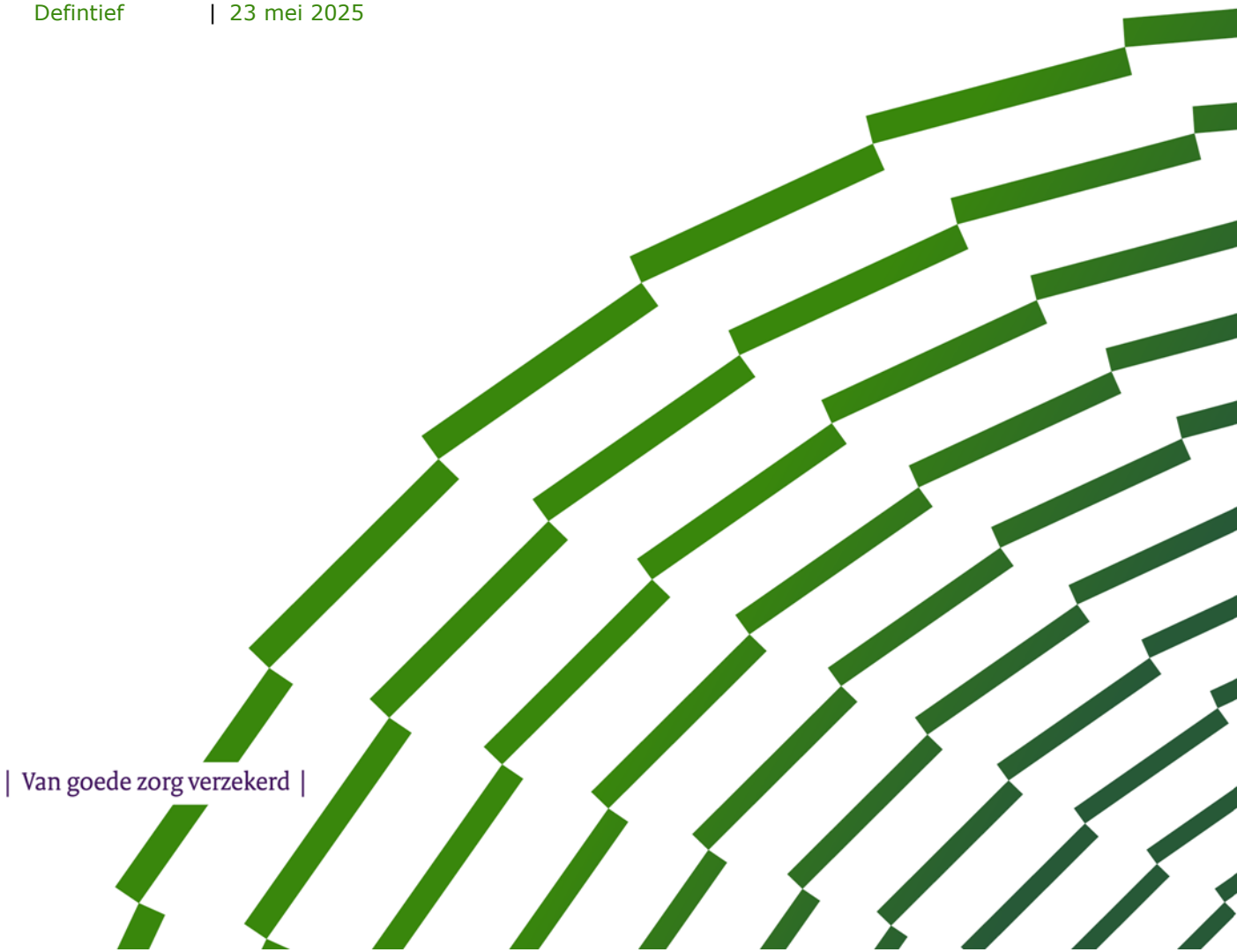
Zorginstituut Nederland

IZA Monitor Doelgroepen

Resultaten 2022-2023

Defintief | 23 mei 2025



| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

	Samenvatting	**4**
	Inleiding	**5**
1.1	Monitoring van de uitkomsten van het IZA	5
1.2	Inhoud huidige 1-meting	5
1.3	Leeswijzer	5
1.4	Dankwoord	5
2	**Doel en methodiek**	**6**
2.1	Doel	6
2.2	Randvoorwaarden en afbakening	6
2.3	Methodiek	6
3	**Resultaten**	**8**
3.1	Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden	8
3.1.1	Belangrijkste bevindingen	8
3.1.2	Indicatoren	8
3.1.3	Verwachte indicatoren	8
3.2	Mensen met een psychische aandoening	9
3.2.1	Belangrijkste bevindingen	9
3.2.2	Indicatoren	9
3.2.3	Verwachte indicatoren	10
3.3	Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten	11
3.3.1	Belangrijkste bevindingen	11
3.3.2	Indicatoren	12
3.3.3	Verwachte indicatoren	13
3.4	Mensen met (risico op) kanker	14
3.4.1	Belangrijkste bevindingen	14
3.4.2	Indicatoren	15
3.4.3	Verwachte indicatoren	15
3.5	Ouderen met een kwetsbare gezondheid	16
3.5.1	Belangrijkste bevindingen	16
3.5.2	Indicatoren	17
3.5.3	Verwachte indicatoren	18
4	**Conclusies en aanbevelingen**	**19**
4.1	Beknopte conclusies	19
4.2	Aanbevelingen	19
	Colofon	**20**

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 geeft een samenvatting van de monitoring op het perspectief van 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 1-meting kijken we naar de data over 2022 en 2023 en staan we stil bij de ontwikkeling van de monitor over het afgelopen jaar en richting de toekomst.

Beknopte conclusies

- Er zijn geen grote verschuivingen waargenomen, noch negatief dan wel positief. Dit komt overeen met de verwachting dat kwaliteitsindicatoren op korte termijn weinig grote verschillen zullen laten zien.
- Binnen alle doelgroepen zijn weliswaar enkele kleine verschillen in indicatoren zichtbaar, maar op basis van twee jaren aan data is het nog niet mogelijk om te bepalen of dit een stijgende of dalende trend betreft of om een uitzondering gaat.

Aanbevelingen

- Om de toegevoegde waarde van deze monitor in de toekomst te verhogen, vragen we IZA-partijen om mee te denken over aanvullende databronnen, om nieuwe indicatoren te bepalen en waar mogelijk (andere) partijen aan te sporen om (kwaliteits)data beschikbaar te maken.
- Vanuit Zorginstituut Nederland hebben wij, op basis van de bevindingen beschreven in dit rapport, geen verdere aanbevelingen met betrekking tot beleid ofwel de praktijk.

Inleiding

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 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 het kader van de mid-term review van het IZA[2] zijn in juni 2024 nulmetingen gepubliceerd van zowel de vijf bewegingsmonitors alsmede van de monitor doelgroepen om de voortgang van het IZA te monitoren[3]. Waar mogelijk wordt aansluiting gezocht tussen de monitoren van de beweging en de uitkomsten op doelgroepniveau. Elke deelmonitor voor de beweging staat stil bij de indicatoren die een (te verwachten) relatie hebben met indicatoren in deze monitor doelgroepen (ook wel outcome monitor). Andersom verwijst deze samenvatting terug naar de deelmonitors.

1.2 Inhoud huidige 1-meting

De gehele monitor is terug te vinden op Regiobeeld.nl en wordt regelmatig bijgewerkt. 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 (mei 2025). Op de website kan op regionaal niveau indicatoren over de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg kan 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 1-meting kijken we naar de data over 2022 en 2023 en staan we stil bij de ontwikkeling van de monitor over het afgelopen jaar en richting de toekomst.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 lichten we het doel en de methodiek van de monitor toe. Hoofdstuk 3 bevat de indicatoren en de belangrijkste bevindingen per doelgroep, evenals de plannen voor nieuwe indicatoren. Hoofdstuk 4 geeft een beschouwing 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 twee 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 meelezen en 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.

[1] Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl
[2] Mid-term review IZA
[3] Monitor doelgroepen IZA | Regiobeeld

2 Doel en methodiek

2.1 Doel

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 wel veel indicatoren die een afgeleide zijn van kwaliteit, vaak gebaseerd op geleverde zorg, waar indirect potentiële stuurinformatie uitgehaald 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 Randvoorwaarden en afbakening

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 (bijv. aantal ziekenhuisopnames). We maken gebruik van proxy's omdat sommige data over uitkomsten niet bestaan (met name ervaren kwaliteit van zorg wordt niet structureel gemeten) of niet openbaar is (denk aan uitkomsten in ziekenhuizen die maar gedeeltelijk openbaar zijn).

2.3 Methodiek

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 en Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). Indicatoren worden, waar mogelijk, gestratificeerd naar zorgkantoorregio en weergegeven als uitkomsten per 10.000 inwoners. In deze samenvatting vergelijken we waar mogelijk 2022 en 2023. 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 deze 1-meting. 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.[4]

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

3 Resultaten

3.1 Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden

Bijna 1 op de 3 volwassen Nederlanders (circa 35%) heeft onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden.[5] 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 de doelgroep en de impact op kwaliteit en toegankelijkheid kijken we in deze monitor naar de stratificatie van indicatoren naar huishoudinkomen als proxy voor beperkte gezondheidsvaardigheden. Dit doen we zowel voor deze doelgroep apart als bij de andere doelgroepen.

3.1.1 Belangrijkste bevindingen

Het blijft lastig deze doelgroep goed te vangen, dat terwijl we weten dat er grote uitdagingen zijn rondom sociaaleconomische gezondheidsverschillen. We zien dat dit nog niet altijd landt bij de thematafels als apart aandachtspunt.

Qua monitoring proberen we hierop in te spelen door zoveel mogelijk indicatoren naar huishoudinkomen te stratificeren. Vooralsnog geeft dit vooral inzicht in hoe vaak bepaald zorggebruik voorkomt, bijvoorbeeld dat pijnmedicatie vaker wordt voorgeschreven bij mensen met een lager huishoudinkomen. Dit kan meerdere oorzaken hebben. Het is daarom belangrijk dat regio's die hier afwijken van het gemiddelde in negatieve zin verder onderzoek doen naar de oorzaken binnen hun populatie, samen met zorgverleners en sociaal domein. Als het gaat om de inzet van Meer tijd voor patiënt (MTVP), zien we dat vooral de praktijken met veel verzekerden in opslagwijken achterblijven bij de inzet van MTVP en dat vooral de praktijken met weinig verzekerden in opslagwijken al verder zijn in de implementatie hiervan.

3.1.2 Indicatoren

Indicator	Bron
Prevalentie beperkte gezondheidsvaardigheden	RIVM via CBS
Pijnmedicatie en sedativa gebruik	Zorginstituut Nederland op basis van GIP en de Belastingdienst
Meer tijd voor de patiënt	Zorginstituut Nederland op basis van zorgverzekeraars via Vektis
Totale en gezonde levensverwachting naar opleidingsniveau	CBS

3.1.3 Verwachte indicatoren

Geen.

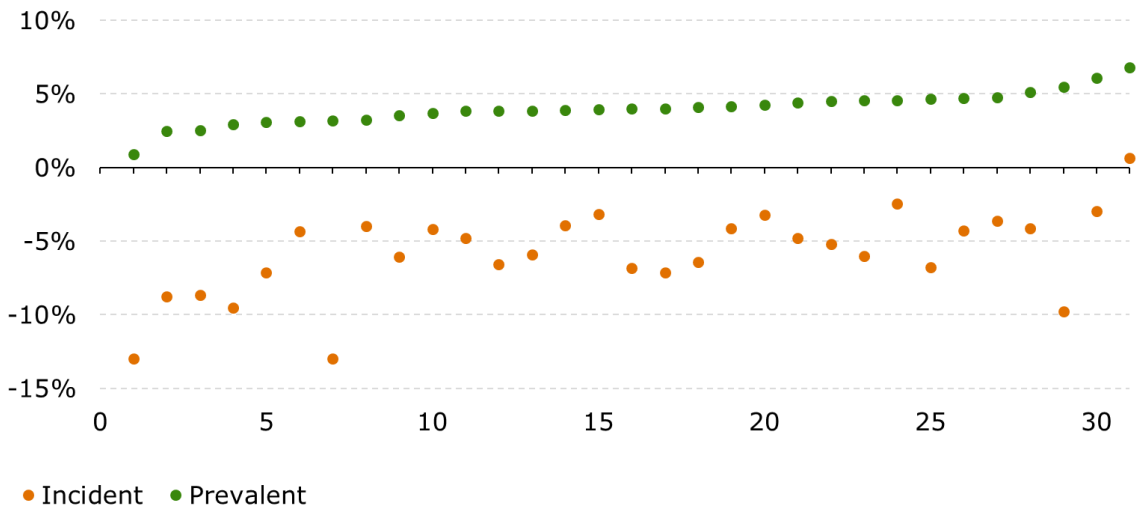
[5] https://www.nivel.nl/nl/nieuws/2023-heeft-een-op-de-drie-nederlanders-onvoldoende-beperkte-gezondheidsvaardigheden

3.2 Mensen met een psychische aandoening

Nederland heeft een grote groep mensen met psychische klachten: circa 1 op de 12 mensen hebben in 2019 zorg ontvangen voor een psychische stoornis. Recente cijfers uit 2022 uit 1de NEMESIS-3 studie laten zelfs zien dat bijna 1 op de 4 volwassenen (3,3 miljoen) een psychische aandoening hebben gerapporteerd in de 12 maanden voor de meting.[6]

3.2.1 Belangrijkste bevindingen

Het aantal wachtplekken in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) nemen toe, hoewel deze data beperkt is in zeggingskracht is dit wel een belangrijk signaal. Ook het aantal mensen in de ggz zijn niet optimaal te meten. Veel mensen op een wachtplek lopen langer dan gewenst bij de POH-GGZ[7], waardoor lang niet iedereen die ggz nodig heeft terug te vinden is in de declaratiedata die wij gebruiken om aantallen gebruikers te meten. Van 2022 naar 2023 is een toename van mensen die ggz zorg ontvangen (prevalent) te zien, maar er zijn minder nieuwe mensen bijgekomen in 2023 vergeleken met 2022 (incident) (Figuur 1).



Figuur 1. Het verschil (in percentage uitgedrukt op de y-as) voor het totaal aantal patiënten (prevalent) in de geestelijke gezondheidszorg (POH, ggz Zvw en ggz Wlz) alsmede het aantal nieuwe mensen (incident) tussen 2022 versus 2023 voor alle 31 zorgkantoorregio's (op de x-as).

Wat betreft wachtplekken is vooral voor de Basis ggz, voor de onbekende diagnoses en voor neurobiologische ontwikkelingsstoornissen en trauma en stressgerelateerde stoornissen de start van behandeling het vaakst buiten de treeknorm. De gemeten kwaliteit van zorg (consumer quality index [CQI]) is hoog en redelijk constant. Een aantal regio's laat een duidelijke stijging zien (Drenthe en Westland-Schieland-Delfland) en één een lichte daling (Noord- en Midden-Limburg).

3.2.2 Indicatoren

Indicator	Bron
Prevalentie en incidentie in de ggz	Zorginstituut Nederland op basis van zorgverzekeraars via Vektis en de Belastingdienst

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

[7] Noordam, D., Heijmans, M., Dulmen, S. van. Zorgtrajecten depressie en persoonlijkheidsproblematiek vanuit de huisartspraktijk: ervaringen van huisartsen, POH-GGZ, cliënten en naasten. Utrecht: Nivel, 2023. 71 p.

Vóórkomen van enige psychische aandoening en onvervuld zorggebruik	Trimbos
Consumer Quality Index cijfer geestelijke- en verslavingszorg	Zorginstituut Nederland, openbare data Zorginzicht.nl
Instroom aantallen voor de ggz	NZa
Wachttijd voor de ggz	NZa
Wachtplekken voor de ggz	NZa
Mijn kwaliteit van leven	Mijnkwaliteitvanleven.nl van Patiëntenfederatie Nederland

3.2.3 Verwachte indicatoren

Indicator	Bron
Kwaliteit van leven	LifeLines

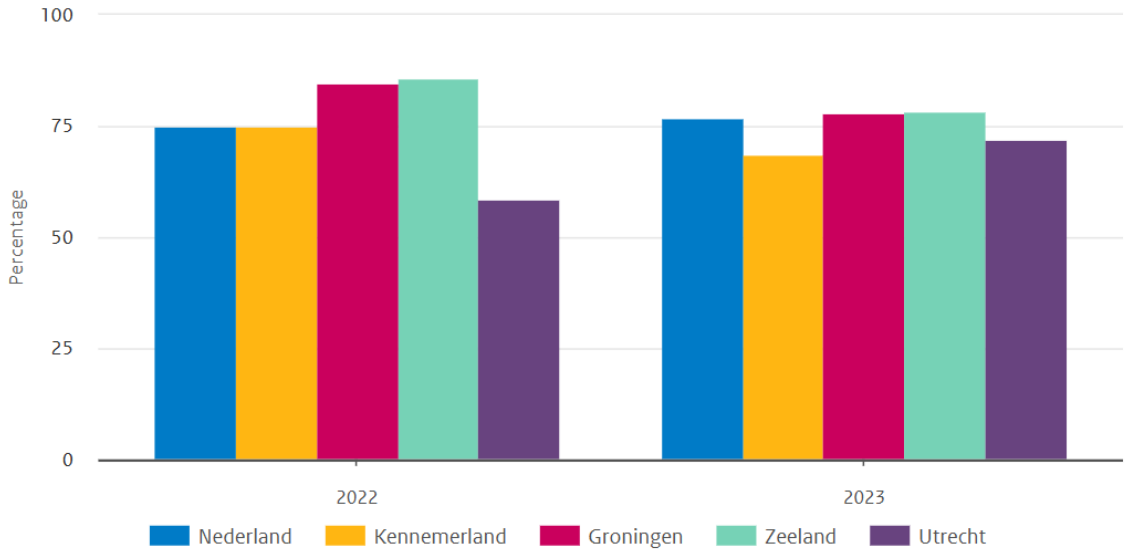
3.3 Mensen met (risico op) hart- en vaatziekten

Nederland heeft een grote groep mensen met hart- en vaatziekten: circa 1 op de 9 mensen (1,9 miljoen).[8] Daarnaast is de verwachting dat dit aantal gaat groeien naar 3 miljoen mensen[8], door onder andere demografische ontwikkelingen (mensen worden ouder, mensen hebben vaker overgewicht en bewegen steeds minder). Aanpassingen van leefstijl op bepaalde risicofactoren kunnen op langere termijn het aantal patiënten met hart- en vaatziekten verminderen.

3.3.1 Belangrijkste bevindingen

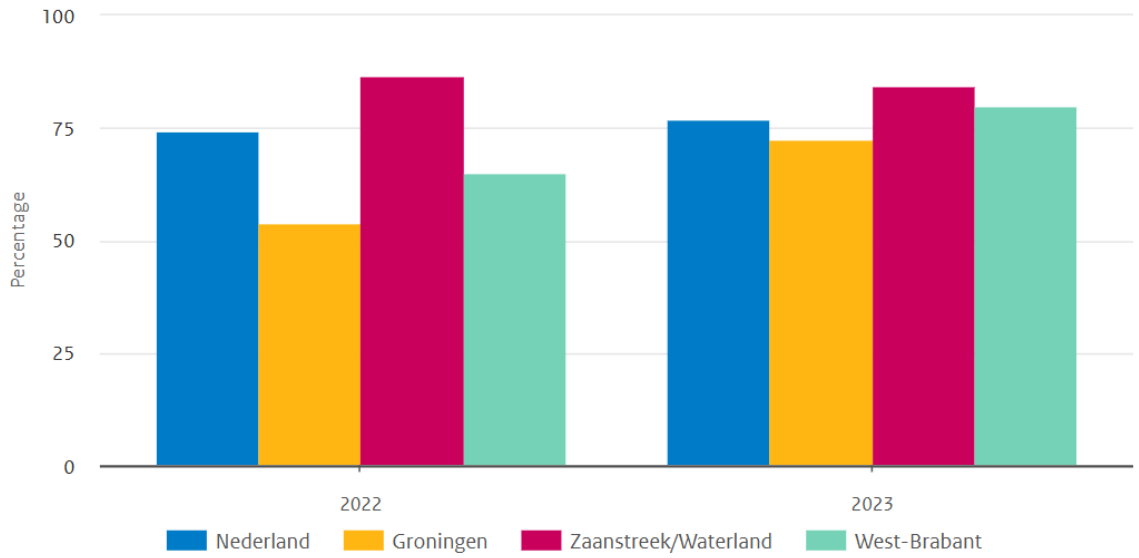
In 2022 is er door het RIVM een extra meting geweest voor de Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen om o.a. inzichten te geven in leefstijlfactoren als roken, alcohol, overgewicht, sport en bewegen. De leefstijlindicatoren zijn naast de doelgroep mensen met (risico op) hart- en vaatziekten ook van belang voor de doelgroep mensen met (risico op) kanker. Voor drie leefstijlindicatoren (roken, voldoen aan alcoholrichtlijn en overgewicht) zijn er geen effecten groter dan 2% in 2022 t.o.v. 2020 voor zowel op landelijk niveau als op zorgkantoorniveau. Aan het percentage mensen welke voldoet aan de Beweegrichtlijn voor volwassenen zien we een landelijke daling van 3% in 2022 t.o.v. 2020. In vijf regio's (Arnhem, Friesland, West-Brabant, Zeeland, Zuidoost-Brabant) is een daling te zien tussen de 5-6%. De resultaten van de Gezondheidsmonitor uit 2024 zullen medio 2025 beschikbaar komen op Regiobeeld.nl.

Voor twee type operaties binnen de hart- en vaatziekten is informatie beschikbaar over 'textbook outcome', welke een samengestelde indicator is die het percentage patiënten beschrijft zonder ongewenste uitkomst tijdens of na een operatie/interventie. Landelijk is er in 2023 t.o.v. 2022 een stijging van 2% binnen de carotis chirurgie en een stijging van 3% bij de interventie voor abdominaal aorta aneurysma voor textbook outcome. Voor carotis chirurgie is in de regio's Groningen, Kennemerland en Zeeland een daling van meer dan 5%, terwijl er een stijging van meer dan 10% is in Utrecht (Figuur 2). Voor interventies bij abdominaal aorta aneurysma was de grootste daling slechts 2% in de regio Zaanstreek/Waterland, en een stijging van meer dan 10% werd gezien in Groningen en West-Brabant (Figuur 3).



Figuur 2. Percentage textbook outcome voor carotis chirurgie per jaar voor Nederland, Kennemerland, Groningen, Zeeland en Utrecht.

[8] SER (2020) Zorg voor de toekomst. Over de toekomstbestendigheid van de zorg, Den Haag: Sociaal-Economische Raad.



Figuur 3. Percentage textbook outcome voor interventies bij abdominaal aorta aneurysma voor Nederland, Groningen, Zaanstreek/Waterland en West-Brabant.

Het aantal ziekenhuisopnames bij de hoofddiagnose 'acuut hartfalen' is landelijk toegenomen met 1.320 opnames (van 20.720 opnames in 2022 naar 22.040 opnames in 2023). Waarbij in 22 regio's dit beperkt is tot een daling of stijging van maximaal 100 opnames. In acht regio's is er een stijging tussen de 100 en 220 opnames in 2023 t.o.v. 2022. In slechts één regio is er een grotere daling te zien: in Zwolle neemt het aantal opnames af met 150 in 2023 t.o.v. 2022.
Het percentage sterfte aan hart- en vaatziekten t.o.v. de totale sterfte is landelijk gelijk gebleven in 2022 en 2023 met 23%. Tevens is in vrijwel alle regio's is het percentage gelijk gebleven of veranderd met 1%, met uitzondering van Midden-Holland en Waardenland (beide daling van 2%), en Zaanstreek/Waterland (stijging van 2%).

3.3.2 Indicatoren

Indicator	Bron
Incidentie en prevalentie van hart- en vaatziekten (acuut coronair syndroom, beroerte en hartfalen)	Zorginstituut Nederland op basis van zorgverzekeraars via Vektis en de Belastingdienst
Leefstijl: roken, alcohol, overgewicht, sport en bewegen	Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen via RIVM
Complicaties carotis chirurgie en abdominaal aorta aneurysma operatie/interventie	Zorginstituut Nederland, openbare data Zorginzicht.nl
Sterfte hart- en vaatziekten	Doodsoorzakenstatistiek, CBS
Ziekenhuisopname bij acuut hartfalen naar inkomen	Zorginstituut Nederland op basis van zorgverzekeraars via Vektis en de Belastingdienst
Ziekenhuisopnames bij acuut hartfalen	Zorginstituut Nederland, openbare data Zorginzicht.nl
Mijn kwaliteit van leven	Mijnkwaliteitvanleven.nl van Patiëntenfederatie Nederland

Passende professionele hulp	Mijnkwaliteitvanleven.nl van Patiëntenfederatie Nederland

3.3.3 Verwachte indicatoren

Indicator	Bron
Kwaliteit van leven	LifeLines

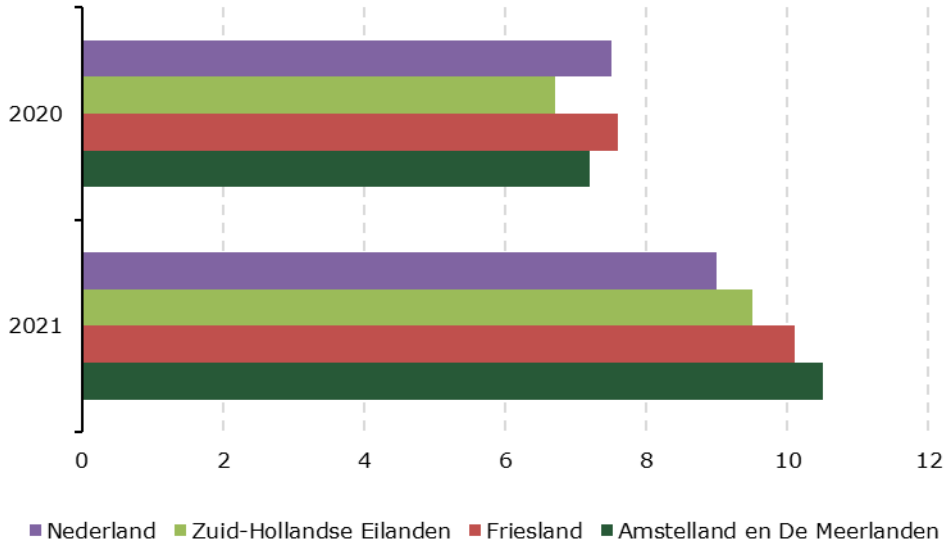
3.4 Mensen met (risico op) kanker

Het aantal mensen dat de diagnose kanker krijgt, stijgt jaarlijks. In 2019 ging het om ruim 124.000 nieuwe diagnoses en in 2023 is dit gestegen naar 129.000.[9] Elk jaar zullen deze aantallen naar verwachting toenemen. Dit zal leiden tot een sterke stijging in de zorgkosten voor mensen met kanker. Aanpassingen van leefstijl op bepaalde risicofactoren kunnen op langere termijn het aantal patiënten met kanker verminderen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan roken, alcoholconsumptie, overgewicht, beweging, blootstelling aan UV-straling en bepaalde voedingsmiddelen. Daarnaast is het verbeteren van de zorg voor mensen met kanker gewenst om de ervaren kwaliteit van zorg en van leven van deze patiënten te verbeteren.

Bij het opstellen van de indicatoren is rekening gehouden met een aantal kankersoorten: baarmoederhalskanker, borstkanker, darmkanker, hoofd-hals kanker, huidkanker (melanoom en plaveiselcelcarcinoom), longkanker, maagkanker, nierkanker, pancreaskanker en slokdarmkanker.

3.4.1 Belangrijkste bevindingen

Op landelijk niveau is de incidentie van de kankersoorten uit de eerste tranche bij baarmoederhals- en maagkanker gelijk gebleven in 2020 t.o.v. 2021. Bij alle andere kankersoorten is een (lichte) stijging te zien, met de grootste stijging bij borstkanker van 1,5 persoon per 10.000 inwoners in 2021 t.o.v. 2020 (Figuur 4). Op regioniveau is voor borstkanker de hoogste stijging te zien in Amstelland en De Meerlanden (3,3 per 10.000 inwoners), Friesland (2,5 per 10.000 inwoners) en Zuid-Hollandse Eilanden (2,8 per 10.000 inwoners).

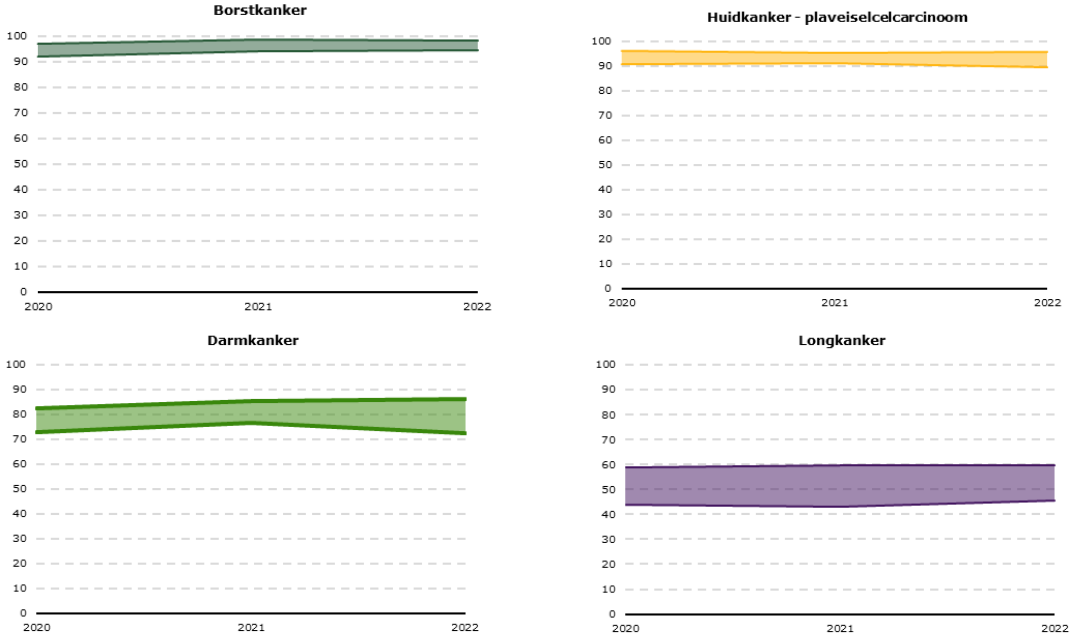


Figuur 4. Incidentie van borstkanker per 10.000 inwoners voor Nederland, Zuid-Hollandse Eilanden, Friesland en Amstelland en De Meerlanden.

De spreiding van de relatieve 1-jaars overleving van borstkanker in de zorgkantoorregio's was in 2020 92% (Apeldoorn/Zutphen) tot 96,9% (Utrecht) en in 2022 94,6% (Flevoland) tot 98,1% (Midden-Brabant) (

[9] NKR cijfers, IKNL

Figuur 5). De spreiding van de relatieve 1-jaars overleving in de zorgregio's voor darmkanker was in 2020 73% (Groningen) tot 83% (Zaanstreek/Waterland) en in 2022 73% (Apeldoorn/Zutphen) tot 86% (Flevoland). De spreiding van de relatieve 1-jaars overleving in de zorgkantoorregio's voor longkanker was in 2020 44% (Drenthe) tot 59% (Flevoland) en in 2022 45% (Noord-Holland Noord) tot 60% (Midden-IJssel). De spreiding van de relatieve 1-jaars overleving in de zorgkantoorregio's voor huidkanker - plaveiselcelcarcinoom was in 2020 91% (Amsterdam) tot 96,4% (Midden-IJssel en Flevoland) en in 2022 89,5% (Groningen) tot 96% (Westland Schieland Delfland).



Figuur 5. Min-max spreiding van de relatieve 1-jaars overleving in de zorgkantoorregio's voor borstkanker, darmkanker, longkanker en huidkanker – plaveiselcelcarcinoom.

Het landelijke deelnamepercentage aan de bevolkingsonderzoeken is voor borstkanker (72% in 2020-2022 en 71% in 2021-2023) en darmkanker (68% in 2022 en 67% in 2023) redelijk gelijk gebleven. Voor baarmoederhalskanker is het landelijke deelnamepercentage toegenomen van 46% in 2022 tot 50% in 2023. De hoogste stijging in het deelnamepercentage (meer dan 5%) voor baarmoederhalskanker wordt gezien in zeven zorgkantoorregio's: Groningen, Apeldoorn/Zutphen, Zwolle, Flevoland, Nijmegen, Waardenland en Zeeland.

3.4.2 Indicatoren

Indicator	Bron
Prevalentie en incidentie van kanker	Nederlandse Kankerregistratie, IKNL
Leefstijl: roken, alcohol, overgewicht, sport en bewegen	Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen via RIVM
Deelname aan bevolkingsonderzoek (baarmoederhalskanker, borstkanker, darmkanker)	Bevolkingsonderzoek Nederland
Overleving van patiënten met kanker	Nederlandse Kankerregistratie, IKNL

Mijn kwaliteit van leven	Mijnkwaliteitvanleven.nl van Patiëntenfederatie Nederland
Passende professionele hulp	Mijnkwaliteitvanleven.nl van Patiëntenfederatie Nederland

3.4.3 Verwachte indicatoren

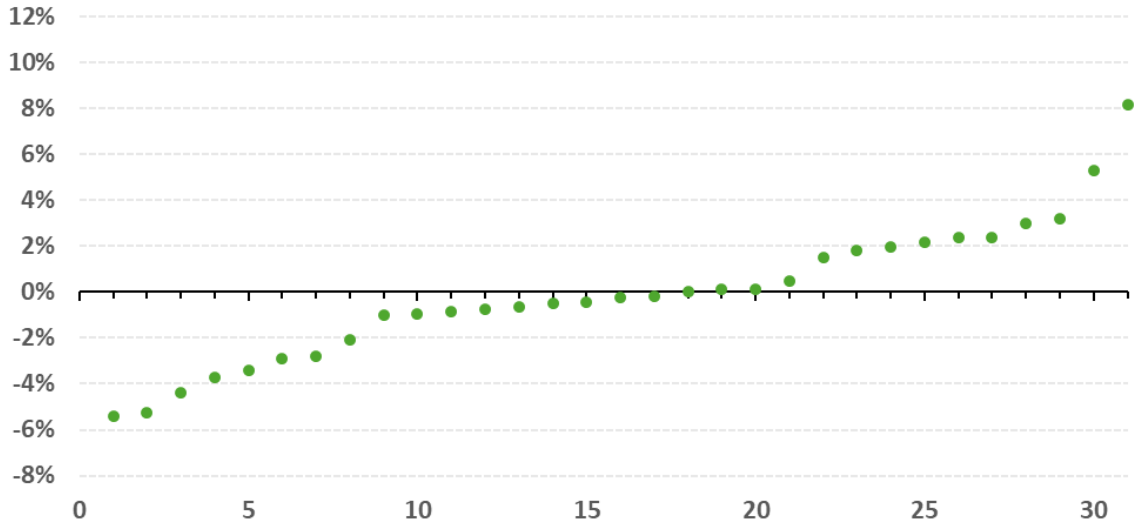
Indicator	Bron
Kwaliteit van leven	LifeLines

3.5 Ouderen met een kwetsbare gezondheid

Het aandeel mensen in de leeftijd van 65 jaar en ouder zal groeien naar 1 op de 4 in 2040, met vanaf het 75ste levensjaar een sterke stijging in zorgkosten[10]. Dit zorgt voor grote druk op de zorg, zowel voor het personeel als de kosten. Om de zorg toegankelijk te houden, is een verbetering in verhouding tussen zorgvraag en zorgaanbod noodzakelijk voor ouderen met een kwetsbare gezondheid.

Het begrip 'kwetsbare gezondheid' is lastig te definiëren. Veel factoren zijn van invloed op iemands kwetsbaarheid (bijvoorbeeld eenzaamheid en zelfredzaamheid), maar zijn lastig te meten en ontbreken in grote landelijke datasets. Ook is er geen landelijke data beschikbaar over gebruik en ervaringen met (informele) zorg of 'patiënt-gerapporteerde uitkomsten' (PRO's) voor deze doelgroep. Enkele cohortstudies, zoals de 'Longitudinal Aging Study Amsterdam' (LASA), bevatten deze informatie wel. Een aantal indicatoren is uitgewerkt o.b.v. data uit LASA. Mogelijk wordt deze data in 2026 aangevuld met data uit andere cohortstudies. Om de doelgroep landelijk en per regio te definiëren wordt een afgeleide van het zorgtredenmodel gebruikt van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

3.5.1 Belangrijkste bevindingen



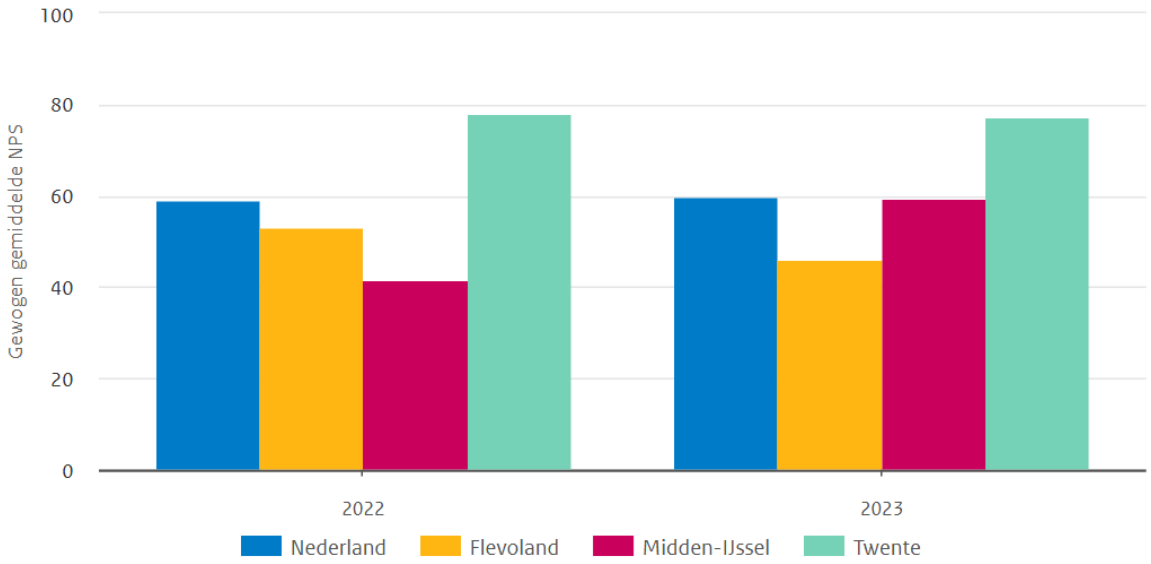
Figuur 6. Procentueel verschil (op de y-as) in SEH-opnames bij ouderen tussen 2022 en 2023 voor alle 31 zorgkantoorregio's (op de x-as).

Er is flinke variatie te zien tussen 2022 en 2023 in SEH-opnames bij ouderen (Figuur 6). Een tweetal regio's hebben een daling van meer dan 5% (Apeldoorn/Zutphen en Groningen), waarbij Groningen eruit springt omdat het hier met name de ouderen met een laag inkomen betreft die veel minder op de SEH komen. Er zijn daarnaast ook drie regio's die een groei van meer dan 5% laten zien (Flevoland, Twente en 't Gooi). De groei daar is terug te zien in alle leeftijdsgroepen en over alle inkomensklassen.

Alle zorgkantoorregio's scoren in 2022 en 2023 hoog op de indicatoren over patiëntervaringen in de wijkverpleging betreffende inspraak, bejegening en deskundigheid. Er zijn geen zorgkantoorregio's die een grote toe- of afname in deze patiëntervaringen laten zien over de twee gemeten jaren. De Net Promotor Score (NPS), gebaseerd op de vraag 'In welke mate zou u deze zorgaanbieder (in de wijkverpleging) aanbevelen bij andere mensen met dezelfde aandoening of gezondheidsklacht' laat meer variatie zien. De schaal loopt van -100 t/m 100. Een positieve NPS betekent dat er meer mensen zijn die de zorgaanbieder actief aanbevelen, dan actief afraden. Op landelijk niveau is er een minimale toename van de NPS zichtbaar (59,2 naar 60,0). Twente is, in zowel 2022 als 2023, de zorgkantoorregio met de hoogste NPS

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

(respectievelijk 77,9 en 77,3) (Figuur 7). De NPS in Midden-IJssel is met 42,5% toegenomen (41,6 naar 59,3), terwijl er in Flevoland een afname is van 13,3% (53,3 naar 46,2).



Figuur 7. Gewogen gemiddelde Net Promotor Score (NPS) op de vraag 'In welke mate zou u deze zorgaanbieder (in de wijkverpleging) aanbevelen bij andere mensen met dezelfde aandoening of gezondheidsklacht' voor Nederland, Flevoland, Midden-IJssel en Twente.

3.5.2 Indicatoren

Indicator	Bron
Zorggebruik bij ouderen per zorgtrede naar inkomen	Zorginstituut Nederland op basis van zorgverzekeraars via Vektis en de Belastingdienst
Percentage kwetsbare ouderen o.b.v. een kwetsbaarheids-index	Longitudinal Aging Study Amsterdam
Aantal ouderen die de SEH bezoeken per zorgtrede naar inkomen	Zorginstituut Nederland op basis van zorgverzekeraars via Vektis en de Belastingdienst
Percentage wijkverplegingscliënten dat de SEH bezoekt naar inkomen	Zorginstituut Nederland op basis van zorgverzekeraars via Vektis en de Belastingdienst
Percentage wijkverplegingscliënten dat een ongeplande ziekenhuisopname heeft gehad naar inkomen	Zorginstituut Nederland op basis van zorgverzekeraars via Vektis en de Belastingdienst
Patiëntervaringen wijkverpleging	Zorginstituut Nederland, openbare data Zorginzicht.nl
Mantelzorgpotentieel	RIVM via CBS
Mijn kwaliteit van leven	Mijnkwaliteitvanleven.nl van Patiëntenfederatie Nederland
Passende professionele hulp	Mijnkwaliteitvanleven.nl van Patiëntenfederatie Nederland

Kwaliteit van leven	Longitudinal Aging Study Amsterdam
Tevredenheid met het leven	Longitudinal Aging Study Amsterdam
Ervaren algemene gezondheid	Longitudinal Aging Study Amsterdam

3.5.3 Verwachte indicatoren

Indicator	Bron
Percentage kwetsbaren naar inkomen	LifeLines
Ervaren kwaliteit van zorg	Longitudinal Aging Study Amsterdam/LifeLines
Eigen regie in de zorg	Longitudinal Aging Study Amsterdam
Informeel/formeel zorggebruik	Longitudinal Aging Study Amsterdam

4 Conclusies en aanbevelingen

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

4.1 Beknopte conclusies

- Deze 1-meting laat over het algemeen weinig verandering zien ten opzichte van de nulmeting. Er zijn geen grote verschuivingen binnen indicatoren waargenomen, noch negatief dan wel positief. Dit komt overeen met de verwachting dat kwaliteitsindicatoren op korte termijn weinig verandering laten zien. Het duurt even voordat het IZA beleid echt geland is.
- Binnen alle doelgroepen zijn weliswaar enkele kleine verschillen in indicatoren zichtbaar, maar op basis van twee jaren aan data is het nog niet mogelijk om te bepalen of dit een stijgende of dalende trend betreft of om een uitzondering gaat. Daarom kunnen wij geen conclusies trekken over de effecten van het IZA tot nu toe. Het is vooral aan de zorgkantoorregio's zelf om op basis van de resultaten van de monitor na te gaan of deze aansluiten bij de signalen van de zorgaanbieders in hun regio.

4.2 Aanbevelingen

- We willen allereerst de IZA-partijen oproepen om verder mee te denken over de te gebruiken indicatoren en hier ook zelf data voor aan te leveren waar mogelijk. Op deze manier kunnen we er gezamenlijk voor zorgen dat de kwaliteit van zorg inzichtelijker wordt en dat de monitor van nog meer toegevoegde waarde is voor alle partijen. Het is van belang dat meer kwaliteitsindicatoren, die nu al worden geregistreerd door bijvoorbeeld Ziekenhuizen, openbaar beschikbaar komen. Zo kan het veld hiervan leren en waar nodig verbetertrajecten starten.
- Vanuit het Zorginstituut hebben wij, op basis van de bevindingen beschreven in dit rapport, geen verdere aanbevelingen met betrekking tot beleid ofwel de praktijk.

Colofon

Projectnaam	IZA Monitor Doelgroepen
Projectleider	Jan-Willem Dik
Volgnummer	2025008194
Opdrachtgever	Bestuurlijk Overleg IZA
Opdrachtnemer	Zorginstituut Nederland
Locatie	Diemen
Contactpersoon	J.W. Dik +31620113702
Auteur(s)	Jan-Willem Dik, Marieke Pape, Attie Tuinenburg
Afdeling	Fondsen & Informatiemanagement
Team	Fondsbeheer & Analyse Zorgkostenontwikkeling
Uitgebracht aan	Bestuurlijk Overleg IZA