



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

Monitor multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn

J. Hansen
T. Nuijen
L. Hingstman

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

ISBN 978-90-6905-885-6

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

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

Voorwoord

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

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

Utrecht, december 2007

Samenvatting

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1 Inleiding

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

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

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).

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

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

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

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

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

2 Methode

2.1 Inleiding

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

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

2.2 Indicatoren om samenwerkingsverbanden in de eerste lijn te onderscheiden

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 De gegevensverzameling

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

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

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

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

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

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

Respons

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

Weging

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

3 Aantal en kenmerken multidisciplinaire samenwerkingsverbanden

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

3.1 Type samenwerking

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

Tabel 3.1: Verdeling huisartspraktijken naar type samenwerkingsverband

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

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

samenwerkingsverbanden zien we dergelijke verschillen terug. Overigens is in Nederland het aandeel solopraktijken nog steeds aanmerkelijk hoger (48%) dan het aandeel groepspraktijken (22%). Echter, het feit dat huisartsen zich steeds vaker in groepspraktijken vestigen lijkt erop te wijzen dat de mogelijkheden voor multidisciplinaire samenwerking in de toekomst alleen maar zullen toenemen.

Tabel 3.2: Aandeel huisartspraktijken dat deel uitmaakt van een samenwerkingsverband naar type samenwerkingsverband en praktijkvorm van huisartsen

	Solopraktijk	Duopraktijk	Groepspraktijk
MOED	38%	53%	73%
Formeel samenwerkingsverband	31%	39%	52%
Geannonceerde samenwerkingsverband	31%	36%	49%
Gefinancierd samenwerkingsverband	11%	14%	19%

3.2 Aantal eerstelijnsdisciplines

De volgende vraag is hoeveel eerstelijnsdisciplines deel uitmaken van een MOED of samenwerkingsverband. Huisartspraktijken die deel uitmaken van een MOED zijn hierin gemiddeld met 3,5 andere disciplines gevestigd (zie onderaan tabel 3.3). De standaarddeviatie van 2,9 duidt erop dat er een vrij grote spreiding is in het gemiddeld aantal disciplines per MOED. Dit beeld komt ook naar voren als gekeken wordt met hoeveel andere disciplines men precies onder één dak gevestigd is. Binnen 33% van de MOED'en is naast de huisarts ook nog één andere eerstelijnsdiscipline gevestigd. In bijna 29% van de MOED'en zijn naast de huisarts 5 of meer verschillende andere eerstelijnsdisciplines werkzaam.

Als er een formeel samenwerkingsverband is, dan is dit gemiddeld met 2,9 andere disciplines. Ruim vier op de tien formele samenwerkingsverbanden betreffen een samenwerkingsverband tussen de huisarts en één andere eerstelijnsdiscipline. In 18% zijn er vijf of meer andere eerstelijnsdisciplines bij betrokken.

Aan een geannonceerde samenwerkingsverband nemen gemiddeld 4,2 andere disciplines deel. Dit betekent dat men zich gemiddeld met meer disciplines naar buiten toe presenteert dan dat er formele samenwerkingsafspraken zijn gemaakt en dan er op één locatie gewerkt wordt. Relatief vaak presenteren huisartspraktijken zich met een grote groep overige disciplines naar buiten. Het aandeel praktijken dat zich met vijf of meer andere disciplines naar buiten presenteert is 34%.

Het gemiddeld aantal andere disciplines in door zorgverzekeraars gefinancierde samenwerkingsverbanden is het laagst (2,7). Het grootste deel hiervan (54%) betreft een huisartspraktijk met daarnaast nog één andere discipline.

Tabel 3.3: Aandeel andere eerstelijnsdisciplines dat naast de huisarts deel uitmaakt van een samenwerkingsverband plus gemiddelde aantal andere eerstelijnsdisciplines naar type samenwerkingsverband

Aantal andere eerstelijnsdisciplines	MOED	Formeel samenwerkingsverband	Geannonceerd samenwerkingsverband	Gefinancierd samenwerkingsverband
Eén	33%	43%	33%	54%
Twee	18%	20%	14%	16%
Drie	12%	11%	10%	9%
Vier	9%	7%	9%	5%
Vijf of meer	29%	18%	34%	15%
Totaal (N)	100% (2.188)	100% (1.674)	100% (1.600)	100% (593)
Gemiddelde* (stdev)	3,5 (2,9)	2,9 (2,9)	4,2 (3,8)	2,7 (2,9)

* Voor de berekening van de gemiddelden zijn alleen de praktijken meegenomen waarbij tenminste één andere discipline op hetzelfde praktijkadres gevestigd is of aan een samenwerkingsverband deelneemt.

Tabel 3.4 laat vervolgens zien hoe het gemiddelde aantal overige disciplines samenhangt met het type huisartspraktijk. Zo zijn groepspraktijken van huisartsen gemiddeld met meer overige disciplines op hetzelfde adres gevestigd dan solo- en duopraktijken (gemiddeld 4,3 versus 3,0 en 3,1). Ook bij de formele en geannonceerde samenwerkingsverbanden zijn in groepspraktijken meer andere disciplines betrokken dan in solo- en duopraktijken. Alleen in het geval van gefinancierde samenwerking geldt dat solopraktijken gemiddeld met meer andere disciplines samenwerken dan de groepspraktijken (2,9 versus 2,5), wellicht omdat ze vanwege hun geringere omvang (en daarmee kleinere patiëntenpopulatie) ook meer aanspraak kunnen maken op financiële ondersteuning.

Tabel 3.4: Gemiddeld aantal andere eerstelijnsdisciplines per type samenwerkingsverband uitgesplitst naar praktijkvorm van huisartsen

	Solopraktijk	Duopraktijk	Groepspraktijk
MOED	3,0	3,1	4,3
Formeel samenwerkingsverband	2,8	2,7	3,3
Geannonceerd samenwerkingsverband	4,1	4,0	4,7
Gefinancierd samenwerkingsverband	2,9	2,8	2,5

* Voor de berekening van de gemiddelden zijn alleen de praktijken meegenomen waarbij tenminste één andere discipline op hetzelfde praktijkadres gevestigd is of aan een samenwerkingsverband deelneemt.

3.3 Type eerstelijnsdisciplines

Tot dusver is de relatie tussen huisartsen en andere eerstelijnsdisciplines alleen in algemene zin beschreven. Minstens zo belangrijk is met welke andere disciplines men op één locatie gevestigd is en/of een samenwerkingsverband heeft.

Wanneer het gaat om MOED'en zijn met name de Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV-en), apothekers en fysiotherapeuten relatief vaak op dezelfde locatie gevestigd als de huisarts (tabel 3.5). Zo is op een kwart van alle praktijkadressen van de huisarts een SPV werkzaam. Overigens hoeft dit niet te betekenen dat deze beroepsgroep fulltime binnen een huisartsenpraktijk aanwezig is, maar heeft men mogelijk ook ten dele een samenwerkingsverband met meerdere praktijken. In ieder geval lijkt de introductie van de SPV binnen de huisartsenpraktijk relatief voorspoedig te zijn verlopen.²

Voor wat betreft de formele samenwerkingsverbanden komen qua relatieve verdeling ook hier vrijwel dezelfde disciplines het vaakst voor als bij de MOED'en, maar de percentages zijn duidelijk lager. Uitzondering hierop zijn de verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Deze zijn over het algemeen op een ander adres gevestigd dan de huisartspraktijk, maar hebben hiermee wel vaker een formeel samenwerkingsverband. Daarnaast zijn er ook beroepsgroepen waarmee volgens de responderende huisartspraktijken niet tot nauwelijks een formeel samenwerkingsverband bestaat. Dit geldt onder andere voor de huidtherapie en de mondzorg (tandartsen en mondhygiënist).

Ook de geannonceerde samenwerkingsverbanden komen relatief vaker voor bij apotheken, SPV-en en fysiotherapeuten. Zo presenteert bijna een kwart van de huisartspraktijken zich naar buiten toe als een samenwerkingsverband waar ook de apotheker deel van uitmaakt. Presentatie naar buiten komt over het algemeen vaker voor dan een formeel samenwerkingsverband, met uitzondering van de samenwerking met een SPV en een verzorgingshuis: in beide gevallen heeft de praktijk vaker een formeel samenwerkingsverband dan dat men dit naar buiten presenteert. Daarbij komt een geannonceerd samenwerkingsverband over het algemeen minder vaak voor dan het samen gevestigd zijn op één locatie. Ook hier zijn enkele uitzonderingen te onderscheiden, te weten de thuiszorg (verpleging en verzorging), verzorgingshuizen, en apotheken (hoewel dit laatste verschil relatief klein is).

Voor wat betreft de gefinancierde samenwerkingsverbanden liggen de percentages voor alle disciplines aanmerkelijk lager. Een dergelijke financiering komt nog het vaakst voor bij de samenwerking met de apotheker en de fysiotherapeut (respectievelijk 6% en 5%); in de overige gevallen komt financiering volgens huisartsen nog weinig voor.

² Overigens wijzen Meijer en Verhaak (2004) erop dat de SPV weliswaar kan worden opgevat als een uitbreiding van de capaciteit van de eerstelijns zorg, maar dat de SPV in strikte zin onderdeel blijft van de tweedelijns.

Tabel 3.5: Aandeel huisartspraktijken dat deel uitmaakt van een MOED of een vorm van samenwerkingsverband heeft, per type discipline

Aantal andere eerstelijns-disciplines	MOED	Formeel samenwerkingsverband	Geanonnceerd samenwerkingsverband	Gefinancierd samenwerkingsverband
Apotheek	23%	18%	24%	6%
Verloskunde	10%	5%	9%	2%
Fysiotherapie	21%	12%	18%	5%
Oefentherapie	11%	5%	10%	2%
Ergotherapie	2%	1%	3%	0%
Diëtetiek	16%	6%	11%	2%
Logopedie	8%	2%	6%	0%
Podotherapie	4%	1%	4%	0%
Huidtherapie	2%	0%	1%	0%
Tandarts	7%	1%	2%	0%
Mondhygiënist	4%	0%	1%	0%
Thuiszorg	8%	7%	10%	3%
Kraamzorg	2%	1%	2%	0%
Eerstelijnspsycholoog	13%	6%	11%	2%
SPV	25%	18%	16%	4%
Maatschappelijk Werk	10%	8%	11%	3%
Jeugdgezondheidszorg	6%	3%	5%	2%
Verzorgingshuis	3%	14%	10%	4%
Verpleeghuis	1%	3%	3%	1%

Aanvullende figuren in bijlage 2 geven aan hoe de verschillende onderwerpen samenhangen met de praktijkvorm van de huisartsenpraktijk. Wat betreft het onderdeel uitmaken van een MOED, blijkt dat groepspraktijken vaker met andere disciplines op één locatie zijn gevestigd dan duo- en solopraktijken. Zo is bijvoorbeeld in iets minder dan 40% van de groepspraktijken ook een SPV gevestigd, tegen ongeveer 25% van de duo-praktijken en 17% van de solopraktijken. Dit grote verschil tussen enerzijds groepspraktijken en anderzijds duo- en solopraktijken is consistent bij alle disciplines. Ook bij de verschillende samenwerkingsverbanden geldt dat multidisciplinaire samenwerking tussen huisartspraktijken en andere eerstelijnsdisciplines het vaakst voorkomt bij groepspraktijken. Dit gaat op voor nagenoeg alle vormen van samenwerking en voor nagenoeg alle negentien disciplines.

3.4 Combinaties van disciplines

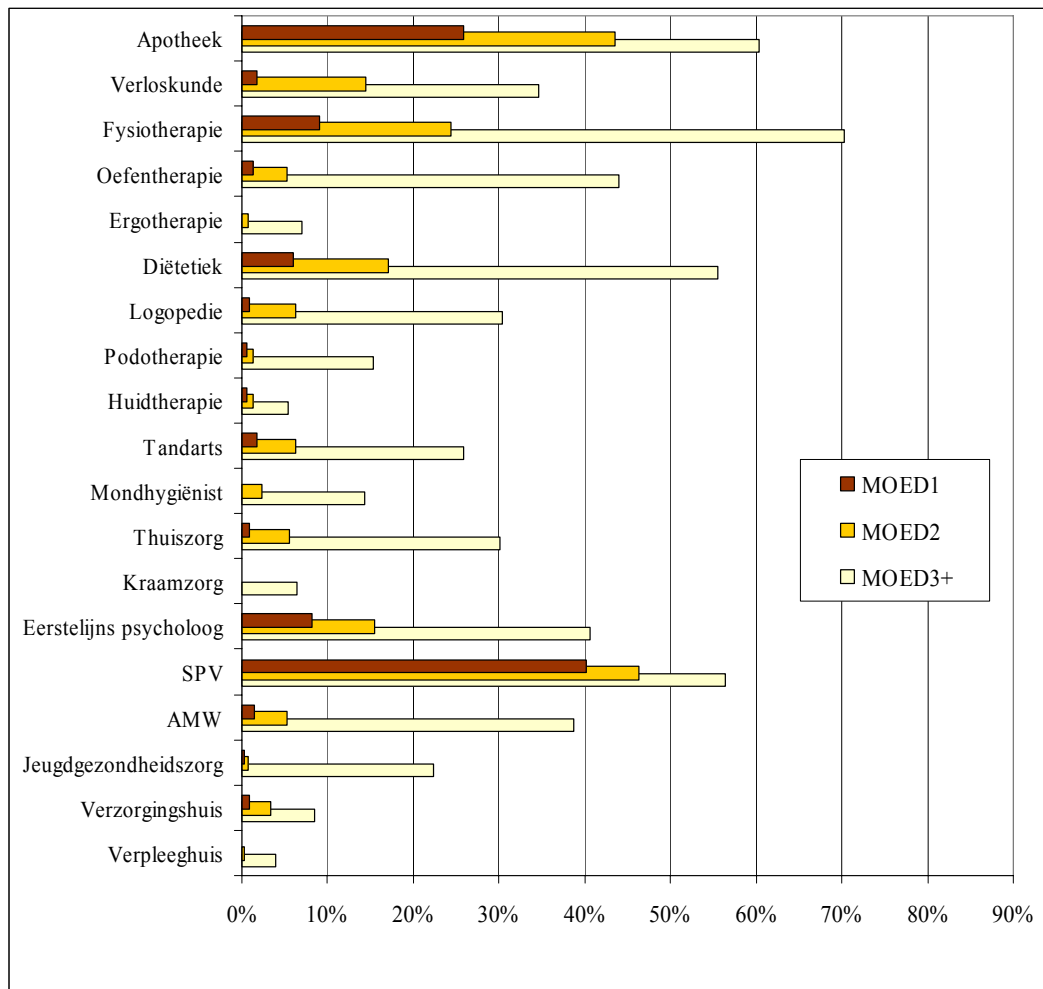
In deze paragraaf wordt gekeken hoeveel combinaties van eerstelijnsdisciplines zoal voorkomen in de MOED'en dan wel in de verschillende type samenwerkingsverbanden. Per geval wordt ook besproken welke combinaties relatief vaak voorkomen.

Meerdere disciplines onder één dak

Als we eerst kijken naar de disciplines in de verschillende type MOED'en dan blijkt dat in MOED'en waarin één andere eerstelijnsdiscipline is gevestigd (MOED1) dit het vaakst geldt voor de SPV-en (40%) en de apotheken (26%). Zijn er naast de huisartspraktijk twee andere disciplines onder één dak gehuisvest (MOED2), dan is dit vaak een SPV (44%), apotheek (44%) of fysiotherapeut (25%). Minder vaak komen ook diëtisten, verloskundigen en eerstelijnspsychologen voor in de MOED2. Bij MOED3+ (drie of

meer andere disciplines) ontstaat grote verscheidenheid aan voorkomende combinaties. Wel is in iets meer dan 70% van MOED3+ een fysiotherapeut gevestigd, in 60% een apotheek en ongeveer 55% een SPV of een diëtist. Ook zijn er disciplines die nauwelijks alleen met de huisarts in een praktijk zijn gevestigd, maar vooral samen met andere disciplines voorkomen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, ergotherapie en het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW).

Figuur 3.1: Aandeel huisartspraktijken dat met een andere discipline deel uitmaakt van een MOED naar omvang van de MOED



Vervolgens worden de meest voorkomende combinaties van eerstelijnsdisciplines in beeld gebracht (tabel 3.6). Bij MOED1 komt de SPV verreweg het vaakst voor. Bij MOED 2 betreft dit de combinatie huisarts-apotheek-SPV (40%). Alle andere combinaties komen aanzienlijk minder vaak voor. Bij de MOED3 is er geen uitgesproken combinatie die vaak voorkomt. De weergegeven combinaties in de tabel vormen samen 24% van alle voorkomende combinaties van samenwerking met drie andere disciplines. De overige driekwart wordt dus door diverse andere combinaties gevormd.

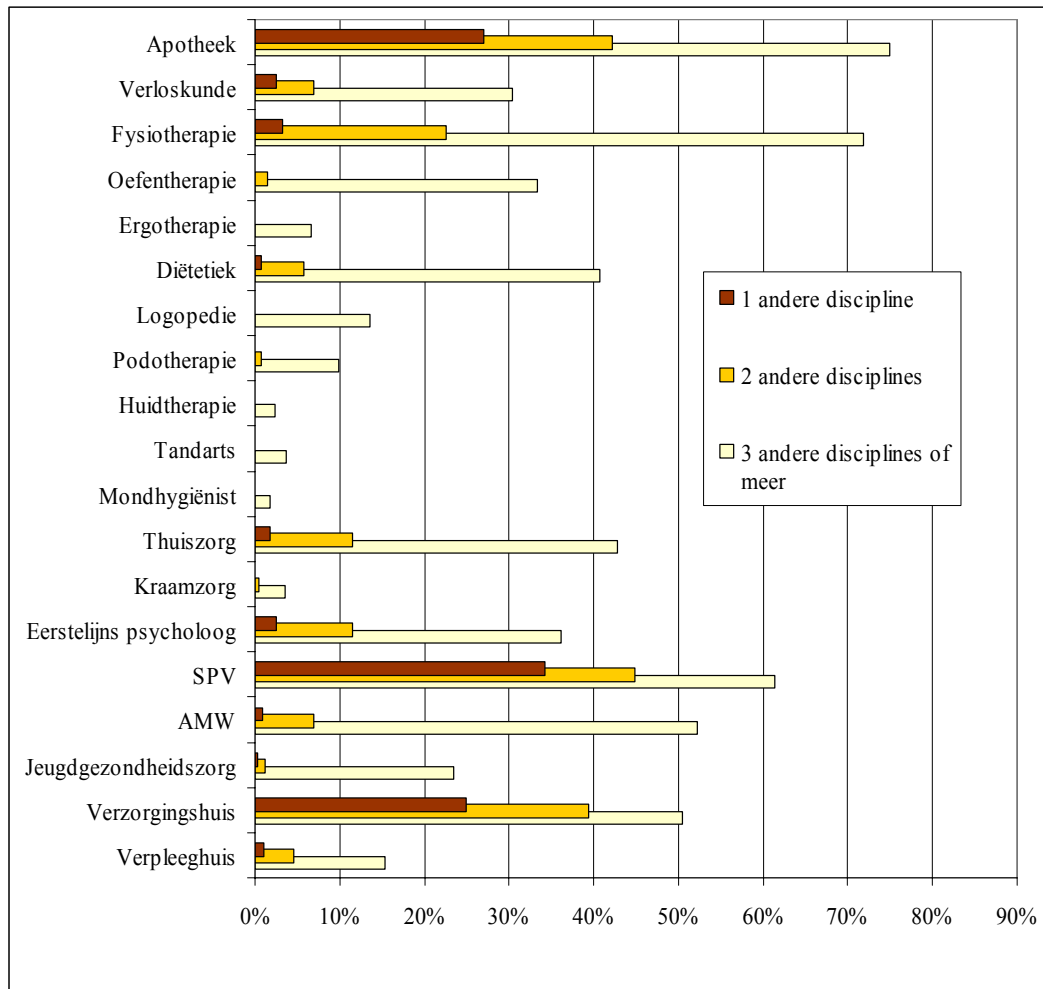
Tabel 3.6: Absolute en relatieve verdeling van de combinaties van eerstelijnsdisciplines per type MOED

	Absoluut	Relatief
MOED1	726	
Huisarts + SPV	290	40%
Huisarts + apotheek	187	26%
Huisarts + fysiotherapie	66	9%
Huisarts + psycholoog	60	8%
Huisarts + diëtetik	43	6%
MOED2	391	
Huisarts + apotheek + SPV	81	21%
Huisarts + apotheek + verloskunde	31	8%
Huisarts + SPV + diëtetik	28	7%
Huisarts + SPV + fysiotherapie	20	5%
Huisarts + apotheek + fysiotherapie	17	4%
MOED3	254	
Huisarts + apotheek + SPV + diëtetik	15	6%
Huisarts + apotheek + SPV + verloskunde	14	6%
Huisarts + apotheek + fysiotherapie + tandarts	10	4%
Huisarts + fysiotherapie + oefenterapie+ logopedie	10	4%
Huisarts + fysiotherapie + SPV+ psycholoog	9	4%

Formele samenwerkingsverbanden

Bij de formele samenwerkingsverbanden is te zien dat in verbanden waarbij één andere discipline betrokken is, dit het vaakst de SPV, apotheker of verzorgingshuizen betreft (figuur 3.2). In de verbanden waarin drie of meer disciplines vertegenwoordigd zijn, is hierbij relatief vaak een apotheker of fysiotherapeut betrokken. Ook zijn er relatief vaak formele samenwerkingsverbanden met verzorgingshuizen.

Figuur 3.2: Aandeel huisartspraktijken dat met een andere discipline deel uitmaakt van een formeel samenwerkingsverband naar omvang van het samenwerkingsverband



In tabel 3.7 worden de veelvoorkomende combinaties besproken voor wat betreft de formele samenwerkingsverbanden. Overeenkomstig het beeld van de vorige figuur is SPV de discipline waarmee de huisartspraktijk het vaakst als enige een formeel samenwerkingsverband heeft (34%). Wanneer er met twee andere disciplines formele samenwerkingsafspraken zijn, dan is dit het vaakst in de combinatie van een SPV en een verzorgingshuis (te weten 18% van alle formele samenwerkingsverbanden met twee disciplines). Bij formele samenwerkingsverbanden waarbij drie andere disciplines zijn betrokken komt de combinatie huisarts-apotheek-SPV-verzorgingshuis het vaakst voor (13%). De vijf onderscheiden combinaties van samenwerking met drie andere disciplines tellen samen op tot 36%; er is dan ook nog een groot aantal andere combinaties dat bij dergelijke grotere samenwerkingsverbanden voorkomt.

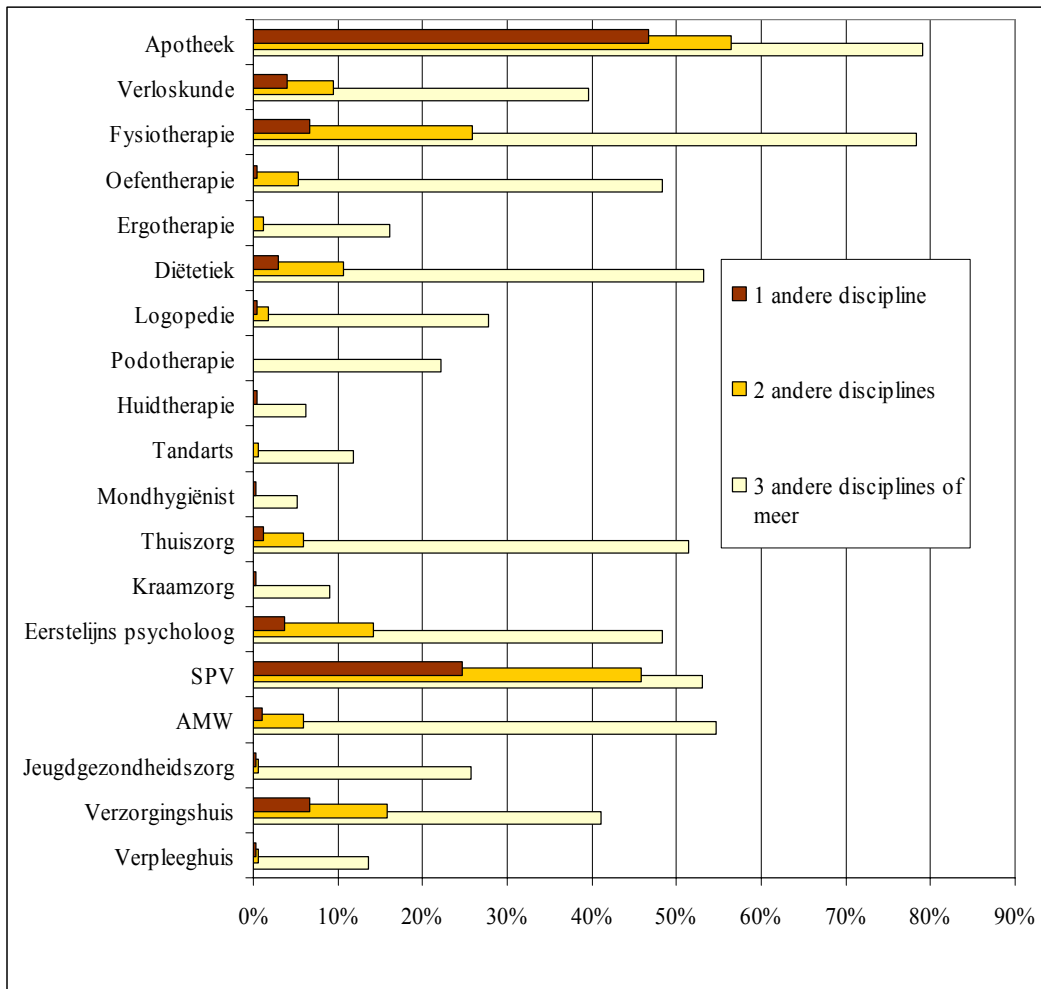
Tabel 3.7: Absolute en relatieve verdeling van de combinaties van eerstelijnsdisciplines per type formeel samenwerkingsverband

	Absoluut	Relatief
Huisarts met één andere discipline	728	
Huisarts + SPV	245	34%
Huisarts + apotheek	200	27%
Huisarts + verzorgingshuis	184	25%
Huisarts + fysiotherapie	22	3%
Huisarts + verloskundige	19	3%
Huisarts met twee andere disciplines	340	
Huisarts + SPV + verzorgingshuis	61	18%
Huisarts + apotheek + fysiotherapeut	44	13%
Huisarts + apotheek + SPV	38	11%
Huisarts + apotheek + verzorgingshuis	27	8%
Huisarts + SPV + psycholoog	13	4%
Huisarts met drie andere disciplines	192	
Huisarts + apotheek + SPV + verzorgingshuis	25	13%
Huisarts + apotheek + SPV + fysiotherapie	15	8%
Huisarts + apotheek + fysiotherapie + verzorgingshuis	12	6%
Huisarts + SPV + psycholoog + maatschappelijk werk	9	5%
Huisarts + apotheek + fysiotherapie + oefentherapie	8	4%

Geannonceerde samenwerkingsverbanden

Voor wat betreft de samenwerkingsverbanden die zich als zodanig naar buiten presenteren geldt dat in zowel de grotere als kleinere samenwerkingsverbanden de apotheker, SPV en fysiotherapie relatief vaak voorkomen (figuur 3.3). Bij de wat grotere samenwerkingsverbanden wordt ook een aantal overige beroepen veelvuldig genoemd, zoals diëtetiek, de thuiszorg (verpleging en verzorging) en het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW).

Figuur 3.3: Aandeel huisartspraktijken dat samen met een andere discipline deel uitmaakt van een geannonceerd samenwerkingsverband naar omvang van het samenwerkingsverband



Als de geannonceerde samenwerkingsverbanden nader bekeken worden, dan komt bij samenwerkingsverbanden met twee disciplines de combinatie huisarts-apotheek-SPV het vaakst voor (22%). In samenwerkingsverbanden met drie andere disciplines gaat het vooral om de combinatie huisarts-apotheek-fysiotherapeut-psycholoog (8%). Daarbij geldt echter dat er geen grote verschillen zijn met de andere combinaties en dat de absolute aantallen gering zijn.

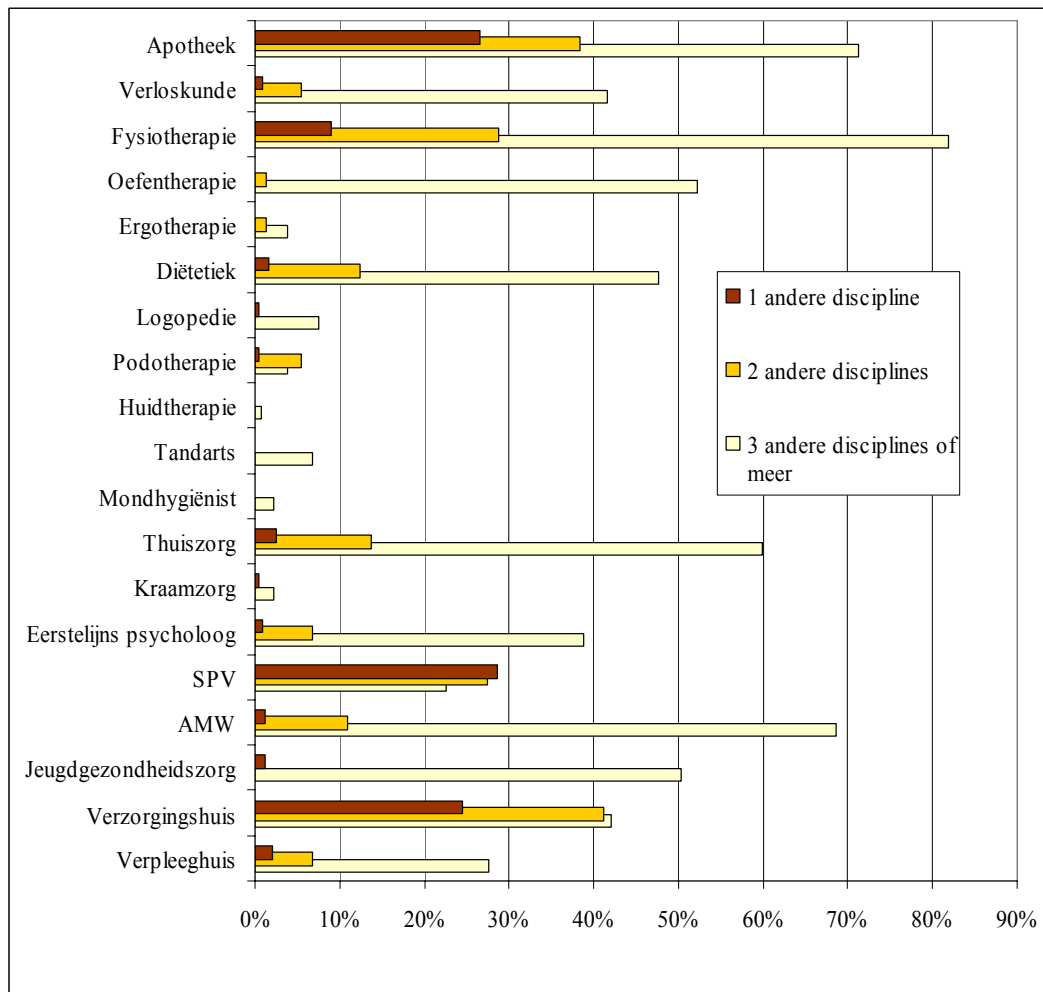
Tabel 3.8: Absolute en relatieve verdeling van de combinaties van eerstelijnsdisciplines per type geannonceerd samenwerkingsverband

	Absoluut	Relatief
Huisarts met één andere discipline	528	
Huisarts + apotheek	246	47%
Huisarts + SPV	132	25%
Huisarts + fysiotherapie	36	7%
Huisarts + verzorgingshuis	34	6%
Huisarts + verloskundige	21	4%
Huisarts met twee andere disciplines	221	
Huisarts + apotheek + SPV	49	22%
Huisarts + apotheek + fysiotherapie	24	11%
Huisarts + apotheek + verloskunde	17	8%
Huisarts + apotheek + verzorgingshuis	13	6%
Huisarts + SPV + verzorgingshuis	12	5%
Huisarts met drie andere disciplines	168	
Huisarts + apotheek + fysiotherapie + psycholoog	14	8%
Huisarts + apotheek + fysiotherapie + SPV	12	7%
Huisarts + apotheek + fysiotherapie + oefentherapie	10	6%
Huisarts + apotheek + fysiotherapie + verloskunde	7	4%
Huisarts + apotheek + SPV + diëtetiek	7	4%

Gefinancierde samenwerkingsverbanden

Tot slot komen bij de door zorgverzekeraars gefinancierde samenwerkingsverbanden de apotheker en fysiotherapie relatief vaak voor. Daarnaast worden met name in de grotere samenwerkingsverbanden ook de thuiszorg en het maatschappelijk werk veelvuldig genoemd (figuur 3.4).

Figuur 3.4: Aandeel huisartspraktijken dat samen met een andere discipline deel uitmaakt van een gefinancierd samenwerkingsverband naar omvang van het samenwerkingsverband



Bij de gefinancierde samenwerkingsverbanden geldt verder dat bij die verbanden waarbij drie disciplines zijn betrokken de combinatie huisarts-apotheek-fysiotherapeut het vaakst voorkomt (19%). Ook de combinaties huisarts-SPV-verzorgingshuis (15%) en huisarts-apotheek-verzorgingshuis (11%) komen relatief gezien wat vaker voor.

Tabel 3.9: Absolute en relatieve verdeling van de combinaties van eerstelijnsdisciplines per type gefinancierd samenwerkingsverband

	Absoluut	Relatief
Huisarts met één andere discipline	320	
Huisarts + SPV	92	29%
Huisarts + apotheek	85	27%
Huisarts + verzorgingshuis	78	24%
Huisarts + fysiotherapie	29	9%
Huisarts + thuiszorg	9	3%
Huisarts met twee andere disciplines	96	
Huisarts + apotheek + fysiotherapie	18	19%
Huisarts + SPV + verzorgingshuis	14	15%
Huisarts + apotheek + verzorgingshuis	11	11%
Huisarts + diëtetiek + podotherapie	5	5%
Huisarts met drie andere disciplines	54	
Huisarts + apotheek + fysiotherapie + verzorgingshuis	8	15%
Huisarts + fysiotherapie + thuiszorg + maatschappelijk werk	4	7%
Huisarts + apotheek + verloskunde + verzorgingshuis	3	6%
Huisarts + apotheek + fysiotherapie + SPV	2	4%
Huisarts + apotheek + fysiotherapie + oefen therapie	1	2%

3.5 Tot slot

In dit hoofdstuk komt naar voren dat de helft van alle huisartspraktijken in Nederland met minimaal één andere discipline op één adres gevestigd is. Mogelijk vormt dit een eerste stap om vervolgens ook een formeel samenwerkingsverband op te zetten of zich als samenwerkingsverband naar buiten te presenteren. Beide vormen van samenwerking komen bij iets meer dan eenderde van de huisartspraktijken voor. Daarbij is financiering van samenwerkingsverbanden vanuit verzekeraars (vooral nog) minder gangbaar. Een aanvullend algemeen beeld is dat zowel het gevestigd zijn op één adres als de drie vormen van samenwerking duidelijk samenhangen met het soort huisartspraktijk. Groepspraktijken maken vaker deel uit van een MOED en hebben ook vaker een samenwerkingsverband met andere disciplines.

Bij de vraag welke eerstelijnsdisciplines momenteel op hetzelfde adres als de huisarts gevestigd zijn en/of binnen de diverse samenwerkingsverbanden betrokken zijn, komt over het algemeen een vrij eenduidig beeld naar voren. Het vaakst gaat het hierbij om apotheken, Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV-en) en fysiotherapeuten. In het geval van apotheken wordt dit ten dele veroorzaakt door het feit dat een deel van de huisartspraktijken apotheekhoudend is (circa 7% in 2006; Kenens & Hingstman, 2007). Het feit dat momenteel 23% van de huisartspraktijken samen met een apotheek op één locatie is gevestigd, geeft aan dat ook een deel van de openbare apotheken deel uitmaakt van een MOED. Ook geldt dat bij apotheekhoudende huisartspraktijken weliswaar geen aparte apotheker aanwezig hoeft te zijn, maar dat hierbij wel sprake is van een gecombineerd aanbod van huisartsen- en farmaceutische zorg. Daarentegen zijn er ook disciplines (zoals tandheelkunde en ergotherapie) waarmee vestiging op één locatie of een vorm van samenwerkingsverband juist relatief weinig voorkomt.

4 Geografische spreiding

In dit hoofdstuk zal onderzocht worden of er geografische verschillen zijn in aantal en type samenwerkingsverbanden. Daartoe zal eerst gekeken worden of er verschillen zijn naar stedelijkheid van de gemeenten waarbinnen huisartspraktijken zijn gevestigd. Vervolgens zal in kaart gebracht worden of er regionale verschillen zijn in Nederland. Voor een inzichtelijk beeld op regionaal niveau wordt hierbij gebruik gemaakt van een indeling in 22 regio's die samenvallen met het dekkingsgebied van de 22 Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en).

4.1 Stedelijkheid

Uit tabel 4.1 kan worden afgeleid dat verschillen in vestiging op één adres en vormen van samenwerkingsverbanden op basis van stedelijkheid relatief klein zijn. Zo is in de helft van alle huisartspraktijken in de (zeer) sterk verstedelijkte gebieden van Nederland nog minimaal één andere eerstelijnsdiscipline gevestigd. In de matig en weinig verstedelijkte gebieden liggen de percentages iets lager, terwijl in de niet verstedelijkte gebieden het hoogste percentage (59%) wordt genoteerd. Dit hangt deels samen met het feit dat op het platteland de meeste apotheekhoudende huisartsen werkzaam zijn; iets meer dan de helft van alle 623 huisartspraktijken in niet verstedelijkte gebieden is apotheekhoudend. Mogelijk vanwege deze zelfde verklaring komen ook formele samenwerkingsverbanden het vaakst voor in de minst stedelijke gebieden. Ten aanzien van geannonceerde samenwerkingsverbanden komt geen duidelijk beeld naar voren, terwijl bij gefinancierde samenwerkingsverbanden het aandeel huisartspraktijken dat hiervan deel uitmaakt iets groter is in de meer stedelijke gebieden dan in de weinig tot niet verstedelijkte gebieden.

Tabel 4.1: Aandeel huisartspraktijken naar aanwezigheid op dezelfde locatie en vorm van samenwerkingsverband, per categorie van stedelijkheid

	Stedelijkheid				
	zeer sterk	sterk	matig	weinig	niet
MOED	50%	50%	45%	48%	59%
Formeel samenwerkingsverband	37%	37%	36%	40%	43%
Geannonceerd samenwerkingsverband	37%	39%	33%	36%	39%
Gefinancierd samenwerkingsverband	15%	17%	12%	13%	12%

In de volgende vier tabellen wordt in beeld gebracht of er verschillen zijn in de mate van stedelijkheid en het type eerstelijnsdisciplines dat deel uitmaakt van een samenwerkingsverband. Dat in de weinig verstedelijkte gebieden de apotheek (apotheekhoudende huisarts) deel uitmaakt van het samenwerkingsverband wordt in tabel 4.2 bevestigd. In 28% van de huisartspraktijken in de weinig tot niet verstedelijkte gebieden maakt een apotheek deel uit van een MOED. In de matig (19%) en zeer stedelijke gebieden (21%) ligt dit een stuk lager. Een vergelijkbaar verschil, maar dan minder geprononceerd zien we bij de ver-

loskunde. Dit heeft wellicht te maken met het feit dat op het platteland een deel van de huisartsen nog verloskundig actief is. Bij de fysiotherapie geldt het omgekeerde. In 26% van de praktijkadressen van huisartspraktijken in stedelijke gebieden is ook een fysiotherapeut gevestigd. Voor wat betreft de overige disciplines zijn de verschillen niet zo groot. De tandarts komen we wat vaker tegen in de matig verstedelijkte gebieden. Voor wat betreft de SPV geldt dat deze in alle drie onderscheiden type gemeenten relatief vaak voorkomt.

Tabel 4.2: Relatieve verdeling van aantal huisartspraktijken dat deel uitmaakt van een MOED naar type disciplines uitgesplitst naar stedelijkheid

	Zeer sterk/sterk stedelijk	Matig verstedelijkt	Weinig/niet verstedelijkt
Apotheek	21%	19%	28%
Verloskunde	9%	10%	12%
Fysiotherapie	26%	19%	17%
Oefentherapie	14%	10%	9%
Ergotherapie	2%	2%	2%
Diëtiek	19%	15%	15%
Logopedie	9%	7%	8%
Podotherapie	4%	3%	5%
Huidtherapie	2%	1%	2%
Tandarts	7%	10%	6%
Mondhygiënist	4%	5%	4%
Thuiszorg	9%	7%	8%
Kraamzorg	2%	1%	1%
Eerstelijnspsycholoog	15%	12%	11%
SPV	26%	23%	24%
Maatschappelijk werk	12%	11%	9%
Jeugdgezondheidszorg	6%	6%	5%
Verzorgingshuis	3%	2%	3%
Verpleeghuis	1%	0%	1%

In het geval van formele samenwerkingsverbanden zijn verschillen naar de mate van stedelijkheid relatief klein. Wel zijn deels dezelfde verschillen terug te zien als bij de MOED'en. Zo maken iets meer apotheken deel uit van een formeel samenwerkingsverband in de minst verstedelijkte gebieden, en iets meer fysiotherapeuten in de meest verstedelijkte gebieden. Verder komt naar voren dat verzorgingshuizen relatief vaker deel uitmaken van een formeel samenwerkingsverband in de minder dan in de meer stedelijke gebieden (17% versus 13%).

Tabel 4.3: Relatieve verdeling van aantal huisartspraktijken dat deel uitmaakt van een formeel samenwerkingsverband naar type discipline uitgesplitst naar stedelijkheid

	Zeer sterk/ sterk stedelijk	Matig verstedelijkt	Weinig/niet verstedelijkt
Apotheek	17%	19%	19%
Verloskunde	6%	4%	5%
Fysiotherapie	15%	10%	11%
Oefentherapie	7%	3%	3%
Ergotherapie	1%	1%	1%
Diëtetiek	8%	5%	4%
Logopedie	2%	2%	2%
Podotherapie	1%	2%	1%
Huidtherapie	1%	1%	0%
Tandarts	0%	1%	1%
Mondhygiënist	0%	0%	0%
Thuiszorg	8%	6%	7%
Kraamzorg	0%	1%	1%
Eerstelijnspsycholoog	8%	6%	4%
SPV	20%	15%	17%
Maatschappelijk werk	10%	8%	6%
Jeugdgezondheidszorg	5%	2%	2%
Verzorgingshuis	13%	12%	17%
Verpleeghuis	3%	2%	3%

Wanneer gekeken wordt of er verschillen zijn in de mate waarin men zich als samenwerkingsverband naar buiten toe presenteert, dan liggen deze percentages – overeenkomstig aan hoofdstuk 3 – aanmerkelijk hoger dan bij de formele samenwerking, en dat geldt voor alle drie onderscheiden groepen van stedelijkheid. Onder andere is te zien dat huisartspraktijken in de meer verstedelijkte gebieden vaker als samenwerkingsverband met een SPV naar buiten treden dan in de meer landelijke gebieden.

Tabel 4.4: Relatieve verdeling van aantal huisartspraktijken dat deel uitmaakt van een geannonceerd samenwerkingsverband naar type discipline uitgesplitst naar stedelijkheid

	Zeer sterk/ sterk stedelijk	Matig verstedelijkt	Weinig/niet verstedelijkt
Apotheek	24%	22%	25%
Verloskunde	8%	8%	10%
Fysiotherapie	19%	17%	16%
Oefentherapie	11%	9%	9%
Ergotherapie	3%	4%	3%
Diëtetiek	13%	10%	10%
Logopedie	4%	7%	6%
Podotherapie	3%	6%	5%
Huidtherapie	1%	1%	1%
Tandarts	2%	3%	2%
Mondhygiënist	1%	2%	1%
Thuiszorg	11%	11%	10%
Kraamzorg	1%	2%	3%
Eerstelijnspsycholoog	12%	12%	9%
SPV	19%	13%	14%
Maatschappelijk werk	12%	10%	10%
Jeugdgezondheidszorg	7%	5%	4%
Verzorgingshuis	10%	8%	10%
Verpleeghuis	3%	3%	2%

Tot slot wordt in tabel 4.5 het aandeel gefinancierde samenwerkingsverbanden naar stedelijkheid weergegeven. Mede gezien het feit dat deze vorm van samenwerkingsverbanden weinig voorkomt zijn de verschillen naar stedelijkheid dan ook klein. Wel rapporteren huisartspraktijken in (zeer) stedelijke gemeenten iets vaker een gefinancierd samenwerkingsverband dan in de minder verstedelijkte gemeenten.

Tabel 4.5: Relatieve verdeling van aantal huisartspraktijken dat deel uitmaakt van een gefinancierd samenwerkingsverband naar type discipline uitgesplitst naar stedelijkheid

	Zeer sterk/ sterk stedelijk	Matig verstedelijkt	Weinig/niet verstedelijkt
Apotheek	7%	5%	4%
Verloskunde	3%	1%	1%
Fysiotherapie	7%	4%	2%
Oefentherapie	4%	1%	1%
Ergotherapie	0%	0%	0%
Diëtetiek	4%	1%	1%
Logopedie	0%	0%	0%
Podotherapie	0%	1%	0%
Huidtherapie	0%	0%	0%
Tandarts	0%	0%	0%
Mondhygiënist	0%	0%	0%
Thuiszorg	4%	2%	2%
Kraamzorg	0%	0%	0%
Eerstelijnspsycholoog	3%	0%	1%
SPV	4%	3%	3%
Maatschappelijk werk	5%	2%	1%
Jeugdgezondheidszorg	4%	1%	1%
Verzorgingshuis	5%	4%	4%
Verpleeghuis	2%	1%	1%

4.2 Regionale verschillen

Vervolgens wordt ingegaan op regionale verschillen in Nederland. In figuur 4.1 staan vier kaarten weergegeven met het aandeel huisartspraktijken dat deel uitmaakt van een MOED of één van de type samenwerkingsverbanden per ROS-regio. De tabellen met de precieze percentages zijn opgenomen in bijlage 3.

Uit de legenda's van de kaarten is af te lezen dat de spreiding tussen de ROS-regio's voor wat betreft de MOED'en en de formele samenwerkingsverbanden groter is dan voor de geannonceerde en gefinancierde samenwerkingsverbanden. Daarnaast is het opvallend dat de regio's Almere en Zoetermeer bij alle kaarten in de hoogste categorie vallen. Dat wil zeggen dat in deze regio's de huisartspraktijken gekenmerkt worden doordat er relatief veel andere eerstelijnsdisciplines op hun praktijklocatie zijn gevestigd en doordat zij relatief veel samenwerkingsverbanden hebben met andere disciplines. Ten dele zou de verklaring hiervoor kunnen liggen in het feit dat het hier twee groeigemeenten betreft, waarbij de snelle uitbreiding van de gezondheidszorg in deze steden voornamelijk is vormgegeven door middel van een gecombineerd zorgaanbod binnen gezondheidscentra. Tegelijkertijd lijkt dit beeld echter niet op te gaan voor andere groeiregio's. Daarnaast speelt mogelijk mee dat het in beide gevallen om relatief kleine stedelijke ROS-regio's gaat, waarbinnen men gemakkelijker samenwerking kan bewerkstelligen (onder andere bij de inrichting van spoedeisende eerstelijnszorg) dan in grotere gebieden die zowel meer als minder verstedelijkte gemeenten omvatten.

Een andere regio die opvalt is Midden en Zuid Limburg. In deze regio maken relatief veel huisartspraktijken deel uit van een MOED en een formeel en geannonceerd samenwerkingsverband, maar minder bij gefinancierde samenwerking. Ook voor andere regio's

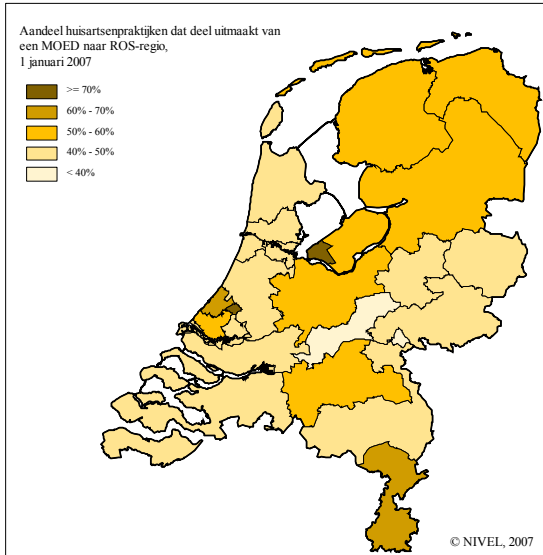
geldt dat een hoger aandeel bij één van de vier onderwerpen automatisch samenhangt met een hoger aandeel bij de overige drie.

Figuur 4.2 geeft de gemiddelde aantallen per ROS-regio weer. Net als bij de relatieve verdeling verschilt de schaal hier per kaart. De grootste spreiding tussen de ROS-regio's zien we bij de geannonceerde en de kleinste bij gefinancierde samenwerkingsverbanden. Als gekeken wordt naar de hoogte van de gemiddelden, dan is het gemiddelde aantal betrokken disciplines relatief hoog in de regio's Almere en Zoetermeer.

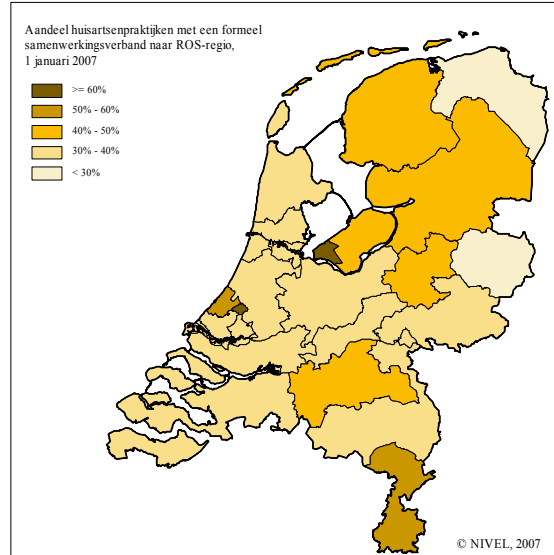
In hoofdstuk 3 kwam naar voren dat apotheken, fysiotherapeuten en SPV-en relatief vaak onder één dak zitten met de huisartspraktijk of hiermee een samenwerkingsverband hebben. Om die reden wordt voor deze drie beroepsgroepen afzonderlijk nagegaan of er regionale verschillen zijn naar type samenwerking (figuur 4.3). Hieruit blijkt dat MOED'en met een apotheek relatief vaak voorkomen in de drie noordelijke provincies, Zeeland en Limburg. MOED'en met een fysiotherapeut zien we vooral terug in het midden van Nederland en MOED'en met een SPV komt relatief het meest voor in het noorden, oosten en zuiden van ons land.

Figuur 4.1: Aandeel van de huisartsenpraktijken dat een MOED of een samenwerkingsverband heeft met tenminste één andere eerstelijnsdiscipline naar ROS-regio, per 1 januari 2007

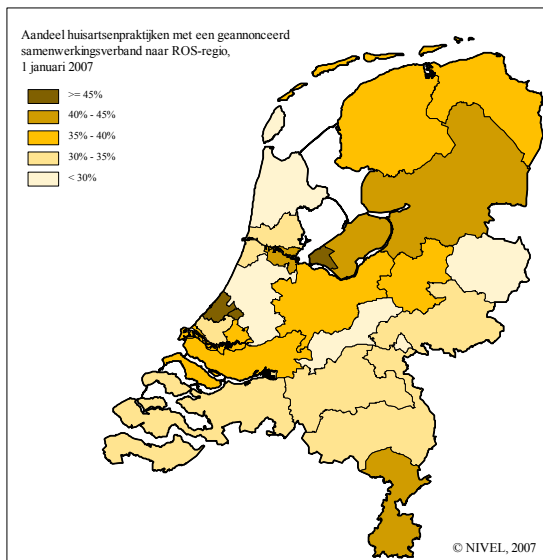
Aandeel huisartsenpraktijken dat deel uitmaakt van een MOED, naar ROS-regio



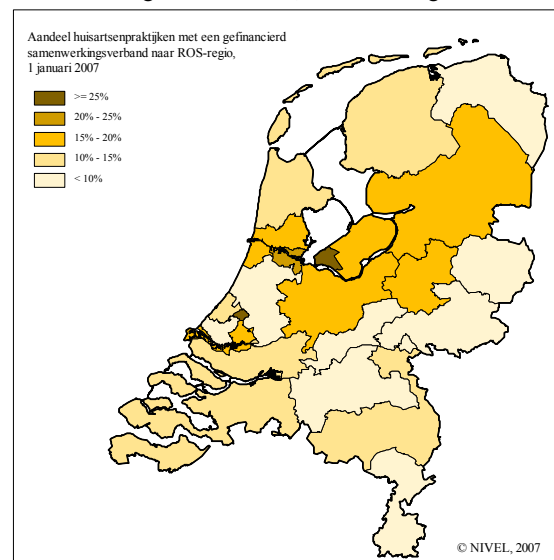
Aandeel huisartsenpraktijken dat een formeel samenwerkingsverband heeft, naar ROS-regio



Aandeel huisartsenpraktijken dat een geannonceerd samenwerkingsverband heeft, naar ROS-regio

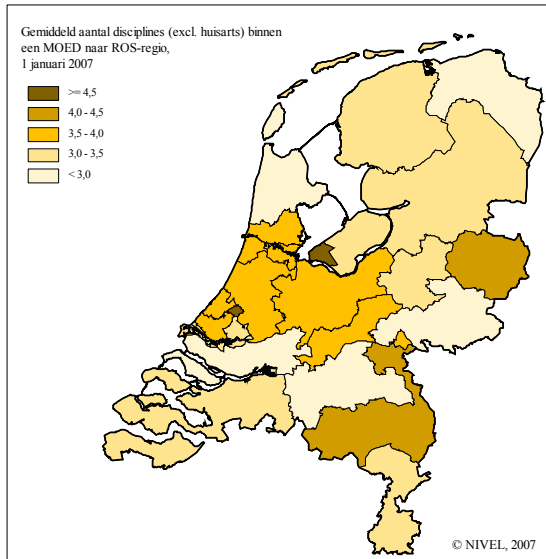


Aandeel huisartsenpraktijken dat een gefinancierd samenwerkingsverband heeft, naar ROS-regio

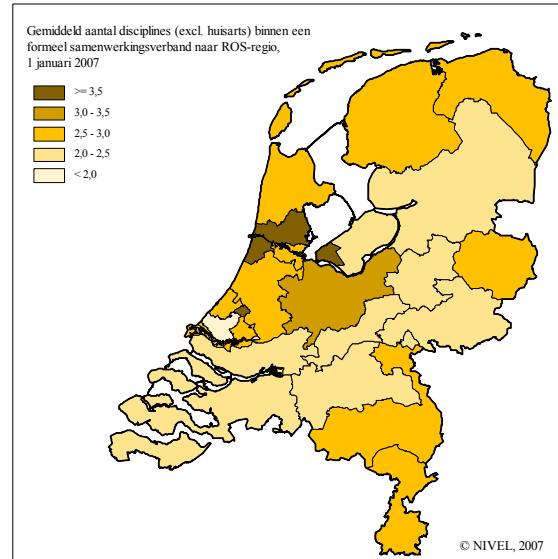


Figuur 4.2: Gemiddeld aantal andere eerstelijnsdisciplines naast de huisarts dat deel uitmaakt van een MOED of een samenwerkingsverband naar ROS-regio, per 1 januari 2007

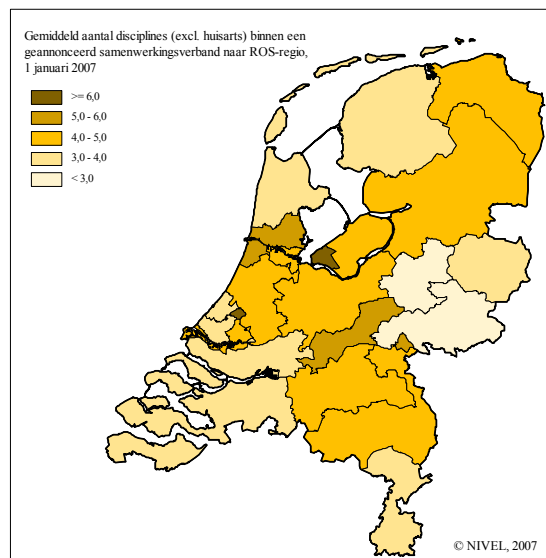
Gemiddelde grootte van een MOED (exclusief de huisarts) naar ROS-regio



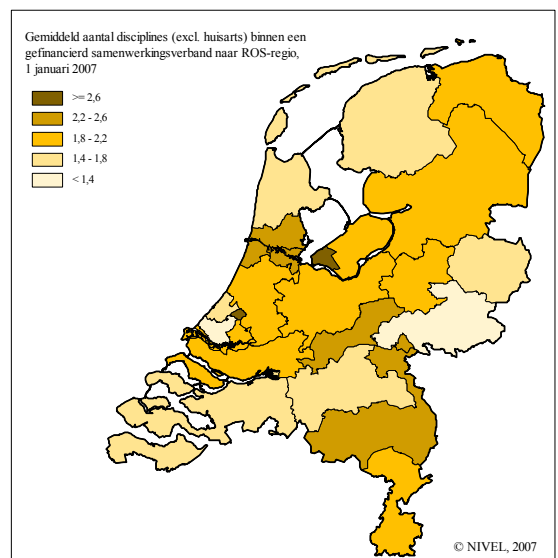
Gemiddeld aantal eerstelijnsdisciplines (exclusief de huisarts) binnen een formeel samenwerkingsverband, naar ROS-regio



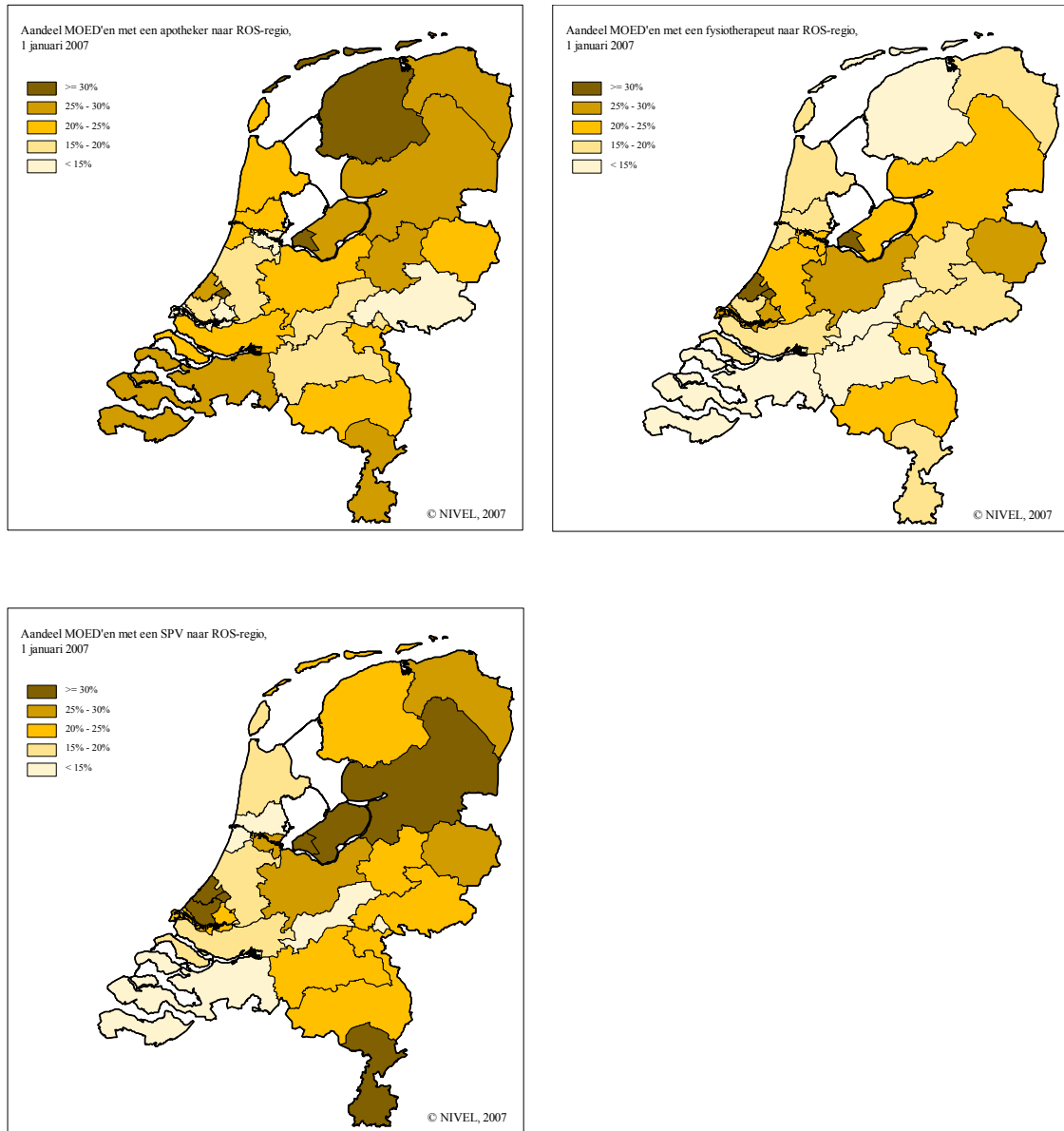
Gemiddeld aantal eerstelijnsdisciplines (exclusief de huisarts) binnen een geannonceerd samenwerkingsverband, naar ROS-regio



Gemiddeld aantal eerstelijnsdisciplines (exclusief de huisarts) binnen een gefinancierd samenwerkingsverband, naar ROS-regio



Figuur 4.3: Aandeel MOED'en met een apotheek, fysiotherapie en SPV naar ROS-regio, per 1 januari 2007



4.3 Tot slot

Uit dit hoofdstuk blijkt dat er geringe, maar wel zichtbare verschillen bestaan in het aantal MOED'en en type samenwerkingsverbanden naar de mate van stedelijkheid. Huisartspraktijken die deel uitmaken van een MOED komen wat vaker voor in de niet stedelijke gebieden (59%) dan in de zeer stedelijke gebieden (50%). Daarentegen ligt het aandeel dat deel uitmaakt van de gefinancierd samenwerkingsverband weer wat hoger in de zeer stedelijke gebieden. Als vervolgens wordt gekeken naar de verschillen tussen de ROS-regio's dat blijkt dat het aandeel huisartspraktijken dat deel uitmaakt van een MOED in de noordelijke gebieden van ons land en in Limburg hoger is dan in het westen. De regio's Zoetermeer en Almere zijn overigens de uitschieters waar relatief een erg groot deel van de huisartspraktijken deel uitmaken van een MOED en/of van één van drie onderscheiden typen samenwerkingsverbanden. Daarbij is een dergelijke MOED in het westen gemiddeld groter van omvang dan in het Noorden. Verder komen MOED'en met een apotheek vooral voor in de drie noordelijke provincies, Zeeland en Limburg. MOED'en met een fysiotherapeut zien we vooral terug in het midden van Nederland en MOED'en met een SPV komt relatief het meest voor in het noorden, oosten en zuiden van ons land. Precieze oorzaken voor gevonden regioverschillen zijn moeilijk aan te wijzen. Zo illustreert het feit dat een regio op het ene onderdeel bovengemiddeld scoort en op het andere benedengemiddeld dat de vier onderzochte thema's voor een deel van elkaar losstaan. In hoofdstuk 3 bleek reeds dat het naar buiten toe presenteren van een samenwerkingsverband niet automatisch hoeft te betekenen dat men ook een formeel samenwerkingsverband heeft of onder één dak gevestigd is. In het volgende hoofdstuk wordt op dergelijke onderlinge relaties verder ingegaan.

5 Samenwerking nader bekeken

In de voorgaande hoofdstukken is een overzicht gegeven van de MOED'en en de drie type samenwerkingsverbanden tussen huisartsenpraktijken en andere eerstelijnsdisciplines. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de onderlinge relatie tussen deze onderscheiden deelthema's. Zo wordt de vraag beantwoord in hoeverre aanwezigheid van een discipline een voorwaarde is tot samenwerking. Eerst wordt globaal bekeken of samenwerking vaker voorkomt bij huisartspraktijken die onderdeel zijn van een MOED, ongeacht de soort disciplines. Daarna wordt in meer detail gekeken of de aanwezigheid van een bepaalde discipline ook samenhangt met meer samenwerking met die desbetreffende discipline. Tenslotte worden dezelfde stappen ondernomen om te bekijken hoe het hebben van een formeel samenwerkingsverband zich verhoudt tot het hebben van geannonceerde samenwerking en gefinancierde samenwerking.

5.1 Relatie MOED en vormen van samenwerkingsverbanden

In tabel 5.1 wordt gekeken of huisartspraktijken die deel uitmaken van een MOED vaker een samenwerkingsverband hebben dan praktijken die geen deel uitmaken van een MOED. Voor elk van de vormen van samenwerking is dit inderdaad het geval. Praktijken die onderdeel zijn van een MOED geven ongeveer tweemaal zo vaak aan dat zij een vorm van samenwerking hebben dan niet MOED praktijken. Zo heeft 50% procent van de MOED'en een formeel samenwerkingsverband tegen 27% van de praktijken die geen deel uitmaken van een MOED. Ongeveer 51% van de huisartspraktijken die onderdeel zijn van een MOED rapporteert een geannonceerd samenwerkingsverband, vergeleken met 23% van de praktijken waarbij geen andere discipline op hetzelfde adres is gevestigd. Ook een door de zorgverzekeraar gefinancierde samenwerkingsverband komt vaker voor bij MOED-praktijken dan bij niet MOED-praktijken (19% versus 9%).

Tabel 5.1: Relatief aandeel van samenwerking met eerstelijnsdiscipline naar aanwezigheid van andere eerstelijnsdisciplines op locatie aanwezig

	MOED	
	wel	niet
Formeel samenwerkingsverband	50%	27%
Geannonceerd samenwerkingsverband	51%	23%
Gefinancierd samenwerkingsverband	19%	9%

Ook het gemiddeld aantal samenwerkingsverbanden ligt aanzienlijk hoger bij de praktijken die deel uitmaken van een MOED dan bij de praktijken die geen deel uitmaken van een MOED (tabel 5.2). Zo heeft een huisartspraktijk die deel uitmaakt van een MOED met gemiddeld 3,2 andere disciplines een formeel samenwerkingsverband, tegen een gemiddelde van 2,4 bij niet MOED praktijken. Een vergelijkbaar verschil tussen MOED-

praktijken en praktijken die geen deel uitmaken van een MOED is te zien bij de geannonceerde en gefinancierde samenwerkingsverbanden (respectievelijk 4,4 versus 3,9 en 3,1 versus 1,9 disciplines).

Tabel 5.2: Gemiddeld aantal vormen van samenwerking met andere eerstelijnsdiscipline naar aanwezigheid van andere eerstelijnsdisciplines op locatie aanwezig

	Gevestigd op praktijkadres huisarts	
	wel MOED	geen MOED
Formeel samenwerkingsverband	3,2	2,4
Geannonceerd samenwerkingsverband	4,4	3,9
Gefinancierd samenwerkingsverband	3,1	1,9

* Voor de berekening van de gemiddelden zijn alleen de praktijken meegenomen die tenminste één andere discipline op hetzelfde praktijkadres hebben.

Vervolgens is nagegaan of de gevonden verschillen gelijk zijn voor alle soorten praktijken. Als een groepspraktijk van huisartsen deel uitmaakt van een MOED, dan komt elk van de drie vormen van samenwerking vaker voor dan wanneer het een solo- of duo-praktijk betreft. Wel is de proportionele verdeling tussen wel of geen MOED praktijken binnen elk type praktijk ongeveer gelijk. Zowel voor solo-, duo-, als groepspraktijken geldt dus dat samenwerking vaker voorkomt in MOED-praktijken dan in praktijken die geen deel uitmaken van een MOED.

Tabel 5.3: Relatieve verdeling van samenwerking met eerstelijnsdisciplines naar aanwezigheid van andere eerstelijnsdisciplines en type praktijk

Gevestigd op praktijkadres huisarts	Solopraktijk		Duopraktijk		Groepspraktijk	
	wel MOED	geen MOED	wel MOED	geen MOED	wel MOED	geen MOED
Formeel samenwerkingsverband	43%	24%	48%	29%	58%	36%
Geannonceerd samenwerkingsverband	48%	21%	47%	24%	57%	27%
Gefinancierd samenwerkingsverband	17%	7%	16%	11%	23%	11%

5.2 Relatie MOED en samenwerkingsverbanden per discipline

De tabellen in de vorige paragraaf gaven in algemene zin aan dat huisartsen die onderdeel zijn van een MOED relatief vaker een samenwerkingsverband hebben met een andere discipline. Deze cijfers laten echter niet zien of de samenwerking optreedt met de discipline die ook onderdeel van de MOED is. In tabel 5.4 staat deze relatie wel per discipline weergegeven. Inderdaad wordt relatief vaker samengewerkt als een discipline onderdeel uitmaakt van een MOED. Bij sommige disciplines lijkt dit verband sterker dan bij anderen. Zo geeft 44% van de huisartspraktijken met een SPV in de MOED aan dat zij ook een formeel samenwerkingsverband hebben met een SPV. Voor niet-MOED praktijken is dit 9%. Wel is het van belang hierbij te benadrukken dat de 100%-basis voor

beide groepen verschillend is, zodat een lager percentage geen lager absoluut aantal hoeft te betekenen. Een voorbeeld hiervan zijn de verpleeghuizen. Uit tabel 3.5 in hoofdstuk 3 bleek dat bij 1% van alle huisartspraktijken een verpleeghuis onderdeel uitmaakt van een MOED. Dit gaat in totaal om 43 gevallen. Uit onderstaande tabel volgt dat 25% hiervan (11 praktijken) ook een formeel samenwerkingsverband heeft. Is een verpleeghuis geen onderdeel van een MOED, dan heeft men met 2% een formeel samenwerkingsverband. In dit geval gaat het om 106 huisartspraktijken. Wel kan dan geconstateerd worden dat het onderdeel uitmaken van een MOED sneller verbonden is aan het aangaan van een samenwerkingsverband dan wanneer een praktijk geen deel uitmaakt van een MOED.

Een andere bevinding is dat een geannonceerd samenwerkingsverband binnen MOED' en meer gebruikelijk is dan een formeel samenwerkingsverband. Zo varieert het percentage praktijken dat een geannonceerd samenwerkingsverband heeft binnen de MOED tussen de 24% van een verzorgingshuis tot 49% bij het maatschappelijk werk. Ook hierbij geldt dat sommige percentages over kleine aantallen zijn berekend, aangezien sommige disciplines bijna nooit onderdeel van een MOED zijn.

Uit de tabel komt ook naar voren dat er enkele disciplines zijn, waarbij formele, maar ook geannonceerde of gefinancierde samenwerking (bijna) alleen voorkomt wanneer die disciplines ook daadwerkelijk binnen de huisartspraktijk gevestigd zijn. Dit geldt bijvoorbeeld voor de kraamzorg, de tandarts en de mondhygiënist. Dit zijn veelal de disciplines waarvan in hoofdstuk 3 bleek dat de huisarts hiermee weinig samenwerkt.

Tabel 5.4: Relatieve verdeling van vormen van samenwerking met de huisarts (contract, verband of gefinancierd) naar aanwezigheid op praktijklocatie per discipline

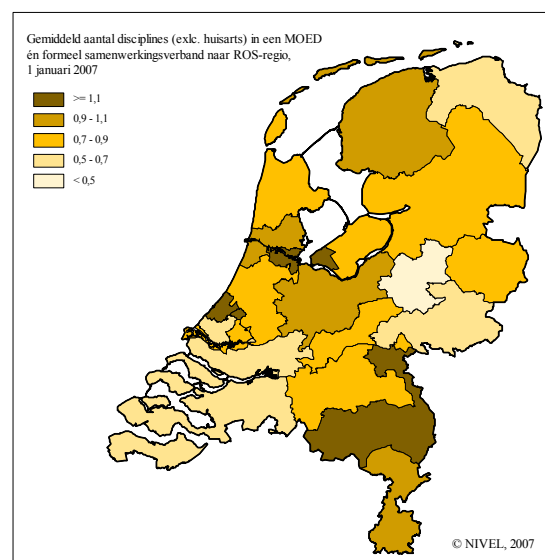
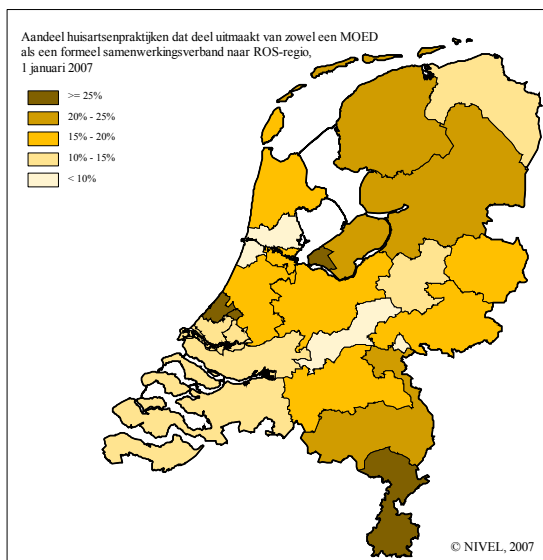
Discipline:	Formeel samenwerkingsverband		Geannonceerd samenwerkingsverband		Gefinancierd samenwerkingsverband	
	wel	geen	wel	geen	wel	geen
	MOED	MOED	MOED	MOED	MOED	MOED
Apotheek	32%	14%	45%	18%	11%	4%
Verloskunde	19%	4%	35%	6%	7%	1%
Fysiotherapie	27%	8%	45%	10%	13%	2%
Oefentherapie	17%	3%	39%	6%	9%	1%
Ergotherapie	15%	1%	34%	3%	1%	0%
Diëtetiek	21%	3%	37%	6%	6%	2%
Logopedie	11%	1%	31%	3%	3%	0%
Podotherapie	9%	1%	32%	3%	2%	0%
Huidtherapie	9%	0%	27%	1%	2%	0%
Tandarts	6%	0%	23%	1%	3%	0%
Mondhygiënist	6%	0%	22%	0%	2%	0%
Thuiszorg	25%	6%	37%	8%	14%	2%
Kraamzorg	6%	0%	22%	1%	2%	0%
Eerstelijnspsycholoog	20%	4%	38%	7%	3%	2%
SPV	44%	9%	39%	8%	9%	2%
Maatschappelijk werk	41%	4%	49%	7%	20%	1%
Jeugdgezondheidszorg	33%	2%	44%	3%	20%	1%
Verzorgingshuis	32%	14%	24%	9%	10%	4%
Verpleeghuis	25%	2%	38%	2%	21%	1%

Op het einde van deze paragraaf wordt kort besproken hoe de huisartspraktijken verdeeld zijn over Nederland, die zowel deel uitmaken van een MOED als van een formeel samenwerkingsverband. Deze praktijken kunnen mogelijk beschouwd worden als een graadmeter in hoeverre de eerstelijnszorg binnen de verschillende regio's van Nederland geïntegreerd is. Deze praktijken hebben immers niet alleen voldoende mogelijkheden tot samenwerking, aangezien ze samen met andere disciplines onder één dak zitten, maar ze hebben dit ook formeel geregeld. In figuur 5.1 staat het aandeel huisartspraktijken dat deel uitmaakt van een MOED én daarmee ook een formeel samenwerkingsverband heeft weergegeven per ROS-regio. Aangezien verschillen tussen ROS-regio's relatief klein zijn, is ook hierbij gebruik gemaakt van tussencategorieën die niet meer dan 5% van elkaar verschillen. Het vaakst komt deze combinatie voor in de regio's Almere en Zoetermeer, maar toch ook in de regio's Den Haag en Zuid- en Midden-Limburg. De figuur laat ook zien dat in dezelfde regio's het gemiddelde aantal andere disciplines dat deel uitmaakt van een MOED en hiermee formeel samenwerkt, relatief groter is.

Figuur 5.1: Aandeel en gemiddeld aantal voorkomende disciplines die zowel een MOED als een formeel samenwerkingsverband hebben met een specifieke discipline heeft naar ROS regio per 1 januari 2007

Aandeel huisartsenpraktijken dat deel uitmaakt van zowel een MOED als een formeel samenwerkingsverband naar ROS-regio

Gemiddeld aantal voorkomende disciplines binnen een huisartsenpraktijk met zowel een MOED als een formeel samenwerkingsverband met een specifieke discipline per ROS-regio



5.3 Relatie formele en overige samenwerkingsverbanden

Tot slot is de relatie onderzocht tussen het hebben van een formeel samenwerkingsverband en de twee andere vormen van samenwerking per discipline (tabel 5.5). Als een huisartsenpraktijk aangeeft dat zij een formeel samenwerkingsverband hebben, dan varieert het per discipline of ze zich hiermee ook naar buiten presenteren. Bijvoorbeeld, als een huisartsenpraktijk een formeel samenwerkingsverband heeft met een mondhygiënist of de jeugdgezondheidszorg, dan presenteert men zich hiermee ook in de meerderheid van de gevallen naar buiten. Bij onder andere ergotherapie en podotherapie presenteert men zich ongeveer met een kwart van de gevallen naar buiten.

Als gekeken wordt naar de vaak genoemde disciplines, te weten de apotheek, SPV en fysiotherapie, dan treedt minder dan de helft van de huisartspraktijken daarmee naar buiten. Zo geeft 40% van de huisartsenpraktijken die formeel met een apotheek samenwerkt aan dat zij ook met dit samenwerkingsverband naar buiten treden. Van alle huisartsen zonder formeel samenwerkingsverband met een apotheek heeft 20% een geannonceerd samenwerkingsverband met een apotheek.

Ook wanneer gekeken worden naar de relatie tussen formele en gefinancierde samenwerking valt op dat er een relatief grote spreiding bestaat tussen de verschillende disciplines. Bijvoorbeeld bij de jeugdgezondheidszorg zegt 50% van de formele samenwerkingsverbanden dat hiervoor ook financiering verkregen wordt; bij de huidtherapie is dit 0% (verklaard echter door het feit dat met deze beroepsgroep vooralsnog geen formele samenwerking voorkomt). Tenslotte staat in de laatste kolom het aandeel praktijken weergegeven dat aangeeft geen formeel samenwerkingsverband te hebben, maar wel een gefinancierd samenwerkingsverband. Dit komt zelden voor, mogelijk aangezien een samenwerking veelal niet (door zorgverzekeraars) gefinancierd wordt als deze niet ook formeel geregeld is.

Tabel 5.5: Relatieve verdeling van het hebben van een geanonceerd of gefinancierd samenwerkingsverband naar formeel samenwerkingsverband per discipline

Formeel samenwerkingsverband met:	Geanonceerd samenwerkingsverband		Gefinancierd samenwerkingsverband	
	wel	niet	wel	niet
Apotheek	40%	20%	20%	2%
Verloskunde	51%	6%	31%	0%
Fysiotherapie	42%	14%	27%	1%
Oefentherapie	54%	8%	37%	0%
Ergotherapie	27%	3%	7%	0%
Diëtetiek	54%	9%	29%	0%
Logopedie	37%	5%	10%	0%
Podotherapie	27%	4%	4%	0%
Huidtherapie	58%	1%	0%	0%
Tandarts	54%	2%	23%	0%
Mondhygiënist	76%	1%	13%	0%
Thuiszorg	47%	8%	31%	1%
Kraamzorg	29%	2%	6%	0%
Eerstelijnspsycholoog	42%	9%	24%	0%
SPV	40%	11%	13%	2%
Maatschappelijk werk	49%	8%	34%	0%
Jeugdgezondheidszorg	67%	3%	50%	0%
Verzorgingshuis	28%	6%	25%	1%
Verpleeghuis	42%	2%	43%	0%

5.4 Tot slot

In dit hoofdstuk bleek dat circa de helft van alle praktijken die met andere disciplines onder één dak gevestigd zijn, met die andere disciplines een formeel samenwerkingsverband te hebben. Dit betekent dat een kwart van alle huisartspraktijken in Nederland met andere disciplines op hetzelfde adres gevestigd is én er sprake is van een formeel samenwerkingsverband. Dit geldt vaker voor groepspraktijken dan voor solo- en duo-praktijken. Wel zijn hierbij duidelijke verschillen naar het type eerstelijnsdiscipline, en in mindere mate naar regio's binnen Nederland. Ook blijkt dat het hebben van een formeel samenwerkingsverband vaker samengaat met het naar buiten presenteren en het hebben van een gefinancierd verband. Hiermee komt naar voren dat de diverse onderwerpen inderdaad ten dele aan elkaar gerelateerd zijn.

6 Discussie en slotbeschouwing

In dit slothoofdstuk worden allereerst de hoofdlijnen van deze studie kort besproken. Daarna wordt in de slotbeschouwing aandacht besteed aan de betekenis van de bevindingen en mogelijke vervolgvragen die hieruit voortvloeien.

6.1 Discussie

Uit het onderzoek komt naar voren dat het klassieke beeld van de huisarts die (wellicht aan huis) praktijk houdt zonder overige disciplines op zijn praktijkadres langzaam aan verandering onderhevig is. Inmiddels is de helft van alle huisartspraktijken in Nederland met minimaal één andere discipline op hetzelfde adres gevestigd. Mogelijk vormt dit een belangrijke eerste stap om vervolgens ook een formeel samenwerkingsverband op te zetten en/of zich als samenwerkingsverband naar buiten te presenteren. Beide vormen van samenwerking komen bij iets meer dan eenderde van de huisartspraktijken voor, maar wel duidelijk vaker in praktijken die ook met andere disciplines op hetzelfde adres zijn gevestigd. Aan de hand van deze (cross-sectionele) studie is niet vast te stellen of er inderdaad sprake is van een oorzaak-gevolg relatie waarbij het eerst met elkaar op één locatie gevestigd zijn vervolgens leidt tot formele samenwerking. Hoewel deze relatie aannemelijk is, is het immers ook mogelijk dat men in een deel van de gevallen eerst besluit formeel (of informeel) samen te werken, om (mits men hiermee positieve ervaringen heeft) in een latere fase zich ook daadwerkelijk op één locatie te vestigen. In ieder geval is het vestigen op één locatie meer dan de onderscheiden vormen van samenwerking gebonden aan praktische beperkingen, zoals voldoende beschikbare ruimte of (in geval van een nieuwe gezamenlijke locatie) voldoende financiële mogelijkheden. Mogelijk vormen dergelijke belemmeringen dan ook mede een verklaring waarom de overige helft van de huisartspraktijken (vooralsnog) monodisciplinair zijn ingericht. Vulto & Buytendijk (2003) wijzen in dit verband op de financiële drempels om huisartsen en andere eerstelijnszorgverleners te motiveren om multidisciplinair te gaan samenwerken. Ook speelt mogelijk mee dat een deel van de zorgverleners eraan gehecht is om juist solistisch en/of vrijgevestigd werkzaam te zijn.

Een aanvullend algemeen beeld is dat zowel het gevestigd zijn op één adres als de drie vormen van samenwerking duidelijk samenhangen met het soort huisartspraktijk. Groepspraktijken maken vaker deel uit van een MOED en hebben ook vaker een samenwerkingsverband met andere disciplines. Een deel van de verklaring hiervoor is mogelijk gelegen in het feit dat de totale patiëntenpopulatie van groepspraktijken ook groter is dan van duo- of solopraktijken. Hierdoor zal het absolute aantal patiënten dat doorverwezen wordt naar andere disciplines ook hoger liggen, zodat het efficiënter is deze binnen dezelfde locatie te huisvesten. Ook hebben groepspraktijken, doordat ze in grotere gebouwen gevestigd zijn, wellicht meer mogelijkheden om extra praktijkruimte beschikbaar te maken voor andere disciplines dan kleinere huisartspraktijken. Dit geldt vooral wanneer deze laatste al langer op bepaalde locaties gevestigd zijn, bijvoorbeeld aan huis.

Daarnaast behoren de gezondheidscentra, die juist gericht zijn op het gezamenlijk aanbieden van zorg in een wijk, tot dergelijke groepspraktijken.

Daarbij laat de studie enige verschillen zien tussen het bestaan van MOED'en en samenwerkingsverbanden op basis van de stedelijkheid van de gemeenten waarin huisartspraktijken gevestigd zijn. Bijvoorbeeld in het geval van apotheken kan gesteld worden dat dit ten dele samenhangt met het feit dat in de minder stedelijke gebieden ook apotheekhoudende huisartsen voorkomen. Daarnaast spelen mogelijk andere factoren een rol. Zo kan het zijn dat als er in een (kleinere) gemeente maar één huisartspraktijk is, deze ook voor andere disciplines gemakkelijker zichtbaar is. Aangezien beide disciplines elkaar dan ook sneller zullen kennen en vaker zullen tegenkomen, ligt wellicht een meer formele vorm van samenwerking of vestiging op hetzelfde adres voor de hand. Echter, aangezien er ook disciplines zijn die juist vaker onder één dak zijn gevestigd met de huisarts in de meer stedelijke gebieden (zoals fysiotherapeuten) gaat deze redenering niet in zijn algemeenheid op. Naar de precieze oorzaken van dergelijke verschillen is het dan ook speculeren.

Hetzelfde geldt voor de gevonden verschillen tussen de 22 ROS-regio's in Nederland, die over het algemeen relatief klein zijn. Regioverschillen wijzen mogelijk niet zozeer op andere activiteiten van de daar aanwezige Regionale Ondersteuningsstructuren, aangezien deze pas recent zijn opgericht. Het is eerder zo dat dergelijke verschillen historisch zijn gegroeid en dat ze samenhangen met overige factoren zoals grootte van de huisartspraktijk, het aandeel nieuw gevestigde huisartspraktijken en verschillen in aanwezigheid van andere disciplines.

Een aanvullend algemeen beeld is dat bepaalde disciplines veel meer verweven lijken te zijn met de huisartsenzorg dan andere disciplines. Dit geldt onder meer voor de apotheek en SPV die qua zorgverlening ook sterk gerelateerd zijn aan de huisartsenzorg, maar daarnaast ook voor de fysiotherapie. Per discipline spelen mogelijk iets andere factoren hierbij een rol. Zo is er tussen huisartsen en apotheken ook op het gebied van formele samenwerking een langere historie van verbondenheid. Een groot aandeel van de huisartsen en apotheken in Nederland neemt immers deel aan het zogenaamde farmacotherapeutisch overleg (FTO), waarin op lokaal of regionaal niveau overlegd wordt over het voorschrijven en verstrekken van medicijnen. Zo zou het in 2004 gaan om circa 58% van alle huisartsen (DGV, 2004). Een vergelijkbaar verhaal geldt voor de samenwerking tussen huisarts en SPV. In de afgelopen jaren zijn verschillende maatregelen genomen om de eerstelijns Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) te versterken (Emmen e.a., 2007). Zo is in 1999 de zgn. Consultatieregeling ingevoerd, waarbij (via zorgkantoren) aan GGZ instellingen subsidie wordt verstrekt om consultatieve ondersteuning aan de eerste lijn te bieden. Vaak blijkt de SPV hierbij ingezet te worden om als consultatiegever in de eerste lijn, waaronder de huisarts, te ondersteunen (Meijer & Verhaak, 2004). Dergelijke financiële structuren lijken minder gangbaar te zijn in de (landelijke) samenwerking tussen huisartsen en fysiotherapeuten. Mogelijk wordt het samen op één locatie vestigen of een samenwerkingsverband aangaan in deze gevallen met name ingegeven door de praktische overweging dat patiënten gemakkelijk vanuit de huisartspraktijk naar de fysiotherapeut doorverwezen kunnen worden. Daarbij speelt mogelijk mee dat het in beide gevallen om

relatief grote beroepsgroepen gaat die duidelijk aanvullende expertise hebben bij de behandeling van patiënten.

Wel kan in dit licht de vraag gesteld worden of het een probleem vormt dat bepaalde disciplines veel minder vaak met de huisarts samenwerken dan andere. Immers, aangezien de (praktische en financiële) mogelijkheden voor samenwerking deels beperkt zijn, ligt het voor de hand om prioriteiten te stellen met welke beroepsgroepen vooral samen te werken. Deels is dit afhankelijk van lokale omstandigheden, zoals de samenstelling van de patiëntenpopulatie, maar in zijn algemeenheid ligt samenwerking mogelijk meer voor de hand bij beroepsgroepen waarnaar vanuit de huisarts ook op grote schaal patiënten verwezen worden dan bij kleine beroepsgroepen die een specifiek deel van de zorg aanbieden. Wel is het ook in dat geval van belang dat verschillende zorgaanbieders op de hoogte zijn van de specifieke taken en kwaliteiten van overige soorten zorgaanbieders binnen de eerste lijn.

Tot slot van deze paragraaf gaan we in op de vraag hoe vestiging op één locatie en de verschillende vormen van samenwerking zich in de toekomst mogelijk zullen ontwikkelen. Dit geldt voor alle beroepsgroepen, inclusief degenen waarbij hier vooralsnog weinig sprake van lijkt te zijn. Voor een beter begrip van de snelheid van ontwikkelingen is het ook wenselijk te weten in welk tempo de onderzochte vormen van samenwerking zich historisch ontwikkeld hebben. Echter, aangezien het in deze studie gaat om een eerste monitor is het niet mogelijk te bepalen hoe de huidige cijfers zich verhouden tot eerder jaren. Wel kan met enige voorzichtigheid worden geconcludeerd, dat er sprake is van een ontwikkeling waarbij de eerstelijnsgezondheidszorg steeds minder per werksoort lijkt te worden aangeboden. Het lijkt dan ook niet onwaarschijnlijk dat in het kader van de trend naar schaalvergroting van huisartspraktijken de mogelijkheden voor multidisciplinaire samenwerking zullen toenemen en dat deze ontwikkeling in de komende jaren verder zal doorzetten.

6.2 Slotbeschouwing

Aangezien deze studie een eerste inventarisatie van multidisciplinaire samenwerking betrof, wordt in deze slotbeschouwing de gehanteerde insteek van het onderzoek geëvalueerd en gaan we in op mogelijke onderzoeksvragen die de huidige studie oproept. Terugblikkend kan de vraag worden gesteld in hoeverre de onderwerpkeuze en aanpak van deze studie een scherp en inzichtelijk beeld oplevert van de mate van multidisciplinaire samenwerking binnen de eerstelijnszorg in Nederland.

Voor wat betreft de gekozen hoofdonderwerpen kan worden opgemerkt dat deze insteek vooral een algemeen en overkoepelend beeld van samenwerking geeft. Echter, een beperking hiervan is dat niet precies bekend is wat deze vormen van samenwerking precies behelzen en wat de gevolgen hiervan zijn voor patiënten. Zo is er in de praktijk een grote diversiteit mogelijk in de vormgeving en inrichting van samenwerkingsverbanden, zoals in de vorm van zorggroepen of -coöperaties, onder meer gericht op ketenzorg voor specifieke patiëntengroepen. Dergelijke nieuwe vormen van samenwerking, evenals het bestaan en de precieze inrichting van gezondheidscentra zijn aan de

hand van de gekozen overkoepelende indicatoren lastig in kaart te brengen. Inzicht in de aard en inhoud van samenwerking is dan ook van belang. Dit biedt onder meer ook de mogelijkheid om (formele) samenwerkingsafspraken te onderscheiden die mogelijk minder gericht zijn op patiëntenzorg, maar die wellicht vooral betrekking hebben op facilitaire zaken zoals gedeeld (ondersteunend) personeel. Ook geeft dit een beter beeld of disciplines niet alleen op één locatie gevestigd zijn, maar ook of de betreffende discipline daar dan ook de hele week beschikbaar is voor patiëntenzorg. Zo houden sommige beroepsgroepen mogelijk kantoor binnen verschillende huisartsenpraktijken, elk voor bijvoorbeeld één of enkele dagdelen per week. Een mogelijke onderzoeksvraag voor de toekomst is dan ook hoe samenwerking in de praktijk precies wordt vormgegeven, met hoeveel personen deze wordt ingevuld en op welke thema's of patiëntengroepen deze zich precies richt. Gezien het grote aantal eerstelijnsdisciplines dat in deze studie centraal stond, is een dergelijke vraag het beste te beantwoorden door gericht te kijken naar een kleiner aantal, relatief vaak voorkomende, samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld met de SPV of fysiotherapie. Zo geldt voor die laatste beroepsgroep dat haar relatief sterk verweven positie met de huisarts mogelijk zal veranderen als gevolg van de invoering van de Directe Toegankelijkheid Fysiotherapie (DTF). Vanaf 1 januari 2006 hebben patiënten immers geen verwijsbrief meer nodig (bijvoorbeeld van de huisarts) om door een fysiotherapeut behandeld te worden.

Een tweede aspect van de studie was dat samenwerking rondom de huisarts centraal stond, en dat deze ook is geïnventariseerd onder huisartsen zelf. Voor een deel kan de vraag worden opgeworpen of zij altijd volledig op de hoogte zijn van alle aspecten van samenwerking binnen hun praktijk, zeker als het een relatief grote praktijk betreft die door een niet-huisarts gecoördineerd wordt. Ook kan het informatief zijn om te bepalen hoe samenwerkingsverbanden met de huisarts vanuit overige disciplines of verzekeraars wordt ervaren. Dit biedt mede de mogelijkheid om vast te stellen of er daarnaast tussen andere eerstelijnsdisciplines eveneens vormen van samenwerking voorkomen. Daarentegen biedt de keuze voor de huisarts als informatiebron ook een aantal voordelen. Zo vervult de huisartspraktijk veelal een centrale rol in de eerstelijnszorg en is deze naar verwachting bij veel vormen van samenwerking betrokken. Daarbij laat de verkregen informatie via huisartsen in plaats van een andere vertegenwoordiger van de huisartspraktijk zien in hoeverre de verschillende aspecten van samenwerking door zorgaanbieders zelf worden toegepast.

Een derde aspect van de studie was dat de rapportage ook geografische verschillen in kaart heeft gebracht, door gebruik te maken van een indeling in 22 ROS-regio's. Deze benadering heeft ertoe geleid dat op een gedetailleerder niveau dan dat van provincies een beeld wordt geschetst van regionale verschillen in multidisciplinaire samenwerking. Wel is een dergelijke indeling op landelijk niveau nog relatief grofmazig om heel gedetailleerd in beeld te krijgen op welke plekken samenwerking vooral voorkomt. Een alternatief voor de toekomst kan dan ook zijn om meer op lokaal of zelfs wijkniveau samenwerkingsverbanden in kaart te brengen. Dit geeft mogelijk ook meer inzicht in de achterliggende oorzaken van samenwerkingsverbanden. Zo is een mogelijke verklaring waarom bepaalde praktijken gaan samenwerken gelegen in het feit dat ze vooral recent zijn opgericht, bijvoorbeeld in nieuwe wijken. Daarnaast spelen mogelijk andere factoren een rol, zoals

de mate waarin men op lokaal of regionaal niveau met andere disciplines overleg voert, financiële overwegingen (op lokaal of landelijk niveau) of de specifieke aard van de lokale patiëntenpopulatie. In het verlengde hiervan geeft een dergelijke lokale of wijkgerichte benadering ook meer inzicht in het aanbod van gezondheidszorg in specifieke aandachtsgebieden, zoals grote steden of daarbinnen specifieke (kracht)wijken. Hoewel een dergelijke wijkgerichte benadering ook zorgt voor een (te) grote hoeveelheid informatie, kan het voor beleidsbepalers mogelijk wel meer inzicht bieden in de vraag welke huisartspraktijken het vaakst tot samenwerking overgaan, mede voor het vaststellen van mogelijk beleid dat zich op specifieke groepen (huisarts)praktijken kan richten.

Een andere kwestie waar de huidige studie – gezien haar beschrijvende karakter – geen antwoord op kan geven is de vraag wat de mogelijke gevolgen zijn van het op één adres gevestigd zijn en/of een samenwerkingsverband aangaan. Deze vraag richt zich voor een deel op de achterliggende aannames waarom eerstelijnsamenwerking vanuit diverse partijen wordt bevorderd. De beoogde voordelen hiervan zijn immers dat dit leidt tot kortere lijnen, betere door- en terugverwijzing en betere onderlinge informatievoorziening. Voor patiënten en de zorg die aan hen verleend wordt is deze vraag de meest cruciale, aangezien dit aangeeft of ze inderdaad meer profijt hebben van deze opkomst van MOED'en en vormen van samenwerking. De precieze voordelen verschillen echter per vorm van samenwerking en mogelijk ook per patiëntencategorie. Het samen op één locatie gevestigd zijn kan het gemak opleveren dat men minder ver hoeft te reizen indien men naar een andere zorgverlener wordt doorverwezen. Van de andere kant zou een clustering van huisartsen op één adres er bijvoorbeeld op het platteland toe kunnen leiden dat de reisafstand voor patiënten juist toeneemt. Daarnaast zorgt een gezamenlijke presentatie naar buiten ervoor dat men gemakkelijker aan benodigde informatie kan komen, bijvoorbeeld in de vorm van een gezamenlijke website, zodat patiënten gemakkelijker hun weg kunnen vinden in het zorgproces. Een groot deel van de beoogde voordelen van multidisciplinaire samenwerking spelen zich echter af buiten het directe zichtveld van patiënten zelf. Kortere lijnen tussen huisartsen en overige (eerstelijns) zorgaanbieders zorgen er idealiter voor dat de kwaliteit van de zorgverlening en de afstemming van behandeling verbeteren. De vraag is of dit bijvoorbeeld leidt tot verschillen in voorschrijf- en doorverwijsgedrag, ook naar de tweede lijn. Eerder onderzoek naar gezondheidscentra liet zien dat deze halverwege de jaren negentig op een aantal kwaliteitskenmerken duidelijk verschilden van andere praktijken (Ros e.a., 1996). Zo verwezen huisartsen in gezondheidscentra minder door dan huisartsen buiten centra. Ook bij voorschrijfgedrag was de indicatie dat huisartsen in gezondheidscentra minder voorschrijven. Een replicatie van dergelijk onderzoek levert inzicht op in hoeverre samenwerkingsverbanden ook in termen van kwaliteit op koers zijn richting een betere eerstelijnszorg.

De diverse lijnen van onderzoek illustreren dat er op het gebied van multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn(en tussen eerste en tweede lijn) nog relatief weinig bekend is. In het licht hiervan is het dan ook complex om gerichte beleidsaanbevelingen te doen op basis van de gevonden resultaten. In die zin vormt de studie met name een eerste meting om in de toekomst te bepalen of het te voeren beleid tot gewenste veranderingen leidt. Aangezien met name de verandering in het samen op één locatie gaan

vestigen omgeven is met praktische en/of financiële belemmeringen, is het minder aannemelijk dat dit deelonderwerp op korte termijn middels beleid te beïnvloeden is. Wel bieden vormen van formele en geannonceerde samenwerking hiertoe meer mogelijkheden. Zo is het met name van belang voor eerstelijnszorgaanbieders om middels lokaal en wijkgericht overleg een versterking te bewerkstelligen van hun verschillende vormen van patiëntenzorg, mogelijk gefaciliteerd door Regionale Ondersteuningstructuren (ROS'en). De eerste stap tot samenwerking is immers gelegen in kennismaking, zowel in termen van de feitelijke zorgaanbieders die in een bepaald gebied actief zijn, maar ook het creëren van kennis over elkaar competenties, en behandelwijzen. Met name voor de disciplines die vooralsnog onbekend lijken binnen de huisartspraktijk kan dit een belangrijke stap zijn om in de toekomst verdere samenwerking te bevorderen.

Literatuur

- Bensing, J.M. (2007). Oude beelden, nieuwe koers. Samen werken aan een patiëntgerichte eerste lijn. Presentatie Congres twee jaar in LOVE.
- College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2005). Voorzieningen voor geïntegreerde eerstelijnszorg. Referentiekader voor nieuwbouw. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
- Emmen, M.J., S.A. Meijer, J.M.C. Heideman, M.G.H. Laurant, P.F.M. Verhaak (2007). Versterking van de eerstelijns GGZ: effecten op langere termijn. TSG. 85(3): 166-173
- Hofhuis, H., L. Hingstman (2006). Monitor samenwerkingsverbanden in de eerste lijn: ontwikkeling van indicatoren. Werkdocument. Utrecht: NIVEL
- Kenens, R.J., H. Hofhuis, L. Hingstman (2006). Inventarisatie mono- en multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerste lijn: een eerste verkenning. Utrecht: NIVEL.
- LVG (2007). Regionale ondersteuningsorganisatie. <http://82.94.69.36/vormen/ros/content.htm>; Geraadpleegd op 8 oktober 2007.
- Ministerie van VWS (2004). Intentieverklaring Versterking eerstelijnsgezondheidszorg. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Meijer, S.A., P.F.M. Verhaak (2004). De eerstelijns GGZ in beweging. Resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatieonderzoek "Versterking eerstelijns GGZ". Integrale eindrapportage, 2004. Utrecht: NIVEL.
- Nederlands Instituut voor verantwoord medicijngebruik (2004). Spectaculaire stijging kwaliteit FTO-groepen in 2003. Persbericht. Utrecht: DGV.
- Ros, Hutten & Groenewegen (1996). Centra Centraal. Onderzoek naar kwaliteitskenmerken van gezondheidscentra en de productiecijfers van huisartsen. Utrecht: NIVEL.
- Vulto, M.E., J. Buytendijk (2003). Duizend bloemen in één kleurrijk boeket. Op weg naar een georganiseerde eerste lijn. Leiden: Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg.

Bijlage 1: De vragenlijst



Naam
Adres
Postcode, Plaats

Nederlands instituut voor
onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568
3500 BN UTRECHT
telefoon: 030-2729700
www.nivel.nl
nivel@nivel.nl

Enquête ingevuld door :

Datum invullen vragenlijst:

PRAKTIJKGEGEVENS

1. Naam of aanduiding van de praktijk:
(praktijk is een organisatorische eenheid van één of meer huisartsen bij wie de patiënten op naam staan ingeschreven)

2. Adresgegevens van uw praktijk (indien de praktijk op meerdere adressen is gevestigd, gaarne per praktijkadres de volgende gegevens invullen)

Praktijkadres 1

Straat : huisnr.

Postcode: Plaats:

Telefoon: E-mailadres van de praktijk:.....

Website: (het e-mailadres wordt alleen gebruikt t.b.v. correspondentie met NIVEL)

Praktijkadres 2

Straat : huisnr.

Postcode: Plaats:

Telefoon: E-mailadres van de praktijk:.....

Website: (het e-mailadres wordt alleen gebruikt t.b.v. correspondentie met NIVEL)

3. Welke huisartsen zijn er in uw praktijk werkzaam (**inclusief uzelf**) en
- wat is het geslacht,
- in welke functie is men nu werkzaam
- voor hoeveel fte per week is men nu werkzaam? (Bijvoorbeeld 100% is 1.00 fte, 70% is 0.70 fte)

Voorlet- ter(s)	Naam	Geslacht	Functie			fte
			zelfstandig	loondienst	HIDHA	
.....	m / v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	m / v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	m / v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	m / v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	m / v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	m / v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	m / v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	m / v	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Zijn er op het praktijkadres of in het gebouw waar uw praktijk is gevestigd, nog andere huisartspraktijken gevestigd en zo ja, hoeveel andere huisartspraktijken?
 Nee Ja, te weten andere huisartspraktijken
5. Indien er meer huisartspraktijken op uw praktijkadres zijn gevestigd, met hoeveel praktijken heeft u een samenwerkingsverband (en treedt u als samenwerkingsverband van huisartsen naar buiten)?
 N.v.t. Met praktijken
6. Welke van onderstaande activiteiten worden vanuit uw praktijk aangeboden of zijn van toepassing op uw praktijk?
- | | Ja | Nee |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Bereikbaarheid | | |
| - afspraakspreekuur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - inloopspreekuur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - terugbelspreekuur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - e-mailconsult | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - spoedlijn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - receptenlijn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - invalidenparkeerplaats binnen 100 meter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - openbaar vervoerhalte binnen 300 meter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zorgaanbod | | |
| - begeleiden bevallingen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - apotheekhoudend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - kleine chirurgie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - diagnostische apparatuur voor ECG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - diagnostische apparatuur voor Long | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - diagnostische apparatuur voor audiometrie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informatie | | |
| - praktijkfolder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - praktijkfolder in andere talen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - eigen website | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - NHG patiëntenbrieven | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Informatiefolder over klachtenregeling..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Overig | | |
| - opleidingspraktijk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - antroposofische geneeskunst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - homeopatische geneeskunst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
7. Heeft uw praktijk een categoriaal spreekuur en zo ja voor welke categorie(ën) patiënten?
 Nee Ja, te weten voor

8. Hoeveel ondersteunend personeel werkt er in uw praktijk en voor hoeveel fte in totaal?
(indien uw praktijk het ondersteunend personeel met andere praktijken deelt, vragen wij u ten aanzien van het aantal FTE alleen het aandeel van uw praktijk te noteren)

	Aantal	Fte
<input type="checkbox"/> Doktersassistent
<input type="checkbox"/> Praktijkondersteuner/Praktijkverpleegkundige op HBO-
<input type="checkbox"/> Nurse practitioner
<input type="checkbox"/> Apotheekassistent
<input type="checkbox"/> Sociaal psychiatrisch verpleegkundige/GGZ medewerker
<input type="checkbox"/> Overig

9. Op welke wijze worden de diensten binnen uw praktijk geregeld?

	<u>Avonddienst</u>	<u>Nachtdienst</u>	<u>Weekenddienst</u>
Via huisartsenpost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Via waarneemgroep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SAMENWERKING MET ANDERE DISCIPLINES

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

NIET VAN TOEPASSING	<input type="checkbox"/>
Apotheek	<input type="checkbox"/>
Verloskunde	<input type="checkbox"/>
Fysiotherapie	<input type="checkbox"/>
Oefentherapie	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
Diëtitiek	<input type="checkbox"/>
Logopedie	<input type="checkbox"/>
Podotherapie	<input type="checkbox"/>
Huidtherapie	<input type="checkbox"/>
Tandarts	<input type="checkbox"/>
Mondhygiënist	<input type="checkbox"/>
Verpleging en verzorging (huiszorg)	<input type="checkbox"/>
Kraamzorg	<input type="checkbox"/>
Eerstelijns psycholoog	<input type="checkbox"/>
SPV	<input type="checkbox"/>
Algemeen Maatschappelijk Werk	<input type="checkbox"/>
Jeugdgezondheidszorg	<input type="checkbox"/>
Verzorgingshuis	<input type="checkbox"/>
Verpleeghuis	<input type="checkbox"/>
Overig, te weten:	<input type="checkbox"/>

11. 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	<input type="checkbox"/>
Apotheek	<input type="checkbox"/>
Verloskunde	<input type="checkbox"/>
Fysiotherapie	<input type="checkbox"/>
Oefentherapie	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>
Diëtitiek	<input type="checkbox"/>
Logopedie	<input type="checkbox"/>
Podotherapie	<input type="checkbox"/>
Huidtherapie	<input type="checkbox"/>
Tandarts	<input type="checkbox"/>
Mondhygiënist	<input type="checkbox"/>
Verpleging en verzorging (huiszorg)	<input type="checkbox"/>
Kraamzorg	<input type="checkbox"/>
Eerstelijns psycholoog	<input type="checkbox"/>
SPV	<input type="checkbox"/>
Algemeen Maatschappelijk Werk	<input type="checkbox"/>
Jeugdgezondheidszorg	<input type="checkbox"/>
Verzorgingshuis	<input type="checkbox"/>
Verpleeghuis	<input type="checkbox"/>
Overig, te weten:	<input type="checkbox"/>

<p>12. Met welke disciplines/voorzieningen presenteert uw praktijk zich als samenwerkingsverband naar buiten? (Bijvoorbeeld via één aanspreekpunt voor geboden zorg, via website, patiëntenfolder).</p>	<p>13. Indien uw praktijk deel uitmaakt van een door de zorgverzekeraar(s) gefinancierd samenwerkingsverband, welke andere disciplines / voorzieningen maken daar ook deel van uit?</p>
<p>NIET VAN TOEPASSING <input type="checkbox"/></p>	<p>NIET VAN TOEPASSING <input type="checkbox"/></p>
<p>Apotheek <input type="checkbox"/></p> <p>Verloskunde <input type="checkbox"/></p> <p>Fysiotherapie <input type="checkbox"/></p> <p>Oefentherapie <input type="checkbox"/></p> <p>Ergotherapie <input type="checkbox"/></p> <p>Diëtitiek <input type="checkbox"/></p> <p>Logopedie <input type="checkbox"/></p> <p>Podotherapie <input type="checkbox"/></p> <p>Huidtherapie <input type="checkbox"/></p> <p>Tandarts <input type="checkbox"/></p> <p>Mondhygiënist <input type="checkbox"/></p> <p>Verpleging en verzorging (thuiszorg) <input type="checkbox"/></p> <p>Kraamzorg <input type="checkbox"/></p> <p>Eerstelijns psycholoog <input type="checkbox"/></p> <p>SPV <input type="checkbox"/></p> <p>Algemeen Maatschappelijk Werk <input type="checkbox"/></p> <p>Jeugdgezondheidszorg <input type="checkbox"/></p> <p>Verzorgingshuis <input type="checkbox"/></p> <p>Verpleeghuis <input type="checkbox"/></p> <p>Overig, te weten: <input type="checkbox"/></p>	<p>Apotheek <input type="checkbox"/></p> <p>Verloskunde <input type="checkbox"/></p> <p>Fysiotherapie <input type="checkbox"/></p> <p>Oefentherapie <input type="checkbox"/></p> <p>Ergotherapie <input type="checkbox"/></p> <p>Diëtitiek <input type="checkbox"/></p> <p>Logopedie <input type="checkbox"/></p> <p>Podotherapie <input type="checkbox"/></p> <p>Huidtherapie <input type="checkbox"/></p> <p>Tandarts <input type="checkbox"/></p> <p>Mondhygiënist <input type="checkbox"/></p> <p>Verpleging en verzorging (thuiszorg) <input type="checkbox"/></p> <p>Kraamzorg <input type="checkbox"/></p> <p>Eerstelijns psycholoog <input type="checkbox"/></p> <p>SPV <input type="checkbox"/></p> <p>Algemeen Maatschappelijk Werk <input type="checkbox"/></p> <p>Jeugdgezondheidszorg <input type="checkbox"/></p> <p>Verzorgingshuis <input type="checkbox"/></p> <p>Verpleeghuis <input type="checkbox"/></p> <p>Overig, te weten: <input type="checkbox"/></p>

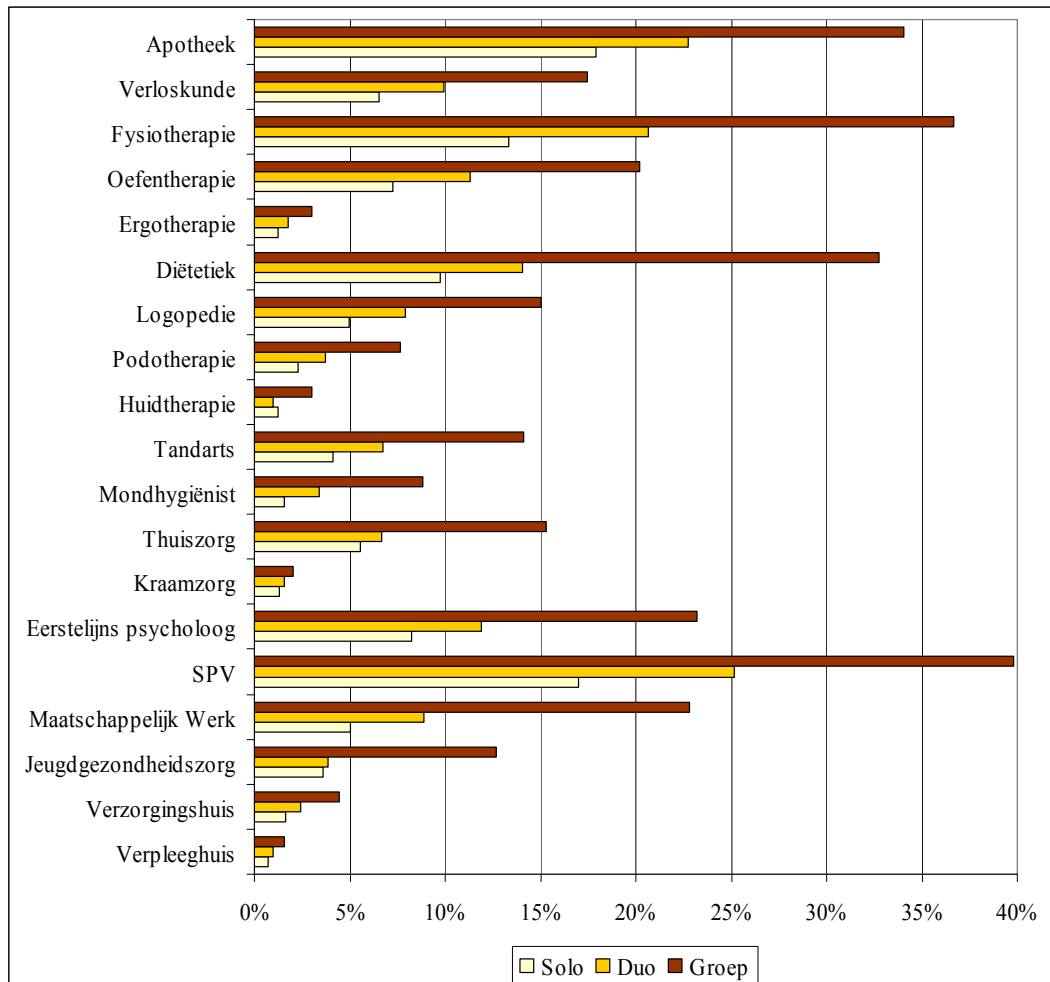
14. Wijzigingen en/of aanvullingen van de gegevens over de praktijk kunt u in het vervolg schriftelijk of elektronisch aan ons doorgeven. Naar welke wijze gaat uw voorkeur uit?
 Schriftelijk Elektronisch

Ruimte voor eventuele op- of aanmerkingen

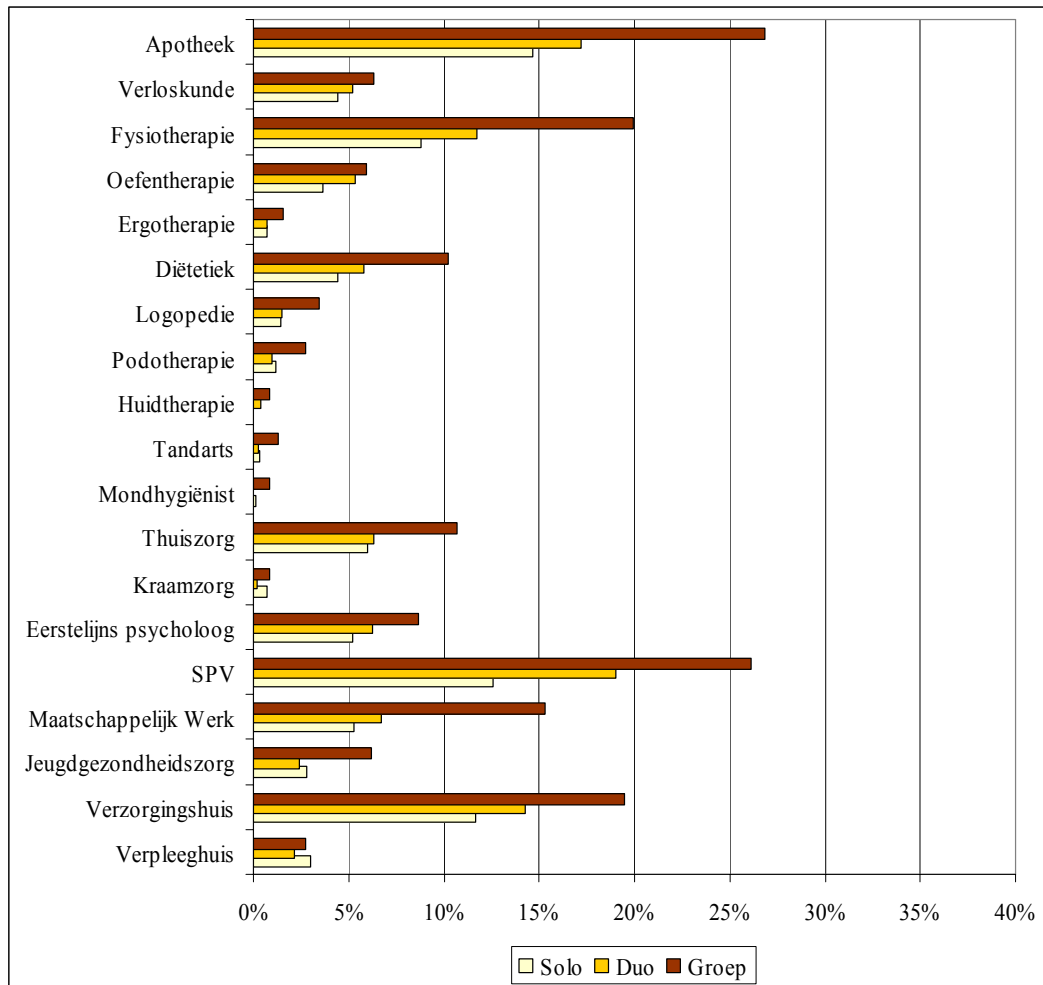
Hartelijk dank voor het invullen van de enquête.
Wilt u zo vriendelijk zijn de enquête in bijgevoegde antwoordenvelop aan het NIVEL te retourneren.

Bijlage 2: Aanvullende figuren hoofdstuk 3

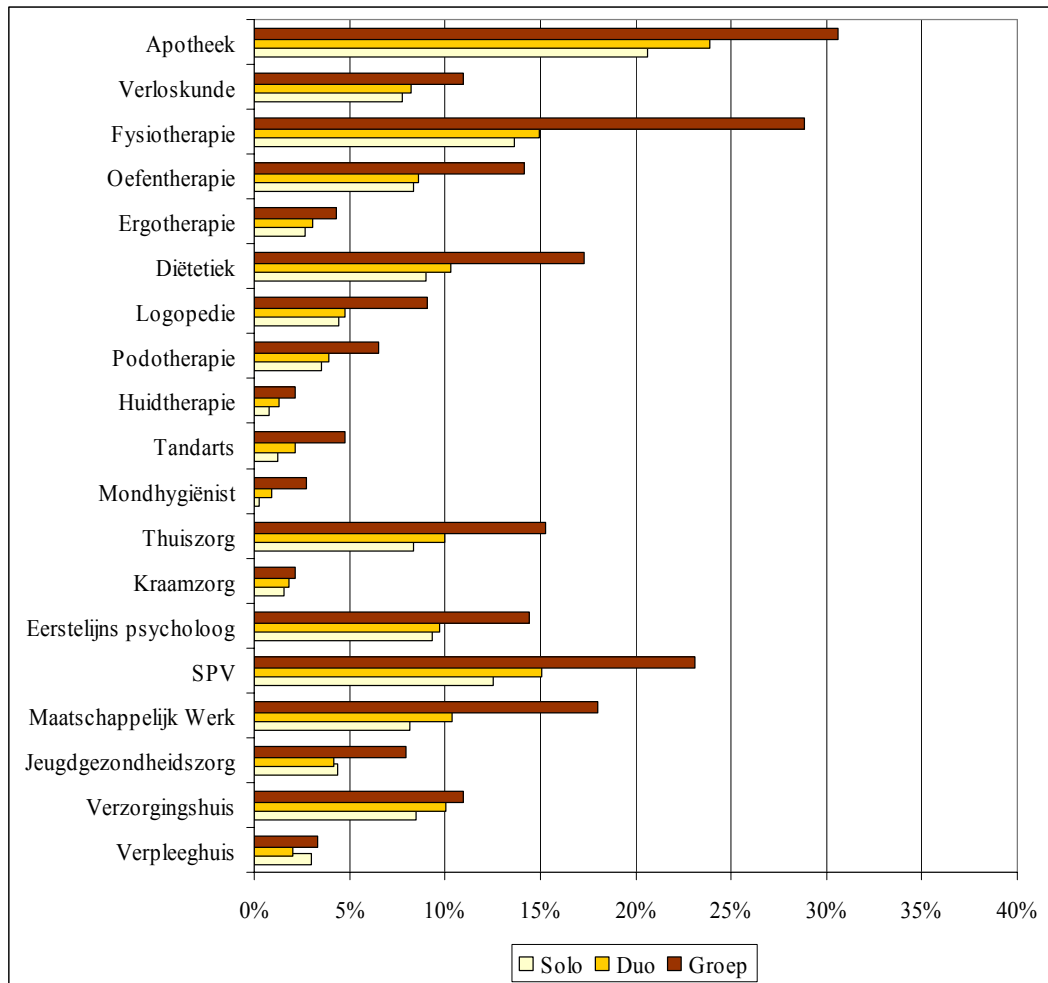
Figuur B2.1: Aandeel huisartspraktijken dat deel uitmaakt van een MOED naar type praktijkvorm en type discipline



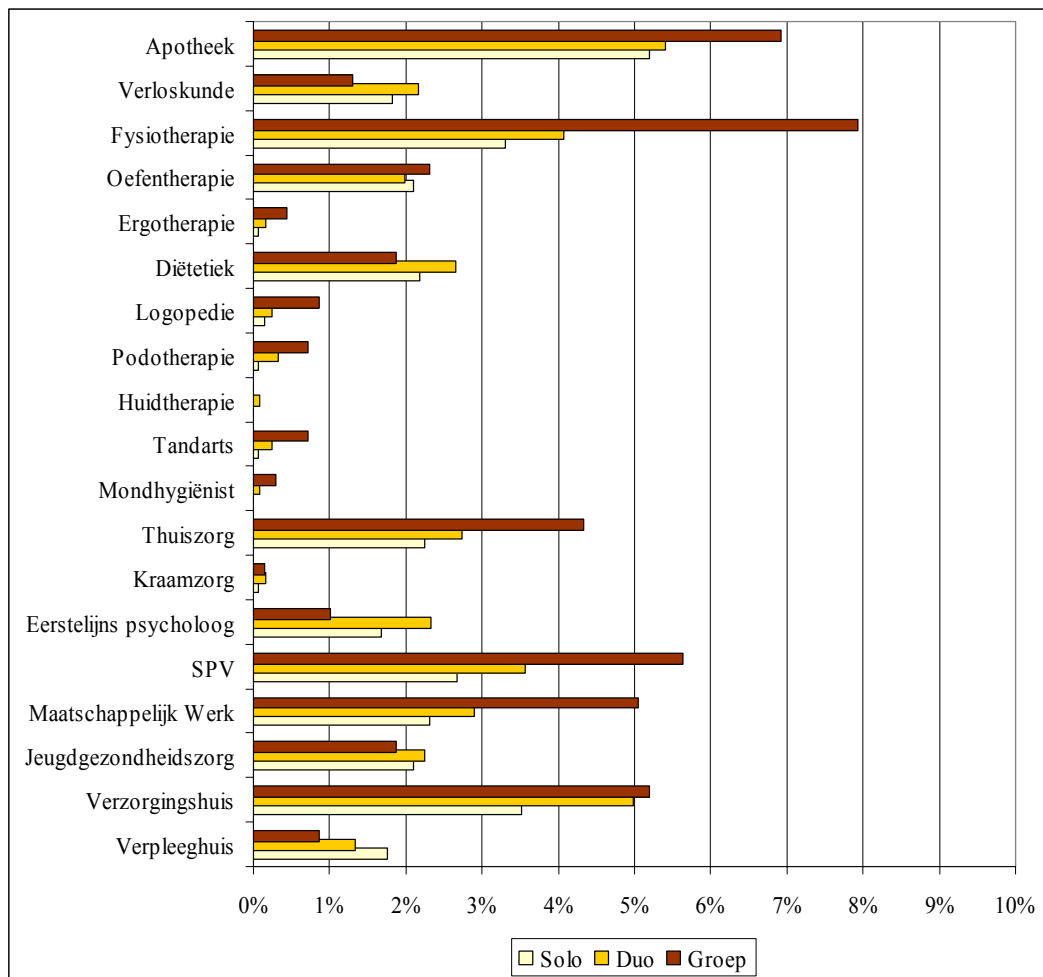
Figuur B2.2: Aandeel huisartspraktijken dat deel uitmaakt van een formeel samenwerkingsverband naar type praktijkvorm en type discipline



Figuur B2.3: Aandeel huisartspraktijken dat deel uitmaakt van een geannonceerd samenwerkingsverband naar type praktijkvorm en type discipline



Figuur B2.4: Aandeel huisartspraktijken dat deel uitmaakt van een gefinancierd samenwerkingsverband naar type praktijkvorm en type discipline



Bijlage 3: Aanvullende tabellen hoofdstuk 4

Tabel B3.1: Relatieve verdeling van het aantal voorkomende MOED'en en samenwerkingsverbanden per ROS-regio

ROS	Regio	MOED	Formeel samenwerkingsverband	Geannonceerd samenwerkingsverband	Gefinancierd samenwerkingsverband
Beyaert	Midden en Zuid Limburg	65%	51%	41%	10%
Carans	Groot Arnhem, Oost Gelderland	43%	37%	31%	10%
1ste lijn Amsterdam	Amsterdam	44%	37%	45%	20%
Elann	Groningen	50%	19%	38%	7%
ELO	Delft e.o.	58%	32%	33%	8%
FAST	Zuid Oost Brabant, Noord Limburg Nijmegen	46%	39%	34%	13%
Lijn 1	Den Haag, Rijswijk, Leidschendam, Wassenaar	67%	52%	48%	13%
OOGG	Rivierenland/Gelderse Vallei	27%	32%	24%	7%
ProGez	Zwolle, Flevoland, Drenthe	59%	45%	44%	17%
Bureau Raedelij	Midden Nederland	53%	37%	36%	15%
Reos Zorg	Leiden, Aalsmeer, Amstelveen, Waterland, Midden Kennemerland	47%	38%	27%	9%
ROS Friesland	Friesland	51%	42%	39%	11%
ROSA Almere	Almere	100%	63%	89%	36%
ROSE Phoenix	Midden en Noord-Oost Brabant	51%	41%	35%	10%
Roset Twente	Twente	49%	29%	29%	4%
Scoop	Stedendriehoek, Deventer	42%	40%	38%	16%
SGZ	Zoetermeer en Benthuizen	87%	100%	100%	100%
Stichting Koel	Dordrecht, Gouda, Woerden	49%	31%	36%	14%
Voormalig SELZA	Waterland, Midden Kennemerland	40%	33%	31%	20%
Zee-bra	Zeeland, West Brabant	45%	32%	35%	10%
ZONhn	Noord Holland	48%	37%	28%	12%
Zorgimpuls	Rotterdam	45%	35%	38%	16%

Tabel B3.2: Gemiddeld aantal voorkomende MOED' en en samenwerkingsverbanden per ROS regio

ROS	Regio	MOED	Formeel samenwerkingsverband	Geannonceerd samenwerkingsverband	Gefinancierd samenwerkingsverband
Beyaert	Midden en Zuid Limburg	3,1	2,8	3,8	1,8
Carans	Groot Arnhem, Oost Gelderland	2,6	2,1	2,5	1,3
1ste lijn Amsterdam	Amsterdam	3,6	2,6	4,1	2,2
Elann	Groningen	2,8	2,8	4,1	2,0
ELO	Delft e.o.	3,5	1,8	3,9	1,3
FAST	Zuid Oost Brabant, Noord Limburg Nijmegen	4,0	2,8	4,1	2,2
Lijn 1	Den Haag, Rijswijk, Leidschendam, Wassenaar	3,7	2,5	3,3	1,6
OOGG	Rivierenland/Gelderse Vallei	3,7	2,1	5,4	2,4
ProGez	Zwolle, Flevoland, Drenthe	3,4	2,2	4,2	2,0
Bureau Raedelijn	Midden Nederland	3,9	3,2	4,3	2,0
Reos Zorg	Leiden, Aalsmeer, Amstelveen, Waterland, Midden Kennemerland	3,5	2,6	4,2	1,9
ROS Friesland	Friesland	3,4	2,5	3,0	1,6
ROSA Almere	Almere	7,5	5,8	8,2	4,1
ROSE Phoenix	Midden en Noord-Oost Brabant	2,7	2,3	4,3	1,7
Roset Twente	Twente	4,4	2,5	3,8	1,5
Scoop	Stedendriehoek, Deventer	3,3	2,1	2,7	1,9
SGZ	Zoetermeer en Benthuizen	5,9	11,0	10,9	9,8
Stichting Koel	Dordrecht, Gouda, Woerden	2,8	2,4	3,9	1,8
Voormalig SELZA	Waterland, Midden Kennemerland	3,6	3,6	5,0	2,2
Zee-bra	Zeeland, West Brabant	3,4	2,2	3,9	1,6
ZONhn	Noord Holland	2,7	2,9	3,2	1,4
Zorgimpuls	Rotterdam	3,1	2,7	4,3	2,1

* De gemiddelden zijn berekend alleen indien de desbetreffende MOED of samenwerkingsverband tenminste éénmaal voorkomt.

Tabel B3.3: Relatieve verdeling van het aantal huisartspraktijken waarbij een specifieke discipline zowel deel uitmaakt van de MOED en waarmee een formeel samenwerkingsverband is, per ROS-regio

ROS	Regio	MOED en Formeel	
		Relatief	Gemiddeld*
Beyaert	Midden en Zuid Limburg	30%	0,9
Carans	Groot Arnhem, Oost Gelderland	18%	0,5
1ste lijn Amsterdam	Amsterdam	18%	1,2
Elann	Groningen	12%	0,5
ELO	Delft e.o.	13%	0,5
FAST	Zuid Oost Brabant, Noord Limburg Nijmegen	20%	1,1
Lijn 1	Den Haag, Rijswijk, Leidschendam, Wassenaar	34%	1,2
OOGG	Rivierenland/Gelderse Vallei	9%	0,8
ProGez	Zwolle, Flevoland, Drenthe	24%	0,7
Bureau Raedelijk	Midden Nederland	17%	1,0
Reos Zorg	Leiden, Aalsmeer, Amstelveen, Waterland, Midden Kennemerland	17%	0,7
ROS Friesland	Friesland	23%	0,9
ROSA Almere	Almere	59%	2,5
ROSE Phoenix	Midden en Noord-Oost Brabant	17%	0,7
Roset Twente	Twente	15%	0,7
Scoop	Stedendriehoek, Deventer	11%	0,4
SGZ	Zoetermeer en Benthuizen	87%	4,9
Stichting Koel	Dordrecht, Gouda, Woerden	12%	0,5
Voormalig SELZA	Waterland, Midden Kennemerland	9%	1,0
Zee-bra	Zeeland, West Brabant	13%	0,5
ZONhn	Noord Holland	18%	0,8
Zorgimpuls	Rotterdam	13%	0,7

* De gemiddelden zijn berekend alleen indien de desbetreffende MOED of samenwerkingsverband tenminste éénmaal voorkomt.

Tabel B3.4: Percentage voorkomende disciplines binnen een MOED, naar ROS-regio

ROS	Regio	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.
Beyaert	Midden en Zuid Limburg	27%	13%	17%	10%	5%	24%	11%	5%	3%	10%	6%	4%	0%	18%	37%	9%	4%	2%	1%
Carans	Groot Arnhem, Oost Gelderland	13%	4%	15%	7%	1%	7%	4%	3%	0%	7%	2%	5%	0%	7%	23%	6%	4%	2%	1%
Iste lijn Amsterdam	Amsterdam	12%	5%	23%	11%	2%	16%	4%	1%	1%	7%	2%	6%	1%	15%	27%	12%	9%	2%	1%
Elann	Groningen	29%	11%	15%	7%	1%	7%	7%	1%	0%	2%	2%	9%	2%	8%	28%	3%	2%	2%	0%
ELO	Delft e.o.	19%	6%	19%	13%	1%	18%	7%	5%	3%	12%	5%	14%	1%	13%	38%	20%	2%	3%	1%
FAST	Zuid Oost Brabant, Noord Limburg, Nijmegen	22%	10%	22%	11%	1%	16%	9%	8%	2%	9%	5%	8%	1%	15%	23%	12%	5%	2%	1%
Lijn 1	Den Haag, Rijswijk, Leidschen- dam, Wassenaar	28%	13%	31%	18%	3%	27%	12%	8%	2%	5%	3%	11%	1%	24%	44%	8%	6%	2%	1%
OOGG	Rivierenland/Gelderse Vallei	17%	6%	12%	9%	0%	9%	5%	6%	2%	2%	0%	8%	1%	6%	5%	7%	6%	0%	0%
ProGez	Zwolle, Flevoland, Drenthe	29%	9%	23%	12%	1%	22%	12%	5%	1%	6%	3%	10%	1%	12%	35%	9%	5%	5%	1%
Bureau Raedelij	Midden Nederland	21%	10%	28%	15%	1%	19%	11%	3%	4%	10%	7%	9%	2%	18%	25%	13%	7%	2%	1%
Reos Zorg	Leiden, Aalsmeer, Amstelveen, Waterland, Midden Kennemerland	17%	10%	24%	13%	2%	18%	8%	2%	1%	6%	3%	8%	0%	16%	18%	10%	7%	3%	1%
ROS Friesland	Friesland	36%	15%	12%	9%	2%	19%	5%	1%	1%	3%	1%	14%	4%	10%	24%	12%	3%	2%	1%
ROSA Almere	Almere	75%	42%	90%	57%	0%	82%	19%	10%	0%	44%	33%	48%	11%	27%	33%	86%	75%	11%	5%
ROSE Phoenix	Midden en Noord-Oost Brabant	20%	7%	13%	8%	1%	14%	6%	3%	1%	7%	2%	3%	2%	10%	24%	10%	5%	2%	0%
Roset Twente	Twente	24%	8%	27%	14%	6%	14%	17%	11%	2%	10%	4%	11%	4%	10%	29%	14%	7%	2%	1%
Scoop	Stedendriehoek, Deventer	27%	10%	16%	9%	2%	11%	7%	4%	0%	6%	1%	3%	1%	10%	20%	6%	2%	3%	2%
SGZ	Zoetermeer en Benthuisen	57%	35%	49%	34%	2%	31%	22%	0%	2%	28%	4%	30%	18%	6%	74%	61%	52%	12%	11%
Stichting Koel	Dordrecht, Gouda, Woerden	22%	10%	17%	9%	1%	16%	5%	4%	1%	7%	4%	4%	1%	8%	19%	3%	4%	3%	0%
Voormalig SELZA	Waterland, Midden Kennemerland	21%	6%	18%	10%	3%	12%	6%	4%	2%	8%	9%	4%	2%	12%	13%	3%	5%	5%	2%
Zee-bra	Zeeland, West Brabant	29%	13%	15%	8%	1%	10%	8%	7%	2%	5%	3%	9%	2%	16%	13%	5%	4%	2%	2%
ZONhn	Noord Holland	21%	12%	19%	10%	1%	14%	5%	3%	1%	4%	2%	6%	0%	8%	18%	8%	0%	2%	1%
Zorgimpuls	Rotterdam	11%	8%	29%	10%	1%	11%	7%	1%	1%	5%	1%	8%	1%	9%	21%	11%	3%	2%	1%

Legenda:

1=potheek; 2=verloskunde; 3=fysiotherapie; 4=ocfentherapie; 5=ergotherapie; 6=Diëtiek; 7=Logopedie; 8=Podotherapie; 9=Huidtherapie; 10=Tandarts; 11=Mondhygiënist; 12=Thuiszorg; 13=Kraamzorg; 14= Eerstelijns psycholoog; 15=SPV; 16=Maatschappelijk werk; 17=Jeugdgezondheidszorg; 18=Verzorgingshuis; 19=Verpleeghuis

Tabel B3.5: Percentage voorkomende disciplines met een formeel samenwerkingsverband, naar ROS-regio

ROS	Regio	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.
Beyaert	Midden en Zuid Limburg	17%	4%	9%	4%	2%	11%	4%	3%	0%	1%	1%	10%	2%	11%	28%	8%	4%	25%	2%
Carans	Groot Arnhem, Oost Gelderland	11%	1%	10%	3%	0%	2%	1%	1%	0%	0%	0%	7%	1%	1%	20%	5%	1%	9%	2%
Iste lijn Amsterdam	Amsterdam	10%	3%	9%	4%	1%	5%	1%	0%	1%	1%	1%	5%	0%	7%	26%	8%	4%	10%	1%
Elann	Groningen	11%	3%	6%	2%	1%	1%	3%	0%	0%	0%	0%	2%	1%	2%	11%	2%	2%	6%	2%
ELO	Delft e.o.	5%	0%	6%	3%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	1%	5%	21%	6%	1%	6%	0%
FAST	Zuid Oost Brabant, Noord Limburg, Nijmegen	24%	3%	13%	3%	0%	6%	3%	2%	0%	2%	1%	7%	0%	4%	14%	8%	3%	14%	3%
Lijn 1	Den Haag, Rijswijk, Leidschen-dam, Wassenaar	18%	3%	11%	3%	1%	7%	3%	1%	0%	1%	1%	5%	0%	10%	36%	5%	3%	22%	2%
OOGG	Rivierland/Gelderse Vallei	15%	1%	8%	2%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	6%	0%	7%	7%	5%	2%	10%	0%
ProGez	Zwolle, Flevoland, Drenthe	23%	5%	12%	3%	1%	3%	1%	0%	0%	0%	0%	5%	1%	2%	21%	6%	0%	16%	1%
Bureau Raedlijn	Midden Nederland	18%	4%	14%	5%	1%	10%	4%	3%	1%	1%	0%	8%	1%	6%	11%	10%	3%	18%	2%
Reos Zorg	Leiden, Aalsmeer, Amstelveen, Waterland, Midden Kennemerland	21%	2%	13%	4%	0%	4%	1%	2%	0%	0%	0%	5%	0%	6%	19%	8%	1%	7%	2%
ROS Friesland	Friesland	16%	6%	10%	5%	1%	5%	2%	1%	0%	1%	0%	6%	1%	4%	21%	7%	1%	15%	1%
ROSA Almere	Almere	58%	26%	43%	16%	11%	27%	5%	11%	0%	5%	16%	6%	5%	11%	22%	43%	37%	11%	11%
ROSE Phoenix	Midden en Noord-Oost Brabant	18%	2%	8%	2%	0%	3%	2%	1%	0%	1%	0%	6%	1%	4%	12%	7%	3%	20%	2%
Roset Twente	Twente	12%	4%	10%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	0%	0%	4%	0%	6%	18%	7%	0%	6%	0%
Scoop	Stedendriehoek, Deventer	18%	2%	2%	0%	0%	6%	0%	3%	0%	0%	0%	2%	0%	6%	21%	5%	0%	20%	2%
SGZ	Zoetermeer en Benthuisen	100%	100%	100%	100%	7%	96%	9%	5%	0%	0%	0%	100%	0%	91%	100%	100%	100%	60%	67%
Stichting Koel	Dordrecht, Gouda, Woerden	13%	4%	8%	2%	0%	4%	1%	1%	1%	0%	0%	7%	0%	1%	11%	2%	0%	15%	2%
Voormalig SELZA	Waterland, Midden Kennemerland	20%	4%	21%	10%	1%	5%	3%	2%	3%	2%	1%	6%	2%	8%	6%	6%	4%	15%	2%
Zee-bra	Zee-land, West Brabant	15%	10%	7%	1%	1%	2%	1%	1%	0%	1%	0%	3%	1%	5%	7%	4%	3%	8%	2%
ZONhn	Noord Holland	22%	5%	16%	5%	1%	5%	2%	2%	0%	0%	0%	4%	0%	6%	14%	7%	2%	12%	3%
Zorgimpuls	Rotterdam	15%	3%	17%	4%	0%	7%	3%	0%	0%	1%	0%	6%	0%	3%	18%	7%	0%	10%	0%

Legenda:

1=pothoek; 2=verloskunde; 3=fysiotherapie; 4=oculotherapie; 5=ergotherapie; 6=Diëtiek; 7=Logopedie; 8=Podotherapie; 9=Huidtherapie; 10=Tandarts; 11=Mondhygiënist; 12=Thuiszorg; 13=Kraamzorg; 14= Eerstelijns psycholoog; 15=SPV; 16=Maatschappelijk werk; 17=Jeugdgezondheidszorg; 18=Verzorgingshuis; 19=Verpleeghuis

Tabel B3.6: Percentage voorkomende disciplines met een geannonceerd samenwerkingsverband, naar ROS-regio

ROS	Regio	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.
Beyaert	Midden en Zuid Limburg	23%	7%	15%	6%	4%	15%	7%	4%	1%	4%	2%	10%	1%	12%	18%	10%	5%	12%	0%
Carans	Groot Arnhem, Oost Gelderland	17%	1%	7%	4%	2%	4%	3%	2%	1%	1%	0%	4%	0%	6%	14%	4%	1%	4%	1%
Iste lijn Amsterdam	Amsterdam	26%	5%	22%	15%	5%	14%	4%	2%	1%	3%	1%	10%	0%	14%	24%	17%	7%	12%	1%
Elann	Groningen	27%	10%	16%	9%	5%	8%	8%	3%	1%	0%	0%	11%	3%	9%	17%	9%	6%	11%	2%
ELO	Delft e.o.	21%	1%	11%	7%	1%	8%	3%	3%	1%	1%	1%	12%	0%	8%	25%	16%	3%	6%	0%
FAST	Zuid Oost Brabant, Noord Limburg, Nijmegen	25%	5%	17%	8%	3%	11%	6%	5%	1%	3%	0%	10%	1%	9%	13%	10%	4%	6%	2%
Lijn 1	Den Haag, Rijswijk, Leidschen- dam, Wassenaar	24%	4%	19%	9%	3%	16%	4%	2%	1%	3%	3%	9%	1%	16%	26%	5%	4%	10%	2%
OOGG	Rivierland/Gelderse Vallei	19%	7%	16%	9%	4%	9%	5%	6%	1%	2%	0%	9%	5%	8%	3%	14%	4%	9%	1%
ProGez	Zwolle, Flevoland, Drenthe	31%	9%	21%	11%	4%	14%	7%	7%	2%	2%	1%	10%	1%	9%	20%	13%	5%	12%	5%
Bureau Raedelijm	Midden Nederland	22%	7%	19%	11%	3%	12%	9%	5%	2%	4%	2%	12%	1%	12%	12%	13%	3%	6%	1%
Reos Zorg	Leiden, Aalsmeer, Amstelveen, Waterland, Midden Kennemerland	19%	4%	14%	8%	2%	7%	4%	3%	0%	1%	0%	6%	2%	9%	12%	9%	2%	6%	2%
ROS Friesland	Friesland	21%	11%	11%	8%	2%	6%	2%	1%	0%	1%	0%	10%	2%	5%	14%	8%	1%	11%	2%
ROSA Almere	Almere	64%	63%	89%	43%	27%	64%	25%	15%	5%	22%	22%	58%	11%	11%	16%	80%	59%	27%	27%
ROSE Phoenix	Midden en Noord-Oost Brabant	20%	7%	14%	8%	3%	13%	7%	7%	1%	3%	1%	9%	3%	11%	17%	9%	2%	11%	2%
Roset Twente	Twente	19%	5%	18%	6%	4%	3%	5%	4%	2%	4%	2%	5%	1%	7%	12%	5%	3%	5%	2%
Scoop	Stedendriehoek, Deventer	26%	5%	12%	2%	1%	3%	0%	4%	1%	1%	0%	3%	1%	6%	13%	5%	1%	16%	1%
SGZ	Zoetermeer en Benthuizen	100%	100%	100%	100%	0%	98%	8%	0%	0%	6%	0%	100%	0%	88%	100%	100%	100%	60%	63%
Stichting Koel	Dordrecht, Gouda, Woerden	22%	10%	13%	9%	3%	11%	5%	5%	1%	1%	0%	13%	1%	8%	13%	6%	5%	12%	3%
Voormalig SELZA	Waterland, Midden Kennemerland	24%	4%	20%	11%	5%	11%	8%	5%	3%	4%	2%	6%	3%	9%	9%	10%	6%	13%	2%
Zee-bra	Zeeland, West Brabant	22%	13%	12%	6%	2%	8%	6%	8%	2%	3%	1%	8%	5%	11%	10%	6%	4%	5%	1%
ZONhn	Noord Holland	22%	8%	12%	8%	2%	5%	2%	3%	1%	0%	0%	5%	0%	7%	7%	4%	1%	3%	1%
Zorgimpuls	Rotterdam	23%	10%	25%	8%	5%	10%	6%	3%	1%	1%	1%	14%	2%	8%	15%	14%	5%	10%	2%

Legenda:

1=potheek; 2=verloskunde; 3=fysiotherapie; 4=oefentherapie; 5=ergotherapie; 6=Diëtiek; 7=Logopedie; 8=Podotherapie; 9=Huidtherapie; 10=Tandarts; 11=Mondhygiënist; 12=Thuiszorg; 13=Kraamzorg; 14=Eerstelijns psycholoog; 15=SPV; 16=Maatschappelijk werk; 17=Jeugdgezondheidszorg; 18=Verzorgingshuis; 19=Verpleeghuis

Tabel B3.7: Percentage voorkomende disciplines met een gefinancierd samenwerkingsverband, naar ROS-regio

ROS	Regio	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.
Beyaert	Midden en Zuid Limburg	2%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	1%	2%	1%	1%	7%	0%
Carans	Groot Arnhem, Oost Gelderland	3%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	0%	0%	4%	1%	0%	1%	0%
Iste lijn Amsterdam	Amsterdam	5%	2%	4%	2%	1%	2%	0%	1%	0%	0%	0%	5%	0%	2%	9%	4%	2%	5%	2%
Elann	Groningen	3%	0%	2%	1%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	4%	1%	1%	1%	0%
ELO	Delft e.o.	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	5%	1%	1%	3%	0%
FAST	Zuid Oost Brabant, Noord Limburg, Nijmegen	6%	0%	4%	1%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	0%	0%	4%	4%	1%	2%	0%
Lijn 1	Den Haag, Rijswijk, Leidschendam, Wassenaar	2%	0%	5%	0%	1%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	4%	1%	0%	7%	0%
OOGG	Rivierland/Gelderse Vallei	2%	1%	2%	1%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	2%	1%	2%	0%
ProGez	Zwolle, Flevoland, Drenthe	9%	1%	8%	2%	1%	1%	1%	1%	0%	1%	0%	1%	1%	1%	4%	1%	0%	3%	0%
Bureau Raedelijin	Midden Nederland	3%	0%	6%	2%	0%	3%	0%	0%	0%	1%	0%	2%	0%	0%	3%	4%	0%	5%	0%
Reos Zorg	Leiden, Aalsmeer, Amstelveen, Waterland, Midden Kennemerland	2%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	4%	2%	1%	2%	1%
ROS Friesland	Friesland	6%	1%	2%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%	4%	1%	1%	1%	0%
ROSA Almere	Almere	19%	10%	21%	11%	5%	15%	4%	5%	0%	5%	15%	0%	0%	0%	0%	21%	10%	0%	0%
ROSE Phoenix	Midden en Noord-Oost Brabant	3%	1%	2%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	1%	0%	1%	2%	1%	1%	6%	1%
Roset Twente	Twente	1%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	1%	1%	0%	1%	0%
Scoop	Stedendriehoek, Deventer	2%	1%	1%	1%	0%	3%	1%	3%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	9%	1%	1%	8%	0%
SGZ	Zoetermeer en Benthuisen	100%	98%	100%	100%	0%	96%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	88%	2%	100%	100%	60%	63%
Stichting Koel	Dordrecht, Gouda, Woerden	4%	0%	2%	1%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	1%	6%	0%	1%	6%	2%
Voormalig SELZA	Waterland, Midden Kennemerland	15%	2%	9%	2%	0%	1%	1%	0%	0%	1%	0%	1%	0%	1%	1%	1%	1%	6%	1%
Zee-bra	Zeeland, West Brabant	2%	1%	1%	0%	1%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	3%	1%	1%	3%	1%
ZONhn	Noord Holland	9%	0%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	1%	0%	0%	1%	1%	1%	2%	1%
Zorgimpuls	Rotterdam	6%	0%	6%	1%	1%	1%	0%	1%	1%	1%	1%	2%	1%	2%	5%	2%	1%	3%	1%

Legenda:

1=potheek; 2=verloskunde; 3=fysiotherapie; 4=oefentherapie; 5=ergotherapie; 6=Diëtetic; 7=Logopedie; 8=Podotherapie; 9=Huidtherapie; 10=Fandarts; 11=Mondhygiënist; 12=Thuiszorg; 13=Kraamzorg; 14= Eerstelijns psycholoog; 15=SPV; 16=Maatschappelijk werk; 17=Jeugdgezondheidszorg; 18=Verzorgingshuis; 19=Verpleeghuis