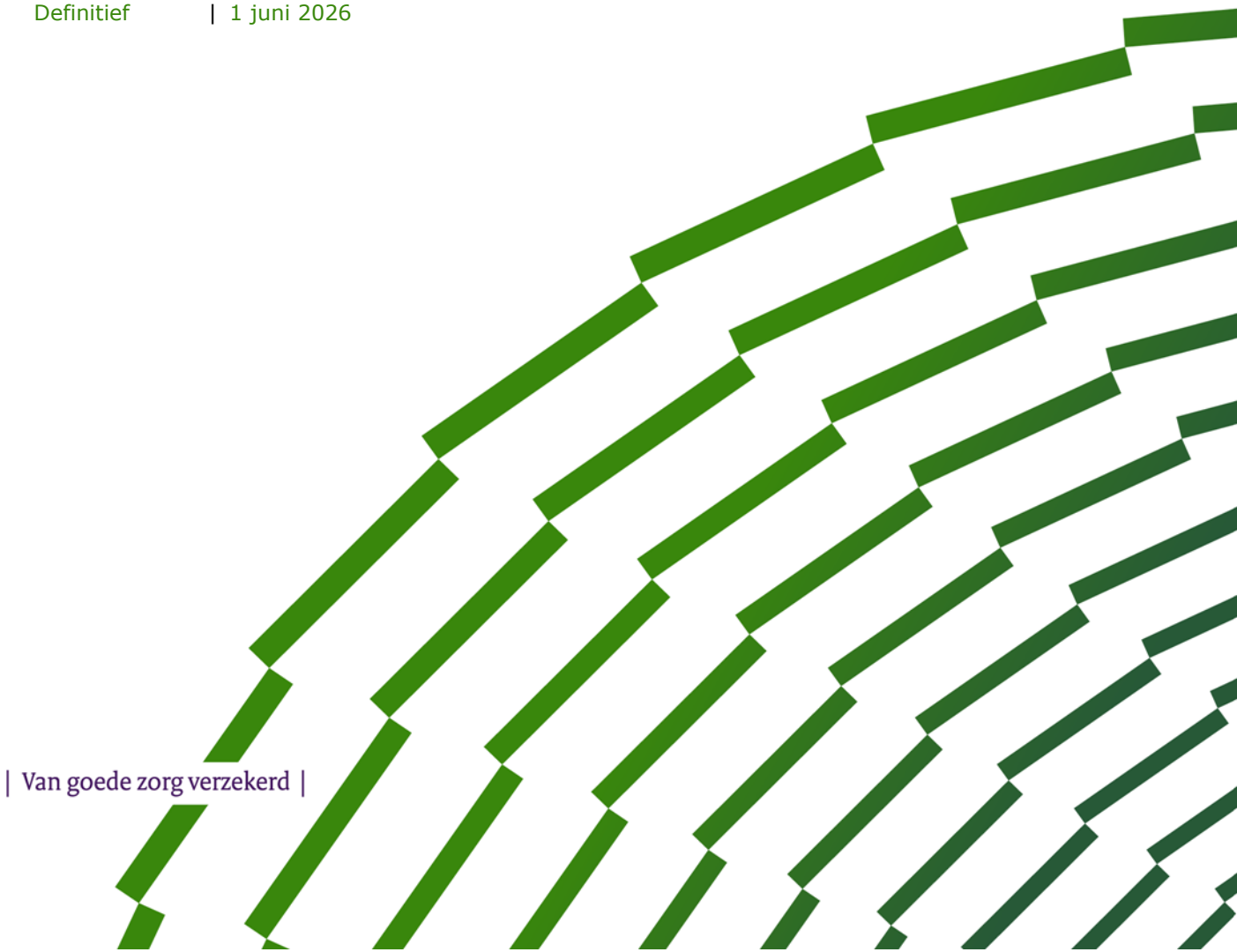
Zorginstituut Nederland

IZA Monitor Doelgroepen

Resultaten 2022-2024

Definitief | 1 juni 2026



| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

Samenvatting **4**

Inleiding **5**
1.1 Monitoring van de uitkomsten van het IZA 5
1.2 Meer aandacht voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen en patiëntperspectief 5
1.3 Leeswijzer 6
1.4 Dankwoord 6

2 Doel en methodiek **7**
2.1 Volgen van effecten op de (middel)lange termijn 7
2.2 Monitoren op vijf doelgroepen 7
2.3 Hergebruik van verschillende databronnen 7

3 Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden **9**
3.1 Meer tijd voor de patiënt in bijna alle praktijken aangevraagd 9
3.2 Daling van pijnmedicatie en sedativa bij lage inkomensklasse 10
3.3 Overzicht van alle indicatoren voor deze doelgroep 11

4 Mensen met een psychische aandoening **12**
4.1 CQi voor de meeste regio's constant over de tijd 12
4.2 Ervaren algemene gezondheid verslechterd licht 13
4.3 Overzicht van alle indicatoren voor deze doelgroep 13

5 Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten **15**
5.1 Ervaren algemene gezondheid hoog 15
5.2 Veel variatie in textbook outcome bij halsslagader- en aorta interventies 16
5.3 Stijging ziekenhuisopnames bij acuut hartfalen hoger dan prevalentie 17
5.4 Overzicht van alle indicatoren voor deze doelgroep 18

6 Mensen met (risico op) kanker **20**
6.1 Lichte daling in ervaren algemene gezondheid 20
6.2 Stijging deelname bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 21
6.3 Daling voor deelname bevolkingsonderzoek borstkanker 21
6.4 Overzicht van alle indicatoren voor deze doelgroep 21

7 Ouderen met een kwetsbare gezondheid **22**
7.1 Aantal SEH-bezoeken daalt in veel zorgkantoorregio's 22
7.2 Cliëntervaringen met wijkverpleging blijven hoog 23
7.3 Kwaliteit van leven en ervaren algemene gezondheid lager bij ouderen met een kwetsbare gezondheid 25
7.4 Overzicht van alle indicatoren voor deze doelgroep 26

8 Conclusies en aanbevelingen **27**
8.1 Beknopte conclusies 27
8.2 Aanbevelingen 27

9 Bijlage 1: Proactieve zorgplanning **28**

Colofon **38**

Monitor Doelgroepen IZA

Samenvatting

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) heeft tot doel de zorg toekomstbestendig, toegankelijk en betaalbaar te houden. De impact van het IZA wordt in kaart gebracht vanuit drie perspectieven: proces, beweging en doelgroepen. Dit rapport geven we een samenvatting van de monitoring vanuit het perspectief van de doelgroepen, waarmee uitkomsten van zorg inzichtelijk gemaakt worden. De gehele monitor is terug te vinden op Regiobeeld.nl. Hier kunnen op regionaal niveau indicatoren over de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg worden vergeleken voor vijf doelgroepen:

- Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden;
- Mensen met een psychische aandoening;
- Mensen met (het risico op) hart- en vaatzieken;
- Mensen met (het risico op) kanker; en
- Ouderen met een kwetsbare gezondheid.

In deze 2-meting kijken we naar de data over 2022 tot en met het meest recente jaar, veelal 2024 en soms 2025. We staan stil bij de ontwikkeling van de monitor over het afgelopen jaar en richting de toekomst. We bespreken in dit rapport opvallende trends voor een subset aan indicatoren per doelgroep. Voor de gehele monitor en alle cijfers, uitgesplitst per zorgkantoorregio, verwijzen we naar Regiobeeld.nl.

Beknopte conclusies

- Voor de meeste indicatoren zien we in de afgelopen drie jaar stabiele trends in het landelijke gemiddelde zonder grote verschuivingen. Dit is ook te verwachten, omdat de gekozen indicatoren vaak niet gevoelig zijn voor snelle veranderingen op landelijk niveau. Op zorgkantoorniveau zijn echter wel duidelijke verschillen zichtbaar. Dit is een bevestiging dat we een zorgtransitie zoals het IZA beoogd op regionaal niveau moeten benaderen. En ook de uitkomsten op regionaal niveau moeten analyseren.

Aanbevelingen

- We raden aan om conclusies niet uitsluitend te baseren op landelijke gemiddelden, maar nadrukkelijk te kijken naar de ontwikkelingen in en tussen de zorgkantoorregio's. Dit kan afwijken van het landelijke beeld. Deze samenvatting biedt vooral een overzicht van de indicatoren. Voor een verdiepend inzicht in regionale verschillen adviseren wij om de regionale cijfers op Regiobeeld.nl te raadplegen.
- We raden aan extra aandacht te besteden aan het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen én het inzichtelijk maken hiervan. De doelgroep beperkte gezondheidsvaardigheden is op dit moment niet goed inzichtelijk te krijgen met structurele, landelijke datasets zoals in deze monitor gebruikt worden. Het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is wel een belangrijk doel. Dit gaat verder dan alleen de indicatoren onder de doelgroep beperkte gezondheidsvaardigheden. Daarom kiezen we voor huishoudinkomen als extra stratificatie en laten we dit terugkomen bij alle doelgroepen, maar zowel de aandacht voor deze verschillen als de beschikbaarheid van goede gegevens blijft een aandachtspunt.

1 Inleiding

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

1.1 Monitoring van de uitkomsten van het IZA

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 monitoring gepubliceerd.[2] Nu volgt de rapportage van de 2-meting van de monitoring. Waar mogelijk worden de resultaten van de bewegingsmonitors gekoppeld aan uitkomsten op doelgroepniveau. De deelmonitors van de beweging staan stil bij de indicatoren die een (te verwachten) relatie hebben met indicatoren in de monitor doelgroepen . Andersom verwijst deze samenvatting van de monitor doelgroepen terug naar de deelmonitors van de beweging. Recent is ook het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (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 Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA).

De gehele monitor is terug te vinden op Regiobeeld.nl en wordt regelmatig bijgewerkt. Op de website kunnen indicatoren over de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg op regionaal niveau worden vergeleken voor vijf doelgroepen. In deze rapportage lichten we enkele belangrijke punten toe over het doel en de methodiek van de monitor. Daarnaast staan we stil bij een aantal uitkomsten per doelgroep zoals ten tijde van de publicatie van deze samenvatting online staan (juni 2026).

In dit rapport kijken we naar de data over 2022 tot en met 2024 (of 2025 wanneer al beschikbaar) en staan we stil bij de ontwikkeling van de monitor over het afgelopen jaar en verwachtingen richting de toekomst. We bespreken in dit rapport opvallende trends voor een subset aan indicatoren per doelgroep.

1.2 Meer aandacht voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen en patiëntperspectief

Nieuw dit jaar is dat er data is toegevoegd vanuit LifeLines om meer inzicht te kunnen geven in het patiëntperspectief op ervaren algemene gezondheid. Daarnaast is voor meer indicatoren inzichtelijk gemaakt hoe de verdeling van uitkomsten is per huishoudinkomen. Dit helpt bij het verder in beeld krijgen van trends in sociaaleconomische gezondheidsverschillen binnen de verschillende doelgroepen. Tenslotte wordt er ook nog data toegevoegd over gebruik van hulp en ondersteuning vanuit de Wet op maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Dit is een eerste stap in het beter in kaart brengen van activiteiten in het sociaal domein.

[1] Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl
[2] 1-meting van de "beweging van het IZA" | Publicatie | Rijksoverheid.nl
[3] Kamerbrief resultaten monitoring Integraal Zorgakkoord | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 lichten we het doel en de methodiek van de monitor toe. Hoofdstuk 3 tot en met 7 bevatten per doelgroep een overzicht van de indicatoren en de belangrijkste bevindingen voor een subset van de indicatoren. Hoofdstuk 8 geeft een conclusie en aanbevelingen voor beleid en praktijk.

1.4 Dankwoord

We willen alle IZA-partijen en overige betrokken partijen bedanken voor hun tijd en inzet de afgelopen drie jaren voor de totstandkoming van deze monitor. Daarnaast willen we het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (Nivel) bedanken voor het meedenken in de totstandkoming van deze samenvatting. Tenslotte willen we het team van Regiobeeld.nl van het RIVM bedanken voor de fijne en constructieve samenwerking in het maken en publiceren van de online monitor op Regiobeeld.nl.

2 Doel en methodiek

2.1 Volgen van effecten op de (middel)lange termijn

De IZA Monitor Doelgroepen heeft als doel: 'Volgen wat de effecten zijn van alle inspanningen op de gezondheid van mensen en de financiële en personele houdbaarheid van het zorgsysteem op de (middel)lange termijn'. Hierbij definiëren wij de (middel)lange termijn als 5 tot 10 jaren.

De monitor heeft nadrukkelijk niet als hoofddoel om te dienen als concrete stuurinformatie tijdens de looptijd van het IZA, omdat veranderingen in uitkomsten met name pas te verwachten zijn op (middel)lange termijn (5-10 jaren). Dat maakt dat op basis van deze samenvatting geen conclusies getrokken kunnen worden over de effecten van het IZA.

De monitor bevat veel indicatoren die een afgeleide zijn van kwaliteit, vaak gebaseerd op geleverde zorg, waar indirect potentiële stuurinformatie uitgehaald kan worden. Daarmee biedt het veel waardevolle informatie over aantallen patiënten, geleverde zorg en (ervaren) kwaliteit van zorg per zorgkantoorregio. Op dit regioniveau kunnen de uitkomsten worden vergeleken met het landelijke beeld of met andere zorgkantoorregio's om te beoordelen hoe een specifieke regio ervoor staat. Dit kan waardevolle inzichten op leveren, bijvoorbeeld over verschillen in de omvang van een doelgroep, zorggebruik en kwaliteit tussen regio's. Dergelijke informatie helpt regio's bij het plannen van het benodigde zorgaanbod. Ook kan het een aanleiding zijn om te kijken hoe andere regio's de zorg hebben ingeregeld, om zo van elkaar te leren. Op de langere termijn kunnen zorgkantoorregio's volgen of de transities die ze ingezet hebben voor het IZA (maar ook voor andere akkoorden) daadwerkelijk een effect hebben op uitkomsten van zorg. Ook dit kan gebruikt worden om te leren van de ingezette koers.

2.2 Monitoren op vijf doelgroepen

In het IZA is gekozen om te monitoren op vijf doelgroepen. Het gaat om de volgende groepen:

- Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden
- Mensen met een psychische aandoening
- Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten
- Mensen met (risico op) kanker
- Ouderen met een kwetsbare gezondheid.

De monitor gaat alleen over uitkomsten of proxy's voor uitkomsten. Bij proxy's gaat het om data die niet daadwerkelijk echte uitkomsten van zorg zijn, maar wel indirect iets zeggen over (onmeetbare) uitkomsten. Het gaat hier dan om uitkomsten afgeleid van zorggebruik (bijvoorbeeld aantal ziekenhuisopnames). We maken gebruik van proxy's omdat sommige data over uitkomsten niet bestaan (met name ervaren kwaliteit van zorg wordt altijd niet structureel gemeten) of niet openbaar is (denk aan uitkomsten in ziekenhuizen die maar gedeeltelijk openbaar zijn).

2.3 Hergebruik van verschillende databronnen

Voor de monitor wordt gebruik gemaakt van gegevens van Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut), Centraal Bureau voor Statistiek (CBS), RIVM, Trimbos, Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), NZa, Patiëntenfederatie Nederland, Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA), LifeLines en het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Indicatoren worden, waar mogelijk, gestratificeerd naar zorgkantoorregio en weergegeven als uitkomsten per 10.000 inwoners. In deze samenvatting vergelijken we waar mogelijk 2022 met 2024. Wanneer geen goede kwaliteitsinformatie beschikbaar is voor een bepaalde doelgroep en/of op regioniveau, gebruiken we waar mogelijk declaratiedata als proxy geanalyseerd door het Zorginstituut zelf. Dit biedt de mogelijkheid om op persoonsniveau te stratificeren naar: regio, leeftijd, geslacht en huishoudinkomen. Voor regio wordt waar mogelijk zorgkantoorregio gebruikt.

Voor de doelgroep Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden is momenteel geen goede databron beschikbaar en wordt gebruik gemaakt van uitsplitsing naar huishoudinkomen. Het hebben van een lager inkomen is geassocieerd met beperktere gezondheidsvaardigheden,

hoewel dit geen 1-op-1 correlaties is. De uitsplitsing naar huishoudinkomen komt in alle doelgroepen terug waardoor een dwarsdoorsnede zichtbaar wordt van mensen die zowel onder de doelgroep beperkte gezondheidsvaardigheden vallen en daarnaast onder één van de overige doelgroepen vallen. Bijvoorbeeld mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden die tevens een psychische aandoening hebben.

Verschillen en trends over de tijd worden beschreven maar zijn niet statistisch getoetst voor dit rapport. Voor een volledige beschrijving van de methodiek van alle indicatoren (ook degene die uiteindelijk zijn afgevallen) verwijzen we naar het plan van aanpak van de monitor.[3]

[3] Plan van aanpak Monitor doelgroepen Integraal Zorgakkoord | Publicatie | Zorginstituut Nederland

3 Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

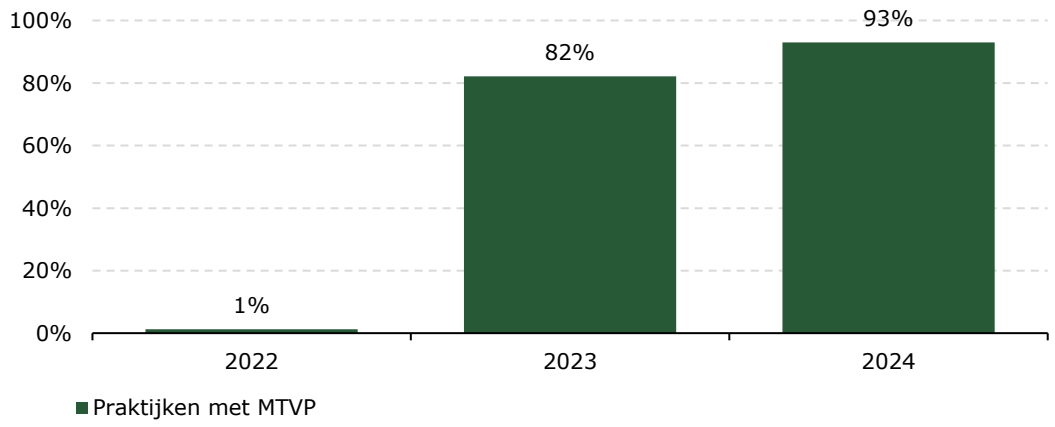
Bijna 1 op de 3 volwassen Nederlanders (circa 35%) heeft onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden.[4] Dit betekent dat zij problemen hebben met het vinden, begrijpen, beoordelen en toepassen van informatie voor het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen. Uiteindelijk kan dit leiden tot onwenselijke verschillen in gezondheid en kwaliteit van leven. Het meten van beperkte gezondheidsvaardigheden gebeurt op dit moment niet in een landelijke dataset die gebruikt kan worden in deze monitor. Om toch een beeld te geven van de grootte van deze doelgroep en de impact op kwaliteit en toegankelijkheid van zorg, splitsen we de indicatoren uit naar huishoudinkomen als benadering voor beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit doen we zowel specifiek voor deze doelgroep als voor de overige doelgroepen.

Het blijft lastig om deze doelgroep goed in beeld te brengen. Tegelijkertijd zijn er grote uitdagingen rondom sociaaleconomische gezondheidsverschillen. We zien dat dit nog niet altijd als apart aandachtspunt wordt meegenomen door de thematafels. Deze bevinding is vorig jaar ook benoemd en blijft daarmee relevant.

Binnen deze monitor proberen we hierop in te spelen door voor alle doelgroepen zoveel mogelijk indicatoren naar huishoudinkomen te stratificeren. Dit geeft daarmee ook bij de andere doelgroepen meer inzicht in het zorggebruik van mensen met een laag inkomen.

3.1 Meer tijd voor de patiënt in bijna alle praktijken aangevraagd

Door een combinatie van interventies die vallen onder anders werken in de praktijk, samenwerken met het netwerk en eventueel uitbreiding van personele capaciteit, ontstaat meer tijd voor de patiënt. Hierdoor kan een flexibele gemiddelde consultduur van 15 minuten worden gerealiseerd. De huisarts heeft hierdoor tijd om het 'goede gesprek' met de patiënt te voeren. We zien dat Meer tijd voor de patiënt (MTVP) inmiddels bijna volledig is ingevoerd in huisartsenpraktijken. In 2024 deed 93% van de praktijken mee (zie Figuur 1).



Figuur 1: Percentage van huisartsenpraktijken dat gebruik maakt van Meer tijd voor de patiënt in de jaren 2022 tot en met 2024.

Met name voor praktijken met veel verzekerden met een bovengemiddelde zorgzwaarte is deze regeling interessant. We verwachten dat deze praktijken vaker deelnemen aan MTVP. Deze praktijken zijn te herkennen doordat ze al een toeslag krijgen voor wijken met daarin veel verzekerden met een bovengemiddelde zorgzwaarte, zogeheten opslagwijken. In enkele zorgkantoorregio's is echter een tegenovergesteld beeld zichtbaar. Daar zijn praktijken met veel

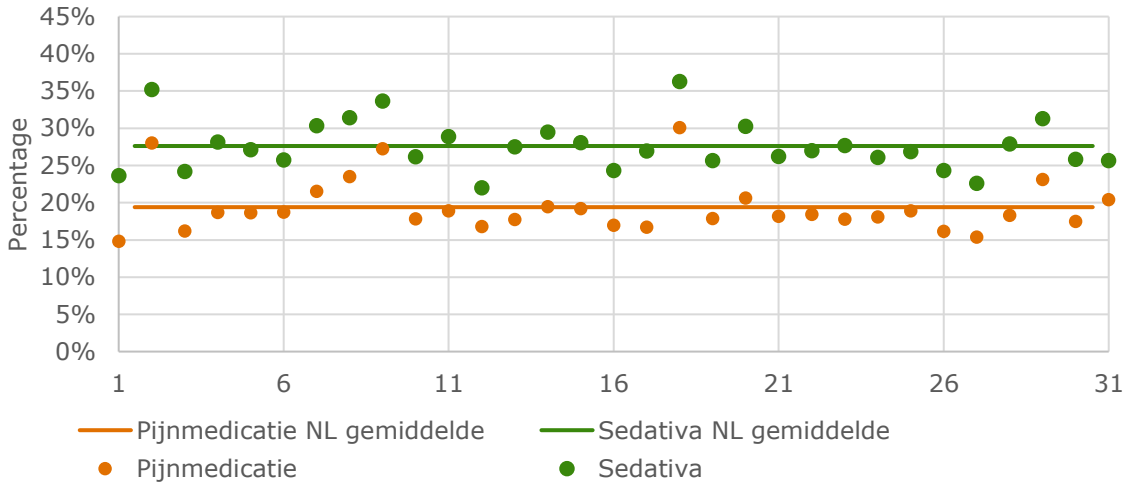
[4] https://www.nivel.nl/nl/nieuws/2023-heeft-een-op-de-drie-nederlanders-onvoldoende-beperkte-gezondheidsvaardigheden

verzekerden uit opslagwijken juist minder vaak vertegenwoordigd in het programma. Dit betreft de regio's: Delft-Westland-Oostland, Rijswijk en Zaanstreek-Waterland.

3.2 Daling van pijnmedicatie en sedativa bij lage inkomensklasse

Mensen met lagere inkomens gebruiken meer pijnmedicatie en sedativa.[5] Voor 2024 zien we dat ongeveer 30% van alle sedativa wordt gebruikt door het laagste huishoudinkomenskwintiel en ongeveer 20% van alle pijnmedicatie (zie **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden.**). Hierbij g aat het om de 20% van de bevolking met de laagste huishoudinkomens.

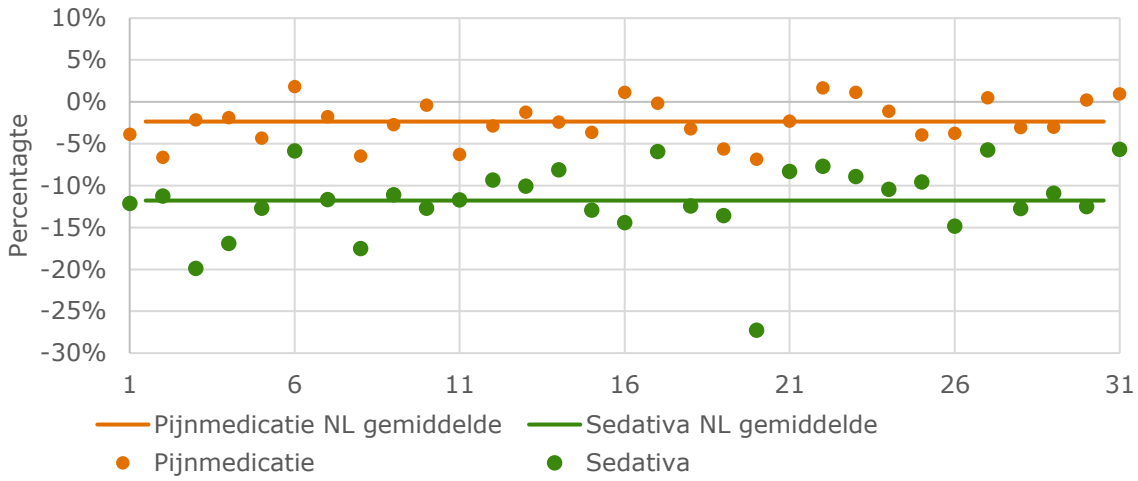
Hoe hoger het inkomen, hoe lager het percentage mensen dat deze medicatie gebruikt. Dit kan wijzen op een mogelijke onvervulde zorgbehoefte. Mensen met een lager inkomen gaan minder snel naar het ziekenhuis, bijvoorbeeld vanwege een financiële drempel, en hebben daardoor vaker pijnmedicatie nodig. Dit is echter niet altijd zo, deze indicator dient vooral als eerste aanleiding voor zorgkantoorregio's om verder te kijken naar hun eigen regio als die eruit springt ten opzichte van het landelijke gemiddelde. De regio's waar het laagste huishoudinkomenskwintiel het hoogste gebruik van deze medicatie laat zien ten opzichte van de andere inkomensgroepen zijn Amstelland en De Meerlanden, Zuid-Hollandse Eilanden, en Zuid-Holland Noord.



Figuur 2: Percentage van pijnmedicatie en sedativa in 2024 voor het laagste huishoudinkomenskwintiel ten opzichte van de rest van de populatie voor alle zorgkantoorregio's.

Wanneer we 2024 vergelijken met 2022, zien we dat het gebruik van sedativa in alle zorgkantoorregio's is gedaald binnen het laagste huishoudinkomenskwintiel. Ook het gebruik van pijnmedicatie daalt in bijna alle regio's (zie Figuur 3). De sterkste dalingen zien we in Twente, Amsterdam, en Groningen.

[5] ATC-codes M01A, N02A en N02B voor pijnmedicatie en ATC-codes N05BA, N05CD en N05CF voor sedativa.



Figuur 3: Procentuele verschil tussen 2022 en 2024 voor aantallen gebruikers van pijnmedicatie en sedativa voor het laagste huishoudinkomenskwintiel voor alle zorgkantoorregio's.

3.3 Overzicht van alle indicatoren voor deze doelgroep

Indicator	Omschrijving
Omvang doelgroep	Per regio de gemiddelde sociaaleconomische status als indicatie voor de omvang van de doelgroep
Pijnmedicatie en sedativa gebruik	Per regio medicatiegebruik uitgesplitst naar huishoudinkomen als indicator voor mogelijke onvervulde zorgbehoefte
Meer tijd voor de patiënt	Per regio het percentage huisartsenpraktijken waar Meer tijd voor de patiënt wordt ingezet, uitgesplitst voor opslagwijk
Totale en gezonde levensverwachting naar opleidingsniveau	Op landelijk niveau de totale en gezonde levensverwachting (en het verschil) per opleidingsniveau

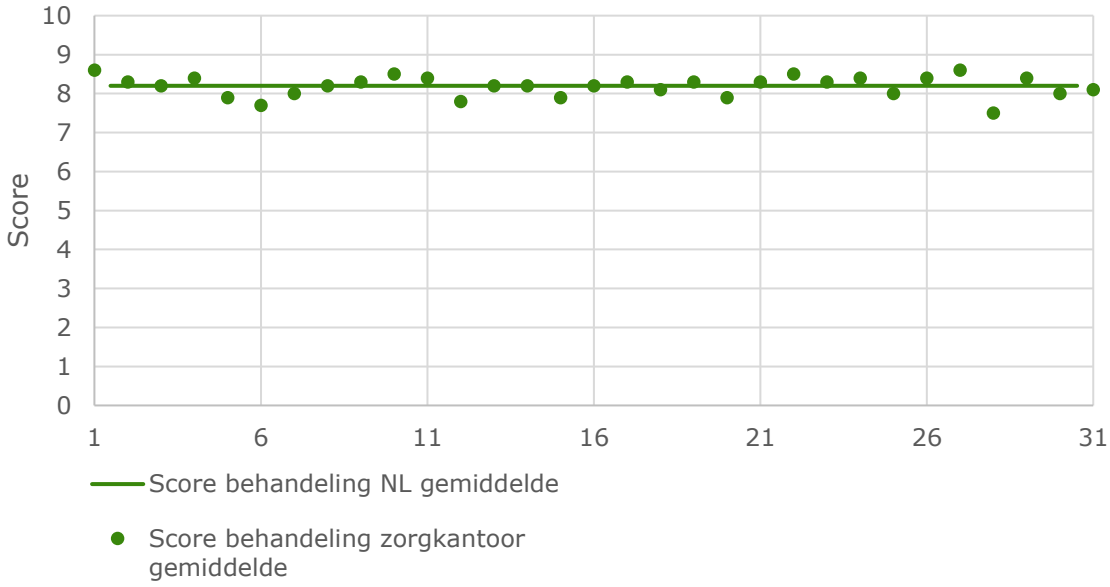
4 Mensen met een psychische aandoening

Nederland heeft een grote groep mensen met psychische klachten: in 2019 heeft ongeveer 1 op de 12 mensen zorg ontvangen voor een psychische stoornis. Cijfers uit 2022 uit de NEMESIS-3 studie laten zelfs zien dat bijna 1 op de 4 volwassenen[6] in de 12 maanden voorafgaand aan de meting een psychische aandoening heeft gerapporteerd. In de zomer van '26 volgt een update van de cijfers, vanaf dan ook inclusief beschermd wonen in de Wmo.

Om in beeld te krijgen hoe het staat met de toegankelijkheid van de ggz-sector en de daarmee samenhangende IZA-doelen om zorg binnen de Treeknorm te leveren, geven wij de wachttijden per regio weer in de monitor. Echter, de meetmethode is gewijzigd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om betere kwaliteit te leveren. Hierdoor ontstaat een tijdelijke trendbreuk. In afstemming met de NZa wordt deze data daarom tijdelijk niet weergegeven.

4.1 CQi voor de meeste regio's constant over de tijd

Via de Consumer Quality index (CQi) beantwoorden cliënten vragen over hun ervaringen met de ontvangen zorg. Deze uitkomsten geven inzicht in de tevredenheid van cliënten over de kwaliteit van zorg. Voor de periode van 2022 tot en met 2025 hebben we de resultaten vergeleken per zorgkantoorregio. In de meeste regio's blijft het beeld stabiel, zonder duidelijke stijging of daling. Alle regio's scoren gemiddeld een 7,5 of hoger (Figuur 4).



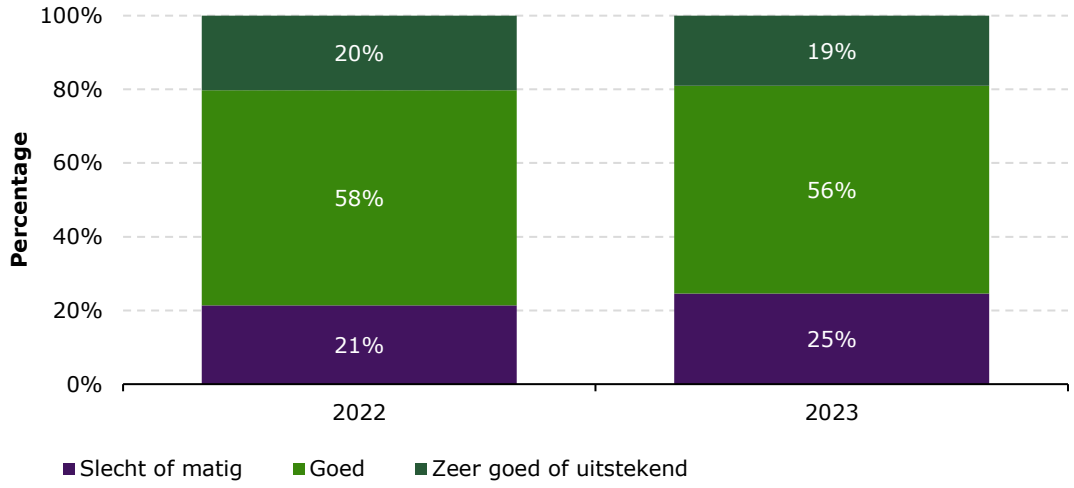
Figuur 4: De gemiddelde score voor de behandeling in 2025 uit de Consumer Quality index (CQi) per zorgkantoorregio en het landelijk gemiddelde.

Een aantal zorgkantoorregio's springt eruit omdat ze over de laatste vier jaren meer dan gemiddeld dalen of stijgen. Zuidoost-Brabant daalt naar een 7,5 (-8,5%), Flevoland daalt naar een 7,7 (-3,8%) en Noord- en Midden-Limburg daalt naar een 7,9 (-2,5%). Hiervan laat alleen Zuidoost-Brabant een structureel dalende trend over de jaren zien. Zuid-Hollandse Eilanden stijgt naar een 8,6 (+6,2%), Westland Schieland Delftland stijgt naar een 8,1 (+3,8%) en Zuid-Holland Noord stijgt naar een 8,4 (+3,7%).

[6] NEMESIS. Kerncijfers psychische aandoeningen. Samenvatting. https://cijfers.trimbos.nl/nemesis/kerncijfers-psychische-aandoeningen/samenvatting-kerncijfers/. Geraadpleegd op: 11 april 2025. Trimbos-instituut, Utrecht

4.2 Ervaren algemene gezondheid verslechterd licht

In de cohortstudie LifeLines hebben mensen met een psychische aandoening of mensen die een psychische aandoening hebben gehad (zelf-gerapporteerd) antwoord gegeven op de vraag: 'Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?'. We zien een lichte daling in een 'zeer goed of uitstekend' ervaren van de algemene gezondheid (20% in 2022 naar 19% in 2023), en bij de categorie 'goed' (van 58% in 2022 naar 56% in 2023), terwijl de categorie 'slecht of matig' licht stijgt (van 21% in 2022 naar 25% in 2023) (Figuur 5). De mensen in deze doelgroep ervaren hun algemene gezondheid als minder goed dan de mensen in de andere doelgroepen in deze monitor.



Figuur 5: Ervaren algemene gezondheid bij mensen die een psychische aandoening hebben (gehad) vanuit de cohortstudie Lifelines voor de jaren 2022 en 2023.

4.3 Overzicht van alle indicatoren voor deze doelgroep

Indicator	Omschrijving
Omvang doelgroep	Per regio het voorkomen (prevalentie en incidentie) van psychische problematiek op basis van zorggebruik en uitgesplitst per zorgsoort en huishoudinkomen Het voorkomen (prevalentie) van enige psychische aandoening in de afgelopen 12 maanden ongeacht zorggebruik én voorkomen (prevalentie) van onvervulde zorgbehoefte voor psychische of alcohol- of drugsproblemen op basis van een cohortstudie
Consumer Quality index (CQI) cijfer geestelijke- en verslavingszorg	Per regio geeft het CQI-cijfer weer hoe patienten gemiddeld de zorg hebben ervaren
Instroom aantallen voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz)	Per regio de instroom aantallen voor intake en start behandeling voor verschillende diagnosen in de ggz, uitgesplitst naar korter of langer dan de Treeknorm
Wachttijd voor de ggz	Per regio wachttijden voor de ggz
Wachtplekken voor de ggz	Op landelijk niveau het uniek aantal wachtplekken binnen de ggz, uitgesplitst naar

	aantal wachtenden dat korter of langer dan de Treeknorm op de wachtlijst staat
Ervaren algemene gezondheid	Ervaren algemene gezondheid van mensen die een psychische aandoening hebben (gehad) op basis van een cohortstudie

5 Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten

Nederland heeft een grote groep mensen met hart- en vaatziekten: 1,9 miljoen (ongeveer 1 op de 9 mensen). Verwacht wordt dat dit aantal stijgt naar 3,0 miljoen in 2040.[7] De stijging komt onder andere door demografische ontwikkelingen: mensen worden ouder, hebben vaker overgewicht en bewegen minder. Door een gezonde leefstijl en het verminderen van risicofactoren kan het aantal patiënten met hart- en vaatziekten op de lange termijn worden teruggedrongen.

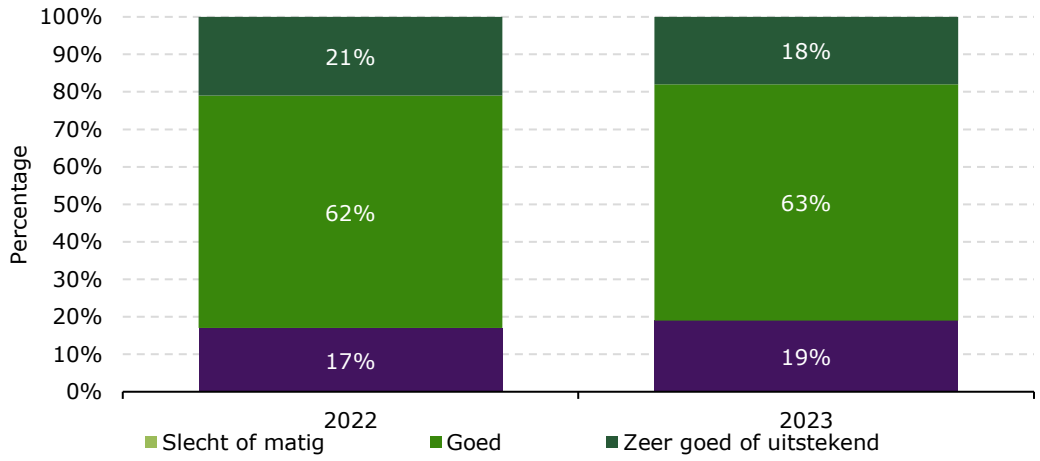
In het IZA is opgenomen dat in 2025 de complicaties en sterfte rondom operaties aan een vernauwing in de halsslagader en een verwijding van de buikslagader (aneurysma) zal zijn afgenomen. Daarnaast zijn in november 2025 er binnen de vaatchirurgische zorg op landelijk niveau afspraken gemaakt over in welke ziekenhuizen bepaalde interventies aan de aorta en halsslagader worden geconcentreerd.[8] Vanaf 1 januari 2027 gaat deze nieuwe verdeling van zorg in. Afspraken over de spreiding van deze zorg volgen later.

Om de doelgroep in kaart te brengen, is gekeken naar drie veelvoorkomende hart- en vaatziekten die goed herkenbaar zijn in de declaratiedata: acuut coronair syndroom, beroerte en hartfalen. Tussen 2022 en 2024 steeg het aantal nieuwe patiënten (incidentie) voor acuut coronair syndroom met 1%, voor beroerte met 2% en voor hartfalen met 5%. Het totaal aantal patiënten met deze aandoeningen (prevalentie) daalde in dezelfde periode voor acuut coronair syndroom met 3%, maar steeg voor beroerte met 3% en voor hartfalen met 9%.

Leefstijlfactoren zoals beweging, roken, alcoholgebruik en gewicht spelen een belangrijke rol bij het ontstaan en voorkomen van hart- en vaatziekten. Deze leefstijlfactoren zijn ook van belang voor de doelgroep mensen met (risico op) kanker. Tussen 2022 en 2024 bleef het landelijk percentage mensen dat sport en beweegt volgens de Beweegrichtlijn, percentage rokers, percentage mensen met overmatig alcoholgebruik en percentage mensen met overgewicht stabiel.

5.1 Ervaren algemene gezondheid hoog

In de cohortstudie LifeLines hebben mensen met hart- en vaatziekten of mensen die hart- en vaatziekten hebben gehad (zelf-gerapporteerd) antwoord gegeven op de vraag: 'Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?'. Deze meeste mensen beoordelen hun gezondheid als positief: 81% geeft aan dat deze ‘Goed’ of ‘Zeer goed of uitstekend’ is. (Figuur 6). Percentages veranderen heel licht van 2022 naar 2023. Om te kunnen beoordelen of er daadwerkelijk sprake is van een negatieve trend of dat het om stabiele uitkomsten gaat, zijn gegevens over een langere periode nodig.

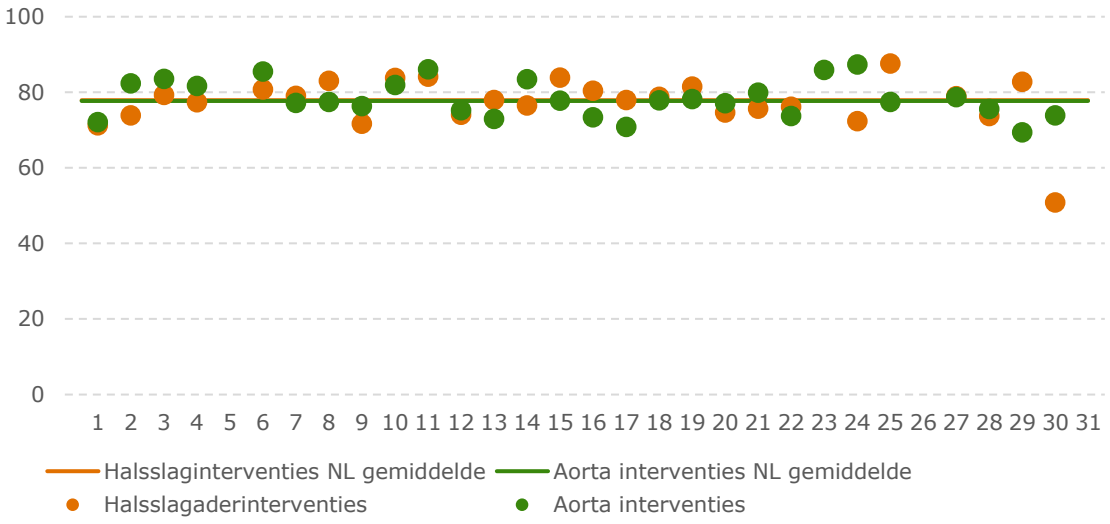


Figuur 6: Ervaren algemene gezondheid bij mensen die hart- of vaatziekten hebben (gehad) vanuit de cohortstudie Lifelines voor de jaren 2022 en 2023.

[7] SER (2020) Zorg voor de toekomst. Over de toekomstbestendigheid van de zorg, Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
[8] https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2025/11/03/afspraken-concentratie-complexe-chirurgische-zorg-bij-kanker-en-vaatziekten

5.2 Veel variatie in textbook outcome bij halsslagader- en aorta interventies

In 2024 ligt het landelijk percentage voor de indicator textbook outcome[9] voor zowel halsslagaderinterventies als aorta interventies op 78%. In 2024 verschillen de percentages tussen de zorgkantooregio's sterk: van 51% tot 88% voor halsslagaderinterventies en van 69% tot 87% voor aorta interventies (Figuur 7: Percentage van textbook outcome bij halsslagader- en aorta interventies in 2024 voor alle zorgkantoorregio's en het landelijk gemiddelde.

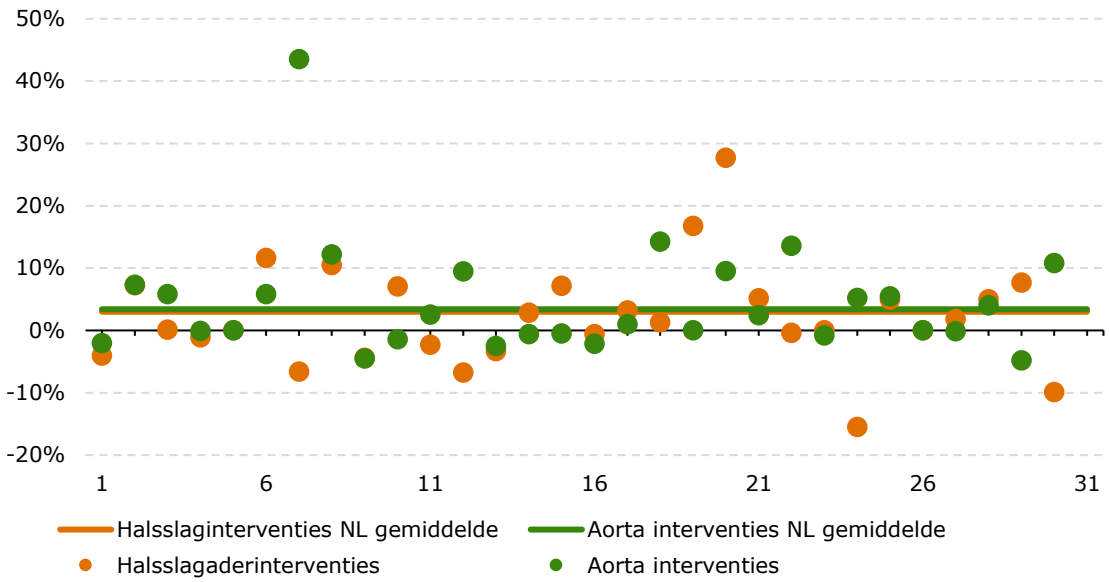


Figuur 7: Percentage van textbook outcome bij halsslagader- en aorta interventies in 2024 voor alle zorgkantoorregio's en het landelijk gemiddelde.

Op landelijke niveau zien we tussen 2022 en 2024 een lichte stijging van textbook outcome bij interventies aan de halsslagader (4%) en aorta (5%). Binnen de regio's is echter veel variatie te zien: bij halsslagaderinterventies een daling van 16% tot een stijging van 28%. De zorgkantoorregio's Utrecht, Twente en Friesland laten de grootste stijgingen zien (28%, 17% en 12%). Voor de regio's Zeeland, Westland Schieland Delftland, en Amsterdam zien we de sterkste dalingen in textbook outcomes (-16%, -10% en -4%) (Figuur 8). Hiermee scoort Westland Schieland Delfland nu 51%, waarmee ze beduidend lager scoren dan de rest van Nederland.
Bij de aorta interventies zien we een daling van -4% tot een stijging van 43%. De regio's Groningen, 't Gooi, en West-Brabant laten de grootste stijgingen zien (43%, 14% en 14%). Voor de regio's Zwolle, Nijmegen en Noordoost-Brabant zien we de sterkste dalingen (-5%, -3% en -2%) (Figuur 8).

Voor de indicatoren complicaties en mortaliteit laten interventies aan de halsslagader en aorta in de regio's tussen 2022 en 2024 geen veranderingen van meer dan 3% zien.

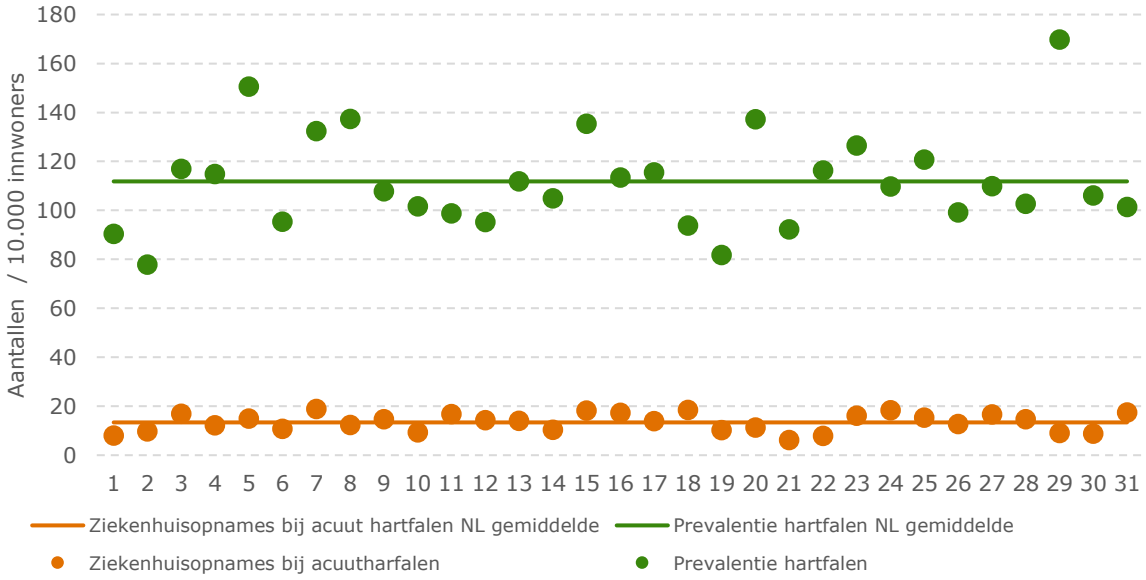
[9] 'Textbook outcome' is een samengestelde indicator en beschrijft het percentage patiënten zonder ongewenste uitkomst tijdens de operatie/interventie en de nazorg.



Figuur 8: Procentuele verschil tussen 2022 en 2024 voor textbook outcome bij halsslagader- en aorta interventies voor alle zorgkantoorregio's en het landelijk gemiddelde.

5.3 Stijging ziekenhuisopnames bij acuut hartfalen hoger dan prevalentie

In 2024 zijn er landelijk 199.510 patiënten met hartfalen (prevalentie) en 23.480 ziekenhuisopnames door acuut hartfalen. In 2024 verschilt de prevalentie van hartfalen per zorgkantoorregio van 2.080 tot 12.670. Het aantal ziekenhuisopnames door acuut hartfalen varieert van 6 tot 19 per 10.000 inwoners in de regio's (Figuur 9).

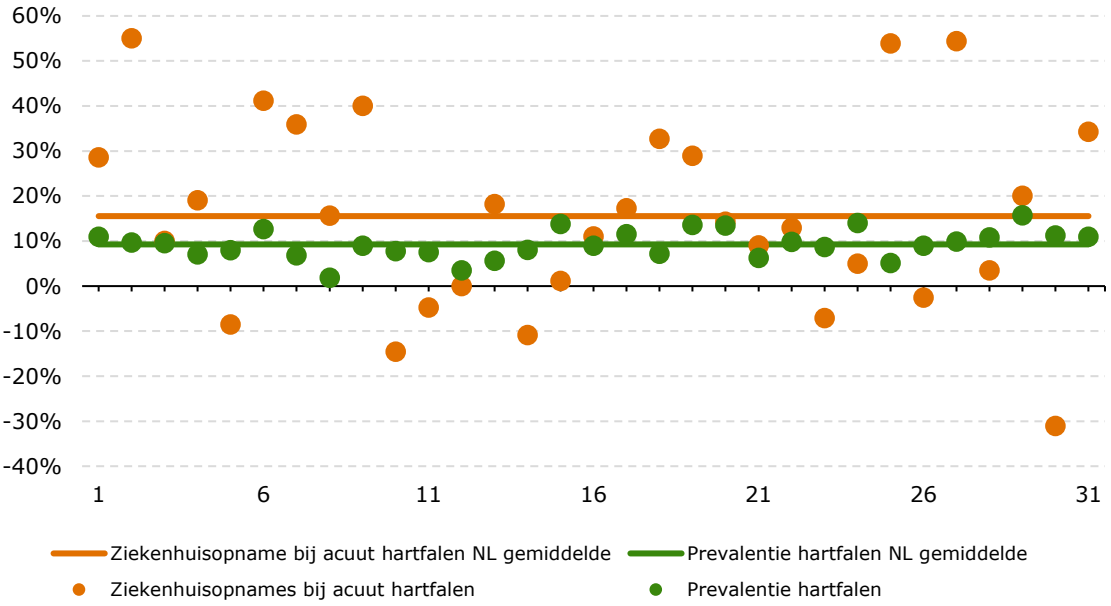


Figuur 9: Aantal ziekenhuisopnames bij acuut hartfalen en prevalentie hartfalen in 2024 voor alle zorgkantoorregio's per 10.000 inwoners en het landelijk gemiddelde.

Landelijk stijgt de prevalentie van hartfalen tussen 2022 en 2024 met 9%, van 182.780 naar 199.520. Ook het aantal ziekenhuisopnames door acuut hartfalen neemt toe met 13%, van 20.720 naar 23.460. In de regio's loopt de stijging van de prevalentie van hartfalen uiteen van 2% en 16%. De grootste stijgingen (14% of meer) zien we in Zuid-Limburg, Zaanstreek/

Waterland, Noord- en Midden-Limburg, en 't Gooi (Figuur 10). Het verschil in het aantal ziekenhuisopnames door acuut hartfalen varieert sterk per regio: van een daling van 31% tot een stijging van 55%. De grootste dalingen zien we in Zwolle, Kennemerland en Nijmegen (-31%, -15% en -11%). De grootste stijgingen zijn in Amsterdam, Zuid-Hollandse Eilanden, en Zeeland (55%, 54% en 54%).

Het aantal ziekenhuisopnames door acuut hartfalen stijgt harder dan de prevalentie van hartfalen. Dit betekent dat patiënten met hartfalen in 2024 vaker in het ziekenhuis worden opgenomen dan in 2022.



Figuur 10: Procentuele verschil tussen 2022 en 2024 voor het aantal ziekenhuisopnames bij acuut hartfalen en de prevalentie hartfalen voor alle zorgkantoorregio's en het landelijk gemiddelde.

5.4 Overzicht van alle indicatoren voor deze doelgroep

Indicator	Omschrijving
Omvang doelgroep	Per regio het voorkomen (prevalentie en incidentie) van acuut coronair syndroom, beroerte en hartfalen
Leefstijl: roken, alcohol, gewicht, sport en bewegen	Per gemeente het percentage rokers, verschillende leefstijlindicatoren over alcoholgebruik en lichaamsgewicht, en aandeel mensen dat sport en beweegt volgens de beweegrichtlijn en aandeel dat ten minste één keer per week een sport beoefent
Complicaties halsslagaderinterventies en aorta interventies	Op landelijk niveau uitkomstindicatoren over halsslaginterventies (voorheen aneurysma aortae absominalis (AAA)) en halsslagaderinterventies (voorheen Carotis chirurgie)

Sterfte hart- en vaatziekten	Per regio het percentage overledenen aan het- en vaatstelsel ziekten
Ziekenhuisopnames bij acuut hartfalen	Per regio het aantal ziekenhuisopnames met de hoofddiagnose ‘acuut hartfalen’
Ervaren algemene gezondheid	Ervaren algemene gezondheid van mensen die hart- en vaatziekten hebben (gehad) op basis van een cohortstudie

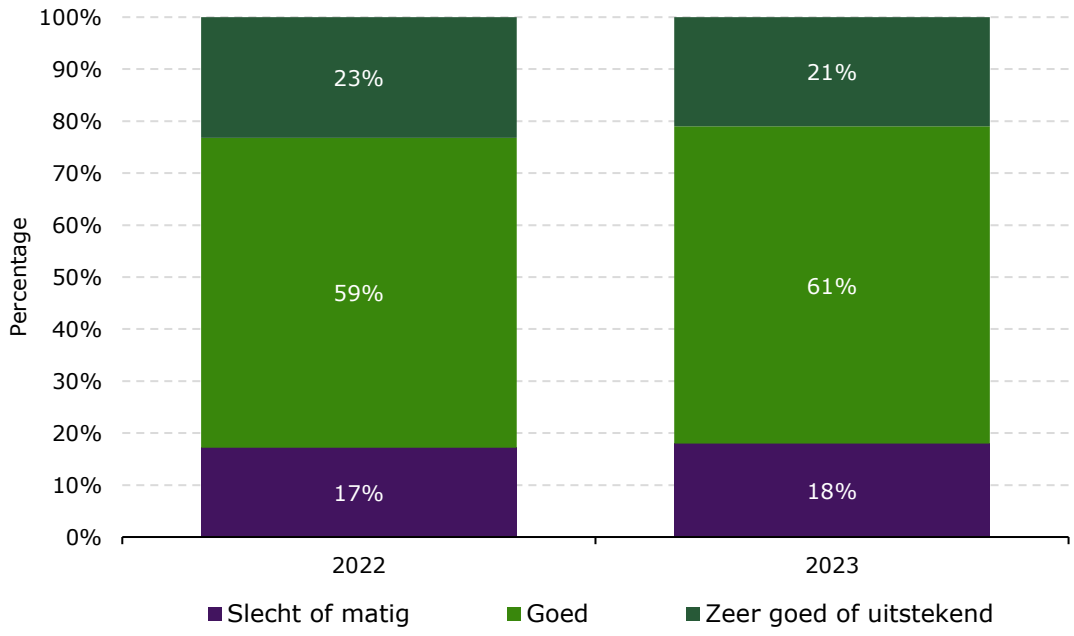
6 Mensen met (risico op) kanker

Het aantal mensen dat de diagnose kanker krijgt, stijgt jaarlijks. In 2019 ging het om ruim 124.000 nieuwe diagnoses en in 2023 om 129.000.[10] Elk jaar zullen deze aantallen naar verwachting toenemen. Dit leidt tot hogere zorgkosten voor mensen met kanker. Door leefstijl aan te passen kunnen bepaalde risicofactoren worden verminderd, wat op lange termijn het aantal patiënten met kanker kan terugdringen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan roken, alcoholconsumptie, overgewicht, te weinig beweging, blootstelling aan Uv-straling en bepaalde voeding. Daarnaast is het belangrijk om de zorg voor mensen met kanker te verbeteren, zodat de ervaren kwaliteit van zorg en kwaliteit van leven van deze patiënten kan toenemen.

In november 2025 zijn er op landelijk niveau afspraken gemaakt in welke ziekenhuizen bepaalde complexe behandelingen voor hoofd-hals kanker, pancreaskanker, longkanker, maagkanker, slokdarmkanker en nierkanker worden geconcentreerd.[11] Vanaf 1 januari 2027 geldt deze nieuwe verdeling van zorg. De afspraken over spreiding volgen later. Later dit jaar komt er op Regiobeeld.nl nieuwe informatie beschikbaar over deze kankersoorten, zoals cijfers over het aantal nieuwe patiënten, totale aantallen patiënten en overleving.

6.1 Lichte daling in ervaren algemene gezondheid

In de cohortstudie LifeLines hebben mensen met kanker of mensen die kanker hebben gehad (zelf-gerapporteerd) antwoord gegeven op de vraag: 'Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?'. De meeste mensen beoordelen hun gezondheid als positief: 82% geeft aan dat deze 'Goed' of 'Zeer goed of uitstekend' is. (Figuur 11). Percentages veranderen heel licht van 2022 naar 2023. Om te kunnen beoordelen of er daadwerkelijk sprake is van een negatieve trend of dat het om stabiele uitkomsten gaat, zijn gegevens over een langere periode nodig.



Figuur 11: Ervaren algemene gezondheid bij mensen die kanker hebben (gehad) vanuit de cohortstudie Lifelines voor de jaren 2022 en 2023.

[10] https://nkr-cijfers.iknl.nl/
[11] https://www.zorginstituutnederland.nl/documenten/2025/11/03/afspraken-concentratie-complexe-chirurgische-zorg-bij-kanker-en-vaatziekten

6.2 Stijging deelname bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Landelijk is een sterke stijging in deelnamepercentage voor baarmoederhalskanker zichtbaar. Deze is toegenomen van 46% in 2022 tot 54% in 2024. De detailinformatie op regioniveau volgt in de zomer op Regiobeeld.nl.

6.3 Daling voor deelname bevolkingsonderzoek borstkanker

Daling landelijke deelnamepercentage aan de bevolkingsonderzoeken is voor borstkanker (72% in 2020-2022 en 65% in 2024). De detailinformatie op regioniveau volgt in de zomer op Regiobeeld.nl.

6.4 Overzicht van alle indicatoren voor deze doelgroep

Indicator	Omschrijving
Omvang doelgroep	Per regio het voorkomen (prevalentie en incidentie) van 11 kankersoorten
Leefstijl: roken, alcohol, gewicht, sport en bewegen	Per gemeente het percentage rokers, verschillende leefstijlindicatoren over alcoholgebruik en lichaamsgewicht, en aandeel mensen dat sport en beweegt volgens de beweegrichtlijn en aandeel dat ten minste één keer per week een sport beoefent
Deelname aan bevolkingsonderzoek	Per regio het percentage van uitgenodigden die deel hebben genomen aan het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, darmkanker of baarmoederhalskanker.
Overleving van patiënten met kanker	Per regio het relatieve 1-jaarsoverlevingspercentage van 11 kankersoorten
Ervaren algemene gezondheid	Ervaren algemene gezondheid van mensen die kanker hebben (gehad) op basis van een cohortstudie

7 Ouderen met een kwetsbare gezondheid

Het aandeel mensen van 65 jaar en ouder zal groeien naar 1 op de 4 in 2040, met vanaf het 75ste levensjaar een sterke stijging in zorgkosten.[12] Dit vergroot de druk op de zorg, zowel voor het personeel als de kosten. Om de zorg toegankelijk en van goede kwaliteit te houden, is een verbetering in de balans tussen zorgvraag en zorgaanbod nodig, vooral voor ouderen met een kwetsbare gezondheid.

Het begrip 'kwetsbare gezondheid' is lastig eenduidig te definiëren, omdat veel verschillende factoren meespelen. Denk aan lichamelijke aandoeningen, functionele beperkingen, cognitieve problemen en sociale omstandigheden zoals eenzaamheid. Er zijn geen landelijke data om de groep ouderen met een kwetsbare gezondheid direct in beeld te brengen.

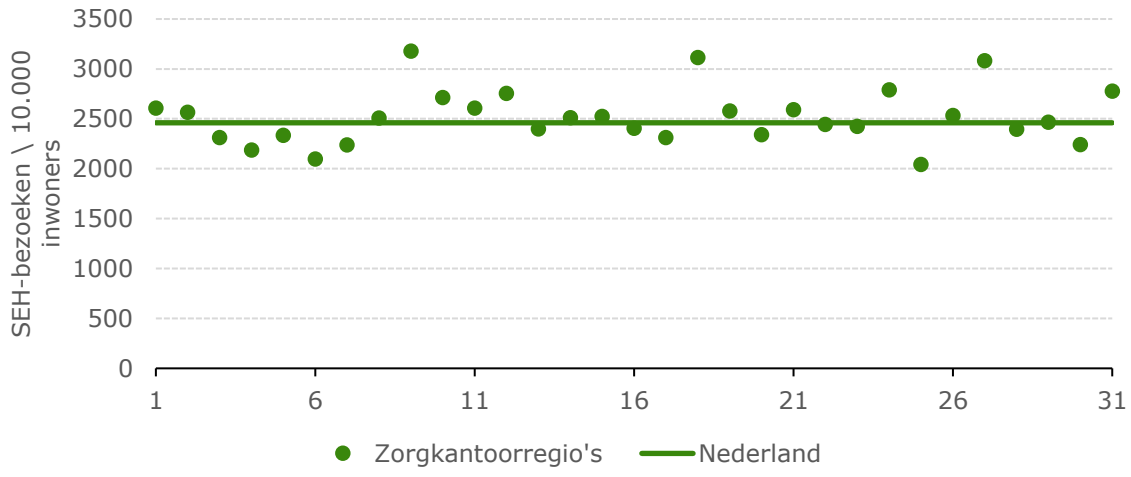
Om toch een landelijke en regionale indruk van deze doelgroep te krijgen, gebruiken we in de monitor een afgeleide van het zorgtredenmodel van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Hiermee delen we ouderen in op basis van zorggebruik, van lichte naar zwaardere zorgtypen. We nemen aan dat een hogere zorgzwaarte samenhangt met meer kwetsbaarheid. Nieuw dit jaar is dat we ook het zorggebruik binnen de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) meenemen. Daardoor ontstaat een beter beeld van zorg buiten de instellingen en van de samenhang met het sociaal domein.

Daarnaast gebruiken we gegevens van twee Nederlandse cohortstudies om meer inzicht te krijgen in daadwerkelijke kwetsbaarheid onder ouderen. In de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) en LifeLines wordt kwetsbaarheid bij ouderen wél direct gemeten. Dat gebeurt met specifieke meetinstrumenten, zoals een kwetsbaarheidsindex- en indicator. Hieruit blijkt dat het aandeel ouderen met een kwetsbare gezondheid in de periode 2021-2025 rond de 25% van de 65-plussers ligt.

7.1 Aantal SEH-bezoeken daalt in veel zorgkantoorregio's

Een van de doelen van het IZA is om het aantal onnodige spoedeisende hulp (SEH) bezoeken onder ouderen met een kwetsbare gezondheid in 2025 met 20% te verminderen. In declaratiedata kunnen we echter geen onderscheid maken tussen nodige of onnodige SEH-bezoeken. Wel is inzichtelijk hoeveel SEH-bezoeken er in totaal zijn onder 65-plussers.

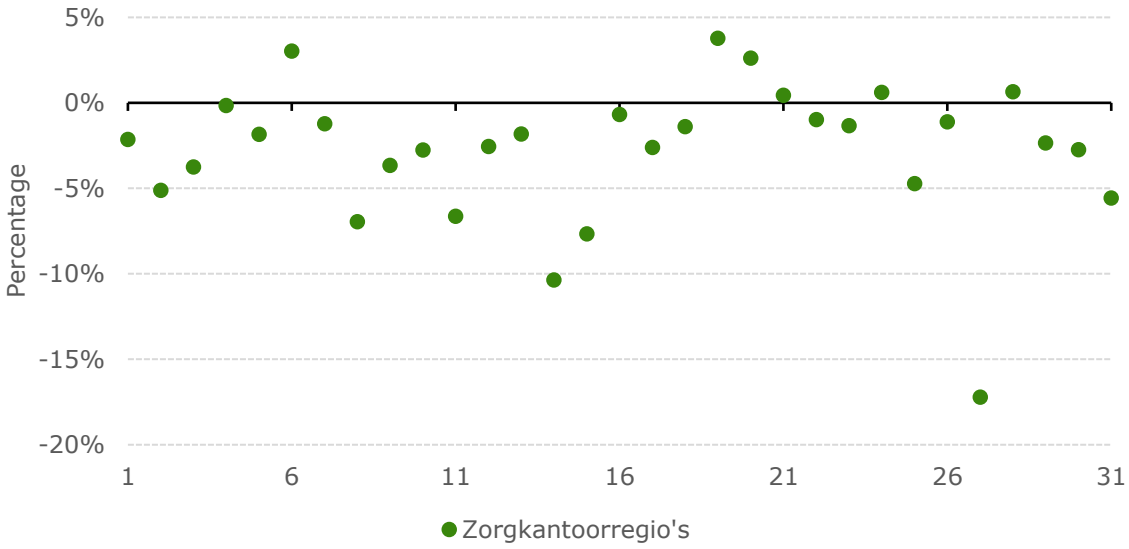
Haaglanden, Rotterdam en Zuid-Hollandse Eilanden zijn de zorgkantoorregio's met het hoogste aantal SEH-bezoeken per 10.000 inwoners in 2024 (Figuur 12). Flevoland en Zeeland hebben het laagste aantal SEH-bezoeken.



Figuur 12: Aantal SEH-bezoeken van ouderen per 10.000 inwoners per zorgkantoorregio in 2024.

[12] WRR-rapport. Kiezen voor Houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak. 2021

Het landelijk aantal SEH-bezoeken per 10.000 inwoners van 65 jaar en ouder tussen 2022 en 2024 daalt: van 2.567,5 SEH-bezoeken per 10.000 inwoners in 2022 naar 2.460,2 in 2024). Dit beeld is ook terug te zien in de zorgkantoorregio's (Figuur 13). In 25 van de 31 zorgkantoorregio's daalt het aantal SEH-bezoeken per 10.000 inwoners, met als uitschieters de regio's Zuid-Hollandse Eilanden (-17,2%) en Nijmegen (-10,4%). De grootste stijging vindt plaats in Flevoland (3,0%) en 't Gooi (3,8%).



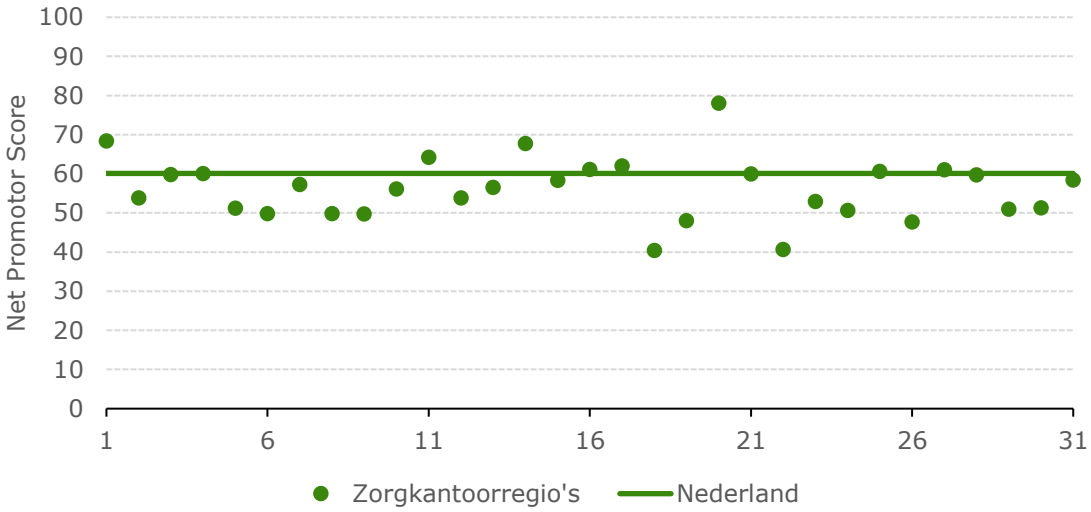
Figuur 13: Procentuele verschil tussen 2022 en 2024 in aantal SEH-bezoeken van ouderen per 10.000 inwoners per zorgkantoorregio.

7.2 Cliëntervaringen met wijkverpleging blijven hoog

Over de periode 2022-2024 blijven de scores op bejegening, deskundigheid en inspraak in de wijkverpleging hoog en stabiel in alle zorgkantoorregio's. In 2024 variëren de scores van 8,2 tot 9,1 op een schaal van 1 tot 10.

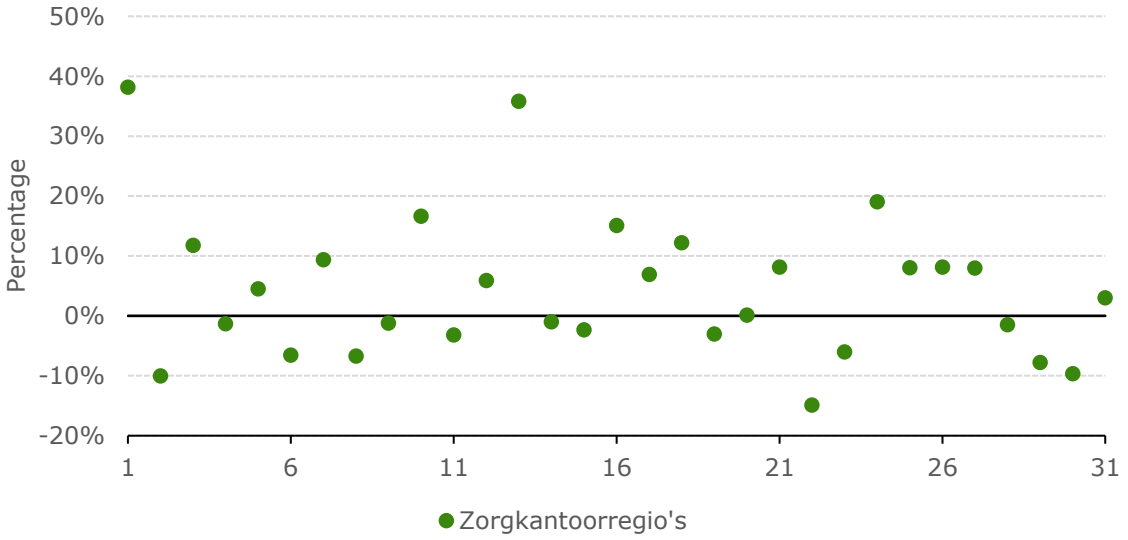
De Net Promotor Score (NPS) laat zien of cliënten hun zorgaanbieder in de wijkverpleging zouden aanbevelen aan anderen. De score kan liggen tussen -100 en 100. Een positieve score betekent dat meer mensen de zorgaanbieder wél aanraden dan niet. Op landelijk niveau is een minimale stijging van de NPS te zien: van 59,2 in 2022 tot 60,1 in 2024. Er zijn geen zorgkantoorregio's met een negatieve score. Wel zijn er grote verschillen tussen de regio's. In de ene regio zijn cliënten positiever dan in de andere (Figuur 14).

Twente heeft in alle jaren de hoogste score. In 2024 is de score daar 78,0. Rotterdam heeft de laagste score. Deze is wel iets gestegen: van 36,0 in 2022 naar 40,4 in 2024 (een stijging van 12,2%).



Figuur 14: Gewogen gemiddelde Net Promotor Score op de vraag 'In welke mate zou u deze zorgaanbieder (in de wijkverpleging) aanbevelen bij andere mensen met dezelfde aandoening of gezondheidsklacht' voor Nederland en per zorgkantoorregio in 2024.

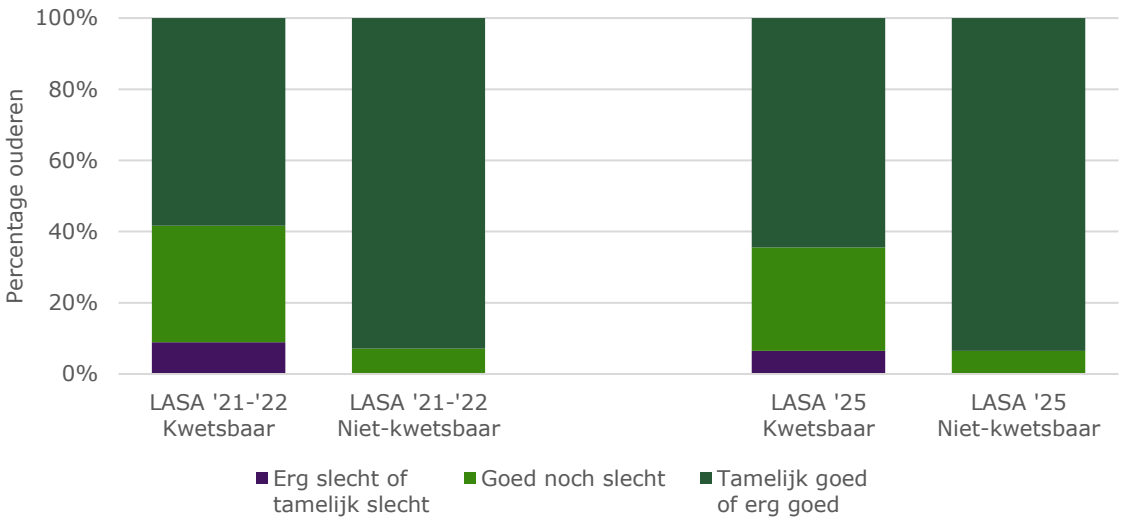
Tussen de zorgkantoorregio's zijn duidelijke verschillen in hoe de scores ontwikkelen. In Amstelland en De Meerlanden is de score relatief het meest gestegen (Figuur 15). Deze gaat van 49,5 in 2022 naar 68,4 in 2024 (een stijging van 38,2%). Ook voor Midden-IJssel zien we een grote stijging (van 41,6 naar 56,5; 35,8%). In Waardenland is de score relatief het meest gedaald: van 47,7 in 2022 naar 40,6 in 2024 (een daling van 14,9%).



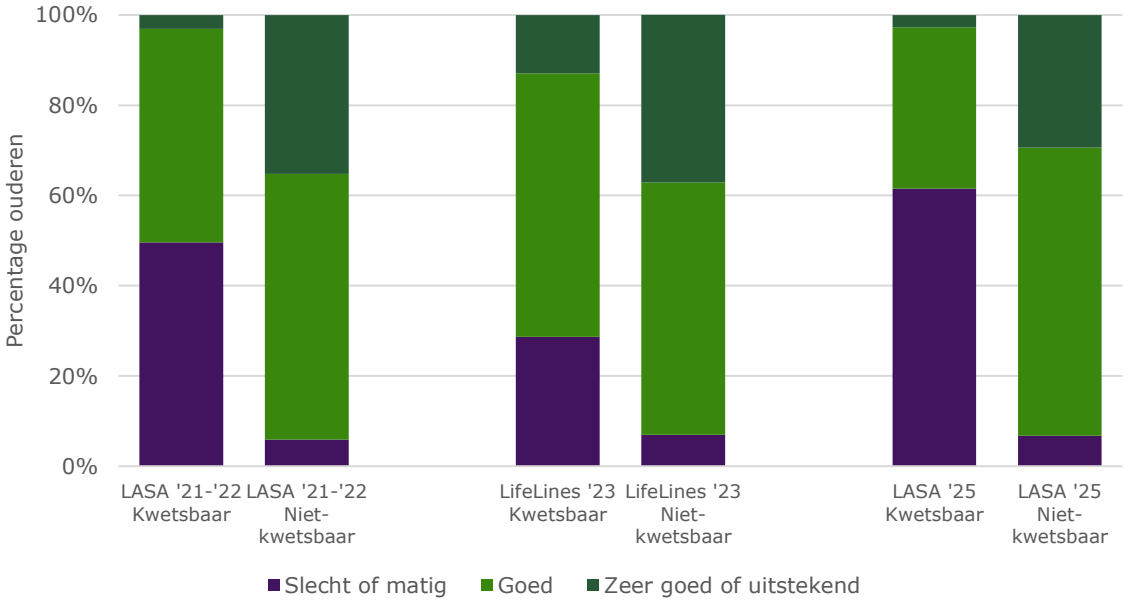
Figuur 15: Procentuele verschil tussen 2022 en 2024 voor de gewogen gemiddelde Net Promotor Score per zorgkantoorregio.

7.3 Kwaliteit van leven en ervaren algemene gezondheid lager bij ouderen met een kwetsbare gezondheid

LASA bevat door ouderen zelf gerapporteerde gegevens over onder meer kwaliteit van leven en ervaren algemene gezondheid. LifeLines bevat deze informatie ook voor ervaren algemene gezondheid. Door verschillen in de manier waarop kwetsbaarheid is gemeten en in de samenstelling van de onderzoeksgroep tussen meetmomenten en studies, is het lastig om betrouwbare uitspraken te doen over de ontwikkeling van deze uitkomsten in de tijd. Tegelijkertijd bieden beide cohortstudies wel een belangrijk inzicht. Namelijk dat ouderen met een kwetsbare gezondheid hun kwaliteit van leven en gezondheid slechter beoordelen dan ouderen zonder kwetsbare gezondheid (Figuur 16 en Figuur 17).



Figuur 16: Kwaliteit van leven ervaren door ouderen met en zonder kwetsbare gezondheid, gemeten in LASA in 2021/2022 en in 2025.



Figuur 17: Algemene gezondheid ervaren door ouderen met en zonder kwetsbare gezondheid, gemeten in LASA in 2021/2022 en in 2025, en in LifeLines in 2023.

Omdat LASA meer relevante informatie bevat, hebben we in een factsheet aanvullende resultaten gepubliceerd over proactieve zorgplanning, hulp thuis en ervaringen met hulp (Bijlage 1). Daarin laten we onder andere zien dat er nog te weinig wordt nagedacht of gesproken over toekomstige zorg en ondersteuning, zowel door ouderen met én zonder kwetsbare gezondheid.

7.4 Overzicht van alle indicatoren voor deze doelgroep

Indicator	Omschrijving
Omvang doelgroep	Per regio het aantal 65-plussers ingedeeld op basis van zorggebruik (zorgtredenmodel) Het voorkomen (prevalentie) van een kwetsbare gezondheid onder ouderen op basis van cohortstudies
Aantal spoedeisende hulp (SEH) bezoeken van ouderen	Landelijk aantal SEH-bezoeken van 65-plussers uitgesplitst naar leeftijdsgroepen, zorgtrede en geslacht Per regio het aantal SEH-bezoeken van 65-plussers uitgesplitst naar zorgtrede en geslacht
Percentage wijkverplegingscliënten dat de SEH heeft bezocht	Per regio het percentage 65-plussers dat minimaal 3 opeenvolgende maanden wijkverpleging heeft ontvangen en de SEH heeft bezocht
Percentage wijkverplegingscliënten dat een ongeplande ziekenhuisopname heeft gehad	Per regio het percentage 65-plussers dat minimaal 3 opeenvolgende maanden wijkverpleging heeft ontvangen en een ongeplande ziekenhuisopname heeft gehad
Cliëntervaringen wijkverpleging	Per regio de ervaringen van cliënten met de wijkverpleging
Mantelzorgpotentieel	Per regio het aantal 50- tot 75-jarigen per (alleenwonende) persoon van 85 jaar of ouder
Welzijn	Kwaliteit van leven, ervaren algemene gezondheid en tevredenheid met het leven van ouderen met en zonder kwetsbare gezondheid op basis van cohortstudies

8 Conclusies en aanbevelingen

Dit hoofdstuk bevat onze beknopte conclusies en aanbevelingen, op basis van de bovenstaande beschreven bevindingen.

8.1 Beknopte conclusies

- Voor de meeste indicatoren zien we in de afgelopen drie jaar stabiele trends in het landelijke gemiddelde, zonder grote verschuivingen. Dit is ook te verwachten, omdat de gekozen indicatoren vaak niet gevoelig zijn voor snelle veranderingen op landelijk niveau. Op zorgkantoorniveau zijn echter wel duidelijke verschillen zichtbaar. Dit is een bevestiging dat we een zorgtransitie zoals het IZA op regionaal niveau moeten benaderen. En ook de uitkomsten op regionaal niveau moeten analyseren.

8.2 Aanbevelingen

- We raden aan om conclusies niet uitsluitend te baseren op landelijke gemiddelden, maar nadrukkelijk te kijken naar de ontwikkelingen in en tussen de zorgkantoorregio's. Dit kan afwijken van het landelijke beeld. Deze samenvatting biedt vooral een overzicht van de indicatoren. Voor een verdiepend inzicht in regionale verschillen adviseren wij om de regionale cijfers op Regiobeeld.nl te raadplegen.
- We raden aan extra aandacht te besteden aan het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen én het inzichtelijk maken hiervan. De doelgroep beperkte gezondheidsvaardigheden is op dit moment niet goed inzichtelijk te krijgen met structurele, landelijke datasets zoals in deze monitor gebruikt worden. Het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is wel een belangrijk doel. Dit gaat verder dan alleen de indicatoren onder de doelgroep beperkte gezondheidsvaardigheden. Daarom kiezen we voor huishoudinkomen als extra stratificatie en laten we dit terugkomen bij alle doelgroepen, maar zowel de aandacht voor deze verschillen als de beschikbaarheid van goede gegevens blijft een aandachtspunt.

9 Bijlage 1: Proactieve zorgplanning

Zorginstituut Nederland

Ouderen met een kwetsbare gezondheid: IZA-doelgroep in beeld

Inzichten uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA)

Kwart van de thuiswonende ouderen heeft een kwetsbare gezondheid

De Nederlandse samenleving vergrijst en het aantal ouderen met een of meerdere langdurige aandoeningen neemt toe.[1] De toenemende zorgvraag leidt tot grote druk op de zorg. In deze factsheet presenteren we resultaten van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) over proactieve zorgplanning, hulp thuis en ervaringen met hulp in de ouderenzorg. De factsheet kan daarmee dienen als aanzet voor de verdere ontwikkeling van indicatoren voor de Monitor doelgroepen Integraal Zorgakkoord (IZA) én de monitoring van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) en Hoofdlijnenakkoord Ouderen (HLO).[2,3]

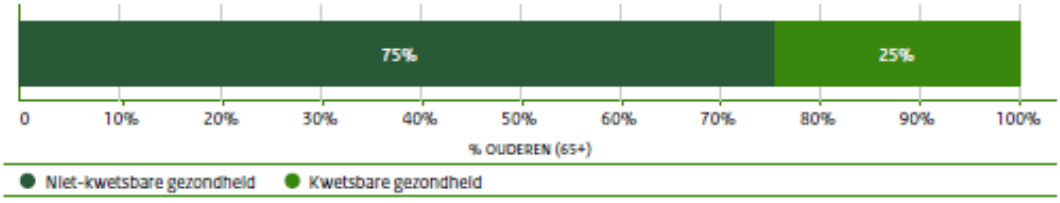
Monitor doelgroepen IZA en LASA-studie

Om de ouderenzorg in Nederland toekomstbestendig te maken, zijn in 2022 in het IZA afspraken gemaakt.[4] De Monitor doelgroepen IZA volgt de uitkomsten van dit akkoord. Op de website van Regiobeeld is de complete monitor te vinden.[5] Omdat landelijke gegevens over de kwetsbare gezondheid en het welzijn van ouderen niet beschikbaar zijn, hebben we voor de monitor gebruikgemaakt van data uit de LASA-studie.[6] Dit is een belangrijke en waardevolle aanvullende bron van informatie, omdat het aansluit op de IZA-doelen over het verbeteren van kwaliteit van leven.

Percentage ouderen met kwetsbare gezondheid

Om aan te sluiten bij de focus van het IZA, hebben we gegevens geanalyseerd over 1.074 thuiswonende LASA-deelnemers van 65 jaar en ouder. Een kwart van hen heeft een kwetsbare gezondheid, zie Figuur 1. Dit percentage is gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Een kwetsbare gezondheid wordt in LASA gemeten met een kwetsbaarheidsindex.[7]

Figuur 1. Percentage thuiswonende ouderen met een kwetsbare gezondheid



Verschillen in demografische kenmerken

Demografische kenmerken van de groep ouderen met een kwetsbare gezondheid zijn:

- een hogere gemiddelde leeftijd
- een lager opleidingsniveau en inkomen
- vaker alleenstaand.

Er zijn meer vrouwen met een kwetsbare gezondheid dan mannen, zie Tabel 1. Dat komt onder andere doordat vrouwen gemiddeld ouder worden.

De patiëntgerapporteerde uitkomsten op pagina's 4-8 hebben we gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Tabel 1. Demografische kenmerken van groepen ouderen

	Ouderen met een kwetsbare gezondheid (n = 266)	Ouderen zonder een kwetsbare gezondheid (n = 808)
Gemiddelde leeftijd	79 jaar	74 jaar
Leeftijd		
65-75 jaar	31%	61%
75-85 jaar	44%	34%
≥ 85 jaar	24%	6%
Geslacht		
Man	39%	51%
Vrouw	61%	49%
Opleidingsniveau		
Laag	42%	25%
Gemiddeld	39%	40%
Hoog	19%	35%
Netto maandinkomen		
Onbekend	15%	6%
Tot € 2.000	39%	19%
€ 2.000 - € 4.000	40%	58%
≥ € 4.000	6%	17%
Partner status		
Geen partner	47%	25%
Partner	53%	74%

Door afronding tellen de percentages per kenmerk mogelijk niet op tot 100%

Ouderen bespreken wensen over het levenseinde nog te weinig

Eén van de doelen uit het IZA is dat 75-plussers zich bewust zijn van hun wensen en ideeën over de kwaliteit van leven en toekomstige zorg. En in het AZWA staat dat tijdige gesprekken over de laatste levensfase een vast onderdeel van het zorgproces moeten zijn. Daarbij zijn ook gesprekken met familie en naasten erg belangrijk. Om deze doelen te realiseren, is proactieve zorgplanning essentieel. Bij proactieve zorgplanning bespreken patiënten en cliënten samen met zorgverleners en naasten hun wensen voor toekomstige zorg, met name rond het levenseinde. Door op tijd het gesprek te voeren, kunnen onnodige of ongewenste behandelingen voorkomen worden. En sluit de zorg beter aan bij persoonlijke voorkeuren.[8,9]

Proactieve zorgplanning nog te weinig in de praktijk

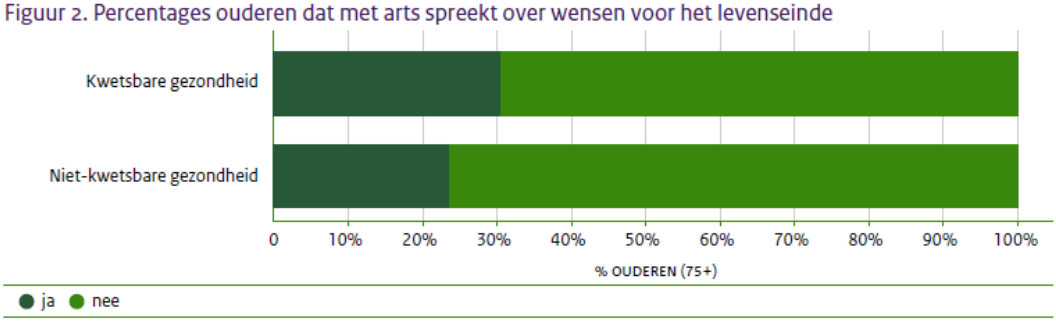
Uit de LASA-studie blijkt dat nog te weinig wordt nagedacht of gesproken over toekomstige zorg en ondersteuning, door ouderen met én zonder kwetsbare gezondheid. De verschillen tussen de groepen zijn beperkt, terwijl juist bij ouderen met een kwetsbare gezondheid deze gesprekken vaker gevoerd zouden moeten worden. Dit laat zien dat proactieve zorgplanning nog onvoldoende gebeurt in de praktijk. En dat zorgverleners een kwetsbare gezondheid moeten gaan zien als aanknopingspunt om deze gesprekken op tijd te starten.

De resultaten onderbouwen waarom over proactieve zorgplanning afspraken zijn opgenomen in het AZWA. En waarom dit thema een plek heeft gekregen op de Pakketagenda Passende Zorg van Zorginstituut Nederland.[10] Als de maatregelen voor proactieve zorgplanning goed in de praktijk zijn gebracht, verwachten we dat in vervolgmetingen van LASA steeds meer ouderen aangeven dat zij over deze onderwerpen nadenken of spreken.

Vertrouwen in zorg, maar weinig gesprekken met artsen

501 LASA-deelnemers zijn thuiswonende 75-plussers. De meeste van hen vertrouwen erop dat artsen goede zorg zullen geven in de laatste levensfase (90%). En dat artsen hun wensen over medische beslissingen zullen volgen (88%). Toch heeft een groot deel van de deelnemers nog niet met een arts gesproken over hun wensen voor het levenseinde. 69% van de ouderen met een kwetsbare gezondheid heeft hier nog nooit met een arts over gesproken, tegenover 76% van de ouderen zonder kwetsbare gezondheid. Zie Figuur 2.

Figuur 2. Percentages ouderen dat met arts spreekt over wensen voor het levenseinde



Wensen voor toekomstige zorg: nog vaak onbesproken

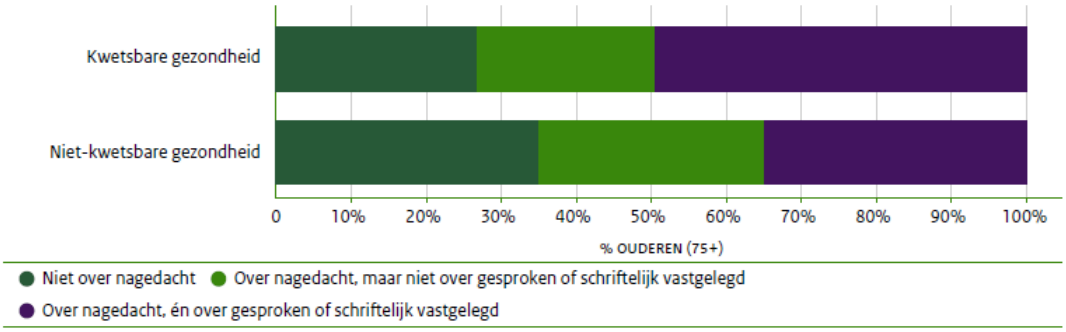
Ongeveer 30-45% van de 75-plussers geeft aan de afgelopen maanden niet te hebben nagedacht over de volgende onderwerpen:

- thuis willen of kunnen blijven wonen
- ziekenhuisopname, behandelingen en euthanasie in bepaalde omstandigheden
- wel of niet reanimeren
- wie medische beslissingen mag nemen als de oudere dat zelf niet meer kan.

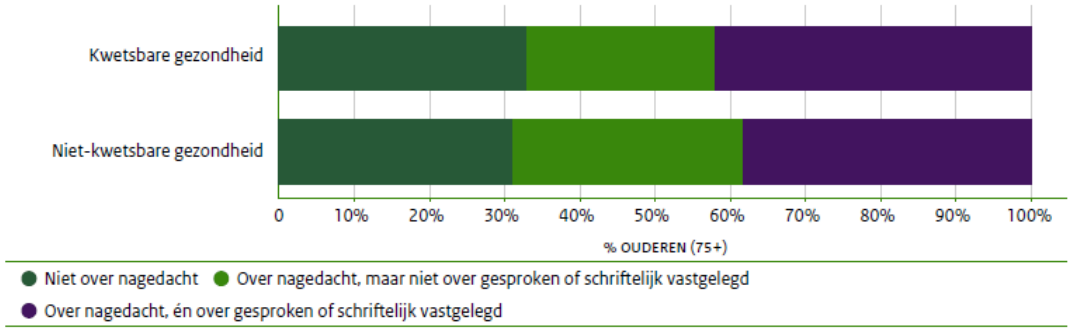
Zie Figuren 3-8.

Ouderen met een kwetsbare gezondheid geven iets vaker aan hierover nagedacht, gesproken (met zorg-verlener of naaste) of dit schriftelijk vastgelegd te hebben dan ouderen zonder kwetsbare gezondheid.

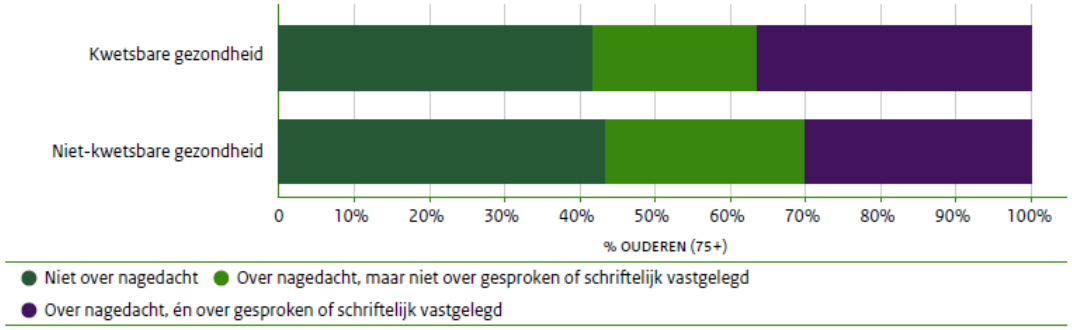
Figuur 3. Thuis willen of kunnen blijven wonen



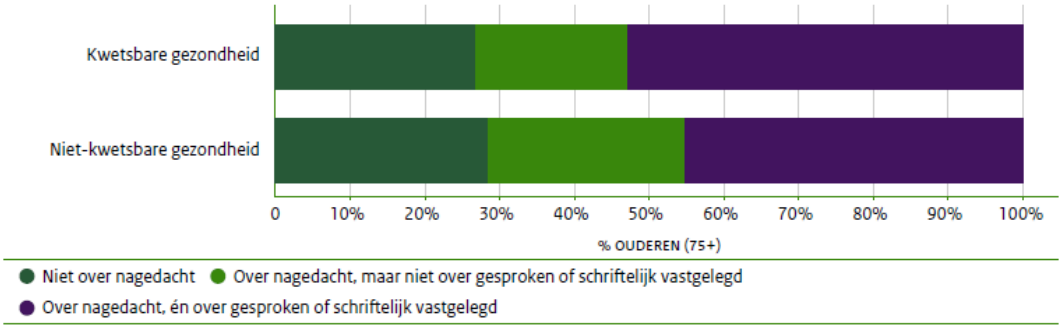
Figuur 4. Euthanasie in bepaalde omstandigheden



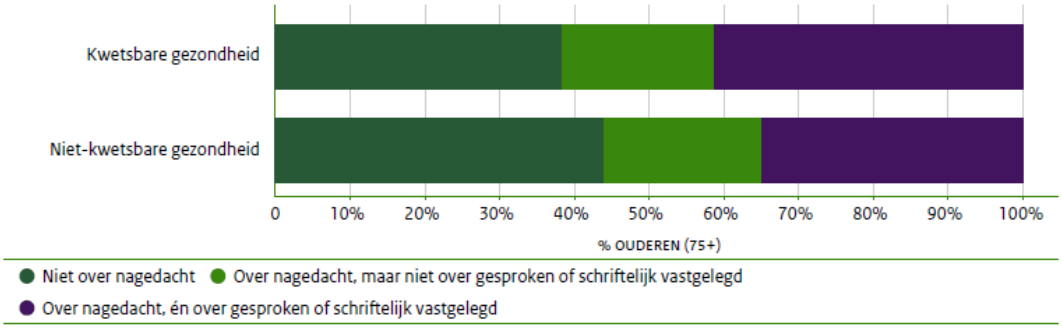
Figuur 5. Naar ziekenhuis in bepaalde omstandigheden



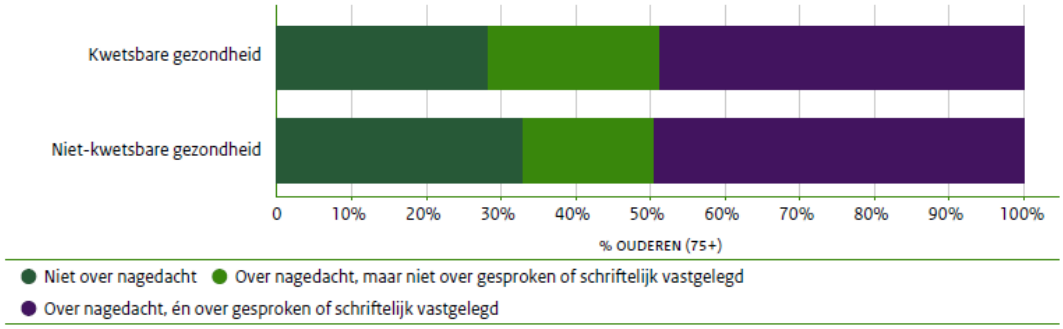
Figuur 6. Wel of niet reanimeren



Figuur 7. Behandelingen in bepaalde omstandigheden



Figuur 8. Wie medische beslissingen mag nemen



1 op de 5 ouderen met kwetsbare gezondheid geeft aan: meer hulp is welkom

Steeds meer ouderen wensen zelf om thuis te blijven wonen. Ook overheidsbeleid zet in op langer zelfstandig thuiswonen.[11] Voor het welzijn en de zelfstandigheid van ouderen is goede hulp en ondersteuning daarbij essentieel.[12,13]

Informele zorg is onmisbaar

In de zorgakkoorden staat dat ouderen zorg en ondersteuning moeten krijgen die aansluit bij hun behoeften. En dat die goed op elkaar is afgestemd, zodat zij langer comfortabel thuis kunnen blijven wonen. Daarbij staan kwaliteit van leven en eigen regie centraal. Het HLO ziet informele zorg als onmisbaar en wil mantelzorgers beter ondersteunen en integreren in het bredere zorgaanbod.

Inzicht in het totale gebruik van hulp thuis

De resultaten van de LASA-studie laten zien wat het totale gebruik is van hulp thuis. Hierbij zijn verschillende vormen van hulp samengenomen. Deze hulpvormen verschillen sterk, waardoor we geen eenduidige conclusies kunnen trekken over typen hulp of onderliggende zorgbehoeften. Het is belangrijk om het gebruik en de ervaren hulp is te blijven monitoren. Zo kunnen we in de toekomst gerichter duiden waar behoeften veranderen en in hoeverre de geboden hulp aansluit bij wat ouderen nodig hebben.

Duidelijk verschil in ouderen dat hulp krijgt

Thuiswonende ouderen met een kwetsbare gezondheid ontvangen aanzienlijk vaker informele én formele hulp*, vergeleken met ouderen zonder een kwetsbare gezondheid. Zie Tabel 2. Bijvoorbeeld bij persoonlijke verzorging, huishoudelijke, verpleegkundige of administratieve taken, of bij begeleiding buitenshuis. De percentages voor informele en formele hulp overlappen elkaar voor een deel, omdat sommige ouderen beide vormen ontvangen.

Tabel 2. Percentages over ontvangen informele en formele hulp

	Ouderen met een kwetsbare gezondheid (n = 266)	Ouderen zonder een kwetsbare gezondheid (n = 808)
Informele hulp	55%	20%
Formele hulp	49%	26%

Niet alle ouderen met een kwetsbare gezondheid ontvangen hulp

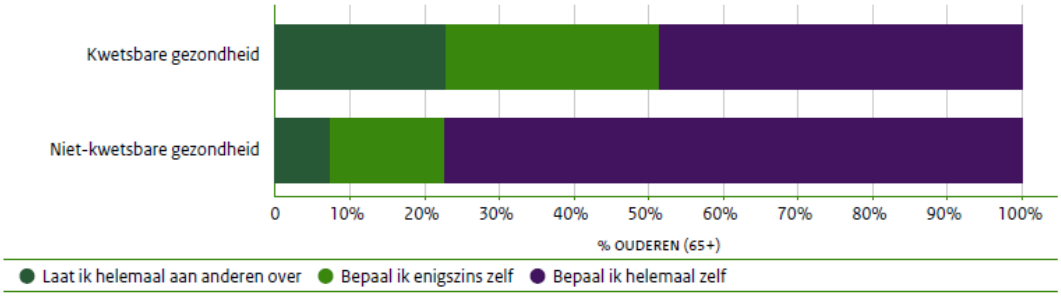
28% van de ouderen met een kwetsbare gezondheid ontvangt geen informele of formele hulp. Hoewel de meeste ouderen de hoeveelheid hulp als voldoende ervaren, beoordeelt bijna 1 op de 5 ouderen met een kwetsbare gezondheid hun ondersteuning met: 'gaat wel' of 'onvoldoende'. Hetzelfde geldt voor slechts 5% van de ouderen zonder kwetsbare gezondheid.

Minder eigen regie in hulpverlening bij kwetsbare gezondheid

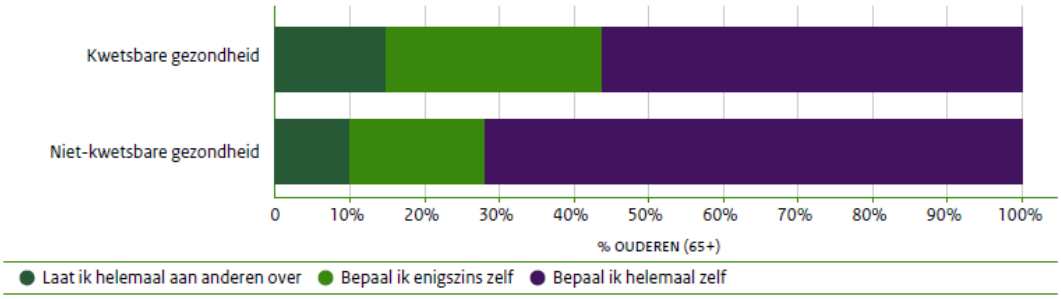
Ouderen met een kwetsbare gezondheid die hulp ontvangen ervaren minder eigen regie in de hulpverlening dan ouderen zonder kwetsbare gezondheid. Zie Figuren 9-11. Op de vraag 'In hoeverre vindt u het belangrijk om de zorgverlening zelf te bepalen?' geven 75% en 88% van deze groepen aan dit 'belangrijk' of 'heel belangrijk' te vinden.

**Informele hulp omvat ondersteuning door partner, (schoon)kinderen, andere familieleden, buren, vrienden of vrijwilligers. Er wordt geen onderscheid gemaakt in betaalde of onbetaalde informele hulp. Formele hulp is zorg door de wijkverpleegkundige, thuiszorgteams, particuliere thuiszorg of personeel van een verzorgingstehuis of ziekenhuis.*

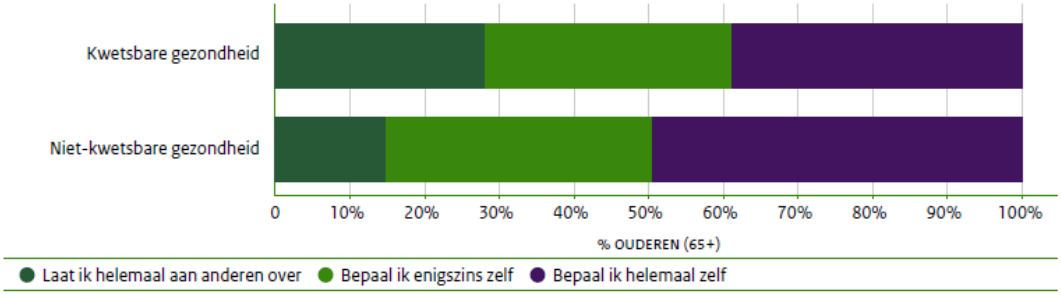
Figuur 9. Zelf bepalen wie hulp verleent



Figuur 10. Zelf bepalen welke hulp wordt verleend



Figuur 11. Zelf bepalen wanneer hulp wordt verleend



Conclusie: waardevolle inzichten over proactieve zorgplanning, hulp thuis en ervaringen met hulp

De LASA-studie biedt waardevolle inzichten over proactieve zorgplanning, hulp thuis en ervaringen met hulp voor de IZA-doelgroep Ouderen met een kwetsbare gezondheid. Hun ervaringen met hulp thuis verschillen duidelijk met de ouderen zonder kwetsbare gezondheid. Voor proactieve zorgplanning zijn de verschillen kleiner, maar zien we dat er nog te weinig over toekomstige zorg en ondersteuning wordt nagedacht onder ouderen.

LASA-studie als nulmeting

We beschouwen de resultaten als een nulmeting, aangezien ze gebaseerd zijn op LASA-data uit 2021-2022. Dat was nog vóór de start van het IZA en het Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO).[11] Als gegevens uit volgende LASA-metingen beschikbaar komen, gaat ons dit meer inzicht geven in eventuele veranderingen over de jaren sinds de eerste meting. De LASA-data kunnen de ontwikkeling van nieuwe indicatoren ondersteunen. En daarmee bijdragen aan het monitoren van de inspanningen van de verschillende zorgakkoorden op het welzijn van ouderen met een kwetsbare gezondheid.

Vervolg: tussentijdse meting in 2025

We gebruiken de LASA-data om trends in welzijn van ouderen te volgen in de Monitor doelgroepen IZA. Hierbij is een selectie gemaakt van een beperkt aantal indicatoren: kwaliteit van leven, ervaren algemene gezondheid en tevredenheid met het leven. Maar omdat LASA meer relevante informatie bevat, hebben we voor deze factsheet aanvullende analyses uitgevoerd. Ook de resultaten over proactieve zorgplanning, hulp thuis en ervaringen met hulp blijven we in de tijd volgen. Omdat de periode tussen de reguliere LASA-metingen te lang is voor actuele monitoring, voeren we tussentijdse metingen uit onder de LASA-deelnemers. De eerste tussentijdse meting is uitgevoerd in 2025 en we verwachten de resultaten te publiceren in Q2-Q3 van 2026.

Vervolg: gebruik van cohortstudies voor monitoring

Uit onze ervaring blijkt dat cohortstudies een waardevolle aanvullende gegevensbron kunnen zijn voor monitoring. Naast de landelijke (declaratie)data. Cohortstudies bieden vooral extra mogelijkheden en inzichten vanuit de perspectieven van cliënten, patiënten en burgers. Bijvoorbeeld als het gaat over kwaliteit van leven. Het is daarom voor monitoring nuttig om te onderzoeken of er geschikte cohortstudies beschikbaar zijn. En hoe ze elkaar kunnen aanvullen, en of ze regionale verschillen kunnen laten zien.

Methodiek

LASA is een Nederlandse multidisciplinaire cohortstudie uit 1992, gericht op mensen die ouder worden. Deelnemers uit de regio's Zwolle, Oss en Amsterdam vormen een representatieve groep ouderen. Elke drie jaar vindt er een meting plaats, die bestaat uit vragenlijsten, interviews en klinische metingen.[6]

Kwetsbare gezondheid is gemeten met een kwetsbaarheidsindex. Dit heet ook wel de frailty index. Deze is gebaseerd op het idee dat kwetsbaarheid toeneemt als iemand meer gezondheidsproblemen of beperkingen heeft.[7] De index bevat 32 onderdelen over verschillende domeinen van gezondheid en functioneren. We definiëren een kwetsbare gezondheid als een score van 0,25 of hoger.

We hebben thuiswonende LASA-deelnemers van 65 jaar en ouder geselecteerd voor de analyse. Deelnemers waarbij de kwetsbaarheidsindex onbekend is, hebben we uitgesloten. Dat ging om 225 deelnemers in totaal (17%).

Bronnen

1. Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak | WRR
2. Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord | Rijksoverheid.nl
3. Hoofdlijnenakkoord Ouderenzorg | Rijksoverheid.nl
4. Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rijksoverheid.nl
5. Monitor doelgroepen IZA | Regiobeeld.nl
6. Hoogendijk et al. | The Longitudinal Aging Study Amsterdam: cohort update 2016 and major findings | PubMed
7. Hoogendijk et al. Development and validation of a frailty index in the Longitudinal Aging Study Amsterdam | PubMed
8. Proactieve zorgplanning | Verenso
9. Handreiking Proactieve zorgplanning | Stichting Kwaliteitsimpuls Langdurige Zorg
10. Pakketagenda passende zorg 2026-2028 | Zorginstituut Nederland
11. Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen | Rijksoverheid.nl
12. Handreiking Kwetsbare ouderen thuis
13. Visie eerstelijnszorg 2030 | Rijksoverheid.nl

Dankwoord

We bedanken de onderzoekers van LASA voor het beschikbaar stellen van de data en voor de constructieve samenwerking.

Colofon

Projectnaam	IZA Monitor Doelgroepen
Volgnummer	2026011406
Opdrachtgever	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Opdrachtnemer	Zorginstituut Nederland
Locatie	Diemen
Contactpersoon	Zorginstituut Nederland +31207978555
Afdeling	Fondsen & Informatiemanagement
Team	Fondsbeheer & Analyse Zorgkostenontwikkeling
Uitgebracht aan	Bestuurlijk Overleg IZA