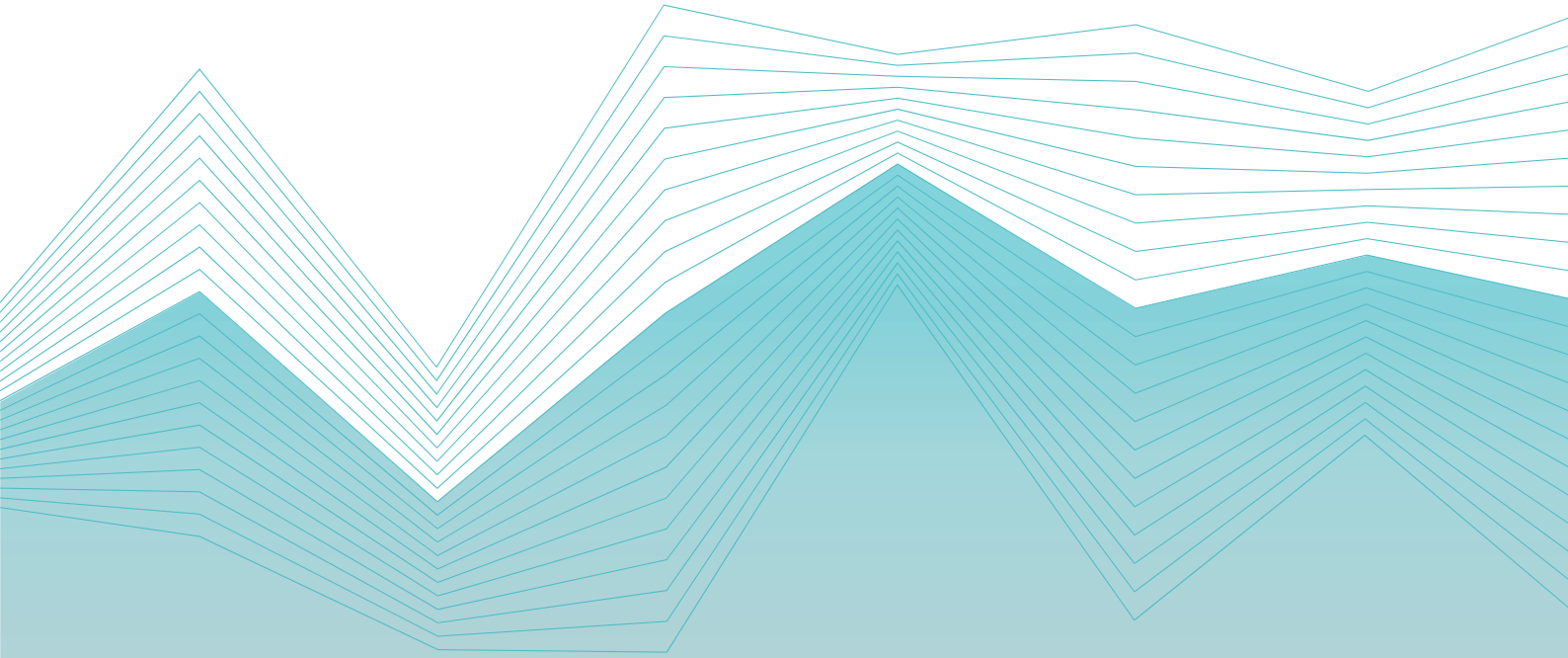
De beweging naar een sterkere eerste lijn

2-meting ten behoeve van monitoring van het Integraal Zorgakkoord



Ilgin Arslan
Lisa Jansen
Marloes Meijer
Claudia Laarman
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 2026

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 rapportage van de 2-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 2-meting is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS. Deze 2-meting bouwt voort op de in 2025 uitgebrachte 1-meting en de in 2024 uitgebrachte nulmeting.

We danken de deelnemers van de volgende partijen van de thematafel eerste lijn voor hun advies 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.

De auteurs

Inhoud

Samenvatting **5**

Inleiding **6**

Uitdaging 1: Naar een sterkere organisatie van de eerste lijn **9**
1.1 Methoden 10
1.2 Bevindingen 12

Uitdaging 2: Veranderende patiëntenstromen **25**
2.1 Methoden 26
2.2 Bevindingen 28

Uitdaging 3: Passende zorg in de eerste lijn **51**
3.1 Methoden 52
3.2 Bevindingen 54

Uitdaging 4: Effectieve inzet van de beschikbare personele capaciteit in de eerste lijn **77**
4.1 Methoden 78
4.2 Bevindingen 80

Beschouwing **103**

Conclusies en aanbevelingen **110**

Referenties **112**

Bijlage A Indicatoren per uitdaging **115**
A.1 Naar een sterkere organisatie van de eerste lijn 115
A.2 Veranderende patiëntenstromen 116
A.3 Passende zorg in de eerste lijn 117
A.4 Effectieve inzet van de beschikbare personele capaciteit in de eerste lijn 118

Bijlage B Toelichting methoden **119**
B.1 Uitdaging overstijgend 119
B.2 Veranderende patiëntenstromen 120
B.3 Passende zorg in de eerste lijn 127
B.4 Effectieve inzet van de beschikbare personele capaciteit in de eerste lijn 129

Bijlage C Aanvullende figuren veranderende patiëntenstromen **132**

Samenvatting

Door vergrijzing, een groeiende zorgvraag en personeelstekorten staan toegankelijkheid en capaciteit van de zorg onder druk. De eerste lijn beantwoordt het grootste deel van de zorgvragen en is cruciaal voor een betaalbaar zorgsysteem. Daarom hebben het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) en zorgpartijen in het Integraal Zorg Akkoord (IZA) in 2022 afspraken gemaakt om de eerste lijn te versterken. Het Nivel monitort deze ontwikkeling voor het ministerie van VWS en zorgpartijen. Dit rapport betreft de 2-meting van de monitor 'Beweging naar een sterkere eerste lijn'.

Er is beweging in de *organisatie* van de eerste lijn. Zo neemt de ontwikkeling van Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV's) en hechte wijkverbanden steeds concretere vormen aan: in veel regio's is duidelijker welke partijen betrokken zijn, wie waarvoor aanspreekpunt is en welke rollen en verantwoordelijkheden daarbij horen. Daarnaast hebben samenwerkingsverbanden gewerkt aan een gedeelde visie als basis voor verdere ontwikkeling en samenwerking. Bevorderend voor deze samenwerking is de aanwezigheid van bestaande samenwerkingsstructuren waarop kan worden voortgebouwd; beperkte beschikbare capaciteit en tijd blijven knelpunten. Professionals werkzaam in de huisartsenzorg, wijkverpleging en het sociaal domein zijn overwegend positief over de onderlinge samenwerking, maar zien ook mogelijkheden tot verbetering, bijvoorbeeld op het gebied van verwijzing en terugkoppeling tussen de huisartsenpraktijk en het sociaal domein.

We zien ook *beweging in patiëntenstromen*: de potentiële vraag naar zorg in de eerste lijn blijft toenemen tussen 2019 en 2024. Minder patiënten hadden contact met de huisarts en op de huisartsenspoedpost tussen 2019 en 2024, terwijl het aantal verwijzingen door de huisarts naar medisch-specialistische zorg toenam. Deze bewegingen kunnen verschillende redenen hebben, zoals een toename in de complexiteit van patiënten, veranderingen in richtlijnen of verwachtingen van patiënten en zorgverleners. Zorggebruikers zijn over het algemeen tevreden over de toegankelijkheid en bereikbaarheid van de eerste lijn, hoewel een deel lange wachttijden ervaart bij het sociaal domein.

Verder is beweging *in passende zorg* te zien: bijna alle huisartsenpraktijken in Nederland maken gebruik van Meer Tijd voor de Patiënt, een vergoeding van de zorgverzekeraar waarmee huisartsen langere consulten kunnen aanbieden. Het merendeel van zorggebruikers geeft aan voldoende tijd te ervaren tijdens consulten met de huisarts. Hoewel net als afgelopen jaar zorggebruikers over het algemeen positief zijn over de zorg en hulpverlening in de eerste lijn, geven ze aan dat er weinig wordt gesproken over leefstijl en kwaliteit van leven. Het gebruik van zelfzorginformatie via Thuisarts.nl daalt, mogelijk doordat mensen vaker AI-gegenereerde antwoorden in zoekmachines gebruiken. Negen op de tien zorggebruikers die eerstelijnszorg nodig hadden in het afgelopen jaar konden deze tijdig, op de gewenste locatie en van de gewenste zorgverlener krijgen. Hoewel het percentage verzekerden dat niet staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk stabiel is gebleven tussen 2020 en 2023, is het aantal huisartsenpraktijken met een volledige patiëntenstop toegenomen, wat de toegankelijkheid en continuïteit van de zorg onder druk kan zetten.

De beschikbare *personele capaciteit* is in de meeste eerstelijnssectoren tussen 2019 en 2024 licht toegenomen en blijft tussen 2024 en 2025 grotendeels stabiel. Tegelijkertijd blijft de ervaren werkdruk in de meeste eerstelijnssectoren onverminderd hoog.

Deze 2-meting laat beweging zien in de eerste lijn op het gebied van organisatie, patiëntenstromen, passende zorg en personele capaciteit. We adviseren partijen om de resultaten en achterliggende oorzaken samen te bespreken en te verkennen of bijsturing in beleid of praktijk nodig is. In 2027 volgt de derde meting van deze monitor, met doorontwikkeling richting het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord.

Inleiding

De gezondheidszorg is continu in beweging. Door de vergrijzing neemt het aandeel ouderen ten opzichte van het aantal werkenden in de bevolking toe. Ook het aantal mensen met een chronische aandoening 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]. De eerste lijn beantwoordt verreweg het grootste deel van de zorgvragen en draagt daarmee bij aan een krachtig en betaalbaar zorgsysteem in Nederland. Het toegankelijk houden van de eerste lijn is een grote opgave, vanwege de vergrijzing van de bevolking in Nederland, de groeiende zorgvraag en de bestaande tekorten aan personeel. Daarom zijn in het IZA afspraken vastgelegd die gericht zijn op een beweging naar een sterkere eerste lijn. Het Nivel monitort deze beweging in opdracht van het ministerie van VWS.

Over deze monitor 'Beweging naar een sterkere eerste lijn'

Het doel van deze monitor is om het ministerie van VWS en de zorgpartijen inzicht te geven in de beweging richting een sterkere eerste lijn waarmee zij beleid en praktijk kunnen bijsturen waar nodig. In de monitoring van deze beweging staan de volgende vier uitdagingen centraal die aansluiten op de afspraken in het IZA:

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

Deze vier uitdagingen worden in het bijzonder gemonitord vanuit het perspectief van burgers op de ontwikkelingen in de eerste lijn. Deze uitdagingen worden verderop in het rapport toegelicht. De IZA-monitor maakt zoveel mogelijk gebruik van bestaande gegevensbronnen om de administratieve lasten laag te houden. De gebruikte gegevensbronnen worden verderop in het rapport toegelicht.

Ontwikkeling van de indicatoren

Voor elke uitdaging heeft het Nivel vanuit de afspraken die in het IZA staan beschreven verschillende indicatoren opgesteld. Voor de tweede uitdaging ('veranderende patiëntenstromen') wordt onder andere gebruik gemaakt van declaratiegegevens van zorgverzekeraars die Zorginstituut Nederland tot haar beschikking heeft en daarom heeft het Nivel samen met Zorginstituut Nederland de indicatoren opgesteld. Alle indicatoren zijn ter consultatie voorgelegd aan de door VWS gefaciliteerde thematafel 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 de *Visie Eerstelijnszorg 2030* [2]. 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 ontvanger van de uitkomsten van de monitoring is.

Verschillen tussen deze 2-meting en de 1-meting

Dit rapport betreft de 2-meting van de monitoring van de beweging naar een sterkere eerste lijn en bouwt voort op de eerder uitgevoerde nulmeting gepubliceerd in 2024 [3] en de 1-meting gepubliceerd in 2025 [4]. Het volgende is aangevuld of veranderd in deze 2 meting ten opzichte van de eerder uitgevoerde 1-meting [4]:

- Naar een sterkere organisatie in de eerste lijn; motiverende en belemmerende factoren voor samenwerking op regio- en wijkniveau voor het thema Organisatie- en samenwerkingsontwikkelingen. Ervaringen van welzijnsprofessionals met de samenwerking met de huisartsenzorg voor het thema ervaringen van zorg- en welzijnsprofessionals.
- Veranderende patiëntenstromen; verwijzingen van de huisartsenpraktijk naar de medisch specialistische zorg voor de algemene Nederlandse populatie. Voor het thema Ervaringen van zorggebruikers met veranderende patiëntstromen is de tevredenheid over de wachttijden voor eerstelijnszorg- en hulpverleners toegevoegd.
- Passende zorg in de eerste lijn; het gebruik van de ketenaanpakken Valpreventie en Gecombineerde Leefstijl Interventie op individueel niveau is toegevoegd voor het thema Preventie en kwaliteit van leven. Ook is het totaal aantal paginaweergaven op Thuisarts.nl toegevoegd voor het thema digitalisering.
- Effectieve inzet van beschikbare capaciteit in de eerste lijn; er zijn aanvullende bronnen geraadpleegd om de beschikbare capaciteit en werkdruk onder doktersassistenten en paramedische beroepen te beschrijven (niet alleen de fysiotherapie zoals in de 1-meting). De beschikbare personele capaciteit binnen het sociaal domein is ten opzichte van de 1-meting uitgesplitst naar sociaal werk, gehandicaptenzorg en jeugdzorg.

Resultaten van deze 2-meting kunnen afwijken van eerdere of toekomstige uitkomsten door doorontwikkeling van het onderzoek en databronnen.

Definities en van dit rapport

Onder *eerstelijnszorg* wordt in deze monitor verstaan zorg die wordt geleverd door huisartsenpraktijken, wijkverpleging, apothekers(assistenten), fysiotherapeuten, diëtisten, oefentherapeuten, ergotherapeuten, huidtherapeuten, logopedisten, optometristen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten, zoals gedefinieerd in de Visie Eerstelijnszorg 2030 [2]. Het huidig rapport heeft echter betrekking op een breder spectrum dan de eerstelijnszorg, namelijk de *eerste lijn als geheel*. De eerste lijn omvat naast de eerstelijnszorg ook het sociaal werk of andere professionals in het sociaal domein [2]. In afstemming met de opdrachtgever (ministerie van VWS) is ervoor gekozen om de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) niet 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 2 (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 zorg verlenen in de eerste lijn. In dit rapport gebruiken we de term *burgers* en *zorggebruikers*. Als we spreken over *burgers* bedoelen we elke inwoner van Nederland die toegang heeft tot de gezondheidszorg. Onder *zorggebruikers* verstaan we burgers die een beroep doen op deze gezondheidszorg. In deze monitor is het perspectief van de zorggebruikers meegenomen via deelnemers van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg [5] of het Nivel Panel Samen Sterk [6].

Monitoring van de beweging door het IZA

Deze monitor is onderdeel van een groter geheel, namelijk de monitoring van de impact van het IZA in opdracht van het Ministerie van VWS. De impact van het IZA wordt in kaart gebracht vanuit drie perspectieven: proces, beweging en doelgroepen. In augustus 2025 is de 1-meting van de IZA 'monitor van de beweging' gepubliceerd.[7] Nu volgt de 2-meting van de IZA 'monitor van de beweging'. Deze bestaat uit drie deelmonitors.[8] De deelmonitor 'regionale samenwerking' richt zich op de domeinoverstijgende samenwerking tussen zorg en sociaal domein en is in deze meting geïntegreerd met de Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)-monitor. De deelmonitor 'Hybride zorg' richt zich op de beweging in het gebruik van digitale of hybride zorgtoepassingen. De deelmonitor 'Sterkere eerste lijn' waar dit rapport over gaat focust zich 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. De deelmonitor 'Passende zorg als norm' voldeed met de 1-meting niet aan de behoeften van het bestuurlijk overleg van het IZA. Daarom is deze (tijdelijk) stopgezet en heeft geen 2-meting. Recent is ook het AZWA gesloten, de eventuele doorontwikkeling die dit vergt zal pas meelopen met toekomstige metingen. Deze rapportage richt zich nog primair op het IZA, inclusief het GALA.

Leeswijzer

In de volgende vier hoofdstukken worden de methoden en resultaten van de vier uitdagingen van deze monitor beschreven. Het gaat om de volgende vier uitdagingen:

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

Tot slot bevat Hoofdstuk 5 een beschouwing op de resultaten, gevolgd door aanbevelingen en conclusies in Hoofdstuk 6.

Uitdaging 1: Naar een sterkere organisatie van de eerste lijn

De eerste lijn bestaat voornamelijk uit kleine organisaties die (nog) niet per discipline verenigd zijn in de wijk en/of regio. Hierdoor is de eerste lijn (nog) niet altijd goed aanspreekbaar vanuit het perspectief van zorgprofessionals. Met name omdat zorggebruikers steeds vaker kampen met meerdere aandoeningen tegelijkertijd en daardoor vaker contact hebben met meerdere zorgprofessionals kan het voor zorggebruikers ingewikkeld zijn om regie uit te oefenen over hun eigen zorgtraject.

Efficiëntere samenwerking binnen de eerste lijn wordt gezien als een mogelijke oplossing voor bovenstaande problemen. Vanuit het IZA en de Visie Eerstelijnszorg 2030 wordt daarom ingezet op het realiseren van samenwerkingsstructuren met meerdere disciplines (multidisciplinair) en met één discipline (monodisciplinair) op wijk-, regio-, en landelijk niveau [1, 2]. In de Visie Eerstelijnszorg 2030 worden hiervoor twee sectoroverstijgende samenwerkingsstructuren beschreven waar alle eerstelijnszorgregio's op dit moment naartoe werken [2]:

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

In dit hoofdstuk brengen we de beweging naar een sterkere organisatie van de eerste lijn in kaart aan de hand van de volgende drie thema's:

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 op basis van gehonoreerde subsidieverslagen die regio's hebben ingediend bij ZonMw.

2. Organisatie- en samenwerkingsontwikkelingen. Om hier inzicht in te krijgen maken we gebruik van eindverslagen van de voorbereidingssubsidie en de voortgangsverslagen van de uitvoeringssubsidie van bovengenoemd ZonMw programma. Daarnaast maken we gebruik van data uit het Leer en Verbeternetwerk Eerste Lijn (LeVEL), programmalijn 2 van het programma Versterking organisatie eerstelijnszorg.

3. Ervaringen van zorg- en welzijnsprofessionals met de samenwerking met andere eerstelijnspartijen. Meerdere databronnen en rapportages over de ervaren samenwerking tussen meerdere disciplines zijn hiervoor geraadpleegd.

In Bijlage A.1 staan de indicatoren vermeld waarmee inzicht wordt verkregen in de ontwikkeling naar een sterkere organisatie in de eerste lijn.

Kernpunten

Inzet ZonMw subsidies

- Vouchers voor de ontwikkeling van monodisciplinaire organisatie worden landelijk binnen alle eerstelijnsdisciplines ingezet. Er zijn regionale verschillen in de hoeveelheid aangevraagde vouchers en de verdeling over de eerstelijnsdisciplines.
- Van de 54 eerstelijnszorgregio's hebben 52 regio's de ZonMw uitvoeringssubsidie ontvangen (98% van Nederland op basis van inwonersaantallen).

Organisatie- en samenwerkingsontwikkelingen

- Beperkte personele capaciteit en beschikbare tijd zijn belangrijke belemmeringen voor samenwerking op regio- en wijkniveau.
- De aanwezigheid van bestaande samenwerkingsstructuren en-initiatieven om op voort te bouwen worden ervaren als belangrijkste bevorderende factor voor de opzet van hechte wijkverbanden en Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV's).

Ervaringen van zorg- en welzijnsprofessionals

- **Wijkverpleging [9]:** merendeel van de wijkverpleging is positief over de afstemming met professionals uit andere welzijnsorganisaties, de paramedische disciplines en de huisartsenpraktijk.
- **Huisartsenpraktijk:** de ervaren samenwerking met het sociaal domein wordt net als in 2024 ook in 2025 als stabiel positief ervaren. Vaker verwijzen hangt samen met een positievere ervaring met samenwerking.
- **Welzijnsprofessionals binnen Welzijn op Recept [10, 11]:** Er is vaker sprake van structureel overleg tussen welzijns- en zorgprofessionals, en er zijn meer vaste contactpersonen voor Welzijn op Recept binnen de gemeente en huisartsenpraktijk.

1.1 Methoden

Om inzicht te geven in de beweging naar een sterkere organisatie in de eerste lijn, wordt in dit hoofdstuk gebruikgemaakt van de volgende databronnen en methoden:

- ZonMw data over de toekenning van subsidies binnen het programma Versterking organisatie eerstelijnszorg. Dit programma is opgericht om regio's te ondersteunen bij het implementeren van de Visie eerstelijnszorg 2030 om de organisatie van de eerstelijnszorg te versterken [12].
    - Eindverslag voorbereidingssubsidie: Alle 43 eerstelijnszorgregio's die de voorbereidingssubsidie hebben ontvangen van ZonMw is de vraag gesteld of het eindverslag met het Nivel gedeeld mocht worden ten behoeve van deze monitor. Hiervoor is door het Nivel een toestemmingsformulier opgesteld. Er is één herinneringsbericht uitgestuurd. Van de 43 eerstelijnszorgregio's hebben 31 eerstelijnszorgregio's (72%) toestemming gegeven voor het delen van informatie uit deze verslagen over de onderwerpen hechte wijkverbanden, regionale samenwerking en burgerparticipatie. De eindverslagen zijn ingediend tussen februari en oktober 2025.
    - Voortgangsverslag uitvoeringssubsidie: Als onderdeel van het voortgangsverslag van de uitvoeringssubsidie is de vraag gesteld of een deel van het verslag gedeeld mocht worden met het Nivel ten behoeve van deze monitor. Op peildatum 6 maart 2026 zijn 23 verslagen goedgekeurd van eerstelijnszorgregio's die toestemming hebben gegeven om het te delen

met Nivel ten behoeve van deze rapportage. Dit is 43% van de 52 eerstelijnszorgregio's die de uitvoeringssubsidie hebben ontvangen (nog niet alle voortgangsverslagen zijn ingediend bij ZonMw of goedgekeurd).

- Publicaties van het Leer en Verbeternetwerk Eerste Lijn (LeVEL) [13-15]. LeVEL is het Leer en Verbeternetwerk Eerste Lijn, dit wordt gefinancierd door ZonMw vanuit het programma Versterking Organisatie Eerstelijnszorg. Het doel van LeVEL is om ondersteuning te bieden en de uitwisseling van kennis en ervaring tussen regio's te faciliteren [12]. Deze ondersteuning is voornamelijk gericht op projectleiders en betrokken eerstelijnspartijen van de regionale projecten binnen het programma Versterking organisatie eerstelijnszorg. In deze rapportage maken we gebruik van data uit een vragenlijst die binnen LeVEL heeft uitgestaan in de zomer van 2025, respons zorgprofessionals n = 134 en projectleiders n = 32.

- Nivel huisartsenpraktijkenquête: Om meer inzicht te krijgen in de ervaren samenwerking vanuit de huisartsenzorg includeren we data uit verschillende rapportages die geschreven zijn op basis van de Nivel huisartsenpraktijkenquête. Dit is een jaarlijkse enquête die naar (bijna) alle Nederlandse huisartsenpraktijken wordt verstuurd. Deze wordt over het algemeen ingevuld door de praktijkhoudende huisarts of praktijkmanager. Voor 2025 was de respons 18%, zie voor verdere toelichting bijlage B.1.

- Nivel onderzoek 'Passende zorg voor thuiswonende cliënten' [9]: De online vragenlijst is in november 2025 uitgezet onder 654 deelnemers van het Nivel Panel Verpleging & Verzorging [16] die werkzaam zijn in de wijkverpleging. Daarnaast is de vragenlijst via een open link breed verspreid via LinkedInkanalen en andere sociale media om andere zorgprofessionals werkzaam in de wijkverpleging te bereiken. Respons: n=405 zorgprofessionals (n=269 panelleden en n=136 respondenten via de open link).

- Monitor Welzijn op Recept: In 2023 [10] en 2024/2025 [11] is de landelijke monitor Welzijn op Recept uitgevoerd om inzicht te krijgen in het bereik van Welzijn Op Recept en de uitvoering en kwaliteit hiervan vanuit het perspectief van professionals werkzaam bij welzijnsorganisaties. Welzijn Op Recept is een programma dat ernaar streeft om het welzijn van mensen met psychosomatische problematiek te verhogen het zorggebruik in de eerstelijnszorg te verlagen [11]. Dit wordt gedaan door mensen met klachten zonder – of niet alleen – een medische oorzaak vanuit de zorg te verwijzen naar het sociaal domein [11].

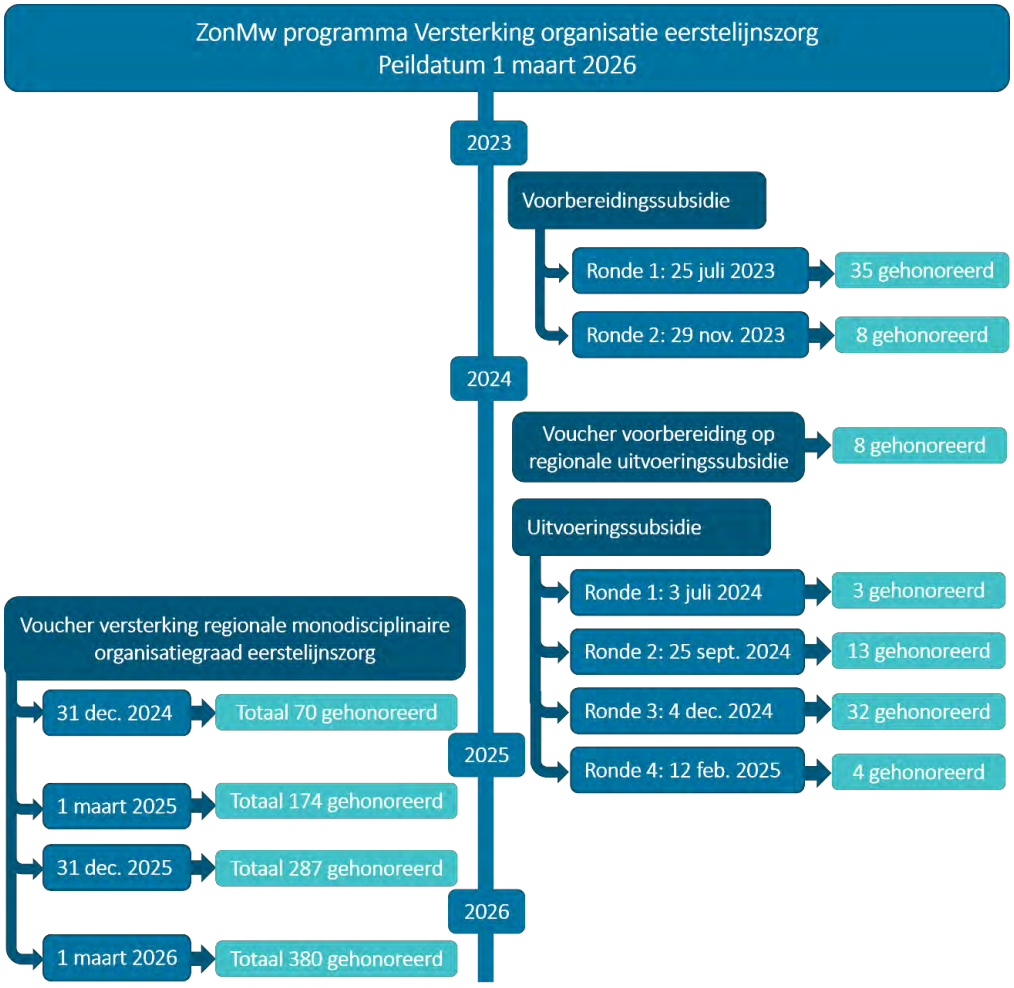
1.2 Bevindingen

In deel 1 van deze paragraaf beschrijven we thema 1, de inzet van de ZonMw subsidies uit het programma Versterking van de eerstelijnszorg (§1.2.1). In het tweede deel beschrijven we de beweging naar meer regionale en wijksamenwerking in de eerste lijn behorende bij thema 2: Organisatie- en samenwerkingsontwikkelingen (§1.2.2). In het derde deel (§1.2.3) beschrijven we het perspectief van zorgprofessionals op deze ontwikkelingen. Eerst het perspectief vanuit de wijkverpleging op samenwerking met andere eerstelijnsdisciplines, dan vanuit de huisartsenpraktijk op samenwerking met het sociaal domein en als laatste beschrijven we het perspectief van welzijnsprofessionals op de samenwerking met andere eerstelijnspartijen binnen het programma Welzijn op Recept.

1.2.1 Inzet ZonMw subsidies uit het programma Versterking organisatie eerstelijnszorg

Het doel van het programma Versterking organisatie eerstelijnszorg is om eerstelijnszorgregio's te ondersteunen bij de implementatie van de Visie eerstelijnszorg 2030 en de organisatie in de eerste lijn te versterken [12]. In Figuur 1 staat schematisch weergegeven hoe dit subsidieprogramma georganiseerd is, inclusief de gehonoreerde aanvragen per ronde tot de peildatum, 1 maart 2026.

Figuur 1 Subsidies en vouchers binnen programmalijn 1 van het ZonMw programma 'Versterking organisatie eerstelijnszorg'

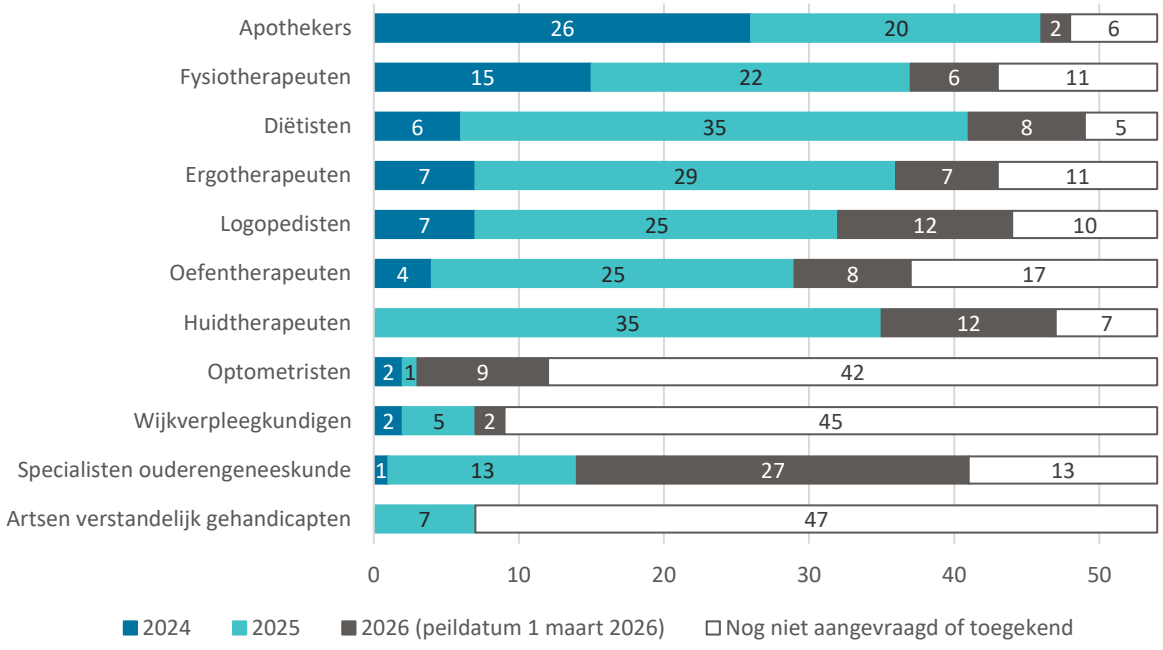


Inzet voucher versterking regionale monodisciplinaire organisatiegraad eerstelijnszorg

Om binnen de eerste lijn samen te werken is het van belang dat de verschillende partijen gemandateerd aan tafel zitten. Om hier stappen in te zetten binnen de eerste lijn biedt ZonMw vanaf mei 2024 tot en met 1 oktober 2026 een voucher aan om de monodisciplinaire organisatiegraad in de eerstelijnszorgregio's te versterken. Er is in deze context een regio-indeling met 54 eerstelijnszorgregio's, in totaal kunnen er daarom 54 aanvragen gedaan worden per eerstelijnszorgdiscipline. In totaal zijn er 380 vouchers gehonoreerd op peildatum 1 maart 2026 (Figuur 2). Alle eerstelijnszorgdisciplines die de Visie Eerstelijnszorg 2030 hebben ondertekend met uitzondering van de huisartsen kunnen een aanvraag doen voor deze vouchers. Al deze eerstelijnszorgdisciplines hebben tenminste één aanvraag gedaan. In totaal hebben de diëtisten (n=49), apothekers (n=48) en huidtherapeuten (n=47) de meeste vouchers ontvangen. De specialisten ouderengeneeskunde hebben de meeste vouchers ontvangen in de eerste twee maanden van 2026 (n=27 op peildatum 1 maart 2026).

De artsen verstandelijk gehandicapten (n=7), wijkverpleging (n=9) en optometristen (n=12) hebben de minste vouchers aangevraagd op dit peilmoment. In de eindverslagen van de voorbereidingssubsidie komt naar voren dat de artsen verstandelijk gehandicapten waarschijnlijk minder gebruik maken van deze voucher-subsidie omdat er maar een paar artsen verstandelijk gehandicapten per eerstelijnszorgregio werkzaam zijn waardoor verdere organisatie minder noodzakelijk is. Redenen die mee kunnen spelen voor andere disciplines in het (nog) niet aanvragen van deze voucher is dat er meer tijd nodig is om zich voldoende te verenigen om een aanvraag te kunnen doen of dat de meerwaarde nog niet door iedereen gevoeld wordt.

Figuur 2 Gehonoreerde ZonMw vouchers regionale monodisciplinaire organisatiegraad eerstelijnszorg, 2024 t/m peilmoment 1 maart 2026



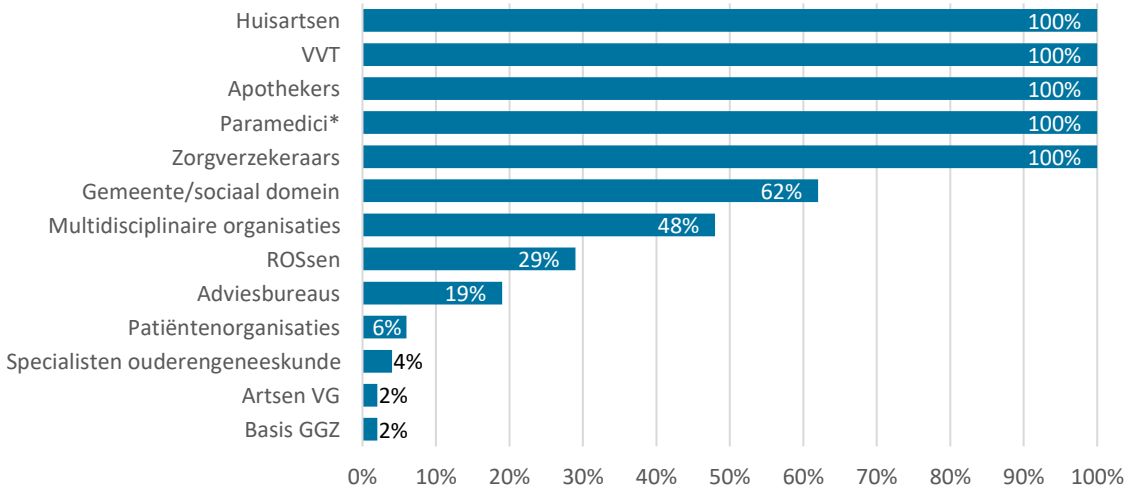
Voor meer informatie over de spreiding per regio zie: Regiokaarten ZonMw

Inzet van de uitvoeringssubsidie

De uitvoeringssubsidie is opgezet om eerstelijnszorgregio's te ondersteunen bij het opzetten van regionale eerstelijnssamenwerkingsverbanden (RESV's) en hechte wijkverbanden, in lijn met de Visie Eerstelijnszorg 2030 [17]. Er zijn 54 eerstelijnszorgregio's die aanspraak kunnen maken op de uitvoeringssubsidie, 52 eerstelijnszorgregio's hebben dit gedaan (98% van Nederland op basis van inwoneraantallen).

In Figuur 3 staat het overzicht van de betrokken partijen bij de gehonoreerde aanvragen voor de uitvoeringssubsidie [18]. Na honorering konden er nog samenwerkingspartners toegevoegd worden, dit is dus een tussenmeting ten tijde van de subsidieaanvraag (februari 2025). De huisartsen, VVT, apothekers, paramedici en zorgverzekeraars staan op 100%, omdat deze partijen, volgens de voorwaarden van ZonMw, aangesloten moesten zijn om de subsidieaanvraag te honoreren.

Figuur 3 De partijen in de eerste lijn die in de gehonoreerde aanvragen voor de uitvoeringssubsidie genoemd zijn als betrokken partijen [18]



* Omdat de paramedische disciplines in de subsidieaanvragen zowel afzonderlijk als gezamenlijk worden benoemd, zijn ze in deze figuur samengevoegd.

1.2.2 Organisatie- en samenwerkingsontwikkelingen

In deze paragraaf beschrijven we de samenwerkingsontwikkelingen, bevorderende en belemmerende factoren op basis van de analyse van de eindverslagen van de voorbereidingssubsidie (hierna 'eindverslagen') en de voortgangsverslagen van de uitvoeringssubsidie (hierna 'voortgangsverslagen'). Naar eind- en voortgangsverslagen samen zal gerefereerd worden als 'ZonMw verslagen'.

1.2.2.1 Beweging van voorbereiding naar uitvoering

In de eindverslagen lag de focus op elkaar leren kennen, het komen tot een gedeelde visie en de vertaalslag van de beleidsplannen naar passende samenwerkingsstructuren in de regio en wijk. Uit de voortgangsverslagen blijkt dat de opzet van RESV's en hechte wijkverbanden sindsdien concreter geworden is; zo is over het algemeen bekend welke partijen waar betrokken worden, is duidelijker afgebakend wie in de regio of wijk waarvoor het beste benaderd kan worden en is binnen de samenwerkingsverbanden gewerkt aan een gedeelde visie als basis voor verdere ontwikkeling. Uit de verslagen die we hebben geanalyseerd blijkt dat de regio- en wijkgrenzen nog niet overal definitief zijn, wat invloed heeft op de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden.

In de voortgangsverslagen komt ook naar voren dat diverse eerstelijnszorgregio's aandacht besteden aan de communicatie naar (met name) zorgverleners en burgers. Om zichtbaar te maken waar de partijen gezamenlijk naar toe willen, benoemen een aantal regio's in de ZonMw verslagen dat ze een animatie, video of kerndocument hebben laten maken. Dit kan worden ingezet om de regio- en wijksamenwerkingsverbanden zichtbaarder te maken en/of meer zorg- en welzijnsprofessionals te bereiken en het draagvlak te vergroten. Er wordt een grote diversiteit van projecten opgestart om meer versterkt samen te werken, in de box hieronder staan enkele voorbeelden.

Voorbeelden projecten versterkt samenwerken

- Een coördinatiepunt voor wijkverpleging waar de huisarts terecht kan als een huisarts niet met één telefoontje wijkverpleging kan aanvragen.
- Veilige communicatieplatforms voor gegevensoverdracht.
- Het opzetten van een zorgnetwerk voor oncologie.
- Het verzamelen van praktijkvoorbeelden van (sociale) innovaties om op te kunnen schalen in de regio.
- Samenwerking van huisarts, wijkverpleging, specialist ouderengeneeskunde en apotheker rondom 'de kwetsbare patiënt'.

1.2.2.2 De uitvoering: RESV's, hechte wijkverbanden en inwonerparticipatie

In de subsidieaanvraag van de uitvoeringssubsidie worden verschillende activiteiten meermaals genoemd die we hieronder toelichten [18].

Het inrichten van een leernetwerk en efficiënte inzet van capaciteit

Het inrichten van een leernetwerk wordt weinig genoemd in de ZonMw verslagen, echter wordt hier door ZonMw ook niet specifiek naar gevraagd. Wanneer het wel benoemd wordt staat het in de planning om dit op te pakken als andere stappen zijn afgerond. Ook de efficiënte inzet van capaciteit is geen onderwerp dat uitgevraagd of uitgebreid benoemd wordt in deze verslagen. De beperkte personele capaciteit komt vooral op als belemmerende factor in de beweging naar meer samenwerking in de eerste lijn. De voortgangsverslagen geven wel inzicht in de vier andere overkoepelde thema's die we hier kort zullen bespreken.

Het bundelen van de krachten in een RESV en het organiseren van een passende samenwerkingsstructuur

Het verkrijgen van mandaat binnen de monodisciplinaire organisatie is een belangrijke stap in het bundelen van krachten. Dit is tegelijk ook een grote uitdaging, verschillende eerstelijnszorgregio's geven aan meer tijd nodig te hebben om alle eerstelijnsdisciplines zich monodisciplinair te laten organiseren. Hiervoor worden ook de vouchers van ZonMw ingezet (Figuur 1). In meerdere voortgangsverslagen werd beschreven dat disciplines, zoals de paramedische disciplines en wijkverpleging, al betrokken waren bij regionale en/of wijksamenwerking voordat ze zich gemandateerd monodisciplinair hadden georganiseerd. In verslagen van andere eerstelijnszorgregio's wordt beschreven dat deelname voor de betreffende disciplines aan het RESV vooral van start ging of versterkte na monodisciplinaire organisatie.

Sommige eerstelijnszorgregio's hebben disciplines die buiten het ZonMw programma vallen uitgenodigd om deel te nemen aan de overleggen, zoals psychologen, leefstijlcoaches, professionals werkzaam in de jeugdzorg, verloskundigen en medewerkers van de GGD'en. Dit kan ook bijdragen

aan het opzetten van samenwerkingsstructuren die passen bij de lokale en regionale uitdagingen. In één verslag werd benoemd dat een eerstelijnszorgregio extra geld had gebudgetteerd om verschillende van deze eerstelijnsdisciplines – die buiten het ZonMw programma vallen – budget te verlenen om zich monodisciplinair te kunnen verenigen.

Het ophalen en delen van knelpunten en eventuele oplossingen op praktijk- en wijkniveau, vanuit de hechte wijkverbanden, staat beschreven als één van de taken van de (toekomstige) RESV's in de Visie Eerstelijnszorg [2]. In verschillende eerstelijnszorgregio's wordt dit nu in praktijk gebracht, zo blijkt uit de voortgangsverslagen. Zo ondersteunen RESV's (in wording) bij:

- Het opstellen van plannen voor hechte wijkverbanden
- Standaardisering bij een data-gedreven wijkscan
- Het oppakken van trends, knelpunten en leerpunten vanuit de wijk
- Het organiseren van een congres in de regio om kennis te delen en zo de hechte wijkverbanden te ondersteunen

In de eerstelijnszorgregio's wordt ernaar gestreefd om zoveel mogelijk aan te sluiten bij bestaande samenwerkingsstructuren. Het goed in kaart brengen van deze samenwerkingsstructuren is tijdsintensief, zo wordt beschreven in enkele voortgangsverslagen. Ook de samenhang tussen het RESV en hechte wijkverbanden is een belangrijk thema (geweest) in diverse regio's, bijvoorbeeld wie welke taken op gaat pakken.

Het ontwikkelen van duurzame hechte wijkverbanden

In het merendeel van de eerstelijnszorgregio's is een start gemaakt met de organisatie van hechte wijkverbanden, voor enkele eerstelijnszorgregio's staat deze start gepland voor de eerste helft van 2026, zo wordt beschreven in de voortgangsverslagen. De hechte wijkverbanden worden vaak gefaseerd opgestart, met een start in zogenaamde 'proeftuinwijken'. De geleerde lessen vanuit de 'proeftuinwijken' of 'pilotwijken' worden meegenomen in de volgende fase van implementatie.

In meerdere eerstelijnszorgregio's zijn wijkmanagers of wijkcoördinatoren gestart die ondersteunen in het ophalen wat nodig is in de wijk, de verbinding leggen tussen het hechte wijkverband (in wording) en het RESV (in wording) en een brugfunctie vervullen tussen theorie en praktijk. In meerdere voortgangsverslagen wordt beschreven dat deze wijkmanagers scholing ontvangen en dat verkend wordt waar eventuele verdere leerbehoeften liggen om hier goed op aan te kunnen sluiten met het (te ontwikkelen) aanbod.

Uit de voortgangsverslagen blijkt dat er veel aandacht is voor het benutten van en voortbouwen op bestaande samenwerkingen in de wijk en om dubbelingen te voorkomen bij het opzetten van hechte wijkverbanden. In de boxen hieronder staan twee voorbeelden van het in kaart brengen van bestaande samenwerkingen en de doorontwikkeling van hechte wijkverbanden.

Voorbeeld 1: In kaart brengen van bestaande samenwerkingen

In een voortgangsverslag beschrijft een eerstelijnszorgregio hoe zij dit gestructureerd aangepakt heeft. In gesprek met professionals en burgerinitiatieven werd door wijkmanagers, wijkverpleegkundigen en sociaal makelaars in kaart gebracht 1) wie actief zijn in de wijk; 2) hoe er wordt samengewerkt; en 3) de ervaren kwaliteit van de samenwerking. Hierbij zijn ook apothekers, paramedici en specialisten ouderengeneeskunde actief betrokken. Voor de analyse is gebruik gemaakt van het model 'Vijf condities voor een kansrijke samenwerking'.

Voorbeeld 2: Doorontwikkeling van hechte wijkverbanden

Een andere eerstelijnszorgregio beschrijft in het voortgangsverslag een voorbeeld van hoe een succesvolle doorontwikkeling gemaakt kan worden in de organisatie van de hechte wijkverbanden. Waar in deze regio de projectgroep van de hechte wijkverbanden in eerste instantie alleen bestond uit managers van de vertegenwoordigde organisatie bestaat de projectgroep nu voornamelijk uit zorg- en welzijnsprofessionals. Als gevolg van deze stap sluiten de activiteiten die vanuit de projectgroep worden ondernomen nu beter aan bij de professionals werkzaam in de wijken. Ook heeft de projectgroep beter zicht op wat er daadwerkelijk gebeurt in de wijken en diverse betrokken organisaties, waardoor hier beter op kan worden ingespeeld. De managers worden nu regelmatig bijgepraat door de projectgroep en hebben de taak om het gedachtegoed verder te verspreiden binnen de organisaties waar ze werkzaam zijn.

Zorgen voor structurele betrokkenheid van inwoners bij ontwikkelingen in de eerste lijn

De betrokkenheid van inwoners is op basis van de voortgangsverslagen nog niet in alle eerstelijnszorgregio's geborgd, maar er worden wel plannen voor verdere betrokkenheid van inwoners beschreven in de ZonMw verslagen voor de komende periode. In de meeste eerstelijnszorgregio's lijkt, op basis van de beschrijvingen in de voortgangsverslagen, de focus voor inwonersparticipatie op wijkniveau te liggen en minder op regioniveau. Waar mogelijk wordt gebruik gemaakt van bestaande inwonersinitiatieven en organisaties, bijvoorbeeld door:

- Inzet van georganiseerde wijkberaden. Deze zetten zich in voor inwonersbelangen in een specifieke wijk. De wijkberaden sluiten bijvoorbeeld aan bij bijeenkomsten voor hechte wijkverbanden.
- Bestaande actieprogramma's die gericht zijn op (kwetsbare) groepen inwoners werken samen met hechte wijkverbanden (in wording).
- Betrekken van cliëntenraden, dorps- en wijkraden om mee te denken over wijkontwikkeling, als klankbord en om deel te nemen aan co-creatie momenten in de wijk.
- Lokale initiatieven en sleutelfiguren identificeren om vanuit bestaande expertise verder te bouwen aan inwonersparticipatie op wijkniveau.

De (extra) betrokkenheid van inwoners leidt in diverse eerstelijnszorgregio's ook al tot concrete acties, zoals de opening van een Vitaallokaal, waar inwoners terecht kunnen voor vragen over gezondheid (in de breedste zin van het woord) en voorzorgcirkels (groepen die elkaar zorg en ondersteuning bieden) zodat buurtgenoten elkaar kunnen helpen.

1.2.2.3 Bevorderende factoren voor samenwerking

In de LeVEL vragenlijst is aan projectleiders en betrokken eerstelijnspartijen van de regionale projecten binnen het programma Versterking organisatie eerstelijnszorg gevraagd welke bevorderende factoren ze ervaren voor samenwerking op regio- en wijkniveau [14]. In Tabel 1 is te zien dat bij zowel de zorgprofessionals als projectleiders de 'aanwezigheid van bestaande structuren/ initiatieven' als belangrijkste bevorderende factor wordt genoemd voor de organisatie van de eerste lijn op regio- en wijkniveau. Dit is in lijn met de resultaten van 2024 van de Nivel IZA-monitor Beweging naar een sterkere eerste lijn [4]. Zo kwam uit de interviewstudie naar voren dat het kunnen voortbouwen op bestaande samenwerkingen van waarde was in het opzetten van RESV's en hechte wijkverbanden [4].

De ‘omvang van de regio’ werd alleen door de zorgprofessionals genoemd in de vragenlijst, zowel voor de organisatie van de eerste lijn op regio- als op wijkniveau. In een voortgangsverslag werd genoemd dat de bestaande wijkindelingen al goed aansloten bij de gewenste schaal (10.000 – 20.000 inwoners) voor hechte wijkverbanden. Wanneer dit het geval is zou dit het opzetten van hechte wijkverbanden kunnen vereenvoudigen, omdat er meer voortgebouwd zou kunnen worden op bestaande samenwerkingen. [18]. Hier zou naar gerefereerd kunnen worden met ‘omvang van de regio’ als bevorderende factor voor de organisatie van de eerste lijn. Voor de projectleiders stond ‘draagvlak van betrokken partijen’ ook in de top 3 op regioniveau. Dit is een thema dat ook in de voortgangsverslagen meermaals terugkwam. Op verschillende manieren, zoals congressen en animatievideo’s werd geprobeerd om zorgverleners te bereiken en het draagvlak te vergroten.

Voor de projectleiders was ‘sectoroverstijgende en interdisciplinaire samenwerking’ op zowel regio- als wijkniveau een belangrijke bevorderende factor voor de organisatie van de eerste lijn. Om tot deze sectoroverstijgende samenwerkingen te kunnen komen, kan het vergoeden van uren die door eerstelijnspartijen worden besteed aan samenwerking bevorderend werken. In de eindverslagen werd benoemd dat dit de betrokkenheid van eerstelijnspartijen heeft vergroot. In de ZonMw verslagen wordt beschreven dat het onderlinge vertrouwen van betrokken partijen toeneemt en ze steeds beter van elkaar weten wat ze doen en wat ze voor elkaar kunnen betekenen. Dit wordt ervaren als een bevorderende factor voor verdere samenwerking.

Tabel 1 Top 3 bevorderende factoren volgens zorgprofessionals en projectleiders voor de organisatie van de eerste lijn op regio- en wijkniveau.

Zorgprofessionals (n=134)			
Regio	**%**	**Wijk**	**%**
Aanwezigheid van bestaande structuren/ initiatieven	74	Aanwezigheid van bestaande structuren/ initiatieven	66
Beschikbare expertise	68	Omvang van de regio	61
Omvang van de regio	66	Aanwezigheid van een organisatiestructuur	58
		Beschikbare expertise	58
Projectleiders (n=32)			
Regio	**%**	**Wijk**	**%**
Aanwezigheid van bestaande structuren/ initiatieven	68	Aanwezigheid van bestaande structuren/ initiatieven	82
Aanwezigheid van een organisatiestructuur	68	Sectoroverstijgende en interdisciplinaire samenwerking	64
Draagvlak van betrokken partijen	64	Aanwezigheid van een organisatiestructuur	61
Sectoroverstijgende en interdisciplinaire samenwerking	64	Samenwerking tussen regio en wijken	61

1.2.2.4 Belemmerende factoren voor samenwerking

In de LeVEL vragenlijst is aan projectleiders en betrokken eerstelijnspartijen van de regionale projecten binnen het programma Versterking organisatie eerstelijnszorg gevraagd welke belemmerende factoren ze ervaren voor samenwerking op regio- en wijkniveau [14]. De beschikbare tijd en personele capaciteit worden als belangrijkste belemmerende factoren genoemd op regio- en wijkniveau, door zowel zorgprofessionals en projectleiders (Tabel 2). Dit is een factor die ook in de interviewstudie voor de 1-meting van deze monitor naar voren kwam [4]. Daarnaast werd dit punt ook in meerdere subsidieaanvragen voor de uitvoeringssubsidie genoemd als verwachte belemmering [18] evenals in de ZonMw verslagen.

Tabel 2 Top 3 belemmerende factoren volgens zorgprofessionals en projectleiders voor de organisatie van de eerste lijn op regio- en wijkniveau.

Zorgprofessionals (n=134)			
Regio	**%**	**Wijk**	**%**
Beschikbare tijd	90	Beschikbare tijd	84
Personele capaciteit	79	Personele capaciteit	82
Financiële middelen	62	(Digitale) data infrastructuur- en gegevensuitwisseling	76
Projectleiders (n=32)			
Regio	**%**	**Wijk**	**%**
Personele capaciteit	79	Beschikbare tijd	89
Beschikbare tijd	75	Personele capaciteit	82
Mate van organisatie van beroepsgroep(en)	61	Besliskracht van betrokken partijen	61

In een voortgangsverslag worden ‘meedenken en financiële ondersteuning bieden’ als oplossing genoemd voor een knelpunt dat meerdere eerstelijnszorgregio’s ervaren, namelijk dat nog niet alle eerstelijnsdisciplines gemandateerd georganiseerd zijn. Verdere mandatering zal ook positief bijdragen aan de ‘besliskracht van betrokken partijen’ en de ‘mate van organisatie van beroepsgroep(en)’, wat bij de projectleiders ook in de top 3 belemmerende factoren staat (Tabel 2).

In meerdere ZonMw verslagen wordt de samenwerking tussen het zorg- en het sociaal domein als knelpunt benoemd vanwege de verschillende talen en de moeite die het kost om elkaar te leren begrijpen. Vanuit de zorgprofessionals is het nog niet altijd duidelijk wie in verschillende situaties de beste contactpersonen binnen het sociaal domein zijn. Uit de eindverslagen blijkt dat door vaker samen te werken professionals uit deze domeinen elkaars expertise beter leren kennen en waarderen. Dit draagt er aan bij dat eerstelijnszorgprofessionals beter weten waar in het sociaal domein ze patiënten naartoe kunnen verwijzen. Uit de ZonMw verslagen dat als de gemeenschappelijke taal eenmaal bereikt is, het vertrouwen in elkaar toeneemt en het makkelijker wordt patiënten aan elkaar over te dragen.

In een voortgangsverslag wordt een uitdaging beschreven over de verbinding van de beleidsvisie naar de praktijk. In wijken waar al veel informele samenwerkingslijnen bestaan is soms weerstand vanuit zorgprofessionals tegen het formaliseren van de samenwerking. Dit is een thema dat in meerdere eerstelijnszorgregio’s speelt, zo blijkt uit de ZonMw verslagen. Een eerstelijnszorgregio beschrijft in een voortgangsverslag dat er nu voor wordt gekozen om alle samenwerking te stimuleren en dit te prioriteren over formalisering. Tegelijkertijd wordt er waar mogelijk wel ingezet op verbreding van de bestaande samenwerkingen en aan te haken bij het enthousiasme over samenwerking op inhoudelijke onderwerpen. Dat de bekostiging voor 2027 voor samenwerking nog in ontwikkeling is wordt door het merendeel van de eerstelijnszorgregio’s als een belemmering ervaren, blijkt uit de ZonMw verslagen en de subsidieaanvraag voor de uitvoeringssubsidie [18].

1.2.3 Ervaringen van zorg en welzijnsprofessionals met sectoroverstijgende samenwerking

In de beweging naar meer sectoroverstijgende samenwerking in de regio en wijk, kan er veel veranderen voor de betrokken zorg- en welzijnsprofessionals. In deze paragraaf kijken we naar de ervaringen vanuit de wijkverpleging met de samenwerking met diverse disciplines in de eerste lijn (§ 1.2.3.1), ervaringen vanuit de huisartsenpraktijk met samenwerking met het sociaal domein (§ 1.2.3.2) en de ervaringen van welzijnsprofessionals met samenwerking met andere eerste lijn disciplines binnen het programma Welzijn op Recept (§ 1.2.3.3).

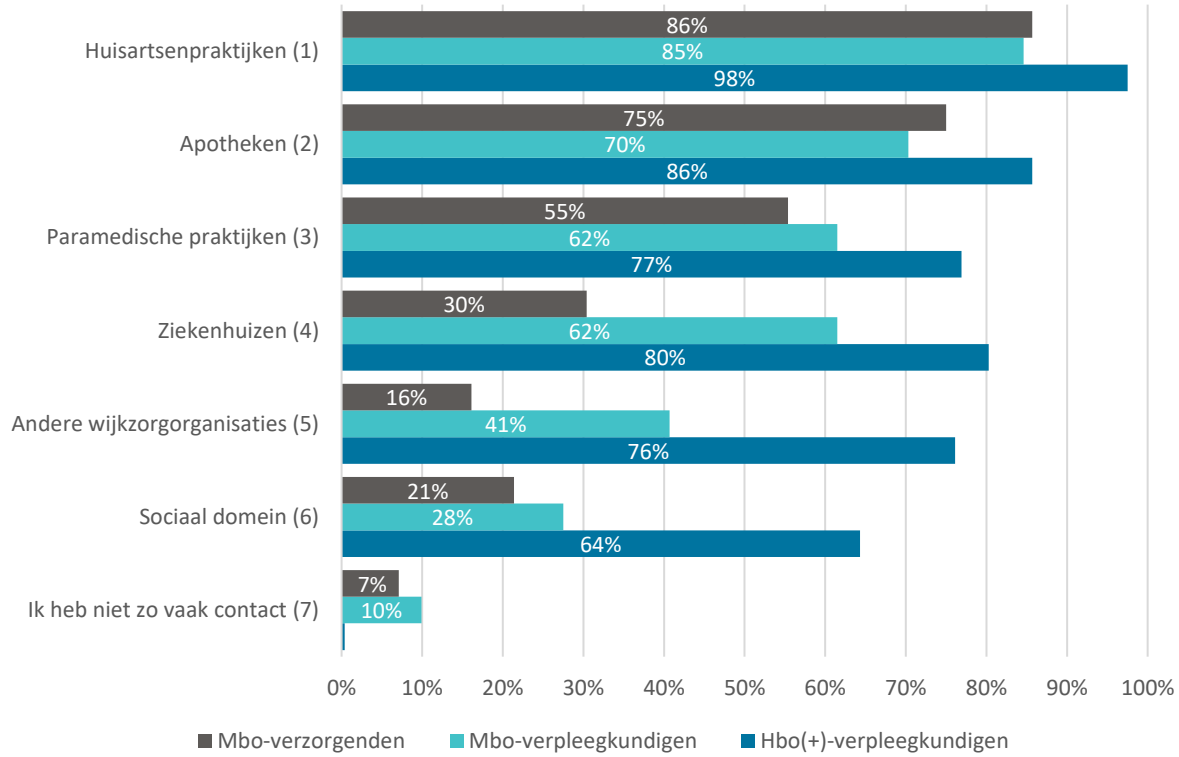
1.2.3.1 Perspectief wijkverpleegkundigen

In de wijkverpleging werken meerdere zorgprofessionals, zoals wijkverpleegkundigen, verpleegkundigen in de wijk, verpleegkundig specialisten en verzorgenden samen in teams om zorg te verlenen in de thuissituatie van mensen. Naast individuele cliëntenzorg richt de wijkverpleging zich ook op de gezondheid van alle inwoners in wijken en buurten, bijvoorbeeld door wijkgerichte preventie [9]. Om deze zorg toegankelijk en betaalbaar te houden zijn er aanbevelingen opgesteld door Zorginstituut Nederland in het adviesrapport "*Verdelen van schaarste in de wijkverpleging*" [19]. Het Nivel heeft in 2025 onderzocht in hoeverre deze aanbevelingen worden toegepast door professionals die werken in de wijkverpleging. Eén van de aanbevelingen van het Zorginstituut Nederland is dat conform de uitgangspunten van de "*Visie Eerstelijnszorg 2030*" sectoroverstijgende samenwerking nodig is om de schaarste in wijken en dorpen aan te pakken en om proactief in te kunnen spelen op gezondheidsproblemen.

De meerderheid van de zorgprofessionals die de vragenlijst van het Nivel hebben ingevuld heeft aangegeven minimaal maandelijks contact te hebben met professionals buiten de eigen organisatie. De ondervraagde professionals uit de wijkverpleging hebben het vaakst contact met professionals uit de huisartsenpraktijk (87,2%) en apotheek (74,9%). Minder dan een tiende (7,3%) geeft aan niet zo vaak contact te hebben met professionals buiten de eigen organisatie.

Professionals met een mbo-opleiding hebben significant minder vaak contact met professionals buiten de eigen organisatie dan professionals met minimaal een hbo-opleiding (Figuur 4). De grootste verschillen bij de hierboven genoemde zorgprofessionals zijn zichtbaar bij de samenwerking met het sociaal domein en andere wijkorganisaties. Dit is relevant, aangezien het takenpakket verschilt tussen professionals in de wijkverpleging met een mbo- en hbo-achtergrond.

*Figuur 4 Percentage dat aangeeft minimaal één keer per maand contact te hebben gehad in het afgelopen halfjaar met bepaalde professionals buiten de eigen organisatie, per opleidingsniveau (n=385)**



* Waarden <5 staan niet vermeld in de grafiek.

(1) Verschil tussen opleidingsniveaus χ2 (2)=20,9, p<0,01

(2) Verschil tussen opleidingsniveaus χ2 (2)=11,2, p<0,01

(3) Verschil tussen opleidingsniveaus χ2 (2)=14,2, p<0,01

(4) Verschil tussen opleidingsniveaus χ2 (2)=55,1, p<0,01

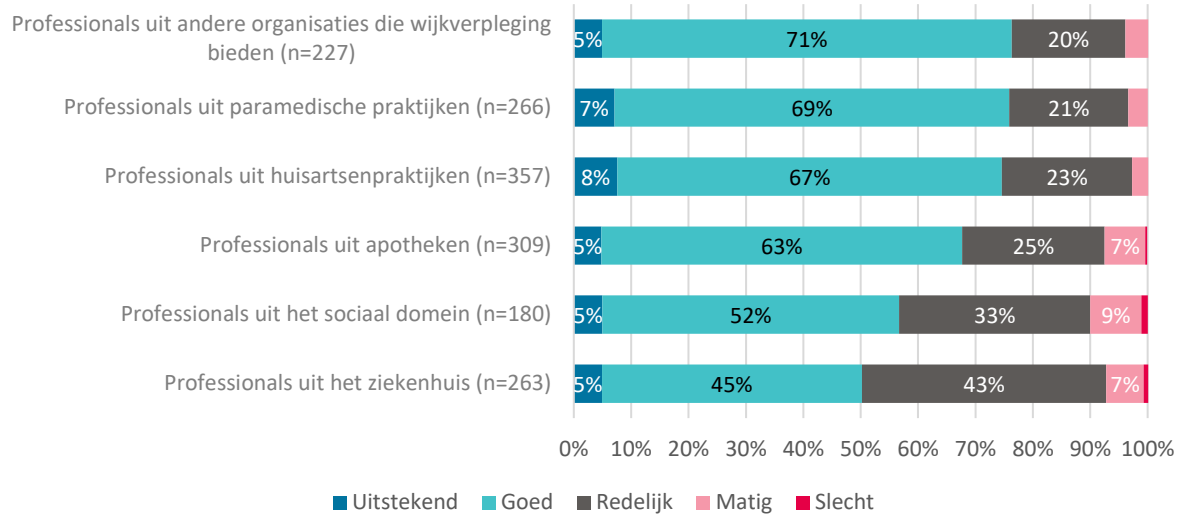
(5) Verschil tussen opleidingsniveaus χ2 (2)=83,9, p<0,01

(6) Verschil tussen opleidingsniveaus χ2 (2)=56,1, p<0,01

(7) Verschil tussen opleidingsniveaus getest met Fisher's exact test: p < 0,01

In Figuur 5 staat weergegeven hoe professionals in de wijkverpleging de samenwerking met professionals buiten de eigen organisatie ervaren. Een groot deel van de professionals werkzaam in de wijkverpleging geven aan dat ze de samenwerking met de professionals buiten de eigen organisatie over het algemeen als uitstekend of goed ervaren. Van de respondenten geeft 10% aan de samenwerking met het sociaal domein als slecht of matig te ervaren, 57% ervaart deze samenwerking als goed of uitstekend.

Figuur 5 Het ervaren verloop van de afstemming van zorg met professionals uit andere organisaties (% respondenten, n=180-357), ***



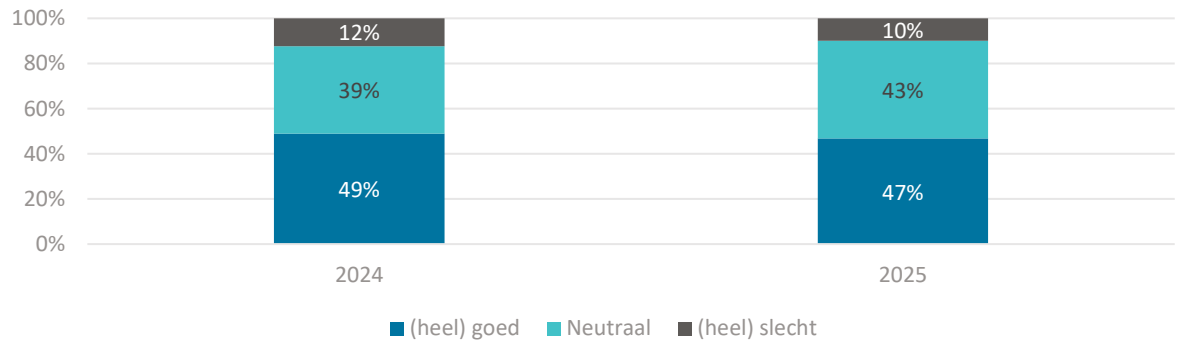
* Waarden <5 staan niet vermeld in de grafiek.

** Door afronding tellen percentages niet op tot 100%

1.2.3.2 Perspectief huisartsenpraktijk

Op basis van de Nivel huisartsenpraktijkenquête is inzicht verkregen in de ervaringen van huisartsenpraktijken met het verwijzen van hun patiënten naar het sociaal domein. In 2025 ervaarde 47% de samenwerking met het sociaal domein als (heel) goed, 43% als neutraal en 10% als (heel) slecht. In 2024 waren deze percentages vergelijkbaar. De ervaring met het samenwerken met het sociaal domein is relatief stabiel gebleven over de jaren 2024 en 2025 (Figuur 6).

Figuur 6 De ervaren samenwerking met het sociaal domein in 2024 en 2025



In 2025 ervaarden praktijken in matig stedelijk gebied de samenwerking met het sociaal domein vaker als (heel) goed dan praktijken in (zeer) stedelijk gebied ten opzichte van 2024 [20]. Praktijken die niet tot enkele keren per jaar naar het sociaal domein verwijzen ervaarden in 2025 de samenwerking minder vaak als (heel) goed dan praktijken die wekelijks tot dagelijks verwijzen. In 2024 was dit verschil in het 1-meting rapport van deze monitor ook al zichtbaar [20].

Bevorderende en belemmerende factoren samenwerking sociaal domein

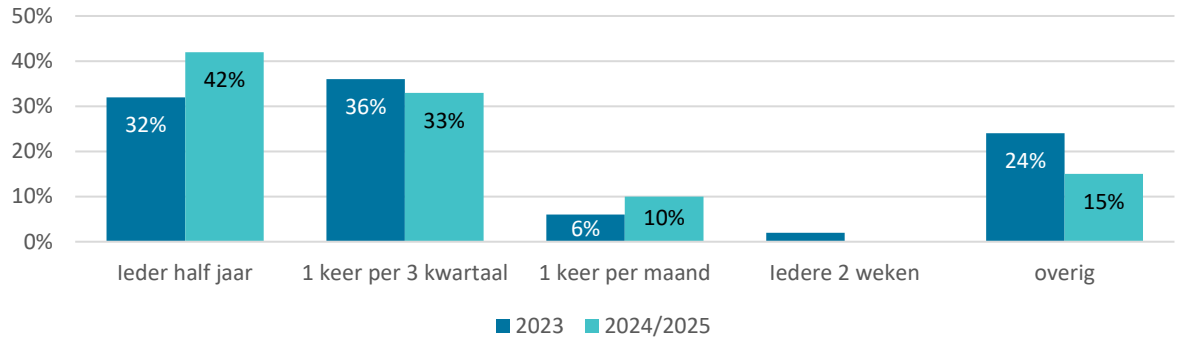
Huisartsenpraktijken konden een toelichting geven bij de ervaren samenwerking met het sociaal domein. Zij gaven aan dat binnen de huisartsenpraktijk met name de POH (-GGZ, -ouderen, -jeugd) contact onderhoudt met en verwijst naar het sociaal domein. Functies en/of rollen die verder genoemd werden in het kader van samenwerking met het sociaal domein zijn zeer breed en divers, waaronder: POH-welzijn, wijkteam, welzijnscoach, buurtteam en sociaal makelaar. Huisartsenpraktijken ervaarden de samenwerking als positief met het sociaal domein als er korte lijntjes (vaak via de POH-GGZ of als er spreekuur in de praktijk was van maatschappelijk werk of jeugdzorg) en periodieke overlegmomenten waren. De frequentie voor periodieke overlegmomenten was divers van wekelijks tot tweejaarlijks. Deze overlegmomenten hielpen om de namen en gezichten (beter) te leren kennen. Een duidelijk contactpersoon en digitale applicaties voor verwijzen, bijvoorbeeld via ZorgDomein, werden ook als bevorderend ervaren voor een positief ervaren samenwerking. In mindere mate werd genoemd dat het hielp als er ook een wijksamenwerkingsverband was en dat de sociale kaart (een overzicht van alle welzijnsorganisatie in een gemeente) up to date was.

De meest genoemde belemmering voor de huisartsen in de ervaren samenwerking met het sociaal domein was het ontbreken van terugkoppeling over de patiënten vanuit het sociaal domein naar de huisartsenpraktijk. Dit zorgde ervoor dat de huisartsen niet altijd wisten of de patiënt bij het sociaal domein was geweest en welke resultaten waren behaald. Zo werd aangegeven dat de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) een reden was waarom er geen terugkoppeling vanuit het sociaal domein kwam. Andere genoemde belemmeringen waren de lange wachttijden in het sociaal domein, een slechte (telefonische) bereikbaarheid en personeelswisselingen. Ook werd genoemd dat het huisartsen niet altijd duidelijk was welke zorg en hulp er vanuit het sociaal domein kon worden geboden en hoe de sociale kaart eruit zag. Gerelateerd aan de sociale kaart kwam naar voren dat het sociaal domein door huisartsen als moeilijk vindbaar werd ervaren. Als laatste werd genoemd dat de manier hoe huisartsen naar het sociaal domein kunnen verwijzen als een probleem werd ervaren als de huisarts dit niet zelf via een digitale applicatie kon doen. De patiënt moest zich dan zelf melden bij het sociaal domein wat resulteerde in een extra drempel voor de patiënten om de benodigde zorg/ondersteuning te kunnen krijgen en dat patiënten zich soms niet hadden aangemeld. Tot slot is het sociaal domein breed en bestaat uit diverse partijen. Huisartsenpraktijken konden positief zijn over de samenwerking met een deel van de partijen binnen het sociaal domein en tegelijkertijd negatief over de samenwerking met andere partijen binnen het sociaal domein.

1.2.3.3 Perspectief welzijnsprofessionals met Welzijn op recept

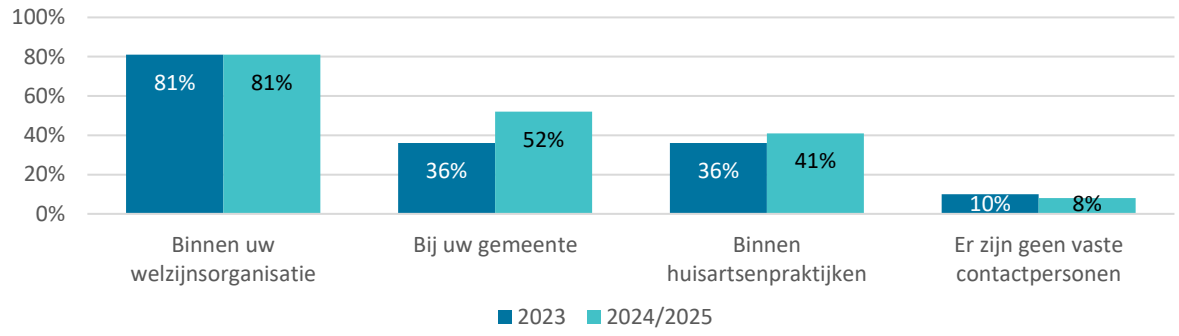
Voor het perspectief van welzijnsprofessionals op sectoroverstijgende samenwerking is de monitor Welzijn Op Recept geraadpleegd [10, 11]. Meer samenwerking tussen zorg en welzijn wordt gezien als een belangrijke meerwaarde van Welzijn op Recept. Zoals uit de Nivel huisartsenpraktijkenquête (paragraaf 1.3.3.2) ook bleek, levert structureel overleg tussen zorgverleners en welzijnsprofessionals hier een bijdrage aan. Figuur 7 geeft vanuit het perspectief van welzijnsprofessionals weer hoe vaak zij structureel overleg hebben met zorgverleners. Het aandeel dat ieder half jaar overlegt is toegenomen met 10 procentpunten tussen 2023 en 2024/2025.

Figuur 7 Aantal keren structureel overleg tussen welzijnsprofessionals en zorgverleners



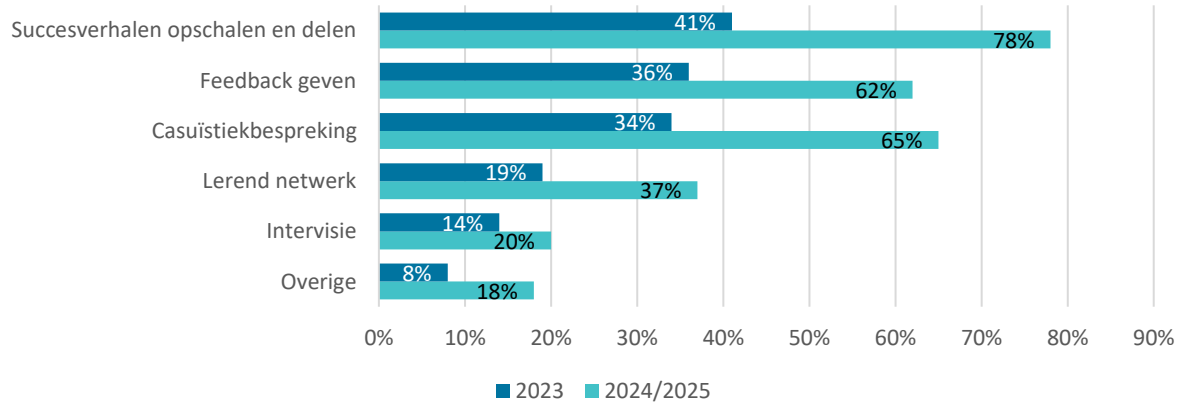
Een vast aanspreekpunt en korte lijntjes worden als bevorderend ervaren door huisartsenpraktijken voor succesvolle samenwerking met het sociaal domein, zoals ook te lezen is in paragraaf 1.3.2. Het percentage respondenten dat aangeeft een vast contactpersoon voor Welzijn Op Recept te hebben is tussen 2023 en 2024/2025 met 5 procentpunten toegenomen voor een contactpersoon in de huisartsenpraktijk en met 16 procentpunten voor een contactpersoon binnen de gemeente (Figuur 8). Het percentage respondenten met een vaste contactpersoon voor Welzijn op Recept binnen de eigen welzijnsorganisatie is gelijk gebleven op 81% tussen 2023 en 2024/2025.

Figuur 8 Is er een vast contactpersoon/ kartrekker/ regisseur voor Welzijn op Recept? (% respondenten dat 'ja' heeft geantwoord)



Om de samenwerking verder te ontwikkelen is gezamenlijk evalueren een belangrijk middel. In Figuur 9 staan de verschillende manieren waarop dit volgens de respondenten in 2023 en 2024/2025 wordt gedaan. Voor alle methoden is een toename te zien in deze periode met in de top-3 het delen van succesverhalen en deze opschalen, casuïstiek bespreken en het geven van feedback.

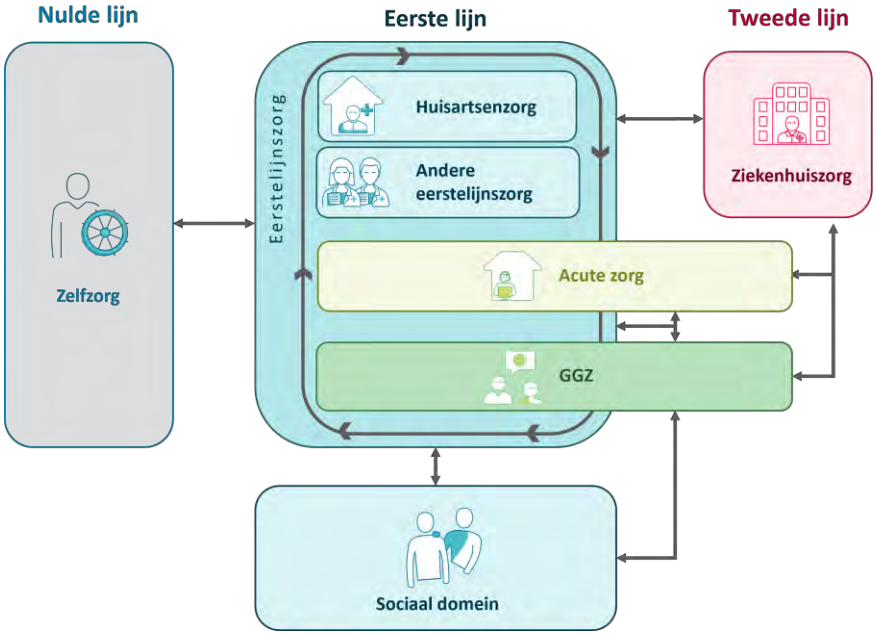
Figuur 9 Methoden gebruikt voor gezamenlijke evaluatie (meerdere antwoorden mogelijk)



Uitdaging 2: Veranderende patiëntenstromen

De eerstelijnszorg streeft ernaar om de druk op de sector vóór 2030 substantieel te verminderen, onder andere door de instroom van patiënten met een zorgvraag die niet passend is voor de eerste lijn te beperken. Uitgangspunt daarbij is dat de eerstelijnszorg een laagdrempelige basisvoorziening blijft, waar alle burgers terechtkunnen wanneer dat nodig is. Daarnaast wordt beoogd om de instroom, doorstroom en uitstroom tussen verschillende zorgsectoren te optimaliseren.

Figuur 10 Mogelijke patiëntenstromen



Om inzicht te krijgen in hoeverre er veranderingen van patiëntenstromen (Figuur 10) plaatsvinden, gaan we in deze monitor in op de volgende thema's:

1. Veranderingen in patiëntenstromen binnen de eerstelijnszorg en aangrenzende zelfzorg, tweedelijnszorg en acute zorg;
2. Ervaringen van zorggebruikers met veranderende patiëntenstromen.

In Bijlage A.2 staan de indicatoren vermeld waarmee inzicht wordt verkregen in het thema veranderende patiëntenstromen.

Kernpunten

Veranderingen in patiëntenstromen

- De prevalentie van bijna alle in deze monitor onderzochte aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel nam toe tussen 2023 en 2024.
- Tussen 2023 en 2024 daalde of stabiliseerde (variërend per discipline) het aandeel patiënten met de onderzochte aandoeningen/doelgroepen dat minimaal één contactmoment had met een zorgverlener in de eerstelijnszorg. Een daling kwam het vaakst voor bij de huisarts, wijkverpleging en de HAP.

- Het totaal aantal verwijzingen van de huisarts naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten bij de huisartsenpraktijk nam tussen 2023 en 2024 toe.
- Pagina's op Thuisarts.nl gerelateerd aan de onderzochte aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel werden in 2024 en 2025 minder bezocht dan in 2023.

Ervaringen van zorggebruikers

- Zorggebruikers waren over het algemeen tevreden over de ervaren toegankelijkheid en bereikbaarheid van de eerste lijn en over de geboden zorg. Er zijn hierin weinig veranderingen te zien t.o.v. 2024.
- Het merendeel van de zorggebruikers was tevreden over de wachttijden in de eerste lijn. Het minst tevreden waren ze over de wachttijd bij het sociaal domein. Voor deze sector gaven zorggebruikers ook het vaakst aan dat zij langer dan vier weken moesten wachten en het minst vaak dat zij binnen een week terechtkonden.
- De bekendheid met en het gebruik van directe toegang tot eerstelijnszorg- of hulpverleners was onder zorggebruikers het grootst ten aanzien van fysiotherapie. Voor andere eerstelijnszorg- of hulpverleners was hierover minder bekendheid onder zorggebruikers en werd hier weinig gebruik van gemaakt.

2.1 Methoden

In dit hoofdstuk zijn de (ervaringen met) veranderingen in de instroom, doorstroom en uitstroom van zelfzorg, de eerste en tweede lijn (inclusief acute zorg) geanalyseerd. Dit is gedaan op basis van verschillende gegevensbronnen. In deze paragraaf staan de aandachtspunten voor het interpreteren van de data. Verdere informatie staat in Bijlage B.1 en B.2.

Veranderingen in patiëntenstromen

Patiëntenstromen zijn geanalyseerd voor tien aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel. Deze tien aandoeningen/doelgroepen staan beschreven in het IZA of de Visie Eerstelijnszorg 2030, en zijn veelvoorkomend in Nederland. De volledige selectieprocedure staat beschreven in Bijlage B.2.

10 aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel

- Kanker
- Astma en/of COPD
  Deze aandoeningen zijn in routinematig verzamelde zorgdata niet van elkaar te onderscheiden en zijn daarom samengenomen
- Perifere artrose
- Diabetes Mellitus
- Chronische nek- en rugklachten
- Hart- en vaatziekten
  Personen met hartfalen, een beroerte, coronaire hartziekten en/of klepaandoeningen
- Psychische problematiek
  Personen met een angst- of stemmingsstoornis, persoonlijkheidsstoornis en/of schizofrenie
- Kwetsbare ouderen
  Personen van 80 jaar of ouder en/of personen met dementie
- Verstandelijke beperking

Voor de patiënten selectie en analyse van zorggebruik per zorgdisciplines zijn gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn en declaratiegegevens van zorgverzekeraars via Zorginstituut Nederland op persoonsniveau aan elkaar gekoppeld en jaarlijks vergeleken in de periode 2019-2024.

- Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn verzamelt uit gepseudonimiseerde gegevens die routinematig zijn geregistreerd tijdens het zorgproces van huisartsenpraktijen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten, diëtisten en de huisartsenspoedposten en vormt een representatieve afspiegeling van de gemiddelde Nederlandse thuiswonende populatie, met betrekking tot leeftijd en geslacht [21]. Meer informatie over Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn is hier te vinden.
- De declaratiegegevens van zorgverzekeraars via Zorginstituut Nederland omvatten bijna 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. Zorginstituut Nederland ontvangt deze gegevens via Vektis.

Patiënten zijn geselecteerd voor de patiëntenpopulatie van een aandoening/doelgroep met veranderpotentieel wanneer:

1. Uit gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn of declaratiegegevens van zorgverzekeraars blijkt dat deze patiënt in de periode 2019-2024 de aandoening/doelgroep had of ontwikkelde.
2. Deze patiënt staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk aangesloten bij Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Patiënten die verbleven in een Wlz-instelling en daar behandeling ontvingen zijn niet meegenomen in de analyses. Onder andere de geneeskundige zorg van medische aard (waaronder huisartsenzorg) en farmaceutische zorg worden voor deze patiënten vanuit het Wlz-tarief worden bekostigd. Deze patiënten staan daarom niet meer ingeschreven in de huisartsenpraktijk.
3. Deze patiënt voldoet aan de inclusiecriteria zoals beschreven in Bijlage B.

Om de zelfzorg van patiënten binnen de tien aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel in kaart te brengen is gebruik gemaakt van gegevens over het gebruik van 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.

Ervaringen van zorggebruikers met veranderende patiëntenstromen

Om inzicht te bieden in de ervaringen van zorggebruikers met veranderende patiëntenstromen is er gebruik gemaakt van vragenlijstonderzoek binnen het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg en de PREM wijkverpleging.

- De vragenlijst binnen Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg is uitgezet onder alle 9.752 leden van het panel, verstuurd in september 2025. 4.111 panelleden vulden de vragenlijst in (42% respons). We duiden deze groep aan als ‘burgers’ of ‘zorggebruikers’ (zie de inleiding voor de definities van burgers en zorggebruikers). Zie voor meer informatie Bijlage B.1 of 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 meest recente data heeft betrekking op 2024. 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 Bijlage B.2 of zorginzicht.nl/nieuws/kwaliteitsbeeld-verpleeghuiszorg-en-wijkverpleging-verslagjaar-2024-gepubliceerd.

2.2 Bevindingen

In deel 1 van deze paragraaf beschrijven we thema 1, de veranderingen in patiëntenstromen in de eerstelijnszorg en de aangrenzende medisch specialistische zorg en acute zorg (§2.2.1 tot en met §2.2.5). Thema 2 bestaat uit de ervaringen van zorggebruikers met betrekking tot de toegankelijkheid van, passende voorbereiding op en de geboden zorg binnen de eerstelijnszorg (§2.2.6).

2.2.1 Veranderingen in patiëntenstromen

Per geselecteerde aandoening met veranderpotentieel is er gekeken naar de veranderingen in de patiëntenstromen binnen de zelfzorg, de eerste en tweede lijn (inclusief acute zorg). Deze veranderingen in het zorggebruik zijn in kaart gebracht voor de volgende disciplines:

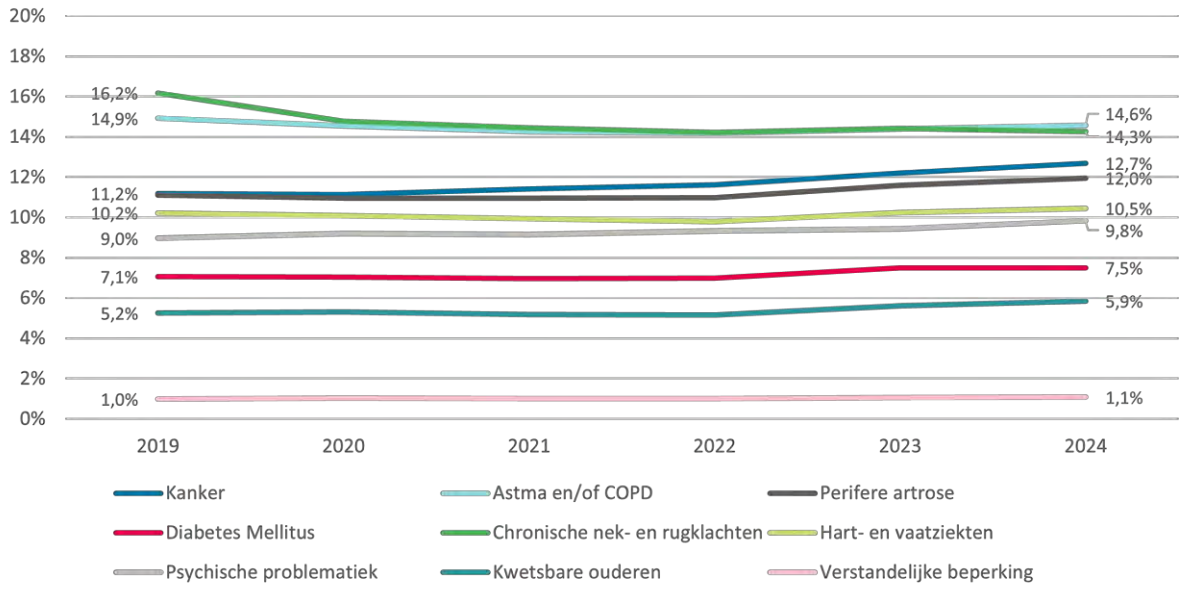
- De huisarts
- Disciplines binnen andere eerstelijnszorg (extramurale paramedische zorg, wijkverpleging en eerstelijnsverblijf)

Zorggebruik bij de disciplines binnen andere eerstelijnszorg is alleen in kaart gebracht voor gedeclareerde contacten binnen de Zorgverzekeringswet – zorg door eigen betaling van de patiënt valt er daardoor buiten.

- Medisch specialistische zorg
- Geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ, basis GGZ en specialistische GGZ)
- Acute zorg (huisartsenspoedpost (HAP) en spoedeisende hulp (SEH))

De volgorde waarin in dit hoofdstuk de aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel aan bod komen is bepaald op basis van de prevalentie in 2024 (Figuur 11). De prevalentie is bij het merendeel van de aandoeningen/doelgroepen toegenomen tussen 2019 en 2024 (kanker, perifere artrose, diabetes mellitus, psychische problematiek en kwetsbare ouderen). De prevalentie van astma en/of COPD, hart- en vaatziekten en verstandelijke beperking is nagenoeg stabiel gebleven tussen 2019 en 2024. Enkel bij chronische nek- en rugklachten is er een daling te zien in de prevalentie tussen 2019 en 2024.

Figuur 11 Jaarprevalentie van de 10 aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel in de onderzoekspopulatie

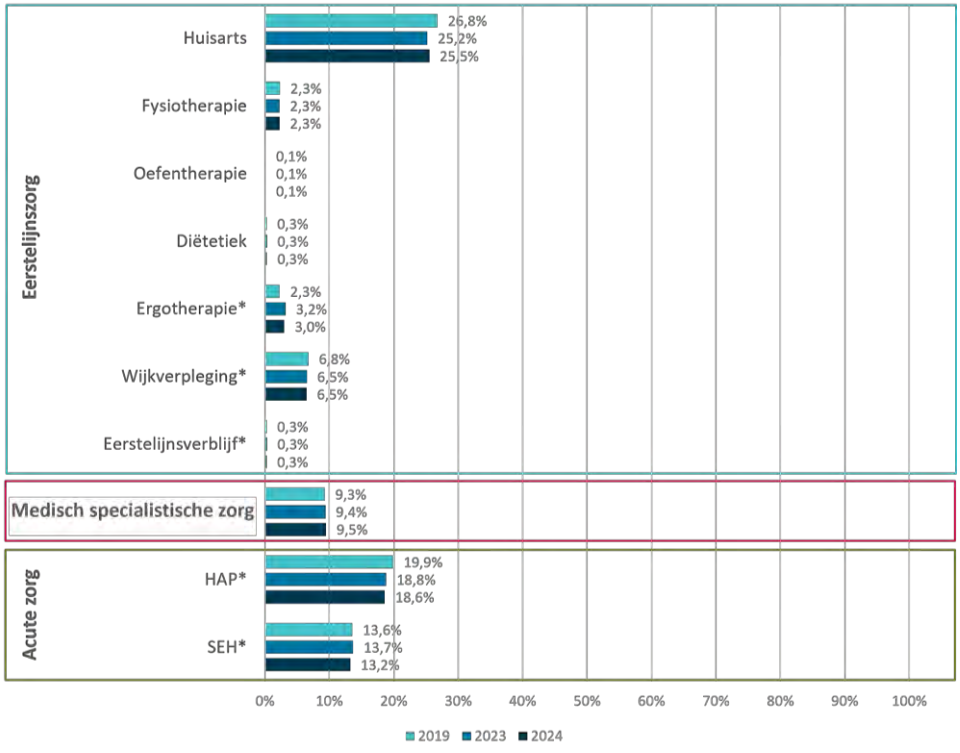


2.2.1.1 Astma en COPD

Patiënten met astma en/of COPD ontvingen het vaakst zorg van de huisarts: in 2024 had 25,5% van de groep minimaal één contact binnen deze discipline (Figuur 12). Dit was vergelijkbaar met 2023, wat er op wijst dat de eerder waargenomen daling tussen 2019 en 2023 zoals gerapporteerd in de 1-meting [4] zich niet verder heeft doorgezet. Ook bij de andere relevante disciplines voor astma en/of COPD bleef het aandeel patiënten dat zorg ontving in 2024 nagenoeg gelijk met het aandeel in 2023.

Een deel van de patiënten met astma en/of COPD ontvangt ketenzorg. Deze zorg wordt integraal bekostigd. Dit betekent dat de zorgverzekeraar zorgt inkoopt bij één partij die verantwoordelijk is voor een groot deel van de zorg voor de betreffende aandoening. De verantwoordelijke partij stemt de zorg af met de verschillende betrokken zorgverleners, met als doel patiënten meer samenhangende zorg te leveren [22]. Met de beschikbare data kan in kaart worden gebracht bij welke patiënten een ketenzorgprogramma is gedeclareerd, maar de specificaties van de zorg die zij hebben ontvangen binnen dit pakket is onbekend. Het zorggebruik in de onderstaande afbeelding (Figuur 12) is hierdoor een onderschatting van het zorggebruik, maar het is onbekend hoe groot deze onderschatting is. Binnen de onderzoekspopulatie is bij 12,7% van de patiënten met astma en/of COPD een ketenzorgprogramma gedeclareerd in 2024. Vanuit dit integrale ketenzorgtarief wordt bij een merendeel van de patiënten huisartsenzorg, dieetadvisering, medisch specialistische zorg en eerstelijnsdiagnostiek bekostigd [23].

Figuur 12 Percentage patiënten met astma en/of COPD met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij relevante disciplines

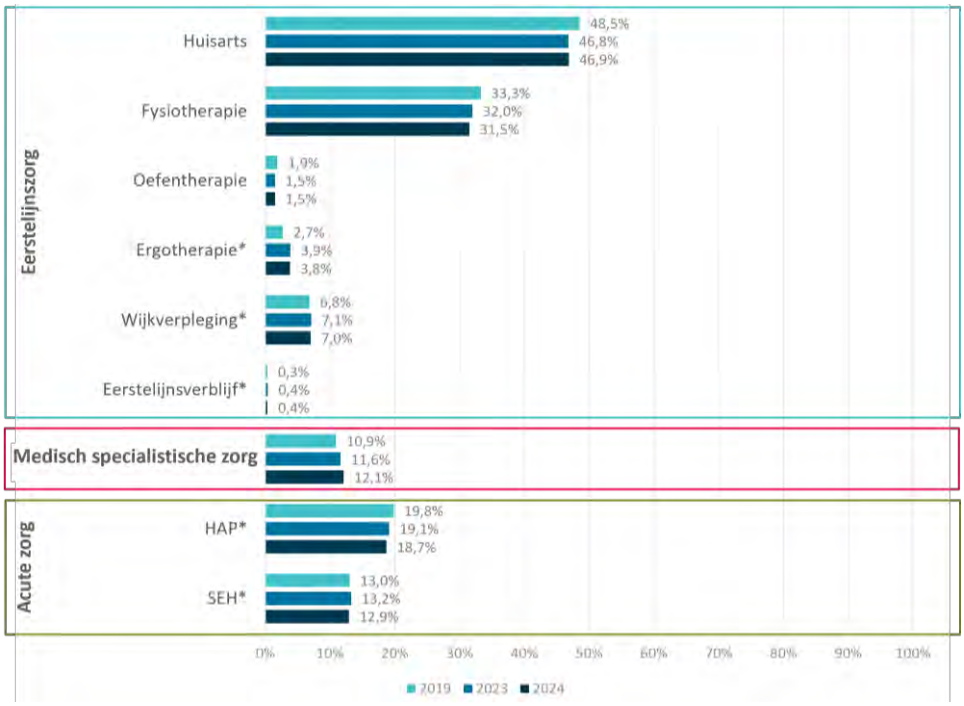


* Voor ergotherapie, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, de HAP en de SEH is het percentage patiënten met minimaal één contact voor iedere mogelijke reden gerapporteerd, omdat in de gebruikte data niet te zien is voor welke aandoening/doelgroep het contact plaatsvond.

2.2.1.2 Chronische nek- en rugklachten

Patiënten met chronische nek- en rugklachten ontvingen het vaakst zorg van de huisarts: in 2024 had 46,9% van de groep minimaal één contact binnen deze discipline (Figuur 13). Dit was vergelijkbaar met 2023, wat er op wijst dat de eerder waargenomen daling tussen 2019 en 2023 zoals gerapporteerd in de 1-meting [4] zich niet verder heeft doorgezet. De dalende trend zet wel door bij de disciplines HAP en fysiotherapie. Binnen de medisch specialistische zorg was daarentegen een stijging te zien in het aandeel patiënten met minimaal één contact tussen 2023 en 2024, waarmee de stijgende trend zoals gerapporteerd in de 1-meting doorzet. Bij de andere relevante disciplines voor chronische nek- en rugklachten bleef het aandeel patiënten dat zorg ontving in 2024 nagenoeg gelijk met het aandeel in 2023.

Figuur 13 Percentage patiënten met chronische nek- en rugklachten met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij relevante disciplines

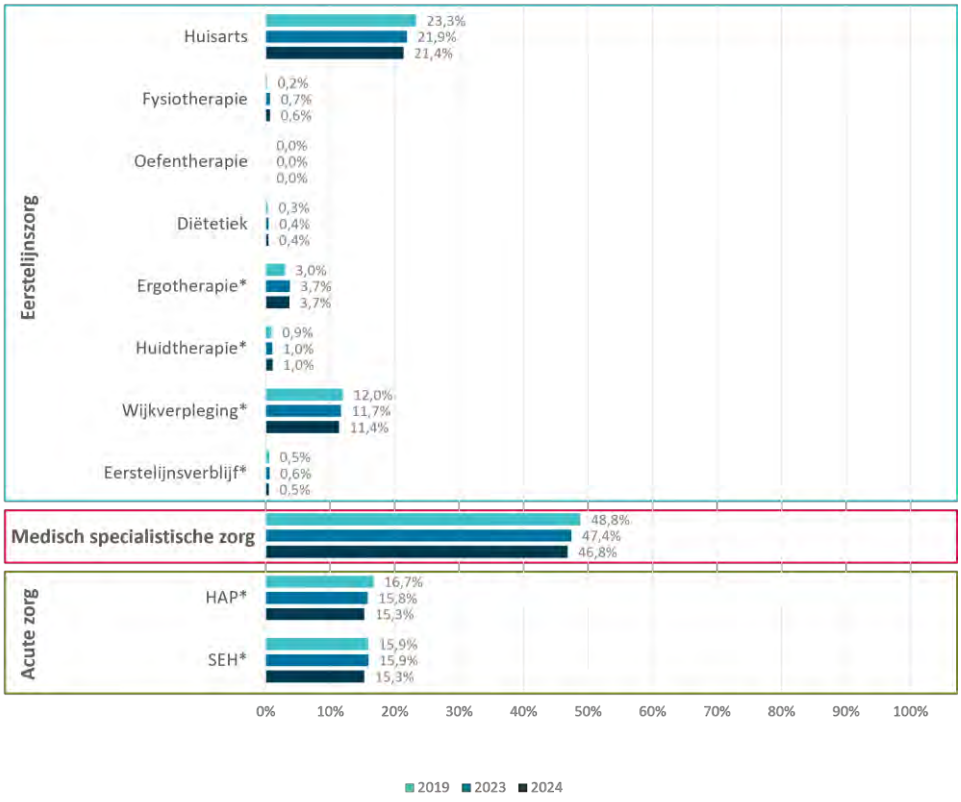


* Voor ergotherapie, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, de HAP en de SEH is het percentage patiënten met minimaal één contact voor iedere mogelijke reden gerapporteerd, omdat in de gebruikte data niet te zien is voor welke aandoening/doelgroep het contact plaatsvond.

2.2.1.3 Kanker

Patiënten met kanker ontvingen het vaakst zorg binnen de medisch specialistische zorg: in 2024 had 46,8% van de groep minimaal één contact binnen deze discipline (Figuur 14). Dit is een daling van 0,6 procentpunt ten opzichte van 2023, wat er op wijst dat de eerder waargenomen daling tussen 2019 en 2023 zoals gerapporteerd in de 1-meting [4] heeft doorgezet. Ook bij de HAP, wijkverpleging en huisarts zet de dalende trend in het aandeel patiënten dat zorg ontving door. Op de SEH was de daling tussen 2023 en 2024 te zien: het aandeel patiënten dat minimaal één keer op de SEH zorg kreeg nam met 0,6 procentpunt af. Bij de andere relevante disciplines voor kanker bleef het aandeel patiënten dat zorg ontving in 2024 nagenoeg gelijk met het aandeel in 2023.

Figuur 14 Percentage patiënten met kanker met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij relevante disciplines

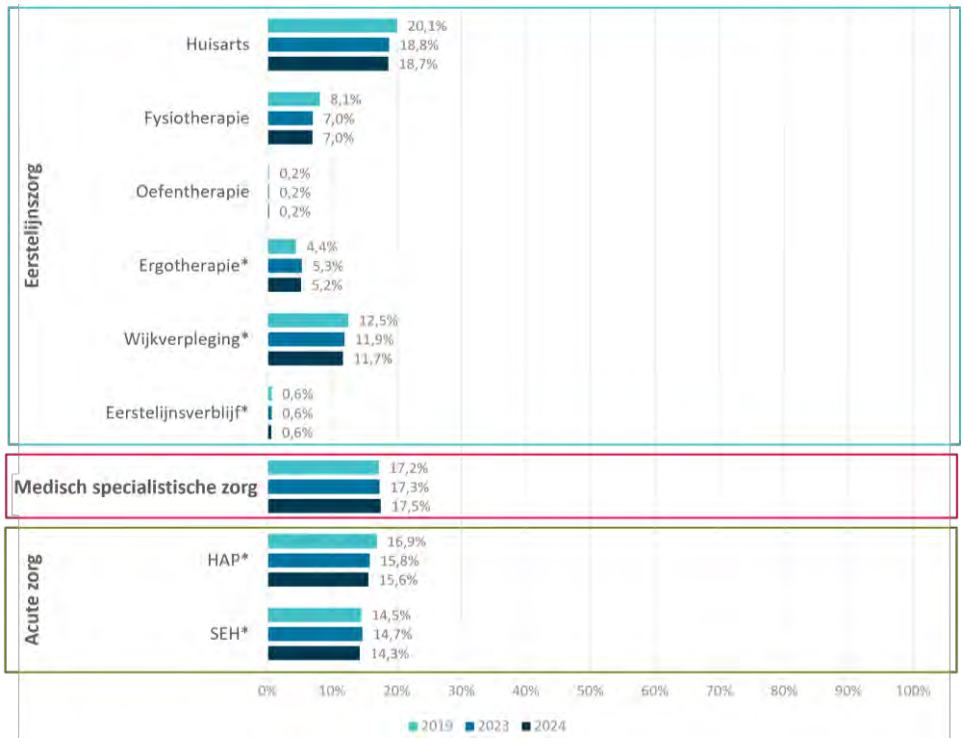


* Voor ergotherapie, huidtherapie, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, de HAP en de SEH is het percentage patiënten met minimaal één contact voor iedere mogelijke reden gerapporteerd, omdat in de gebruikte data niet te zien is voor welke aandoening/doelgroep het contact plaatsvond.

2.2.1.4 Perifere artrose

Patiënten met perifere artrose ontvingen het vaakst zorg van de huisarts: in 2024 had 18,7% van de groep minimaal één contact binnen deze discipline (Figuur 15). Dit was vergelijkbaar met 2023, wat er op wijst dat de eerder waargenomen daling tussen 2019 en 2023 zoals gerapporteerd in de 1-meting [4] zich niet verder heeft doorgezet. Ook bij de andere relevante disciplines voor perifere artrose bleef het aandeel patiënten dat zorg ontving in 2024 nagenoeg gelijk met het aandeel in 2023.

Figuur 15 Percentage patiënten met perifere artrose met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij relevante disciplines



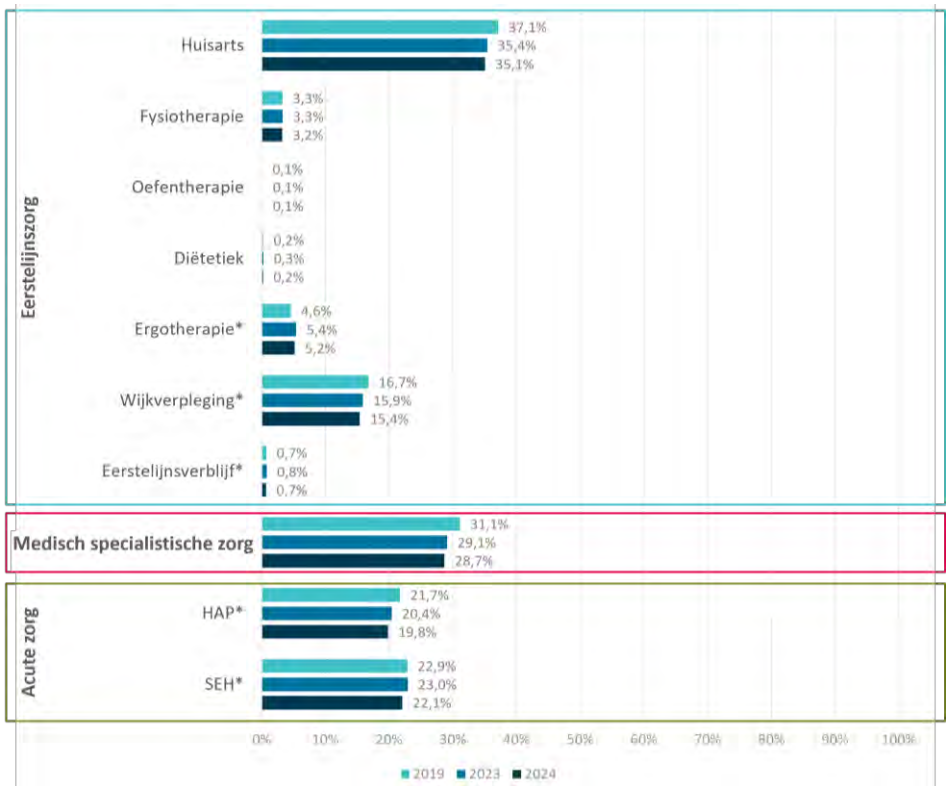
* Voor ergotherapie, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, de HAP en de SEH is het percentage patiënten met minimaal één contact voor iedere mogelijke reden gerapporteerd, omdat in de gebruikte data niet te zien is voor welke aandoening/doelgroep het contact plaatsvond.

2.2.1.5 Hart- en vaatziekten

Patiënten met hart- en vaatziekten ontvingen het vaakst zorg van de huisarts: in 2024 had 35,1% van de groep minimaal één contact binnen deze discipline (Figuur 16). Dit was vergelijkbaar met 2023, wat er op wijst dat de eerder waargenomen daling tussen 2019 en 2023 zoals gerapporteerd in de 1-meting [4] zich niet verder heeft doorgezet. Bij de HAP, medisch specialistische zorg, en wijkverpleging zet de dalende trend tussen 2019 en 2024 in het aandeel patiënten dat zorg ontving door. Op de SEH was de daling tussen 2023 en 2024 te zien: het aandeel patiënten dat minimaal één keer op de SEH zorg kreeg nam met 0,9 procentpunt af. Bij de andere relevante disciplines voor hart- en vaatziekten bleef het aandeel patiënten dat zorg ontving in 2024 nagenoeg gelijk met het aandeel in 2024.

Een deel van de patiënten met hart- en vaatziekten ontvangt ketenzorg. Deze zorg wordt integraal bekostigd. Dit betekent dat de zorgverzekeraar zorgt inkoopt bij één partij. Deze partij stemt de zorg af met de betrokken zorgverleners, met als doel patiënten meer samenhangende zorg te leveren [22]. Met de beschikbare data kan in kaart worden gebracht bij welke patiënten een ketenzorgprogramma is gedeclareerd, maar de specificaties van de zorg die zij hebben ontvangen binnen dit pakket is onbekend. Het zorggebruik in de onderstaande afbeelding (Figuur 16) is hierdoor een onderschatting van het zorggebruik, maar het is onbekend hoe groot deze onderschatting is. Binnen de onderzoekspopulatie is bij 40,5% van de patiënten met hart- en vaatziekten een ketenzorgprogramma gedeclareerd in 2024. Vanuit dit integrale ketenzorgtarief wordt bij een merendeel van de patiënten huisartsenzorg, dieetadvisering, medisch specialistische zorg, verpleegkundige zorg en eerstelijnsdiagnostiek bekostigd [23].

Figuur 16 Percentage patiënten met hart- en vaatziekten met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij relevante disciplines

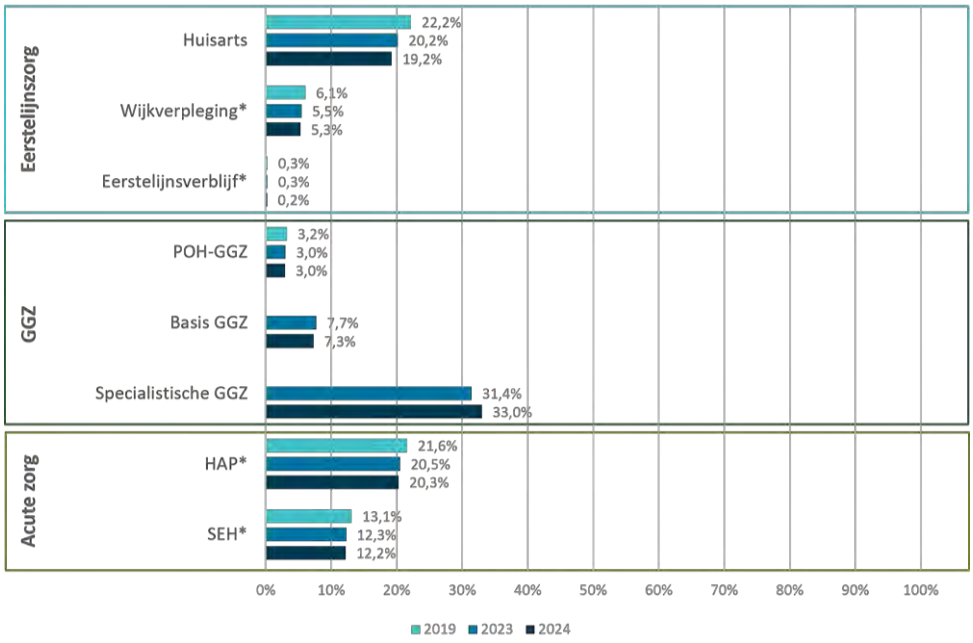


* Voor ergotherapie, wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, de HAP en de SEH is het percentage patiënten met minimaal één contact voor iedere mogelijke reden gerapporteerd, omdat in de gebruikte data niet te zien is voor welke aandoening/doelgroep het contact plaatsvond.

2.2.1.6 Psychische problematiek

Patiënten met psychische problematiek ontvingen het vaakst zorg binnen de specialistische GGZ: in 2024 had 33,0% van de groep minimaal één contact binnen deze discipline (Figuur 17). Dit is een stijging van 1,6 procentpunt ten opzichte van 2023. Daarentegen nam het aandeel patiënten dat minimaal één contact had bij de huisarts met 1,0 procentpunt af tussen 2023 en 2024. Hiermee zet de daling die er in de 1-meting [4] gerapporteerd werd door. Bij de ander relevante disciplines voor psychische problematiek bleef het aandeel patiënten dat zorg ontving in 2024 nagenoeg gelijk met het aandeel in 2023.

*Figuur 17 Percentage patiënten met psychische problematiek met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij relevante disciplines***



* Voor wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, de HAP en de SEH is het percentage patiënten met minimaal één contact voor iedere mogelijke reden gerapporteerd, omdat in de gebruikte data niet te zien is voor welke aandoening/doelgroep het contact plaatsvond.

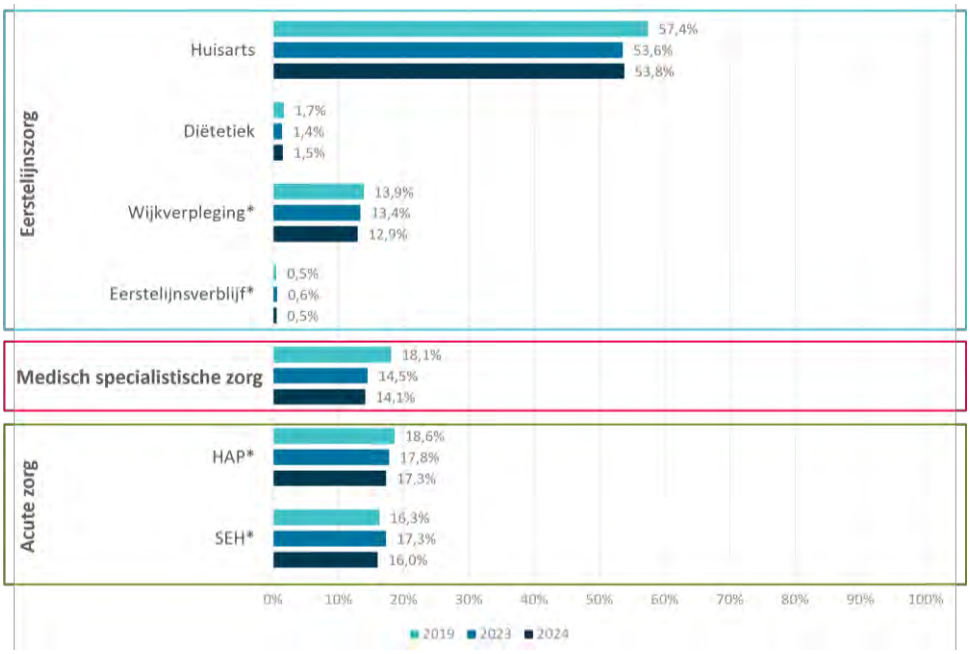
** Bij de basis-GGZ en specialistische-GGZ zijn alleen de jaren 2023 en 2024 weergegeven om de resultaten vergelijkbaar te houden. In 2022 is het bekostigingssysteem in de GGZ aangepast, waardoor er een verschil optreed in hoe de routine zorgdata, gebruikt in dit onderzoek, is vastgelegd.

2.2.1.7 Diabetes mellitus

Patiënten met diabetes mellitus ontvingen het vaakst zorg van de huisarts: in 2024 had 53,7% van de groep minimaal één contact binnen deze discipline (Figuur 18). Dit was vergelijkbaar met 2023, wat er op wijst dat de eerder waargenomen daling tussen 2019 en 2023 zoals gerapporteerd in de 1-meting [4] zich niet verder heeft doorgezet. De dalende trend zet wel door bij de disciplines HAP en wijkverpleging. Op de SEH was de daling tussen 2023 en 2024 te zien: het aandeel patiënten dat minimaal één keer op de SEH zorg kreeg nam met 1,3 procentpunt af en was hierdoor weer gelijk aan 2019. Bij de andere relevante disciplines voor diabetes mellitus bleef het aandeel patiënten dat zorg ontving in 2024 nagenoeg gelijk met het aandeel in 2023.

Een deel van de patiënten met diabetes mellitus ontvangt ketenzorg. Deze zorg wordt integraal bekostigd. Dit betekent dat de zorgverzekeraar zorgt inkoopt bij één partij die verantwoordelijk is voor een groot deel van de zorg voor de betreffende aandoening. De verantwoordelijke partij stemt de zorg af met de verschillende betrokken zorgverleners, met als doel patiënten meer samenhangende zorg te leveren [22]. Met de beschikbare data kan in kaart worden gebracht bij welke patiënten een ketenzorgprogramma is gedeclareerd, maar de specificaties van de zorg die zij hebben ontvangen binnen dit pakket is onbekend. Het zorggebruik in de onderstaande afbeelding (Figuur 18) is hierdoor een onderschatting van het zorggebruik, maar het is onbekend hoe groot deze onderschatting is. Binnen de onderzoekspopulatie is bij 66,6% van de patiënten met diabetes mellitus een ketenzorgprogramma gedeclareerd in 2024. Vanuit dit integrale ketenzorgtarief wordt bij een merendeel van de patiënten huisartsenzorg, dieetadvisering, medisch specialistische zorg, voetzorg en eerstelijnsdiagnostiek bekostigd [23].

Figuur 18 Percentage patiënten met diabetes mellitus met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij relevante disciplines

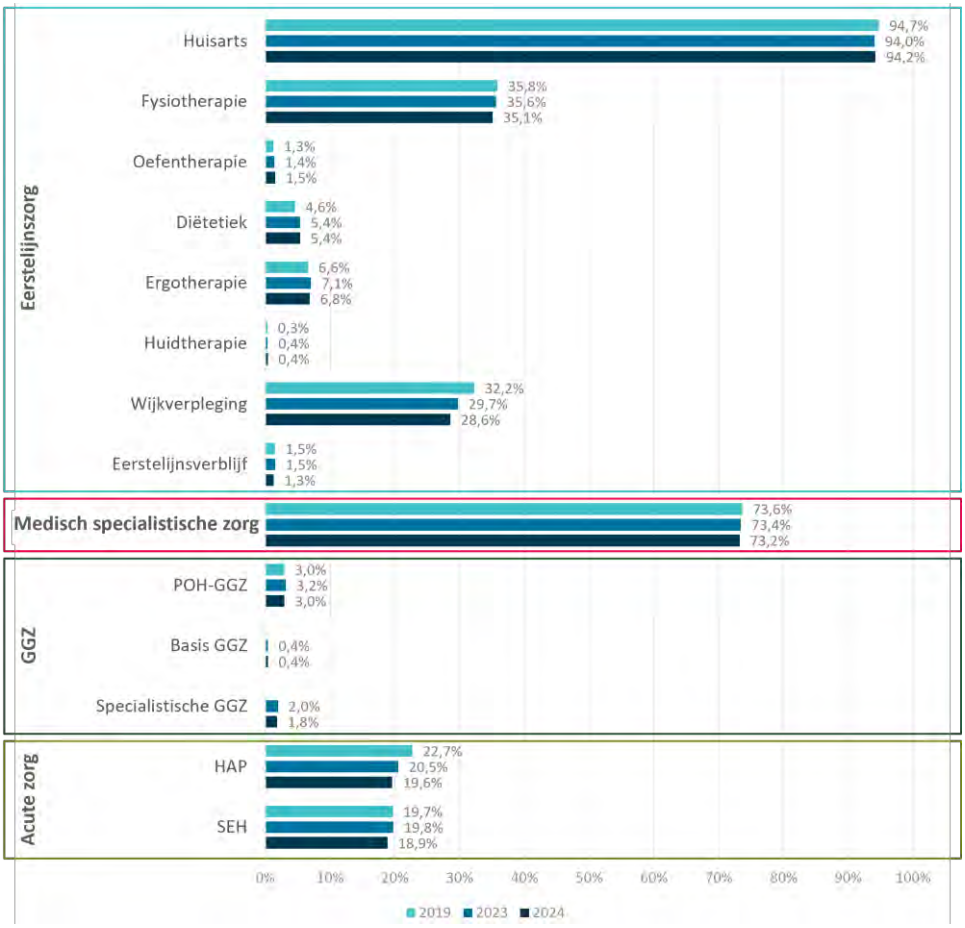


* Voor wijkverpleging, eerstelijnsverblijf, de HAP en de SEH is het percentage patiënten met minimaal één contact voor iedere mogelijke reden gerapporteerd, omdat in de gebruikte data niet te zien is voor welke aandoening/doelgroep het contact plaatsvond.

2.2.1.8 Kwetsbare ouderen

Kwetsbare ouderen ontvingen het vaakst zorg van de huisarts: in 2024 had 94,2% van de groep minimaal één contact binnen deze discipline (Figuur 19). Dit was vergelijkbaar met 2023, wat er op wijst dat de eerder waargenomen daling tussen 2019 en 2023 zoals gerapporteerd in de 1-meting [4] zich niet verder heeft doorgezet. Bij de HAP en wijkverpleging zette de dalende trend in het aandeel patiënten dat zorg ontving wel door in 2024. Op de SEH en bij de fysiotherapeut was de daling tussen 2023 en 2024 te zien: het aandeel patiënten dat minimaal één keer zorg ontving nam bij de SEH met 0,9 procentpunt af en bij de fysiotherapeut met 0,5 procentpunt. Bij de andere relevante disciplines voor kwetsbare ouderen bleef het aandeel patiënten dat zorg ontving in 2024 nagenoeg gelijk met het aandeel in 2023.

Figuur 19 Percentage kwetsbare ouderen met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij relevante disciplines,***



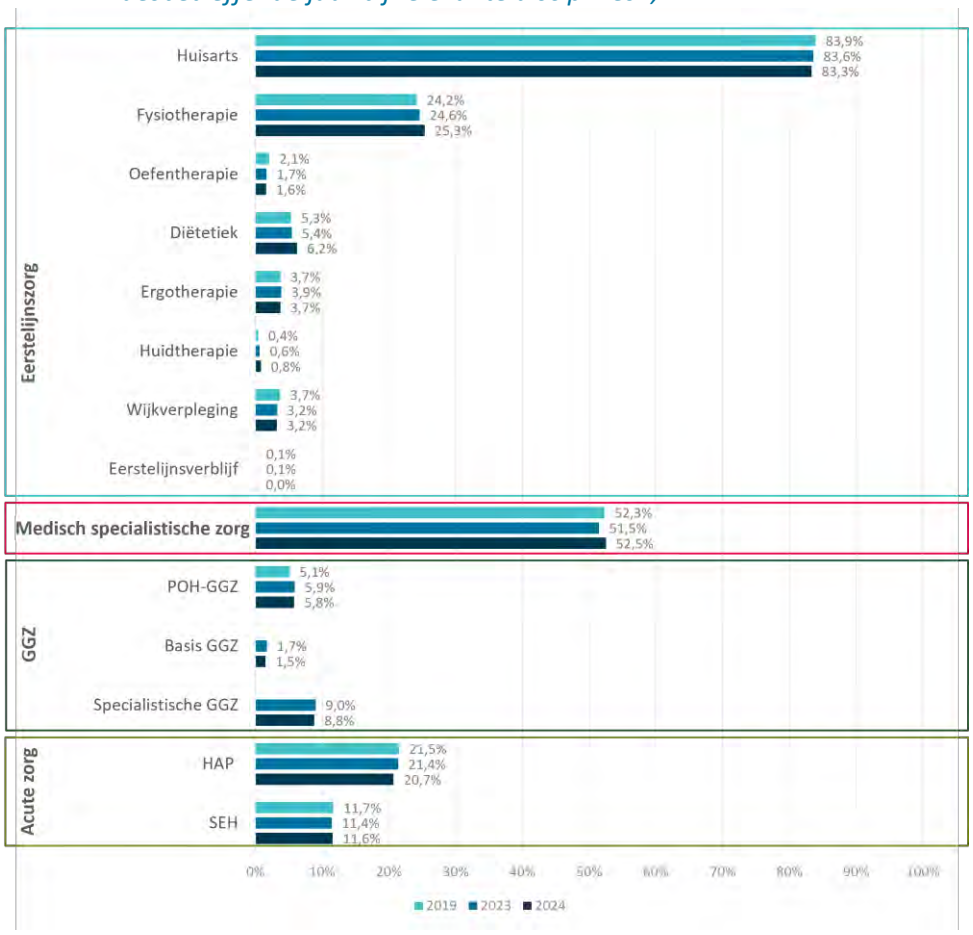
* Voor deze doelgroep is voor elk discipline het percentage patiënten met minimaal één contact voor iedere mogelijke reden gerapporteerd.

** Bij de basis-GGZ en specialistische-GGZ zijn alleen de jaren 2023 en 2024 weergegeven om de resultaten vergelijkbaar te houden. In 2022 is het bekostigingssysteem in de GGZ aangepast, waardoor er een verschil optreedt in hoe de routine zorgdata, gebruikt in dit onderzoek, is vastgelegd.

2.2.1.9 Verstandelijke beperking

Patiënten met een verstandelijke beperking ontvingen het vaakst zorg van de huisarts: in 2024 had 83,3% van de groep minimaal één contact binnen deze discipline (Figuur 20). Dit was vergelijkbaar met 2023, wat er op wijst dat de eerder waargenomen daling tussen 2019 en 2023 zoals gerapporteerd in de 1-meting [4] zich niet verder heeft doorgezet. Bij oefentherapeut zet de dalende trend in het aandeel patiënten dat zorg ontving tussen 2019 en 2024 door. Op de HAP was de daling tussen 2023 en 2024 te zien: het aandeel patiënten dat minimaal één keer op de HAP zorg kreeg nam met 0,7 procentpunt af. Bij de fysiotherapeut, de diëtist en de medisch specialistische zorg was daarentegen tussen 2023 en 2024 een stijging te zien. Bij de andere relevante disciplines voor patiënten met een verstandelijke beperking bleef het aandeel patiënten dat zorg ontving in 2024 nagenoeg gelijk met het aandeel in 2023.

Figuur 20 Percentage patiënten met een verstandelijke beperking met één of meer contacten in het desbetreffende jaar bij relevante disciplines,***



* Voor deze doelgroep is voor elk discipline het percentage patiënten met minimaal één contact voor iedere mogelijke reden gerapporteerd.

** Bij de basis-GGZ en specialistische-GGZ zijn alleen de jaren 2023 en 2024 weergegeven om de resultaten vergelijkbaar te houden. In 2022 is het bekostigingssysteem in de GGZ aangepast, waardoor er een verschil optreedt in hoe de routine zorgdata, gebruikt in dit onderzoek, is vastgelegd.

2.2.2 Het gebruik van Thuisarts.nl

Het totale aantal paginaweergaven van pagina's op Thuisarts.nl gerelateerd aan de tien aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel lag, voor de periode 2019-2025, het hoogst in 2023. In 2024 daalde voor alle aandoeningen/doelgroepen het totale aantal paginaweergaven. Deze daling zette bij het merendeel van de aandoeningen/doelgroepen door in 2025. Een uitzondering was de doelgroep verstandelijke beperking waarbij het totale aantal paginaweergaven voor gerelateerde pagina's gelijk is gebleven tussen 2024 en 2025. Zie Bijlage C voor meer informatie over het totale aantal paginaweergaven.

Het aantal pagina's op Thuisarts.nl gerelateerd aan de aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel nam toe of bleef gelijk tussen 2023 en 2025. Thuisarts.nl heeft zich in deze periode uitgebreid: over meer situaties, relevant voor een aandoening/doelgroep, werd betrouwbare informatie gepubliceerd op de website.

2.2.3 Verwijzingen naar de medisch specialistische zorg

De patiëntenstroom van de huisartsenpraktijk naar de medische specialistische zorg kan naast de veranderingen in zorggebruik over tijd worden bekeken aan de hand van verwijzingen. Ontwikkelingen in deze verwijzingen worden jaarlijks gerapporteerd in de Nivel jaarrapportage 'Zorg door de huisarts' [24]. Deze rapportages gaan over de groep personen ingeschreven bij een huisartsenpraktijk aangesloten bij Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn (~10% van de Nederlandse populatie), welke representatief is voor de algemene Nederlandse populatie.

Het totale aantal verwijzingen van de huisartsenpraktijk naar de medisch specialistische zorg nam tussen 2019 en 2024 toe: van 306 verwijzingen per 1000 ingeschreven personen bij de huisartsenpraktijk in 2019, naar 316 in 2023 en 332 in 2024. De stijging was te zien voor bijna alle specialismen. De grootste stijging tussen 2019 en 2024 was te zien in de verwijzingen van de huisartsenpraktijk naar het specialisme dermatologie. Gevolgd door de specialismen longziekten en heelkunde. De grootste dalingen tussen 2019 en 2024 waren te zien bij de specialismen oogheelkunde en KNO-heelkunde. Tussen 2023 en 2024 was het aantal verwijzingen van de huisartsenpraktijk naar het merendeel van de specialismen stabiel. Tussen deze twee jaren waren de grootste stijgingen in het aantal verwijzingen van de huisartsenpraktijk naar de specialismen dermatologie en orthopedie, en de grootste daling in de verwijzingen naar oogheelkunde.

2.2.4 Top-15 meest voorkomende gezondheidsproblemen

Over tijd kunnen veranderingen plaatsvinden in de zorgvraag binnen de eerstelijnszorg die belangrijk zijn om te overwegen binnen de beleidsvoering rondom IZA. Om naast de patiëntenstromen van de tien aandoeningen (§2.2.1) geen belangrijke ontwikkelingen te missen, is de top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen bij eerstelijnszorgdisciplines, op de HAP en de SEH, en in zoekopdrachten op Thuisarts.nl in kaart gebracht. Tabel 3 laat de top 5 van 2024 zien. Deze top 5 verschilde minimaal tussen 2019, 2023 en 2024 (zie Bijlage C).

Het meest voorkomende gezondheidsprobleem bleef binnen de eerstelijnszorgdisciplines en de acute zorg gelijk tussen 2023 en 2024:

- Huisartsenpraktijk: cystitis/urineweginfectie
- Fysiotherapie: spier-, pees- en fascie aandoeningen van de wervelkolom
- Oefentherapie: psychomotore retardatie/ontwikkelingsstoornissen
- Diëtetiek: onbedoeld gewichtsverlies
- HAP: scheurwond/snijwond
- SEH: letsel aan een niet gespecificeerd deel van de romp, extremiteit of ligament

Binnen de fysiotherapie, oefentherapie en diëtetiek waren er tussen 2023 en 2024 wel kleine verschillen zichtbaar. Bij de fysiotherapie en de oefentherapie nam het aantal behandeltrajecten voor klachten aan de wervelkolom af. Bij de fysiotherapie steeg het aantal behandeltrajecten voor spier-, pees- en fascie aandoeningen aan de knie/onderbeen/voet en bekken/bovenbeen. Bij de oefentherapie steeg het aantal behandeltrajecten voor ontwikkelingsstoornissen, psychosomatische aandoeningen en gynaecologische klachten aan de bekken/bovenbeen. Bij de diëtetiek steeg het aantal patiënten met een registratie van overgewicht, diabetes en hypertensie, terwijl het aantal patiënten met een registratie van prikkelbaar darmsyndroom daalde.

De top 15 meest bezochte pagina's op Thuisarts.nl veranderde tussen 2023 en 2024. *Mijn kind heeft hand-voet-mondziekte* had de meeste paginaweergaven in 2024, dit was in 2023 nog *Ik heb pijn op de borst. Wat kan het zijn?*. Ook de pagina's *Mijn kind heeft waterpokken*, *Ik heb misschien kinkhoest*, *Ik heb schimmelnagels* en *Ik heb buikgriep* stonden in 2024 nieuw in de top 15 ten opzichte van 2023.

Tabel 3 Top 5 meest voorkomende gezondheidsproblemen van 2024 in eerstelijnsdisciplines, de acute zorg en op Thuisarts.nl

1	2	3	4	5
Huisartsenpraktijk				
Cystitis /urineweginfectie	Essentiële hypertensie zonder orgaanbeschadiging	Hoesten	Diabetes mellitus	Moeheid/zwakte
Fysiotherapie				
Wervelkolom: Spier-, pees- en fascie aandoeningen	Knie/onderbeen/voet: Spier-, pees- en fascie aandoeningen	Bekken/bovenbeen: Spier-, pees- en fascie aandoeningen	Schouder/bovenarm: Spier-, pees- en fascie aandoeningen	Wervelkolom: Chrondropathie, arthropathie, meniscusleasie
Oefentherapie				
Gegeneraliseerd: Psychomotore retardatie/ ontwikkelingsstoornissen	Gegeneraliseerd: Psychosomatische aandoeningen	Wervelkolom: Spier-, pees- en fascie aandoeningen	Bekken/bovenbeen: gynaecologie	Bekken/bovenbeen: Spier-, pees- en fascie aandoeningen
Diëtetiek				
Onbedoeld gewichtsverlies	Te hoog gewicht bij volwassenen: BMI 30-35	Diabetes type 2	Te hoog gewicht bij volwassenen: BMI 25-30	Hypercholesterolemie
Huisartsenspoedpost				
Scheurwond/snijwond	Koorts	Andere gelokaliseerde buikpijn	Trauma/letsel	Borstkas symptomen/klachten
Spoedeisende hulp				
Letsel aan niet gespecificeerd deel van de romp, extremiteit of lichaamsregio	Ischemische hartziekten	Overige hartziekten	Letsels aan pols en hand	Letsels aan hoofd
Thuisarts.nl				
Mijn kind heeft hand-voet-mondziekte	Ik heb een longontsteking	Mijn kind heeft koorts	Ik heb een blaasontsteking (vrouw)	Ik heb netelroos

2.2.5 Potentieel voorkombare ziekenhuisopnames

Een benadering van de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg in de eerste lijn is op basis van de ACSC-indicator in kaart gebracht. 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' [25, 26]. Bij de interpretatie van de resultaten van deze indicator moet rekening gehouden worden met de invloed van de COVID-19-pandemie.

Tabel 4 geeft de verschillen weer tussen het aantal opnames voor ACSCs in 2019, 2023 en 2024. In 2019 waren er voor de ACSCs 70,9 opnames per 10.000 verzekerden. Dit daalde tussen 2019 en 2020 sterk naar 51,2 opnames per 10.000 verzekerden, mogelijk als gevolg van de COVID-19-pandemie. Na de pandemie is het aantal opnames voor ACSCs slechts licht gestegen tot maximaal 56,8 opnames

per 10.000 verzekerden in 2023. In 2024 daalden het aantal opnames weer licht tot 54,3 opnames per 10.000 verzekerden. De zichtbare daling in het aantal opnames tussen 2023 en 2024 gold voor bijna alle ACSCs, behalve voor migraine/hoofdpijn. In alle jaren was het grootste deel van de opnames voor ACSCs voor COPD en astma, gevolgd door opnames voor hartfalen en cellulitis.

De zichtbare daling over tijd (2019-2024) van het aantal opnames voor ACSCs kan wijzen op een sterkere eerste lijn. Echter, deze daling was ingezet in 2020 (het begin van de COVID-19-pandemie). Dit suggereert dat de daling was ingezet als gevolg van de pandemie en de maatregelen die tijdens de periode van kracht waren: bijvoorbeeld het overlijden van personen kwetsbaar voor dit type ziekenhuisopnames tijdens de COVID-19 pandemie, het thuisblijven van (ontwijken van zorg door) patiënten met een ACSC die vóór de COVID-19 pandemie wel opgenomen zouden zijn, en andere keuzes in het al dan niet opnemen van patiënten gemaakt door zorgprofessionals. De mate waarin het IZA heeft bijgedragen aan de stabiele trend in de jaren 2023 en 2024 is onbekend.

Naast de opnames voor ACSCs is ook het totaal aantal opnames per 10.000 verzekerden gedaald tussen 2023 en 2024: van 623 opnames per 10.000 verzekerden naar 605 opnames per 10.000 verzekerden.

Tabel 4 Aantal opnames voor ACSCs per 10.000 verzekerden, vergelijking 2019, 2023 en 2024

	2019	**2023**	2024*
COPD/astma	20,7	16,2	16,2
Hartfalen	7,7	6,4	5,5
Hypertensie	1,3	0,9	0,9
Angina	3,8	1,8	1,6
Diabetes	4,0	3,2	3,2
Cellulitis	5,2	5,4	5,2
IJzertekort	1,8	1,2	1,1
Gastro-enteritis en dehydratie	6,7	5,2	5,0
Pelvic inflammatory disease	0,5	0,5	0,5
Nierontsteking/urinewegontsteking/pyelonephritis	5,2	4,8	4,7
Gangreen	4,0	4,7	4,1
Obstipatie	2,4	1,7	1,6
Dyspepsie en reflux	0,9	0,7	0,6
Migraine/hoofdpijn	1,5	1,0	1,1
KNO-infectie	5,2	3,0	3,0
Totaal aantal opnames voor ACSCs	**70,9**	**56,8**	**54,3**
Totaal aantal opnames	**719,0**	**623,0**	**604,9**

* Voorlopige cijfers: onderzoek uitgevoerd door Zorginstituut Nederland voor de IZA-monitor 'beweging naar een sterkere eerste lijn'

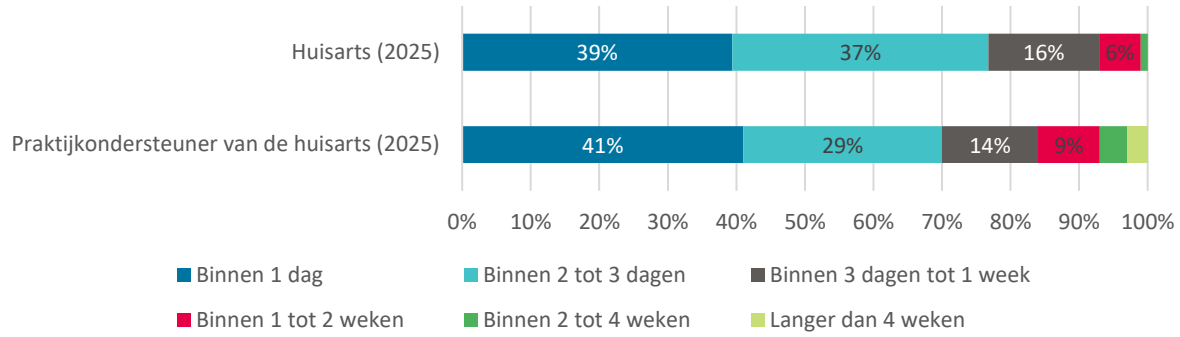
2.2.6 Ervaringen van zorggebruikers met veranderende patiëntenstromen

2.2.6.1 Zorggebruikers zijn minst tevreden over wachttijd bij sociaal of maatschappelijk werker

Ervaren wachttijden

Aan leden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg is gevraagd hoe snel zij in de afgelopen twaalf maanden terecht konden bij verschillende eerstelijnszorgverleners. Burgers die aangaven in deze periode geen zorg of ondersteuning van deze zorg- of hulpverleners nodig te hebben gehad zijn daarbij buiten beschouwing gelaten. Er zijn landelijke afspraken gemaakt over hoe lang de wachttijden in de zorg mogen zijn, dit zijn de zogeheten Treeknormen. De Treeknorm voor de huisartsenzorg schrijft voor dat zorggebruikers meestal binnen twee werkdagen terecht moeten kunnen bij de huisarts en maximaal drie werkdagen zouden moeten wachten. Om inzicht te geven in de mate waarin zorggebruikers binnen de Treeknorm terecht kunnen bij hun huisarts of praktijkondersteuner van de huisarts, zijn de antwoordcategorieën van de vraag over wachttijden in de vragenlijst uitgezet in 2025 (ten behoeve van deze 2-meting rapportage) aangepast. De antwoorden zijn daardoor niet vergelijkbaar met 2024. Voor de huisarts en praktijkondersteuner van de huisarts presenteren we daarom alleen de wachttijden voor 2025. In Figuur 21 is te zien dat driekwart (76%) van de zorggebruikers die gebruik heeft gemaakt van zorg van de huisarts aangaf *binnen één dag* of *binnen twee tot drie dagen* terecht te kunnen bij de huisarts. Dit komt overeen met de Treeknorm. Voor de praktijkondersteuner van de huisarts gaf 70% van de zorggebruikers aan binnen deze termijn terecht te kunnen.

*Figuur 21 Hoe snel kon u meestal terecht bij uw huisarts of praktijkondersteuner van de huisarts in de afgelopen 12 maanden? (N=1.746-3.114) *,** (bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg)*



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

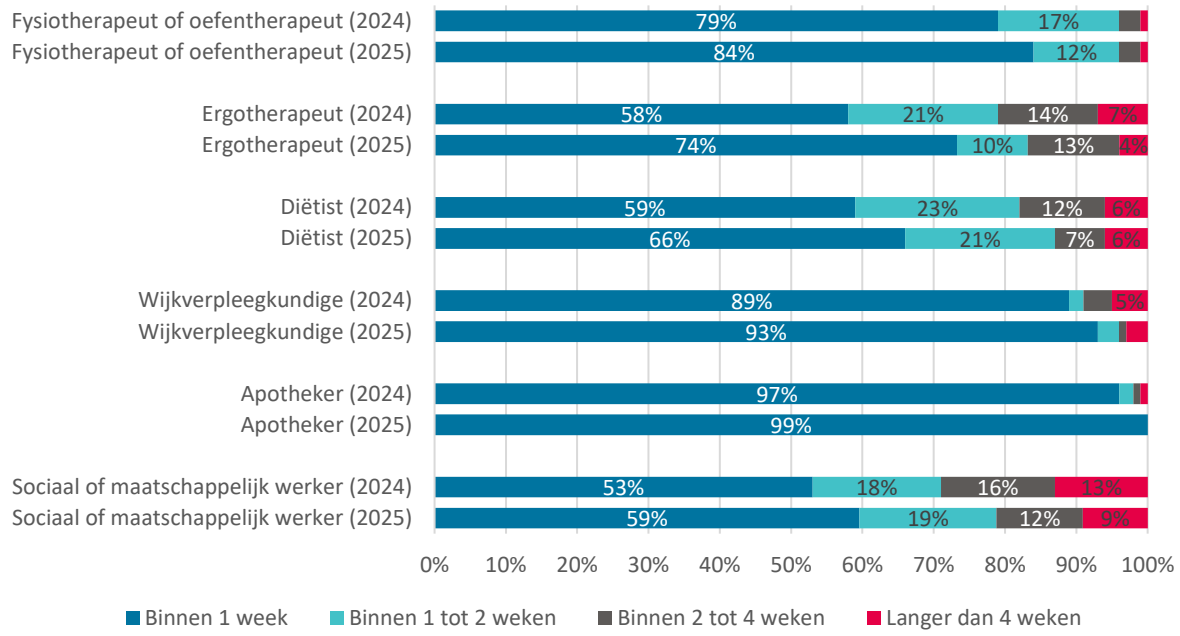
** Percentages <5% hebben geen label in de figuur.

Voor de overige eerstelijnszorg- en hulpverleners kunnen we zowel cijfers over 2024 als over 2025 presenteren. Daarbij zijn de antwoordopties korter dan één week samengevoegd tot de antwoordoptie 'Binnen één week', zodat de twee jaren vergeleken kunnen worden. De Treeknorm stelt dat zorggebruikers binnen een week terecht zouden moeten kunnen bij paramedische zorgverleners. Ten aanzien van de apotheker geldt dat zorggebruikers hun medicijnen binnen één werkdag zouden moeten kunnen ophalen bij hun apotheek. Voor de wijkverpleging geldt dat zorggebruikers niet zouden hoeven te wachten op zorg. Zij moeten wel eerst een indicatie voor wijkverpleegkundige zorg hebben gekregen. Er is geen Treeknorm beschikbaar voor sociaal of maatschappelijk werk.

In Figuur 22 is te zien dat in 2025 voor alle eerstelijnszorgverleners een meerderheid van de zorggebruikers die hier gebruik van heeft gemaakt aangaf *binnen één week* terecht te kunnen. Bijna alle zorggebruikers gaven aan binnen een week terecht te kunnen bij de apotheker (99%) en wijkverpleegkundige (93%). Bij de apotheker gaat het daarbij om terechtkunnen voor een afspraak voor advies of uitleg over medicatie. Ruim acht op de tien (84%) zorggebruikers die in 2025 bij een fysiotherapeut of oefentherapeut zijn geweest, gaven aan hier binnen *één week* terecht te kunnen. Voor de ergotherapeut was dit 74% en voor de diëtist 60%. Van de zorggebruikers die bij een sociaal of maatschappelijk werker zijn geweest, gaf het laagste percentage (59%) aan binnen een week terecht te kunnen. Eén op de tien (9%) gaf aan *langer dan vier weken* te moeten wachten voor de sociaal of maatschappelijk werker.

Voor een aantal eerstelijnszorgdisciplines is een verandering te zien in de wachttijden tussen 2024 en 2025. Zo gaven in 2025 meer zorggebruikers aan binnen een week terecht te kunnen bij de ergotherapeut (74%) dan in 2024 (58%). Ook voor de diëtist is een toename te zien in het percentage dat binnen een week terecht kan (59% in 2024 versus 66% in 2025).

*Figuur 22 Hoe snel kon u meestal terecht bij uw eerstelijnszorgverleners in de afgelopen 12 maanden? (n=106-3.427) *,** (bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg)*



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

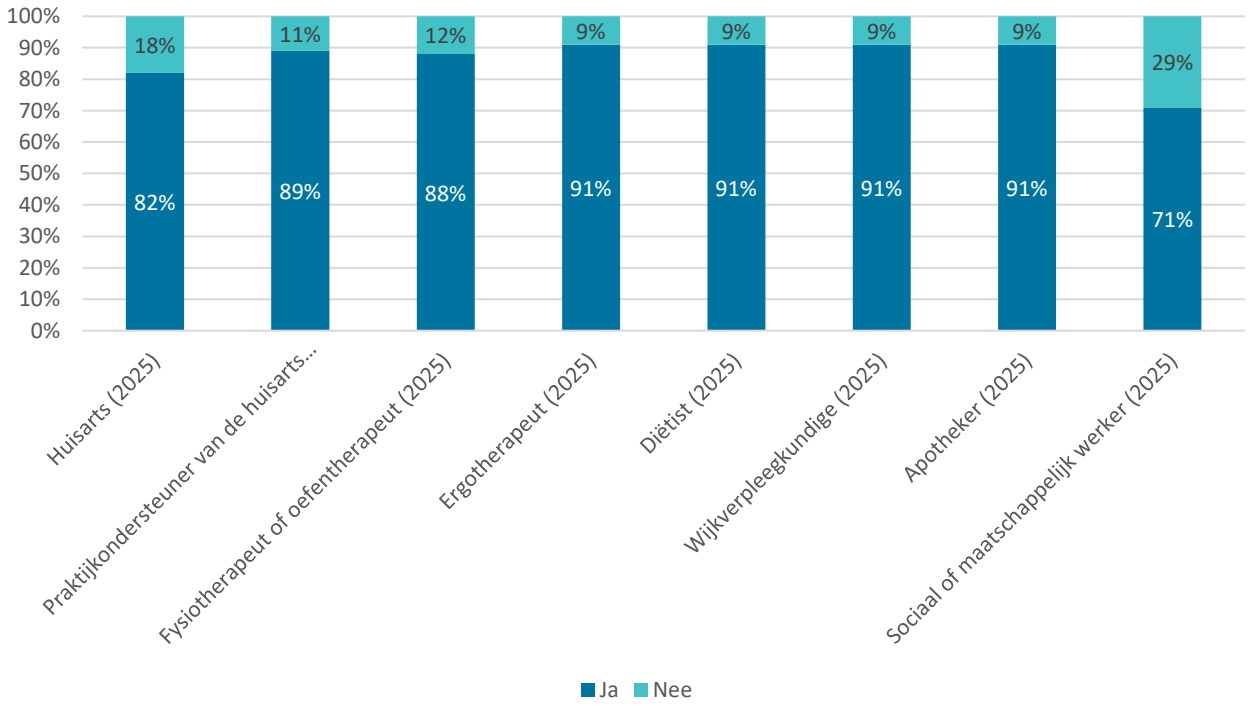
** Percentages <5% hebben geen label in de figuur.

Tevredenheid over wachttijden

In 2025 is een nieuwe vraag toegevoegd over de mate waarin zorggebruikers tevreden waren met de wachttijd voor hun eerstelijnszorgverleners. Daarmee kunnen we inzicht bieden in hoe erg zorggebruikers het vinden dat zij langer moeten wachten dan de Treeknorm voorschrijft. De groep die geen zorg of ondersteuning nodig had is daarbij wederom buiten beschouwing gelaten. Figuur 23 laat zien dat het grootste deel van de zorggebruikers tevreden was over de wachttijden in de eerste lijn. Zorggebruikers gaven het vaakst aan tevreden te zijn over de wachttijd bij de ergotherapeut, diëtist, wijkverpleegkundige en apotheker (allen 91%). Voor de sociaal of maatschappelijk werker gaf het grootste percentage aan niet tevreden te zijn over de wachttijd (29%). Wanneer we de mate van

tevredenheid vergelijken met de wachttijd, zien we dat de tevredenheid afneemt naarmate de wachttijd toeneemt. Zo was 99% van de zorggebruikers die binnen één dag terecht kon bij de huisarts tevreden over de wachttijd. Vanaf een wachttijd voor de huisarts van langer dan één week was een meerderheid van de zorggebruikers ontevreden over deze wachttijd. Bij de praktijkondersteuner van de huisarts zien we daarentegen dat de helft (49%) van de zorggebruikers die twee tot vier weken moest wachten nog tevreden was over de wachttijd. Voor de fysiotherapeut geldt dat de meerderheid (95%) van de zorggebruikers tevreden was over de wachttijd wanneer deze voldeed aan de Treeknorm (binnen een week terechtkunnen). Vanaf een wachttijd van langer dan twee weken was de meerderheid ontevreden over de wachttijd, echter dit betreft een kleine groep. Voor de apotheker zien we dat een meerderheid van de zorggebruikers niet meer tevreden is over de wachttijd bij een wachttijd van langer dan drie dagen. Voor de overige eerstelijnszorgverleners zijn de aantallen te klein om de tevredenheid te kunnen uitsplitsen naar de verschillende wachttijden.

Figuur 23 Was u tevreden over de wachttijd? (n=1.746-3.114) (bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg)

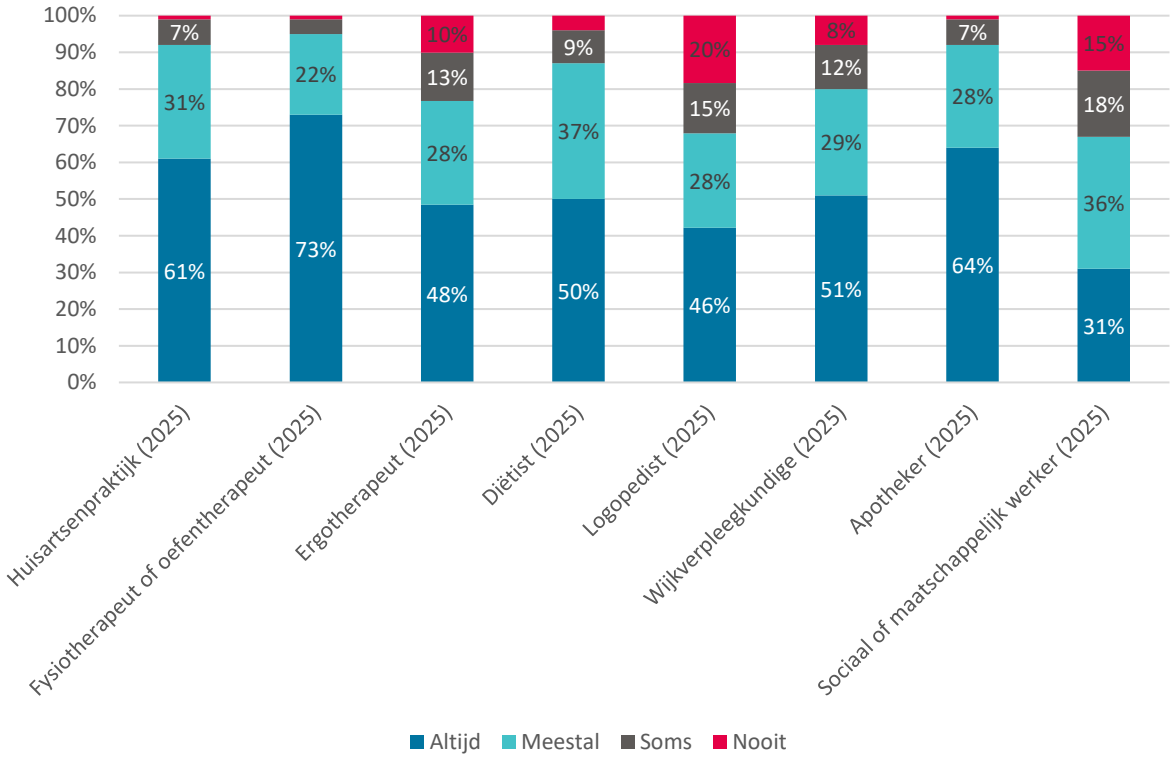


2.2.6.2 Merendeel zorggebruikers positief over bereikbaarheid eerstelijnszorg- en hulpverleners bij vragen of bij plannen of verzetten afspraak

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. In 2025 gaf 73% van de zorggebruikers aan dat de fysiotherapeut of oefentherapeut *altijd* bereikbaar was (Figuur 24). Voor de huisartsenpraktijken (61%) en apotheker (64%) gaven ruim zes op de tien zorggebruikers dit aan, en voor de wijkverpleegkundige (51%), diëtist (50%), ergotherapeut (48%) en logopedist (46%) ongeveer de helft. Van de zorggebruikers die in de afgelopen twaalf maanden contact heeft opgenomen met de sociaal of maatschappelijk werker gaf 31% aan dat deze *altijd* bereikbaar was wanneer zij een vraag hadden of een afspraak wilden plannen of verzetten. Voor de logopedist (20%) en sociaal of maatschappelijk werker (15%) gaf het hoogste percentage zorggebruikers aan dat deze zorg- of

hulpverlener *nooit* bereikbaar was. De ervaren bereikbaarheid in 2025 is vergelijkbaar met die in 2024. We rapporteren daarom alleen de resultaten voor 2025.

*Figuur 24 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=125-3.260) *,** (bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg)*



* 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 2025 contact heeft opgenomen met een zorg- of hulpverlener in de eerste lijn voor een vraag over hun ziekte of behandeling of het plannen of verzetten van een afspraak (n=2.641) gaf 68% aan dat deze goed bereikbaar was. Dit percentage is hetzelfde als in 2024. Zorggebruikers die wel problemen ervaarden met de bereikbaarheid, gaven het vaakst aan problemen te ervaren met de telefonische bereikbaarheid (20% van de groep die contact heeft opgenomen met een eerstelijnszorgverlener) of beperkte openingstijden (11% van de groep die contact heeft opgenomen). Ook dit is vergelijkbaar met de resultaten van 2024.

2.2.6.3 Vertrouwen in de toegankelijkheid van de eerste lijn in de toekomst stabiel

In de media en de politiek is veel aandacht voor de druk op de (eerstelijns)zorg en de mogelijke gevolgen daarvan voor zorggebruikers. 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. In 2025 gaven burgers hun vertrouwen hierin gemiddeld een 7,5 op een schaal van 1 tot 10. Dit is vergelijkbaar met 2024, toen het rapportcijfer een 7,4 was. Daarbij zien we verschillen tussen groepen. Burgers met een maandelijks netto huishoudinkomen tot €1.750 gaven gemiddeld een lager rapportcijfer voor hun vertrouwen (7,3) dan burgers met een inkomen van €1.750 tot €2.700 (7,5) of meer dan €2.700 (7,6).

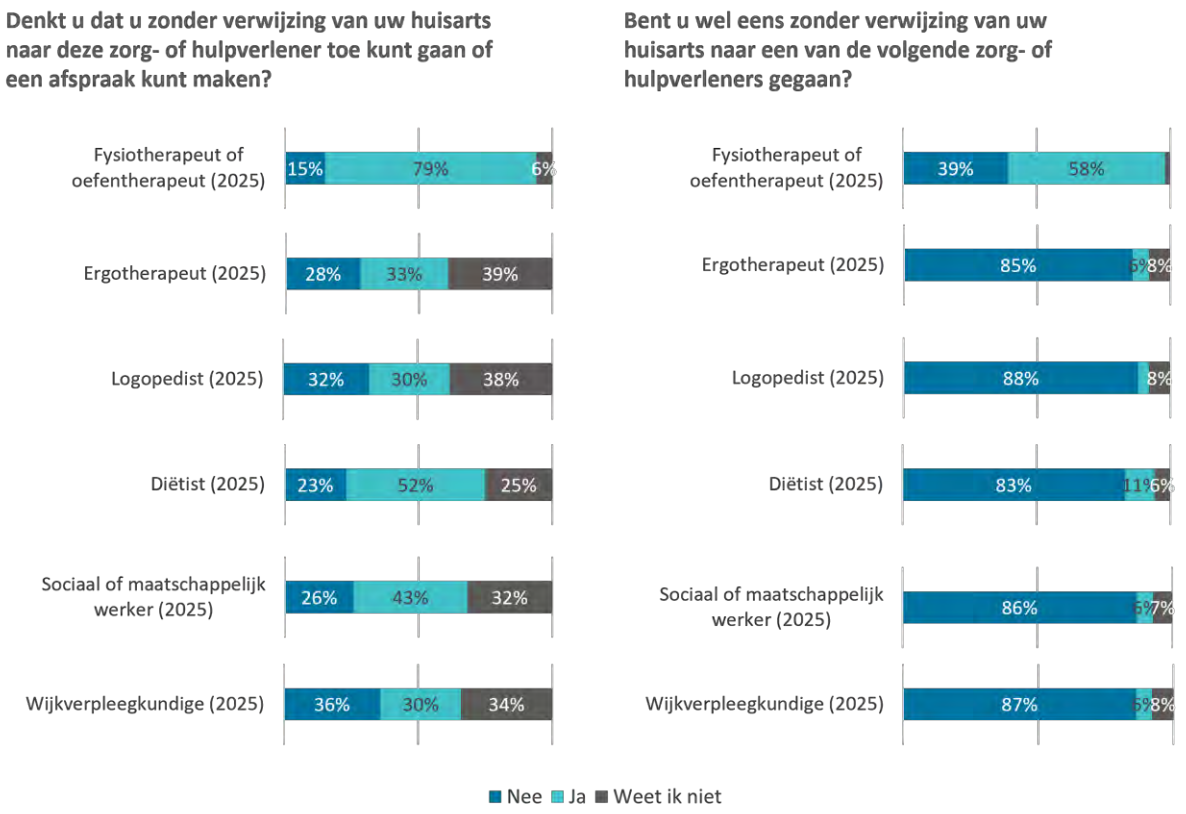
Ook gaven burgers van 65 jaar en ouder een hoger cijfer (7,6) dan zorggebruikers van 18 tot 39 jaar (7,2) en 40 tot 64 jaar (7,2) en gaven mannen gemiddeld een hoger cijfer (7,7) dan vrouwen (7,3).

2.2.6.4 Burgers maken nog steeds weinig gebruik van directe toegang

Bij de meeste disciplines 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, zodat een bezoek aan de huisarts dat alleen is gericht op het verkrijgen van een verwijzing voor een andere zorg- of hulpverlener kan worden voorkomen. Aan burgers is daarom gevraagd of zij weten dat ze zonder verwijzing van hun huisarts naar een aantal zorg- en hulpverleners in de eerste lijn toe kunnen gaan of een afspraak kunnen maken. Net als in 2024 gaf in 2025 de meerderheid van de burgers aan hiervan op de hoogte te zijn voor de fysiotherapeut (79%) en de diëtist (52%) (Figuur 25). Voor de andere onderzochte eerstelijnszorgverleners is de bekendheid met directe toegankelijkheid minder. In 2025 gaf 32% tot 39% van de burgers aan niet te weten of het mogelijk is om zonder verwijzing naar de ergotherapeut, logopedist, sociaal of maatschappelijk werker of wijkverpleegkundige te gaan. 28% tot 36% dacht ten onrechte dat dit niet mogelijk was. Daarmee is de kennis over de mogelijkheid van directe toegang in 2025 vergelijkbaar met die in 2024. Hierom laten we alleen de resultaten voor 2025 zien.

Naast kennis over de mogelijkheid van directe toegang is ook gevraagd of burgers wel eens zonder verwijzing van de huisarts naar een eerstelijnszorg- of hulpverlener zijn gegaan (Figuur 25). Voor de fysiotherapeut gaf in 2025 de meerderheid van de burgers aan dit gedaan te hebben (58%). Voor de overige zorgverleners gaf het grootste deel aan dit nooit gedaan te hebben. Daarbij zien we geen verschillen tussen 2024 en 2025. We rapporteren daarom alleen de resultaten voor 2025.

Figuur 25 Denkt u dat u zonder verwijzing van uw huisarts naar deze zorg- of hulpverlener toe kunt gaan of een afspraak kunt maken? (n=3.613-3.820) (bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg)*

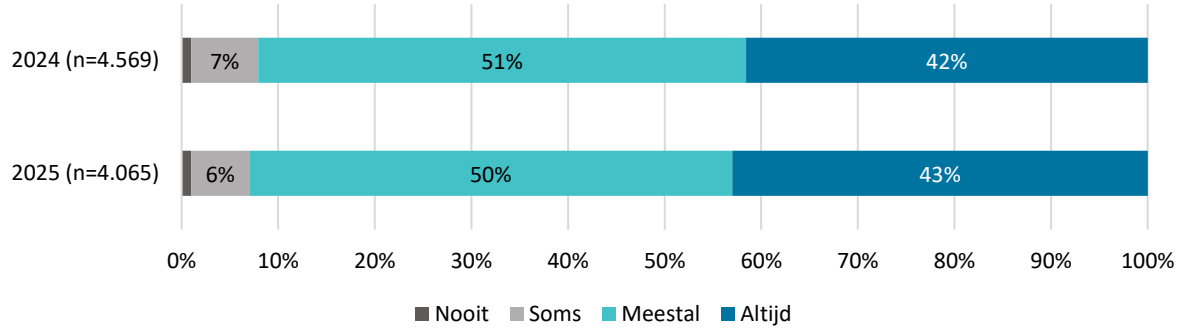


* Percentages <5% hebben geen label in de figuur.

2.2.6.5 Voorbereiding op en toeleiding naar eerstelijnszorg

Een belangrijk aspect van het IZA en de Visie Eerstelijnszorg 2030 is een passende voorbereiding op en toeleiding naar de eerste lijn. Een onderdeel daarvan is dat burgers weten waar zij terechtkunnen met hun zorg- of hulpvraag. In 2025 gaf 50% van de burgers aan *meestal* te weten waar zij terechtkunnen met hun zorg- of hulpvraag en 43% *altijd* (Figuur 26). Deze percentages zijn vergelijkbaar met 2024. Burgers met een hoog opleidingsniveau (hbo of universiteit) (46%) en een netto huishoudinkomen van meer dan €2.700 per maand (48%) gaven vaker aan *altijd* te weten waar zij terechtkunnen dan burgers met een laag opleidingsniveau (t/m lbo) (37%) en een inkomen tot €1.750 per maand (36%). Ook gaven burgers van 65 jaar en ouder vaker aan *altijd* te weten waar ze terechtkunnen (46%) dan burgers van 18 t/m 39 jaar (36%) en 40 t/m 64 jaar (37%). Deze verschillen zagen we ook in 2024.

Figuur 26 Ik weet waar ik terecht kan met mijn zorg- of hulpvraag (bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg)



2.2.6.6 Burgers blijven tevreden over geboden zorg

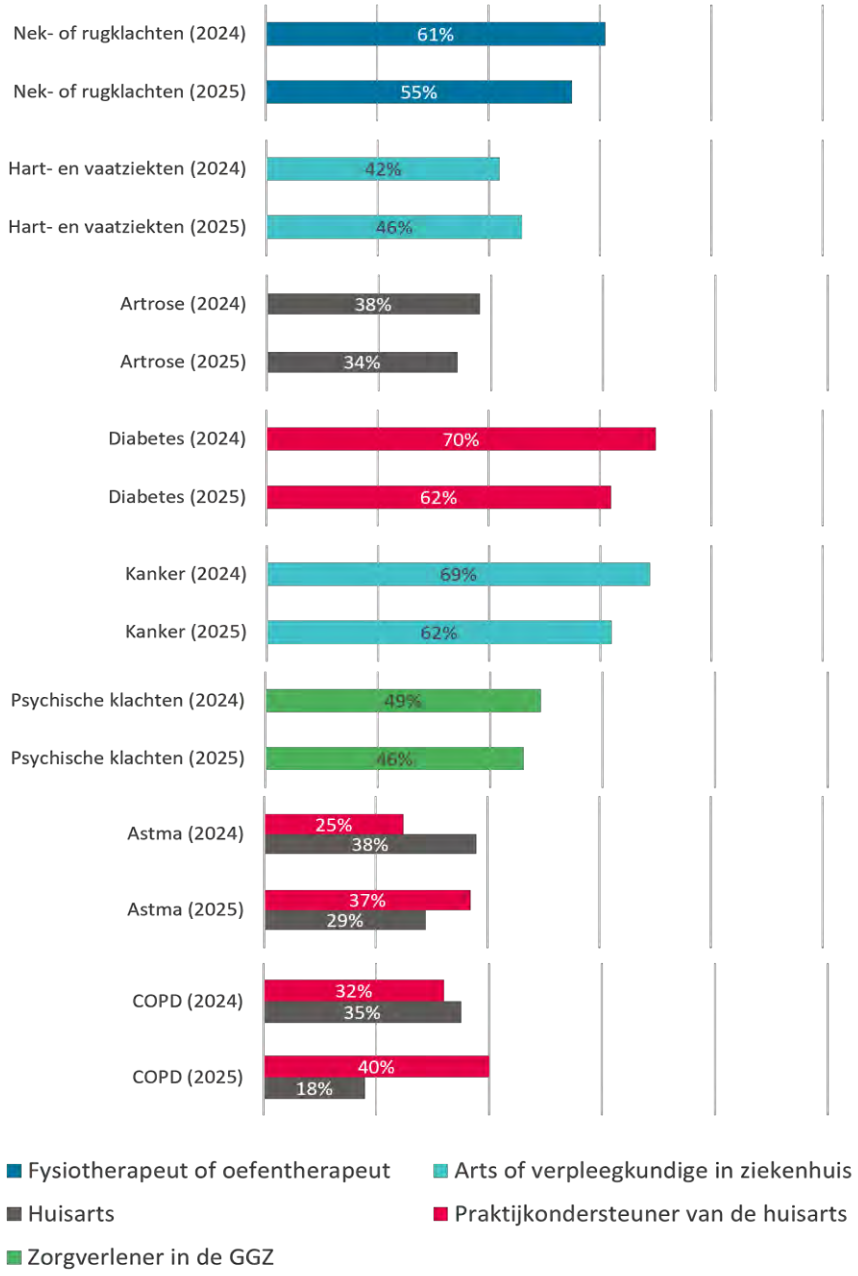
Voor de tien aandoeningen met veranderpotentieel die binnen deze monitor worden onderscheiden is in de vragenlijst onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidsvraag gevraagd of zij één van deze aandoeningen hebben en zo ja, of zij hierover contact hebben gehad met een zorg- of hulpverlener in de afgelopen twaalf maanden. Voor de panelleden waarvoor dit gold is gevraagd met welke zorg- of hulpverlener zij het vaakst contact hebben gehad en hoe zij de geboden zorg hebben ervaren.

Van de 3.767 panelleden die in 2025 het onderdeel van de vragenlijst over de ervaren zorg voor de tien aandoeningen met veranderpotentieel hebben ingevuld, had 50% (n=1.880) ten minste 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. Net als in 2024 kwamen nek- of rugklachten het vaakst voor: 29% van de panelleden met één van de aandoeningen/ doelgroepen met veranderpotentieel gaven aan deze aandoening te hebben. Hierna kwamen hart- en vaatziekten (19%) en artrose (17%) het vaakst voor.

In 2025 gaf 68% van de zorggebruikers met één van de aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel aan in de afgelopen twaalf maanden contact te hebben gehad met een zorg- of hulpverlener voor deze aandoening. Zorggebruikers met psychische klachten gaven het vaakst aan contact te hebben gehad met een zorg- of hulpverlener voor hun aandoening (86%) en zorggebruikers met artrose het minst vaak (56%). Aanvullend is gevraagd met welke zorg- of hulpverlener zij het vaakst contact hebben gehad. Figuur 27 laat per aandoening/doelgroep met veranderpotentieel zien welke zorg- of hulpverlener het vaakst werd aangekruist. De arts of verpleegkundige in het ziekenhuis, sociaal of maatschappelijk werker, ergotherapeut, diëtist,

logopedist, apotheker en wijkverpleegkundige zijn voor geen van de aandoeningen het vaakst aangekruist en worden daarom niet weergegeven in de figuur. In de figuur is te zien dat voor de meeste aandoeningen/doelgroepen in 2025 het vaakst contact was met dezelfde zorg- of hulpverlener als in 2024. Voor zorggebruikers met astma of COPD zien we een verandering in de zorgverlener waarmee het vaakst contact was. Beide groepen zorggebruikers hadden in 2024 het vaakst contact met de *huisarts* voor hun aandoening. In 2025 was dit de *praktijkondersteuner van de huisarts*. Voor astma en COPD worden beide zorgverleners gepresenteerd in de figuur. De grootste verschuiving zien we daarbij bij zorggebruikers met COPD. In 2024 gaf 18% van deze groep aan het vaakst contact te hebben met de praktijkondersteuner van de huisarts voor hun aandoening, in 2025 was dit 40%. Het aantal patiënten met deze aandoening in de vragenlijst was echter beperkt, waardoor de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Figuur 27 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=1.235-1.521) (bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg)



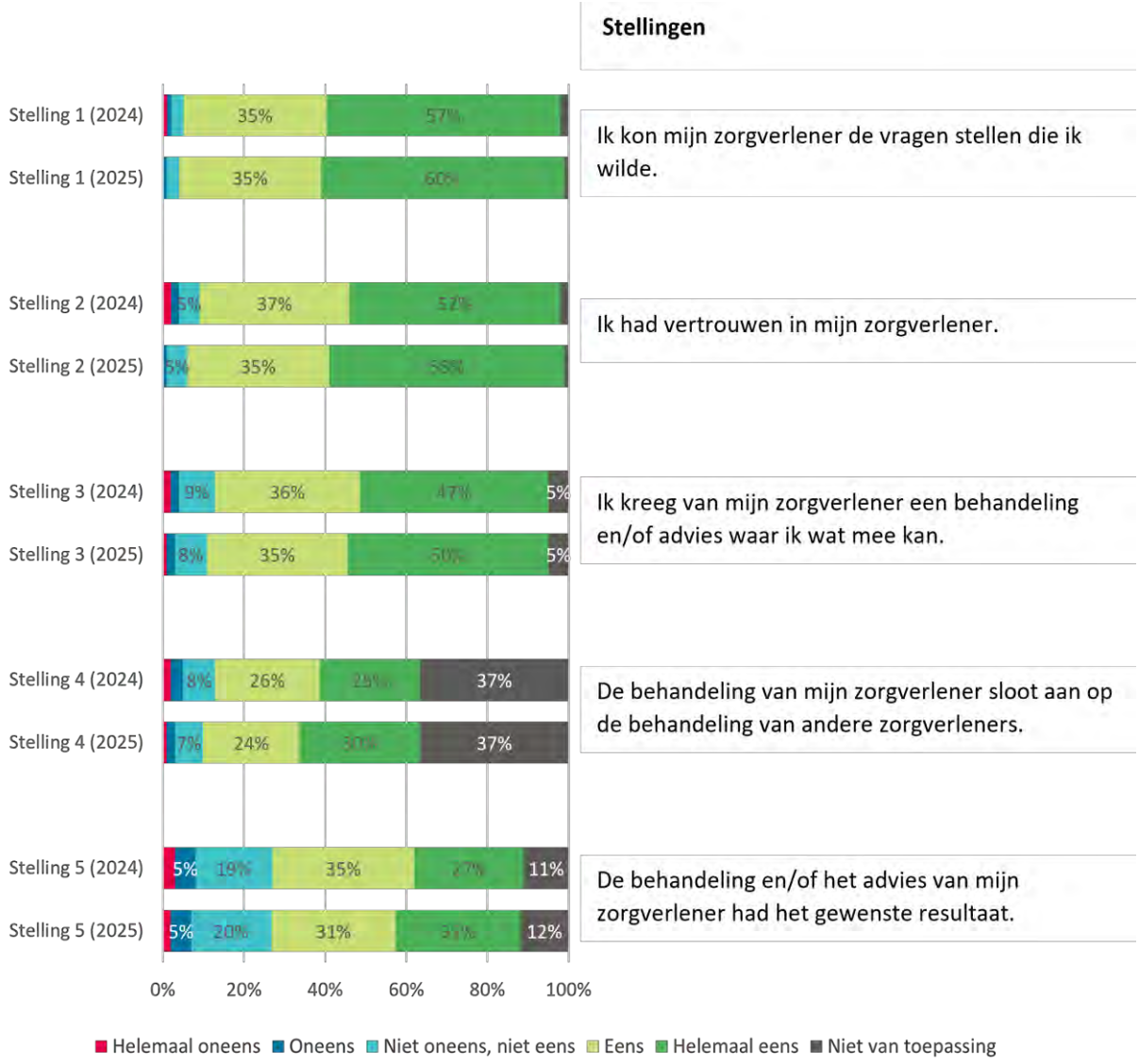
Ten slotte is aan de panelleden gevraagd hoe zij de zorg hebben ervaren van de zorg- of hulpverlener waarmee zij het vaakst contact hebben gehad voor één van de aandoeningen met veranderpotentieel. Dit is uitgevraagd met behulp van Patient Reported Experience Measures (PREM's), een meetmethode die aan de hand van stellingen de ervaringen van patiënten meet. Uit Figuren 28 en 29 blijkt dat zorggebruikers in 2025, net als in 2024, over het algemeen tevreden waren met de zorg die ze ontvangen. Zo was in 2025 92% het er (helemaal) mee eens dat hun zorgverlener de ziekte, aandoening of klacht waarvoor ze kwamen begreep en was 95% het er (helemaal) mee eens dat ze hun zorgverlener de vragen konden stellen die ze wilden. Voor de eerste set stellingen (Figuur 28) vonden we dat het percentage burgers dat het (helemaal) eens was met de derde, vierde en vijfde stelling in 2025 significant hoger was dan in 2024, hoewel de verschillen klein waren. Voor de andere twee stellingen vonden we geen verschil tussen de jaren. Voor de tweede set stellingen (Figuur 29) was het percentage dat het (helemaal) eens was met de eerste en tweede stelling in 2025 significant hoger dan in 2024. Voor de andere stellingen vonden we geen verschil. De tevredenheid met de geboden zorg lijkt dus licht te zijn toegenomen.

Figuur 28 Ervaringen met de geboden zorg (deel 1) (n=1.229-1.632) (bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg)*



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

Figuur 29 Ervaringen met de geboden zorg (deel 2) (n=1.226-1.632) (bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg)*



* 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 nek-of rugklachten, artrose of kanker over het algemeen positief zijn over de geboden zorg. Zo was 95% van de zorggebruikers met artrose het er (helemaal) mee eens dat hun zorgverlener begrijpelijk uitlegt en was 94% van de zorggebruikers met kanker het er (helemaal) mee eens dat zij vertrouwen hadden in hun zorgverlener. Net als in 2024 waren zorggebruikers met psychische klachten minder tevreden. Zo was 61% van deze zorggebruikers het er (helemaal) mee eens dat dat hun zorgverlener hen informeerde over het verloop van hun ziekte, aandoening of klacht, maar was 9% het (helemaal) oneens met deze stelling. Ook was 10% van de zorggebruikers met psychische klachten het (helemaal) oneens met de stelling dat de behandeling en/of advies van hun zorgverlener het gewenste resultaat had. We kunnen geen uitspraken doen over de ervaringen met de geboden zorg van zorggebruikers met dementie, omdat voor deze groep het aantal waarnemingen te laag (<40) was.

Daarnaast zien we verschillen in de ervaringen met de geboden zorg tussen de verschillende zorg- en hulpverleners. Zorggebruikers waren over het algemeen positief over de fysiotherapeut of oefentherapeut. Ze waren iets minder positief over de psycholoog, arts of verpleegkundige in de GGZ en de praktijkondersteuner van de huisarts. Dit zagen we ook in 2024. 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 is door Zorginstituut Nederland aanvullend inzicht verkregen in de ervaringen van zorggebruikers met de wijkverpleging aan de hand van de PREM wijkverpleging. Aan zorggebruikers die wijkverpleging hebben ontvangen is gevraagd om een rapportcijfer te geven van 1 (Nee, helemaal niet) tot 10 (Ja, helemaal wel) voor negen indicatoren. Uit de vorige meting in 2023 bleek dat zorggebruikers over het algemeen positieve ervaringen hadden met de wijkverpleging. Ook in 2024 waren zorggebruikers positief over de wijkverpleging (Tabel 5). Zij beoordeelden alle indicatoren gemiddeld met een 8 of hoger. We zien daarin geen veranderingen ten opzichte van 2023.

Tabel 5 PREM wijkverpleging (N=318-324, gewogen) (bron: Zorginstituut Nederland)

Indicator	Gemiddeld rapportcijfer	
	2023	2024
Krijgt u zorg van een vast team van zorgverleners?	8,4	8,4
Komen de zorgverleners op de afgesproken tijd?	8,2	8,2
Nemen de zorgverleners uw wensen mee bij het bepalen van de zorg?	8,7	8,7
Past de zorg bij de manier waarop u wilt leven?	8,6	8,6
Behandelen de zorgverleners u met aandacht?	8,9	8,9
Voelt u zich op uw gemak bij de zorgverleners?	8,9	8,9
Heeft u vertrouwen in de deskundigheid van de zorgverleners?	8,8	8,8
Houden de zorgverleners in de gaten hoe het met uw gezondheid gaat?	8,8	8,8
Kunt u met de hulp van de zorgverleners beter omgaan met uw ziekte of aandoening?	8,4	8,4

Uitdaging 3: Passende zorg in de eerste lijn

Een van de kernelementen in het IZA is het streven naar meer passende zorg. Passende zorg is een aanpak om ervoor te zorgen dat iedereen ook in de toekomst goede zorg kan krijgen. Hieraan zijn vier principes verbonden: 1) passende zorg is waardegedreven (d.w.z. dat zorg op de eerste plaats effectief is, voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en meerwaarde heeft voor de patiënt, met daarnaast een doelmatige inzet van mensen, middelen en materialen), 2) passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand, waarbij patiënten samen met hun arts beslissen over wat voor hen de best mogelijke behandeling is, 3) passende zorg vindt plaats op de juiste plek en wordt waar mogelijk dichtbij de patiënt georganiseerd, en 4) passende zorg gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en de aandacht voor wat iemand wel kan [1].

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

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

In Bijlage A.3 staan de indicatoren vermeld waarmee inzicht wordt verkregen in het thema passende zorg in de eerste lijn.

Kernpunten

Meer tijd voor de patiënt

- In 2024 hebben bijna alle huisartsenpraktijken Meer Tijd Voor de Patiënt gedeclareerd. Ook waren de meeste zorggebruikers, net als in 2024, in 2025 tevreden over de duur van het consult bij hun huisarts.

Samen beslissen

- Zorggebruikers waren in 2025, net als in 2024, meestal tevreden over samen beslissen in de eerste lijn.

Meer aandacht voor kwaliteit van leven en preventie

- Een meerderheid van de gemeenten is in 2025 gestart met de ketenaanpakken Kansrijke Start, Kind naar Gezonder Gewicht, Gecombineerde Leefstijlinterventie, Sociaal verwijzen en Valpreventie.
- Burgers spraken in 2025 net als in 2024, weinig met hun eerstelijnszorgverleners over leefstijl en onderwerpen op het gebied van kwaliteit van leven.

Continuïteit van zorg

- In 2025 had een hoger percentage van de huisartsenprakijken met een patiëntenstop een volledige patiëntenstop dan in 2024.

- In 2025 had een groter deel van de zorggebruikers met een chronische ziekte een zorgplan dan in 2023.

Digitalisering

- Meer huisartsen gaven aan dat ze elektronisch gegevens konden uitwisselen met verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties in 2025. Daarnaast verleenden verpleegkundigen in de huisartsenzorg alle uitgevraagde onderdelen van het zorgproces in 2025 vaker digitaal dan in 2024.
- Het totale aantal paginaweergaven op Thuisarts.nl is gedaald.
- Minder zorgverleners gaven aan zichzelf als digitaal vaardig te beschouwen in hun werk.

3.1 Methoden

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

- Vragenlijst onder alle 9.752 leden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg, verstuurd in september 2025. 4.111 panelleden vulden de vragenlijst in (42% respons). We duiden deze groep aan als 'burgers', 'zorggebruikers' of, wanneer we deze groep vergelijken met het Nivel Panel Samen Sterk (voorheen: Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG)), 'zorggebruikers uit de algemene bevolking' (zie de inleiding voor de definities van burgers en zorggebruikers). Zie voor meer informatie bijlage B.1 of Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg | Nivel.

- Vragenlijst onder zelfstandig wonende leden van het Nivel Panel Samen Sterk van 18 jaar en ouder met een (medisch vastgestelde) chronische ziekte en/of een lichamelijke beperking, verstuurd naar 2.506 leden met een chronische ziekte in april 2025. 1.676 panelleden vulden de vragenlijst in (67% respons). We duiden deze groep aan als 'zorggebruikers met een chronische ziekte'. Zie voor meer informatie: Nivel Panel Samen Sterk | Nivel.

- Vragenlijsten die in de periode april - juli 2025 zijn uitgezet onder het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg, het Nivel Panel Samen Sterk, het Nivel Panel Verpleging & Verzorging en het panel van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst 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 (ontvangen via Zorginstituut Nederland) over het percentage huisartspraktijken die MTVP hebben gedeclareerd.

- Cijfers over percentage gemeenten die ketenaanpakken hebben opgestart zijn opgehaald uit vragenlijsten die zijn uitgezet onder gemeentes in kader van de Gezond Actief Leven Akkoord (GALA)-monitor die wordt uitgevoerd door het RIVM. Zie GALA-monitor 2025, Van ambitie naar

actie voor meer informatie. Daarnaast is gebruik gemaakt van twee aanverwante monitors gericht op een specifieke ketenaanpak, namelijk de Monitor Gecombineerde Leefstijlinterventie (Jaarrapportage monitor Gecombineerde leefstijl interventie (GLI) 2024) en de Monitor Valpreventie (Monitor valpreventie | CBS).

- Om inzicht te bieden in het zoeken naar informatie over gezondheid worden het totaal aantal paginaweergaven op Thuisarts.nl weergegeven. 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.

In Bijlage B.3 staat een uitgebreide toelichting op de methoden.

3.2 Bevindingen

In deze paragraaf worden de bevindingen over de vijf thema's van passende zorg gepresenteerd. In het eerste deel van de paragraaf beschrijven we thema 1, Meer tijd voor de patiënt (§3.2.1). In het tweede deel beschrijven we het thema Samen beslissen (§3.2.2). Het derde thema, Preventie en kwaliteit van leven, wordt beschreven in het derde deel van de paragraaf (§3.2.3). Deel vier bevat het thema Continuïteit van zorg (§3.2.4). In het vijfde deel beschrijven we het thema Digitalisering (§3.2.5).

3.2.1 Meer tijd voor de patiënt

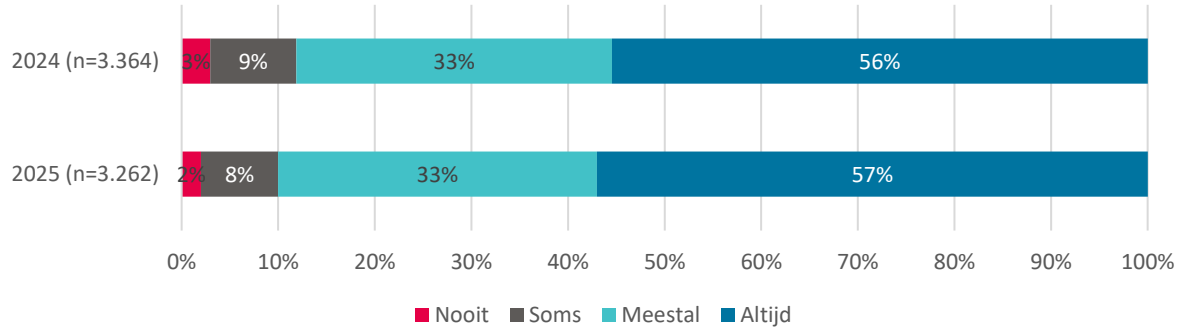
Bijna alle huisartsenpraktijken hebben Meer Tijd Voor de Patiënt gedeclareerd

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 betrof tot en met 2024 een tarief uit Segment 3 per ingeschreven verzekerde per kwartaal op het niveau van de huisartspraktijk. Per 1 januari 2025 wordt MTVP structureel bekostigd vanuit Segment 1. In het IZA is afgesproken dat per 1 april 2023 maximaal 25% van de totaal ingeschreven verzekerden gebruik kan maken van 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, waardoor de kwaliteit van zorg verbetert. Dit heeft naar verwachting niet alleen minder terugkeer-consulten voor de praktijk tot gevolg, maar ook een lager aantal verwijzingen naar de tweede lijn en minder benodigde diagnostiek. Ook kan het helpen om de werkdruk in de huisartsenzorg te verlagen, het werkplezier te verhogen en kan het bijdragen aan meer patiënttevredenheid. Resultaten van de Monitor Doelgroepen IZA laten zien dat het percentage huisartspraktijken dat MTVP heeft gedeclareerd is toegenomen van 1,8% in 2022 naar 82,1% in 2023 en 93,0% in 2024. Dit betekent dat in 2024 bijna alle huisartsenpraktijken MTVP hebben gedeclareerd. We weten daarbij niet hoe en voor welke patiënten MTVP is ingezet. Zie hier meer informatie over het percentage huisartspraktijken dat MTVP heeft gedeclareerd uitgesplitst naar wijken met verschillende samenstellingen van patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden.

Zorggebruikers blijven tevreden over duur consult bij de huisarts

MTVP is ook vanuit het perspectief van zorggebruikers onderzocht middels een vragenlijst onder het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg. In 2025 gaf 90% 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 (Figuur 30). Dit is vergelijkbaar met 2024, toen 89% van de zorggebruikers aangaf *altijd* of *meestal* voldoende tijd te hebben. Zorggebruikers blijven dus tevreden over de duur van een consult bij hun huisarts. Wel zien we hierin verschillen tussen verschillende groepen zorggebruikers. Net als in 2024 zagen we in 2025 dat zorggebruikers die aangaven ten minste één ziekte, aandoening of klacht te hebben of te hebben gehad in de afgelopen twaalf maanden minder vaak aangaven (55%) *altijd* voldoende tijd te hebben om alles wat voor hen belangrijk is te bespreken dan zorggebruikers zonder ziekten, aandoening of klachten (63%). Daarnaast gaven zorggebruikers van 18-39 jaar minder vaak aan voldoende tijd te hebben (50%) dan zorggebruikers van 65 jaar en ouder (59%). Dit verschil zagen we ook in 2024. Zorggebruikers met een matige of slechte ervaren gezondheid gaven in 2025 het vaakst aan *nooit* voldoende tijd te hebben (5%).

Figuur 30 Heeft u tijdens een afspraak met uw huisarts voldoende tijd om alle dingen die voor u belangrijk zijn te bespreken?,** (bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg)*



* 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%.

3.2.2 Samen beslissen

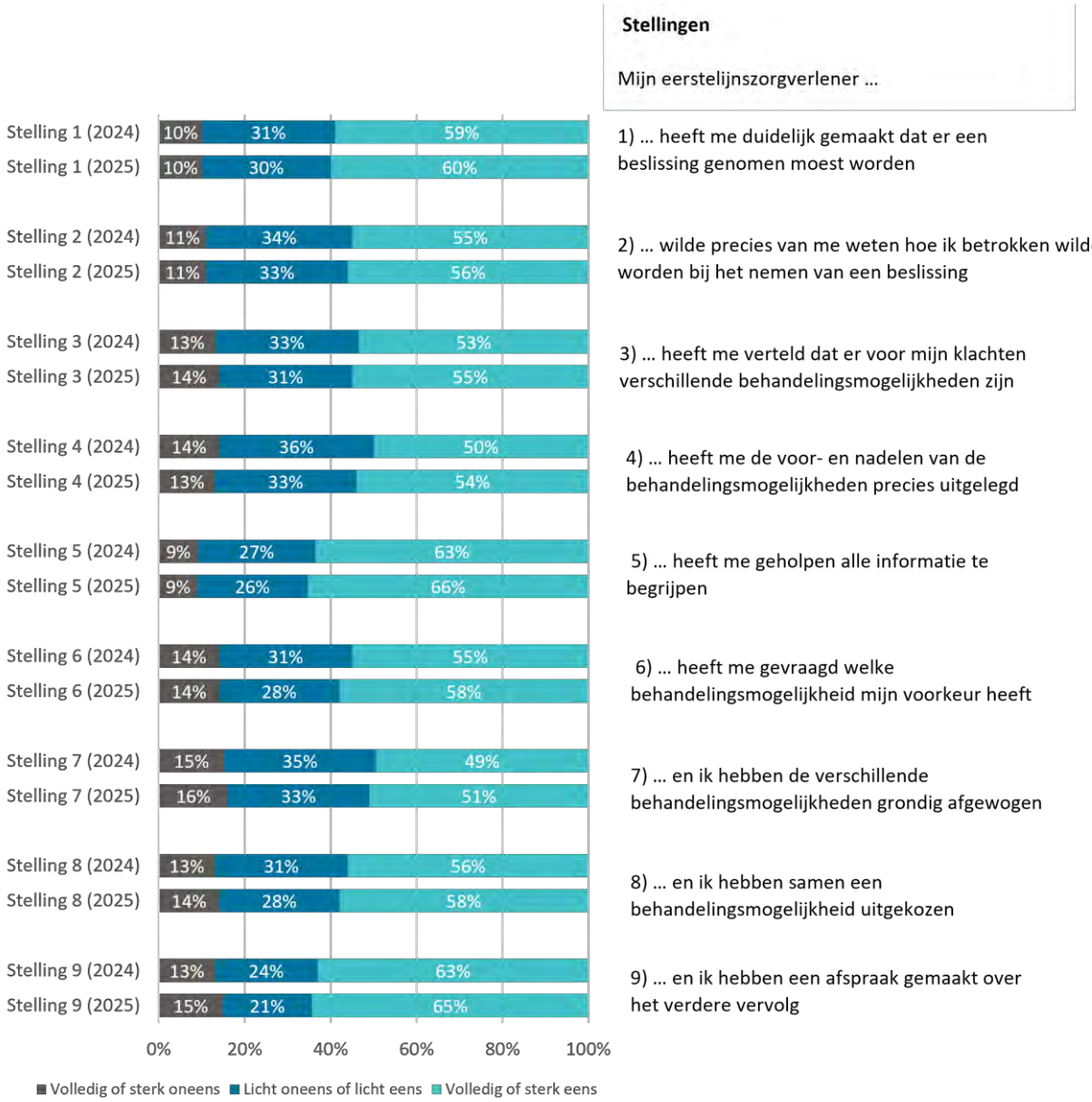
Samen beslissen is het proces waarbij een zorgprofessional en patiënt of cliënt samen bespreken welke behandeling of zorg het best aansluit bij de persoonlijke situatie en behoeften van de patiënt of cliënt. Hierbij worden de risico's, voor- en nadelen van verschillende behandelopties en persoonlijke wensen en voorkeuren van de patiënt meegenomen.

Zorggebruikers zijn, net als in 2024, meestal positief 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 Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg. In 2025 gaf 42% (n=1.604) van de zorggebruikers aan in de afgelopen twaalf maanden samen met hun eerstelijnszorgverlener(s) een keuze te hebben gemaakt over hun behandeling, zorg of ondersteuning. Het grootste deel van hen gaf aan dit te hebben gedaan met de huisarts (60%), gevolgd door de fysiotherapeut of oefentherapeut (16%) en de praktijkondersteuner van de huisarts (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 31). Dit is uitgevraagd onder zorggebruikers die aangaven samen met hun eerstelijnszorgverlener(s) een keuze te hebben gemaakt (42%). Van hen was 66% het *volledig of sterk eens* met de stelling dat hun eerstelijnszorgverlener hen heeft geholpen om alle informatie te begrijpen. 65% was het *volledig of sterk eens* met de stelling dat zij en hun eerstelijnszorgverlener een afspraak hebben gemaakt over het verdere vervolg. Ook in 2024 waren dit de stellingen waar de meeste zorggebruikers het volledig of sterk mee eens waren. Net als in 2024 was de stelling 'Mijn eerstelijnszorgverlener en ik hebben de verschillende behandelingsmogelijkheden grondig afgewogen' het minst positief beantwoord: 51% van de zorggebruikers was het in 2025 *volledig of sterk eens* met deze stelling.

Figuur 31 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=920-1.308) (bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg)*



* 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.

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 2025 was de gemiddelde totaalscore van zorggebruikers 68 op een schaal van 0 tot 100. In 2024 was de totaalscore ook 68. De ervaren mate van samen beslissen in de eerste lijn is dus niet veranderd.

3.2.3 Preventie en kwaliteit van leven

Voor alle ketenaanpakken geldt dat meerderheid van gemeenten hiermee is gestart

Het Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) is gericht op een lokale en regionale aanpak van preventie, gezondheid en sociale basis. Hier wordt onder andere invulling aan gegeven door de inrichting van vijf ketenaanpakken: Kansrijke Start, Kind naar Gezonder Gewicht, Gecombineerde Leefstijlinterventie, Sociaal verwijzen en Valpreventie. Het doel is om tot een landelijk dekkend aanbod van deze ketenaanpakken te komen. De GALA-monitor monitort deze voortgang. Hiertoe is een vragenlijst uitgezet onder gemeenten. Hieruit blijkt dat voor alle ketenaanpakken in 2025 de meerderheid van de gemeenten is gestart met de inrichting. Dit betekent dat er afspraken zijn gemaakt over de ketenaanpak tussen in ieder geval de zorgverzekeraar en gemeente. Voor specifiek de ketenaanpak Kansrijke Start betekent dit dat er is gestart met de vorming van een lokale of regionale coalitie. Bijna alle gemeenten die in 2025 de vragenlijst hebben ingevuld, zijn gestart met Valpreventie (98%). Ook zijn zo'n negen op de tien gemeenten gestart met Sociaal verwijzen (92%) en Kansrijke Start (90%). Een iets lager percentage is gestart met Kind naar Gezonder Gewicht (73%) en de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) (72%) (Tabel 6). Alle gemeenten die in 2025 de vragenlijst hebben ingevuld, zijn gestart met de inrichting van ten minste één ketenaanpak. 145 gemeenten zijn gestart met alle vijf de ketenaanpakken. Beperkte personele capaciteit bij gemeenten en het ontbreken van samenwerkingsafspraken met zorgverzekeraars zijn de meest genoemde redenen voor het niet starten met de inrichting van een ketenaanpak. Wanneer we kijken naar de ontwikkeling van de inzet van ketenaanpakken over tijd, zien we dat het percentage gemeenten dat is gestart met de implementatie voor alle ketenaanpakken is gestegen tussen 2023 en 2025. Voor ketenaanpakken waarmee nog relatief weinig gemeenten waren gestart in 2023, zoals Kind naar Gezonder Gewicht en Valpreventie, is deze stijging het grootst (bron: GALA-monitor 2025, Van ambitie naar actie).

Tabel 6 Overzicht inzet van ketenaanpakken in 2023-2025

			Percentage gemeenten dat gestart is met de implementatie in het betreffende jaar of daarvoor			
Ketenaanpak	**Doel**	**Financiële regeling**	**2023**	**2024**	**2025**	**Voornaamste reden waarom gemeenten nog niet zijn gestart met implementatie**
Kansrijke Start	Ieder kind de best mogelijke start te geven tijdens de eerste duizend dagen.	SPUK-gelden*	81%	87%	90%	Beperkte beschikbaarheid personeel of capaciteit bij gemeente.
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 basisverzekering	30%	53%	73%	Beperkte beschikbaarheid personeel of capaciteit bij gemeente.
Gecombineerde Leefstijl-interventie	Passende begeleiding en zorg bieden aan volwassenen met overgewicht en obesitas.	Vergoed vanuit basisverzekering	47%	64%	72%	Beperkte beschikbaarheid personeel of capaciteit bij gemeente.
Sociaal verwijzen	Versterken van de sociale basis voor mensen met psychosociale klachten of problemen door toeleiding naar ondersteuning door welzijn of het sociaal domein. Bijvoorbeeld met de erkende interventie Welzijn op Recept.	SPUK-gelden	64%	75%	92%	Geen samenwerkings-afspraken met zorgverzekeraar en/of beperkte beschikbaarheid van personeel of capaciteit bij gemeente
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 basisverzekering	41%	82%	98%	Geen samenwerkings-afspraken met zorgverzekeraar.

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

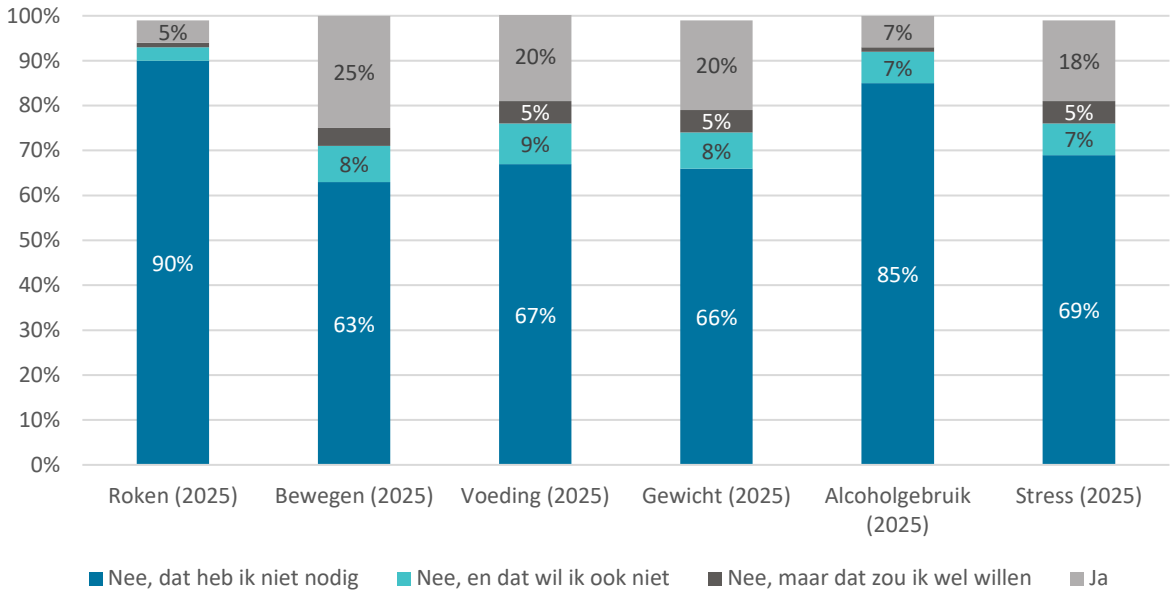
Naast informatie over de inrichting van ketenaanpakken door gemeenten is ook gekeken naar de inzet van ketenaanpakken op individueel niveau. Hierin kunnen we inzicht bieden voor de GLI en Valpreventie. In 2024 zijn op het peilmoment van 31 mei 14.020 mensen ingestroomd in de GLI. Dit betekent dat in 2024 hun eerste declaratie plaatsvond. Dit aantal is vergelijkbaar met voorgaande jaren, toen waren het er 12.835 (in 2023) en 15.106 (in 2022). In totaal namen 60.345 mensen deel aan de GLI in 2024. Een deel van hen is al eerder ingestroomd. Voor valpreventie geldt dat in 2024 80.000 mensen van 65 jaar en ouder hebben deelgenomen aan een interventie.

Burgers spreken nog steeds weinig met eerstelijnszorgverleners over leefstijl

Een belangrijk aandachtspunt in het IZA is de verschuiving naar meer aandacht voor preventie en kwaliteit van leven. Via een vragenlijst onder leden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg is daarom aan burgers gevraagd of zij wel eens gesproken hebben met hun eerstelijnszorgverlener(s) over verschillende onderwerpen op het gebied van leefstijl, wat onderdeel is van preventie. We weten niet met welke zorgverlener burgers hierover hebben gesproken. In 2025 gaf een meerderheid van de burgers aan nooit met een eerstelijnszorgverlener te hebben gesproken over roken, bewegen, voeding, gewicht, alcoholgebruik of stress (75%-95%) (Figuur 32). Het grootste deel van hen zegt dit ook *niet nodig* te hebben (62%-90%). Een klein deel zou dit *wel willen* (1%-5%). Wanneer wel over leefstijl wordt gesproken, gaat dit het vaakst over bewegen. In 2025 gaf een kwart van de burgers (25%) aan hier wel eens over gesproken te hebben met een eerstelijnszorgverlener. Voor voeding en gewicht is dit 19% en voor stress 18%. De mate waarin burgers in 2025 met hun eerstelijnszorgverleners hebben gesproken over onderwerpen op het gebied van leefstijl is vergelijkbaar met 2024. We rapporteren daarom alleen de resultaten voor 2025.

Burgers die een ziekte, aandoening of klacht hebben of hebben gehad gaven in 2025 vaker aan met een zorgverlener te hebben gesproken over bewegen (29% vs. 8%), voeding (22% vs. 8%), gewicht (23% vs. 7%) en alcoholgebruik (8% vs. 3%) dan burgers zonder ziekte, aandoening of klacht. Mogelijk komt dit doordat leefstijl onderdeel is van de behandeling of doordat zij vaker eerstelijnszorgverleners bezoeken. Ook burgers van 65 jaar en ouder spraken vaker over bewegen (26% vs. 14%), gewicht (20% vs. 10%) en alcoholgebruik (8% vs. 3%) dan burgers van 18 tot 39 jaar. Over stress werd juist vaker gesproken door 18 tot 39-jarigen (27%) dan door 65-plussers (13%). Deze verschillen zagen we ook in 2024. Ten slotte spraken mensen met een hoog opleidingsniveau (hbo of universiteit) in 2025 vaker dan mensen met een laag opleidingsniveau (t/m lbo) over voeding (20% versus 16%) en stress (21% versus 13%).

Figuur 32 Heeft u wel eens met uw eerstelijnszorgverlener(s) gesproken over één van de volgende onderwerpen? (n=3.850-3.874) (Bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg)*



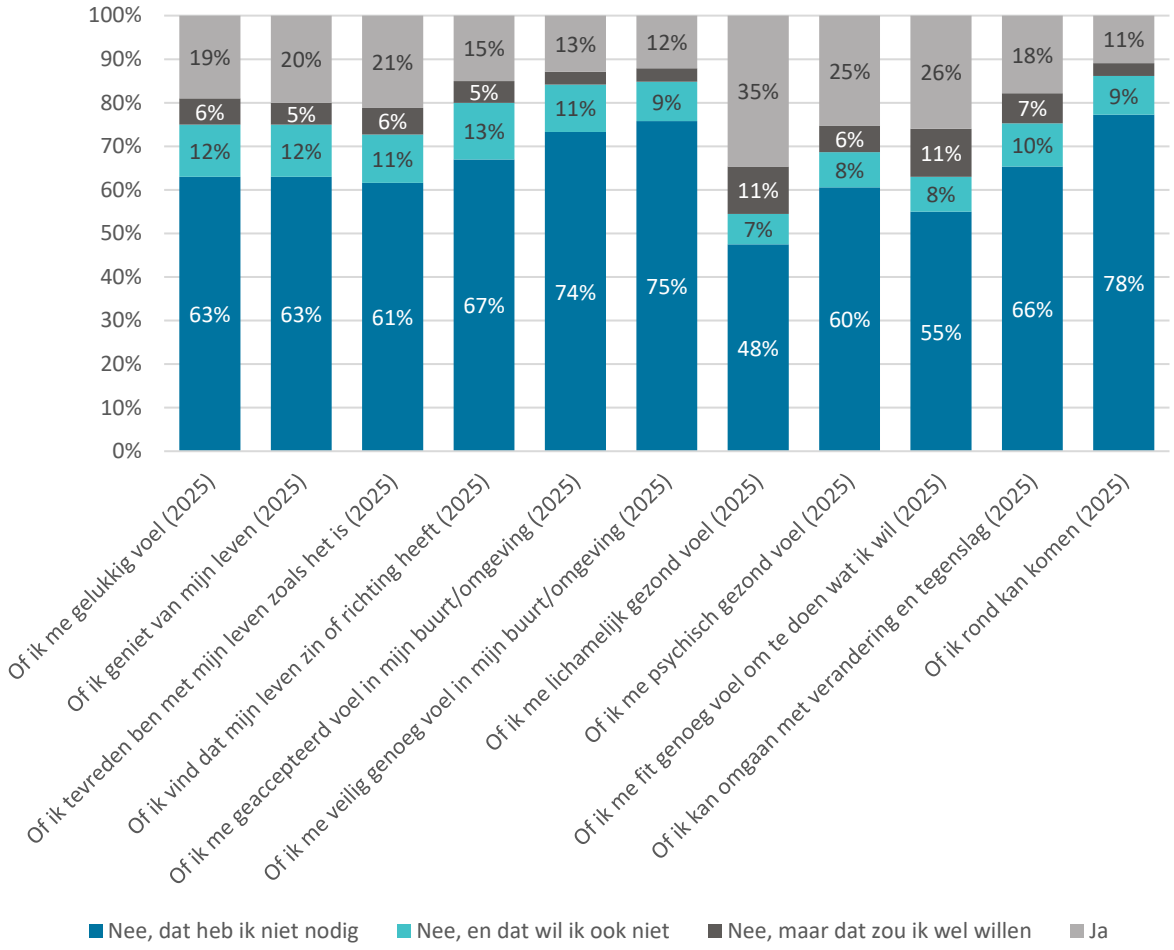
* Percentages <5% hebben geen label in de figuur.

Burgers praten het vaakst met eerstelijnszorgverleners over hun lichamelijke gezondheid

Net als voor leefstijl geldt dat burgers over het algemeen weinig praten over onderwerpen op het gebied van kwaliteit van leven met hun eerstelijnszorgverleners, zo blijkt uit data van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg. In 2025 spraken burgers het vaakst over of zij zich lichamelijk gezond voelen. Ongeveer een derde (35%) gaf aan hier wel eens over gesproken te hebben (Figuur 33). Een kwart van de burgers sprak met een eerstelijnszorgverlener over of zij zich fit genoeg voelen om te doen wat zij willen (26%) of over of zij zich psychisch gezond voelen (25%). Desondanks wordt voor bijna alle onderwerpen aangegeven dat burgers het niet nodig vinden om hierover te praten met een eerstelijnszorgverleners. Dit geldt het sterkst voor kunnen rondkomen (78%) en gevoelens van veiligheid (75%) en acceptatie (74%) in de buurt of omgeving. Eén op de tien burgers (11%) gaf aan niet met hun eerstelijnszorgverlener te praten over of zij zich lichamelijk gezond voelen en over of zij zich fit genoeg voelen om te doen wat zij willen, maar zouden dat wel willen. Ook zou 7% met hun eerstelijnszorgverlener willen praten over of zij kunnen omgaan met verandering en tegenslag. Hier ligt ruimte voor zorg- en hulpverleners in de eerste lijn om het gesprek aan te gaan. De mate waarin burgers in 2025 met hun eerstelijnszorgverleners hebben gesproken over hun kwaliteit van leven is vergelijkbaar met 2024. We rapporteren daarom alleen de resultaten voor 2025.

Mensen die aangaven een ziekte, aandoening of klacht te hebben spraken vaker over alle onderwerpen dan mensen zonder ziekte, aandoening of klacht. Ook spraken 65-plussers vaker over de meeste onderwerpen dan mensen van 18 tot 39 jaar, met uitzondering van je gelukkig voelen en je psychisch gezond voelen, waarover vaker werd gesproken door de jongste leeftijdsgroep. Deze verschillen zagen we ook in 2024. Ten slotte gaven mensen met een laag opleidingsniveau (t/m lbo) in 2025 vaker aan te hebben gesproken over bijna alle onderwerpen dan mensen met een hoog opleidingsniveau (hbo of universiteit).

Figuur 33 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=3.864-3.909) (bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg)*



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

3.2.4 Continuïteit van zorg

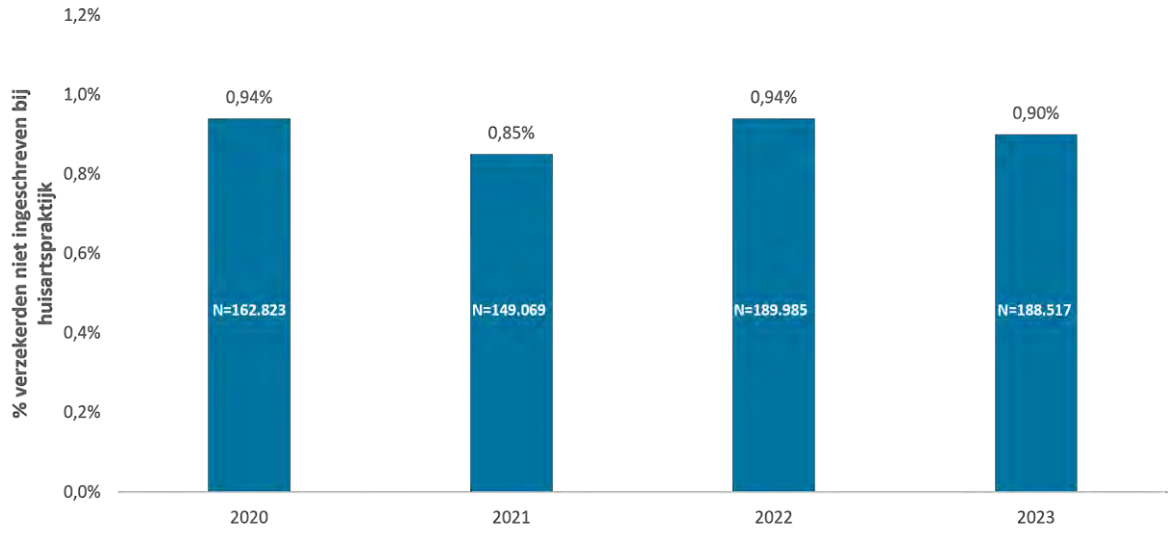
Eén van de uitgangspunten van de Visie Eerstelijnszorg is het waarborgen van de continuïteit van eerstelijnszorg. Continuïteit van zorg betekent dat de zorg en ondersteuning voor patiënten en cliënten in samenhang worden georganiseerd, waardoor deze logisch op elkaar aansluiten. Dit draagt bij aan de kwaliteit van zorg. Bij continuïteit van zorg gaat het om de bekendheid van individuele zorgverleners met de situatie van de patiënt of cliënt. Het idee hierbij is dat vaste zorgverleners op de hoogte zijn van de situatie en zicht kunnen houden op eventuele veranderingen in de gezondheid en hierdoor waar nodig tijdig kunnen handelen. Daarnaast is de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij een patiënt of cliënt van belang voor de continuïteit van zorg. Wanneer zorgverleners elkaar kennen, kunnen zij de zorgverlening afstemmen door samen afspraken te maken, zaken aan elkaar over te dragen en behandelingen op elkaar te laten aansluiten. Dit biedt duidelijkheid voor patiënten en cliënten.

Meer huisartsenpraktijken hebben een volledige patiëntenstop in 2025

De huisarts vervult een centrale rol als eerste aanspreekpunt en handelt een groot deel van alle klachten in de zorg zelf af. Daarnaast fungeren huisartsen als poortwachter, waarbij zij patiënten kunnen doorverwijzen naar andere zorgverleners. Toegang tot huisartsenzorg is daarom een belangrijk aspect voor de continuïteit van de zorg. Uit gegevens van Vektis blijkt dat het percentage

verzekerden in Nederland dat niet bij een huisartsenpraktijk staat ingeschreven stabiel is. In 2020 ging het om 0,94% van de verzekerden (162.823 personen), in 2023 was dit 0,90% (188.517 personen) (Figuur 34). Dit aantal is gecorrigeerd voor het aantal verzekerden met een zorgzwaartepakket "instellingszorg met behandeling" binnen de Wet langdurige zorg (Wlz), die niet ingeschreven hoeven te staan bij een huisartsenpraktijk. Er kon niet gecorrigeerd worden voor alle mensen die wel verzekerd zijn maar mogelijk geen huisartsenzorg hoeven te ontvangen, zoals verzekerden die in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg verblijven (zie methode 'Declaratiegegevens van Vektis' in Bijlage B.3 voor meer informatie). Regionale cijfers zijn te vinden via het Vektis-Dashboard Huisartsenzorg. Er zijn voor 2024 nog geen gegevens beschikbaar over de inschatting van het aantal verzekerden dat een geheel jaar een zorgzwaartepakket "instellingszorg met behandeling" binnen de Wlz heeft ontvangen. We kunnen de cijfers voor 2024 daarom niet presenteren. In de 3-meting zullen zowel de cijfers voor 2024 als 2025 worden opgenomen.

*Figuur 34 Ontwikkeling percentage dat niet staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk van alle verzekerden in Nederland tussen 2020-2023 (bron: Vektis)**



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 bij een huisartsenpraktijk en daardoor ten onrechte als niet-ingeschreven worden geteld. In de cijfers in deze grafiek hebben wij gecorrigeerd voor het aantal personen in 2020-2023 met een zorgzwaartepakket "instellingszorg met behandeling" binnen de Wlz zoals gerapporteerd door Vektis, waarmee we cijfers presenteren van personen die niet waren ingeschreven bij een huisarts maar wel verzekerd waren. Bij de interpretatie van deze cijfers dient rekening te worden gehouden met dat andere groepen die ten onrechte als niet-ingeschreven-maar-wel-verzekerd gelden, zoals verzekerden die in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg verblijven, niet geëxcludeerd kunnen worden op basis van de Vektis-cijfers. Daarnaast worden in deze cijfers per definitie onverzekerde mensen niet meegenomen. Deze groepen kunnen (deels) wel toegang hebben tot de huisartsenzorg.

* In 2025 heeft Vektis het aantal verzekerden dat niet staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk geüpdatet voor de jaren 2020-2023. De percentages die worden gerapporteerd in bovenstaande figuur wijken daarmee af van de percentages die zijn gerapporteerd in de 1-meting, waarin een lichte stijging te zien was.

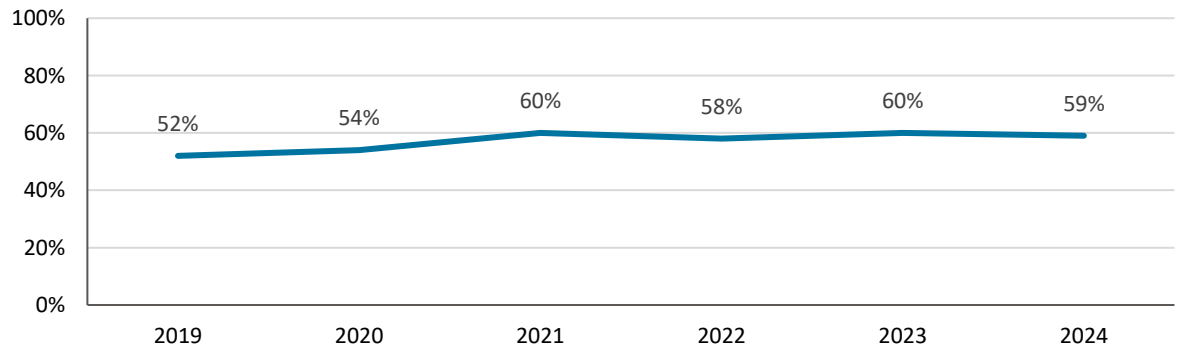
De Monitor Toegankelijkheid van zorg van de NZa biedt ook inzicht in het aantal mensen dat op de wachtlijst staat voor huisartsenzorg, aan de hand van het aantal verzekerden dat zich meldt bij hun zorgverzekeraar voor zorgbemiddeling voor inschrijving bij een huisartsenpraktijk. Uit deze monitor blijkt dat het aantal verzekerden dat zich meldt voor zorgbemiddeling in het tweede kwartaal van 2025 licht is gedaald, na een eerdere stijging in 2024. Mogelijk wijst deze afname van het aantal

verzekerden dat zorgbemiddeling zocht op een lichte afname van het aantal verzekerden dat niet staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. Echter melden niet alle verzekerden die niet staan ingeschreven bij een huisartsenpraktijk zich bij hun zorgverzekeraar en kunnen ook verzekerden die wel staan ingeschreven hun zorgverzekeraar benaderen voor zorgbemiddeling, omdat zij willen overstappen naar een andere huisartsenpraktijk. De omvang van deze groep is niet bekend.

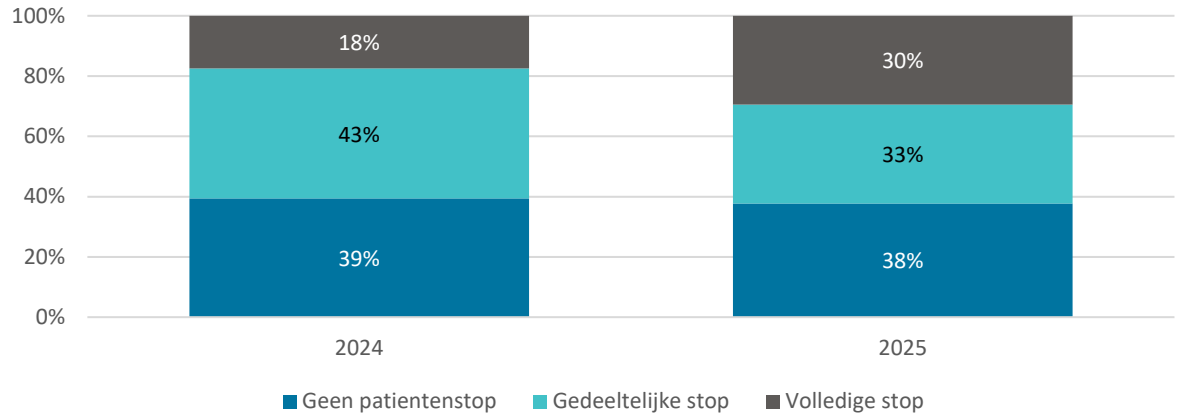
Wanneer huisartsenpraktijken (tijdelijk) geen nieuwe patiënten aannemen in de praktijk, een zogeheten patiëntenstop, is het voor verzekerden die niet staan ingeschreven bij een huisarts moeilijker om een nieuwe huisarts te vinden. Op basis van de Nivel huisartsenpraktijkenquête kunnen we inzicht bieden in het aandeel huisartsenpraktijken met een patiëntenstop. Hieruit blijkt dat het aandeel huisartsenpraktijken met één of meer (tijdelijke) vormen van een patiëntenstop per jaar stabiel was met 60% over de periode 2021 t/m 2024 (Figuur 35) [27-29]. Deze vraag wordt sinds 2025 niet meer gesteld, maar is vervangen door de sinds 2024 gestelde vraagstelling over het type patiëntenstop. Als er geen patiëntenstop geldt, worden alle nieuwe patiënten aangenomen die redelijkerwijs in het verzorgingsgebied van de huisartsenpraktijk wonen. Een gedeeltelijke patiëntenstop houdt in dat de praktijk alleen bepaalde groepen patiënten aanneemt, zoals familie van bestaande patiënten, mensen die verhuisd zijn naar het verzorgingsgebied van de praktijk of vluchtelingen. Bij een volledige patiëntenstop wordt geen enkele patiënt meer aangenomen in de praktijk. In Figuur 36 is het percentage huisartsenpraktijken met een gedeeltelijke of volledige patiëntenstop te zien. In 2025 was een stijging van 12 procentpunten te zien in de huisartsenpraktijken met een volledige patiëntenstop (van 18% in 2024 naar 30% in 2025). Het aantal praktijken met een gedeeltelijke patiëntenstop nam af met 10 procentpunten in 2025 ten opzichte van 2024. Meer gedetailleerde data uit 2024 over ontwikkelingen rondom patiëntenstops en het burgerperspectief hierop zijn te vinden via:

- Burgerperspectief [30];
- Huisartsenperspectief [31].

Figuur 35 Trend in huisartsenpraktijken die een patiëntenstop hadden in het afgelopen jaar, 2019 – 2024 (bron: Nivel huisartsenpraktijkenquête)



Figuur 36 Trend in huisartsenpraktijken die een (gedeeltelijke) patiëntenstop hadden in het afgelopen jaar, 2024 en 2025 (bron: Nivel huisartsenpraktijkenquête)

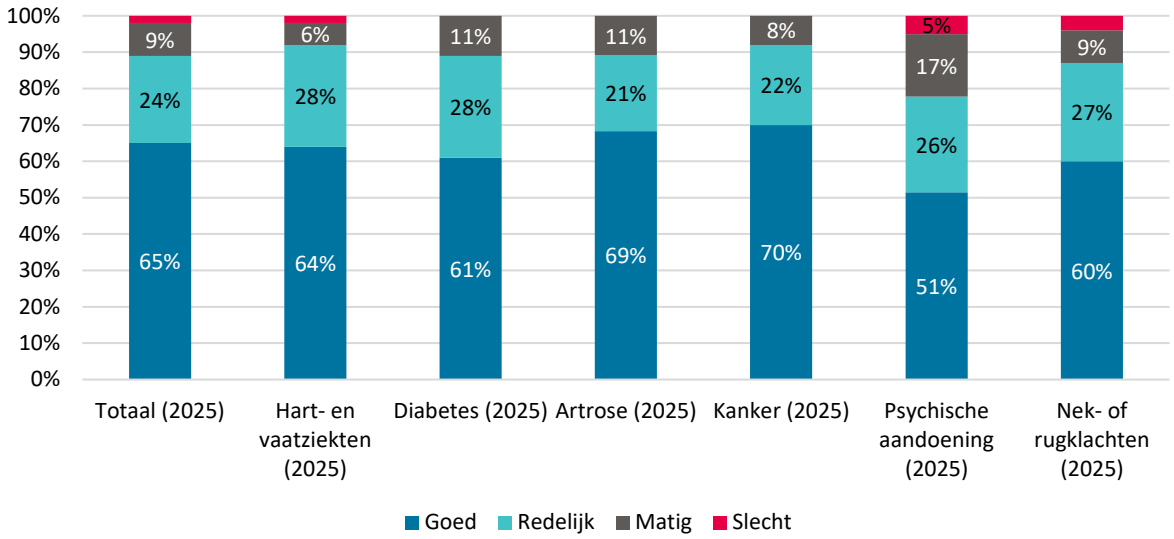


Net als in 2024 ervaart twee derde van zorggebruikers samenwerking tussen hun zorg- en hulpverleners als goed

Naar continuïteit van zorg is ook gekeken vanuit het perspectief van zorggebruikers. Daarbij is onder andere gekeken naar hoe zorggebruikers de samenwerking tussen betrokken zorg- en hulpverleners hebben ervaren. Dit is gevraagd aan zorggebruikers die in de afgelopen twaalf maanden zorg hebben ontvangen van meer dan één zorg- of hulpverlener voor hetzelfde gezondheidsprobleem (n=1.269, 32%). Van deze groep gaf in 2025 65% aan de samenwerking als *goed* te ervaren (Figuur 37). 24% ervaarde de samenwerking als *redelijk* en 11% als *matig* of *slecht*. Daarbij zagen we verschillen in de ervaren samenwerking tussen de verschillende aandoeningen met veranderpotentieel die binnen de monitor worden onderscheiden. In hoofdstuk 2 “Veranderende patiëntenstromen” wordt meer informatie gegeven over de verschillende aandoeningen met veranderpotentieel. Onder zorggebruikers met kanker gaf het hoogste percentage aan de samenwerking als goed te ervaren (70%), gevolgd door zorggebruikers met artrose (69%). Zorggebruikers met een psychische aandoening gaven het minst vaak aan de samenwerking als goed te ervaren (51%). Het is niet bekend 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. De ervaren samenwerking in 2025 is vergelijkbaar met 2024, zowel voor de totale groep als uitgesplitst naar de aandoeningen met veranderpotentieel. We rapporteren daarom alleen de resultaten voor 2025.

Naast verschillen naar aandoening zagen we in 2025 ook verschillen naar leeftijd en opleidingsniveau. Mensen van 65 jaar en ouder gaven vaker aan de samenwerking als goed te ervaren (71%) dan mensen van 18 tot 39 jaar (40%) en mensen van 40 tot 64 jaar (51%). Ook ervaarden mensen met een laag opleidingsniveau de samenwerking vaker als goed (77%) dan mensen met een hoog opleidingsniveau (57%).

Figuur 37 Hoe vindt u de samenwerking in het algemeen tussen uw zorg- en hulpverleners? (n=73-1.256),**,*** (Bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg)*



* 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.

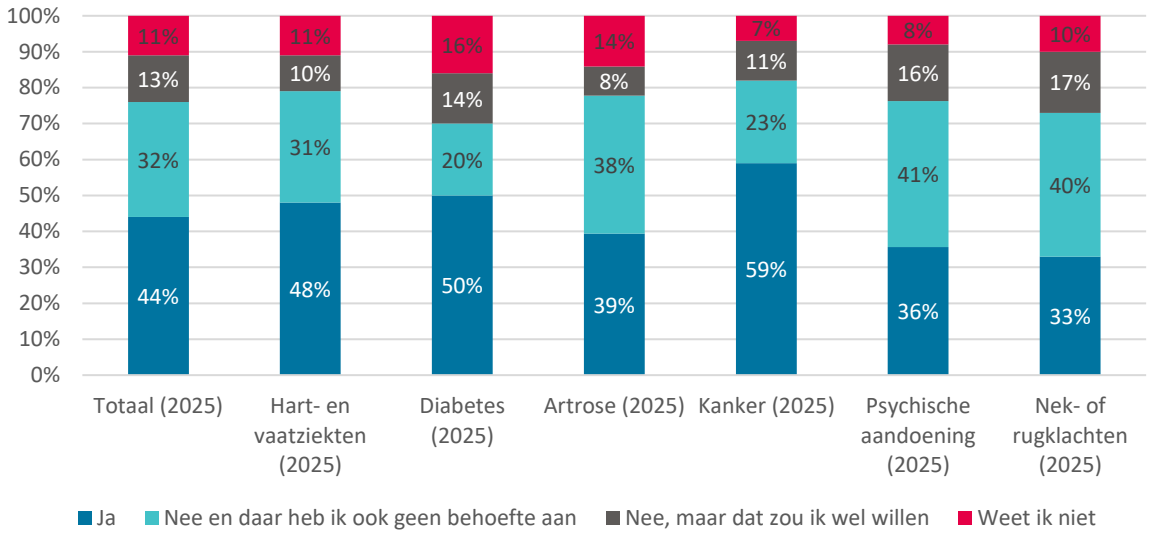
*** Voor de aandoeningen astma, COPD en dementie waren de aantallen te laag (<40) om uitspraken te kunnen doen.

44% van zorggebruikers die zorg ontvangen van meerdere zorgverleners heeft vast aanspreekpunt

Wanneer zorggebruikers zorg en ondersteuning ontvangen van meerdere zorg- of hulpverleners voor hetzelfde gezondheidsprobleem, kan het voor hen prettig zijn om één centraal aanspreekpunt te hebben waar zij terecht kunnen met vragen. In 2025 gaf 44% van de zorggebruikers die zorg hebben ontvangen van meerdere zorg- of hulpverleners aan een vast aanspreekpunt te hebben (Figuur 38). Een derde (32%) heeft geen vast aanspreekpunt en heeft hier ook geen behoefte aan. In 2024 is deze vraag op een andere manier uitgevraagd. We kunnen de percentages daarom niet vergelijken en presenteren om deze reden alleen de cijfers van 2025.

Wanneer we kijken naar verschillen in het hebben van een vast aanspreekpunt uitgesplitst naar de geselecteerde aandoeningen met veranderpotentieel, zien we dat onder zorggebruikers met kanker het hoogste percentage aangeeft een vast aanspreekpunt te hebben dat verantwoordelijk is voor het regelen van hun zorg en ondersteuning (59%). Zorggebruikers met nek- of rugklachten gaven het minst vaak aan een vast aanspreekpunt te hebben (33%). Tegelijkertijd gaf deze groep het vaakst aan hier behoefte aan te hebben (17%). 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. We vonden ook verschillen naar leeftijd. Zorggebruikers van 65 jaar en ouder gaven vaker aan een vast aanspreekpunt te hebben (47%) dan 18-tot-39-jarigen (23%) en 40-tot-64-jarigen (36%). Ook hadden mannen vaker een vast aanspreekpunt (48%) dan vrouwen (41%) en hadden mensen met een laag opleidingsniveau vaker een vast aanspreekpunt (59%) dan mensen met een middelbaar (45%) en hoog (39%) opleidingsniveau.

Figuur 38 Heeft u één vast aanspreekpunt in de zorg dat verantwoordelijk is voor het regelen van uw zorg en ondersteuning? (n=73-1.253),** (bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg)*



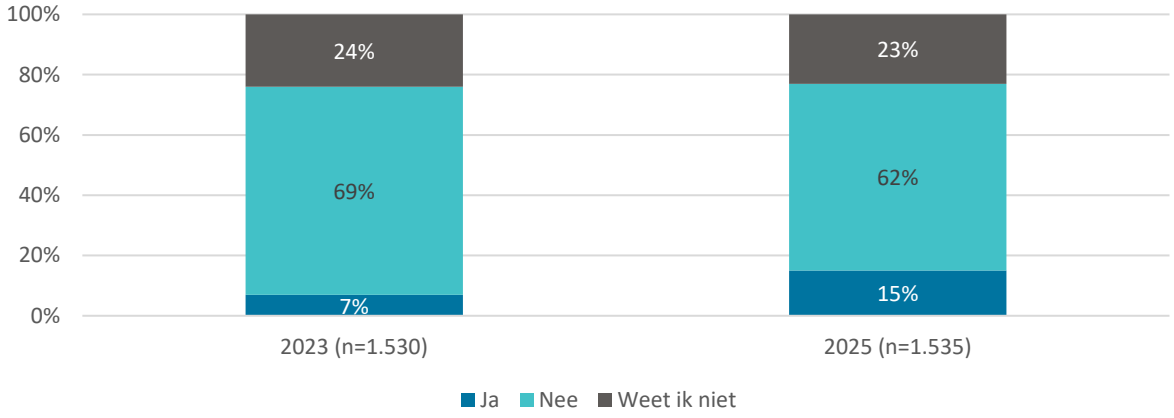
* Deze vraag is alleen gesteld aan zorggebruikers die aangaven in de afgelopen 12 maanden zorg te hebben ontvangen van meerdere zorg- of hulpverleners voor hetzelfde gezondheidsprobleem.

** Voor de aandoeningen astma, COPD en dementie waren de aantallen te laag (<40) om uitspraken te kunnen doen.

In 2025 heeft groter deel van zorggebruikers met chronische ziekte een zorgplan dan in 2023

Ook een zorgplan kan helpen bij de continuïteit van zorg. 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. Aan de hand van een vragenlijst onder het Nivel Panel Samen Sterk is daarom onderzocht hoeveel zorggebruikers met een chronische ziekte een zorgplan hebben. In 2025 gaf 15% van deze groep aan een zorgplan te hebben, 62% had geen zorgplan en 23% wist dit niet (Figuur 39). In 2023 gaf 7% van de zorggebruikers met een chronische ziekte aan een zorgplan te hebben. Dit aandeel is dus toegenomen. Zorggebruikers die geen of lichte beperkingen ervaren van hun chronische ziekte geven in 2025 minder vaak aan een zorgplan te hebben (13%) dan zorggebruikers die matige of ernstige beperkingen ervaren (21%). Ook hebben zorggebruikers met één chronische ziekte minder vaak een zorgplan (12%) dan zorggebruikers met twee (16%) of drie of meer (19%) chronische ziekten.

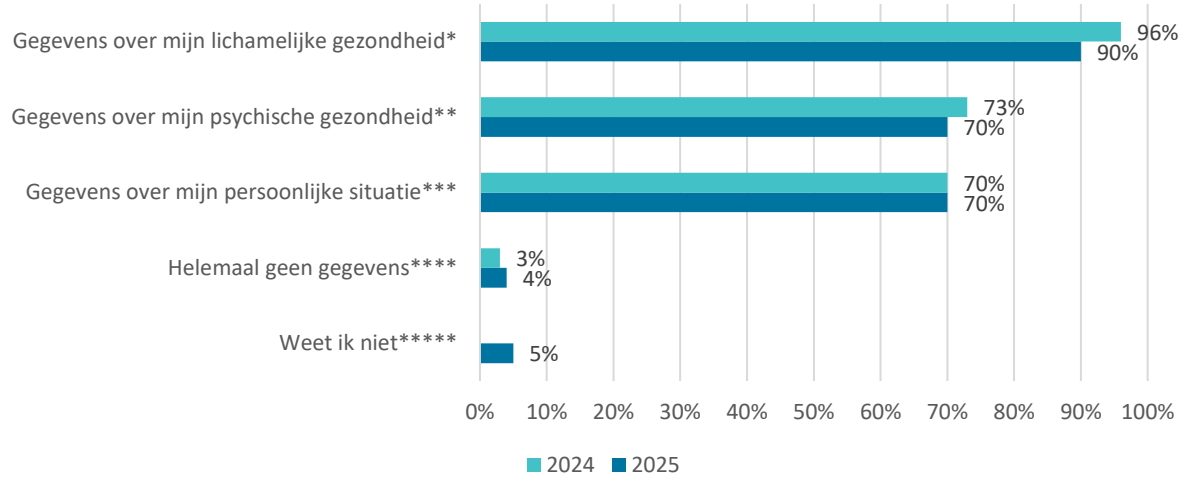
Figuur 39 Heeft u een zorgplan waarin uw wensen op het gebied van uw gezondheid en welzijn zijn opgenomen? (gewogen) (bron: Nivel Panel Samen Sterk)



Burgers staan net als in 2024 het meest open voor het delen van gegevens over hun lichamelijke gezondheid door de huisarts

Ten slotte is de elektronische uitwisseling van patiëntgegevens tussen zorg- en hulpverleners van belang bij de continuïteit van zorg. In het IZA is opgenomen dat om de continuïteit van zorg te kunnen borgen de kerngegevens van patiënten beschikbaar zouden moeten zijn voor alle zorg- en hulpverleners met een behandelrelatie met de patiënt. Op deze manier beschikken alle betrokkenen over de juiste informatie zodat passende zorg kan worden verleend. Burgers moeten toestemming geven voor het delen van hun gegevens. Aan leden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg is gevraagd wat zij vinden van het delen van hun gegevens met andere eerstelijnszorgverleners door de huisarts. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen gegevens over lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid en persoonlijke situatie. In 2025 stond 90% van alle burgers open voor het delen van gegevens over hun lichamelijk gezondheid (Figuur 40) en zeven op de tien (70%) voor zowel het delen van gegevens over hun psychische gezondheid als gegevens over hun persoonlijk situatie. Van de burgers vond 66% dat al deze typen gegevens gedeeld mogen worden met andere eerstelijnszorgverleners. Een kleine groep (4%) vond dat de huisarts helemaal geen gegevens mag delen. In 2024 gaven iets meer burgers aan dat hun huisarts gegevens over hun lichamelijke gezondheid mag delen met andere eerstelijnszorgverleners (96%) dan in 2025 (90%). Mogelijk komt dit doordat de vraag in 2024 op een andere manier gesteld is dan in 2025.

Figuur 40 Vindt u dat uw huisarts uw gegevens mag delen met andere eerstelijnszorgverleners? (meerdere antwoorden mogelijk) (n=3.963-4.446) (bron: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg)



* Dit antwoord is een samenvoeging van de antwoorden “Al mijn medische en persoonlijke gegevens”, “Medische gegevens over mijn medicatiegebruik”, “Medische gegevens over mijn lichamelijke aandoeningen”, “Medische uitslagen van bloed- of urineonderzoek” en “Medische gegevens over behandelingen die ik heb gehad” (2024) en “Ja, alle gegevens over mijn lichamelijke en psychische gezondheid en mijn persoonlijke situatie” en “Ja, gegevens over mijn lichamelijke gezondheid” (2025).

** Dit antwoord is een samenvoeging van de antwoorden “Al mijn medische en persoonlijke gegevens” en “Ja, medische gegevens over mijn psychische aandoeningen” (2024) en “Ja, alle gegevens over mijn lichamelijke en psychische gezondheid en mijn persoonlijke situatie” en “Ja, gegevens over mijn psychische gezondheid” (2025).

*** Dit antwoord is een samenvoeging van de antwoorden “Al mijn medische en persoonlijke gegevens” en “Ja, gegevens over mijn persoonlijke situatie” (2024) en “Ja, alle gegevens over mijn lichamelijke en psychische gezondheid en mijn persoonlijke situatie” en “Ja, gegevens over mijn persoonlijke situatie” (2025).

**** Dit antwoord was niet mogelijk in combinatie met een ander antwoord.

***** Het antwoord Weet ik niet is toegevoegd in 2025. Er zijn daarom geen percentages beschikbaar voor 2024. Het antwoord was in 2025 niet mogelijk in combinatie met een ander antwoord.

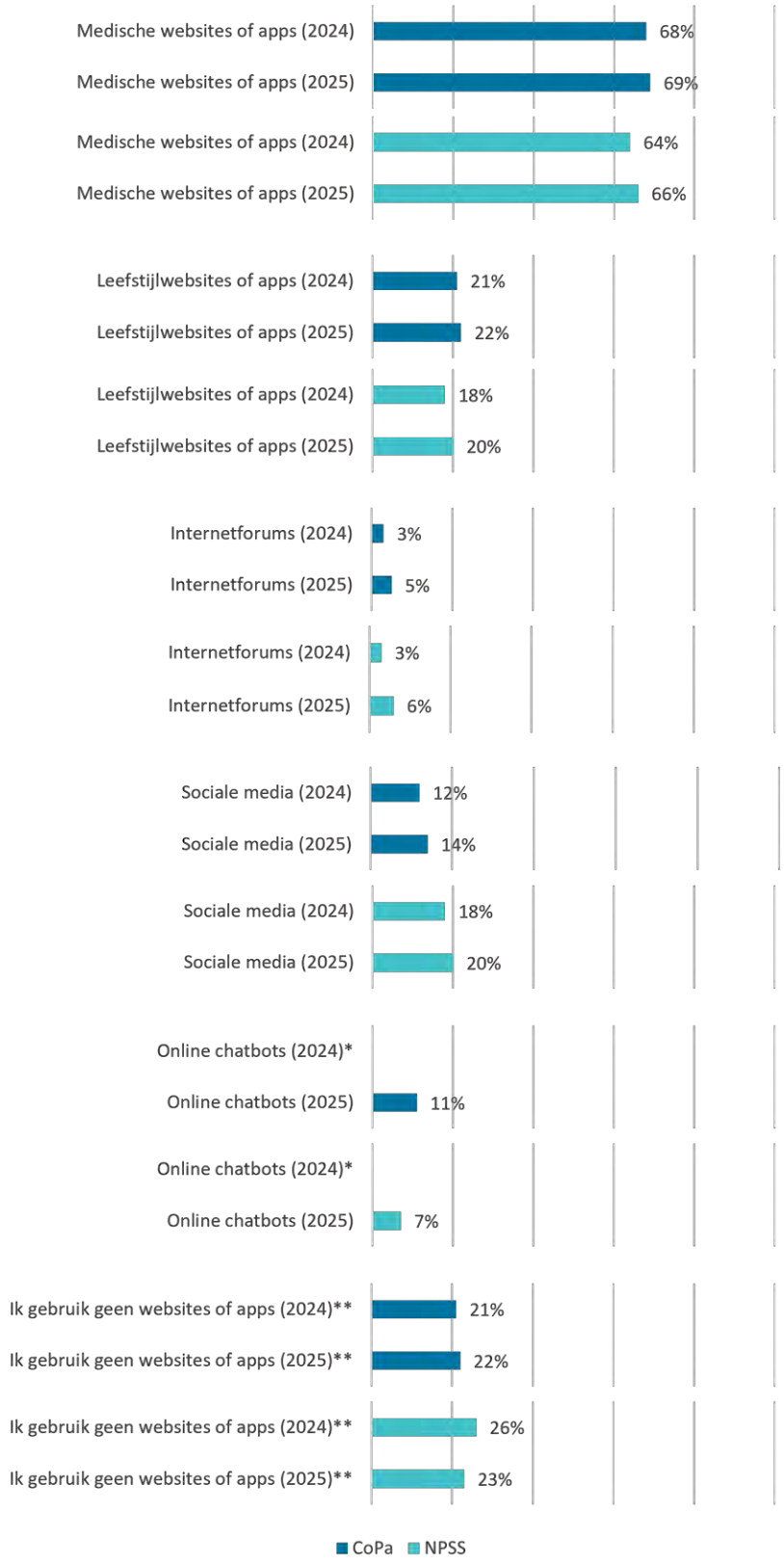
3.2.5 Digitalisering

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 passend is bij de zorgvraag en de mogelijkheden van de patiënt en aansluit bij de wet- en regelgeving waar de zorgverlener aan moet voldoen bij het leveren van goede zorg [32]. 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 [33]. Hybride zorg is een combinatie van digitale zorg en zorg op de locatie van de zorgverlener. Daarnaast is digitale zelfzorg mogelijk, waarbij zorggebruikers gebruikmaken van digitale middelen om zelf hun gezondheid te beheren, zoals websites of apps.

Inzicht in de ervaringen van zorggebruikers met digitale zorg is verkregen aan de hand van de Monitor Digitale Zorg (MDZ) [34]. Eén van de aspecten van digitalisering waarnaar is gevraagd, is digitale zelfzorg. Daarbij is gekeken naar het digitaal zoeken naar informatie over hun gezondheid of behandeling via websites of apps door zorggebruikers. Deze vraag is zowel gesteld binnen het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg als binnen het Nivel Panel Samen Sterk. Hieruit blijkt dat in 2025 22% van de zorggebruikers uit de algemene bevolking en 23% van de zorggebruikers met een chronische ziekte aangaf *geen* gebruik te hebben gemaakt van websites of apps om informatie op te zoeken over hun gezondheid of behandeling (Figuur 41). Deze percentages zijn vergelijkbaar met 2024. Een meerderheid van de zorggebruikers heeft hier dus wel gebruik van gemaakt. Daarbij werd in beide jaren het meest gebruik gemaakt van *medische websites of apps* (68-69% voor zorggebruikers uit de algemene bevolking en 64-66% voor zorggebruikers met een chronische ziekte). In 2025 is het antwoord *online chatbots* toegevoegd aan de vragenlijst. Hier maakte 11% van zorggebruikers uit de algemene bevolking en 7% van de zorggebruikers met een chronische ziekte gebruik van.

De mate waarin gebruik wordt gemaakt van websites of apps om informatie op te zoeken over gezondheid of behandeling verschilt tussen leeftijdsgroepen. In 2025 gaf 35% van de zorggebruikers uit de algemene bevolking van 65 jaar en ouder aan hier *geen* gebruik van te hebben gemaakt, tegenover 22% van de 40 tot 64-jarigen en 13% van de 18 tot 39-jarigen. Ook gaven jongere zorggebruikers uit de algemene bevolking voor de meeste andere informatiebronnen vaker aan deze gebruikt te hebben dan oudere zorggebruikers. Een uitzondering hierop zijn *sociale media*, die vaker werden gebruikt om informatie op te zoeken over gezondheid of behandeling door zorggebruikers van 65 jaar en ouder.

Figuur 41 Als u in de afgelopen 12 maanden websites heeft bezocht of apps heeft gebruikt om informatie op te zoeken voor uw gezondheid of behandeling, welke (soort) websites of apps waren dat? (meerdere antwoorden mogelijk) (bron: Monitor Digitale Zorg)



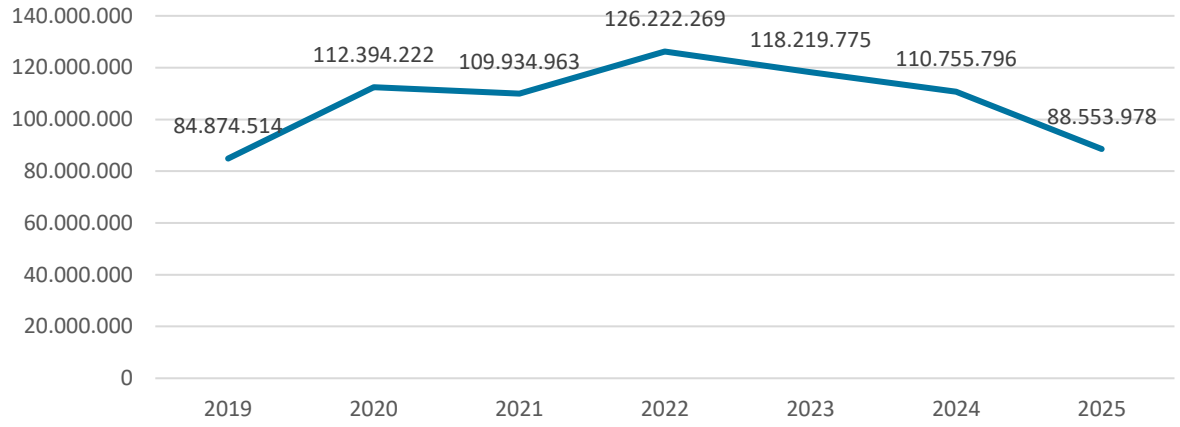
* Dit antwoord is nieuw toegevoegd in 2025.

** Dit antwoord was niet mogelijk in combinatie met een ander antwoord.

Aan leden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg is gevraagd of zij er door hun zorg- of hulpverleners op zijn gewezen om via websites of apps te zoeken naar informatie over hun gezondheid of behandeling. Ongeveer drie op de tien (29%) gaf aan hierop te zijn gewezen door hun zorg- of hulpverlener en 9% was erop gewezen door mensen in hun omgeving. De rest was hier door niemand op gewezen, een deel gaf aan wel op eigen initiatief te zoeken naar informatie over hun gezondheid of behandeling via websites of apps als zij dat nodig vonden.

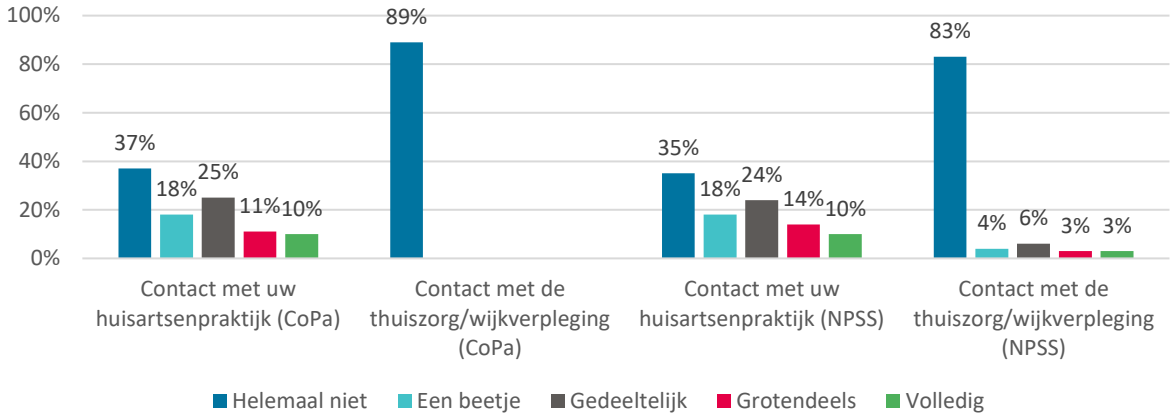
Thuisarts.nl is een mogelijke online informatiebron die door mensen kan worden geraadpleegd voor betrouwbare en begrijpelijke informatie over gezondheid en ziekte. Van Thuisarts.nl zijn gegevens ontvangen over het aantal jaarlijkse paginaweergaven in de periode 2019-2025. In Figuur 42 is te zien dat Thuisarts.nl in 2025 88.553.978 paginaweergaven had. We weten daarbij niet hoeveel unieke bezoekers dit waren. Tussen 2019 en 2022 was een stijging te zien in het aantal paginaweergaven. Sinds 2022 daalt het aantal paginaweergaven.

Figuur 42 Aantal paginaweergaven van Thuisarts.nl (bron: Thuisarts.nl)



Digitalisering heeft ook betrekking op de zorg die zorggebruikers ontvangen van hun zorgverleners. Binnen de Monitor Digitale Zorg is daarom gevraagd in hoeverre de zorg die zorggebruikers *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 contact met de huisartsenpraktijk en contact met de thuiszorg of wijkverpleging. Deze vraag is zowel gesteld via het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg (CoPa) als het Nivel Panel Samen Sterk (NPSS). In Figuur 43 is te zien dat voor 37% van de zorggebruikers uit de algemene bevolking en 35% van de zorggebruikers met een chronische ziekte het contact met de huisartsenpraktijk in 2025 *helemaal niet* digitaal was. Dit betekent dat voor 63% tot 65% van de zorggebruikers die contact heeft gehad met de huisartsenpraktijk dit contact wel op enige wijze digitaal was. Voor 10% was het contact *volledig digitaal*. Van de zorggebruikers die contact hadden met de thuiszorg of wijkverpleging gaf 89% van de zorggebruikers uit de algemene bevolking en 83% van de zorggebruikers met een chronische ziekte in 2025 aan dat dit *helemaal niet* digitaal was. Dit contact lijkt dus nog weinig digitaal plaats te vinden. In 2024 is deze vraag op een andere manier gesteld. We kunnen de percentages daarom niet vergelijken.

Figuur 43 In hoeverre was de zorg die u in de afgelopen 12 maanden ontving digitaal? (n=538-1.079 voor contact met huisartsenpraktijk en n=206-370 voor contact met thuiszorg / wijkverpleging, gewogen),** (bron: Monitor Digitale Zorg)*

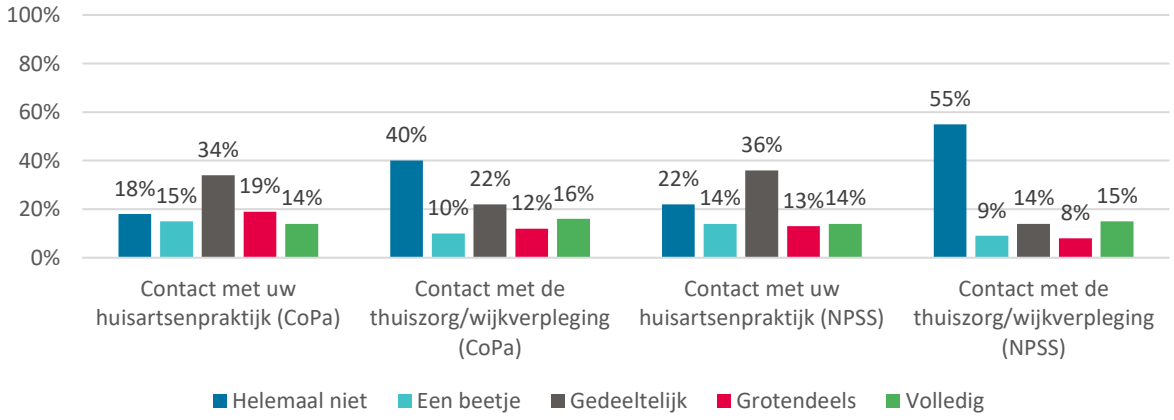


* Zorggebruikers die Weet ik niet/niet van toepassing hebben geantwoord, zijn niet meegenomen bij het berekenen van de percentages.

** Voor antwoorden met <10 waarnemingen zijn geen percentages berekend in verband met privacyoverwegingen. Voor CoPa konden daarom alleen de antwoordoptie Helemaal niet worden weergegeven voor contact met de thuiszorg/wijkverpleging.

Het percentage zorggebruikers dat het contact met hun huisartsenpraktijk helemaal niet digitaal zou willen ontvangen, is 18% onder de zorggebruikers uit de algemene bevolking en 22% onder de zorggebruikers met een chronische ziekte (Figuur 44). De overige zorggebruikers staan open voor digitaal contact met hun huisartsenpraktijk, waarbij voor beide groepen ongeveer een derde dit contact gedeeltelijk digitaal zou willen ontvangen. Voor contact met de thuiszorg of wijkverpleging geeft 40% van de zorggebruikers uit de algemene bevolking en 55% van de zorggebruikers met een chronische ziekte aan dit helemaal niet digitaal te willen ontvangen. Zorggebruikers staan dus minder open voor digitaal contact met de thuiszorg of wijkverpleging dan met de huisarts. In 2024 is deze vraag op een andere manier gesteld. We kunnen de percentages daarom niet vergelijken.

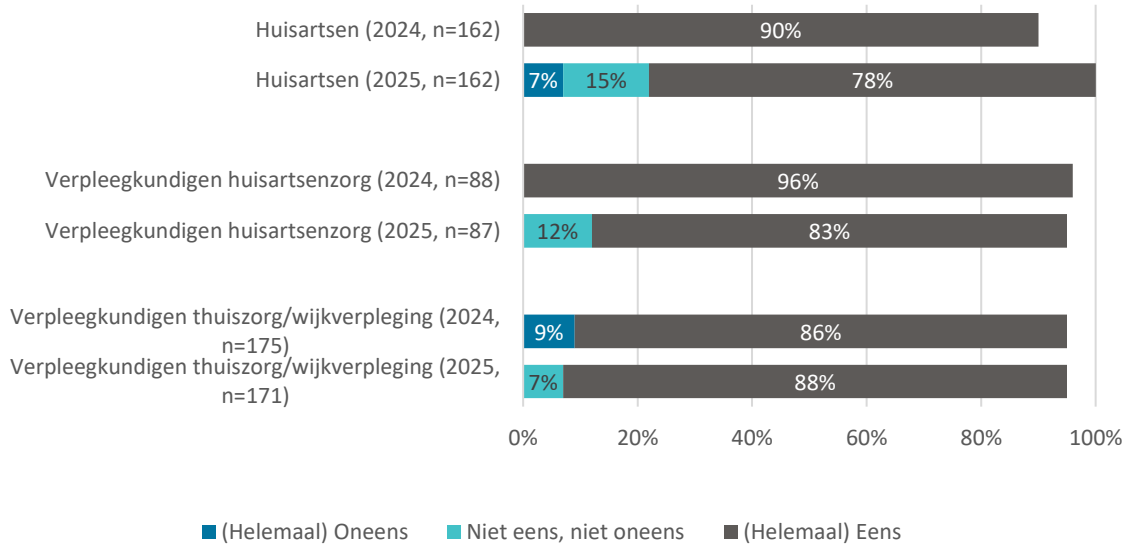
Figuur 44 In hoeverre zou de zorg digitaal willen ontvangen? (n=684-1.275 voor contact met huisartsenpraktijk en n=331-402 voor contact met thuiszorg / wijkverpleging, gewogen) (bron: Monitor Digitale Zorg)*



* Zorggebruikers 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 kunnen we inzicht bieden in het perspectief van 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. In 2025 was de meerderheid van de huisartsen (78%), verpleegkundigen in de huisartsenzorg (83%) en verpleegkundigen in de thuiszorg of wijkverpleging (88%) het (helemaal) eens met de stelling "*Ik beschouw mezelf als digitaal vaardig in mijn werk*" (Figuur 45). Voor huisartsen en verpleegkundigen in de huisartsenzorg is dit een daling ten opzichte van 2024, toen respectievelijk 90% en 96% het (helemaal) eens was met de stelling. Verpleegkundigen in de thuiszorg of wijkverpleging beschouwden zichzelf in 2024 in dezelfde mate digitaal vaardig als in 2025.

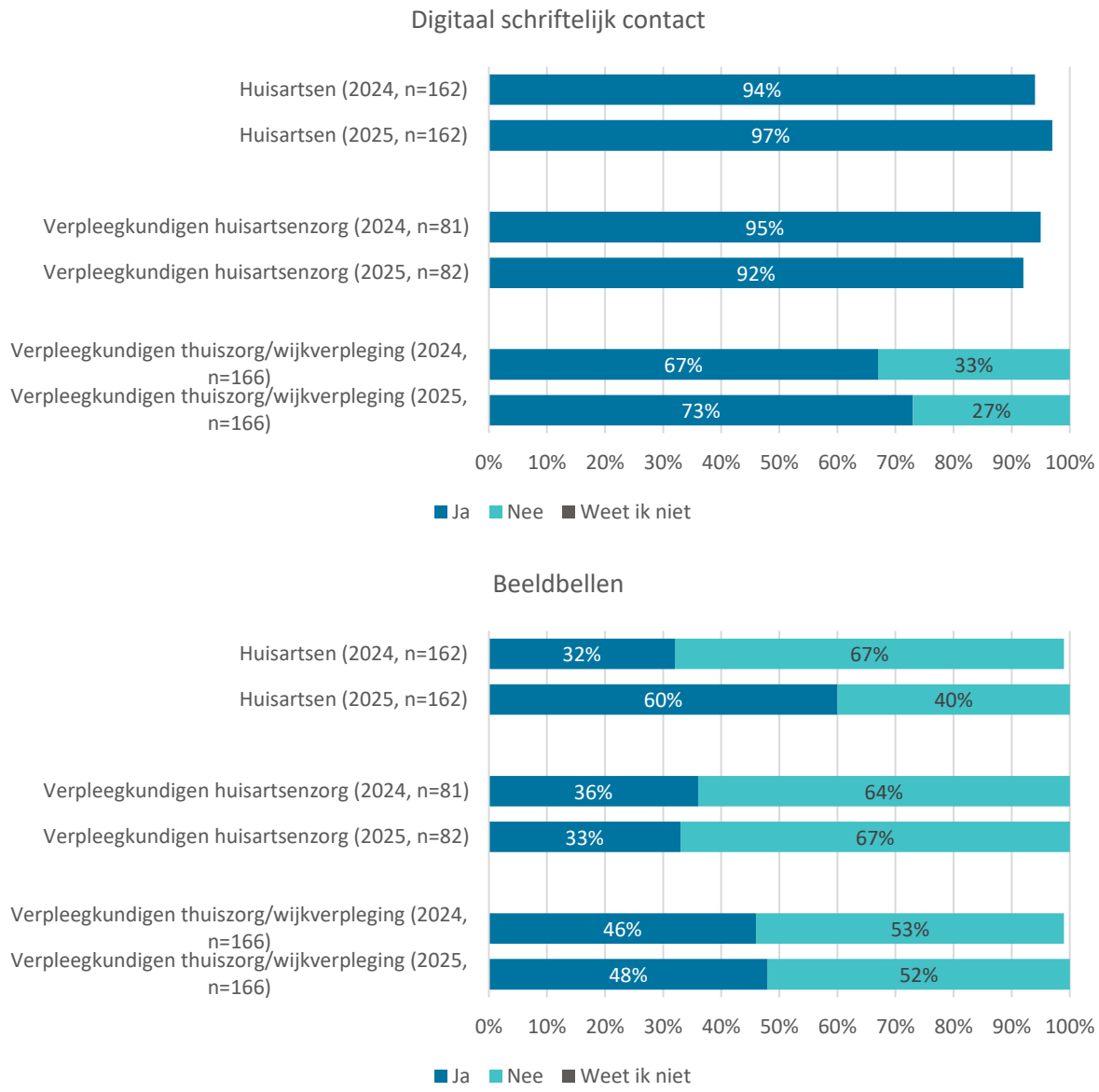
Figuur 45 In welke mate bent u het eens met de volgende stelling: "Ik beschouw mezelf als digitaal vaardig in mijn werk"? (bron: Monitor Digitale Zorg)*



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

Wanneer we kijken naar het gebruik van digitale communicatiemogelijkheden door eerstelijnszorgverleners zien we dat ruim negen op de tien huisartsen (97%) en verpleegkundigen in de huisartsenzorg (92%) aangaven in 2025 gebruik te hebben gemaakt van digitaal schriftelijk contact (Figuur 46). Hieronder valt bijvoorbeeld een e-consult of een chat- of appgesprek. Ook in 2024 maakte het grootste deel van deze groepen hier gebruik van. Het gebruik van digitaal schriftelijk contact ligt iets lager onder verpleegkundigen in de thuiszorg of wijkverpleging: in 2025 had 73% hier gebruik van gemaakt. Ongeveer de helft (48%) van de verpleegkundigen in de thuiszorg of wijkverpleging en één op de drie (33%) verpleegkundigen in de huisartsenzorg geeft in 2025 aan gebruik te hebben gemaakt van beeldbellen. Hierin is voor beide groepen geen verandering te zien ten opzichte van het jaar daarvoor. Onder huisartsen zien we een toename in het gebruik van beeldbellen. Zes op de tien huisartsen (60%) gaf in 2025 aan hier gebruik van te hebben gemaakt. In 2024 was dit nog 32%.

Figuur 46 Met welk van onderstaande manieren van digitaal communiceren heeft u het afgelopen jaar in uw organisatie gewerkt? (bron: Monitor Digitale Zorg)*



* Voor antwoorden met <10 waarnemingen zijn geen percentages berekend in verband met privacyoverwegingen. De antwoordoptie 'Weet ik niet' kan daarom niet worden weergegeven, evenals het antwoord 'Nee' voor digitaal schriftelijk contact voor huisartsen en verpleegkundigen in de huisartsenzorg.

Digitale gegevensuitwisseling is ook een onderdeel van digitalisering. Het gaat daarbij zowel om elektronische uitwisseling van medische gegevens met cliënten, patiënten, naasten en mantelzorgers, als met andere zorgverleners. In Tabel 7 is te zien met welke personen of organisaties huisartsen, verpleegkundigen in de huisartsenzorg en verpleegkundigen in de thuiszorg of wijkverpleging elekronisch medische gegevens kunnen uitwisselen. Hieruit blijkt dat huisartsen vaker aangaven deze gegevens te kunnen uitwisselen dan verpleegkundigen in de thuiszorg of wijkverpleging en verpleegkundigen in de huisartsenzorg. Er zijn een aantal verschillen te zien tussen 2024 en 2025. Onder huisartsen is een stijging te zien in het percentage dat elektronisch medische gegevens kan uitwisselen met verpleeghuizen (van 58% naar 79%) en thuiszorgorganisaties (van 63% naar 81%). Voor verpleegkundigen in de huisartsenzorg en verpleegkundigen in de thuiszorg of wijkverpleging is een daling te zien in het percentage dat medische gegevens kan uitwisselen met

paramedici. Daarnaast daalde het percentage verpleegkundigen in de huisartsenzorg dat deze gegevens kan uitwisselen met thuiszorgorganisaties (van 68% naar 46%). Dit is opvallend, omdat dit percentage onder huisartsen juist is gestegen. In 2025 zijn een aantal antwoordcategorieën anders uitgevraagd dan in 2024. Voor deze antwoorden kunnen we daarom alleen de cijfers van 2025 presenteren.

Tabel 7 Met wie van de volgende personen of (zorgprofessionals van) organisaties buiten uw eigen organisatie kunt u op een veilige manier elektronisch medische gegevens van patiënten uitwisselen? (meerdere antwoorden mogelijk),** (bron: Monitor Digitale Zorg)*

	Huisartsen		Verpleegkundigen in de huisartsenzorg		Verpleegkundigen in de thuiszorg/wijkverpleging	
	2024 (n=159)	2025 (n=159)	2024 (n=76)	2025 (n=35)	2024 (n=157)	2025 (n=76)
Patiënten/ cliënten, naasten, mantelzorgers en bewindvoerders	***	81%	***	37%	***	41%
Paramedici	86%	87%	83%	60%	43%	28%
Verpleeghuizen	58%	79%	30%	*	37%	30%
Laboratoria, apotheken	***	92%	***	54%	***	22%
Huisartsenpraktijken, huisartsenspoedposten	***	98%	***	60%	***	68%
Ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra, ambulancezorg	***	96%	***	69%	***	45%
Thuiszorgorganisaties	63%	81%	68%	46%	38%	34%
GGZ	80%	87%	n.b.	31%	n.b.	*
Sociaal domein	***	72%	n.b.	n.b.	n.b.	n.b.
Iedereen (via beveiligde mail of platform)	n.b.	64%	n.b.	48%	n.b.	52%

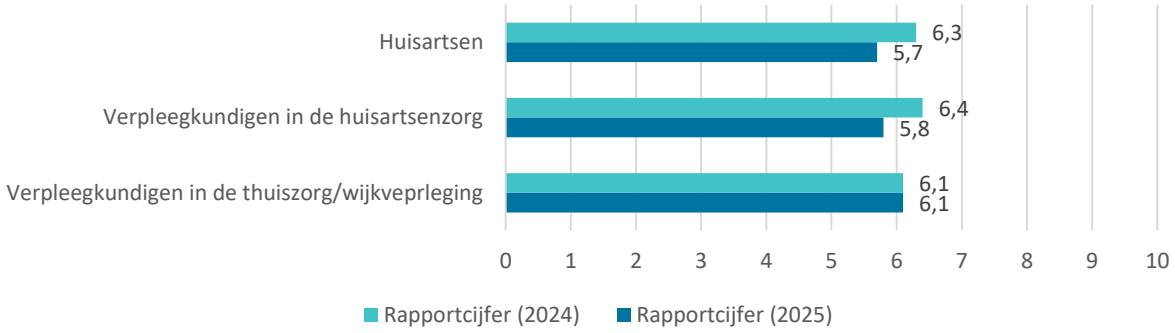
* Voor antwoorden met <10 waarnemingen zijn geen percentages berekend in verband met privacyoverwegingen.

** Een aantal antwoordopties is niet in alle jaren of aan alle groepen zorgverleners voorgelegd en kunnen daarom niet worden weergegeven (aangeduid met n.b. in de tabel).

*** Een aantal antwoordcategorieën is in 2025 anders uitgevraagd dan in 2024. Voor deze antwoorden worden alleen de cijfers van 2025 gepresenteerd.

In 2025 beoordeelden huisartsen 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 *5,7* op een schaal van 0 tot 10 (Figuur 47). Dit is iets lager dan in 2024, toen zij een *6,3* gaven. Het verschil tussen de twee jaren is significant. Verpleegkundigen in de huisartsenzorg gaven in 2025 een *5,8* voor de huidige mogelijkheden om elektronisch gegevens uit te wisselen. Dit cijfer verschilt niet significant van het gegeven cijfer in 2024 (*6,4*). Verpleegkundigen in de thuiszorg of wijkverpleging gaven in beide jaren een *6,1* wat betreft hun tevredenheid met de huidige mogelijkheden voor gegevensuitwisseling.

Figuur 47 In hoeverre bent u tevreden met de huidige mogelijkheden om elektronisch gegevens uit te wisselen met personen of (zorgprofessionals van) organisaties buiten uw eigen organisatie? (op een schaal van 0 tot 10) (bron: Monitor Digitale Zorg)



Ten slotte is aan zorgverleners gevraagd welke onderdelen van het zorgproces zij in de afgelopen twaalf maanden hybride hebben uitgevoerd. Tabel 8 laat zien dat 72% van de huisartsen in 2025 aangaven verwijzingen hybride te hebben uitgevoerd. Net als in 2024 is dit het zorgonderdeel dat het vaakst hybride werd uitgevoerd. Op de tweede plek staat, vergelijkbaar met 2024, intercollegiaal overleg (39%). Triage (11%) en nazorg (12%) werden het minst vaak hybride uitgevoerd in 2025. Voor de zorgonderdelen intake/voorbereiding op een consult en verwijzing is een toename te zien tussen 2024 en 2025 in het aandeel huisartsen dat aangaf dit hybride te hebben uitgevoerd. Voor de overige zorgonderdelen is er geen verschil tussen 2024 en 2025.

Tabel 8 Hoeveel van de onderdelen van het zorgproces die hybride zijn uitgevoerd zijn naar schatting digitaal uitgevoerd? (meerdere antwoorden mogelijk) (bron: Monitor Digitale Zorg)*

	Huisartsen	
	2024	2025
Consultvoering	10%	14%
Intake/voorbereiding op consult	12%	21%
Triage	9%	11%
Nazorg	11%	12%
Diagnostiek	20%	27%
Informatievoorziening	33%	35%
Intercollegiaal overleg	36%	39%
Verwijzing	60%	72%
Zorgcoördinatie**	N.b.	27%

* In de 1-meting zijn de percentages voor 2024 berekend over de zorgverleners die het betreffende zorgonderdeel hybride aanboden. Deze rekenmethode is aangepast, waarbij ook zorgverleners die het zorgonderdeel niet hybride aanboden zijn meegenomen. De percentages over 2024 in de 1-meting verschillen daardoor van die in de 2-meting.

** Het zorgonderdeel zorgcoördinatie is in 2025 nieuw uitgevraagd. Er kan daarom geen percentage voor 2024 worden gepresenteerd.

Uit Tabel 9 blijkt dat verpleegkundigen in de huisartsenzorg in 2025 het vaakst de informatievoorziening digitaal verleenden: 36% gaf aan dit te hebben gedaan. Verpleegkundigen in de thuiszorg of wijkverpleging voerden assessment en diagnostiek het vaakst digitaal uit (49%). Nazorg werd door beide groepen het minst vaak digitaal verleend in 2025. Voor verpleegkundigen in de thuiszorg of wijkverpleging is voor alle zorgonderdelen een toename te zien in het percentage dat dit digitaal heeft verleend tussen 2024 en 2025. Voor verpleegkundigen in de huisartsenzorg waren er geen significante veranderingen te zien in de mate waarin zorgonderdelen in 2024 en 2025 digitaal werden verleend.

Tabel 9 Welk deel van de onderdelen van het zorgproces die hybride zijn aangeboden zijn naar schatting digitaal verleend? (bron: Monitor Digitale Zorg)*

	Verpleegkundigen in de huisartsenzorg		**Verpleegkundigen in de thuiszorg of wijkverpleging**	
	2024	2025	2024	2025
Assessment en diagnostiek	26%	28%	18%	49%
Uitvoeren van zorg- en ondersteuningsinterventies	20%	28%	17%	37%
Nazorg	15%	20%	11%	34%
Informatievoorziening	33%	36%	22%	45%
Communicatie met cliënten	35%	32%	28%	46%

* In de 1-meting zijn de percentages voor 2024 berekend over de zorgverleners die het betreffende zorgonderdeel digitaal uitvoerden. Deze rekenmethode is aangepast, waarbij ook zorgverleners die het zorgonderdeel niet digitaal uitvoerden zijn meegenomen. De percentages over 2024 in de 1-meting verschillen daardoor van die in de 2-meting.

Uitdaging 4: Effectieve inzet van de beschikbare personele capaciteit in de eerste lijn

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 werkzaam in de eerste lijn;
3. Regionale knelpunten en oplossingen voor de capaciteitsproblemen in de eerste lijn;
4. Ervaringen van zorggebruikers met personele capaciteit.

In Bijlage A.4 staan de indicatoren vermeld waarmee inzicht wordt verkregen in de effectieve inzet van de beschikbare capaciteit in de eerste lijn.

Kernpunten

Beschikbare capaciteit

- Over de periode 2019-2025 is de beschikbare capaciteit in de eerste lijn toegenomen. Dit geldt voor de huisartsenzorg, het sociaal domein, de VVT/Thuiszorg, specialisten ouderengeneeskunde, apothekers, apothekersassistenten, optometristen, diëtisten, ergotherapeuten en logotherapeuten. De capaciteit is afgenomen bij de oefentherapeuten.
- Ten opzichte van 2024 is in 2025 de beschikbare capaciteit in de eerste lijn van apothekersassistenten afgenomen.

Werkdruk

- In de periode 2019-2025 is de werkdruk in de jeugdzorg en bij de fysiotherapeuten afgenomen.
- Ten opzichte van 2024 is in 2025 de werkdruk van apothekersassistenten toegenomen.

Andere indicatoren

- Over de periode 2019-2025 is de vacaturegraad voor huisartsen en gezondheidscentra, jeugdzorg en de gehandicaptenzorg toegenomen. Er was een afname in het aantal online vacatures voor specialisten ouderengeneeskunde.
- Ten opzichte van 2024 is de vacaturegraad bij huisartsen en gezondheidscentra en de Thuiszorg/wijkverpleging toegenomen, maar afgenomen voor artsen verstandelijk gehandicapten, sociaal werk en jeugdzorg.

Ervaringen van zorggebruikers

- Negen op de tien zorggebruikers die eerstelijnszorg nodig had in het afgelopen jaar kon de zorg en ondersteuning krijgen die nodig was.

4.1 Methoden

In deze paragraaf staan de aandachtspunten bij het interpreteren van de data. Verdere informatie staat vermeld in Bijlage B.1 en B.4. Tabel 10 geeft een overzicht van de beschikbaarheid van data(bronnen) voor de 13 eerstelijns beroepsgroepen die in de monitor geïncludeerd zijn, naar elk van de 7 indicatoren voor de monitoring van beschikbare capaciteit in de eerste lijn. In de tabel is ook aangegeven wanneer de meest recente capaciteitsraming is uitgevoerd, wat informatie oplevert over de beschikbare en benodigde capaciteit van een beroepsgroep. Deze zijn via hyperlinks bereikbaar en worden verder niet uitgelicht in dit hoofdstuk.

Tabel 10 Databeschikbaarheid binnen de uitdaging 'effectieve inzet van beschikbare capaciteit', naar beroepsgroep en relevante indicator

Beroepsgroep	Beschikbare capaciteit	In- en uitstroom opleiding	Vacature graad	Ziekte-verzuim	Werk plezier	Werk-Druk	Praktijk samen-stelling	Laatste capaciteits-Raming*
Huisartsenzorg								
Huisarts	x	x	x	x	x	x	x	2025
Doktersassistent	x	x				x	x	
Sociaal domein								
Sociaal werk	x	x	x	x	x	x		-
Gehandicaptenzorg	x		x	x	x	x		-
Jeugdzorg	x		x	x	x	x		-
VVT								
Thuiszorg/ wijkverpleging	x	x	x	x	x	x		2022
Specialist ouderengeneeskunde	x	x	x					2025
Arts verstandelijk gehandicapten	x	x	x					2025
Apotheek								
Apothekers	x	x						2017
Apothekersassistenten	x	x		x	x	x		2017
Paramedici								
Fysiotherapeut	x	x		x	x	x		2018
Oefentherapeut	x	x				x		2016
Ergotherapeut	x	x				x		2021
Huidtherapeut		x				x		2022
Diëtisten	x	x				x		-
Logopedisten	x	x				x		2023
Optometristen	x	x				x		2022

* Uitgevoerd door het Nivel of Capaciteitsorgaan.

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

- In deze rapportage omvat het sociaal domein: sociaal werk, gehandicaptenzorg, en jeugdzorg. Voor deze branche wordt data van AZW-Statline gebruikt. AZW-Statline wordt ook gebruikt voor data over VVT/Thuiszorg en huisartsen en gezondheidscentra. Deze branches hebben allemaal

een eigen code van de Standaard BedrijfsIndelingscode (SBI-code). Arbeidsmarktcijfers zijn per SBI-code beschikbaar via Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) Statline van het Centraal Bureau voor de Statistiek. De specifieke gebruikte SBI-codes per branche zijn in Bijlage B.4 te vinden.

- 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) [35]
  2. Registratiecommissie geneeskundig specialisten (RGS) [36]

  Beide zijn verplichte registraties, voor zorgverleners en geneeskundig specialisten. Niet iedereen die geregistreerd is, is ook daadwerkelijk werkzaam binnen dat beroep. Elke vijf jaar moet een zorgprofessional zich herregistreren, waarvoor moet worden voldaan worden aan een scholingseis en urennorm [37].

- Het aantal zorgverleners van wie bekend is dat ze werkzaam zijn als arts verstandelijk gehandicapten, arts specialist ouderengeneeskunde, doktersassistent, apotheker, apothekersassistent is afkomstig van data van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Voor apothekers wordt daarnaast ook gekeken naar het aantal van wie bekend is dat ze werkzaam zijn in zorgverwante taken. Voor meer gedetailleerde data verwijzen we naar StatLine van CBS. Het aantal werkzame huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, logopedisten, ergotherapeuten, oefentherapeuten en optometristen is berekend van zorgverleners die zorg hebben gedeclareerd in het desbetreffende jaar onder hun AGB-code. De methode hiervan is te vinden in Bijlage B.4.

- Voor de arts verstandelijk gehandicapten en specialist ouderengeneeskunde rapporteren we de nieuwe online vacatures op basis van data die het Capaciteitsorgaan laat verzamelen. Het aantal nieuwe vacatures voor januari, februari en maart worden bij elkaar opgeteld om inzicht te krijgen in het aantal nieuwe vacatures in Q1. Meer informatie: Dashboard van het Capaciteitsorgaan.

- Om meer inzicht te krijgen in de bemensing van de huisartsenzorg hebben we data geïncludeerd uit verschillende rapportages die geschreven zijn op basis van de Nivel huisartsenpraktijkenquête. Meer informatie staat in Bijlage B.1.

- We hebben gebruik gemaakt van data verkregen door vragenlijsten onder leden van het Nivel Panel Verpleging & Verzorging (V&V) en het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg (CoPa). Meer informatie staat in Bijlage B.1 en B.4.

- Registratie van de Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO) over het aantal ingeschreven studenten is gebruikt om inzicht te krijgen in het aantal ingeschreven en nieuw instromende studenten en het aantal afgestudeerden. De peildatum is 1 oktober van het betreffende jaar. Eén student kan meerdere inschrijvingen hebben. Particuliere opleidingen zijn hierin niet meegenomen. 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 data en meer informatie hierover is hier te vinden: mbo [38], hbo [39], wo [40].

4.2 Bevindingen

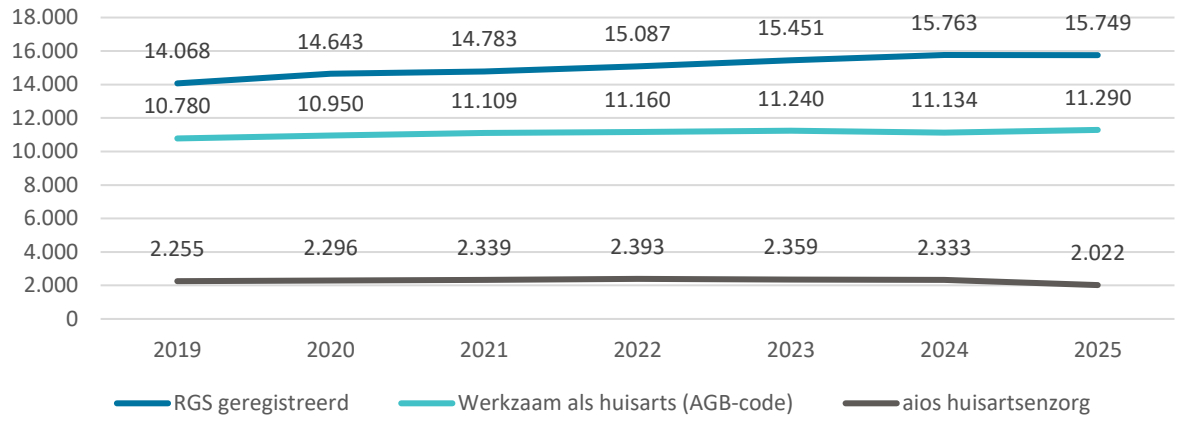
In §4.2.1 tot en met §4.2.5 presenteren we per eerstelijnssector de data rondom de beschikbare personele capaciteit op basis van de indicatoren uit Tabel 10. In §4.2.6 staan de ervaringen van zorggebruikers met de beperkte personele capaciteit op basis van de peiling in het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg. Vanaf een verschil van meer dan 5% of meer dan 5 procentpunten spreken we van een stijging of daling. We spreken van een stabilisatie tot 5% of tot 5 procentpunten.

4.2.1 Personele capaciteit binnen de huisartsenzorg

Beschikbare capaciteit en potentiële capaciteit van huisartsen

Figuur 48 toont het aantal huisartsen dat werkzaam was in de periode 2019 t/m 2025 (op basis van AGB-registratie in combinatie met declaratiegegevens) en het aantal huisartsen dat geregistreerd stond bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Het aantal geregistreerde huisartsen is over de periode 2019 t/m 2025 gestegen met 12% van 14.068 in 2019 naar 15.749 in 2025. De data van Stichting Pensioenfonds Huisartsen (SPH), waar de meeste huisartsen geregistreerd staan, en de CBS cijfers over aantal werkzame huisartsen volgt dezelfde trendlijn [41]. Tussen 2024 en 2025 is het aantal geregistreerde huisartsen stabiel gebleven. In het aantal aios huisartsengeneeskunde is licht gedaald, van 2.255 aios in 2019 naar 2.022 aios in 2025. Er worden sinds 2021 minder artsen opgeleid tot huisarts dan geadviseerd door het Capaciteitsorgaan [42]. Dit heeft invloed op de potentiële capaciteit van huisartsen in de toekomst, maar het Capaciteitsorgaan verwacht dat in de komende 15 jaar het aantal huisartsen verder zal stijgen omdat netto de instroom hoger zal blijven dan de uitstroom [43].

Figuur 48 Aantal geregistreerde huisartsen (RGS), aantal werkzame huisartsen en aantal aios (RGS geregistreerd)* 2019 – 2025*

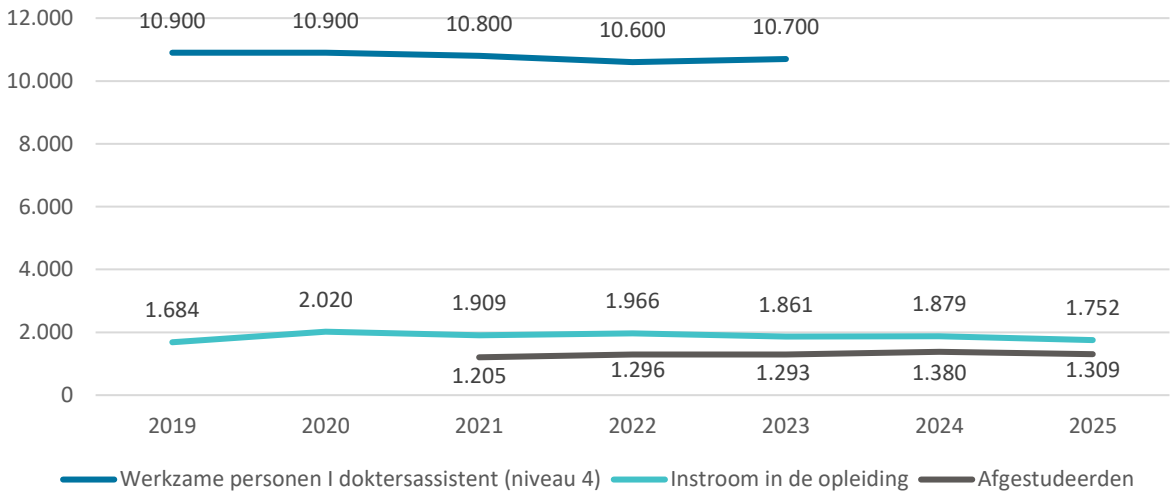


* Bron: KNMG.

Beschikbare capaciteit en potentiële capaciteit van doktersassistenten

In Figuur 49 staat het aantal werkzame personen als doktersassistent (mbo-niveau 4) vermeld voor de AZW-branche huisartsen, gezondheidscentra voor de periode 2020 t/m 2023. In deze periode is het aantal werkzame doktersassistenten bij huisartsen en gezondheidscentra stabiel gebleven. Het aantal instromende studenten kende een stijging in 2020, maar name tussen 2021-2025 weer af. Het aantal ingeschreven studenten lag in 2025 7% lager dan in 2024. Het aantal afgestudeerden per jaar was stabiel over de periode 2021 t/m 2025.

Figuur 49 Aantal werkzame doktersassistenten (mbo-niveau 4) in de AZW-branche huisartsen, gezondheidscentra, aantal nieuw ingestroomde studenten bij de mbo-4 opleiding doktersassistent** en aantal gediplomeerden van deze opleiding** 2019 – 2025*



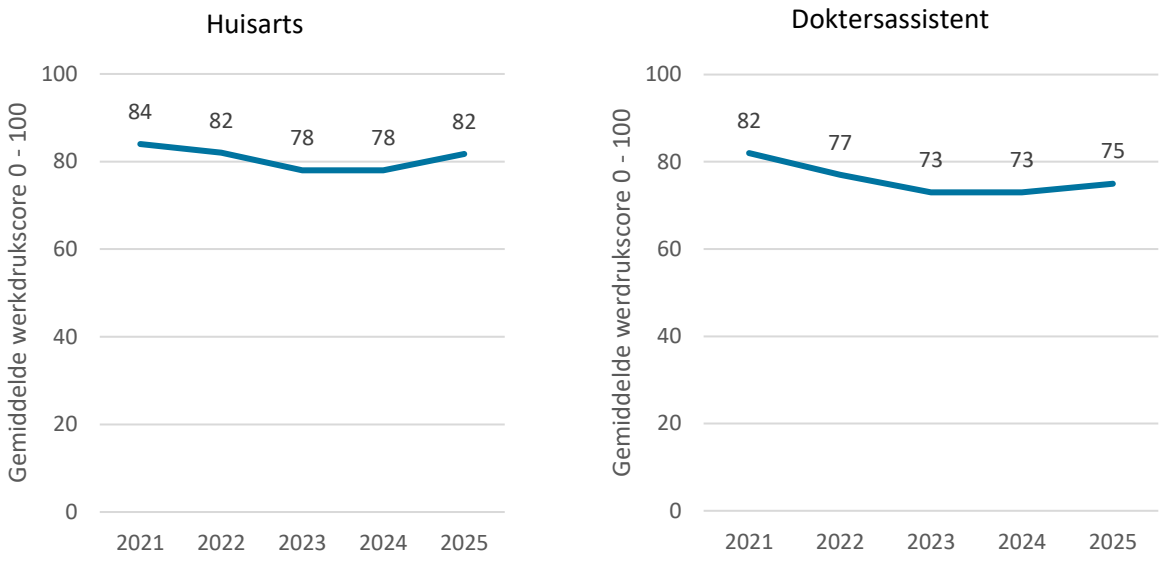
* Bron: AZW Statline.

** Bron: DUO.

Werkdruk

Sinds 2021 wordt aan respondenten van de Nivel huisartsenpraktijkenquête [44] gevraagd een werkdrukscore te geven tussen 0 en 100 voor alle functies die in de praktijk vervuld worden; een deel van de resultaten hiervan staan in Figuur 50. In de praktijkenquête wordt de respondent gevraagd om met een schuifbalk de hoogte van de werkdruk aan te geven voor (onder andere) de huisarts en de doktersassistent (de twee functies die in alle praktijken voorkomen). In Figuur 50 is te zien dat de werkdrukscore voor zowel de huisarts als de doktersassistent in 2021 het hoogste lag in de periode 2021-2025. De werkdrukscore is gestabiliseerd sinds 2023. In de CBS statistieken is voor de branche huisartsenpraktijken en gezondheidscentra te zien dat de werkdruk tussen 2019 en 2025 varieert tussen de 41% en 45% [45]. In beide statistieken is dit dus vrij stabiel. Voor zowel de huisarts als de doktersassistent is de werkdrukscore stabiel gebleven in 2025 ten opzichte van 2024.

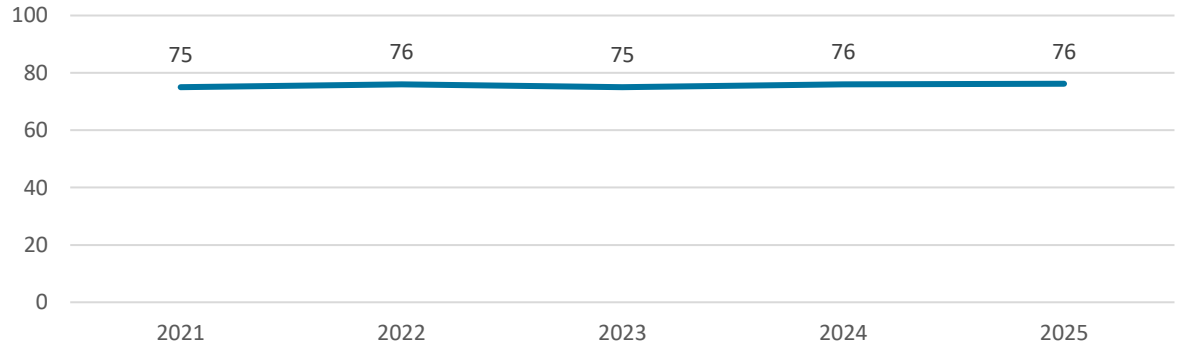
Figuur 50 Werkdrukscore van huisartsen en doktersassistenten in de huisartsenpraktijk 2021 – 2025 (bron: Nivel huisartsenpraktijkenquête)



Werkplezier

In Figuur 51 staat de respons van respondenten op stellingen over werkplezier uit de Nivel huisartsenpraktijkenquête. Deze score voor werkplezier is een gemiddelde score over zes gevalideerde stellingen over werkplezier. Twee van deze zes stellingen zijn bijvoorbeeld “wij vinden echt plezier in ons werk” en “wij voelen ons redelijk tevreden met onze baan”. Over de periode 2021 t/m 2025 is de werkplezierscore stabiel. In de data van het CBS is ook te zien dat het aantal respondenten dat aangeeft (zeer) tevreden te zijn met het werk in de AZW-branche huisartsenpraktijken en gezondheidscentra in de periode 2023 t/m 2025 stabiel is gebleven [45][1].

Figuur 51 Gemiddelde werkplezierscore per huisartsenpraktijk (n=864 in 2025, n=1.061 in 2024, n=474 in 2023, n=725 in 2022 en n=702 in 2021) (bron: Nivel huisartsenpraktijkenquête)*



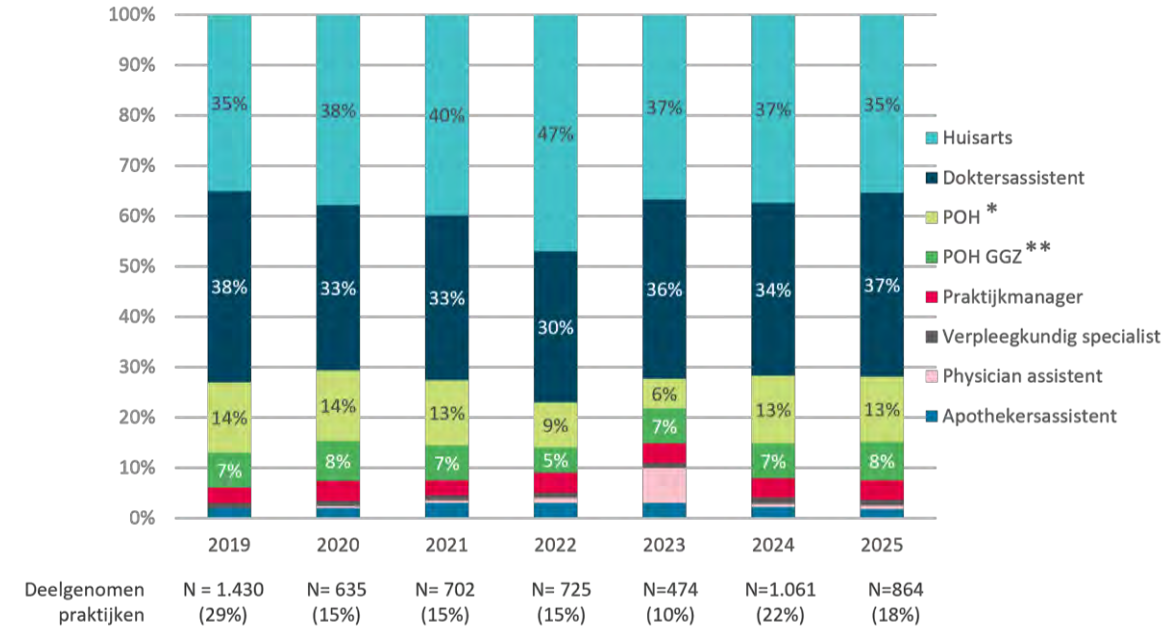
* Werkplezier wordt sinds 2021 op deze manier gemeten in de Nivel huisartsenpraktijkenquête, sinds 2023 wordt erover gerapporteerd.

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

Praktijksamenstelling huisartsenpraktijk

Met de Nivel huisartsenpraktijkenquête wordt jaarlijks gemonitord wat de gemiddelde functie- en capaciteitsverdeling is binnen Nederlandse huisartsenpraktijken. In Figuur 52 staat de capaciteitsverdeling van acht veel voorkomende functies in de huisartsenpraktijk voor de jaren 2019 t/m 2025. De huisarts en de doktersassistent hebben in alle jaren het grootste aandeel. De praktijkondersteuner had een aandeel van 14% in 2019, en 13% in 2025. De *physician assistant* had een aandeel van 7% in 2023, terwijl het aandeel 1% was in de jaren 2021, 2022, 2024 en 2025. Dat het aandeel hoger lag in 2023 kan worden verklaard door de lagere respons in dat jaar (zie de responspercentages beschreven onder de figuur), waardoor de weging tot andere resultaten leidt. Tussen 2019 en 2025 zijn er minimale verschuivingen in de functieverdelingen.

Figuur 52 Verdeling van de capaciteit in de huisartspraktijk naar functie 2019 – 2025 (bron: Nivel huisartsenpraktijkenquête)



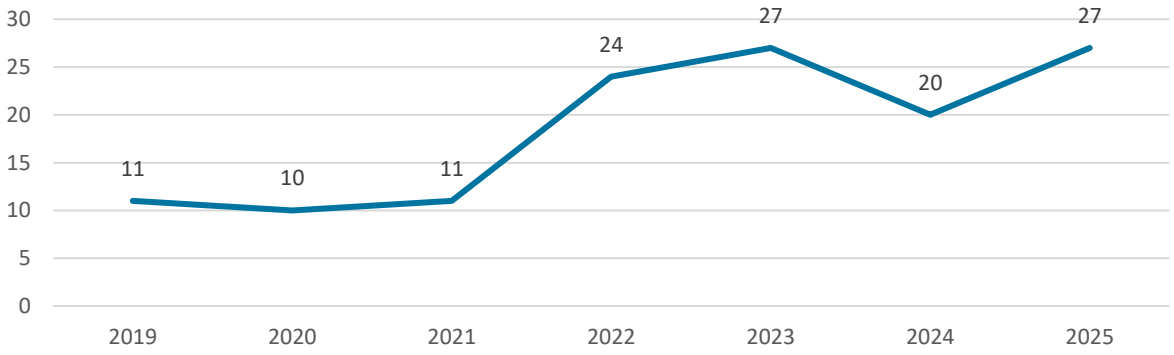
* Onder Praktijkondersteuner (POH) valt de praktijkondersteuner somatiek, ouderenzorg, of praktijkverpleegkundige.

** Onder Praktijkondersteuner (POH)-GGZ valt POH Jeugd, Praktijkverpleegkundige GGZ of GGZ-medewerker.

Vacaturegraad

In Figuur 53 staat de vacaturegraad voor de AZW branche huisartsen en gezondheidscentra. In 2025 is de vacaturegraad (het aantal openstaande vacatures per 1000 banen), na een daling in 2024, weer op hetzelfde niveau als in 2023.

*Figuur 53 Vacaturegraad in de AZW branche huisartsen en gezondheidscentra 2019 – 2025**

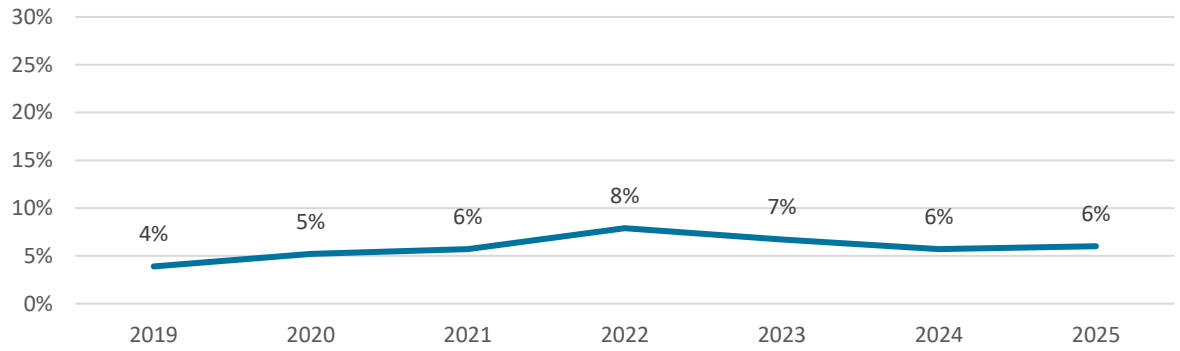


* Peilmoment: kwartaal 1, data per kwartaal in te zien via: StatLine - Vacatures; ontstaan, openstaand, vacaturegraad.

Ziekteverzuim

Binnen de AZW-branche 'huisartsen en gezondheidscentra' is het ziekteverzuimpercentage tussen 2019 en 2025 nagenoeg stabiel, met schommelingen van enkele procentpunten (Figuur 54).

*Figuur 54 Ziekteverzuimpercentage voor de AZW-branche 'huisartsen en gezondheidscentra' per jaar (CBS) 2019 – 2025**



* Meer data per jaar en kwartaal is te vinden via: CBS StatLine

Arbeidsmarktknelpunten en oplossingen

In de Nivel huisartsenpraktijkenquête is respondenten gevraagd naar knelpunten op het gebied van de arbeidsmarkt en praktijkorganisatie (Tabel 11). Een van de resultaten is dat er tussen 2021 en 2025 een sterke afname (45 procentpunten) is in het percentage respondenten dat zegt moeite te hebben Avond, Nacht en Weekend diensten (ANW-diensten) te vervullen door de werkdruk (van 69% in 2021, naar 24% in 2025. In 2025 daalde dit percentage met 13 procentpunten ten opzichte van 2024. Deze afname kan mogelijk voor een deel verklaard worden door het "Actieplan werkdruk in de ANW" dat per 1 januari 2023 in werking is getreden [46]. 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 [29]. Opvallend is dat ook het vrijmaken van financiële middelen om personeel te werven in 2024 en 2025 minder vaak wordt genoemd als knelpunt, een daling van 28 procentpunten ten opzichte van 2021.

De problemen rondom het vinden van associés en praktijkopvolgers is weer stabiel; in 2025 zegt 42% 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 2025 weer afgenomen met 45 procentpunten, tot 29% (Tabel 11). Toch blijven de uitdagingen rondom personele capaciteit in de huisartsenpraktijk hoog. Zo verwacht in 2025 ruim 59% een tekort aan doktersassistenten en is 61% het eens met de stelling dat ze bij ziekte van personeel meteen een groot probleem hebben. Ook geeft 48% in 2025 aan dat de arbeidsmarktkrapte de reden is dat de praktijk niet de gewenste personeelssamenstelling heeft [27-29]. Alle hierboven genoemde arbeidsmarktknelpunten kunnen regionaal verschillen, vandaar dat het beleid per regio kan verschillen.

Tabel 11 Percentage huisartsenpraktijken dat aangeeft het eens te zijn met de stelling en een bepaald knelpunt te hebben ervaren 2021 – 2025 (bron: Nivel huisartsenpraktijkenquête)*

Knelpunten in de huisartsenpraktijk	2021	2022	2023	2024	2025
Tekort aan huisartsen verwacht	74%	95%	56%	51%	29%
Tekorten aan doktersassistenten verwacht	70%	71%	47%	63%	59%
We hebben grote problemen om associés en praktijkopvolgers te vinden	46%	44%	26%	33%	42%
We hebben grote problemen om waarnemers te vinden**	-	70%	53%	51%	46%
We hebben grote problemen om ondersteunend personeel te vinden	55%	67%	59%	51%	52%
Door de werkdruk is het ziekteverzuim in de praktijk hoog	22%	28%	17%	24%	19%
Bij ziekte van collega's is er meteen een groot probleem	67%	66%	56%	65%	61%
De werkdruk binnen de praktijk is te hoog	74%	68%	54%	48%	45%
Door de werkdruk kost het ons moeite om de toegewezen ANW-diensten te vervullen en/of te verkopen	69%	72%	32%	37%	24%
Mijn praktijk kan onvoldoende financiële middelen vrijmaken om personeel te werven wanneer dit nodig is	53%	27%	29%	25%	25%
Door financiële beperkingen niet gewenste samenstelling personeel***	-	-	-	18%	17%
Door arbeidsmarktkrapte niet gewenste samenstelling personeel***	-	-	-	49%	48%

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

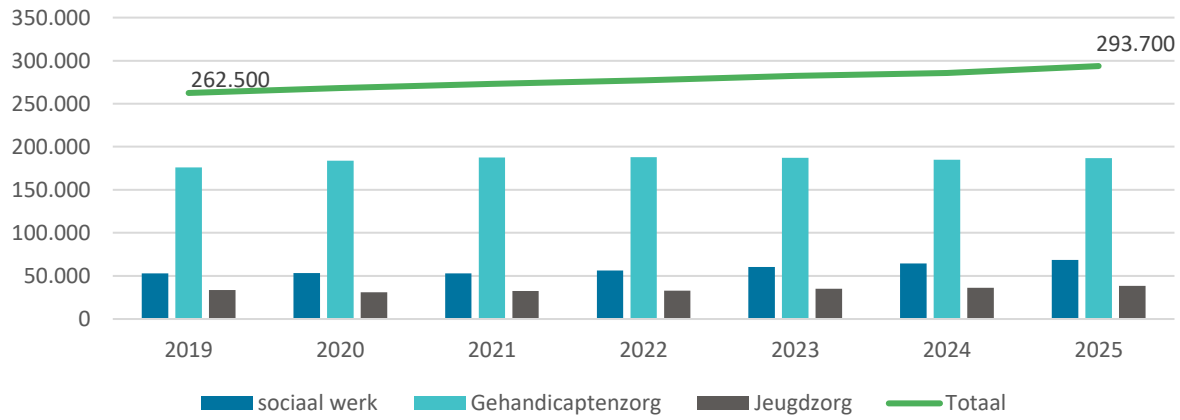
** Deze stelling is niet in deze formulering geïncludeerd in de Nivel huisartsenpraktijkenquête in 2021.

*** Deze stellingen worden sinds 2024 geïncludeerd.

4.2.2 Beschikbare en potentiële capaciteit binnen het sociaal domein

Sinds 2019 steeg de beschikbare personele capaciteit binnen de branche sociaal werk met 29%, van 53.000 werknemers in 2019 naar 68.400 in 2025 (zie Figuur 55).

*Figuur 55 Het aantal werknemers binnen het sociaal domein (CBS) 2019 – 2025**



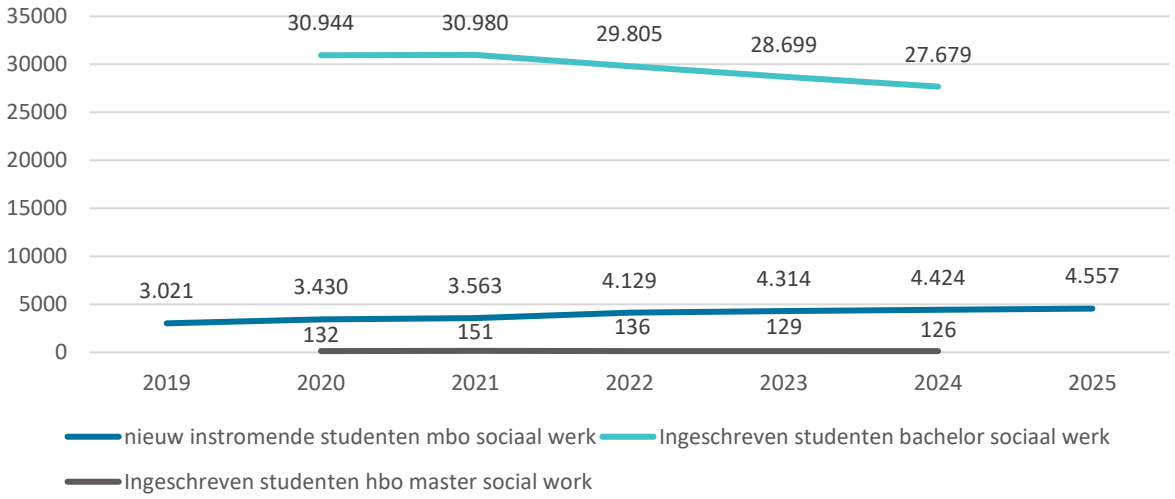
* Peilmoment: kwartaal 1, niet seizoensgecorrigeerd. Data per kwartaal in te zien via: AZW StatLine.

In de branche gehandicapten zorg is de beschikbare capaciteit gestegen met 6% tussen 2019 en 2025. In 2025 waren er 186.900 werknemers actief in deze branche. In dezelfde periode, tussen 2019 en 2025, is het aantal werknemers in de jeugdzorg toegenomen met 15%. In 2025 waren er 38.400 werknemers in deze branche. Voor zowel de branches sociaal werk en gehandicaptenzorg was er stijging tussen 2024 en 2025 van 6%. Het totaal van de branches sociaal werk, gehandicaptenzorg en

jeugdzorg is gestegen met 12% van 262.500 naar 293.700 tussen 2019 en 2025. De werkzame beroepsbevolking in deze branches was in 2025 stabiel gebleven ten opzichte van 2024.

In Figuur 56 is het aantal instromende studenten in de mbo opleiding sociaal werk te zien en het aantal ingeschreven studenten voor de hbo bachelor opleiding sociaal werk en de hbo master social work. Het aantal instromende studenten bij de mbo opleiding sociaal werk is met 51% gestegen in de periode 2019 t/m 2025. Er is een mogelijkheid dat de grotere beschikbare capaciteit in het sociaal werk komt door een groter aantal mbo studenten bij de opleiding sociaal werk. In de periode 2020 t/m 2024 is het aantal hbo bachelor studenten sociaal werk gedaald met 11%. Het aantal studenten in de hbo master social work is stabiel gebleven in de periode 2020 t/m 2024. Voor alle drie de opleidingen is het aantal studenten of het aantal nieuw instromende studenten stabiel gebleven in 2025 ten opzichte van 2024.

*Figuur 56 Het aantal nieuw instromende studenten mbo sociaal werk, ingeschreven studenten hbo bachelor sociaal werk en ingeschreven studenten hbo master social work 2019 – 2025**

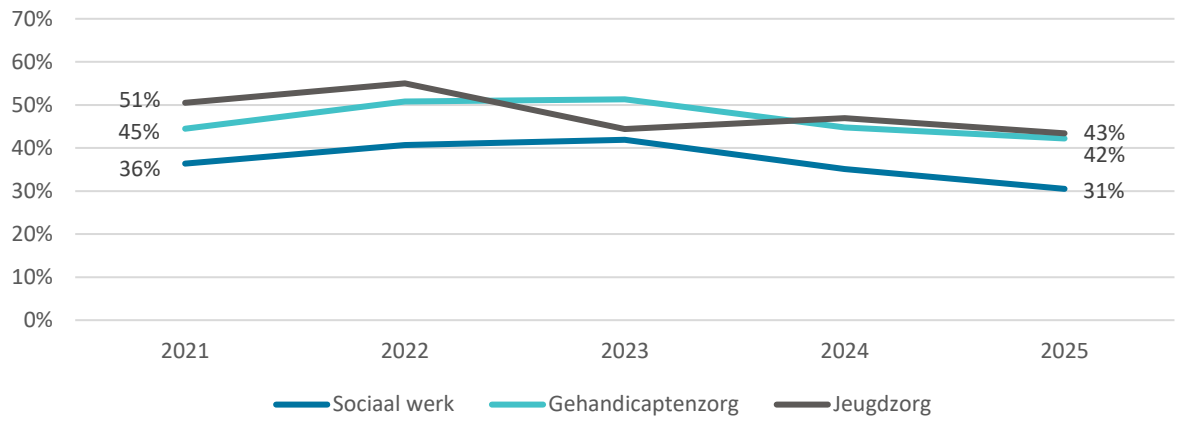


* Bron: DUO.

Werkdruk

Figuur 57 toont het percentage werknemers binnen het sociaal domein dat aangeeft dat ze de werkdruk (veel) te hoog vinden. Het percentage werknemers dat aangeeft de werkdruk (te) hoog te vinden, was in 2025 31% voor werknemers in het sociaal werk, 42% voor werknemers in de gehandicaptenzorg en 43% voor werknemers in de jeugdzorg. De werkdruk is met 8 procentpunten gedaald voor de werknemers werkzaam in de jeugdzorg tussen 2021 en 2025. Voor de werknemers in de gehandicaptenzorg en het sociaal werk is de werkdruk relatief stabiel gebleven in deze periode. De werkdruk is voor alle drie de branches stabiel gebleven in 2025 ten opzichte van 2024.

*Figuur 57 Te hoge werkdruk volgens werknemers in AZW-branche sociaal werk, gehandicaptenzorg en jeugdzorg (CBS) 2021 – 2025**

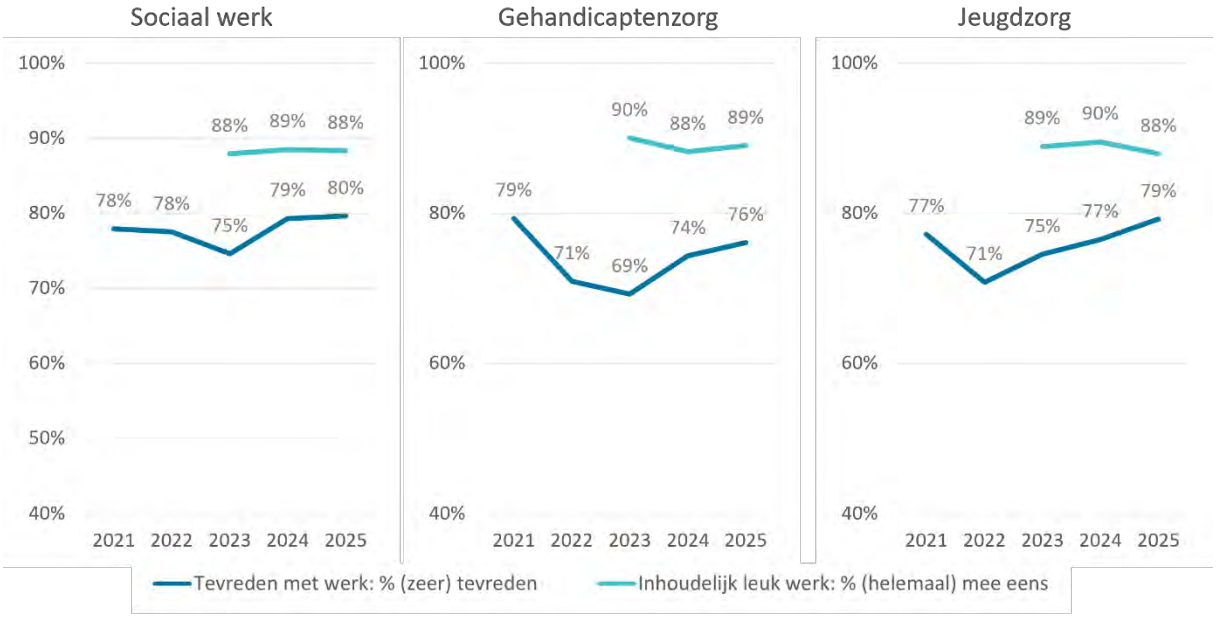


* Peilmoment: kwartaal 2. Meer aspecten zijn te vinden via: AZW StatLine.

Werkplezier

De werktevredenheid is stabiel gebleven tussen werknemers binnen de branches van het sociaal domein (Figuur 58). Bij alle drie de branches sociaal werk, gehandicaptenzorg en jeugdzorg ligt het percentage dat zegt inhoudelijk leuk werk te hebben boven het percentage respondenten dat aangeeft tevreden te zijn met hun werk. In 2025 waren 80% van de werknemers in het sociaal domein, 76% van de werknemers in de gehandicaptenzorg en 79% van de werknemers in de jeugdzorg tevreden met hun werk.

*Figuur 58 Werktevredenheid van werknemers in AZW-branche sociaal werk, gehandicaptenzorg en jeugdzorg (CBS) 2021 – 2025**

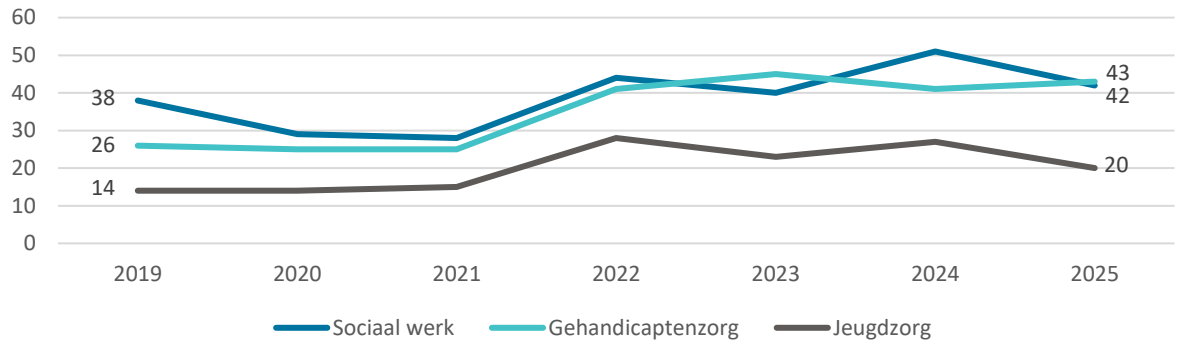


* Peilmoment: kwartaal 2. Meer aspecten van werktevredenheid binnen deze branche zijn te vinden via: AZW StatLine.

Vacaturegraad

De vacaturegraad (het aantal openstaande vacatures per 1000 banen) in de AZW-branches sociaal werk, gehandicaptenzorg en jeugdzorg is in de periode 2019 t/m 2025 gestegen (Figuur 59). In 2025 daalde de vacaturegraad in sociaal werk en jeugdzorg ten opzichte van 2024: in de jeugdzorg van 27 naar 20 en in sociaal werk van 51 naar 42. In de gehandicaptenzorg bleef de vacaturegraad sinds 2023 stabiel.

*Figuur 59 Vacaturegraad voor de AZW-branches sociaal werk, gehandicapten en jeugdzorg (CBS) 2019 – 2025**

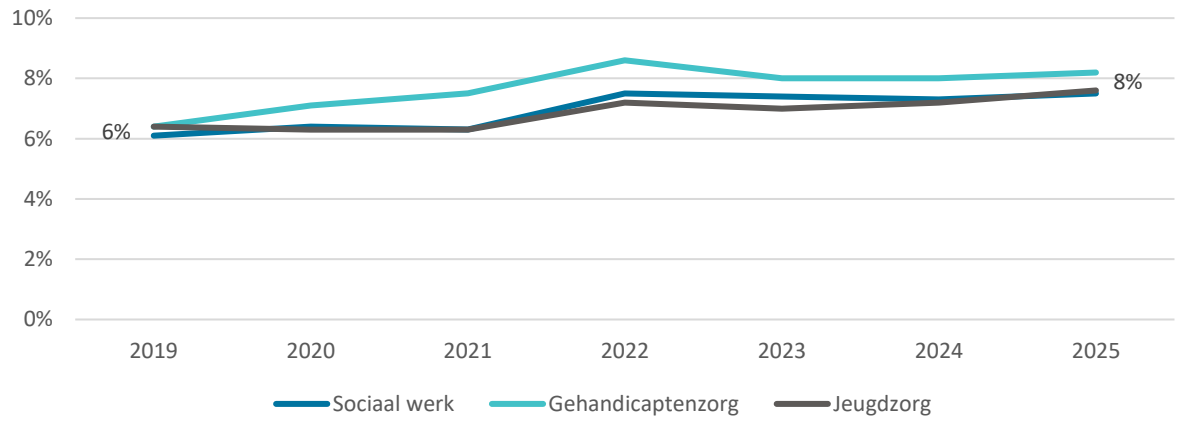


* Peilmoment: kwartaal 1. Meer data over de vacaturegraad van sociaal werk is te vinden via: AZW StatLine.

Ziekteverzuim

In Figuur 60 staat het ziekteverzuim weergegeven voor de AZW-branches sociaal werk, gehandicaptenzorg en jeugdzorg. Gemiddeld is er een ziekteverzuim 7% voor de branches sociaal werk en jeugdzorg en 8% voor de gehandicaptenzorg in de periode van 2019 t/m 2025. Het percentage ziekteverzuim was tevens tussen 2024 en 2025 stabiel.

*Figuur 60 Het percentage ziekteverzuim van professionals in loondienst binnen de AZW-branches sociaal werk, gehandicaptenzorg en jeugdzorg (CBS) 2019 – 2025**



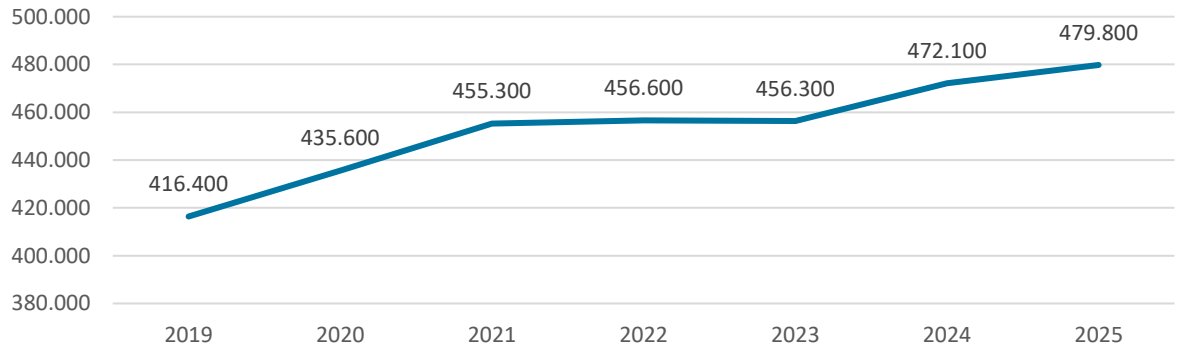
* Jaardata. Data per kwartaal in te zien via: AZW StatLine.

4.2.3 Personele capaciteit binnen Verzorging, Verpleging en Thuiszorg

Beschikbare en potentiële capaciteit

Voor de gehele sector Verzorging, Verpleging en Thuiszorg is de beschikbare capaciteit weergegeven in Figuur 61. Hier is van 2019 tot 2025 een stijging te zien van 15%, van 416.400 werknemers in 2019 naar 479.800 werknemers in 2025. Het aantal werknemers in de AZW-branche verzorging, verpleging is sinds 2023 gestegen. In 2025 was de beschikbare capaciteit stabiel in vergelijking met 2024.

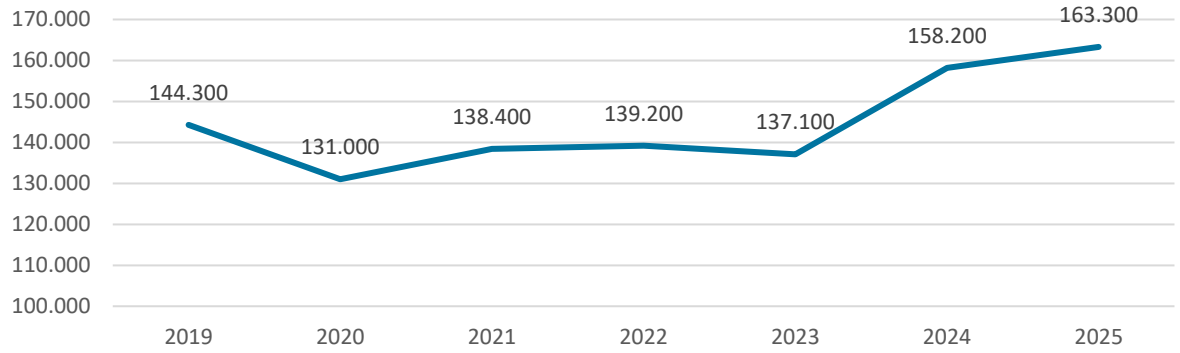
*Figuur 61 Beschikbare capaciteit AZW-branche Verzorging, Verpleging en Thuiszorg (CBS) 2019 – 2025**



* Peilmoment: kwartaal 1, niet seizoensgecorrigeerd. Data per kwartaal in te zien via: AZW StatLine.

De beschikbare capaciteit van AZW-branche thuiszorg, waar ook de wijkverpleging onder valt, is met 13% toegenomen, van 144.300 werknemers in 2019 naar 163.300 werknemers in 2025 (Figuur 62). In 2025 maakte de thuiszorg 34% uit van de personele capaciteit van de gehele VVT-sector wat evenredig is aan 2019 toen dit aandeel 35% was. De beschikbare capaciteit bleef tussen 2024 en 2025 stabiel.

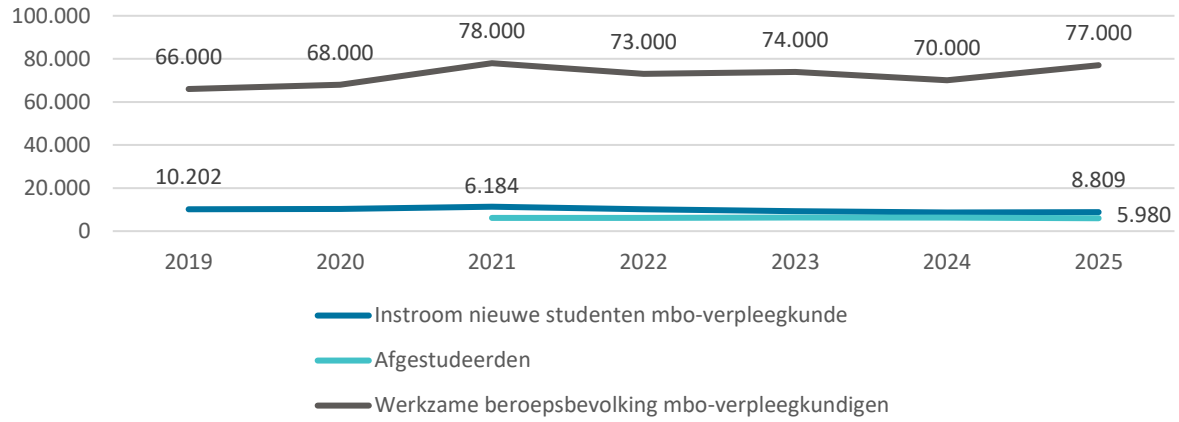
*Figuur 62 Beschikbare personele capaciteit in de AZW-subbranche Thuiszorg, inclusief wijkverpleging 2019 – 2025**



* Peilmoment: kwartaal 1. Data per kwartaal in te zien via: AZW StatLine.

Als we vervolgens kijken naar specifieke beroepsgroepen is te zien dat in de werkzame beroepsbevolking van mbo-verpleegkundigen steeg met 17% tussen 2019 en 2025 (Figuur 63). Tussen 2024 en 2025 was deze stijging 10%. Het aantal nieuw instromende studenten in de opleiding tot mbo-verpleegkunde daalde met 14% tussen 2019 en 2025, van 10.202 nieuw instromende studenten in 2019 naar 8.809 in 2025. Het aantal afgestudeerden is stabiel in de periode 2021 t/m 2025.

Figuur 63 De werkzame beroepsbevolking mbo-verpleegkundigen, nieuwe instroom studenten aan de mbo-opleiding verpleegkunde en aantal afgestudeerden** 2019 – 2025*

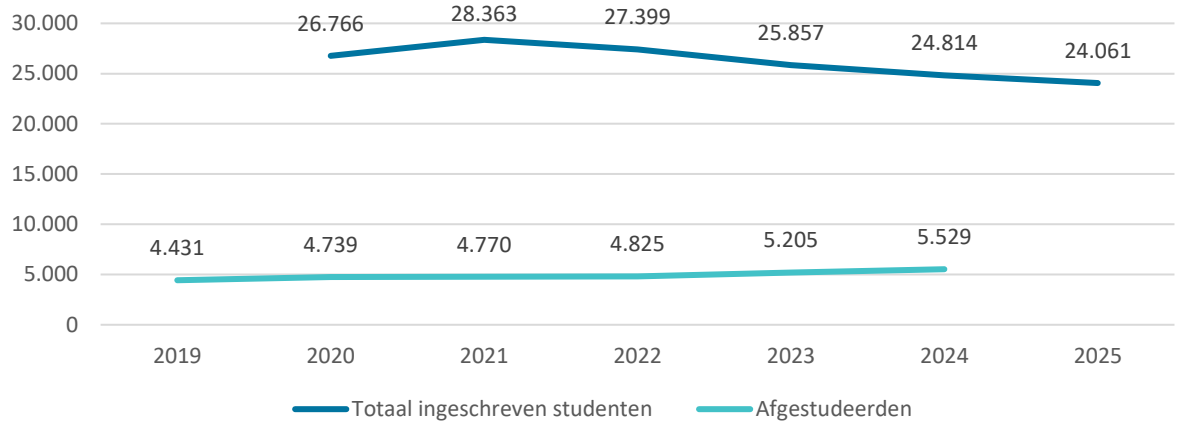


* Jaardata voor werkzame beroepsbevolking, data per kwartaal in te zien via: AZW StatLine

** Bron: DUO.

In Figuur 64 is het aantal ingeschreven studenten hbo-verpleegkunde per jaar weergegeven. Dit aantal is gedaald van 26.766 ingeschreven studenten in 2020 naar 24.061 in 2025. Het aantal ingeschreven studenten was in 2025 stabiel ten opzichte van 2024. Daarentegen is het aantal afgestudeerden licht gestegen.

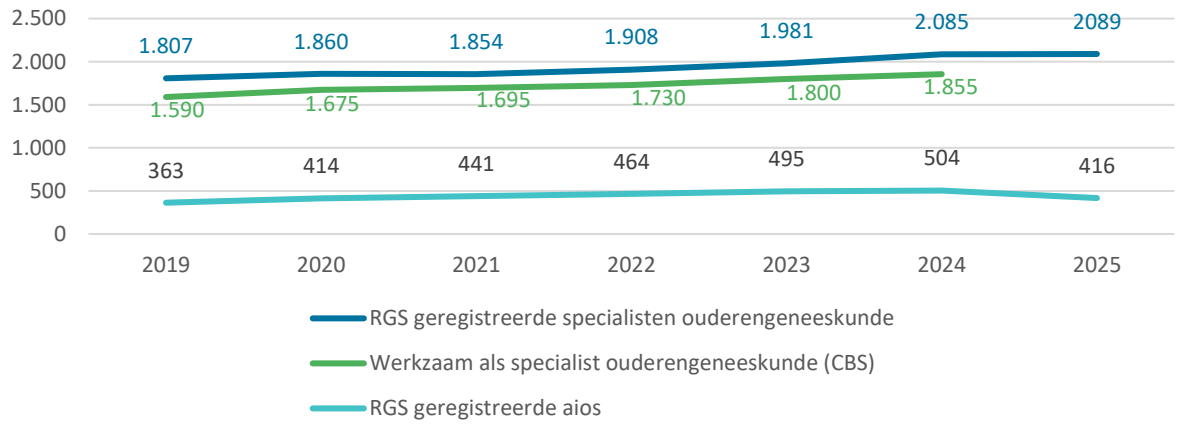
*Figuur 64 Aantal ingeschreven en afgestudeerde studenten hbo-verpleegkunde 2019 – 2025**



* Bron: DUO.

Het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde is met 16% gestegen tussen 2019 en 2025 (Figuur 65), van 1.807 naar 2.089. Het aantal geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde is stabiel gebleven in 2025 ten opzichte van 2024. Meer data over de capaciteit van de specialisten ouderengeneeskunde per sector is te vinden in Flinterman et al. [47]. Het aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde volgt dezelfde trend als het aantal RGS-geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde. Het aantal artsen in opleiding (aios) tot specialist ouderengeneeskunde steeg met 15% tussen 2019 en 2025, van 363 naar 416. Het aantal aios specialist ouderengeneeskunde is met 17% gedaald tussen 2024 en 2025.

Figuur 65 Aantal RGS-geregistreerde specialisten ouderengeneeskunde, aantal werkzame specialisten ouderengeneeskunde in de zorg** en aantal aios specialist ouderengeneeskunde* 2019-2025*

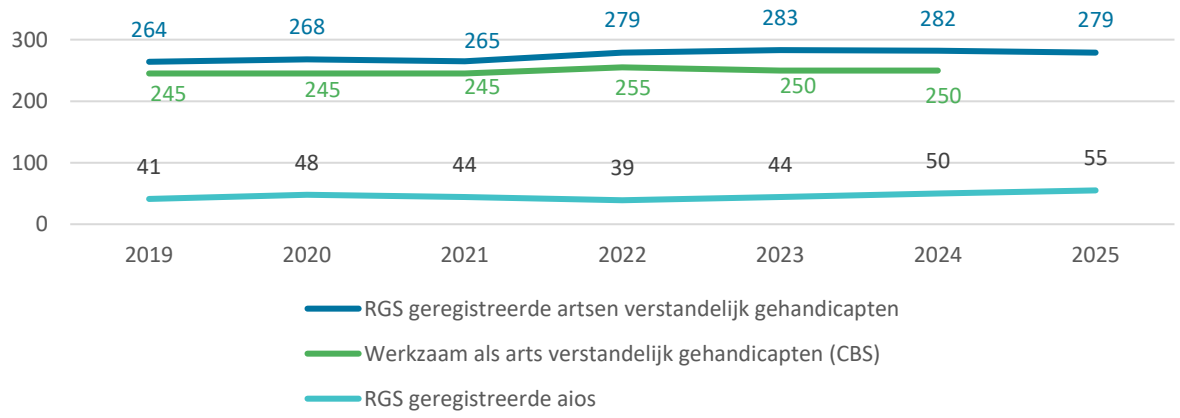


* Bron: KNMG.

** Bron: CBS StatLine.

Het aantal geregistreerde artsen verstandelijk gehandicapten is met 6% gestegen tussen 2019 en 2025, van 264 naar 279 (Figuur 66). Het aantal werkzame artsen verstandelijk gehandicapten volgt dezelfde trend als het aantal RGS-geregistreerde artsen verstandelijk gehandicapten. In 2025 is het aantal geregistreerde artsen verstandelijk gehandicapten stabiel gebleven ten opzichte van 2024. In het aantal artsen in opleiding tot specialist (aios) verstandelijk gehandicapten is een stijging van 34% te zien tussen 2019 en 2025, van 41 naar 55. Het aantal aios is in 2025 gestegen met 10% ten opzichte van 2024.

Figuur 66 Aantal RGS-geregistreerde artsen verstandelijk gehandicapten, aantal werkzame artsen verstandelijk gehandicapten in de zorg** en aantal aios arts verstandelijk gehandicapten* 2019-2025*



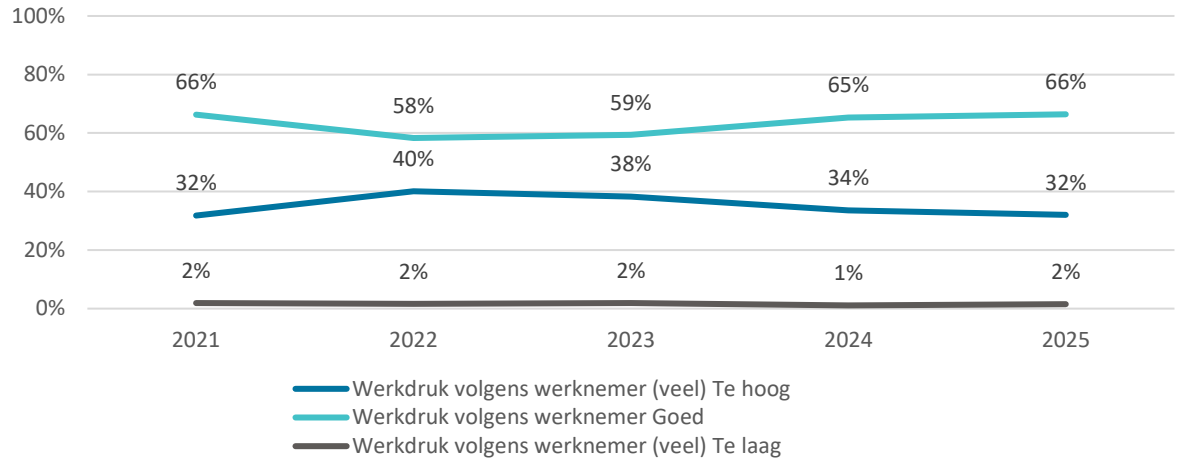
* Bron: KNMG.

** Bron: CBS StatLine.

Werkdruk

In 2025 gaf de meerderheid (66%) van de zorgprofessionals binnen de AZW-subbrance thuiszorg aan de werkdruk goed te vinden, maar daarentegen gaf 32% aan de werkdruk (veel) te hoog te vinden (Figuur 67). Alle werkdrukindicatoren zijn stabiel gebleven tussen 2024 en 2025.

*Figuur 67 Werkdruk werknemers in de AZW-subbranche Thuiszorg (CBS) 2019 – 2025**

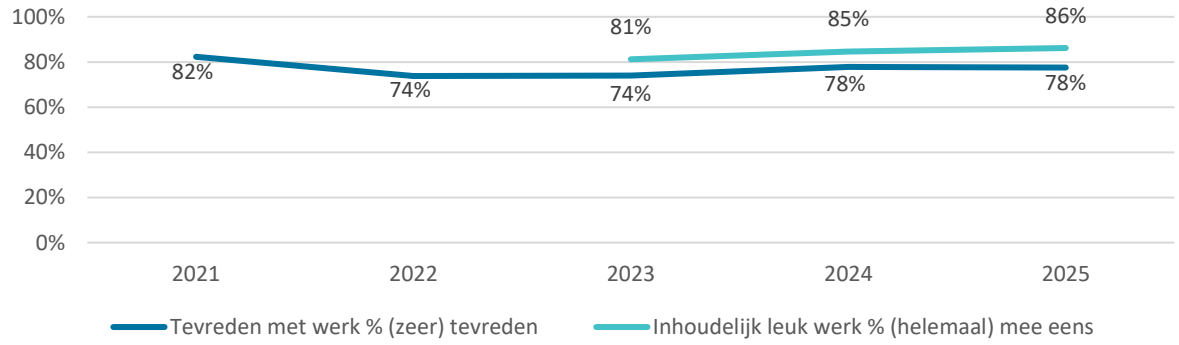


* Peilmoment: kwartaal 2. Data per kwartaal in te zien via: AZW StatLine.

Werkplezier

Binnen de AZW-subbranche Thuiszorg gaf het merendeel van de zorgprofessionals in de periode 2021 t/m 2025 aan tevreden te zijn met het werk (Figuur 68).

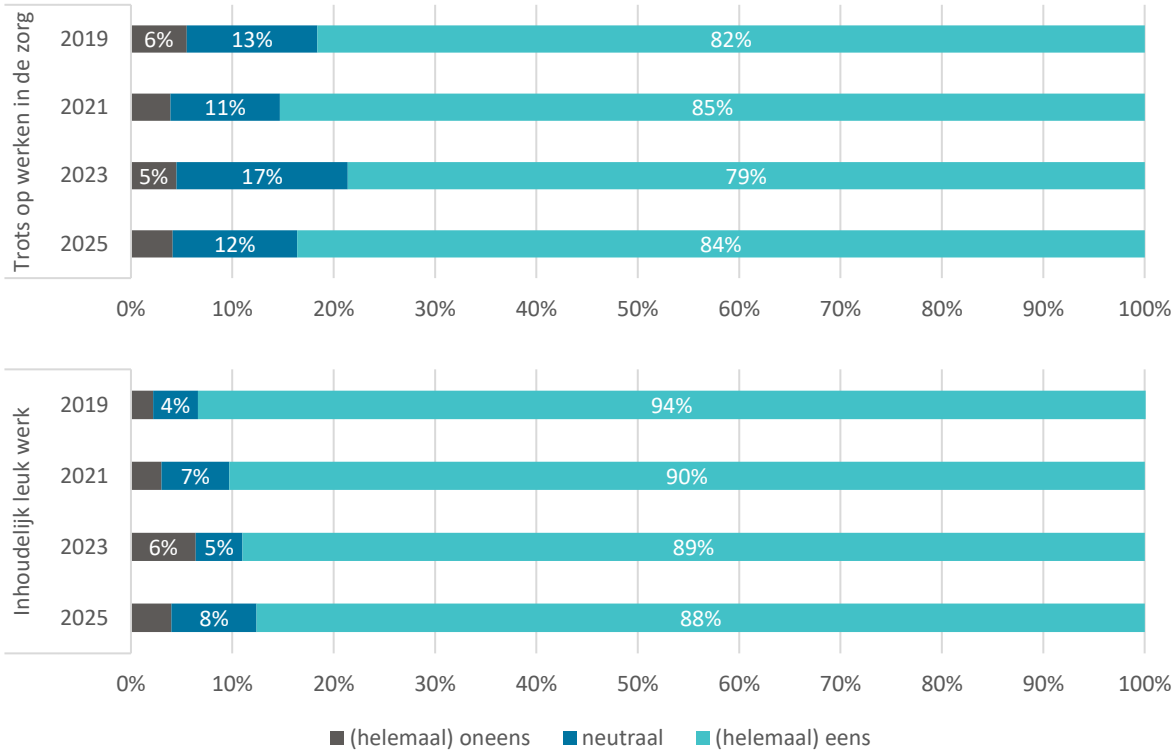
*Figuur 68 Werkplezier in de AZW-subbranche thuiszorg (CBS) 2021 – 2025**



* Peilmoment: kwartaal 2. Meer aspecten van werkplezier binnen deze branche zijn te vinden via: AZW Statline.

Cijfers uit het Nivel Panel V&V [48] laten zien dat in 2025 een ruime meerderheid van de respondenten aangaf inhoudelijk leuk werk te hebben (88%) (Figuur 69). Dit is een daling van 6 procentpunten tussen 2019 en 2025. Het percentage respondenten dat zegt trots te zijn om in de zorg te werken bleef tussen 2019 en 2025 stabiel.

Figuur 69 Werkplezier van verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten, begeleiders en praktijkondersteuners 2019, 2021, 2023 en 2025 (Bron: Nivel panel V&V)*

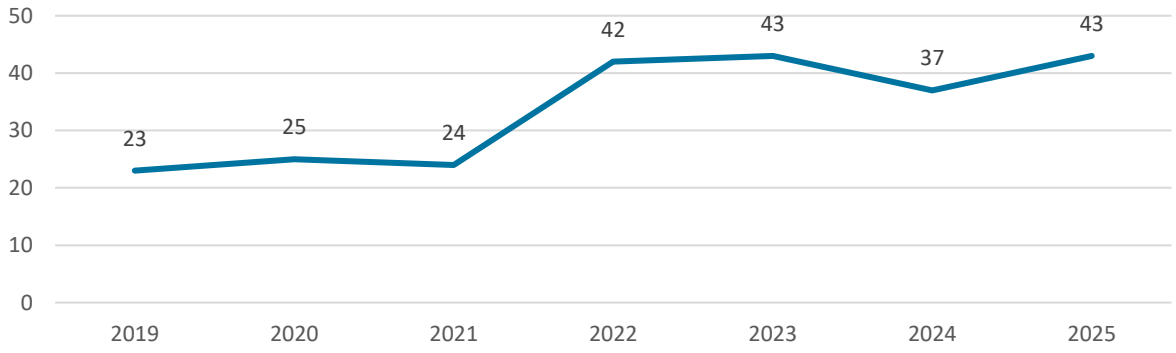


* Percentages <5 staan niet in de grafiek vermeld.

Vacaturegraad

De vacaturegraad voor de gehele AZW-branche Verzorging, Verpleging en Thuiszorg branche is met 87% gestegen tussen 2019 en 2025 van 23 openstaande vacatures per 1000 banen naar 43 (Figuur 70). Tussen 2024 en 2025 was de stijging 16%.

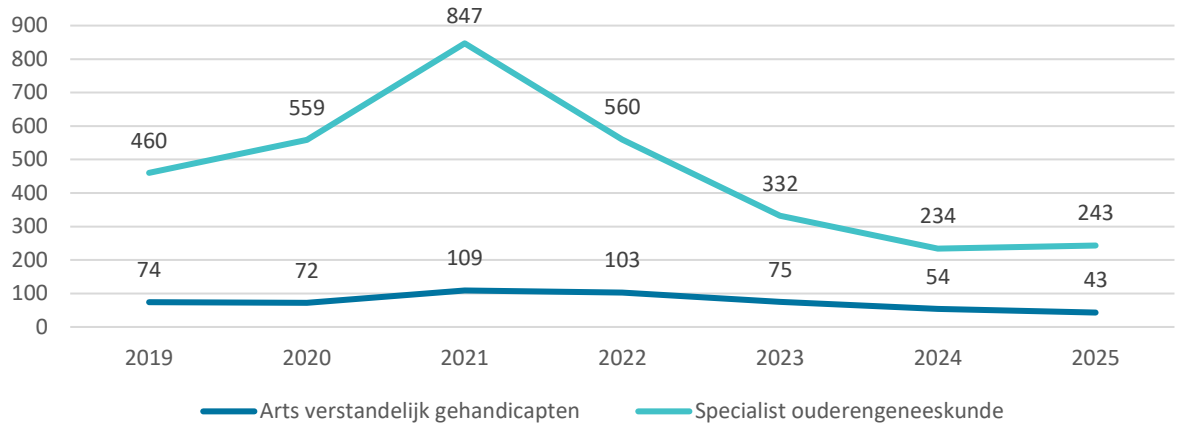
*Figuur 70 Vacaturegraad voor de AZW-branche Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (CBS) 2019 – 2025**



* Peilmoment kwartaal 1, data per kwartaal in te zien 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 gerapporteerd door het Capaciteitsorgaan. Het aantal nieuwe vacatures voor de artsen verstandelijk gehandicapten is met 42% gedaald tussen 2019 en 2025, van 74 naar 43 nieuwe online vacatures per kwartaal. Bij de specialisten ouderengeneeskunde is er een daling van 47% tussen 2019 en 2025 van 460 naar 243 nieuwe online vacatures per kwartaal (Figuur 71). Tussen 2024 en 2025 was het aantal nieuwe online vacatures stabiel.

*Figuur 71 Nieuwe online vacatures voor arts verstandelijk gehandicapten en specialist ouderen geneeskunde 2019 – 2025**

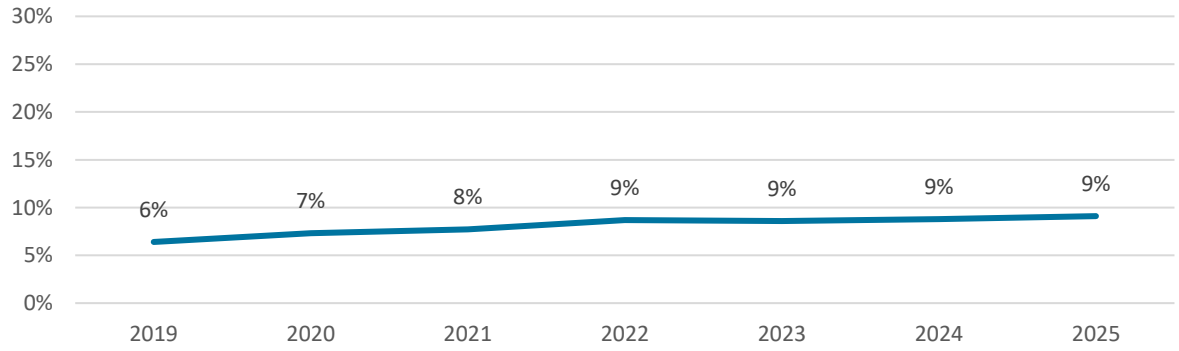


* Peilmoment: kwartaal 1, data per kwartaal in te zien via: Dashboard capaciteitsorgaan.

Ziekteverzuim

In Figuur 72 staat het ziekteverzuim weergegeven voor de AZW-subbranche Thuiszorg. Sinds 2022 ligt het ziekteverzuim stabiel op 9%.

*Figuur 72 Het percentage ziekteverzuim van professionals in loondienst binnen de AZW-subbranche Thuiszorg (CBS) 2019 – 2025**



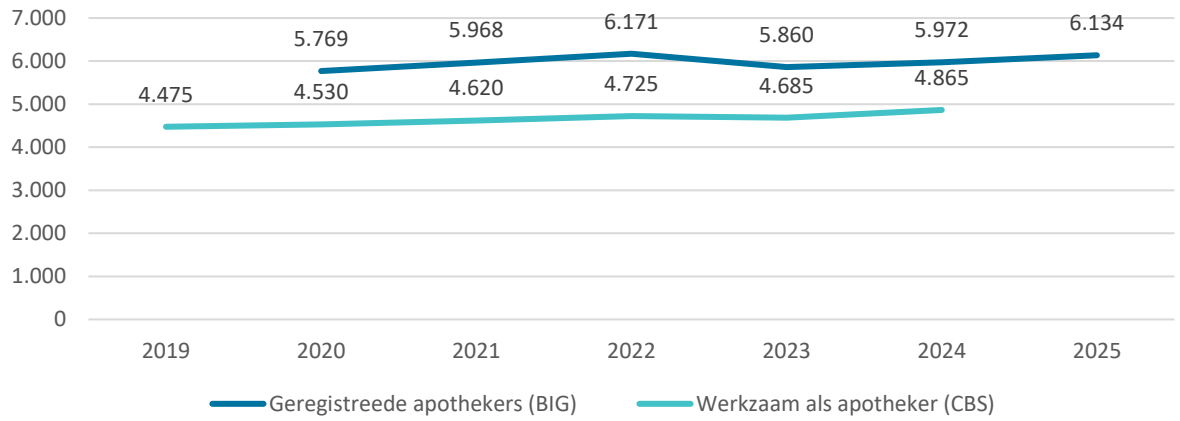
* Peilmoment: kwartaal 1, data per kwartaal in te zien via: AZW StatLine.

4.2.4 Personele capaciteit in de apotheek

Beschikbare capaciteit en potentiële capaciteit bij apothekers

In Figuur 73 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 6% tussen 2020 en 2025. Ook het aandeel werkzame apothekers is met 9% gestegen tussen 2019 en 2024.

Figuur 73 Totaal aantal BIG-geregistreerde apothekers en totaal aantal werkzame apothekers van wie de arbeidspositie bekend is (CBS)** 2019 – 2025*

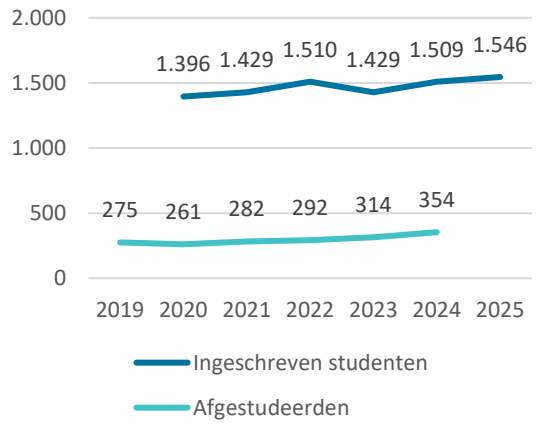


* Bron: BIG-register.

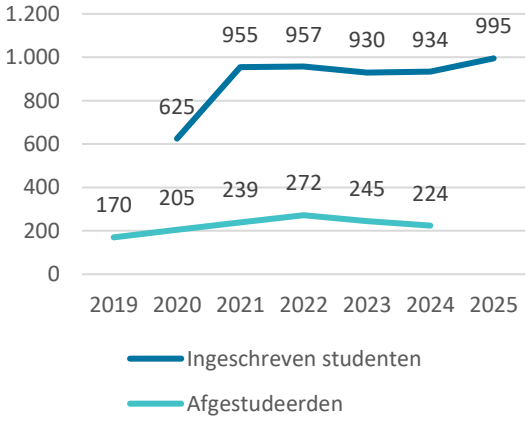
** De cijfers over 2025 zijn voorlopig, meer data beschikbaar via CBS StatLine.

In Figuur 74 is het aantal studenten en afgestudeerden weergegeven die zijn ingeschreven bij de bachelor farmacie en in Figuur 75 is het aantal studenten en afgestudeerden weergegeven die zijn ingeschreven bij de master farmacie [49]. Tussen 2020 en 2025 is het aantal ingeschreven studenten gestegen voor zowel de bachelor als master farmacie.

*Figuur 74 Aantal ingeschreven studenten en afgestudeerden bij de bachelor farmacie 2019 – 2025**



*Figuur 75 Aantal ingeschreven studenten en afgestudeerden bij de master farmacie 2019 – 2025**



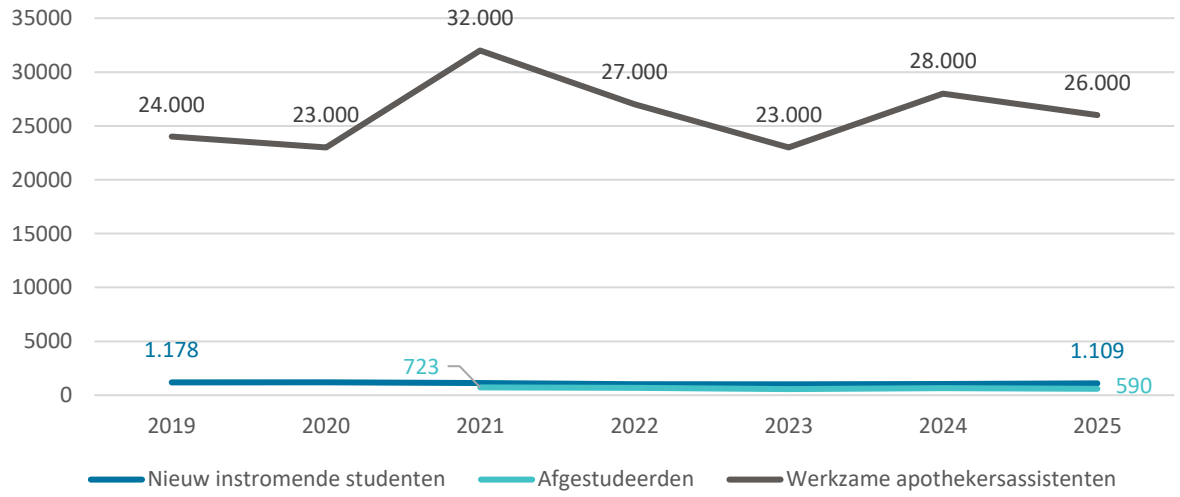
* Bron: DUO.

Beschikbare capaciteit en potentiële capaciteit apothekersassistenten

In Figuur 76 staat het aantal werkzame apothekersassistenten voor de periode 2019 tot en met 2025. Het aantal werkzame apothekersassistenten schommelde tussen 2019 en 2025, maar in 2025 lag het aantal personen werkzaam als apothekersassistent 8% hoger dan in 2019. Tussen 2024 en 2025 was er echter een daling te zien van 7%.

Het aantal nieuw ingeschreven studenten bij de mbo-4 opleiding tot apothekersassistent was tussen 2019 en 2025 stabiel. In de periode 2021 tot en met 2025 is een daling in het aantal afgestudeerden te zien. In 2025 was het aantal afgestudeerden afgenomen met 9% ten opzichte van 2024. Dit geeft een indicatie dat de personele capaciteit van apothekersassistenten in de toekomst mogelijk gaat afnemen.

Figuur 76 Aantal werkzame apothekersassistenten, nieuw ingeschreven studenten bij de mbo-4 opleiding tot apothekersassistent** en het aantal gediplomeerden per jaar van deze opleiding** 2019 – 2025*



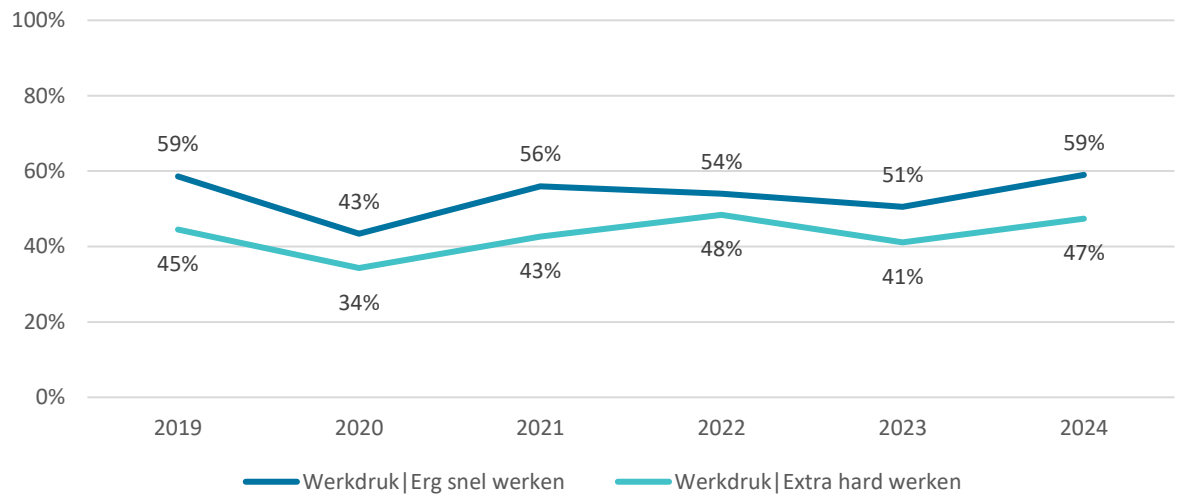
* De CBS-cijfers over werkzame apothekersassistenten in 2025 zijn voorlopig, meer data beschikbaar via CBS StatLine.

** Bron: DUO.

Werkdruk apothekersassistenten

In Figuur 77 staat het aandeel apothekersassistenten dat aangeeft erg snel te moeten werken en extra hard te moeten werken. Tussen 2019 en 2024 schommelde het aandeel apothekersassistenten dat deze werkdruk ervoer. Echter, de percentages in 2019 en 2024 liggen op hetzelfde niveau. Het percentage dat erg snel moet werken is met 8 procentpunten gestegen. Het percentage dat extra hard moet werken steeg met 6 procentpunten.

*Figuur 77 Werkdruk indicatoren apothekersassistenten (CBS) 2019 – 2024**

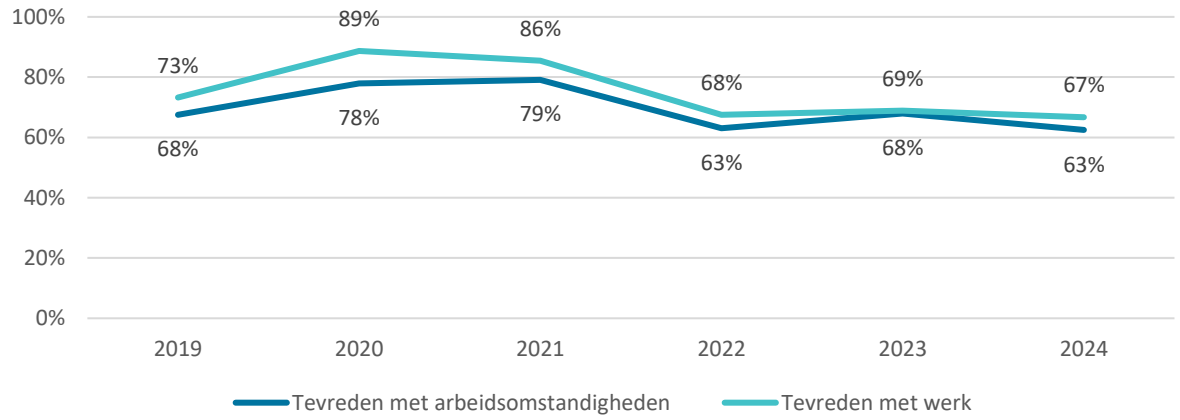


* Meer data beschikbaar via CBS StatLine.

Werkplezier apothekersassistenten

In Figuur 78 staat het aandeel apothekersassistenten dat tevreden is met hun werk en de arbeidsomstandigheden. Het aandeel apothekersassistenten dat tevreden is met de arbeidsomstandigheden is in de periode 2019 t/m 2024 en tussen 2023 en 2024 stabiel gebleven. Het aandeel apothekersassistenten dat tevreden is met hun werk 6 procentpunten gedaald van 73% in 2019 naar 67% in 2024.

*Figuur 78 Aandeel apothekersassistenten dat tevreden is met hun werk en hun arbeidsomstandigheden (CBS) 2019 – 2024**

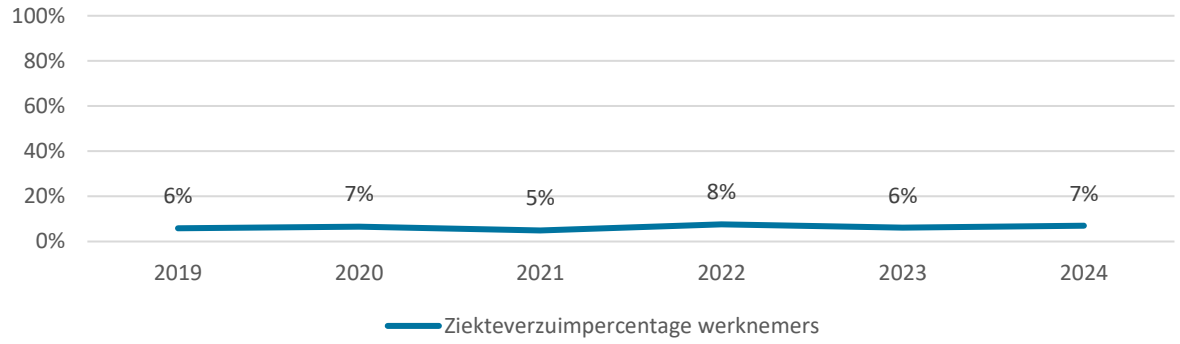


* Meer data beschikbaar via CBS StatLine.

Ziekteverzuim apothekersassistenten

In Figuur 79 staat het ziekteverzuim weergegeven voor de apothekersassistenten. Het ziekteverzuimpercentage is tussen 2019 en 2024 stabiel, rond de 6%.

*Figuur 79 Ziekteverzuimpercentage apothekersassistenten (CBS) 2019 – 2024**



* Meer data beschikbaar via CBS StatLine.

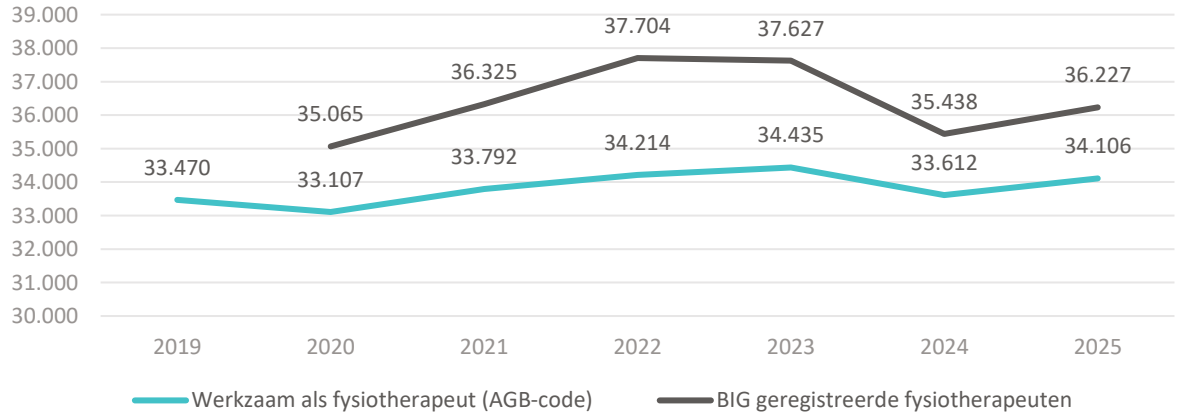
4.2.5 Personele capaciteit bij de paramedische disciplines

Binnen de paramedische disciplines zijn voor de fysiotherapeuten meer indicatoren beschikbaar dan voor de andere groepen (oefentherapeuten, ergotherapeuten, huidtherapeuten, diëtisten, logopedisten en optometristen). Hieronder behandelen we eerst de beschikbare en potentiële capaciteit en werkdruk voor de verschillende paramedische disciplines en alle disciplines als geheel. Daarna worden de werkdruk, het ziekteverzuim en het werkplezier van de fysiotherapeuten besproken.

Beschikbare en potentiële capaciteit bij paramedische disciplines

In Figuur 80 staat het aantal BIG-geregistreerden en het aantal werkzame fysiotherapeuten. Het aantal BIG-geregistreerde fysiotherapeuten weerspiegelt de totale, potentiële beschikbaarheid, deze groep is gekwalificeerd om als fysiotherapeut te werken. Over de periode 2020 t/m 2025 is het aantal BIG-geregistreerde fysiotherapeuten stabiel gebleven, evenals het aantal werkzame fysiotherapeuten. Het aantal BIG-geregistreerde fysiotherapeuten en het aantal werkzame fysiotherapeuten waren tussen 2024 en 2025 ook stabiel.

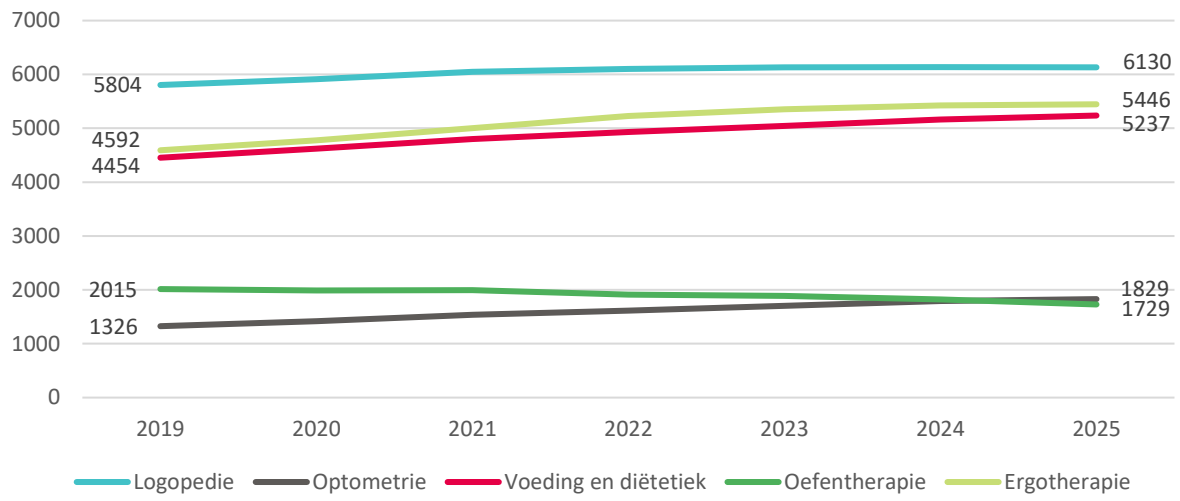
Figuur 80 BIG-geregistreerde en werkzame fysiotherapeuten 2019 – 2025*



* Bron: BIG-register.

In Figuur 81 is het aantal werkzame optometristen, diëtisten, ergotherapeuten, oefentherapeuten en logopedisten weergegeven. De werkzame beroepsbevolking is voor de meeste paramedische disciplines gestegen in de periode tussen 2019 en 2025. Deze stijging was 38% voor de optometristen, 6% voor de logopedisten, 18% voor de diëtisten en 19% voor de ergotherapeuten. Alleen bij de oefentherapeuten is een daling te zien van 14%. In 2025 was de werkzame capaciteit van de disciplines ergotherapie, oefentherapie, logopedie, diëtetiek en optometrie stabiel gebleven ten opzichte van 2024.

Figuur 81 Werkzame capaciteit optometrie, ergotherapie, oefentherapie, diëtetiek en logopedie 2019 – 2025



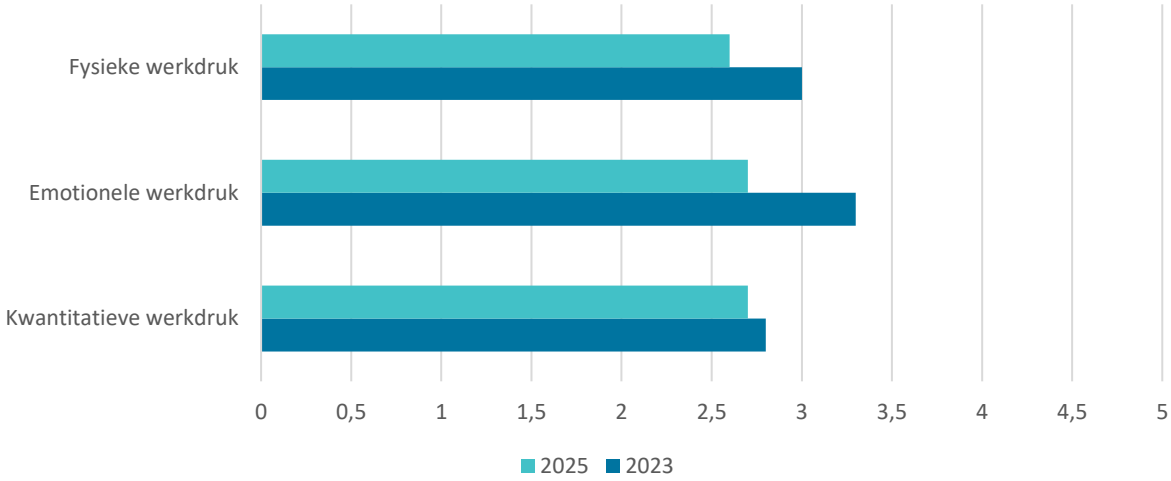
Tussen 2020 en 2025 is het aantal ingeschreven studenten voor de opleidingen voeding en diëtetiek (8%), logopedie (12%) en oefentherapie (15%) gedaald. Het aantal ingeschreven studenten voor de opleidingen optometrie en huidtherapie is gestegen tussen 2020 en 2025 met respectievelijk 6% en 12%. Het aantal ingeschreven studenten voor de opleiding ergotherapie is gelijk gebleven tussen 2024 en 2025.

Het aantal afgestudeerden steeg tussen 2019 en 2024 voor de opleidingen fysiotherapie (52%), optometrie (33%) en huidtherapie (28%). In dezelfde periode is het aantal afgestudeerden gedaald bij de opleidingen diëtetiek (18%), oefentherapie (73%), ergotherapie (12%) en logopedie (7%).

Werkdruk bij paramedische disciplines

Uit de monitor Gezond Werken in de Zorg blijkt dat paramedici in 2025 een lagere fysieke, emotionele en kwantitatieve werkdruk ervaarden dan in 2023 [50, 51] (Figuur 82). Dit is gemeten met een werkdrukscore van 0 t/m 5, waarbij een lagere score relateert aan een lagere ervaren werkdruk. Wegens wisselingen in de gerapporteerde data worden alleen de jaren 2023 en 2025 weergegeven.

Figuur 82 Werkdrukscores voor de paramedici/ medisch ondersteunend personeel,**,****



* Bron: Monitor Gezond werken in de zorg.

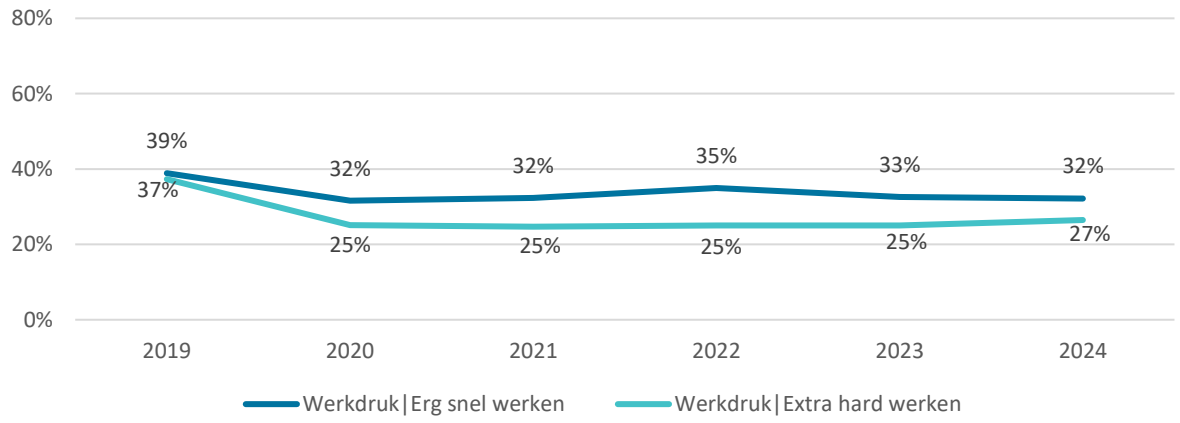
** Respondenten konden zelf kiezen of wel of niet onder de paramedie vallen, de vraagstelling was als volgt: paramedische functie (bijv. logopedist, fysiotherapeut, ergotherapeut, diëtist). Onder medisch ondersteunend vallen polikliniek medewerkers zoals polikliniek assistent, doktersassistent en medewerker medisch administratie.

*** Definities: Fysieke werkdruk (lichamelijke inspanning, langdurig dezelfde houdingen), Emotionele werkdruk (emotioneel belastende situaties), Kwantitatieve werkdruk (te veel werk, hoge tijdsdruk).

Werkdruk fysiotherapeuten

In Figuur 83 staat het aandeel fysiotherapeuten weergegeven dat aangeeft erg snel te moeten werken en extra hard te moeten werken. De hoogste werkdruk werd ervaren in 2019. Na 2019 daalde de werkdruk voor fysiotherapeuten, en was deze tussen 2020 en 2024 stabiel.

*Figuur 83 Werkdruk indicatoren fysiotherapie (CBS) 2019 – 2024**

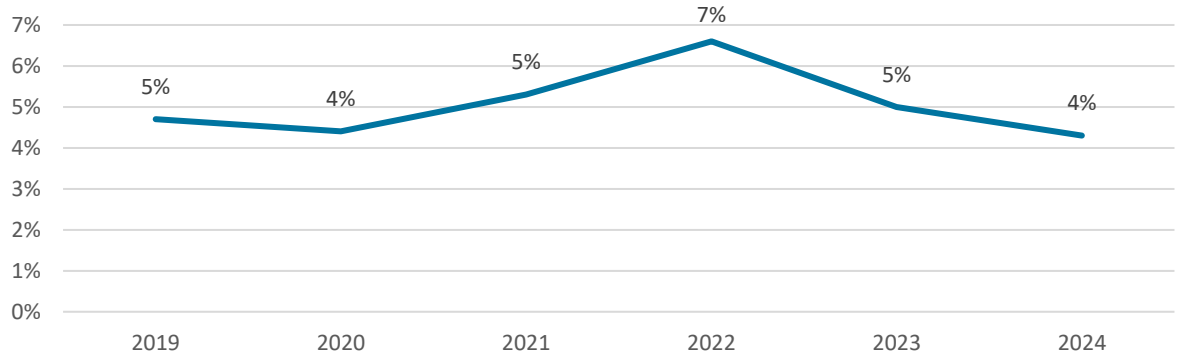


* Meer data beschikbaar via CBS StatLine.

Ziekteverzuim fysiotherapeuten

In Figuur 84 staat het ziekteverzuim weergegeven voor de fysiotherapeuten. Het ziekteverzuimpercentage is in 2024 na een piek in 2022 terug op het niveau van 2019.

*Figuur 84 Ziekteverzuimpercentage fysiotherapeuten (CBS) 2019 – 2024**

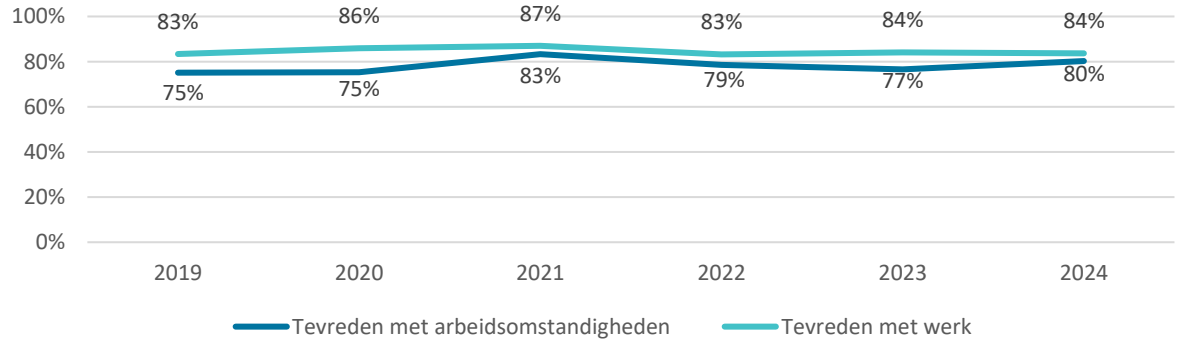


* Meer data beschikbaar via CBS StatLine.

Werkplezier fysiotherapeuten

In Figuur 85 staat het aandeel fysiotherapeuten dat tevreden is met het werk en de arbeidsomstandigheden. Tussen 2019 en 2024 bleef zowel het aandeel fysiotherapeuten dat tevreden is met de arbeidsomstandigheden als het aandeel dat tevreden is met het werk stabiel.

*Figuur 85 Aandeel fysiotherapeuten dat tevreden is met het werk en de arbeidsomstandigheden (CBS) 2019 – 2024**

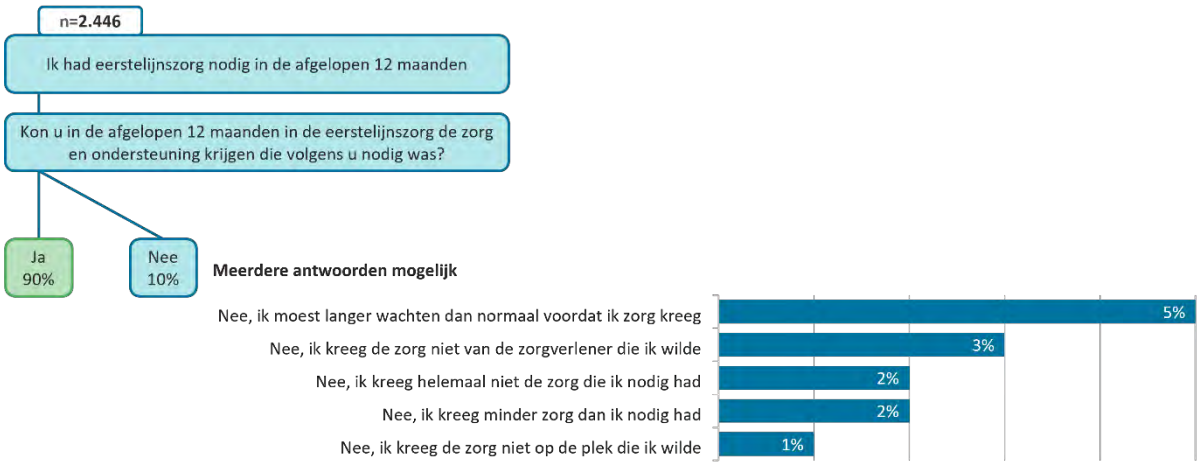


* Meer data beschikbaar via CBS StatLine.

4.2.6 Ervaringen van zorggebruikers met beperkte personele capaciteit

Zorggebruikers is gevraagd naar hun ervaringen met knelpunten op het gebied van personele capaciteit binnen de eerstelijnszorg middels het Nivel 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 38% 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=2.446), konden negen op de tien burgers (90%) de zorg of ondersteuning krijgen die zij nodig hadden. In Figuur 86 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 86 Ervaringen van zorggebruikers met de toegankelijkheid van de eerstelijnszorg



Aan panelleden die aangaven dat zij in de afgelopen twaalf maanden niet de zorg of ondersteuning konden krijgen die zij nodig hadden (n=238), is gevraagd binnen welke sector in de eerstelijnszorg zij problemen hebben ervaren. Van deze groep heeft 75% (n=176) problemen ervaren met huisartsenzorg. Hierop volgt de fysiotherapie/oefentherapie (13%, n=31) en apotheekzorg (12%, n=29). Waarschijnlijk speelt hierbij een rol dat er vaker gebruik wordt gemaakt van huisartsenzorg, fysiotherapie/oefentherapie en apotheekzorg dan van andere eerstelijnszorg.

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

Reflectie op bevindingen van deze monitor

Organisatie

Opzet RESV's en hechte wijkverbanden concreter

In regio's wordt hard gewerkt aan de opzet van RESV's en hechte wijkverbanden. De gedachte hierachter is dat een regionale aanpak beter aansluit bij de behoeften en dynamiek van de eerste lijn dan een uniforme landelijke benadering, en dat hiermee regionale ongelijkheid in organisatiegraad en samenwerking kan worden verminderd. Deze monitor laat zien dat de opzet van RESV's en hechte wijkverbanden sinds de honorering van de ZonMw-voorbereidingssubsidie (jaar 2023) [52] concreter is geworden; zo is over het algemeen bekend welke partijen waar betrokken worden, is duidelijker afgebakend wie in de regio of wijk waarvoor het beste benaderd kan worden en is binnen de samenwerkingsverbanden gewerkt aan een gedeelde visie van partijen als basis voor verdere ontwikkeling. Van de 54 eerstelijnszorgregio's hebben inmiddels 52 regio's de ZonMw uitvoeringssubsidie ontvangen (98% van Nederland op basis van inwonersaantallen).

Beperkte capaciteit en tijd belemmeren; bestaande samenwerkingsstructuren werken bevorderend

Beperkte personele capaciteit en beschikbare tijd blijken belangrijke belemmeringen te zijn voor opzet van RESV's en hechte wijkverbanden. De belangrijkste bevorderende factor is de aanwezigheid van bestaande samenwerkingsstructuren waarop kan worden voortgebouwd. Ook is het aantal gehonoreerde ZonMw-vouchers om de monodisciplinaire organisatiegraad [53] in de eerstelijnszorgregio's te versterken gestegen in het eerste kwartaal van 2026 ten opzichte van het eerste kwartaal van 2025.

Samenwerking in de eerste lijn wordt als positief ervaren

Verschillende beroepsgroepen ervaren de samenwerking in de eerste lijn over het algemeen als positief. Welzijnsprofessionals binnen Welzijn Op Recept, een programma dat ernaar streeft om het welzijn van mensen met psychosomatische problematiek te verhogen en het zorggebruik in de eerstelijnszorg te verlagen [54], werken vaker samen met zorgprofessionals, waarbij er vaker periodieke overlegmomenten en vaste contactpersonen zijn. De wijkverpleging is positief over afstemming met professionals uit andere welzijnsorganisaties, de paramedie en de huisartsenpraktijk. Ook een meerderheid van de huisartsen ervaart de samenwerking met het sociaal domein overwegend positief, hoewel ook verbetermogelijkheden worden gezien, bijvoorbeeld op het gebied van verwijzen en afstemming. Over de ervaringen van andere beroepsgroepen zijn geen gegevens openbaar beschikbaar.

De mechanismen die in gang worden gezet om sectoroverstijgende samenwerking in de regio te stimuleren, kunnen per regio verschillen. Deze zijn in deze 2-meting rapportage van de monitor niet

onderzocht, maar worden momenteel wel verdiepend onderzocht binnen het onderzoeksconsortium Mechanismen voor Ondersteuning van de Versterking Eerste lijn (MOVE) [55]. Resultaten van dit onderzoek zullen waar mogelijk in de toekomstige 3-meting van deze monitor van volgend jaar worden opgenomen.

Veranderende patiëntenstromen

Verschuiving in patiëntenstromen en toenemende potentiële zorgvraag

De resultaten van deze 2-meting laten zien dat het aantal patiënten met aandoeningen en doelgroepen waarop de afspraken van het IZA voor beweging in de eerste lijn zijn gemaakt toeneemt tussen 2019 en 2024 en daarmee het aantal patiënten die potentieel zorg nodig hebben. Van deze patiënten neemt het aandeel met zorggebruik bij de huisarts en op de huisartsenspoedpost licht af. Daarentegen zien we een toename in het aantal verwijzingen van patiënten door de huisarts naar medisch-specialistische zorg. Deze bewegingen kunnen verschillende redenen hebben, zoals een toename in de complexiteit van de patiëntengroep, maar ook veranderingen in richtlijnen, regionale verwijsafspraken [56], beschikbare personele capaciteit of verwachtingen van patiënten en zorgverleners. Nader onderzoek is nodig om deze ontwikkelingen beter te duiden en de onderliggende oorzaken vast te stellen. Deze resultaten zijn afkomstig van analyses uit gekoppelde data uit elektronische patiëntendossiers van huisartsenpraktijken en huisartsenspoedposten, en declaratiedata van zorgverzekeraars. Deze analyses lenen zich niet voor uitspraken over de kwaliteit van zorg of de mate van passende zorg. Ze bieden geen inzicht in de vraag of patiënten de juiste zorg hebben ontvangen, maar geven wel inzicht in patiëntenstromen en mogelijke invloeden van beleidswijzigingen daarop. Daarom vragen deze bevindingen om verdere duiding en het gesprek tussen betrokken zorgpartijen, om de ontwikkelingen goed te interpreteren en waar nodig te vertalen naar passend beleid en praktijk.

Zorggebruikers tevreden over bereikbaarheid van eerste lijn, maar wachttijden vragen aandacht

Zorggebruikers blijven over het algemeen tevreden over de ervaren bereikbaarheid van eerstelijnszorg- en hulpverleners en over de geboden zorg in de eerste lijn (jaren 2024 en 2025). Ook waren zij meestal tevreden over de wachttijden. Ons onderzoek laat zien dat het merendeel van de zorggebruikers binnen een week terecht kon bij de ergotherapeut. Uit onderzoek van Ergotherapie Nederland, blijkt echter dat een merendeel van de ergotherapiepraktijken te maken heeft met wachtlijsten, waarvan deze bij een deel langer is dan vijf weken [57]. Aandacht voor de wachttijden bij deze beroepsgroep is daarom van belang. Ook de wachttijden voor de sociaal- of maatschappelijk werker behoeven aandacht: hier waren zorggebruikers het minst tevreden de wachttijden over en werden ook de langste wachttijden (langer dan vier weken) gerapporteerd. Ook huisartsen ervaarden de lange wachttijden in het sociaal domein als belemmering in de samenwerking met het sociaal domein. In deze monitor is een maximale wachttijd van vier weken of langer gehanteerd. Daarbij is het belangrijk om rekening te houden met dat een deel van de zorggebruikers die aangaf langer dan vier weken te moeten wachten, mogelijk geen afspraak heeft kunnen maken. Het is onbekend in hoeverre deze groep uiteindelijk toegang tot zorg heeft gekregen.

Ruimte voor verbetering als het gaat om directe toegang van de eerste lijn

Voor de meeste sectoren binnen de eerste lijn is directe toegang mogelijk, waardoor burgers zonder verwijzing gebruik kunnen maken van zorg en ondersteuning. Dit kan de druk op de huisartsenzorg verlagen, omdat zorggebruikers niet eerst naar de huisarts hoeven te gaan voor een verwijzing. De bekendheid met en het gebruik van deze directe toegang van de eerste lijn onder zorggebruikers is echter nog beperkt, met uitzondering van de fysiotherapie en diëtetiek. Het is daarom van belang om zorggebruikers beter te informeren over deze mogelijkheid, zodat het gebruik ervan kan toenemen. Daarnaast is er ook aandacht nodig voor het wegnemen van mogelijke barrières die eerstelijnszorg-

of hulpverleners ervaren bij het gebruik van directe toegang, bijvoorbeeld op het gebied van werkdruk of vergoedingen[58, 59].

Passende zorg

Meerderheid zorggebruikers was positief over samen beslissen, maar ruimte voor verbetering

In 2025 was de meerderheid van de zorggebruikers, net als in 2024, positief over samen beslissen in de eerste lijn. Er is echter nog ruimte voor verbetering: zorggebruikers gaven hun ervaren mate van samen beslissen in 2024 en 2025 een score van 68 op een schaal van 0 tot 100. We konden voor de ervaren mate van samen beslissen alleen inzicht bieden in het perspectief van zorggebruikers, het is niet bekend hoe eerstelijnszorg- en hulpverleners hier zelf tegenaan kijken. Uit eerder onderzoek weten we dat zorgverleners minder aan samen beslissen doen dan ze zelf denken [60].

Zorggebruikers hebben vaker een zorgplan; huisartsenpraktijken vaker een volledige patiëntenstop

In 2025 gaven zorggebruikers met een chronische ziekte vaker aan een zorgplan te hebben dan in 2023. Mogelijk speelt de toegenomen aandacht voor multidisciplinaire samenwerking en persoonsgerichte zorg binnen de eerste lijn, waarbij het zorgplan een belangrijk element is, daarbij een rol. De toename van het aantal zorggebruikers met een chronische ziekte met een zorgplan is bevorderlijk voor de continuïteit van zorg. Anderzijds heeft de toename van het percentage huisartsenpraktijken met een volledige patiëntenstop een negatieve invloed op de continuïteit van zorg, omdat toegang tot huisartsenzorg vanwege de rol van de huisarts als eerste aanspreekpunt en poortwachter een belangrijke rol speelt in deze continuïteit van de zorg.

Meerderheid van gemeenten is gestart met ketenaanpakken

Een positieve ontwikkeling is dat een meerderheid van de gemeenten in 2025 is gestart met de ketenaanpakken Kansrijke Start, Kind naar Gezonder Gewicht, Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), Sociaal verwijzen en Valpreventie. Hoewel in deze monitor inzicht is geboden in aantal deelnemers van GLI en Valpreventie, was dit niet mogelijk voor de andere ketenaanpakken omdat hierover geen openbare data beschikbaar waren. Nader onderzoek hiernaar is nodig om beter inzicht te krijgen in het bereik van de ketenaanpakken.

Grote meerderheid huisartsenpraktijken maakt gebruik van MTVP

In 2024 maakte 93% van de huisartsenpraktijken gebruik van Meer Tijd voor de Patiënt (MTVP). Echter is nog onvoldoende duidelijk wat de effecten zijn van MTVP voor de patiënt en de huisartsenpraktijk. Verwachte effecten zijn een afname van het aantal verwijzingen naar de tweede lijn, meer patiënttevredenheid en het verlagen van de werkdruk en verhogen van het werkplezier in de huisartsenzorg. Een ander verwacht effect is een afname van het aantal consulten per patiënt, doordat er minder terugkeerconsulten nodig zijn. Cijfers van Vektis laten zien dat het gemiddeld aantal consulten en visites per ingeschreven verzekerde binnen kantoortijd tussen 2019 en 2024 licht is gestegen [61]. Naar verwachting worden de effecten van MTVP pas op langere termijn zichtbaar. Het is daarom van belang om deze effecten te blijven monitoren. Vanuit zorggebruikersperspectief zien we dat een meerderheid van de zorggebruikers in 2025, net als in 2024, vindt dat zij tijdens een consult met de huisarts voldoende tijd hebben om alles dat voor hen belangrijk is te bespreken. We kunnen deze bevinding niet relateren aan MTVP, omdat we geen inzicht hebben in de inzet hiervan op individueel niveau, alleen op het niveau van huisartsenpraktijk.

Digitale zelfzorg blijft stabiel, burgers maken gebruik van andere bronnen

Meer huisartsen konden elektronisch gegevens uitwisselen met thuiszorgorganisaties in 2025, hoewel dit percentage onder verpleegkundigen in de huisartsenzorg juist is gedaald. Daarnaast zagen we dat het percentage huisartsen dat gebruik heeft gemaakt van videobellen is gestegen in 2025.

Nog niet gepubliceerde data uit de Nivel huisartsenpraktijkenquête laten deze stijging echter niet zien. De resultaten moeten daarom met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Minder zorgverleners gaven aan zichzelf als digitaal vaardig te beschouwen in hun werk. Hierbij speelt mogelijk een rol dat digitale toepassingen steeds verder ontwikkeld worden, waardoor zorgverleners zichzelf hier niet meer vaardig in voelen. Opvallend is ook de daling van het totaal aantal paginaweergaven op Thuisarts.nl. Deze daling zagen we ook voor de pagina's gerelateerd aan de tien aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel. Mogelijk speelt hierbij een rol dat Google sinds 2024 bij zoekopdrachten bovenaan de pagina een door Artificial Intelligence (AI) gegenereerd overzicht aanbiedt van relevante informatie. Meerdere onderzoeken bevestigen dit [62, 63]. In dit overzicht worden ook resultaten van Thuisarts.nl meegenomen, waardoor burgers niet meer actief naar de website worden doorgestuurd. Daarnaast zoeken mogelijk meer burgers naar informatie via AI chatbots, zoals ChatGPT. De Monitor Digitale Zorg laat zien dat het aandeel zorggebruikers dat heeft gezocht naar informatie over hun gezondheid of behandeling via websites of apps tussen 2024 en 2025 niet is veranderd. De daling van het aantal paginaweergaven op Thuisarts.nl lijkt dus niet te wijzen op een afname van digitale zelfzorg onder burgers, maar op een verandering in informatiezoekgedrag.

Personele capaciteit

Toename in personele capaciteit op lange termijn, stabiel op korte termijn, aandachtspunt is werkdruk bij apothekersassistenten

Over de langere periode 2019–2025 neemt de personele capaciteit in de meeste eerstelijnssectoren toe. Alleen bij de oefentherapeuten is een afname zichtbaar. Op korte termijn (2025 ten opzichte van 2024) is de personele capaciteit voor vrijwel alle beroepsgroepen stabiel gebleven, met uitzondering van de apothekersassistenten, waar sprake is van een lichte afname. De toekomstige 3-meting dat volgend jaar zal worden gepubliceerd zal moeten uitwijzen of dit het begin is van een trend, of een eenmalige verandering in de cijfers. De vorig jaar gerapporteerde afname in personele capaciteit onder fysiotherapeuten[4] is niet doorgezet. De werkdruk in de verschillende eerstelijnssectoren wordt vanuit de verschillende databronnen niet eenduidig gemeten en is daardoor moeilijk vergelijkbaar. Wel is duidelijk dat de werkdruk door een groot aandeel (>30%) van de medewerkers in de eerstelijn als (te) hoog wordt ervaren. De werkdruk is in 2025 ten opzichte van 2024 voor de meeste sectoren en beroepsgroepen waarvan databronnen beschikbaar zijn gelijk gebleven, maar lijkt licht toe te nemen bij apothekersassistenten. Recent Nivel-onderzoek laat zien dat veel apotheken te maken hebben met een personeelstekort en een hoge uitstroom van apothekersassistenten. Redenen die apothekers zien voor deze hoge uitstroom zijn relatief lage salarissen, hoge werkdruk en een toenemend negatieve houding van patiënten aan de balie[64].

Deze monitor biedt geen informatie over initiatieven die spelen op het gebied van taakherschikking en het 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 Capaciteitsorgaan maakt, op basis van verschillende factoren, een inschatting van de benodigde instroom.

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 bij elkaar wel een beeld van ontwikkelingen in de 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. Deze monitor laat zien dat er aanzienlijke verschillen in resultaten zijn per specifieke doelgroepen of aandoeningen. Daarom bevelen we voor toekomstige onderzoeken en monitoring aan om waar mogelijk deze uitsplitsing op te nemen. 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, psychische problematiek en verstandelijke beperking 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 bij alle aandoeningen en doelgroepen alle contacten bij deze disciplines 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. De cijfers over zorggebruik in de huisartspraktijk voor patiënten met COPD/astma, hart- en vaatziekten en diabetes geven bovendien een onvolledig beeld. Contacten van patiënten die ketenzorg ontvangen zijn namelijk niet zichtbaar in de gebruikte data, door de wijze waarop ketenzorg wordt bekostigd. Hierdoor is sprake van een onderschatting van het zorggebruik, maar het is onbekend hoe groot deze onderschatting is.

Een andere belangrijke kracht van deze monitor is dat de ervaringen van zorggebruikers waar mogelijk worden meegenomen. Via een peiling binnen het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg 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 4.111 panelleden hebben de vragenlijst ingevuld (42% 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 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 –ondervertegenwoordigd zijn in het panel. Ook konden de resultaten niet worden uitgesplitst voor bepaalde doelgroepen (patiënten met een verstandelijke beperking en kwetsbare ouderen), omdat deze groepen ondervertegenwoordigd zijn in het panel en in vragenlijstonderzoek in het algemeen.
Voor de overige aandoeningen waarop de afspraken van het IZA voor beweging in de eerste lijn zijn gemaakt konden wel uitsplitsingen worden gedaan. Bovengenoemde beperkingen ten aanzien van het ontbreken van kwetsbare groepen gelden ook voor het Nivel Panel Samen Sterk, waarmee de

resultaten op basis van dit panel niet kunnen worden gegeneraliseerd naar de gehele populatie met een chronische ziekte.

Tot slot wordt binnen deze monitor zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande gegevensbronnen voor het meten van de indicatoren. Dit heeft het voordeel dat de administratieve lasten in de zorg niet verder 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 van de zorg in gang gezet. Daarmee past deze monitor in het gedachtengoed van een lerend zorgsysteem [65].

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 organisatie, veranderende patiëntenstromen, passende zorg en personele capaciteit. Tegelijkertijd kent de monitor enkele beperkingen die van invloed zijn op de reikwijdte. Deze monitor maakt zoveel mogelijk gebruik van bestaande gegevensbronnen, maar voor niet alle IZA-doelen en uitdagingen is geschikte data beschikbaar. Daarnaast zijn er soms meerdere gegevensbronnen voor dezelfde indicator, die elk op een andere manier meten. Dit maakt het lastiger om eenduidige conclusies te trekken. Zo zijn er dit jaar voor alle disciplines in de eerste lijn data beschikbaar over werkdruk, maar worden deze door het gebruik van verschillende bronnen ook verschillend gemeten. Hierdoor kan de werkdruk binnen een beroepsgroep over de jaren heen in kaart worden gebracht, maar blijft door het gebrek aan vergelijkbare metingen tussen de beroepsgroepen moeilijk 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 de informatie uit ZonMw verslagen die door de RESV regio's zijn aangeleverd. 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. Ten opzichte van vorig jaar hebben we een completer beeld gekregen van de ervaren samenwerking tussen huisartsenpraktijk en het sociaal domein, door informatie vanuit de monitor Welzijn op Recept. Ook voor het in kaart brengen van de personele capaciteit van het sociaal domein zijn stappen gezet, door naast het subonderdeel 'sociaal werk', ook de onderdelen jeugdzorg en gehandicaptenzorg mee te nemen. Echter blijft het zicht op de bredere inzet in de sector 'sociaal domein' beperkt.

Deze 2-meting laat een stabiel beeld zien vanuit het perspectief van zorggebruikers, 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 3-meting rapportage middels een nieuwe peiling onder het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg in het najaar van 2026.

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 2-meting zien dat er beweging in de eerste lijn is op het vlak van organisatie, veranderende patiëntenstromen, passende zorg en personele capaciteit. We zien een lichte stijging van de personele capaciteit in de eerste lijn wat mogelijk kan inspelen op de groeiende potentiële zorgvraag in de eerste lijn die deze monitor laat zien. Hoewel de ervaren werkdruk in 2025 ook gelijk bleef ten opzichte van het jaar ervoor, blijven veel mensen een (veel) te hoge werkdruk ervaren. Voor veel aandoeningen en doelgroepen neemt het aandeel patiënten met zorggebruik in de huisartsenzorg en op de huisartsenspoedposten af. Het aantal verwijzingen van patiënten door de huisarts naar de medisch-specialistische zorg is toegenomen. Deze bewegingen kunnen verschillende redenen hebben, zoals een toename in de complexiteit van de patiëntengroep, veranderingen in richtlijnen, beschikbare personele capaciteit of verwachtingen van patiënten en zorgverleners, en vragen om nadere duiding middels vervolgonderzoek. De ervaringen van zorggebruikers met de eerste lijn blijven over het algemeen positief, maar er zijn ook signalen dat de toegankelijkheid onder druk kan komen te staan, bijvoorbeeld door een toename in volledige patiëntenstops bij huisartsenpraktijken en door zorggebruikers ervaren lange wachttijden met sociaal en maatschappelijk werkers. Ook ervaren zorggebruikers weinig aandacht voor leefstijl en kwaliteit van leven in consulten en is er sprake van veranderend gebruik van digitale en zelfzorginformatie. De samenwerking binnen de eerste lijn ontwikkelt zich verder, mede dankzij regionale initiatieven, maar beschikbare tijd en capaciteit blijven hierin nog steeds belangrijke knelpunten.

Aanbevelingen voor praktijk, beleid en onderzoek

Naar aanleiding van de resultaten uit deze IZA-monitor adviseren wij betrokken partijen om actief met elkaar in gesprek te gaan over de uitkomsten van deze 2-meting en de achterliggende redenen voor bepaalde trends, of deze trends wenselijk zijn en of er mogelijkheden in de zorgpraktijk of beleid zijn om bepaalde trends te stimuleren of te voorkomen. Deze 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 gerichte invulling te geven aan de versterking van de eerste lijn.

Beroepsverenigingen wordt aanbevolen om aandacht te besteden aan het inzichtelijk maken van (toekomstige) personele capaciteit; niet alleen aan de ontwikkeling in aantal werkzame mensen in de zorg, maar ook aan de initiatieven op het gebied van taakherschikking en het anders organiseren van zorg. Zo kan passend beleid worden gemaakt om de eerste lijn toekomstbestendig te ondersteunen bij de groeiende zorgvraag. Daarnaast kunnen de uitkomsten over personele capaciteit van deze monitor aanleiding geven om binnen of tussen sectoren het gesprek aan te gaan. Zo zien we onder apothekersassistenten een lichte daling in de personele capaciteit in combinatie met een lichte toename in de werkdruk, een beweging die de sector niet wil zien doorzetten. Ook de hoge ervaren wachttijden bij sociaal-maatschappelijk werk kunnen aanleiding bieden om binnen de sector of over sectoren heen in gesprek te gaan. Er is behoefte aan beter inzicht in de toeleiding naar het sociaal domein. 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.

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 naast structurele monitoring ook onderzoek te doen naar achterliggende redenen van patiëntenstops bij huisartsenpraktijken en mensen zonder huisarts. Door tijdig inzicht te krijgen in beweegredenen achter deze ontwikkelingen, 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 of in de tweede lijn.

Zorgpartijen wordt geadviseerd om de eerste lijn te (blijven) positioneren binnen een integraal zorgperspectief, waarbij de samenhang met acute zorg en tweede lijn wordt meegenomen. Dit is relevant gezien de bevinding van deze monitor van de stijging in het aantal verwijzingen van patiënten door de huisarts naar de tweede lijn. Deze bevinding behoeft ook verder onderzoek en gesprek tussen zorgpartijen om beter te kunnen duiden wat de achterliggende oorzaken kunnen zijn. Ook de resultaten over het aandeel patiënten dat gebruikmaakt van zorg door eerstelijnszorgdisciplines vragen om verdere duiding. Zo laat de monitor een lichte daling zien in het aandeel patiënten met zorggebruik bij de huisarts en de huisartsenspoedpost. De monitor beschrijft deze ontwikkelingen, maar geeft geen inzicht in de achterliggende oorzaken en de vraag of patiënten de juiste zorg hebben ontvangen. Daarom vragen deze bevindingen om verdere duiding en het gesprek tussen betrokken zorgpartijen, om de ontwikkelingen goed te interpreteren en waar nodig te vertalen naar passend beleid en praktijk.

Tot slot bevelen wij IZA-partijen, beleidsmakers en onderzoekers aan om mee te (blijven) denken over (het opzetten van nieuwe) aanvullende bronnen over personele capaciteit binnen het bredere sociaal domein en niet alleen sociaal werk.

Vervolgmeting in 2027

Naar mate meer herhaalde metingen beschikbaar komen, zal meer inzicht worden verkregen in de daadwerkelijke verschillen over de tijd, en dus de beweging in de eerste lijn. Naar verwachting wordt medio 2027 de 3-meting van deze monitor gepubliceerd.

Referenties

1. Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg'. 2022.
2. *Visie eerstelijnszorg 2030*. 2024.
3. Arslan, I., et al., *De beweging naar een sterkere eerste lijn: nulmeting ten behoeve van de monitoring van het Integraal Zorgakkoord.* 2024, Nivel: Utrecht.
4. Arslan, I., Jansen, L., Meijer, M., Simanowski, J., Tuyl, L. van, *De beweging naar een sterkere eerste lijn: 1-meting ten behoeve van de monitoring van het Integraal Zorgakkoord*. 2025, Nivel: Utrecht. p. 115.
5. Nivel. *Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg*. Available from: https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nivel-consumentenpanel-gezondheidszorg.
6. Nivel. *Nivel Panel Samen Sterk*. Available from: https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nivel-panel-samen-sterk.
7. Rijksoverheid, *1-meting van de "beweging van het IZA"*. 2025.
8. Rijksoverheid, *Kamerbrief resultaten monitoring Integraal Zorgakkoord*. 2025.
9. Arts, A., A. Francke, and K.d. Groot, *Evaluatie passende inzet van wijkverpleging in 2025 - De meningen van (wijk)verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten*. 2026, Nivel: Utrecht.
10. *Welzijn op Recept Landelijke monitor 2023* 2023, Welzijn op Recept Landelijk kennisnetwerk: Utrecht.
11. Miriam Heijnders, Stef Groenewoud, and Juliette Cruijsberg, *Welzijn op Recept Landelijke monitor 2024-25*. 2026, Welzijn op recept: Landelijk kennisnetwerk: Utrecht.
12. ZonMw. *Versterking organisatie eerstelijnszorg,*. 2025 [cited 2025 11-3-2025]; Available from: https://www.zonmw.nl/nl/programma/versterking-organisatie-eerstelijnszorg.
13. Jansen, L., et al., *Infographic. Welke leerthema's leven er in de eerste lijn?*, in *LeVEL: Leer- en Verbeternetwerk Eerste Lijn*. 2026, Nivel: Utrecht.
14. Beerman, B., et al., *Infographic: Organisatie van de eerste lijn in wijk en regio*, in *Leer- en Verbeternetwerk Eerste Lijn.* 2026, Nivel: Utrecht.
15. Jansen, L., et al., *Infographic: Hoe verliep de eerste thematische leercyclus van LeVEL?*, in *Leer- en Verbeternetwerk Eerste Lijn*. 2026, Nivel: Utrecht.
16. Kim de Groot. *Over het Nivel Panel Verpleging & verzorging,*. 2024 15-01-2024 [cited 2024 11-4-2024]; Available from: https://www.nivel.nl/nl/panels-en-registraties/nivel-panel-verpleging-verzorging/over-het-panel.
17. 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.
18. Beerman, B., Berg, B. van den, Arslan, I., Bos, I., *Richting een sterkere eerste lijn: overzicht van regionale plannen: documentenanalyse*. 2025, LeVEL. p. 15.
19. Ministerie van Volksgezondheid, W.e.S., *Advies: Verdelen van schaarste in de wijkverpleging*. 2023, Zorginstituut Nederland: Diemen.
20. Simanowski, J., et al., *Helft van de huisartsenpraktijken positief over samenwerking met het sociaal domein. De beweging naar een sterkere eerste lijn: 1-meting ten behoeve van de monitoring van het Integraal Zorgakkoord.* 2025, Nivel: Utrecht.
21. Vanhommerig, J.W., et al., *Data Resource Profile: Nivel Primary Care Database (Nivel-PCD), The Netherlands.* Int J Epidemiol, 2025. **54**(2).
22. Bakker, D.d., et al., *Integrale bekostiging van zorg: werk in uitvoering. Eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging.* 2012, ZonMw: Den Haag
23. Dros, J., et al., *Inzicht in patiëntstromen tussen huisartsenzorg en medisch specialistische zorg: toepassing en evaluatie van methodiek op basis van routine zorgdata.* 2024, Nivel: Utrecht.
24. Vanhommerig, J., K. Hek, and L. Overbeek. *Nivel-cijfers Zorg die de huisarts verleent - aard en omvang*. 2025.
25. Rosano, A., et al., *Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions and the role of primary care in Italian regions.* Italian Journal of Public Health, 2011. **9**: p. 77-88.
26. van Loenen, T., et al., *Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review.* Fam Pract, 2014. **31**(5): p. 502-16.

27. 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.
28. Flinterman, L., et al., *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2022: toelichting en samenvatting van het onderzoek – en de regionale factsheets*. 2023.
29. Flinterman, L., et al., *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2023: Toelichting en samenvatting van het onderzoek – en de regionale factsheets*. 2024.
30. Aapkes, S., et al., *Rapport bij de factsheet 'Burgers over inschrijving bij een (nieuwe) huisartsenpraktijk'*. 2024.
31. van Schaaijk, A., et al., *Patiëntenstops bij huisartsenpraktijken: spreiding, oorzaken en oplossingen.* 2025.
32. 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/.
33. RIVM. *Digitale zorg*. 30 april 2025]; Available from: https://www.rivm.nl/digitalezorg#:~:text=Met%20digitale%20zorg%20wordt%20het,communicatietechnologie%20in%20de%20zorg%20bedoeld.
34. Nivel. *Monitor Digitale zorg 2024-2027*. 2024 30 april 2025]; Available from: https://www.nivel.nl/nl/project/monitor-digitale-zorg-2024-2027.
35. CIBG, *BIG register: verloop over 5 jaar*. 2025.
36. KNMG, *RGS registraties*. 2025.
37. CIBG, *Herregistratie in het BIG-register*. 2020.
38. DUO, *Aantal instromende studenten in het mbo*. 2026.
39. DUO, *Inschrijvingen hbo*. 2024.
40. DUO, *Inschrijving wo*. 2024.
41. Huisarts & Pensioen. *Ons pensioenfonds*. 2025; Available from: https://www.huisartsenpensioen.nl/de-wereld-van-uw-pensioen/het-pensioenfonds/.
42. Capaciteitsorgaan, *Huisartsengeneeskunde instroomadvies 1.190 per jaar*. 2022.
43. *Huisarts*. 2025; Available from: https://capaciteitsorgaan.nl/app/uploads/2025/12/20251219_infographic-Huisartsen.pdf.
44. 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.
45. *AZW Statline*. 2024; Available from: https://azwstatline.cbs.nl/#/AZW/nl/.
46. Landelijke Huisartsen Vereniging, *Actieplan werkdruk in de ANW: Een toelichting op het actieplan door LHV, VPH, InEen en NHG*. 2022.
47. 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.
48. Noorland, S., Groot, K. de, Arts, A., Spreeuwenberg, P., Francke, A., *Kwaliteit en veiligheid van zorg in 2025: de meningen van verpleegkundigen, verzorgenden, verpleegkundig specialisten, begeleiders en praktijkondersteuners*. 2026, Nivel: Utrecht.
49. DUO, *Open onderwijsdata: Studenten WO*. 2024.
50. Irene van der Fels, *Resultaten Monitor Gezond werken in de zorg 2023,*. 2023, IZZ: Apeldoorn.
51. Jansen, L., *Monitor Gezond Werken in de Zorg*. 2025, IZZ: Apeldoorn.
52. 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.
53. ZonMw, *Voucher versterking regionale monodisciplinaire organisatiegraad eerstelijnszorg 2025.* 2024.
54. *Wat is Welzijn op Recept?* 2020 [cited 2025 25-08]; Available from: https://welzijnoprecept.nl/wat-is-welzijn-op-recept/.
55. ZonMw. *MOVE: Mechanismen voor Ondersteuning van de Versterking Eerste lijn*. 2026; Available from: https://projecten.zonmw.nl/nl/project/move-mechanismen-voor-ondersteuning-van-de-versterking-eerste-lijn.
56. Federatie Medisch Specialisten. *Doorverwijs- en terugverwijsbeleid* 2021; Available from: https://richtlijnendatabase.nl/richtlijn/diabetes_mellitus_type_2_in_de_tweede_lijn/randvoorwaarden_organisatie_van_zorg/doorverwijs-_en_terugverwijsbeleid.html.
57. Ergotherapie Nederland. *Resultaten enquête wachtlijst problematiek*. 2025; Available from: https://ergotherapie.nl/wp-content/uploads/2025/06/Infographic-wachtlijst.pdf.
58. Damen, L.J., et al., *Barriers to the use of direct access according to allied health professionals; an exploration among Dutch physiotherapists, dietitians, and health insurers.* BMC Prim Care, 2025. **26**(1): p. 127.

59. Damen, L.J., et al., *Factors that influence the use of direct access to allied health professionals in the Netherlands.* Prim Health Care Res Dev, 2025. **26**: p. e80.
60. Driever, E.M., A.M. Stiggelbout, and P.L.P. Brand, *Do consultants do what they say they do? Observational study of the extent to which clinicians involve their patients in the decision-making process.* BMJ Open, 2022. **12**(1): p. e056471.
61. Vektis. *Hoe is de ontwikkeling van het aantal consulten en visites?* . Available from: https://www.vektis.nl/huisartsenzorg/dashboard/aantal-consulten-en-visites.
62. Timmermann, R. *AI Overview Statistics: Data, Trends & What They Mean for Your SEO*. 2026.
63. McDonald, T. *AIO Impact on Google CTR*. 2025.
64. Vervloet, M., Post, A., Dijk, L. van, Flinterman, L., *Knelpunten in de arbeidsmarkt openbare farmacie: een onderzoek onder werkgevers.* 2025, Nivel: Utrecht.
65. 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.
66. 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.
67. 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.
68. 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.
69. Hilderink, H.B.M., M.J.J.C. Poos, and A.M. Gommer. *Ranglijsten | Welke aandoeningen komen het meeste voor?* 2018.
70. 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.
71. 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.
72. Capaciteitsorgaan, *Dashboard Capaciteitsorgaan*, Capaciteitsorgaan, Editor. 2024.
73. 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.
74. Bemelmans, W.J.E., P. Spreeuwenberg, and A.J.E. Veer, *Kwaliteit en veiligheid van zorg aan cliënten in 2021: de mening van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners huisartsenzorg in vergelijking met 2019*. 2021, Nivel: Utrecht.
75. 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.

Bijlage A Indicatoren per uitdaging

A.1 Naar een sterkere organisatie van de eerste lijn

Tabel 12 Indicatoren uitdaging: Naar een sterkere organisatie van de eerste lijn

Indicator	Bron
Inzet van ZonMw subsidies uit het programma Versterking organisatie eerstelijnszorg	
Overzicht van de inzet van ZonMw subsidies binnen het programma 'Versterking Organisatie Eerstelijnszorg'	ZonMw programma Versterking Organisatie Eerstelijnszorg: Subsidieaanvragen, voortgangs- en eindverslagen
Organisatie- en samenwerkingsontwikkelingen	
Inzicht in de beweging naar regionale- en wijksamenwerking	ZonMw programma Versterking Organisatie Eerstelijnszorg: subsidieaanvragen, voortgangs- en eindverslagen; Vragenlijsten Leer- en Verbeternetwerk Eerste Lijn
Bevorderende en belemmerende factoren voor samenwerking op regio- en wijkniveau	
Leerbehoeften in de regio's in relatie tot (nieuwe) samenwerkingen	
Ervaringen van zorg- en welzijnsprofessionals	
Ervaringen van huisartsenpraktijken met samenwerking met het sociaal domein	Nivel Huisartsenpraktijkenquête
Ervaringen van wijkverpleegkundigen in de samenwerking met sociaal domein, huisartsen, paramedie en apothekers	Nivel onderzoek 'Passende zorg voor thuiswonende cliënten'
Ervaringen van welzijnsprofessionals met samenwerking werkzaam binnen Welzijn Op Recept	Landelijke monitor Welzijn Op Recept

A.2 Veranderende patiëntenstromen

Tabel 13 Indicatoren uitdaging: Veranderende patiëntenstromen

Indicator	Bron
Veranderingen in patiëntenstromen	
Veranderingen in de instroom, doorstroom en uitstroom van zelfzorg, de eerste en tweede lijn (inclusief acute zorg) 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 eerstelijnsdisciplines* en de acute zorg	
Veranderingen in het aantal potentieel voorkombare ziekenhuisopnames	
Evaringen van zorggebruikers met veranderende patiëntenstromen	
Door zorggebruikers ervaren wachttijden in de eerste lijn en de mate waarin zij tevreden zijn over deze wachttijden	Nivel 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	Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg PREM data wijkverpleging

* Huisartsenpraktijk, fysiotherapie, oefentherapie en diëtetiek

A.3 Passende zorg in de eerste lijn

Tabel 14 Indicatoren uitdaging: Passende zorg in de eerste lijn

Indicator	Bron
Meer tijd voor de patiënt (MTVP)	
Aandeel contractering MTVP door huisartspraktijken	Declaratiegegevens van zorgverzekeraars via Zorginstituut Nederland
Door zorggebruikers ervaren mate van tijd om te bespreken wat voor hen belangrijk is tijdens een consult met de huisarts	Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg
Samen beslissen	
Door zorggebruikers ervaren mate van betrokkenheid bij beslissingen over hun gezondheid en zorg	Nivel 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; Monitor Gecombineerde Leefstijlinterventie; Monitor Valpreventie
Aandacht voor preventie tijdens consulten met eerstelijnszorgverleners	Nivel 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	Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg
Aanwezigheid van centraal aanspreekpunt voor zorggebruikers	
Door zorggebruikers ervaren afstemming van zorg(informatie) tussen zorgverleners	
Aanwezigheid van individueel zorgplan	Nivel Panel Samen Sterk
Digitalisering	
Door zorggebruikers ervaren mate van aanbod en gebruik van en ervaringen met digitale zorg	Dashboard Monitor Digitale Zorg Gegevens over zelfzorg/ zelfmanagement via Thuisarts.nl
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	

A.4 Effectieve inzet van de beschikbare personele capaciteit in de eerste lijn

Tabel 15 Indicatoren uitdaging: effectieve inzet van de beschikbare capaciteit in de eerste lijn

Indicator	Bron
Beschikbare personele capaciteit en ervaren arbeidsomstandigheden in de eerste lijn	
Aantal werknemers beschikbaar/werkzaam in de eerste lijn	CBS* StatLine; AZW** StatLine; BIG register; KNMG: RGS***; AGB-codes in combinatie met declaratiegegevens
Aantal ingeschreven studenten en afgestudeerden per opleiding	KNMG: RGS***; DUO inschrijvingen; DUO afgestudeerden
Percentage ziekteverzuim in de eerste lijn	AZW** StatLine; CBS StatLine
Nieuwe online vacatures artsen verstandelijk gehandicapten en specialisten ouderengeneeskunde, 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
Door zorgverleners in de eerste lijn ervaren werkdruk, tevredenheid met het werk, werkplezier en trots	AZW** StatLine; Nivel huisartsenpraktijkenquête; Nivel Panel Verpleging & Verzorging; CBS StatLine
Ervaren knelpunten en oplossingen voor personele capaciteitsproblemen in de eerste lijn	Nivel huisartsenpraktijkenquête
Ervaringen van zorggebruikers met personele capaciteit	
Door zorggebruikers ervaren tekort aan personeel in de zorg	Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg

* Centraal bureau voor de Statistiek.

** Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn.

*** Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten.

Bijlage B Toelichting methoden

B.1 Uitdaging overstijgend

In deze bijlage lichten we de methodieken toe die in meerdere hoofdstukken zijn toegepast. De uitdaging specifieke methodieken staan in de betreffende opvolgende bijlagen.

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 10.000 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 2025 is verstuurd naar alle 9.752 leden van het panel. 4.111 panelleden vulden de vragenlijst in (42% 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 resultaten uitgesplitst voor verschillende groepen. Wanneer verschillen tussen groepen worden beschreven, zijn dit statistisch significante verschillen ($p \leq 0,05$). 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 2 en Bijlage B.2. Eén van de aandoeningen is diabetes. Daarbij kunnen we geen onderscheid maken tussen type 1 en type 2. De doelgroep kwetsbare ouderen is in de vragenlijst uitgevraagd door te vragen naar dementie. De aandoening psychische problematiek is geoperationaliseerd als psychische klachten. Daarnaast worden de resultaten voor 2025 vergelijken met de resultaten van het vragenlijstonderzoek onder het Consumentenpanel in 2024. Wanneer wordt gesproken over verschillen tussen de jaren, zijn dit statistisch significante verschillen ($p \leq 0,05$).

Nivel Huisartsenpraktijkenquête
De Nivel huisartsenpraktijkenquête 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 [66], 2020 [67], 2021 [27], 2022 [68], 2023 [29]. De data van 2025 is te vinden in het Dashboard Nivel-cijfers huisartsen en huisartsenpraktijken.

B.2 Veranderende patiëntenstromen

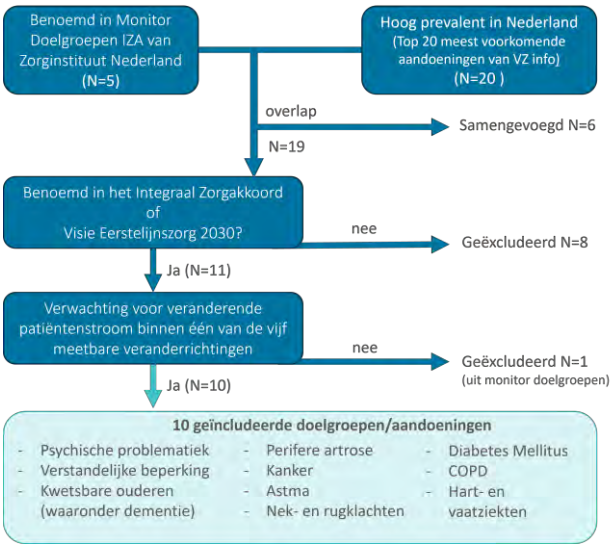
Binnen uitdaging 2 'Veranderende patiëntenstromen' worden de patiëntenstromen van tien aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel gemonitord. Om dit in kaart te brengen zijn analyses op verschillende databronnen uitgevoerd. Deze bijlage beschrijft de methode van de analyses van zorggebruik in de 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.

Tien aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel

Binnen uitdaging 2 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 87. 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) [69]. 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 [2], 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 87 Selectie van aandoeningen/doelgroepen met veranderpotentieel**



* 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.

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 veranderingen in de zorgvraag in de eerste en tweede lijn in kaart gebracht. Het gebruik van de routinematig verzamelde 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 2024, het tweede 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 de periode 2019-2023. Er wordt gerapporteerd over 2019 en 2023 (eerste jaar na het startjaar van het IZA). Er is voor het jaar 2019 gekozen om de invloed van COVID-19 op uitkomsten te beperken.

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 (HAP) die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn [21] bestaat uit gepseudonimiseerde gegevens geregistreerd tijdens het routine zorgproces van verschillende eerstelijnszorgverleners. De data uit EPD's van huisartsenpraktijken bevatten 430 huisartsenpraktijken met ongeveer 1,9 miljoen ingeschreven patiënten. De EPD data van huisartsenspoedposten in 28 huisartsendienstenstructuren zijn beschikbaar en omvatten het verzorgingsgebied van ongeveer 12,3 miljoen inwoners. Beide patiëntenpopulaties vormen 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 periode 2019-2024.

Het gebruik van de gegevens binnen deze monitor is goedgekeurd volgens de governance code van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn onder nummer NZR-003.25.038.

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) (99%) en de wet langdurige zorg (Wlz) (96%) 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 periode 2019-2024.

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. De definities van deze tien aandoeningen/doelgroepen zijn te vinden in Tabel 16.

Tabel 16 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.

Of patiënten worden geïncludeerd in de patiënten selectie van een aandoening/doelgroep met veranderpotentieel wordt binnen de gegevens van Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn bepaald aan de hand van gestructureerde ziekte-episodes [70]. 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 16).

Binnen de declaratiegegevens van het Zorginstituut werd dit bepaald aan de hand van declaratiegegevens in het referentiejaar tot twee jaar voor het referentiejaar voor chronische aandoeningen en declaratiegegevens in het referentiejaar en het voorgaande jaar 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 [71].

Vervolgens zijn voor deze geselecteerde patiënten de volgende exclusiecriteria toegepast:
- Patiënten bij wie de geboortedatum onbekend is;
- Patiënten die geboren of overleden zijn in het referentiejaar;
- Patiënten die in het referentiejaar verbleven in een Wlz-instelling;
- Patiënten die niet het volledige referentiejaar ingeschreven stonden bij dezelfde praktijk;
- Patiënten die in het referentiejaar in meer dan één huisartspraktijk ingeschreven hebben gestaan;
- Patiënten ingeschreven bij een huisartsenpraktijk welke onvoldoende gegevens heeft aangeleverd over de uitgevoerde verrichtingen en voor de bepaling van ziekte-episodes in het referentiejaar;
- Patiënten die 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 17.

Tabel 17 Relevante patiëntenstromen per aandoening/doelgroep met veranderpotentieel

	Patiëntenstroom met veranderpotentieel					
	Huisarts	Andere eerstelijnszorg	Ziekenhuiszorg	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, DT	✓		✓	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, ET, DT	✓		✓	HAP, SEH

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 (wanneer mogelijk) 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 (Tabel 16).

Binnen de medisch specialistische zorg en de paramedische disciplines fysiotherapie, oefentherapie en diëtetiek is of een contact specifiek is voor de aandoening bepaald aan de hand van de bepalingen van Zorginstituut Nederland (deze bepalingen staan hier beschreven).
Deze bepalingen zijn voor de zorgdisciplines fysiotherapie en oefentherapie voor twee aandoeningen/doelgroepen aangevuld:

- Voor de aandoening hart- en vaatziekten met de declaratiecode ‘cerebrovasculair incident’.
- Voor de aandoening chronische nek- en rugklachten met de declaratiecodes voor ‘pees, spier en ligament’ en ‘spier-, pees- en fascie aandoeningen’.

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 diagnosegegevens of de hoge onzekerheid over de correctheid van de reden van contact, de keuze gemaakt om alle gedeclareerde zorg als een contactmoment te rapporteren.

Of een patiënt binnen de onderzoekspopulaties van de aandoeningen hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en astma en/of COPD een declaratie voor een ketenzorgprogramma had is bepaald aan de hand van een selectie prestatiecodes. Hiervoor zijn de prestatiecodes aangehouden die zijn gebruikt in het Nivel onderzoek naar de patiëntenstromen tussen huisartsenzorg en medisch specialistische zorg. Deze prestatiecodes zijn aangevuld voor astma:
Astmazorg, Multidisciplinaire zorg Astma, Ketenzorg Astma in dagsituatie, Ketenzorg Astma in dagsituatie POZOB, Zorg voor astmapatiënten in de dagsituatie door de DOH 53530210, Ketenzorg Astma, DBC Astma ZIO, en Multidisciplinaire zorg Astma – excl. O&I.

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 verzekeraars via het Zorginstituut gebruikt. Bij het analyseren van deze 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 diagnose gekoppeld aan het contact.

De top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen zijn voor de huisartsenpraktijk, huisartsenspoedpost en de SEH berekend op basis van het aandeel contacten voor die aandoening/doelgroep van het totaal in dat jaar (2019, 2023 en 2024). 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 SEH zijn beschreven op basis van de door het RIVM vastgestelde ICD10-blokken.

De top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen zijn voor fysiotherapie en oefentherapie berekend op basis van het aandeel behandeltrajecten voor die aandoening/doelgroep van het totaal aantal behandeltrajecten in dat jaar (2023 en 2024). Dit diagnosegroep wordt bepaald met de volgende methodiek:

- 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’.

Hierbij is er gekozen om enkel 2023 en 2024 in kaart te brengen om de praktijkselectie gelijk te houden. Praktijken aangesloten bij Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn kunnen alle diagnoses behandelen, of zich hebben gespecialiseerd in één diagnose of meerdere diagnoses. Om de vergelijking tussen de jaren gelijk te houden, met tegelijkertijd een zo groot mogelijke populatie, is ervoor gekozen 2019 niet mee te nemen.

De top 15 meest voorkomende gezondheidsproblemen zijn voor diëtetiek berekend op basis van het aandeel patiënten met een behandeling voor die aandoening/doelgroep van het totaal aantal patiënten in dat jaar (2023 en 2024). Deze diagnosegroep wordt bepaald met de volgende methodiek:

- De diagnosegroepen binnen de top 15 van de diëtetiek zijn beschreven op basis van de diagnose codelijst diëtetiek.

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.

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.

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.

Om de bezoekcijfers van Thuisarts.nl te onderzoeken over de periode 2019-2024 werd er gekeken naar de som van het aantal paginaweergaven van alle pagina's gerelateerd aan een aandoening/doelgroep met veranderpotentieel. 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

De top 15 meest bezochte pagina's in de jaren 2019 en 2023 en 2024 zijn geanalyseerd op basis van het percentuele aandeel van de unieke paginaweergaven van de pagina ten opzichte van het totaal aantal unieke paginaweergaven. 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.

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: zorginzicht.nl/nieuws/kwaliteitsbeeld-verpleeghuiszorg-en-wijkverpleging-verslagjaar-2024-gepubliceerd

B.3 Passende zorg in de eerste lijn

Nivel Panel Samen Sterk

Het doel van het Nivel Panel Samen Sterk (NPSS) (voorheen: Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten (NPCG)) is om van zelfstandig wonende mensen met een chronische ziekte en/of een lichamelijke 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 NPSS 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: Nivel Panel Samen Sterk | Nivel.

De indicator 'Aanwezigheid van individueel zorgplan' is gebaseerd op data van het NPSS. De meest recente informatie over deze indicator is verkregen aan de hand van een vragenlijst die in het voorjaar van 2025 is verstuurd naar 2.506 leden van het NPSS. 1.676 panelleden vulden de vragenlijst in (67% respons). In een aantal gevallen worden verschillen tussen groepen beschreven. Wanneer er wordt gesproken over verschillen tussen groepen, zijn dit statistisch significante verschillen ($p \leq 0,05$).

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 2025 is er via vier panels data verzameld in de periode april – juli 2025. 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, 56% respons) en het NPSS. Het perspectief van zorgverleners werd in kaart gebracht aan de hand van vragenlijsten onder het Nivel Panel Verpleging & Verzorging (steekproef N=2.257, 27% respons) en het panel van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (KNMG) (steekproef N=2.284, 18% 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 2025. 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 Monitor Digitale Zorg is te vinden in de rapportage van 2025: Monitor Digitale Zorg 2025, Stand van zaken van de digitale zorg in Nederland.

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. Op het dashboard van Vektis zijn nog geen data beschikbaar over het aantal verzekerden met een zorgzwaartepakket "instellingszorg met behandeling" voor 2024, waardoor de correctie voor dit jaar niet toegepast kan worden. Er is daarom voor gekozen om het aantal verzekerden dat niet staat ingeschreven bij de huisartsenpraktijk niet te presenteren voor 2024. 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.

B.4 Effectieve inzet van de beschikbare personele capaciteit in de eerste lijn

Afbakening geïncludeerde Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn (AZW) branches

Om inzicht te krijgen in het aantal werkzame personen in het sociaal domein, kijken we naar de arbeidsmarktcijfers van verschillende branches in AZW Statline. Deze branches zijn sociaal werk, gehandicaptenzorg en jeugdzorg. Daarnaast worden ook arbeidsmarktcijfers over het aantal werkenden in de verpleging, verzorging en thuiszorg en huisartsen en gezondheidscentra van AZW StatLine gehaald.

De volgende Standaard Bedrijfsindelingscodes (SBI-codes) zijn vertegenwoordigd per branche:

- Sociaal werk bevat: 87902 Maatschappelijk opvang met overnachting, 88102 Welzijnszorg voor ouderen, 88992 Maatschappelijk werk, 88993 Lokaal welzijnswerk, 88999 Overig maatschappelijk advies, gemeenschapshuizen en samenwerkingsorganen op het gebied van welzijn als het onder cao-code 301 (Welzijn & maatschappelijke dienstverlening) valt. De sub branche maatschappelijk werk bevat het bieden van overnachting en psychosociale begeleiding aan individuen die hun woonomgeving hebben verlaten of tijdelijk niet beschikken over een woonruimte, permanente huisvesting voor individuen onder de 18 jaar die ouders hebben die voortdurend op reis zijn voor werk, bieden van tijdelijk begeleiding en onderdak aan asielzoekers en overnachting en opvang voor familie in de buurt van het ziekenhuis waar de patiënt wordt behandeld.
- Gehandicapten zorg bevat: 87200 huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten en psychiatrische cliënten, 87301 huizen voor niet-verstandelijk gehandicapten, 88103 ondersteuning en begeleiding van gehandicapten.
- Jeugdzorg bevat: 87901 jeugdzorg met overnachting en dagverblijven voor jeugdzorg, 88991 ambulante jeugdzorg.
- Verpleging, verzorging en thuiszorg bevat: 87100 Verpleeghuizen, 87302 Verzorgingshuizen, 88101 Thuiszorg. Thuiszorg omvat niet: 86.91.1 extramurale begeleiding bij nazorg, bevalling en zwangerschap door verloskundigen, 86.91.9 begeleiding, voorlichting en farmaceutische thuiszorg op het gebied van medicijngebruik voor thuiswonende ouderen, 97.00 particuliere huishoudens met personeel in loondienst.
- Huisartsen en gezondheidscentra bevat: 8621 praktijken van huisartsen, 86921 gezondheidscentra

In de werknemersenquête zijn in de branche huisartsen en gezondheidscentra doktersassistenten en praktijkondersteuners oververtegenwoordigd en huisartsen ondervertegenwoordigd.

CBS data: aantal werkzame personen in de zorg

Aangezien registraties niet altijd snel vervallen als iemand niet meer werkzaam is in het beroep, wordt het aantal geregistreerde artsen, apothekers, fysiotherapeuten ook geplot tegen het aantal personen dat werkzaam is in deze beroepen wat gevonden kan worden in data van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Om inzicht te krijgen in het aantal geregistreerden die daadwerkelijk werkzaam zijn in de zorg koppelt het 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 peilmoment voor deze CBS-data is jaarlijks de laatste vrijdag voor kerst. Een deel van de CBS-cijfers is voorlopig, dit gaat vooral om de cijfers van het laatst gerapporteerde jaar. De data zijn opgehaald in de maanden januari, februari en maart 2026.

Online nieuwe vacatures arts verstandelijk gehandicapten & specialist ouderengeneeskunde capaciteitsorgaan

De data over online vacatures voor arts verstandelijk gehandicapten en specialist ouderengeneeskunde zijn verkregen op basis van “vacatures die met behulp van digitale zoek- en vergelijkingsmethoden op een omvangrijke selectie van websites gevonden worden door het Capaciteitsorgaan. Vervolgens worden de vacatures door Jobfeed geautomatiseerd ‘toegewezen’ aan de betreffende medische en geneeskundige beroepsgroepen.” [72]. Maandelijkse aantallen per vacaturetype worden gemiddeld over elk kwartaal door medewerkers van het Capaciteitsorgaan gepubliceerd. Daarbij verwijderd het Capaciteitsorgaan vacatures van intermediairs, vacatures van zorginstellingen in het buitenland.

Nivel Panel Verpleging & Verzorging

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 meerderheid van de respondenten bestaan uit verpleegkundigen. In mindere mate zijn de verzorgenden, verpleegkundig specialisten, begeleiders en praktijkondersteuners vertegenwoordigd. Aangezien de verdeling van de respondenten afweek van de verdeling van de zorgprofessionals in de landelijke situatie, zijn de percentages gewogen. Door de weging komt de respons overeen met de landelijke percentages. De rapportages waaruit data is geïncludeerd in deze rapportage zijn hier te vinden: 2019 [73], 2021[74], 2023 [75], 2025 [48] . Zie voor meer informatie: Nivel Panel V&V. Cijfers uit het Nivel Panel V&V [48] laten zien dat een ruime meerderheid van de respondenten (voornamelijk verpleegkundigen, wat minder zijn verzorgenden, verpleegkundig specialisten, begeleiders en praktijkondersteuners vertegenwoordigd).

Geïncludeerde AGB-codes voor personele capaciteit zorgverleners

Stap 1: Selectie maken

Er is een selectie gemaakt van zorgverleners om te includeren op basis van de definitie in de Visie Eerstelijnszorg 2030. Deze selectie en de bijbehorende gebruikte AGB-codes staan in Tabel 18.

Tabel 18 De gebruikte AGB-codes voor bepaling werkzame zorgverleners

Zorgverlener	AGB-code	Toelichting
Fysiotherapie	04	
Logopedisten	05	
Oefentherapeuten	07	
Diëtisten	24	
Optometristen	44	
Ergotherapeuten	88	
Huidtherapeuten	9013	
Specialisten ouderengeneeskunde	8418	Overige artsen, specialist ouderengeneeskunde
Artsen verstandelijk gehandicapten	8426	Overige artsen, arts voor verstandelijk gehandicapten

Stap 2: Bepalen van zorgverleners

- Op basis van het AGB-register is een overzicht gemaakt van alle zorgverleners, per jaar.
- De zorgverleners zijn gekoppeld aan ondernemingen en vestigingen met een selectie op datum relatie binnen het te onderzoeken jaar.
- Er is een selectie gemaakt van de relatie met de nieuwste peildatum (om te ontdubbelen en zorgverleners maar 1 keer mee te tellen, ook als ze met meerdere ondernemingen/ vestigingen een relatie hebben).
- Selectie op actieve zorgverleners: zorgverleners die alleen indicatiesteller hebben in de relatierol zijn geëxcludeerd (waarnemers blijven erin).

Voor de huidtherapeuten, wijkverpleegkundigen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten is deze methodiek niet mogelijk. Voor de wijkverpleegkundigen is geen unieke AGB-code beschikbaar, voor de andere 3 disciplines zijn geen registraties in het AGB -register.

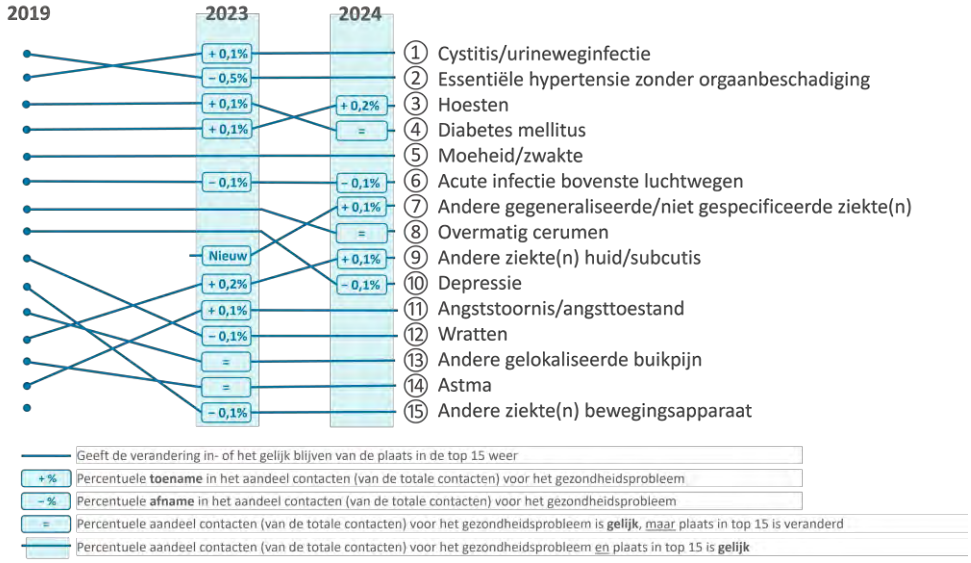
Stap 3: Werkzame , personele capaciteit huisartsen

Voor de huisartsen is hiervoor al een selectie gemaakt op ondernemingen en vestigingen met AGB01 (huisartsenpraktijk) of 37 (gezondheidscentra) omdat de huisartsen bijvoorbeeld ook aan zorggroepen en HDS en worden gekoppeld in het AGB-register en dit de resultaten kan vertekenen. Voor deze groep is alleen een uitdraai gemaakt van het aantal zorgverleners op basis van ondernemingen/ vestigingen die betrekking hebben op de discipline (in dit geval huisartsenzorg).

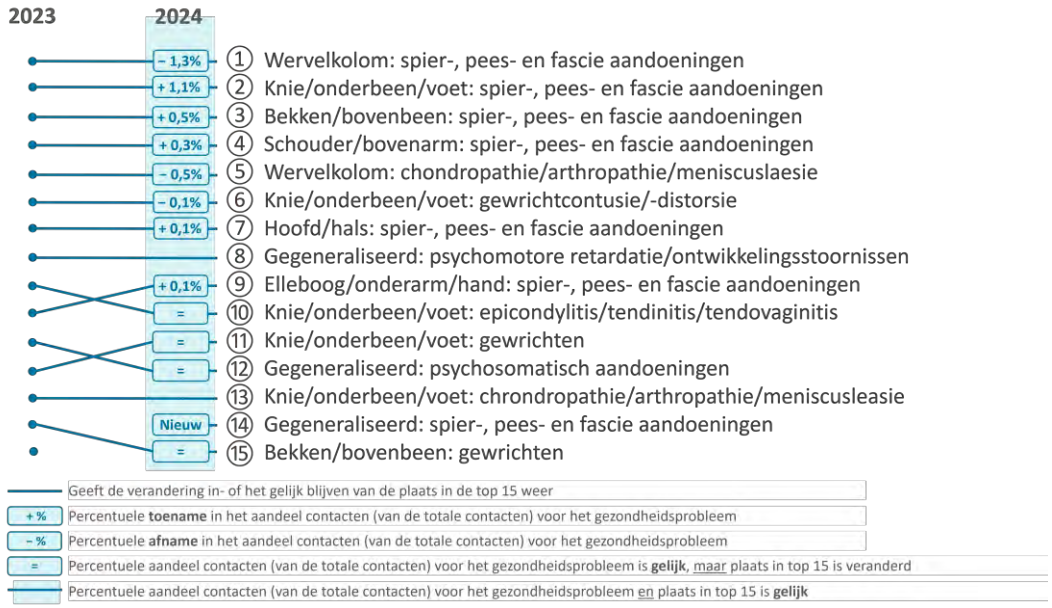
Bijlage C Aanvullende figuren veranderende patiëntenstromen

Top 15-figuren: meest voorkomende gezondheidsproblemen binnen de eerste lijn, de acute zorg en Thuisarts.nl

Figuur 88 Huisartsenpraktijk

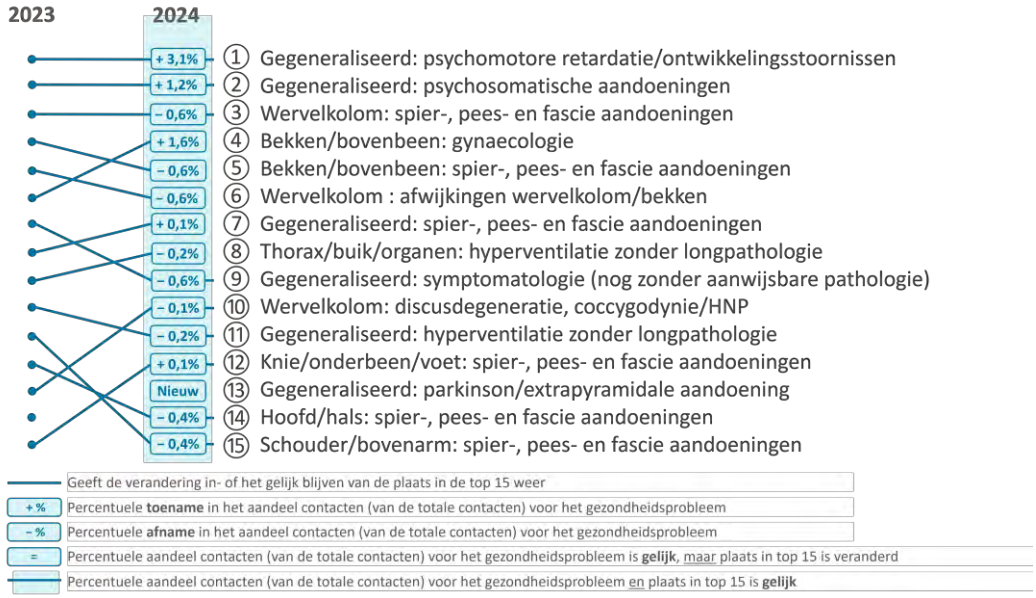


*Figuur 89 Fysiotherapie – 2023 en 2024**



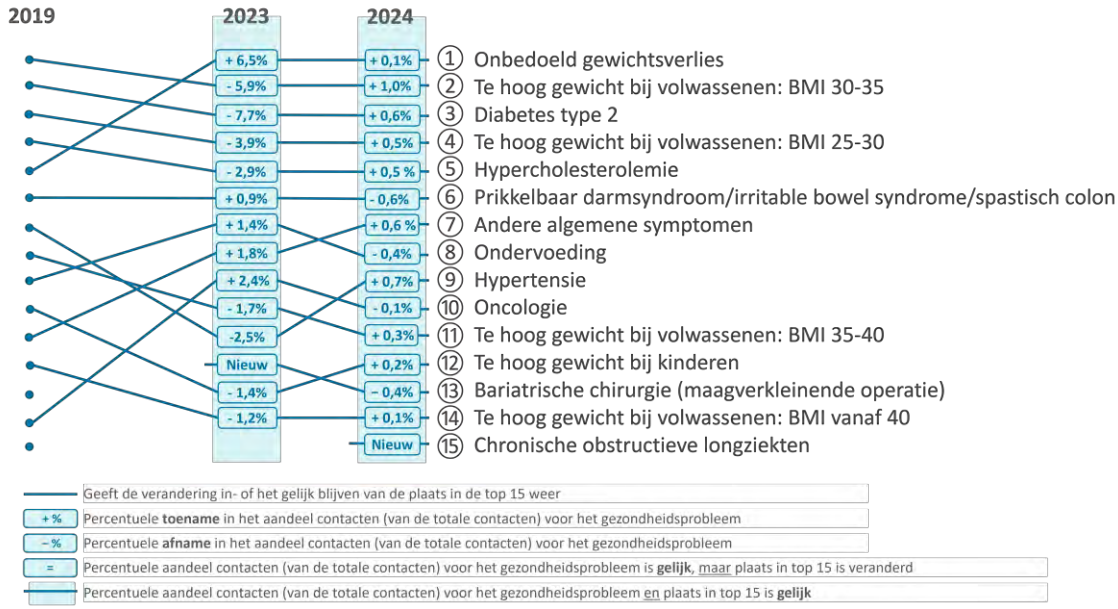
* Hierbij is er gekozen om enkel 2023 en 2024 in kaart te brengen om de praktijkselectie gelijk te houden. Praktijken aangesloten bij Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn kunnen alle diagnoses behandelen, of zich hebben gespecialiseerd in een diagnose of meerdere diagnoses. Om de vergelijking tussen de jaren gelijk te houden, met tegelijkertijd een zo groot mogelijke populatie, is ervoor gekozen 2019 niet mee te nemen.

*Figuur 90 Oefentherapie – 2023 en 2024**

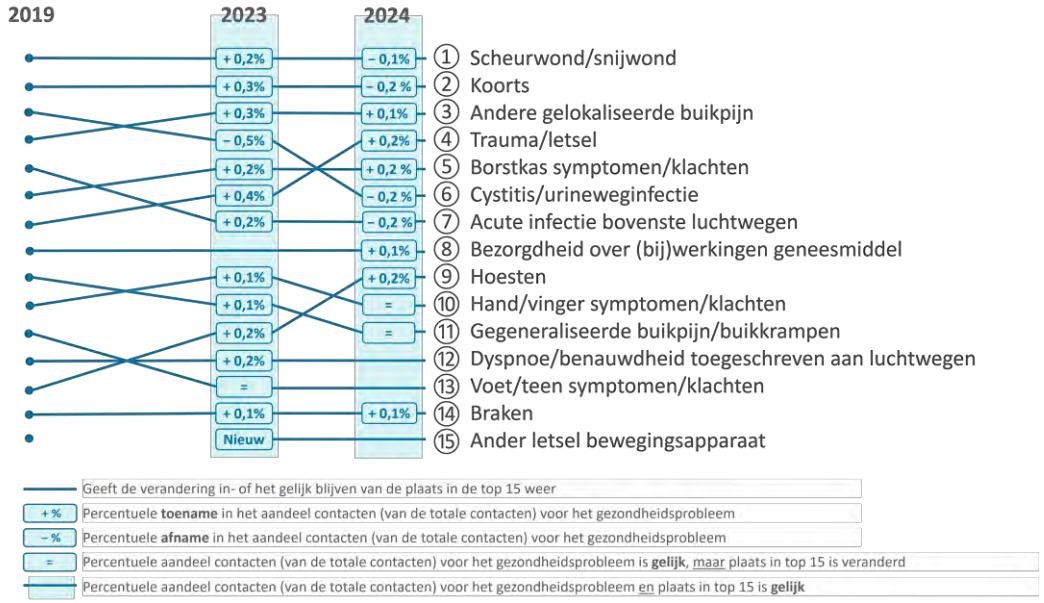


* Hierbij is er gekozen om enkel 2023 en 2024 in kaart te brengen om de praktijkselectie gelijk te houden. Praktijken aangesloten bij Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn kunnen alle diagnoses behandelen, of zich hebben gespecialiseerd in een diagnose of meerdere diagnoses. Om de vergelijking tussen de jaren gelijk te houden, met tegelijkertijd een zo groot mogelijke populatie, is ervoor gekozen 2019 niet mee te nemen.

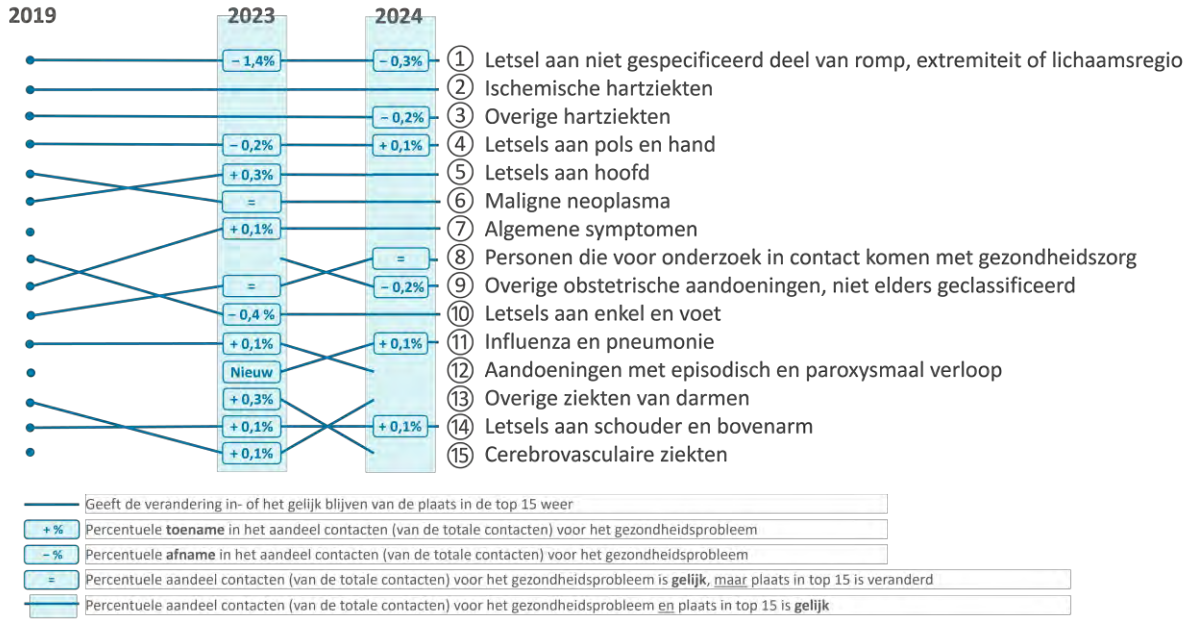
Figuur 91 Diëtetiek



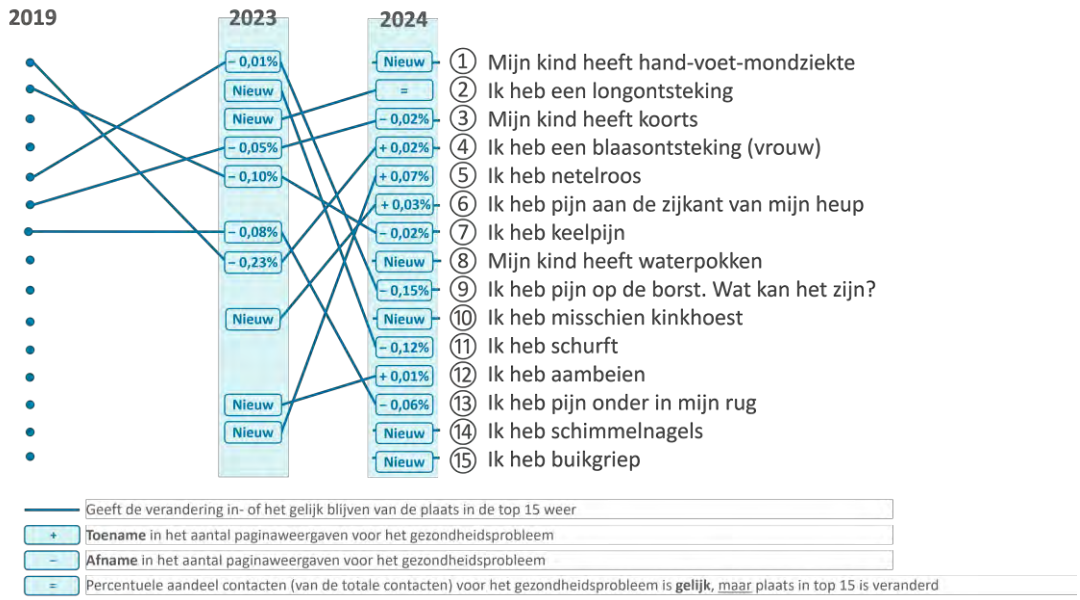
Figuur 92 Huisartsenspoedpost



Figuur 93 Spoedeisende hulp



Figuur 94 Thuisarts.nl



Het totale aantal paginaweergaven van pagina's gerelateerd aan de tien aandoeningen/ doelgroepen met veranderpotentieel op Thuisarts.nl

Figuur 95 Het totale aantal paginaweergaven op Thuisarts.nl

