



047

TNO-rapport

PG/B&G 2003.340

Haalbaarheidsstudie Directe Toegankelijkheid
Ergotherapie

Bewegen en Gezondheid
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18

F 071 518 19 20

info-B&G@pg.tno.nl

TNO Preventie en Gezondheid
Gorter Bibliotheek

04 MEI 2004

Datum	April 2004	Postbus 2215 2301 CE LEIDEN
Auteur(s)	K. van Overbeek W.T.M. Ooijendijk	
Aantal pagina's	52	Stamboeknummer
Aantal bijlagen	2	
Opdrachtgever	College voor Zorgverzekeringen (CVZ)	
Projectnummer	011.70006	

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbers is toegestaan.

© 2004 TNO

Auteurs:
K. van Overbeek
W.T.M. Ooijendijk

Projectnummer
011.70006

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van EUR 50 (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/B&G 2003.340 .

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
2	Eerstelijns ergotherapie in beeld	8
2.1	Achtergrondinformatie	8
2.2	De Regeling Enkelvoudige Extramurale Ergotherapie (EEE)	8
2.3	Aantal beroepsbeoefenaars.....	9
2.4	De opleiding ergotherapie	10
2.5	De Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE).....	10
2.6	Ontwikkelingen m.b.t. ergotherapie in de eerste lijn.....	11
2.7	Haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid	12
2.8	Leeswijzer	12
3	Werkwijze	13
3.1	Opzet haalbaarheidsstudie.....	13
3.2	Definitie 'directe toegankelijkheid'	14
4	Wenselijkheid directe toegankelijkheid op landelijk niveau.....	15
4.1	Inleiding	15
4.2	Houding tegenover directe toegankelijkheid.....	15
4.3	Voor- en nadelen van een direct toegankelijke ergotherapie	19
4.4	Mogelijke invalshoek proefproject.....	20
5	Kwaliteitseisen ergotherapeuten	26
5.1	Inleiding	26
5.2	Huidige kwaliteitseisen ergotherapeuten.....	26
5.3	Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief.....	27
5.4	Specifieke eisen.....	29
5.5	Verantwoordelijkheid.....	29
6	Communicatie en registratie relevante gegevens.....	30
6.1	Inleiding	30
6.2	Communicatie ergotherapeut-patiënt	30
6.3	Communicatie huisarts-ergotherapeut.....	31
6.4	Communicatie ergotherapeut-huisarts-zorgverzekeraar.....	32
7	Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder individuele ergotherapeuten	34
7.1	Inleiding	34
7.2	Huidige situatie	35
7.3	Toekomstige situatie	37
7.4	Standpuntbepaling uitvoerend niveau	39
7.5	Voor en nadelen van directe toegankelijkheid van ergotherapie.....	40
7.6	Bijscholing	41
7.7	Rapportage naar de huisarts	42
7.8	Draagvlak eventueel proefproject directe toegankelijkheid ergotherapie	43
8	Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten	44
8.1	Inleiding	44
8.2	Overige randvoorwaarden c.q. aandachtspunten die in de landelijke interviews naar voren kwamen	44

9	Conclusies en aanbevelingen	47
9.1	Inleiding	47
9.2	Wenselijkheid directe toegankelijkheid op landelijk niveau.....	47
9.3	Kwaliteitseisen ergotherapeuten	48
9.4	Communicatie en registratie relevante gegevens	48
9.5	Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder individuele ergotherapeuten.....	49
9.6	Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten.....	49
10	Literatuur	50

Bijlage(n)

A Vragenlijst Regioniveau

B Vragenlijst uitvoerend niveau

1 Inleiding

Vanuit het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) is TNO Preventie en Gezondheid (TNO PG) benaderd voor de uitvoering van een haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid van een aantal zorgverleners. Het betreft oefentherapeuten Mensendieck en César, Ergotherapeuten, Diëtisten, Logopedisten, Psychologen, Mondhygiënisten en Tandprotheticici. Het betreft beroepen die momenteel doorgaans werken op verwijzing van huisartsen of tandartsen.

Uitgangspunt van de directe toegankelijkheid is dat verzekerden optimaal toegang dienen te hebben tot de benodigde zorg. In het kader van een doelmatige verzekering en financiering van de zorg, dient de verzekerde zo snel mogelijk en over zo weinig mogelijk "schijven" door het zorgstelsel naar de zorgverlener te worden geleid die deze benodigde zorg verleent. In theorie krijgt de patiënt daardoor niet alleen zo snel mogelijk de benodigde zorg, maar ook worden schaarse middelen efficiënt ingezet en wordt de communicatie tussen zorgverleners gestroomlijnd. Door onder meer veranderingen in zorgvraag en zorgaanbod wijzigt de meerwaarde en daarmee de functie van elke "schijf" in het zorgstelsel met de tijd. Zorgverleners ontwikkelen zich inhoudelijk en professioneel, domeinen worden opnieuw afgebakend en taken worden overgedragen. Het is de taak van de overheid om deze veranderingen in de organisatie van de zorg door te laten werken.

Maatschappelijke ontwikkelingen zoals de toenemende professionalisering van de diverse beroepsgroepen in de eerstelijns gezondheidszorg en de toenemende mondigheid van de patiënt leiden tot een situatie waarbij overwogen kan worden of en in welke mate de genoemde beroepsgroepen voor de patiënt direct toegankelijk dienen te zijn.

De voordelen van een directe toegankelijkheid zijn onder meer:

- erkenning van de professionaliteit van deze beroepsgroepen en een stimulering de professionalisering verder te ontwikkelen en transparant te maken;
- invullen van een sterker vraaggestuurde zorg;
- ontlasting van huisartsen en tandartsen in de eerste lijn;
- mogelijke verhoging van doelmatigheid en doeltreffendheid van de eerstelijns gezondheidszorg.

Tegenover de genoemde voordelen staat eveneens een aantal nadelen of risico's, waarbij gedacht kan worden aan:

- de absolute voorwaarde dat de communicatie en informatie uitwisseling in de eerste lijn goed functioneren;
- het mogelijk missen van pathologie.

Omdat het traject van elke patiënt nog steeds in aanleg bij de huisarts (cq de tandarts) begint, is deze de spil in de gezondheidszorg. Naast het bieden van laagdrempelig eerstelijns huisartsenzorg/tandartsenzorg heeft hij/zij inzicht in en overzicht over de zorg omtrent de doorverwezen patiënt. Voor een aantal specifieke aandoeningen verwijst de huisarts in veel gevallen naar de in dit voorstel genoemde beroepsbeoefenaars. Deze zijn te zien als specialist op hun eigen terrein in de eerstelijnszorg, waardoor de toegevoegde waarde van de interventie door de huisarts niet altijd even groot is. De veronderstelling lijkt gewettigd dat de kwaliteiten van de huisarts en de overige beroepsbeoefenaars in de eerste lijn beter op elkaar kunnen

worden afgestemd en dat doelmatigheidswinst mogelijk is. In het rapport taakherschikking van de RVZ wordt nader op de mogelijkheden voor taakherschikking in de eerste lijn ingegaan.

Directe toegankelijkheid in de eerste lijn

Gestimuleerd door wetenschappelijke ontwikkelingen en het kwaliteitsbeleid hebben diverse disciplines binnen de eerstelijnszorg zich in korte tijd ontwikkeld tot de specialist op hun terrein. Hoewel de kennis en kundigheden op een aantal terreinen die van de huisarts overstijgt, zijn momenteel deze werksoorten alleen op een deugdelijk gemotiveerde verwijzing door de huisarts toegankelijk. Verwacht wordt dat door de realisatie van een directe toegankelijkheid de patiënt sneller en adequater kan worden geholpen. Een dergelijke directe toegankelijkheid kan eveneens bijdragen aan een ontlasting van de huisartsen die een grote werkdruk ervaren.

Doel haalbaarheidsstudie

De haalbaarheidsstudie heeft tot doel om de volgende vragen te beantwoorden.

1. Is het mogelijk patiënten direct toegang te verlenen tot de genoemde beroepsbeoefenaars zonder verwijzing door de huisarts/tandarts? En zo ja, welke patiënten komen daarvoor in aanmerking? Welke overeenkomsten en verschillen vertonen deze patiënten ten aanzien van hulpvragen en behandeldoelen? Zijn patiënten voldoende in staat een goede keuze te maken tussen beroepsgroepen met competenties die aan elkaar grenzen en/of elkaar overlappen?
2. Aan welke kwaliteitseisen dienen de diverse beroepsbeoefenaars te voldoen voor directe toegankelijkheid? Wat is het gevolg voor de eigen verantwoordelijkheid voor de diverse beroepsgroepen?
3. Dienen er nadere eisen te worden gesteld aan de organisatie in de eerste lijn? En zo ja, welke? Met name in de sfeer van de communicatie en informatie.
4. Aan welke juridische en verzekeringstechnische voorwaarden moet worden voldaan om directe toegankelijkheid een plaats te geven in een gereorganiseerde eerste lijn.
5. Wat is het draagvlak onder de diverse veldpartijen voor directe toegankelijkheid van de in dit voorstel genoemde beroepsgroepen, waarbij eveneens de verwijzende partijen (huisartsen en tandartsen) zullen worden betrokken.

ad 1

Primair zal worden ingegaan op de vraag of het momenteel reeds haalbaar is om geheel of gedeeltelijk over te gaan tot directe toegankelijkheid van de diverse beroepsgroepen. En, zo ja, of dit in principe volledig direct toegankelijk betreft of dat een voorbehoud dient te worden gemaakt. Bijvoorbeeld dat men zich in eerste instantie beperkt tot vragen waarvoor richtlijnen en samenwerkingsprotocollen bestaan. Ook kan de directe toegankelijkheid worden beperkt tot bijvoorbeeld bepaalde patiënten zoals chronisch zieken, ouderen of bijvoorbeeld jeugd.

ad 2

Een algemene kwaliteitseis die gesteld kan worden is bijvoorbeeld het ingeschreven staan in het kwaliteitsregister van de diverse koepelorganisaties. Daarbij zal worden ingegaan op de vraag of het huidige kwaliteitsregister reeds voldoet aan te formuleren criteria. In de tweede plaats kan worden gedacht aan aanvullende kwaliteitseisen in verband met de directe toegankelijkheid in de vorm van een bij- of nascholingstraject.

Ook zal worden ingegaan op de consequenties in de verantwoordelijkheid van de diverse beroepsgroepen.

ad 3

Bij directe toegankelijkheid van de diverse beroepsgroepen in de eerste lijn is het van belang dat tussen de beroepsgroepen een goede communicatie en informatie-uitwisseling bestaat. Ingegaan zal worden op de vraag hoe dit kan worden gerealiseerd en welke vormen van communicatie en informatie-uitwisseling voldoende zijn voor een directe toegankelijkheid.

ad 4

Veel van de huidige regelgeving voorziet nog in een toegankelijkheid van de diverse beroepsgroepen via verwijzing. Nagegaan zal worden of en hoe de bestaande regels dienen te worden bijgesteld om een directe toegankelijkheid mogelijk te maken.

ad 5

Last but not least zal antwoord worden gegeven op de vraag of de betrokken beroepsgroepen het wenselijk vinden dat zij direct toegankelijk worden voor de patiënt en of zij van mening zijn dat zij verantwoord gestalte kunnen geven aan een directe toegankelijkheid. Ook zal worden onderzocht hoe de andere beroepsgroepen zoals huisartsen en tandartsen tegenover een directe toegankelijkheid staan.

De uitkomsten van de haalbaarheidsstudie vormen de basis voor een beslissing door het CVZ óf en onder welke voorwaarden pilotprojecten op het terrein van de directe toegankelijkheid zullen worden opgezet.

In dit deelrapport wordt verslag gedaan van de bevindingen voor de beroepsgroep ergotherapie.

2 Eerstelijns ergotherapie in beeld

2.1 Achtergrondinformatie

Ergotherapie is bedoeld voor iedereen die zijn gewone dagelijkse handelingen niet meer naar wens kan uitvoeren als gevolg van een ziekte, trauma, over- of onderbelasting, onvolledige of vertraagde ontwikkeling, beperking of handicap. Ergotherapie biedt de cliënt de mogelijkheid om dagelijkse activiteiten op een optimale wijze (opnieuw) uit te voeren in de eigen omgeving. Hierbij staat het concrete, voor de cliënt betekenisvolle handelen op de gebieden zelfredzaamheid, arbeid (productiviteit) en vrije tijd centraal (NVE, 1999). De ergotherapeutische behandeling wordt onderverdeeld in een drietal producten: 1. diagnostiek, 2. advies en instructie en 3. trainen of begeleiden (NVE, 1999).

1. De ergotherapeutische diagnostiek betreft het handelen van de cliënt, de mogelijkheden en beperkingen van de fysieke en sociale omgeving waarin de cliënt handelt (of gaat handelen) en het persoonlijke verhaal van de cliënt. De ergotherapeut gebruikt verschillende methodes om gegevens te verzamelen waaronder het observeren van activiteiten, het doen van onderzoek, het afnemen van testen en het voeren van gesprekken.
2. Ergotherapeutisch advies en instructie worden gegeven ten aanzien van hulpmiddelen, voorzieningen en (woning-)aanpassingen. Ook kan er advies en instructie worden gegeven ten aanzien van arbeidsgerelateerde vragen. Daarnaast kan advies en instructie worden gegeven aan de verzorger van de cliënt. Op deze wijze kan de (professionele) verzorger adequate zorg of begeleiding bieden aan de cliënt. Ergotherapeutisch onderzoek, het formuleren van een advies en de evaluatie van de uitvoering hiervan behoren tot dit product.
3. Door middel van training of begeleiding probeert de ergotherapeut herstel te bevorderen en/of verergering van stoornissen te voorkomen en/of beperkingen te verminderen. Ergotherapeutisch onderzoek, het trainen of begeleiden van (opnieuw) leren handelen of anders leren handelen, al dan niet met hulpmiddelen, en de evaluatie maken onderdeel uit van dit product.

2.2 De Regeling Enkelvoudige Extramurale Ergotherapie (EEE)

Met ingang van 1 januari 2001 is EEE opgenomen in het ziekenfondspakket. Daarmee is extramurale ergotherapie voor alle ziekenfondsverzekerden in de eerstelijnszorg toegankelijk geworden. Particuliere zorgverzekeraars zijn vrij om EEE al dan niet in de polisvoorwaarden op te nemen. In het verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering wordt de omschrijving van de te verstrekken hulp opgenomen in artikel 5 lid 1 onder c. De formulering die gebruikt wordt is als volgt:

“Door een huisarts, specialist, verpleeghuisarts voorgeschreven advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 uur per kalenderjaar, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen”.

Het vergoedingsbesluit voor particulier verzekerden werd als volgt gewijzigd (dit betreft de standaard pakket polis!)

“Vergoeding van de kosten van paramedische zorg omvat tevens de kosten van advisering, instructie, training of behandeling gedurende maximaal 10 uur per kalenderjaar, te verlenen door een ergotherapeut in zijn behandelruimte of ten huize van de verzekerde, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen of te herstellen”.

Hierbij wordt het volgende toegelicht: het is mogelijk dat de hulp aan de verzekerde zelf wordt gegeven, maar het kan ook zo zijn dat het voor de verzekerde noodzakelijk is dat mantelzorgers in de directe omgeving van de verzekerde geadviseerd, geïnstrueerd of getraind moeten worden. De aanspraak is zo geformuleerd dat ook dit laatste binnen de verstrekking past (NVE, www.ergotherapie.nl)

De subsidieregeling had aanvankelijk alleen betrekking op ergotherapeuten die vanuit instellingen werken (verpleeghuizen, ziekenhuizen, revalidatiecentra en thuiszorginstellingen). De achterliggende reden daarvoor was het feit dat deze categorie van ergotherapeuten veelal in een meervoudige setting werkt. Dit biedt een zekere garantie voor de ontwikkeling en verdieping van expertise. Bovendien is het contact tussen ergotherapeuten en initiatiefnemers en verwijzers van EEE in instellingen doorgaans intensiever dan bij vrijgevestigde ergotherapeuten (Hofhuis et al., 2002). Sinds 1 januari 2001 is het echter ook mogelijk voor vrijgevestigde ergotherapeuten EEE te verstrekken. Dit betekent dat zorgverzekeraars zowel instellingen als vrijgevestigde praktijken kunnen contracteren.

Uit de presentatie van de begroting voor 2004 van het ministerie van VWS blijkt dat ergotherapie in het basispakket blijft (www.MINVWS.nl). Het ministerie van VWS gaf echter wel aan dat het basispakket de komende jaren verder wordt verkleind. De NVE ziet het als een uitdaging om aan te blijven tonen dat de inzet van EEE geld oplevert én de kwaliteit van leven van de cliënten vergroot (NVE, 2003).

2.3 Aantal beroepsbeoefenaars

In Nederland zijn ongeveer 2500 ergotherapeuten werkzaam (Kenens & Hingstman, 2003). Hiervan bieden naar schatting 800 ergotherapeuten enkelvoudige extramurale ergotherapie (EEE) aan.

Van het aantal werkzame ergotherapeuten heeft het merendeel (74,6%) als hoofdwerkveld de intramurale sector. Een beperkt aantal ergotherapeuten werkt extramuraal (13,7%) (Zie Tabel 1.1).

Tabel 1.1 Relatieve verdeling van het aantal werkzame ergotherapeuten naar 'hoofdwerkveld'¹, per 1 januari 2002 (Kenens & Hingstman, 2003) in %

	2002
Intramuraal²	
-verpleeghuis/ verzorgingshuis	32,0
-revalidatiecentrum	22,7
-ziekenhuis ³	13,5
-psychiatrische instelling	3,8
-instelling verstandelijk gehandicapten	2,6
Extramuraal	
-vrijgevestigd	3,3
-dagverblijf/activiteitencentrum	0,7
-overig (thuiszorg, WVG, GGD, ZVN etc.)	9,7
Onderwijs	
-scholen (bijzonder onderwijs)	2,3
-docent opleiding ergotherapie	2,0
Overig	7,4
Totaal	100

¹'Hoofdwerkveld' is het werkveld waar men het meeste aantal uren per week werkzaam is.

²Van de ergotherapeuten die hun 'hoofdwerkveld' binnen de intramurale sector hebben, besteedt de helft ook tijd aan enkelvoudige extramurale ergotherapie (EEE).

³Inclusief psychiatrische afdeling in algemene en academische ziekenhuizen.

2.4 De opleiding ergotherapie

De opleiding voor ergotherapie bestaat uit een 4 jarige HBO opleiding. Er is geen loting voor toelating (dit was in het verleden wel het geval). Je kunt ergotherapie studeren aan de Hogeschool van Amsterdam, de Hogeschool Rotterdam en Omstreken, De Hogeschool Zuyd (Heerlen) en sinds september 2002 ook aan de Hogeschool Arnhem Nijmegen. Van de huidige groep werkzame ergotherapeuten heeft 60% de opleiding ergotherapie in Amsterdam gevolgd, 29% in Heerlen/Hoensbroeck en 5,3 % in Rotterdam. Circa 2% heeft de opleiding in het buitenland voltooid. De uitstroom van afgestudeerde ergotherapeuten bedroeg in 2000 en 2001 ongeveer 350 per jaar. Van de in 2000 en 2001 afgestudeerde ergotherapeuten is naar schatting 68% als ergotherapeut werkzaam. Zij werken vooral in verpleeg- of verzorgingshuizen (41%) en revalidatiecentra (19%) (Kenens & Hingstman, 2003).

2.5 De Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE)

De koepelorganisatie van ergotherapeuten is de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE). De NVE is een professionele organisatie en heeft de volgende missie: de ergotherapie - in al haar facetten - stevig op de zorgkaart van Nederland zetten. De belangenbehartiging van leden heeft een hoge prioriteit. Daarnaast wordt hard gewerkt aan de positie van de ergotherapie en de ontwikkeling van het beroep. Zo wordt er veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van kwaliteitsdeelinstrumenten,

zoals standaarden (Zie Tabel 1.2) of het aantonen van de meerwaarde van ergotherapie door onderzoek (Beleidsplan NVE, 1999-2004). Het totaal aantal leden van de NVE bedroeg op 31 december 2002 3277 (2255 leden en 1022 aspirant leden) (NVE, Jaarverslag 2002). Per 1 januari 2002 is 72,7% van de werkzame ergotherapeuten lid van de NVE (Kenens & Hingstman, 2003).

Tabel 1.2 Overzicht van een aantal standaarden en informatiebrochures van de NVE

Informatiebrochure: verstrekking ergotherapie 2001
Beroepscode ergotherapeut 2001
Verwijsformulier Extramurale Ergotherapie
Rapportageformulier Extramurale Ergotherapie
Standaard WVG-advisering door ergotherapeuten
Omgevingsfactoren
Fasering ergotherapie behandeling
Ergotherapie en advisering van hulpmiddelen en voorzieningen
Ergotherapeutische adviesrapportage rollator
Ergotherapeutische adviesrapportage sta-op-stoel
Ergotherapeutische adviesrapportage stoel met trippelfunctie
Ergotherapeutische registratielijst voor een ADL-zelf-verzorgingsobservatie
Standaard voor het afleggen van een huisbezoek door ergotherapeuten
Ergotherapeutische adviesrapportage indicatie en selectie scootmobiel
Ergotherapeutische adviesrapportage indicatie en selectie handbewogen rolstoel
Ergotherapeutische standaard voor training met elektrische rolstoel en scootmobiel
Adviesrapportage voor de aanvraag van aangepaste verlichting in het kader van de WVG ¹
Consentstandaard fiets en fietsaanpassing ¹
Beroepscode ergotherapeut 2001
Ergotherapie en kwaliteitszorg in een multiculturele samenleving

¹ Deze standaarden zijn te downloaden van het ledendeel van de site van de NVE (www.ergotherapie.nl). De overige standaarden zijn onder alle leden van de NVE verspreid.

2.6 Ontwikkelingen m.b.t. ergotherapie in de eerste lijn

De komende jaren worden op een aantal gebieden veranderingen verwacht die van invloed kunnen zijn op de vraag naar ergotherapeutische zorg. De meest invloedrijke veranderingen zijn de dubbele vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken, de opkomst van vraaggestuurde zorg, aandacht voor arbeid en gezondheid, de integratie van zorg in de maatschappij, veranderingen in de verstrekking van hulpmiddelen en ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit en zorg (Beleidsplan NVE, 1999-2004).

In de praktijk is gebleken dat er grote behoefte is aan de inzet van ergotherapie bij mensen thuis. Bij vroegtijdige inschakeling van de ergotherapeut hoeven patiënten vaak niet te worden opgenomen en is het werk van de hulpverlener werkzaam in de wijkverpleging, gezinszorg en mantelzorg lichter. Ook uit onderzoek komt naar voren dat ergotherapie in de thuissituatie effect heeft. Zo heeft een studie van de SWOKA uit 1999 bijvoorbeeld aangetoond dat 20% van de patiënten die normaal gesproken een indicatie voor een verpleeghuis of zorginstelling zou krijgen, dankzij ergotherapie langer of voorgoed thuis kon blijven wonen (Meer van der & van der Veen, 1999). Tevens bleek dat deze patiënten zeer tevreden waren over de therapie. Zij gaven aan dat ergotherapie de kwaliteit van hun leven aanzienlijk heeft verbeterd. Zij konden veiliger

en met meer plezier thuis blijven wonen. Bovendien waren zij minder afhankelijk van de thuiszorg en mantelzorg.

In het huidige gezondheidszorgbeleid ligt de nadruk op het versterken van de thuiszorg, het stimuleren van trans- en extramuraal zorg en het bevorderen van maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid van chronisch zieken, gehandicapten en ouderen (NVE Beroepsprofiel, 1999). De relatief jonge ontwikkeling van de EEE sluit hier naadloos op aan. Na een experimentele subsidieperiode van vier jaar is met ingang van 1 januari 2001 EEE opgenomen in het ziekenfondspakket. Daarmee is extramuraal ergotherapie voor ziekenfondsverzekerden in de eerstelijnszorg toegankelijk geworden (Hofhuis et al., 2002). In de periode maart tot december 2002 heeft het NIVEL in opdracht van het College voor Zorgverzekeraars (CVZ) een inventariserende studie verricht naar de huidige stand van zaken ten aanzien van de EEE. De behoefte aan inzicht in eventuele knelpunten in de uitvoering van de regeling, de toegankelijkheid voor verzekerden en de huidige omvang en inhoud van EEE waren de aanleiding voor deze opdracht.

2.7 Haalbaarheidsstudie directe toegankelijkheid

CVZ heeft, ter voorbereiding van proefprojecten directe toegankelijkheid, TNO Preventie en Gezondheid (TNO PG) benaderd om een haalbaarheidsstudie uit te voeren naar de directe toegankelijkheid van een aantal zorgverleners in de eerste lijn waaronder ook ergotherapeuten. In dit onderdeel van het rapport wordt ingegaan op de hoofdvraag óf en onder welke voorwaarden één of meerdere proefprojecten directe toegankelijkheid ergotherapie gestart kunnen worden.

De hoofddoelstelling is voor de ergotherapie geoperationaliseerd in de volgende deelvragen:

1. Is het mogelijk en wenselijk patiënten direct toegang te verlenen tot de ergotherapie zonder verwijzing van de huisarts of specialist?
2. Van welke kwaliteitseisen dienen ergotherapeuten te voldoen voor directe toegankelijkheid? Wat is het gevolg voor de eigen verantwoordelijkheid van ergotherapeuten?
3. Aan welke voorwaarden moet de communicatie- en informatie uitwisseling tussen zorgverlener(s), zorgverzekeraars en patiënt voldoen om deze in een direct toegankelijke eerstelijnszorg zo optimaal mogelijk te laten verlopen?
4. Wat is het draagvlak onder de individuele ergotherapeuten voor directe toegankelijkheid?
5. Aan welke juridische en verzekeringstechnische voorwaarden moet worden voldaan om directe toegankelijkheid van EEE een plaats te geven in een gereorganiseerde eerste lijn? Op deze vraag zal in het desbetreffende deelrapport worden ingegaan.

De onderstaande rapportage heeft uitsluitend betrekking op ergotherapeuten die EEE leveren die onder de ziekenfondswet valt.

2.8 Leeswijzer

In hoofdstuk 3 wordt de werkwijze die is gehanteerd tijdens het onderzoek nader toegelicht. In de hoofdstukken 4 t/m 8 wordt achtereenvolgens antwoord gegeven op de onderscheiden deelvragen. In hoofdstuk 9 wordt een samenvatting gegeven, worden algemene conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

3 Werkwijze

3.1 Opzet haalbaarheidsstudie

Om inzicht te krijgen in de gevolgen van directe toegankelijkheid van ergotherapeuten in de eerste lijn is op drie niveaus informatie verzameld.

- Landelijk, om kennis te nemen van het standpunt van de beroepsorganisatie en inzicht te krijgen in het beleid op landelijk niveau, zowel algemeen als met betrekking tot directe toegankelijkheid;
- Regionaal, om inzicht te krijgen in de ontwikkelingen in de praktijk die wellicht al vooruitlopen op directe toegankelijkheid en/of die bevorderend kunnen zijn voor directe toegankelijkheid zoals gestructureerde samenwerking binnen een gezondheidscentrum of ander georganiseerd verband;
- Uitvoerend, op dit niveau is een enquête gehouden met een steekproef van ergotherapeuten om kennis te nemen van hun houding ten aanzien van directe toegankelijkheid.

Landelijk niveau

Op landelijk niveau zijn interviews gehouden met de directeur van de NVE en met de contactpersoon van de vakgroep 'Eerste lijn', de vakgroep 'Vrijgevestigde ergotherapeuten' en de vakgroep 'Verpleeghuizen'. Vakgroepen zijn permanente landelijke groepen die zich primair op een (werk)veld oriënteren. De vakgroepen fungeren als spilfunctie tussen werkveld en beleid(bureau). Op deze wijze ondersteunen en adviseren zij in de beleidsontwikkeling en vormen zij de primaire ingang tot de diverse werkvelden. De vakgroep 'Eerste lijn' vertegenwoordigd alle soorten instellingen die EEE leveren m.u.v. de vrijgevestigde praktijken, deze zijn vertegenwoordigd in de vakgroep 'Vrijgevestigde ergotherapeuten'. De vakgroep 'Verpleeghuizen' is benaderd omdat EEE voor een groot deel wordt aangeboden vanuit verpleeghuizen. De betreffende personen zijn via de mail benaderd met de vraag of zij hun medewerking aan het onderzoek wilden verlenen. Tevens werd in de mail een korte beschrijving van het doel van de haalbaarheidsstudie gegeven en werden de vragen die tijdens het interview minimaal aan bod zouden komen meegestuurd. Op deze wijze konden de geïnterviewden zich goed voor bereiden en voorafgaand aan het interview eventueel overleggen met vakgroepgenoten. Tijdens de interviews werd tevens gevraagd naar achtergronddocumenten en relevante beleidsdocumenten. Deze zijn verzameld en verwerkt in deze rapportage.

Daarnaast zijn interviews gehouden met relevante andere partijen zoals het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de landelijke huisartsenvereniging, Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie.

Gesprekspunten interview met vertegenwoordigers van de landelijke organisatie

1. Achtergrondinformatie over NVE
2. Het standpunt van de beroepsvereniging? Reeds over nagedacht in het bestuur? Wenselijk?
3. Indien wenselijk: is het haalbaar? Zo ja, hoe? Zo niet, waarom niet?
4. Voor- of nadelen te noemen?
5. Geschikte patiëntgroepen voor directe toegankelijkheid?
6. Zaken die voor de beroepsgroep goed geregeld dienen te worden (scholing, verantwoordelijkheid, beroepsaansprakelijkheidsverzekering?)
7. Hoe vindt nu de registratie van patiëntencontacten plaats (LIS), voldoet de registratie, hoe is de communicatie met de verwijzer?
8. Tariefbepaling
9. Communicatie met andere zorgverleners
10. Medewerking verlenen aan project, begeleidingscommissie, adressen voor steekproef, reactie op vragenlijst en ondersteuning introductie vragenlijst

Regionaal niveau

Op regionaal niveau zijn 16 contactpersonen benaderd. Deze regionale contactpersonen staan op het ledendeel van de site van de NVE vermeld bij de overleggroepen onder het thema 'Extramurale Enkelvoudige Ergotherapie/ Vrijgevestigden'. Het merendeel is met een elektronische vragenlijst via de mail benaderd, 3 contactpersonen zijn schriftelijk benaderd (van deze contactpersonen was het emailadres niet bekend). De vragenlijst gaat onder meer over de standpuntbepaling t.a.v. directe toegankelijkheid, of er reeds initiatieven zijn in de regio die nu al richting directe toegankelijkheid van ergotherapie gaan en of men eventueel geïnteresseerd is in deelname aan een proefproject. Tevens werd gevraagd of men een voorkeur heeft voor een specifieke vorm van de proefprojecten en welke praktische zaken goed geregeld moeten worden voor het opzetten van een eventueel proefproject (Zie Bijlage A).

Uitvoerend niveau

Op uitvoerend niveau zijn 300 schriftelijke enquêtes verstuurd (Zie Bijlage B). De respondenten konden deze vragenlijst retourneren door gebruik te maken van de antwoordersvelop of door de vragenlijst op internet in te vullen met een respondentnummer.

3.2 Definitie 'directe toegankelijkheid'

Zowel voor de interviews op landelijk niveau als voor de vragenlijsten op regionaal en uitvoerend niveau is het begrip 'directe toegankelijkheid' op de volgende wijze ingevuld:

"De patiënt meldt zich in deze situatie zonder verwijfsbrief uit zichzelf (of op aanraden van bijvoorbeeld een fysiotherapeut, wijkverpleegkundige of familielid) aan bij de eerstelijns ergotherapeut".

In de nu volgende hoofdstukken (H4 t/m H6) worden de uitkomsten van het onderzoek op landelijk en regionaal niveau weergegeven. In hoofdstuk 7 worden de resultaten gepresenteerd, die uit de enquête met een steekproef van ergotherapeuten naar voren zijn gekomen (het uitvoerende niveau).

4 Wenselijkheid directe toegankelijkheid op landelijk niveau

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de eerste vraag van de haalbaarheidsstudie toegespitst op de ergotherapie, namelijk: *Is het mogelijk en wenselijk patiënten direct toegang te verlenen tot de ergotherapie zonder verwijzing van de huisarts, specialist of verpleeghuisarts?*

Zowel de resultaten die zijn verzameld op basis van de interviews op landelijk niveau als de resultaten van de vragenlijsten op regionaal worden gepresenteerd.

Ten eerste wordt ingegaan op de houding van de beroepsgroep t.a.v. directe toegankelijkheid. Aansluitend worden de voor- en nadelen van een direct toegankelijke ergotherapie overzichtelijk weergegeven. Tot slot wordt een invalshoek voor een mogelijk proefproject directe toegankelijkheid ergotherapie besproken.

4.2 Houding tegenover directe toegankelijkheid

In eerste instantie is in de interviews met de directeur van de NVE en de vakgroepvertegenwoordigers ingegaan op de vraag naar de mogelijkheid en wenselijkheid van een direct toegankelijke ergotherapie. In principe moet het, volgens de geïnterviewden, mogelijk zijn om extramurale eerstelijns ergotherapie (EEE) direct toegankelijk te maken. De verschillende standpuntbepalingen worden hieronder beknopt weergegeven. De standpuntbepalingen zijn voor een deel gebaseerd op de persoonlijke mening van de geïnterviewden. Zij hebben echter in alle gevallen overleg gepleegd met enkele vakgroepgenoten voordat het interview plaats vond.

Standpuntbepaling directeur NVE

In principe moet het mogelijk zijn om EEE direct toegankelijk te maken. Een en ander is wel afhankelijk van de manier waarop het begrip 'directe toegankelijkheid' wordt ingevuld.

Voor een groot deel wordt EEE, de verstrekking die onder de ziekenfondswet valt (maximaal 10 uur per jaar), geleverd door *verpleeghuizen* (naar schatting 80%). De praktijk wijst uit, dat patiënten die in een dergelijke instelling worden behandeld, nu al vaak door bijvoorbeeld een extramurale fysiotherapeut of wijkverpleegkundige worden 'verwezen' naar de EEE. De ergotherapeut moet dan echter *achteraf* wel altijd een verwijsbriefje van de huisarts of specialist vragen, wil zijn/ haar patiënt de behandeling vergoed krijgen. De verwijzing zelf is dan eigenlijk alleen nog een administratieve handeling voor de arts. Daarnaast vindt bij ontslag van een patiënt uit het verpleeghuis vaak een overdracht plaats tussen de ergotherapeut uit het verpleeghuis en een ergotherapeut uit de eerste lijn indien de desbetreffende patiënt in zijn thuissituatie verder moet worden begeleid.

Naast verpleeghuizen, ziekenhuizen en revalidatiecentra wordt EEE, die door de patiënt op de ziektekostenverzekeraar verhaald kan worden, ook geleverd vanuit *thuiszorgorganisaties* en *vrijgevestigde ergotherapiepraktijken*. In heel Nederland zijn momenteel 61 vrijgevestigde ergotherapie praktijken. Een voordeel van met name vrijgevestigde ergotherapiepraktijken is, dat deze voor een potentiële patiënt/ cliënt fysiek herkenbaar zijn in de wijk (mits er voldoende praktijken zijn in de wijk).

Het begrip directe toegankelijkheid zou volgens de directeur van de NVE op grond van het bovenstaande als volgt kunnen worden ingevuld:

- *Een patiënt kan niet alleen op verwijzing van de verpleeghuisarts, huisarts of specialist aanspraak maken op de verstrekking EEE, maar ook op "verwijzing" of advies van andere disciplines uit de desbetreffende instelling of uit de eerste lijn zoals fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen.*
- *Een patiënt die tijdens opname in een verpleeghuis of ander type zorginstelling is behandeld door een ergotherapeut en bij ontslag naar huis, in zijn of haar thuissituatie verder moet worden behandeld door een ergotherapeut, moet ook zonder verwijzing van de verpleeghuisarts, huisarts of specialist aanspraak kunnen maken op de verstrekking EEE. In deze situatie schrijft de ergotherapeut uit de instelling rechtstreeks (zonder tussenkomst van een arts) een overdracht voor de ergotherapeut die EEE levert.*
- *Een patiënt die eerder in behandeling bij een ergotherapeut is geweest kan, wanneer hij/ zij dit zelf nodig acht, zich zonder verwijzing aanmelden voor EEE en aanspraak maken op de verstrekking EEE.*

Standpuntbepaling vakgroep Vrijgevestigde ergotherapeuten

Het is zeker haalbaar voor de groep vrijgevestigde ergotherapeuten om over te gaan tot directe toegankelijkheid. De groep is hier ook toe bereid *wanneer alle andere beroepsgroepen uit de eerste lijn ook meedoen*. Het heeft namelijk geen prioriteit omdat de schakel van verwijzing niet als probleem, maar eerder als prettig wordt ervaren. De prioriteit ligt bijvoorbeeld eerder bij het onderhandelen om een hoger tarief, wijziging van de verhouding directe/ indirecte tijd of uitbreiding bewerkstelligen van het maximum aantal uren (standpunt hele vakgroep).

Het gebeurt nu ook wel eens dat mensen op eigen initiatief zich rechtstreeks telefonisch aanmelden voor ergotherapie. Er wordt dan echter altijd eerst terugverwezen naar de huisarts of specialist voor een verwijzing. Het gebeurt ook wel eens dat patiënten zelf bedenken dat ergotherapie voor hun wel eens goed zou kunnen zijn en aan hun huisarts of specialist een verwijzing vragen. In sommige gevallen verwijst de huisarts echter door naar een andere discipline.

Het lijkt niet zinvol om de directe toegankelijkheid van EEE toe te spitsen op een bepaalde doelgroep of categorie hulpvraag. EEE moet of *geheel* direct toegankelijk worden *of niet*. Een gedeeltelijke toegankelijkheid is ook lastig te verantwoorden naar de verschillende patiëntengroepen toe.

Belangrijke kanttekening: de huidige schakel van verwijzing wordt niet als probleem ervaren. Het is juist erg prettig om van te voren een medische diagnose te hebben. Daarnaast wordt het terug rapporteren naar de huisarts vaak gezien als een stukje PR voor de ergotherapie. De huisarts krijgt via deze weg meer inzicht in de mogelijkheden van ergotherapie.

Standpuntbepaling vakgroep Eerste lijn

In principe moet het mogelijk zijn om EEE direct toegankelijk te maken. Het lijkt niet zinvol om de directe toegankelijkheid van EEE toe te spitsen op een bepaalde doelgroep of categorie hulpvraag. EEE moet *of geheel* direct toegankelijk worden *of niet*. Ook het beperken van de directe toegankelijkheid tot vragen waarvoor standaarden, richtlijnen

en (samenwerkings-) protocollen bestaan lijkt niet zinvol. Er kan wel gewerkt worden met standaarden en protocollen, maar bij zorgvuldig gebruik van de huidige standaarden en protocollen neemt dit te veel tijd in beslag. In de eerste lijn is het gezien de hoge tijdsdruk (je hebt maar 10 uur) vrijwel niet haalbaar en vaak ook niet zinvol om op een dergelijke manier te werken.

Belangrijke kanttekening: het moet wel altijd mogelijk blijven om informatie uit te wisselen met onder andere de huisarts.

Standpuntbepaling vakgroep Verpleeghuizen

Het is haalbaar voor de ergotherapeuten die in verpleeghuizen werken om over te gaan tot directe toegankelijkheid. Het gebeurt nu ook wel eens dat mensen zich telefonisch aanmelden voor ergotherapie op 'verwijzing' van de thuiszorg, een familielid, mantelzorger of fysiotherapeut uit de eerste lijn. De patiënt meldt zich bijna nooit helemaal uit zichzelf aan. Toch blijkt uit ervaring dat mensen die specifiek een hulpvraag hebben op het gebied van de ergotherapie de ergotherapeut ook in een instelling wel weten te vinden (vaak via mond tot mond reclame). Sommige mensen moeten wel een drempel over voordat zij naar het verpleeghuis bellen.

Het is ook wenselijk om ergotherapie direct toegankelijk te maken. Het gebeurt nu vaak dat, wanneer er een advies voor iemand in een verzorgingshuis geschreven moet worden, eerst het advies geschreven wordt en dat naderhand de verwijfsbrief wordt gevraagd. Wanneer de ergotherapeut vanuit het verpleeghuis op huisbezoek gaat, wordt er wél altijd eerst om een verwijfsbrief gevraagd. Of de verwijfsbrief inhoudelijk veel toevoegt wisselt sterk.

In principe komen alle doelgroepen en soorten hulpvragen in aanmerking voor directe toegankelijkheid. Extramurale eerstelijns ergotherapie vanuit een verpleeghuis zou dus *in zijn geheel* direct toegankelijk kunnen worden gemaakt. *Kinderen* worden echter vrijwel nooit behandeld, omdat hiervoor te weinig kennis in huis is. Deze worden doorverwezen naar revalidatiecentra of ziekenhuizen.

Belangrijke kanttekening: de huisarts moet wel op de hoogte blijven.

Standpuntbepaling regionaal niveau

Ook op regionaal niveau is geïnventariseerd hoe men tegenover directe toegankelijkheid van ergotherapie staat (Zie Bijlage A). In de regionale vragenlijst is zowel gevraagd naar de mening van de desbetreffende regio over directe toegankelijkheid van ergotherapie als naar de persoonlijke mening van de regionale contactpersoon. Uiteindelijk hebben 12 van de 16 contactpersonen een reactie teruggestuurd. Vrijwel alle respondenten vermelden een aantal kanttekeningen en opmerkingen bij hun standpunt.

Vier respondenten gaven aan dat hun regio *positief* staat tegenover directe toegankelijkheid van ergotherapie. Het betreft de regio's: 'Rotterdam-Noord', 'Tilburg en omstreken', 'Friesland' en 'Nijmegen en omstreken'. Zo merkt de regiogroep 'Rotterdam-Noord' op, dat directe toegankelijkheid aanluit bij de tendens van vrije toegankelijkheid in de samenleving. Volgens hen moeten risico's echter wel worden afgedekt en zal een aanmelding plaats moeten vinden waarbij personalia, vraagstelling en ziektekostenverzekeraar achterhaald moet worden. De regiogroep 'Tilburg en omstreken' merkt op dat een groot gedeelte van hun cliënten zich al zelf (of via

thuiszorgmedewerkers en/of verzorgend personeel uit het verzorgingshuis) aanmeldt en dat de verwijzing vaak in tweede instantie wordt geregeld. De regiogroep 'Nijmegen en omstreken' plaatst de volgende kanttekening bij hun standpunt: 'mits aan voorwaarden zoals PR, budget, communicatie, rechtspositie en duidelijkheid wordt voldaan'. Daarnaast vragen zij zich af of ergotherapie en EEE al voldoende bekend is om deze direct toegankelijk te kunnen maken.

De regiogroep eerstelijns ergotherapeuten Den Haag gaf aan *neutraal* tegenover directe toegankelijkheid van ergotherapie te staan. En merkt hierbij op dat een standpuntbepaling ook zeer afhankelijk is van de instelling waaruit EEE wordt geleverd.

Een andere regiogroep uit Rotterdam Noord gaf aan dat zij *zowel positief als negatief* tegenover directe toegankelijkheid staan. Enerzijds positief, omdat de cliënt minder afhankelijk is van de mening van de arts en het binnen het idee van het persoonsgebonden budget (PGB) past. Anderzijds negatief, omdat mensen kunnen shoppen, onduidelijk is wie het overzicht houdt, het vak ergotherapie nog niet bekend genoeg is en zij zich afvragen of de cliënten de ergotherapie wel kunnen vinden. Tevens wijzen zij op het feit dat in de praktijk blijkt dat cliënten hun ziektegeschiedenis of diagnose lang niet altijd weten. In dergelijke gevallen heb je volgens hen wel een verwijzing met een diagnose van de arts nodig voor een betere behandeling.

Zes respondenten gaven aan dat de mening in hun regio *onbekend en/of nog niet aan de orde is geweest*. De persoonlijke mening van de contactpersonen wordt hier verder buiten beschouwing gelaten omdat in hoofdstuk 6 de persoonlijke mening van het uitvoerende niveau al aanbod komt.

Standpuntbepaling van andere partijen

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de indruk dat ergotherapie een goede professionele organisatie is en is geïnteresseerd om de visie van de beroepsgroep zelf te vernemen. VWS heeft ten aanzien van ergotherapie geen specifieke beleid voornemens m.b.t. directe toegankelijkheid. In het hoofdlijnen akkoord van de regering zijn geen plannen opgenomen over de vergoeding van ergotherapie. Waarschijnlijk mede omdat ergotherapie sterk gericht is op gehandicapten en revalidatie. Dit zijn gebieden die in het regeerakkoord worden ontzien. Bij directe toegankelijkheid in de eerste lijn is het belangrijk dat iemand overzicht houdt over het medische dossier. Het voordeel van werken op verwijzing is dat hierdoor wel informatie in de dossiers van de verwijzers wordt opgenomen. Bij directe toegankelijkheid bestaat een risico dat dit minder systematisch gebeurt. VWS is van mening dat het voor alle betrokken beroepsgroepen goed is om de eventuele verkenning uit te voeren in het verlengde van de studie op het terrein van de fysiotherapie.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn zeer geïnteresseerd in de resultaten van de studie naar directe toegankelijkheid en willen zo goed mogelijk worden geïnformeerd. ZN spreekt zijn twijfel uit over directe toegankelijkheid van ergotherapeuten in de eerste lijn. Er wordt niet verwacht dat er van ergotherapie een sterk aanzuigende werking uit zou gaan wanneer deze direct toegankelijk wordt. Wel zou de directe toegankelijkheid aan voorwaarden moeten voldoen. Vooral kan gedacht worden aan mensen die al in het traject zitten en die een aanvullend advies nodig hebben. Wellicht dat op dit terrein aparte productafspraken kunnen worden gemaakt.

De LHV staat in het algemeen zeer kritisch tegenover ontwikkelingen op het terrein van de directe toegankelijkheid. Met betrekking tot de ergotherapie wijst de LHV op het feit

dat de verwijzing naar de ergotherapie voor een belangrijk deel via de tweede lijn verloopt. Het is wel belangrijk dat ergotherapie ook in de eerste lijn een rol speelt. De huisarts dient goed geïnformeerd te zijn over alles wat op gezondheidsterrein met zijn patiënten gebeurt, dus ook met betrekking tot de ergotherapie.

NPCF staat positief tegenover directe toegankelijkheid van de ergotherapie. Belangrijk is dat het belang van de patiënt wordt bewaakt. Zij spreken in dat verband over een Patiënt Effect Rapportage (PER). De NPCF benadrukt in zijn algemeenheid dat: a. Juiste diagnostiek en geschiktheid om een goede diagnose te kunnen stellen gewaarborgd moet worden en zonodig een terugverwijzing naar de huisarts; b. Het patiëntenperspectief wordt meegenomen en gewaarborgd; c. Er duidelijkheid komt over de klachten en aandoeningen waarvoor de patiënt/consument zich direct tot de ergotherapeut kan wenden, wat hoge eisen stelt aan de communicatie met en de kwaliteit en toegankelijkheid van de informatie voor patiënten/consumenten; d. Geprotocolleerde communicatie en rapportage plaats vindt aan de huisarts.

4.3 Voor- en nadelen van een direct toegankelijke ergotherapie

De voor- en nadelen van het direct toegankelijk maken van enkelvoudige extramurale ergotherapie en de eerstelijns zorg in het algemeen worden hieronder in tabelvorm weer gegeven (zie tabel 4.1 en 4.2).

Tabel 4.1 Voordelen direct toegankelijke ergotherapie in de eerste lijn

Voordelen direct toegankelijke enkelvoudige extramurale ergotherapie	Vakgroep Vrijgevestigden	Vakgroep Eerste lijn	Vakgroep Verpleeghuizen
Cliënten die nu verkeerd worden doorverwezen door bijvoorbeeld de huisarts kunnen dan wel terecht bij de ergotherapeut	*		
De patiënt wordt gestimuleerd om zelf zijn verantwoordelijkheid te nemen t.a.v. de zorg die hij/ zij voor zichzelf nodig acht	*	*	
Je kunt een patiënt sneller in behandeling nemen. Het duurt nu meestal 3 weken voordat je de verwijzing krijgt. In zo'n geval moet je de patiënt bij het eerste contact in eerste instantie 'nee' verkopen		*	
belasting van de huisarts neemt misschien af		*	*
Bij een directe toegankelijkheid hoeft de patiënt minder stappen te doorlopen. De drempel wordt dan met name voor ouderen waarschijnlijk lager om met een hulpvraag naar de ergotherapeut te stappen			*

* Dit punt is naar voren gekomen in het interview met de desbetreffende contactpersoon.

Tabel 4.2. Nadelen direct toegankelijke ergotherapie in de eerste lijn

Nadelen direct toegankelijke enkelvoudige extramurale ergotherapie	Vakgroep Vrijgevestigden	Vakgroep Eerste lijn	Vakgroep Verpleeghuizen
De huisarts is in de huidige situatie al slecht op de hoogte van de mogelijkheden van ergotherapie. Wanneer de schakel van verwijzing wegvalt wordt ook het enige contact met de huisarts (en daarmee een stukje informatievoorziening) weggenomen	*	*	
Patiënten kunnen bij de ergotherapeut (en ook bij de overige disciplines) komen met 'onbenullige' vragen. Het gevaar van de 'rondshoppende' cliënt	*	*	*
Hoe kun je het contact met overige disciplines waarborgen en vorm geven? (het probleem van een adequate communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn indien deze direct toegankelijk worden gemaakt!)		*	
Het gevaar dat mensen met onrelevante hulpvragen komen (in die zin wordt je dan a.h.w zelf een verwijzer)			*
Het gevaar dat je als ergotherapeut meer taken op je gaat nemen			*
De cliënt raakt het overzicht kwijt wanneer er niet 1 verwijzer meer is			*

* Dit punt is naar voren gekomen in het interview met de desbetreffende contactpersoon.

4.4 Mogelijke invalshoek proefproject

Landelijk niveau

Uit de interviews op landelijk niveau (Zie paragraaf 3.3) kwam reeds naar voren dat het niet zinvol lijkt om de directe toegankelijkheid van EEE toe te spitsen op een bepaalde doelgroep of categorie hulpvraag. Volgens de contactpersonen van de vakgroepen moet EEE *of geheel* direct toegankelijk worden *of niet*. Ook het beperken van de directe toegankelijkheid tot vragen waarvoor standaarden, richtlijnen en (samenwerkings-) protocollen bestaan lijkt niet zinvol.

De werkzaamheden van een ergotherapeut in de extramurale eerstelijns ergotherapie en van een ergotherapeut in het algemeen verschillen dan ook weinig van elkaar. De *mogelijkheden* en *beperkingen* van extramuraal werkende ergotherapeuten (m.n. de vrijgevestigde ergotherapeuten) verschillen echter wél van intramuraal werkende ergotherapeuten (van der Plaats, 2000). Zo komen extramuraal werkende

ergotherapeuten bij de cliënt thuis, waardoor zij een beter zicht krijgen op de woon- en leefsituatie van de cliënt dan de intramuraal werkende ergotherapeuten, die het in de meeste gevallen met het verhaal van de cliënt moeten doen. De extramuraal werkende ergotherapeut heeft vaak meer contact met de familie/ de mantelzorger van de cliënt en ziet het handelen van de cliënt in een voor de cliënt vertrouwde situatie. Dit geeft in veel gevallen een enigszins anders en waarschijnlijk realistischer beeld van het functioneren van de cliënt. Als nadeel worden vaak de vele administratieve handelingen die moeten worden verricht genoemd. Als vrijgevestigde ergotherapeut heb je met veel verschillende verzekeraars en vergoedingsregelingen te maken. Dit in tegenstelling tot de in de meeste gevallen centrale administratie in een instelling. Ook het plannen van de afspraken en het reizen kosten extra tijd.

Wanneer de schakel van verwijzing wegvalt, heeft dit voor de ergotherapie met name praktische en organisatorische gevolgen. De werkzaamheden op zich zullen inhoudelijk weinig of helemaal niet veranderen. Hieronder vindt dan ook een opsomming plaats van tips, aandachtspunten en praktische zaken die van te voren goed geregeld moeten worden wanneer een proefproject directe toegankelijkheid *EEE* eventueel van start gaat (Zie Tabel 4.3 en 4.4).

Tabel 4.3 Randvoorwaarden/ aandachtspunten en tips m.b.t. een proefproject directe toegankelijkheid EEE

Randvoorwaarden/ aandachtspunten/tips	Directeur NVE	Vakgroep Vrijgevestigden	Vakgroep Eerste lijn	Vakgroep Verpleeghuizen
Er zal bijvoorbeeld foldermateriaal moeten worden gemaakt, waarin beknopt staat beschreven wat ergotherapie voor iemand kan betekenen en waarin het proefproject directe toegankelijkheid wordt toegelicht. Deze voorlichting is niet alleen belangrijk naar de patiënt zelf toe, maar ook naar de huisarts en overige disciplines in de eerste lijn toe. Kortom: ergotherapie moet zichzelf kunnen profileren/ dient op de kaart te staan!	*	*	*	
Ook kan gedacht worden aan het benaderen van de Raad voor chronisch zieken en gehandicapten of zij d.m.v. een informatiebericht op hun website en in hun tijdschrift hun leden willen informeren over een proefproject directe toegankelijkheid ergotherapie.	*			
Er moet altijd een mogelijkheid blijven om informatie m.b.t. de diagnose op te vragen bij een huisarts, specialist etc.	*	*		
Er moet altijd terugkoppeling zijn van behandelingen naar een centraal punt, bijvoorbeeld een huisarts.	*	*	*	*
Een goede communicatie en informatie-uitwisseling met de overige disciplines in de eerste lijn is erg belangrijk.	*	*	*	*
Er moeten duidelijke afspraken worden gemaakt tussen de verschillende beroepsgroepen in de eerste lijn over doorverwijzen, voorlichting aan cliënten etc. (wie doet wat?).		*	*	*
Tijdsinvestering en eventuele vergoeding voor deelname aan het proefproject	*	*	*	*

* Dit punt is naar voren gekomen in het interview met de desbetreffende contactpersoon.

Tabel 4.4 Mogelijkheden om inhoudelijk invulling te geven aan een proefproject directe toegankelijkheid EEE

Mogelijkheden om inhoudelijk invulling te geven aan een proefproject directe toegankelijkheid EEE	Directeur NVE	Vakgroep Vrijgevestigden	Vakgroep Eerste lijn	Vakgroep Verpleeghuizen
Preventieve screeningsactiviteiten (75+-ers) (Dit valt echter niet onder de huidige ziekenfonds-verstrekking en wordt dus niet vergoed door zorgverzekeraars!)	*			
Indiceren van hulpmiddelen	*			*
Diagnostiek: afnemen van bijvoorbeeld de sensorische integratietest van Ayres	*			
Hulpvragen gericht op activiteiten en participatieniveau wanneer rekening wordt gehouden met de hierboven genoemde randvoorwaarden	*			
Inhoudelijk zal er weinig veranderen t.o.v nu. Een direct toegankelijke EEE zou op zich wel een goed 'klimaat' kunnen scheppen voor het geven van preventieve voorlichting (over bijvoorbeeld artrose of ergonomie). Preventieve voorlichting heeft niet direct iets te maken met de directe toegankelijkheid, maar kan als een nieuw aandachtsgebied gezien worden.			*	
Inhoudelijk zal er weinig veranderen t.o.v nu. In principe zou er bij directe toegankelijkheid misschien wat kunnen veranderen in de taakverdeling tussen de gemeente/ het RIO en de ARBO-diensten op het gebied van adviseren.				*

* Dit punt is naar voren gekomen in het interview met de desbetreffende contactpersoon.

Regionaal niveau

Ook op regionaal niveau is geïnventariseerd welke praktische zaken er goed moeten worden geregeld voor het opzetten van een proefproject directe toegankelijkheid ergotherapie (Zie bijlage A). De respondenten noemden de volgende aandachtspunten en randvoorwaarden wanneer ergotherapie in hun regio direct toegankelijk zou worden:

- De medewerking van de ziektekostenverzekeraars moet i.v.m declaraties gegarandeerd zijn; er moeten goede afspraken worden gemaakt met ziektekostenverzekeraars (zowel ziekenfonds als particulier) over zaken die wel en niet worden vergoed

- Er moeten PR activiteiten worden georganiseerd voor zowel de potentiële afnemers van EEE als de huisartsen/ verwijzers
- Risico's moeten worden afgedekt
- Er moet een (standaard) aanmeldingsformulier worden gemaakt
- Duidelijkheid omtrent tijdsinvestering (o.a. registratie)
- Vergoeding of compensatie van de extra gemaakte uren
- De beschikbaarheid van medische gegevens en rechtspositie moeten worden gewaarborgd
- De betrokkenheid van de verwijzers
- Er moeten afspraken met (huis)artsen worden gemaakt over o.a. de benodigde medische informatie
- Een officieel vastgestelde diagnose blijft in veel gevallen een 'must'
- De huisarts kan een belangrijke rol spelen om het ongecoördineerd shoppen van patiënten te voorkomen of beperken (als ergotherapeut loop je het risico dat je veel tijd stopt in een patiënt terwijl dit uiteindelijk niet effectief is).

Daarnaast is geïnventariseerd welke vormen van ergotherapie volgens de respondenten in aanmerking komen voor directe toegankelijkheid (Zie bijlage A). Hierbij konden de respondenten kiezen uit de volgende opties:

1. EEE door vrijgevestigde ergotherapeuten,
2. EEE door ergotherapeuten die vanuit een (AWBZ) instelling EEE leveren (hierbij kon de respondent een eventuele voorkeur voor het type (AWBZ) instelling(en) aangeven),
3. een andere vorm of
4. geen enkele vorm.

Zes respondenten gaven aan dat, zowel EEE door vrijgevestigde ergotherapeuten als EEE door ergotherapeuten uit een instelling, in aanmerking komen voor directe toegankelijkheid. Vier respondenten kozen alleen voor optie 2 (ergotherapeuten die vanuit een instelling EEE leveren), 1 respondent stelde een ander vorm voor en 1 respondent vond geen enkele vorm in aanmerking komen. De respondent die een andere vorm voorstelde, noemde de volgende vorm: 'een eenmalig consult of advies onafhankelijk van het feit of de EEE door een vrijgevestigde ergotherapeut of door een ergotherapeut vanuit een instelling wordt geleverd'. Drie respondenten gaven een voorkeur aan voor het soort instelling, te weten: een verzorgingshuis of aanleunwoning en een verpleeghuis. Bovenstaande gegevens kunnen enigszins vertekend zijn door het feit dat 11 van de 12 respondenten regionale contactpersonen betrof die zelf vanuit een instelling werken. Vrijgevestigde ergotherapeuten zijn gezien het (nu nog) geringe aantal (n=61) voornamelijk alleen landelijk georganiseerd.

Op regionaal niveau is tevens gevraagd of er in de regio nu *al initiatieven zijn die in de richting van directe toegankelijkheid van ergotherapie gaan* (Zie bijlage A). Hierbij werden de volgende voorbeelden gegeven: 'Zijn er bijvoorbeeld samenwerkingsverbanden of werkafspraken gemaakt tussen disciplines in de eerste lijn (bijvoorbeeld wat betreft het bespreken van patiënten of onderling (door)verwijzen van patiënten?' en 'Of is de instelling of vrijgevestigde praktijk bijvoorbeeld in principe direct toegankelijk, maar wordt er achteraf een verwijfsbrief gevraagd?'

Vier respondenten gaven aan dat dit het geval was. Het gaat dan om de volgende initiatieven en/of samenwerkingsverbanden:

- 'Vaak belt een cliënt of ergotherapie hem iets te bieden heeft. Ik adviseer de cliënt dan een verwijfsbrief te halen bij de huisarts. Daarnaast is er een informele samenwerking met enkele fysiotherapeuten in de regio, die bestaat uit onderlinge

raadpleging en doorverwijzing. De cliënt moet echter wel naar de huisarts voor een verwijzing'.

- 'De instelling is direct toegankelijk, maar er wordt achteraf wel een verwijsbrief gehaald'.
- In Dordrecht is een samenwerkingsverband genaamd 'Ergoplus' dat werkt met een centraal meldpunt voor advies of informatie. Het in behandeling nemen van cliënten kan echter pas na schriftelijke verwijzing van een behandelend arts. Naast cliënten bellen ook regelmatig wijkverpleegkundigen of doktersassistenten naar het centraal meldpunt. Het bemannen van het centraal meldpunt wordt echter niet vergoed.

5 Kwaliteitseisen ergotherapeuten

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de huidige kwaliteitseisen beschreven waaraan ergotherapeuten moeten voldoen. Tijdens de haalbaarheidsstudie is op alle niveaus ingegaan op de vraag *of en zo ja welke* aanvullende kwaliteitseisen moeten worden gesteld wanneer ergotherapie in de eerste lijn direct toegankelijk wordt. Deze mogelijke consequenties van directe toegankelijkheid worden als laatste beschreven.

5.2 Huidige kwaliteitseisen ergotherapeuten

De Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE) heeft gekozen voor een vrijwillige registratie van ergotherapeuten in het Kwaliteitsregister Paramedici. Dat houdt voor ergotherapeuten in dat zij zich kunnen registreren in het *basisregister*, waarvoor een diploma ergotherapie verplicht is, en als zij aan de eisen voldoen zij zich kunnen laten registreren in het kwaliteitsregister Paramedici. In 2005 kunnen de ergotherapeuten zich voor het eerst registreren in het kwaliteitsregister als zij aan kunnen tonen dat zij het benodigde aantal accreditatiepunten hebben gehaald. Bij- en nascholingen worden geaccrediteerd door de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici. De Algemene Leden Vergadering (ALV) van de NVE heeft vastgesteld voor welke activiteiten ergotherapeuten punten kunnen krijgen.

In het onderstaande kader staan de criteria voor registratie in het Kwaliteitsregister Paramedici voor ergotherapie weergegeven.

In 2002 hebben 286 nieuwe ergotherapeuten zich ingeschreven in het basisregister. Totaal zijn er, per 31 december 2002, 2547 ergotherapeuten ingeschreven.

Op 6 maart 2003 hebben vertegenwoordigers van de 10 beroepsgroepen die samenwerken in de stichting Kwaliteitsregister een start gemaakt met het nadenken over de uitgangspunten voor criteria voor inschrijving in het register voor de periode 2005 tot 2010. Centraal stond de vraag: Is het wenselijk om te komen tot gelijklopende criteria voor de verschillende beroepsgroepen? Op dit moment zijn er verschillen in criteria die naar externe partijen (cliënten, verzekeraars, werkgevers) moeilijk te verklaren zijn. Om de geloofwaardigheid van het register te vergroten lijkt het van belang meer overeenstemming te verkrijgen over de criteria (NVE, 2003).

In het verleden heeft de NVE kwaliteitseisen geformuleerd voor ergotherapeuten die in de EEE willen gaan werken. Deze kwaliteitseisen zijn, nadat de inspectie de NVE erop had gewezen dat geen enkele paramedische beroepsgroep dit soort eisen stelt, niet geïmplementeerd.

Iedereen die het diploma voor ergotherapeut heeft behaald mag een eigen praktijk starten (EEE uitoefenen). Hiervoor zijn geen aanvullende eisen opgesteld of is werkervaring nodig.

Criteria registratie in het kwaliteitsregister paramedici voor ergotherapie

De criteria

Om voor registratie in het Kwaliteitsregister Paramedici in aanmerking te komen moet de ergotherapeut voldoen aan de volgende criteria.

Werkervaring

Gedurende de inschrijfperiode van 5 jaar in het basisregister is de ergotherapeut minimaal gedurende 18 maanden als ergotherapeut werkzaam geweest en heeft hij/zij minimaal 1440 uur patiënt-/cliëntgerichte werkzaamheden verricht die deel uitmaken van het deskundigheidsgebied van de ergotherapeut zoals omschreven in het Besluit diëtist, ergotherapeut, logopedist, mondhygiënist, oefentherapeut, orthoptist en podotherapeut, Staatsblad 1997, 523 (24 oktober 1997).

Deskundigheidsbevordering

Gedurende de inschrijfperiode van 5 jaar heeft de ergotherapeut 100 punten behaald uit deskundigheidsbevorderende activiteiten.

Van het totaal aantal van 100 punten moeten minimaal 40 punten (40 studiebelastingsuren) door middel van het volgen van bij-/nascholingsactiviteiten behaald worden. De ergotherapeut is geheel vrij in de keuze van de inhoud van scholingsactiviteiten, mits de scholingsactiviteiten betrekking hebben op paramedische beroepsuitoefening. Vakspecifieke scholingsactiviteiten leveren per scholingsactiviteit 2 bonuspunten op ten opzichte van algemeen paramedische scholingsactiviteiten. Geaccrediteerde scholingsactiviteiten leveren per scholingsactiviteiten (ongeacht de omvang in studiebelastingsuren) 2 bonuspunten per cursus op ten opzichte van niet geaccrediteerde scholingsactiviteiten.

De resterende 60 punten kunnen worden behaald door middel van deelname aan onderstaande deskundigheidsbevorderende activiteiten of door het volgen van bij-/nascholingsactiviteiten.

1. Het *geven van scholing* levert punten op mits het een scholingsactiviteit betreft waarvan het volgen punten zou opleveren. Elk contactuur levert 1 punt op. Wanneer een ergotherapeut dezelfde scholingsactiviteit meerdere malen gedurende hetzelfde registratie jaar verzorgt, telt deze maximaal één keer per registratiejaar mee.
2. Het *begeleiden van een stagiaire* van de beroepsopleiding levert 2 punten per stagiaire per stageweek op wanneer er een duidelijke stagerichtlijn van de opleiding aanwezig is.
3. Het *deelnemen aan door het bestuur ingestelde vak- en/of werkgroepen of het uitwerken van vakinhoudelijke opdrachten van het bestuur van de NVE*, levert een door het bestuur van de NVE vast te stellen aantal punten op, met een maximum van 5 punten per jaar. Voorwaarde is minimaal 80% aanwezigheid.

5.3 Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief

De Nederlandse Patiënten/ Consumenten Federatie (NPCF) heeft in samenwerking met de NVE het project 'Ergotherapeutische behandeling vanuit patiëntenperspectief' uitgevoerd. De kern van het patiëntenperspectief is dat ergotherapie voor cliënten meer

is dan het technisch handelen en het behandelingsresultaat. De ergotherapeut dient cliëntgericht en vraaggericht te werken. De resultaten uit dit project zijn verwerkt in de Beroepscode Ergotherapeut 2001. De NPCF heeft uit meer dan 80 kwaliteitscriteria voor ergotherapie een top 10 samengesteld. De top 10 van kwaliteitscriteria voor ergotherapie vanuit patiëntenperspectief wordt in onderstaand kader weergegeven.

De top 10 van kwaliteitscriteria voor ergotherapie vanuit patiëntenperspectief (NPCF)

Informatie

1. De ergotherapeut draagt er zorg voor dat de informatie met betrekking tot cliënten vertrouwelijk wordt behandeld. De overdracht van informatie aan derden is goed geregeld.
2. De cliënt krijgt informatie over het behandel-/adviesplan.

Vakbekwaamheid

3. De ergotherapeut voorkomt dat hij een cliënt een verkeerd advies of aanpassing geeft.
4. De ergotherapeut heeft kennis van de therapeutische mogelijkheden.

Bejegening

5. De ergotherapeut luistert goed naar hetgeen de cliënt te vertellen heeft.
6. De ergotherapeut neemt de cliënt serieus.

Zelfstandigheid

7. Door de behandeling wordt voorkomen dat de cliënt onnodig afhankelijk wordt van kennissen of vrienden.
8. De ergotherapeut overlegt met de cliënt over de behandeling/advisering.

Accommodatie

9. De praktijk en de ruimtes zijn toegankelijk en doorgankelijk voor cliënten.

Steun

10. De cliënt krijgt steun van de ergotherapeut bij het leren omgaan met voorzieningen.

Het NIVEL heeft samen met de NVE een specifieke vragenlijst ontwikkeld voor het meten van kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van mensen die ergotherapie in de thuissituatie hebben gehad. Met deze onderzoeksmethode kunnen ergotherapeuten de kwaliteit van hun professionele handelen voortaan bewijzen, verbeteren en behouden. In deze zogeheten QUOTE-vragenlijst (QUality Of care Through the patient's Eyes) wordt patiënten eerst gevraagd welke verwachtingen zij hebben of hadden van hun ergotherapiebehandeling. Vervolgens worden de concrete ervaringen getoetst. Deze twee uitkomsten kunnen worden gekoppeld, zodat duidelijk wordt of ergotherapeuten goed scoren op de punten die patiënten belangrijk vinden. Bij het ontwikkelen van de vragenlijst zijn patiënten vanaf het begin betrokken, dat wil zeggen vanaf het formuleren van de kwaliteitscriteria (NVE, 2003).

5.4 Specifieke eisen

Op de vraag of een ergotherapeut aan specifieke eisen moet voldoen, wanneer de ergotherapie in de eerste lijn direct toegankelijk wordt gemaakt, kan voor een belangrijk deel worden volstaan met de verwijzing naar bovengenoemde kwaliteitseisen. Uit de interviews op landelijk niveau kwam naar voren dat wanneer ergotherapeuten aan deze eisen voldoen, mag worden aangenomen dat zij in staat zijn hulpvragen van cliënten adequaat af te handelen. De contactpersoon van de vakgroep Eerste lijn wees hierbij nog op het feit dat inschrijven in het kwaliteitsregister nu vrijwillig is, maar dat deze mogelijk bij een directe toegankelijkheid verplicht gesteld moet worden. Daarnaast zou men erover kunnen denken om bepaalde scholingsactiviteiten/ onderdelen verplicht te stellen. Het is echter lastig om deze in dit stadium concreet te benoemen.

Eén aspect komt echter uitdrukkelijk naar voren. De huidige ergotherapeuten zijn opgeleid om te werken op basis van een verwijzing van een huisarts, verpleeghuisarts of specialist. Wanneer een dergelijke verwijzing weg valt is het van essentieel belang dat er altijd een mogelijkheid is om een medische diagnose en/of medische informatie op te vragen bij de behandelend arts/ centraal informatiepunt als daar behoefte aan is. Daarnaast zijn de ergotherapeuten van mening dat de huisartsen op hoogte moeten worden gehouden van de behandeling van hun patiënten.

5.5 Verantwoordelijkheid

Een aantal ergotherapeuten waarmee is gesproken stelt vragen bij de verantwoordelijkheid. In principe is de huisarts als verwijzende schakel in de huidige situatie de eindverantwoordelijke. Wanneer de ergotherapeut een patiënt zonder verwijzing behandelt, wie is er dan verantwoordelijk als er iets fout gaat? En maakt het daarbij verschil of de ergotherapeut in dienst is van een zorginstelling of dat hij/zij een eigen praktijk heeft?

Daarnaast moeten goede afspraken gemaakt worden tussen de verschillende zorgverleners in de eerste lijn (Wie doet wat?).

6 Communicatie en registratie relevante gegevens

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de volgende vraag: *Aan welke voorwaarden moet de communicatie- en informatie uitwisseling tussen zorgverlener(s), zorgverzekeraar en patiënt voldoen om deze in een direct toegankelijke eerstelijnszorg zo optimaal mogelijk te laten verlopen?*

Zowel de communicatie naar de patiënt toe als de communicatie tussen ergotherapeut en huisarts worden besproken. Daarnaast wordt ingegaan op de communicatie tussen ergotherapeut, huisarts en zorgverzekeraar en het registreren van patiëntengegevens voor de dossiervorming en de declaratie bij de ziektekostenverzekeraar.

6.2 Communicatie ergotherapeut-patiënt

Tijdens de interviews op landelijk niveau kwam naar voren dat een goede voorlichting over ergotherapie en wat ergotherapie voor iemand kan betekenen heel erg belangrijk is. Deze voorlichting is niet alleen belangrijk naar de patiënt zelf toe, maar ook naar de huisarts en overige disciplines in de eerste lijn toe. Er zal bijvoorbeeld foldermateriaal moeten worden gemaakt, waarin beknopt staat beschreven wat ergotherapie voor iemand kan betekenen en waarin het proefproject directe toegankelijkheid wordt toegelicht. Ook kan gedacht worden aan het benaderen van de raad voor chronisch zieken en gehandicapten of zij d.m.v. bijvoorbeeld een informatiebericht op hun website en hun tijdschrift hun leden willen informeren over een proefproject directe toegankelijkheid.

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) heeft in het kader van het programma Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg (BKPZ) in samenwerking met de NVE het project 'Ergotherapeutische behandeling vanuit patiëntenperspectief' uitgevoerd (Zie 4.3) (NPCF, 2001; NVE, 2001). Algemene aspecten die volgens de NPCF een rol spelen bij het adequaat informeren van de patiënt worden in het onderstaande overzicht weergegeven. Daarnaast wordt een overzicht gegeven van aspecten die volgens de NPCF een rol spelen bij een adequate dossiervorming. Beide overzichten maken deel uit van de beroepscode voor ergotherapie die onder alle leden van de NVE wordt verspreid door de beroepsvereniging zelf.

Criteria informatievoorziening NPCF

Informatievoorziening

- De ergotherapeut verstrekt informatie die de cliënt nodig heeft om zelf op een verantwoorde manier beslissingen te kunnen nemen over zijn gezondheid
- De ergotherapeut informeert de cliënt over de te verwachten resultaten en/of consequenties van de behandeling en bespreekt met de cliënt de voortgang van de behandeling
- De ergotherapeut verzekert zich ervan dat de cliënt alle informatie heeft begrepen
- De ergotherapeut informeert de cliënt over de wijze waarop de klachtregeling is opgezet

Criteria dossiervorming NPCF

Dossiervorming

- Bij het vastleggen en opbergen van benodigde gegevens voor behandeling/advisering van de cliënt neemt de ergotherapeut wettelijke bepalingen hieromtrent in acht, evenals regels van de instantie waar hij werkzaam is
- De ergotherapeut is verplicht een dossier bij te houden. Hij verzamelt daartoe slechts die gegevens die relevant zijn
- De ergotherapeut beschermt te allen tijde de vertrouwelijkheid van gegevens over de cliënt. Hij draagt er zorg voor dat deze gegevens uitsluitend openbaar worden gemaakt aan personen die betrokken zijn bij de behandeling/advisering, en voor zover dit noodzakelijk is voor de behandeling/advisering
- Aan de cliënt wordt altijd toestemming gevraagd voordat informatie over hem openbaar wordt gemaakt. In geval van wettelijke of rechterlijke dwang zal de aangewezen juridisch verantwoordelijke persoon deze toestemming dienen te verlenen
- De ergotherapeut kent de rechten van de cliënt zoals vastgelegd in de Wet Bescherming Persoonsgegevens en de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst en zal handelen in overeenstemming met het bepaalde bij of krachtens deze wetten
- De ergotherapeut verleent de cliënt inzage in zijn eigen dossier
- De ergotherapeut beroept zich jegens de rechter op het wettelijk erkende verschoningsrecht, indien het afleggen van een getuigenis of beantwoording van bepaalde vragen hem in strijd zou kunnen brengen met zijn plicht tot geheimhouding

6.3 Communicatie huisarts-ergotherapeut

De vakgroepvertegenwoordigers en de directeur van de NVE waren het unaniem eens over het feit dat er altijd een mogelijkheid moet blijven om informatie m.b.t. de diagnose op te vragen bij de behandelende arts. Daarnaast moet er in het geval van een direct toegankelijke eerstelijns zorg terugkoppeling zijn van behandelingen naar een centraal punt (momenteel de huisarts). Een ander belangrijk punt wat naar voren kwam is dat de verschillende disciplines elkaar op de hoogte moeten houden wanneer zij een zelfde patiënt behandelen.

Tijdens de interviews zijn verschillende opties genoemd zoals een elektronisch dossier, een landelijk beveiligd e-mail systeem of de mogelijkheid om eventueel aan te sluiten bij het huisartsen-informatiesysteem. Een gedeelte van dit systeem zou misschien toegankelijk kunnen worden gemaakt voor paramedici.

Fysiek bij elkaar komen kost volgens het merendeel van de geïnterviewden veel tijd, informatie uitwisseling per post of via de telefoon moet in principe voldoende zijn. De voorkeur gaat echter uit naar een centraal elektronisch informatiepunt. Hierbij moet echter wel rekening gehouden worden met het waarborgen van de privacy van de patiënt.

De NVE heeft een tweetal standaarden ontwikkeld om de schriftelijke informatie uitwisseling tussen verwijzer (in veel gevallen de huisarts) en ergotherapeut goed te laten verlopen. Het betreft het 'rapportageformulier extramurale ergotherapie' en het 'verwijsformulier extramurale ergotherapie'. Veelal hebben instellingen en

vrijgevestigden hun eigen verwijs- en rapportageformulier ontwikkeld die vaak wel gebaseerd zijn op de formulieren die door de NVE zijn ontwikkeld.

Een belangrijk punt wat naar voren kwam uit de interviews op landelijk niveau was dat de huisarts vaak beperkt op de hoogte is van de mogelijkheden van de ergotherapeut en daardoor ook minder snel geneigd is naar de ergotherapie te verwijzen. Een dergelijke conclusie werd al eerder door van der Meert en van der Veen (1999) getrokken in het onderzoeksrapport SWOKA "Vervolgevaluatie subsidieregeling enkelvoudige extramurale ergotherapie". Zij concludeerden destijds dat de helft van de huisartsen niet goed weet wat ergotherapie voor een patiënt kan betekenen en dat de onbekendheid met ergotherapie een remmende werking heeft op het aantal verwijzingen. De geïnterviewden gaven dan ook aan dat het van groot belang is dat de huisarts wel op de hoogte blijft van het behandelresultaat mocht de schakel van verwijzing in de toekomst weg vallen!

De beroepsvereniging start binnenkort met het ontwikkelen van een voorlichtingsbijeenkomst voor "werkgroepen deskundigheidsbevordering huisartsen", de vakgroepen gaan meehelpen de bijeenkomst te ontwikkelen en ook de voorlichting voor geïnteresseerde huisartsenwerkgroepen te verzorgen.

In het verleden heeft een viertal studenten van Schoevers in opdracht van de NVE het "communicatie-adviesplan ergotherapeut-huisarts in het kader van EEE" geschreven (NVE, 2001). Dit plan had als doel: ergotherapeuten in staat stellen door middel van een goede methode een relatienetwerk op te bouwen met de huisartsen uit hun regio zodat zij op deze manier de indicatiestelling en specifieke behandelingskenmerken kunnen verduidelijken aan de huisartsen. Het uiteindelijke doel van dit plan was: het aantal verwijzingen voor EEE door de huisarts verhogen, door toepassing van de geadviseerde communicatiemethoden.

6.4 Communicatie ergotherapeut-huisarts-zorgverzekeraar

Ook voor de zorgverzekeraars is het van groot belang dat zij adequaat geïnformeerd worden over de directe toegankelijkheid van onder andere de ergotherapeut. In de eerste plaats is het voor de betrokken verzekeraars van belang dat zij geïnformeerd worden over de vrijgevestigde ergotherapiepraktijken en instellingen die EEE leveren die deel uit gaan maken van een proefproject directe toegankelijkheid. Tevens zullen goede afspraken gemaakt moeten worden m.b.t. wet en regelgeving (financiële vergoeding).

In het kader van de Ziekenfondswet (ZFW) dient op basis van de landelijke Uitkomst van Overleg (UVO) een individuele medewerkersovereenkomst tussen beroepsbeoefenaar en zorgverzekeraar te worden afgesloten. De individuele overeenkomst bepaalt de prestatie die de zorgaanbieder moet leveren ten behoeve van de zorgverzekeraar. In ieder geval dient in de individuele overeenkomst een afspraak te worden gemaakt over het tarief. Het tarief voor EEE door instellingen is momenteel vast- gesteld op 12,50 euro per kwartier en 21,00 euro voor de aan-huis-toeslag. Het tarief voor vrijgevestigde ergotherapeuten is in principe vrij, zorgverzekeraars hanteren echter vrijwel altijd het tarief wat voor instellingen geldt ook voor vrijgevestigden.

In de huidige situatie willen verschillende zorgverzekeraars de patiëntengegevens die nodig zijn voor de declaratie elektronisch aangeleverd krijgen. Iedere zorgverzekeraar stelt tot op heden echter zijn eigen eisen aan de inhoud van een (elektronisch) dossier. Zeker in een direct toegankelijke eerstelijns zorg zou het prettig zijn wanneer zorgverzekeraars een eenduidig beleid hierin zouden voeren!

Daarnaast gaf de contactpersoon van de vakgroep 'eerste lijn' aan dat er overeenstemming bereikt moet worden over standpunten die de beroepsgroep t.a.v. EEE in neemt naar de zorgverzekeraar toe. Hierbij kan men onder meer denken aan het maken van afspraken over het wel/niet starten van een behandeling, de eisen waaraan moet worden voldaan en de wijze waarop de declaratie ingediend kan worden.

7 Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder individuele ergotherapeuten

7.1 Inleiding

Om na te gaan hoe ergotherapeuten, die werkzaam zijn in de EEE, tegenover directe toegankelijkheid¹ staan, is een schriftelijke vragenlijst verzonden aan 298 instellingen en vrijgevestigde praktijken (Zie bijlage B). Hiervoor is gebruik gemaakt van een adressenbestand van de Nederlandse Vereniging voor Ergotherapie (NVE). Dit adressenbestand bestond uit alle instellingen en vrijgevestigde praktijken die EEE leveren, die op dat moment bekend waren bij de NVE. Op het voorblad van de vragenlijst staat het verzoek om bij voorkeur de ergotherapeut die het grootste aandeel EEE levert de vragenlijst in te laten vullen. De volgende onderwerpen komen onder meer in de vragenlijst aan bod: de huidige situatie, de toekomstige situatie, de standpuntbepaling, de voor en nadelen van directe toegankelijkheid vanuit de eigen werksituatie gezien, de noodzaak van bijscholing wanneer ergotherapie direct toegankelijk zou worden, de frequentie en wijze waarop er in een dergelijke situatie gerapporteerd wordt naar de huisarts en tot slot de bereidheid van de respondenten om mee te willen werken aan een eventueel proefproject naar de directe toegankelijkheid van ergotherapie. Deze onderwerpen zullen in onderstaande paragrafen aan bod komen.

Er zijn 237 instellingen en 61 vrijgevestigde praktijken aangeschreven. Drie instellingen bleken geen EEE te leveren, 2 instellingen waren foutief geadresseerd en 1 praktijk bleek te zijn opgeheven. De netto benaderbare groep komt hiermee op een totaal van 292. In totaal zijn 167 vragenlijsten geretourneerd. Het betrof hier 39 vrijgevestigde ergotherapeuten en 128 ergotherapeuten die EEE leveren vanuit een instelling. Dit betekent een respons van 57,2%.

In onderstaande tabellen wordt weergegeven vanuit welke setting de respondenten EEE aanbieden en hoeveel uur (contacttijd, reistijd en overige cliëntgebonden tijd samengenomen) zij gemiddeld per week werkzaam zijn als ergotherapeut in de eerste lijn.

¹ Dit begrip werd in de vragenlijst als volgt ingevuld: "De patiënt meldt zich in deze situatie zonder verwijsbrief uit zich zelf (of op aanraden van bijvoorbeeld een fysiotherapeut, wijkverpleegkundige of familielid) aan bij de eerstelijns ergotherapeut.

Tabel 7.1 Settings van waaruit EEE wordt aangeboden (n=176) in %

Settings (meerdere antwoorden mogelijk)	%
Verpleeghuis	55
Vrijgevestigde eigen praktijk	14
Ziekenhuis (algemene en academische ziekenhuizen, gericht op somatiek)	13
Vrijgevestigde groepspraktijk multidisciplinair	6
Revalidatiecentrum	3
Vrijgevestigde groepspraktijk mono disciplinair	3
Thuiszorgorganisatie/ het kruiswerk	2
Instelling voor verstandelijk gehandicapten	1
Gemeente (WVG, GGD)	1
Psychiatrisch ziekenhuis	0
Dagverblijf/ activiteitencentrum	0
Anders, namelijk*	3
Gemiddeld heeft elke respondent 1,01 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'zorgcentrum' en 'verzorgingshuis'.

Tabel 7.2 Gemiddeld aantal uur werkzaam in de eerste lijn (n=175)

	%
0-8 uur EEE per week	46
9-16 uur EEE per week	25
17-24 uur EEE per week	18
25-32 uur EEE per week	6
33-40 uur EEE per week	5

Uit tabel 7.1 en 7.2 komt naar voren dat verreweg het grootste deel van de EEE wordt geleverd door ergotherapeuten uit verpleeghuizen. Daarnaast is het aantal uren dat ergotherapeuten gemiddeld per week werkzaam zijn in de EEE beperkt. Dit gegeven komt overeen met resultaten uit andere onderzoeken die betrekking hebben op extramuraal ergotherapie (Hofhuis et al., 2002; Driessen, 2002).

7.2 Huidige situatie

In de vragenlijst is de respondenten gevraagd of zich in de huidige situatie wel eens cliënten uit zichzelf (eventueel telefonisch) aanmelden bij de praktijk of zorginstelling zonder verwijzing van de huisarts, specialist of verpleeghuisarts. In de tabellen 7.3 t/m 7.7 worden de resultaten weergegeven.

Tabel 7.3 Frequentie van aanmeldingen zonder verwijzing (n=175)

	%
Nee, (bijna nooit)	21
Ja, soms	68
Ja, wekelijks	10
Ja, bijna dagelijks	1
Totaal	100

Uit bovenstaande tabel blijkt dat in de huidige situatie het zeker wel eens voorkomt dat cliënten zich zonder verwijzing van een arts bij een praktijk of zorginstelling aanmelden. De frequentie waarin dit gebeurd is echter niet zo hoog.

Ergotherapeuten die nu al te maken hebben met patiënten die zich zonder verwijzing melden (n=138) is een aantal vervolgvragen voorgelegd. In de tabellen 7.4, 7.5 en 7.6 worden de resultaten weergegeven.

Tabel 7.4 Categorieën cliënten die zich in de huidige situatie zonder verwijzing aanmelden in % (n=138)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Alle categorieën cliënten	32
Patiënten die zich aanmelden op aanraden van bijv. een fysiotherapeut	61
Patiënten met diverse klachten die al bekend zijn met de praktijk/ instelling	48
Chronisch zieken/ gehandicapten	28
Mantelzorgers	27
Andere patiënten, namelijk*	23
Gemiddeld heeft elke respondent 2,18 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'kinderen met leerproblemen/ een ontwikkelingsachterstand' en 'patiënten op zoek naar de juiste hulpmiddelen'.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat wanneer cliënten zich zonder verwijzing van een arts aanmelden, het voornamelijk om cliënten gaat, die zich aanmelden op aanraden van een andere zorgverlener in de eerste lijn (bijvoorbeeld een fysiotherapeut of wijkverpleegkundige) en/of al bekend zijn met de praktijk of instelling.

Tabel 7.5 De belangrijkste interventies die gebruikt zijn tijdens de behandeling van cliënten die zich rechtstreeks hebben aangemeld in % (n=138)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Advies/instructie aan cliënt	85
Advies/aanvraag hulpmiddelen ten laste van ZFW (ziekenfondswet) of cliënt	77
Ergotherapeutische diagnostiek	61
Trainen/oefenen van hulpmiddelen/ voorzieningen	53
Advies/instructie aan derden	50
Trainen/oefenen van activiteiten	41
Functietraining/ sensomotorische training	27
Overige interventies, namelijk*	17
Geen enkele interventie	4
Gemiddeld heeft elke respondent 4,15 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'raamadvies voor WVG t.b.v. een rolstoel', 'terugverwijzing naar huisarts voor een verwijsbrief' en 'doorverwijzing via huisarts naar andere hulpverleners'.

Tabel 7.6 Administratieve en financiële afhandeling wanneer een cliënt zonder verwijzing in behandeling wordt genomen in % (n=138)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
De cliënt wordt eerst terugverwezen naar de huisarts/specialist/verpleeghuisarts voor een verwijsbrief	94
Er wordt achteraf een verwijsbrief van de huisarts/specialist/verpleeghuisarts gevraagd	35
Sommige particuliere verzekeringen vergoeden behandeling zonder verwijzing van huisarts/ specialist/ verpleeghuisarts	4
De cliënt betaalt contant	3
Anders, namelijk*	9
Gemiddeld heeft elke respondent 1,44 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werd o.a. genoemd: 'de eerste afspraak wordt alvast gemaakt met het verzoek om de verwijzing te regelen'.

In bovenstaande tabellen staat hoeveel procent van de 138 ergotherapeuten een bepaalde antwoordcategorie heeft aangevinkt. Het blijkt dat, wanneer cliënten zich in de huidige situatie zonder verwijzing aanmelden, zij in veel gevallen eerst worden terugverwezen of er wordt achteraf een verwijsbrief van de behandelende arts gevraagd. Tijdens de behandeling van deze cliënten worden diverse interventies gebruikt (Zie tabel 7.5).

7.3 Toekomstige situatie

Men kan zich afvragen, wanneer EEE direct toegankelijk zou worden, of dit voor alle categorieën cliënten haalbaar/wenselijk is, of alleen voor specifieke categorieën. Een zelfde vraag kan men stellen met betrekking tot de soorten interventies die ergotherapeuten in een direct toegankelijke eerste lijn zouden kunnen verrichten. Deze vragen zijn aan alle respondenten gesteld. Tevens hebben zij de gelegenheid gekregen om belangrijke aandachtspunten ten aanzien van een direct toegankelijke EEE kenbaar te maken voor de eigen werksituatie.

Tabel 7.7 Categorieën cliënten geschikt geacht voor directe toegankelijkheid van ergotherapie in % (n=175)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Alle categorieën cliënten	39
Patiënten die zich aanmelden op aanraden van bijvoorbeeld een fysiotherapeut of wijkverpleegkundige	59
Patiënten met diverse klachten die al bekend zijn met de praktijk/instelling	58
Chronisch zieken/ gehandicapten	40
Mantelzorgers	29
Andere patiënten, namelijk	17
Geen enkele categorie	1
Gemiddeld heeft elke respondent 2,43 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'kinderen die zich aanmelden op verwijzing van een leerkracht', 'cliënten met arbeidsgebonden klachten' en 'cliënten die voldoende kennis hebben om een reële vraag te stellen'.

Tabel 7.8 Interventies geschikt geacht voor directe toegankelijkheid van ergotherapie in % (n=172)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Alle interventies die ik nu ook verricht in het kader van de verstrekking EEE	73
Adviseren	39
Ergotherapeutische diagnostiek	27
Behandelen	20
Overige interventies, namelijk*	8
Geen enkele interventie	1
Gemiddeld heeft elke respondent 1,69 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'raamadvis voor de WVG', 'maken van een spalk', 'schrijftraining' en 'werkplekadvisering'.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat een ruime meerderheid van de 172 respondenten (73%) in een direct toegankelijke eerste lijn, dezelfde soort interventies zou willen verrichten als in de huidige situatie. Daarnaast geeft 39% van deze respondenten 'adviseren' aan als geschikte interventie voor directe toegankelijkheid van ergotherapie. Over de categorieën cliënten die geschikt zouden zijn voor directe toegankelijkheid lopen de meningen iets uiteen.

Tabel 7.9 Belangrijke aandachtspunten m.b.t. directe toegankelijkheid van ergotherapie vanuit de eigen werksituatie gezien in % (n=175)

(meerdere antwoorden mogelijk)	%
Het moet mogelijk blijven om bij de arts een medische diagnose op te vragen als mede overige medische gegevens die voor de behandeling noodzakelijk zijn	95
De overige disciplines in de eerste lijn moeten op de hoogte zijn van de mogelijkheden van ergotherapie	89
De patiënt moet op de hoogte zijn van de mogelijkheden van ergotherapie	85
De financiering moet zijn gegarandeerd	82
Een adequate communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (terugkoppeling van behandelingen naar een centraal punt)	81
Er moet een duidelijke taakverdeling komen tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (wie doet wat?)	30
De bevoegdheden van de ergotherapeut moeten worden uitgebreid	19
De ergotherapeut zou zelf inzage moeten hebben in het medische dossier van de patiënt	18
Andere aandachtspunten en/of invullingen van directe toegankelijkheid, namelijk*	15
Gemiddeld heeft elke respondent 5,13 antwoorden gegeven.	

* De aandachtspunten die door de respondenten onder deze antwoordcategorie zijn genoemd worden hieronder genoemd.

De respondenten noemden bij de antwoordcategorie 'Andere aandachtspunten en/of invullingen van directe toegankelijkheid' het volgende:

- Duidelijkheid met betrekking tot de eindverantwoordelijkheid
- De patiënt moet zelf inzage hebben in zijn dossier; de ergotherapeut moet een kopie krijgen

- Naast directe melding door de cliënt moet ook verwijzing via een arts mogelijk blijven
- De indirecte tijd moet ook worden vergoed
- Voor instellingen moet er duidelijke informatie zijn over de financiële en administratieve gang van zaken
- Voor het aanvragen van hulpmiddelen moet het doktersbriefje ook komen te vervallen!
- Een eenduidige manier van aanmelden in de eerste lijn
- De eindrapportage naar de huisarts moet altijd gebeuren (1 persoon moet het overzicht bewaren)
- Er moet duidelijkheid komen over de verbetering van het tarief, zeker i.v.m. de noodzakelijke rapportagetijd
- Er moeten uniforme eisen komen m.b.t. de declaraties
- Er kan ook aandacht worden besteedt aan preventie
- Er moeten gelijke mogelijkheden komen wat de betreft de verzekerde contact uren voor de diverse paramedici
- Voorkomen dat men gaat shoppen bij andere hulpverleners
- PR in dag- en wijkbladen over mogelijkheden van ergotherapie
- Adequate administratie en rapportagevoering t.b.v. kwaliteit (WGBO)
- Financiers zullen de ergotherapeutische diagnose moeten accepteren als medische diagnose
- Mogelijkheid om meer dan 10 uur zorg per jaar te leveren
- Relatie tot zorgloket of sociaal medisch meldpunt
- Protocollering van het eerste contact, uniformering van computerprogramma
- Duidelijk herkenningsteken voor EEE; beroepsgroep goed herkenbaar

Uit tabel 7.9 blijkt dat vrijwel alle respondenten (95%) van mening zijn, dat het mogelijk moet blijven om bij de arts een medische diagnose op te vragen als mede overige medische gegevens die voor de behandeling noodzakelijk zijn. Daarnaast vindt een grote meerderheid van de respondenten het belangrijk dat zowel de overige disciplines in de eerste lijn als de patiënt op de hoogte moeten zijn van de mogelijkheden van ergotherapie (respectievelijk 89% en 85% van de 175 respondenten geeft dit aan). Een ander belangrijk aandachtspunt is, dat de financiering gegarandeerd moet zijn. Een aantal van de in tabel 7.9 genoemde aandachtspunten, worden door de respondenten ook gezien als nadeel van directe toegankelijkheid. Dit komt in paragraaf 7.5 aan bod.

7.4 Standpuntbepaling uitvoerend niveau

In de vragenlijst wordt de respondenten gevraagd of zij positief of negatief tegenover directe toegankelijkheid van ergotherapie staan. Voorafgaand aan deze vraag wordt de invulling van het begrip directe toegankelijkheid nader omschreven (Zie 3.2). Tevens wordt vermeld dat, wanneer ergotherapie in de toekomst direct toegankelijk zou worden, dit hoogst waarschijnlijk ondersteund zal moeten worden met een goede voorlichtingscampagne naar de patiënt toe d.m.v. bijvoorbeeld het verspreiden van foldermateriaal en het inschakelen van patiëntenverenigingen. De resultaten worden in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 7.10 Standpuntbepaling uitvoerend niveau t. a. v. directe toegankelijkheid van ergotherapie (n=173)

	%
Sterk positief	24
Positief	51
Neutraal	15
Negatief	9
Sterk negatief	0
Totaal	100

Het blijkt dat 75% van de 173 respondenten positief of sterk positief tegenover directe toegankelijkheid van ergotherapie staat, 15% staat hier neutraal tegenover en 9% zou dit als een negatieve ontwikkeling zien.

7.5 Voor en nadelen van directe toegankelijkheid van ergotherapie

In de vragenlijst wordt de respondenten gevraagd maximaal drie voordelen en drie nadelen op te noemen van directe toegankelijkheid van ergotherapie vanuit de eigen werksituatie gezien. Het betrof hier twee open vragen. De antwoorden van de respondenten zijn zoveel mogelijk gecategoriseerd en worden hieronder zo beknopt mogelijk omschreven.

Voordelen directe toegankelijkheid van ergotherapie

- Drempelverlagend voor de cliënt
- De cliënt kan sneller worden geholpen; verkorting procedure; minder bureaucratie
- De intrinsieke motivatie van de cliënt is wellicht groter omdat hij/zij zelf voor ergotherapie kiest en niet is 'gestuurd' door de huisarts
- De cliënt is zelf verantwoordelijk en kan direct zijn eigen vraag kwijt
- Cliënten van huisartsen die niet doorverwijzen naar de ergotherapie kunnen in een dergelijke situatie wel gebruik maken van EEE; In kunnen spelen op een bredere doelgroep zonder 'filter' (de huisarts)
- Bevorderend voor de autonomie van de cliënt; hij/zij heeft het zelf voor het zeggen wie de behandeling uitvoert
- Het is niet meer nodig om achteraf om een verwijzing te vragen
- Zodra de EEE meer bekend is, komen er mogelijk meer cliënten (wat meer geld oplevert)
- Vlottere samenwerking met andere eerstelijns werkers
- Interdisciplinair verwijzen kan mogelijk gerealiseerd worden (cliënten kunnen zich bijvoorbeeld aanmelden op aanraden van een fysiotherapeut of leerkracht)
- De verwijzing zelf stelt vaak niet veel voor; de kennis van de huisarts over ergotherapie is soms beperkt (bijvoorbeeld over sensorische integratie)
- Voor patiënten die langere tijd in behandeling zijn hoeft je niet telkens opnieuw een verwijzing te vragen (bijvoorbeeld voor kinderen met leerproblemen)
- Voor mensen met kleine vragen wordt de toegankelijkheid van ergotherapie groter
- Cliënten in verzorgingstehuizen zijn dan makkelijker te behandelen (op verwijzing van de verzorging)
- Bij achteruitgang kunnen cliënten zelf contact opnemen met de ergotherapeut waardoor de behandeling sneller kan worden gestart
- Het PR beleid kan direct op de cliënt worden gericht waardoor de bekendheid van ergotherapie toeneemt

- Urgentie kan in samenspraak met de cliënt worden bepaald
- De medische zorg wordt goedkoper
- Een betere regionale spreiding van EEE therapeuten is mogelijk

Nadelen directe toegankelijkheid van ergotherapie

- Cliënten kunnen gaan 'shoppen'
- De filterfunctie van de huisarts verdwijnt waardoor cliënten met hulpvragen kunnen komen die niet geschikt zijn voor de ergotherapie
- Een medische diagnose ontbreekt; cliënten kunnen niet altijd zelf vertellen wat hun aandoening is; soms geen duidelijk beeld over de prognose bij een ziektebeeld
- Het navragen van een medische diagnose en achtergrond kost extra tijd
- Je bent afhankelijk van de mondigheid c.q. het initiatief van de cliënt
- Verlies van contact met specialisten/ artsen
- Ergotherapie is onvoldoende bekend bij cliënten; zij weten niet waarvoor zij bij de ergotherapeut terecht kunnen (veel tijd nodig voor PR);
- Wanneer cliënten met niet relevante hulpvragen komen, moet je deze zelf doorverwijzen (dit kost tijd)
- Er is geen centrale persoon meer die het overzicht heeft over de geboden zorg/ verschillende behandelingen rondom een cliënt (m.n. bij kinderen van belang)
- Gevaar voor een te grote verscheidenheid aan producten
- Meer administratietijd nodig
- Toename vragen met betrekking tot hulpmiddelen
- Je mist informatie van andere disciplines
- Het risico dat de zorg niet meer vergoed wordt en de patiënt verstoken blijft van zorg
- Vrees voor administratieve/ financiële perikelen met verzekeraars
- De ziektekostenverzekeraar krijgt maximale eigen ruimte om te spelen met EEE
- Het ontstaan/ langer worden van een wachtlijst

Het blijkt dat bepaalde punten die door sommige ergotherapeuten als voordeel worden gezien, door andere ergotherapeuten juist als nadeel worden gezien. Voorbeelden hiervan zijn de 'filterfunctie' van de huisarts en een eventuele toename van het aantal cliënten.

7.6 Bijscholing

De respondenten is gevraagd of zij het noodzakelijk achten, dat ergotherapeuten inhoudelijk worden bijgeschoold wanneer ergotherapie direct toegankelijk zou worden. Als de respondenten dit inderdaad noodzakelijk vonden is hen vervolgens gevraagd waarop deze bijscholing zich moet richten. Op deze vraag konden meerdere antwoorden worden gegeven.

Tabel 7.11 Noodzaak van bijscholing i.v.m. directe toegankelijkheid van ergotherapie in % (n=175)

	%
Ja	57
Nee	43
Totaal	100

Tabel 7.12 Soorten bijscholing in % (n=100)

	%
Kennis van wet en regelgeving	78
Communicatie met huisartsen/ specialisten/ verpleeghuisartsen	48
Communicatie met overige disciplines in de eerste lijn (bijv. fysiotherapeuten etc.)	39
Anders, namelijk*	30
Gemiddeld heeft elke respondent 1,95 antwoorden gegeven.	

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'hoe te handelen bij twijfelachtige indicatie voor ergotherapie', 'softwarematige ondersteuning bij communiceren en rapporteren', 'het geven van voorlichting/ PR' en 'op basis van een telefoongesprek een indicatie kunnen bepalen'.

7.7 Rapportage naar de huisarts

Ook op het uitvoerende niveau is geïnventariseerd of men het noodzakelijk vindt dat over elke patiënt die zich zonder verwijzing bij de ergotherapeut meldt, een rapportage naar de huisarts, specialist of verpleeghuisarts wordt verzorgd en zo ja op welk moment. De resultaten worden in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 7.13 Noodzaak rapportage naar huisarts in % (n=173)

	%
Ja, zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling	39
Ja, na afronding van de behandeling	35
Ja, na het eerste contact	3
Nee, niet nodig	3
Anders, namelijk*	20
Totaal	100

* De andere mogelijkheden die door de respondenten onder deze antwoordcategorie zijn genoemd worden hieronder genoemd.

De respondenten noemden bij de antwoordcategorie 'Anders, namelijk' het volgende:

- Altijd na het eerste contact; eventueel na afronding van de behandeling
- Bij eenvoudige vragen niet; bij complexe vragen wél een rapportage
- In ieder geval na afronding; indien noodzakelijk ook tussentijds een rapportage
- Een rapportage aan de patiënt. Deze kan de rapportage weer verstrekken aan anderen indien nodig
- Schriftelijk of mondeling rapporteren na afronding van de behandeling
- Afhankelijk van de inhoud van de gegeven behandeling
- Alleen een korte melding wat je hebt gedaan
- Rapportage naar de cliënt en de betrokken verwijzers
- Rapportage naar een centraal punt, bijvoorbeeld de huisarts
- Na afronding naar mantelzorg, school
- In overleg met de cliënt
- Zoals nu: overleg met 3 huisartsen 1 maal per 6 weken, zonodig tussentijds

Uit tabel 7.13 en de hierboven vermelde gegevens blijkt dat een grote meerderheid van de respondenten het in ieder geval noodzakelijk acht om een rapportage naar de huisarts te sturen. Over het moment waarop en de manier waarop aan deze rapportage invulling kan worden gegeven verschillen de respondenten van mening.

7.8 Draagvlak eventueel proefproject directe toegankelijkheid ergotherapie

Om na te gaan of er draagvlak bestaat voor het eventueel opzetten van een proefproject directe toegankelijkheid van ergotherapie is tot slot aan alle respondenten gevraagd of zij mee zouden willen werken aan een dergelijk proefproject. De resultaten worden in onderstaande tabel weergegeven.

Tabel 7.14 Draagvlak proefproject directe toegankelijkheid van ergotherapie (n=175)

Zou u willen meewerken aan een proefproject naar de directe toegankelijkheid van ergotherapie?	%
Ja	38,3
Ja, mits*	36,0
Nee	25,7

* Onder deze antwoordcategorie werden o.a. genoemd: 'mits mijn werkgever en collega's mee willen werken', 'mits de tijdinvestering niet te groot is', 'mits ik een vergoeding krijg' en 'mits er voldoende bekendheid wordt gegeven aan het project (PR)'.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat er voldoende ergotherapeuten zijn, die bereid zijn om aan een proefproject mee te werken. Het betreft hier zowel ergotherapeuten uit instellingen die EEE leveren als ergotherapeuten met een vrijgevestigde praktijk.

8 Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten

8.1 Inleiding

In paragraaf 3.4 werden in tabel 4a de meest belangrijke voorwaarden, aandachtspunten en tips t.a.v. een proefproject directe toegankelijkheid EEE genoemd. Hieronder zullen deze voor de volledigheid nogmaals meegenomen worden naast de *overige* randvoorwaarden c.q. aandachtspunten die in de landelijke interviews naar voren zijn gekomen. De genoemde randvoorwaarden c.q. aandachtspunten zijn voor een deel gebaseerd op de persoonlijke mening van de geïnterviewden. Zij hebben echter in alle gevallen overleg gepleegd met enkele vakgroepgenoten voordat het interview plaats vond. Voor de aandachtspunten en/of andere mogelijke invullingen van directe toegankelijkheid, die door het uitvoerende niveau zijn genoemd verwijs ik naar hoofdstuk 6.

8.2 Overige randvoorwaarden c.q. aandachtspunten die in de landelijke interviews naar voren kwamen

Directeur NVE

- Er zal bijvoorbeeld foldermateriaal moeten worden gemaakt, waarin beknopt staat beschreven wat ergotherapie voor iemand kan betekenen en waarin het proefproject directe toegankelijkheid wordt toegelicht. Deze voorlichting is niet alleen belangrijk naar de patiënt zelf toe, maar ook naar de huisarts en overige disciplines in de eerste lijn toe. Kortom: ergotherapie moet zichzelf kunnen profileren/ dient op de kaart te staan!
- Ook kan gedacht worden aan het benaderen van de Raad voor chronisch zieken en gehandicapten of zij d.m.v. een informatiebericht op hun website en in hun tijdschrift hun leden willen informeren over een proefproject directe toegankelijkheid ergotherapie.
- Er moet altijd een mogelijkheid blijven om informatie m.b.t. de diagnose op te vragen bij een huisarts, specialist etc.
- Er moet altijd terugkoppeling zijn van behandelingen naar een centraal punt, bijvoorbeeld een huisarts.
- Een goede communicatie en informatie-uitwisseling met de overige disciplines in de eerste lijn is erg belangrijk.
- Tijdsinvestering en eventuele vergoeding voor deelname aan het proefproject
- De patiënt moet altijd zijn behandeling vergoed krijgen
- In principe zouden de ergotherapeuten die eventueel deel zouden nemen aan het proefproject geen bijscholing hoeven te volgen. Indien er vraag naar is moet die mogelijkheid er zijn.
- Vergoeding voor deelname aan het onderzoek in de vorm van puntenaccreditatie is niet mogelijk. De punten accreditatie is vastgelegd voor een periode van 5 jaar.
- Indien er een proefproject EEE komt dan lijkt het alleen zinvol om die instellingen te selecteren die minimaal 1 fte EEE hebben.
- Wanneer de ergotherapeut een patiënt zonder verwijzing behandelt, wie is er dan verantwoordelijk als er iets fout gaat? Maakt het verschil of de ergotherapeut in dienst is van een zorginstelling of dat hij/zij een eigen praktijk heeft?
- Het lijkt in het geval van de ergotherapie niet zinvol om de directe toegankelijkheid af te bakenen op grond van een zorgvraag of patiëntencategorie. Ergotherapie richt

zich juist op participatieniveau en niet op stoornisniveau. Eventueel zou je de doelgroep chronisch zieken en gehandicapten kunnen nemen. Dit is een vrij grote en brede groep die reeds bekend is in het zorgcircuit, met een goed georganiseerde patiëntenvereniging en goed geïnformeerde cliënten die weten wat ze willen en kunnen halen bij ergotherapie.

Vakgroep verpleeghuizen

- Er moet altijd terugkoppeling zijn van behandelingen naar een centraal punt, bijvoorbeeld een huisarts.
- Een goede communicatie en informatie-uitwisseling met de overige disciplines in de eerste lijn is erg belangrijk.
- Er moeten duidelijke afspraken worden gemaakt tussen de verschillende beroepsgroepen in de eerste lijn over doorverwijzen, voorlichting aan cliënten etc. (wie doet wat?).
- Tijdsinvestering en eventuele vergoeding voor deelname aan het proefproject.
- Indien de EEE direct toegankelijk zou worden, dan zijn er waarschijnlijk geen aanvullende kwaliteitseisen in de vorm van bijvoorbeeld bij- of nascholing nodig.
- Op juridisch vlak zal het een en ander goed uitgezocht moeten worden. Nu kun je in principe beroepen op de huisarts, deze is nu eindverantwoordelijk.

Vakgroep eerste lijn

- Er zal bijvoorbeeld foldermateriaal moeten worden gemaakt, waarin beknopt staat beschreven wat ergotherapie voor iemand kan betekenen en waarin het proefproject directe toegankelijkheid wordt toegelicht. Deze voorlichting is niet alleen belangrijk naar de patiënt zelf toe, maar ook naar de huisarts en overige disciplines in de eerste lijn toe. Kortom: ergotherapie moet zichzelf kunnen profileren/ dient op de kaart te staan!
- Er moet altijd terugkoppeling zijn van behandelingen naar een centraal punt, bijvoorbeeld een huisarts.
- Een goede communicatie en informatie-uitwisseling met de overige disciplines in de eerste lijn is erg belangrijk.
- Er moeten duidelijke afspraken worden gemaakt tussen de verschillende beroepsgroepen in de eerste lijn over doorverwijzen, voorlichting aan cliënten etc. (wie doet wat?)
- Tijdsinvestering en eventuele vergoeding voor deelname aan het proefproject
- Indien de EEE direct toegankelijk zou worden, dan zijn er aanvullende kwaliteitseisen nodig. In principe kun je nu als ergotherapeut vrij eenvoudig aan het benodigde aantal punten voor het kwaliteitsregister komen. Inschrijven in het kwaliteitsregister is nu vrijblijvend, maar zou mogelijk bij een directe toegankelijkheid verplicht gesteld moeten worden. Men zou erover kunnen denken om bepaalde scholingsactiviteiten/ onderdelen verplicht te stellen. Het is echter lastig om deze in dit stadium concreet te benoemen. Daarnaast heb je nu de wet BIG en de beroepscode die verplicht zijn. De vraag blijft echter wie controleert dit?
- Op juridisch vlak zal ook het een en ander goed uitgezocht moeten worden. De wettelijke aansprakelijkheidsverzekering is vaak op organisatieniveau geregeld (bijvoorbeeld een MIP commissie die betrokken wordt bij allerlei incidenten zoals bijv. valincidenten en prikincidenten). Daarnaast ligt in de huidige situatie, omdat je op verwijzing werkt, de eindverantwoordelijkheid bij de arts. De vraag is hoe dit geregeld wordt indien het verwijsformulier komt te vervallen? (De contactpersoon gaat er hierbij vanuit dat het wel de bedoeling is om na bijvoorbeeld het eerste

contact met de cliënt aan de (huis)arts te rapporteren of er een behandeling gestart gaat worden of niet en waarom).

- Een goede communicatie en informatie uitwisseling met andere zorgverleners is erg belangrijk. Indien er een directe toegankelijkheid van EEE zou komen moet er echter eerst binnen de eigen beroepsgroep goed overleg plaatsvinden. Hier zal de NVE hoogstwaarschijnlijk een grote rol in spelen. Er zal o.a. overeenstemming bereikt moeten worden over standpunten die de beroepsgroep t.a.v. EEE in neemt naar de zorgverzekeraar toe (bijvoorbeeld over afspraken wat betreft het starten van een behandeling, aan welke eisen moet worden voldaan, wijze van declaratie enz). De opleiding ergotherapie kan wellicht ook aandacht besteden aan een adequate manier om je als ergotherapeut op te stellen t.o.v anderen, zoals cliënten, overige behandelaars en zorgverzekeraars. (Op de nieuwste opleiding in Nijmegen wordt in ieder geval ook aandacht besteed aan een stukje 'zakenvoerleg').
- De tarieven EEE zijn voor instellingen: 12,50 euro/ kwartier en 21 euro aan huis toeslag. Voor vrijgevestigde praktijken zijn de tarieven vrij. De meeste zorgverzekeraars hanteren echter dezelfde tarieven voor vrijgevestigde praktijken als voor instellingen. Momenteel zijn de tarieven niet kostendekkend. Voornamelijk de overheadkosten lopen op. De beroepsgroep is al jaren bezig om de tarieven omhoog te krijgen.

Vakgroep vrijgevestigde ergotherapeuten

- Er zal bijvoorbeeld foldermateriaal moeten worden gemaakt, waarin beknopt staat beschreven wat ergotherapie voor iemand kan betekenen en waarin het proefproject directe toegankelijkheid wordt toegelicht. Deze voorlichting is niet alleen belangrijk naar de patiënt zelf toe, maar ook naar de huisarts en overige disciplines in de eerste lijn toe. Kortom: ergotherapie moet zichzelf kunnen profileren/ dient op de kaart te staan!
- Er moet altijd een mogelijkheid blijven om informatie m.b.t. de diagnose op te vragen bij een huisarts, specialist etc.
- Er moet altijd terugkoppeling zijn van behandelingen naar een centraal punt, bijvoorbeeld een huisarts.
- Een goede communicatie en informatie-uitwisseling met de overige disciplines in de eerste lijn is erg belangrijk.
- Er moeten duidelijke afspraken worden gemaakt tussen de verschillende beroepsgroepen in de eerste lijn over doorverwijzen, voorlichting aan cliënten etc. (wie doet wat?)
- Tijdsinvestering en eventuele vergoeding voor deelname aan het proefproject
- Indien de EEE direct toegankelijk zou worden, dan zijn er geen aanvullende kwaliteitseisen in de vorm van bijvoorbeeld bij- of nascholing nodig. (Je mag als ergotherapeut toch geen medische diagnose stellen).
- Op juridisch vlak zal ook het een en ander goed uitgezocht moeten worden. Wanneer de ergotherapeut een patiënt zonder verwijzing behandelt, wie is er dan verantwoordelijk als er iets fout gaat? En maakt het daarbij verschil of de ergotherapeut in dienst is van een zorginstelling of dat hij/zij een eigen praktijk heeft?
- Wanneer een patiënt zonder verwijzing wordt behandeld zal er een vrijstellingsregeling moeten komen zodat de patiënt zijn behandeling wel vergoed krijgt.
- Tijd is een probleem. Is er een vergoeding bij deelname aan proefproject?
- Wie is verantwoordelijk voor het stukje voorlichting naar de patiënt toe?

9 Conclusies en aanbevelingen

9.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is op drie niveau's ingegaan op de vraag wat de gevolgen zijn van directe toegankelijkheid van ergotherapeuten in de eerste lijn; op landelijk niveau, regionaal niveau en uitvoerend niveau. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste punten samengevat, eindconclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd.

9.2 Wenselijkheid directe toegankelijkheid op landelijk niveau

Is het mogelijk patiënten direct toegang te verlenen tot de ergotherapie zonder verwijzing van de huisarts of specialist? En zo ja: welke patiënten komen daarvoor in aanmerking? Welke overeenkomsten en verschillen vertonen patiënten ten aanzien van hulpvragen en behandeldoelen? En zijn patiënten voldoende in staat een goede keuze te maken tussen beroepsgroepen die aan elkaar grenzen en/of elkaar overlappen?

Over het geheel genomen is men van mening dat het uitvoeren van proefprojecten op het terrein van de directe toegankelijkheid van de extramurale eerstelijns ergotherapie (EEE) een goede zaak is. Een meerderheid van ergotherapeuten staat positief tegenover directe toegankelijkheid.

Over de invulling c.q. vorm van directe toegankelijkheid van ergotherapie lopen de meningen iets uiteen. Op landelijk niveau waren de contactpersonen het er unaniem over eens dat het niet zinvol lijkt om directe toegankelijkheid van EEE toe te spitsen tot een bepaalde doelgroep of categorie hulpvraag. EEE moet volgens hen of geheel direct toegankelijk worden of niet. Op regionaal niveau wisselt de mening net als op het uitvoerende niveau. Over het algemeen geldt echter, dat wanneer aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan, waaronder het op de hoogte houden van de huisarts, de mogelijkheid om medische informatie op te kunnen blijven vragen, een adequate informatie en communicatie in de eerste lijn en een goed PR beleid, staan ook deze ergotherapeuten overwegend positief tegenover directe toegankelijkheid.

De voor- en nadelen die door de ergotherapeuten van het regionale en uitvoerende niveau worden genoemd komen overeen met de in de landelijke interviews genoemde voor- en nadelen. Het werken zonder verwijzing zou ervoor kunnen zorgen dat de cliënt sneller (weer) geholpen kan worden, dat de EEE voor een breder publiek toegankelijk wordt, dat overbodige bureaucratie wordt voorkomen en de autonomie van de cliënt kunnen bevorderen. Als nadelen worden genoemd: het shopgedrag van cliënten, een toestroom van 'extra' cliënten voor de EEE die wellicht met niet relevante hulpvragen komen, het verliezen van het overzicht door 'het verdwijnen' van de huisarts als coördinator en het gevaar van extra benodigde indirecte tijd voor de ergotherapeut.

Aanbeveling

EEE kan in zijn geheel direct toegankelijk worden mits aan bepaalde voorwaarden is voldaan. De huisarts moet op de hoogte worden gehouden over de aan zijn/haar cliënt geleverde zorg. Informatie dient teruggekoppeld te worden naar een centraal punt en

moet hier ook kunnen worden opgevraagd door de diverse zorgverleners in de eerste lijn.

9.3 **Kwaliteitseisen ergotherapeuten**

Aan welke kwaliteitseisen dienen ergotherapeuten te voldoen voor directe toegankelijkheid? En wat is het gevolg voor de eigen verantwoordelijkheid van ergotherapeuten?

Op de vraag of een ergotherapeut aan specifieke eisen moet voldoen, wanneer ergotherapie in de eerste lijn direct toegankelijk wordt gemaakt, kan voor een belangrijk deel worden volstaan met het naleven van de huidige kwaliteitseisen voor ergotherapeuten (o.a. registratie van ergotherapeuten in het Kwaliteitsregister Paramedici en de wet BIG) en de kwaliteitseisen vanuit patiëntenperspectief (opgesteld door de NPCF in samenwerking met de beroepsvereniging). Men zou kunnen overwegen om de vrijwillige registratie verplicht te stellen en erover kunnen denken om bepaalde scholingsactiviteiten/onderdelen verplicht te stellen. Uit de enquête op het uitvoerende niveau kwam naar voren, dat ongeveer de helft van de ergotherapeuten behoefte zou hebben om in de situatie van een direct toegankelijke EEE te worden bijgeschoold. Deze bijscholing zou zich dan vooral moeten richten op kennis van wet en regelgeving en daarnaast op de communicatie met de huisarts of specialist en de overige disciplines in de eerste lijn.

Een aantal ergotherapeuten waarmee is gesproken stelt vragen bij de verantwoordelijkheid. In principe is de huisarts als verwijzende schakel in de huidige situatie de eindverantwoordelijke. Wanneer de ergotherapeut een patiënt zonder verwijzing behandelt, wie is er dan verantwoordelijk als er iets fout gaat? En maakt het daarbij verschil of de ergotherapeut in dienst is van een zorginstelling of dat hij/zij een eigen praktijk heeft?

Daarnaast moeten goede afspraken gemaakt worden tussen de verschillende zorgverleners in de eerste lijn (wie doet wat?).

Aanbeveling

Voor ergotherapeuten die daar behoefte aan hebben een adequate bijscholing organiseren. Duidelijk maken dat ook nu de ergotherapeut verantwoordelijk is voor het eigen professionele handelen.

9.4 **Communicatie en registratie relevante gegevens**

Dienen er nadere eisen te worden gesteld aan de organisatie in de eerste lijn? En zo ja: welke? (vooral in de sfeer van de communicatie en informatie).

Uit deze haalbaarheidsstudie komt naar voren dat een goede voorlichting over ergotherapie en wat ergotherapie voor iemand kan betekenen heel erg belangrijk is. Deze voorlichting is niet alleen belangrijk naar de patiënt zelf toe, maar ook naar de huisarts en overige disciplines in de eerste lijn toe. Een goed PR beleid is hiervoor gewenst. Tevens is het van belang dat informatie teruggekoppeld wordt naar een centraal punt (momenteel de huisarts) zodat wanneer verschillende disciplines een zelfde patiënt behandelen hiervan op de hoogte zijn. De aanmelding van patiënten in een direct toegankelijke eerste lijn zou gestandaardiseerd kunnen worden. De ergotherapeuten zijn het er unaniem over eens dat de huisarts op de hoogte moet

worden gehouden. Over de wijze en frequentie waarop deze rapportage plaats moet vinden verschillen de respondenten van mening.

Aanbeveling

Er dient een standaard aanmeldingsformulier te worden gebruikt voor patiënten die zich, tijdens een eventueel proefproject, zonder verwijzing aanmelden. Over de wijze en frequentie waarop de rapportage naar de huisarts moet plaats vinden, dient voorafgaand aan het proefproject overeenstemming bereikt te worden met zowel de deelnemende huisartsen als de deelnemende ergotherapeuten.

9.5 Draagvlak voor directe toegankelijkheid onder individuele ergotherapeuten

Wat is het draagvlak onder de beroepsgroep ergotherapeuten voor directe toegankelijkheid?

Uit deze haalbaarheidsstudie blijkt dat zowel op landelijk, regionaal als uitvoerend niveau een meerderheid van de ergotherapeuten positief tegenover directe toegankelijkheid staat. Er zijn voldoende ergotherapeuten die bereid zijn om aan een proefproject mee te werken. Het betreft hier zowel ergotherapeuten uit instellingen als ergotherapeuten met een vrijgevestigde praktijk.

Aanbeveling

Wanneer er instellingen of vrijgevestigde praktijken worden geselecteerd voor deelname aan een proefproject verdient het de voorkeur om die instellingen/praktijken te selecteren die minimaal 0,5 fte EEE leveren.

9.6 Overige randvoorwaarden t.a.v. proefprojecten

De belangrijkste randvoorwaarden ten aanzien van directe toegankelijkheid zijn genoemd onder 8.2. Naast deze randvoorwaarden zal er ook ondermeer aandacht moeten worden besteedt aan de eventuele juridische en verzekeringstechnische consequenties van directe toegankelijkheid en zullen er duidelijke afspraken moeten worden gemaakt tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn over doorverwijzen, het geven van voorlichting en wie neemt welke taken op zich?

10 Literatuur

Hofhuis, H., De Boer, M., Plas, M., Ende, E., van den (2002). Ergotherapie in de extramurale gezondheidszorg: stand van zaken. Utrecht: NIVEL.

Kenens, R.J. & L. Hingstman (2003). Cijfers uit de registratie van ergotherapeuten, Peiling 2002. Utrecht: NIVEL.

Driessen (2002). Verstrekking EEE in 2002 (resultaten enquête EEE 2002 van de NVE).

Meer, W. van der & G. van der Veen (1999). Subsidieregeling enkelvoudige extramurale ergotherapie, vervolgevaluatie. Amstelveen: CVZ.

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (2001). De ergotherapeut, de kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief (NPCF-reeks). Utrecht: NPCF.

NVE (1999). Beroepsprofiel ergotherapie. Utrecht: LEMMA.

NVE (1999). Beleidsplan NVE 1999-2004. Utrecht: NVE.

NVE (2001). Beroepscode ergotherapeut 2001. Utrecht: LEMMA.

NVE (2001). Communicatie-adviesplan ergotherapeut-huisarts in het kader van EEE.

NVE (2002). Nederlandse vereniging voor ergotherapie, Jaarverslag 2002.

NVE (2003). Nieuwsbrief NVE, jaargang 5, nr.2, april 2003.

NVE (2003). Nieuwsbrief NVE, jaargang 5, nr.4, augustus 2003.

NVE, www.ergotherapie.nl (2003)

Plaats, A. van der (2000). Oog voor de mantelzorger, de ergotherapeutische ondersteuning van de mantelzorger in het kader van de enkelvoudige extramurale ergotherapie. Amsterdam: Instituut Ergotherapie.

VWS, www.MINVWS.nl (2003). Persinformatie: themapagina 16-9-2003.

A Vragenlijst Regioniveau



Vragenlijst directe toegankelijkheid ergotherapie voor ziekenfondspatiënten op regionaal niveau

	<p>Naam respondent: _____</p> <p>Contactpersoon voor regio(groep): _____</p> <p>Telefoonnummer: _____</p> <p>e-mail adres: _____</p>
	<p>Standpuntbepaling voor: (aankruisen wat van toepassing is)</p> <p><input type="checkbox"/>₁ Vrijgevestigde ergotherapeuten die EEE leveren die onder de ziekenfondswet valt.</p> <p><input type="checkbox"/>₁ Ergotherapeuten die vanuit een instelling EEE leveren die onder de ziekenfondswet valt</p>
1.	<p>Wat is de mening <i>in uw regio</i> over directe toegankelijkheid¹ van de ergotherapeut (dus zonder verwijzing)?</p> <p><input type="checkbox"/>₁ Onbekend, dit is nog niet aan de orde geweest</p> <p><input type="checkbox"/>₂ Sterk positief</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Positief</p> <p><input type="checkbox"/>₄ Neutraal</p> <p><input type="checkbox"/>₅ Negatief</p> <p><input type="checkbox"/>₆ Sterk negatief</p> <p>Ruimte voor een eventuele toelichting t.a.v. standpuntbepaling:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
2.	<p>Wat is uw <i>persoonlijke mening</i> over directe toegankelijkheid van de ergotherapeut (dus zonder verwijzing)?</p> <p><input type="checkbox"/>₁ Onbekend, dit is nog niet aan de orde geweest</p> <p><input type="checkbox"/>₂ Sterk positief</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Positief</p> <p><input type="checkbox"/>₄ Neutraal</p> <p><input type="checkbox"/>₅ Negatief</p> <p><input type="checkbox"/>₆ Sterk negatief</p> <p>Ruimte voor een eventuele toelichting t.a.v. standpuntbepaling:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

¹ De cliënt meldt zich in deze situatie zonder verwijzing uit zichzelf (of op aanraden van bijvoorbeeld een fysiotherapeut, wijkverpleegkundige of familielid) aan bij de eerstelijns ergotherapeut.



3.	<p>Welke vormen van ergotherapie komen naar uw mening in aanmerking voor directe toegankelijkheid?</p> <p><input type="checkbox"/>₁ Enkelvoudige extramurale ergotherapie door vrijgevestigd ergotherapeuten</p> <p><input type="checkbox"/>₂ Enkelvoudige extramurale ergotherapie door ergotherapeuten die vanuit een (AWBZ) instelling EEE leveren.</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Eventuele voorkeur voor het <i>type</i> (AWBZ) instelling(en): _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/>₄ Anders, namelijk _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/>₅ Geen enkele vorm</p>
4.	<p>Zijn er initiatieven in uw regio die nu al in de richting gaan van directe toegankelijkheid van ergotherapie? Zijn er bijvoorbeeld <i>samenwerkingsverbanden</i> of <i>werkafspraken</i> gemaakt tussen bepaalde disciplines in de eerste lijn (bijvoorbeeld wat betreft het bespreken van patiënten of onderling (door)verwijzen van patiënten)? Of is de instelling of vrijgevestigde praktijk bijvoorbeeld in principe direct toegankelijk, maar wordt er achteraf wel een verwijfsbrief gevraagd?</p> <p><input type="checkbox"/>₁ Ja</p> <p><input type="checkbox"/>₂ Nee</p>
4b.	<p>Zo ja, wilt u aangeven welke initiatieven dit betreft en wilt u een contactpersoon van dit initiatief (de initiatieven) opgeven?</p> <p>initiatief: _____</p> <p>_____</p> <p>contactpersoon (naam, telefoon, e-mail adres): _____</p> <p>_____</p>
	<p>initiatief: _____</p> <p>_____</p> <p>contactpersoon (naam, telefoon, e-mail adres): _____</p> <p>_____</p>
5.	<p>Zijn één of meerdere vrijgevestigde praktijken of instellingen die EEE leveren (of mogelijk een andere vorm van ergotherapie die in aanmerking zou kunnen komen voor directe toegankelijkheid) <i>in uw regio</i> mogelijk geïnteresseerd in deelname aan een proefproject naar de directe toegankelijkheid van eerstelijns ergotherapie?</p> <p><input type="checkbox"/>₁ Ja</p> <p><input type="checkbox"/>₂ Ja, mits _____</p> <p><input type="checkbox"/>₃ Nee, omdat _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/>₄ Onbekend</p>
5b	<p>Zo ja, wilt u hieronder aangeven welke praktijken of instellingen dit betreft?</p> <p>a. Naam instelling/ vrijgevestigde praktijk: _____</p> <p>Naam contactpersoon: _____</p> <p>Adres: _____</p> <p>Telefoonnummer: _____</p> <p>e-mail adres: _____</p>



	b. Naam instelling/ vrijgevestigde praktijk: _____ Naam contactpersoon: _____ Adres: _____ Telefoonnummer: _____ e-mail adres: _____
	c. Naam instelling/ vrijgevestigde praktijk: _____ Naam contactpersoon: _____ Adres: _____ Telefoonnummer: _____ e-mail adres: _____
6.	Heeft u (is er in de regio) een voorkeur voor een specifieke vorm van de proefprojecten wat betreft: volledig vrije toegankelijkheid? _____ uitsluitend bepaalde categorieën patiënten, welke? _____ uitsluitend bepaalde interventies/ hulpvragen, welke? _____ anders, namelijk _____ _____
7.	Welke praktische zaken moeten volgens u goed geregeld worden voor het opzetten van een eventueel proefproject directe toegankelijkheid ergotherapie? Antwoord: _____ _____ _____ _____ _____ _____

Wanneer u deze vragenlijst via de mail heeft ontvangen kunt u onder vermelding van de beroepsgroep en regio waarvoor u reageert de ingevulde vragenlijst *mailen* naar het volgende e-mail adres: directetoegang@pg.tno.nl

Wanneer u deze vragenlijst via de post heeft ontvangen, dan kunt u deze terugsturen in de antwoordvelop.

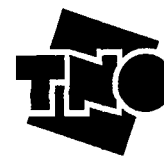
Gaarne zien wij uw reactie voor **15 juli** tegemoet.

Mocht u behoefte hebben aan meer informatie dan kunt u contact opnemen met een van de medewerkers aan het project.

Wil Ooijendijk, projectleider (wtm.ooijendijk@pg.tno.nl; tel 071-5181754)
 Kerstin van Overbeek, projectmedewerker (K.Overbeek@pg.tno.nl; tel: 071-5181692)

Hartelijk dank voor uw medewerking!

B Vragenlijst uitvoerend niveau



Vragenlijst haalbaarheid directe toegankelijkheid ergotherapie in de eerste lijn

Extramurale enkelvoudige ergotherapie (EEE) vindt nu uitsluitend plaats op verwijzing van de huisarts, specialist of verpleeghuisarts. Hun kennis van ergotherapie in relatie tot het uitvoeren van dagelijkse activiteiten met lichamelijke of geestelijke klachten is vaak beperkt. Daarbij voegt deze voor de verzekering noodzakelijke schakel van verwijzing zorginhoudelijk niet altijd veel toe en levert aldus een aanvullende (administratieve) belasting op voor o.a. huisartsen. Daarnaast blijven noodzakelijke verwijzingen naar de ergotherapeut soms achterwege. Dit kan onnodig medicaliserend werken en tot hogere kosten leiden.

Een mogelijkheid om de effectiviteit van eerstelijnszorg in het algemeen en ergotherapeutische zorg in het bijzonder te vergroten is patiënten rechtstreeks toegang te geven tot de ergotherapeut.

Directe toegankelijkheid kan bijdragen tot de volwassenheid en professionaliteit van de ergotherapie in de eerste lijn en verhoogt wellicht de aantrekkelijkheid van het eigen ondernemerschap van ergotherapeuten in Nederland.

Om inzicht te krijgen in de mogelijkheden en gevolgen van directe toegankelijkheid van oefentherapeuten Mensendieck en César, **ergotherapeuten**, diëtisten, logopedisten, psychologen, mondhygiënist en tandprotheticen wil het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) enkele proefprojecten starten. Ter voorbereiding hiervan voert TNO Preventie en Gezondheid een haalbaarheidsstudie uit, waarvan deze vragenlijst deel uitmaakt.

De uitkomsten van de haalbaarheidsstudie vormen de basis voor de beslissing door het CVZ óf en onder welke voorwaarden de proefprojecten eventueel zullen worden uitgevoerd.

U kunt deze vragenlijst ook digitaal invullen op de daarvoor bestemde website: **directetoegang.pgdata.nl**

U krijgt toegang tot de voor u bedoelde vragenlijst door het intypen van uw respondentnummer dat op de enquête staat vermeld en het wachtwoord: **toegang**.

Wanneer u deze vragenlijst als afdeling Ergotherapie heeft ontvangen, zou u dan bij voorkeur aan de ergotherapeut die het grootste aandeel EEE levert willen vragen deze vragenlijst in te vullen?

Deze vragenlijst is opgesteld in overleg met Marie José Driessen (directeur van de NVE). Mocht u behoefte hebben aan meer informatie dan kunt u contact opnemen met een van de medewerkers aan het project.

Wil Ooijendijk, projectleider (wtm.ooijendijk@pg.tno.nl; tel 071 5181754)

Kerstin van Overbeek, projectmedewerker (K.Overbeek@pg.tno.nl; tel 071 5181692)

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid ergotherapie'

Belangrijke opmerking: alle onderstaande vragen hebben uitsluitend betrekking op EEE die u kunt declareren voor ziekenfondsverzekerden!

1a. In welke gemeente bent u werkzaam?

1b. Provincie

2. Vanuit welke setting biedt u EEE aan? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ₁ Vrijgevestigde eigen praktijk
- ₁ Vrijgevestigde groepspraktijk mono disciplinair
- ₁ Vrijgevestigde groepspraktijk multidisciplinair
- ₁ Verpleeghuis
- ₁ Ziekenhuis (algemene en academische ziekenhuizen, gericht op somatiek)
- ₁ Psychiatrisch ziekenhuis
- ₁ Revalidatiecentrum
- ₁ Thuiszorgorganisatie/ het kruiswerk
- ₁ Dagverblijf/ dagactiviteitencentrum
- ₁ Instelling voor verstandelijke gehandicapten
- ₁ Gemeente (WVG, GGD)
- ₁ Anders, namelijk _____

3. Hoeveel uur (contacttijd, reistijd en overige cliëntgebonden tijd samengenomen) bent u gemiddeld per week als ergotherapeut in de eerste lijn werkzaam?

- ₁ 0-8 uur EEE per week
- ₂ 9-16 uur EEE per week
- ₃ 17-24 uur EEE per week
- ₄ 25-32 uur EEE per week
- ₅ 33-40 uur EEE per week

Het aantal fte dat ik als ergotherapeut in totaal per week werk bedraagt:
(1 fte=100%= 36 tot 40 uur): _____

4. Hoeveel ergotherapeuten werken er in de praktijk/ op de afdeling waar u werkt?

Aantal ergotherapeuten: _____

Aantal in fte: _____

Aantal in fte EEE: _____

5. Hoeveel jaar praktijkervaring heeft u?

_____ jaar

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid ergotherapie'

6. Neemt u deel aan intercollegiaal werkveld specifiek overleg?
- ₁ Ja, namelijk _____
- ₂ Nee
7. Melden zich nu al cliënten uit zichzelf (eventueel telefonisch) aan bij de praktijk/ zorginstelling zonder verwijzing van de huisarts, specialist of verpleeghuisarts?
- ₁ Nee, (bijna) nooit (ga verder bij vraag 11)
- ₂ Ja, soms
- ₃ Ja, wekelijks
- ₄ Ja, (bijna) dagelijks
8. Om welke categorieën cliënten gaat het dan? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ₁ Alle categorieën patiënten
- ₁ Patiënten met diverse klachten die al bekend zijn met de praktijk/ instelling
- ₁ Patiënten die zich aanmelden op aanraden van bijvoorbeeld een fysiotherapeut of wijkverpleegkundige uit de eerste lijn
- ₁ Chronisch zieken/ gehandicapten
- ₁ Mantelzorgers
- ₁ Andere patiënten, namelijk _____
9. Wat zijn de belangrijkste interventies die u hebt gebruikt tijdens de behandeling van deze cliënten die zichzelf aanmelden bij de praktijk/zorginstelling? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ₁ Ergotherapeutische diagnostiek
- ₁ Advies/instructie aan cliënt
- ₁ Advies/ instructie aan derden
- ₁ Advies/aanvraag hulpmiddelen ten laste van ZFW (ziekenfondswet) of cliënt
- ₁ Trainen/oefenen van activiteiten
- ₁ Trainen/oefenen van hulpmiddelen/voorzieningen
- ₁ Functietraining/ sensomotorische training
- ₁ Overige interventies, namelijk _____
- ₁ Geen enkele interventie
10. Hoe wordt het één en ander administratief en financieel afgehandeld in deze situatie? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ₁ De cliënt wordt eerst terugverwezen naar de huisarts/specialist/verpleeghuisarts voor een verwijsbrief
- ₁ Er wordt achteraf een verwijsbrief van de huisarts/ specialist/ verpleeghuisarts gevraagd
- ₁ De cliënt betaalt contant
- ₁ Sommige particuliere verzekeringen vergoeden behandeling zonder verwijzing van huisarts/ specialist/ verpleeghuisarts
- ₁ Anders, namelijk _____

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid ergotherapie'

Extramurale enkelvoudige ergotherapie vindt nu wettelijk bepaald uitsluitend plaats op verwijzing van de huisarts, specialist of verpleeghuisarts. Een mogelijkheid om de effectiviteit van eerstelijnszorg in het algemeen en ergotherapeutische zorg in het bijzonder te vergroten is patiënten rechtstreeks toegang te geven tot de ergotherapeut. *De patiënt meldt zich in deze situatie zonder verwijfsbrief uit zich zelf (of op aanraden van bijvoorbeeld een fysiotherapeut, wijkverpleegkundige of familielid) aan bij de eerstelijns ergotherapeut¹.*

Een en ander zal waarschijnlijk ondersteund moeten worden met een goede voorlichtingscampagne naar de patiënt toe d.m.v. bijvoorbeeld het verspreiden van foldermateriaal en het inschakelen van patiëntenverenigingen. Indien er een proefproject wordt uitgevoerd op het terrein van de directe toegankelijkheid van ergotherapie zal TNO Preventie en Gezondheid de verantwoordelijkheid op zich nemen voor het opzetten van een dergelijke voorlichtingscampagne.

11. Staat u positief of negatief tegenover directe toegankelijkheid van ergotherapie zoals hierboven beschreven?
- ₁ Sterk positief
₂ Positief
₃ Neutraal
₄ Negatief
₅ Sterk negatief
12. Wat ziet u als de belangrijkste voordelen van directe toegankelijkheid van ergotherapie vanuit uw eigen werksituatie (u mag er maximaal drie noemen)?
- _____
- _____
- _____
- Geen voordelen
13. Wat ziet u als de belangrijkste nadelen van directe toegankelijkheid van ergotherapie vanuit uw eigen werksituatie (u mag er maximaal drie noemen)?
- _____
- _____
- _____
- Geen nadelen

¹ Deze invulling van het begrip 'directe toegankelijkheid' geldt voor de hele vragenlijst!

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid ergotherapie'

14. Welke categorieën cliënten acht u geschikt voor directe toegankelijkheid van ergotherapie?
(meerdere antwoorden mogelijk)
- ₁ Alle categorieën cliënten
 - ₁ Patiënten met diverse klachten die al bekend zijn met de praktijk/ instelling
 - ₁ Patiënten die zich aanmelden op aanraden van bijvoorbeeld een fysiotherapeut of wijkverpleegkundige uit de eerste lijn
 - ₁ Chronisch zieken/ gehandicapten
 - ₁ Mantelzorgers
 - ₁ Andere patiënten, namelijk _____
 - ₁ Geen enkele categorie
15. Welke interventies acht u geschikt voor directe toegankelijkheid van ergotherapie?
(meerdere antwoorden mogelijk)
- ₁ Alle interventies die ik nu ook verricht in het kader van de verstrekking EEE
 - ₁ Ergotherapeutische diagnostiek
 - ₁ Behandelen
 - ₁ Adviseren
 - ₁ Overige interventies, namelijk _____
 - ₁ Geen enkele interventie
16. Wat ziet u als belangrijk(e) aandachtspunt(en) vanuit uw eigen werksituatie, wanneer de EEE die onder de ziekenfondswet valt direct toegankelijk wordt gemaakt? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ₁ Het moet mogelijk blijven om *bij de arts* een medische diagnose op te vragen als mede overige medische gegevens die voor de behandeling noodzakelijk zijn
 - ₁ De bevoegdheden van de ergotherapeut moeten worden uitgebreid
 - ₁ De ergotherapeut zou *zelf* inzage moeten hebben in het medische dossier van de patiënt
 - ₁ Een adequate communicatie en informatie uitwisseling tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (terugkoppeling van behandelingen naar een centraal punt)
 - ₁ De patiënt moet op de hoogte zijn van de mogelijkheden van ergotherapie
 - ₁ De overige disciplines in de eerste lijn moeten op de hoogte zijn van de mogelijkheden van ergotherapie
 - ₁ Er moet een duidelijke taakverdeling komen tussen de verschillende disciplines in de eerste lijn (wie doet wat?)
 - ₁ De financiering moet zijn gegarandeerd
 - ₁ Andere aandachtspunten en/of andere invullingen van directe toegankelijkheid, namelijk:

17. Vindt u het noodzakelijk dat ergotherapeuten inhoudelijk bijgeschoold worden in verband met de directe toegankelijkheid van ergotherapie?
- ₁ Ja
 - ₂ Nee (Ga verder bij vraag 19)

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid ergotherapie'

18. Waarop moet deze bijscholing zich richten? (meerdere antwoorden mogelijk)
- ₁ Kennis van wet en regelgeving
 - ₁ Communicatie met huisartsen/ specialisten/ verpleeghuisartsen
 - ₁ Communicatie met overige disciplines in de eerste lijn (bijv. fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, etc)
 - ₁ Anders, namelijk _____
19. Vindt u het noodzakelijk dat over elke patiënt die zich zonder verwijzing bij u meldt, een rapportage naar de huisarts/ specialist/ verpleeghuisarts wordt verzorgd?
- ₁ Ja, zowel na het eerste contact als na afronding van de behandeling
 - ₂ Ja, na het eerste contact
 - ₃ Ja, na afronding van de behandeling
 - ₄ Anders, nl _____
 - ₅ Nee, niet nodig

In de toekomst zal mogelijk een proefproject worden uitgevoerd op het terrein van de directe toegankelijkheid van ergotherapie. Dit proefproject kan antwoord geven op de vraag of de kwaliteiten van huisartsen en ergotherapeuten beter op elkaar af te stemmen zijn. Ook kunnen voor- en nadelen naar voren komen met betrekking tot de toegankelijkheid van de benodigde zorg voor de patiënt en de financiering en verzekering van deze zorg. Om na te gaan of er draagvlak bestaat voor het opzetten van eventuele proefprojecten willen wij u de volgende slotvraag voorleggen.

20. Zou u willen meewerken aan een proefproject naar de directe toegankelijkheid van ergotherapie?
- ₁ Ja
 - ₂ Ja, mits _____
 - ₃ Nee

Indien u hebt aangegeven mee te willen werken aan een proefproject naar de directe toegankelijkheid van ergotherapie, zou u dan onderstaande gegevens in willen vullen? U verplicht zich hierbij nog niet tot deelname aan een proefproject.

Naam instelling/ vrijgevestigde praktijk: _____

Naam contactpersoon: _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

E-mail: _____

Vragenlijst 'Haalbaarheid directe toegankelijkheid ergotherapie'

U kunt de vragenlijst via de website directetoegang.pgdata.nl invullen of op papier en deze dan in de bijgevoegde antwoordenvolp terugsturen naar TNO Preventie en Gezondheid. Uw antwoorden zullen strikt anoniem worden verwerkt en gerapporteerd.

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Indien u nog opmerkingen heeft over directe toegankelijkheid, of over deze vragenlijst, dan kunt u de ruimte hieronder daarvoor gebruiken.