de afspraak niet digitaal is aangeboden.

Figuur 54 In hoeverre was de zorg die u in de afgelopen 12 maanden ontving digitaal? (N=419-1.110 voor afspraak bij huisartsenpraktijk en N=147-454 voor afspraak met thuiszorg, gewogen),***

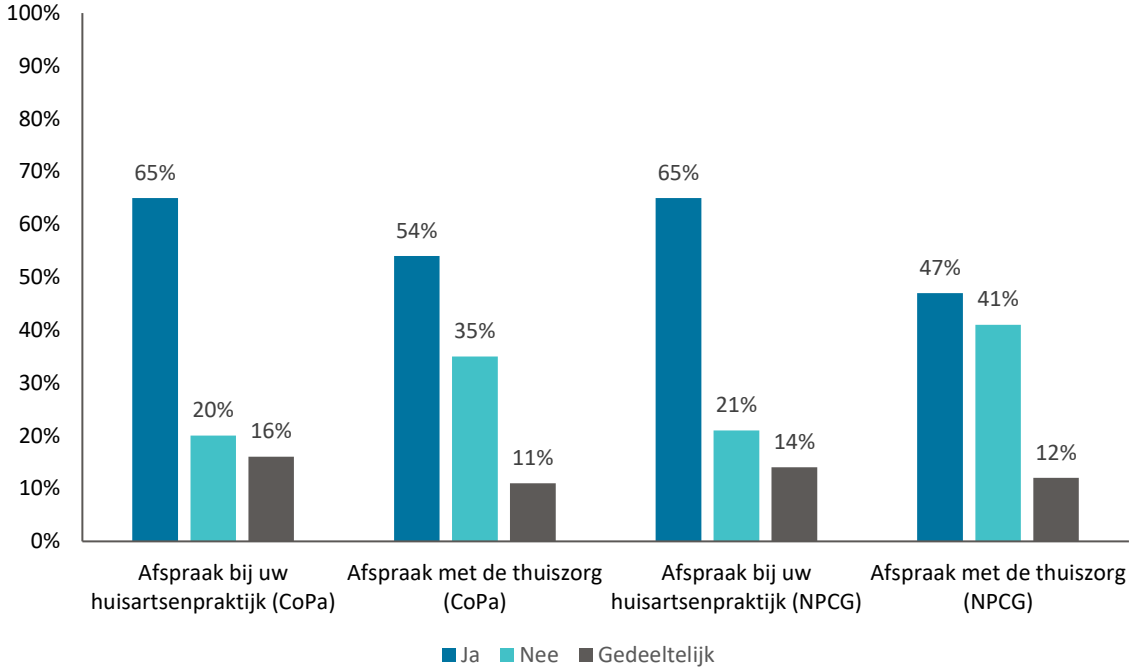


* Burgers die Weet ik niet/niet van toepassing hebben geantwoord, zijn niet meegenomen bij het berekenen van de percentages.

** Voor antwoorden met <10 waarnemingen zijn geen percentages berekend in verband met privacyoverwegingen. Voor CoPa konden de antwoordopties Een beetje, Grotendeels en Volledig daarom niet worden weergegeven voor een afspraak met de thuiszorg.

Wanneer we kijken naar het percentage zorggebruikers dat een afspraak met hun huisartsenpraktijk of een afspraak met de thuiszorg *digitaal zou willen ontvangen*, zien we dat 65% van de zorggebruikers uit de algemene bevolking en van de zorggebruikers met een chronische ziekte aangaf een afspraak bij hun huisartsenpraktijk digitaal te willen ontvangen (zie Figuur 55). Voor een afspraak met de thuiszorg ligt dit percentage lager: 54% van de zorggebruikers uit de algemene bevolking en 47% van de zorggebruikers met een chronische ziekte gaf aan dit digitaal te willen ontvangen. Daarbij zagen we verschillen tussen ziekten. Chronisch zieken met kanker gaven het vaakst aan een afspraak met hun huisartsenpraktijk digitaal te willen ontvangen (70%).

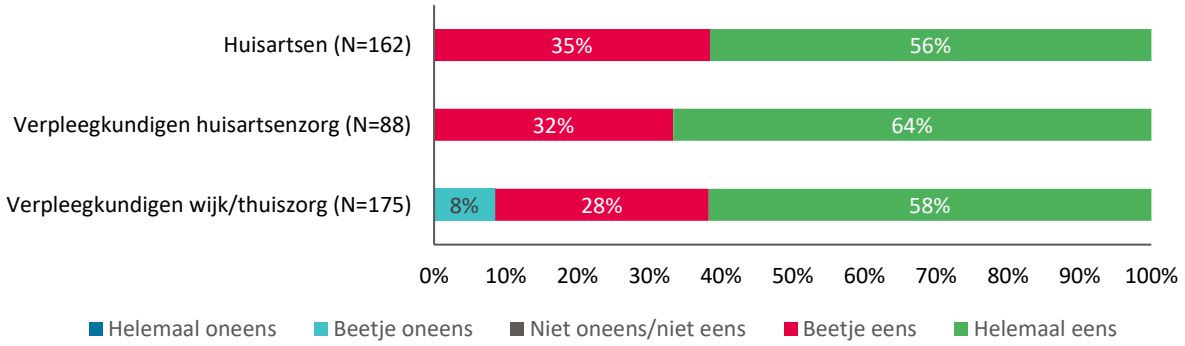
*Figuur 55 Welke onderdelen van de zorg die u nu ontvangt, zou u digitaal willen ontvangen? (N=536-1.169 voor afspraak met huisartsenpraktijk en N=239-353 voor afspraak met thuiszorg, gewogen)**



* Burgers die Weet ik niet/niet van toepassing hebben geantwoord, zijn niet meegenomen bij het berekenen van de percentages.

Naast het perspectief van zorggebruikers biedt de Monitor Digitale Zorg ook inzicht in het perspectief van zorgverleners. Voor de eerste lijn zijn gegevens beschikbaar over huisartsen, verpleegkundigen in de huisartsenzorg en verpleegkundigen in de wijk- of thuiszorg. Om digitale zorg te kunnen verlenen is het van belang dat zorgverleners over voldoende digitale vaardigheden beschikken. De meerderheid van de huisartsen (91%), verpleegkundigen in de huisartsenzorg (95%) en verpleegkundigen in de wijk- of thuiszorg (76%) is het een beetje of helemaal eens met de stelling “Ik beschouw mezelf als digitaal vaardig in mijn werk” (Figuur 56).

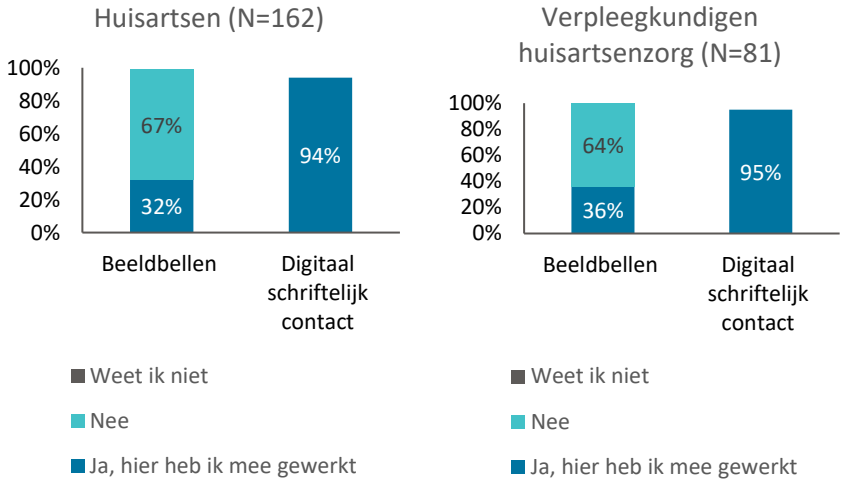
*Figuur 56 In welke mate bent u het eens met de volgende stelling: "Ik beschouw mezelf als digitaal vaardig in mijn werk"?**



* Voor antwoorden met <10 waarnemingen zijn geen percentages berekend in verband met privacyoverwegingen. De antwoordopties Helemaal oneens, Beetje oneens (voor huisartsen en verpleegkundigen in de huisartsenzorg) en Niet oneens/niet eens kunnen daarom niet worden weergegeven.

Wanneer we kijken naar het gebruik van digitale communicatiemogelijkheden door eerstelijnszorgverleners, zien we dat de meerderheid gebruik heeft gemaakt van digitaal schriftelijk contact (zie Figuur 57). Hieronder valt bijvoorbeeld een e-consult of een chat- of appgesprek. Huisartsen (94%) en verpleegkundigen in de huisartsenzorg (95%) hebben hier vaker gebruik van gemaakt van verpleegkundigen in de wijk- of thuiszorg (67%). Beeldbellen wordt minder vaak gebruikt: 32% van de huisartsen, 36% van de verpleegkundigen in de huisartsenzorg en 46% van de verpleegkundigen in de wijk- of thuiszorg gaf aan hiervan gebruik te hebben gemaakt.

*Figuur 57 Met welk van onderstaande manieren van digitaal communiceren heeft u het afgelopen jaar in uw organisatie gewerkt?**



* Voor antwoorden met <10 waarnemingen zijn geen percentages berekend in verband met privacyoverwegingen. De antwoordoptie Weet ik niet kan daarom niet worden weergegeven.

Digitale gegevensuitwisseling is ook een onderdeel van digitalisering. Het gaat daarbij zowel om uitwisseling van gegevens met cliënten/patiënten en mantelzorgers, als met andere zorgverleners. Huisartsen gaven vaker aan gegevens te kunnen uitwisselen dan verpleegkundigen in de wijk- en thuiszorg of verpleegkundigen in de huisartsenzorg (zie Tabel 7). In tabel 7 is te zien met welke personen of organisaties huisartsen, verpleegkundigen in de huisartsenzorg en verpleegkundigen in de wijk- of thuiszorg elekronisch gegevens kunnen uitwisselen.

*Tabel 7 Met wie van de volgende personen of (zorgprofessionals van) organisaties buiten uw eigen organisatie kunt u elektronisch gegevens uitwisselen? (meerdere antwoorden mogelijk)**

	Huisartsen (N=159)	Verpleegkundigen in de huisartsenzorg (N=76)	Verpleegkundigen in de wijk- of thuiszorg (N=157)
Cliënten/patiënten	94%	64%	57%
Mantelzorgers	35%	39%	59%
Paramedici	86%	83%	43%
Verpleeg-/verzorgingshuizen	58%	30%	37%
Laboratoria	87%	41%	n.v.t.
Apotheken	91%	59%	45%
Huisartsenpraktijken	86%	58%	73%
Huisartsenspoedposten	92%	39%	11%
Ziekenhuizen	94%	53%	52%
Zelfstandig behandelcentra (ZBC)	75%	n.v.t.	n.v.t.
Thuiszorgorganisaties	63%	68%	38%
GGZ-organisaties	80%	n.v.t.	n.v.t.
Maatschappelijk werk	28%	n.v.t.	n.v.t.
Ambulancezorg	36%	n.v.t.	n.v.t.

* Voor antwoorden met <10 waarnemingen zijn geen percentages berekend in verband met privacyoverwegingen.

Huisartsen beoordeelden hun tevredenheid met de huidige mogelijkheden om elektronisch gegevens uit te wisselen met personen of (zorgprofessionals van) organisaties buiten hun eigen organisatie gemiddeld met een 6,3 op een schaal van 1 tot 10. Voor verpleegkundigen in de huisartsenzorg was dat een 6,4 en voor verpleegkundigen in de wijk- of thuiszorg een 6,1.

Ten slotte is aan zorgverleners gevraagd welke onderdelen van het zorgproces zij in de afgelopen twaalf maanden hybride hebben uitgevoerd. Dit is alleen gevraagd aan zorgverleners die aangaven het betreffende onderdeel te hebben aangeboden. Tabel 8 laat zien dat onder huisartsen verwijzingen het vaakst hybride worden uitgevoerd: 79% van de huisartsen die verwijzingen hebben gedaan, hebben dit hybride uitgevoerd. Op de tweede plek staat intercollegiaal overleg (46%). Consultvoering en intake/voorbereiding op een consult worden het minst vaak hybride uitgevoerd door huisartsen (beide 18%).

Tabel 8 Heeft u in de afgelopen 12 maanden onderdelen van het zorgproces hybride uitgevoerd? (meerdere antwoorden mogelijk)

	Huisartsen (N=161)
Consultvoering	18%
Intake/voorbereiding op consult	18%
Triage	21%
Nazorg	23%
Diagnostiek	34%
Informatievoorziening	39%
Intercollegiaal overleg	46%
Verwijzing	79%

Uit Tabel 9 blijkt dat verpleegkundigen het vaakst de communicatie met cliënten hybride uitvoeren: 83% van de verpleegkundigen in de huisartsenzorg en 71% van de verpleegkundigen in de wijk- of thuiszorg die dit onderdeel van het zorgproces uitvoerden, hebben dit hybride gedaan. Voor alle onderdelen van het zorgproces gaven verpleegkundigen in de huisartsenzorg vaker aan dit hybride uit te voeren dan verpleegkundigen in de wijk- of thuiszorg. De mate waarin onderdelen van het zorgproces die hybride worden aangeboden digitaal worden verleend, varieert tussen de 20% (nazorg) en 43% (informatievoorziening) voor verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk. Voor verpleegkundigen in de wijk- of thuiszorg lopen de cijfers uiteen van 29% voor nazorg tot 42% voor assessment en diagnostiek.

Tabel 9 Heeft u in de afgelopen 12 maanden onderstaande onderdelen van het zorgproces hybride aangeboden? En zo ja, welk deel is daarbij naar schatting digitaal verleend? (meerdere antwoorden mogelijk)

	Verpleegkundigen in de huisartsenzorg (N=74)		**Verpleegkundigen in de wijk- of thuiszorg (N=151)**	
	Hybride aangeboden?	**Zo ja: mate digitaal uitgevoerd?**	**Hybride aangeboden?**	**Zo ja: mate digitaal uitgevoerd?**
Assessment en diagnostiek	78%	33%	43%	42%
Uitvoeren van zorg- en ondersteunings-interventies	67%	29%	51%	32%
Nazorg	71%	20%	39%	29%
Informatievoorziening	76%	43%	59%	36%
Communicatie met cliënten	83%	42%	71%	40%

4 Uitdaging 4: Veranderende patiëntenstromen

Veranderingen in de organisatie van de eerste lijn en tweede lijn, de relatie met het sociale domein, en de inzet op zelfzorg/digitalisering in kader van de afspraken van het IZA kunnen leiden tot veranderende patiëntenstromen van de eerstelijnszorg en de aanpalende tweedelijnszorg en het sociale domein. 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 hoeverre er veranderingen van patiëntenstromen plaatsvinden, gaan we in deze monitor in op de volgende thema's:

1. Veranderingen in patiëntenstromen binnen de eerstelijnszorg en aangrenzende tweedelijnszorg;
2. Veranderingen in zorgvraag bij de acute zorg;
3. Patiëntervaringen met veranderende patiëntenstromen.

Kernpunten

Veranderingen in patiëntenstromen

- Het aantal patiënten met de onderzochte aandoeningen/doelgroepen, en daarmee het aantal patiënten dat potentieel zorg behoeft van de verschillende zorgdisciplines, is toegenomen in 2023 ten opzichte van 2019.
- In vergelijking met 2019 ontvangt in 2023 een kleiner deel van de patiëntengroep met één of meerdere onderzochte aandoeningen/doelgroepen zorg van de huisarts.
- Er veranderde weinig in het zorggebruik bij de paramedische zorgdisciplines. De ergotherapeut laat de grootste verschillen zien: voor veel aandoeningen wordt deze discipline meer bezocht in 2023 dan in 2019. Echter is dit zorggebruik ook in 2023 nog gering.
- Thuisarts.nl wordt sinds 2019 in toenemende mate bezocht voor de onderzochte aandoeningen/doelgroepen.

Veranderingen in zorgvraag bij de acute zorg

- Het aandeel patiënten met één of meerdere onderzochte aandoeningen/doelgroepen dat contact heeft gehad op de huisartsenspoedpost is afgenomen in 2023 ten opzichte van 2019.
- Er vinden minder potentieel voorkombare ziekenhuisopnames plaats in 2023 ten opzichte van 2019.

Ervaringen van zorggebruikers

- Meer dan de helft van de zorggebruikers gaf aan binnen één tot twee dagen terecht te kunnen bij de apotheker, wijkverpleegkundige, huisarts en praktijkondersteuner van de huisarts. Bij andere eerstelijnszorgverleners was de wachttijd langer. Normen voor wachttijden werden niet altijd gehaald. Zo kon 41% van de zorggebruikers niet binnen 1 tot 2 dagen terecht bij de huisarts.
- De bekendheid onder burgers met de mogelijkheid om zonder verwijzing van de huisarts naar zorgverleners in de eerste lijn te kunnen gaan lijkt beperkt te zijn, met uitzondering van de fysiotherapeut.

- Meer dan de helft van de burgers heeft in de afgelopen 12 maanden gezocht naar informatie over hun gezondheid of behandeling, veelal op eigen initiatief.
- Zorggebruikers met de aandoeningen met veranderpotentieel zijn over het algemeen tevreden over de zorg die zij ontvangen voor deze aandoening.

4.1 Indicatoren

In Tabel 10 staan de indicatoren vermeld waarmee inzicht wordt verkregen in het thema veranderende patiëntenstromen.

Tabel 10 Indicatoren voor 'Veranderende patiëntenstromen'

Indicator	Bron
Veranderingen in patiëntenstromen	
Veranderingen in de instroom, doorstroom en uitstroom van zelfzorg, de eerste en tweede lijn voor 10 aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel	Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn; Declaratiegegevens van zorgverzekeraars via Zorginstituut Nederland; Gegevens over zelfzorg/zelfmanagement via Thuisarts.nl
Veranderingen in de 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen bij contacten met eerstelijnszorgverleners, per zorgdiscipline*	
Ervaringen van huisartsen met samenwerking met het sociaal domein	Nivel huisartsenpraktijkenquête
Veranderingen in zorgvraag bij de acute zorg	
Veranderingen in zorggebruik op de huisartsspoedposten en spoedeisende hulp van de 10 aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel	Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn[47]; Declaratiegegevens van zorgverzekeraars via Zorginstituut Nederland
Veranderingen in top 15 van meest voorkomende gezondheidsproblemen op de huisartsspoedposten en spoedeisende hulp	
Veranderingen in het aantal potentieel voorkombare ziekenhuisopnames	
Evaringen van zorggebruikers met veranderende patiëntenstromen	
Door zorggebruikers ervaren wachttijden in de eerste lijn	Consumentenpanel Gezondheidszorg
Door zorggebruikers ervaren bereikbaarheid van zorgverleners in de eerste lijn	
Kennis over en ervaring met directe toegang tot eerstelijnszorg van zorggebruikers	
Voorbereiding op en toeleiding naar de eerstelijnszorg door zorggebruikers	
Ervaren veranderingen in de geboden zorg en de reflectie hierop van betrokken zorggebruikers	Consumentenpanel Gezondheidszorg; PREM data wijkverpleging

* Huisartsenpraktijk, fysiotherapie, oefentherapie en diëtetiek

4.2 Methode

In dit hoofdstuk worden resultaten gepresenteerd vanuit verschillende gegevensbronnen. In deze paragraaf staan de kernpunten waarmee rekening moet worden gehouden bij het interpreteren van de data. Verdere informatie staat in Bijlage C.
Veranderingen in het gebruik van zelfzorg, de eerstelijnszorg en de tweedelijnszorg zijn geanalyseerd voor de volgende tien aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel in de patiëntenstromen (en daarmee het gebruik van zorg):

1. Psychische problematiek
   (Personen met angst- en stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, en/of schizofrenie)
2. Kwetsbare ouderen
   (Personen van 80 jaar of ouder en/of personen met dementie)
3. Verstandelijke beperking
4. Perifere artrose
5. Astma
6. COPD
7. Kanker
8. Chronische nek- en rugklachten
9. Diabetes Mellitus
10. Hart- en vaatziekten
    (Personen met hartfalen, een beroerte, coronaire hartziekten en/of klepaandoeningen)

Deze onderzochte aandoeningen/doelgroepen zijn gekozen op basis van een selectieprocedure die beschreven staat in Bijlage C.

Patiënten zijn geïncludeerd in een patiëntenpopulatie voor een aandoening/doelgroep met veranderpotentieel wanneer blijkt uit gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn [47], declaratiegegevens van zorgverzekeraars, of beide bronnen dat de patiënt prevalent is voor een aandoening/doelgroep in het desbetreffende jaar (2019 en/of 2023). Patiënten wie in het desbetreffende jaar verbleven in een Wlz-instelling zijn niet meegenomen in de analyses binnen deze uitdaging. Verdere criteria voor exclusie zijn te vinden in Bijlage C.

- Voor de analyse van zorggebruik binnen de verschillende zorgdisciplines zijn gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en declaratiegegevens via Zorginstituut Nederland op persoonsniveau aan elkaar gekoppeld en vergeleken tussen 2019 en 2023.

  Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn bestaat uit gepseudonimiseerde gegevens geregistreerd tijdens het routine zorgproces van huisartsenpraktijken, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, diëtisten en de huisartsenspoedposten en vormt een goede afspiegeling van de gemiddelde Nederlandse thuiswonende populatie, met betrekking tot leeftijd en geslacht [48]. Meer informatie over Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn is hier te vinden.

  De declaratiegegevens via Zorginstituut Nederland omvatten alle gedeclareerde zorg voor verzekerden in Nederland vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Dit omvat gegevens van onder andere medisch specialistische zorg, paramedische zorg, eerstelijnsverblijf en wijkverpleging. Het Zorginstituut ontvangt deze gegevens via Vektis.

- Thuisarts.nl is een online hulpmiddel waar mensen betrouwbare antwoorden kunnen vinden op vragen over gezondheid en ziekte in begrijpelijke taal. Het doel van Thuisarts.nl is mensen beter te informeren en te ondersteunen bij het nemen van beslissingen over hun gezondheid.

- Om inzicht te bieden in de ervaringen van zorggebruikers met veranderende patiëntenstromen is een vragenlijst uitgezet onder alle 10.343 leden van het Nivel Consumentenpanel

Gezondheidszorg. De vragenlijst is verstuurd in september 2024. 4.607 panelleden vulden de vragenlijst in (45% respons). We duiden deze groep aan als ‘burgers’ of ‘zorggebruikers’ (zie de inleiding voor de definities van burgers en zorggebruikers). Zie voor meer informatie: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg | Nivel.

- De Patient Reported Experience Measure (PREM) wijkverpleging is een vragenlijst over de ervaring en beleving van cliënten met de wijkverpleging. De data heeft betrekking op 2023. We gebruiken deze data in onze monitor om een aanvullend beeld te geven van de ervaringen van zorggebruikers met de wijkverpleging. Zie voor meer informatie: Werkinstructie PREM Wijkverpleging verslagjaar 2023.

4.3 Bevindingen

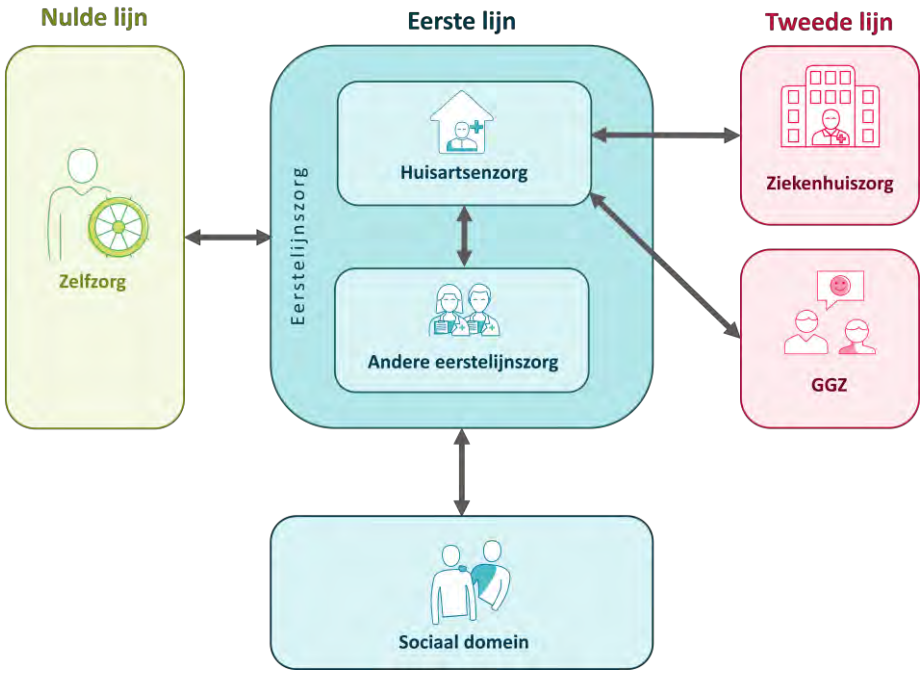
In deel 1 van deze paragraaf beschrijven we thema 1, de veranderingen in patiëntenstromen van disciplines in de eerstelijnszorg en de aangrenzende medisch specialistische zorg en acute zorg (§4.3.1). Thema 2 bestaat uit de ervaringen van patiënten met betrekking tot de toegankelijkheid van, passende voorbereiding op en de geboden zorg binnen de eerstelijnszorg (§4.3.2).

4.3.1 Veranderingen in patiëntenstromen

Het toepassen van afspraken uit het IZA hebben als mogelijk gevolg dat er veranderingen optreden in de patiëntenstromen over verschillende zorgdomeinen (Figuur 58). Deze veranderingen kunnen gewenst of ongewenst zijn. Binnen deze uitdaging 'veranderende patiëntenstromen' monitoren we het zorggebruik van patiënten met de tien geselecteerde aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel. We bekijken de veranderingen in het zorggebruik in de volgende disciplines:

- De huisarts
- Andere eerstelijnszorg
- Medisch specialistische zorg
- GGZ (POH-GGZ, basis GGZ en specialistische GGZ)
- Acute zorg (huisartsenspoedpost (HAP) en spoedeisende hulp (SEH))

Figuur 58 Mogelijke patiëntenstromen



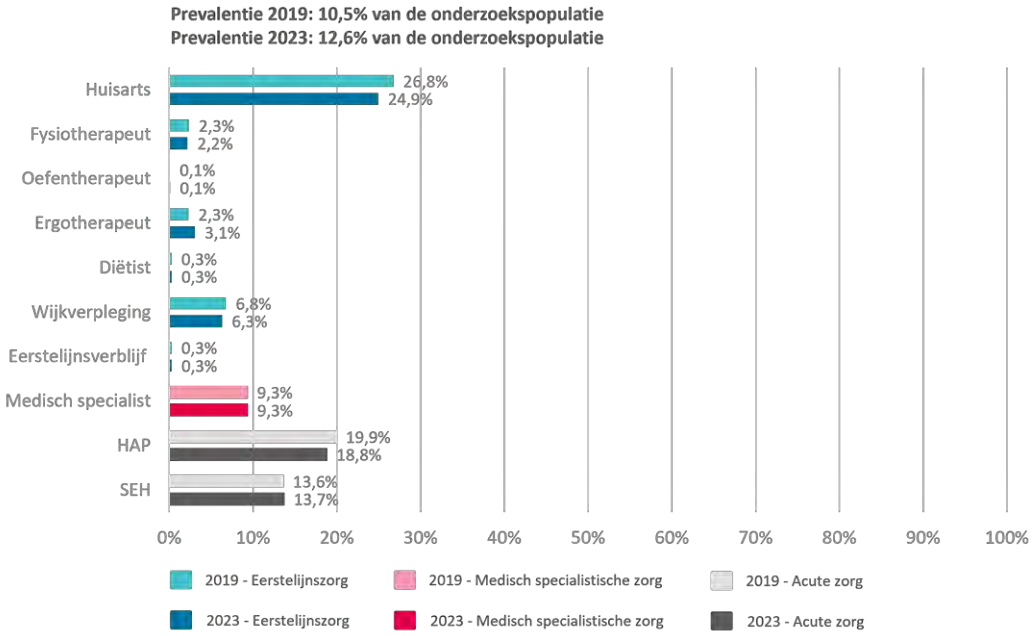
Daarnaast is er gekeken naar de ervaringen van huisartsen met het verwijzen naar en samenwerken met het sociaal domein, en het gebruik van de informatieve pagina's van Thuisarts.nl als vorm van zelfzorg. Zorggebruik in de acute zorg kan door veranderingen in patiëntenstromen over de verschillende zorgdomeinen door het toepassen van de afspraken in het IZA veranderen. Onvervulde zorgvragen in de reguliere zorg kunnen leiden tot een toename in het gebruik van de HAP en de SEH. Een toename in het gebruik van de acute zorg kunnen worden beschouwd als een signalement voor tekortschieting in de toegang tot de reguliere zorg [49]. Naast het monitoren van (veranderingen in) het gebruik van zorg binnen deze zorgdisciplines, monitoren we binnen deze indicator de doorstroom van patiënten van de huisartsenzorg naar ziekenhuiszorg.

Zorggebruik in de eerstelijnszorg, tweedelijnszorg en acute zorg

Astma en/of COPD

De prevalentie van astma en/of COPD was in de onderzoekspopulatie toegenomen met 2,1 procentpunt van 10,5% in 2019 naar 12,6% in 2023 (zie Figuur 59). Van de verschillende zorgdisciplines ontving deze patiëntengroep het vaakst zorg van de huisarts voor hun astma en/of COPD. In 2023 had bijna 25% van de patiënten hiervoor contact met de huisarts. Dit aandeel was echter gedaald met 1,9 procentpunt ten opzichte van 2019. Ook het aandeel patiënten dat zorg ontving op de HAP nam af tussen 2019 en 2023 (-1,1 procentpunt). Alleen bij de ergotherapie (+0,8 procentpunt) was een stijging te zien in het aandeel patiënten met een contact. Bij de verdere disciplines bleef het aandeel patiënten dat daar zorg heeft ontvangen gelijk of was er sprake van een lichte daling tussen 2019 en 2023. Hierbij moet er rekening mee gehouden worden dat een stabiel of dalend percentage ook kan resulteren in een stijgend absoluut aantal patiënten dat zorg ontvangt, omdat de prevalentie in de onderzoeksperiode is toegenomen.

*Figuur 59 Percentage patiënten met astma en/of COPD met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij de aangegeven disciplines**

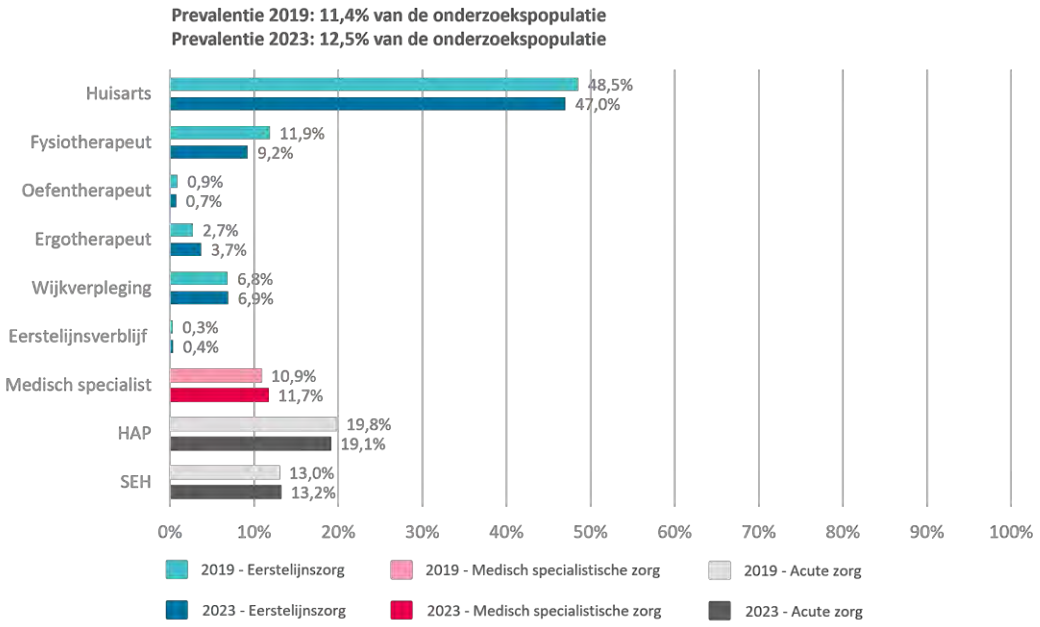


* Voor de disciplines ergotherapeut, diëtist, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, HAP en SEH is het percentage patiënten met minimaal één contact in het desbetreffende jaar voor iedere mogelijke reden gerapporteerd, omdat de reden van contact vanuit de gebruikte data vaak niet te koppelen is aan de onderzochte aandoening/doelgroep.

Chronische nek- en rugklachten

De prevalentie van chronische nek- en rugklachten was in de onderzoekspopulatie toegenomen met 1,1 procentpunt van 11,4% in 2019 naar 12,5% in 2023 (zie Figuur 60). Deze patiëntengroep ontving het vaakst zorg van de huisarts voor hun chronische nek- en rugklachten. In 2023 had 47% van de patiënten een contactmoment bij de huisarts hiervoor. Dit aandeel was echter gedaald met 1,5 procentpunt ten opzichte van 2019. De daling tussen 2019 en 2023 in het aandeel patiënten met een contact was ook te zien bij fysiotherapie (-2,7 procentpunt) en op de HAP (-0,7 procentpunt). Daarentegen steeg het aandeel patiënten dat in 2023 contact had bij de ergotherapeut (+1,0 procentpunt) en de medisch specialist (+0,8 procentpunt) ten opzichte van 2019. Bij de verdere relevante disciplines bleef het aandeel nagenoeg gelijk. Bij de interpretatie van dit resultaat moet er rekening mee gehouden worden dat een stabiel of dalend percentage ook kan resulteren in een stijgend absoluut aantal patiënten dat zorg ontvangt, omdat de prevalentie in de onderzoeksperiode is toegenomen.

*Figuur 60 Percentage patiënten met chronische nek- en rugklachten met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij de aangegeven disciplines **

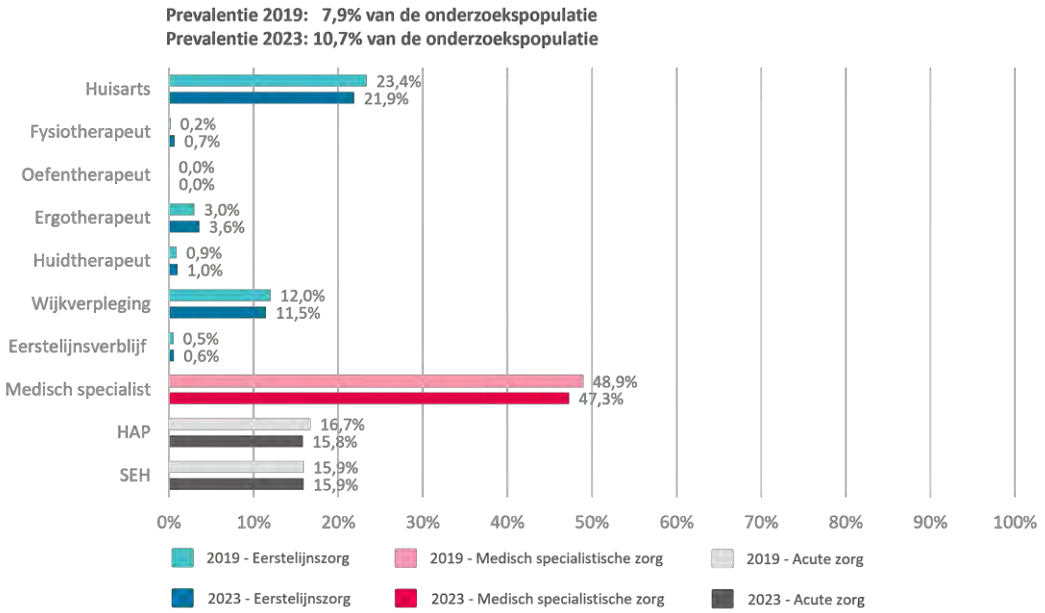


* Voor de disciplines ergotherapeut, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, HAP en SEH is het percentage patiënten met minimaal één contact in het desbetreffende jaar voor iedere mogelijke reden gerapporteerd, omdat de reden van contact vanuit de gebruikte data vaak niet te koppelen is aan de onderzochte aandoening/doelgroep.

Kanker

De prevalentie van kanker was in de onderzoekspopulatie toegenomen met 2,8 procentpunt van 7,9% in 2019 naar 10,7% in 2023 (zie Figuur 61). Deze patiëntengroep ontving het vaakst zorg binnen de medisch specialistische zorg voor hun vorm van kanker. In 2023 had ruim 47% van de patiënten een contactmoment bij de medisch specialist hiervoor. Dit aandeel was gedaald met 1,6 procentpunt ten opzichte van 2019. Een daling tussen 2019 en 2023 in het aandeel patiënten dat zorg ontving was ook te zien bij de huisarts (-1,5 procentpunt), op de HAP (-0,9 procentpunt) en bij de wijkverpleging (-0,5 procentpunt). Daarentegen nam het aandeel patiënten met een contactmoment bij de ergotherapeut (+0,6 procentpunt) en fysiotherapeut (+0,5 procentpunt) toe. Bij de verdere relevante disciplines bleef het aandeel nagenoeg gelijk. Bij de interpretatie van dit resultaat moet er rekening mee gehouden worden dat een stabiel of dalend percentage ook kan resulteren in een stijgend absoluut aantal patiënten dat zorg ontvangt, omdat de prevalentie in de onderzoeksperiode is toegenomen.

*Figuur 61 Percentage patiënten met kanker met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij de aangegeven disciplines **

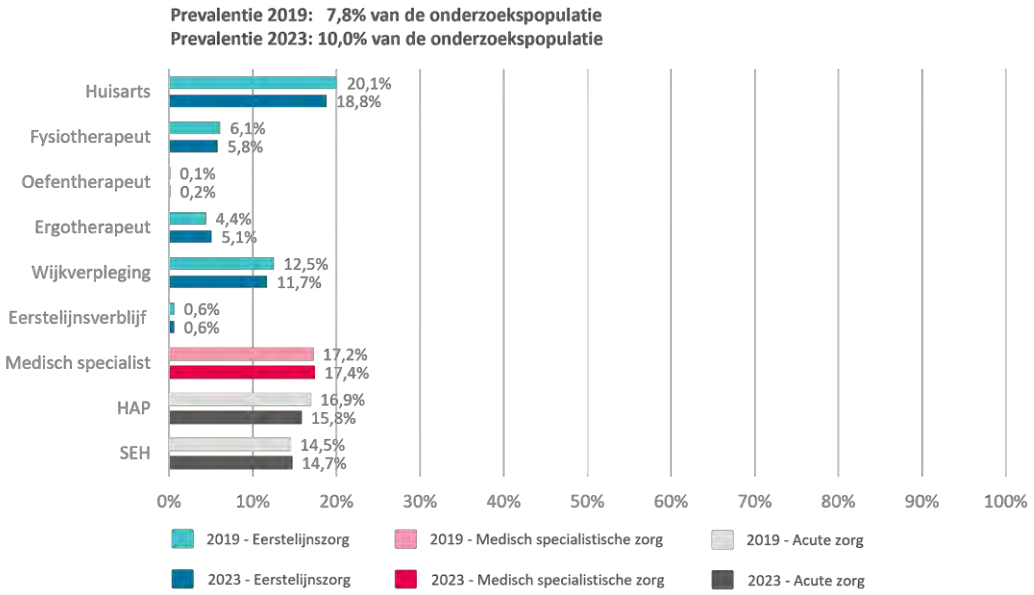


* Voor de disciplines ergotherapeut, huidtherapeut, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, HAP en SEH is het percentage patiënten met minimaal één contact in het desbetreffende jaar voor iedere mogelijke reden gerapporteerd, omdat de reden van contact vanuit de gebruikte data vaak niet te koppelen is aan de onderzochte aandoening/doelgroep.

Perifere artrose

De prevalentie van perifere artrose was in de onderzoekspopulatie toegenomen met 2,2 procentpunt van 7,8% in 2019 naar 10,0% in 2023 (zie Figuur 62). Deze patiëntengroep ontving het vaakst zorg voor hun perifere artrose van de huisarts, gevolgd door de medisch specialist. In 2023 had bijna 19% van de patiënten hiervoor een contactmoment bij de huisarts. Dit aandeel was gedaald met 1,3 procentpunt ten opzichte van 2019. Ruim 17% ontving voor hun aandoening zorg van de medisch specialist in 2023. Dit aandeel was ten opzichte van 2019 nagenoeg gelijk. Patiënten ontvingen in 2023 vaker zorg bij de ergotherapeut (+0,7 procentpunt) in vergelijking met 2019. Daarentegen nam het aandeel patiënten met een contactmoment op de HAP (-1,1 procentpunt) en bij de wijkverpleging (-0,7 procentpunt) af. Bij de verdere relevante disciplines bleef het aandeel nagenoeg gelijk. Hierbij moet er rekening mee gehouden worden dat een stabiel of dalend percentage ook kan resulteren in een stijgend absoluut aantal patiënten dat zorg ontvangt, omdat de prevalentie in de onderzoeksperiode is toegenomen.

*Figuur 62 Percentage patiënten met perifere artrose met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij de aangegeven disciplines **

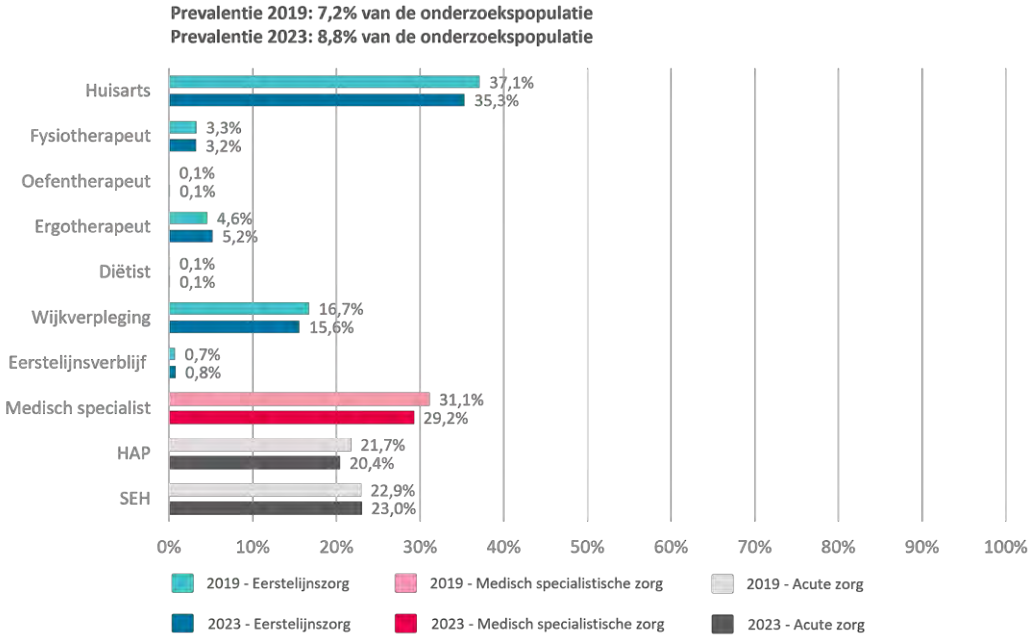


* Voor de disciplines ergotherapeut, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, HAP en SEH is het percentage patiënten met minimaal één contact in het desbetreffende jaar voor iedere mogelijke reden gerapporteerd, omdat de reden van contact vanuit de gebruikte data vaak niet te koppelen is aan de onderzochte aandoening/doelgroep.

Hart- en vaatziekten

De prevalentie van hart- en vaatziekten was in de onderzoekspopulatie toegenomen met 1,6 procentpunt van 7,2% in 2019 naar 8,8% in 2023 (zie Figuur 63). Deze patiëntengroep ontving het vaakst zorg voor hun hart- en vaatziekten van de huisarts, gevolgd door de medisch specialist. In 2023 had ruim 35% van de patiënten hiervoor een contactmoment bij de huisarts. Dit aandeel was gedaald met 1,8 procentpunt ten opzichte van 2019. Ruim 29% ontving zorg voor hun aandoening van de medisch specialist in 2023. Dit aandeel was ten opzichte van 2019 ook gedaald (-1,9 procentpunt). Een daling tussen 2019 en 2023 in het aandeel patiënten dat zorg ontving was ook te zien op de HAP (-1,3 procentpunt) en bij de wijkverpleging (-0,9 procentpunt). Het aandeel patiënten met een contact bij de ergotherapeut steeg daarentegen met 0,6 procentpunt tussen 2019 en 2023. Bij de verdere relevante disciplines bleef het aandeel nagenoeg gelijk. Bij de interpretatie van dit resultaat moet er rekening mee gehouden worden dat een stabiel of dalend percentage ook kan resulteren in een stijgend absoluut aantal patiënten dat zorg ontvangt, omdat de prevalentie in de onderzoeksperiode is toegenomen.

*Figuur 63 Percentage patiënten met hart- en vaatziekten met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij de aangegeven disciplines **

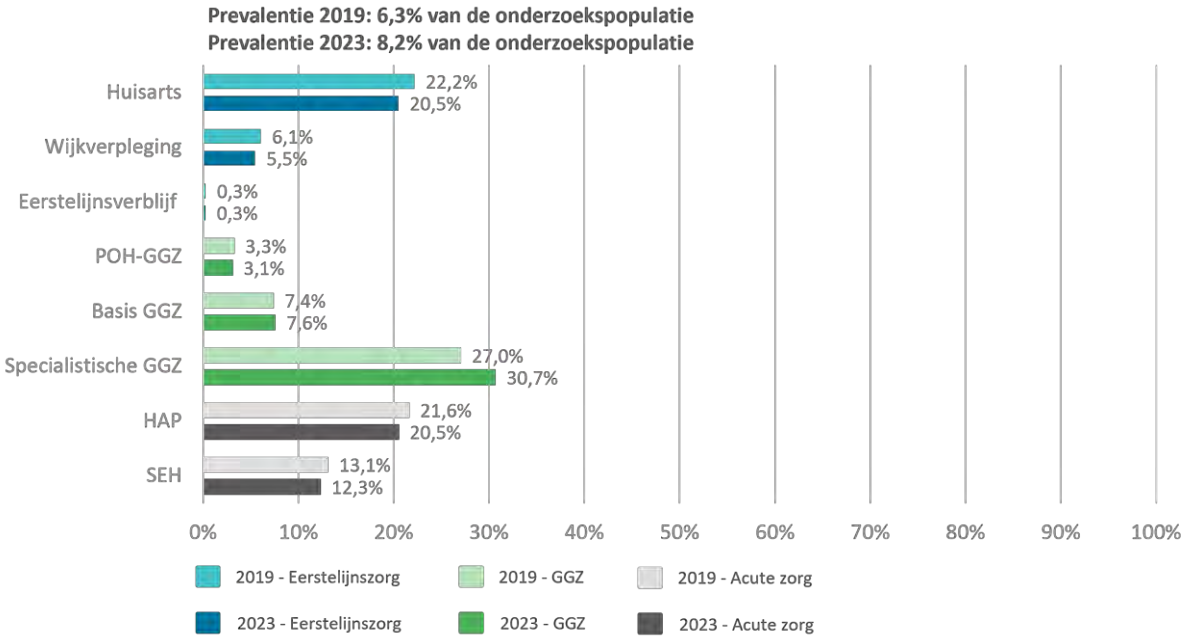


* Voor de disciplines ergotherapeut, diëtist, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, HAP en SEH is het percentage patiënten met minimaal één contact in het desbetreffende jaar voor iedere mogelijke reden gerapporteerd, omdat de reden van contact vanuit de gebruikte data vaak niet te koppelen is aan de onderzochte aandoening/doelgroep.

Psychische problematiek

De prevalentie van psychische problematiek was in de onderzoekspopulatie toegenomen met 1,9 procentpunt van 6,3% in 2019 naar 8,2% in 2023 (zie Figuur 64). Deze patiëntengroep ontving het vaakst zorg binnen de specialistische GGZ. In 2023 ontving bijna 31% van de patiënten zorg binnen de specialistische GGZ. Dit aandeel was toegenomen met 3,7 procentpunt ten opzichte van 2019. Daarentegen was bij de huisarts (-1,7 procentpunt), op de HAP (-1,1 procentpunt), op de SEH (-0,8 procentpunt) en bij de wijkverpleging (-0,6 procentpunt) een daling te zien in het aandeel patiënten dat zorg ontving in 2023 ten opzichte van 2019. Bij de verdere relevante disciplines bleef het aandeel nagenoeg gelijk. Hierbij moet er rekening mee gehouden worden dat een stabiel of dalend percentage ook kan resulteren in een stijgend absoluut aantal patiënten dat zorg ontvangt, omdat de prevalentie in de onderzoeksperiode is toegenomen.

*Figuur 64 Percentage patiënten met psychische problematiek met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij de aangegeven disciplines**

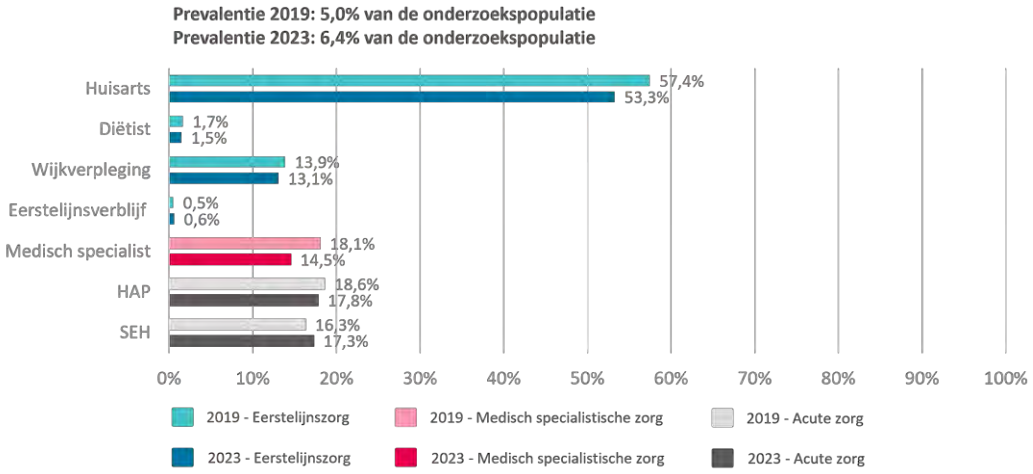


* Voor de disciplines wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, HAP en SEH is het percentage patiënten met minimaal één contact in het desbetreffende jaar voor iedere mogelijke reden gerapporteerd, omdat de reden van contact vanuit de gebruikte data vaak niet te koppelen is aan de onderzochte aandoening/doelgroep.

Diabetes mellitus

De prevalentie van diabetes mellitus was in de onderzoekspopulatie toegenomen met 1,4 procentpunt van 5,0% in 2019 naar 6,4% in 2023 (zie Figuur 65). Deze patiëntengroep ontving het vaakst zorg van de huisarts voor hun diabetes mellitus. In 2023 had ruim 53% van de patiënten hiervoor een contactmoment bij de huisarts. Dit aandeel was gedaald met 4,1 procentpunt ten opzichte van 2019. Deze daling was ook te zien bij de medisch specialistische zorg (-3,6 procentpunt), op de HAP (-0,8 procentpunt) en bij de wijkverpleging (-0,8 procentpunt). Daarentegen nam de zorg op de SEH in 2023 met 1,0 procentpunt toe ten opzichte van 2019. Bij de verdere relevante disciplines bleef het aandeel nagenoeg gelijk. Bij de interpretatie van dit resultaat moet er rekening mee gehouden worden dat een stabiel of dalend percentage ook kan resulteren in een stijgend absoluut aantal patiënten dat zorg ontvangt, omdat de prevalentie in de onderzoeksperiode is toegenomen.

*Figuur 65 Percentage patiënten met diabetes mellitus met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij de aangegeven disciplines **

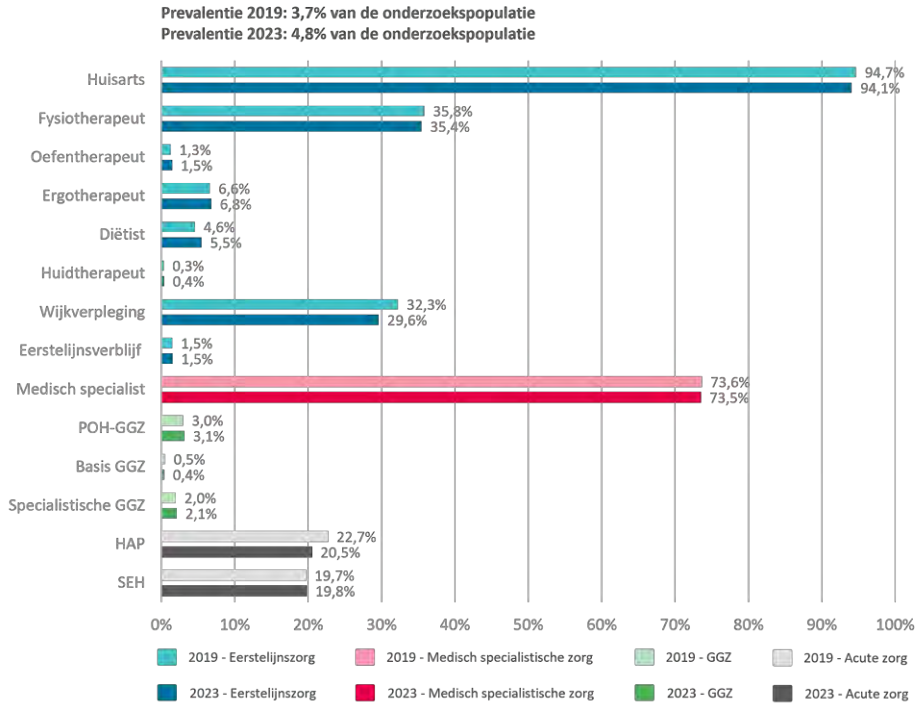


* Voor de disciplines diëtist, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, HAP en SEH is het percentage patiënten met minimaal één contact in het desbetreffende jaar voor iedere mogelijke reden gerapporteerd, omdat de reden van contact vanuit de gebruikte data vaak niet te koppelen is aan de onderzochte aandoening/doelgroep.

Kwetsbare ouderen

De prevalentie van kwetsbare ouderen in de onderzoekspopulatie was toegenomen met 1,1 procentpunt van 3,7% in 2019 naar 4,8% in 2023 (zie Figuur 66). Deze patiëntengroep ontving het vaakst zorg van de huisarts. In 2023 had ruim 94% van de patiënten een contactmoment bij de huisarts. Dit aandeel was gedaald met 0,6 procentpunt ten opzichte van 2019. Ook het aandeel patiënten met zorg bij de wijkverpleging (-2,7 procentpunt) en het aandeel patiënten met zorg op de HAP (-2,2 procentpunt) nam af tussen 2019 en 2023 Daarentegen nam het aandeel patiënten met een contact bij de diëtist (+0,9 procentpunt) in 2023 toe ten opzichte van 2019. Bij de verdere relevante disciplines bleef het aandeel nagenoeg gelijk. Bij de interpretatie van dit resultaat moet er rekening mee gehouden worden dat een stabiel of dalend percentage ook kan resulteren in een stijgend absoluut aantal patiënten dat zorg ontvangt, omdat de prevalentie in de onderzoeksperiode is toegenomen.

*Figuur 66 Percentage kwetsbare ouderen met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij de aangegeven disciplines **

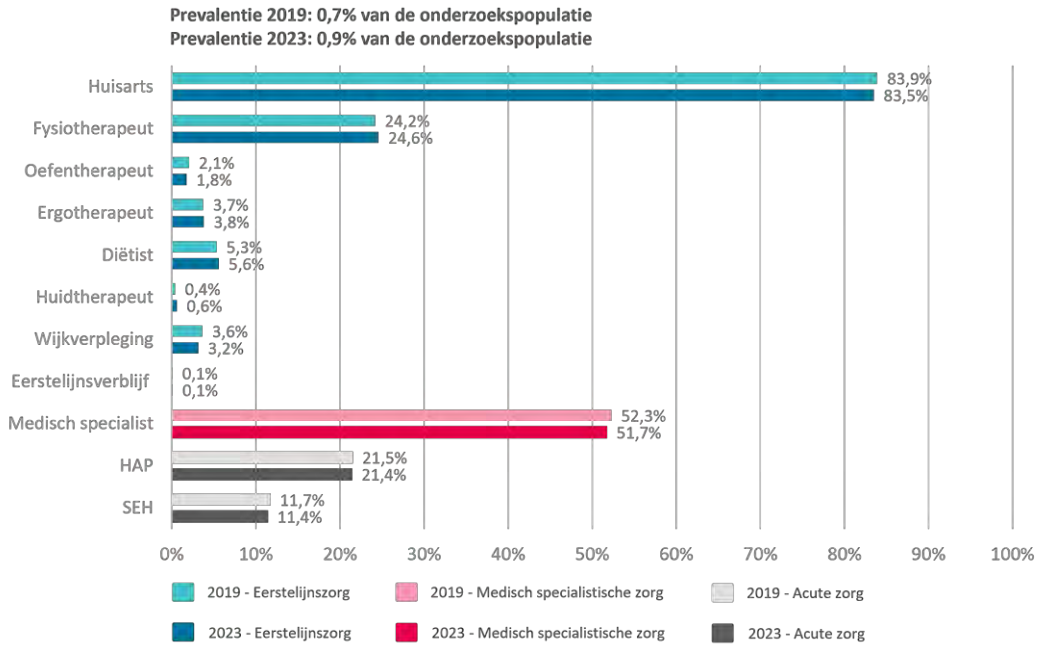


* Voor het gerapporteerde zorggebruik van de doelgroep kwetsbare ouderen geldt dat er niet gespecificeerd gekeken is naar de aanleiding van het contact. Alle contactmoment, ongeacht de reden, zijn meegenomen in de analyses.

Verstandelijke beperking

De prevalentie van verstandelijke beperking was in de onderzoekspopulatie nagenoeg gelijk in 2019 en 2023 (zie Figuur 67). Deze patiëntengroep ontving het vaakst zorg van de huisarts. In 2023 had 83,5% van de patiënten een contactmoment bij de huisarts. Dit aandeel was gedaald met 0,4 procentpunt ten opzichte van 2019. Uit eerder onderzoek van het Nivel bleek dat 78% van de totale populatie in Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn jaarlijks zorg ontving van de huisarts in 2019 en 2023 [50, 51]. Voor patiënten met een verstandelijke beperking lag dit percentage dus hoger. Naast de huisarts, ontving ruim de helft van de patiënten met een verstandelijke beperking zorg van de medisch specialist in 2019 en 2023. Dit aandeel patiënten met een contactmoment is echter ligt gedaald met 0,6 procentpunt in deze tijdsperiode. Bij de verdere relevante disciplines bleef het aandeel nagenoeg gelijk. Bij de interpretatie van dit resultaat moet er rekening mee gehouden worden dat een stabiel of dalend percentage ook kan resulteren in een stijgend absoluut aantal patiënten dat zorg ontvangt, omdat de prevalentie in de onderzoeksperiode is toegenomen.

*Figuur 67 Percentage patiënten met een verstandelijke beperking met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij de aangegeven disciplines **



* Voor het gerapporteerde zorggebruik van de doelgroep verstandelijke beperking geldt dat er niet gespecificeerd gekeken is naar de aanleiding van het contact. Alle contactmoment, ongeacht de reden, zijn meegenomen in de analyses.

Toestroom naar de medisch specialist vanuit de huisartsenpraktijk

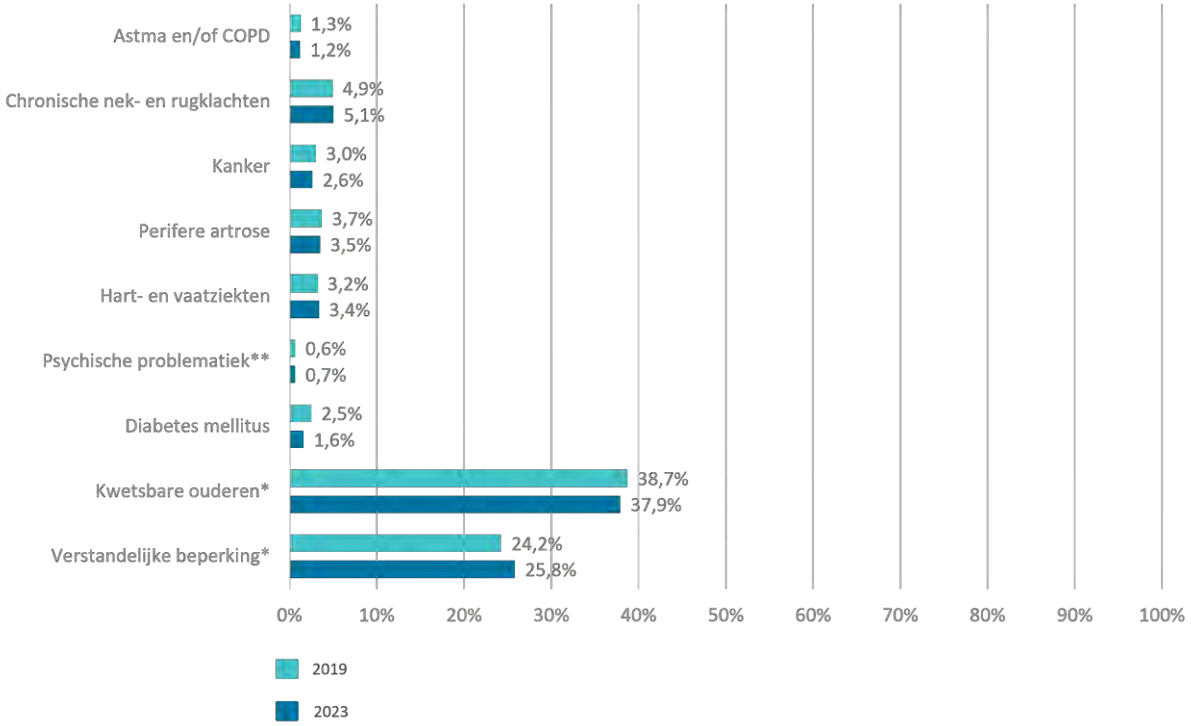
De doelgroep kwetsbare ouderen (aantal verwezen patiënten afgenomen tussen 2019 en 2023 van 38,7% naar 37,9%) en patiënten met een verstandelijke beperking (aantal verwezen patiënten toegenomen tussen 2019 en 2023 van 24,2% naar 25,8%) werden het vaakst verwezen naar de medisch specialist (zie Figuur 68). Voor deze doelgroep en aandoening keken we naar alle verwijzingen ongeacht de reden omdat er niet vastgesteld kon worden of de verwijzingen te relateren zijn aan de aandoening/doelgroep specifiek.

Van de andere aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel werden patiënten met nek- en rugklachten het vaakst voor de aandoening verwezen naar de medisch specialistische zorg. Het aandeel patiënten met een verwijzing in 2023 was hier, zoals bij het grootste deel van de onderzochte aandoeningen, nagenoeg gelijk aan 2019. De grootste afname in het aandeel patiënten

met een verwijzing was te zien bij patiënten met diabetes mellitus. Tussen 2019 en 2023 was er een afname van 0,9 procentpunt.

Bij de interpretatie van deze resultaten moet er rekening mee gehouden worden dat deze analyses zijn uitgevoerd op basis van prevalente patiënten. Deze patiënten kunnen al onder behandeling zijn van een medisch specialist, en hebben daardoor niet altijd een verwijzing nodig van de huisartsenpraktijk.

Figuur 68 Percentage patiënten met minimaal één verwijzing naar de medisch specialistische zorg



* Voor de aandoeningen/doelgroepen kwetsbare ouderen en verstandelijk beperkten geldt dat er niet specifiek gekeken is naar de reden van de verwijzing, omdat dit aandoeningen/doelgroepen betreffen waarbij de reden van verwijzing vanuit de gebruikte data vaak niet te koppelen is aan de onderzochte aandoening/doelgroep. Alle verwijzingen, ongeacht de reden, zijn meegenomen in de analyses. Voor de andere onderzochte aandoeningen/doelgroepen is de reden van verwijzing wel meegenomen in de analyses.

** Verwijzingen naar de GGZ zijn niet meegenomen in deze analyse.

Ervaringen van huisartsen met de samenwerking met het sociaal domein

Naast de patiëntenstromen tussen de eerstelijnszorg, medisch specialistische zorg en de GGZ, speelt ook de patiëntstroom van de huisartsenpraktijk naar het sociaal domein een rol in het IZA, en daarmee het toegankelijk houden van de zorg. Op basis van de Nivel huisartsenpraktijkenquête is inzicht verkregen in de ervaringen van huisartsen met de samenwerking met het sociaal domein. Hieruit blijkt dat bijna de helft (49,0%) de samenwerking met het sociaal domein als goed of heel goed ervaart (zie Tabel 11). Toch ervaart de andere helft de samenwerking als neutraal (38,7%) of (heel) slecht (12,3%). Er lijkt een relatie te bestaan tussen de ervaren samenwerking met het sociaal domein en de grootte van huisartsenpraktijk, en de frequentie van verwijzen vanuit de huisartsenpraktijk: 1) de samenwerking wordt negatiever ervaren naarmate de praktijk kleiner is, en 2) de samenwerking wordt positiever ervaren als de praktijk frequenter verwijst. Er is geen inzicht in de ervaringen met de samenwerking vanuit het perspectief van het sociaal domein.

Tabel 11 Ervaringen van huisartsenpraktijken met de samenwerking tussen de huisartsenpraktijk en het sociaal domein

		Hoe ervaart u de samenwerking met het sociaal domein?		
		(Heel) slecht n (%)	Neutraal n (%)	(Heel) goed n (%)
Totaal	Totaal (N=917)	113 (12.3%)	355 (38.7%)	449 (49,0%)
Type praktijk	Solo-praktijk (N=85)	12 (14,1%)	30 (35,3%)	43 (50,6%)
	Duo-praktijk (N=347)	45 (13,0%)	144 (41,5%)	158 (45,5%)
	Groepspraktijk (N=482)	56 (11,6%)	180 (37,3%)	246 (51,0%)
Stedelijkheid	Niet tot weinig stedelijk (N=292)	28 (9,6%)	113 (38,7%)	151 (51,7%)
	Matig stedelijk (N=159)	19 (11,9%)	52 (32,7%)	88 (55,3%)
	(zeer) sterk stedelijk (N=463)	66 (14,3%)	189 (40,8%)	208 (44,9%)
Hoe vaak verwijst u naar het sociaal domein?	Niet tot enkele keren per jaar (N=44)	8 (18,2%)	25 (56,8%)	11 (25,0%)
	Maandelijks (N=196)	31 (15,8%)	88 (44,9%)	77 (39,3%)
	Wekelijks tot dagelijks (N=677)	74 (10,9%)	242 (35,7%)	361 (53,3%)

Huisartsen konden een toelichting geven bij hun ervaren samenwerking met het sociaal domein. Zij gaven aan dat binnen de huisartsenpraktijk met name de POH (-GGZ, -somatiek, -ouderen, -jeugd) contact onderhoudt met en verwijst naar het sociaal domein. Functies en/of rollen die genoemd worden in het kader van samenwerking met het sociaal domein zijn zeer breed en divers, waaronder: POH-leefstijl, POH-welzijn, POH sociaal; de buurtschakel; de dorpsondersteuner; wijkteam; adviseur integrale zorg; welzijnscoach; buurtteam; sociaal makelaar; sociaal team; beweegcoach.

Een goede samenwerking werd door de huisartsen geassocieerd met:
- Nabijheid van een loket of een spreekuur in hetzelfde gebouw;
- Het leefstijl loket van de gemeente;
- Aansluiten van maatschappelijk werker in het MDO;
- Korte lijnen via Siilo app;
- Periodiek overleg moment;
- Meldpunt bezorgd;
- Een centraal verwijspunt;
- Digitale verwijzingen via Zorgdomein;
- Contacten via de zorggroep;
- Korte lijnen, persoonlijk contact; elkaar goed kennen; het hebben van elkaars 06-nummer en whatsapp.

Welzijn op recept werd regelmatig genoemd als positief voorbeeld. Een huisarts die werkzaam is een duo praktijk in een zeer stedelijke omgeving gaf aan: *"Het verloopt soepel, we werken 'mee' aan beide kanten, zien elkaar als broodnodig en als prettige samenwerkingspartner; Korte lijnen, persoonlijk contact".*
Een andere huisarts die eveneens werkzaam is in een duo praktijk in een zeer stedelijke omgeving gaf aan: *"Het wijkteam doet een dagdeel spreekuur in onze praktijk, dit zorgt voor korte lijntjes, we kunnen makkelijk verwijzen via zorgdomein naar maatschappelijk werk en krijgen terugkoppeling."*

Redenen die genoemd werden waardoor samenwerking als minder goed wordt ervaren zijn:
- Onduidelijkheid bij de huisarts over het aanbod, wie wat doet binnen het sociaal domein;
- De grote doorstroom van medewerkers in de sector, waardoor aanspreekpunten snel wisselen en er geen vast contactpersoon is;
- Gebrek aan capaciteit en daardoor lange wachttijden bij sociaal domein, waardoor crisishulp die in het sociaal domein hoort bij de huisarts blijft;
- Stroeve communicatie door slechte (telefonische) bereikbaarheid;
- Ontbreken van terugkoppeling, waardoor ondoorzichtige en ongedocumenteerde zorg vanuit huisartsperspectief;
- Ontbreken van een structureel/periodiek overleg;
- Gemeentelijke herindeling of fusie van kleinere deelgemeenten maakt communicatie moeizaam;
- Patiënt wordt teruggestuurd omdat problematiek te complex is, waardoor deze weer terugkomt bij de huisarts;
- Geen structurele bekostiging voor de lange termijn vanuit gemeente.

Een huisarts werkzaam in een groepspraktijk in een matig stedelijke omgeving gaf aan: *"Voor mijn gevoel wordt er te afwachtend gehandeld, te veel of te lang afgehouden. Het gevoel dat er ontstaat is dat de gemeente het sociaal domein afknijpt en daarmee gaten elders op probeert te vullen. Het contact is prettig."*

Een andere huisarts, werkzaam in een duo-praktijk in een niet-stedelijke omgeving, gaf aan: *"De gemeente wilde meer regie naar zich toetrekken en heeft zich daar in verslikt en is vastgelopen. Ik moet dus weer meer contact opnemen (leuren) met maatschappelijke problematiek."*

Het gebruik van Thuisarts.nl

Verandering in het gebruik van zelfzorg door de patiënt kan van invloed zijn op patiëntenstromen. Een stijging in de toepassing van zelfzorg kan voornamelijk verlichting bieden voor eerstelijnszorgverleners. Eén van de vele mogelijkheden van zelfzorg is het gebruik van Thuisarts.nl. De gebruikersstatistieken van Thuisarts.nl gebruiken we binnen deze analyse als proxy om het gebruik van zelfzorg te monitoren over de periode 2019-2023.

Het totaal aantal paginaweergaven is voor alle aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel toegenomen tussen 2019 en 2023. (zie Figuur 69). Hierin speelt het een grote rol dat het aantal pagina's gerelateerd aan de aandoeningen/doelgroepen gedurende deze periode ook sterk gestegen is (minimale stijging van 17,9% - maximale stijging van 300,0%). Daarnaast spelen factoren als promotiecampagnes voor het gebruik van Thuisarts.nl, toenemend gebruik van Thuisarts.nl binnen de huisartsenpraktijk en de toename in bewustzijn van de eigen gezondheid van de patiënt naar waarschijnlijkheid mee in deze toename.

Figuur 69 Som van paginaweergaven voor pagina's toebehorend aan aandoening/doelgroep met Veranderpotentieel



De doelgroep kwetsbare ouderen is niet geanalyseerd voor de paginaweergaven op Thuisarts.nl, omdat dit een doelgroep betreft die niet op een specifieke aandoening betrekking heeft. Daardoor kan deze doelgroep niet gekoppeld kan worden aan specifieke pagina's op Thuisarts.nl. Om toch iets te kunnen zeggen over het gebruik van Thuisarts.nl ten aanzien van kwetsbare ouderen is gekeken naar de paginaweergaven voor dementie.

De top 15 meest bezochte Thuisarts.nl pagina's zijn sterk veranderd tussen 2019 en 2023 (Zie Figuur 70). "Ik heb pijn op de borst. Wat kan het zijn?" was in 2023 de meest bezochte pagina op Thuisarts.nl, waarbij de paginaweergaven met ruim 174.000 weergaven is toegenomen ten opzichte van 2019. Negen pagina's stonden nieuw in de top 15. De hoogste binnenkomer was de pagina "ik heb schurft".

Figuur 70 Top 15 meest bezochte pagina's op Thuisarts.nl in 2019 en 2023



Blauwe bolletjesmarkering: plaats is toegenomen of gelijk gebleven, of de pagina staat nieuw in de top 15.

Blauwe balkmarkering: aantal paginaweergaven is toegenomen of gelijk gebleven, of de pagina staat nieuw in de top 15.

Top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen in de eerstelijnszorg

De tien onderzochte aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel spelen een grote rol in de hoge druk op het zorgstelsel. Echter kunnen er over tijd veranderingen plaatsvinden in de zorgvraag binnen de eerstelijnszorg die belangrijk zijn om te overwegen binnen de beleidsvoering rondom IZA. Om naast de mogelijke verschuivingen in de patiëntenstromen van de tien onderzochte aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel geen van deze belangrijke ontwikkelingen te missen, kijken we naar de top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen bij eerstelijnszorgdisciplines in 2019 en 2023.

Huisartsenpraktijk

De top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen bij contacten in de huisartsenpraktijk is in 2023 nauwelijks veranderd ten opzichte van 2019 (zie Figuur 71). Urineweginfectie was in 2023 het meest voorkomende gezondheidsprobleem en nam licht toe van 2,6% in 2019 naar 2,7% in 2023 van alle contacten. Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging, dat in 2019 de meest voorkomende aandoening was (2,9% van alle contacten), daalde in 2023 naar 2,4% van alle contacten. Ook andere ziekte(n) huid/subcutis (het onderhuids bindweefsel) en angststoornis/angsttoestand waren vaker een reden voor contact in 2023 ten opzichte van 2019. Daarnaast was gegeneraliseerde/niet gespecificeerde ziekte(n) in 2023 nieuw in de top 15 (1,2% van alle contacten).

Figuur 71 Top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk in 2019 en 2023



Blauwe bolletjesmarkering: plaats is toegenomen of gelijk gebleven, of het gezondheidsprobleem staat nieuw in de top 15.
Blauwe balkmarkering: percentuele verandering is toegenomen of gelijk gebleven, of het gezondheidsprobleem staat nieuw in de top 15.

Fysiotherapie

De top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen bij contacten in de fysiotherapie kende meerdere verschuivingen in 2023 ten opzichte van 2019 (zie Figuur 72). Spier-, pees- en fascie-aandoeningen van de wervelkolom was in zowel 2019 als 2023 het meest voorkomende gezondheidsprobleem, maar nam percentueel af van 17,8% in 2019 naar 16,3% in 2023 van alle contacten. De grootste stijging in de top 15 is te zien bij spier-, pees- en fascie-aandoeningen van het bekken/bovenbeen (toename van 4,0% naar 5,0% van alle contacten), gewrichtsklachten in de knie/het onderbeen/de voet (toename van 3,5% naar 4,0% van alle contacten), en behandelingen voor Parkinson of andere extrapiramidale aandoeningen (toename van 1,5% naar 2,0% van alle contacten). Daarnaast waren COVID-19 en overige neurologische aandoeningen/neuropathieën/ziekten van neurologische oorsprong in 2023 nieuw in de top 15.

Figuur 72 Top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen bij de fysiotherapeut in 2019 en 2023



Blauwe bolletjesmarkering: plaats is toegenomen of gelijk gebleven, of het gezondheidsprobleem staat nieuw in de top 15.
Blauwe balkmarkering: percentuele verandering is toegenomen of gelijk gebleven, of het gezondheidsprobleem staat nieuw in de top 15.

Oefentherapie

De top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen binnen de contacten in de oefentherapie kende meerdere verschuivingen in 2023 ten opzichte van 2019 (zie Figuur 73). Gegeneraliseerde psychomotore retardatie/ontwikkelingsstoornissen was in zowel 2019 als 2023 het meest voorkomende gezondheidsprobleem. De grootste stijging in de top 15 is te zien in gegeneraliseerde psychosomatische aandoeningen (toename van 5,6% naar 10,4% van alle contacten) en behandelingen voor Parkinson of andere extrapiramidale aandoeningen (toename van 1,6% naar 2,6% van alle contacten). Daarnaast waren symptomatologie (geen aanwijsbare pathologie), cerebrovasculair accident/centrale parese, COVID-19 en overige reumatische- en collageenaandoeningen in 2023 nieuw in de top 15.

Figuur 73 Top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen bij de oefentherapeut in 2019 en 2023

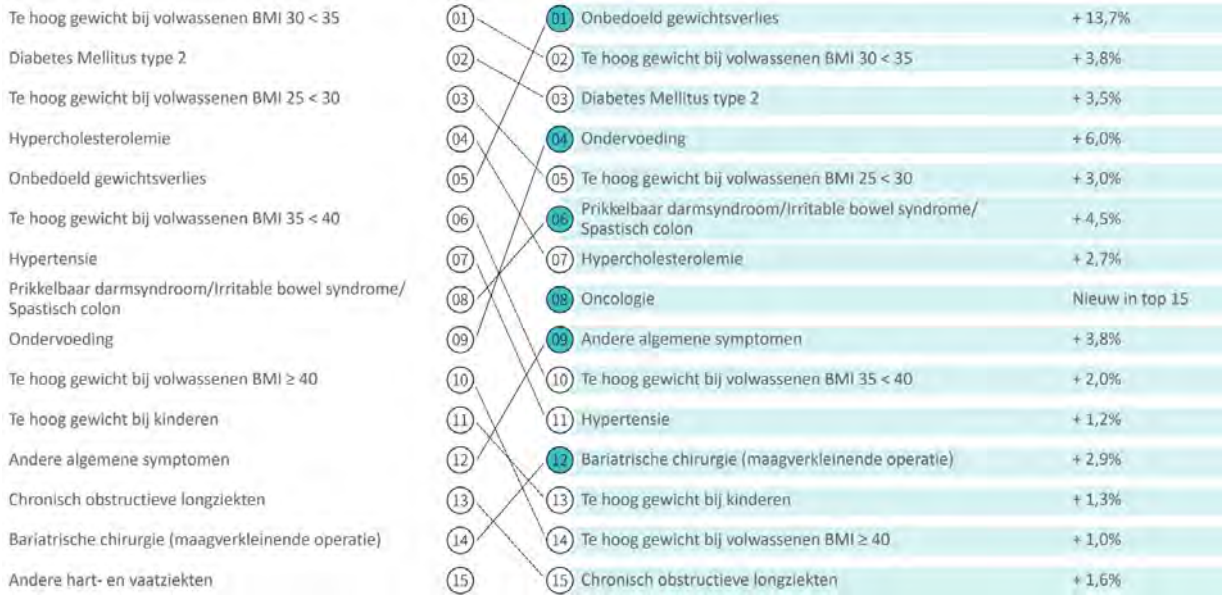


Blauwe bolletjesmarkering: plaats is toegenomen of gelijk gebleven, of het gezondheidsprobleem staat nieuw in de top 15.
Blauwe balkmarkering: percentuele verandering is toegenomen of gelijk gebleven, of het gezondheidsprobleem staat nieuw in de top 15.

Diëtetiek

De top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen bij contacten in de diëtetiek is in 2023 nauwelijks veranderd ten opzichte van 2019 (zie Figuur 74). Alle aandoeningen kenden een stijging in percentuele aandeel van alle contacten in 2023 ten opzichte van 2019, maar er waren wel veel verschuivingen in positie te zien. Onbedoeld gewichtsverlies was in 2023 het meest voorkomende gezondheidsprobleem en kende een sterke stijging van 3,8% in 2019 naar 17,5% in 2023 van alle contacten. Ook ondervoeding kende een sterke stijging: van 2,4% in 2019 naar 8,4% in 2023 van alle contacten. Oncologie stond in 2023 nieuw in de top 15.

Figuur 74 Top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen bij de diëtist in 2019 en 2023



Blauwe bolletjesmarkering: plaats is toegenomen of gelijk gebleven, of het gezondheidsprobleem staat nieuw in de top 15.
Blauwe balkmarkering: percentuele verandering is toegenomen of gelijk gebleven, of het gezondheidsprobleem staat nieuw in de top 15.

Veranderingen in de zorgvraag binnen de eerstelijnszorg

Binnen de meest voorkomende aandoeningen in de contacten van eerstelijnszorgverleners valt op dat bij sommige veranderingen in meerdere disciplines hebben plaatsvonden. De invloed van de COVID-19-pandemie was terug te zien in de contacten bij de fysiotherapeut en de oefentherapeut. Dezelfde verandering was te zien bij contacten voor Parkinson of andere extrapiramidale aandoeningen. Het vóórkomen van dit gezondheidsprobleem steeg in 2023 binnen de fysiotherapie en oefentherapie ten opzichte van 2019. Een andere verandering die in meerdere disciplines te zien was, was de opkomst van het registreren van contacten onder ‘andere gegeneraliseerde ziekten’ (huisarts), ‘andere algemene symptomen’ (diëtetiek) of ‘symptomatologie’ (oefentherapie) in 2023 ten opzichte van 2019.

ACSC-indicator

Naast veranderingen in het zorggebruik op de huisartsspoedposten en de spoedeisende hulp wordt voor het monitoren van de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg in de eerste lijn gebruik gemaakt van de ACSC-indicator. ACSC staat voor ambulatory care sensitive conditions; dit zijn aandoeningen waarbij adequate ambulante zorg een ziekenhuisopname mogelijk kan voorkomen. Een afname in opnames voor ACSCs kan wijzen op ‘een sterkere eerste lijn’.

Tabel 12 geeft de verschillen weer tussen het aantal opnames voor ACSCs in 2019 en 2023. Het aantal opnames voor ACSCs per 10.000 verzekerden is tussen 2019 en 2023 met bijna een kwart gedaald van 70,9 naar 53,9 opnames. Bijna dertig procent van de opnames voor ACSCs was voor COPD en astma, gevolgd door opnames voor hartfalen en cellulitis. In 2019 betrof 13,5% van de opnames voor ACSCs een heropname. Dit was 12,9% in 2023. De opnames voor ACSCs zijn voor bijna alle aandoeningen afgenomen, behalve voor cellulitis, Pelvic inflammatory disease en gangreen.

De grootste daling in het aantal opnames voor ACSCs vond plaats tussen 2019 en 2020, waarschijnlijk als gevolg van de COVID-19 pandemie. Na de COVID-19 pandemie is het aantal opnames voor ACSCs slechts licht gestegen tot maximaal 54,4 opnames per 10.000 verzekerden. De trendbreuk die zeer waarschijnlijk door de COVID-19 pandemie wordt verklaard, maakt dat het aantal opnames voor ACSCs niet direct kan worden geïnterpreteerd als een verhoging van de kwaliteit van zorg in de eerste lijn. De daling in het aantal opnames is mogelijk (deels) te verklaren door 1) het overlijden van personen kwetsbaar voor dit type ziekenhuisopnames tijdens de COVID-19 pandemie en 2) het thuisblijven van (ontwijken van zorg door) patiënten met een ACSC die vòòr de COVID-19 pandemie wel opgenomen zouden zijn.

Naast de opnames voor ACSCs is ook het totaal aantal opnames per 10.000 verzekerden sterk gedaald tussen 2019 en 2023 met ruim 15%. Deze daling is echter minder groot dan de daling in opnames voor ACSC. Meer informatie over deze ACSC-indicator, en de methode die is toegepast om de resultaten te berekenen, kan hier gevonden worden.

Tabel 12 Aantal opnames voor ACSCs in 2019 en 2023

	2019	2023
COPD/astma	20,7	15,1
Hartfalen	7,7	5,7
Hypertensie	1,3	0,9
Angina	3,8	1,7
Diabetes	4,0	3,1
Cellulitis	5,2	5,3
IJzertekort	1,8	1,2
Gastro-enteritis en dehydratie	6,7	5,1
Pelvic inflammatory disease	0,5	0,5
Nierontsteking/urinewegontsteking/pyelonephritis	5,2	4,6
Gangreen	4,0	4,4
Obstipatie	2,4	1,6
Dyspepsie en reflux	0,9	0,7
Migraine/hoofdpijn	1,5	1,0
KNO-infectie	5,2	3,0
Totaal aantal opnames voor ACSCs	**70,9**	**53,9**
Totaal aantal opnames	**719,5**	**607,5**

Top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen in de acute zorg

De tien onderzochte aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel spelen een grote rol in de hoge druk op het zorgstelsel. Echter kunnen er over tijd veranderingen plaatsvinden in de zorgvraag binnen de acute zorg die belangrijk zijn om te overwegen binnen de beleidsvoering rondom IZA. Om naast de mogelijke verschuivingen in de patiëntenstromen van de tien onderzochte aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel geen van deze belangrijke ontwikkelingen te missen, kijken we naar de top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen binnen de acute zorg in 2019 en 2023.

Huisartsenspoedpost

De top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen bij contacten in de huisartsenspoedpost is in 2023 nauwelijks veranderd ten opzichte van 2019 (zie Figuur 75). De scheur- of snijwond was in zowel 2019 als 2023 het meest voorkomende gezondheidsprobleem, waarbij ook percentueel weinig verschil te zien was (4,3% in 2019 en 4,5% in 2023). Ander letsel bewegingsapparaat stond in 2023 nieuw in de top 15.

Figuur 75 Top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen bij de huisartsenspoedpost in 2019 en 2023



Blauwe bolletjesmarkering: plaats is toegenomen of gelijk gebleven, of het gezondheidsprobleem staat nieuw in de top 15.
Blauwe balkmarkering: percentuele verandering is toegenomen of gelijk gebleven, of het gezondheidsprobleem staat nieuw in de top 15.

Spoedeisende hulp

De top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen bij contacten op de spoedeisende hulp is in 2023 nauwelijks veranderd ten opzichte van 2019 (zie Figuur 76). Letsel aan niet gespecificeerd deel van de romp, extremiteit of lichaamsregio was in zowel 2019 als 2023 het meest voorkomende gezondheidsprobleem, waarbij het percentuele aandeel licht is gedaald (7,6% in 2019 en 6,2% in 2023). Influenza en pneumonie stond in 2023 nieuw in de top 15.

Figuur 76 Top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen bij de spoedeisende hulp in 2019 en 2023



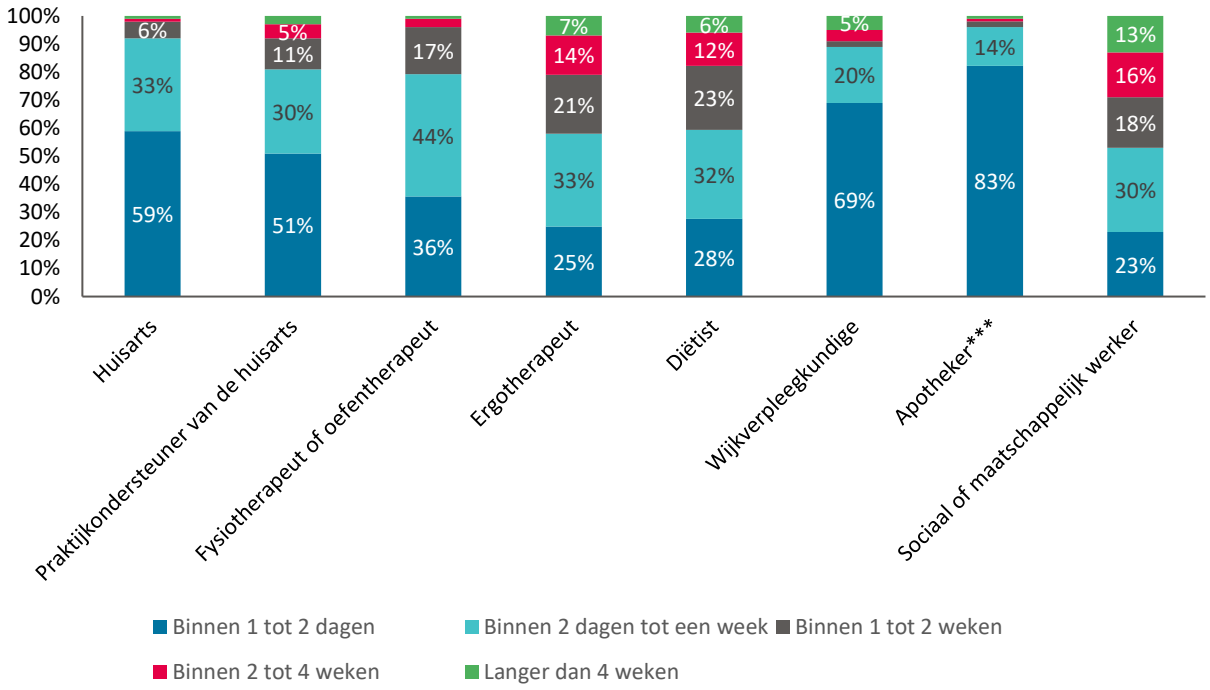
Blauwe bolletjesmarkering: plaats is toegenomen of gelijk gebleven, of het gezondheidsprobleem staat nieuw in de top 15.
Blauwe balkmarkering: percentuele verandering is toegenomen of gelijk gebleven, of het gezondheidsprobleem staat nieuw in de top 15.

4.3.2 Ervaringen van zorggebruikers met veranderende patiëntenstromen

Ervaren wachttijden in de eerste lijn

Aan leden van het Consumentenpanel is gevraagd hoe snel zij in de afgelopen twaalf maanden terecht konden bij verschillende eerstelijnszorgverleners. Burgers die in deze periode geen zorg of ondersteuning van deze zorg- of hulpverleners nodig hadden zijn daarbij buiten beschouwing gelaten. In Figuur 77 is te zien dat de wachttijden verschillen voor de verschillende zorg- en hulpverleners. Meer dan de helft van de zorggebruikers gaf aan *binnen één tot twee dagen* terecht te kunnen bij de apotheker (83%), wijkverpleegkundige (69%), huisarts (59%) en praktijkondersteuner van de huisarts (51%). Bij de apotheker gaat het daarbij om terechtkunnen voor een afspraak voor advies of uitleg over medicatie. Bij andere eerstelijnszorgverleners was de wachttijd langer. Echter, hierbij moet in overweging worden genomen dat het niet voor alle sectoren in de eerste lijn nodig is dat zorggebruikers hier binnen één tot twee dagen terechtkunnen. Volgens landelijke afspraken over wachttijden in de zorg, de zogeheten Treeknorm, geldt dat zorggebruikers meestal binnen twee werkdagen terecht moeten kunnen bij de huisarts en maximaal drie werkdagen zouden moeten wachten. Voor paramedische zorgverleners geldt dat zorggebruikers hier binnen een week terecht zouden moeten kunnen. Acht op de tien (80%) zorggebruikers die in de afgelopen twaalf maanden bij een fysiotherapeut of oefentherapeut zijn geweest, gaven aan hier *binnen één tot twee dagen* of *binnen twee dagen tot een week* terecht te kunnen. Voor de ergotherapeut was dit 58% en voor de diëtist 60%. Van de zorggebruikers die bij de sociaal of maatschappelijk werker is geweest, gaf 53% hier *binnen één tot twee dagen* of *binnen twee dagen tot een week* terecht te kunnen. 13% gaf aan *langer dan vier weken* te moeten wachten. Voor sociaal of maatschappelijk werk is geen Treeknorm opgesteld.

*Figuur 77 Hoe snel kon u meestal terecht bij uw eerstelijnszorgverleners in de afgelopen 12 maanden? (N=134-3.427) *,***



* Respondenten die Niet van toepassing hebben geantwoord zijn niet meegenomen bij het berekenen van de percentages.

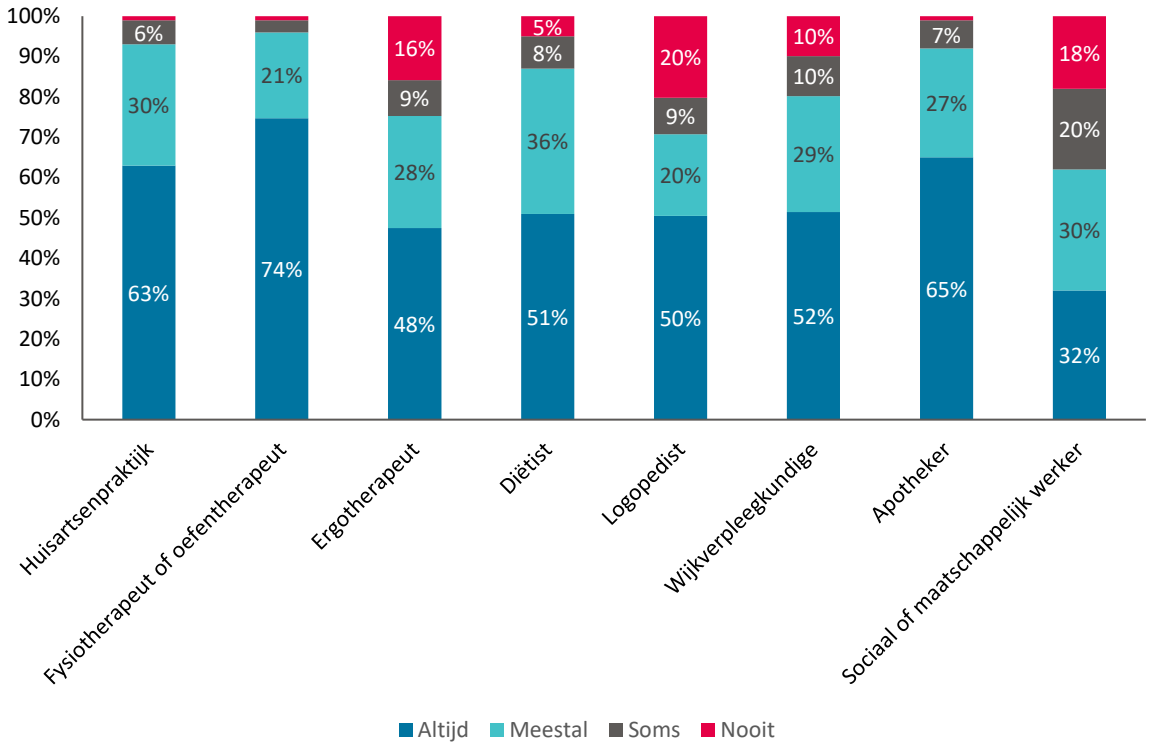
** Percentages <5% hebben geen label in de figuur.

*** Het gaat hierbij om terechtkunnen voor bijvoorbeeld een afspraak voor advies of uitleg over medicatie.

Ervaren bereikbaarheid van zorgverleners in de eerste lijn

Ook de bereikbaarheid van zorg- en hulpverleners in de eerste lijn speelt een belangrijke rol in de toegankelijkheid. Daarom is gevraagd of zorg- en hulpverleners in de eerste lijn in de afgelopen twaalf maanden goed bereikbaar waren wanneer zorggebruikers een vraag hadden over hun ziekte of behandeling, of een afspraak wilden plannen of verzetten. Driekwart (74%) van de zorggebruikers gaf aan dat de fysiotherapeut of oefentherapeut *altijd* bereikbaar was (zie Figuur 78). Voor de huisartsenpraktijken (63%) en apotheker (65%) gaven ruim tien op de zes zorggebruikers dit aan, en voor de wijkverpleegkundige (52%), diëtist (51%), logopedist (50%) en ergotherapeut (48%) ongeveer de helft. De bereikbaarheid van de sociaal of maatschappelijk werker werd als minst goed ervaren: 32% van de zorggebruikers die in de afgelopen twaalf maanden contact heeft opgenomen met de sociaal of maatschappelijk werker gaven aan dat deze hulpverlener *altijd* bereikbaar was wanneer zij een vraag hadden of een afspraak wilden plannen of verzetten.

*Figuur 78 Waren uw zorgverlener(s) in de eerstelijnszorg in de afgelopen 12 maanden goed bereikbaar als u een vraag had over uw ziekte of behandeling of als u een afspraak wilde plannen of verzetten? (N=127-3.664) *,***



* Respondenten die Niet van toepassing hebben geantwoord zijn niet meegenomen bij het berekenen van de percentages.

** Percentages <5% hebben geen label in de figuur.

Ook is gevraagd waar zorggebruikers tegenaan liepen bij zorg- of hulpverleners die zij niet goed konden bereiken. Van de groep die in de afgelopen twaalf maanden contact heeft opgenomen met een eerstelijnszorgverlener (N=2.589) gaf twee derde (68%) aan dat eerstelijnszorgverleners goed bereikbaar waren. Zorggebruikers die wel problemen ervaarden met de bereikbaarheid gaven aan het vaakst er tegenaan te lopen dat de telefoon niet werd opgenomen of zij lang in de wacht stonden (21% van de groep die contact heeft opgenomen met een eerstelijnszorgverlener), gevolgd door beperkte openingstijden (11% van de groep die contact heeft opgenomen).

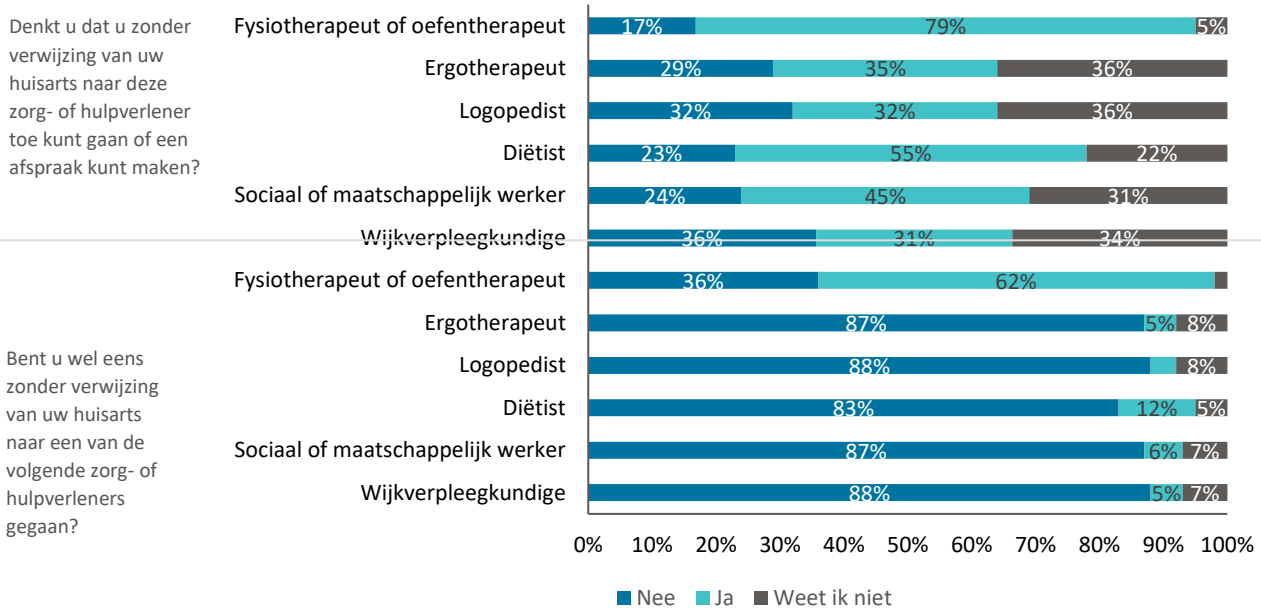
Vertrouwen in de toegankelijkheid van de eerste lijn in de toekomst

In de 0-meting kwam naar voren dat er bij burgers zorgen zijn over de toegankelijkheid van de eerste lijn in de toekomst. Aan de panelleden is daarom gevraagd om een rapportcijfer te geven voor het vertrouwen dat zij hebben in dat ze in de toekomst de zorg en ondersteuning van eerstelijnszorgverleners kunnen blijven krijgen die ze nodig hebben. Gemiddeld gaven burgers hun vertrouwen hierin een 7,4 op een schaal van 1 tot 10. Vrouwen gaven gemiddeld een lager rapportcijfer voor hun vertrouwen (7,2) dan mannen (7,5). Ook gaven burgers van 65 jaar en ouder een hoger cijfer (7,5) dan zorggebruikers van 18 tot 39 jaar (7,1) en 40 tot 64 jaar (7,1).

Directe toegang van de eerstelijnszorg

Bij de meeste sectoren binnen de eerste lijn is het mogelijk om hier op eigen initiatief naartoe te gaan, zonder verwijzing van de huisarts. Het is daarbij van belang dat burgers op de hoogte zijn van deze mogelijkheid. De bekendheid met directe toegang tot de fysiotherapeut of oefentherapeut is het grootst: 79% van de burgers was ervan op de hoogte dat dit kan (zie Figuur 79). Ook is de ervaring met directe toegankelijkheid van de fysiotherapeut of oefentherapeut het grootst: 62% van de burgers gaf aan wel eens zonder verwijzing van de huisarts naar deze zorgverlener te zijn geweest. Voor alle andere onderzochte zorg- en hulpverleners binnen de eerste lijn is de bekendheid en ervaring met directe toegankelijkheid lager. Daarbij valt op dat 22% tot 36% van de burgers niet wist dat zij zonder verwijzing van de huisarts naar de ergotherapeut, logopedist, diëtist, sociaal of maatschappelijk werker en wijkverpleegkundige konden. 23% tot 36% dacht ten onrechte dat dit niet mogelijk was. Voorlichting hierover kan mogelijk de bekendheid met directe toegankelijkheid tot de eerste lijn vergroten.

*Figuur 79 Directe toegankelijkheid tot de eerste lijn (N=3.965-4.477) **



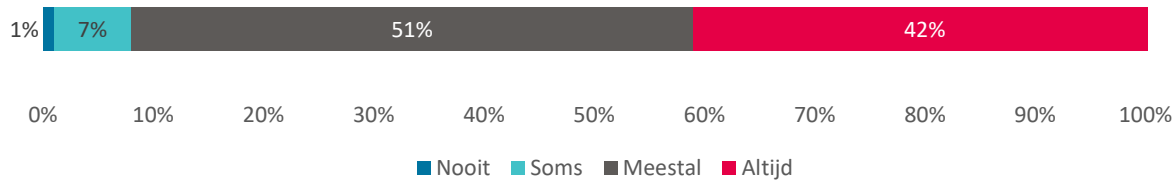
* Percentages 5% hebben geen label in de figuur.

Voorbereiding op en toeleiding naar eerstelijnszorg

Een belangrijk onderdeel van het IZA en de Visie Eerstelijnszorg 2030 is een passende voorbereiding op en toeleiding naar de eerste lijn. Onderdeel daarvan is dat burgers weten waar zij terechtkunnen met hun zorg- of hulpvraag. Van de burgers gaf 51% aan *meestal* te weten waar zij terechtkunnen met hun zorg- of hulpvraag en 42% *altijd* (zie Figuur 80). Burgers met een hoger opleidingsniveau

(45%) en een hoger maandelijks netto huishoudinkomen (46%) gaven vaker aan *altijd* te weten waar zij terechtkunnen dan burgers met een lager opleidingsniveau (36%) en een lager inkomen (35%). Ook gaven burgers van 65 jaar en ouder vaker aan altijd te weten waar ze terechtkunnen (45%) dan burgers van 18 t/m 39 jaar en 40 t/m 64 jaar (beide 36%).

Figuur 80 Ik weet waar ik terecht kan met mijn zorg- of hulpvraag (N=4.569)



Bij een passende voorbereiding op en toeleiding naar de eerste lijn is het ook van belang dat burgers in staat zijn om te bepalen of hun gezondheidsvraag daadwerkelijk een zorgvraag is en welke maatregelen zij eventueel zelf kunnen nemen om hun gezondheidsvraag te verhelpen. Het zoeken van informatie over hun gezondheid of behandeling via websites of apps kan hen daarbij helpen. Van de burgers heeft 43% in de afgelopen twaalf maanden niet naar informatie over hun gezondheid of behandeling gezocht en had daar ook geen behoefte aan (zie Figuur 81). Iets meer dan de helft van de burgers (55%) heeft wel via websites of apps gezocht naar informatie over hun gezondheid of behandeling. Het grootste deel zocht naar deze informatie via medische websites of apps, zoals Thuisarts.nl of websites van patiëntenorganisaties. Burgers die aangaven ten minste één ziekte, aandoening of klacht te hebben of te hebben gehad in de afgelopen twaalf maanden hebben vaker via websites of apps gezocht naar informatie over hun gezondheid of behandeling (58%) dan burgers zonder ziekten, aandoeningen of klachten (46%). Ook zochten burgers van 18 t/m 39 jaar vaker naar informatie (80%) dan burgers van 40 t/m 64 jaar (66%) en 65 jaar en ouder (48%).

Figuur 81 Via welke websites of apps heeft u in de afgelopen 12 maanden gezocht naar informatie over uw gezondheid of behandeling? (N=4.416)



* Meerdere antwoorden mogelijk.

** Dit antwoord kon niet in combinatie met een ander antwoord.

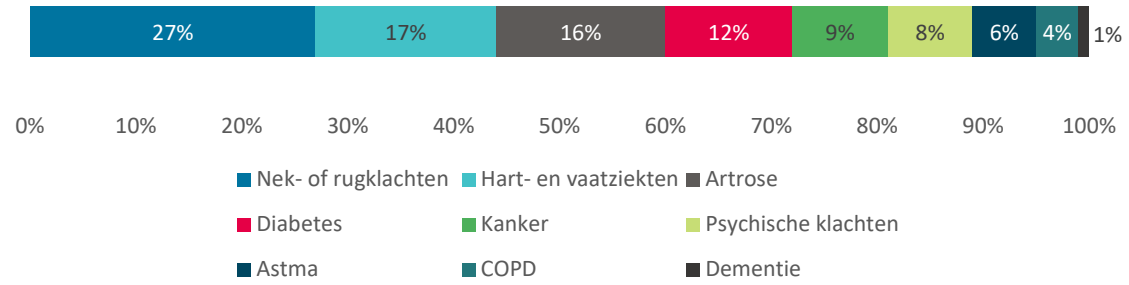
Van de groep die in de afgelopen twaalf maanden heeft gezocht naar informatie over hun gezondheid of behandeling via websites of apps gaf 79% aan dit op eigen initiatief te hebben gedaan. Eén op de vijf (20%) zocht naar informatie op aanraden van een zorg- of hulpverlener.

Ervaren veranderingen in de geboden zorg

Voor de tien aandoeningen met veranderpotentieel die worden onderscheiden in deze monitor is in de vragenlijst onder het Consumentenpanel gevraagd of de panelleden één van deze aandoeningen hebben en zo ja, of zij hierover contact hebben gehad met een zorg- of hulpverlener in de afgelopen twaalf maanden. Voor de panelleden waarvoor dit geldt is gevraagd met welke zorg- of hulpverlener zij het vaakst contact hebben gehad en hoe zij de geboden zorg hebben ervaren. Door deze vraag in de volgende metingen te herhalen kunnen de ervaren veranderingen in de geboden zorg en de reflectie hierop van betrokken zorggebruikers in kaart worden gebracht.

Van de 4.224 panelleden die het onderdeel van de vragenlijst over de ervaren zorg voor de tien aandoeningen met veranderpotentieel hebben ingevuld, had 50% (N=2.110) één van de tien aandoeningen. Wanneer panelleden meerdere van de aandoeningen hadden, is gevraagd de aandoening/doelgroep aan te kruisen waarvan zij het meest last hadden. Nek- of rugklachten is het vaakst aangekruist, namelijk door 27% van de panelleden met één van de aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel, gevolgd door hart- en vaatziekten (17%) en artrose (16%) (zie Figuur 82).

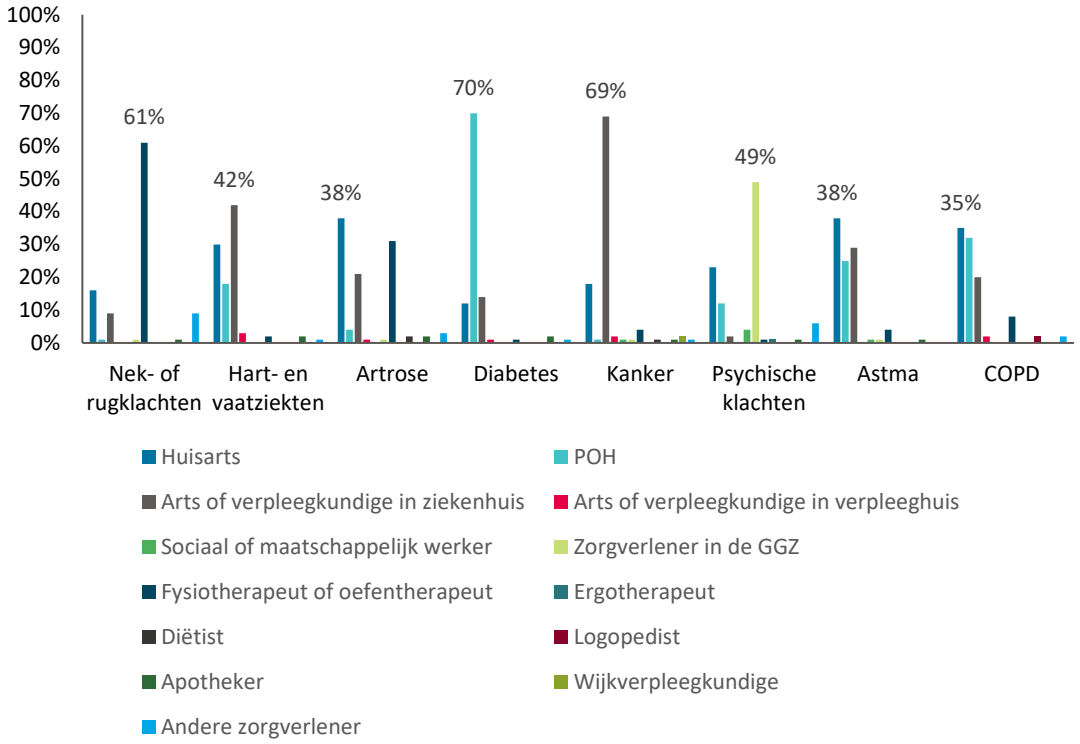
*Figuur 82 Het voorkomen van de aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel (N=2.110) **



* Panelleden zonder één van de aandoeningen met veranderpotentieel zijn niet meegenomen bij het berekenen van de percentages.

Van de zorggebruikers met één van de aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel gaf 80% aan in de afgelopen twaalf maanden contact te hebben gehad met een zorg- of hulpverlener voor deze aandoening. Zorggebruikers met diabetes gaven het vaakst aan contact te hebben gehad met een zorg- of hulpverlener voor hun aandoening (90%) en zorggebruikers met artrose het minst vaak (66%). Aanvullend is gevraagd met welke zorg- of hulpverlener zij het vaakst contact hebben gehad. Daarbij zien we verschillen tussen de aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel. Zorggebruikers met nek- of rugklachten hadden het vaakst contact met de *fysiotherapeut of oefentherapeut* (61%) (zie Figuur 83). Zorggebruikers met hart- en vaatziekten gaven het vaakst aan contact te hebben gehad met een *arts of verpleegkundige in het ziekenhuis* (42%), evenals zorggebruikers met kanker (69%). Voor zorggebruikers met artrose (38%), astma (38%) en COPD (35%) was de *huisarts* de zorgverlener waarmee zij het vaakst contact hadden. Zorggebruikers met diabetes hadden het vaakst contact met de *praktijkondersteuner van de huisarts* (70%). Zorggebruikers met psychische klachten hadden het vaakst contact met een *psycholoog, arts of verpleegkundige in de GGZ* (49%). Voor dementie kunnen geen cijfers worden gepresenteerd, omdat de aantallen hiervoor te klein zijn.

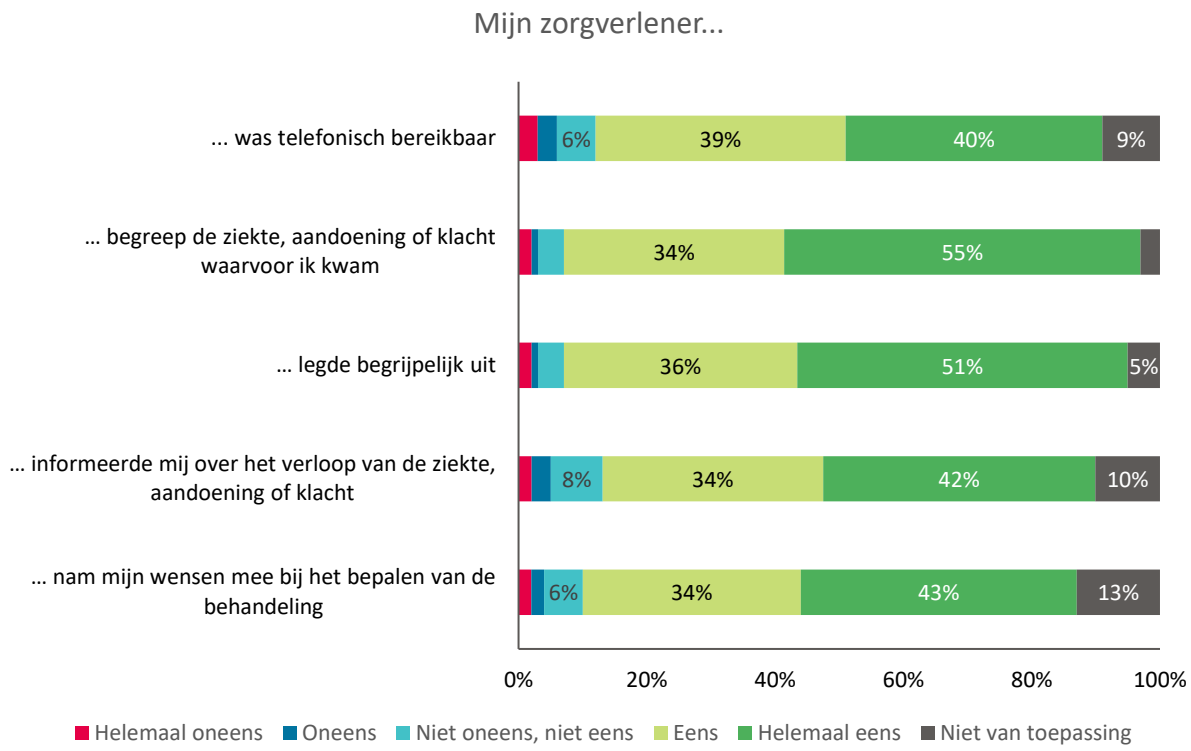
Figuur 83 Met welke zorg- of hulpverlener heeft u het vaakst contact gehad voor de ziekte, aandoening of klacht waar u het meeste last van heeft? (N=1.521)



Ten slotte is aan de panelleden gevraagd hoe zij de zorg hebben ervaren van de zorg- of hulpverlener waarmee zij het vaakst contact hebben gehad voor één van de aandoeningen met veranderpotentieel. Dit is uitgevraagd met behulp van Patient Reported Experience Measures (PREM's), een meetmethode om de ervaringen van patiënten te meten [52]. Figuren 84 en 85 laten zien hoe zorggebruikers met één van de aandoeningen met veranderpotentieel over het algemeen de geboden zorg ervaren. Hieruit blijkt dat zorggebruikers over het algemeen tevreden zijn met de zorg die ze ontvangen. Zo was 90% het er (helemaal) mee eens dat hun zorgverlener de ziekte, aandoening of klacht waarvoor ze kwamen begreep en was 92% het er (helemaal) mee eens dat ze hun zorgverlener de vragen konden stellen die ze wilden. Zorggebruikers waren minder positief over

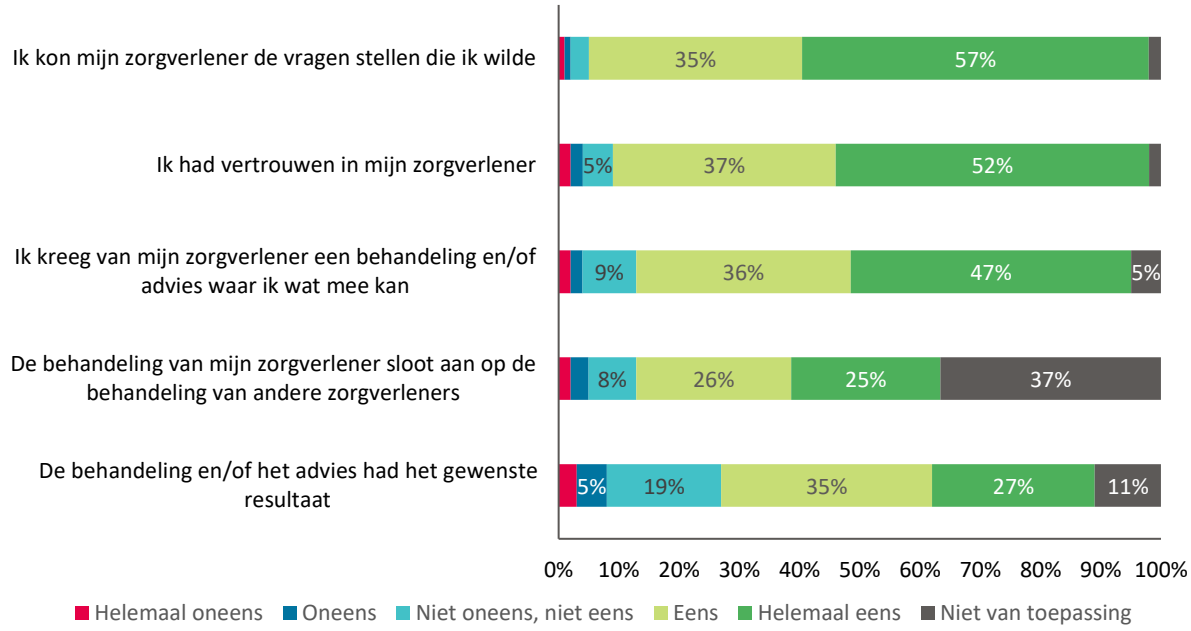
het resultaat van de behandeling of het advies: 63% was het ermee eens dat dit het gewenste resultaat had. Mogelijk speelt hierbij een rol dat niet alle aandoeningen te genezen zijn.

*Figuur 84 Ervaringen met de geboden zorg (deel 1) (N=1.622-1.632) **



* Percentages <5% hebben geen label in de figuur.

*Figuur 85 Ervaringen met de geboden zorg (deel 2) (N=1.624-1.643) **



* Percentages <5% hebben geen label in de figuur.

Wanneer we de ervaringen met de geboden zorg uitsplitsten tussen de verschillende aandoeningen met veranderpotentieel, zien we dat zorggebruikers met kanker over het algemeen heel positief zijn over de geboden zorg. Zo was 93% van deze groep het er (helemaal) mee eens dat hun zorgverlener begrijpelijk uitlegt en was 87% het er (helemaal) mee eens dat zij van hun zorgverlener een behandeling of advies kregen waar zij wat mee konden. Zorggebruikers met astma en zorggebruikers met psychische klachten lijken minder tevreden. Zo was 84% van de zorggebruikers met astma het er (helemaal) mee eens dat dat hun zorgverlener de ziekte, aandoening of klacht waarvoor ze kwamen begreep. De helft (50%) van de zorggebruikers met psychische klachten was het er (helemaal) mee eens dat de behandeling en/of het advies het gewenste resultaat had.

Daarnaast zien we verschillen in de ervaringen met de geboden zorg tussen de verschillende zorg- en hulpverleners. Zorggebruikers waren over het algemeen het meest positief over de fysiotherapeut. Ze waren minder positief over de psycholoog, arts of verpleegkundige in de GGZ. Voor de arts of verpleegkundige in een verpleeghuis, sociaal of maatschappelijk werker, ergotherapeut, diëtist, logopedist, apotheker en wijkverpleegkundige waren er te weinig waarnemingen beschikbaar voor een uitsplitsing.

Ten slotte bevat Tabel 13 de ervaringen van zorggebruikers met de wijkverpleging aan de hand van de PREM wijkverpleging. Hiernaar is gevraagd aan de hand van negen indicatoren. Voor iedere indicator kon een antwoord worden gegeven van één tot en met tien, waarbij één stond voor ‘Nee, helemaal niet’ en tien voor ‘Ja, helemaal wel’ [53]. Uit Tabel 13 blijkt dat zorggebruikers over het algemeen tevreden zijn over de wijkverpleging. Iedere indicator krijgt een score hoger dan 8, waarbij de indicatoren ‘Behandelen de zorgverleners u met aandacht?’ en ‘Voelt u zich op uw gemak bij de zorgverleners?’ de hoogste score krijgen met een gemiddelde van 8,9.

Tabel 13 PREM wijkverpleging (N=341-346, gewogen)

Indicator	Gemiddeld rapportcijfer
Krijgt u zorg van een vast team van zorgverleners?	8,4
Komen de zorgverleners op de afgesproken tijd?	8,2
Nemen de zorgverleners uw wensen mee bij het bepalen van de zorg?	8,7
Past de zorg bij de manier waarop u wilt leven?	8,6
Behandelen de zorgverleners u met aandacht?	8,9
Voelt u zich op uw gemak bij de zorgverleners?	8,9
Heeft u vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners?	8,8
Houden de zorgverleners in de gaten hoe het met uw gezondheid gaat?	8,8
Kunt u met de hulp van de zorgverleners beter omgaan met uw ziekte of aandoening?	8,4

Beschouwing

In het IZA hebben het ministerie van VWS en de IZA-partijen afspraken vastgelegd die gericht zijn op een beweging naar een sterkere eerste lijn. In deze monitor is de beweging gevolgd aan de hand van vier uitdagingen die aansluiten op de afspraken in het IZA en de Visie Eerstelijnszorg 2030:

1. Effectieve inzet van beschikbare capaciteit in de eerste lijn;
2. Sterkere organisatie in de eerste lijn;
3. Passende zorg in de eerste lijn;
4. Veranderende patiëntenstromen.

De nulmeting [2] van deze monitor is in 2024 gepubliceerd en heeft een eerste inzicht gegeven in de positie van de eerste lijn in relatie tot de ambities in het IZA. Dit rapport betreft de 1-meting, en biedt een vollediger beeld wat betreft de gebruikte databronnen, de ontwikkelingen in de organisatie van de eerste lijn, veranderingen in patiëntenstromen en de ervaringen van burgers met de eerste lijn.

Reflectie op bevindingen van deze monitor

Personele capaciteit

Deze monitor laat zien dat de prevalentie van verschillende aandoeningen en doelgroepen tussen 2019 en 2023 sterk is toegenomen, wat een aanleiding kan zijn voor meer en complexere zorgvragen van burgers in Nederland. Om adequaat op deze potentieel groeiende zorgvraag te kunnen inspelen, is een uitbreiding dan wel een efficiëntere inzet van de personele capaciteit in de eerste lijn noodzakelijk. Deze monitor laat zien dat, voor de disciplines in de eerste lijn waar data van beschikbaar waren, de personele capaciteit binnen de eerste lijn over het algemeen toeneemt in de periode 2019–2023 en dat het aantal medewerkers dat een (heel) hoge werkdruk ervaart licht afneemt. Een uitzondering hierop vormt de fysiotherapie, waar de personele capaciteit na 2022 afneemt. Recente ontwikkelingen binnen verschillende eerstelijnsdisciplines, zoals ontevredenheid onder apothekers over loon en hoge werkdruk en uitstroom van fysiotherapeuten, hebben mogelijk invloed op de in- en uitstroom uit het vak en kunnen een belemmering vormen voor het vergroten van de personele capaciteit binnen bepaalde disciplines, die nog niet zichtbaar zijn in deze monitor [54-56]. Deze monitor biedt geen informatie over initiatieven die spelen op het gebied van taakherschikking en anders organiseren van de eerste lijn, terwijl dit belangrijke factoren kunnen zijn in het opvangen van de toenemende zorgvraag. Daarnaast geldt dat, hoewel deze monitor laat zien dat de personele capaciteit toeneemt, het onduidelijk is of deze toename voldoende is om daadwerkelijk in te spelen op de groeiende en veranderende zorgbehoefte. Het is aan het Capaciteitsorgaan om de benodigde instroom aan de hand van de verschillende factoren zo goed mogelijk in te schatten.

Organisatie

In de regio's die in deze monitor zijn bevraagd heerst een gedeeld gevoel van urgentie om domeinoverstijgende samenwerking in de regio te versterken en er wordt hard gewerkt aan monodisciplinaire organisatie. Eerstelijnspartijen zetten zich hier actief voor in en maken daarbij goed gebruik van de beschikbare ZonMw-subsidieregelingen, die als waardevol worden ervaren in de beweging naar meer regionale samenwerking. Mogelijk zullen ook de gelden die beschikbaar komen vanuit transformatiemiddelen hier een extra stimulans in vormen [57]. Nauwere samenwerking tussen eerstelijnszorgverleners draagt bij aan zorg en ondersteuning voor patiënten die beter op

elkaar is afgestemd. In veel regio's zijn partijen nog bezig met het vormgeven en formaliseren van de samenwerkingsstructuren. Bestaande samenwerkingen, die zijn opgezet voor programma's als Welzijn op recept of Valpreventie, bieden hiervoor een goed startpunt omdat deze bijdragen aan onderling vertrouwen. De succes- en faalfactoren van sector-overstijgende samenwerking die in de interviews naar voren komen sluiten aan bij die in wetenschappelijke literatuur over dit onderwerp [57-62]. Regiospelers benadrukken het belang van vertrouwen [58-61] en een gedeelde, sectoroverstijgende visie [61], om knelpunten als de complexiteit van het opzetten van een governance structuur [62] en van ongelijke machtsverhoudingen in een (nieuwe) sector-overstijgende samenwerking [59, 63] te helpen voorkomen.

Naar verwachting zijn de gevolgen van de beweging naar sterkere samenwerking in de eerste lijn voor zorggebruikers nu nog te beperkt om zichtbaar te zijn. Ook betrokken eerstelijnspartijen geven aan dat de zichtbare effecten van de inspanningen tijd vergen. We verwachten dat op langere termijn meer inzicht kan worden verkregen in wat deze beweging oplevert, ook voor de zorggebruiker. Omdat deze beweging waarschijnlijk niet binnen één jaar zichtbaar zal zijn, zullen in de vervolgrapportage (2-meting) geen nieuwe interviews in de regio's worden afgenomen. Om toch een beeld te schetsen van de voortgang in de ontwikkeling van samenwerkingsstructuren in de regio, zal in de vervolgrapportage (2-meting) gebruik worden gemaakt van informatie uit ZonMw voortgangsrapportages van de uitvoeringssubsidies uit Programma Versterking organisatie eerstelijnszorg – programmalijn 1: ondersteunen van regio's. De mechanismen die in gang worden gezet om sectoroverstijgende samenwerking in de regio te stimuleren, kunnen verschillen per regio. Deze zijn niet in deze monitor onderzocht, daarvoor is verdiepend onderzoek nodig, wat naar verwachting vanaf dit jaar zal worden uitgevoerd door een consortium dat in ontwikkeling is via het ZonMw-programma Regionale Versterking Organisatie Eerstelijnszorg, 'Programmalijn 3: onderzoek' [37].

Passende zorg

Burgers geven aan dat er beperkt wordt gesproken over leefstijl en kwaliteit van leven tijdens consulten in de eerste lijn. Een klein deel zou dit wel willen. Deze monitor geeft echter alleen inzicht in de mate van aandacht voor leefstijl en kwaliteit van leven, maar niet of dit passend zou zijn voor de individuele zorgbehoefte. Verdiepend onderzoek kan helpen om hier meer zicht op te krijgen. De samenwerking tussen zorg- en hulpverleners wordt door zorggebruikers als overwegend positief ervaren, en zij geven aan ruimte te zien voor de inzet van digitale vormen van zorgverlening. Zo zijn veel zorggebruikers bereid om gebruik te maken van digitale afspraken met hun zorgverlener. Gemeenten zetten ondertussen stappen met programma's als Kansrijke Start en Sociaal Verwijzen. Tegelijkertijd neemt het aantal verzekerden dat niet staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk toe tussen 2020 en 2023, wat de continuïteit van de zorg belemmert. Een positieve ontwikkeling is de sterke toename van huisartsenpraktijken die gebruik maken van Meer Tijd voor de Patiënt (MTVP). Echter is nog onvoldoende duidelijk wat de effecten van MTVP zijn voor de patiënt. Verwachte effecten van MTVP zijn minder terugkeerconsulten en betere vervolgzorg in andere domeinen, omdat huisartsen door de langere consultduur beter door kunnen vragen, betere diagnoses kunnen stellen en dus gerichter door kunnen verwijzen. We bevelen daarom vervolgonderzoek aan naar de daadwerkelijke effecten van MTVP. Tot slot geeft het merendeel van de zorggebruikers aan voldoende tijd te ervaren tijdens consulten met de huisarts.

Veranderende patiëntenstromen

Deze monitor laat zien dat de eerste lijn in beweging is. Zo was er een afname tussen 2019 en 2023 in het aandeel patiënten met zorggebruik bij de huisarts bij bijna alle aandoeningen en doelgroepen waarop de afspraken van het IZA voor beweging in de eerste lijn zijn gemaakt, namelijk psychische problematiek, verstandelijke beperking, kwetsbare ouderen (waaronder dementie), perifere artrose,

astma, COPD, kanker, chronische nek- en rugklachten, diabetes mellitus en hart- en vaatziekten. Daarentegen was er nauwelijks verandering in het aandeel patiënten met een contactmoment bij de andere eerstelijnszorg disciplines voor deze aandoeningen en doelgroepen. Dit suggereert dat niet alle prevalente patiënten via de eerste lijn worden geholpen. Tegelijkertijd laat deze monitor ook zien dat de prevalentie van deze aandoeningen en doelgroepen tussen 2019 en 2023 is toegenomen. Hierdoor kan een stabiel of dalend aandeel patiënten met zorggebruik, net als een stijgend aandeel, als gevolg hebben dat het absoluut aantal patiënten dat zorg behoeft toeneemt. Mogelijke verklaringen voor deze beweging, hoewel niet eenduidig, zijn veranderingen in de toegankelijkheid van de eerste lijn, de veranderende zorgbehoefte van patiënten en de impact van COVID-19:

- *Veranderingen in toegankelijkheid van de eerste lijn:* Een mogelijke verklaring voor de afname in het aandeel patiënten binnen de onderzochte aandoeningen en doelgroepen dat huisartsenzorg gebruikt is een afname in de toegankelijkheid van de huisartsenzorg. Deze monitor laat zien dat 41% van de zorggebruikers aangeeft niet binnen één tot twee dagen terecht te kunnen bij de huisarts, hoewel we niet weten of dit wel nodig zou zijn geweest. Er zijn nog geen trends beschikbaar over de wachttijd voor de huisarts; de tweede meting zal hierin meer inzicht geven. Ook blijkt uit deze monitor dat een deel van de zorggebruikers lange wachttijden ervaart bij sommige eerstelijnsdisciplines, zoals sociaal werk. Dit wordt ook ervaren door sociaal werkers zelf [64] en genoemd als knelpunt naar toegankelijkheid naar het sociaal domein door huisartsenpraktijken in deze monitor. Anderzijds gaf negen op de tien zorggebruikers die eerstelijnszorg nodig had in het afgelopen jaar aan dit tijdig, voldoende van deze zorg, op de gewenste locatie en van de gewenste zorgverlener te kunnen krijgen. Verder laat deze monitor geen belangwekkende trends zien tussen 2019 en 2023 in het aandeel patiënten met zorggebruik bij medisch specialistische zorg voor de aandoeningen en doelgroepen. Wel is het aantal voorkombare opnames, gereflecteerd in de Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) indicator, afgenomen tussen 2019-2023. Bij de interpretatie van deze indicator geldt de assumptie dat hoe minder voorkombare opnames er zijn in de tweede lijn, hoe sterker de eerste lijn is, wat wijst op een positieve beweging naar een sterkere eerste lijn.
- *Veranderende zorgbehoefte van patiënten:* De afname in het aandeel patiënten binnen de onderzochte aandoeningen en doelgroepen dat huisartsenzorg gebruikt kan mogelijk ook verklaard worden door een toename in zelfredzaamheid van burgers. Deze monitor laat namelijk een stijging in het gebruik van zelfzorginformatie tussen 2019-2023 zien, zoals via Thuisarts.nl Echter kan een toename van het gebruik van Thuisarts.nl ook in een andere verklaring hebben, namelijk dat men minder snel terecht kan bij een eerstelijns zorgverlener en daarom zelf informatie opzoekt. Ruim de helft van de burgers geeft aan gezocht te hebben naar online informatie over hun gezondheid of behandeling, veelal op eigen initiatief. Omdat dit voor het eerst is gemeten, zijn er nog geen trends beschikbaar; de tweede meting zal hierin meer inzicht geven.
- *Impact van COVID-19:* COVID-19 en de organisatorische veranderingen in de zorg die deze pandemie met zich hebben meegebracht [65] kunnen een rol hebben gespeeld in de beweging die in deze monitor zichtbaar is, met name bij de daling in het zorggebruik in de eerste lijn tussen 2019 (pre-COVID) en 2023 (post-COVID). Eerdere onderzoeken wijzen op vergelijkbare effecten van COVID-19 op daling van het zorggebruik [66-68].

Reflectie op de gebruikte indicatoren en gegevensbronnen

De in deze monitor gebruikte indicatoren zijn afzonderlijk van elkaar niet direct te koppelen aan het concept van ‘een sterkere eerste lijn’, maar geven in samenhang wel een beeld van ontwikkelingen richting een sterkere eerste lijn. Bij het vaststellen van deze indicatoren is aansluiting gezocht bij de visie van het ministerie van VWS en de IZA-partijen op de toekomst van de eerstelijnszorg, zoals beschreven in Visie Eerstelijnszorg 2030 [6] Deze aansluiting is mede tot stand gekomen via

consultaties met vertegenwoordigers van deze partijen tijdens bijeenkomsten die we hebben georganiseerd met de thematafel eerste lijn.

Een belangrijke kracht van deze monitor is dat de resultaten waar mogelijk zijn toegespitst op verschillende sectoren binnen de eerste lijn en specifieke doelgroepen of aandoeningen. Daarmee bieden de resultaten waardevolle sturingsinformatie om gericht te werken aan het versterken van de eerste lijn. Ook in het gebruik van de gekoppelde routine zorgdata uit Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en Vektis declaratiedata is deze splitsing naar sectoren en doelgroepen of aandoeningen gedaan. Middels deze op persoonsniveau gekoppelde data zijn de patiëntenstromen van en naar de eerste lijn van de aandoeningen en doelgroepen waarop de afspraken van het IZA voor beweging in de eerste lijn zijn gemaakt over de tijd gevolgd. Een sterk punt van deze datakoppeling is dat we van een representatieve en grote onderzoekspopulatie de patiëntenstromen over de eerste- en tweede lijn in kaart konden brengen. Daarentegen kent deze methodiek een aantal beperkingen. We konden voor aandoeningen de patiëntenstromen goed in kaart brengen via de voor de desbetreffende aandoenings-specifieke diagnosecode, maar voor de doelgroepen kwetsbare ouderen en psychische problematiek ontbreken dergelijke diagnosecodes, waardoor al het zorggebruik binnen deze groepen is meegenomen, ongeacht de aard of indicatie van de zorg, wat de vergelijkbaarheid van de uitkomsten tussen de aandoeningen en doelgroepen beperkt. Ook voor enkele disciplines – zoals huid- en ergotherapie, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, HAP en SEH – kon geen onderscheid worden gemaakt naar diagnose, waardoor alle contacten bij deze disciplines voor de aandoeningen en doelgroepen gezamenlijk zijn geanalyseerd. Dit beperkt de vergelijkbaarheid van de uitkomsten tussen de disciplines. Daarnaast zeggen de uitkomsten van de veranderingen in patiëntenstromen niet hoe passend het zorggebruik is geweest. Daarvoor is aanvullende informatie nodig, zoals ziekte-ernst of zorguitkomsten, die echter niet beschikbaar was.

Een andere belangrijke kracht van deze monitor is dat de ervaringen van zorggebruikers waar mogelijk worden meegenomen. Via een peiling binnen het Nivel Consumentenpanel zijn thema's over personele capaciteit, passende zorg en veranderende patiëntenstromen vanuit het perspectief van zorggebruikers in kaart gebracht. Via dit panel is een grote onderzoekspopulatie bereikt, maar liefst 4.607 panelleden hebben de vragenlijst ingevuld (45% respons). Ook via deze bron zijn de resultaten waar mogelijk toegespitst op verschillende sectoren binnen de eerste lijn en specifieke aandoeningen, wat de informatie voor de zorgpraktijk bruikbaarder maakt dan enkel resultaten over de algemene populatie. Deze methodiek kent echter ook een aantal beperkingen. De resultaten van de indicatoren gemeten vanuit het perspectief van zorggebruikers middels het Nivel Consumentenpanel kunnen niet worden gegeneraliseerd naar de gehele Nederlandse bevolking, omdat bepaalde kwetsbare groepen – zoals mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen of mensen zonder vaste woon- en verblijfplaats – hierin ondervertegenwoordigd zijn. Ook de doelgroepen die worden geïdentificeerd binnen deze monitor, namelijk patiënten met een verstandelijke beperking en kwetsbare ouderen (in de vragenlijst geoperationaliseerd als mensen met dementie) zijn ondervertegenwoordigd in het panel. De resultaten op basis van het Nivel Consumentenpanel konden daarom niet worden uitgesplitst voor deze doelgroepen. Voor de overige aandoeningen waarop de afspraken van het IZA voor beweging in de eerste lijn zijn gemaakt konden wel uitsplitsingen worden gedaan.

Reflectie op de reikwijdte van de monitor

De reikwijdte van deze monitor is breed naar de ontwikkelingen in de gehele eerste lijn binnen de thema's personele capaciteit, organisatie, passende zorg en veranderende patiëntenstromen. Tegelijkertijd kent de monitor enkele beperkingen die van invloed zijn op de reikwijdte. Zo zijn er niet voor alle disciplines in de eerste lijn data beschikbaar over werkdruk en werkverzuim. Vooral voor de

disciplines in de paramedische zorg en apothekers(-assistenten) ontbreken er data, waardoor het niet mogelijk was om een volledig beeld te geven van de inzet en capaciteit binnen de gehele eerste lijn.

De inzichten over de organisatie van zorg in de eerste lijn en regionale samenwerking zijn in deze monitor voornamelijk gebaseerd op semi-gestructureerde interviews. Deze leveren waardevolle kwalitatieve informatie op, maar zijn niet landelijk representatief. Wel is op landelijk niveau inzicht verkregen in de inzet van ZonMw subsidies en vouchers binnen het programma 'Versterking organisatie eerstelijnszorg'. Een landelijk representatief beeld over de regionale samenwerking, inclusief inzicht in regio-specifieke mechanismen die in gang worden gezet om sectoroverstijgende samenwerking in de regio te stimuleren is van belang om de beweging naar een sterkere eerste lijn landelijk goed te kunnen beoordelen en de beweging adequaat te kunnen sturen.

Verder zijn er over het sociaal domein beperkte gegevensbronnen beschikbaar. Zo hebben we in de analyse van de veranderende patiëntenstromen op basis van routine zorgdata (Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en Vektis declaratiedata) de bewegingen tussen de eerstelijnszorg en tweede lijn in kaart kunnen brengen, maar ontbreken er gegevens om informatie te verkrijgen over verschuivingen van de eerstelijnszorg richting het sociaal domein en andersom. Ook ten aanzien van samenwerking met het sociaal domein is het beeld nog niet volledig: hoewel ervaringen van huisartsen met deze samenwerking zijn meegenomen, ontbreekt het perspectief van professionals binnen het sociaal domein zelf. Ten slotte waren er voor het in kaart brengen van de personele capaciteit van het sociaal domein alleen gegevens beschikbaar voor het subonderdeel 'sociaal werk', wat het zicht op de bredere inzet in de sector 'sociaal domein' beperkt.

Er zijn op basis van deze 1-meting nog geen trends vanuit het perspectief van zorggebruikers vast te stellen, bijvoorbeeld op thema's zoals toegankelijkheid van de eerste lijn en passende zorg in de eerste lijn. Verdere monitoring vanuit het perspectief van zorggebruikers is nodig om hier meer zicht op te krijgen en zal worden uitgevoerd in de aankomende 2-meting rapportage middels een nieuwe peiling onder het Nivel Consumentenpanel in het najaar van 2025.

Kortom, voor een vollediger beeld is er behoefte aan aanvullende gegevensbronnen over werkdruk en werkplezier in de eerste lijn, personele capaciteit binnen de paramedische zorg in de eerste lijn, het bredere sociaal domein en niet alleen sociaal werk en ervaringen van verschillende zorg- en hulpverleners in de eerste lijn, zoals de ervaren samenwerking in de eerste lijn. Deze monitor kenmerkt zich door het hanteren van een groeimodel: 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 (o.a. de partijen die deelnemen aan de thematafel eerste lijn) en de andere IZA-monitors. Daarom zullen indien mogelijk in de komende meting databronnen worden toegevoegd om de reikwijdte van de monitor te verbreden.

Conclusies en aanbevelingen

Conclusie

Concluderend laat deze 1-meting zien dat er beweging naar een sterkere eerste lijn is op het vlak van personele capaciteit, organisatie, passende zorg en veranderende patiëntenstromen. We zien een stijging in de personele capaciteit in de eerste lijn wat mogelijk kan inspelen op de groeiende potentiële zorgvraag in de eerste lijn die in deze monitor is gevonden. Daarnaast is er voor veel aandoeningen en doelgroepen een afname in het aandeel patiënten met zorggebruik in de huisartsenzorg te zien. De ervaringen van zorggebruikers met de eerste lijn lijken over het algemeen positief. Zo zijn zorggebruikers met de aandoeningen met veranderpotentieel over het algemeen tevreden over de zorg die zij ontvangen voor deze aandoening en geeft een groot deel aan meestal of altijd voldoende tijd te hebben tijdens een consult met de huisarts. Wel ervaart een deel van de zorggebruikers in sommige eerstelijns disciplines lange wachttijden. In de regio's wordt de urgentie voor sectoroverstijgende samenwerking breed gedragen en worden belangrijke stappen gezet, mede ondersteund door ZonMw-subsidies. Er is daarbij behoefte onder eerstelijnspartijen in de regio aan een gezamenlijke langetermijnvisie- en plan vanuit de overheid inclusief zicht op structurele financiering om de beweging naar een sterkere eerste lijn te versnellen en te borgen.

Aanbevelingen voor praktijk en beleid

Naar aanleiding van de resultaten uit deze IZA-monitor adviseren wij betrokken partijen om actief met elkaar in gesprek te gaan over de uitkomsten. De monitor biedt waardevolle sturingsinformatie doordat resultaten zijn toegespitst op verschillende sectoren binnen de eerste lijn en op specifieke doelgroepen en aandoeningen. Dit maakt het mogelijk om gericht invulling te geven aan de versterking van de eerste lijn.

Beroepsverenigingen wordt aanbevolen om aandacht te besteden aan het inzichtelijk maken van personele capaciteit; niet alleen de ontwikkeling in aantal werkzame mensen in de zorg, maar ook de initiatieven op het gebied van taakherschikking en het anders organiseren van zorg. Dit is van belang voor alle sectoren binnen de eerste lijn, maar in het bijzonder voor de fysiotherapie, waar sprake is van een dalende capaciteit terwijl deze beroepsgroep een belangrijke rol kan spelen in zowel preventie als behandeling van gezondheidsproblemen. Er is passend beleid nodig om deze sector toekomstbestendig te ondersteunen en in te zetten bij de groeiende zorgvraag.

Omdat over de organisatie van de eerste lijn nog weinig kwantitatieve data en concrete indicatoren beschikbaar zijn, is in deze monitor gekozen voor een kwalitatieve benadering. Dit heeft waardevolle inzichten opgeleverd in wat er in de regio's speelt op het vlak van sectoroverstijgende samenwerking en capaciteit. Voor toekomstige monitoring bevelen wij aan om deze inzichten verder te vertalen naar meetbare indicatoren. Daarbij kan worden aangesloten bij lopende initiatieven, zoals het landelijk Leer- en Verbeternetwerk Eerste Lijn (LeVEL) [69] dat vanaf 2025 regio's ondersteunt bij het uitwisselen van kennis en ervaring, en het toekomstige ZonMw-programma Regionale Versterking Organisatie Eerstelijnszorg, 'Programmalijn 3: onderzoek' [37], waarin wetenschappelijk onderzoek zal worden gedaan in hoe sectoroverstijgende samenwerking effectief georganiseerd kan worden. We adviseren eerstelijnspartijen om naast de bevindingen uit deze monitor ook actief gebruik te maken van de opbrengsten van deze programma's.
Wij bevelen aan om de implementatie van preventieprogramma's binnen gemeenten te versterken, onder andere door het inzetten van meer personele capaciteit en middelen, maar ook door

kennisdeling tussen gemeenten te stimuleren. Gemeenten waarin de implementatie achterblijft, kunnen leren van voorlopers.

Daarnaast adviseren wij om het aantal personen dat niet is ingeschreven bij een huisartsenpraktijk structureel te monitoren. Door tijdig inzicht te krijgen in deze ontwikkeling, kunnen ongewenste trends in de continuïteit van de huisartsenzorg vroeg worden gesignaleerd en aangepakt. Dit helpt te voorkomen dat mensen pas in een later stadium van ziekte of klachten, met meer complexe en duurdere zorgvragen, terechtkomen bij de acute zorg (HAP of SEH) of in de tweede lijn.

Er is behoefte aan beter inzicht in de toeleiding naar de diëtetiek en het sociaal-maatschappelijk werk. Dit is noodzakelijk om te kunnen beoordelen of de door zorggebruikers ervaren lange wachttijden, zoals gevonden in deze monitor, zorgwekkend zijn en om waar nodig deze toeleiding te verbeteren.

Ook adviseren we partijen in de zorg en het ministerie van VWS die gezamenlijk het IZA hebben ondertekend tegemoet te komen aan de behoefte van de praktijk voor een gezamenlijke langetermijnvisie- en plan, inclusief zicht op structurele financiering, om de beweging naar een sterkere eerste lijn te versnellen en te borgen.

Tot slot bevelen wij IZA-partijen, beleidsmakers en onderzoekers aan om mee te (blijven) denken over (het opzetten van nieuwe) aanvullende bronnen over werkdruk en werkplezier in de eerste lijn, personele capaciteit binnen de paramedische zorg in de eerste lijn, het bredere sociaal domein en niet alleen sociaal werk en ervaringen van verschillende zorg- en hulpverleners in de eerste lijn, zoals de ervaren samenwerking in de eerste lijn.

Vervolgmeting in 2026

Voor sommige indicatoren is nu in deze 1-meting een enkele meting gedaan, zoals de indicatoren vanuit het perspectief van zorggebruikers. De 2-meting in 2026 zal meer inzicht geven in verschillen over de tijd, doordat voor deze indicatoren waar mogelijk een herhaalmeting zal plaatsvinden. Ten slotte zijn voor een vollediger beeld van de beweging naar een sterkere eerste lijn aanvullende gegevensbronnen nodig, bijvoorbeeld over werkdruk en werkplezier, de paramedische zorg en het sociaal domein. Waar mogelijk worden deze bronnen in de volgende meting opgenomen. Daarvoor roepen we IZA-partijen, beleidsmakers en onderzoekers op om mee te (blijven) denken over (het opzetten van nieuwe) aanvullende bronnen.

Referenties

1. *Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'*. 2022.
2. Arslan, I., et al., *De beweging naar een sterkere eerste lijn: nulmeting ten behoeve van de monitoring van het Integraal Zorgakkoord.* 2024, Nivel: Utrecht.
3. RIVM. *IZA-deelmonitor. Naar meer regionale samenwerking Nulmeting*. 2024 22-4-2025]; Available from: https://www.rivm.nl/publicaties/iza-deelmonitor-naar-meer-regionale-samenwerking-nulmeting.
4. RIVM. *IZA-deelmonitor. Naar meer hybride zorg: nulmeting*. 2024 22-4-2025]; Available from: https://www.rivm.nl/publicaties/iza-deelmonitor-naar-meer-hybride-zorg-nulmeting.
5. Zorginstituut Nederland. *Monitor: Passende Zorg als norm - 0-meting*. 2024 22-4-2025]; Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/05/14/monitor-passende-zorg-als-norm.
6. *Visie eerstelijnszorg 2030*. 2024.
7. Friedman, C., 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): p. 43-50 DOI: 10.1136/amiajnl-2014-002977.
8. Nivel. *Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg*. Available from: https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nivel-consumentenpanel-gezondheidszorg.
9. Nivel. *Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten*. Available from: https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nationaal-panel-chronisch-zieken-en-gehandicapten.
10. *AZW Statline*. 2024; Available from: https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/.
11. CIBG, *BIG register: verloop over 5 jaar*. 2025.
12. KNMG, *RGS registraties*. 2025.
13. CIBG, *Herregistratie in het BIG-register*. 2020.
14. Flinterman, L.E., et al., *Huisartsen en praktijken in kaart: Cijfers uit Nivel Beroepenregistraties in de Zorg 2023-2024*. 2025.
15. Flinterman, L., E. Vis, and R. Batenburg, *De huidige en toekomstige capaciteit aan huisartsen in Nederland*. 2022.
16. Capaciteitsorgaan, *Dashboard Capaciteitsorgaan*, Capaciteitsorgaan, Editor. 2024.
17. Vis, E., et al., *De arbeidsmarkt van de huisartsenzorg in 28 regio's van Nederland, 2019/2020: Toelichting en samenvatting van het onderzoek en de 28 regionale factsheets*. 2020.
18. Geit, E.d., Flinterman, L., Keuper, J., Schaaijk, A. van, Vis, E., Batenburg, R. , *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2020: toelichting en samenvatting van het onderzoek - en de regionale factsheets.* 2022.
19. Geit, E.d., et al., *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2021: toelichting en samenvatting van het onderzoek – en de regionale factsheets*. 2022, Nivel: Utrecht, Nivel.
20. Flinterman, L.E., et al., *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2022: Toelichting en samenvatting van het onderzoek-en de regionale factsheets*. 2023, Nivel: Utrecht, Nivel.
21. Flinterman, L., et al., *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2023: Toelichting en samenvatting van het onderzoek – en de regionale factsheets*. 2024.
22. Verest, W., Veer, A. de, Groot, K. de, Francke, A., *Kwaliteit en veiligheid van zorg aan cliënten: Verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners over wat ze nodig hebben voor goede zorg.* 2019.
23. Noorland, S., P. Spreeuwenberg, and K. de Groot, *Kwaliteit en veiligheid van zorg aan cliënten in 2021: de mening van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners huisartsenzorg in vergelijking met 2019.* 2023, Nivel: Utrecht.

24. DUO, *Inschrijvingen hbo*. 2024.
25. DUO, *Inschrijving wo*. 2024.
26. Huisarts & Pensioen. *Ons pensioenfonds*. 2025; Available from: https://www.huisartsenpensioen.nl/de-wereld-van-uw-pensioen/het-pensioenfonds/.
27. Capaciteitsorgaan, *Huisartsengeneeskunde instroomadvies 1.190 per jaar*. 2022.
28. Flinterman, L., et al., *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in van de Nederlandse huisartsenzorg in 2023: toelichting en samenvatting van het onderzoek – en de regionale factsheets*. 2024.
29. Landelijke Huisartsen Vereniging, *Actieplan werkdruk in de ANW: Een toelichting op het actieplan door LHV, VPH, InEen en NHG*. 2022.
30. Flinterman, L., et al., *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2022: toelichting en samenvatting van het onderzoek – en de regionale factsheets*. 2023.
31. Aapkes, S., et al., *Rapport bij de factsheet 'Burgers over inschrijving bij een (nieuwe) huisartsenpraktijk'*. 2024.
32. van Schaaijk, A., et al., *Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken: spreiding, oorzaken en oplossingen.* 2025.
33. Flinterman, L.E., E. Vis, and R.S. Batenburg, *Wat wil de werkgever? De vraag naar zorgprofessionals in vijf sectoren en de komende vijf jaar: Uitkomsten van de werkgeversenquête 2021/2022*. 2022: Utrecht: Nivel.
34. DUO, *Open onderwijsdata: Studenten WO*. 2024.
35. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg*. 2022: Den Haag.
36. ZonMw. *Versterking organisatie eerstelijnszorg*. 2024 [cited 2024 15-11-2024]; Available from: https://www.zonmw.nl/nl/programma/versterking-organisatie-eerstelijnszorg.
37. ZonMw. *Versterking organisatie eerstelijnszorg,*. 2025 [cited 2025 11-3-2025]; Available from: https://www.zonmw.nl/nl/programma/versterking-organisatie-eerstelijnszorg.
38. ZonMw. *Voorbereidingssubsidie voor regionale versterking eerstelijnszorg*. 2024 [cited 2024 15-11-2024]; Available from: https://www.zonmw.nl/nl/subsidie/voorbereidingssubsidie-voor-regionale-versterking-eerstelijnszorg.
39. ZonMw. *Versterking organisatie eerstelijnszorg: regionale uitvoeringssubsidie*. 2024 [cited 2024 15-11-2024]; Available from: https://www.zonmw.nl/nl/subsidie/versterking-organisatie-eerstelijnszorg-regionale-uitvoeringssubsidie-deadline-december.
40. Zorginstituut Nederland. *Plan van aanpak Monitor doelgroepen Integraal Zorgakkoord*. 2024; Available from: 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.
41. Beerman, B., et al., *Minimale daling in mate waarin patiënten het proces van gezamenlijke besluitvorming ervaren bij de huisarts in de periode 2016-2023*. 2024, Nivel: Utrecht.
42. Minsterie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *GALA: Gezond en Actief Leven Akkoord*. 2023: Den Haag.
43. Bos, I., et al., *Vertrouwen in uitwisseling en hergebruik van gezondheidsgegevens vanuit het perspectief van burgers en zorgprofessionals. Resultaten van een Burgerplatform en een Zorgprofessionalplatform*. 2024, Nivel: Utrecht.
44. Nederlands Huisartsen Genootschap. *Digitalisering, e-health of digitale zorg?* 30 april 2025]; Available from: https://www.nhg.org/thema/digitale-zorg/visie-op-digitale-huisartsenzorg/digitalisering-e-health-digitale-huisartsenzorg-wat-is-het-verschil/.
45. RIVM. *Digitale zorg*. 30 april 2025]; Available from: https://www.rivm.nl/digitalezorg#:~:text=Met%20digitale%20zorg%20wordt%20het,communicatietechnologie%20in%20de%20zorg%20bedoeld.

46. Nivel. *Monitor Digitale zorg 2024-2027*. 2024 30 april 2025]; Available from: https://www.nivel.nl/nl/project/monitor-digitale-zorg-2024-2027.
47. Nivel. *Nivel zorgregistraties eerste lijn*. Available from: https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn.
48. Vanhommerig, J.W., et al., *Data Resource Profile: Nivel Primary Care Database (Nivel-PCD), The Netherlands.* Int J Epidemiol, 2025. **54**(2) DOI: 10.1093/ije/dyaf017.
49. Jansen, T., *Mind the safety net: socioeconomic inequalities in out-of-hours primary care use*, in *Proefschrift van de Universiteit van Amsterdam*. 2020, Nivel: Utrecht. p. 197.
50. Nielen, M., et al., *Hoe vaak hebben Nederlanders contact met de huisartsenpraktijk? Zorggebruik in de huisartsenpraktijk in 2019.* 2020, Nivel: Utrecht.
51. Bes, J., et al., *Zorg door de huisarts. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn: jaarcijfers 2023 en trendcijfers 2019-2023.* 2024, Nivel: Utrecht
52. Zorginstituut Nederland. *Voorbeelden van CQI- en PREM-vragenlijsten*. 2019 30 april 2025]; Available from: https://www.zorginzicht.nl/ontwikkeltools/ontwikkelen/voorbeelden-van-cqi--en-prem-vragenlijsten.
53. Zorginstituut Nederland, *Werkinstructie PREM Wijkverpleging*. 2023.
54. Skipr Redactie. *Personeel apotheken gaat opnieuw staken*. 2025; Available from: https://www.skipr.nl/nieuws/personeel-apotheken-gaat-opnieuw-staken/.
55. Het Parool. *Steeds meer fysiotherapeuten stoppen en dat gaan we merken, stellen experts*. 2024 22-4-2025]; Available from: https://www.parool.nl/nederland/steeds-meer-fysiotherapeuten-stoppen-en-dat-gaan-we-merken-stellen-experts~baec4f1f/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F.
56. Vervloet, M., Post, A., Dijk, L. van, Flinterman, L., *Knelpunten in de arbeidsmarkt openbare farmacie: een onderzoek onder werkgevers.* 2025, Nivel: Utrecht.
57. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. *Transformatieplannen*. 30-4-2025]; Available from: https://www.dejuistezorgopdejuisteplek.nl/programmas/integraal-zorgakkoord/iza-onderdelen/transformatieplannen/.
58. Lee, H.-W., et al., *Trust in a cross-sectoral interorganizational network: An empirical investigation of antecedents.* Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly, 2012. **41**(4): p. 609-631 DOI: 10.1177/0899764011414435.
59. Ahmadi, Z., *The challenges of buidling trust and collaboration in cross-sector partnerships for sustainable development*, in *International Conference" Actual economy: local solutions for global challenges"*. 2024. p. 301-304.
60. Gilson, L., *Trust in health care: theoretical perspectives and research needs.* Journal of Health Organization and Management, 2006. **20**(5): p. 359-375 DOI: 10.1108/14777260610701768.
61. Bryson, J.M., B.C. Crosby, and M.M. Stone, *The design and implementation of Cross-Sector collaborations: Propositions from the literature.* Public administration review, 2006. **66**: p. 44-55 DOI: https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00665.x.
62. Vangen, S., J.P. Hayes, and C. Cornforth, *Governing cross-sector, inter-organizational collaborations.* Public Management Review, 2015. **17**(9): p. 1237-1260 DOI: https://doi.org/10.1080/14719037.2014.903658.
63. Dewulf, A. and W. Elbers, *Power in and over cross-sector partnerships: Actor strategies for shaping collective decisions.* Administrative Sciences, 2018. **8**(3): p. 43 DOI: 10.3390/admsci8030043
64. Sociaal Werk Nederland. *Onderzoek: investeringen sociaal werk niet in verhouding tot maatschappelijke opgaven*. 2023 22-4-2025]; Available from: https://sociaalwerknederland.nl/actueel/onderzoek-investeringen-sociaal-werk-niet-in-verhouding-tot-maatschappelijke-opgaven.
65. Rijpkema, C., et al., *What can we learn from experiences in general practice during the COVID-19 pandemic? A qualitative study.* BMC Health Services Research, 2023. **23**(1): p. 696 DOI: 10.1186/s12913-023-09654-7.

66. Rijpkema, C., et al., *Care by general practitioners for patients with asthma or COPD during the COVID-19 pandemic.* npj Primary Care Respiratory Medicine, 2023. **33**(1): p. 15 DOI: 10.1038/s41533-023-00340-z.
67. Nivel. *Gebruik van paramedische zorg in coronatijd (mrt - sept 2020) - Nivel-dossier Corona*. 30-4-2025]; Available from: https://www.nivel.nl/nl/onderzoeksprogrammas/infectieziekten-eerste-lijn/dossier-corona/ons-onderzoek-eerste-coronajaar/pijler-3-impact-corona-zorg/gebruik-paramedische-zorg-coronatijd.
68. Nivel. *Onder de loep: de huisartsenpraktijk en corona (2020-2022) - Nivel-dossier Corona*. 30-4-2025]; Available from: https://www.nivel.nl/nl/onderzoeksprogrammas/infectieziekten-eerste-lijn/dossier-corona/de-huisartsenpraktijk-en-corona.
69. Nivel. *Leer- en Verbeternetwerk Eerste Lijn (LeVEL)*. 2025 22-4-2025]; Available from: https://www.nivel.nl/nl/project/leer-en-verbeternetwerk-eerste-lijn-level#:~:text=Dit%20netwerk%20helpt%20regio%27s%20om,niveaus%20met%20elkaar%20verbonden%20zijn.
70. Hilderink, H.B.M., M.J.J.C. Poos, and A.M. Gommer. *Ranglijsten | Welke aandoeningen komen het meeste voor?* 2018.
71. Nielen, M.M.J., et al., *Estimating Morbidity Rates Based on Routine Electronic Health Records in Primary Care: Observational Study.* JMIR Med Inform, 2019. **7**(3): p. e11929 DOI: 10.2196/11929.
72. Zorginstituut Nederland. *Bepaling chronische aandoeningen op basis van declaratiegegevens*. [cited 2025 1-7-2025]; Available from: https://www.zorgcijfersdatabank.nl/toelichting/chronische-aandoeningen/chronische-aandoeningen.
73. C. van Dijk and M. ten Koppel, *Opnames voor ambulatory care sensitive conditions in de periode 2018 tot en met 2023*. 2025, Zorginstituut Nederland: Diemen.

Bijlage A Toelichting methoden kwalitatieve studie

A.1 Onderzoeksmethode kwalitatieve studie

Selectie van regio's

Op basis van vier inhoudelijke categorieën zijn drie verschillende regio's geselecteerd. Hierbij is gekeken naar stedelijkheid, de mate van rondkomen van inwoners, de geografische oriëntatie in Nederland en de samenwerkingsmaturatie. Dit laatste is ingeschat op basis van de betreffende regioplannen en de daarin vermelde betrokkenheid van eerstelijnspartijen, de diversiteit in betrokken partijen en de aanwezigheid van overkoepelende organisaties die een groep kleinere partijen vertegenwoordigt. Dit heeft geleid tot de selectie van de volgende regio's:

Tabel A2.1 De geselecteerde regio's

	Stedelijkheid	Mate van rondkomen	Geografische oriëntatie	Samenwerkingsmaturatie
Regio 1	Hoog	Hoog	West	Hoog
Regio 2	Laag	Gemiddeld	Oost	Gemiddeld
Regio 3	Laag	Gemiddeld	Zuid	laag

Selectie van de respondenten

Er kunnen drie groepen respondenten worden onderscheiden, die op verschillende manieren zijn geselecteerd. Deze selecties worden hieronder toegelicht. Na het maken van de selecties zijn de geselecteerde organisaties per mail uitgenodigd voor een interview. Indien nodig is een reminder verstuurd of is telefonisch contact opgenomen met de betreffende partij. Het aantal respondenten per interview verschilde, de meeste interviews vonden plaats met één of twee personen maar in een aantal gevallen namen meer personen deel.

Respondenten uit de drie casusregio's

In de drie casusregio's zijn tenminste twee eerstelijnspartijen, de coördinerende zorgverzekeraar, een organisatie die het inwonersperspectief vertegenwoordigt en een overkoepelende partij/trekker, zoals een gemeente, geïnterviewd. Deze partijen zijn geselecteerd op basis van de betrokken partijen die genoemd worden in de regioplannen van de betreffende regio's. Bij de selectie van eerstelijnspartijen is gestreefd naar diversiteit tussen de regio's, dus dat bijvoorbeeld niet in alle regio's een huisartsenorganisatie werd geïncludeerd. In alle drie de casusregio's was een andere zorgverzekeraar betrokken. In sommige regio's is een aanvullend interview afgenomen wanneer naar voren kwam dat het nuttig was om het perspectief van een tot dan toe nog niet geïncludeerde partij mee te nemen in de interviews.

Respondenten van organisaties die in meerdere regio's betrokken zijn

Er zijn twee interviews afgenomen met respondenten die werkzaam zijn bij organisaties die betrokken zijn bij de beweging naar meer samenwerking in de eerste lijn in verschillende regio's. Op deze manier konden we nagaan in hoeverre de bevindingen die zijn opgehaald in de casusregio's ook spelen in andere regio's. De organisaties zijn geïdentificeerd aan de hand van de betrokken partijen die genoemd worden in de regioplannen, de organisaties werden in meerdere regioplannen genoemd.

Belangenorganisaties en veldpartijen die onderdeel zijn van de thematafel eerste lijn

Ten slotte zijn interviews afgenomen met de belangenorganisaties en veldpartijen die onderdeel zijn van de thematafel eerste lijn. Op deze manier kunnen we aanvullend inzicht bieden in een meer overkoepelend, landelijk perspectief. Alle negen organisaties die onderdeel zijn van de thematafel eerste lijn hebben deelgenomen aan een interview.

Dataverzameling

In totaal zijn er 28 interviews afgenomen. Alle interviews zijn afgenomen door twee onderzoekers. De interviews vonden online plaats via Teams en duurden ongeveer 60 minuten. De interviews zijn afgenomen aan de hand van een interviewguide. De interviewguides zijn opgesteld door de onderzoekers en zijn gebaseerd op het framework van Bryson et al. Met toestemming van de geïnterviewden zijn de interviews opgenomen. Aan het begin van de interviews is mondeling toestemming gevraagd voor de afname en opname van het interview. Alle geïnterviewden hebben hiervoor toestemming gegeven.

Analyse

Na de afname van de interviews zijn de interviews getranscribeerd. De interviews zijn geanalyseerd aan de hand van deze interviewtranscripten. De transcripten zijn deductief geanalyseerd door twee onderzoekers door te coderen binnen de kaders van het framework van Bryson et al. Daarnaast zijn twee losse aspecten gecodeerd: 1. de subsidies binnen het programma Versterking Organisatie Eerstelijnszorg van ZonMw en 2. de uitdagingen rondom personele capaciteit (uitdaging 1). De eerste drie interviews zijn door beide onderzoekers gecodeerd. Na de codering van ieder interview kwamen de onderzoekers bij elkaar om de toegekende codes te vergelijken. Aan de hand hiervan is een codeboom opgesteld. Deze codeboom is gebruikt voor de codering van de overige interviews, die verdeeld zijn over de onderzoekers. Uit de transcripten zijn ook quotes gehaald om te gebruiken in de rapportage.

A.2 Methodebeschrijving samenwerkingsmaturatie regioplannen – ChatGPT

Eén van de selectiecriteria voor de regio's in de kwalitatieve studie (uitdaging 1 en 2) is de samenwerkingsmaturatie. Dit is bepaald aan de hand van de betrokken partijen die vermeld staan in het regioplan. Dit is gedaan volgens onderstaande stappen en door gebruik te maken van twee verschillende prompts voor ChatGPT.

1. Op basis van handmatig een aantal regioplannen doorbladeren en type meewerkende partijen bekijken is een lijst gemaakt van type organisaties die hierbij betrokken zijn geweest.
2. Er is een instructie en achtergrondinformatie over de werking van ChatGPT gegeven aan de onderzoeker door een data expert. Ook zijn mogelijke toepassingen en beperkingen van ChatGPT besproken.
3. Vervolgens is er geëxperimenteerd met ChatGPT prompts voor de regioplannen (betaalde versie ChatGPT 4) en uiteindelijk is dat als input gebruikt om ChatGPT een eigen, passende prompt te laten schrijven.
4. Testronde van verschillende prompts en verschillende manieren van data aanleveren door de antwoorden van ChatGPT handmatig te controleren. De belangrijkste beperkingen bleken: slecht leesbare logo's, in eerste instantie logo's overslaan en alleen focus op tekst. In de tekst worden ook voorbeelden genoemd en bijvoorbeeld specifieke huisartsenpraktijken. Deze plaatste ChatGPT vervolgens ook (onterecht) in de lijst van partijen die hebben meegewerkt aan het opstellen van het regioplan.
5. Op basis van deze testrondes werd geconcludeerd dat het hele bestand (regioplan) aan ChatGPT geven tot te veel ruis leidt en daardoor tot teveel tijdrovende handmatige controles.
6. Nieuwe aanpak: screenshot van logo's werden aan ChatGPT gegeven in een nieuwe testronde met verschillende prompts. Op basis hiervan heeft ChatGPT weer een eigen prompt geschreven die vervolgens gebruikt is in de analyse. Een consequente afwijking was dat GGD als gemeente geïdentificeerd. Deze beperking is geaccepteerd en GGD'en werden vervolgens handmatig bij 'regionale zorgondersteunende organisaties' geplaatst.
7. In Excel is een overzicht gemaakt van alle regioplannen en of deze de actieve partijen weergeven in logo's, tekst of beide.
   a. **Logo's:** logo prompt gebruikt om de logo's uit te schrijven en in te delen in de eerder bepaalde organisatie categorieën.
      i In het geval een logo niet leesbaar was door ChatGPT: screenshot gemaakt van het logo en in lens optie van Google geplaatst. Via deze route waren alle logo's te identificeren en kon deze meegenomen in de indeling van type organisatie door ChatGPT.
   b. **Tekst:** Als er al een indeling in type organisatie in het regioplan stond, dit aangehouden en gekopieerd naar het Excel met de partijenanalyse. Anders de lijst organisaties gekopieerd naar ChatGPT en het bijpassende deel van de logo prompt gebruikt om de partijen in te delen in de juiste categorieën.
   c. **Beide:** combinatie van a en b.
8. Voor alle regioplannen een partijenanalyse gedaan.
9. Partijenanalyse herhaald en indeling ter controle nog een keer langsgelopen. Specifieke focus op het niet vergeten van bepaalde partijen.

Gebruikte prompts voor partijenanalyse

Afhankelijk of de betrokken partijen met logo's of in de tekst van het regioplan genoemd werden, werd de betreffende prompt gekozen.

Logo prompt

Ik heb een afbeelding met logo's van verschillende organisaties. Ik wil graag een overzicht van deze partijen en dat ze worden ingedeeld in specifieke zorgcategorieën. Kun je mij helpen om de logo's te identificeren en de organisaties in te delen in de volgende categorieën:

- Individuele huisartsenpraktijk
- Apotheek
- Verzekeraar
- Fysiotherapeut
- Ziekenhuis
- Gemeente
- Patiëntenorganisatie
- Wijkverpleging
- Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg
- Sociaal domein
- Zorggroep
- ROS (Regionale Ondersteuningsstructuur)
- Regio organisatie huisartsen
- Regio huisarts ondersteunende organisatie
- Regio zorg ondersteunende organisatie
- Paramedische samenwerkingsorganisatie
- GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg)
- Jeugdzorg
- Verloskunde
- Paramedische zorg
- Onderwijs en scholing
- Preventie en welzijn
- Overig/onbekend

Geef duidelijk aan wanneer een logo niet leesbaar of identificeerbaar is. Als een organisatie niet met zekerheid kan worden ingedeeld in een categorie, vermeld dit dan ook.
Output:

- [Organisatie naam] - [Categorie]
- [Organisatie naam] - [Categorie]
- [Organisatie naam] - [Categorie]
- [Organisatie naam] - Onbekend (niet voldoende data beschikbaar)

Vermeld duidelijk of sommige logo's niet leesbaar of identificeerbaar zijn.

Tekst prompt

Ik heb een lijst van verschillende organisaties. Ik wil graag dat ze worden ingedeeld in specifieke zorgcategorieën. Kun je mij helpen om de organisaties in te delen in de volgende categorieën:

- Individuele huisartsenpraktijk
- Apotheek
- Verzekeraar
- Fysiotherapeut
- Ziekenhuis
- Gemeente
- Patiëntenorganisatie
- Wijkverpleging
- Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg
- Sociaal domein
- Zorggroep
- ROS (Regionale Ondersteuningsstructuur)
- Regio organisatie huisartsen
- Regio huisarts ondersteunende organisatie
- Regio zorg ondersteunende organisatie
- Paramedische samenwerkingsorganisatie
- GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg)
- Jeugdzorg
- Verloskunde
- Paramedische zorg
- Onderwijs en scholing
- Preventie en welzijn
- Overig/onbekend

Als een organisatie niet met zekerheid kan worden ingedeeld in een categorie, vermeld dit dan ook.

Output:
- [Organisatie naam] - [Categorie]
- [Organisatie naam] - [Categorie]
- [Organisatie naam] - [Categorie]
- [Organisatie naam] - Onbekend (niet voldoende data beschikbaar)

Vermeld duidelijk wanneer er onvoldoende data beschikbaar is om een correcte indeling te maken.

A.3 Overzicht gevoerde interviews

Tabel A3.1 Overzicht van de gevoerde interviews

Interview nummer	Soort partij	Regio
	Zorgverzekeraar	Regio 1
2	Trekker	Regio 1
3	Eerstelijnspartij (huisartsen)	Regio 1
4	Zorgverzekeraar	Regio 2
5	Patiëntenorganisatie	Regio 1
6	Eerstelijnspartij (sociaal domein)	Regio 1
7	Eerstelijnspartij (apothekers)	Regio 2
8	Eerstelijnspartij (fysiotherapeuten)	Regio 2
9	Eerstelijnspartij (vvt)	Regio 3
10	Patiëntenorganisatie	Regio 3
11	Patiëntenorganisatie	Regio 2
12	Eerstelijns veldpartij	n.v.t.
13	Eerstelijns veldpartij	n.v.t.
14	Trekker	Regio 3
15	Zorgverzekeraar	Regio 3
16	Trekker	Regio 2
17	Eerstelijns veldpartij	n.v.t.
18	ROS	Regio 1
19	Eerstelijns veldpartij	n.v.t.
20	Eerstelijns veldpartij	n.v.t.
21	Eerstelijns veldpartij	n.v.t.
22	Eerstelijns veldpartij	n.v.t.
23	Eerstelijns veldpartij	n.v.t.
24	Eerstelijnspartij (sociaal domein)	Regio 3
25	Eerstelijns veldpartij	n.v.t.
26	Eerstelijns veldpartij	n.v.t.
27	Overkoepelende partij	Meerdere regio’s
28	Overkoepelende partij	Meerdere regio’s

A.4 Overzicht geïnterviewde veldpartijen

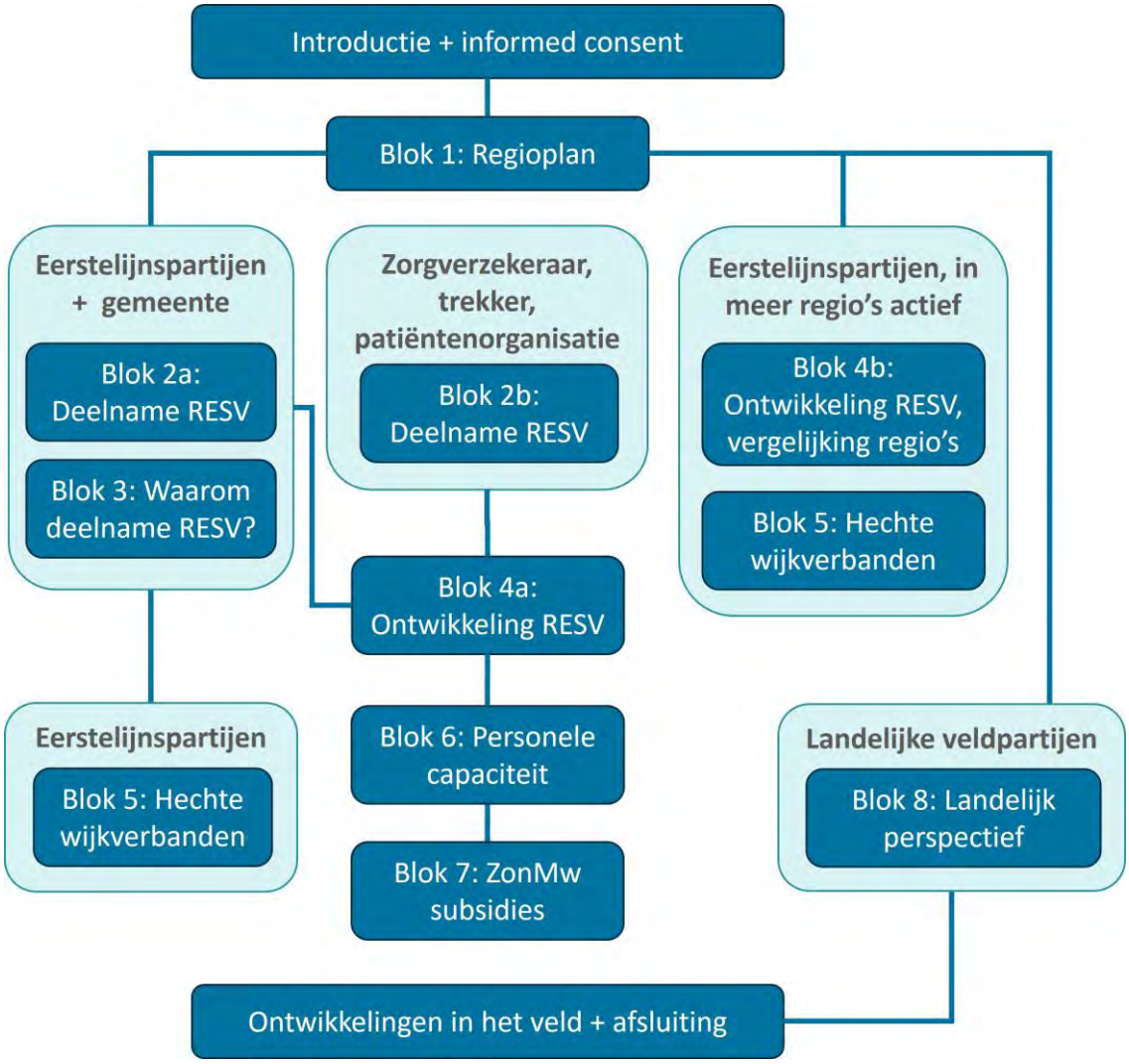
Tabel A4.1 Overzicht van geïnterviewde veldpartijen (in alfabetische volgorde)

Overzicht van de geïnterviewde veldpartijen
ActiZ
InEen
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
Paramedisch Platform
Patiëntenfederatie Nederland
Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)
Zorgverzekeraars Nederland

A.5 Interviewguides kwalitatieve studie

In Figuur A6.1 staat de opbouw van de interviewguides. Daaronder staat per blok welke vragen hieronder vallen en aan welke partijen ze gesteld zijn. Deze vragen waren de richtlijn tijdens de semigestructureerde interviews. Niet iedere vraag is letterlijk zo gesteld in ieder interview.

Figuur A5.1 Structuur van de interviewguides



Introductie + informed consent

Introductie

Bedankt dat u hier bent. Fijn dat we u kunnen spreken over de samenwerking in de regio (naam). Wij zijn werkzaam bij het Nivel. Het Nivel is een onafhankelijk kennisinstituut dat onderzoek doet naar de gezondheidszorg. → kort voorstelrondje

We zullen nu kort iets vertellen over het onderzoek. Vanuit het Nivel voeren we een monitor-onderzoek uit naar de Beweging naar een sterkere eerste lijn dat wij uitvoeren. Het Nivel monitort deze beweging in het kader van de afspraken die zijn gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA). We sluiten hierbij zoveel mogelijk aan bij de Visie Eerstelijnszorg. De monitoring is onderdeel van de bredere monitoring van het IZA en wordt uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van VWS. Eén

van de onderdelen van onze monitor is de sterkere organisatie van de eerste lijn. Hierbij richten we ons op de samenwerking tussen verschillende partijen in een aantal regio's in Nederland. Hiertoe doen we een aantal interviews. Het doel van de interviews is om inzicht te krijgen in wat er in de praktijk plaatsvindt op het gebied van samenwerking en hiervan te leren.

Praktische zaken interview

Dit interview zal maximaal een uur duren en u kunt op elk moment aangeven te willen stoppen met het interview. Wanneer u hier geen bezwaar tegen heeft, zal dit interview worden opgenomen. Wij zullen de opname straks aanzetten, waarna we u zullen vragen toestemming te geven voor uw deelname en de opname van dit interview. De opname wordt gebruikt om het interview letterlijk uit te werken. De uitwerking van het interview gebruiken we bijvoorbeeld om uitspraken die zijn gedaan in het interview letterlijk over te kunnen nemen in het rapport. Daarbij wil ik benadrukken we in onze rapportage niet benoemen welke partijen, in welke regio's, we gesproken hebben. Heeft u voor we beginnen nog vragen over dit interview of het onderzoek? *[antwoord]*

Opname starten en toestemming?

Dan zullen wij nu de opname starten. Deze opnames zullen aan het einde van de studie vernietigd worden. We gebruiken de opname voor het verslag en om eventueel quotes uit te halen voor de rapportage. Uw naam of de naam van uw organisatie zal daarbij niet worden genoemd.

Geeft u toestemming voor afname van dit interview en het opnemen daarvan en voor het verzamelen en gebruiken van beeld- en geluidsopnames? Wilt u hierbij uw naam noemen en de organisatie waarvoor u werkt? *[toestemming]*

Blok 1: Regioplan *(Alle partijen)*

1. Jullie staan als betrokken partij in het regioplan van regio X. Klopt het dat jullie hebben bijgedragen aan het opstellen van dit plan?
    a. Hoe verliep dat?
    b. Wat was de aanleiding om te gaan samenwerken?
    c. Was dit een volledig nieuwe samenwerking in het kader van IZA of werd er (deels) voortgebouwd op bestaande samenwerkingen?
    d. Wat is jullie rol in dit samenwerkingsverband?

Blok 2a: Deelname RESV *(Eerstelijnspartijen, gemeente)*

1. In hoeverre zijn jullie op dit moment onderdeel van een regionaal eerstelijnssamenwerkingsverband (RESV)?
    a. Regionale samenwerking voortgekomen uit de regioplan samenwerking?
        i. Zo nee: waarom niet? Hoe is dit verlopen?
    b. Wat is jullie rol in dit samenwerkingsverband?
    c. Is er ook specifiek samenwerking met andere eerstelijnspartijen → op weg naar regionaal eerstelijnssamenwerkingsverband, in het kader van Visie Eerstelijnszorg?
        i. Zo nee: is hier behoefte aan?
        ii. Wat houdt samenwerking met andere relevante partijen tegen?
        iii. Zo ja: Wat heeft bijgedragen aan het tot stand komen van deze samenwerking?
2. Welke partijen zijn betrokken bij het eerstelijnssamenwerkingsverband?
    a. In de Visie eerstelijnszorg worden de wijkverpleging, huisarts, sociaal domein en apotheek genoemd als partijen die betrokken zouden moeten zijn. Zijn deze betrokken bij het RESV?

i. Indien één of meerdere van bovenstaande partijen nog niet betrokken is: Waarom is dat? Is hier wel behoefte aan? → gebrek aan monodisciplinaire samenwerking als beperkende factor?

b. Zijn er naast de partijen die worden genoemd in de Visie eerstelijnszorg nog andere eerstelijnspartijen betrokken bij het RESV?
   i. Zo ja: Welke partijen zijn dit? Waarom zijn zij betrokken?
   ii. Zo nee: Waarom niet? Is hier wel behoefte aan?

c. Missen er volgens u nog partijen in het samenwerkingsverband om de gestelde doelen te behalen?
   i. Hoe wordt dit opgevangen?

Blok 2b: Deelname RESV *(zorgverzekeraar, trekker, patiëntenorganisatie)*

1. Neemt [naam organisatie] deel aan een regionaal (eerstelijns)samenwerkingsverband (RESV)?
   a. Wat is het doel van dit regionale samenwerkingsverband?
      i. Hoe verliep dit proces?
   b. Zijn deze doelen en hoe deze bereikt moeten worden vastgelegd?
   c. In hoeverre lukt het om dit doel/subdoelen te behalen? Welke knelpunten/ problemen worden zo aangepakt? (publieke doel)

Blok 3: waarom deelname RESV? *(eerstelijnspartijen + gemeente)*

3. Waarom neemt [naam organisatie] deel aan het RESV?
   a. Wat is het doel van dit RESV?
      i. Staat [naam organisatie] achter dit doel?
      ii. Hoe verliep dit proces, daardoor eventueel disconnect tussen doelen?
   b. Zijn deze doelen en hoe deze bereikt moeten worden vastgelegd?
   c. In hoeverre lukt het om dit doel/subdoelen te behalen? Welke knelpunten/problemen worden zo aangepakt? (publieke doel)

Blok 4a: Ontwikkeling RESV *(Eerstelijnspartijen, gemeente, zorgverzekeraar, trekker, patiëntenorganisatie)*

1. Hoe zijn de rollen verdeeld in het regionale (eerstelijns)samenwerkingsverband?
   a. Werkt dit? Waarom wel/niet?
   b. Is er een coördinerende partij binnen het samenwerkingsverband/partij die de leiding neemt/trekker is van de samenwerking? (formeel en informeel)
      i. Hoe werkt dit in de praktijk? / Wat is de rol van deze partij?
   c. Hoe wordt jullie inbreng meegenomen in het RESV?
2. Hoe gaat de ontwikkeling van het regionale (eerstelijns)samenwerkingsverband?
   a. In hoeverre hebben er sinds het oprichten van het RESV-veranderingen plaatsgevonden in de partijen die betrokken zijn bij het RESV? Zijn er partijen bijgekomen/weggegaan? En waarom?
   b. Hoe wordt er geëvalueerd of alle partijen nog op één lijn zitten en/of de doelen behaald worden?
   c. Hoe wordt er omgegaan met eventueel verschillende doelen/belangen van de diverse partijen binnen het samenwerkingsverband?
   d. In hoeverre werken jullie aan de onderlinge verhoudingen/vertrouwen tussen de partijen binnen het RESV?
3. Hoe vullen de verschillende partijen elkaar aan?
   Geleerde lessen

    a. Wat zijn succesfactoren die bijdragen aan de behaalde resultaten van het RESV?
4. Wat zijn factoren binnen deze samenwerking waar jullie van geleerd hebben/anderen van kunnen leren?
5. Worden jullie gevonden door partijen buiten het samenwerkingsverband?
    a. Zo ja, door welke partijen?
    b. Leidt dit tot nieuwe samenwerkingen en/of het oplossen van knelpunten?

Blok 4b: Ontwikkeling RESV, vergelijking regio's *(Eerstelijnspartijen in meer regio's actief)*

1. Wat is jullie rol in de samenwerkingsverbanden en verschilt dit per regio?
2. Hoe gaat de ontwikkeling van een regionaal (eerstelijns)samenwerkingsverband in de verschillende regio's?

- Monodisciplinaire samenwerking
- Multidisciplinaire samenwerking (RESV, hechte wijkverbanden)

    a. Zien jullie hierin verschillen tussen regio's? Hoe ontstaan deze verschillen?
    b. Welke rol spelen jullie in de beweging naar regionale eerstelijnssamenwerkingsverbanden?
3. Zien jullie mogelijkheden om te leren van de verschillende aanpakken die gebruikt worden in de regio's?
    a. In hoeverre zien jullie verschillen tussen regio's waar al langer op een vergelijkbare manier regionaal wordt samengewerkt en regio's waar hier recenter (door IZA) mee aandacht voor gekomen is?
    b. Wat zijn in jullie ervaring succesfactoren voor de samenwerking? (regiospecifiek)
    c. Wat zijn factoren binnen deze samenwerking waar jullie van geleerd hebben en/of anderen van kunnen leren?
    d. In hoeverre is er sprake van uitwisseling tussen regio's ten aanzien van uitdagingen (personele capaciteit) en geleerde lessen?
4. In hoeverre zien jullie verschillen in hoe de rollen zijn verdeeld in het samenwerkingsverband in de verschillende regio's?
    a. Werkt dit? Waarom wel/niet? (regiospecifiek?)
    b. In hoeverre zien jullie verschillen in hoe het leiderschap is georganiseerd per regio (formeel en informeel) in het samenwerkingsverband?
        i. Wat betekent de manier waarop leiderschap is georganiseerd voor de samenwerking in de regio?

Blok 5: Hechte wijkverbanden *(eerstelijnspartijen, ook die in meer regio's actief zijn)*

1. Zijn er samenwerkingsverbanden in de wijk (in het kader van IZA/de visie eerstelijnszorg) waar jullie als RESV mee samenwerken/contact mee hebben?
    a. Hoe kijken jullie naar de opzet voor samenwerking tussen hechte wijkverbanden en RESV, zoals beschreven in het visiedocument?

Blok 6: Personele capaciteit *(Eerstelijnspartijen, gemeente, zorgverzekeraar, trekker, patiëntenorganisatie)*

1. In veel sectoren zijn er uitdagingen rondom personele capaciteit. Welke knelpunten op dit gebied spelen vooral in deze regio?
    a. Hoe zien jullie je rol als RESV in het aanpakken van deze knelpunten?
    b. In hoeverre biedt de samenwerking binnen het RESV-oplossingen voor deze knelpunten?

Blok 7: ZonMw subsidies *(Eerstelijnspartijen, gemeente, zorgverzekeraar, trekker, patiëntenorganisatie)*

1. Vanuit ZonMw zijn er verschillende subsidies beschikbaar op het gebied van de versterking van de eerstelijnszorg. In hoeverre zijn jullie hier als RESV/[naam organisatie] mee bezig?
    a. Voorbereidingssubsidie
        i. Waarom wel/niet aangevraagd?
    b. Uitvoeringssubsidie
        i. Waarom wel/niet aangevraagd?

Blok 8: landelijk perspectief *(Landelijke veldpartijen)*

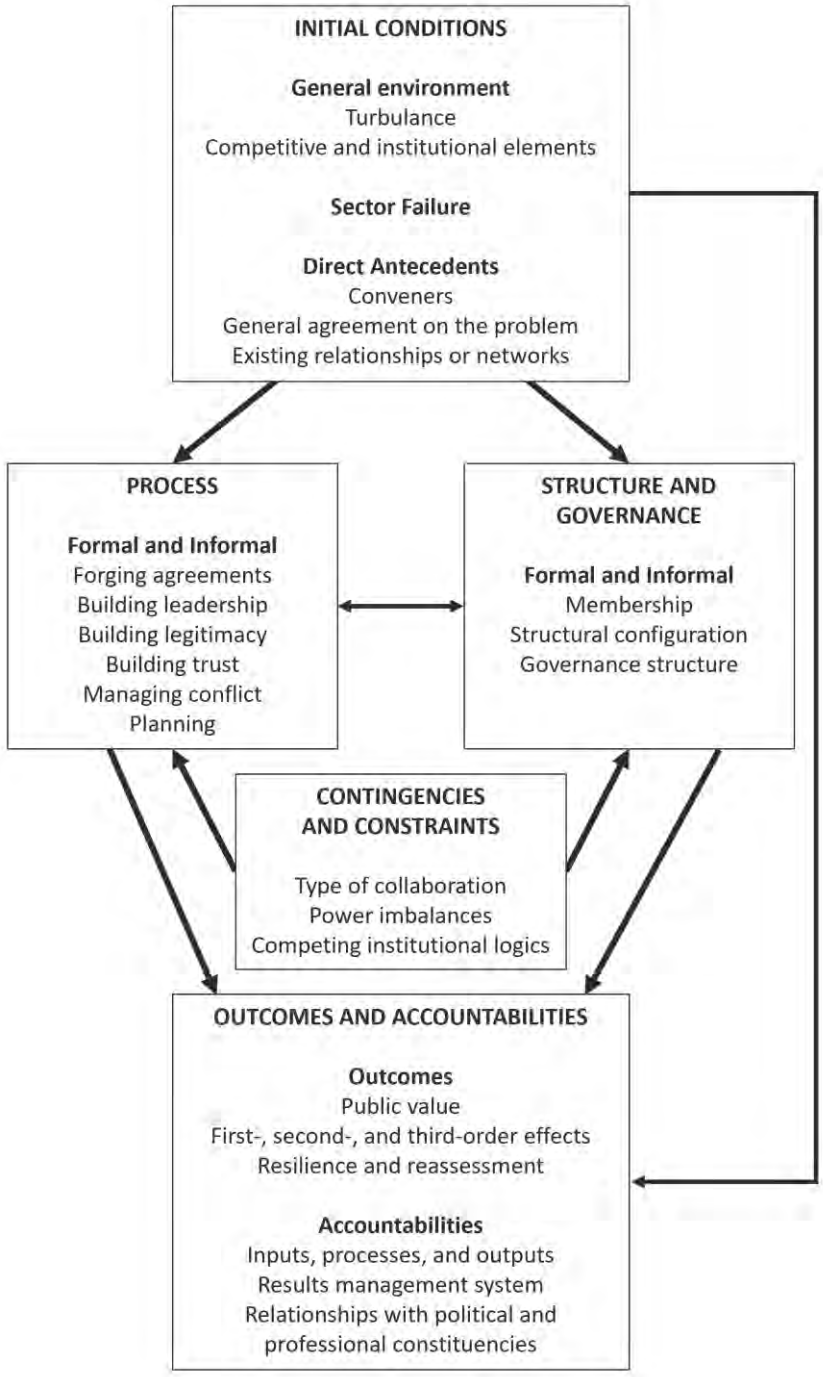
1. Hoe ziet de samenwerking binnen de sector (door de zorgverleners in het veld) er op dit moment uit? (monodisciplinair en multidisciplinair)
    a. In hoeverre was er al samenwerking binnen de sector voor het IZA/visie eerstelijnszorg? Wordt hierop voortgebouwd?
    b. Welke impact hebben IZA en de Visie Eerstelijnszorg op de (ontwikkelende) samenwerkingsverbanden?
2. Is er behoefte aan meer sector overstijgende samenwerking?
    a. Bij de veldpartij zelf?
        i. Zo nee: waarom niet, waar is wel behoefte aan?
        ii. Zo ja: met welke partijen?
        iii. Zo ja: hoe wordt er vanuit jullie organisatie aan gewerkt om deze samenwerking mogelijk maken/te verbeteren? / Welke beweging is er ingezet naar sector overstijgende samenwerking?
    b. Bij de zorgverleners in het veld?
        i. Zo nee: waarom niet, waar is wel behoefte aan?
        ii. Zo ja: met welke partijen?
        iii. Zo ja: hoe wordt er vanuit jullie organisatie aan gewerkt om deze samenwerking mogelijk maken/te verbeteren? / Welke beweging is er ingezet naar sector overstijgende samenwerking?
4. Wat levert de samenwerking op, zowel binnen de sector als tussen sectoren?
    a. In hoeverre draagt de samenwerking binnen de sector en tussen sectoren volgens jullie bij aan betere zorg rondom de patiënt?
5. Zijn jullie op enige manier betrokken bij het opzetten van nieuwe regionale eerstelijnssamenwerkingsverbanden (RESV) waarmee een bijdrage geleverd wordt of zal worden aan de Visie Eerste Lijn/IZA doelstellingen?
    a. Zo ja: op welke manier zijn jullie hierbij betrokken/wat is jullie rol hierin?
    b. Zo ja: zitten de verschillende betrokken partijen op één lijn over het proces, de structuur, het bestuur, zeggenschap en de gewenste uitkomsten?
    c. Zo ja: Is er een verantwoordelijkheidssysteem opgezet voor de ontwikkelde netwerken en samenwerkingen?
    d. Zo nee: zouden jullie hier wel betrokken bij willen zijn?
6. Welke knelpunten en bevorderende factoren zien jullie als veldpartij voor de sector overstijgende eerstelijnssamenwerking in het kader van IZA en de Visie Eerstelijnszorg?

Ontwikkelingen in het veld + afsluiting *(Alle partijen)*

1. Welke ontwikkelingen in het veld zien jullie die mogelijk van invloed zijn op de samenwerking in het kader van IZA?
2. Afsluiting: Zijn er nog dingen die u kwijt wil over dit onderwerp?

A.6 Framework sectoroverstijgende samenwerking

Figuur A6.1 Framework sectoroverstijgende samenwerking Bryson, Crosby & Stone



Bron: Bryson JM, Crosby BC, Stone MM. The Design and Implementation of Cross-Sector Collaborations: Propositions from the Literature. Public Administration Review. 2006 Dec;66(s1):44-55.

Bijlage B Toelichting methoden passende zorg

B.1 Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg

Het doel van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg (CoPa) is om op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen, kennis, verwachtingen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg. Het panel bestaat momenteel uit ongeveer 10.500 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. 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 panel. Zie voor meer informatie: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg | Nivel.

De resultaten afkomstig van het CoPa zoals beschreven in de huidige rapportage zijn gebaseerd op een vragenlijst die in september 2024 is verstuurd naar alle 10.343 leden van het panel. 4.607 panelleden vulden de vragenlijst in (45% respons). De vragenlijst kon zowel schriftelijk als online worden ingevuld, afhankelijk van de voorkeur van de panelleden. De vragen waren niet verplicht. Het aantal respondenten verschilt daardoor per vraag. In een aantal gevallen worden verschillen tussen groepen beschreven. Wanneer er wordt gesproken over verschillen tussen groepen, zijn dit statistisch significante verschillen ($p \leq 0{,}05$). De meeste onderwerpen in de vragenlijst zijn nog niet eerder op vergelijkbare wijze uitgevraagd. Voor deze indicatoren kunnen we de resultaten daarom niet vergelijken met eerdere jaren. Voor de toekomstige metingen van deze IZA-monitor kan dit wel. Voor een aantal indicatoren wordt een uitsplitsing gemaakt naar de verschillende aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel die in deze monitor worden onderscheiden. Meer informatie hierover is te vinden in uitdaging 4 en bijlage C. Eén van de aandoeningen is diabetes. Daarbij kunnen we geen onderscheid maken tussen type 1 en type 2.

B.2 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 3.500 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. Zie voor meer informatie: Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten | Nivel.

De indicator ‘Aanwezigheid van individueel zorgplan’ is gebaseerd op data van het NPCG. De informatie over deze indicator is verkregen aan de hand van een vragenlijst die in het voorjaar van 2023 is verstuurd naar 2.316 leden van het NPCG. 1.695 panelleden vulden de vragenlijst in (73% respons). In een aantal gevallen worden verschillen tussen groepen beschreven. Wanneer er wordt

gesproken over verschillen tussen groepen, zijn dit statistisch significante verschillen (p≤0,05). Er zijn geen eerdere gegevens beschikbaar over het hebben van een zorgplan. We kunnen de resultaten daarom niet vergelijken met eerdere jaren. In de komende metingen van deze IZA-monitor is dit wel mogelijk.

B.3 Monitor Digitale Zorg

Binnen de Monitor Digitale Zorg wordt de inzet van en de ervaringen met digitale zorg gemonitord. De monitor wordt uitgevoerd door het Nivel, RIVM en National eHealth Living Lab (NeLL). Het doel van de Monitor Digitale zorg is om het gebruik van digitale zorg, de ervaringen hiermee en de ontwikkeling ervan, in kaart te brengen, zowel onder zorgverleners als onder zorggebruikers. Ook worden de effecten van het gebruik van digitale zorg op verschillende maatschappelijke uitdagingen gemonitord, zoals 'preventie' en 'arbeidsmarktvraagstukken'. Daarnaast worden aanbevelingen gedaan om het gebruik van digitale zorg te verbeteren. Zie voor meer informatie: Monitor Digitale zorg 2024-2027 | Nivel.

Voor de Monitor Digitale Zorg 2024 is er via vier panels data verzameld in de periode april – juli 2024. De gestelde vragen gingen over het gebruik van en de ervaringen met digitale zorg in de afgelopen twaalf maanden. Om het perspectief van zorggebruikers in kaart te brengen, werden vragenlijsten uitgezet onder het CoPa (steekproef N=1.500, 49% respons) en het NPCG (steekproef N=2.320, 69% respons). Het perspectief van zorgverleners werd in kaart gebracht aan de hand van vragenlijsten onder het Nivel Panel Verpleging & Verzorging (steekproef N=2.265, 27% respons) en het panel van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (KNMG) (steekproef N=2.360, 19% respons). Niet alle respondenten konden worden meegenomen in de analyses, bijvoorbeeld omdat ze vroegtijdig zijn gestopt met de vragenlijst of achtergrondkenmerken niet bekend waren. De data die worden beschreven in deze rapportage zijn verzameld in 2024. De Monitor Digitale Zorg is breder dan de eerste lijn. Voor deze rapportage zijn alleen data gebruikt die betrekking hebben op de eerste lijn. Alle data zijn te vinden in het Dashboard Monitor Digitale Zorg: Digitale zorg | Volksgezondheid en Zorg. Meer informatie over de onderzoeksmethode is te vinden in de Kennisnotitie van de Monitor Digitale Zorg: Kennisnotitie Monitor Digitale Zorg. | Nivel.

B.4 Declaratiegegevens van Vektis

Vektis registreert het totaal aantal verzekerden in Nederland en kan dit vergelijken met het aantal waarvoor een inschrijftarief bij een huisartsenpraktijk is gedeclareerd. Bij deze aantallen dient bedacht te worden dat, zoals omschreven op het 'Vektis-Dashboard Huisartsenzorg', verzekerden met een zorgzwaartepakket "instellingszorg met behandeling" binnen de Wet langdurige zorg (Wlz) geen inschrijftarief betalen. Deze personen maken dan ook geen gebruik van huisartsenzorg en zouden daardoor ten onrechte als niet-ingeschreven-maar-wel-verzekerd geteld. De Vektis-cijfers over 2020-2023 zijn voor onze monitor hierop gecorrigeerd (Vektis geeft ook aan, om hoeveel mensen het hiervoor per jaar gaat), waardoor we zo 'zuiver' mogelijk cijfers presenteren over personen in woonachtig in Nederland die in een bepaald jaar niet waren ingeschreven bij een huisarts, maar wel verzekerd waren. Om het percentage dat niet staat ingeschreven bij een huisartspraktijk onder alle verzekerden in Nederland te berekenen is gebruik gemaakt van het jaarlijks aantal onverzekerden (Cijfers zorgverzekering in Nederland - Zorgwijzer) en de jaarlijkse bevolkingsteller (Bevolkingsteller | CBS). Desalniettemin is dit cijfer toch nog vertekend omdat Vektis, en wijzelf ook, nog een aantal andere groepen die ten onrechte als niet-ingeschreven-maar-

wel-verzekerd gelden niet kunnen excluderen, omdat er geen landelijke jaarlijkse cijfers over beschikbaar zijn. Dit betreft mensen die in andere zorginstellingen verblijven, namelijk instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk, lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten, en opvangcentra voor volwassenen. Voor een deel van hen geldt dat zij mogelijk huisartsenzorg in de instelling ontvangen zonder dat een inschrijftarief wordt gedeclareerd. Tot slot kan niet rekening worden gehouden met onverzekerden.

Bijlage C Toelichting methoden veranderende patiëntenstromen

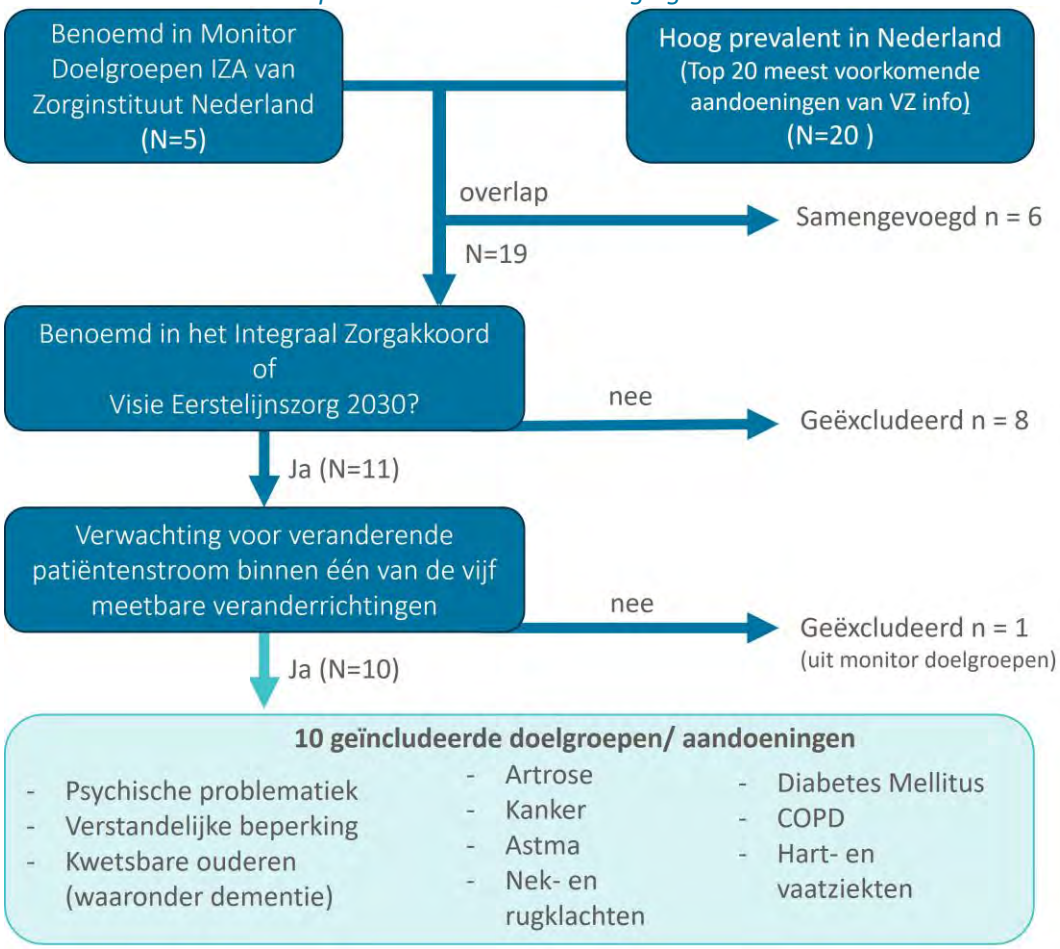
Binnen uitdaging 4 ‘Veranderende patiëntenstromen’ worden de patiëntenstromen van tien aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel gemonitord. Om dit in kaart te brengen zijn verschillende analyses gebaseerd op verschillende databronnen uitgevoerd. Deze bijlage beschrijft de methode van de analyses van zorggebruik in de eerstelijnszorg, tweedelijnszorg en acute zorg (Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en declaratiegegevens van Zorginstituut Nederland), de ACSC-indicator (declaratiegegevens van Zorginstituut Nederland), paginaweergaven op Thuisarts.nl, het CoPa en PREM data wijkverpleging.

C.1 Tien aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel

Binnen uitdaging 4 wordt binnen meerdere analyses gekeken naar tien aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel. Met veranderpotentieel wordt bedoeld: ‘Een verwachte verandering in de patiëntenstromen (en het gebruik van zorg) voor deze aandoening in zorgdisciplines die betrokken zijn bij deze aandoening’.

De tien onderzochte aandoeningen/doelgroepen zijn geselecteerd aan de hand van een selectieprocedure, zoals gevisualiseerd in Figuur H.1. Eerst zijn aandoeningen met een hoge prevalentie geselecteerd op basis van de top 20 meest voorkomende aandoeningen in Nederland volgens *Informatie over Volksgezondheid en Zorg* (VZinfo) [70]. Vervolgens is deze lijst aangevuld met de doelgroepen benoemd in de ‘Monitor Doelgroepen Integraal Zorgakkoord’ uitgevoerd door Zorginstituut Nederland om de consistentie tussen de verschillende monitors te waarborgen. Van deze gecombineerde lijst (N=19) zijn alleen de aandoeningen/doelgroepen geïncludeerd die staan opgenomen in de afspraken van het Integraal Zorgakkoord [1] of de Visie Eerstelijnszorg 2030 [6], omdat hier een beweging in patiëntenstromen wordt verwacht (N=11). Tot slot is er geselecteerd op aandoeningen/doelgroepen die meetbaar zijn op basis van de beschikbare routine zorgdata die in deze monitor worden gebruik voor de analyse van de patiëntenstromen (N=10).

Figuur H.1 Selectie van aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel voor de analyse van veranderende patiëntenstromen in uitdaging 4



Uitleg overlap en samenvoeging: in de Monitor Doelgroepen van Zorginstituut Nederland vormen meerdere aandoeningen samen een doelgroep. In deze doelgroep kunnen meerdere aandoeningen uit de top 20 hoog prevalente aandoeningen in Nederland vallen. In deze monitor kiezen wij voor het gebruik van de doelgroepen kwetsbare ouderen en psychische problematiek; waarin verdeeld de zes samengevoegde aandoeningen terug te vinden zijn.

C.2 Analyse zorggebruik aan de hand van routine zorgdata uit de eerste lijn en de aangrenzende tweede lijn

Onderzoeksopzet

Binnen deze monitor is het zorggebruik van patiënten *met een aandoening/in een doelgroep met veranderpotentieel (zie: patiëntselectie)* binnen zorgdisciplines in de eerste en tweede lijn geanalyseerd op basis van routine zorgdata. Op deze manier worden gewenste en ongewenste veranderingen in de zorgvraag in de eerste en tweede lijn in kaart gebracht. Het gebruik van de routine zorgdata in deze monitor vond plaats binnen het overkoepelende kader van de onderzoekswerkplaats 'Routine Zorgdata voor Passende zorg'. Binnen de onderzoekswerkplaats werkt Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) samen met het Nederlands Instituut voor onderzoek naar de gezondheidszorg (hierna: Nivel), waarbij kennis en expertise over de zorg, het zorgstelsel en de aard en bruikbaarheid van routine zorgdata worden samengebracht.
In deze uitdaging wordt 2023, het eerste jaar na het startjaar van het IZA, in kaart gebracht. Om te bepalen welke invloed het IZA heeft gehad op de uitkomsten binnen deze uitdaging wordt de

vergelijking gemaakt met 2019. Er is voor het jaar 2019 gekozen om de invloed van COVID-19 op uitkomsten te vermijden.

Gebruikte databronnen

Binnen de gecreëerde data-infrastructuur zijn declaratiegegevens die reeds beschikbaar zijn binnen het Zorginstituut op persoonsniveau gekoppeld met gegevens uit elektronische patiëntendossier (EPD's) van huisartsenpraktijken en huisartsenspoedposten die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn [48] bestaat uit gepseudonimiseerde gegevens geregistreerd tijdens het routine zorgproces van verschillende eerstelijnszorgverleners; waaronder de huisartsenpraktijk. De data bevatten zo'n 430 huisartsenpraktijken met ongeveer 1,9 miljoen ingeschreven patiënten. Deze patiëntenpopulatie vormt een goede afspiegeling van de gemiddelde Nederlandse thuiswonende populatie, met betrekking tot leeftijd en geslacht. In deze monitor maakten we gebruik van gegevens over verrichtingen bij de huisartsenpraktijk, verwijzingen naar de medisch specialistische zorg en contacten bij de huisartsenspoedposten betreffende de jaren 2019 en 2023.

Het gebruik van de gegevens binnen deze monitor is goedgekeurd volgens de governance code van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn onder nummer NZR-003.24.052.

Het gebruik van gegevens uit elektronische patiëntendossiers, zoals verzameld door Nivel Zorgregistraties Eerste lijn, is onder bepaalde voorwaarden toegestaan, zonder dat van iedere afzonderlijke patiënt daarvoor toestemming wordt gevraagd of dat toetsing door een medisch ethische commissie heeft plaatsgevonden (art. 24 UAVG jo art. 9.2 sub j AVG).

Daarnaast is gebruik gemaakt van declaratiegegevens dat het Zorginstituut tot haar beschikking heeft over indicaties binnen de zorgverzekeringswet (Zvw) en de wet langdurige zorg (Wlz) van zorgkantoren. In deze monitor maakten we gebruik van de declaratiegegevens die betrekking hebben op de demografische gegevens van verzekerden, medisch specialistische zorg, paramedische zorg, geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleging en eerstelijnsverblijf, en de spoedeisende hulp betreffende de jaren 2019 en 2023.

Patiëntselectie

In deze monitor is het zorggebruik van de patiënten met tenminste één van de tien aandoeningen/in tenminste één van de tien doelgroepen met veranderpotentieel onderzocht (zie paragraaf 'Tien aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel' in deze bijlage). De definities van deze tien aandoeningen/doelgroepen zijn te vinden in Tabel H.1.

Tabel H.1 Definitie aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel

Aandoening/doelgroep met veranderpotentieel	Definitie	ICPC-codering	Chronisch of langdurige aandoening?
Psychische problematiek	Angst- en stemmingsstoornissen Persoonlijkheidsstoornissen Schizofrenie	P74, P76 P80 P72, P73	Langdurig Chronisch Chronisch
Kanker	Alle kankers	A79, B72, B73, B74, D74, D75, D76, D77, L71, N74, R84, R85, S77, T71, U75, U76, U77, W72, X75, X76, X77, Y77, Y78	Chronisch
Hart- en vaatziekten	Beroerte Hartfalen Coronaire hartziekten Klepaandoeningen	K89, K90 K77 K74, K75, K76 K71, K83	Chronisch Chronisch Chronisch Langdurig
Kwetsbare ouderen (waaronder dementie)	Dementie of 80+ers	P70	Chronisch
Nek- en rugklachten	-	L01, L02, L03, L83, L84, L86	Chronisch
Artrose	Perifere artrose	L89, L90, L91	Chronisch
Diabetes mellitus	DM type 1 en 2	T90	Chronisch
Astma/COPD	-	R96/R91, R95	Chronisch
Verstandelijk beperking	-	A90, P85	Chronisch

Er is een gegevenskoppeling gemaakt van patiënten uit beide gegevensbronnen op basis van een gepseudonimiseerd Burgerservicenummer (BSN) gekoppeld via een Trusted Third Party (TTP). Alleen de zorginhoudelijk gegevens van de patiënten met ten minste één van de tien aandoeningen/doelgroepen in Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en/of declaratiegegevens van Zorginstituut Nederland werden geïncludeerd en zijn gedeeld.

Voor de patiënten binnen de gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn is dit bepaald aan de hand van gestructureerde ziekte-episodes [71] in de referentiejaren 2019 en/of 2023. Informatie over deze episodeconstructen is hier te vinden. Deze episodeconstructen staan geregistreerd met een ICPC-codering. ICPC staat voor International Classification of Primary Care. Deze vastgestelde codes maken het mogelijk om symptomen en aandoeningen binnen de huisartsgeneeskundige zorg te classificeren en coderen. Elke aandoening/doelgroep met veranderpotentieel kent zijn eigen (combinatie) aan ICPC-codes voor de identificatie (tabel H.1).

Voor de patiënten binnen de declaratiegegevens van het Zorginstituut werd dit bepaald aan de hand van declaratiegegevens in het referentiejaar en twee jaar voor het referentiejaar (2017 en 2018 / 2021 en 2022) voor chronische aandoeningen en declaratiegegevens in het referentiejaar en het voorgaande jaar (2018 / 2022) voor langdurige aandoeningen. Dit is overeenkomstig met de methode die binnen Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn wordt gebruikt voor het vaststellen van de episodeconstructen. Welke zorgdeclaraties voor deze bepaling van de aandoeningen/doelgroepen wordt gebruikt, is hier te vinden [72].

Vervolgens zijn voor deze geselecteerde patiënten de volgende exclusiecriteria toegepast:
- Patiënten bij wie de geboortedatum onbekend is;

- Patiënten wie in het referentiejaar verbleven in een Wlz-instelling;
- Patiënten wie niet het volledige referentiejaar ingeschreven stonden bij dezelfde praktijk
  - Gecorrigeerd voor patiënten geboren of overleden in het referentiejaar;
- Patiënten wie in het referentiejaar in meer dan één huisartspraktijk ingeschreven hebben gestaan;
- Patiënten ingeschreven bij een huisartsenpraktijk welke onvoldoende gegevens hebben aangeleverd over de uitgevoerde verrichtingen in het referentiejaar;
- Patiënten wie bij een verzekeraar waren verzekerd die incomplete declaratiegegevens aanleverde.

Selectie zorggebruik

Voor de tien aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel is in samenwerking met de medisch adviseurs van Zorginstituut Nederland een selectie gemaakt in zorgdisciplines waarvan het zorggebruik wordt geanalyseerd. Alleen disciplines waarin een verandering in de patiëntenstroom verwacht werd, zijn meegenomen. Zie tabel H.2.

	Patiëntenstroom met veranderpotentieel					
	Huisarts	**Andere eerstelijnszorg**	**Ziekenhuis zorg**	**POH, basis- en specialistische GGZ**	**Wijkverpleging en eerstelijnsverblijf**	**Acute zorg**
Psychische problematiek	✓			✓	✓	HAP, SEH
Verstandelijke beperking	✓	FT, OT, HT, DT, ET	✓		✓	HAP, SEH
Kwetsbare ouderen	✓	FT, OT, HT, DT, ET	✓	✓	✓	HAP, SEH
Perifere artrose	✓	FT, OT, ET	✓		✓	HAP, SEH
Kanker	✓	FT, OT, HT, ET	✓		✓	HAP, SEH
Astma/COPD	✓	FT, OT, ET, DT	✓		✓	HAP, SEH
Chronische nek- en rugklachten	✓	FT, OT, ET	✓		✓	HAP, SEH
Diabetes mellitus	✓	DT	✓		✓	HAP, SEH
Hart- en vaatziekten	✓	FT, OT, DT, ET	✓		✓	HAP, SEH

HA = huisarts, POH-GGZ = praktijkondersteuner GGZ

FT = fysiotherapie, OT = oefentherapie, HT = huidtherapie, DT= diëtetiek, ET = ergotherapie

HAP = huisartsenspoedpost, SEH = spoedeisende hulp

Beschrijvende analyse zorggebruik

Het zorggebruik is beschrijvend geanalyseerd en gerapporteerd in deze monitor. Voor alle zorgdisciplines is het *% patiënten met minimaal één contact bij de desbetreffende zorgdiscipline* weergegeven.

Zorggebruik is hierbij gedefinieerd als de gebruikte zorg specifiek voor de aandoeningen/doelgroepen. Hierbij is een uitzondering gemaakt voor de aandoeningen/doelgroepen verstandelijke beperking en kwetsbare ouderen. Voor deze aandoeningen/doelgroepen is het totale

zorggebruik geanalyseerd, omdat hierbij de reden van contact niet gerelateerd kan worden aan de specifieke aandoening/doelgroep.

Er is gesproken van een contact bij de huisarts bij een regulier consult, een reguliere visite, een telefonisch consult, een e-mailconsult, en bij een vaccinatie. Voor de POH-GGZ golden de volgende verrichtingen als contact: een regulier consult, een reguliere visite, een telefonisch consult, een e-mailconsult, en een groepsconsult. Of het zorggebruik voor de aandoening/doelgroep is, is voor de zorg binnen de huisartsenpraktijk bepaald aan de hand van geregistreerde ICPC-codes (zie tabel H.1).

Binnen de medisch specialistische is zorggebruik gedefinieerd als een polibezoek of opname in het ziekenhuis. Voor dit zorgdiscipline en voor de paramedische disciplines fysiotherapie, oefentherapie en diëtetiek is een contact, en of dit contact specifiek is voor de aandoening, gedefinieerd aan de hand van de bepalingen van zorginstituut Nederland (deze bepalingen staan hier beschreven). Deze bepalingen zijn voor de zorgdisciplines fysiotherapie, oefentherapie en huidtherapie aangevuld voor de aandoening/doelgroep hart- en vaatziekten met de declaratiecode 'cerebrovasculair incident'. Binnen deze bepalingen wordt er voor de medisch specialistische zorg gebruik gemaakt van DBC's (Diagnose Behandel Combinaties), voor de fysio- en oefentherapie DCSPH-codes (Diagnose Code Systematiek Paramedische Hulp) en voor de diëtetiek van diagnosecodes.

Voor de paramedische disciplines ergotherapie en huidtherapie, de wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, de huisartsenspoedpost (HAP) en de spoedeisende hulp (SEH) is, vanwege of het hoge percentage ontbrekende gegevens of de hoge onzekerheid over de correctheid van de reden van contact, de keuze gemaakt om alle gedeclareerde zorg als een contactmoment te rapporteren.

Verwijzingen naar de medisch specialist

Ongeveer een kwart van de huisartsenpraktijken aangesloten bij Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn levert ook gegevens over de verwijzingen naar de medisch specialiste zorg (exclusief de GGZ). Hierbij is dezelfde methode als het zorggebruik bij de huisartsenpraktijk en HAP in toegepast. We analyseerden de verwijzingen van patiënten met een aandoening/in een doelgroep met veranderpotentieel waarbij de ICPC-code(s) van de desbetreffende aandoening/doelgroep was geregistreerd (zie tabel H.1). Voor de doelgroep kwetsbare ouderen en de aandoening verstandelijke beperking zijn alle verwijzingen meegenomen ongeacht de reden van verwijzing, omdat voor deze aandoening en doelgroep geen ICPC-codes beschikbaar zijn. De verwijzingen naar de medisch specialist zijn gerapporteerd als het *% patiënten met minimaal één verwijzing naar de medisch specialist*.

C.3 Top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen in 2019 en 2023 (huisartsenpraktijk, fysiotherapie, oefentherapie, diëtetiek, HAP, en SEH)

De top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen in de huisartsenpraktijk, fysiotherapie, oefentherapie, diëtetiek en huisartsenspoedpost zijn vastgesteld met behulp van gegevens verzameld binnen Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Voor de bepaling van de top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen op de SEH is declaratiedata van Zorginstituut Nederland gebruikt. Bij het analyseren van de declaratiedata zijn verzekerden woonachtig in een Wlz-instelling en verzekerden verzekerd bij een verzekeraar die incomplete gegevens aanleverde in het referentiejaar of het jaar voorafgaand aan het referentiejaar geëxcludeerd.

De top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen binnen de ergotherapie en huidtherapie zijn niet geanalyseerd in dit onderzoek door een hoog percentage missende waarden voor de diagnosegroep van het contact.

De top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen zijn voor alle disciplines berekend op basis van het aandeel contacten voor die aandoening/doelgroep in dat jaar. De methoden waarop deze diagnosegroepen zijn bepaald verschillen per zorgdiscipline:

- De diagnosegroepen binnen de top 15 van de huisartsenpraktijk en huisartsenspoedpost zijn beschreven op basis van de ICPC-hoofdcodes van gezondheidsproblemen.
- De diagnosegroepen binnen de top 15 van de fysiotherapie en oefentherapie zijn beschreven op basis van de DCSPH-code. Hierbij is gekozen om deze codes weer te geven als 'hoofdlichaamslokalisatie-pathologie' waarbij de subgroep lichaamslokalisatie vervangen is door een X.
- De diagnosegroepen binnen de top 15 van de diëtetiek zijn beschreven op basis van de diagnose codelijst diëtetiek.
- De diagnosegroepen binnen de top 15 van de SEH zijn beschreven op basis van de door het RIVM vastgestelde ICD10-blokken.

Meer informatie over de dataverzameling binnen Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn is te vinden in de jaarrapportages over de disciplines huisartsenpost, fysiotherapie, oefentherapie, diëtetiek, en de huisartsenspoedpost.

C.4 ACSC indicator

Ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) zijn aandoeningen waarbij adequate zorg in de eerste lijn een ziekenhuisopname mogelijk kan voorkomen. Voor deze ACSCs zijn het aantal opnames in de periode 2019-2023 geanalyseerd. Een daling in dit aantal opnames kan betekenen dat de kwaliteit en toegankelijkheid van de eerste lijn is toegenomen.

De resultaten van de ACSC-indicator zijn vastgesteld door het analyseren van declaratiegegevens van Zorginstituut Nederland. Het aantal opnames is bepaald voor alle verzekerden, behalve voor verzekerden woonachtig in een Wlz-instelling. De uitgebreide beschrijving van de methode is hier te vinden [73].

C.5 Thuisarts.nl

Thuisarts.nl is een online hulpmiddel waar mensen betrouwbare antwoorden kunnen vinden op vragen over gezondheid en ziekte in begrijpelijke taal. Het doel van Thuisarts.nl is mensen beter te informeren en te ondersteunen bij het nemen van beslissingen over hun gezondheid.

Som van paginaweergaven 2019-2023 per aandoening/doelgroep met veranderpotentieel
Om de bezoekcijfers van Thuisarts.nl te onderzoeken over de periode 2019-2023 werd er gekeken naar de som van de paginaweergaven van alle pagina's toebehorend aan een aandoening/doelgroep. Per jaar is dit totaal aantal paginaweergaven weergegeven. Het aantal pagina's dat per jaar wordt meegenomen in deze analyse kan variëren door de toevoeging of aanpassing van pagina's.

Een pagina op Thuisarts.nl kan in sommige gevallen gekoppeld zijn aan meerdere ICPC-(sub)codes en is dus niet altijd specifiek gericht op een enkele aandoening/doelgroep. De pagina's kunnen over verschillende onderwerpen/situaties gaan en bevatten informatie over de aandoening/doelgroep, zelfmanagement en mogelijke behandeling.

Top 15 meest bezochte Thuisarts.nl pagina's in 2019 en 2023

De top 15 meest bezochte pagina's in de jaren 2019 en 2023 zijn geanalyseerd op basis van het aantal unieke paginaweergaven in het desbetreffende jaar. Deze gebruikersstatistiek wijkt af van de totale weergaven. Wanneer een pagina op een dag meerdere keren is bezocht, dan telt dit bezoek enkel één keer mee in de unieke paginaweergaven.

C.6 Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg

Het doel van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg (CoPa) is om op landelijk niveau informatie te verzamelen over de meningen, kennis, verwachtingen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg. Het panel bestaat momenteel uit ongeveer 10.500 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. 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 panel. Zie voor meer informatie: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg | Nivel.

De resultaten afkomstig van het CoPa zoals beschreven in de huidige rapportage zijn gebaseerd op een vragenlijst die in september 2024 is verstuurd naar alle 10.343 leden van het panel. 4.607 panelleden vulden de vragenlijst in (45% respons). De vragenlijst kon zowel schriftelijk als online worden ingevuld, afhankelijk van de voorkeur van de panelleden. De vragen waren niet verplicht. Het aantal respondenten verschilt daardoor per vraag. In een aantal gevallen worden verschillen tussen groepen beschreven. Wanneer er wordt gesproken over verschillen tussen groepen, zijn dit statistisch significante verschillen ($p \leq 0{,}05$). De meeste onderwerpen in de vragenlijst zijn nog niet eerder op vergelijkbare wijze uitgevraagd. Voor deze indicatoren kunnen we de resultaten daarom niet vergelijken met eerdere jaren. Voor de toekomstige metingen van deze IZA-monitor kan dit wel. Voor een aantal indicatoren wordt een uitsplitsing gemaakt naar de verschillende aandoeningen met veranderpotentieel die in deze monitor worden onderscheiden. Meer informatie hierover is te vinden in uitdaging 4 en bijlage C. Eén van de aandoeningen is diabetes. Daarbij kunnen we geen onderscheid maken tussen type 1 en type 2.

C.7 PREM wijkverpleging

De Patient Reported Experience Measure (PREM) wijkverpleging is een vragenlijst die de ervaring en beleving van cliënten met de wijkverpleging meet. Voor de monitor wordt gebruik gemaakt van negen vragen over de ervaringen van patiënten. Deze konden worden beantwoord op een schaal van één (nee, helemaal niet) tot tien (ja, helemaal wel). De data hebben betrekking op 2023. Aanbieders van wijkverpleging nemen de vragenlijst af onder hun cliënten. De data worden verzameld op organisatieniveau en kunnen daarom niet worden uitgesplist naar aandoening of andere achtergrondkenmerken. We gebruiken de PREM data in onze monitor om een aanvullend beeld te geven van de ervaringen van zorggebruikers met de wijkverpleging. Zie voor meer informatie: Werkinstructie PREM Wijkverpleging verslagjaar 2023.