



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

Monitor multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn

Achtergronden en resultaten van een trend- en verdiepingsstudie

J. Hansen
M. van Greuningen
R.S. Batenburg

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 97-8946-122-0219

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2010 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

Samenvatting	5
Algemene inleiding	7
 DEEL I: Multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn Een literatuuroverzicht	
1 Inleiding	13
2 Dimensies van samenwerking binnen de eerste lijn	17
2.1 De schaal van samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn	17
2.2 De formalisatie van samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn	20
2.3 De multidisciplinariteit van samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn	21
3 Determinanten van samenwerking binnen de eerste lijn	25
3.1 Beleidsregels en financiering	25
3.2 Het patiëntenbelang	28
3.3 Organisationele randvoorwaarden	29
4 Samenvatting en conclusie	31
 DEEL II: Ontwikkelingen in multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn Een vergelijking van huisartspraktijken tussen 2007 en 2009	
1 Inleiding	35
2 Enquête, steekproef en respons	37
3 Resultaten	39
3.1 Veranderingen in het voorkomen van samenwerkingsverbanden 2007-2009	39
3.2 Samenwerking en praktijkomvang in 2007 en 2009	41
3.3 Samenwerking en regio in 2007 en 2009	42
3.4 Samenwerking op wijkniveau in 2007 en 2009	45
3.5 Samenwerking en discipline in 2007 en 2009	47
4 Samenvatting en conclusie	53

DEEL III: Zorginhoudelijke samenwerking in de eerste lijn
Een verdiepingsstudie vanuit het perspectief van de huisarts in 2009

1	Inleiding	57
2	Enquête, steekproef en respons	59
3	Resultaten	61
3.1	Zorginhoudelijke samenwerkingsverbanden en organisatievorm	61
3.2	Zorginhoudelijke samenwerkingsverbanden rond Diabetes en COPD/Astma	63
3.3	Financiering van samenwerkingsverbanden	67
4	Samenvatting en conclusie	73

DEEL IV: Multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn
Conclusies en onderzoeksagenda

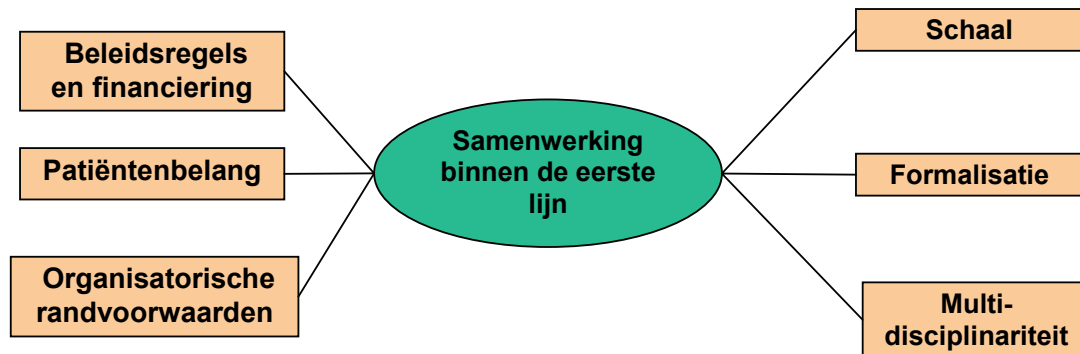
1	Conclusies	77
2	Naar een onderzoeksagenda	79
	Literatuur	83
	Bijlage 1: Aanvullende tabellen	85
	Bijlage 2: Basisvragenlijst huisartspraktijken	89
	Bijlage 3 Verdiepende vragenlijst huisartspraktijken	93

Samenvatting

Dit rapport verschijnt als opvolging van de eerste NIVEL-studie naar multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn uit 2007. Daarmee is de tweede stap gezet in het monitoren van huisartspraktijken wat betreft de mate waarin zij aangeven met andere disciplines samen te werken. Daarbij zal antwoord worden gegeven op de volgende drie onderzoeksvragen:

1. Op welke wijze kunnen eerstelijns multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en hun ontwikkeling getypeerd worden, mede op basis van de literatuur?
2. Wat zijn de ontwikkelingen in het aantal huisartspraktijken en andere eerstelijnsdisciplines dat deel uitmaakt van een multidisciplinair samenwerkingsverband en is er hierbij sprake van geografische verschillen?
3. Op welke patiëntengroepen zijn samenwerkingsverbanden gericht en hangt dit samen met de organisatievorm en inrichting van een samenwerkingsverband?

Naast een herhaling van het onderzoek uit 2007, is voor dit onderzoek de gelegenheid aangegrepen om dieper in te gaan op zowel de dimensies (uitingsvormen) als determinanten (*drivers*) van samenwerking. In één figuur samengevat kan de leidende structuur van dit rapport als volgt worden afgebeeld:



In *deel I* van dit rapport worden de elementen van het model beschreven op basis van literatuuronderzoek. Aanvullend worden in *deel II* en *deel III* de uitkomsten van een tweetal empirische onderzoeken gepresenteerd.

Deel II beschrijft de resultaten van de respondenten van de peiling die in 2009 is uitgevoerd onder ruim 2.100 huisartspraktijken in Nederland, waarmee de voortgang in samenwerking sinds 2007 wordt gemeten. Zowel in termen van schaal, formalisatie als multidisciplinariteit is de samenwerking binnen de eerste lijn toegenomen. Zo is het aandeel huisartsen samen met andere disciplines op één locatie 8% gegroeid, van 50% naar 58%. Het aandeel praktijken met een formeel samenwerkingscontract is 5% gestegen, naar 43% in 2009. Grotere groepspraktijken kennen meer samenwerkingsvormen. Met de doorgaande tendens tot schaalvergroting van huisartspraktijken, zal dit betekenen dat ook de samenwerking binnen de eerste lijn in Nederland zal toenemen.

In *deel III* wordt verslag gedaan van een aanvullend onderzoek onder 130 huisartspraktijken die ook de basisvragenlijst invulden. Hieruit komt naar voren dat Diabetes

Mellitus, COPD/Astma en Cardiovasculair Risicomanagement de drie belangrijkste chronische ziekten en patiëntengroepen vormen waarop multidisciplinaire samenwerking zich (zorginhoudelijk) binnen de eerste lijn concentreert. Overigens werken huisartsen rondom Diabetes het meest samen in de vorm van zorggroepen, die veelal monodisciplinair zijn georganiseerd. Uit de verdiepingsstudie blijkt tevens dat de verschillende beleidsregels en vormen van externe financiering niet alleen *drivers* voor multidisciplinaire samenwerking zijn, zij kunnen ook een belemmerende invloed hebben. Declaraties in relatie tot zorgverzekeraars vormen bijvoorbeeld een veel genoemd knelpunt, maar ook het inrichten van de communicatie en organisatie rondom de samenwerking. Ook valt op dat patiënteninbreng bij zorginhoudelijke samenwerking nog weinig concrete invulling krijgt.

Deel IV sluit af met een onderzoeksagenda. Het blijvend monitoren van samenwerkingsverbanden blijft belangrijk om de effecten van ketenzorgfinanciering, schaalvergroting en functionele/integrale bekostiging te bepalen. Voorts zou vervolgonderzoek wenselijk zijn om het vestigingstraject van disciplines onder één dak in kaart te brengen, als randvoorwaarde voor intensievere en bredere multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn.

Algemene inleiding

De eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland lijkt volop in beweging, waarbij de traditionele typering van de eerste lijn als een monodisciplinair kleinbedrijf onder druk lijkt te staan (de Bakker e.a., 2005; Groenewegen e.a., 2007). Zo vindt er binnen veel eerstelijnsdisciplines verdergaande schaalvergroting en professionalisering plaats. Praktijken worden niet alleen steeds groter, maar daarbinnen wordt het werk ook anders georganiseerd. Daarbij valt te denken aan een toenemend belang van goede overdracht – onder meer door groei van deeltijdarbeid – en aan een algemene tendens richting meer *evidence based* werken. Daarnaast ontstaan er – o.a. door veranderende marktprikkels en financieringsstromen – nieuwe initiatieven in de eerstelijnszorg. Zo zijn er verschillende beleids- en subsidiemaatregelen ingevoerd die als doel hebben om samenwerking in de eerste lijn te versterken, met name wanneer deze multidisciplinair van aard en vraag-gestuurd is. Daarbij valt te denken aan de invoering van integrale bekostiging, maar ook aan het in september 2009 gestarte ZonMw-programma ‘Op één lijn’, dat tot doel heeft om, als vliegwiel, samenwerking in de eerste lijn te versterken en/of te stimuleren. Bij dergelijke stimulering is niet alleen een rol weggelegd voor de overheid, maar ook voor veldpartijen zelf, onder andere verenigd in het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE). Om op regionaal niveau samenwerkingsverbanden verder te ontwikkelen zijn daarnaast de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS-en) voor de eerste lijn opgericht, met onder andere als 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 (www.lvg.org).

Multidisciplinaire eerstelijnszorg kan omschreven worden als ‘eerstelijnszorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende discipline achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de consument te leveren’ (NZa, 2009). Achterliggende gedachten van deze stimuleringsmaatregelen is dat samenwerking kan leiden tot betere afstemming tussen verschillende soorten zorgverleners. Dit levert niet alleen kwaliteitsvoordelen, maar kan ook de efficiëntie van de eerste lijn vergroten. Dit is van extra belang in het licht van de toenemende nadruk op substitutie van ziekenhuiszorg naar de eerste lijn, met name voor chronische aandoeningen (Ministerie van VWS, september 2008). Illustratief in dat verband is de opkomst van de zogenaamde zorgstandaarden, door het Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2010) omschreven als ‘de norm waaraan multidisciplinaire zorg voor mensen met een bepaalde chronische ziekte moet voldoen. Deze standaarden beperken zich niet tot de inhoud van de zorg (inclusief de rol van de patiënt), maar richten zich ook op de organisatiestructuur van het zorgproces (de ketenorganisatie) en de bijbehorende prestatie-indicatoren. Er worden dus steeds meer normen gesteld aan de wijze waarop de zorg het beste georganiseerd kan worden, de vorm waarvan deels afhangt van het type ziekte en zorgvraag. Zo hanteren zorgverzekeraars bepaalde inkoopcriteria bij ketenzorg (ketencontractering) in het geval van multidisciplinair samengestelde zorgaanbieders (zorggroepen). Centraal in dergelijke benaderingen is dat er sprake moet zijn van enige vorm van ‘ketenorganisatie’, waarbij zorgaanbieders een aantal afspraken dienen te

maken. Het kan dan bijvoorbeeld aan om de aanwezigheid van individuele zorgplannen of elektronisch patiëntendossiers, maar ook om de aanwezigheid én inhoud van samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners.

Doel van deze studie is om samenwerkingsverbanden in de eerste lijn te monitoren. Hier toe is het NIVEL in 2005 in opdracht van het Ministerie van VWS gestart met de ontwikkeling van een informatiesysteem, waarbij de huisartspraktijk het startpunt is voor de gegevensverzameling (Kenens e.a., 2006). Samen met partijen uit het Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE) is een lijst met indicatoren opgesteld waarmee de verschillende vormen van samenwerking in de eerstelijnszorg zowel op landelijk als op regionaal niveau in kaart gebracht kunnen worden (Hofhuis en Hingstman, 2006). In dit kader is in 2007 door het NIVEL een eerste monitor uitgevoerd naar multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn ((Hansen e.a., 2007a). In de voorgaande studie is door middel van een vragenlijst onder alle huisartsenpraktijken vastgesteld in hoeverre er sprake is van eerstelijnsamenwerking. Aangezien hierbij de focus lag op een viertal hoofdindicatoren, zoals of men gezamenlijk op één locatie werkt, gaf dit vooral een globaal en overkoepelend beeld van samenwerking. Zo bleek onder meer dat de helft van de huisartsenpraktijken in Nederland al met minimaal één andere discipline op dezelfde locatie gevestigd is. Mogelijk vormde dit een belangrijke eerste stap om daarna een formeel samenwerkingsverband op te zetten en/of zich als samenwerkingsverband naar buiten te presenteren.

Anno 2009 is het dan ook de vraag of en in hoeverre deze algemene indicatoren van samenwerking een verandering laten zien in de mate van samenwerking in de eerste lijn. Dit laatste is van bijzonder belang, aangezien geconstateerd kan worden dat de eerste lijn sterk in beweging is. Mede door veranderende wetgeving en financieringsstromen ontstaan nieuwe initiatieven in de eerstelijnszorg. In dit rapport gaan we dieper in op deze actuele veranderingen en wordt zowel conceptueel als empirisch een overzicht gegeven van de stand van zaken van multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn. Daarbij zal antwoord worden gegeven op de volgende drie algemene onderzoeksvragen:

1. Op welke wijze kunnen eerstelijns multidisciplinaire samenwerkingsverbanden en hun ontwikkeling getypeerd worden, mede op basis van de literatuur?
2. Wat zijn de ontwikkelingen in het aantal huisartspraktijken en andere eerstelijnsdisciplines dat deel uitmaakt van een multidisciplinair samenwerkingsverband en is er hierbij sprake van geografische verschillen?
3. Op welke patiëntengroepen zijn samenwerkingsverbanden gericht en hangt dit samen met de organisatievorm en inrichting van een samenwerkingsverband?

Voor de beantwoording van deze vragen is het rapport ingedeeld in drie aparte delen, die onderling wel samenhangen. In deel I wordt eerst enige literatuur over multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn op een rij gezet. Daarmee wordt een conceptuele basis gelegd voor de volgende twee delen, die de resultaten van actueel empirisch onderzoek presenteren. In deel II zijn dat de resultaten van de meting in 2009 onder huisartspraktijken, waarmee de verandering ten opzichte van 2007 kan worden vastgesteld. Hiermee kan de facto de vraag worden beantwoord of in samenwerking binnen de eerste lijn in Nederland is toegenomen of niet. In deel III komen vervolgens de

resultaten van een verdiepende enquête onder huisartspraktijken aan de orde. Deze gaan in op de zorginhoudelijke samenwerking in de eerste lijn gericht op specifieke patiëntengroepen. Het rapport sluit in deel IV af met conclusies, nabeschouwing en een agenda voor toekomstig onderzoek naar multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn.

Dit rapport is tot stand gekomen in interactie met een begeleidingscommissie bestaande uit vertegenwoordigers van de volgende organisaties: het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF), de Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD) en de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LvE). De leden van de begeleidingscommissie hebben een actieve, kritische en constructieve inbreng gehad in de opzet en uitvoering van de deelonderzoeken, en tevens deze rapportage.

DEEL I

Multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn

Een literatuuroverzicht

1 Inleiding

Lange tijd was het aantal organisatorische samenwerkingsvormen in de eerste lijn overzichtelijk. Het ging in essentie om monodisciplinair kleinbedrijf en samenwerking op vrijwillige basis (hometeams). De laatste 10 jaar zijn veel nieuwe organisatievormen in de eerste lijn ontstaan:

- opkomst van huisartsenposten (NB die laten we in dit onderzoek verder buiten beschouwing omdat dit acute zorg betreft);
- ontstaan van organisaties rond de keten van zorg voor chronisch zieken, de zogenoemde zorggroepen, die in de regel onder regie van huisartsen staan (de Wildt & Leusink, 2008);
- de opkomst van Buurtzorg, zelfsturende netwerken van 10 tot 15 verpleegkundigen en verzorgenden die in samenwerking met huisartsen, ziekenhuis en sociale wijkvoorzieningen buurtgericht thuiszorg leveren (De Veer et al., 2008);
- eerstelijnslaboratoria en diagnostische centra die facilitaire diensten aanbieden aan huisartsen;
- commerciële organisaties die het management van huisartsenpraktijken of gezondheidscentra op zich nemen (vb Vitea, Independer);
- ontstaan van monodisciplinaire ketens, met name in de farmacie maar tegenwoordig ook in de fysiotherapie; dit soort ketens biedt ook meer en meer multidisciplinaire zorgprogramma's aan (b.v. Mediq, THP-groep) en worden als ook als aanloop naar multidisciplinaire samenwerking gebruikt;
- zorgverzekeraars die gezondheidscentra starten (bijv. Menzis, zie Van den Berg e.a., 2008).

Er is echter nog weinig zicht welke samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn dominant zijn, welke een tijdelijke trend vormen en welke zich een vaste positie binnen de sector zullen verwerven. Behalve dat dit een empirische opgave is, is er ook behoefte aan een werkbare definitie en classificatie van samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn. Doel van deze literatuurstudie is dan ook om een beeld te geven van wat samenwerking precies behelst en welke determinanten van samenwerking er zijn. Hiervoor zal niet zozeer een uitputtend literatuuroverzicht worden gemaakt van de nationale en internationale literatuur, maar ligt het accent op Nederlandse studies en visiedocumenten die een bijdrage kunnen leveren aan het aanscherpen van het beeld van wat samenwerking in de eerste lijn behelst.

Eén van de meest uitgebreide omschrijvingen van wat samenwerking binnen de eerste lijn *zou kunnen zijn*, is beschreven uit de “Intentieverklaring versterking eerstelijnszorg”, die in 2004 door verschillende beleidspartijen werd ondertekend.¹ In deze verklaring werd de volgende definitie (of: uitgangspunt) van eerstelijnsamenwerking verwoord:

“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).”

Een aantal zaken in deze omschrijving vallen op. Ten eerste worden samenwerkingsmodellen niet als ‘blauwdruk’ gepositioneerd. Dit zou namelijk suggereren dat er van bovenaf een vooropgezet plan is hoe de zorg precies ingericht moet worden, zonder ruimte te bieden voor initiatieven en maatwerk van onderaf. Benadrukt wordt dat het om verschillende vormen van samenwerking gaat. Ten tweede wordt benadrukt dat samenwerking geen doel op zich is, maar juist de eerstelijnszorg hoogwaardiger en doelmatig moet maken. En ook voor zorgkwaliteit en tevredenheid van patiënten bestaan geen standaarden. Goede en minder goede samenwerking is dus niet eenduidig te meten, aangezien het steeds afhangt van de mate waarin het aansluit bij de samenstelling en behoeft patronen van zorgvragers.

Sinds deze intentieverklaring uit 2004, zijn er ten aanzien van samenwerking binnen de eerste lijn steeds nieuwe beleidsontwikkelingen gaande. Zo heeft de NZa in 2009 de beleidsregel ‘Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten’ ontwikkeld (NZa, 2009). Deze maakt het voor verzekeraars mogelijk om geïntegreerde eerstelijnszorg extra te financieren. Hierbij wordt als definitie gehanteerd: “*multi-disciplinaire eerstelijnszorg die door meerdere zorgaanbieders met verschillende disciplinaire achtergrond in samenhang geleverd wordt en waarbij regie noodzakelijk is om het zorgproces rondom de consument te leveren*”. Ten opzichte van de VWS-definitie

¹ 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).

uit 2004 valt op dat de (centrale?) regie sterk benadrukt wordt, in tegenstelling tot de variëteit in samenwerkingsvormen. Het idee van de NZa is dat verzekeraars op deze wijze specifiek sturen op prijs/kwaliteitsverhouding en niet alleen op landelijk maar ook op lokaal/regionaal niveau onderhandelen met (koepels van) gezondheidscentra (Huijsman & Hagedoorn, 2008). Overigens mogen in de NZa-beleidsregel ook andere samenwerkingsverbanden hiervan in potentie gebruik maken. Daarnaast kunnen andere partijen mogelijk (gaan) bijdragen aan financiering van gezondheidscentra zoals gemeenten (via de GGD dan wel via de WMO) en de landelijke overheid (bijvoorbeeld in het kader van screeningsprogramma's).

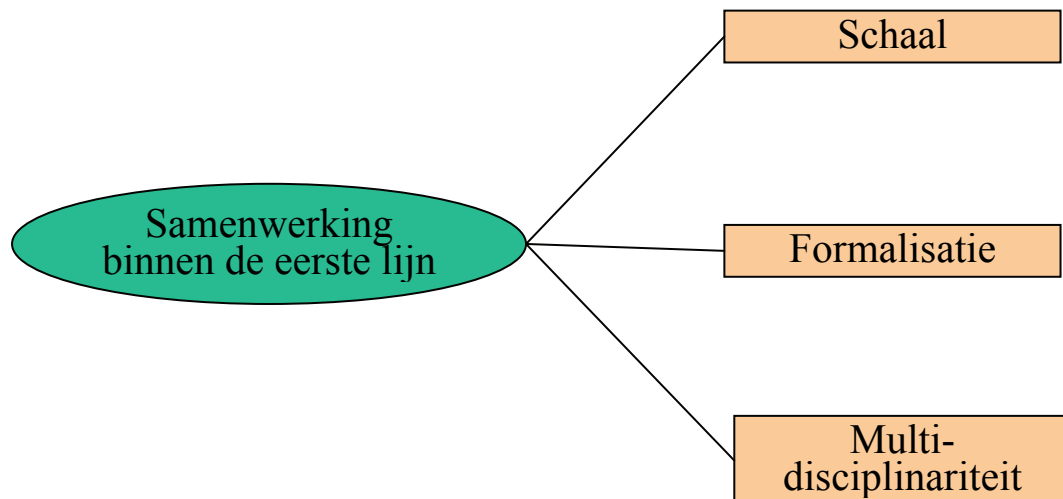
Gegeven deze beleidsdiscussie worden de gezondheidscentra in Nederland vaak gezien als de 'oudste' en meest geëigende samenwerkingsvorm binnen de eerste lijn. Gezondheidscentra zijn in beginsel gericht op het bieden van twee primaire voordelen voor patiënten, namelijk meerdere zorgverleners onder één dak en meer regie en afstemming tussen zorgverleners. Het basisidee is dat wanneer meerdere zorgverleners onder één dak zitten, ze ook sneller tot samenwerking komen. Samen onder één dak is een belangrijke voorwaarde, het is echter de vraag of het ook voldoende voorwaarde is. Samenwerking heeft immers ook te maken met gedrevenheid van zorgverleners om te willen samenwerken. Dit kunnen soms enkele personen zijn, bijvoorbeeld een coördinator van een gezondheidscentrum of een individuele fysiotherapeut die vastberaden is om samen te werken. Ook zal het uitmaken hoe samenwerking geborgd wordt, bijvoorbeeld door structureel teamoverleg. Het is dus een bron van discussie welke determinanten bepalend zijn voor succesvolle samenwerking.

Dit hoofdstuk bouwt voort op de samenwerkingsmonitor die het NIVEL in 2007 als een veldverkenning heeft uitgevoerd. Toen zijn randvoorwaarden geformuleerd voor zowel het opstellen als voor het monitoren van samenwerking. In dit deel van deze rapportage gaan we dieper in op twee zaken: (1) de verschillende dimensies van samenwerking binnen de eerste lijn en (2) de verschillende determinanten van deze samenwerking. Daarbij gaan we niet alleen uit van de huisarts als de basisdiscipline van waaruit samenwerking is opgezet. Ook samenwerking tussen eerstelijns disciplines waarbij geen huisarts betrokken is komen in dit overzicht aan de orde. Ook kijken we naar samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.

2 Dimensies van samenwerking binnen de eerste lijn

Om de hoofddeterminanten te kunnen ontdekken is het noodzakelijk een goed overzicht van de mogelijke vormen van samenwerking te maken. Drie belangrijke dimensies van samenwerking spelen ons inziens daarbij een rol. Dat is ten eerste de schaal van samenwerking: werkt men op regionaal niveau dan wel op lokaal niveau samen, en om hoeveel organisaties gaat het? Ten tweede is de formalisatie van samenwerking een belangrijke dimensie; hoe 'los' of hoe vastgelegd is het samenwerkingsverband? En ten derde is de mate van multidisciplinariteit van het samenwerkingsverband van belang. Zo is naast multidisciplinaire gezondheidscentra ook samenwerking in de vorm van zorggroepen ontstaan, die veelal monodisciplinair zijn georganiseerd.

De drie hoofddimensies die we ten aanzien van samenwerking binnen de eerste lijn onderscheiden, zijn in de onderstaande figuur afgebeeld en zullen hieronder uitgewerkt worden.



2.1 De schaal van samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn

De schaal van het samenwerken binnen de eerste lijn kan in eerste instantie vertaald worden in het onderscheid tussen locatiegebonden en niet-locatiegebonden samenwerking tussen organisaties of zorgaanbieders. Voorts kan niet-locatiegebonden samenwerking (qua schaal) weer gespecificeerd worden naar de omvang van de regio's waarbinnen deze plaats vindt.

Locatiegebonden samenwerking

Locatiegebonden samenwerking (met meerdere disciplines onder één dak) wordt vaak benadrukt als een voorbeeldmodel voor de inrichting van eerstelijnszorg. Ze staat ook centraal in de hiervoor aangehaalde intentieverklaring uit 2004 en sluit aan bij de beleidslijn om eerstelijns zorg zo dicht mogelijk bij cliënten aan te bieden. Zo heeft dit in

het geval van achterstandswijken prominent vorm gekregen in het beleid van oud-minister van Wonen, wijken en integratie Ella Vogelaar. Zij verwoordde het belang van het versterken van eerstelijnszorg in de zogenaamde ‘krachtwijken’ als volgt: *“In iedere achterstandswijk zou een gezondheidscentrum moeten zijn waar de verschillende professionals gezamenlijk die zorg voor de bewoners garanderen. Ik droom ervan dat in de helft van de 40 wijken deze voorzieningen gerealiseerd zijn.”* Aan locatiegebonden samenwerking wordt dan ook een aantal voordelen toegeschreven, door de NPCF (2006) als volgt omschreven:

- One-stop-visits (meer zorg tijdens één bezoek, minder vaak terugkomen);
- Kortere lijnen en betere afstemming tussen zorgverleners;
- Continuïteit van de zorg bij vervanging ;
- Meer tijd en aandacht voor de zorggebruiker;
- Mogelijkheden voor specialisatie van zorgverleners;
- Multidisciplinaire zorgprogramma’s voor mensen met chronische aandoeningen;
- Kansen voor preventieprogramma’s afgestemd op de zorgvraag in de wijk;
- Betere service en dienstverlening.

Bovenstaande punten illustreren dat vestiging in hetzelfde gebouw ook voor zorgverleners zelf voordelen kunnen bieden, bijvoorbeeld in de vorm van informatie-uitwisseling en specialisatie. Toch worden er ook met regelmaat door zorgverleners tegenargumenten gegeven om zich met anderen op één locatie te vestigen. Zo werd in de jaren zeventig al gesproken over de zogenaamde ‘solist nieuwe stijl’, oftewel huisartsen die de voorkeur gaven aan een monodisciplinaire solopraktijk, dit vanwege o.a. goede persoonlijke contacten en laagdrempeligheid naar patiënten, maar dan wel met veelvuldig contact en nauwe samenwerking met andere zorgverleners (Van Bergen, 2007). Deze alternatieve insteek illustreert dat vestiging onder één dak niet als vanzelfsprekend te realiseren is. Dit is voor een deel een kwestie van onbekendheid, maar daarnaast spelen ook praktische belemmeringen een rol. Vestiging onder één dak met andere zorgverleners is immers voor sommige beroepsgroepen lastiger te realiseren dan voor andere. Zo hebben fysiotherapeuten fysieke ruimte nodig om te behandelen die op locatie niet altijd voorhanden is.

Binnen de locatiegebonden samenwerking is vanouds het al eerder genoemde *gezondheidscentrum* het meest bekende model, mede door hun sterke groei in de jaren zeventig en tachtig. Het begrip gezondheidscentrum is niet de enige term die wordt gebruikt door en voor samenwerkende zorgverleners die op dezelfde locatie zijn gevestigd. Locatiegebonden samenwerkingsverbanden noemen zich namelijk ook vaak medisch of eerstelijns centrum. De term “gezondheidscentrum” of “medisch centrum” hoeft niet garant te staan voor een uitgebreid aanbod van eerstelijns zorgverleners (Hopman e.a., 2009). Een deel van dit soort samenwerkingsverbanden vallen onder een koepel van gezondheidscentra (www.lvg.org). Betrekkelijk nieuw zijn gezondheidscentra die zijn opgezet door commerciële organisaties zoals Independer, Vitea of Symphony, maar ook door zorgverzekeraars (bijvoorbeeld het ‘Menzis’-Gezondheidscentrum West in Groningen; Van den Berg e.a., 2007).

Niet-locatiegebonden samenwerking

Naast locatiegebonden samenwerking kunnen in principe dezelfde voordelen bereikt worden via samenwerking buiten de locatie: de niet-locatiegebonden samenwerking. Gezien het algemene streven van de eerste lijn als generalistische zorg dichtbij huis is het daarbij van belang te bepalen op welk geografisch niveau samenwerking plaatsvindt: binnen de wijk, de gemeente, de regio of zelfs landelijk. Dit heeft immers gevolgen voor hoe goed zorgverleners elkaar kennen en hoever patiënten moeten reizen. In het verleden werd er al gesproken van de zogenaamde *hometeams*. Zo werden in 1986 er door Warmenhoven (1987) 425 hometeams in Nederland geteld. Zij floreerden voornamelijk op het platteland.

Een achterliggende reden voor het niveau waarop samenwerking plaatsvindt is het criterium van efficiëntie en schaalvoordelen, oftewel voldoende mate van kwaliteit tegenover een vereiste doelmatigheid. Zo is voor een ziekenhuis veelal een adherentiegebied van tenminste een regio gewenst of noodzakelijk om doelmatige zorg van voldoende kwaliteit te kunnen leveren. Bij andere vormen van zorg is het juist gewenst dat de samenwerking op wijkniveau plaatsvindt, wat niet alleen als voordeel heeft dat het zorg dichtbij de patiënt is, maar ook dat de schaal zo klein is dat de verschillende hulpverleners elkaar kennen en weten wat ze aan elkaar hebben. Wat de precieze (of: optimale) gewenste grootte is van een wijk is lastig eenduidig te stellen. Zo werd in een RVZ-advies uit 1998 uitgegaan van wijken van circa 30.000-40.000 inwoners, waarbij wel werd opgemerkt dat lokale omstandigheden meebepalen wat de optimale grootte zou moeten zijn. Bijvoorbeeld op het platteland is het denkbaar dat ‘de optimale wijk’ bestaat uit een gebied met slechts 8.000 inwoners: “*De essentie en kracht van het wijkzorg-netwerk is niet de omvang, maar dat extramurale hulpverleners hun werkgebieden op elkaar af kunnen stemmen*” (RVZ, 1998). Inmiddels wordt veelal uitgegaan van een schaalgrootte van rond de 10.000-15.000 patiënten (Ministerie van VWS, 2004).

Zorggroepen zijn een typisch voorbeeld van locatieoverstijgende samenwerkingsverbanden. Het is een relatief nieuwe vorm van samenwerking die de laatste jaren sterk is opgekomen. Zorggroepen zijn een belangrijke ontwikkeling op het gebied van ‘horizontale’ samenwerking, i.c. een samenwerkingsverband van hoofdzakelijk huisartsen. Ze richten zich op de uitvoering van (keten)zorgprogramma’s voor chronische zorg zoals diabeteszorg. De term ketenzorg wordt al sinds enige tijd in de gezondheidszorg gebruikt. Ketenzorg wordt door de RVZ omschreven als een “samenhangend geheel van doelgerichte en planmatige activiteiten en/of maatregelen, gericht op een specifieke patiëntencategorie, in de tijd gefaseerd” (RVZ, 1998). Op deze manier omschreven kan ketenzorg zowel binnen één instelling plaatsvinden, als tussen verschillende instellingen. Uitgangspunt is dat er sprake dient te zijn van continue en integrale zorg. In Nederland waren er in 2008 naar schatting zo’n 90 zorggroepen, zo bleek uit het rapport ‘Nulmeting Zorggroepen’ (de Wildt & Leusink, 2008). De gemiddelde zorggroep telt 76 huisartsen met uitschieters tot meer dan 200 huisartsen. De zorggroepen zijn redelijk gelijkmatig door Nederland verdeeld. De meeste zorggroepen zijn in 2006 en 2007 ontstaan.

In het verlengde van de samenwerking middels zorggroepen ligt de samenwerking tussen de eerstelijnszorg (bijv. huisartsen) en de tweede lijnszorg (bijv. de medisch specialisten). Bij deze verbinding of ontschotting is men veelal gericht op een verschuiving van deze gespecialiseerde ziekenhuiszorg naar eerstelijnszorg dicht bij huis, waar mogelijk. De verbinding tussen de twee is ‘anderhalvelijnszorg’ gedoopt. Een andere uitleg van deze term is het plaatsvinden van tweedelijns activiteiten in de eerste lijn. Dit hoeft dan overigens niet te betekenen dat er samenwerking is tussen de verschillende zorgverleners.

2.2 De formalisatie van samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn

Formalisatie verwijst naar de wijze waarop afspraken tussen samenwerkingspartner vastgelegd zijn. Een basale opdeling in oplopende mate van formalisatie is dat samenwerking alleen mondeling, daarna schriftelijk en daarna in de vorm van een contract wordt vastgelegd. Ook de wijze van communicatie nadat de samenwerking is gevormd kan meer of minder formeel zijn. Het gaat dan om de wijze van communicatie: al dan niet teamoverleg, elektronisch, de frequentie van communicatie, ad hoc/structureel overleg, et cetera. Een andere vorm om samenwerking te formaliseren is de toenemende aanpak van zorgverleners om patiënten meer per specifieke aandoening te behandelen en op dit specifieke gebied samen te werken met andere zorgverleners. Mede onder invloed van veranderingen in de bekostiging van de zorg zijn onder andere zorggroepen ontstaan die gespecialiseerd zijn in zorg aan specifieke patiëntencategorieën of specifieke (chronische) aandoeningen zoals diabetes (‘disease management’). Specialisatie kan plaats vinden binnen grotere monodisciplinaire praktijken, bijvoorbeeld in de mondzorg. Daarnaast vindt het plaats binnen multidisciplinaire verbanden. Hoewel deze dimensies met elkaar verband houden, worden ze in de verdere bespreking zoveel mogelijk los besproken. Welke (combinaties) van deze typen zullen toenemen is nog ongewis. Het is daarom ook van belang de tussenvormen (‘hybride’ organisatievormen) te bestuderen.

Zoals eerder aangegeven, zijn er verschillende vormen van formalisatie mogelijk. Deze verschillende vormen in een oplopende mate van formalisatie zijn:

- mondelinge afspraken,
- schriftelijke afspraken,
- expliciete contracten,
- het creëren van een juridische eenheid (bijvoorbeeld 1 contractant of organisatorische eenheid).

Bij al deze vormen van formalisatie zijn tevens belangrijke dimensies de periode die de afspraken, contracten en juridische eenheid omspannen, de mate van detail, de controleerbaarheid en de mate van borging (garantstelling). In praktijk zullen de verschillende vormen naast elkaar bestaan binnen één samenwerkingsverband. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat er meerdere juridische vormen binnen één samenwerkingsverband voorkomen. Zo kunnen er naast elkaar verschillende afspraken met afzonderlijke zorgverleners zijn en lopen bovenstaande soorten afspraken in de praktijk door elkaar. Mondelinge afspraken worden vaak wel gezien als de startfase van samenwerkingsverbanden.

Dit soort afspraken zijn vaak de eerste stap naar een meer geformaliseerde vorm van samenwerking, hoewel het ook bij mondelinge afspraken kan blijven.

Wanneer we de bovenstaande indeling zien als een hiërarchische indeling, dan zou de oprichting van eerstelijnsinstelling als nieuwe juridische entiteit de meest geformaliseerde vorm van samenwerking zijn. Dit soort instellingen zijn echter niet of nauwelijks aanwezig in Nederland. Uit het onderzoek van Hopman e.a. (2009) blijkt dat in praktijk er veel verschillende manieren zijn om formalisatie vorm te geven. Van de acht samenwerkingsverbanden die in het onderzoek zijn geëncquêteerd hebben twee verbanden een formeel samenwerkingsverband, vier niet-formeel en van twee verbanden is het onduidelijk. Drie van de niet-formele samenwerkingsverbanden worden aangestuurd door een projectgroep vanuit de betrokken disciplines. Één informeel samenwerkingsverband had wel de intentie om formeel te worden, maar door achterblijvende financiering was dit nog niet rond.

2.3 De multidisciplinariteit van samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn

De multidisciplinariteit van samenwerkingsverbanden verwijst in enge zin naar de vraag tussen welke disciplines samenwerking plaatsvindt. In bredere zin gaat het ook om de vraag hoe de samenwerking georganiseerd is en waarop deze zich richt, aangezien dit sterk raakt aan de disciplines waartussen samenwerking plaatsvindt. Zo heeft in termen van multidisciplinaire samenwerking de relatie tussen huisarts en apotheek binnen de eerste lijn al een lange historie van verbondenheid, onder meer vanwege het farmacotherapeutische overleg (FTO). Hierin wordt op lokaal of regionaal niveau overlegd over het voorschrijven en verstrekken van medicijnen. Hetzelfde geldt voor de samenwerking tussen huisarts en SPV. Daar bestaan ook al langer afspraken, zoals de Consultatieregeling (Meijer & Verhaak, 2004). De samenwerking tussen huisarts en fysiotherapeut heeft geen soortgelijke historische verbintenis, maar lijkt zich vooral te hebben gevormd vanwege praktische overwegingen, waaronder het gemakkelijker kunnen doorverwijzen van patiënten (Hansen e.a., 2007a).

Naast historische arrangementen is een andere belangrijke leidraad voor multidisciplinariteit primair de inhoud waarop de samenwerking zich richt. Deze inhoud betreft patiëntengroepen en/of aandoeningen, waarbij met name een aantal chronische aandoeningen in de belangstelling staan als onderwerp voor multidisciplinaire samenwerking en zorgvernieuwing. Het gaat hierbij om relatief vaak voorkomende ziekten, die lang duren en behandeling vergen met relatief dure medicijnen (Spreeuwenberg & Elfahmi, 1998). Bovendien zorgt een stijgende levensverwachting er voor dat steeds meer mensen met een chronische ziekte te maken krijgen. Sinds enige jaren zijn er verschillende (beleids)initiatieven om de zorg voor dit type chronische patiënten anders en efficiënter in te richten. Één daarvan is taakherschikking of substitutie van de huisarts naar ondersteunende functies binnen de huisartsenpraktijk (bijvoorbeeld POH, diabetesverpleegkundige). De andere route is door het organiseren van disciplineoverstijgende zorg, ook wel *disease management* genoemd, door de Stichting Stuurgroep Scenario's Gezondheidszorg (STG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

gedefinieerd als *“het proces waarin een voortdurende verbetering van meetbare resultaten van het behandelcontinuüm (preventie, diagnostiek en management) van een specifieke ziekte wordt bevorderd”*. Disease management wordt in de eerste lijn vorm gegeven door zorgstandaarden en zorgprogramma's. Een zorgstandaard beschrijft waar goede zorg voor een specifieke aandoening minimaal aan moet voldoen, gezien vanuit het patiëntenperspectief. Deze standaard is zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderbouwde inzichten en geeft een beschrijving voor het volledige zorgcontinuüm. Dit biedt vervolgens een leidraad bij het contracteren van ketenzorg door de zorgverzekeraar en bij het bepalen van de aanspraken in verzekerde zorg en de onderliggende bekostigingssystematiek (VWS, 2008; Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2010)². Voor de feitelijke toepassing worden zorgstandaarden in de praktijk uitgewerkt in zorgprogramma's, door de RVZ (1998) omschreven als *“een samenhangend pakket van clusters van zorgactiviteiten en/of maatregelen in de tijd gefaseerd, planmatig en gericht op een expliciet doel, effect of eindsituatie”*. Ook in dergelijke zorgprogramma's staan multidisciplinaire samenwerking en ketengericht werken centraal (voor een karakterisering, zie Van Fulpen, 2006). Op dit moment zijn verschillende patiëntengroepen en/of aandoeningen ondergebracht in een zorgprogramma, te weten:

- Diabetes type II,
- COPD/Astma,
- Hartfalen,
- Cardiovasculair risicomanagement,
- Overgewicht,
- Dementie en
- Psychische klachten.

In de praktijk blijkt dat in gezondheidscentra en andere multidisciplinaire samenwerkingsverbanden voornamelijk huisartsen, fysiotherapeuten en eerstelijnspsychologen in aantal het sterkst vertegenwoordigd zijn (Hopman e.a., 2009). Ook kunnen verloskundigen, logopedisten, diëtisten, ergotherapeuten, apothekers en podotherapeuten in deze verbanden betrokken zijn, evenals de thuiszorg en maatschappelijk werk. Deze beroepsgroepen kiezen vaak voor een bepaalde constructie: een beroepsbeoefenaar is een deel van de werkweek in het centrum aanwezig. Zo houden sommige beroepsgroepen mogelijk kantoor binnen verschillende samenwerkingsverbanden, elk voor bijvoorbeeld één of enkele dagdelen per week. Feitelijk betekent dit dat het betreffende samenwerkingsverband dus wel de diensten vanuit die discipline kan aanbieden, maar mogelijk niet op een dagelijkse basis. Mogelijk speelt dit vooral voor relatief kleine beroepsgroepen.

Wat betreft de dimensie multidisciplinariteit, zij hier nog opgemerkt dat ook de samenwerking tussen eerstelijns zorg en 'externe partijen' hieronder geschaard kan worden,

² Voor de aandoening Diabetes wordt er al enige tijd met een zorgstandaard gewerkt (Nederlandse Diabetes Federatie, 2007). De hele keten van zorg is in deze standaard vastgelegd en er wordt beschreven wat er gedaan moet worden. De invulling en uitwerking kunnen lokaal verschillen en worden door de zorgverleners zelf uitgedacht; wel staat de patiënt altijd centraal. Volgens de NDF-standaard vereist goede diabeteszorg een multidisciplinaire aanpak waarin bepaalde (eerstelijns) disciplines altijd vertegenwoordigd zijn (bijv. de huisarts, praktijkondersteuner en diëtist). Daarnaast kan er een wisselend aantal zorgverleners bij betrokken worden (bijv. medisch specialisten, podotherapeut).

bijvoorbeeld met partijen als specialisten in het ziekenhuis, de gemeente en provincie, de GGD, Arbo-diensten, ouderenorganisaties, woningcorporaties, thuiszorgorganisaties en verpleeg- en verzorgingshuizen (Hopman e.a., 2009). Daarnaast bestaan er de zorggroepen die nog vaak juist monodisciplinair zijn samengesteld. Deze treden veelal op als hoofdcontractant bij aandoeningsgerichte samenwerkingsverbanden die uit meerdere disciplines bestaan. Deze zorggroepen richten zich op diabeteszorg, astma, COPD, hartfalen en cardiovasculair risicomanagement, i.c. de hiervoor genoemde zorgprogramma's. Aan een zorggroep diabeteszorg nemen gemiddeld 76 huisartsen deel. De verwachting is dat de monodisciplinaire zorggroepen vanuit hun positie als hoofdcontractant een 'kraamkamer' zijn voor multidisciplinaire samenwerking, die dan binnen de zorggroep wordt opgebouwd (NZa Huisartsenmonitor 2008, de Wildt & Leusink, 2008).

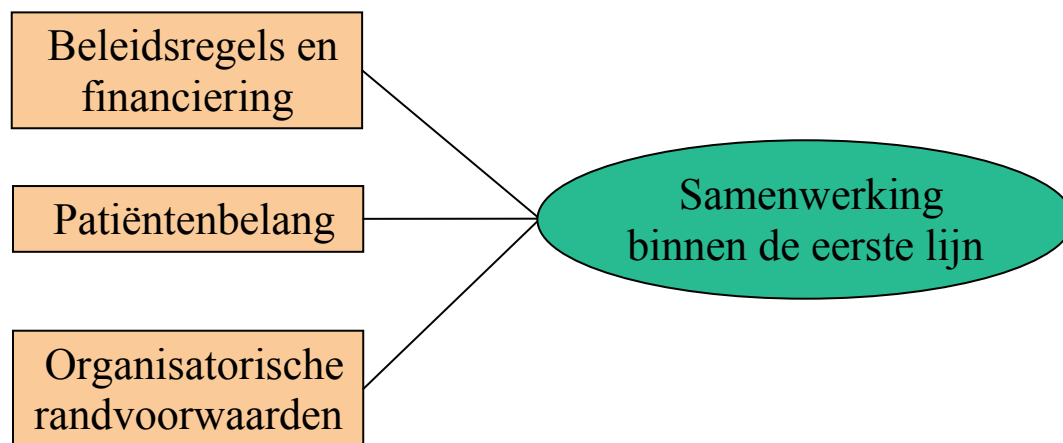
In het bovenstaande hebben we primair een overzicht gegeven van horizontale samenwerking. Er is echter ook steeds vaker sprake van '*verticale*' samenwerking, wanneer de huisarts bijvoorbeeld binnen zijn of haar praktijk samenwerkt met de praktijkondersteuner of verpleegkundige om de zorg rondom diabetespatiënten vorm te geven. Dit kan ook als een vorm van multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn worden beschouwd, die gedreven wordt door trends als:

- Nieuw op te richten beroepstitels, bijvoorbeeld als verdieping bovenop bestaande titels (zoals verpleegkundig specialisten).
- Bestaande beroepsgroepen die bijvoorbeeld de overstap maken van intra- naar extramurale zorg.
- Beroepen of voorzieningen uit de tweede lijn, zoals artsenslaboratoria en diagnostische centra.
- Uitbreiding met ondersteunende functies, zoals de praktijkondersteuner of de *nurse practitioner*.

3 Determinanten van samenwerking binnen de eerste lijn

Nu we de vormen en dimensies van samenwerking binnen de eerste lijn in kaart hebben gebracht, kijken we naar de determinanten voor samenwerking. Hiermee gaan we in op de condities en randvoorwaarden die de partijen binnen eerstelijns meer of minder stimuleren om (op een bepaalde manier) samen te werken. Daartoe gaan we eerst in op de zgn. beleidsregels en in het verlengde hiervan de financiële prikkels voor samenwerking, vanuit de overheid en de zorgverzekeraars. Ten tweede beschouwen we het patiëntenbelang als determinant van samenwerking; de centrale gedachte is immers dat de patiënt centraal staat bij samenwerking. De derde en laatste determinant betreft de organisatorische randvoorwaarden voor samenwerking binnen de eerste lijn. Hierbij gaat het om de vragen die bij elke (nieuwe) organisatievorm speelt, zoals hoe de (samenwerkings)organisatie wordt ingericht, aangestuurd en beheerd.

In schema ziet de opzet voor deze paragraaf er als volgt uit:



3.1 Beleidsregels en financiering

Een belangrijke *driver* voor het aangaan van multidisciplinaire samenwerking kan gelegen zijn in de wijze waarop samenwerking in beleidsregels en externe financiering gestimuleerd of juist belemmerd wordt. Zonder uitpuutend te willen zijn wordt een kort overzicht gegeven van de voornaamste regelgeving.

Beleidsregels

Tot 1 januari 2007 was het mogelijk financiering te krijgen voor eerstelijnsamenwerking waarvoor geen tarieven bestonden. Hiervoor bestond een aparte subsidieregeling die vanaf 2007 is afgebouwd en veranderd in een beleidsregel.³ Het verschil tussen financiering vanuit subsidies en financiering vanuit een beleidsregel zit in de wijze waarop de financiering wordt toegekend. Binnen deze beleidsregels kunnen zorgverzekeraars zelf, binnen de kaders, vorm en inhoud geven aan de financiering van extra kosten rondom samenwerking en voor prestaties waarvoor nog geen tarieven bestaan (www.nza.nl, www.rosfriesland.nl). De beleidsregels moeten stimuleren dat geïntegreerde eerstelijnszorg en/of innovatie een betere prijs/kwaliteitsverhouding in de zorglevering rondom de patiënt tot gevolg hebben. Dit kan door de zorg op een andere manier te organiseren of minder door te verwijzen naar zorgverleners in de tweede lijn. De patiënt en zijn aandoening staan hierbij centraal. Op deze manier is de bekostiging niet meer gekoppeld aan een zorgaanbieder maar aan de zorgprestatie, in dit geval aan de samenwerking tussen (multidisciplinaire) zorgverleners.

Beleidsregels kunnen van elkaar verschillen in de nadruk op welke zorgaanbieders erbij betrokken zijn. In de beleidsregel ‘Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten’ worden structurele samenwerkingsverbanden gestimuleerd waaraan ten minste één huisarts en een of meer andere eerstelijns zorgverleners deelnemen. Deze eis geldt niet bij de beleidsregel ‘Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties’, waarmee zorginnovaties en prestaties kunnen worden gedeclareerd waarvoor nog geen tarieven bestaan. Niet alleen hoeft de huisarts niet één van de betrokken disciplines te zijn, het samenwerkingsverband hoeft ook niet per se multidisciplinair van aard te zijn. Het kan dus ook een aanvraag zijn van alleen verloskundigen. Een inmiddels bekende Innovatieprestatie is die voor Diabetes type II.

Integrale bekostiging

Sinds 2009 worden voorbereidingen getroffen om de hierboven beschreven beleidsregels te vervangen door een systeem van integrale (functionele) bekostiging. Deze financieringsvorm stuurt expliciet aan op multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn. Het idee is dat het totaal van de zorg (dus van alle disciplines) voor een specifieke aandoening wordt gefinancierd op basis van een contract met de verzekeraar waarin ook afspraken over kwaliteit en transparantie zijn vastgelegd. De plannen beperken zich tot diabetes, COPD, hartfalen en cardiovasculair risicomanagement. De bestaande (NZa-)beleidsregels ter stimulering van multidisciplinaire samenwerking (de facto de voortzetting van de subsidieregelingen van gezondheidscentra zoals die in het verleden bestonden) zullen uiteindelijk komen te vervallen.

Met de invoering van integrale bekostiging wil de overheid zorgverleners in de eerste lijn stimuleren rond bepaalde aandoeningen te gaan samenwerken en daarmee mogelijk substitutie van de tweede naar de eerste lijn te bevorderen (VWS, 2008d). Dit betekent dat het totaal van de eerstelijnszorg – en ook eventueel een deel tweedelijnszorg – voor

³ Sinds 1 januari 2007 was de beleidsregel ‘Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie’ van kracht, die per 1 juli 2007 is opgeknippt in twee delen: ‘Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten’ en ‘Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties’. Beide beleidsregels worden door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gezien als een eerste stap in de overgang van subsidie naar financiering binnen de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

patiënten met specifieke chronische aandoeningen door verzekeraars wordt gecontracteerd en bekostigd. Dat betekent dus een breuk met de financiering per eerstelijns-discipline. Door de partijen in het veld meer ruimte te bieden om de zorg samenhangend te organiseren rondom de zorgvraag, hoopt de overheid de zorg te verbeteren in termen van toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid en transparantie (VWS, 2008a). Per 1 januari 2010 is programmatische aanpak van diabetes en vasculair risicomanagement mogelijk, door integrale bekostiging. Naar verwachting is integrale bekostiging voor COPD per 1 juli 2010 mogelijk, mits de zorgstandaard COPD gereed is.

Overige financiering

Naast de beleidsregels en integrale bekostiging worden binnen de eerste lijn ook andere bronnen en vormen van financiering ingezet. Zo krijgen wijkgerichte samenwerkingsverbanden een financiële bijdrage van de gemeente in de vorm van bijvoorbeeld subsidies. Een voorbeeld hiervan is een deelsubsidie die is verleend ten behoeve van betrokkenheid van huisartsen bij ontwikkelingen op het vlak van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Bij dit soort eenmalige subsidies blijkt het wel een probleem te zijn dat er vervolgens geen structurele oplossing bestaat om het initiatief verder te financieren, waardoor continuïteit een probleem kan worden. Ook een Regionale OndersteuningsStructuur (ROS) kan steun bieden in de vorm van bijvoorbeeld begeleiding door een adviseur.

Een apart aandachtspunt is de start, opstart, en doorstart van eerstelijns voorzieningen in een bepaalde wijk. Eén van de langs bestaande regelingen betreft de opstartsubsidie voor gezondheidscentra op VINEX-locaties. Hiervan was het beleidsidee dat locatiegebonden samenwerking vooral opgezet kan/moet worden in nieuwe wijken die niet eerder bebouwd waren. Het bekendste voorbeeld is de Zorggroep Almere, één van de grootste koepels waarvan een 22-tal gezondheidscentra deel uitmaken. In 2008 is deze subsidie-regeling afgebouwd. Wel is er een tijdelijke regeling om de opbouw van gezondheidscentra voortgang te laten vinden. Momenteel wordt bekeken hoe de financiering van dergelijke centra in opbouw moet geschieden, bijvoorbeeld in de vorm van een soort kredietgarantieregeling. Hoe deze startfinanciering voor zorggroepen is geregeld, is onderzocht in de Nulmeting Zorggroepen van de LVG (de Wildt & Leusink, 2008). In het onderzoek kwam naar voren dat huisartsen zelf de voornaamste startfinanciers zijn. Ook zorgverzekeraars, huisartsenlaboratoria, ziekenhuizen, regionale ondersteuningsstructuren, huisartsenorganisaties, alsmede thuiszorgorganisaties, VWS/ ZonMw, en (overige) dragen bij aan startsubsidies. Opgemerkt wordt dat er, naast directe betaling, ook sprake kan zijn van betaling in natura.

Het rond krijgen van een (start)financiering is natuurlijk een *driver* voor samenwerking, maar wordt juist vaak ook als een knelpunt ervaren. De verschillende (en veranderende) regelingen en voorwaarden voor financiering vergen beleidsmatige investeringen van zorgverleners. Zeker de kleinschalige eerstelijns praktijken zijn hier niet op toegerust. Zij ervaren veel onzekerheid ten aanzien van de kans om bepaalde samenwerkingsactiviteiten gefinancierd te krijgen. Het vergt dus ondernemerszin om zich in het speelveld van centrale, decentrale, publieke en private financiering te begeven. Niet altijd is binnen de bestaande financieringsstructuur voor iedereen duidelijk tot op welke hoogte samen-

werking *an sich* wordt vergoed. Het vergoedingen- en tariefsysteem is in zijn algemeenheid complexer en dynamischer geworden door de toegenomen onderhandelingen rond zorginkoop binnen de eerste lijn. Daardoor kan het voorkomen dat de werking van beleidsregels ten aanzien van multidisciplinaire samenwerking anders wordt ervaren dan de financiering ervan. Beleidsregels stimuleren soms de samenwerking, maar soms hebben ze juist een ontmoedigend effect.

3.2 Het patiëntenbelang

In het kader van de algemene koerswijziging van een aanbod- naar een vraaggestuurde zorgmarkt krijgen de meningen en wensen van patiënten een steeds prominenter plek in de besluitvorming. In deze paragraaf wordt samengevat wat er op basis van eerder onderzoek bekend is over de opvattingen vanuit patiënten over multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn. Daarna schetsen we hoe het patiëntenbelang een determinant is voor samenwerking en hoe het patiëntenperspectief bijdraagt aan het monitoren daarvan.

Er is al redelijk wat bekend over wat zorggebruikers belangrijk vinden in de eerstelijnszorg. Naast algemene kwaliteitsindicatoren zoals informatie en bejegening vanuit zorgverleners, komt uit onderzoek ook naar voren dat patiënten continuïteit, toegankelijkheid zorg dichtbij huis belangrijk vinden. Patiënten willen tevens meedenken en meebeslissen over de behandeling en willen zelf kunnen kiezen bij welke zorgverlener ze aankloppen met hun vragen en klachten. Uit onderzoek van Linschoten e.a. (2004) komt verder naar voren dat patiënten/consumenten het belangrijk vinden dat één persoon de eerstelijnszorg coördineert, begeleidt, informatie geeft en adviseert. Dit hoeft niet noodzakelijkerwijs de (huis)arts te zijn. In het verlengde hiervan ligt het zorgdossier. Uit verschillende onderzoeken (De Bakker e.a., 2005; Van der Zweep, 2004) blijkt dat een gezamenlijk patiëntendossier gewenst is onder patiënten. Op deze manier kan benodigde informatie over gezondheid worden ingezien door meerdere zorgverleners. Dit wordt versterkt door de mogelijkheden van internet (bijv. Raedelij), waardoor patiënten/consumenten zelf keuze-informatie kunnen bekijken en daarmee een deel van ‘de regie’ in handen kunnen nemen. Het zijn overigens vooral jongere mensen (18-45 jaar) die deze proactieve houding aannemen.

Door de hervorming naar een vraaggestuurd zorgstelsel is er ook steeds meer aandacht voor het meten van kwaliteit vanuit het perspectief van de patiënt. Hiervoor zijn verschillende meetinstrumenten ontwikkeld: bijvoorbeeld de Consumer Quality index (CQ-index)⁴ en de Eerste lijn door Cliënten Bekeken (ECB) (voor een overzicht van meetinstrumenten, zie Carpay & Blaauwbroek, 2007; Meuwissen & De Bakker, 2008a). In deze beide meetinstrumenten wordt ook gevraagd naar het oordeel van patiënten over de samenwerking tussen verschillende zorgverleners. Zo kwam uit de CQ-index huisartsenzorg naar voren dat patiënten over het algemeen positieve ervaringen hadden met de huisartspraktijk. Met name over samenwerking, communicatie en bejegening was men het meest positief (Meuwissen & De Bakker, 2008b). De aanpak Door Cliënten Bekeken

⁴ Voor meer informatie over de CQ-index, zie www.nivel.nl/cqindex.

is onderdeel van een kwaliteitsverbetertraject waarbij de zorgverleners en de patiënten met elkaar in gesprek komen. De methode is in 2007 en 2008 bij ongeveer 60 gezondheidscentra uitgevoerd. De samenwerking in het gezondheidscentrum staat centraal, maar het traject levert ook feedback vanuit patiëntperspectief over alle disciplines in het centrum.

In interviews die wij in 2009 hielden met vertegenwoordigers van Cliëntenbelang Utrecht en Zorgbelang Zuid-Holland werd bevestigd dat samenwerking binnen de eerste lijn vanuit het patiëntenperspectief belangrijk is. Volgens Cliëntenbelang bevordert het gevestigd zijn onder één dak de samenwerking en het teamoverleg de samenwerking tussen verschillende disciplines. Verder is het belangrijk om feedback te krijgen van patiënten, bijvoorbeeld door middel van een cliëntenraad of het ECB-instrument. Uit dergelijke gesprekken komt naar voren dat gezondheidscentra goed gewaardeerd worden, vooral door de jongere leeftijdsklassen. Als positief punt wordt de laagdrempeligheid genoemd. Oudere patiënten hebben vaker een meer traditioneel beeld en een traditionele verwachting van de gezondheidszorg. Voor veel patiënten is een gezondheidscentrum gemakkelijk, omdat er verschillende disciplines in hetzelfde gebouw gevestigd zijn. Men weet echter niet altijd dat je gewoon de keuze voor een gezondheidscentrum zelf kan maken. Patiënten zijn ook niet altijd op de hoogte van de samenwerkingsverbanden tussen verschillende zorgverleners. Ook al hebben patiënten niet een specifiek beeld van samenwerking tussen zorgverleners, het wordt wél als heel belangrijk genoemd. In de interviews komt naar voren dat het uiteindelijk voor de patiënt niet uitmaakt welke afspraken er gemaakt zijn over samenwerking (formeel of informeel) ‘als het maar werkt’. Hierbij moet bedacht worden dat de persoonlijke band met de huisarts het meest belangrijk wordt gevonden. Men heeft geen behoefte aan meerdere gemakkelijk bereikbare zorgverleners als daarvoor moet worden overgestapt naar een andere huisarts (Hansen e.a., 2007b).

3.3 Organisationele randvoorwaarden

In de voorgaande paragrafen zijn verschillende determinanten van multidisciplinaire samenwerking de revue gepasseerd die conceptueel ‘buiten’ het gedragdomein van de zorgverleners liggen: beleidsregels, financiering en patiëntenbelangen. Voor het begrijpen van samenwerking zijn natuurlijk ook de drijfveren en ervaringen van de zorgverleners zelf van belang. Wanneer willen zij deel uitmaken van een samenwerkingsverband? Welke voorkeuren hebben zij, wanneer zijn zij bereid om te investeren? Met andere woorden: aan welke randvoorwaarden moet voldaan zijn om te gaan samenwerken?

Voor sommige zorgverleners in de eerste lijn spelen primair praktische organisatorische redenen om te gaan samenwerken. Zo kan ruimtegebrek een aanleiding voor samenwerking zijn. Een nieuw onderkomen kan efficiënter gebruikt worden wanneer bijvoorbeeld receptie, wachtkamers en behandelruimtes gedeeld kunnen worden met andere zorgverleners. Door samen te werken kan er efficiënter met tijd en geld worden omgaan, naast minder ruimte kan men ook toe met minder personeel, één balie, één computersysteem. Ook gezamenlijke inkoop kan kosten besparen. Voor andere zorgverleners is de

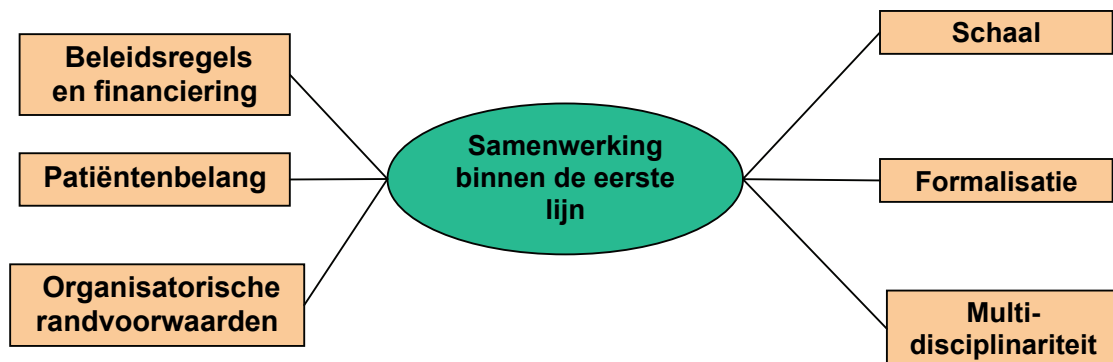
wens om zich te specialiseren op bepaalde patiëntengroepen en/of ziektebeelden een drijfveer. Vanuit een generalistische basis kan men zich bijvoorbeeld verdiepen in het groeiend aantal diabetes- of COPD-patiënten waarbij samenwerking met andere zorgverleners een randvoorwaarde is om in een diabeteszorgketen te opereren.

Samenwerking vergt ook verschillende soorten investeringen van professionals. Zij moeten investeren in overleg en voor onderlinge samenwerking moet men werkwijzen aan elkaar aanpassen. Opschaling vereist tevens dat men binnen de praktijk nieuwe functies en rollen moet definiëren om substitutie van taken aan NP, doktersassistenten en PV mogelijk te maken. Een cruciale randvoorwaarde is dat professionals het gevoel hebben dat zij deze investeringen kunnen terugverdienen, met andere woorden dat men vertrouwen moet hebben in het samenwerkingsverband. Vertrouwen is een bijzonder krachtig maar ook kwetsbaar fenomeen. Zeker is dat samenwerking makkelijker tot stand kan komen als partijen meer gedeelde ervaringen en (keten)partners hebben, of als zij voor hun toekomstplannen meer afhankelijk van elkaar zijn (Gulati, 2007; Batenburg e.a., 2003). Maar vertrouwen heeft in dit verband ook te maken met de wil om samen te werken en het zien van de voordelen ervan. Tot op welke hoogte willen zorgverleners in 'een echt bedrijf' opereren? Hoe verhoudt dit tot hun traditionele vertrouwensrol als de hoeder van het patiëntenbelang? Wat betekent het als steeds meer administratieve taken gescheiden van het primaire zorgproces worden uitgevoerd en er meer ondersteunende taken worden gecentraliseerd? Voor samenwerking is dus ook een cultuur nodig die aan zorgverleners het vertrouwen geeft dat hun expertise en professionele autonomie bewaard blijft binnen een organisatiecontext die met name naar buiten toe zakelijk en rationeel opereert.

4 Samenvatting en conclusie

In dit hoofdstuk is eerst een aantal vormen van samenwerking binnen de eerste lijn uiteen gezet, waarmee het ‘speelveld’ van dit onderzoek uiteen is gezet. Zonder tot een sluitende typering van al het mogelijke (multidisciplinaire) samenwerking te willen komen, hebben we wel een aantal hoofddimensies van onderscheiden: de schaal, formalisatie en multidisciplinariteit waarin samenwerking vorm kan krijgen. Vervolgens is een overzicht gegeven van determinanten, de *drivers* of juist remmers van samenwerking binnen de eerste lijn. Prominent is dat beleidsregels en financiering een directe invloed hebben op het samenwerkingsgedrag binnen de eerste lijn, maar dat er ook sprake is van versnippering. Het stimuleren van samenwerking is het laatste decennium expliciet overheidsbeleid. Dit wordt versterkt door de invloed van patiëntenbelangen die in samenwerking praktische voordelen zien maar ook kwaliteitsvoordelen. Organisationele randvoorwaarden vormen hiervoor een randvoorwaarde, maar in zekere zin ook een ‘tegenkracht’. Professionals binnen de eerste lijn kennen immers ook een sterke professionele autonomie die kan botsen met samenwerking en grootschaligheid.

Samenwerking binnen de eerste lijn kent dus vele aspecten. De twee eerder gepresenteerde schema’s samengevoegd vat de structuur van dit literatuuroverzicht nog eens samen:



De figuur vormt nu de leidraad voor de volgende twee onderdelen van het rapport, waarin nieuw empirisch materiaal wordt gepresenteerd dat het NIVEL in 2009 heeft verzameld over multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn.

DEEL II

Ontwikkelingen in multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn

Een vergelijking van huisartspraktijken tussen 2007 en 2009

1 Inleiding

Dit deel van het rapport gaat in op de vraag in hoeverre multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn - in het verlengde van alle stimuleringsmaatregelen en toegenomen aandacht - nu ook in de praktijk gegroeid is. In het vorige deel is geconstateerd dat twee verschillende typen samenwerking in toenemende belangstelling staan. Enerzijds gaat het om de wijk- en locatiegebonden samenwerking, veelal getypeerd in de vorm van gezondheidscentra. Anderzijds is er de locatieoverstijgende vorm van samenwerking waarbij grote groepen zorgaanbieders (veelal huisartsen) in zorggroepen georganiseerde ketenzorg rondom specifieke aandoeningen aanbieden. Onduidelijk is echter of het toenemende gebruik van deze termen ook zichtbaar is in meer algemene indicatoren van samenwerking. Zo kan in het geval van gezondheidscentra geconstateerd worden dat veel nieuwe praktijken de term gezondheidscentrum (of medisch centrum) aannemen, maar waarbij onduidelijk is of er ook daadwerkelijk sprake is van formele samenwerkingsafspraken bovenop het samen gevestigd zijn onder één dak (de zgn. bedrijfsverzamelgebouwen).

In 2005 is het NIVEL begonnen met het ontwikkelen van een registratie-instrument voor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn (Kenens e.a., 2006; Hofhuis en Hingstman, 2006). Dit is in 2007 toegepast op alle huisartspraktijken in Nederland waarbij 76% respons werd behaald (Hansen e.a., 2007a). In deel II van dit rapport presenteren we de resultaten van de nieuwe meting die in 2009 is uitgevoerd. Hetzelfde instrument als in 2007 is toegepast, met daarbij ook een aantal nieuwe vragen. In de volgende paragraaf beschrijven we de dataverzameling. Daarna laten we zien hoe de mate van samenwerking onder huisartspraktijken, op verschillende manieren gemeten, tussen 2007 en 2009 is veranderd. Daar waar mogelijk wordt daarbij uitgesplitst naar (ROS-)regio en naar praktijkvorm (solo/duo/groep).

2 Enquête, steekproef en respons

Overeenkomstig met de eerste peiling is de huisartspraktijk als startpunt voor de gegevensverzameling gebruikt. Hiermee is in deze studie geen beeld te geven van andere eerstelijnsamenwerkingsverbanden ‘buiten de huisarts om’. Zoals ook al in 2007 echter is beargumenteerd, is gekozen voor deze afbakening aangezien huisartspraktijken wel het vaakst deel uit maken van multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn vanuit haar positie als poortwachter. En bovendien kan het zijn dat ontwikkelingen bij andere eerstelijns instellingen, zoals directe toegankelijkheid van andere eerstelijns disciplines (bijv. de fysiotherapie), leiden tot een andere invulling van de samenwerking met de huisartspraktijk.

Ook in de tweede peiling zijn alle in Nederland gevestigde huisartspraktijken benaderd via de eigen huisartsenregistratie die het NIVEL sinds de jaren ‘70 voert. Terwijl in 2007 gebruik is gemaakt van een schriftelijke vragenlijst, zijn gegevens in 2009 via internet verzameld. Dit hangt samen met een grote migratie van de praktijkregistratie van papier naar internet die in 2009 binnen het NIVEL is uitgevoerd. Eén van de achterliggende redenen hiervoor is dat een deel van de verzamelde gegevens ook op de website “Kiesbeter.nl” geplaatst worden, waardoor het nodig is om de achterliggende gegevens op regelmatige (maandelijkse) basis te actualiseren. De schriftelijke vragenlijst is in 2009 omgezet naar een website waarop praktijken hun gegevens kunnen controleren en actualiseren, gestuurd door attendering en handmatige controle vanuit het NIVEL, per email dan wel per brief of telefoon. De nieuwe website kent dezelfde indeling en vraagstructuur als in 2007. De steeds gehanteerde strategie is dat de langst zittende huisarts in een (niet-solo) praktijk wordt geselecteerd als respondent c.q. contactpersoon. Wanneer deze niet reageert, wordt de daarop langst zittende huisarts benaderd. Hiermee wordt in de meeste gevallen de persoon bereikt die het beste voor de praktijk kan aangeven welke zaken er spelen rond het thema samenwerking. De kernvragen die daarvoor gesteld worden zijn:

- “Welke disciplines zijn werkzaam of gevestigd op het praktijkadres of in hetzelfde gebouw als de huisartsenpraktijk, oftewel is men op één 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 bijvoorbeeld 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)?”

Naast deze vragen is in 2009 via de website een drietal aanvullende vragen over samenwerking gesteld. Deze komen in het volgende deel III aan de orde.

De respons op het onderzoek verliep trager dan voorzien. In de praktijk werd ervaren dat online registratie voor huisartsen de eerste keer meer handelingen vergt dan het invullen van de standaard papieren enquête, en het ook voor minder ‘digivaardige’ huisartsen ook een behoorlijke overgang was. Begin 2010 is de dataverzameling voor deze rapportage afgesloten, al zijn nog niet aan alle verzoeken tot activering van de website voldaan en loopt ook nog in 2010 dit proces door. De eindrespons op het moment van afsluiten was 51%, dat wil zeggen, 51% van de aangeschreven/gemailde praktijkvertegenwoordigers hebben hun persoonlijke pagina op de website bezocht en geactualiseerd. Dit ligt onder het niveau van de eindrespons in 2007 die 76% bedroeg, maar biedt voor deze rapportage evenwel een voldoende basis van ruim 2.100 praktijken om een nieuwe reeks cijfers op te baseren. Belangrijke voorwaarde hierbij was dat deze dataset representatief is voor alle huisartspraktijken in Nederland voor twee cruciale kenmerken, namelijk 1) het type huisartspraktijk (solo-, duo- of groepspraktijk) en 2) de vraag of men in 2007 al samen met andere disciplines op één locatie was gevestigd en/of hiermee formeel samenwerkte. Verschillen tussen responderende en niet-responderende praktijken zijn minimaal, zodat er ook geen wegingsfactor is toegepast. Daarnaast zijn er in deze deelstudie geen significantietoetsen toegepast aangezien het niet zozeer gaat om een steekproef- maar om een populatieonderzoek. Voor een goed beeld van eventuele veranderingen in samenwerking zijn de resultaten gebaseerd op de groep huisartsenpraktijken die de enquête in beide jaren hebben ingevuld. Dit biedt de mogelijkheid om praktijken tussen 2007 en 2009 te vergelijken. Voor de uitkomsten anno 2009 heeft dit nauwelijks gevolgen.

3 Resultaten

3.1 Veranderingen in het voorkomen van samenwerkingsverbanden 2007-2009

Tabel 3.1 laat de uitkomsten zien van de vier kernvragen over samenwerking die aan de huisartspraktijken in 2007 en 2009 zijn gesteld. In 2007 gaf de helft (50%) van de huisartspraktijken aan met minimaal één andere discipline onder één dak gevestigd te zijn. Ruim twee jaar later is dat 58%, een stijging van 8%. Ook het hebben van een formeel samenwerkingscontract is gestegen, van 38% in 2007 naar 43% in 2009. De twee andere aspecten van samenwerking (presentatie naar buiten en financieel door zorgverzekeraars ondersteund) nemen tussen 2007 en 2009 slechts licht toe.

Tabel 3.1: Aantal huisartspraktijken met verschillende vormen van samenwerking in 2007 en 2009 (N = 2.102)

	Type samenwerking			
	Samen op één locatie	Contract (formeel verband)	Presentatie naar buiten	Financiering zorgverz.
2007	50,1%	37,7%	33,5%	11,2%
2009	57,8%	42,9%	35,8%	12,2%
Vershil	+ 7,7%	+ 5,2%	+ 2,3%	+ 1,0%

Bij de interpretatie van deze percentages is een verwarrende factor dat resultaten zijn verkregen van sommige huisartspraktijken die ook met andere huisartspraktijken op hetzelfde adres zijn gevestigd. Het is dus mogelijk dat beide praktijken dan aangeven met een andere discipline op hetzelfde adres te werken. Het gaat dan echter niet om twee aparte gevallen, maar om dezelfde zorgverlener waarmee wordt samengewerkt. Ook de antwoorden op de andere samenwerkingsvragen kunnen op die manier ‘dubbel’ geteld worden, bijvoorbeeld als het gaat om twee responderende praktijken die formeel met een andere discipline samenwerken, drie responderende praktijken die zich naar buiten presteren, et cetera. We doen in deze analyse echter primair uitspraken over ‘de’ huisartspraktijken in Nederland. En daarvoor geldt dat praktijken gevestigd op één adres even zwaar ‘meetellen’ als praktijken die alleen op een adres gevestigd zijn. De bovenstaande percentages zijn juist op het niveau van de huisartspraktijken berekend. Bovendien is het doel hier een vergelijking door de tijd te maken (2007-2009), waarvoor het *verschil*-percentage primair van belang is. Voor het schatten van het absolute aantal eerstelijns-samenwerkingsverbanden in Nederland (vanuit de huisartspraktijken gezien) dient uiteraard wél gecorrigeerd te worden voor dubbel- of meertellingen. Dan worden immers uitspraken gedaan op het niveau van samenwerkingsverbanden en niet van (‘individuele’) praktijken.

Samengevat is er op elk van de samenwerkingsindicatoren sprake van enige toename onder huisartspraktijken, maar deze is niet bijzonder groot. Het is lastig om hier te bepalen waar dit aan ligt. Mogelijk hebben de stimuleringsmaatregelen vanuit overheid

en zorgverzekeraars wel aan de groei bijgedragen, maar zijn er ook andere factoren geweest die de mogelijke groei hebben gedompt. Zo geldt bijvoorbeeld dat het feitelijk kiezen voor gemeenschappelijke vestiging op één locatie gebonden is aan praktische beperkingen, bijvoorbeeld complexe en kostbare verhuizingen en het vinden van een nieuwe locatie waar voldoende extra praktijkruimte beschikbaar is. En met betrekking tot de samenwerking die financieel door zorgverzekeraars is ondersteund kunnen onduidelijkheden een rol hebben gespeeld. Er zijn namelijk verschillende regelingen en vormen van financiering en verschillende voorwaarden hiervoor, die ook nog eens regelmatig verandert. Op de determinanten van samenwerking gaan we in het volgende deel III van dit rapport nader in.

Omdat we weten welke praktijken zowel in 2007 als in 2009 mee hebben gedaan aan dit onderzoek, kunnen we zien wat de beweging is geweest binnen praktijken over de afgelopen twee jaar. De volgende tabel gaat hier over.

Tabel 3.2: Ontwikkelingen van huisartspraktijken naar type samenwerking tussen 2007 en 2009 (N = 2.102)

	Type samenwerking			
	Samen op één locatie	Contract (formeel verband)	Presentatie naar buiten	Gesteund door financiering zorgverzekeraar
Zowel in 2007 als 2009 niet	41,0%	55,8%	63,1%	86,8%
Zowel in 2007 als 2009 wel	48,9%	36,4%	32,4%	10,3%
In 2007 wel en in 2009 niet	1,2%	1,3%	1,1%	1,0%
In 2007 niet en in 2009 wel	8,9%	6,5%	3,4%	2,0%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Verreweg de meeste praktijken laten geen verandering zien tussen 2007 en 2009: of doordat ze in beide jaren al samenwerken, of doordat dit in beide jaren nog niet het geval is. De meeste verandering zien we net als in de vorige tabel bij het type ‘samen op één locatie’: bijna 9% van de praktijken is tussen 2007 en 2009 met andere disciplines onder hetzelfde dak gaan werken, terwijl iets meer dan 1% deze samenwerking juist heeft stopgezet. Aangezien het in theorie om minimaal één andere discipline per locatie gaat, is het hierbij mogelijk dat die ene discipline de praktijk heeft verlaten en dat er dus sprake is van een tijdelijke vacature. Of dat het geval is, dan wel dat praktijken bijvoorbeeld besloten hebben op het besluit op één locatie te zitten terug te komen, kan echter niet worden bepaald.

Uiteraard zijn de verschillende samenwerkingsvormen geen losstaande indicatoren, maar hangen ze deels met elkaar samen. Met name van belang hierbij is de relatie tussen het samen onder één dak gevestigd zijn en het hebben van een samenwerkingscontract. Zo is het niet perse noodzakelijk dat disciplines met een samenwerkingscontract ook daadwerkelijk onder één dak gevestigd zijn, bijvoorbeeld omdat ze een locatie-overstijgend samenwerkingsverband zijn aangegaan. Omgekeerd zijn er praktijken die weliswaar met andere disciplines onder één dak zitten, maar geen (formeel) samenwerkingscontract

hebben. Deze zijn bijvoorbeeld meer als bedrijfsverzamelgebouwen te duiden dan als zorginhoudelijke en locatiegebonden samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn. Tabel 3.3 geeft aan hoe een aantal combinaties van samenwerkingsverbanden tussen 2007 en 2008 zijn veranderd.

Tabel 3.3: Het gezamenlijk voorkomen van samen op één locatie en het hebben van een formeel samenwerkingscontract onder huisartspraktijken, in 2007 en 2009 (N = 2.102)

	2007	2009	Vershil
Niet samen op één locatie en geen contract	36,4%	28,8%	-7,6%
Wel samen op één locatie maar geen contract	25,8%	28,3%	2,5%
Niet samen op één locatie maar wel contract	13,5%	13,4%	-0,1%
Wel samen op één locatie en ook contract	24,2%	29,5%	5,3%
Totaal	100,0%	100,0%	

De groep praktijken die géén van beide samenwerkingsverbanden heeft is tussen 2007 en 2009 met bijna 8% gedaald, een teken dat ook in onderlinge combinatie samenwerking binnen de eerste lijn is toegenomen. De meest opvallende stijging is de groep van huisartspraktijken die niet alleen met andere disciplines op hetzelfde adres is gevestigd, maar daarmee ook een formeel samenwerkingsverband had. In 2009 is juist deze groep praktijken gegroeid naar 30%. Het locatieoverstijgend samenwerken nam niet toe (blijft ongeveer 13,5%), het onder één dak vestigen zonder contract nam licht toe.

3.2 Samenwerking en praktijkomvang in 2007 en 2009

Vanwege een scala aan redenen is het voor grotere huisartspraktijken relatief eenvoudiger om deel uit te maken van een samenwerkingsverband dan voor kleinere huisartspraktijken. Dit houdt enerzijds verband met de achterliggende criteria die zorgverzekeraars stellen voor de financiering van een samenwerkingsverband (analoog aan de inzet van POH's). Anderzijds houdt dit verband met schaal: groepspraktijken hebben een grotere totale patiëntenpopulatie dan solopraktijken, zodat het efficiënter is deze binnen dezelfde locatie te kunnen doorverwijzen. Daarnaast zijn groepspraktijken vaker in grote gebouwen gevestigd, waardoor er meer mogelijkheden zijn om extra praktijkruimte beschikbaar te maken voor andere disciplines. Kleinere huisartspraktijken zijn vaak al langer op bepaalde locaties gevestigd, en ook vaker bijvoorbeeld aan huis.

De volgende tabel laat zien of de vier typen samenwerkingsverbanden inderdaad naar praktijkgrootte verschillen. Daarbij nemen we de eerdere analyse uit tabel 3.3 als uitgangspunt, waarbij de vergelijking wordt gemaakt tussen de situatie in 2007 en 2009 voor die praktijken die in beide jaren aan dit onderzoek hebben meegedaan.

Tabel 3.5: Het gezamenlijk voorkomen van samen op één locatie en het hebben van een formeel samenwerkingscontract onder huisartspraktijken, naar omvang huisartsenpraktijk, in 2007 en 2009

	Solopraktijk (1 huisarts)		Duopraktijk (2 huisartsen)		Groepspraktijk (3 of meer huisartsen)		Totaal	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Niet samen op één locatie en geen contract	45,0%	36,8%	34,9%	28,2%	20,6%	12,7%	36,4%	28,8%
Wel samen op één locatie maar geen contract	23,1%	26,3%	25,5%	28,3%	32,5%	32,5%	25,8%	28,3%
Niet samen op één locatie maar wel contract	14,6%	15,2%	14,0%	12,9%	10,2%	10,2%	13,5%	13,4%
Wel samen op één locatie en ook contract	17,3%	21,7%	25,6%	30,6%	36,7%	44,7%	24,2%	29,5%
N	886	886	813	813	403	403	2.102	2.102

Zoals verwacht maken de groepspraktijken met 3 huisartsen of meer in beide jaren vaker deel uit van een samenwerkingsverband dat én met andere disciplines onder één dak gevestigd is én met andere disciplines een samenwerkingscontract heeft. Ook is deze combinatie van samenwerking het snelst gegroeid onder de groepspraktijken, namelijk van 37% naar 45%. Groepspraktijken zitten daarnaast vaker onder één dak maar zonder contract, terwijl solo- en duopraktijken vaker locatieoverstijgende samenwerkingsverbanden hebben. Dit bevestigt dat schaalgrootte van de huisartsenpraktijk een belangrijke randvoorwaarde is voor samenwerking. Hoe groter de praktijk hoe vaker men op één locatie gevestigd is en locatiegebonden samenwerking met een formeel samenwerkingscontract heeft gerealiseerd.

Als extra informatie is in bijlage 1 weergegeven hoe praktijken zelf door de tijd zijn veranderd, analoog aan tabel 3.2. Onder groepspraktijken komt het relatief het vaakst voor dat praktijken in 2007 niet maar in 2009 wel samenwerkten. Deze procentuele verschillen zijn vooral zichtbaar bij het formele contractverband: 8,9% van de groepspraktijken is een formeel samenwerkingsverband aangegaan, tegenover 6,3% van de solopraktijken en 5,5% van de duopraktijken. Deze resultaten bevestigen dus de verwachting dat groepspraktijken voorop lopen in het aangaan van samenwerkingsverbanden.

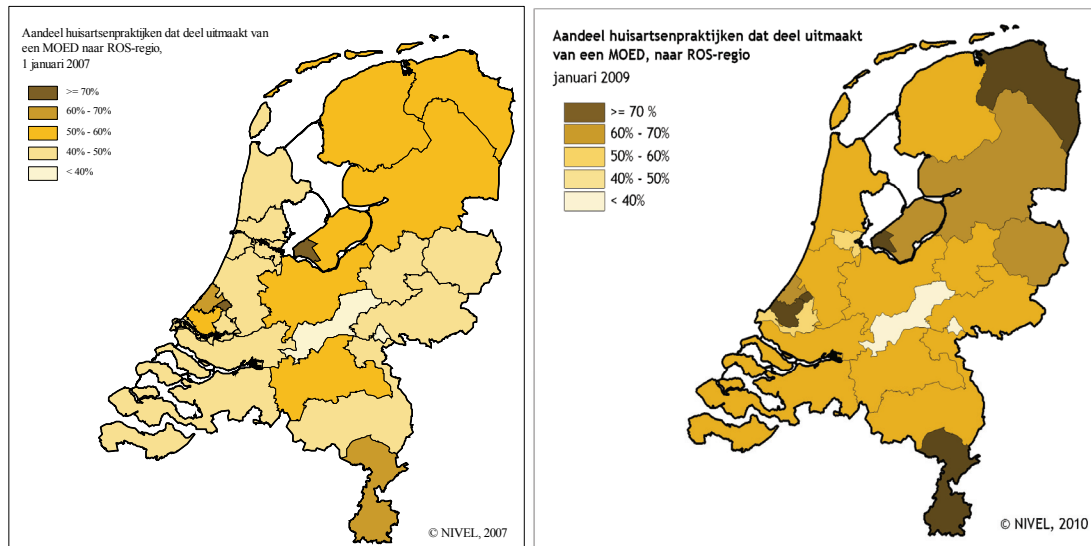
3.3 Samenwerking en regio in 2007 en 2009

Welke patronen zien we als we kijken naar de regionale spreiding van de samenwerkingsverbanden die de ondervraagde huisartspraktijken aangeven? Is er bijvoorbeeld een verband met urbanisatiegraad of met geografische locatie binnen Nederland?

Een inzichtelijke manier om dit te beschrijven is door middel van atlaskaarten, waarbij de ROS-regio een voor de hand liggende regio-indeling vormt. Deze methode is ook toegepast in 2007. Een beperking van de methode is evenwel dat door uitsplitsing naar ROS-regio het aantal praktijken in sommige gevallen erg laag wordt; en daardoor gemiddelden

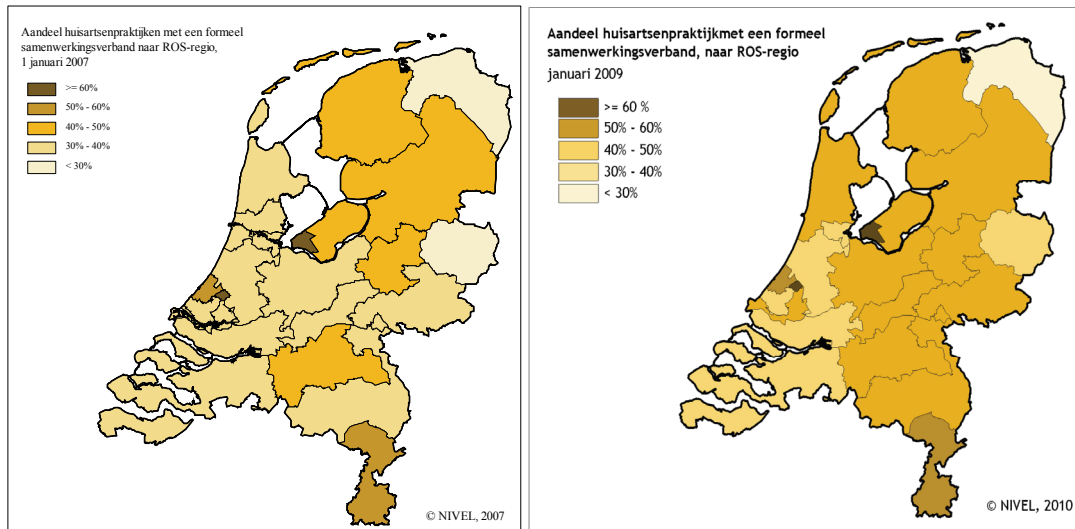
en percentage minder betrouwbaar. We hebben desondanks steeds de complete kaarten gemaakt en dus geen ROS-regio uitgesloten om (letterlijke) witte vlekken in de kaarten te voorkomen. Bijlage 1 bevat de tabellen met exacte percentages en aantallen voor de verschillende regio's.

Hieronder wordt allereerst de verdeling van vestiging op één locatie als samenwerkingsmaat over Nederland in 2007 en 2009 vergeleken.



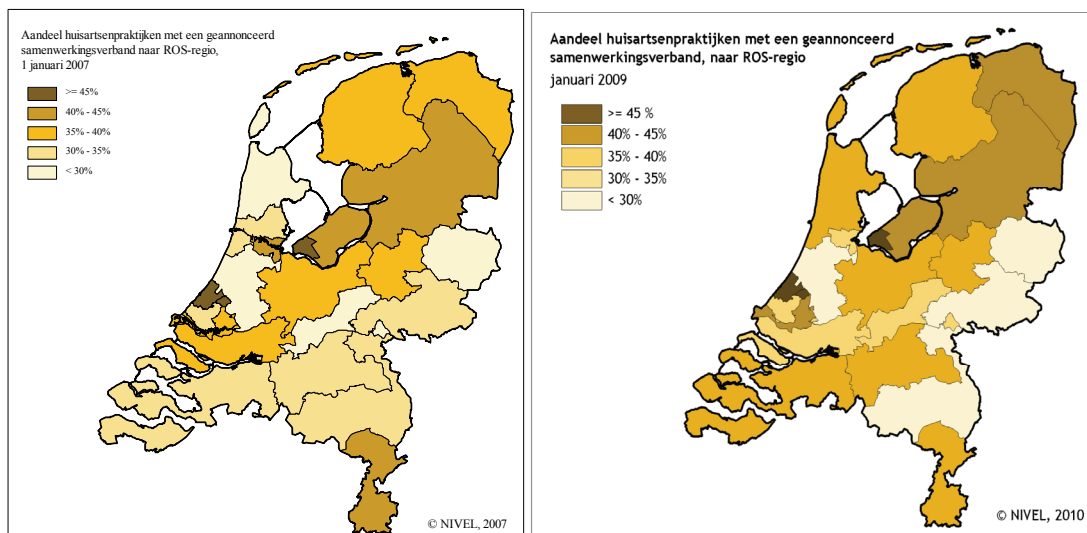
In het oog springt de relatief snelle toename tussen 2007 en 2009 van vestiging op één locatie in de noordelijke provincies Groningen en Drenthe. Ook valt op dat de ROS-regio's Midden en Zuid Limburg, Almere en Zoetermeer in 2009 het hoogst scoren: bijna 100% van de responderende praktijken zijn met 1 op meerdere disciplines op één locatie gevestigd. De Gelderse vallei blijft bij deze vorm van samenwerking achter; daar geeft iets meer dan een derde van de huisartsen in 2009 aan dat zij met meerdere disciplines onder één dak zitten.

Zien we dezelfde patronen als we naar het voorkomen van formele samenwerkingsverbanden kijken? De onderstaande figuren laten dit zien.



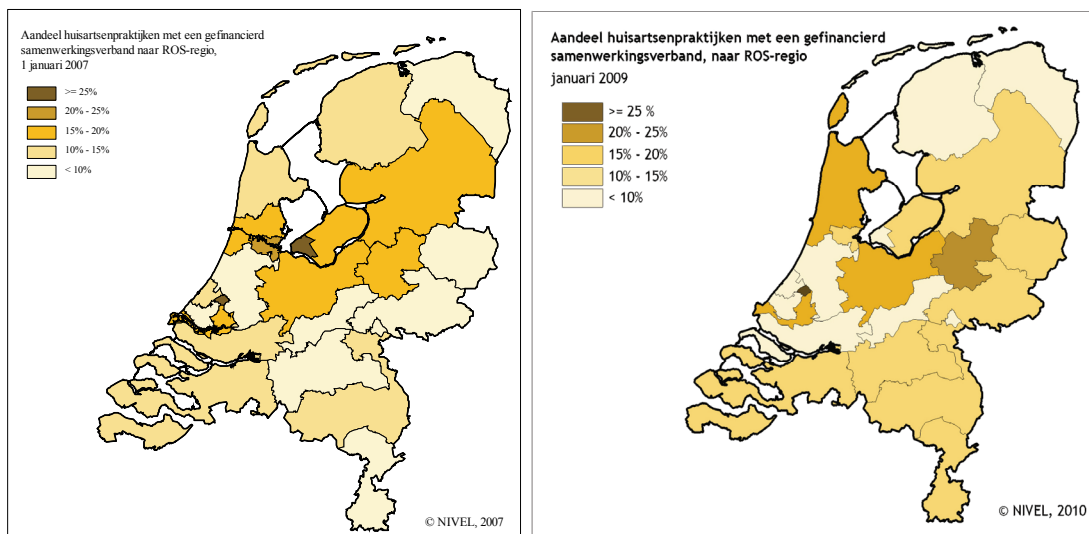
Uit de bovenstaande atlasfiguren wordt duidelijk dat de Noordelijke provincies er nu niet uitspringen wat betreft de groei in deze vorm van samenwerking. De toename van formele contracten ten behoeve van samenwerking heeft meer gespreid over het land plaats gevonden. Net als bij de vorige analyse vallen ook hier Midden en Zuid, Limburg, Almere en Zoetermeer, Benthuisen op als relatieve koplopers.

Of het bovenstaande ook geldt voor het gezamenlijk naar buiten toe presenteren als vorm van samenwerking, laten volgende 2 figuren zien.



De geografische spreiding in de mate waarin deze ‘geannonceerde’ vorm van samenwerking voorkomt, lijkt zowel in 2007 als in 2009 wat anders te zijn dan bij de vorige twee type van samenwerking. Nu lijken een aantal ROS-regio’s meer achter te blijven: Haarlemmermeer, Amstelland, Zuid-Holland Noord, Midden-Holland, Twente, Groot Arnhem en Oost Gelderland. Terwijl de praktijken in Den Haag, Rijswijk, Leidschendam, Wassenaar, Almere, Zoetermeer en Benthuisen relatief hoog scoren, blijft de ROS-regio Midden en Zuid, Limburg nu wat achter wat betreft presentatie naar buiten.

Tenslotte is bepaald of samenwerking op basis van financiering door zorgverzekeraars op een bepaalde wijze over het land is verspreid, in 2007 en in 2009.



Ook nu zien we verschillen tussen landsdelen, alhoewel deze enigszins ‘uitgevlakt’ worden doordat financiële steun van zorgverzekeraars relatief weinig door huisartspraktijken genoemd wordt. In 2009 lijkt er vooral een toename te zijn in de zuidelijke en oostelijke ROS-regio’s, maar ook in Noord Holland en het midden des lands. Sommige regio’s, zoals Friesland en Almere, kennen juist minder van dit type samenwerking in 2009 dan in 2007. Het zou kunnen wijzen op gewijzigd beleid van regionaal actieve zorgverzekeraars, maar soms kan het ook net gaan om een verschuiving vlak onder of boven een grenswaarde. Almere is in deze een uitzonderlijk geval, aangezien het hierbij anno 2009 nog maar om één responderende overkoepelende zorggroep gaat. Andere regio’s hebben niet een dergelijke bijzondere organisatiewijze, waardoor resultaten daar beter inzicht geven in verschuivingen.

3.4 Samenwerking op wijkniveau in 2007 en 2009

Naast een regionale beschrijving per ROS-regio is het voor een gedetailleerder beeld ook mogelijk om samenwerking op lokaal of wijkniveau in kaart te brengen. In het bijzonder wordt hier gekeken in hoeverre er in nieuwbouw- en in achterstandswijken meer dan wel minder samenwerking plaatsvindt dan in overige wijken.

Voor wat betreft ('VINEX') nieuwbouwwijken is zowel vanuit de overheid als zorgverzekeraars een voorkeur uitgesproken voor samenwerkingsverbanden met geïntegreerde eerstelijnszorg boven nieuw te vestigen monodisciplinair werkende zorgverleners (zie bijv. Achmea, 2008). Als indicator voor dergelijke nieuwe wijken is gekeken naar de groei in aantal inwoners per postcodegebied.⁵ In totaal is bijna 6% van de huisartspraktijken in dergelijke relatief snel groeiende wijken gevestigd. Deze praktijken zijn vaker met disciplines op één locatie gevestigd en hebben hiermee iets vaker een contract dan praktijken in postcodegebieden waar nauwelijks/geen bevolkingsgroei plaatsvindt. Zo is in 2009 totaal genomen 70% van de praktijken in groeigebieden met anderen op één locatie gevestigd versus 57% onder praktijken in andere delen van het land.

Tabel 3.6: Het gezamenlijk voorkomen van samen op één locatie en het hebben van een formeel samenwerkingscontract onder huisartspraktijken, naar het type postcodegebied: wel/geen sterke groei van de lokale bevolking, in 2007 en 2009

	Niet gevestigd op een groeilocatie		Wel gevestigd op een groeilocatie		Totaal	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Niet samen op één locatie en geen contract	36,8%	29,3%	29,6%	20,0%	36,4%	28,8%
Wel samen op één locatie maar geen contract	25,5%	27,9%	32,2%	34,8%	25,8%	28,3%
Niet samen op één locatie maar wel contract	13,4%	13,5%	13,9%	10,4%	13,5%	13,4%
Wel samen op één locatie en ook contract	24,2%	29,2%	24,3%	34,8%	24,2%	29,5%
N	1.987	1.987	115	115	2.102	2.102

Een tweede overweging is of de zorg in zogenaamde krachtwijken anders georganiseerd is dan in andere wijken. In dergelijke wijken is immers veelal sprake van een opeenstapeling van gezondheidsproblemen, onder meer zichtbaar in een groter aandeel bewoners met een chronische aandoening, een lagere ervaren gezondheid en een hoger sterftecijfer dan in Nederland als geheel (Verweij e.a., 2008). Van de geënquêteerde huisartspraktijken is 4% gevestigd in één van de 40 krachtwijken (bepaald aan de hand van postcodes in CBS-Statline). Was er in 2007 nog wel een verschil tussen deze praktijken en huisartspraktijken in overige delen van Nederland, anno 2009 is dit helemaal verdwenen: In 2007 was nog 45% van de huisartspraktijken in een krachtwijk gevestigd met anderen (versus 50% onder overige praktijken); anno 2009 is het aandeel met anderen op één locatie gevestigd even groot, namelijk 58%. Er lijkt dus sprake te zijn geweest van een zekere inhaalslag in deze wijken, mogelijk door de extra aandacht in beleidsinitiatieven (Ministerie van VROM, 2007).

⁵ Via CBS-Statline is bepaald wat het aantal inwoners is per postcodegebied op 1 januari 2003 en op 1 januari 2008. Postcodegebieden met een inwonersgroei van 10% of meer zijn vergeleken met postcodegebieden met minder sterke bevolkingsgroei. Daarbij is wel als ondergrens gehanteerd dat er minstens sprake was van een groei van 100 inwoners, dit om verschuivingen in kleine postcodegebieden te vermijden. Het gaat hierbij om 240 van de ruim 4000 postcodegebieden in Nederland. Een handmatige controle liet zien dat VINEX-locaties zoals in Haarlemmermeer, Utrecht en Amsterdam allen door deze indeling correct zijn ingedeeld.

Tabel 3.7: Het gezamenlijk voorkomen van samen op één locatie en het hebben van een formeel samenwerkingscontract onder huisartspraktijken, naar het type postcodegebied: wel/geen krachtwijk, in 2007 en 2009

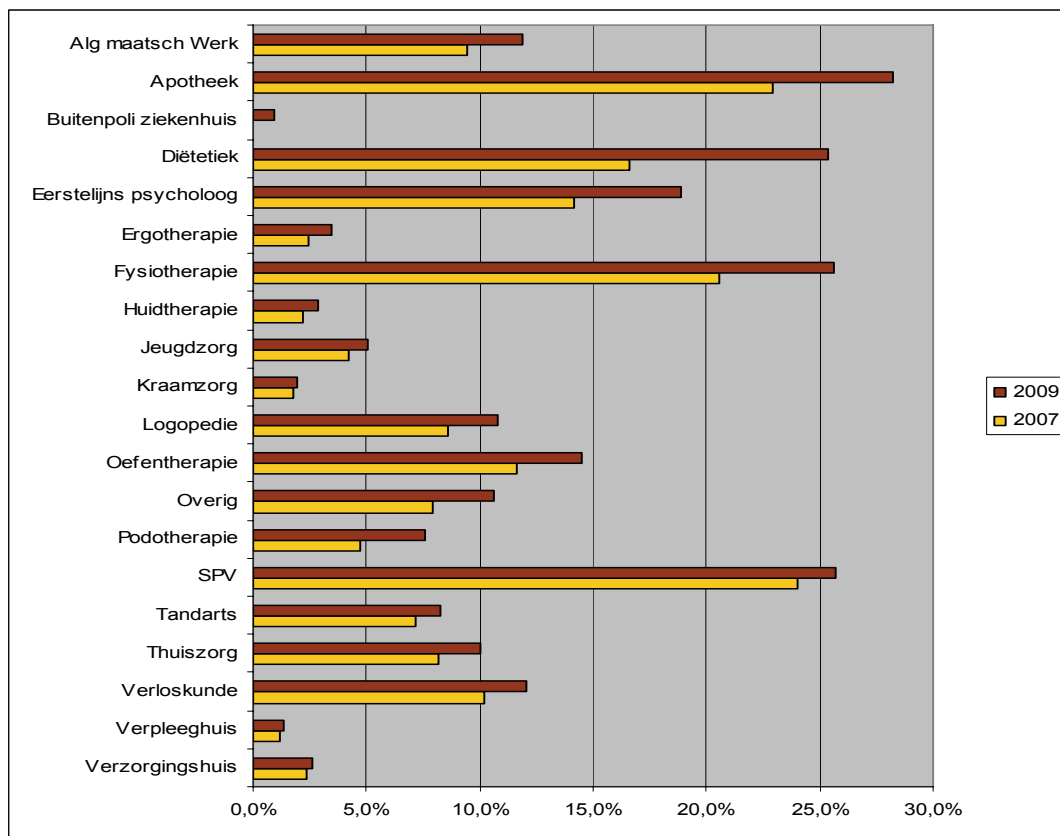
	Niet gevestigd in een krachtwijk		Wel gevestigd in een krachtwijk		Totaal	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009
Niet samen op één locatie en geen contract	36,4%	28,9%	36,4%	27,3%	36,4%	28,8%
Wel samen op één locatie maar geen contract	25,8%	28,2%	26,0%	31,2%	25,8%	28,3%
Niet samen op één locatie maar wel contract	13,3%	13,3%	18,2%	14,3%	13,5%	13,4%
Wel samen op één locatie en ook contract	24,4%	29,6%	19,5%	27,3%	24,2%	29,5%
N	2.025	2.025	77	77	2.102	2.102

3.5 Samenwerking en discipline in 2007 en 2009

Alhoewel het hier steeds gaat over multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn, is deze tot nu toe alleen in algemene termen beschreven en los van het type discipline waarmee wordt samengewerkt. Met de huisarts in dit onderzoek als uitgangspunt, kan verwacht worden dat samenwerking met bepaalde disciplines veel vaker aangetroffen zal worden dan met andere. Zo kent de huisarts van oudsher overleg en samenwerking met apothekers (vgl. het farmacotherapie overleg, en het feit dat sommige huisartspraktijken apotheekhoudend zijn/waren), Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Samenwerking is ook gerelateerd aan onderlinge verhoudingen in termen van aantallen. Fysiotherapie is een veel grotere beroepsgroep (met naar schatting bijna 15.000 extramurale fysiotherapeuten in 2008) dan bijvoorbeeld de oefentherapie (met naar schatting 1.500 werkzame oefentherapeuten). Hierdoor is waarschijnlijker dat de huisarts samenwerkt en/of doorverwijst met de fysiotherapeut dan de oefentherapeut.

In de volgende figuren wordt getoond in welke mate de ondervraagde huisartsen samenwerken met 20 verschillende eerstelijns disciplines. In figuur 3.1 wordt eerst het aandeel huisartspraktijken getoond dat in 2007 en 2009 aangaf met elk van de disciplines op één adres gevestigd te zijn.

Figuur 3.1: Percentage huisartspraktijken dat met andere disciplines op 1 adres is gevestigd, naar discipline, in 2007 en 2009



Alhoewel de percentages – zoals verwacht kon worden – niet bij alle disciplines even hoog zijn, komt gezamenlijke vestiging van de huisarts met elk van disciplines wél altijd in een bepaalde mate voor. Er is sprake van een breed spectrum van gezamenlijke vestiging als vorm van multidisciplinaire samenwerking. Wanneer we het gemiddeld aantal disciplines tellen die de huisarts voor deze vraag heeft aangekruist, dan is dat tussen 2007 en 2009 gestegen van 2,7 naar 3,2. Dit kan voor een deel worden verklaard doordat in de (huisarts)praktijk ook tijdelijke of deelvestiging van andere disciplines/zorgdiensten plaats vindt, bijvoorbeeld voor 2 uur per week.

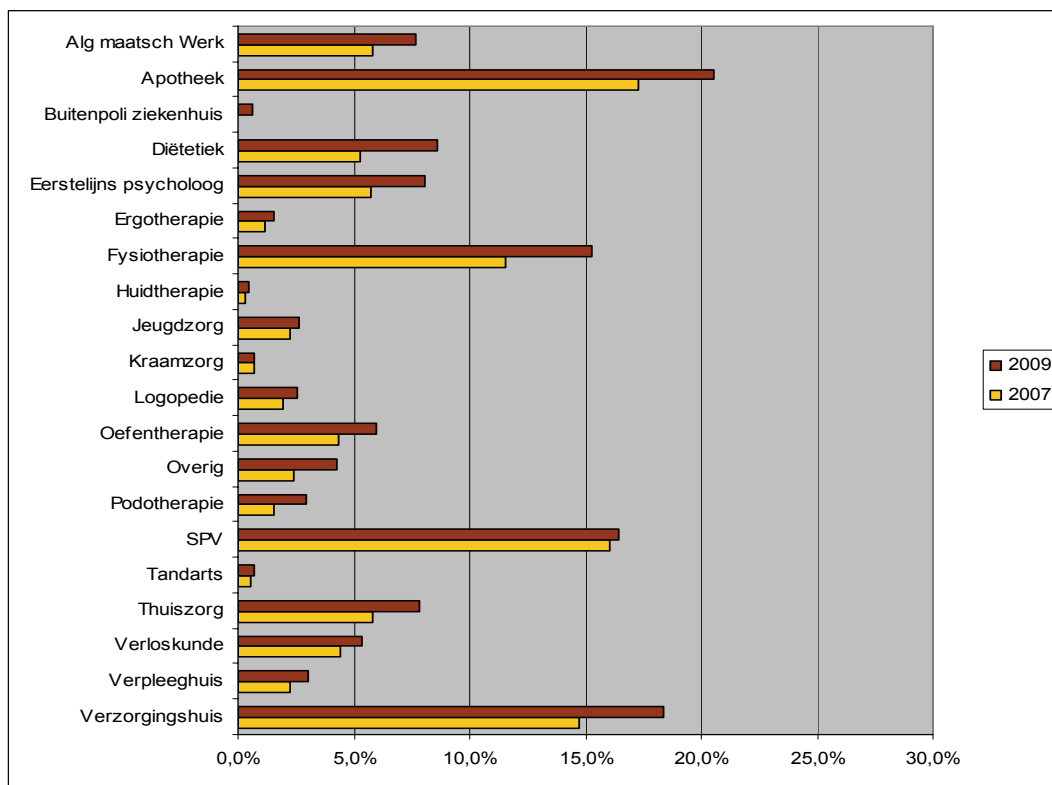
Zowel in 2007 als in 2009 wordt door de huisartsen het vaakst (rond de 25%) aangegeven dat men op één locatie gevestigd is met een apotheek, gevolgd door de SPV en fysiotherapie. De gezamenlijke vestiging met apotheek en fysiotherapeut is bovendien in twee jaar met 5 procentpunten toegenomen. Gezien de fysieke eisen die deze disciplines hebben, zal dit ook samen zijn gegaan met verhuizing of vestiging op een nieuwe locatie, bijvoorbeeld een gezondheidscentrum. Voor de meeste andere disciplines is er hooguit sprake van een geringe toename in gemeenschappelijke vestiging. Een uitzondering is de sterke groei die heeft plaatsgevonden bij de diëtetiek. Gaf in 2007 nog 16,6% van de

praktijken aan samen met een diëtist op dezelfde locatie te werken, in 2009 is dit gestegen tot 25,4%, een toename van (afgerond) 9%.

Een nieuw type ‘discipline’ dat in de meting van 2009 nieuw is toegevoegd, is de ziekenhuis-buitenpoli. De verwachting is dat er ‘anderhalvelijns’-centra zullen ontstaan, waarbij eerste- en tweedelijns disciplines gezamenlijk worden aangeboden. Zo kan vanuit multidisciplinaire huisartspraktijken, zorggroepen of gezondheidscentra ook gespecialiseerdere zorg dicht bij de client geleverd worden. Volgens de zelfrapportage van huisartspraktijken in 2009 komt deze nieuwe vorm nog nauwelijks voor: slechts 1% van de huisartspraktijken geeft aan dat hiervan sprake is⁶. Dit geeft aan dat dit fenomeen nog in de kinderschoenen staat.

De volgende figuur gaat over samenwerking in de vorm van een formeel samenwerkingscontract met dezelfde lijst van 20 eerstelijns disciplines.

Figuur 3.2: Percentage huisartspraktijken dat een samenwerkingscontract met andere disciplines heeft, per type discipline, in 2007 en 2009

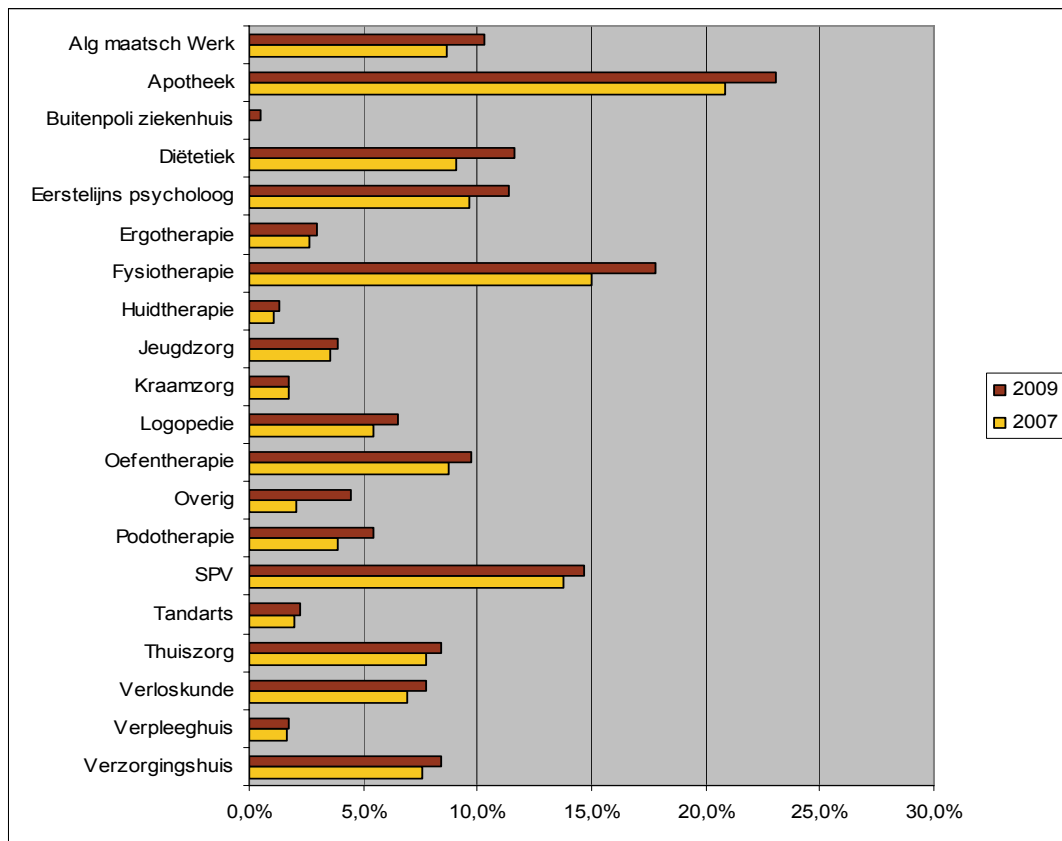


⁶ Omgerekend naar alle ruim 4.000 huisartspraktijken in Nederland, zou dit neerkomen op een totaal van 11 praktijken waar huisartsen samen met een buitenpoli onder één dak gevestigd zijn. Gezien de noviteit van deze ontwikkeling kan het zijn dat respondenten dit item nog niet aan hebben willen (of: konden) kruisen. In die zin vormen de gerapporteerde cijfers waarschijnlijk een conservatieve (onder)schatting van deze vorm van samenwerking.

Een vergelijkbaar beeld komt naar voren. Ook nu hebben huisartspraktijken het vaakst een (formeel) samenwerkingscontract met apotheken, SPV-ers en fysiotherapeuten. Een andere vaak genoemde discipline zijn de verzorgingshuizen, waar in 2009 18% van de huisartspraktijken formeel contract mee had. Met deze laatste is men dus niet vaak op dezelfde locatie gevestigd (zie figuur 3.1), maar hebben huisartsen wel een formeel contract om de zorg voor ingeschreven patiënten in het verzorgingshuis te coördineren. Samen met de fysiotherapie (+3,8%) vormen de verzorgingshuizen (+3,7%) de discipline waar sprake is van een toename in het aantal contracten tussen 2007 en 2009. Ook samenwerking met diëtetiek (+3,3%) en de apotheek (+3,2%) is in dezelfde orde van grootte toegenomen.

Het derde type samenwerking – presentatie naar buiten toe – komt wat minder vaak voor dan vestiging op één locatie, maar ongeveer even vaak als het sluiten van een onderling formeel contract (zie tabel 3.1). Het overzicht met wie de huisarts zich naar buiten toe presenteert is opgenomen in figuur 3.3.

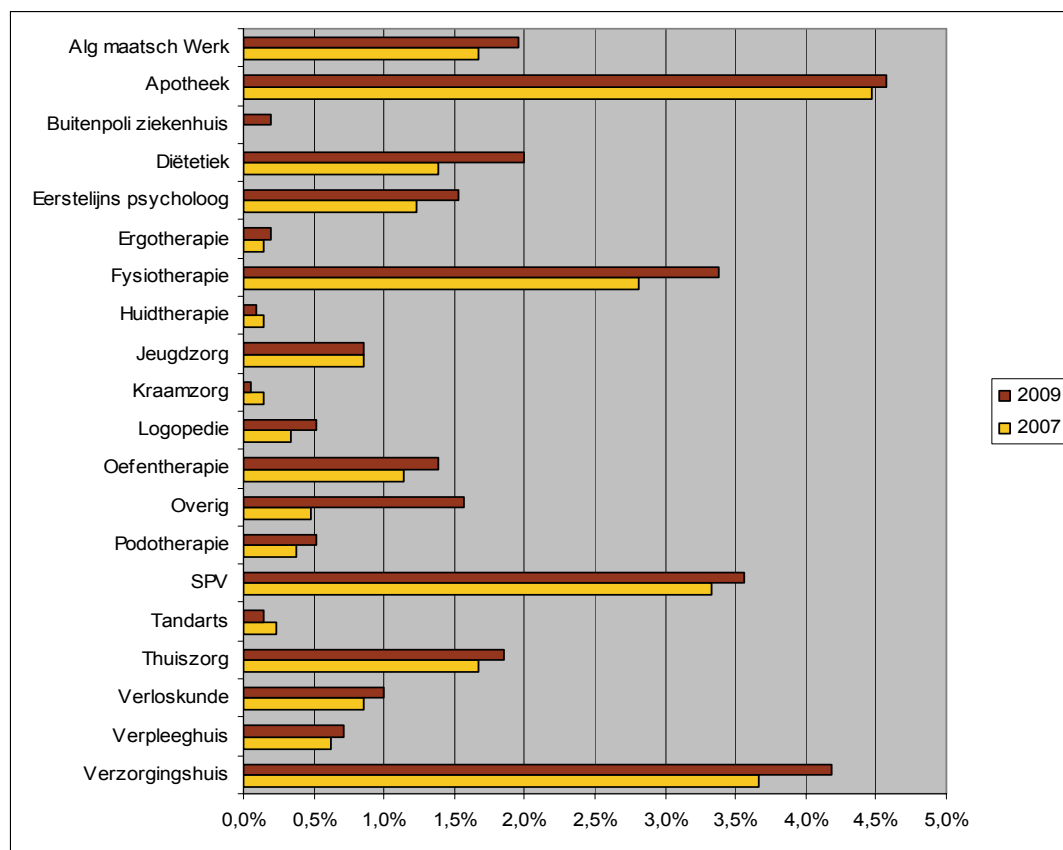
Figuur 3.3: Percentage huisartspraktijken dat zich naar buiten toe met andere disciplines presenteert, per type discipline, in 2007 en 2009



De bovenstaande figuur laat voor alle disciplines een toename tussen 2007 en 2009 zien; iets geringer dan bij de vorige twee samenwerkingstypen. Wederom scoren fysiotherapie, apotheek en SPV op deze samenwerkingsvorm het hoogst, de drie disciplines waar ook de meest huisartsen op één locatie gevestigd zijn en/of een formeel contract gesloten hebben.

Samenwerking gesteund door financiering van zorgverzekeraars lijkt wat minder te zijn toegenomen, zoals blijkt uit figuur 3.4. Om die reden is de schaal van de betreffende figuur ook beperkt tot 5% als maximum.

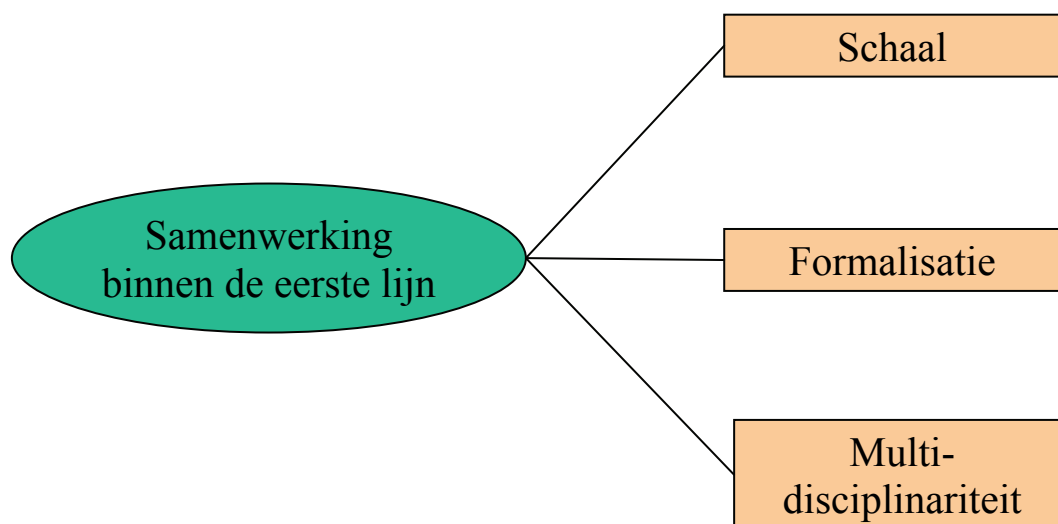
Figuur 3.4: Percentage huisartspraktijken dat samenwerkt op basis van financiering van zorgverzekeraars, per type discipline, in 2007 en 2009



Nu valt vooral de samenwerking tussen huisartspraktijk en verzorgingshuis op, een vorm van samenwerking waar ook relatief vaak een formeel contract voor is afgesloten (figuur 3.2). Ook al zijn percentages praktijken die deze samenwerking gefinancierd hebben klein (rond de 4%), hier lijkt wel groei in gaande te zijn. De mate waarin volgens huisartsen hun samenwerking met fysiotherapeuten, apothekers en SPV-ers door zorgverzekeraars financieel wordt gesteund is tevens gering, zo rond de 4%.

4 Samenvatting en conclusie

We kunnen de resultaten van dit deelonderzoek nu samenvatten aan de hand van de eerder gepresenteerde figuur die de drie dimensies van multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn uitbeeldt:



Uit de respons, in 2009 via internet onder ruim 2100 huisartspraktijken in Nederland verzamelt, blijkt dat zowel de schaal, als de formalisatie, als de multidisciplinariteit ten opzichte van 2007 is toegenomen.

De *schaal* van samenwerking is ten eerste toegenomen omdat het percentage huisartspraktijken dat aangeeft op één locatie met andere disciplines gevestigd te zijn met 8% is gestegen. Over het algemeen geldt dat de grotere groepspraktijken meer samenwerkings-typen kennen, en hierin tussen 2007 en 2009 relatief snel gegroeid zijn. Met de door-gaande tendens tot schaalvergroting van huisartspraktijken, kan dit betekenen dat ook de samenwerking binnen de eerste lijn in Nederland zal toenemen. De regionale spreiding van de mate waarin huisartsen samenwerken kent wel enkele patronen, maar die hangen sterk af van het type samenwerking. Almere en Zuid/Midden Limburg scoren syste-matisch hoog, maar het is lastig om hier algemeen geldende uitspraken over ‘regionale effecten’ aan te ontlelen. Verder vindt in zgn. krachtwijken niet meer (maar dus ook niet minder) samenwerking plaats dan in andere delen van Nederland.

Wat betreft de *formalisatie* van samenwerking zien we dat het percentage huisartspraktijken dat een formeel samenwerkingscontract heeft gestegen is met 5%. Dit per-centage ligt wat lager dan de 8% stijging van huisartspraktijken onder één dak, maar is ook meer betekenisvol. Het impliceert immers dat een concrete investering is gedaan in termen van het opstellen en implementeren van een samenwerkingsovereenkomst. Interessant is dat ook de groep die zowel onder één dak gevestigd is als deze samen-

werking heeft geformaliseerd, is gestegen met 5%. Locatieoverschrijdende samenwerking (wel formele samenwerking, maar niet op één locatie) nam niet toe tussen 2007 en 2009, behalve onder de solopraktijken.

De *multidisciplinariteit* van samenwerking tenslotte, is zichtbaar in de toename van het gemiddeld aantal eerstelijns disciplines waarmee de gemiddelde huisartspraktijk in 2009 op verschillende manieren samenwerkt. Met meer dan drie disciplines is men gemiddeld op één locatie gevestigd (meest apotheek, fysiotherapeut en SPV), met gemiddeld meer dan twee disciplines heeft men een formeel samenwerkingscontract. Op het aantal mogelijke samenwerkingsverbanden is de stijging van dit gemiddelden tamelijk hoog. Ook dit duidt dus op een doorgaande trend in samenwerking binnen de eerste lijn, niet alleen in schaal maar ook in intensiteit. Tegelijkertijd kan ook gesteld worden dat er nog veel ruimte is voor groei in multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn. Welke randvoorwaarden en determinanten daartoe een rol kunnen spelen wordt in het volgende deel van dit rapport geanalyseerd.

DEEL III

Zorginhoudelijke samenwerking in de eerste lijn

Een verdiepingsstudie vanuit het perspectief van de huisarts in 2009

1 Inleiding

In deel II is beschreven welke ontwikkelingen er tussen 2007 en 2009 hebben plaats gevonden op basis van de basisvragenlijst ‘multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn’. Het verdiepende onderzoek dat in dit deel wordt behandeld bouwt voort op de basisvragenlijst en is in 2009 ontwikkeld en uitgevoerd. De verdieping betreft de meting en determinanten van zorginhoudelijke samenwerking. In de basisvragenlijst is het type samenwerking wel qua schaal, formalisatie en multidisciplinariteit uitgebreid gemeten, maar bleef de patiëntendoelgroep, waar samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn zich steeds meer op richten (zie deel I), buiten beschouwing.

Op basis van het in deel I gepresenteerde overzicht aan studies en een aantal interviews met zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, ROS-vertegenwoordigers en de klankbordgroep van dit onderzoek is in 2009 een nieuwe, aanvullende vragenlijst ontworpen. Eén van de doelstellingen van dit verdiepende onderzoek is om de verschillen te bepalen tussen huisartsenpraktijken die gericht op specifieke patiëntengroepen met andere disciplines samenwerken en praktijken die niet zorginhoudelijk samenwerken met andere disciplines. De vragenlijst is daarom onder een brede steekproef van huisartspraktijken uitgezet (zie volgende paragraaf). Praktijken die samenwerken wordt gevraagd met betrekking tot welke patiëntengroepen ze samenwerken, met welke disciplines ze hierop samenwerken, hoe vaak er overleg plaats vindt en hoe deze afspraken zijn vastgelegd. Aanvullend werden er nog een aantal vragen gesteld, over bijvoorbeeld financiering, patiëntenbetrokkenheid en knelpunten bij samenwerking.

2 Enquête, steekproef en respons

De steekproef voor de aanvullende vragenlijst is getrokken op basis van huisartsenpraktijken die op de basisvragenlijst hebben gerespondeerd, waarover in het vorige deel II is gerapporteerd. Daarbij is gebruik gemaakt van de antwoorden op de drie aanvullende vragen, die illustreren op welke manier hun samenwerkingsverband(en) is (zijn) vormgegeven:

- Wat voor type financiering ontvangt men van zorgverzekeraars, specifiek voor samenwerking met andere disciplines? (bijv. Beleidregel ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorg of Module Modernisering en Innovatie (M&I) – Inschrijvingen)
- Maakt de praktijk deel uit van een zorggroep van huisartsen en/of andere eerstelijnszorgaanbieders, gericht op specifieke groepen chronische patiënten
- Als de praktijk los van een zorggroep extra schriftelijke afspraken over zorginhoudelijke samenwerking heeft, op welke patiëntengroepen zijn deze gericht?

Op basis van deze drie vragen zijn drie groepen huisartspraktijken voor de steekproef geselecteerd:

Tabel 2.1a: Steekproefkader

	Aantal
1. Praktijken die deel uitmaken van zorggroep (zonder andere zorginhoudelijke afspraken)	75
2. Praktijken die (los van zorggroep) schriftelijke samenwerkingsafspraken hebben over DM, COPD of CVR	72
3. Praktijken die deel uitmaken van zorggroep én schriftelijke samenwerkingsafspraken hebben over DM, COPD of CVR	75

Omdat maar een deel van de huisartspraktijken bovenstaande vragen heeft beantwoord, is de steekproef vervolgens aangevuld met 200 praktijken die niet tot één van de bovenstaande groepen behoren. Hiervoor zijn vier groepen gemaakt volgens een samenwerkingstypologie (4-deling) die in het vorige deel II van dit rapport is gepresenteerd, namelijk:

Tabel 2.1b: Steekproefkader, vervolg

Praktijken:	Aantal
1. Waarvan een deel formeel samenwerkt en ook één locatie deelt	50
2. Waarvan een deel formeel samenwerkt maar geen locatie deelt	50
3. Waarvan een deel niet formeel samenwerkt maar wel één locatie deelt	50
4. Waarvan een deel niet formeel samenwerkt en ook geen locatie deelt	50

In totaal zijn dus 422 praktijken voor de steekproef geselecteerd, die een optimale mix vormen voor dit vervolgonderzoek. De praktijkvertegenwoordigers zijn per brief benaderd om via internet een enquête in te vullen. Hiervoor kregen zij een link naar de website waar zij met een persoonlijke gebruikersnaam en wachtwoord konden inloggen. Via het programma *NetQuestionnaires* is bijgehouden welke praktijken de vragenlijst hebben ingevuld. Ongeveer twee weken na de eerste uitnodigingsbrief is een reminder verstuurd.

Van de 422 praktijken die zijn aangeschreven hebben in totaal 183 praktijken de vragenlijst ingevuld. Dit betekent dat de totale respons 43,5% is. In tabel 2.2 is de respons uitgesplitst naar de verschillende subgroepen die zijn aangeschreven. Hieruit blijkt dat de respons alleen afwijkend laag is (28%) voor praktijken die in de basisvragenlijst aangaven een formeel contract met andere disciplines te hebben waar zij ook mee op één locatie gevestigd zijn (maar niet in een zorggroep zitten of zorginhoudelijk samenwerken). De verklaring hiervoor kan zijn dat deze groep minder het nut van de aanvullende webenquête heeft ingezien, aangezien ze al 'hoog' op de basisindicatoren voor samenwerking scoren.

Tabel 2.2: De respons op de verdiepende vragenlijst, 2009

	N	%
1. Praktijken die deel uitmaken van zorggroep (zonder andere zorginhoudelijke afspraken)	37	49,3
2. Praktijken die (los van zorggroep) schriftelijke samenwerkingsafspraken hebben over DM, COPD of CVR	37	52,1
3. Praktijken die deel uitmaken van zorggroep én schriftelijke samenwerkingsafspraken hebben over DM, COPD of CVR	36	48,0
Praktijken die geen van bovenstaande hebben, en:		
1. waarvan een deel formeel samenwerkt en één locatie deelt	14	28,0
2. waarvan een deel formeel samenwerkt zonder anderen op één locatie	19	38,0
3. waarvan een deel niet formeel samenwerkt maar wel één locatie deelt	20	40,0
4. waarvan een deel niet formeel samenwerkt zonder andere op één locatie	20	40,0
Totaal	183	43,5

Voor de interpretatie van de uitkomsten van deze enquête is het van belang om ervoor te zorgen dat de respons een representatieve afspiegeling vormt van de populatie van huisartspraktijken in Nederland. De ondervertegenwoordiging van praktijken in de responsgroep die formeel samenwerken én één locatie delen, geeft aanleiding om daarom wegingsgetallen te berekenen. Hiermee kan gecorrigeerd worden voor het feit dat groepen door een lage respons minder zwaar meetellen dan groepen waarvoor de respons relatief hoger lag. Alle nu volgende analyses zijn uitgevoerd met inachtneming van deze correctie en weging van de respons naar de verhoudingen binnen de populatie naar praktijktype. Daarbij wordt bij de resultaten ingezoomd op die praktijken die aangeven ook feitelijk samen te werken en waarvan voldoende achtergrondkenmerken beschikbaar zijn. De analyses zijn dan ook gebaseerd op een deelselectie van 130 huisartspraktijken.

3 Resultaten

3.1 Zorginhoudelijke samenwerkingsverbanden en organisatievorm

Een deel van de zorg binnen de eerste lijn richt zich op patiënten met veel voorkomende chronische ziekten. Het gaat dan meestal om ziekten als Diabetes Mellitus, astma, COPD en hartfalen. Chronische ziekten staan bij veel partijen in de belangstelling als onderwerp voor multidisciplinaire samenwerking en zorgvernieuwing. Het gaat immers om relatief vaak voorkomende ziekten, die lang duren en behandeling vergen met relatief dure medicijnen (Spreeuwenberg & Elfahmi, 1998). Bovendien zorgt een stijgende levensverwachting er ook voor dat steeds meer mensen met een chronische ziekte te maken krijgen en legt deze relatief kleine groep patiënten een groot beslag op de zorg die wordt aangeboden.

Eén van de eerste vragen die in de verdiepende vragenlijst van 2009 is gesteld heeft dan ook betrekking op de chronische ziekten en patiëntengroepen waarop huisartsen kunnen samenwerken. Tabel 3.1 presenteert de resultaten, waarbij tevens onderscheid is gemaakt tussen huisartsen die wel en niet op één locatie met hun samenwerkingspartners gevestigd zijn. Bij het interpreteren van deze tabel moet reeds opgemerkt worden dat het begrip ‘samenwerking’ hier niet specifiek voor de respondent is gedefinieerd. Het is door hem/haar in de breedste zin van het woord opgevat.

Tabel 3.1: Percentage huisartspraktijken dat zich op bepaalde patiëntengroepen richt bij structurele samenwerkingsverbanden, naar gemeenschappelijke vestiging (meerdere antwoorden mogelijk)

	Onder één dak	Niet onder één dak	Totaal
Diabetes Mellitus	99,1%	100,0%	99,6%
COPD/Astma ¹	68,2%	42,4%	55,9%
Cardiovasculair Risicomanagement	41,6%	24,6%	33,5%
Hartfalen	13,4%	4,8%	9,3%
Depressie	17,5%	0,5%	9,4%
Angst	16,0%	0,5%	8,6%
Overgewicht	12,7%	4,7%	8,9%
Dementie	5,3%	4,7%	5,0%
Ouderenzorg	29,2%	13,6%	21,7%
Jeugdzorg	4,5%	0,0%	2,3%
Anders (divers)	3,8%	3,4%	3,6%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%
	N=68	N = 62	N = 130

¹ Op deze chronische ziekte is er een significant verschil tussen “Onder één dak” en “Niet onder één dak” (χ^2 : $p < 0.01$).

De tabel laat zien dat bijna alle samenwerkingsverbanden zich bezighouden met de zorg voor Diabetes Mellitus. Er zijn ook veel praktijken die samenwerken op het gebied van COPD/Astma (55,9%) en Cardiovasculair Risicomanagement (33,5%). Ook geeft bijna een kwart van de praktijken die inhoudelijk samenwerkt aan dat zij zich specifiek richten op ouderenzorg.

Verder blijkt uit de tabel dat de praktijken die met anderen onder één dak gevestigd zijn op bijna alle onderwerpen vaker aangeven samen te werken. De samenwerking gericht op Diabetes Mellitus is hierop een uitzondering, maar het verschil is miniem en deze percentages zitten als het ware tegen het plafond van de 100% aan. Er is alleen een significant verschil te constateren voor samenwerking gericht op de patiëntengroep COPD/Astma; dit doen huisartsen die onder één dak gevestigd zijn met andere disciplines duidelijk vaker dan huisartsen die geen gemeenschappelijke vestiging op één locatie hebben.

Vervolgens is gevraagd hoeveel van dergelijke samenwerkingsverbanden de huisartspraktijken tegelijkertijd onderhouden. Dit zegt iets over de breedte en de mogelijkheid voor praktijken om op verschillende patiëntdomeinen samen te werken. Tabel 3.2 geeft de frequentieverdeling als antwoord op deze vraag.

Tabel 3.2: Aantal samenwerkingsverbanden van huisartspraktijken, naar gemeenschappelijke vestiging (meerdere antwoorden mogelijk)

	Onder één dak	Niet onder één dak	Totaal
1	15,6%	49,0%	31,6%
2	24,2%	24,1%	24,1%
3	31,8%	16,5%	24,5%
4	11,7%	6,1%	9,0%
5	5,0%	1,0%	3,1%
6	6,5%	0,0%	3,4%
7	0,8%	3,3%	2,0%
8	4,5%	0,0%	2,3%
Totaal	100,0% N=68	100,0% N = 62	100,0% N = 130
Gemiddeld	3,1	2,0	2,5

Meer dan 80% van alle praktijken heeft één tot drie samenwerkingsverbanden gericht op een specifieke patiëntengroep. Het onderhouden van vier of meer samenwerkingsverbanden vergt relatief veel coördinatie en komt veel minder vaak voor. Zoals verwacht kon worden, werken praktijken die met meerdere disciplines op één locatie zijn gevestigd voor meer patiëntengroepen/chronische aandoeningen samen dan praktijken die hun praktijklocatie niet delen met anderen. Dit verschil (3,1 versus 2,0) is statistisch significant.

3.2 Zorginhoudelijke samenwerkingsverbanden rond Diabetes en COPD/Astma

We lichten er nu twee chronische ziekten uit waarvoor de meeste huisartspraktijken een samenwerkingverband onderhouden, namelijk Diabetes en COPD/Astma. Voor beide is nader gevraagd of huisartsen samenwerken op basis van een zorggroep, of basis van gemeenschappelijke vestiging op één locatie, dan wel een combinatie van beide. Op die manier kunnen we bepalen in welk type organisatiesetting de samenwerking het meest voorkomt.

Tabel 3.3: Samenwerkingsverbanden van huisartspraktijken, naar aansluiting bij zorggroepen en/of gezondheidcentra, gemeenschappelijke vestiging, en Diabetes/COPD/Astma als zorginhoudelijke samenwerkingsbasis (meerdere antwoorden mogelijk)

	Onder één dak		Niet onder één dak		Totaal	
	Diabetes	COPD/ Astma	Diabetes	COPD/ Astma	Diabetes	COPD/ Astma
Zorggroep van huisartsen	50,7%	41,3%	56,5%	30,8%	53,5%	37,5%
Zorggroep van huisartsen en andere zorgverleners	40,3%	23,9%	27,4%	19,2%	34,1%	22,2%
Gezondheidscentrum	9,0%	19,6%	0,0%	0,0%	4,7%	12,5%
Anders	10,4%	23,9%	21,0%	38,5%	15,5%	30,5%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	N=67	N=46	N=62	N=26	N=129	N=72

In de tabel is te zien dat de hoogste samenwerkingsgraad rondom Diabetes te vinden is bij huisartspraktijken die zijn georganiseerd in de vorm van een zorggroep met uitsluitend huisartsen (56,5%). Ook is het zo dat huisartsen die onder één dak zijn gevestigd met andere disciplines vaker aangeven lid te zijn van een zorggroep van huisartsen, maar ook van zorggroepen van andere zorgverleners (40,3%). Gezondheidscentra worden nauwelijks genoemd als grond voor samenwerking rond Diabetes, mogelijk voor een deel omdat ze ook bij een zorggroep zijn aangesloten.

De samenwerkingsverbanden rondom Astma/COPD zijn ook het vaakst georganiseerd in de vorm van een zorggroep met alleen huisartsen, maar dit is minder geprononceerd dan bij Diabetes (37,5%). Een bijna even groot percentage noemt dat de samenwerking gericht op Astma/COPD in een andere vorm is georganiseerd. Opvallend is dat 20% van de huisartspraktijken die onder één dak zijn gevestigd met andere disciplines samenwerken binnen gezondheidscentra. Hiermee onderscheidt deze groep zich significant van de niet met andere disciplines onder één dak werkende huisartsen. De andere verschillen tussen gemeenschappelijke vestiging of niet zijn overigens niet significant.

Een belangrijk aspect bij zorginhoudelijke samenwerking binnen de eerste lijn is de schaal in geografisch opzicht. Immers, het gaat om samenwerking die erop gericht is dit zo dicht mogelijk bij patiëntengroepen te brengen. Betekent dit dus ook dat er vooral lokaal of op één locatie wordt samengewerkt? Of dat er ook interlokaal en regio-over-schrijdend wordt samengewerkt? Deze vragen passen in de discussie ‘centraal-decentraal’

die al geruime tijd wordt gevoerd ten aanzien van het ‘ideale’ coördinatie- en planningsniveau van de eerstelijnszorg in Nederland. Decentraal lijkt voor de patiënt het ideale niveau, maar er zijn ook argumenten om zaken als expertise-uitwisseling (al dan niet op initiatief van zorgverzekeraars) juist te organiseren door middel van regionale, provinciale of landelijke samenwerkingsverbanden. De uitkomsten van de verdiepingsvragenlijst op dit punt zijn in tabel 3.4 opgesteld.

Tabel 3.4: Samenwerkingsverbanden van huisartspraktijken, naar geografische reikwijdte, gemeenschappelijke vestiging, en Diabetes/COPD/Astma als zorginhoudelijke samenwerkingsbasis (meerdere antwoorden mogelijk)

	Onder één dak		Niet onder één dak		Totaal	
	Diabetes	COPD/ Astma	Diabetes	COPD/ Astma	Diabetes	COPD/ Astma
De eigen wijk/gemeente	32,8%	41,3%	40,3%	61,5%	36,4%	50,0%
Een cluster van gemeenten in de regio	50,7%	41,3%	50,1%	23,1%	49,6%	34,7%
De provincie	11,9%	4,3%	9,7%	3,8%	10,6%	4,2%
Landelijk	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%
Anders	7,5%	6,5%	6,5%	3,8%	7,0%	5,6%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	N=67	N=46	N=62	N=26	N=129	N=72

Tabel 3.4 laat allereerst zien dat de samenwerking rondom Diabetes volgens de respondent iets vaker op een centraler geografisch niveau (gemeentecuster) is georganiseerd dan de samenwerking rondom COPD/Astma. Hierbij kan ook een rol spelen dat deze samenwerking op dit niveau gecontracteerd wordt door de zorgverzekeraar. Samenwerking rondom COPD/Astma is meer op de wijk/gemeente gericht en – niet verwonderlijk – met name wanneer er meerdere disciplines op dezelfde locatie zijn gevestigd. Huisartspraktijken die niet op één locatie met andere disciplines gevestigd zijn hebben vaker samenwerkingsverbanden met cluster van gemeenten in de regio. Alle verschillen tussen het wel of niet op één locatie gevestigd zijn, zijn echter niet significant. De patronen die we zien komen evenwel overeen met de verschillen in tussen locatie-deling, praktijkomvang en samenwerking die we in deel II aantreffen.

Tenslotte is met de verdiepende vragenlijst nagegaan of en met welke disciplines de huisarts het meest samenwerkt rondom Diabetes Mellitus en Astma/COPD. Hiertoe is bijna dezelfde lijst van 20 eerstelijns disciplines gehanteerd als in de algemene vragenlijst (zie deel II). Tabel 3.5 geeft in een zelfde structuur als de vorige tabellen de uitkomsten. Disciplines die niet zijn aangegeven als overlegpartners zijn, ten behoeve van de overzichtelijkheid, uit de tabel gelaten.

Tabel 3.5: Samenwerkingsverbanden van huisartspraktijken, naar samenwerkende disciplines, gemeenschappelijke vestiging, en Diabetes/COPD/Astma als zorginhoudelijke samenwerkingsbasis (meerdere antwoorden mogelijk)

	Onder één dak		Niet onder één dak		Totaal	
	Diabetes	COPD/ Astma	Diabetes	COPD/ Astma	Diabetes	COPD/ Astma
Algemeen maatschappelijk werk	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	0,0%
Apotheek	33,3%	23,3%	22,2%	8,3%	28,7%	19,0%
Diëtetiek	84,3%	50,0%	80,6%	8,3%	82,8%	40,5%
Eerstelijns-psycholoog	9,8%	0,0%	0,0%	0,0%	5,7%	0,0%
Ergotherapie	0,0%	6,7%	0,0%	8,3%	0,0%	7,1%
Fysiotherapeut	58,8%	93,3%	25,0%	33,3%	44,8%	76,2%
Huidtherapie	3,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Logopedie	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%
Oefentherapie	7,8%	16,7%	8,3%	8,3%	6,9%	11,9%
Podotherapie	37,3%	0,0%	38,9%	0,0%	36,8%	0,0%
Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige	3,9%	6,7%	0,0%	0,0%	2,3%	4,8%
Transmuraal centrum/ Buitenpolizekenhuis	3,9%	3,3%	5,6%	0,0%	4,6%	2,4%
Verloskundige	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	0,0%
V&V(thuiszorg)	15,7%	3,3%	8,3%	16,7%	11,5%	7,1%
Verzorgingshuis	13,7%	6,7%	2,8%	0,0%	9,2%	4,8%
Anders	23,5%	10,0%	19,4%	66,7%	21,8%	26,2%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	N=50	N=30	N=36	N=12	N=87	N=42

De tabel bevat veel informatie, zodat we alleen de opvallende patronen en verschillen bespreken. Rndom Diabetes werkt de huisarts het meest samen met de diëtist, de fysiotherapeut, de apotheek en de podotherapeut. Daarnaast werkt bij Diabetes de huisarts ook veel samen met de diabetesverpleegkundige. Deze resultaten komen redelijk overeen met de algemene patronen van multidisciplinaire samenwerking zoals we die in deel II zagen. Wanneer de zorg is gericht op patiënten met Astma of COPD werkt de huisarts het meest samen met dezelfde disciplines: de fysiotherapeut, de diëtist en de apotheek. Opgemerkt moet worden dat met de antwoorden op deze vraag alle mogelijke vormen van overleg kunnen zijn.

De verschillen tussen huisartspraktijken die al dan niet op één locatie met andere discipline gevestigd zijn, zijn over het algemeen klein en niet significant. Alleen bij de samenwerking met apotheker en fysiotherapeut zijn de verschillen significant (huisartsen samen onder één dak met anderen werken hier vaker mee samen), zowel bij Diabetes als bij COPD/Astma.

Met de verdiepende vragenlijst is tevens getracht de multidisciplinaire samenwerking rondom beide patiëntengroepen iets meer te kwantificeren door te vragen naar het aantal keer dat men per jaar overleg heeft (tabel 3.6). Dit overleg is niet nader gespecificeerd aan de respondent en kan dus breed door hem/haar zijn geïnterpreteerd. Wanneer de gegevens in deze tabel op minder dan 5 praktijken zijn gebaseerd, zijn de disciplines en de bijbehorende gegevens weggelaten, ten behoeve van de overzichtelijkheid.

Tabel 3.6: Frequentie van overleg door huisartspraktijken, naar samenwerkende disciplines, gemeenschappelijke vestiging, en Diabetes/COPD/Astma als zorginhoudelijke samenwerkingsbasis

	Onder één dak		Niet onder één dak		Totaal	
	Diabetes	COPD/ Astma	Diabetes	COPD/ Astma	Diabetes	COPD/ Astma
Apotheek	••••	•••••	•••	•	••••	•••••
Diëtietiek	••••	•	•••	•	•••	•
Eerstelijnspsycholoog	•••	-	-	-	•••	-
Fysiotherapeut	•••	•••	••••	••	•••	•••
Oefentherapie	•	•	•	•	•	•
Podotherapie	•	-	•	•••	•	•••
V&V(thuiszorg)	•••	••	•	•••	•••	•••
Verzorgingshuis	•••	•••	•	-	•••	•••
Anders	••••	•••	•••	•••	•••	•••

- = vaker dan 1 keer per week.
- = tussen 1 keer per week en 1 keer per 2 weken.
- = tussen 1 keer per 2 weken en 1 keer per maand.
- = tussen 1 keer per maand en 1 keer per 2 maanden.
- = minder dan 1 keer per 2 maanden.

Ten eerste zien we in het overzicht dat de jaarlijks overlegfrequenties systematisch hoger is voor huisartspraktijken die met meerdere disciplines onder één dak gevestigd zijn. Dit bevestigt de vorige uitkomsten, waarin deze praktijken ook hoger scoorden op het aantal disciplines waarmee samen wordt gewerkt. Ten tweede blijkt het overleg ook frequenter wanneer huisartsen voor patiënten met Diabetes samenwerken met de apotheek en de diëtist. Voor COPD/Astma wordt het meest frequent overlegd met de apotheek. Ook dit komt overeen met de vorige analyse. Huisartspraktijken die vaker samenwerken met een bepaalde disciplines en voor een bepaalde patiëntengroep, overleggen dus ook vaker onderling, hetgeen nog eens versterkt wordt wanneer zij op één locatie gevestigd zijn.

Tenslotte is gemeten hoe formeel de samenwerkingsverbanden rondom Diabetes en COPD/Astma zijn geregeld. Voortbouwend op de basisvragenlijst (waarin alleen het al dan niet bestaan van een formeel contact is gevraagd, zie deel II), is aan de respondent een oplopende reeks van formalisatie van de samenwerking voorgelegd. Dit varieert van 'niet' tot 'als rechtspersoon georganiseerd'. Tabel 3.7 toont de resultaten van de enquêtevraag.

Tabel 3.7: Vastlegging van samenwerkingsverbanden aangegaan door huisarts-praktijken, naar gemeenschappelijke vestiging, en Diabetes/COPD/Astma als zorginhoudelijke samenwerkingsbasis

	Onder één dak		Niet onder één dak		Totaal	
	Diabetes	COPD/ Astma	Diabetes	COPD/ Astma	Diabetes	COPD/ Astma
Nee	19,6%	3,3%	25,0%	7,7%	21,8%	7,1%
Ja, mondelinge afspraken	19,6%	30,0%	22,2%	23,1%	20,7%	28,6%
Ja, op papier vastgelegd	41,2%	30,0%	22,2%	46,2%	33,3%	35,7%
Ja, contractueel vastgelegd	23,5%	30,0%	16,7%	7,7%	20,7%	23,8%
Ja, als 1 rechtspersoon georganiseerd	19,6%	26,7%	19,4%	15,4%	19,5%	23,8%
Totaal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	N=50	N=30	N=36	N=12	N=87	N=42

De samenwerkingsafspraken zijn voor zowel Diabetes als COPD/Astma het vaakst op papier vastgelegd (respectievelijk 33,3% en 35,7%). Ook zegt een kwart (27,5%) van de respondenten dat deze contractueel zijn vastgelegd. Ook de meest geformaliseerde variant, samenwerking vastgelegd in een rechtspersoon, komt nog in gemiddelde 20% van de praktijken voor.

We zien verder dat de mate van formalisatie niet veel verschilt voor huisartsenpraktijk die met andere disciplines op dezelfde locatie is gevestigd, en praktijken die dat niet zijn. Wel lijken de praktijken onder één dak wat vaker voor schriftelijke afspraken te kiezen, zowel afspraken rondom Diabetes als rondom Astma/COPD. Geen van de verschillen zijn echter significant.

3.3 Financiering van samenwerkingsverbanden

Nu inzichtelijk is gemaakt op welke wijze huisartsen hun zorginhoudelijke samenwerken vormgeven rond Diabetes en COPD, is de volgende stap het beschrijven van één van de belangrijke determinanten van samenwerking, de financiering. In deel II werd het vermoeden uitgesproken dat huisartsen door onduidelijkheden rondom de variëteit aan regelingen en voorwaarden mogelijk minder gebruik maken van vormen (co-)financiering van samenwerking. De volgende tabel 3.8 geeft hierover enige empirische informatie. De twee beleidsregels en de zgn. M&I-module, die ook in deel I van dit rapport werden beschreven, zijn hiertoe aan de respondenten voorgelegd.

Tabel 3.8: Gebruik van drie typen aanvullende financiering voor samenwerking met andere disciplines ontvangen in 2009*

Beleidsregel ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorg voor samenwerkingsverbanden met rechtspersoonlijkheid	4,5%
Beleidsregel ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorg voor samenwerkingsverbanden zonder rechtspersoonlijkheid	1,1%
Module Modernisering en Innovatie (M&I) – Inschrijvingen	13,6%
Anders	1,4%
Is op onze praktijk niet van toepassing	3,2%
Geen antwoord ingevuld	75,3%
Totaal	100,0%

* Omdat meerdere antwoorden mogelijk zijn tellen antwoorden niet noodzakelijkerwijs op tot 100%.

De bovenstaande vraag is door slechts weinig praktijken ingevuld, namelijk ongeveer 25% van alle 2.102 praktijken. De percentages zijn daarom waarschijnlijk een onderschatting. Financiering in de vorm van de zogenaamd M&I module is duidelijk het meest aangekruist. Hierbij moet echter bedacht worden deze regeling niet specifiek op patiënt-gerichte samenwerking betrekking heeft en dus veel breder van toepassing is. Van groter belang is evenwel dat beide specifieke beleidsregels voor geïntegreerde eerstelijnszorg, met of zonder rechtspersoonlijkheid, opvallend weinig gebruikt worden: door slechts 1% en 4,5% van de praktijken. De regeling is dus waarschijnlijk nog slecht bekend, dan wel ervaren praktijken veel barrières om van de regelingen gebruik te maken. We komen hier later nog op terug.

Zoals in deel I beschreven, kunnen eerstelijns-instellingen gebruik maken van meerdere aanvullende financieringsbronnen voor samenwerking. Samenwerking gefinancierd door zorgverzekeraars is reeds een aparte samenwerkingsvorm die is bevraagd in de basis-vragenlijst. Maar ook deze vorm, zoals uit deel II blijkt, wordt nog relatief weinig gebruikt. Het hele scala aan aanvullende financiering is daarom in de verdiepende vragenlijst voorgelegd, om te zien in welke verhouding ze nu benut worden: zie tabel 3.9.

Tabel 3.9: Gebruik van financieringsbronnen voor samenwerkingsverbanden aangegaan door huisartspraktijken, naar gemeenschappelijke vestiging (meerdere antwoorden mogelijk)

	Onder één dak		Niet onder één dak		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Eigen middelen van deelnemers aan het samenwerkingsverband	31	45,6	17	27,4	48	36,9
Overheidssubsidie	2	2,9	1	1,6	3	2,3
Zorgverzekeraars	22	32,4	25	40,3	47	36,2
Particuliere fondsen	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Anders	3	4,4	5	8,1	9	6,9
Niet van toepassing	25	36,8	23	37,1	49	37,7
Totaal	68	100,0	62	100,0	130	100,0

De tabel bevestigt dat huisartspraktijken financiering niet zien als een vorm van overheidssubsidie maar als financiering door zorgverzekeraars. Immers, in het huidige stelsel is de uitvoering van subsidieregelingen grotendeels naar zorgverzekeraars overgegaan. Een uitzondering is de zogenaamde Vinex-regeling (zie paragraaf 3.1). Deze bron wordt nog het meest door huisartspraktijken benut die niet met andere disciplines onder één dak gevestigd zijn. Zij die wel op één locatie gevestigd zijn maken relatief vaker gebruik van eigen middelen.

Lang niet alle bronnen worden dus in even grote mate gebruikt. Maar betekent dat nu ook dat samenwerking hierdoor bemoeilijkt wordt? Of dat, omgekeerd, samenwerking door andere redenen niet van de grond komt en dat hierdoor er minder gebruik wordt gemaakt van de mogelijkheden tot aanvullende financiering? Om deze vraag te beantwoorden is een aantal knelpunten bij samenwerking voorgelegd die eerder uit studies en ervaringen naar voren kwamen (zie ook deel I).

Tabel 3.10: Ervaren knelpunten bij samenwerking door huisartspraktijken, naar gemeenschappelijke vestiging (meerdere antwoorden mogelijk)

	Onder één dak		Niet onder één dak		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Geen	16	23,5	9	14,8	25	19,4
Relatie met zorgverzekeraar	29	42,6	26	42,6	55	42,6
Moeilijkheden met declaraties	22	32,4	12	19,7	34	26,4
Inkomsten/Uitgaven	20	29,4	10	16,4	30	23,3
Communicatie en afstemming met andere zorgverleners	22	32,4	18	29,5	40	31,0
Random organisatievorm	22	32,4	15	24,6	37	28,7
Kennis van zorgprotocollen	5	7,4	7	11,5	12	9,3
Verschillende registratiesystemen	18	26,5	24	39,3	41	31,8
Anders	10	14,7	4	6,6	14	10,9
Totaal	68	100,0	61	100,0	129	100,0

Opvallend is dat bijna alle knelpunten wel aangekruist worden, een indicatie dat de voor-gegeven lijst goed met de praktijk overeen komt. “Relatie met de zorgverzekeraar” scoort relatief het hoogst, ruim 40% van de praktijken ervaart dit als knelpunt. Dit zal gerelateerd zijn aan de financiering door zorgverzekeraars, die kennelijk nogal eens met problemen gepaard gaat. De precieze problemen worden niet specifiek gemeten met deze enquête, maar hebben waarschijnlijk te maken met de (veranderende) voorwaarden voor financiering, de administratieve afhandeling en de verschillen hierin tussen zorgverzekeraars. Veel praktijken (rond de 30%) ervaren ook knelpunten in de organisatie van samenwerking, zowel qua te kiezen organisatievorm als de onderlinge afstemming en communicatie, zoals verschillende soorten registratiesystemen die niet op elkaar aansluiten. Deze knelpunten spelen meer als men onder één dak gevestigd is. Dit is dus ook niet altijd een garantie voor vlekkeloze samenwerking. Hier ligt dus een belangrijke taak (van externe partijen?) voor ondersteuning van zorgverleners en praktijken.

Tenslotte gaan we in op de rol van de patiënten zelf. Zij vormen immers de initiële, achterliggende *driver* van zorginhoudelijke samenwerking in de eerste lijn. Patiënten hebben baat bij afgestemde zorg, waarvoor een goede samenwerking een belangrijke voorwaarde is. Men kan zich zelfs voorstellen dat de betrokkenheid van patiënten het succes van samenwerking vergroot. Maar hoe zit het met deze betrokkenheid? Worden patiënten bij de samenwerkingsverbanden die we hier bestuderen betrokken en zo ja, hoe? Dit is expliciet gevraagd aan de deelnemende huisartsen. Tabel 3.11 presenteert de resultaten.

Tabel 3.11: Betrokkenheid patiënten bij samenwerking door huisartspraktijken, naar gemeenschappelijke vestiging (meerdere antwoorden mogelijk)

	Onder één dak		Niet onder één dak		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
Patiënten zijn niet betrokken	48	70,6	43	70,5	91	70,5
Er is een cliëntenraad aanwezig	2	2,9	2	3,3	4	3,1
Er is een klachtencommissie aanwezig	11	16,2	6	9,8	17	13,2
Een (categorale) patiëntenvereniging is betrokken bij het samenwerkingsverband	3	4,4	8	13,1	11	8,5
Er wordt gebruik gemaakt van patiëntervaringsonderzoeken	11	16,2	1	1,6	12	9,3
Anders	1	1,5	2	3,3	4	3,1
Totaal	68	100,0	61	100,0	129	100,0

Door een opvallend hoog percentage huisartspraktijken, meer dan 70%, wordt aangegeven dat patiënten niet betrokken zijn bij de samenwerkingsverbanden die zijn aangegaan. Wel wordt door een deel van de praktijken beaamd dat er klachtencommissies zijn en onderzoeken naar patiëntervaringen worden gehouden. Dit geldt significant vaker voor praktijken die op één locatie met andere disciplines gevestigd zijn (16% versus 2% van de gevallen). Dit zijn echter vormen van betrokkenheid die nog weer wat buiten de oprichting of inrichting van het samenwerkingsverband zelf staan, en vaak ook al standaard een onderdeel zijn de gangbaar wordende kwaliteits-/prestatie-indicatoren binnen de eerste lijn.

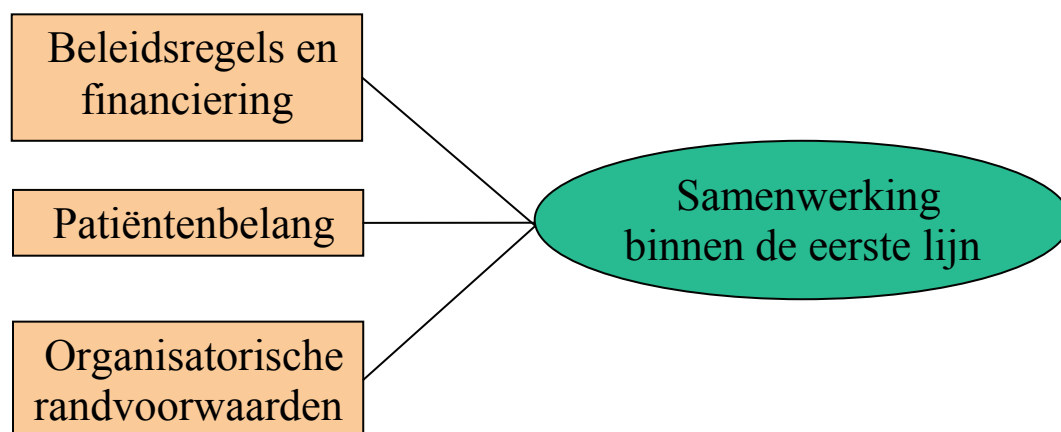
4 Samenvatting en conclusie

In dit deel II is verslag gedaan van het verdiepende onderzoek onder huisartspraktijken naar zorginhoudelijke samenwerking binnen de eerste lijn. Een specifieke (verdiepings) vragenlijst is verstuurd waarbij een respons is behaald van 130 huisartspraktijken die ook eerder de basisvragenlijst invulden. Deze praktijken zijn, na weging, een goede afspiegeling van de populatie huisartspraktijken die in het vorige onderzoek werden aangeschreven.

In dit onderzoek is nader ingegaan op de zorginhoudelijke samenwerking binnen de eerste lijn, gericht op bepaalde patiëntengroepen. Daarnaast is er, ten opzichte van het onderzoek op basis van de basisvragenlijst 2007-2009, specifiek aandacht besteed aan het meten van een aantal voorwaarden/determinanten voor samenwerking.

Uit de verdiepingsvragenlijst komt naar voren dat Diabetes Mellitus, COPD/Astma en Cardiovasculair Risicomanagement de drie belangrijkste chronische ziekten en patiëntengroepen vormen waarop zorginhoudelijke samenwerking zich in de eerste lijn concentreert. Rondom Diabetes werkt de huisarts het meest samen met de diëtist, de fysiotherapeut, de apotheek en de podotherapeut. Wanneer de zorg is gericht op patiënten met Astma of COPD werkt de huisarts ook het meest samen met de fysiotherapeut en apotheek, en daarnaast de diëtist. Met deze disciplines wordt ook kwantitatief het meest overlegd, in termen van overleggen per jaar. De samenwerkingsverbanden rondom Diabetes zijn voornamelijk georganiseerd in de vorm van een zorggroep met uitsluitend huisartsen. Die rondom Astma en COPD voor ongeveer een derde. Zorginhoudelijke samenwerking vindt voornamelijk op wijkniveau en ook wel op regionaal niveau (wijkclusters) plaats, maar nauwelijks op groter geografisch niveau.

We vatten de nadere resultaten van dit onderzoek verder samen, aan de hand van de vier determinanten van samenwerking zoals deze zijn onderscheiden in de conceptuele figuur die eerder in deel I van dit rapport is opgesteld:



Wat betreft de *beleidsregels* vanuit de overheid die gericht zijn op samenwerkingsverbanden in de eerste lijn (en die eerder in deel I van dit rapport zijn beschreven), zien we dat deze in de beleving van huisartspraktijken zelf nauwelijks in de praktijk worden toegepast. Slechts enkele huisartspraktijken geeft aan deze te hebben gebruikt, in tegenstelling tot de module M&I die wel op brede schaal benut wordt. Als we vervolgens kijken naar de (aanvullende) *financiering* voor zorginhoudelijke samenwerking, dan zien we bevestigd dat financiering vanuit zorgverzekeraars veel wordt gebruikt. Daarnaast mobiliseert een deel van de praktijken de financiering vanuit deelnemers aan het samenwerkingsverband; met name als het gaat om samenwerking op één gemeenschappelijke locatie.

Uit de verdiepingsonderzoek blijkt voorts dat het *patiëntenbelang* een factor is die op de achtergrond van zorginhoudelijke samenwerking speelt, maar in de praktijk weinig concrete invulling krijgt. Bij de organisatie van zorggroepen en zorgketens voor chronisch zieken worden patiëntenbelangen alleen ingebracht via klachtencommissies en tevredenheidsonderzoek. De vormgeving, schaal of intensiteit van samenwerking binnen de eerste lijn wordt dus grotendeels buiten de patiënten om geregeld.

Wat betreft de *organisatorische voorwaarden* tenslotte, is in dit onderzoek systematisch gekeken naar het verschil tussen praktijken die onder één dak gevestigd zijn met een aantal van hun samenwerkingspartners, en praktijken die dit niet zijn. Het blijkt dan dat de mate en intensiteit van de zorginhoudelijke samenwerking, gericht op specifieke patiëntengroepen, hoger is bij praktijken die onder één dak met anderen gevestigd zijn. Er wordt vaker samengewerkt met anderen, de zorggroep bestaat vaker uit meerdere disciplines (naast alleen de huisarts) en er lijkt vaker overleg gepleegd te worden. Ook worden afspraken vaker schriftelijk en/of contractueel vastgelegd.

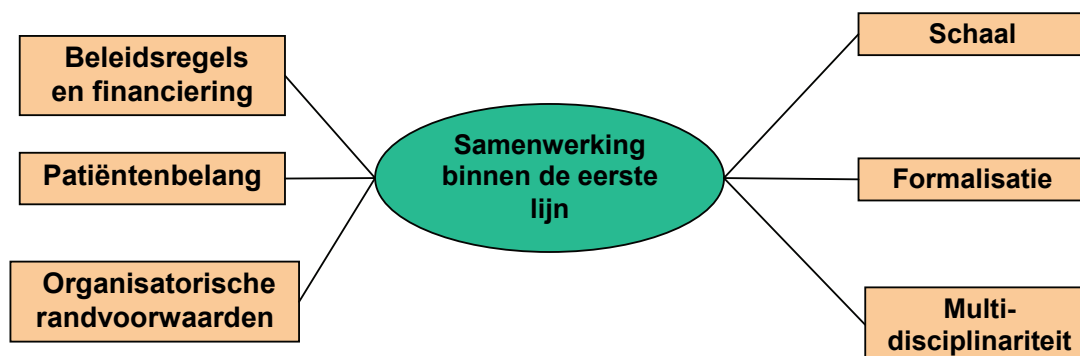
DEEL IV

Multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn

Conclusies en onderzoeksagenda

1 Conclusies

In dit rapport is verslag gedaan van een drietal deelonderzoeken naar multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn in Nederland. Als overkoepelend schema voor deze drie deelonderzoeken is een conceptueel schema opgesteld, dat onderscheid maakt tussen de dimensies/vormgeving, en de randvoorwaarden/condities voor samenwerking binnen de eerste lijn. Dit schema wordt hieronder nog eens weergegeven:



Dit schema is opgesteld aan de hand van een beknopte literatuurstudie, en empirisch uitgewerkt door een meting onder meer dan 2100 huisartspraktijken in 2009, en een verdiepende vervolgenquête onder 300 huisartspraktijken, ook in 2009. Uit de onderzoeken kan het positieve beeld worden gevormd dat (multidisciplinaire) samenwerking binnen de eerste lijn in Nederland staag groeiende is. Een wat kritischer interpretatie is dat de groei geleidelijk gaat en er nog een grote groep huisartspraktijken is, die dan wel de weg naar samenwerking nog niet gevonden heeft, dan wel daartoe kennelijk nog niet voldoende geprikkeld wordt. Dit nodigt uit tot het nader beschouwen van de kerndimensies en -determinanten van de multidisciplinaire samenwerking zoals hierboven schematisch uiteen gezet.

Tussen 2007 en 2009, dus in twee jaar tijd, is het percentage huisartsenpraktijken dat met meerdere disciplines op één locatie is gevestigd met 8% toegenomen. Ook was er een stijging van 5% in het aantal huisartspraktijken dat samenwerking geformaliseerd heeft, en 2% groei van praktijken die hun samenwerking naar buiten toe kenbaar maken. Het aantal huisartspraktijken dat aangaf een gefinancierde samenwerkingsverband te onderhouden met andere disciplines is in deze twee jaar het minst toegenomen (1%). Financiering werkt waarschijnlijk wel bevorderend, maar lijkt niet de belangrijkste aanjager van samenwerking te zijn. Vestiging op één locatie en het hebben van een formeel samenwerkingsverband komt namelijk veel vaker voor in 2009 (onder 58% respectievelijk 43% van de praktijken) terwijl in 2009 maar 12% van de huisartspraktijken aangaf deel uit te maken van gefinancierd samenwerkingsverband.

Nadere enquêtering leert dat de samenwerkende huisartspraktijken dit vooral doen met disciplines waarmee van oudsher al samengewerkt werd, zoals apotheek en fysiothera-

peut. Dit vindt duidelijk meer plaats bij gemeenschappelijke vestiging op één locatie. Ook de zorginhoudelijke samenwerking op de ketenzorg voor chronische ziekten (Diabetes, COPD) vindt meer en intensiever plaats als meerdere disciplines op één locatie gevestigd zijn. Deze zorg vindt overigens nog wat vaker plaats binnen monodisciplinaire zorggroepen van huisartsen. Buiten de twee groepen aandoeningen, die nu gedefinieerd zijn voor het nieuwe systeem van integrale bekostiging, staat multidisciplinaire samenwerking nog op een relatief laag niveau. Hier lijkt dus wel een expliciet effect van (externe) financiering van samenwerkingsverbanden te bestaan.

Drie andere resultaten uit het nader onderzoek onder multidisciplinair samenwerkende huisartspraktijken vallen op:

Ten eerste dat de zorginhoudelijke samenwerking gericht op COPD beperkt blijft tot de betreffende samenwerkingslocatie of wijk. De samenwerking rondom Diabetes is meestal georganiseerd op wijk- of gemeenteniveau. Dit sluit dus aan bij het doel om zo dicht mogelijk bij de patiënt de geïntegreerde zorg aan te bieden en ligt in lijn met een (meer) decentrale inrichting van de eerste lijn. Over regionale verschillen in samenwerking binnen de eerste lijn zijn moeilijk conclusies te trekken. Een samenhang met urbanisatiegraad is noch in 2007, noch in 2009 te ontdekken. De regionale verschillen lijken in twee jaar tijd wel iets af te nemen.

Ten tweede valt op dat patiëntenperspectieven bij deze samenwerkingsverbanden nauwelijks een rol krijgen. Slechts in 30% van de praktijken is er sprake van een vorm van patiëntenparticipatie, bijvoorbeeld in de vorm van een klachtencommissie of een patiënt-ervaringsonderzoek. Dit is in tegenspraak met de verwachting dat door multidisciplinaire samenwerking men patiëntgerichter gaat werken en deze ook meer inspraak in de behandelketen geeft.

Ten derde is een belangrijke uitkomst dat: (a) beleidsregels en financiering voor samenwerking in het algemeen nog relatief weinig worden benut, (b) het vooral zorginhoudelijke samenwerking lijkt te stimuleren, en (c) dat de relatie met zorgverzekeraars over financiering en declaraties als grootste knelpunt voor samenwerking wordt ervaren. Het lijkt er dus op dat de beleidsregels die gericht zijn op samenwerking in de eerste lijn, in de (huisarts)praktijk op forse financiële en organisatorische barrières stuiten. Er lijkt sprake van onderbenutting en beperking van de mogelijkheden tot multidisciplinaire samenwerking. Uiteraard is het lastig om een reële schatting te maken van het best haalbare samenwerkingsniveau in Nederland. Maar thans lijkt een grote groep kleinere praktijken vooral af te wachten, terwijl de samenwerkende praktijken zich vooral tot de 'gebaande paden' van samenwerking beperken. Met andere woorden, de in ons schema gedefinieerde dimensies en determinanten van multidisciplinaire samenwerking in Nederland zijn niet alleen empirisch (onder huisartspraktijken, binnen de eerste lijn) nog niet uitontwikkeld; ook qua onderzoek dienen zich nieuwe vragen en onderwerpen aan.

2 Naar een onderzoeksagenda

Uit de bovenstaande conclusies kunnen een flink aantal aanknopingspunten voor nader onderzoek afgeleid worden. Deze hebben zowel betrekking op het verder exploreren van de reële en ervaren barrières voor samenwerking (zowel in organisatorische als financiële zin), als nieuwe vormen en dimensies van samenwerking die nog niet van grond lijken te komen.

Als we het bovenstaande schema weer als leidraad nemen, dan kunnen we allereerst een aantal ontwikkelingen noemen die in vervolgonderzoek naar de *dimensies* van samenwerking aan de orde kunnen komen.

- Deze eerste herhaalmeting laat zien hoe de vier geëigende indicatoren voor multidisciplinaire samenwerking door de tijd heen zijn veranderd. Het is duidelijk dat tussen 2007 en 2009 de verschuivingen nog relatief gering zijn. Doordat de huisartsregistratie van het NIVEL nu on-line gebeurt, kan er sneller en frequenter gemeten worden. Respondenten kunnen eerder en makkelijker gevraagd worden hun samenwerkingsverbanden te updaten (voor zover ze dat nog niet hebben gedaan). Hierdoor kan het groeitempo waarin samenwerking binnen de eerste lijn – vanuit de huisartspraktijk gezien – verloopt, nauwkeurig gemonitord worden. Dit kan op nationaal maar ook op regionaal niveau. Tevens komt de mogelijkheid in beeld om de (ex-post) effecten van bepaalde beleidsmaatregelen of interventies te schatten. Dit levert een informatief systeem op dat meer mogelijkheden biedt dan de apart opgezette onderzoeken van deze eerste monitor samenwerking.
- Uit dit onderzoek blijkt ook dat er behoefte is om naast de vier standaard indicatoren voor samenwerking (locatiedeling, geformaliseerd, geannonceerd en gefinancierd), en de drie standaard zorginhoudelijke samenwerkingsverbanden (Diabetes Mellitus, COPD/Astma en Cardiovasculair Risicomanagement), ook andere (aspecten van) multidisciplinaire samenwerkingsverbanden nader te onderzoeken waar de huisartspraktijk een centrale rol in speelt.
 - o Qua aspecten van samenwerking valt te denken aan een meer precieze meting van de organisatorische vormgeving van de samenwerking (één van de beaamde knelpunten). Samenwerking houdt ook integratie van processen, informatiesystemen en specifieke communicatie tussen zorgverleners in. Voor de mate waarin op deze dimensies wordt samengewerkt bestaan reeds meetinstrumenten, die voor dit onderzoek toegepast kunnen worden⁷.
 - o Qua zorginhoudelijke samenwerking valt te denken aan preventie, maatschappelijke gezondheidsthema's zoals beweging en mobiliteit, ouder- en kindzorg en samenwerking ten behoeve van (intensieve) zorg aan huis.
 - o Qua (multi-)disciplinaire samenwerking gezien valt te denken aan de (generalistische) farmaceutische zorg, mondzorg en psychosociale zorg.

⁷ Zie bijvoorbeeld de volwassenheidsmodellen voor inter-organisatorische samenwerking uit de bedrijfskunde van Nooteboom, van Weele, uit de bestuurskunde die van Koppejan, Geurts, en de informatiekunde de keteninformatiseringsmodellen van Grijpink.

Wat betreft de *determinanten* van samenwerking, liggen tevens een aantal belangrijke vraagstukken voor nader onderzoek open die in het verlengde van de bovenstaande conclusies liggen.

- Uit dit onderzoek komt prominent naar voren dat beleidsregels en externe financiering een tweeslachtig effect zouden kunnen hebben op samenwerking binnen de eerste lijn. Dit vraagt om nader (beleids)onderzoek naar het krachtenveld waar huisartspraktijken en samenwerkingspartners mee te maken hebben. Hoe verschillen zorgverzekeraars in hun aanvullende eisen bij toepassing van de beleidsregels? Wanneer zijn belangen van zorgverzekeraars en zorgverleners echt tegengesteld aan elkaar (bijv. kostenbeheersing versus beroepsautonomie) en hoe is dat op te lossen? Wordt samenwerking beter gestimuleerd bij centrale of bij decentrale tariefbepaling? Waar ligt de grens tussen financiële en kwaliteitscontrole?
- Uit dit onderzoek komt ook duidelijk naar voren dat vestiging op één locatie positief samenhangt met verschillende samenwerkingsaspecten. Maar hoe direct en hoe causaal is dit verband? Wanneer vestigen huisartsen en anderen zich op een gemeenschappelijk locatie rondom het sluiten van een samenwerking? Bij welke vorm en aanleiding voor gemeenschappelijke vestiging komt samenwerking het snelst of het beste van de grond? Is gedeeltelijke samenwerking (alleen gemeenschappelijke spreekuren) een zinvolle hybride vorm van het delen van een locatie? Is gemeenschappelijke vestiging een noodzakelijke voorwaarde of een randvoorwaarde van multidisciplinaire samenwerking?
- Behalve uitsplitsing naar ROS-regio en type huisartspraktijk (schaal) is nog weinig bekend over hoe goed specifieke eerstelijns organisaties scoren op samenwerking. Lopen gezondheidscentra voorop, en zo ja, welke type gezondheidscentra? Hoe doen de ketens van huisartspraktijken het op deze monitor samenwerking? Hoe speelt de wijksamenstelling een rol? Deze vragen zijn voor een deel te baseren op reeds verzameld materiaal, deels dient informatie gekoppeld te worden met andere gegevens zoals de Vraag en Aanbod Analyse Monitor (VAAM) die door het NIVEL in opdracht van VWS en NPCF wordt ontwikkeld en beheerd.
- Dit onderzoek is volledig gebaseerd op de antwoorden en dus het perspectief van de huisarts(praktijk). Samenwerking kent echter per definitie meerdere partijen. Toepassing van de ontwikkelde meetinstrumenten op de multidisciplinaire samenwerkingspartners van de huisartspraktijk in een nieuw onderzoek ligt daarom zeer voor de hand. Hoe denken de andere disciplines over de voor- en nadelen van samenwerking? Zien zij dezelfde kansen en bedreigingen als huisartsen? Hierbij kunnen grofweg twee wegen worden bewandeld:
 - o De precieze samenwerkingspartners van de (ruim 2000) huisartspraktijken die in 2009 hebben meegewerkt aan het onderzoek worden getraceerd en benaderd. Op deze wijze kan exact worden bepaald waar eventuele verschillen in antwoorden tussen samenwerkingspartners bestaan, hoe deze te verklaren zijn en in hoeverre ze ook de bestaande samenwerking beperken.
 - o Op steekproefbasis worden de meest genoemde samenwerkingspartners van de huisartspraktijken benaderd: apotheken, diëtistpraktijken, fysiotherapiepraktijken, podotherapiepraktijken. Naast aantal en praktijkomvang kan ook de focus op een bepaalde zorgketen een stratificatiecriterium voor steekproeftrekking zijn.

- Naast andere zorgverleners is het patiëntenperspectief een belangrijke graadmeter voor samenwerkingsverbanden, mede in het licht van de ogenschijnlijk relatief geringe betrokkenheid van patiënten bij de inrichting hiervan. Bestaande instrumenten kunnen een aanzet geven tot het expliciet meewegen van patiëntoordelen, met name door ze uit te breiden tot de vergelijking tussen diverse vormen van locatiegebonden en locatieoverstijgend zorgaanbod. Gezien het toenemende belang van zorgprogramma's geldt dit in het bijzonder voor de ervaringen van specifieke patiëntengroepen, zoals ouderen of chronisch zieken.
- Eerder werd in dit onderzoek al geconstateerd dat samenwerking binnen de eerste lijn een ondernemende attitude vereist, zeker in relatie met externe financiering. Maar welke competenties en vaardigheden zijn nog meer vereist? Hoe kan scholing hieraan bijdragen, hoe structureel moet ondersteuning zijn, zijn er nieuwe functies nodig? Hoe verhoudt dit zich met de huidige trend van substitutie en taakherschikking binnen de eerste lijn?

De bovenstaande vragen en ideeën maken samen een forse nieuwe onderzoeksagenda. Ze geven aan dat multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn nog veel onbeantwoorde kwesties kent. Samenwerking is ook een optie met veel potentie om de toekomstige uitdagingen binnen de eerste lijn ('meer te doen met minder') aan te gaan. Verdergaand onderzoek kan daarom ook gezien worden als een investering om deze opties zo goed mogelijk te benutten.

Literatuur

- Achmea (2008) "Samen werken aan een sterke eerste lijn". Contracteerbeleid prestatiemodule" geïntegreerde eerste lijn 2009 t/m 2011. Geraadpleegd, 20 april 2010, op <http://www.achmeazorg.nl>
- Bakker, D.H. de, Polder, J.J., Sluijs, E.M., Treurniet, H.F., Hoeymans, N., Hingstman, L., Poos, M.J.J.C., Gijsen, R., Griffioen, D.J. & Velden, L.F.J van der, (2005). Op één lijn. Toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020. Bilthoven: RIVM.
- Batenburg, R. S., Raub, W., Snijders, C., (2003). Contacts and contracts: Dyadic embeddedness and the contractual behavior of firms. *Research in the Sociology of Organizations*, 20, JAI/Elsevier, Oxford, pp. 135-188.
- Berg, M.J. van den, Koopmanschap, M.A., Bakker, D.H. de, & Verheij, R.A. (2007). Samenwerking en substitutie in Gezondheidscentrum West – Evaluatie van de eerste ervaringen met geïntegreerde eerstelijnszorg volgens het Menzis-model. Utrecht: NIVEL en Erasmus MC Institute for Medical Technology Assessment.
- Carpay, M. & Blaauwbroek, H. (2007) Klantervaringsonderzoek in de eerste lijn. Weesp: BBVZ.
- Coördinatieplatform Zorgstandaarden. (2010). Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Den Haag: ZonMw.
- Fulpen, A. van, (2006) Focus op de zorgketen. Rapportage van een strategische verkenning naar de ontwikkeling van DZBC's/zorgprogramma's en aanbeveling voor een vervolg. Compliance consult.
- Groenewegen, P.P., Hansen, J. & Bekke, ter, S. (2007). Professies en de toekomst: veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg. Utrecht: VVAA.
- Gulati, R. (2007). Silo Busting: Transcending Barriers to Build High Growth Organizations. *Harvard Business Review* 85, no. 5: 98-108.
- Hansen, J., Nuijen, T. & Hingstman, L. (2007a). Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn. Utrecht: NIVEL.
- Hansen, J., Jong, de, J. & Groenewegen, P.P. (2007b) Huisartsenzorg in cijfers: Hoe trouw zijn patiënten aan hun huisarts? *Huisarts en Wetenschap*, jaargang 2007, nummer 7:289-289.
- Hofhuis, H. & Hingstman, L. (2006). Monitor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn: ontwikkeling van indicatoren. Werkdocument. Utrecht: NIVEL.
- Hopman, E.P.C, Batenburg, R. & Bakker, D.H. de (2009). Organisatorische samenwerkingsverbanden binnen de eerste lijn – een verkenning. Utrecht: NIVEL.
- Van Bergen, L. (2007). Van hometeam tot HOED-constructie. De weerslag van de verandering in praktijkvoering in 50 jaargangen *Huisarts en Wetenschap*. *Huisarts en Wetenschap*, nummer 13:690-694.
- Huijsman, R. & Hagenaars, M. (2007). Geïntegreerde eerstelijnszorg expliciteert en contracteert prestaties. *LVG Nieuws*.
- Kenens, R.J., Hofhuis, H., Hingstman, L. (2006). Inventarisatie mono- en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn: een eerste verkenning. Utrecht: NIVEL.
- Linschoten, C.P. van, Moorer, P. & Voorrips, R. (2004). Langs de eerste lijn. Wensen en verwachtingen van de Nederlandse bevolking ten aanzien van de eerstelijnszorg. Groningen: ARGO Rijksuniversiteit Groningen.
- Meuwissen, L.E. & Bakker, D.H. de (2008a) CQ-indexen voor de eerste lijn: naar een samenhangende informatievoorziening. Utrecht: NIVEL.
- Meuwissen, L.E. & Bakker, D.H. de (2008b) CQ-index huisartsenzorg: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van de zorg in de huisartsenpraktijk vanuit het perspectief van patiënten: de ontwikkeling van het instrument, de psychometrische eigenschappen en het discriminerend vermogen. Utrecht: NIVEL.
- Meijer, S.A. & Verhaak, P.F.M. (2004). De eerstelijns-GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatie-onderzoek "Versterking eerstelijns-GGZ". Integrale eindrapportage. (in samenwerking met SGBO en Trimbos-instituut). Utrecht: NIVEL.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2004). Intentieverklaring Versterking eerstelijnsgezondheidszorg. Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2008). Substitutie van zorg (Brief van de minister van VWS). Kenmerk CZ/FBI 2861735. Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2008a). Doelstellingenbrief eerstelijnszorg. Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2008b). Visie op de eerstelijnszorg: 'Dynamische eerstelijnszorg' (kamerstuk). Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2008c). Een dynamische eerstelijnszorg. Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2008d). De patiënt centraal door omslag naar functionele bekostiging. Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2008). Programmatische aanpak van chronische ziekten. Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2009). Geïntegreerde eerstelijnscentra in VINEX-gebieden. Den Haag: Ministerie van VWS.

Ministerie van VROM (2007) Landelijke Alliantie Krachtwijken. Den Haag Ministerie van VROM.

Nederlandse Diabetes Federatie (2007). NDF Zorgstandaard: Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie.

NPCF. (2004). Apotheken door Cliënten Bekeken. Eindverslag van het project 'Apotheken door Cliënten Bekeken' 2002 – 2004'. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.

NPCF. (2006). Eerstelijnszorg voorop! Op weg naar een geïntegreerde eerstelijnszorg vanuit patiëntenperspectief. Utrecht: Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie.

NZa. (2007). Beleidsregel innovatie CV/NR - 100.062. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa. (2008). Beleidsregel innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten laatste versie CV-7000-4.0-2/CA-276. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa (2008). Monitor Huisartsenzorg 2008. Analyse van het nieuwe bekostigingssysteem en de marktwerking in de huisartsenzorg. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa. (2009). Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.

Raad voor Volksgezondheid. (1998). Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief. Zoetermeer: RVZ.

Spreeuwenberg, C. & Elfahmi, D.M.M. (1998). Transmurale zorg: redesign van het zorgproces. Zoetermeer: RVZ.

Verweij, A., Lucht, van der, F. & Droomers, M. (2008) Gezondheid in veertig krachtwijken. Bilthoven: RIVM.

Vulto, M.E. & Buytendijk, J. (2003). Duizend bloemen in één kleurrijk boekje. Op weg naar een georganiseerde eerste lijn. Leiden: Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg.

Warmenhoven, N.E.(1987). Hometeams 1986. Utrecht: NIVEL.

Wildt, J.E. de, & Leusink, G. (2008). Nulmeting Zorggroepen. Een beschrijvend onderzoek van de karakteristieken. Utrecht: LVG.

Zweep, G. van der. (2004). Keten, maar niet geketend! Kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief voor een keten van semi-murale zorg. Delft: RPCP-DWO/LOC.

www.carans.nl

www lijn1.nl

www.lvg.org

www.nza.nl

www.raedelij.nl

www.rosfriesland.nl

Bijlage 1: Aanvullende tabellen

Tabel B.1: Relatie tussen ontwikkelingen in ‘samen op één locatie’ en grootte van de huisartsenpraktijk (solo, due of groepspraktijk) in 2007 en 2009

	Driedeling type huisartsenpraktijk			totaal
	solopraktijk (1 huisarts)	duopraktijk (2 huisartsen)	groepspraktijk (3 of meer huisartsen)	
Zowel in 2007 als 2009 niet	51,5%	39,3%	21,3%	41,0%
Zowel in 2007 als 2009 wel	39,8%	49,3%	67,7%	48,9%
In 2007 wel en in 2009 niet	,6%	1,7%	1,5%	1,2%
In 2007 niet en in 2009 wel	8,1%	9,6%	9,4%	8,9%
Totaal	886 (100,0%)	813 (100,0%)	403 (100,0%)	2102 (100,0%)

Tabel B.2: Relatie tussen ontwikkelingen in ‘samenwerkingscontract’ en grootte van de huisartsenpraktijk (solo, due of groepspraktijk) in 2007 en 2009

	Driedeling type huisartsenpraktijk			totaal
	solopraktijk (1 huisarts)	duopraktijk (2 huisartsen)	groepspraktijk (3 of meer huisartsen)	
Zowel in 2007 als 2009 niet	61,9%	54,9%	44,2%	55,8%
Zowel in 2007 als 2009 wel	30,6%	38,0%	45,9%	36,4%
In 2007 wel en in 2009 niet	1,2%	1,6%	1,0%	1,3%
In 2007 niet en in 2009 wel	6,3%	5,5%	8,9%	6,5%
Totaal	886 (100,0%)	813 (100,0%)	403 (100,0%)	2102 (100,0%)

Tabel B.3: Relatie tussen ontwikkelingen in ‘presentatie naar buiten’ en grootte van de huisartsenpraktijk (solo, due of groepspraktijk) in 2007 en 2009

	Driedeling type huisartsenpraktijk			Totaal
	Solopraktijk (1 huisarts)	Duopraktijk (2 huisartsen)	Groepspraktijk (3 of meer huisartsen)	
Zowel in 2007 als 2009 niet	68,4%	61,4%	54,8%	63,1%
Zowel in 2007 als 2009 wel	28,1%	33,6%	39,5%	32,4%
In 2007 wel en in 2009 niet	,5%	1,4%	2,0%	1,1%
In 2007 niet en in 2009 wel	3,1%	3,7%	3,7%	3,4%
Totaal	886 (100,0%)	813 (100,0%)	403 (100,0%)	2102 (100,0%)

Tabel B.4: Relatie tussen ontwikkelingen in ‘financiering door zorgverzekeraars’ en grootte van de huisartsenpraktijk (solo, due of groepspraktijk) in 2007 en 2009

	Driedeling type huisartsenpraktijk			Totaal
	Solopraktijk (1 huisarts)	Duopraktijk (2 huisartsen)	Groepspraktijk (3 of meer huisartsen)	
Zowel in 2007 als 2009 niet	89,4%	85,9%	83,1%	86,8%
Zowel in 2007 als 2009 wel	8,4%	10,8%	13,4%	10,3%
In 2007 wel en in 2009 niet	,8%	1,2%	0,7%	1,0%
In 2007 niet en in 2009 wel	1,5%	2,1%	2,7%	2,0%
Totaal	886 (100,0%)	813 (100,0%)	403 (100,0%)	2102 (100,0%)

Tabel B.5: Percentage huisartsenpraktijken per ROS-regio dat samenwerkt met andere disciplines in 2007

	Samen op één locatie	Contract (formeel verband)	Presen- tatie naar buiten	Finan- ciering zorgverz.
Almere	100,0%	63,2%	89,5%	36,8%
Amsterdam	42,7%	36,7%	44,0%	20,0%
Den Haag, Rijswijk, Leidschendam, Wassenaar	67,0%	52,2%	47,8%	13,0%
Flevoland, Zwolle, Drenthe	59,5%	45,1%	44,2%	16,7%
Friesland	51,3%	41,4%	39,5%	11,2%
Gelderse Vallei, Rivierenland	27,0%	31,5%	23,6%	6,7%
Groningen	49,6%	18,7%	37,4%	6,5%
Groot Arnhem, Oost Gelderland	42,9%	37,3%	30,4%	9,3%
Haarlemmermeer, Amstelland, Zuid-Holland Noord, Midden-Holland	47,2%	38,6%	27,5%	8,2%
Midden Brabant, Brabant Noord-Oost	51,4%	40,9%	34,6%	10,1%
Midden Limburg, Zuid Limburg	65,2%	50,0%	41,6%	9,6%
Midden Nederland, Woerden, Montfoort, De Ronde Venen	53,0%	37,3%	36,0%	15,0%
Nieuwe Waterweg Noord, Delft e.o., Westland	57,5%	32,5%	31,3%	7,5%
Noord Holland, Waterland, Midden Kennemerland	44,4%	35,3%	28,7%	16,4%
Rotterdam	45,7%	34,1%	38,4%	15,2%
Stedendriehoek	42,0%	39,8%	38,6%	15,9%
Twente	49,6%	29,1%	29,1%	4,3%
Zeeland, West Brabant	45,7%	32,9%	34,8%	10,0%
Zoetermeer, Benthuisen	87,2%	100,0%	100,0%	100,0%
Zuid Holland, Dordrecht e.o.	48,9%	30,5%	35,6%	13,8%
Zuid-Oost Brabant, Noord Limburg, Nijmegen e.o.	45,2%	38,5%	34,3%	13,0%

Tabel B.6: Aantal huisartsenpraktijken per ROS-regio dat samenwerkt met andere disciplines in 2007 (N=3322)

	Samen op één locatie	Contract (formeel verband)	Presen- tatie naar buiten	Finan- ciering zorgverz.	Totaal
Almere	19	12	17	7	19
Amsterdam	64	55	66	30	150
Den Haag, Rijswijk, Leidschendam, Wassenaar	77	60	55	15	115
Flevoland, Zwolle, Drenthe	128	97	95	36	215
Friesland	78	63	60	17	152
Gelderse Vallei, Rivierenland	24	28	21	6	89
Groningen	61	23	46	8	123
Groot Arnhem, Oost Gelderland	69	60	49	15	161
Haarlemmermeer, Amstelland, Zuid-Holland Noord, Midden-Holland	110	90	64	19	233
Midden Brabant, Brabant Noord-Oost	107	85	72	21	208
Midden Limburg, Zuid Limburg	116	89	74	17	178
Midden Nederland, Woerden, Montfoort, De Ronde Venen	159	112	108	45	300
Nieuwe Waterweg Noord, Delft e.o., Westland	46	26	25	6	80
Noord Holland, Waterland, Midden Kennemerland	127	101	82	47	286
Rotterdam	63	47	53	21	138
Stedendriehoek	37	35	34	14	88
Twente	58	34	34	5	117
Zeeland, West Brabant	96	69	73	21	210
Zoetermeer, Benthuisen	41	47	47	47	47
Zuid Holland, Dordrecht e.o.	85	53	62	24	174
Zuid-Oost Brabant, Noord Limburg, Nijmegen e.o.	108	92	82	31	239

Tabel B.7: Percentage huisartsenpraktijken per ROS-regio dat samenwerkt met andere disciplines in 2009

	Samen op één locatie	Contract (formeel verband)	Presen- tatie naar buiten	Finan- ciering zorgverz.
Almere	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%
Amsterdam	43,2%	36,4%	30,7%	11,4%
Den Haag, Rijswijk, Leidschendam, Wassenaar	67,1%	50,7%	46,6%	9,6%
Flevoland, Zwolle, Drenthe	62,8%	49,6%	42,3%	13,9%
Friesland	56,6%	47,5%	35,4%	9,1%
Gelderse Vallei, Rivierenland	39,7%	46,6%	32,8%	6,9%
Groningen	71,8%	22,5%	40,8%	7,0%
Groot Arnhem, Oost Gelderland	55,2%	44,8%	28,6%	11,4%
Haarlemmermeer, Amstelland, Zuid-Holland Noord, Midden-Holland	53,0%	36,4%	27,3%	6,8%
Midden Brabant, Brabant Noord-Oost	55,5%	45,3%	35,2%	10,9%
Midden Limburg, Zuid Limburg	70,3%	51,4%	38,7%	11,7%
Midden Nederland, Woerden, Montfoort, De Ronde Venen	59,9%	44,6%	37,8%	15,8%
Nieuwe Waterweg Noord, Delft e.o., Westland	70,7%	36,6%	31,7%	4,9%
Noord Holland, Waterland, Midden Kennemerland	58,9%	45,3%	36,8%	15,3%
Rotterdam	44,4%	41,1%	43,3%	16,7%
Stedendriehoek	57,1%	45,7%	38,6%	20,0%
Twente	63,2%	35,6%	27,6%	10,3%
Zeeland, West Brabant	55,4%	39,9%	36,5%	10,1%
Zoetermeer, Benthuisen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Zuid Holland, Dordrecht e.o.	56,9%	35,3%	31,9%	8,6%
Zuid-Oost Brabant, Noord Limburg, Nijmegen e.o.	52,8%	42,3%	29,3%	11,4%

Tabel B.8: Aantal huisartsenpraktijken per ROS-regio dat samenwerkt met andere disciplines in 2009 (N=3102)

	Samen op één locatie	Contract (formeel verband)	Presen- tatie naar buiten	Finan- ciering zorgverz.	Totaal
Almere	1	1	1	0	1
Amsterdam	38	32	27	10	88
Den Haag, Rijswijk, Leidschendam, Wassenaar	49	37	34	7	73
Flevoland, Zwolle, Drenthe	86	68	58	19	137
Friesland	56	47	35	9	99
Gelderse Vallei, Rivierenland	23	27	19	4	58
Groningen	51	16	29	5	71
Groot Arnhem, Oost Gelderland	58	47	30	12	105
Haarlemmermeer, Amstelland, Zuid-Holland Noord, Midden-Holland	70	48	36	9	132
Midden Brabant, Brabant Noord-Oost	71	58	45	14	128
Midden Limburg, Zuid Limburg	78	57	43	13	111
Midden Nederland, Woerden, Montfoort, De Ronde Venen	133	99	84	35	222
Nieuwe Waterweg Noord, Delft e.o., Westland	29	15	13	2	41
Noord Holland, Waterland, Midden Kennemerland	112	86	70	29	190
Rotterdam	40	37	39	15	90
Stedendriehoek	40	32	27	14	70
Twente	55	31	24	9	87
Zeeland, West Brabant	82	59	54	15	148
Zoetermeer, Benthuisen	12	12	12	12	12
Zuid Holland, Dordrecht e.o.	66	41	37	10	116
Zuid-Oost Brabant, Noord Limburg, Nijmegen e.o.	65	52	36	14	123

Bijlage 2: Basisvragenlijst huisartspraktijken

SAMENWERKING MET ANDERE DISCIPLINES

1. Welke van onderstaande disciplines/ voorzieningen zijn gevestigd/werkzaam op het praktijkadres of in het gebouw waar uw praktijk is gevestigd?

NIET VAN TOEPASSING ☐

Algemeen Maatschappelijk ☐

Apotheek ☐

Diëtetiek ☐

Eerstelijns psycholoog ☐

Ergotherapie ☐

Fysiotherapie ☐

Huidtherapie ☐

Jeugdgezondheidszorg ☐

Kraamzorg ☐

Logopedie ☐

Mondhygiënist ☐

Oefentherapie ☐

Podotherapie ☐

SPV ☐

Tandarts ☐

Thuiszorg ☐

Verloskunde ☐

Verzorgingshuis ☐

Verpleeghuis ☐

Overig, te weten: ☐

2. Met welke van onderstaande disciplines/ voorzieningen heeft uw praktijk schriftelijke afspraken vastgelegd over samenwerking (samenwerkingscontract)? *(Deze disciplines/voorzieningen hoeven niet op uw praktijkadres gevestigd te zijn)*

NIET VAN TOEPASSING ☐

Algemeen Maatschappelijk ☐

Apotheek ☐

Diëtetiek ☐

Eerstelijns psycholoog ☐

Ergotherapie ☐

Fysiotherapie ☐

Huidtherapie ☐

Jeugdgezondheidszorg ☐

Kraamzorg ☐

Logopedie ☐

Mondhygiënist ☐

Oefentherapie ☐

Podotherapie ☐

SPV ☐

Tandarts ☐

Thuiszorg ☐

Verloskunde ☐

Verzorgingshuis ☐

Verpleeghuis ☐

Overig, te weten: ☐

3. Met welke disciplines/voorzieningen presenteert uw praktijk zich als samenwerkingsverband naar buiten? <i>(Bijvoorbeeld via één aanspreekpunt voor geboden zorg, via website, patiëntenfolder).</i>	4. Indien uw praktijk aanvullende financiering van een zorg-verzekeraar voor samenwerking ontvangt, welke andere disciplines / voorzieningen maken daar ook deel van uit?																																																																																
NIET VAN TOEPASSING ☐	NIET VAN TOEPASSING ☐																																																																																
<table border="0"> <tr><td>Algemeen Maatschappelijk Werk</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Apotheek</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Diëtetiek</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Eerstelijns psycholoog</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Ergotherapie</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Fysiotherapie</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Huidtherapie</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Jeugdgezondheidszorg</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Kraamzorg</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Logopedie</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Mondhygiënist</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Oefentherapie</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Podotherapie</td><td>☐</td></tr> <tr><td>SPV</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Tandarts</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Thuiszorg</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Verloskunde</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Verzorgingshuis</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Verpleeghuis</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Overig, te weten:</td><td>☐</td></tr> </table>	Algemeen Maatschappelijk Werk	☐	Apotheek	☐	Diëtetiek	☐	Eerstelijns psycholoog	☐	Ergotherapie	☐	Fysiotherapie	☐	Huidtherapie	☐	Jeugdgezondheidszorg	☐	Kraamzorg	☐	Logopedie	☐	Mondhygiënist	☐	Oefentherapie	☐	Podotherapie	☐	SPV	☐	Tandarts	☐	Thuiszorg	☐	Verloskunde	☐	Verzorgingshuis	☐	Verpleeghuis	☐	Overig, te weten:	☐	<table border="0"> <tr><td>Algemeen Maatschappelijk Werk</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Apotheek</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Diëtetiek</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Eerstelijns psycholoog</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Ergotherapie</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Fysiotherapie</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Huidtherapie</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Jeugdgezondheidszorg</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Kraamzorg</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Logopedie</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Mondhygiënist</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Oefentherapie</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Podotherapie</td><td>☐</td></tr> <tr><td>SPV</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Tandarts</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Thuiszorg</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Verloskunde</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Verzorgingshuis</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Verpleeghuis</td><td>☐</td></tr> <tr><td>Overig, te weten:</td><td>☐</td></tr> </table>	Algemeen Maatschappelijk Werk	☐	Apotheek	☐	Diëtetiek	☐	Eerstelijns psycholoog	☐	Ergotherapie	☐	Fysiotherapie	☐	Huidtherapie	☐	Jeugdgezondheidszorg	☐	Kraamzorg	☐	Logopedie	☐	Mondhygiënist	☐	Oefentherapie	☐	Podotherapie	☐	SPV	☐	Tandarts	☐	Thuiszorg	☐	Verloskunde	☐	Verzorgingshuis	☐	Verpleeghuis	☐	Overig, te weten:	☐
Algemeen Maatschappelijk Werk	☐																																																																																
Apotheek	☐																																																																																
Diëtetiek	☐																																																																																
Eerstelijns psycholoog	☐																																																																																
Ergotherapie	☐																																																																																
Fysiotherapie	☐																																																																																
Huidtherapie	☐																																																																																
Jeugdgezondheidszorg	☐																																																																																
Kraamzorg	☐																																																																																
Logopedie	☐																																																																																
Mondhygiënist	☐																																																																																
Oefentherapie	☐																																																																																
Podotherapie	☐																																																																																
SPV	☐																																																																																
Tandarts	☐																																																																																
Thuiszorg	☐																																																																																
Verloskunde	☐																																																																																
Verzorgingshuis	☐																																																																																
Verpleeghuis	☐																																																																																
Overig, te weten:	☐																																																																																
Algemeen Maatschappelijk Werk	☐																																																																																
Apotheek	☐																																																																																
Diëtetiek	☐																																																																																
Eerstelijns psycholoog	☐																																																																																
Ergotherapie	☐																																																																																
Fysiotherapie	☐																																																																																
Huidtherapie	☐																																																																																
Jeugdgezondheidszorg	☐																																																																																
Kraamzorg	☐																																																																																
Logopedie	☐																																																																																
Mondhygiënist	☐																																																																																
Oefentherapie	☐																																																																																
Podotherapie	☐																																																																																
SPV	☐																																																																																
Tandarts	☐																																																																																
Thuiszorg	☐																																																																																
Verloskunde	☐																																																																																
Verzorgingshuis	☐																																																																																
Verpleeghuis	☐																																																																																
Overig, te weten:	☐																																																																																

Aanvullende kernvragen over samenwerkingsregelingen

5. Als u van een zorgverzekeraar aanvullende financiering ontvangt, specifiek voor samenwerking met andere disciplines, wat voor type financiering is dat?
- ☐ Niet van toepassing
 - ☐ Beleidsregel ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorg voor samenwerkingsverbanden met rechtspersoonlijkheid*?
 - ☐ Beleidsregel ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorg voor samenwerkingsverbanden zonder rechtspersoonlijkheid**?
 - ☐ Module Modernisering en Innovatie (M&I) – Inschrijvingen***?
 - ☐ Anders, namelijk...

6. Maakt uw praktijk deel uit van een zorggroep van huisartsen en/of andere eerstelijns zorgaanbieders, gericht op specifieke groepen chronische patiënten? ****?
- ☐ Nee
 - ☐ Ja, alleen met huisartsen
 - ☐ Ja, ook met andere zorgaanbieders
7. Als uw praktijk los van een zorggroep extra schriftelijke afspraken over zorginhoudelijke samenwerking heeft, op welke patiëntengroepen zijn deze gericht?
- ☐ Niet van toepassing
 - ☐ Diabetes Mellitus
 - ☐ COPD/Astma
 - ☐ Hartfalen
 - ☐ Depressie
 - ☐ Angst
 - ☐ Overgewicht
 - ☐ Dementie
 - ☐ Ouderenzorg
 - ☐ Jeugdzorg
 - ☐ Anders, namelijk...

Is er een coördinator (binnen of buiten de praktijk) voor bovenstaande zorginhoudelijke samenwerkingsverbanden?

- ☐ Nee
- ☐ Ja

Het NIVEL heeft mogelijk extra vragen over bovenstaande zorginhoudelijke samenwerkingsverbanden. Bent u in dat kader bereid zijn/haar contactgegevens beschikbaar te stellen?

Naam:

E-mailadres indien bekend:

Plaats:

UITLEGSCHERMEN, TE VERSCHIJNEN ALS MEN KLIKT OP HET VRAAGTEKEN

*

[Het gaat hierbij om een aanvullende prestatiecode in het kader van de ‘module geïntegreerde eerstelijnszorg’, per verzekerde bovenop het inschrijftarief, bestemd voor samenwerkingsverbanden die een rechtspersoonlijkheid bezitten. Zie ook www.nza.nl [http://www.nza.nl/9439/10249/41655/Prestatiebeschrijving_modul1.pdf]

**

[Het gaat hierbij om een aanvullende prestatiecode in het kader van de ‘module geïntegreerde eerstelijnszorg’, per verzekerde bovenop het inschrijftarief, bestemd voor samenwerkingsverbanden die geen rechtspersoonlijkheid bezitten. Zie ook www.nza.nl [http://www.nza.nl/9439/10249/41655/Prestatiebeschrijving_modul2.pdf]

[Het gaat hierbij om een aanvullende opslag op het inschrijftarief, verstrekt via de verzekeraar. Dit betreft de zgn. 14.000 codes, die per verzekeraar worden uitbetaald per ingeschrevene, en dus niet om zgn. 13.000 codes, uitbetaald per verrichting. Zie ook wwwwnza.nl

[Zorggroepen zijn organisaties (van overwegend eerstelijnszorgaanbieders) die met zorgverzekeraars contracten sluiten om de chronische zorg in een bepaalde regio te coördineren en uit te voeren met als doelstelling de kwaliteit van zorg te verbeteren.]

Bijlage 3: Verdiepende vragenlijst huisartspraktijken



Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Otterstraat 118-124
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700

respondentnummer

Verdiepende vragenlijst

Zorginhoudelijke samenwerking

ALGEMENE SAMENWERKING

1. Heeft uw praktijk met betrekking tot specifieke patiëntengroepen structurele zorginhoudelijke samenwerkingsverbanden/afspraken? Dit kan ook op het gebied van preventie zijn. *Meerdere antwoorden mogelijk*
- ☐ Nee → ga naar vraag 15
 - ☐ Ja, gericht op:
 - ☐ Diabetes Mellitus
 - ☐ COPD/Astma
 - ☐ Cardiovasculair risicomanagement
 - ☐ Hartfalen
 - ☐ Depressie
 - ☐ Angst
 - ☐ Overgewicht
 - ☐ Dementie
 - ☐ Ouderenzorg
 - ☐ Jeugdzorg
 - ☐ Anders, namelijk...

VRAGEN VOOR PRAKTIJKEN DIE SAMENWERKEN OP HET GEBIED VAN DIABETES MELLITUS

2. Is de samenwerking rondom [patiënten met diabetes] georganiseerd in een zorggroep van huisartsen of is in een ander soort samenwerkingsverband?
- ☐ In een zorggroep van huisartsen
 - ☐ In een zorggroep van huisartsen en andere zorgverleners
 - ☐ In een gezondheidscentrum
 - ☐ Anders georganiseerd, namelijk → ga naar vraag 7
3. Levert uw praktijk gegevens aan de zorggroep waarbij zij is aangesloten?
- ☐ Nee
 - ☐ Ja
 - ☐ Mijn praktijk is niet aangesloten bij een zorggroep of gezondheidscentrum
4. Op welk geografisch werkgebied heeft het samenwerkingsverband betrekking?
- ☐ De eigen wijk/gemeente
 - ☐ Een cluster van gemeenten in de regio
 - ☐ De provincie
 - ☐ Landelijk
 - ☐ Anders, namelijk

5. Heeft uw praktijk structurele samenwerkingsafspraken of structureel overleg met andere eerstelijns disciplines (niet-huisartsen) op het gebied van [diabetes mellitus]? *Het gaat hierbij niet om verwijfsafspraken. Meerdere antwoorden mogelijk.*

☐ Nee → ga naar vraag 12

☐ Ja, met:

- | | |
|--|--|
| ☐ Algemeen Maatschappelijk Werk | ☐ Oefentherapie |
| ☐ Apotheek | ☐ Podotherapie |
| ☐ Diëtetiek | ☐ Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige |
| ☐ Eerstelijnspsycholoog | ☐ Tandarts |
| ☐ Ergotherapie | ☐ Transmuraal centrum/ Buitenpoli thuis |
| ☐ Fysiotherapie | ☐ Verloskundige |
| ☐ Huidtherapie | ☐ Verpleging en Verzorging (thuiszorg) |
| ☐ Jeugdgezondheidszorg | ☐ Verpleeghuis |
| ☐ Kraamzorg | ☐ Verzorgingshuis |
| ☐ Logopedie | ☐ Anders, namelijk |

6. Kunt u in onderstaand schema invullen met welke zorgverleners u hoe vaak overleg voert over [diabeteszorg]? *Het gaat hierbij om gestructureerde en ad-hocoverlegvormen die niet in de verwijssfeer liggen.*

Overlegpartners	Frequentie	Overlegthema
☐ ...	☐ ... keer per week	☐ Patientenbespreking / casebespreking
☐ ...	☐ ... keer per maand	
☐ ...	☐ ... keer per jaar	☐ Algemeen zorginhoudelijk overleg
☐ ...		
☐ Anders, nl.		

[In de kolom 'Overlegpartners' komen de disciplines te staan die de respondent bij vraag 1 heeft aangekruist.]

7. Heeft uw praktijk structurele samenwerkingsafspraken met andere eerstelijns disciplines (niet-huisartsen) over **zorginhoudelijke** samenwerking op het gebied van [diabetes mellitus] en zo ja, hoe zijn deze afspraken vastgelegd in de hieronder staande indeling? *Het gaat hierbij niet om verwijfsafspraken. Meerdere antwoorden mogelijk.*

☐ Nee → ga naar vraag

☐ Ja, aan de hand van:

- ☐ Mondelinge afspraken
☐ Op papier afspraken vastgelegd
☐ Contractueel afspraken vastgelegd
☐ Als één rechtspersoon georganiseerd

8. Van welke van de onderstaande regelingen maakt u gebruik binnen het samenwerkingsverband? *Meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Een standaard protocol voor de werkwijze bij [diabeteszorg]
☐ Individueel zorgplan voor elke patiënt
☐ Niet van toepassing

VRAGEN VOOR PRAKTIJKEN DIE SAMENWERKEN OP HET GEBIED VAN ASTMA OF COPD

U heeft aangegeven dat uw praktijk structureel samenwerkt op het gebied van [Astma of COPD].

Onderstaande vragen gaan over patiënten met de diagnose [Astma of COPD].

[zelfde vragenblok als diabetes]

VRAGEN VOOR PRAKTIJKEN DIE SAMENWERKEN OP HET GEBIED VAN CARDIOVASCULAIR RISICOMANAGEMENT

U heeft aangegeven dat uw praktijk structureel samenwerkt op het gebied van [Cardiovasculair risicomanagement].

Onderstaande vragen gaan over patiënten met de diagnose [?].

[zelfde vragenblok als diabetes]

OVERIGE VRAGEN VOOR PRAKTIJKEN DIE (FORMEEL) SAMENWERKEN

9. Zijn er andere eerstelijns disciplines (niet-huisartsen) binnen uw praktijklocatie gevestigd, en zo ja, over welke gemeenschappelijke faciliteiten beschikt u?
- ☐ Nee
 - ☐ Ja, met daarbij een gemeenschappelijke..
 - ☐ Entree
 - ☐ Balie
 - ☐ Afsprakenbureau
 - ☐ Zorgdossier/logboek
 - ☐ Website
 - ☐ ICT
 - ☐ Anders, namelijk.....
10. Maakt uw praktijk gebruik van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners?
- ☐ Nee
 - ☐ Ja, met de apotheek
 - ☐ Ja, met het laboratorium
 - ☐ Ja, met de huisartsenpost
 - ☐ Ja, met iets anders, namelijk.....
11. Is er aanvullende financiering om het samenwerkingsverband mogelijk te maken, en zo ja van wie? *Meerdere antwoorden mogelijk.*
- ☐ Niet van toepassing
 - ☐ Eigen middelen van deelnemers aan het samenwerkingsverband
 - ☐ Overheidssubsidie
 - ☐ Zorgverzekeraars
 - ☐ Particuliere fondsen
 - ☐ Anders, namelijk

12. Zijn er op het niveau van het samenwerkingsverband patiënten bij de samenwerking betrokken? En zo ja, op welke manier? *Meerdere antwoorden mogelijk.*
- ☐ Patiënten zijn niet betrokken
 - ☐ Er is een cliëntenraad aanwezig
 - ☐ Er is een klachtencommissie aanwezig
 - ☐ Een (categorale) patiëntenvereniging is betrokken bij het samenwerkingsverband
 - ☐ Er wordt gebruik gemaakt van patiëntervaringsonderzoeken
 - ☐ Anders, namelijk.....
13. Wat waren de voornaamste redenen om een samenwerkingsverband op te richten? *Meerdere antwoorden mogelijk.*
- ☐ Kwaliteit van zorg
 - ☐ Huisvesting
 - ☐ Nieuw aanbod (voor bijvoorbeeld groeiend aantal chronische patiënten)
 - ☐ Efficiënter met tijd en geld omgaan
 - ☐ Marktpositie versterken
 - ☐ Bestaande samenwerking uitbouwen
 - ☐ Sterker worden
 - ☐ Korte communicatielijnen
 - ☐ Anders, namelijk
14. Op welk vlak hebben zich de meeste knelpunten voorgedaan bij het oprichten van het samenwerkingsverband? *Meerdere antwoorden mogelijk.*
- ☐ Geen knelpunten
 - ☐ Relatie met de zorgverzekeraar
 - ☐ Moeilijkheden met declaraties
 - ☐ Inkomsten/Uitgaven
 - ☐ Communicatie en afstemming met andere zorgverleners
 - ☐ Randon organisatievorm
 - ☐ Kennis van zorgprotocollen
 - ☐ Verschillende registratiesystemen
 - ☐ Anders, namelijk.....

VRAGEN VOOR PRAKTIJKEN DIE NIET (FORMEEL) SAMENWERKEN

[In deze sectie over twee verschillende patiëntengroepen vragen stellen, op basis van basisvragenlijst meest voorkomende selecteren]

Onderstaande vragen gaan over patiënten met de diagnose [diabetes, type 2].

15. Zijn er andere eerstelijns disciplines binnen of buiten uw praktijk betrokken bij de zorg voor [patiënten met diabetes]? *Meerdere antwoorden mogelijk.*

☐ Nee → ga naar vraag 20

☐ Ja, namelijk:

☐ Apotheek

☐ Verloskunde

☐ Fysiotherapie

☐ Oefentherapie

☐ Ergotherapie

☐ Diëtetiek

☐ Logopedie

☐ Podotherapie

☐ Thuiszorg

☐ Huidtherapie

☐ Tandarts

☐ Verpleging en Verzorging (thuiszorg)

☐ Kraamzorg

☐ Eerstelijnspsycholoog

☐ Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige

☐ Algemeen maatschappelijk werk

☐ Jeugdgezondheidszorg

☐ Verzorgingshuis

☐ Verpleeghuis

☐ Buitenpoli ziekenhuis/transmuraal centrum

☐ Anders, nl

16. Kunt u in onderstaand schema invullen met welke zorgverleners u hoe vaak overleg voert over [diabeteszorg]? *Het gaat hierbij om gestructureerde en ad-hocoverlegvormen die niet in de verwijssfeer liggen.*

Overlegpartners	Frequentie	Overlegthema
☐ ...	☐ ... keer per week	☐ Patientenbespreking / casebespreking
☐ ...	☐ ... keer per maand	
☐ ...	☐ ... keer per jaar	
☐ ...		☐ Algemeen zorginhoudelijk overleg
☐ Anders, nl.		

[In de kolom 'Overlegpartners' staan de disciplines die de respondent bij vraag 15 heeft aangekruist.]

Astma of COPD

Onderstaande vragen gaan over patiënten met diagnose astma of COPD.

[zelfde vragenblok als diabetes]

**OVERIGE VRAGEN VOOR PRAKTIJKEN DIE NIET (FORMEEL)
SAMENWERKEN**

17. Zijn er andere eerstelijns disciplines (niet-huisartsen) binnen uw praktijklocatie gevestigd, en zo ja, over welke gemeenschappelijke faciliteiten beschikt u?
- ☐ Nee
 - ☐ Ja, met daarbij een gemeenschappelijke..
 - ☐ Entree
 - ☐ Balie
 - ☐ Afsprakenbureau
 - ☐ Zorgdossier/logboek
 - ☐ Website
 - ☐ ICT
 - ☐ Niet van toepassing
 - ☐ Anders, namelijk.....
18. Maakt de praktijk gebruik van een systeem voor gestandaardiseerde elektronische informatie-uitwisseling met andere zorgverleners?
- ☐ Nee
 - ☐ Ja, met de apotheek
 - ☐ Ja, met het laboratorium
 - ☐ Ja, met de huisartsenpost
 - ☐ Ja, met iets anders, namelijk.....
19. Welke knelpunten weerhouden uw praktijk van het oprichten van een samenwerkingsverband? *Meerdere antwoorden mogelijk.*
- ☐ Geen knelpunten
 - ☐ Relatie met de zorgverzekeraar
 - ☐ Moeilijkheden met declaraties
 - ☐ Inkomsten/Uitgaven
 - ☐ Communicatie en afstemming met andere zorgverleners
 - ☐ Randon organisatievorm
 - ☐ Kennis van zorgprotocollen
 - ☐ Verschillende registratiesystemen
 - ☐ Anders, namelijk.....

20. Bent u van plan om in de toekomst andere zorginhoudelijke samenwerkingsverbanden met andere eerstelijns disciplines (niet huisartsen) op te richten, en zo ja, gericht op welke patiëntengroep(en)? *Meerdere antwoorden mogelijk*
- ☐ Nee
 - ☐ Ja, gericht op:
 - ☐ Diabetes Mellitus
 - ☐ COPD/Astma
 - ☐ Cardiovasculair risicomanagement
 - ☐ Hartfalen
 - ☐ Depressie
 - ☐ Angst
 - ☐ Overgewicht
 - ☐ Dementie
 - ☐ Ouderenzorg
 - ☐ Jeugdzorg
 - ☐ Weet nog niet
 - ☐ Anders, namelijk...
21. Wat zijn de voornaamste redenen om (eventueel) een samenwerkingsverband op te richten? *Meerdere antwoorden mogelijk.*
- ☐ Geen reden
 - ☐ Kwaliteit van zorg
 - ☐ Huisvesting
 - ☐ Nieuw aanbod (voor bijvoorbeeld groeiend aantal chronische patiënten)
 - ☐ Efficiënter met tijd en geld omgaan
 - ☐ Marktpositie versterken
 - ☐ Bestaande samenwerking uitbouwen
 - ☐ Sterker worden
 - ☐ Korte communicatielijnen
 - ☐ Anders, namelijk....

Ruimte voor eventuele op- of aanmerkingen

Hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!