NIVEL
Kennis voor betere zorg

NIVEL IZA-MONITOR: BEWEGING NAAR EEN STERKERE EERSTE LIJN

De meeste zorggebruikers ervaren eerste lijn als voldoende toegankelijk, maar ervaringen verschillen naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau

Marloes Meijer, Julia Simanowski, Lisa Jansen, Claudia Laarman, Ilgin Arslan en Lilian van Tuyl

Hoewel de meeste zorggebruikers vonden dat de eerste lijn in 2025 voldoende toegankelijk was, ervaarden niet alle zorggebruikers de toegankelijkheid op dezelfde manier. Vrouwen, zorggebruikers jonger dan 65 jaar en zorggebruikers met een hoger opleidingsniveau ervaarden een deel van de zorg- en hulpverleners in de eerste lijn als minder goed bereikbaar, rapporteerden langere wachttijden en waren minder vaak tevreden over deze wachttijden. Daarnaast ervaarden zorggebruikers met een slechte of matige gezondheid de huisarts als minder toegankelijk dan zorggebruikers met een betere ervaren gezondheid. Dit blijkt uit onderzoek onder het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg, dat is uitgevoerd in het kader van de IZA-monitor 'Beweging naar een sterkere eerste lijn'.

Toegankelijkheid van de eerste lijn

De eerste lijn bestaat uit zorg- en hulpverlening waar burgers zelf naartoe kunnen gaan zonder verwijzing. Hieronder vallen bijvoorbeeld de huisarts, fysiotherapeut, apotheker en hulpverleners in het sociaal domein (zoals de Wmo-consulent). Deze professionals in de eerste lijn beantwoorden een groot deel van de gezondheidsvragen van burgers. Indien nodig kunnen zorggebruikers door de huisarts vanuit de eerste lijn worden doorverwezen naar de tweede lijn, zoals het ziekenhuis. Daarmee draagt de eerste lijn bij aan een krachtig en betaalbaar zorgsysteem in Nederland. De eerste lijn staat echter onder toenemende druk, onder andere doordat de personele capaciteit onvoldoende is om de stijgende zorgvraag aan te kunnen. In het Integraal Zorgakkoord (IZA) (Integraal Zorgakkoord, 2022) en de Visie Eerstelijnszorg 2030 (Visie Eerstelijnszorg 2030, 2024) hebben verschillende zorgpartijen in de eerste lijn daarom afspraken gemaakt. Er wordt bijvoorbeeld ingezet op dat burgers beter weten bij welke professional in de eerste lijn zij terecht kunnen. Ook wordt ingezet op versterkte samenwerking tussen professionals in de eerste lijn, zoals de samenwerking tussen het zorgdomein en het sociaal domein (Integraal Zorgakkoord, 2022; Visie Eerstelijnszorg 2030, 2024). Het doel van deze afspraken is dat de eerste lijn in 2030 toegankelijk is voor alle burgers die zorg- of hulpverlening nodig hebben.

Meeste zorggebruikers ervaren eerste lijn als toegankelijk

In het kader van de IZA-monitor 'Beweging naar een sterkere eerste lijn' die het Nivel uitvoert op verzoek van het ministerie van VWS wordt jaarlijks inzicht geboden in de door burgers ervaren toegankelijkheid van de eerste lijn met behulp van een vragenlijst. Deze ervaren toegankelijkheid wordt in kaart bracht door te vragen naar de ervaren bereikbaarheid, gerapporteerde wachttijden en

tevredenheid over de wachttijden voor verschillende sectoren in de eerste lijn. De meest recente meting van 2025 liet zien dat zorggebruikers over het algemeen tevreden waren over de toegankelijkheid van de eerste lijn. Het merendeel van de zorggebruikers vond dat hun eerstelijnszorg- en hulpverleners altijd of meestal bereikbaar waren (67%-95%), rapporteerden wachttijden die voldeden aan de landelijke normen (66%-99%) (zie Box 1 hieronder) en waren tevreden over deze wachttijden (71%-91%) (Arslan et al., 2026). Echter is nog niet duidelijk of alle zorggebruikers de toegankelijkheid op dezelfde manier ervaren. Deze factsheet biedt daarom een verdieping op de eerder gepresenteerde resultaten in de 2-meting. In deze factsheet onderzoeken we of er verschillen zijn in de ervaren toegankelijkheid en welke persoonskenmerken hiermee samenhangen. Hierbij kijken we naar geslacht, leeftijd, ervaren gezondheid, multimorbiditeit (het hebben van twee of meer chronische aandoeningen) en opleidingsniveau. We kijken naar de ervaren toegankelijkheid van vier eerstelijnszorgverleners: de huisarts, praktijkondersteuner van de huisarts (POH), apotheker en fysiotherapeut. We hebben ook gevraagd naar de ervaren toegankelijkheid van de ergotherapeut, diëtist, wijkverpleegkundige en sociaal of maatschappelijk werker, maar deze aantallen waren te laag om te kunnen uitsplitsen naar achtergrondkenmerken. Voor de analyses gebruiken we gegevens uit de vragenlijst die in september 2025 in kader van de IZA-monitor 'Beweging naar een sterkere eerste lijn' is verstuurd onder alle 9.752 leden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg (respons 42%). Dit panel bevat een dwarsdoorsnede van de algemene Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder.

Box 1 Normen voor wachttijden in de eerste lijn

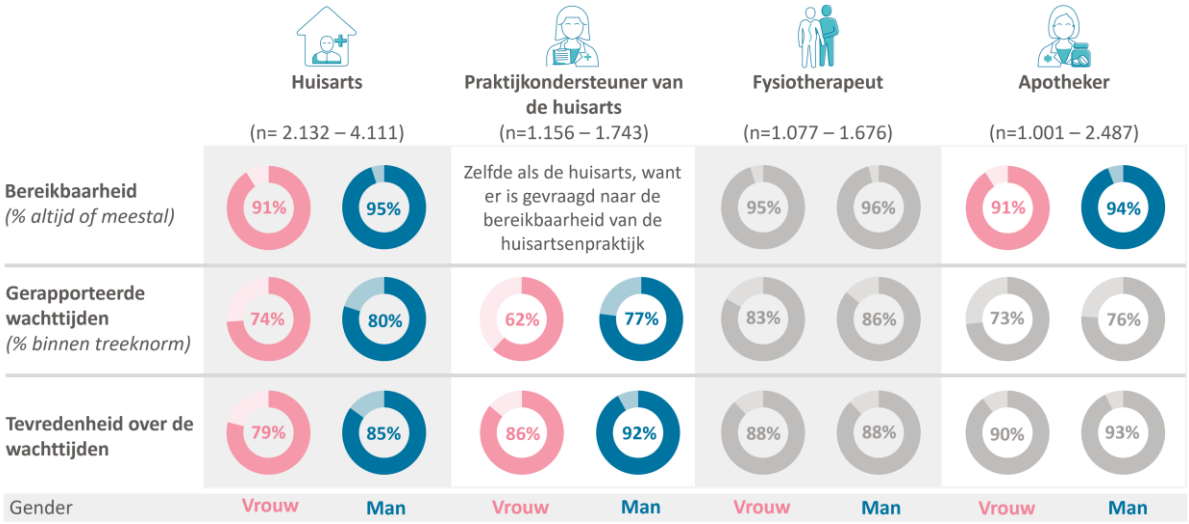
Er zijn landelijke afspraken gemaakt over hoe lang de wachttijden in de zorg mogen zijn. Dit zijn de zogeheten Treeknormen. Voor verschillende zorgverleners gelden verschillende normen. Deze box bevat de Treeknormen voor zorg- en hulpverleners in de eerste lijn onderzocht in deze factsheet (VGZ, 2026).

- **Huisartsenzorg (huisarts en POH)** Zorggebruikers moeten meestal binnen twee werkdagen terecht kunnen en zouden maximaal drie werkdagen moeten wachten
- **Paramedische zorg** Zorggebruikers moeten binnen een week terecht kunnen
- **Apotheker** Zorggebruikers moeten hun medicijnen binnen één werkdag kunnen ophalen

Mannen ervaarden betere toegankelijkheid van huisartsenzorg

Hoewel zowel mannen als vrouwen over het algemeen tevreden waren over de toegankelijkheid van de eerste lijn, waren mannen op een aantal punten positiever dan vrouwen (zie Figuur 1). Mannen gaven vooral vaker aan binnen de landelijke wachttijdnormen (zie Box 1) terecht te kunnen bij de huisartsenzorg dan vrouwen. Van de mannen gaf 80% aan binnen de Treeknorm terecht te kunnen bij de huisarts, tegenover 74% van de vrouwen. Voor de praktijkondersteuner gaf 77% van de mannen aan terecht te kunnen binnen de landelijke normen voor wachttijden, tegenover 62% van de vrouwen. Ook waren mannen vaker tevreden over de wachttijden voor de huisarts (85% versus 79%) en de praktijkondersteuner van de huisarts (92% versus 86%) dan vrouwen.

Figuur 1 Ervaren toegankelijkheid uitgesplitst naar geslacht,***



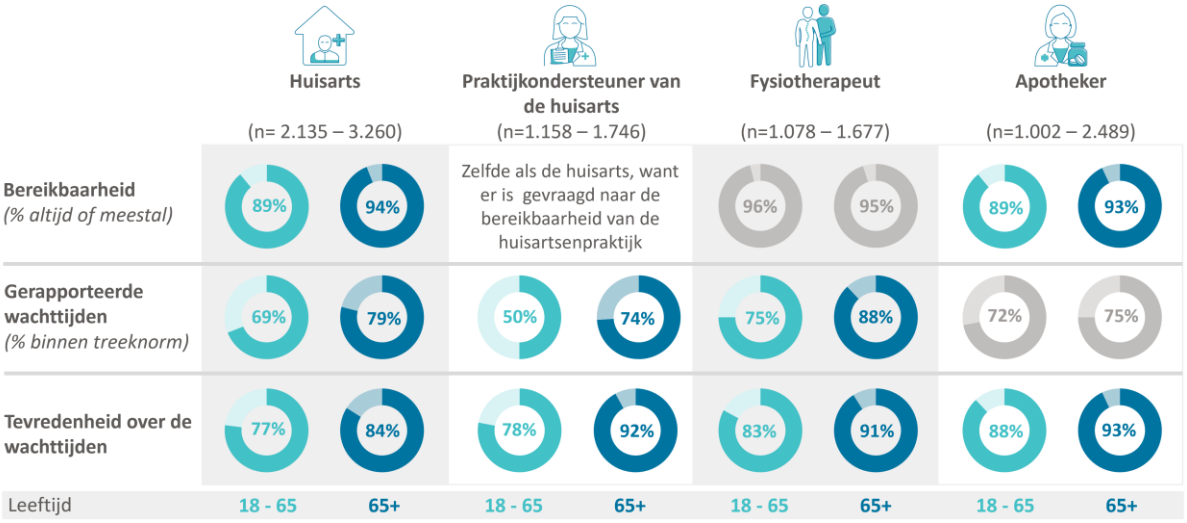
* Respondenten die 'Niet van toepassing' hebben geantwoord zijn niet meegenomen bij het berekenen van de percentages. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat zij geen contact hebben gehad met de betreffende zorg- of hulpverlener.

** Gekleurde percentages betekenen dat de gevonden verschillen statistisch significant zijn ($p<0.05$). Grijze percentages betekenen dat de gepresenteerde verschillen niet statistisch significant zijn. Zie 'Over dit onderzoek' onderaan deze factsheet voor meer informatie over de methode van de uitgevoerde statistische analyses.

Zorggebruikers van 65 jaar en ouder waren vaker tevreden over wachttijden

Zorggebruikers van 65 jaar en ouder waren over het algemeen positiever over de bereikbaarheid en wachttijden in de eerste lijn dan zorggebruikers onder de 65 jaar (zie Figuur 2). Zorggebruikers van 65 jaar en ouder gaven voor de huisarts, praktijkondersteuner van de huisarts en fysiotherapeut vaker aan binnen de landelijke wachttijdnormen (zie Box 1) terecht te kunnen dan zorggebruikers jonger dan 65 jaar. Daarbij werd voor de praktijkondersteuner van de huisarts het grootste verschil in wachttijden gerapporteerd (50% versus 74%). Daarnaast waren zorggebruikers van 65 jaar en ouder vaker tevreden over de wachttijden voor de huisarts, praktijkondersteuner van de huisarts, apotheker en fysiotherapeut.

Figuur 2 Ervaren toegankelijkheid uitgesplitst naar leeftijd,***



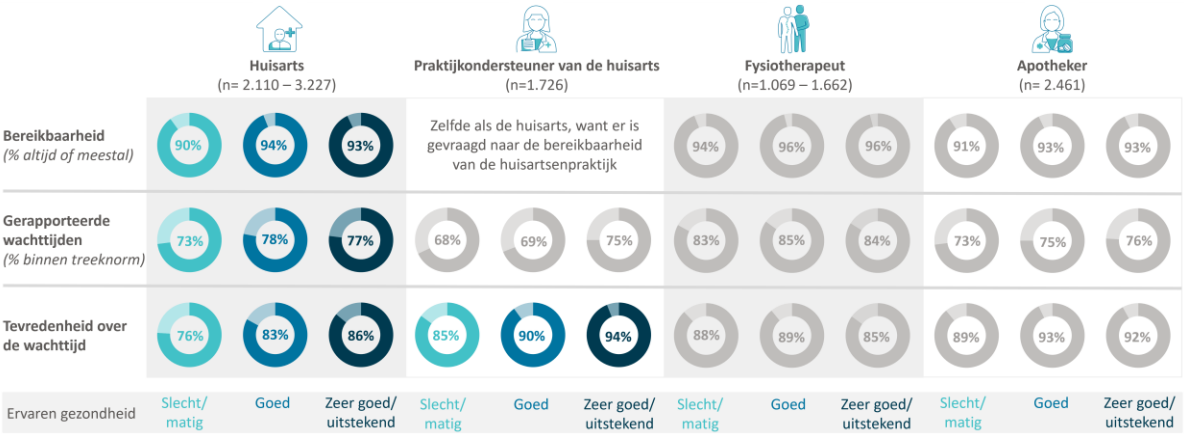
* Respondenten die 'Niet van toepassing' hebben geantwoord zijn niet meegenomen bij het berekenen van de percentages. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat zij geen contact hebben gehad met de betreffende zorg- of hulpverlener.

** Gekleurde percentages betekenen dat de gevonden verschillen statistisch significant zijn ($p<0.05$). Grijze percentages betekenen dat de gepresenteerde verschillen niet statistisch significant zijn. Zie 'Over dit onderzoek' onderaan deze factsheet voor meer informatie over de methode van de uitgevoerde statistische analyses.

Zorggebruikers met slechtere gezondheid ervaarden huisarts als minder toegankelijk

Zorggebruikers met een slechte of matige ervaren gezondheid waren minder positief over de toegankelijkheid van de huisartsenzorg dan zorggebruikers met een betere ervaren gezondheid (zie Figuur 3). Zij waren vooral minder vaak tevreden over de wachttijden voor de huisarts (76% versus 83% en 86%) en praktijkondersteuner van de huisarts (85% versus 90% en 94%).

Figuur 3 Ervaren toegankelijkheid uitgesplitst naar ervaren gezondheid,***



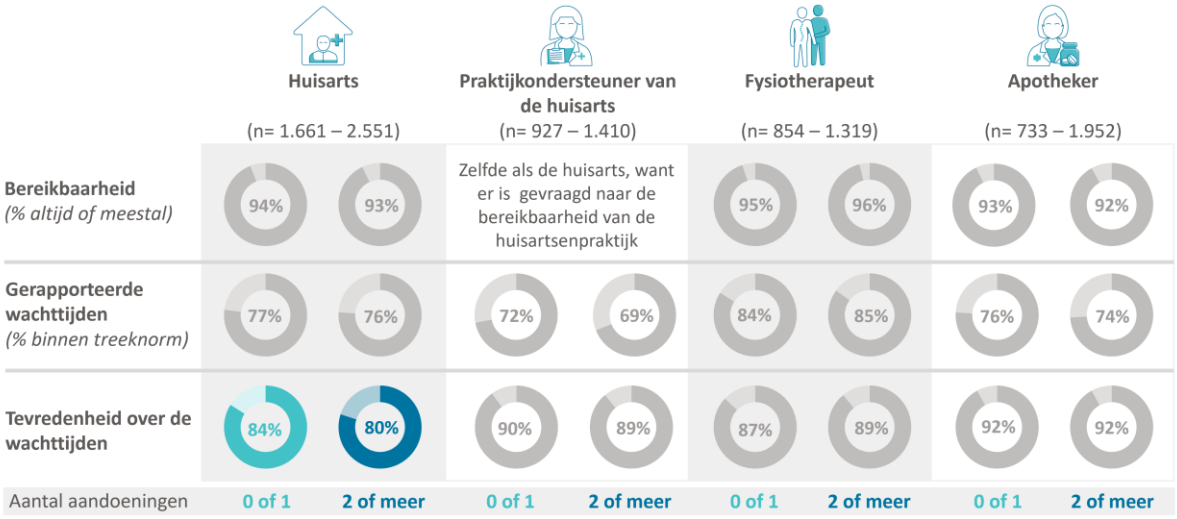
* Respondenten die 'Niet van toepassing' hebben geantwoord zijn niet meegenomen bij het berekenen van de percentages. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat zij geen contact hebben gehad met de betreffende zorg- of hulpverlener.

** Gekleurde percentages betekenen dat de gevonden verschillen statistisch significant zijn ($p<0.05$). Grijze percentages betekenen dat de gepresenteerde verschillen niet statistisch significant zijn. Zie 'Over dit onderzoek' onderaan deze factsheet voor meer informatie over de methode van de uitgevoerde statistische analyses.

Weinig verschillen in ervaren toegankelijkheid naar multimorbiditeit

Er zijn weinig verschillen in de ervaren toegankelijkheid van de eerste lijn tussen zorggebruikers met multimorbiditeit (dat wil zeggen twee of meer chronische aandoeningen) en zorggebruikers zonder multimorbiditeit. We vonden alleen dat zorggebruikers met multimorbiditeit iets minder vaak tevreden waren over de wachttijden voor de huisarts dan zorggebruikers zonder multimorbiditeit (zie Figuur 4). We vonden geen andere verschillen in de ervaren bereikbaarheid, ervaren wachttijden en tevredenheid over de wachttijden naar multimorbiditeit.

Figuur 4 Ervaren toegankelijkheid uitgesplitst naar multimorbiditeit,***



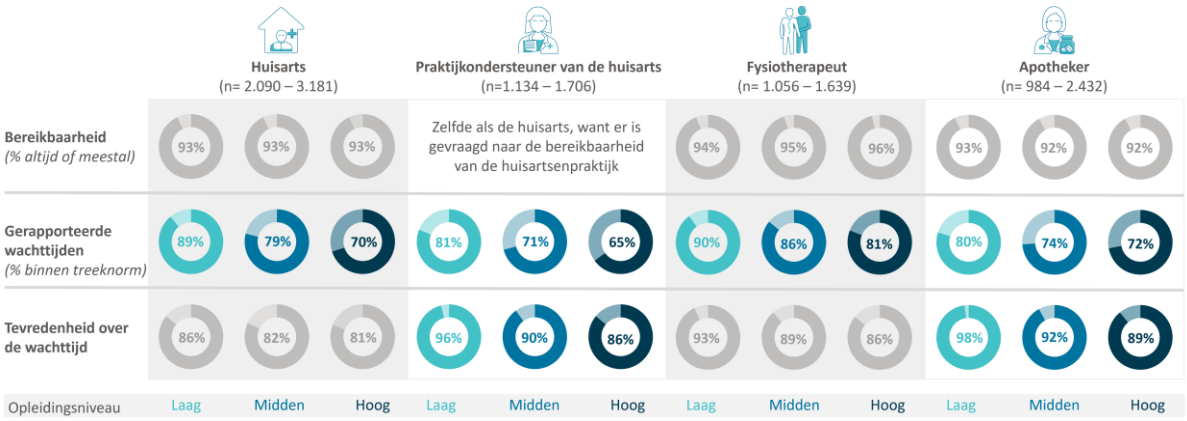
* Respondenten die 'Niet van toepassing' hebben geantwoord zijn niet meegenomen bij het berekenen van de percentages. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat zij geen contact hebben gehad met de betreffende zorg- of hulpverlener.

** Gekleurde percentages betekenen dat de gevonden verschillen statistisch significant zijn ($p<0.05$). Grijze percentages betekenen dat de gepresenteerde verschillen niet statistisch significant zijn. Zie 'Over dit onderzoek' onderaan deze factsheet voor meer informatie over de methode van de uitgevoerde statistische analyses.

Zorggebruikers met lager opleidingsniveau konden vaker terecht binnen wachttijdnormen

Zorggebruikers met een laag opleidingsniveau gaven vaker aan binnen de Treeknorm (zie Box 1) terecht te kunnen bij de huisarts, praktijkondersteuner van de huisarts, fysiotherapeut en apotheker dan zorggebruikers met een hoog opleidingsniveau (zie Figuur 5). Daarnaast waren zorggebruikers met een hoog of midden opleidingsniveau minder vaak tevreden dan zorggebruikers met een laag opleidingsniveau over de wachttijd voor de praktijkondersteuner van de huisarts (86% en 90% versus 96%) en de apotheker (89% en 92% versus 98%).

Figuur 5 Ervaren toegankelijkheid uitgesplitst naar opleidingsniveau, ***



* Respondenten die 'Niet van toepassing' hebben geantwoord zijn niet meegenomen bij het berekenen van de percentages. Dit kan bijvoorbeeld betekenen dat zij geen contact hebben gehad met de betreffende zorg- of hulpverlener.

** Gekleurde percentages betekenen dat de gevonden verschillen statistisch significant zijn ($p<0.05$). Grijze percentages betekenen dat de gepresenteerde verschillen niet statistisch significant zijn. Zie 'Over dit onderzoek' onderaan deze factsheet voor meer informatie over de methode van de uitgevoerde statistische analyses.

Tot slot

De 2-meting van de IZA-monitor 'Beweging naar een sterkere eerste lijn' liet zien dat zorggebruikers de eerste lijn in 2025 over het algemeen als bereikbaar ervaarden, dat gerapporteerde wachttijden bij de meeste zorggebruikers voldeden aan de landelijke normen en dat zorggebruikers tevreden waren over deze wachttijden. Uit verdiepende analyses gerapporteerd in deze factsheet blijkt dat er verschillen zijn tussen groepen zorggebruikers in hoe zij de toegankelijkheid van de eerste lijn ervaren.

Hoewel zowel mannen als vrouwen over het algemeen tevreden waren over toegankelijkheid van de eerste lijn, zagen we dat vrouwen vaker een slechtere bereikbaarheid ervaarden en langere wachttijden rapporteerden dan mannen. Ook waren vrouwen minder tevreden over de tijd die zij moesten wachten bij de huisarts en praktijkondersteuner van de huisarts dan mannen. Ook ander onderzoek laat zien dat vrouwen een slechtere toegang tot zorg ervaren dan mannen (Fakkel et al., 2026). Mogelijke verklaringen die hiervoor worden gegeven zijn opvattingen van zorgverleners ten aanzien van vrouwengezondheid en institutionele belemmeringen, zoals richtlijnen die onvoldoende rekening houden met de specifieke gezondheidsproblemen van vrouwen (Fakkel et al., 2026).

Daarnaast gaven zorggebruikers jonger dan 65 jaar en zorggebruikers met een hoger opleidingsniveau voor een aantal zorg- en hulpverleners aan een slechtere bereikbaarheid te ervaren en rapporteerden zij langere wachttijden. We weten niet waarom deze groepen de toegankelijkheid als minder goed ervaren. Mogelijk zijn deze groepen kritischer ten aanzien van de bereikbaarheid en wachttijden. Gezien de kenmerken van de groepen lijken navigatieproblemen (niet weten waar je terecht kunt met je zorg- of hulpvraag) of een gebrek aan digitale vaardigheden hierin geen of slechts een beperkte rol te spelen. Gemiddeld genomen hebben jongere zorggebruikers en zorggebruikers met een hoger opleidingsniveau een betere ervaren gezondheid (VZinfo, 2025; VZinfo, 2026). Mogelijk wordt hun zorg- of hulpvraag daarom beoordeeld als minder urgent. We weten echter niet voor welk gezondheidsprobleem zorggebruikers contact zochten met hun eerstelijnszorg- of hulpverlener, en daarmee ook niet in hoeverre het een probleem was dat zij langer moesten

wachten. De groepen zorggebruikers die langere wachttijden ervaarden gaven ook vaker aan niet tevreden te zijn over deze wachttijden. Dit wijst erop dat zij eerder terecht hadden gewild bij hun zorg- of hulpverlener.

Zorggebruikers met een slechte of matige gezondheid ervaarden een slechtere bereikbaarheid van de huisarts dan zorggebruikers met een goede, zeer goede of uitstekende gezondheid. Daarnaast rapporteerden zij langere wachttijden bij deze zorgverlener en waren zij minder tevreden over deze wachttijden. Waarschijnlijk hebben zorggebruikers met een slechtere gezondheid vaker contact met een zorg- of hulpverlener, waardoor zij ook vaker te maken krijgen met toegankelijkheidsproblemen. Wanneer zorggebruikers die al een slechtere gezondheid hebben langer moeten wachten op zorg, kan hun gezondheid mogelijk verder verslechteren. Ook kunnen langere wachttijden bij de huisartsenzorg leiden tot druk op andere zorgsectoren, zoals de spoedeisende hulp (Landelijke Huisartsen Vereniging et al., 2026).

Toegankelijkheid van zorg bestaat uit verschillende onderdelen. Deze factsheet richtte zich op één onderdeel van deze toegankelijkheid, namelijk de termijn waarop burgers toegang hebben tot zorg. Maar toegankelijkheid is breder en gaat ook over reisafstand (geografische toegankelijkheid) en kosten (financiële toegankelijkheid) (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), 2021). In de 3-meting van de IZA-monitor zal ook inzicht worden geboden in de mate waarin zorggebruikers vanwege de kosten hebben afgezien van zorg of ondersteuning van verschillende eerstelijnszorg- en hulpverleners. Daarmee kunnen we in de toekomst ook inzicht bieden in de ervaren financiële toegankelijkheid van de eerste lijn.

Over het onderzoek

Ten behoeve van de IZA-monitor is in september 2025 een vragenlijst uitgezet onder alle 9.752 leden van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg. Dit panel bevat een dwarsdoorsnede van de algemene Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder. 4.111 panelleden vulden de vragenlijst in (42% respons). De vragenlijst kon zowel online als schriftelijk worde ingevuld, afhankelijk van de voorkeur van het panellid. Voor deze factsheet zijn deze eerder verzamelde data hergebruikt en zijn hierop verdiepende analyses uitgevoerd. De vragenlijst bevatte onder andere vragen over de ervaren bereikbaarheid, ervaren wachttijden en tevredenheid over de wachttijden. Panelleden die aangaven geen zorg te hebben gebruikt van een zorg- of hulpverlener zijn niet meegenomen in de berekening van de percentages voor deze zorg- of hulpverlener.

Er is inzicht verkregen in verschillen in de ervaren toegankelijkheid tussen groepen zorggebruikers aan de hand van univariate logistische regressieanalyses. Daartoe zijn de antwoorden op de vragen over de ervaren bereikbaarheid en ervaren wachttijden omgezet naar twee categorieën. Bij ervaren bereikbaarheid zijn de antwoorden 'Altijd' en 'Meestal' vergeleken met de antwoorden 'Soms' en 'Nooit'. Bij de ervaren wachttijden zijn wachttijden die voldoen aan de Treeknorm vergeleken met wachttijden die langer zijn dan de Treeknorm voorschrijft. Deze Treeknorm is verschillend voor verschillende zorgverleners (voor meer informatie, zie: Landelijke afspraken over wachttijd (Treeknorm).

Er is gekeken naar verschillen in de ervaren toegankelijkheid naar geslacht (man en vrouw), leeftijd (18-64 jaar en 65 jaar en ouder), ervaren gezondheid (slecht/matig, goed en zeer goed/uitstekend), multimorbiditeit (geen of één chronische aandoening en twee of meer chronische aandoeningen) en opleidingsniveau (laag (t/m lager/ voorbereidend beroepsonderwijs), midden en hoog (hbo/universiteit)). Inzicht in deze achtergrondkenmerken is verkregen via zelfrapportage. Bij het bepalen of er sprake is van multimorbiditeit zijn de volgende chronische aandoeningen meegenomen: astma, COPD, andere longaandoening, hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk, suikerziekte, schildklieraandoening, maag-, lever- of darmaandoening, artrose, andere reumatische aandoening, kanker, psychische klachten, dementie, post-COVID en nek- en/of rugklachten. De achtergrondkenmerken zijn afzonderlijk (univariaat) opgenomen in de regressieanalyses. Wanneer in de factsheet wordt gesproken over verschillen tussen groepen is er sprake van een statistisch significant verschil ($p<0,05$).

Over het Nivel

Het Nivel levert de kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar. U vindt deze publicatie en alle andere Nivel-publicaties op www.nivel.nl/publicaties.
Voor meer informatie over de IZA-monitor van de Beweging naar een sterkere eerste lijn, ga naar: IZA-monitor Beweging naar een sterkere eerste lijn 2024-2026 | Nivel.
Meer informatie over het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg is hier te vinden: Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg | Nivel.

Titelgegevens van deze publicatie

De gegevens uit deze publicatie mogen met de volgende bronvermelding worden gebruikt: Meijer, M., Simanowski, J., Jansen, L., Laarman, C., Arslan, I., & Van Tuyl, L. De meeste zorggebruikers ervaren eerste lijn als voldoende toegankelijk, maar ervaringen verschillen naar geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Nivel IZA-monitor: beweging naar een sterkere eerste lijn. Utrecht: Nivel, 2026.

Referenties

Arslan, I., Jansen, L., Meijer, M., Laarman, C., Simanowski, J., & Van Tuijl, L. (2026). De beweging naar een sterkere eerste lijn. 2-meting ten behoeve van monitoring van het Integraal Zorgakkoord. Utrecht: Nivel.

Binnenlands Bestuur (2024). Wachtlijsten voor jeugdzorg en Wmo in Overijssel. Geraadpleegd via https://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/wachtlijsten-voor-jeugdzorg-en-wmo-in-overijssel.

Integraal Zorgakkoord. Samen werken aan gezonde zorg (2022).

Fakkel, M., Ustenko, V., Witt, S., Veenstra, J., & Bhavani, R.R. (2026). Gender disparities in healthcare access persist even in more equitable societies: A multilevel assessment across 29 countries. *Health policy*, 166, 105579. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2026.105579.

Gemeente Nijmegen (2024, 10 december). Brief aan de raad over Wmo wachttijden en wachtlijsten. [Raadsbrief].

Gemeente Rotterdam (2026). Wachttijd voor Wmo-zorg flink gedaald. Geraadpleegd via https://persberichtenrotterdam.nl/persberichten/wachttijd-voor-wmo-zorg-flink-gedaald/.

Heijnders, M., Groenewoud, S., & Cruijsberg, J. (2026). Welzijn op Recept. Landelijke monitor 2024-25. Utrecht: Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept.

Landelijke Huisartsen Vereniging, InEen, Zorgverzekeraars Nederland (2026). Leidraad continuïteit en toegankelijkheid van de huisartsenzorg 2027/2028. Geraadpleegd via https://ineen.nl/wp-content/uploads/2026/01/Leidraad-continuiteit-huisartsenzorg-2027-2028.pdf.

VGZ (2026). Landelijke afspraken over wachttijd (Treeknorm). Geraadpleegd via https://www.vgz.nl/zorg-regelen/treeknormen.

Visie eerstelijnszorg 2030 (2024).

VZinfo (2025). Ervaren gezondheid | Leeftijd en geslacht. Geraadpleegd via https://www.vzinfo.nl/ervaren-gezondheid/leeftijd-en-geslacht.

VZinfo (2026). Ervaren gezondheid | Opleiding. Geraadpleegd via https://www.vzinfo.nl/ervaren-gezondheid/opleiding.

WRR (2021). Kiezen voor houdbare zorg. Online appendices bij WRR-Rapport 104. Den Haag: WRR.