



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.  
De gegevens mogen worden gebruikt met  
bronvermelding.

## **Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn**

J. Hansen  
T. Nuijen  
L. Hingstman

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

ISBN 978-90-6905-885-6

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	7
<b>1 Inleiding</b>	<b>11</b>
<b>2 Methode</b>	<b>13</b>
2.1 Inleiding	13
2.2 Indicatoren om samenwerkingsverbanden in de eerste lijn te onderscheiden	13
2.3 De gegevensverzameling	15
<b>3 Aantal en kenmerken multidisciplinaire samenwerkingsverbanden</b>	<b>17</b>
3.1 Type samenwerking	17
3.2 Aantal eerstelijnsdisciplines	18
3.3 Type eerstelijnsdisciplines	20
3.4 Combinaties van disciplines	21
3.5 Tot slot	29
<b>4 Geografische spreiding</b>	<b>31</b>
4.1 Stedelijkheid	31
4.2 Regionale verschillen	35
4.3 Tot slot	40
<b>5 Samenwerking nader bekeken</b>	<b>41</b>
5.1 Relatie MOED en vormen van samenwerkingsverbanden	41
5.2 Relatie MOED en samenwerkingsverbanden per discipline	42
5.3 Relatie formele en overige samenwerkingsverbanden	45
5.4 Tot slot	46
<b>6 Discussie en slotbeschouwing</b>	<b>47</b>
6.1 Discussie	47
6.2 Slotbeschouwing	49
Literatuur	53
Bijlage 1: De vragenlijst	55
Bijlage 2: Aanvullende figuren hoofdstuk 3	59
Bijlage 3: Aanvullende tabellen hoofdstuk 4	63



## Voorwoord

Dit onderzoek is met subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uitgevoerd door het NIVEL. Voor de begeleiding van het onderzoek is een klankbordgroep in het leven geroepen, die we bijzonder erkentelijk zijn voor hun constructieve bijdragen aan de opzet en inhoud van dit rapport. Hierin hadden de volgende personen zitting:

- de heer N. Bernts                      Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn
- de heer M. Bouwman                Zorgverzekeraars Nederland
- mevrouw H. van der Hoeven      Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie, NPCF
- de heer J. Hutten                    Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- de heer K. van Rosmalen          Landelijke Huisartsen Vereniging
- de heer D. de Bakker                NIVEL

Utrecht, december 2007



## Samenvatting

Dit onderzoek is met subsidie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uitgevoerd door het NIVEL. Doel van het onderzoek is om in kaart te brengen in hoeverre binnen de eerstelijnszorg sprake is van multidisciplinaire samenwerking. Gezien het exploratieve karakter van de monitor is vanuit praktische overwegingen ervoor gekozen dat (vooralsnog) alleen die vormen van samenwerking worden onderscheiden waarbij minimaal de functie huisartsgeneeskunde is betrokken. Ook is om dezelfde reden alleen gekeken naar samenwerking binnen de eerste lijn.

Het onderzoek richt zich op vier verschillende deelthema's, gerelateerd aan multidisciplinaire samenwerking. Daarbij zijn enquêtevragen geformuleerd rond de volgende vier onderwerpen:

- A) Welke disciplines zijn werkzaam of gevestigd op het praktijkadres of in hetzelfde gebouw als de huisartsenpraktijk is, oftewel *is men op 1 locatie gevestigd?*
- B) Met welke disciplines heeft de huisartsenpraktijk schriftelijke afspraken vastgelegd over samenwerking, oftewel *heeft men een samenwerkingscontract?*
- C) Met welke disciplines presenteren huisartsenpraktijken zich als samenwerkingsverband naar buiten. Het gaat dan bv. om één aanspreekpunt voor geboden zorg, via website, patiëntenfolder, etc. Oftewel, *is er sprake van een geannonceerd samenwerkingsverband?*
- D) Als praktijken deel uitmaken van een door de zorgverzekeraar(s) gefinancierd samenwerkingsverband, welke andere disciplines maken daar dan deel van uit? Oftewel, *is het samenwerkingsverband gefinancierd door de zorgverzekeraar(s)?*

In strikte zin zijn alleen de laatste drie onderwerpen aspecten van samenwerking en hoeft het samen gevestigd zijn op één locatie geen samenwerking te betekenen. Deels gaat het hierbij immers om disciplines die weliswaar op hetzelfde adres zijn gevestigd, maar waarbij het eerder gaat om een bedrijfsverzamelgebouw dan om geïntegreerde eerstelijnszorg. Wel kan vestiging op één locatie een aanzet vormen om in de toekomst te gaan samenwerken en biedt het voor patiënten mogelijk extra voordelen om op één centrale plek verschillende vormen van gecombineerde zorg te ontvangen.

Om de monitor samenwerking in de eerste lijn op een betrouwbare, volledige, valide en efficiënte wijze te realiseren, zijn alle huisartspraktijken in Nederland aangeschreven. De respons was relatief hoog, te weten 76%. Om de resultaten representatief te maken voor alle huisartspraktijken in Nederland zijn deze gewogen naar het type huisartspraktijk (solo-, duo- of groepspraktijk).

Uit de resultaten blijkt dat met name het samen met andere disciplines op één locatie gevestigd zijn al relatief gangbaar is binnen huisartspraktijken. Inmiddels is in de helft van alle huisartspraktijken in Nederland minimaal één andere discipline op dezelfde locatie gevestigd. In dat geval kan worden gesproken van een MOED, oftewel 'Meerdere Disciplines Onder Eén Dak'. Mogelijk vormt dit een belangrijke eerste stap om ver-

volgens ook een formeel samenwerkingsverband op te zetten en/of zich als samenwerkingsverband naar buiten te presenteren. Beide vormen van samenwerking komen in iets meer dan eenderde van alle huisartspraktijken voor, maar wel duidelijk vaker in praktijken die ook met andere disciplines op hetzelfde adres zijn gevestigd (en dus onderdeel uitmaken van een MOED). In totaal zijn bij een kwart van alle huisartspraktijken in Nederland niet alleen andere disciplines op hetzelfde adres gevestigd, maar heeft de huisarts hiermee ook een formeel samenwerkingsverband. Overigens is de precieze oorzaak-gevolg relatie tussen beide onderwerpen niet precies vast te stellen. Een deel van de huisartspraktijken heeft zich mogelijk eerst met andere disciplines op één locatie gevestigd om vervolgens formele samenwerking te regelen. Echter, daarnaast is het ook mogelijk dat men in een deel van de gevallen eerst besluit formeel (of informeel) samen te werken, om (mits men hiermee positieve ervaringen heeft) in een latere fase zich ook daadwerkelijk samen op dezelfde locatie te vestigen.

Het gevestigd zijn op één adres alsmede de drie vormen van samenwerking hangen duidelijk samen met het soort huisartspraktijk. Groepspraktijken maken vaker deel uit van een MOED en hebben ook vaker een samenwerkingsverband met andere disciplines. Een deel van de verklaring hiervoor is mogelijk gelegen in het feit dat de totale patiëntenpopulatie van groepspraktijken ook groter is dan van duo- of solopraktijken. Hierdoor zal het absolute aantal patiënten dat doorverwezen wordt naar andere disciplines ook hoger liggen, zodat het efficiënter is deze binnen dezelfde locatie te huisvesten. Ook hebben groepspraktijken, doordat ze in grotere gebouwen gevestigd zijn, wellicht meer mogelijkheden om extra praktijkruimte beschikbaar te maken voor andere disciplines dan kleinere huisartspraktijken, zeker wanneer deze al langer op bepaalde locaties gevestigd zijn, bijvoorbeeld aan huis. Daarnaast behoren de gezondheidscentra, die juist gericht zijn op het gezamenlijk aanbieden van zorg in een wijk, tot dergelijke groepspraktijken.

Een vervolgvraag is met welke andere eerstelijnsdisciplines de huisartspraktijk op hetzelfde adres is gevestigd en/of een samenwerkingsverband heeft. Dit is met name het geval bij apotheken, Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV-en) en fysiotherapeuten. In het geval van apotheken wordt dit ten dele veroorzaakt door het feit dat een deel van de huisartspraktijken apotheekhoudend is (circa 7% in 2006). Hoewel er in dergelijke apotheekhoudende huisartspraktijken dan geen aparte apotheker aanwezig hoeft te zijn, is er hierbij wel sprake van een gecombineerd aanbod van huisartsen- en farmaceutische zorg. Daarentegen zijn er ook disciplines waarmee vestiging op één locatie of een vorm van samenwerkingsverband juist relatief weinig voorkomt (zoals tandheelkunde en ergotherapie). Of dit een probleem vormt, is echter maar de vraag. Voor een deel ligt het immers voor de hand dat de prioriteit voor samenwerking vooral ligt bij beroepsgroepen die sterker met de huisarts verweven zijn, onder meer in de vorm van grotere doorverwijsaantallen. Wel is het ook in dat geval van belang dat verschillende zorgaanbieders op de hoogte zijn van de specifieke taken en kwaliteiten van overige soorten zorgaanbieders binnen de eerste lijn.

Er zijn ook geografische verschillen in de mate waarin vestiging op één locatie of samenwerkingsverbanden voorkomen. Huisartspraktijken die deel uitmaken van een MOED zijn wat vaker gelegen in de niet verstedelijkte gemeenten (59%) dan in de zeer verstedede-



lijkste gemeenten (50%). Daarentegen ligt het aandeel dat deel uitmaakt van een gefinancierd samenwerkingsverband weer wat hoger in de zeer verstedelijkte gemeenten. Om regionale verschillen in Nederland in kaart te brengen is gebruik gemaakt van een indeling in regio's die samenvallen met het dekkingsgebied van de 22 Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en); deze zijn in 2005 opgericht om de kwaliteit en continuïteit van zorgverlening in de eerste lijn te bevorderen. Vooral in de regio's Zoetermeer en Almere maakt een groot deel van de huisartspraktijken deel uit van een MOED en/of van één van drie onderscheiden typen samenwerkingsverbanden. Daarnaast maken huisartspraktijken in de noordelijke gebieden van Nederland en in Limburg vaker deel uit van een MOED dan in het westen. Wel is de gemiddelde omvang van een MOED (oftewel het aantal disciplines dat hiervan deel uitmaakt) in het westen groter dan in het Noorden. MOED'en met een apotheek komen vooral voor in de drie noordelijke provincies, Zeeland en Limburg. MOED'en met een fysiotherapeut zien we vooral terug in het midden van Nederland en MOED'en met een SPV komen relatief het meest voor in het noorden, oosten en zuiden van ons land. In het licht van het beschrijvende karakter van deze eerste monitor, is niet goed te bepalen wat de precieze oorzaken voor dergelijke regioverschillen zijn. Deels zijn deze mogelijk over langere periode ontstaan en hangen ze mede samen met factoren zoals regionale variaties in (huisarts)praktijkomvang en de mate waarin andere disciplines voorkomen. Over het algemeen geldt echter dat de verschillen tussen regio's relatief klein zijn.

Daarbij wordt in de slotbeschouwing dieper ingegaan op de gehanteerde insteek van het onderzoek en mogelijke onderzoeksvragen die hieruit voortvloeien. Zo biedt het onderzoek vanwege haar opzet niet de mogelijkheid om precies in kaart te brengen hoe samenwerking in de praktijk precies wordt vormgegeven, met hoeveel personen deze wordt ingevuld en op welke thema's of patiëntengroepen deze zich precies richt. Daarnaast biedt de insteek van samenwerking gecentreerd rondom de huisarts zowel voor- als nadelen. Zo laat het zien hoe samenwerking vanuit de werkvloer van huisartspraktijken ervaren wordt, maar is niet bekend hoe dit vanuit andere disciplines geldt. Een ander aspect is dat de rapportage ook geografische verschillen in kaart heeft gebracht, door gebruik te maken van een indeling in 22 ROS-regio's. Dit laat weliswaar regionale verschillen in multidisciplinaire samenwerking zien, maar voor een gedetailleerder beeld is het ook mogelijk om op lokaal of zelfs wijkniveau samenwerkingsverbanden in kaart te brengen. Een andere wijze om op een gedetailleerdere wijze naar samenwerking te kijken is door in te gaan op de mogelijke gevolgen hiervan. Leidt multidisciplinaire samenwerking bijvoorbeeld inderdaad tot kortere lijnen, betere door- en terugverwijzing en betere onderlinge informatievoorziening? Samengevat illustreren de diverse lijnen van onderzoek dat er op het gebied van multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn(en tussen eerste en tweede lijn) nog relatief weinig bekend is. In het licht hiervan is het dan ook complex om gerichte beleidsaanbevelingen te doen op basis van de gevonden resultaten, te meer omdat niet bekend is in welk tempo de onderzochte vormen van samenwerking zich historisch ontwikkeld hebben. In die zin vormt de studie met name een eerste meting om in de toekomst te bepalen of het te voeren beleid tot gewenste veranderingen leidt.

Mede in het licht van de trend naar schaalvergroting van huisartspraktijken is het echter aannemelijk dat de mogelijkheden voor multidisciplinaire samenwerking zullen toenemen en dat deze ontwikkeling in de komende jaren verder zal doorzetten.

# 1 Inleiding

De eerstelijnszorg neemt een belangrijke positie in binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Wanneer iemand een gezondheidsprobleem heeft, neemt hij/zij in eerste instantie contact op met een zorgverlener uit de eerste lijn. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de huisarts, tandarts, fysiotherapeut of verloskundige. Door verschillende partijen wordt onderschreven dat Nederland van oudsher beschikt over een sterke eerstelijnsgezondheidszorg die zich kenmerkt door onder meer generalistische zorgverlening, die laagdrempelig is en gericht op zorgverlening in de buurt (Ministerie van VWS, 2004). Tegelijkertijd wordt de eerstelijnszorg geconfronteerd met een aantal uitdagingen, onder meer voortkomend uit het feit dat de zorgvraag stijgt en complexer wordt, er (dreigende) capaciteitstekorten zijn en de patiënt hogere eisen stelt aan een betere afstemming, continuïteit, service en diversiteit van het zorgaanbod (idem, 2004). Om die reden wordt door zowel de overheid als het veld het versterken van de eerstelijnsgezondheidszorg gezien als een belangrijk speerpunt van beleid, waarbij het streven is om voorzieningen voor geïntegreerde eerstelijnszorg, op een zo mogelijk gemeenschappelijke en herkenbare plek, verder te ontwikkelen (College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, 2005). In het kader hiervan is in 2004 door twaalf partijen, waaronder het Ministerie van VWS de “Intentieverklaring versterking eerstelijnszorg” ondertekend.<sup>1</sup> Hierin wordt de intentie uitgesproken om te komen tot:

“een plaatselijke, wijk- dan wel buurtgerichte, geïntegreerde eerstelijnsgezondheidszorg, die voor de patiënt bereikbaar, toegankelijk en betaalbaar is. Hierin werken verschillende zorgaanbieders multidisciplinair op een structurele wijze met elkaar samen, op een zo mogelijk gemeenschappelijke, herkenbare plek. Het gaat hierbij om ‘niet vrijblijvende’ samenwerkingsvormen met een gestructureerde onderlinge communicatie. De diverse zorgaanbieders komen tot onderling gestructureerde werkafspraken over hun samenwerking en maken die transparant voor patiënten en zorgverzekeraars. Hieruit blijkt wie welke zorg biedt en wie voor die geleverde zorg verantwoordelijk is. Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor een goede uitwisseling van patiëntgegevens. De samenwerking heeft als doel om te komen tot een kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg, die aansluit bij de zorgbehoeften van burgers in de regio. Er valt te denken aan een adherentiegebied tussen 10.000 en 15.000 inwoners. Het gaat hierbij nadrukkelijk niet om een blauwdruk maar om een grove architectuur waarbinnen partijen regionaal en/of plaatselijk tot maatwerk kunnen komen” (Ministerie van VWS, 2004).

---

<sup>1</sup> De intentieverklaring is ondertekend door de volgende partijen: Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV), Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP), Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV), Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), Landelijke Vereniging voor de Georganiseerde eerste lijn (LVG), Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), Maatschappelijk Ondernemers groep (MO-groep), Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Nederlands Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

Het creëren van meer multidisciplinaire samenwerking biedt een aantal mogelijke voordelen. Het leidt tot kortere lijnen en meer contact tussen hulpverleners. Ook hebben zij hiermee meer kennis van elkaars kwaliteiten, ontstaat er een betere door- en terugverwijzing en een betere onderlinge communicatie en informatievoorziening (Bensing, 2007). Voor patiënten biedt dit als bijkomend voordeel dat ze meer keuzemogelijkheden hebben en efficiënter gebruik kunnen maken van verschillende aanbieders, te meer als deze op dezelfde locatie gevestigd zijn.

Voor nadere beleidsbepaling is het van belang dat de voortgang van de ontwikkelingen binnen de eerste lijn gemonitord en geëvalueerd worden. Om die reden is in 2005 het Landelijk Overleg Versterking eerstelijnszorg (LOVE) opgericht, waarbinnen een aantal belangrijke partijen bijeenkomen om de ontwikkelingen binnen de eerstelijnszorg te bespreken. Om op regionaal niveau samenwerkingsverbanden verder in gang te zetten spelen de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) voor de eerste lijn een belangrijke stimulerende rol. Deze zijn opgericht op 1 januari 2005 en hebben tot doel om op regionaal niveau zorginitiatieven te ondersteunen om zo de kwaliteit en continuïteit van zorgverlening in de eerste lijn te bevorderen en mono- en multidisciplinaire samenwerking te verbeteren (LVG, 2007; CTZ, 2006). Maar ook voorafgaand aan deze periode was multidisciplinaire samenwerking al in opkomst. Zo constateerden Vulto & Buytendijk (2003) dat er allerlei initiatieven ontplooid worden rondom wijkgerichte of regionale samenwerkingsvormen en -projecten.

Om inzicht te bieden in hoeverre de gewenste samenwerking tot stand komt, is door het NIVEL een registratie van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn ontwikkeld (Kenens e.a., 2006; Hofhuis en Hingstman, 2006). Aan de hand hiervan kunnen ontwikkelingen in het aantal en type samenwerkingsverbanden gemonitord worden. De eerste meting vond plaats in de periode eind 2006 – begin 2007. In dit rapport worden de resultaten van deze eerste meting gepresenteerd. Daarbij zal antwoord worden gegeven op de volgende onderzoeksvragen:

- 1) Welke vormen van samenwerking binnen de eerste lijn zijn te onderscheiden en hoeveel huisartspraktijken maken hiervan deel uit?
- 2) Welke overige eerstelijnsdisciplines maken deel uit van een samenwerkingsverband in de eerste lijn?
- 3) In hoeverre zijn er regionale verschillen ten aanzien van het aantal en type samenwerkingsverbanden in de eerste lijn?
- 4) Op welke wijze hangen de verschillende vormen van samenwerking met elkaar samen?

In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de onderzoeksmethode, waarbij onder andere ingegaan wordt op de totstandkoming van de indicatoren op basis waarvan verschillende vormen van samenwerking gedefinieerd worden. In hoofdstuk 3 wordt een beschrijving gegeven van de huidige stand van zaken rond het aantal en type samenwerkingsverbanden. In hoofdstuk 4 wordt gekeken naar geografische verschillen in samenwerking. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de wijze waarop de verschillende vormen van samenwerking in de eerste lijn met elkaar samenhangen. Hoofdstuk 6 eindigt met een discussie en slotbeschouwing.

## 2 Methode

### 2.1 Inleiding

In 2005 is het NIVEL, in opdracht van het Ministerie van VWS gestart met de ontwikkeling van een informatiesysteem voor het monitoren van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn (Kenens e.a., 2006). Dit heeft er toe geleid dat, samen met partijen uit het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE), een lijst met indicatoren is opgesteld waarmee de verschillende vormen van samenwerking in de eerstelijnszorg zowel op landelijk als op regionaal niveau in kaart gebracht kunnen worden.

Om de stand van zaken rond de eerstelijnsamenwerking te kunnen monitoren is een informatiesysteem opgesteld, waarbij de huisartspraktijk het startpunt is voor de gegevensverzameling. In dat kader zijn eind 2006 en begin 2007 door het NIVEL vragenlijsten uitgezet onder alle huisartspraktijken in Nederland. In dit hoofdstuk worden de verschillende aspecten van deze gegevensverzameling nader omschreven.

### 2.2 Indicatoren om samenwerkingsverbanden in de eerste lijn te onderscheiden

Om indicatoren te ontwikkelen op basis waarvan samenwerkingsverbanden in de eerste lijn gemonitord kunnen worden, heeft het NIVEL in opdracht van het ministerie van VWS in 2005-2006 een studie uitgevoerd (Hofhuis & Hingstman, 2006). Daartoe is eerst een korte literatuurstudie verricht en zijn interviews afgenomen bij een aantal direct betrokken partijen, te weten de Landelijke Vereniging van Gezondheidscentra (LVG), het Ministerie van VWS, Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Om ook inzicht te krijgen in het dagelijkse gebruik van informatiesystemen over samenwerking in de eerste lijn zijn gesprekken gevoerd met enkele vertegenwoordigers van een aantal Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en). Aan de hand van de uitkomsten van bovengenoemde activiteiten zijn randvoorwaarden geformuleerd voor zowel het opstellen van de indicatoren van samenwerking als voor het monitoren van die samenwerking. De randvoorwaarden voor het monitoren van samenwerking in de eerste lijn waren:

- a) Gezien het exploratieve karakter van de monitor wordt door alle partijen gesteld dat (vooralsnog) de huisarts de basisdiscipline is van waaruit de monitor moet worden opgezet. Dit betekent dat (vooralsnog) alleen die vormen van samenwerking worden onderscheiden waarbij minimaal de functie huisartsgeneeskunde is betrokken.
- b) In aansluiting op de visie van VWS rond de toekomstbestendige eerste lijn wordt gesteld dat voor de monitor alleen gekeken wordt naar samenwerking binnen de eerste lijn. Dit betekent dat allerlei vormen van samenwerking tussen de eerste en tweede lijn vooralsnog buiten beschouwing wordt gelaten.
- c) Tot de eerstelijnszorg worden in ieder geval de volgende disciplines gerekend: huisarts, tandarts, fysiotherapeut, oefentherapeut Cesar/Mensendieck, ergotherapeut, logopedist, apotheker, wijkverpleegkundige/verzorgende, diëtist, verloskundige, maatschappelijk werk, eerstelijnspsycholoog.

- d) Een monitor van samenwerking in de eerste lijn moet op een betrouwbare, volledige, valide en efficiënte wijze gerealiseerd worden.

Zoals eerder aangegeven is de huisartspraktijk het startpunt van de monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Aangezien het gaat om multidisciplinaire samenwerking zal in eerste instantie gekeken worden of er op het praktijkadres van huisartsen ook één of meer andere eerstelijnsdisciplines gevestigd zijn. Vervolgens kunnen daarnaast drie vormen van samenwerking onderscheiden worden, te weten formele samenwerking, geannonceerde samenwerking en door zorgverzekeraars gefinancierde samenwerking. Dit leidt tot een indeling van vier deelonderwerpen die in deze studie centraal staan. Deze zijn als volgt geformuleerd:

- a) Indien er andere disciplines op het praktijkadres van de huisarts zijn gevestigd, spreken we van een **MOED (Meer Disciplines onder Één Dak)**.
- b) Indien er tussen de huisartspraktijk en één van de eerstelijnsdisciplines schriftelijke afspraken zijn vastgelegd over samenwerking spreken we van een **Formeel Samenwerkingsverband**.
- c) Indien huisartspraktijken zich naar buiten toe presenteren als een samenwerkingsverband, bijvoorbeeld via één aanspreekpunt voor geboden zorg, website, patiëntenfolder spreken we van **Geannonceerde Samenwerkingsverbanden**. Dit kunnen dus zowel samenwerkingsverbanden zijn waarbij rond samenwerking afspraken schriftelijk zijn vastgelegd dan wel informele afspraken rond samenwerking zijn gemaakt.
- d) Tot slot kan ten aanzien van bovengenoemde typen samenwerkingsverbanden ook nog een onderscheid gemaakt worden ten aanzien van het al dan niet **door zorgverzekeraars gefinancierde samenwerkingsverbanden**.

Om bovengenoemde onderwerpen te kunnen onderscheiden is de huisartspraktijk het startpunt van de gegevensverzameling. Daarbij zijn enquêtevragen geformuleerd rond bovengenoemde vier onderwerpen:

- Welke disciplines zijn werkzaam of gevestigd op het praktijkadres of in hetzelfde gebouw als de huisartsenpraktijk is, oftewel *is men op 1 locatie gevestigd?*
- Met welke disciplines heeft de huisartsenpraktijk schriftelijke afspraken vastgelegd over samenwerking, oftewel *heeft men een samenwerkingscontract?*
- Met welke disciplines presenteren huisartsenpraktijken zich als samenwerkingsverband naar buiten. Het gaat dan bv. om één aanspreekpunt voor geboden zorg, via website, patiëntenfolder, etc. Oftewel, *is er sprake van een geannonceerd samenwerkingsverband?*
- Als praktijken deel uitmaken van een door de zorgverzekeraar(s) gefinancierd samenwerkingsverband, welke andere disciplines maken daar dan deel van uit? Oftewel, *is het samenwerkingsverband gefinancierd door de zorgverzekeraar(s)?*

Bij de gemaakte indeling in deze inventariserende studie kan een aantal kanttekeningen worden geplaatst. Zo zijn alleen de drie laatste onderwerpen te beschouwen als vormen van samenwerking, die elkaar overigens ook niet hoeven uit te sluiten. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat men wel een samenwerkingscontract heeft, zonder dit naar buiten te presenteren of andersom. Het eerste thema, samen gevestigd zijn op één locatie hoeft in

de praktijk echter geen samenwerking te betekenen. Deze groep praktijken is relatief heterogeen van aard. Enerzijds gaat het om situaties waarbij meerdere disciplines op één locatie zijn gevestigd, en ook daadwerkelijk onderling samenwerken en een geïntegreerde eerstelijnszorg aanbieden (zoals in veel gezondheidscentra het geval is). Daarnaast betreft het ook disciplines die - zonder samen te werken - op één locatie zijn gevestigd, zoals in de vorm van een bedrijfsverzamelgebouw, waarbij iedere discipline een eigen zelfstandige praktijkvoering houdt. Het achterliggende idee van op één locatie gevestigd zijn is dan ook dat dit niet perse betekent dat men samenwerkt, maar dat de kans op samenwerking wel groter is en dat vestiging op één locatie wellicht een aanzet vormt om op termijn een samenwerkingsverband op te zetten. Daarbij biedt het voor patiënten mogelijk extra voordelen om op één centrale plek verschillende vormen van gecombineerde zorg te ontvangen.

### 2.3 De gegevensverzameling

Voor het doen van uitspraken op landelijk en regionaal niveau over multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn is het noodzakelijk om alle huisartspraktijken te benaderen. Aangezien voor de update van de NIVEL huisartsenregistratie alsmede voor het opzetten van RIVM-website “KiesBeter.nl” alle huisartsenpraktijken via een vragenlijst benaderd zouden worden is de gegevensverzameling voor beide onderzoeken gecombineerd met die voor de monitor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Dit betekent dat er één landelijke vragenlijst is opgesteld waarin vragen zijn opgenomen voor de NIVEL-huisartsenregistratie, voor KiesBeter.nl en voor de monitor samenwerkingsverbanden (zie bijlage 1).

De vragenlijst is in een pilot-project in één van de ROS-regio's (Zoetermeer) getest. Op basis hiervan is de vragenlijst aangepast. Uit de pilot kwam verder naar voren dat de gegevensverzameling via huisartsenpraktijk een goede methode is om de benodigde informatie boven tafel te krijgen.

Eind 2006 en begin 2007 is de schriftelijke enquête uitgezet onder alle huisartspraktijken in Nederland. De namen en adressen hiervan zijn afgeleid uit de NIVEL-huisartsenregistratie. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft de gegevensverzameling ondersteund met een aanbevelingsbrief. De aangeschreven huisartspraktijken werd de mogelijkheid geboden om de vragenlijst schriftelijk in te vullen dan wel via internet. Daartoe hebben alle huisartspraktijken een wachtwoord toegewezen gekregen. De vragenlijst is in het najaar van 2006 verstuurd en eind 2006/begin 2007 is er gerappeld.

Met betrekking tot de gegevensverzameling moet de kanttekening geplaatst worden dat de enquêtevragen alleen betrekking hebben op de praktijk van de huisarts en niet op individuele huisartsen. Dit betekent dat één van de huisartsen uit een huisartspraktijk de vragen invult voor de praktijk waarin hij of zij werkzaam is. Daarbij is sprake van het probleem wat precies onder een praktijk moet worden verstaan. In de enquête is dat als volgt gedefinieerd: “een praktijk is een organisatorische eenheid van één of meer huisartsen bij wie patiënten op naam staan ingeschreven”. Dit betekent dat er op een adres

met huisartsen meer dan één praktijk gevestigd kan zijn. We zien dan ook dat huisartsen zich soms naar buiten toe presenteren als groepspraktijk, terwijl er eigenlijk sprake is van meer praktijken.

Aangezien in de huisartsenregistratie van het NIVEL geen onderscheid gemaakt kan worden naar praktijken zoals hierboven aangegeven, zijn in principe alleen de praktijkadressen aangeschreven. Dit betekent dat één van de huisartsen (te weten de langst zittende huisarts) op een praktijkadres de vragenlijst heeft ontvangen, met de vraag om de vragen voor zijn/haar praktijk in te vullen. Verder is gevraagd of er nog andere praktijken op het betreffende praktijkadres gevestigd zijn. Van de praktijkadressen waarvan geen vragenlijst teruggestuurd is, hebben alle huisartsen die volgens ons op dat praktijkadres werkzaam zijn een rappelenquête gehad.

#### *Respons*

In totaal hebben 4.346 praktijkadressen van huisartsen een schriftelijke vragenlijst ontvangen. Hiervan hebben 3.322 huisartspraktijken de vragenlijst ingevuld geretourneerd. Dit betekent een respons van 76%. Verreweg het grootste deel (89%) van de respondenten heeft de schriftelijke vragenlijst ingevuld; de overige 11% maakte gebruik van de internetvragenlijst. Zoals reeds aangegeven is de gegevensverzameling nog niet geheel afgerond. De adressen waar meer huisartspraktijken gevestigd zijn worden ten tijde van de rapportage nog benaderd. Dit betekent dat de uitkomsten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

#### *Weging*

Vanwege het feit dat niet alle praktijken hebben gerespondeerd, is bij de weergave van resultaten een weging toegepast. De verdeling van responderende praktijken naar hun type praktijk (solo-, duo- of groepspraktijken) is hierbij gecorrigeerd voor de verdeling van deze drie typen praktijken onder alle huisartspraktijken in Nederland. Hierdoor is het mogelijk om op landelijke en regionale schaal betrouwbare uitspraken te doen omtrent het aantal en type multidisciplinaire samenwerkingsverbanden.



### 3 Aantal en kenmerken multidisciplinaire samenwerkingsverbanden

In dit hoofdstuk wordt allereerst ingegaan op de vraag hoe vaak er binnen huisartspraktijken andere disciplines gevestigd zijn en of er met andere disciplines verschillende vormen van samenwerking voorkomen. Vervolgens wordt besproken welke disciplines hierbij betrokken zijn en welke combinaties van disciplines relatief vaak voorkomen.

#### 3.1 Type samenwerking

Uit tabel 3.1 blijkt dat op de helft van alle praktijkadressen van huisartsen nog één of meer andere eerstelijnsdisciplines zijn gevestigd. Dit betekent dat 50% van de huisartspraktijken deel uitmaakt van een MOED (Meerdere disciplines onder één dak). In totaal gaat het om 2.188 praktijkadressen. Aan een formeel samenwerkingsverband neemt 39% van de huisartspraktijken deel (te weten 1.674 praktijken). Circa 37% van de huisartspraktijken maakt deel uit van een geannonceerd samenwerkingsverband, oftewel een samenwerkingsverband dat zich als zodanig naar buiten presenteert. In totaal gaat het om circa 1.600 huisartspraktijken. Het aandeel huisartspraktijken dat deel uitmaakt van een door de zorgverzekeraar(s) gefinancierd samenwerkingsverband komt op basis van de antwoorden van huisartsen relatief weinig voor, namelijk 14% (593 praktijken). Voor een deel overlapt deze vorm van samenwerking mogelijk met het bestaan van gezondheidscentra, waarbinnen huisartsen en andere zorgverleners veelal binnen één organisatie en/of locatie eerstelijnszorg aanbieden. Maar aangezien het aantal gezondheidscentra in Nederland naar schatting veel lager is, wordt deze vorm van samenwerking door huisartsen niet hetzelfde ervaren als het deelnemen aan een gezondheidscentrum. Zo kunnen daarnaast ook andere vormen van samenwerking in aanmerking komen voor financiering vanuit verzekeraars, bijvoorbeeld in de vorm van financiële ondersteuning van (lokale) projecten, deels gericht op specifieke patiëntengroepen.

Tabel 3.1: Verdeling huisartspraktijken naar type samenwerkingsverband

	Ja	Nee
MOED	50%	50%
Formeel samenwerkingsverband	39%	61%
Geannonceerd samenwerkingsverband	37%	63%
Gefinancierd samenwerkingsverband	14%	86%

Tabel 3.2 laat zien in welke mate de praktijkvorm van huisartsen samenhangt met de mate van samenwerking. Bij de groepspraktijken maakt een aanzienlijk hoger percentage (73%) deel uit van een MOED dan bij de solo- (38%) en duopraktijken (53%). Dit geldt ook voor het aandeel huisartspraktijken dat aan een formeel samenwerkingsverband deelneemt; bij 52% van de groepspraktijken is sprake van een formele samenwerking tegen 31% van de solopraktijken. Ook ten aanzien van de geannonceerde en gefinancierde



















































































































